



Dresden.
Dresden.

Dresdner Lebenslagen 60+

Bericht zur Lebenssituation von Dresdnerinnen
und Dresdnern ab 60 Jahren (LAB60+ Studie)

Dresdner Lebenslagen 60+

Bericht zur individuellen Lebens-, Gesundheits- und Pflegesituation von Dresdnerinnen und
Dresdnern ab dem 60. Lebensjahr (LAB60+ Studie)

Ein Kooperationsprojekt zwischen der Landeshauptstadt Dresden und der Technischen Universität Dresden

Autorinnen und Autoren

Dr. rer. medic. Karla Romero Starke, MSc.

Dr. rer. biol. hum. Janice Hegewald, MSc.

Dr.-Ing. Kathrin Büter

Lena Marie Uhlmann, MSc.

David Reißig, MSc.

Dr. Tom Motzek, MSc.

Dr. med. Anna Pretzsch

Pauline Kaboth

Dr. med. Stephanie Schmauder, MPH

Stefanie Bartha

Alix Hoffmann

Prof. Dr. Jürgen Wegge

Prof. Dr.-Ing. Gesine Marquardt

Prof. Dr. med. Andreas Seidler, MPH

unter Mitarbeit von

Rike Böttcher

Lisa Demmler

Dr. rer. medic. Alice Freiberg, MPH

Clara Freitag

Sophie Hauswald

Antonia Hopf

Dr. Anika Ihmels

Abigail Kinzel

Eliška Kunt

Clara Elisabeth Odermatt

Pauline Mocker

Clara Müller

Johannes Neuberg

Paula Seidler

Christiane Schefter, MPH

Lea Scheuven, MSc.

Inhalt

Vorwort	9
Summary	13
Zusammenfassung	19
A Allgemeines zur Studie	25
1. Hintergrund und Ziele	27
1.1 Zielstellung der Studie.....	27
1.2 Beteiligte Akteure	28
1.3 Thematische Gliederung der Studie	28
2. Studiendesign und Methodik	31
2.1 Befragung von Dresdnerinnen und Dresdnern ab 60 Jahren	31
2.1.1 Zielgruppe der Befragung	31
2.1.2 Stichprobenziehung	31
2.1.3 Der Fragebogen.....	31
2.1.4 Ablauf der Befragung	32
2.1.5 Ethische Aspekte.....	33
2.1.6 Datenmanagement und Datenschutz	33
2.1.7 Qualitätssicherung und Prüfung der Plausibilität.....	34
2.1.8 Gewichtung der Daten	34
2.1.9 Datenanalyse	34
2.1.10 Vergleich mit anderen Studien	35
2.2 Befragung von Pflegeeinrichtungen	35
2.2.1 Befragung (teil-)stationärer Versorgungseinrichtungen	35
2.2.2 Experteninterviews	36
2.2.3 Kurzinterviews mit ambulanten Pflegediensten	36
B Befragung von Dresdnerinnen und Dresdnern ab 60 Jahren	37
3. Soziodemographische Angaben	39
3.1 Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden.....	40
3.1.1 Teilnehmende nach Geschlecht	40
3.1.2 Teilnehmende nach Alter	41
3.1.3 Geburtsland	42
3.2 LAB60+ Teilnehmende im Vergleich zur amtlichen Statistik	43
3.3 Resümee.....	44

4.	Bildung, Beruf und Finanzen - Übergang in den Ruhestand	45
4.1	Bildung, Beruf und Finanzen	45
4.1.1	Der Sozialstatus in der Epidemiologie.....	45
4.1.2	Erfassung sozioökonomischer Indikatoren in der LAB60+ Studie	46
4.1.3	Die soziale Lage der LAB60+ Teilnehmenden.....	49
4.1.4	Resümee Bildung, Beruf und Finanzen	58
4.2	Übergang in die nachberufliche Lebensphase.....	59
4.2.1	Charakteristika von Menschen in der nachberuflichen Lebensphase.....	59
4.2.2	Wie wurde der Übergang erlebt	60
4.2.3	Unterstützungswünsche beim Übergang in die nachberufliche Lebensphase.....	61
4.2.4	Resümee Übergang in die nachberufliche Lebensphase.....	61
5.	Wohnen und Wohnumfeld.....	63
5.1	Anforderungen, Normen und gesetzliche Grundlagen	63
5.2	Wohnsituation.....	64
5.2.1	Größe und Kosten	64
5.2.2	Ausstattung und Barrierefreiheit	65
5.3	Umzugswünsche	67
5.4	Wohnumfeld	69
5.4.1	Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld	69
5.4.2	Fortbewegung in der Wohngegend	71
5.4.3	Nutzung von öffentlichen Parks und Grünanlagen	72
5.5	Resümee.....	72
6.	Soziales Umfeld	75
6.1	Theorie und Hintergrund zu Instrumenten und Konstrukten.....	75
6.2	Forschungsfragen zum sozialen Umfeld.....	79
6.3	Auswertungen zu Multiple Group Membership (MGM)	79
6.4	Auswertungen zu sozialen Kontakten	84
6.4.1	Soziale Kontakte bei allein- und nicht-alleinlebenden Seniorinnen und Senioren.....	84
6.4.2	Soziale Kontakte nach Altersgruppen	85
6.4.3	Größe der sozialen Netzwerke nach Geschlecht.....	86
6.4.4	Größe der sozialen Netzwerke nach Altersgruppen	87
6.5	Auswertungen zur Einsamkeit.....	88
6.5.1	Verteilung der Einsamkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und Stadtbezirken.....	88
6.5.2	Vergleich mit gesamtdeutscher Stichprobe	89
6.5.3	Zusammenhang der Größe des sozialen Netzwerks und der Einsamkeit	90
6.5.4	Auswertungen zum Zusammenhang von Einsamkeit und dem Gesundheitsverhalten.....	90
6.6	Auswertungen zur Altersdiskriminierung.....	93
6.6.1	Vorkommen von Altersdiskriminierung	93
6.6.2	Vergleich mit gesamtdeutscher Stichprobe	94
6.7	Resümee.....	95
7.	Teilhabe, Alltags- und Freizeitverhalten und Ehrenamt	97
7.1	Gesellschaftliche Teilhabe, Ehrenamt und Freizeitverhalten	97
7.1.1	Theorie und Hintergrund zu Instrumenten und Konstrukten	97
7.1.2	Forschungsfragen zu Teilhabe und Freizeit.....	100
7.1.3	Ergebnisse zur Internetnutzung	100
7.1.4	Ergebnisse zum Informationsverhalten	105
7.1.5	Ergebnisse zum Ehrenamt.....	107
7.1.6	Einordnung der Befunde zum Ehrenamt.....	109
7.1.7	Ergebnisse zu Freizeitaktivitäten.....	109
7.1.8	Ergebnisse zu Lebenszielen und Lebensperspektiven.....	113
7.1.9	Resümee des Kapitels gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitverhalten	114

8.	Gesundheit	115
8.1	Körperliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung	115
8.1.1	Methodik	115
8.1.2	Körperlicher Gesundheitszustand der Teilnehmenden und Nutzung von Präventionsmaßnahmen	117
8.1.3	Subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit nach dem PCS-8	121
8.1.4	Ärztliche Versorgung im Stadtgebiet Dresden	125
8.1.5	Gewinnung von Informationen über gesundheitsbezogene Themen	127
8.1.6	Resümee körperliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung	130
8.2	Behinderung und Pflegebedürftigkeit	132
8.2.1	Überblick über (Schwer-)Behinderung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland	132
8.2.2	Daten zur Schwerbehinderung in Dresden	133
8.2.3	Verteilung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegegrade in Dresden	135
8.2.4	Pflege der pflegebedürftigen Menschen	137
8.2.5	Nutzung von Pflege- und Beratungsangeboten	138
8.2.6	Hilfeleistungen für andere Personen	140
8.2.7	Resümee	142
8.3	Wohlbefinden	144
8.3.1	Theorie und Hintergrund zu Instrumenten und Konstrukten	144
8.3.2	Forschungsfragen zum Wohlbefinden	145
8.3.3	Verteilung des Wohlbefindens und erhöhter Depressivität	145
8.3.4	Vergleich des Wohlbefindens der LAB60+ Teilnehmenden mit einer deutschen Normstichprobe	147
8.3.5	Assoziationen mit dem Wohlbefinden	149
8.3.6	Resümee Kapitel Wohlbefinden	150
8.4	Gesundheitsverhalten	151
8.4.1	Theorie und Hintergrund zu den Erhebungsinstrumenten	151
8.4.2	Alkoholkonsum	152
8.4.3	Rauchverhalten	156
8.4.4	Obst- und Gemüseverzehr	158
8.4.5	Körperliche Aktivität	160
8.4.6	Resümee	163
9.	Corona-Pandemie	165
9.1	Theorie und Hintergrund	165
9.2	Methodik	165
9.3	Angst vor der Pandemie, einer Ansteckung und Kontaktverlust	166
9.4	Gefühl von Einsamkeit während der Pandemie	167
9.5	Unterstützungsbedarf und Hilfeleistung	169
9.6	Verändertes Gesundheitsverhalten seit der Corona-Pandemie	171
9.6.1	Alkoholkonsum	171
9.6.2	Rauchverhalten	172
9.6.3	Bewegungsverhalten	173
9.7	Resümee	174
10.	Freitextauswertung	177
10.1	Methodik	177
10.2	Ergebnisdarstellung	178
10.2.1	Physikalische und natürliche Umwelt	181
10.2.2	Gesellschaftlich-politische Umwelt	182
10.2.3	Soziokulturelle Umwelt	182
10.2.4	Demografische Faktoren/ Gesundheitszustand	182
10.2.5	Sonstiges	182
10.3	Resümee	183

C Befragung der Dresdner Pflegelandschaft	185
11. Einrichtungsbefragung	187
11.1 Beschreibung der Stichprobe	187
11.1.1 Befragung (teil-)stationärer Versorgungseinrichtungen	187
11.1.2 Experteninterviews	188
11.1.3 Kurze Telefoninterviews	188
11.2 Auslastung, erwartete Nachfrage und geplante Entwicklungen	188
11.2.1 Vollstationäre Pflege	189
11.2.2 Kurzzeitpflege	191
11.2.3 Teilstationäre Pflege	192
11.2.4 Ambulante Pflege	193
11.2.5 Resümee	195
11.3 Spezialisierte Versorgungsformen	195
11.3.1 Bewertung der Ist-Situation	195
11.3.2 Entwicklung spezialisierter Versorgungskonzepte	196
11.3.3 Geschlossene Unterbringung	197
11.3.4 Resümee	197
11.4 Pflege- und Seniorenberatung	197
11.4.1 Stand der Pflegeberatung	198
11.4.2 Stand der Seniorenberatung	198
11.4.3 Stand Angehörigenarbeit und Angebote zur Schulung von Angehörigen	199
11.4.4 Pläne zum Ausbau von Beratungsangeboten	200
11.4.5 Resümee	200
11.5 Netzwerk- und Quartiersarbeit	201
11.5.1 Stand der Netzwerkarbeit	201
11.5.2 Nutzung von Vernetzungsplattformen	201
11.5.3 Verbesserungswünsche für die Vernetzung	202
11.5.4 Überleitungsmanagement	203
11.5.5 Kooperationen im Quartier	204
11.5.6 Öffnung ins Quartier	204
11.5.7 Resümee	204
11.6 Personal	205
11.6.1 Aktuelle Personalausstattung in (teil-) stationären Versorgungseinrichtungen	205
11.6.2 Personalgewinnung und -bindung	206
11.6.3 Ausbildung	207
11.6.4 Einsatz von Ehrenamtlichen	208
11.6.5 Resümee	208
11.7 Digitalisierung	209
11.8 Auswirkungen Corona-Pandemie	210
11.9 Herausforderungen und Visionen	210
11.9.1 Zukünftige Herausforderungen in der Pflege	210
11.9.2 Visionen zur Entwicklung der Pflegelandschaft in Dresden	212
11.9.3 Resümee	212

D Gemeinsame Erkenntnisse	213
12. Handlungsfelder und Ausblick.....	215
12.1 Wohnraum und Wohnumfeld	216
12.2 Mobilität und Verkehrsmittel.....	217
12.3 Respekt und soziale Teilhabe	217
12.4 Ehrenamtliche Tätigkeit	219
12.5 Kommunikation und Information.....	219
12.6 Gesundheitszustand	220
12.7 Unterstützung durch die Gemeinschaft und Gesundheitsversorgung	221
12.8 Ausblick	224
12.8.1 Partizipation als Grundlage möglicher Interventionen	224
12.8.2 Weiterverfolgung der LAB60+ Studie.....	225
Danksagung	227
Literatur	229
Abkürzungen.....	242
Abbildungen und Tabellen	245

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

Dresden wandelt sich. Der Anteil der Menschen ab dem 60. Lebensjahr in unserer Stadt nimmt zu und wird in Zukunft weiter ansteigen. Gleichzeitig verändern sich ihre Bedürfnisse und Bedarfe. Es gibt nicht den typischen Senior oder die typische Seniorin. Ihre Lebensstile, Einstellungen und Erwartungen sind vielfältig, ebenso ihre Möglichkeiten und ihre Bereitschaft, Teil des stadtgesellschaftlichen Lebens in Dresden zu sein.

Die Stadtverwaltung hat es sich zur Aufgabe gemacht, auf die Bedürfnisse und Bedarfe unserer Seniorinnen und Senioren noch besser einzugehen. Deswegen wurde diese Studie in Auftrag gegeben. Sie stellt eine hervorragende wissenschaftliche Überprüfung und Ergänzung unseres bisherigen praktischen Tuns rund um das Thema Altern in Dresden dar und setzt sich unter anderem mit Elementen des bereits bestehenden Fachplans Seniorenarbeit und Altenhilfe inklusive des Aktionsplans für gesundes und aktives Altern, dem Dresdner Kompetenzzentrum für den Übergang in den Ruhestand und dem Pflegenetzwerk auseinander.

Weg vom defizitorientierten, hin zum ressourcenorientierten Ansatz lautet ein Prinzip der Dresdner Seniorenpolitik. Es liegt auch der LAB60+ Studie zugrunde. Sie wirft einen umfassenden Blick auf die Potenziale und Chancen in der vielgliedrigen nachberuflichen Lebensphase. Beleuchtet werden notwendige Rahmenbedingungen für eine hohe Lebenszufriedenheit, für Selbsthilfe und für möglichst eigenständiges Wohnen je nach Lebensentwurf. Alle wesentlichen Lebenslagen der Dresdnerinnen und Dresdner werden betrachtet. Dazu zählen sowohl die individuellen materiellen Umstände, die Wohnsituation sowie die eigene Mobilität. Gesellschaftlich teils isolierte und zunehmend auf Unterstützung angewiesene Seniorinnen und Senioren kommen in der Studie genauso zu Wort wie diejenigen, die sich in der nachberuflichen Lebensphase durch starkes bürgerschaftliches Engagement und eine intensive Netzwerkarbeit auszeichnen.

Ich danke allen, die mit Ihrer Expertise zu dieser Studie beigetragen haben, insbesondere den beteiligten Dresdnerinnen und Dresdner und unserer wissenschaftlichen Partnerin. Knapp 2.400 über 60-Jährige nahmen an der Befragung teil und haben sich dem Fragebogen mit über 90 Fragen gestellt. Die hohe Rücklaufquote von 40 Prozent verdeutlicht das hohe Interesse der Zielgruppe und die Wichtigkeit des Themas. Die Kooperation mit der Technischen Universität Dresden habe ich als äußerst nützlich und gewinnbringend für beide Seiten erlebt.

Die Ergebnisse und Ableitungen der LAB60+ Studie liefern einen konstruktiven Beitrag für die fachliche und kommunalpolitische Auseinandersetzung in unserer Stadt. Bei der Entwicklung konkreter Maßnahmen ist mir eine Beteiligung der Dresdnerinnen und Dresdner sehr wichtig. Dafür ist eine Seniorinnen- und Seniorenkonferenz geplant. Künftig wollen wir die Lebenssituation der älteren und alten Menschen und das Miteinander der Generationen regelmäßig untersuchen und damit eine wissenschaftlich basierte Grundlage für weitere Diskussion und Entscheidung entwickeln.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre und freue mich auf den Dialog über diese Studie zur individuellen Lebens-, Gesundheits- und Pflegesituation Dresdner Seniorinnen und Senioren ab dem 60. Lebensjahr.

Dr. Kristin Klaudia Kaufmann
Bürgermeisterin

Vorwort

Professor Dr. med. Andreas Seidler, MPH



Mehr als ein Viertel aller Dresdnerinnen und Dresdner sind über 60 Jahre alt, und der Anteil älterer Menschen in Dresden wird in den nächsten Jahren weiter steigen. Wie kann auch im höheren Lebensalter ein gesundes und selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden?

In der repräsentativen Studie „LAB60+“ haben wir 2.399 zufällig ausgewählte Dresdnerinnen und Dresdner ab 60 Jahren selbst gefragt, wie sie sich gesundheitlich fühlen, wie sie ihr Leben gestalten und welche Unterstützungsbedarfe sie sehen. Die Studie wurde von der Technischen Universität Dresden zusammen mit der Stadt Dresden durchgeführt.

Als Studienleiter und Direktor des Instituts und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin (IPAS) möchte ich allen Dresdnerinnen und Dresdnern ganz herzlich danken, die mit ihrer Beteiligung an der Befragung den Erfolg unseres Projektes erst möglich gemacht haben! Mein ganz

besonderer Dank gilt Bürgermeisterin Dr. Kristin Klaudia Kaufmann sowie allen Beteiligten der Stadt Dresden für ihre engagierte Unterstützung der Studie! Herzlich danke ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IPAS sowie Professorin Gesine Marquardt und Professor Jürgen Wegge mit ihren hochmotivierten Teams!

Mit den hier vorgelegten Ergebnissen lassen sich Handlungsfelder in unterschiedlichen Bereichen aufzeigen, beispielsweise in den Bereichen Wohnumfeld, Mobilität, soziale Teilhabe und Gesundheitsversorgung. Im engen Austausch und unter Mitwirkung der Dresdnerinnen und Dresdner sollen nun konkrete Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden. Damit kann Dresden noch altersfreundlicher werden. Wir wünschen uns, dass in einigen Jahren diese Befragung wiederholt wird. Damit lässt sich feststellen, wo sich Verbesserungen ergeben haben, welche Maßnahmen erfolgreich waren – und wo weiterer Handlungsbedarf besteht. Auf dem Weg zu einer altersfreundlicheren Stadt Dresden sind viele Schritte zu gehen – das LAB60+ Projekt kann und soll entscheidend dazu beitragen, den richtigen Weg zu finden.

Professorin Dr.-Ing. Gesine Marquardt



Die LAB 60+ Studie betrachtet nicht nur die Wünsche und Bedarfe der Seniorinnen und Senioren an ihre Pflege und Betreuung. Es wurde zusätzlich die Perspektive der Anbietenden von Pflegeleistungen beleuchtet. Nur so ist es möglich abzuschätzen, ob dem bestehenden und zu erwartenden Bedarf an Pflegeleistungen entsprochen werden kann. Durch einrichtungsbezogene Datenerhebungen und Expertenbefragungen wurde das Leistungsportfolio der ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen erfasst. Dazu wurden Informationen zum derzeitigen und zukünftigen Leistungsportfolio, der derzeitigen Auslastung wie auch zur Personalsituation gesammelt. Darüber hinaus wurde eine Gruppe an Expertinnen und Experten in Interviews zu ihren Erwartungen und Vorhaben bezüglich zukünftiger Entwicklungen befragt. Deutlich wurde, dass es ein vielfältiges Angebot in der Pflegelandschaft in

Dresden gibt und dass die Akteure miteinander vernetzt sind. Es zeichnen sich allerdings sehr deutliche Problemfelder ab, deren Auswirkungen bereits jetzt spürbar sind und sich in Zukunft verstärken werden. Als wichtigste Zukunftsaufgabe sind Konzepte für die Gewinnung und das Halten von Pflegekräften zu nennen, da der schon jetzt bestehende Personalmangel den erforderlichen Ausbau von Pflegeangeboten hemmt und die Versorgungsqualität beeinflussen kann. Auch eine stärkere sektorenübergreifende Vernetzung und Zusammenarbeit der Akteure der Pflegelandschaft wird notwendig.

Professor Dr. Jürgen Wegge



Das CDD (siehe www.tu-dresden.de/cdd) ist ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum der TU Dresden. Es wurde 2016 gegründet und bietet ein offenes Forum für Forschung, Beratung und Wissenstransfer auf den Gebieten Demografie und Diversität. Aktuell sind im CDD 34 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beteiligt. Sie untersuchen gemeinsam mit 10 externen Experten und verschiedenen Praxispartnern, die sich als außerordentliche Mitglieder beteiligen, die Ursachen und Folgen des demografischen Wandels. Dies umfasst auch Chancen und Probleme der zunehmenden Diversität, insbesondere mit Blick auf Geschlecht, Behinderung, soziale Herkunft, Kultur, Migrationsgeschichte und das Alter selbst, die als Folge demografischer, gesellschaftlicher, ökonomischer und politischer Entwicklungen entsteht.

Zur Realisierung der hier vorgelegten Studie haben drei Professuren kooperiert, die im CDD eng zusammenarbeiten. Um die breite Fragestellung der Studie kompetent abdecken zu können, war eine interdisziplinäre Herangehensweise nötig, in der psychologische, baulich-räumliche, epidemiologische und sozial- und arbeitsmedizinische Expertisen kombiniert werden.

Wir danken für die hervorragende Kooperation mit der Landeshauptstadt Dresden und wünschen eine anregende Lektüre!

Dr. rer. biol. hum. Janice Hegewald und Dr. rer. medic. Karla Romero Starke

In 2018 hielt der renommierte Sozialepidemiologe Sir Michael Marmot im Hygienemuseum Dresden einen Vortrag über den Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Ungleichheit. Seine motivierende Rede und ein anschließender Austausch mit ihm haben uns inspiriert, einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit und zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in Dresden zu leisten. Diese Idee wurde mit der LAB60+ Studie Wirklichkeit.

Als Studienkoordinatorinnen betreuten wir die LAB60+ Studie von Anfang bis Ende und können mit Blick auf die Ergebnisse sagen, dass sich die Herausforderungen der Koordination gelohnt haben. Die Dresdnerinnen und Dresdner beteiligten sich rege an der Studie, worüber wir uns sehr gefreut haben und wofür wir den LAB60+ Teilnehmenden sehr herzlich danken möchten. Viele Bürgerinnen und Bürger sind dabei persönlich mit Fragen, Anliegen und auch Kritik auf uns zugekommen. Dieser Austausch war wertvoll und half uns, ihre Perspektive und die ihrer Angehörigen besser zu verstehen. Auch kritische Gespräche wurden mit freundlicher Offenheit geführt, wofür wir ebenfalls sehr dankbar sind.

Dieses Projekt war eine Teamleistung der Stadt Dresden, der TU Dresden und der Dresdner Bürgerinnen und Bürger. Die Ergebnisse dieses Projektes bilden eine gute Grundlage, Dresden zu einer (noch) altersfreundlicheren Stadt zu machen.



Janice Hegewald © Stephan Wiegand



Karla Romero Starke

Summary

As a result of demographic change, the proportion of older people in the city of Dresden is increasing. Meeting the needs of the growing population of older adults poses several challenges for the municipality. Many older adults would like to “age in place”, or to continue living in their own homes for as long as possible. An appropriate infrastructure and care situation are of central importance to enable older people to do this, resulting in a significant contribution to their well-being. The study on the "Individual Living, Health and Care Situation of Older Adults in Dresden from the Age of 60 (LAB60+)" conducted by the Technical University of Dresden together with the City of Dresden asked residents of Dresden aged 60 years and older about their current situation and needs. The effects of the current COVID-19 pandemic were also taken into account. In addition to their housing situation, financial situation and mobility, their social participation as well as their physical and mental health were assessed. Furthermore, the use and awareness of care and support services were investigated. In addition to the survey of older adults, the LAB60+ study includes a survey of geriatric nursing facilities. The goal of the latter was to create an overview of the current capacities in care for older people and to analyze the utilization of the facilities, their current and planned range of services, as well as their staff situation. Based on the results of both surveys, gaps in care are identified and central fields of action based on the World Health Organization's (WHO's) framework for age-friendly cities are derived.

Survey of older adults in Dresden

Methods

A representative study of residents of Dresden aged 60 years or older living in their own household (including assisted living facilities) was undertaken in the first two quarters of 2021. Persons living in inpatient care facilities were not included in the study. A random sample of 6004 persons was taken to represent all ten districts in Dresden and to represent the age groups 60 years and older in five-year categories. Potential participants were invited by mail to take part of the study. The majority of participants completed either a paper or online questionnaire (99%), and a small proportion (1%) answered questions during a telephone interview. 2399 participants took place in the study, resulting in a response of 40%. The study participants were representative of the Dresden population 60 years and older in terms of sex, age structure, and district of residence.

Main Results

Socioeconomic situation

The majority (85%) of the participants were retired. In terms of socioeconomic status, about 40% of participants belonged to the upper social class, while 45% belonged to the middle class and 15% to the lower social class. Women tended to have a lower social status compared to men, which can be explained by their difference in educational levels. The median net equivalent income (a net income weighted according to the number and age of household members) reported by the participants was €1711 per month. On average, disposable income decreased with age, and men had more disposable income compared to women. Further, more than one-tenth of the participants lived under the poverty line, living on less than €1080 a month. There were differences also seen between districts- notably, almost one-fifth of the residents in Cotta lived under the poverty line. It is known from many scientific studies that socioeconomic status (including income) is associated with negative health outcomes. Therefore, when implementing prevention and health promotion strategies for the elderly population, special attention should be paid to the needs of socioeconomically disadvantaged groups in order to counteract social and health inequalities.

Housing and living environment

The housing situation of all participants (including accessibility), was assessed. The vast majority of participants (94%) lived in apartments or houses where significant structural barriers existed. The most common barrier was access to their building, as only about 18% of participants were able to reach their apartment or house without steps. Within the apartment, 65% of the participants had no obstacles such as steps or thresholds, and only 40% had bathrooms that would be able to be accessed with mobility aids. Merely 15% of the participants had barrier-free showers. Fittingly, more than one-third of the participants agreed with the statement that their apartment should be more barrier-free. Furthermore, about one-tenth of the participants expressed a desire to move to another apartment, and a wish for barrier-free accessibility of the apartment (for instance, the lack of an elevator) was frequently given as a reason.

Health insurance, long-term care insurance and municipal housing advice centers offer support and advice on issues relating to the specific housing needs of older people or people with special needs, or on the use of aids. However, these support options are partly not sufficiently known, and to a lesser extent there were also indications of acceptance problems: about one-third of participants were unaware of housing counseling services and about one-fifth indicated they would not take advantage of this service. Other support options for independent living, such as technical devices or assistance systems (i.e. stove turn-off, signal amplification, etc.) were seldomly used by the participants. Increasing awareness of such support options can help enable older Dresdeners to live independently for longer in the future.

Participants were predominantly satisfied with their living environment, which was reflected in a high level of attachment to their residential area. About 50% of the participants used public parks or green spaces at least once a week, 23% used them one to three times a month, and about 25% either used them less than once a month or never used them. Almost one-tenth of the respondents reported having no public parks or green spaces close to where they lived. With regard to getting around in the neighborhood, there was a particular desire for trip-free footpaths and public toilets. A third of the participants reported that their neighborhood lacked trip-free sidewalks or lowered curbs. Concern about one's own safety after dark was reported by 21% to 40% of participants, depending on the district. Accordingly, the creation of barrier-free access and adequate lighting of footpaths are of high importance for the further design of public and open spaces.

Social environment

Three-fourths of the participants saw themselves as being part of their immediate neighborhood, and a vast majority (80%) felt that being a citizen of the city of Dresden was an important part of their self-image. At the time of the survey, the majority of participants felt affiliated to only a few social groups, which may be explained by the restrictions due to the COVID-19 pandemic. As expected, membership in multiple social groups was associated with better health and well-being. With regard to social networks, about 35% of the participants had a small social network, about 50% had a medium social network and slightly less than 15% had a large social network. The majority of respondents (63%) denied feelings of loneliness. However, 35% of participants stated that they felt lonely (at least a little, and in some cases, more). These results point to the need to promote social participation, especially among older people living alone in Dresden, as they report fewer social contacts than those who do not live alone. This is particularly important, as a variety of social contacts can make a significant contribution to greater health and satisfaction.

About 7% of all respondents reported that they faced age discrimination in the past year, most frequently in the areas of medical care, job search, and in everyday life. Women were more frequently affected by age discrimination than men. Similarly, persons in the youngest age group studied (60 to 64 year-olds) experienced more discrimination than older individuals. In general, any discrimination should be counteracted by avoiding one-sided deficit-oriented reporting about older people and by removing existing structural barriers to social participation. One such structural barrier during the survey period was the arrangement of a vaccination appointment against COVID-19, which could mainly only be carried out online. Many of the participants' statements referred to this topic, which was perceived as discriminatory.

Communication and information, volunteerism

The majority of persons reported obtaining information about health, culture and social offers from radio and television (86%), followed by paid newspapers or magazines (68%), and from acquaintances (67%). More than 75% of the participants were active internet users. However, there were especially strong differences between social classes and age groups. Participants in the high social class used the internet more than those in the low social class (90% vs 53%). Moreover, internet use decreased with

increasing age: 90% for the youngest age group (60-64 years) to 40% for the highest age group (85+ years)). Thus, against the backdrop of an increasingly digitized everyday life, it is important to simplify access to the Internet, especially for older people from the lower socioeconomic strata. In addition, however, analog communication and participation opportunities should also be retained (e.g., for banking transactions and purchases), as people who cannot use the Internet are dependent on these ways of communication and participation.

Overall, the participants showed a high level of willingness to volunteer, particularly for providing help to friends and neighbors (62%). One-fifth of respondents reported to be already involved in volunteering. Within the age group 65 to 69 years, 25% were active volunteers. Since the willingness to volunteer exists among the majority of respondents, the elderly population should be informed more about the possibility of volunteer activities in the residential area. In addition, new opportunities for volunteer participation should be created.

Health

The assessment of the Dresden participants regarding their own physical health was comparable to the assessment of physical health in the German population as a whole. Women tended to rate their health worse than men, and younger people reported better physical health on average compared to older people. In addition, people from the high socioeconomic class rated their physical health better than people from the low socioeconomic class. Almost all participants (91%) had at least one chronic condition. The most commonly reported conditions were hypertension (54%), chronic pain (32%), and osteoarthritis (31%). Men were more likely than women to report cardiovascular disease (coronary heart disease (13.9% vs. 7.5%), stroke (4.9% vs. 2.8%), myocardial infarction (6.2% vs. 2.2%), and diabetes (20.2% vs. 16.3%)) and less likely to report depression (5% vs. 9%). Slightly more than one-third of respondents were of normal weight, while 42% were overweight and 20% were obese. The majority of participants (90%) reported use of medical screenings, with 63% attending cancer screenings and just under half (48%) attending dermatologic screenings. To promote informed decision-making about the use of medical screening, older people should receive more information about cancer screening.

One-fifth of the participants had a disability, with the highest age group (85+ years) being mostly affected (23% for 60-64 years vs. 38% for 85+ years). Furthermore, about one-tenth of the participants were in need of care. This proportion was higher for women compared to men (14% vs 9%) and increased with increasing age. About 45% of those in need of care were tended by outpatient care services, while a large share of participants reported to be taken care of by either their partner (40%) or their children (40%). Participants in need of care primarily make use of informal and low-threshold services, such as neighborhood assistance and everyday companionship. However, the fact that around one-fourth of the offers were unknown to those in need of care indicate the need to promote such offers.

About one-fifth of participants cared for other people, and about half of these participants felt stressed as a result. The health of family caregivers should therefore be a high priority in the design of support services. Increasing awareness of low-threshold support services such as the telephone of confidence/crisis hotline, self-help groups, neighborhood assistance, everyday companionship or senior citizens' counseling and meeting centers could contribute to relieving the burden on this group of people. It also makes sense to increase awareness of social and care support services in a preventive sense, even on groups that don't need the help at the present time, but may be in need later on.

Overall, participants reported rather lower levels of subjective well-being compared with the German population as a whole (58 points versus 67 points on a scale of 0 to 100). The scores indicated higher levels of depressiveness in about one-third of all respondents. A greater proportion of women had higher levels of depressivity compared to men (44% vs. 34%). Depressivity also increased with age, and members of the low socioeconomic class were more affected than members of the middle and upper socioeconomic classes. A possible explanation for the lower level of subjective well-being compared with the German population could be the pandemic situation, since this comparison group was studied before the pandemic. Scientific studies show that well-being decreased significantly due to the Corona pandemic in Germany and worldwide. It is recommended to develop and implement measures to minimize possible negative effects of the Corona pandemic on the well-being of the elderly population. Regarding health behaviors, a little less than one-third of the participants participated in risky alcohol consumption (not implying alcoholism, but meaning a level of alcohol consumption that can negatively affect health). Men participated in risky alcohol consumption more than women did (39% vs. 30%). The majority of participants (89%) reported to be non-smokers, and those who smoked tended to be younger, were more likely to be men, and to belong to the low socioeconomic class. Although the majority of people (80%) ate fruits and vegetables every day, at least 20% did not consume the five recommended daily portions.

Also concerning was the low amount of physical activity reported by the participants. One fifth of the participants did not participate in physical activity during the last week, and this number increased with increasing age and decreasing socioeconomic class. Even in old age, positive health behavior - not least with regular physical activity - acts as a protective factor against disease, while unfavorable health behavior endangers health. In addition, a high proportion of older people already have chronic diseases, the course of which is unfavorably influenced by low levels of physical activity. Positive health behavior, especially with regard to physical activity, should therefore be increasingly promoted through appropriate target group-specific measures. Programs offered in this regard, e.g. courses offered by health insurance companies, are taken up by only 15% of participants. The use of walking paths, parks or green spaces to promote physical activity can also be useful in terms of prevention.

Effect of the COVID-19 Pandemic

Over 80% of participants expressed concern about the COVID-19 pandemic, and more than half were afraid of becoming infected. In addition, half of the respondents also reported an increase in their experienced loneliness due to the pandemic. For women, the pandemic was more likely to lead to an increase in feelings of loneliness than for men. Older age groups tended to be less likely to find a pandemic-related increase in feelings of loneliness. About 14% of participants needed help during the COVID-19 pandemic, and this need increased with age and lower socioeconomic class. On the other hand, more than 70% of participants helped others or were willing to help others during the COVID-19 pandemic.

Regarding health behaviors, the majority of participants did not change their (alcohol) drinking habits (75%) and about 25% reduced their alcohol consumption. On the other hand, those who smoked tended to have increased their amount of smoking during the pandemic. The greatest negative impact on health behaviors was on physical activity, as more than one third exercised less compared to before the pandemic.

It is important to take measures to reduce or compensate the possible negative effects of the COVID-19 pandemic, such as increased loneliness or reduced physical activity through additional services such as the senior telephone, online psychotherapy and group-appropriate sports courses. Regarding online services like psychotherapy, access should be facilitated and supported, especially for the groups of people who have no or limited access to the internet. In the case of pandemic-related measures such as contact restrictions and lockdowns, it is also essential to help people in need of assistance by providing support, (i.e. with shopping or running errands), and to mediate contact between people seeking help and those who need it.

Free-text evaluation

In an open question at the end of the questionnaire, participants were asked to write a text about anything that they would like to report. Among the most-often cited issues were footpaths, considered unattractive and risky in terms of trip hazards due to their uneven surfaces. Further, a need for (better) bike lanes and barrier-free design of bus stops and boarding facilities was reported. In several districts, a demand for more police presence and for the prosecution of administrative offenses was noted. Among other things, there was a desire for more green spaces, cleanliness, opportunities for rest and recreation and public toilets.

Survey of care facilities

Methods

The survey of geriatric nursing facilities consisted of three parts. At the end of January 2021, short telephone interviews were conducted with home care services in Dresden. The aim was to provide a snapshot of the current capacities in home care for the elderly. In the spring of 2021, a written survey of long-term nursing care facilities, adult day-care centres and short-term care facilities was carried out. The aim was, among others, to gain an overview of the average utilization of the facilities, the current and planned service portfolio, and the personnel situation. From April to July 2021, 20 interviews with experts from the care sector in Dresden were implemented, e.g., to get a comprehensive picture of the planned future development of the care facilities.

Main Results

The surveys conducted among geriatric nursing service providers within the framework of LAB60+ show that requests for home care and semi-residential care can be met adequately. In contrast, long-term care facilities have a very high occupancy rate of approximately 98%, resulting in the situation that requests for admission cannot be realised immediately. Within the care facilities and services, care concepts for people with specific profiles, such as addiction, are predominantly lacking. For people with dementia, however, there are plenty of offers, which, however, will probably not be able to meet the expected demand. A task for the future is seen in the advertisement and, if necessary, the expansion of existing advisory and care structures for people with specific profiles. Places in short-term care are already in high demand and often requests can not be met. Here, solutions are needed especially with regard to the optimal utilization of existing capacities and thus economical operation of short-term care facilities. Overall, care providers mentioned few plans to expand capacities or care offers, at best a slight expansion of place capacities in long and short-term care is planned for the next three years. A major obstacle is the already existing staff shortage, exemplified by an average of 2.4 unfilled full-time positions for skilled nursing care professionals in each care facility in Dresden. It is assumed that the staff shortage will worsen in the future, which makes the development of a concept for securing skilled personnel highly important. The reasons for the staff shortage are seen, among others, in the lacking attractiveness of the geriatric nursing care profession and its negative public image. Also, the generalist vocational training in the nursing care sector is viewed with concern by the geriatric nursing service providers. Numerous measures to recruit and retain staff are already being undertaken, for example, with efforts in initial and continuing training.

Home care services play an important role in counselling and referring people in need of care, as well as their relatives. Often the care providers are confronted with issues that go beyond nursing care (e.g. housing adaptations or applications for social benefits). In this case, referrals are made, whereby the existing municipal counselling services are not always sufficiently known to the home care providers. Therefore, access to and awareness of these services need to be improved. Nevertheless, there are many networks and cooperations in the field of geriatric nursing in Dresden, which are very much appreciated by those involved. However, the possibility to bring about changes from these networks is requested. In particular, a need for action is identified in the area of transition management between hospitals and nursing care services.

As the greatest challenge for long-term care facilities in the next 10 years, the geriatric nursing providers identify the current and expected shortage of nursing care professionals. This is seen as a limiting factor for future developments, along with expected difficulties in refinancing care through the care recipients' out-of-pocket payments and municipal social assistance. The geriatric nursing providers identified the provision of barrier-free housing and urban spaces which contribute to older people living independently, safely and actively in their own homes and familiar surroundings for as long as possible as an important task for the future.

Key areas of action and outlook

The results of the survey of Dresden's senior citizens conducted as part of LAB60+ and the survey of care facilities reveal specific fields of action in which Dresden can become even more age-friendly. These fields of action are assigned to seven interrelated areas, which are based on the WHO core points for "age-friendly cities". These are (1) Housing and Living Environment, (2) Mobility and Transportation, (3) Respect and Social Participation, (4) Volunteering, (5) Communication and Information, (6) Health, and (7) Community Support and Health Care. Concrete intervention measures in the identified fields of action can help to strengthen the social participation of older people in Dresden, to ensure a self-determined life and to maintain and promote health. When concrete interventions are implemented in the identified fields of action, senior citizens in Dresden should be directly and actively involved in the use of their own research data, especially in the development of these concrete intervention measures, taking into account methods of participatory health research. Finally, it is recommended to investigate the future development of the living situation of Dresden's seniors in follow-up studies and, in this context, to also evaluate the effectiveness of the implemented intervention measures.

Zusammenfassung

Im Zuge des demografischen Wandels nimmt auch in der Landeshauptstadt Dresden der Anteil älterer Menschen zu. Die Bedürfnisse dieser wachsenden Gruppe stellen die Landeshauptstadt Dresden vor unterschiedlichste Herausforderungen. So wünschen sich viele Menschen, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden leben zu können. Um älteren Menschen dies zu ermöglichen und damit entscheidend zu ihrem Wohlbefinden beizutragen sind eine angemessene Infrastruktur und eine alter(n)sgerechte Versorgungssituation von zentraler Bedeutung. Die von der Technischen Universität Dresden in Kooperation mit der Landeshauptstadt Dresden durchgeführte Studie zur „Individuellen Lebens-, Gesundheits- und Pflegesituation von Dresdnerinnen und Dresdenern ab dem 60. Lebensjahr (LAB60+ Studie)“ befragte Dresdner Seniorinnen und Senioren im Alter von 60 Jahren und älter nach ihrer aktuellen Situation und nach ihren Bedarfen. Dabei fanden auch die Auswirkungen der aktuellen Corona-Pandemie Berücksichtigung. Neben der Wohnsituation, den materiellen Verhältnissen und der Mobilität wurden auch die soziale Teilhabe sowie die körperliche und psychische Gesundheitssituation ermittelt. Darüber hinaus wurden die Inanspruchnahme von Pflegediensten und Betreuungsangeboten sowie der Bekanntheitsgrad solcher Angebote erfragt. Neben der Befragung von Seniorinnen und Senioren beinhaltet die LAB60+ Studie auch eine Befragung von Dresdner Pflegeeinrichtungen. Hier wurde u. a. nach der Auslastung, dem aktuellen und geplanten Leistungsportfolio, der Personalsituation und zukünftigen Herausforderungen in den verschiedenen ambulanten, teil- und vollstationären Versorgungseinrichtungen gefragt. Auf der Grundlage der Befragungsergebnisse von Seniorinnen und Senioren sowie der Pflegeeinrichtungen werden Versorgungslücken aufgezeigt und zentrale Handlungsfelder abgeleitet, die sich an den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierten Kernpunkten für altersfreundliche Städte orientieren.

Befragung von Dresdnerinnen und Dresdenern ab 60 Jahren

Methodik

In den ersten beiden Quartalen des Jahres 2021 wurde eine repräsentative Befragung von Einwohnerinnen und Einwohnern Dresdens im Alter von 60 Jahren und älter durchgeführt, die zum Zeitpunkt der Befragung in ihrem eigenen Haushalt oder in betreuten Wohneinrichtungen lebten. Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen lebten, wurden nicht in die Studie einbezogen. 6.404 Personen, ermittelt aus einer Zufallsstichprobe nach Alterskohorten (in 5-Jahres-Schritten) aus allen zehn Dresdner Stadtbezirken, inklusive teils räumlich anrainender Ortschaften, wurde per Post eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Von den angeschriebenen Personen nahmen 2.399 an der Studie teil, was einer Rücklaufquote von 40 % entspricht. Die Mehrzahl der Teilnehmenden füllte den Fragenbogen schriftlich (Papier bzw. digital) aus (99 %), ein geringer Teil (1 %) beantwortete die Fragen im Rahmen von Telefoninterviews. Die Studienteilnehmenden waren repräsentativ für die Dresdner Bevölkerung ab 60 Jahren in Bezug auf Geschlecht, Altersstruktur und Stadtbezirk.

Zentrale Ergebnisse

Sozioökonomische Situation

Die Mehrzahl (85 %) der Teilnehmenden befand sich zum Zeitpunkt der Befragung im Ruhestand. Mit Blick auf den sozioökonomischen Status ließen sich 40 % der Teilnehmenden der oberen sozioökonomischen Schicht zuordnen, während 45 % der mittleren sozioökonomischen Schicht und 15 % der unteren sozioökonomischen Schicht angehörten. Frauen hatten im Vergleich zu Männern tendenziell einen niedrigeren sozioökonomischen Status. Laut den vorliegenden Daten ist dies auf Unterschiede im Bildungsniveau zurückzuführen. Das von den Teilnehmenden angegebene mittlere Nettoäquivalenzeinkommen (ein je nach Zahl und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtetes Nettoeinkommen) betrug 1.711 € pro Monat. Das durchschnittliche verfügbare Einkommen nahm mit dem Alter ab. Männer gaben ein größeres verfügbares Einkommen an als Frauen. Darüber hinaus lebte mehr als ein Zehntel der Teilnehmenden unter der Armutsgrenze, musste also mit weniger als 1.080 € im Monat auskommen. Es zeigten sich in diesem Zusammenhang auch Unterschiede zwischen den Stadtbezirken – so

lebten beispielsweise in Cotta fast ein Fünftel der befragten Einwohnerinnen und Einwohner unterhalb der Armutsgrenze. Aus vielen wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass ein geringerer sozioökonomischer Status (einschließlich eines geringeren Einkommens) mit negativen gesundheitlichen Folgen verbunden ist. Um sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken, sollten daher bei der Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien für die ältere Bevölkerung die Bedarfe sozioökonomisch benachteiligter Gruppen besonders berücksichtigt werden.

Wohnung und Wohnumgebung

Alle Teilnehmenden wurden zu ihrer Wohnsituation und zu deren Barrierefreiheit befragt. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden (94 %) lebte in Wohnungen oder Häusern, in denen erhebliche bauliche bzw. räumliche Barrieren bestanden. Die häufigste Barriere stellte dabei der Zugang zur Häuslichkeit dar, denn nur etwa 18 % der Teilnehmenden konnten ihre Wohnräume stufenlos erreichen. Innerhalb der Wohnung gab es bei 65 % der Rückmeldungen keine Hindernisse, wie Stufen oder Schwellen. Nur 40 % der Teilnehmenden verfügten über ein Badezimmer, das barrierefrei genug war, um ggf. mit Mobilitätshilfen zugänglich zu sein. Lediglich 15 % der Teilnehmenden verfügten über eine barrierefreie Dusche. In Einklang mit diesen Befunden stimmte mehr als ein Drittel der Teilnehmenden der Aussage zu, dass ihre Wohnung barrierefreier sein sollte. Darüber hinaus äußerte etwa jeder Zehnte den Wunsch, in eine andere Wohnung umziehen zu wollen, wobei als häufige Begründung die mangelnde barrierefreie Erreichbarkeit der gegenwärtigen Wohnung (u. a. auch das Fehlen eines Aufzugs) genannt wurde.

Unterstützungs- und Beratungsangebote rund um Fragen zum spezifischen Wohnbedarf älterer Menschen oder Menschen mit besonderen Bedürfnissen, oder zum Einsatz von Hilfsmitteln bieten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und kommunale Wohnberatungsstellen. Diese Unterstützungsmöglichkeiten sind jedoch teilweise nicht ausreichend bekannt, in geringem Umfang fanden sich auch Hinweise auf Akzeptanzprobleme: Etwa ein Drittel der Teilnehmenden wusste nicht, dass es Wohnberatungsstellen gibt, und etwa ein Fünftel gab an, dass sie diese Dienste nicht in Anspruch nehmen würden. Andere Unterstützungsmöglichkeiten für ein unabhängiges Leben, wie z. B. technische Geräte oder Assistenzsysteme (z. B. Herdabschaltung) wurden von den Teilnehmenden nur selten genutzt. Eine stärkere Bekanntmachung solcher Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten kann dazu beitragen, mehr älteren Dresdnerinnen und Dresdnern in der Zukunft ein längeres selbstständiges Wohnen zu ermöglichen.

Die Teilnehmenden waren mit ihrem Wohnumfeld überwiegend zufrieden, was sich in einer hohen Verbundenheit mit ihrem Wohngebiet widerspiegelte. Etwa 50 % der Teilnehmenden nutzten mindestens einmal pro Woche öffentliche Parks oder Grünanlagen, 23 % ein- bis dreimal im Monat und etwa 25 % entweder weniger als einmal im Monat oder nie. Fast ein Zehntel der Teilnehmenden gab an, keine öffentlichen Parks oder Grünanlagen in der Nähe ihres Wohnorts zu haben. Was die Mobilität in der Nachbarschaft betrifft, wurde vor allem der Wunsch nach stolperfreien Fußwegen und öffentlichen Toiletten geäußert. Ein Drittel der Teilnehmenden gab an, dass in ihrem Viertel stolperfreie Bürgersteige oder abgesenkte Bordsteine fehlten. Die Sorge um die eigene Sicherheit nach Einbruch der Dunkelheit wurde je nach Stadtbezirk von 21 % bis 40 % der Teilnehmenden genannt. Von hoher Bedeutung für die weitere Gestaltung des öffentlichen Raums und der Freiflächen sind demnach die Schaffung von Barrierefreiheit und die ausreichende Beleuchtung der Fußwege.

Soziales Umfeld

Drei Viertel der Teilnehmenden erlebten sich als Teil ihrer unmittelbaren Wohnumgebung, und für die überwiegende Mehrheit (80 %) ist die Zugehörigkeit zur Landeshauptstadt Dresden ein wichtiger Bestandteil ihres Selbstverständnisses. Zum Zeitpunkt der Befragung fühlten sich die meisten Teilnehmenden nur mit wenigen sozialen Gruppen verbunden, was durch die Einschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie erklärt werden bzw. verstärkt sein könnte. Die Zugehörigkeit zu mehreren sozialen Gruppen war wie erwartet mit einem besseren Gesundheitszustand und Wohlbefinden verbunden. Mit Blick auf die soziale Einbindung verfügten etwa 35 % der Teilnehmenden über ein kleines soziales Netzwerk, etwa 50 % über ein mittleres soziales Netzwerk und etwas weniger als 15 % über ein großes soziales Netzwerk. Die Mehrzahl der Teilnehmenden (63 %) verneinte Einsamkeitsgefühle. Allerdings gaben 35 % der Teilnehmenden an, sich (zumindest ein wenig, teilweise auch stärker) einsam zu fühlen. Diese Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit hin, die soziale Teilhabe insbesondere bei älteren alleinlebenden Menschen in Dresden zu fördern, da diese weniger soziale Kontakte angeben als nicht Alleinlebende. Dies ist besonders wichtig, da eine Vielzahl von sozialen Kontakten einen wesentlichen Beitrag zu mehr Gesundheit und Zufriedenheit leisten kann.

Etwa 7 % aller Teilnehmenden gaben an, im vergangenen Jahr Erfahrungen mit Diskriminierung aufgrund ihres Alters gemacht zu haben, wobei dies am häufigsten in den Bereichen medizinische Versorgung, Arbeitssuche und im Alltag erlebt wurde. Frauen waren häufiger von Altersdiskriminierung betroffen als Männer. Ebenso erlebten Personen in der jüngsten untersuchten Altersgruppe (60- bis 64-Jährige) mehr Diskriminierung als ältere Personen. Generell sollte jeder Diskriminierung entgegengewirkt werden. Gelingen kann dies u. a. durch die Vermeidung einer einseitigen, defizitorientierten Berichterstattung über ältere Menschen und durch die Beseitigung bestehender struktureller Barrieren für deren gesellschaftliche Teilhabe. Eine solche strukturelle Hürde stellte im Befragungszeitraum beispielweise die Vereinbarung eines Impftermins gegen COVID-19 dar, die hauptsächlich nur online durchgeführt werden konnte. Viele Angaben der Teilnehmenden bezogen sich auf dieses als diskriminierend empfundene Thema.

Kommunikation und Information, ehrenamtliches Engagement

Die meisten Personen gaben an, Informationen über gesundheitliche, kulturelle und soziale Angebote aus Radio und Fernsehen zu erhalten (86 %), gefolgt von kostenpflichtigen Zeitungen oder Zeitschriften (68 %) und von Bekannten (67 %). Mehr als 75 % der Teilnehmenden nutzten aktiv das Internet zur Informationsbeschaffung. Allerdings gab es mit Blick auf genutzte Informationsquellen besonders starke Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Schichten und Altersgruppen. Teilnehmende aus einer hohen sozioökonomischen Schicht nutzten das Internet häufiger als Teilnehmende aus einer niedrigen sozioökonomischen Schicht (90 % gegenüber 53 %). Außerdem nahm die Internetnutzung mit zunehmendem Alter ab: 90 % der jüngsten (60- bis 64-Jährige), aber nur 40 % der ältesten einbezogenen Altersgruppe (85+ Jahre) nutzten das Internet. Somit ist es vor dem Hintergrund eines zunehmend digitalisierten Alltags wichtig, den Zugang zum Internet insbesondere für ältere Menschen aus den unteren sozioökonomischen Schichten zu vereinfachen. Daneben sollten aber auch analoge Kommunikations- und Partizipationsmöglichkeiten erhalten bleiben (z. B. bei Bankgeschäften und Einkäufen sowie bei Print-Informationsmaterialien), da Menschen, die das Internet nicht nutzen können, auf diese Wege der Kommunikation und Teilhabe angewiesen sind.

Insgesamt zeigten die Teilnehmenden eine hohe Bereitschaft, sich ehrenamtlich zu engagieren, insbesondere um Menschen aus dem Freundeskreis und der Nachbarschaft zu helfen (62 %). Ein Fünftel aller Teilnehmenden gab an, bereits ehrenamtlich tätig zu sein, in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen waren es sogar 25 % der Teilnehmenden. Da die Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement bei der Mehrheit der Teilnehmenden besteht, sollte die ältere Bevölkerung verstärkt über die Möglichkeit zu ehrenamtlichen Aktivitäten im Wohngebiet informiert werden, darüber hinaus sollten neue zielgruppenorientierte Möglichkeiten der ehrenamtlichen Beteiligung geschaffen werden.

Gesundheit

Die Einschätzung der eigenen körperlichen Gesundheit der Teilnehmenden war vergleichbar mit der Einschätzung der körperlichen Gesundheit in der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung. Frauen schätzten ihre Gesundheit tendenziell schlechter ein als Männer, und jüngere Menschen gaben im Vergleich zu Älteren eine durchschnittlich bessere körperliche Gesundheit an. Außerdem bewerteten Personen aus der oberen sozioökonomischen Schicht ihre körperliche Gesundheit besser als Personen aus der mittleren und unteren sozioökonomischen Schicht. Fast alle Teilnehmenden (91 %) wiesen mindestens eine chronische Erkrankung auf. Am häufigsten wurden dabei Bluthochdruck (54 %), chronische Schmerzen (32 %) und Arthrose (31 %) genannt. Männer berichteten häufiger als Frauen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (koronare Herzkrankheit (13,9 % vs. 7,5 %), Schlaganfall (4,9 % vs. 2,8 %), Herzinfarkt (6,2 % vs. 2,2 %) und Diabetes (20,2 % vs. 16,3 %)), aber seltener von Depressionen (5 % vs. 9 %). Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmenden war normalgewichtig, während 42 % übergewichtig und 20 % fettleibig waren. Die Mehrzahl der Teilnehmenden (90 %) berichtete von der Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen, dabei nahmen 63 % an Krebsvorsorgeuntersuchungen und knapp die Hälfte (48 %) an hautärztlichen Vorsorgeuntersuchungen teil. Um eine informierte Entscheidung über die Inanspruchnahme von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen zu fördern, sollten ältere Menschen mehr Informationen zum Thema Krebsvorsorgeuntersuchungen erhalten.

Ein Fünftel der Teilnehmenden gab eine Behinderung an, wobei die höchste Altersgruppe (85+ Jahre) am stärksten betroffen war (38 % bei 85-Jährigen oder Älteren gegenüber 23 % bei 60- bis 64-Jährigen). Etwa ein Zehntel der Teilnehmenden war pflegebedürftig. Dieser Anteil war bei Frauen höher als bei Männern (14 % gegenüber 9 %) und stieg mit zunehmendem Alter an. Etwa 45 % der Pflegebedürftigen wurden von ambulanten Pflegediensten betreut, während ein großer Teil der Teilnehmenden angab, entweder von ihrer Partnerin oder ihrem Partner (40 %) oder den Kindern (40 %) gepflegt zu werden. Die pflegebedürftigen Teilnehmenden nahmen vor allem informelle und niedrigschwellige Angebote wie Nachbarschaftshilfe

und Alltagsbegleitung in Anspruch. Die Tatsache, dass den Pflegebedürftigen etwa ein Viertel der bestehenden Angebote nicht bekannt war, deutet jedoch auf die Notwendigkeit hin, die Kommunikation und Information zu solchen Angeboten zu verbessern bzw. auszubauen.

Ein Fünftel der Teilnehmenden pflegte andere Personen, wodurch sich etwa die Hälfte dieser Pflegenden belastet fühlte. Die Gesundheit der pflegenden Angehörigen sollte daher bei der Gestaltung von Unterstützungsangeboten einen hohen Stellenwert einnehmen. So bedarf es mehr Informationen zu niedrighschwelligem Angeboten, wie das Telefon des Vertrauens/Krisentelefon, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfe, Alltagsbegleitung oder Beratungsstellen sowie Begegnungszentren für Seniorinnen und Senioren, um diesen Personenkreis zu entlasten. Sinnvoll ist auch eine präventive Sensibilisierung für soziale und pflegerische Unterstützungsangebote, auch für Personengruppen, die derzeit keine Hilfe benötigen, aber perspektivisch einmal darauf angewiesen sein könnten.

Insgesamt berichteten die Teilnehmenden über ein eher niedrigeres Niveau des subjektiven Wohlbefindens im Vergleich mit der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung (58 Punkte gegenüber 67 Punkten in einer Skala von 0 bis 100). Die Werte weisen auf ein erhöhtes Maß an Depressivität bei etwa einem Drittel aller Teilnehmenden hin. Frauen wiesen ein höheres Maß an Depressivität auf als Männer (44 % gegenüber 34 %). Depressivität nahm mit dem Alter zu, und Angehörige der niedrigen sozioökonomischen Schicht waren stärker betroffen als Angehörige der mittleren und oberen sozioökonomischen Schicht. Eine mögliche Erklärung des niedrigeren Niveaus des subjektiven Wohlbefindens im Vergleich mit der bundesdeutschen Bevölkerung könnte in der Pandemiesituation liegen, da die gesamtdeutsche Vergleichsgruppe vor der Pandemie untersucht wurde. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass sich das Wohlbefinden aufgrund der Corona-Pandemie in Deutschland und weltweit stark reduzierte. Es wird empfohlen, Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, um mögliche negative Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Wohlbefinden der älteren Bevölkerung zu minimieren.

Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten zeigte etwas weniger als ein Drittel der Teilnehmenden einen riskanten Alkoholkonsum. Dies bedeutet dabei keine Alkoholabhängigkeit im engeren Sinne, sondern einen Alkoholkonsum, der sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Männer waren häufiger von riskantem Alkoholkonsum betroffen als Frauen (39 % gegenüber 30 %). Die Mehrheit der Teilnehmenden (89 %) gab an, nicht zu rauchen. Rauchende waren tendenziell jünger, eher männlich und gehörten überwiegend der unteren sozioökonomischen Schicht an. Obwohl die Mehrheit der Teilnehmenden (80 %) berichtete, täglich Obst und Gemüse zu essen, nahmen mindestens 20 % nicht die fünf empfohlenen Tagesportionen zu sich. Bedenklich ist außerdem die geringe körperliche Aktivität der Teilnehmenden. Ein Fünftel der Teilnehmenden gab an, sich während der vergangenen Woche nicht körperlich betätigt zu haben. Deren Anteil wurde mit zunehmendem Alter und niedrigerer sozioökonomischer Schicht größer. Auch im Alter wirkt ein positives Gesundheitsverhalten – nicht zuletzt mit regelmäßiger körperlicher Aktivität – als Schutzfaktor gegen Krankheiten, während ein ungünstiges Gesundheitsverhalten die Gesundheit gefährdet. Darüber hinaus weist ein hoher Anteil der älteren Menschen bereits chronische Erkrankungen auf, die durch eine geringe körperliche Aktivität ungünstig in ihrem Verlauf beeinflusst werden können. Positives Gesundheitsverhalten, insbesondere auch im Hinblick auf körperliche Aktivität sollte daher verstärkt durch entsprechende zielgruppenspezifische Maßnahmen gefördert werden. Diesbezüglich angebotene Programme, z. B. von Krankenkassen angebotene Kurse, werden nur von 15 % der Teilnehmenden in Anspruch genommen. Auch die Nutzung von Parks, Spazierwegen oder Grünflächen zur Förderung körperlicher Aktivität kann präventiv sinnvoll sein.

Auswirkungen der Corona-Pandemie

Über 80 % der Teilnehmenden zeigten sich besorgt über die Corona-Pandemie, und mehr als die Hälfte hatte Angst, sich anzustecken. Außerdem gab ebenfalls die Hälfte der Teilnehmenden eine Zunahme ihrer erlebten Einsamkeit durch die Pandemie an. Bei Frauen führte die Corona-Pandemie häufiger zur Zunahme der Einsamkeitsgefühle als bei Männern. In den höheren Altersgruppen fand sich tendenziell seltener eine pandemiebedingte Zunahme der Einsamkeitsgefühle. Etwa 14 % der Teilnehmenden benötigten während der Corona-Pandemie Hilfe – auch dieser Bedarf stieg mit zunehmendem Alter und niedrigerer sozioökonomischer Schicht an. Andererseits halfen mehr als 70 % der Teilnehmenden anderen Menschen oder waren bereit, anderen während der Pandemie zu helfen.

Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten änderte die Mehrheit der Teilnehmenden ihre (Alkohol-)Trinkgewohnheiten nicht (75 %), während etwa 25 % ihren Alkoholkonsum reduzierten. Rauchende neigten dazu, während der Pandemie mehr zu rauchen. Die größte negative Auswirkung auf das Gesundheitsverhalten zeigte die Corona-Pandemie hinsichtlich der körperlichen Aktivität: mehr als ein Drittel der Teilnehmenden trieb zum Zeitpunkt der Befragung weniger Sport als vor der Pandemie.

Um möglichen negativen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die körperliche und psychische Gesundheit, wie z. B. verstärkte Einsamkeit oder geringere körperliche Aktivität, entgegenzuwirken, sind Maßnahmen wie das Seniorentelefon, Online-Psychotherapie und zielgruppenorientierte Sportkurse zu etablieren oder zu erweitern. Der Zugang zu Online-Diensten wie Psychotherapie sollte erleichtert und unterstützt werden, insbesondere für Personengruppen, die keinen oder nur eingeschränkten Zugang zum Internet haben. Denn auch und besonders bei Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie wie Lockdowns, Kontaktbeschränkungen und Reduktion von Vor-Ort-Angeboten ist es wichtig, hilfsbedürftige Menschen zu unterstützen (z. B. beim Einkaufen oder bei Besorgungen) und den Kontakt zwischen Hilfesuchenden und Hilfsbedürftigen zu vermitteln.

Freitextantworten

Am Ende des Fragebogens hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, weitere Hinweise, Anmerkungen oder Mitteilungen in einem offenen Antwortformat zu formulieren. Zu den am häufigsten genannten Problemen gehörten Fußwege, die aufgrund ihrer Unebenheit als riskant im Sinne von Stolperfallen oder als unkomfortabel erlebt werden. Ferner wurde ein Bedarf an (besseren) Radwegen und einer barrierefreien Gestaltung von Bushaltestellen und Einstiegsmöglichkeiten in öffentliche Verkehrsmittel geäußert. In mehreren Stadtbezirken wurde der Wunsch nach mehr Polizeipräsenz und der Ahndung von Ordnungswidrigkeiten geäußert. Gewünscht wurden außerdem mehr Grünflächen, Ruhe- und Erholungsmöglichkeiten, Sauberkeit sowie öffentliche Toiletten.

Befragung von Pflegeeinrichtungen

Methodik

Die Befragung von Pflegeeinrichtungen bestand aus drei Teilen. Ende Januar 2021 wurden zunächst kurze Telefoninterviews mit ambulanten Pflegediensten in Dresden geführt. Ziel war die Abbildung einer Momentaufnahme der aktuellen Kapazitäten in der ambulanten Altenpflege. Im Frühjahr 2021 wurde eine schriftliche Befragung von Einrichtungen der teil- und vollstationären Pflege und Kurzzeitpflege durchgeführt. Damit sollte ein Überblick über die Auslastung der Einrichtungen, das aktuelle und geplante Leistungsportfolio und die Personalsituation gewonnen werden. Um ein umfassendes Bild der geplanten zukünftigen Entwicklung der Pflegeeinrichtungen zu erhalten, wurden von April bis Juli 2021 zudem 20 Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Pflegebereich in Dresden geführt.

Zentrale Ergebnisse

Die Erhebungen im Rahmen der LAB60+ Studie zeigen auf, dass Anfragen von Pflegebedürftigen im ambulanten und teilstationären Bereich der Dresdener Pflegelandschaft bedient werden können. Bei den vollstationären Einrichtungen hingegen besteht eine sehr hohe Auslastung von durchschnittlich ca. 98 %, sodass Aufnahmeanfragen nicht sofort realisiert werden können. Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige mit spezifischen Profilen, wie z. B. Suchterkrankungen, fehlen überwiegend. Für Menschen mit Demenz hingegen sind Angebote innerhalb der Einrichtungen vorhanden, werden jedoch dem zu erwartenden Bedarf vermutlich nicht entsprechen können. Ein Handlungsfeld wird in der Bekanntmachung und ggf. dem Hinwirken auf einen Ausbau vorhandener Beratungs- und Versorgungsstrukturen für Menschen mit spezifischen Profilen

gesehen. Im Bereich der Kurzzeitpflege scheint bereits generell eine angespannte Platzsituation zu bestehen, für die Lösungen insbesondere in Bezug auf die optimale Ausnutzung vorhandener Kapazitäten und somit einen wirtschaftlichen Betrieb, gefunden werden müssen. Insgesamt nannten die Träger wenige Planungen zum Ausbau von Platzkapazitäten oder Pflegeangeboten. In den nächsten drei Jahren sei allenfalls ein geringfügiger Ausbau der Platzkapazitäten in der vollstationären Pflege und Kurzzeitpflege geplant. Ein wesentlicher Hinderungsgrund ist der bereits bestehende Personalmangel, der sich beispielsweise an durchschnittlich 2,4 unbesetzten Vollzeitstellen für qualifizierte Fachkräfte je vollstationärer Pflegeeinrichtung in Dresden äußert. Von einer zukünftigen Verschärfung des Personalmangels wird ausgegangen. Hier bedarf es eines lokalen oder landesweiten Konzeptes zur Fachkräftesicherung und -gewinnung. Gründe für fehlendes Personal werden in der mangelnden Attraktivität des Pflegeberufes und seiner negativen Darstellung in der Öffentlichkeit gesehen. Zudem schauen die Träger von Altenpflegeeinrichtungen zum Teil mit Sorge auf die Auswirkungen der generalistischen Ausbildung im Pflegebereich auf das Altenpflegesetting. Zahlreiche Maßnahmen der Personalgewinnung und -bindung werden bereits unternommen, beispielsweise in der Aus- und Weiterbildung.

Hinsichtlich der Beratung und Vermittlung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nehmen insbesondere die ambulanten Pflegedienste eine wichtige Rolle ein. Häufig werden sie mit Themen, die über Fragen zur Pflege hinausgehen (z. B. Wohnraumanpassungen oder soziale Leistungen) konfrontiert. In diesem Fall werden Weitervermittlungen vorgenommen, wobei die vorhandenen kommunalen Beratungsangebote den Pflegediensten nicht immer ausreichend bekannt sind. Verbesserungen sollten somit insbesondere im Zugang und in der Bekanntheit der vielfältigen Angebote in Dresden angestrebt werden. Dennoch bestehen vielfältige Netzwerke und Kooperationen im Bereich der Pflege, die von den Beteiligten sehr geschätzt werden. Gewünscht wird jedoch die Möglichkeit, Veränderungen auch herbeiführen zu können. Insbesondere im Bereich des Überleitungsmanagements zwischen Krankenhaus und Pflege wurde ein Handlungsbedarf identifiziert.

Als größte Herausforderung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in den kommenden 10 Jahren wird von den Einrichtungsträgern die aktuelle und zukünftig zu erwartende Personalsituation benannt. Diese limitiere auch die Möglichkeiten zukünftiger Entwicklungen, wie auch die Refinanzierung von Pflegeangeboten durch Eigenanteile der Pflegebedürftigen bzw. die Kommune. Als wichtige Maßnahme für die Zukunft identifizierten die Einrichtungsträger die Schaffung von barrierefreiem Wohn- und Stadtraum, in dem ältere Menschen selbständig, sicher und aktiv in der eigenen Häuslichkeit und dem gewohnten Umfeld leben können.

Handlungsfelder und Ausblick

In der Ergebnis-Zusammenschau der im Rahmen von LAB60+ durchgeführten Befragung der Dresdnerinnen und Dresdner ab dem 60. Lebensjahr und der Befragung der Pflegeeinrichtungen werden spezifische Handlungsfelder deutlich, in denen Dresden altersfreundlicher werden kann. Diese Handlungsfelder werden sieben miteinander verbundenen Bereichen zugeordnet, die sich an den WHO-Kernpunkten für „Altersfreundliche Städte“ orientieren. Es handelt sich dabei um die Bereiche (1) Wohnraum und Wohnumfeld, (2) Mobilität und Verkehrsmittel, (3) Respekt und soziale Teilhabe, (4) ehrenamtliche Tätigkeit, (5) Kommunikation und Information, (6) Gesundheit und (7) Unterstützung durch die Gemeinschaft und Gesundheitsversorgung. Konkrete Interventionsmaßnahmen in den identifizierten Handlungsfeldern können dazu beitragen, die soziale Teilhabe älterer Menschen in Dresden zu stärken, ein selbstbestimmtes Leben bis ins hohe Alter zu gewährleisten und die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Wenn in den identifizierten Handlungsfeldern konkrete Interventionen umgesetzt werden, sollten unter Berücksichtigung von Methoden der partizipativen Gesundheitsforschung die Seniorinnen und Senioren in Dresden direkt und aktiv in die Nutzung ihrer eigenen Forschungsdaten, insbesondere auch in die Entwicklung dieser konkreten Maßnahmen, einbezogen werden. Schließlich wird empfohlen, die zukünftige Entwicklung der Lebenssituation Dresdner Seniorinnen und Senioren in Folgestudien zu untersuchen und in diesem Zusammenhang auch die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionsmaßnahmen zu evaluieren.

A

Allgemeines zur Studie

1. Hintergrund und Ziele

Der demografische Wandel führt in Sachsen zu einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft. Laut Prognosen des statistischen Landesamts Sachsen¹ wird im Jahr 2035 der Anteil der Personen, die mindestens 65 Jahre alt sein werden, auf 30,5 % steigen; im Jahr 2018 lag dieser noch bei 26 %. Der Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung hingegen wird laut diesen Prognosen von knapp 57 % auf 52 % sinken. Die Anzahl der über 65-Jährigen wird bis zum Jahr 2035 voraussichtlich um fast 10 % zunehmen. Dies entspricht einem Anstieg um 102.600 Personen auf insgesamt 1,2 Millionen Menschen in dieser Altersgruppe. Die Anzahl der erwerbstätigen Personen wird um bis zu 14 % sinken: So werden 2035 bis zu 316 800 Erwerbstätige weniger in Sachsen leben als im Jahr 2018, als diese Zahl 2,3 Millionen Personen umfasste. Einen weiteren Indikator für die Alterung der sächsischen Bevölkerung stellt das steigende Durchschnittsalter dar: Dieses wird in Sachsen voraussichtlich von 46,8 Jahren (Stand 2018) auf 48,1 Jahre ansteigen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2020).

Mit einer ähnlichen Entwicklung ist auch in der Stadt Dresden zu rechnen: Hier wurde schon ein Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung von 39,0 Jahren im Jahr 1990 auf 43,1 Jahre im Jahre 2019 belegt. Der Anteil der Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren stieg in dieser Zeit um etwa 25 % an (Kommunale Statistikstelle 2020). Bis zum Jahr 2035 wird ein starker Anstieg der Zahl der Seniorinnen und Senioren in Dresden erwartet. Die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen wird mit einem Anstieg von 22 % einen der stärksten Zuwächse aufweisen, während Personen im Alter von mindestens 85 Jahren mit 39 % den stärksten Zuwachs verzeichnen werden (Landeshauptstadt Dresden 2020).

Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung sollten – idealer Weise – auch die in den Städten verfügbaren Ressourcen und Infrastrukturen an deren Bedürfnisse und Erwartungen besser angepasst werden. Die Entwicklung und das Wachstum der Städte wirkt sich auch auf das Leben älterer Personen direkt aus, insbesondere auf das Leben sozial und wirtschaftlich benachteiligter Menschen (Scharf et al. 2002). Daher müssen insbesondere auch die individuellen Anforderungen dieser schutzbedürftigen Bevölkerungsgruppe im Rahmen der Stadtentwicklung berücksichtigt werden. So haben ältere Menschen beispielsweise ein breites Spektrum an Wohn- und Gemeinschaftsbedürfnissen und -wünschen. Zu diesen gehört oftmals auch der Wunsch, zu Hause altern zu können – wer sich dies wünscht, sollte daher ausreichend Unterstützung erfahren, um so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden leben zu können (Pani-Harreman et al. 2021).

Die Bereitstellung von Ressourcen und der Infrastruktur zur Unterstützung älterer Menschen für ein unabhängiges, gesundes und aktives Leben ist für das Wohlbefinden der älteren Bevölkerung von zentraler Bedeutung. Dies konnte in mehreren internationalen Studien aus Amerika, Asien und Europa gezeigt werden. Unter anderem wurde eine höhere Lebenszufriedenheit bei Menschen festgestellt, die Maßnahmen zur Unterstützung von Seniorinnen und Senioren in Anspruch genommen haben (Flores et al. 2019). Außerdem berichteten ältere Menschen die in altersfreundlicheren Gebieten leben über eine höhere Lebenszufriedenheit, als ältere Menschen in weniger altersfreundlichen Gebieten (Menec et al. 2014, Nieboer et al. 2018, Xie 2018, Au et al. 2020, Ng et al. 2021).

1.1 Zielstellung der Studie

Ziel der Studie zur „Individuellen Lebens-, Gesundheits- und Pflegesituation von Dresdnerinnen und Dresdenern ab dem 60. Lebensjahr (LAB60+ Studie)“ ist es, die aktuelle Lebens-, Gesundheits- und Pflegesituation der Bevölkerung im Alter von

¹ Die in diesem Absatz genannten Informationen beziehen sich auf Daten der 7. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen 2019 bis 2035 (https://www.bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/download/RBV%20Sachsen/rbv_freistaat_sachsen.pdf), mit der Annahme einer moderaten demografischen Entwicklung (Statistisches Bundesamt 2021).

≥ 60 Jahren in Dresden, auch in Bezug auf die derzeitige Corona-Pandemie, zu erforschen. Dabei sollten neben der Wohnsituation, den materiellen Umständen und der Mobilität auch die soziale Teilhabe sowie die körperliche und psychische Gesundheitssituation untersucht werden. Zudem sollten Transparenz und Verfügbarkeit von Pflegeangeboten ermittelt und konkrete Fehlstellen und Handlungsbedarfe aufgedeckt werden. Die resultierende Bestandsaufnahme dient als eine Grundlage für das spätere Ableiten von Maßnahmen zur Förderung eines selbstbestimmten, gesunden und aktiven Lebens bis ins hohe Alter in Dresden.

1.2 Beteiligte Akteure

An der Durchführung der vorliegenden Studie waren die Landeshauptstadt Dresden (Geschäftsbereich Arbeit, Soziales, Gesundheit und Wohnen) sowie Institute der Technischen Universität (TU) Dresden beteiligt. Diese umfassen das Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin (IPAS) der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus und die Professuren für Arbeits- und Organisationspsychologie der Fakultät Psychologie sowie für Sozial- und Gesundheitsbauten der Fakultät Architektur. Alle Professuren sind in das Centrum für Demografie und Diversität (CDD)² eingebunden und kooperieren dort seit 2016 zusammen.

Die Leitung der Studie lag bei Prof. Dr. med. Andreas Seidler, MPH (Direktor des IPAS), zusammen mit Prof. Dr. Jürgen Wegge (Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie), Prof. Dr.-Ing. Gesine Marquardt (Professorin für Sozial- und Gesundheitsbauten) und Dr. rer. biol. hum. Janice Hegewald, MSc. (IPAS), sowie Dr. rer. medic. Karla Romero Starke, MSc. (IPAS), der TU Dresden.

1.3 Thematische Gliederung der Studie

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden drei Themenkomplexe bearbeitet:

1. Die individuelle Lebens- sowie Gesundheits- und Pflegesituation

- Die Darstellung der gesundheitlichen Lage der befragten Personen, auch in Bezug auf soziale Kontakte, psychisches Befinden und Hilfebedarf;
- Die Einschätzung der aktuellen Lebenssituation mit Informationen zu Wohnsituation und Wohnumfeld (einschließlich Barrierefreiheit);
-

2. Die Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur sowie Pflegeangebote im Quartier

- Die Einschätzung der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Haus- und Fachärzten, therapeutischen, pflegerischen und komplementären Angeboten;
- Die Befragung von Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung in Hinblick auf eine bedarfsorientierte Pflegeplanung.

3. Vorstellungen und Wünsche der Dresdnerinnen und Dresdner ab 60 Jahren

- zur Lebensgestaltung im Alter in Bezug auf Gesundheitsförderungsangebote;
- Möglichkeiten und Angebote der Seniorenarbeit, Altenhilfe und Pflege.

Die Analyse der Themen 1 und 3 basiert auf Daten, welche mit Hilfe von Fragebögen erhoben wurden, die an die LAB60+ Teilnehmenden gerichtet waren. Zur Bearbeitung des Themenbereichs 2 wurde eine Befragung von ambulanten und (teil-) stationären Versorgungseinrichtungen sowie Experteninterviews durchgeführt.

² Das CDD (<https://tu-dresden.de/cdd>) ist ein Kompetenzzentrum der TU Dresden und bietet ein offenes Forum für Forschung, Beratung, Fort- und Weiterbildung sowie Wissenstransfer auf den Gebieten Demografie und Diversität.

Die thematische Ausrichtung der vorliegenden Studie erfolgte dem Lebenslagen-Ansatz der älteren Bevölkerung Dresdens entsprechend mehrdimensional, wodurch die Analyse von Zusammenhängen und Wechselwirkungen verschiedener Lebensbereiche ermöglicht wurde. Als Ergebnis dieser Analysen werden entsprechende Handlungsfelder identifiziert, die als Rahmen für die Ableitung von Handlungsstrategien und Maßnahmen dienen und so die Ressourcen für Gesundheitsförderung/Prävention und Seniorenarbeit/Pflege bündeln können.

Nach der Einleitung in Kapitel 1 und den Erläuterungen zur verwendeten Methodik in Kapitel 2 (Abschnitt A – Allgemeines zur Studie) werden die Ergebnisse der Themenkomplexe wie folgt dargestellt:

Abschnitt B – Befragung von Dresdnerinnen und Dresdnern ab 60 Jahren

■ **Kapitel 3:** Soziodemographische Angaben

Dieses Kapitel beschreibt wichtige soziodemographische Merkmale der LAB60+ Teilnehmenden, wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit und Geburtsort. Deren Repräsentativität in Bezug auf die Dresdner Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren wird bewertet.

■ **Kapitel 4:** Bildung, Beruf und Finanzen; Übergang in den Ruhestand

Die Merkmale der LAB60+ Teilnehmenden hinsichtlich Bildung, Beruf und Finanzen werden in diesem Kapitel beschrieben. Außerdem wird ein Blick darauf geworfen, wie der Übergang in den Ruhestand gelingt und welche Wünsche es dazu gibt.

■ **Kapitel 5:** Wohnung und Wohnumgebung

Die Wohnsituation der LAB60+ Teilnehmenden wird beschrieben, einschließlich der Größe und Kosten der Wohnungen, ihrer Ausstattung (einschließlich Barrierefreiheit) und der Umzugswünsche der Teilnehmenden. Darüber hinaus wurde das Wohnumfeld der Teilnehmenden im Hinblick auf deren Zufriedenheit mit ihrem Wohnumfeld und die Nutzung von Grünflächen bewertet. Auch auf Aspekte, die im Wohnumfeld als fehlend angesehen werden, wird hier eingegangen.

■ **Kapitel 6:** Soziales Umfeld

Dieses Kapitel beschreibt die Art und Häufigkeit der sozialen Kontakte der LAB60+ Teilnehmenden sowie die Größe ihrer sozialen Netzwerke. Darüber hinaus werden Einsamkeitsgefühle und Erfahrungen mit Altersdiskriminierung beschrieben. Es werden verschiedene Forschungsfragen zum sozialen Umfeld untersucht, wie zum Beispiel der Zusammenhang zwischen sozialem Umfeld und Gesundheit und Wohlbefinden.

■ **Kapitel 7:** Teilhabe, Alltags- und Freizeitverhalten und Ehrenamt

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem Alltags- und Freizeitverhalten sowie der gesellschaftlichen Teilhabe der LAB60+ Teilnehmenden, inklusive Internetnutzung, Informationsverhalten, und ehrenamtliche Tätigkeit. Ebenso werden Lebensziele und Perspektiven der Befragten beschrieben.

■ **Kapitel 8:** Gesundheit

Dieses umfassende Kapitel ist in Unterkapitel unterteilt, die sich mit der körperlichen Gesundheit und der Gesundheitsversorgung der LAB60+ Teilnehmenden sowie mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit, Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten befassen.

■ **Kapitel 9:** Corona-Pandemie

Im Rahmen dieser Studie wurde untersucht, inwiefern sich die Corona-Pandemie auf die LAB60+ Teilnehmenden ausgewirkt hat. Dabei wurden Aspekte wie zum Beispiel Unterstützungsbedarf, Hilfeleistungen, Einsamkeit, Sorgen und Ängste sowie ausgewählte Gesundheitsverhaltensweisen untersucht.

■ **Kapitel 10:** Freitextauswertung

Zum Abschluss der Fragebogen-Erhebung bot eine offene Frage die Gelegenheit, subjektive Meinungen und Sichtweisen der Teilnehmenden zu erfassen. Mit den damit gewonnenen Anmerkungen konnten Belastungseinschätzungen, Bedarfe und konkrete Vorschläge gesammelt werden, die durch die standardisierten Fragen nicht erfasst wurden. Damit konnten die teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger unmittelbar ausdrücken, was ihnen in Bezug zur Erhebung bzw. grundsätzlich zum Leben in der Landeshauptstadt Dresden wichtig ist.

Abschnitt C – Befragung der Dresdner Pflegelandschaft

■ **Kapitel 11:** Einrichtungsbefragung

In diesem umfangreichen Kapitel werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung und der Interviews mit Pflegeeinrichtungen in Dresden dargestellt. Es wurde ein breites Spektrum an Informationen zur Pflegeinfrastruktur und zu Pflegeangeboten im Quartier gesammelt, die ein realistisches Bild der gegenwärtigen Situation im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich in Dresden ermöglichen und zukünftige Entwicklungsoptionen aufzeigen.

Abschnitt D – gemeinsame Erkenntnisse

■ **Kapitel 12:** Handlungsfelder und Ausblick

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Handlungsfelder dargestellt, die als Ergebnis der Analysen identifiziert wurden. Diese Handlungsfelder werden in Anlehnung an den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Rahmen einer altersfreundlichen Stadt dargestellt. Abschließend wird ein Ausblick auf die zukünftige Arbeit in Bezug auf die ältere Bevölkerung in Dresden vorgestellt.

2. Studiendesign und Methodik

2.1 Befragung von Dresdnerinnen und Dresdenern ab 60 Jahren

2.1.1 Zielgruppe der Befragung

Befragt wurden Personen mit Hauptwohnsitz in Dresden im Alter von ≥ 60 Jahren, welche im eigenen Haushalt (einschließlich Einrichtungen des Betreuten Wohnens) leben. In stationären Pflegeeinrichtungen lebende Personen wurden nicht in die Studie einbezogen.

2.1.2 Stichprobenziehung

Die Befragung wurde als Querschnittsstudie in Form einer fragebogenbasierten Erhebung an einer Gesamtstichprobe von insgesamt 6.004 Personen durchgeführt. Im Rahmen der Studienplanung wurde zunächst ermittelt, wie viele Personen kontaktiert werden müssten, um insgesamt etwa 1 % der 151.113 Personen im Alter von mindestens 60 Jahren in Dresden zu befragen. Um die ermittelte Zielgröße von etwa 1.500 Personen zu erreichen, wurde eine zufällige Ziehung von 6.004 zu befragenden Personen vorgenommen. Diese erfolgte unter Berücksichtigung der Anzahl der in den einzelnen Stadtbezirken wohnenden Personen³ als proportional geschichtete Stichprobenziehung, um sicherzustellen, dass alle Stadtteile sowie alle Altersstufen ≥ 60 Jahre in der Studie repräsentiert sind. Die notwendige Stichprobengröße in den einzelnen Stadtbezirken und Ortschaften wurde unter Berücksichtigung der erwarteten Response (Rücklaufquote) jeweils separat für die dort lebende Anzahl an Personen in den Altersgruppen 60 bis 64 Jahre, 65 bis 69 Jahre, 70 bis 74 Jahre, 75 bis 80 Jahre, 80 bis 84 Jahre sowie 85 Jahre und älter ermittelt. Dabei wurde konservativ von einer Beteiligung von 30 % für Personen im Alter von < 80 Jahren und von 20 % für Personen im Alter von ≥ 80 Jahren ausgegangen. Dieser Annahme entsprechend wurde ein höherer Anteil von Personen in den zwei ältesten Altersgruppen zur Studienteilnahme eingeladen. Die Annahme dieser Response erfolgte auf Basis der Studie „Alten- und behindertengerechtes Wohnen in Dresden“ aus dem Jahr 2010 (Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung e. V. (IÖR) 2010), die eine Teilnahmequote von 39 % erzielte. Aufgrund dieser Art der Ziehung ist ggf. eine nachträgliche Gewichtung erforderlich, damit die Altersstruktur der Studie diejenige der Stadt Dresden (≥ 60 Jahre) entsprechend abbildet.

2.1.3 Der Fragebogen

Im Rahmen der Befragung sollten neben den Angaben zur Person, Wohnsituation und –umgebung, Wohlbefinden sowie Gesundheitszustand auch Informationen über Aktivitäten und soziale Kontakte ermittelt werden. Ebenfalls wurden Fragen hinsichtlich des individuellen Erlebens der Corona-Pandemie und ihrer möglichen Einflüsse auf die Lebenssituation einbezogen.

Folgende Themenbereiche wurden durch den Fragebogen erfasst:

- Soziodemografie
- Bildung
- Erwerbs- und finanzielle Situation
- Belastungsfaktoren und Unterstützungswünsche beim Übergang in den Ruhestand (nur für Rentnerinnen und Rentner)
- erlebte Altersdiskriminierung
- soziales Netzwerk und soziale Kontakte

³ Personen der Dresdner Ortschaften werden den anliegenden Stadtbezirken zugeordnet.

- ehrenamtliches Engagement
- Hilfebedarf und geleistete Hilfe aufgrund der Corona-Pandemie
- Wohnsituation und -umfeld
- körperliche und psychische Gesundheit
- Gesundheitsverhalten
- Alltagsaktivitäten
- Lebenszufriedenheit und -ziele.

Als Orientierung für die Auswahl der Fragen diente die LISA-II-Studie aus Berlin-Mitte (Bezirksamt Mitte von Berlin 2021). Im Wesentlichen erfolgte die Operationalisierung der Fragen im LISA-II-Fragebogen auf der Grundlage des vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Bundesgesundheits surveys und des vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) initiierten Deutschen Alters surveys (DEAS) (Schaefer et al. 1999, Thefeld et al. 1999, Tesch-Römer et al. 2002).

Bei der Erstellung der Fragen wurden – sofern möglich – validierte Instrumente bzw. Fragebögen genutzt. Hinsichtlich der Gestaltung der Fragen wurden in den meisten Fällen geschlossene Auswahlfragen (Multiple-Choice-Fragen) verwendet, wobei jeweils die am besten zutreffende Antwort oder auch mehrere zutreffende Aussagen markiert werden sollten. Zudem kamen Likert-Skalen zur Anwendung, das heißt graduelle Skalen, welche zum Beispiel der Einschätzung von persönlichen Einstellungen der Befragten oder der Häufigkeit bestimmter Aktivitäten dienen (Likert 1932). Bei vielen Fragen wurde über zusätzliche Felder die Angabe weiterer Antwortoptionen ermöglicht. Mehrere offene Fragen dienten der Nennung ergänzender Informationen in Form eines Freitextes. So konnten im Rahmen des für die Befragung gewählten Lebenslagen-Ansatzes materielle (Haushaltseinkommen) und immaterielle Dimensionen (Teilnahme am gesellschaftlichen Leben) der Haushalte von Seniorinnen und Senioren untersucht werden. Dabei wurden objektiv ebenso wie subjektiv messbare Lebensbedingungen berücksichtigt. Schließlich bestand für die befragten Personen am Ende der Umfrage die Möglichkeit, Vorschläge und Ideen zur Verbesserung ihrer Lebenssituation in Dresden darzustellen. Diese Anregungen und Kommentare wurden in einer qualitativen Analyse kategorisiert und analysiert.

2.1.4 Ablauf der Befragung

Den Fragebogen erhielten 5.700 der 6.004 zufällig ermittelten Personen postalisch zugesandt. Diese hatten die Möglichkeit, zwischen dem Ausfüllen des Fragebogens in Papierform oder digital (mit Eingabe des persönlichen Studiencodes) zu wählen. Die Rücksendung des Fragebogens und der Einwilligungserklärung erfolgte separat in verschiedenen Umschlägen. Im Falle der Online-Teilnahme wurde die Einwilligung zur Teilnahme elektronisch vor Beginn des Fragebogens eingeholt.

Zudem sollte 304 Personen einer Teilstichprobe (entsprechend 5 % der Gesamtstichprobe) schriftlich das Angebot einer persönlichen Befragung im eigenen Haushalt gemacht werden. Dies war geplant, um die Barrierefreiheit in der Wohnung und der unmittelbaren Umgebung genauer beurteilen zu können. Die persönliche Befragung sollte zudem eine höhere Akzeptanz und damit Teilnahmebereitschaft erzielen. Durch den Vergleich der Ergebnisse dieser kleineren Subgruppe sollten etwaige Verzerrungen in der Gesamterhebung ermittelt werden. Da dieses Format aufgrund der im Befragungszeitraum (1. und 2. Quartal 2021) herrschenden Pandemiesituation nicht umsetzbar war, wurden an Stelle der vor Ort geplanten Interviews telefonische Befragungen angeboten und durchgeführt, sofern die befragten Personen Kontakt mit dem Studienteam aufnahmen und in die Teilnahme einwilligten. Wurde ein Telefonat nicht gewünscht, einer Teilnahme an der schriftlichen Umfrage jedoch zugestimmt, erhielten die betreffenden Personen die gleichen Unterlagen wie die Teilnehmenden der schriftlichen Befragung. Wenn innerhalb von zwei Wochen nach der ersten Einladung zum Interview keine Rückmeldung einging wurde versucht, die im öffentlichen Telefonbuch aufgeführten Personen telefonisch zu erreichen. Vier bis sechs Wochen nach dem Versand aller Fragebögen wurde erneut ein Erinnerungsschreiben an die gesamte Stichprobenpopulation verschickt.

2.1.5 Ethische Aspekte

Es wurde ein Ethikantrag bei der Ethikkommission an der TU Dresden gestellt (Antrags-Nr. BO-EK-582122020). Im Rahmen der Prüfung wurden keine Bedenken gegen das Forschungsvorhaben geäußert.

Den versendeten Fragebögen bzw. Einladungen zur telefonischen Befragung lagen ausführliche Informationen bezüglich datenschutzrechtlicher Aspekte sowie der Freiwilligkeit der Teilnahme an dieser Studie bei. Eine Datenerhebung erfolgte nur nach Zustimmung der Teilnehmenden. Die Einwilligung konnte jederzeit auf schriftlichem Weg zurückgezogen werden, woraufhin die Löschung personenbezogener und pseudonymisierter Daten erfolgte.

Neben der Erklärung der Teilnahme an dieser Studie hatten die befragten Personen die Möglichkeit, einer späteren Kontaktaufnahme durch das Studienteam für eine Folgebefragung zuzustimmen. Die Zustimmung bezieht sich dabei lediglich auf die Einwilligung zur erneuten Kontaktaufnahme, nicht aber auf die Teilnahme an der Folgebefragung.

2.1.6 Datenmanagement und Datenschutz

Die Kontaktdaten der Studienpopulation wurden zufällig durch eine Ziehung von Adressen über das Einwohnermelderegister der Stadt Dresden ermittelt. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten bilden hier insbesondere Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (Einwilligung) in Verbindung mit § 12 – Sächsisches Datenschutzdurchführungsgesetz (SächsDSDG) (Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu Zwecken der wissenschaftlichen Forschung) und §§ 4, 45 Sächsisches Hochschulfreiheitsgesetz (SächsHSFG) (Forschung).

Im Rahmen der Stichprobenziehung erfolgte eine Pseudonymisierung der personenbezogenen Daten durch zufällige Generierung eines sechsstelligen Codes. Dieser besteht aus zwei Buchstaben, welche die Zuordnung zu den Dresdner Stadtbezirken und Ortschaften ermöglichen, sowie vier zufällig generierten Ziffern. Es erfolgte eine strikt getrennte Aufbewahrung der separat zurückgesandten Einwilligungserklärungen (persönliche Daten enthaltend) und der Forschungsdaten (Fragebögen).

Die Teilstichprobe von Personen, denen ein telefonisches Interview angeboten wurde, wurde zufällig ausgewählt. Die für die Telefoninterviews benötigten Kontaktinformationen (Uhrzeiten, Telefonnummern) aus den Antwortmailings wurden verschlüsselt.

Die Online-Umfrage wurde über die Software REDCap⁴ durchgeführt. Diese gewährleistet eine verschlüsselte Datenübertragung.

Personenbezogene Daten (Vor- und Zuname, Adresse) werden zur späteren Kontaktaufnahme (das entsprechende Einverständnis wurde zusätzlich erfragt) gemäß „guter epidemiologischer Praxis“ getrennt von den Forschungsdaten für 10 Jahre aufbewahrt und im Anschluss an diesen Zeitraum vernichtet. Es wurde sichergestellt, dass lediglich befugte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Studie auf die Daten zugreifen können (Erhebungsstelle: Zugriff auf personenbezogene Daten, Auswertungsstelle: Zugriff auf Forschungsdaten). Alle Analysen wurden mit verschlüsselten Daten durchgeführt. Diese werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke durch das Centrum für Demografie und Diversität (CDD) und das Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin an der TU Dresden sowie durch die Landeshauptstadt Dresden genutzt. Die in die Studie involvierten Mitarbeitenden unterliegen der Schweigepflicht.

In der datenschutzrechtlichen Prüfung dieser Studie wurden von Seiten der Datenschutzbeauftragten des Uniklinikums Carl Gustav Carus in Dresden sowie der Landeshauptstadt Dresden keine datenschutzrechtlichen Bedenken gegen die Studie geäußert.

⁴ Die REDCap-Software wurde durch eine Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)-Förderung (DFG SFB/TRR 205) zur Verfügung gestellt.

2.1.7 Qualitätssicherung und Prüfung der Plausibilität

Die Qualitätssicherung der Dateneingabe aus den zurückgesandten Fragebögen im Rahmen der digitalen Auswertung erfolgte durch die Kontrolle der Eingaben von etwa 10 % der Fragebögen. Dabei wurde sichergestellt, dass die primäre Digitalisierung der Fragebögen und ihre Qualitätskontrolle nie von denselben Personen vorgenommen wurde. Anschließend erfolgte die Plausibilitätsprüfung der erhobenen Daten. Dazu wurden durch das Einwohnermeldeamt zur Verfügung gestellte soziodemografische Informationen genutzt (z. B. Stadtbezirk bzw. Ortschaft, Altersgruppe, Nationalität). Doppelt eingegangene (d. h. im Rahmen der ersten Befragung sowie erneut nach dem Erinnerungsschreiben ausgefüllte) Fragebögen wurden anhand des individuellen Codes erkannt und entfernt.

Anschließend wurde der gesamte Datensatz systematisch hinsichtlich unplausibler Werte überprüft. Diese Werte ergeben sich z. B., wenn eine Person bei einer Frage angibt, das Internet nicht zu nutzen, bei der nächsten Frage aber antwortet, für soziale Medien, zum Einkaufen, beim Online-Banking, zur Unterhaltung usw. online zu sein. In diesem Fall wurde die erste Antwort zur Internetnutzung in „ja“ geändert. In anderen Fällen wurden unplausible Werte für bestimmte Variablen markiert, z. B. eine angegebene Körpergröße von einem Zentimeter oder eine monatliche Miete von 80 Euro pro Quadratmeter. Die unplausiblen Werte für den Datensatz wurden markiert, und diese Werte wurden nicht weiterverwendet.

2.1.8 Gewichtung der Daten

Verzerrte Ergebnisse können auftreten, wenn die Rücklaufquoten in den einzelnen Untergruppen unterschiedlich sind und die Untergruppen sich in ihren durchschnittlichen Antworten auf einzelne Fragen unterscheiden (Nonresponse-Bias). Wenn zum Beispiel Menschen über 80 Jahre in einer Umfrage überrepräsentiert sind und eine geringe Internetnutzung angeben, würden die Umfrageergebnisse das Ausmaß der Internetnutzung in der Bevölkerung unterschätzen. Eine Gewichtung kann die oben beschriebene Art von Nonresponse-Bias ausgleichen (Kiesl 2019). Bei der Gewichtung wird der unterrepräsentierten Gruppe ein höheres Gewicht (> 1) und der überrepräsentierten Gruppe ein niedrigeres Gewicht (< 1) zugewiesen. Für den Fall, dass die Altersstruktur in LAB60+ nicht genau die Altersstruktur der Dresdner Bevölkerung ab 60 Jahren widerspiegelt, wurde ein Gewichtungsprozess mit Poststratifikationsgewichten durchgeführt (Royal 2019):

$$\text{Gewichtung der Altersgruppe} = \frac{\text{Anteil der Altersgruppe in Dresden } (\geq 60 \text{ Jahre})}{\text{Anteil der Altersgruppe in der LAB60+ Studie}}$$

Die Gewichtung führt dazu, dass die Studienpopulation (LAB60+) die Zielpopulation (die Dresdner Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und älter) besser widerspiegelt.

2.1.9 Datenanalyse

Die Datenauswertung wurde von allen Forschungspartnern gemeinsam entworfen. Ein wesentlicher Teil der Analysen zur Ermittlung der aktuellen Lebenssituation älterer Menschen ist deskriptiver Natur. Um die Verteilung der Faktoren insgesamt sowie jeweils in verschiedenen Geschlechter- und Altersgruppen zu bestimmen wurden relative Häufigkeiten verwendet. Zur Untersuchung relevanter geografischer Unterschiede wurde die Verteilung von Merkmalen und Lebensbedingungen nach Stadtbezirken und Ortschaften auf Karten dargestellt.

Darüber hinaus wurden gemeinsam Forschungsfragen und Hypothesen für die verschiedenen Lebens- und Gesundheitsbereiche entwickelt. Die statistischen Tests, die zur Bewertung dieser Forschungsfragen gewählt wurden, werden im entsprechenden Ergebnisteil beschrieben. Außerdem wurden für ausgewählte Lebens- und Gesundheitsbereiche explorative statistische Analysen durchgeführt, um Zusammenhänge aufzudecken, die nicht zwingend auf die zugrundeliegenden Hypothesen bezogen sind. Die statistischen Analysen wurden mit den Statistikprogrammen Stata und SPSS durchgeführt, die qualitative Analyse der Freitextdaten erfolgte mit MAXQDA.

2.1.10 Vergleich mit anderen Studien

Die Ergebnisse der LAB60+ Studie wurden, wenn möglich, mit den Resultaten anderer repräsentativer deutschsprachiger Studien, wie beispielsweise der GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) verglichen (Saß et al. 2017). Die GEDA-Studie ist eine deutschlandweite Befragung von Erwachsenen, die vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt wird. Die GEDA ist Teil des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings am RKI sowie auch die „Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland“ (DEGS) (Gößwald et al. 2012). Die DEGS-Studie umfasst zusätzlich zur Befragung noch körperliche Untersuchungen und Tests. Auch mit den Ergebnissen der DEGS-Studie wurden die Ergebnisse der LAB60+ Studie verglichen. Die Ergebnisse der europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey – EHIS) werden ebenfalls zum Vergleich herangezogen (Hintzpeter et al. 2019). Die EHIS Studie umfasst vier Module: Gesundheitszustand, gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsdeterminanten und sozioökonomische Hintergrundvariablen. Zielgruppe sind Personen im Alter von mindestens 15 Jahren in privaten Haushalten. Die EHIS Studie schließt die europäischen Mitgliedstaaten ein und die Umfrage findet alle fünf Jahre statt. Auch Deutschland führte 2009 und 2015 die Erhebung durch. Die EHIS-Studie im Jahr 2015 wurde in die GEDA-Studie 2014/2015 integriert (GEDA 2014/2015-EHIS) (Lange et al. 2017).

Zudem wurde noch der deutsche Alterssurvey (DEAS) als Vergleichsgrundlage verwendet. Dabei handelt es sich um eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen, die 40 Jahre und älter sind. Die Personen werden zu verschiedenen Themenbereichen wie beispielsweise „Gesundheit, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit“ befragt. Die letzte Befragung fand im Sommer 2020 statt und fokussierte auf die erlebten Veränderungen während der ersten Welle der Corona-Pandemie (Huxhold et al. 2021). Eine weitere repräsentative Studie, deren Resultate zum Vergleich genutzt wurden, ist die „Lebensqualität, Interessen und Selbständigkeit im Alter“ (LISA)-II-Studie. Dabei handelt es sich um eine Befragung der über 60-jährigen Bevölkerung aus dem Jahr 2019 im Bezirk Berlin-Mitte mit dem Ziel, fundierte Daten für die Gestaltung von Angeboten mit dem Schwerpunkt „Gesundheit im Alter“ für diesen Bezirk zu erlangen (Bezirksamt Mitte 2021). Darüber hinaus wurden auch weitere Studien sowie entsprechende Literatur als Vergleichsgrundlage verwendet.

2.2 Befragung von Pflegeeinrichtungen

Die Datenerhebung bestand aus drei Teilen, deren Vorgehensweisen im Folgenden näher erläutert werden.

2.2.1 Befragung (teil-)stationärer Versorgungseinrichtungen

Im Frühjahr 2021 wurde eine schriftliche Befragung von Einrichtungen der teil- und vollstationären Pflege und Kurzzeitpflege⁵ in der Landeshauptstadt Dresden durchgeführt. Ziel der Befragung war es, einen Überblick über das aktuelle und geplante Leistungsportfolio, die Auslastung und die Personalsituation der Einrichtungen zu gewinnen.

Dafür wurden alle Einrichtungen der vollstationären Pflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in Dresden per Brief und E-Mail angeschrieben und die jeweilige Einrichtungsleitung bzw. Geschäftsführung zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Dies erfolgte auf Basis einer Übersicht des Sozialamtes über alle in Dresden verfügbaren Pflegeeinrichtungen (Stand November 2020). Mittels einer Online-Recherche und Telefonabfrage wurden die konkreten Ansprechpersonen in den Einrichtungen vorab ermittelt. Bei der Telefonabfrage nannten einige Träger eine Ansprechperson für mehrere Einrichtungen. Insgesamt wurden 84 Personen angeschrieben. Diese waren zuständig für 113 Pflegeeinrichtungen, darunter 61 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, 13 Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 39 Tagespflegeeinrichtungen. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte durch die Rücksendung des handschriftlich ausgefüllten Fragebogens per Post oder durch die Teilnahme an der Online-Umfrage.

Der Fragebogen umfasste 13 Fragen. Diese waren in vier Themenbereiche gruppiert und bezogen sich auf Angaben

- zur Person (berufliche Position) und Einrichtung,
- zur Auslastung der Einrichtung,

⁵ Unter vollstationärer Pflege nach § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung wird die dauerhafte Versorgung von Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung (z. B. einem Pflegeheim) verstanden. Die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI ist eine Sonderform der vollstationären Pflege. Sie umfasst die stationäre Pflege und Betreuung über einen begrenzten Zeitraum beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt oder in Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Im Rahmen einer teilstationären Versorgung nach § 41 SGB XI wird eine zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen. In die vorliegende Erhebung wurden nur Tagespflegeeinrichtungen einbezogen.

- zum bestehenden und geplanten Leistungsportfolio,
- sowie zu den Mitarbeitenden.

Die Fragen zu den Mitarbeitenden wurden aus dem Pflege-Thermometer 2018 (Isfort et al. 2018) adaptiert. Die Auswertung erfolgte ausschließlich deskriptiv.

2.2.2 Experteninterviews

Von April bis Juli 2021 wurden 20 Interviews mit Expertinnen und Experten aus der Pflege in Dresden durchgeführt, um ein umfassendes Bild sowohl der gegenwärtigen Pflegesituation als auch der geplanten zukünftigen Entwicklung von Pflegeeinrichtungen zu erhalten.

Bei der Auswahl wurde auf ein ausgeglichenes Bild verschiedener Trägerschaften (kommunaler Eigenbetrieb, freigemeinnützig, privat, kirchlich), verschiedener Leistungsportfolios (ambulante, teilstationäre, stationäre Angebote) und der sozialräumlichen Lage der Einrichtungen (Verteilung auf die Stadtbezirke und Ortschaften) geachtet. Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte durch eine zufällige Ziehung. Die Leitungskräfte (Geschäftsführung oder Pflegedienstleitung) wurden per Telefon oder E-Mail kontaktiert und um ein Telefoninterview gebeten. Bereitwillige wurden mittels leitfadengestützter Interviews telefonisch befragt. Bei einem mündlichen Einverständnis wurde das Interview aufgezeichnet und anschließend anonymisiert transkribiert oder andernfalls stichpunktartig dokumentiert.

Die Interviewleitfäden umfassten offene Fragen zum bestehenden und geplanten Leistungsportfolio sowie zum Stand und zu Zielen der Vernetzung (z. B. sektorenübergreifende Netzwerke, Öffnung in das Quartier, Einbindung niedrigschwelliger Angebote, Einbeziehung von ehrenamtlich Tätigen, Angehörigenarbeit, Angebot von Pflege- und Seniorenberatung). Die Auswertung der Interviews erfolgte in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010). Dafür wurden Kategorien und Unterkategorien festgelegt und Textstellen entsprechend codiert.

2.2.3 Kurzinterviews mit ambulanten Pflegediensten

Ende Januar 2021 wurden kurze Telefoninterviews mit ambulanten Pflegediensten⁶ in Dresden geführt. Ziel war die Abbildung einer Momentaufnahme der aktuellen Kapazitäten in der ambulanten Pflege. Dafür stellte das Sozialamt der Landeshauptstadt Dresden eine Übersicht der in Dresden tätigen ambulanten Pflegedienste (Stand November 2020) zur Verfügung. Pflegedienste, die ausschließlich Intensivpflege anbieten, wurden mit dem Hintergrund der Fokussierung der Untersuchungen auf der pflegerischen Unterstützung für Seniorinnen und Senioren ausgeschlossen. Die Interviews wurden in der Regel mit den Pflegedienstleitungen bzw. deren Vertretung oder sachkundigen Verwaltungsangestellten geführt. Daten von insgesamt 111 ambulanten Pflegediensten wurden erfasst. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

⁶ Ambulante Pflegedienste unterstützen bei der Pflege zu Hause und erbringen verschiedene Leistungen wie körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen (z. B. Hilfe bei der Gestaltung des Alltags), häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V (z. B. Medikamentengabe), Beratung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

B

Befragung von Dresdnerinnen und Dresdnern ab 60 Jahren

3. Soziodemographische Angaben

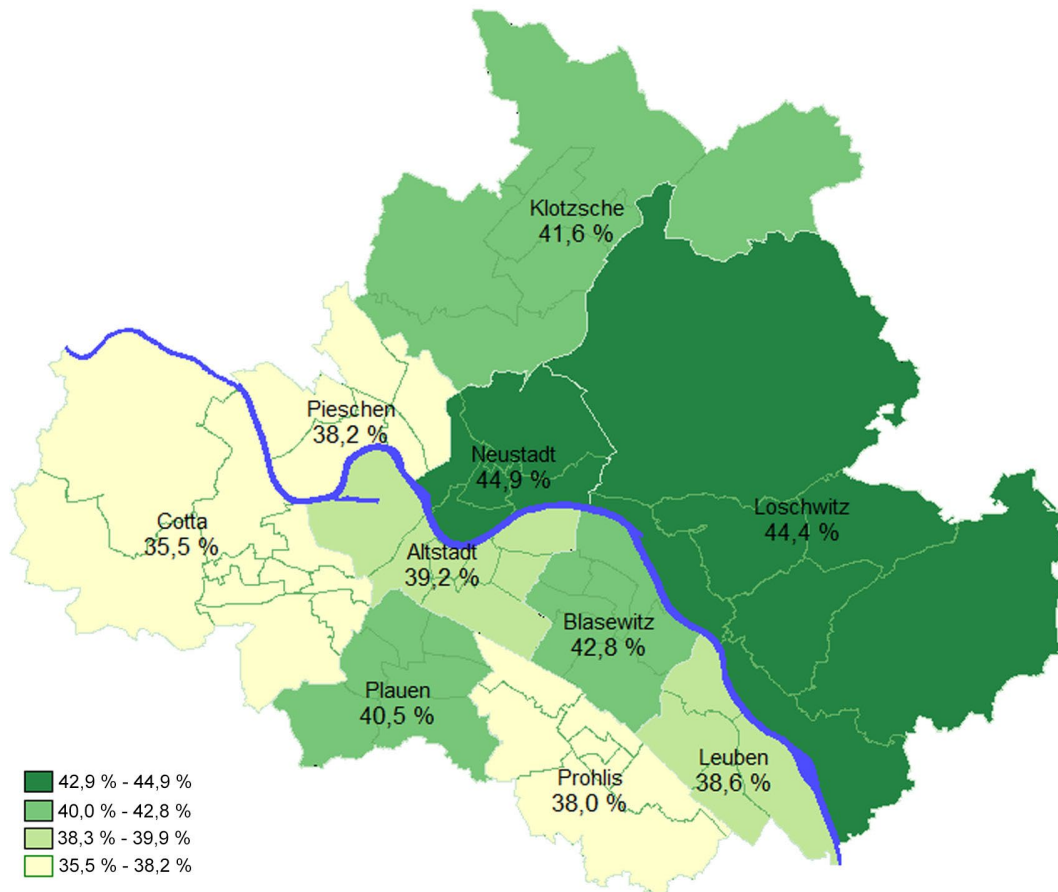
Dieses Kapitel befasst sich mit der Beteiligung der Dresdner Bürgerinnen und Bürger an der LAB60+ Studie sowie mit den folgenden soziodemografischen Merkmalen der Teilnehmenden: Geschlecht, Alter, Familienstand und Staatsangehörigkeit.

Die Fragen zur Erfassung der soziodemographischen Daten wurden der LISA-II-Studie aus Berlin entnommen. Im Wesentlichen erfolgte die Operationalisierung der Fragen im LISA-II-Fragebogen auf der Grundlage des vom Robert Koch-Institut durchgeführten Bundes-Gesundheitssurveys und des vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) initiierten Deutschen Alterssurveys (DEAS) (Schaefer and Bellach 1999, Thefeld et al. 1999, Tesch-Römer et al. 2002).

Insgesamt war die Resonanz auf die LAB60+ Studie sehr gut. Es nahmen 2.399 Personen im Alter von 60 Jahren und älter teil. Dies entspricht einem Rücklauf von 40 % (Gesamtstichprobe 6.004 Personen). Diese Rücklaufquote ist höher als die vergleichbarer Befragungen; z. B. kommunale Bürgerumfrage (34,5 %) der Stadt Dresden im Jahr 2020 (Kommunale Statistikstelle Dresden 2020). Der persönliche Kontakt zu einer telefonischen Form der Befragung führte, anders als erwartet, nicht zu einer höheren Beteiligung. Personen, die zur telefonischen Befragung eingeladen wurden, baten hingegen häufig um Zusendung des Papierfragebogens. Dies könnte an den Gewohnheiten der älteren Teilnehmenden liegen. Von der Gruppe, die zu einem Telefoninterview eingeladen wurde (n = 304), nahmen nur 28 Personen an den Telefoninterviews teil. Diese Gruppe machte 1 % der befragten Personen aus. Die Mehrheit der Befragten (95 %) sendete den Fragebogen per Post zurück. Dass diese Antwortform bei den über 60-jährigen Dresdnern als angemessenste Beteiligungsform erlebt wurde, zeigt auch der Umstand, dass nur etwa 4 % der Teilnehmenden den Fragebogen online beantworteten, obwohl dies für jeden Kontaktierten möglich war.

Abbildung 1 zeigt die Rücklaufquote für die verschiedenen Stadtbezirke. Der höchste Rücklauf wurde in der Neustadt (44,9 %) erzielt, gefolgt von Loschwitz, einschließlich der Ortschaft Schönfeld-Weißig (44,4 %). Die niedrigsten Rücklaufquoten wurden in Cotta und den westlichen Ortschaften (35,5 %), Prohlis (38,0 %) und Pieschen (38,2 %) verzeichnet. Für die drei überwiegend unbewohnten Stadtteile (Flughafen/Industriegebiet Klotzsche, Hellerberge und Dresdner Heide in Abbildung 1 weiß dargestellt) liegen diesbezüglich keine Daten vor. Die Untersuchungsgruppe mit etwa 1,7 % der Gesamtbevölkerung Dresdens im Alter von 60 Jahren und älter stellt ein repräsentatives Abbild der älteren Bevölkerung Dresdens in den verschiedenen Stadtbezirken dar.

Abbildung 1: LAB60+ Beteiligung nach Stadtteil (in Prozent)



Quellen: LAB60+ (Stand: 06.10.2021) und Geodaten der Landeshauptstadt Dresden (Stand: 30.06.2018)

3.1 Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden

In folgendem Abschnitt wird zunächst die Verteilung der Teilnehmenden LAB60+ im Hinblick auf soziodemografische Merkmale betrachtet, gefolgt von einer näheren Analyse des Rücklaufs im Vergleich zur amtlichen Statistik der Stadt Dresden.

Das Alter der befragten Personen lag zwischen 60 und 100 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 75,0 Jahre (Frauen: 74,9 Jahre; Männer: 75,0 Jahre). Insgesamt 52 % der Befragten waren weiblich und 47 % männlich. Für die gendersensible Erfassung des Geschlechts konnte im Fragebogen zwischen „männlich“, „weiblich“ und „divers“ gewählt werden. Aufgrund der geringen Fallzahl in der Geschlechterkategorie „divers“ wird diese zur Gewährleistung der Anonymität nicht in die Analysen nach Geschlecht einbezogen. Weniger als 0,1 % der befragten Personen gaben die Geschlechterkategorie "divers" an und weniger als 1 % machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht.

3.1.1 Teilnehmende nach Geschlecht

Tabelle 1 zeigt, neben der Verteilung der Altersklassen, die Verteilung nach Geburtsland und nach Familienstand aller Teilnehmenden (unterteilt nach Geschlecht). Obwohl die Lebenserwartung der Frauen in Sachsen (83,6 Jahre) höher ist als die der Männer (78,2 Jahre) (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt [ohne Jahr]) und der Anteil der Frauen in Deutschland mit dem Alter zunimmt (Statistisches Bundesamt 2021), waren Männer in den höheren Altersgruppen (über 80 Jahre) der Studienteilnehmer LAB60+ etwas stärker vertreten. Die Altersverteilung bei Frauen und Männern war ähnlich. Auch der Anteil der Männer und Frauen, welcher angab, außerhalb Deutschlands (Bundesrepublik Deutschland oder Deutsche Demokratische Republik) geboren zu sein, war mit jeweils rund 5 % vergleichbar.

Tabelle 1: soziodemografische Merkmale der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht

Kategorie		männlich	weiblich	insgesamt
Alter	60 bis 64 Jahre	16,2 %	15,2 %	15,7 %
	65 bis 69 Jahre	18,9 %	19,0 %	19,0 %
	70 bis 74 Jahre	14,2 %	17,2 %	15,7 %
	75 bis 79 Jahre	19,0 %	20,2 %	19,6 %
	80 bis 84 Jahre	20,6 %	19,6 %	20,1 %
	85+	11,1 %	8,9 %	10,0 %
Geburtsland	Deutschland	94,1 %	94,5 %	94,3 %
	in einem anderen Land	5,3 %	5,0 %	5,2 %
	k. A.	<1 %	<1 %	<1 %
Familienstand	ledig	4,6 %	4,2 %	4,4 %
	verheiratet**	78,6 %	58,6 %	68,1 %
	geschieden	7,8 %	12,1 %	10,1 %
	verwitwet	8,5 %	23,8 %	16,5 %
	k. A.	<1 %	1,3 %	<1 %
Anzahl Insgesamt		1.136	1.254	2.390*

* Aufgrund fehlender Angaben zum Geschlecht und einer geringen Anzahl von Personen in der Geschlechterkategorie "divers" weicht die Gesamtzahl der Antworten hier von der Gesamtzahl der Studienpopulation ab.

** In der Kategorie „verheiratet“ sind auch eingetragene Lebenspartnerschaften enthalten, die einen Anteil von <1 % einnehmen

Im Hinblick auf den Familienstand wurden Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt. Ein Großteil der Teilnehmenden war verheiratet (68,2%). In der Kategorie „verheiratet“ sind auch eingetragene Lebenspartnerschaften enthalten. Eingetragene Lebenspartnerschaften nehmen einen Anteil kleiner als ein Prozent ein. Teilnehmende Männer sind häufiger verheiratet oder in einer Lebenspartnerschaft (79,0 %) als Frauen (59,4 %). Frauen gaben, an geringfügig häufiger geschieden zu sein. Ein markanter Unterschied zwischen den Geschlechtern konnte bei den verwitweten Personen festgestellt werden. Fast ein Viertel (24,1 %) der Frauen war verwitwet, während nur 8,5 % der Männer verwitwet waren. In dieser Hinsicht ist der mögliche Zusammenhang zwischen Familienstand und Lebenserwartung interessant. So leben verheiratete Männer tendenziell länger (Lillard and Panis 1996) und unterstützende Partnerschaften können einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben (Kiecolt-Glaser et al. 2005).

3.1.2 Teilnehmende nach Alter

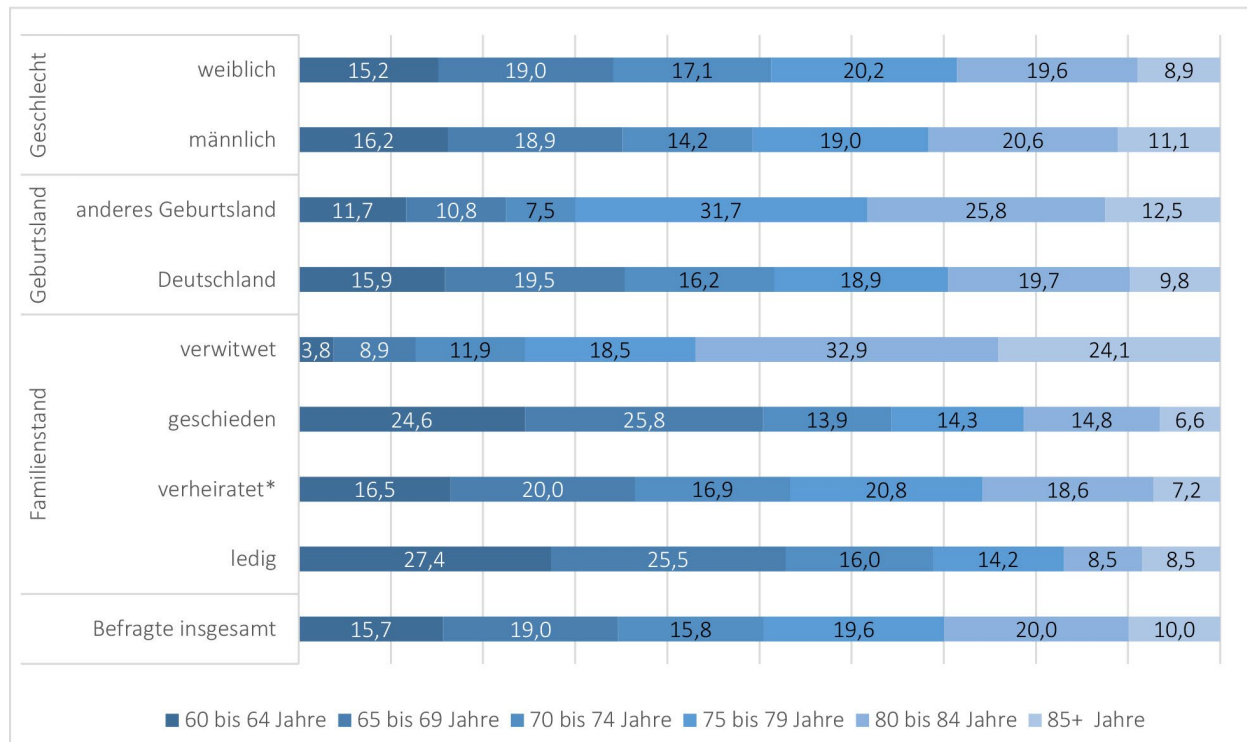
Abbildung 2 zeigt die Altersstruktur der befragten Personen nach soziodemografischen Merkmalen. Insgesamt war die Hälfte der Teilnehmenden über 75 Jahre alt. Nur 10 % der befragten Personen waren 85 Jahre oder älter. Die für die insgesamt Teilnehmenden gefundene Altersstruktur ist auch bei Betrachtung der beiden Geschlechter, bei Betrachtung von verheirateten Personen und bei Betrachtung derjenigen Personen, die innerhalb der heutigen deutschen Grenzen geboren sind, im Wesentlichen gleich ausgeprägt.

Personen die außerhalb der heutigen deutschen Grenzen geboren wurden sind tendenziell älter. 71 % der nicht in Deutschland geborenen Personen war älter als 75 Jahre und wurde vor 1945 geboren. Dieser Umstand ist größtenteils auf die Zuwanderung aufgrund der gesellschaftspolitischen Verhältnisse während und nach dem Zweiten Weltkrieg zurückzuführen. Zu diesen Generationen gehören weiterhin auch Menschen, die sich während der DDR als Vertragsarbeiterinnen und Vertragsarbeiter in Dresden niederließen (Poutrus 2015) sowie auch Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler⁷.

Ledige und geschiedene Personen waren tendenziell jünger und mehrheitlich unter 70 Jahre. Verwitwete Personen waren überwiegend älter.

⁷ Für den ehem. Direktionsbezirk Dresden (NUTS-2-Region) wurden im Mikrozensus 2019 insgesamt 13.400 Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler erfasst (Vgl.: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Kamenz, 2021). Definition nach Mikrozensus: Spätaussiedler*innen sind im amtlichen Sprachgebrauch seit dem 01. Januar 1993 Menschen, die im Rahmen eines Aufnahmeverfahrens als deutsche Volksangehörige nach Deutschland übersiedelt sind. Vorher benannte man sie nach dem Bundesvertriebenengesetz als Aussiedler*innen. Der Begriff umfasst vor allem die Angehörigen von deutschen Minderheiten, deren Familien teilweise seit Generationen in Ostmitteleuropa, Osteuropa, Südosteuropa und teilweise in Asien gelebt haben und die seit 1990 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind.

Abbildung 2: Alter der LAB60+ Teilnehmenden nach soziodemographischen Merkmale (in Prozent)

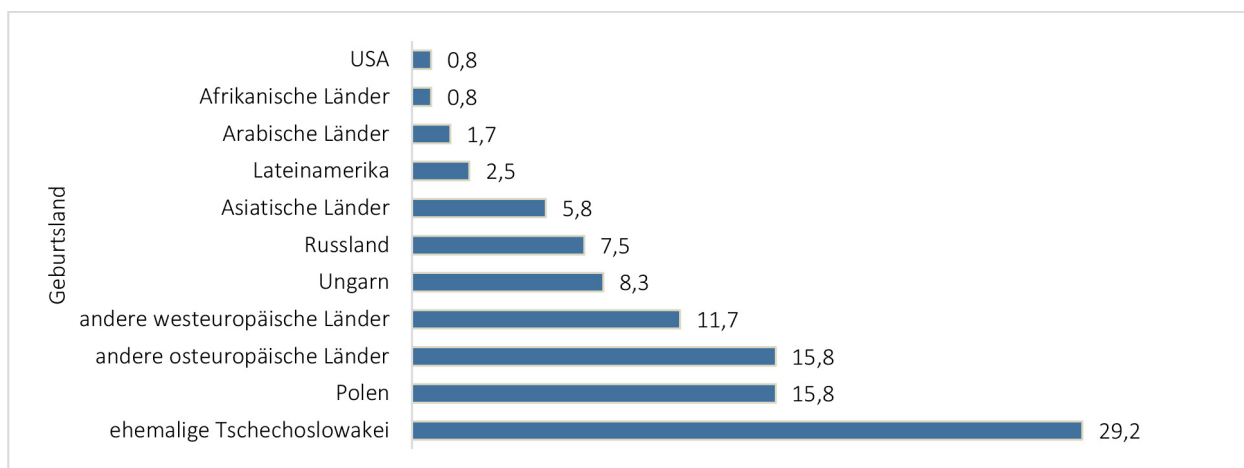


*In der Kategorie „verheiratet“ sind auch eingetragene Partnerschaften enthalten, die einen Anteil von <1 % einnehmen.

3.1.3 Geburtsland

Personen die aus einem anderen Land als Deutschland stammen wurden gebeten, ihr Geburtsland anzugeben. 120 Personen gaben hier ihr Geburtsland an. Insgesamt zeigt sich die Vielfalt der Geburtsländer der Teilnehmenden in der Abbildung 3. Der größte Teil stammt aus der ehemaligen Tschechoslowakei (29,2 %). Unter der Kategorie der ehemaligen Tschechoslowakei werden die heutigen Länder oder Gebiete hinzugezählt, die zur ehemaligen Tschechoslowakei angehörten (wie beispielsweise Tschechien oder das Sudetenland). Personen die entweder in anderen osteuropäischen Ländern oder in Polen geboren wurden, lagen auf dem zweiten Platz (15,8 %). Auch Personen die Regionen des heutigen Polens zugehören (z. B. Niederschlesien), werden in dieser Auswertung Polen zugeordnet. Zu den anderen osteuropäischen Ländern gehören beispielsweise Rumänien oder die Ukraine. Diese wurden zu einer Kategorie zusammengefasst. Einige Personen stammen aus westeuropäischen Ländern (z. B. Frankreich oder Schweden). Aufgrund ihrer jeweils geringen Häufigkeit wurden auch diese Länder zusammengefasst. Wie in der Abbildung 3 ersichtlich wird, stammt ein Großteil der nicht in Deutschland geborenen Personen aus osteuropäischen Ländern. Es waren nur wenige Teilnehmende vertreten, die ein arabisches, amerikanisches oder asiatisches Geburtsland haben.

Abbildung 3: LAB60+ Teilnehmende nach Geburtsland (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 0,7 %

3.2 LAB60+ Teilnehmende im Vergleich zur amtlichen Statistik

Um die Repräsentativität der Teilnehmerstichprobe der LAB60+ Studie beurteilen zu können, wurden soziodemographische Angaben unter anderem zu Alter, Geschlecht, Familienstand und Staatsangehörigkeit erhoben sowie die Rücklaufquote ermittelt und nach Stadtbezirken unterschieden. Wenn diese Daten mit denen der allgemeinen Bevölkerungsstruktur im Alter über 60 Jahre in Dresden verglichen werden, können Übereinstimmungen und Abweichungen festgestellt werden, welche eine Aussage bezüglich der Repräsentativität in Hinsicht auf diese Merkmale zulassen. Deshalb wird jeweils auf den entsprechenden Anteil in Prozent an der Dresdner Allgemeinbevölkerung über 60 Jahre verwiesen. Am Stichtag 31.12.2019 lebten in Dresden 144.880 Personen im Alter von mindestens 60 Jahren, die nicht in Pflegeeinrichtungen wohnten.

Tabelle 2: LAB60+ Teilnehmende im Vergleich zur Bevölkerung ab 60 Jahre in Dresden (Stichtag 31.12.2019)

Kategorie		LAB60+	Einwohnermelderegister (60+ Jahre)
Geschlecht	männlich	47,6 %	44,1 %
	weiblich	52,4 %	55,9 %
Alter	60 bis 64 Jahre	15,7 %	19,7 %
	65 bis 69 Jahre	19,0 %	20,0 %
	70 bis 74 Jahre	15,8 %	14,6 %
	75 bis 79 Jahre	19,6 %	20,4 %
	80 bis 84 Jahre	20,0 %	15,8 %
	85+ Jahre	10,0 %	9,5 %
Familienstand	ledig	4,3 %	5,4 %
	verheiratet*	68,7 %	62,5 %
	geschieden	10,6 %	12,8 %
	verwitwet	16,6 %	19,2 %
	nicht bekannt	0 %	0,1 %
Staatsangehörigkeit	Deutsch	99,1 %	98,3 %
	andere Staatsangehörigkeit	0,9 %	1,7 %
Schwerbehinderung		17,6 %	30,7 %**
Anzahl insgesamt		2.399	144.880

* In der Kategorie „verheiratet“ sind auch eingetragene Lebenspartnerschaften enthalten, die einen Anteil von <1 % einnehmen

** Quelle: Kommunaler Sozialverband Sachsen (KSV) 2019

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, waren Frauen in der LAB60+ Befragung etwas unterrepräsentiert (3,5 %-Punkte weniger als in der Dresdner Bevölkerung), während Männer im Vergleich zur Dresdner Bevölkerung etwas überrepräsentiert (etwa +2,5 %-Punkte) waren. Dies sind relativ geringe Unterschiede. Im Allgemeinen kann festgestellt werden, dass sowohl Männer als auch Frauen im LAB60+ gut vertreten waren. Hinsichtlich des Alters sind die Altersgruppen 65 bis 69 Jahre, 70 bis 74 Jahre und 75 bis 79 Jahre in LAB60+ gut repräsentiert. Die Altersgruppe 80 bis 84 Jahre war jedoch überrepräsentiert, mit einer Differenz von 4,2 % im Vergleich zur Dresdner Bevölkerung. Dies resultierte vermutlich daraus, dass in dieser Altersgruppe ein geringerer Rücklauf erwartet wurde. Folglich wurden vorsorglich mehr Personen dieser Gruppe zur Teilnahme eingeladen. Gleichfalls ist ersichtlich, dass die Altersgruppe 60 bis 64 Jahre im Vergleich zur Dresdner Bevölkerung derselben Altersgruppe um 4 % unterrepräsentiert war. Um den Unterschied zwischen der Altersverteilung in der Studienstichprobe und der Dresdner Bevölkerung zu berücksichtigen, wurde für Analysen zum Alter ein Gewichtungsfaktor berechnet, der die jeweiligen Unterschiede ausgleicht. Zusammengefasst erhält die Gruppe der 80- bis 84-Jährigen (die überrepräsentierte Gruppe) ein kleineres Gewicht (Gewichtungsfaktor < 1), während die unterrepräsentierte Gruppe (60- bis 64-Jährige) mehr Gewicht (Gewichtungsfaktor > 1) erhält. Somit kann die Vergleichbarkeit der Altersgruppen mit der Dresdner Bevölkerung ab 60 Jahren hergestellt werden. Eine genauere Beschreibung der Gewichtung findet sich im Methodenteil (vgl. Kapitel 2 Studiendesign und Methodik). Für dieses Kapitel bleibt die Stichprobe ungewichtet. Um den Effekt des Alters in der Analyse zu berücksichtigen, wird in den nächsten Kapiteln der Gewichtungsfaktor angewandt.

Aus den Daten ist zudem erkennbar, dass im Vergleich zu ledigen, geschiedenen oder verwitweten Personen mehr verheiratete Personen an der LAB60+ Studie teilgenommen haben. Die Verheirateten sind im Vergleich zur gleichaltrigen Dresdner Allgemeinbevölkerung minimal überrepräsentiert (68,7 % versus 62,5 %), während verwitwet, ledig und geschieden lebende Personen leicht unterrepräsentiert sind (siehe Tabelle 2).

Im Vergleich zur gleichaltrigen Dresdner Gesamtbevölkerung lassen sich nur minimale Unterschiede in der Verteilung der Staatsangehörigkeit feststellen. In der LAB60+ Population hatten 17,6 % der Teilnehmenden eine Schwerbehinderung, definiert durch einen Schweregrad der Behinderung von 50 und mehr. Hier wird deutlich, dass im LAB60+ der Anteil der Menschen mit Schwerbehinderung deutlich geringer ist als in der Statistik des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (KSV). Allerdings werden in der KSV-Statistik auch Personen in stationären Pflegeeinrichtungen erfasst. Es ist daher zu erwarten, dass der Anteil der Schwerbehinderten in der KSV-Statistik höher ist als in der Dresdner Bevölkerung über 60 Jahre, die in ihrer eigenen Wohnstätte lebt. Da für die Dresdner Bevölkerung über 60 Jahre, die nicht in einer Pflegeeinrichtung lebt, derzeit keine separate Statistik existiert, ist es schwierig, eine Aussage darüber zu treffen, ob die Teilnehmenden mit einer Schwerbehinderung repräsentativ in der LAB60+ Studie repräsentiert sind.

Die Struktur der Teilnehmenden der LAB60+ Studie entspricht jedoch weitestgehend der Verteilung der Dresdner Durchschnittsbevölkerung im Alter über 60 Jahre.

3.3 Resümee

Insgesamt ergab die hohe Beteiligung an der Befragung eine Studienpopulation, die 1,7 % der Zielbevölkerung umfasst. Die soziodemographischen Merkmale der Teilnehmenden sind auch weitgehend mit denen der Zielbevölkerung vergleichbar. Somit dürften die Angaben der befragten Personen einen repräsentativen Eindruck von der Lebenssituation der Dresdnerinnen und Dresdner ab 60 Jahre vermitteln.

4. Bildung, Beruf und Finanzen - Übergang in den Ruhestand

4.1 Bildung, Beruf und Finanzen

4.1.1 Der Sozialstatus in der Epidemiologie

Die soziale Ungleichverteilung von Gesundheitsressourcen hat in der Diskussion über Chancengerechtigkeit, gesellschaftliche Teilhabe und Solidarität eine zunehmende wissenschaftliche Akzentuierung erfahren und ist aus diesem Grund ein zentrales Thema in diesem Bericht. Bevor die Frage zum Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken erörtert wird, ist eine Definition von Sozialstatus bzw. sozialer Schichtzugehörigkeit notwendig. Eine klare konzeptionelle Basis soll die Interpretation der in diesem Kapitel vorgestellten Studienergebnisse erleichtern.

Definition des Sozialstatus bzw. der Sozialschicht

Die Kategorien der sozialen Schichten in einer Gesellschaft sind heterogen und können sich im Laufe der Zeit verändern. Das Schichtkonzept geht von der Annahme aus, dass gesellschaftliche Ressourcen wie Bildungshintergrund (im Sinne einer formalen Schul- und Berufsausbildung), Berufsprestige sowie Einkommensniveau und materielle Besitztümer ungleich verteilt sind. Diese ungleiche Verteilung führt zu einer vertikalen Differenzierung der Sozialstruktur in soziale Schichten, deren Gesellschaftsangehörige über gemeinsame Merkmale hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Lage, gesellschaftlichen Einflussmöglichkeiten, Lebenschancen und ihres Sozialprestiges verfügen (Winkler und Stolzenberg 2009).

Der Begriff „Sozioökonomischer Status“ (engl. socioeconomic status, kurz SES) bezieht sich explizit auf die drei Dimensionen Bildung, Einkommen und Beruf und deckt somit nur einen Teil des umfassenderen Begriffs „Sozialschicht“ ab, dennoch werden die beiden Begriffe meist gleichbedeutend verwendet. Auch im vorliegenden Bericht werden sozioökonomischer Status (bzw. Sozialstatus) und Sozialschicht synonym verwendet. Das Konzept des sozioökonomischen Status ist die Grundlage für viele sozialepidemiologische Studien, die den Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage von Individuen untersuchen. In diesen Analysen wird häufig der Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ gebraucht (Mielck 2000).

Der sozioökonomische Status als gesundheitliche Determinante

Durch zahlreiche sozialepidemiologische Studien besteht inzwischen eine gut belegte Evidenz des Zusammenhangs zwischen der Sozialschicht und dem Gesundheitsstatus. Innerhalb von Gesellschaften sind sozial schlechter gegenüber sozial besser gestellten Personen meistens gesundheitlich benachteiligt und haben ein vergleichsweise deutlich höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Diese gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich nicht nur in Ländern ohne flächendeckende Gesundheitsversorgung und niedrigem allgemeinen Lebensstandard, sondern auch in Ländern mit hohem allgemeinem Lebensstandard und relativ gut ausgebauten sozialen Sicherungssystemen (Mackenbach et al. 2008, Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2008, Mackenbach 2012). Eine Vielzahl von Forschungsarbeiten belegt, dass auch Deutschland in dieser Hinsicht keine Ausnahme darstellt (Hurrelmann und Richter 2009, Lampert et al. 2013a, Mielck und Helmert 2016). Das systematische Review von Huisman et al. (2013) liefert einen Überblick über insgesamt 44 Studien aus europäischen Ländern zu sozialen Unterschieden in der Mortalität älterer Menschen. Die Studien zeigen in weitgehender Übereinstimmung, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus auch im fortgeschrittenen Lebensalter einem höheren Mortalitätsrisiko unterliegen als Personen mit mittlerem und insbesondere mit hohem Sozialstatus (Huisman et al. 2013). In einer systematischen Literaturübersicht zu 71 europäischen Studien, die im Zeitraum von 1995 bis 2013 publiziert wurden, zeigten Read et al. (2016): je prekärer die soziale Lage ist, desto höher ist der Anteil der älteren Menschen, die ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität negativ bewerten (Read et al. 2016).

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2013“ (DEGS1)⁸ weist ebenfalls einen sozialen Gradienten nach und zeigt, dass die vorzeitige Sterblichkeit von der obersten zur untersten Sozialschicht auch im höheren Lebensalter zunimmt. Zudem wurde deutlich, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit in den letzten 10 bis 20 Jahren nicht verringert hat, sondern dass in einigen Bereichen sogar von einer Vergrößerung der sozioökonomischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus auszugehen ist (Lampert et al. 2013b). Die Ergebnisse der Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)-Studien⁹ 2014/2015 des Robert Koch-Instituts zeigen eine vom Bildungsstatus abhängige Ungleichverteilung der Gesundheitschancen. Zudem berichtet ein Großteil der 65-jährigen und älteren Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status von einem wesentlich schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand im Vergleich zur hohen Statusgruppe (Lampert und Hoebel 2019). Weiterhin belegt die Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)-Studie 2010 zum Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit, dass Erwerbslose rund doppelt so häufig krank sind wie Erwerbstätige. Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko weiter zu (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) 2010). Die Ausgaben 5/2010, 2/2014 und 01/2015 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes fassen den Zusammenhang zwischen ökonomischer Armut und Gesundheit zusammen. Bereits im Kindes- und Jugendalter ist die soziale und gesundheitliche Entwicklung mit dem sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie assoziiert (Robert Koch-Institut (RKI) 2015). Eine Ursache für diese Zusammenhänge ist, dass bei von Armut betroffenen älteren Personen gesundheitsriskante Verhaltensweisen stärker verbreitet sind und diese Personen dann auch häufiger aufgrund von Gesundheitsproblemen in der Alltagsbewältigung eingeschränkt sind (Robert Koch-Institut (RKI) 2010). Ein niedriger Sozialstatus geht insbesondere im höheren Alter mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und einer verringerten Lebenserwartung einher. Des Weiteren leben Angehörige aus den höheren Statusgruppen nicht nur länger, sie können auch mehr Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen. Darüber hinaus sind regionale Unterschiede in der Lebenserwartung in engem Zusammenhang mit den Lebensbedingungen in den Regionen zu sehen (Robert Koch-Institut (RKI) 2014).

Die vorangegangenen Ausführungen implizieren den Bedarf an soziallyagenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, um gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Eine Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit würde positive Effekte auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung insgesamt haben. Laut bisherigen Schätzungen kann eine Verbesserung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Personen auch Kosten reduzieren, die für die Behandlung von Krankheiten, die Kompensation krankheitsbedingter Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Frühberentungen aufgewendet werden müssen (Mackenbach et al. 2011, Kroll und Lampert 2013).

4.1.2 Erfassung sozioökonomischer Indikatoren in der LAB60+ Studie

Die Bildung, der Beruf und das Einkommen der LAB60+ Teilnehmenden wurden erfasst. Diese Merkmale spiegeln verschiedene Aspekte der sozialen Schichtung wider und sind miteinander verknüpft.

Bildung

Schul- und Berufsausbildung spiegeln laut Winkler (1998) das „kulturelle Niveau“ einer Person wider und bilden indirekt einen Indikator für Verhaltenspräferenzen ab. Bildung impliziert kognitive und sprachliche Ressourcen, ein besseres Gesundheitsverhalten sowie eine höhere Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy). Diese Faktoren haben eine hohe Bedeutung bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen sowie bei dem Erhalt und der Wiederherstellung der Gesundheit (Bremer und Wübker 2012, Bremer und Wübker 2013). Der Bildungsabschluss unterscheidet sich wesentlich von den anderen sozioökonomischen Merkmalen, da er zu einem relativ frühen Zeitpunkt im Lebensverlauf erworben wird und somit stärker von den sozialen Lebensbedingungen in der Kindheit und dem Sozialstatus der Eltern abhängig ist. Zusätzlich werden mit der schulischen Ausbildung wichtige Grundlagen für den darauffolgenden Berufsweg gelegt, aus dem sich das gesellschaftliche Berufsprestige und die Einkommensmöglichkeiten ergeben (Galobardes et al. 2006).

Der Kernindikator Bildung wurde in der LAB60+ Studie anhand des Fragebogens des Mikrozensus 2019 konstruiert und umfasst den höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss und den höchsten beruflichen Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss. Die Kategorien der Schulbildung bilden die Stufen des deutschen Schulsystems ab, das die Bildungsabschlüsse der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik sowie Abschlüsse vor 1945

⁸ Zusätzliche Informationen zur DEGS1-Studie können im 2. Kapitel „Methodik und Studiendesign“ im Abschnitt 2.1.10 „Vergleich mit anderen Studien“ gefunden werden.

⁹ Detaillierte Angaben zur GEDA-Studie können aus dem Kapitel „Studiendesign und Methodik“ im Abschnitt 2.1.10 „Vergleich mit anderen Studien“ entnommen werden.

hierarchisch sortiert. Im Wesentlichen wurden die drei Hauptgruppen „Haupt-/Volksschulabschluss“, „Polytechnische Oberschule (POS)/Realschulabschluss“ und „(Fach-) Abitur/Erweiterte Oberschule“ erhoben, wobei Realschule und POS getrennt erfragt wurden. In der Kategorie „andere Abschlüsse“ wurden beispielsweise ausländische Abschlüsse erfasst. Die Kategorien der Berufsbildung beinhalten die Gesamtheit der Ausbildungsangebote in Deutschland, die grundsätzlich die beruflich-schulische und beruflich-betriebliche Ausbildung sowie Abschlüsse an Fachschulen, Fachhochschulen und Hochschulen umfassen.

Beruf

Die berufliche Stellung ist das wesentliche Fundament des Sozialprestiges, da sich die Eigenschaften des sozialen Umfeldes vor allem über die Berufszugehörigkeit des Hauptverdieners der Familie auf das Individuum auswirken (Winkler 1998). Eine Hierarchie von Berufen hinsichtlich ihrer sozialen Stellung kann einerseits über das Ansehen bzw. das damit verbundene Sozialprestige und andererseits nach dem Ausbildungsgrad und der Höhe des Einkommens konstituiert werden. Darüber hinaus differieren die Berufsgruppen auch bezüglich berufsbedingter Expositionen (Risikofaktoren) gegenüber biologischen, chemischen, physikalischen und anderen Faktoren. Diese arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zeigen sich sehr häufig in den unteren Positionen der Berufshierarchien, die somit auch eine vertikale Differenzierung von Risiken abbilden (Winkler 1998). Die Mehrheit (ca. 85 %) der LAB60+ Teilnehmenden waren bereits im Ruhestand. Wie auch bei der LISA-II-Studie¹⁰ wurde für die Operationalisierung des sozioökonomischen Status der Kernindikator Beruf nicht miteinbezogen (Bezirksamt Mitte 2020), da nach der Berentung der frühere Beruf in Hinblick auf das Sozialprestige und die Berufshierarchie weniger relevant ist (Galobardes et al. 2006). Zudem reflektiert das Einkommen den früher ausgeübten Beruf.

Einkommen

Neben den materiellen Besitztümern, wie Auto und Hauseigentum, indiziert das Einkommen pekuniäre Ressourcen zur Befriedigung lebensnotwendiger und weitergehender Bedürfnisse. Einkommensabhängige Gesundheitsressourcen sind unter anderem die Wohnlage, die Erholungsmöglichkeiten und die Finanzierung von medizinischen Zusatzleistungen (Winkler 1998, Peter 2001). Das Nettoeinkommen ist sehr stark von der Berufszugehörigkeit abhängig. Das zeigt sich auch im Rentenalter, da insbesondere in Berufspositionen mit geringen Qualifikationsvoraussetzungen häufige Phasen von Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit bestehen, die eine deutliche Reduktion der Rentenhöhe zur Folge haben. Zudem fallen finanzielle und materielle Reserven durch ein niedriges Arbeitseinkommen während der aktiven Berufszeit geringer aus als bei jenen Bevölkerungsgruppen, die über viele Jahre Ersparnisse zurücklegen konnten (Galobardes et al. 2006). Darüber hinaus gibt es auch geschlechterspezifische Unterschiede bezüglich des Lohns und Gehalts. Der Verdienstunterschied zwischen Frauen und Männern – der sogenannte Gender Pay Gap – betrug in Deutschland im Jahr 2020 18 % (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021). Die Einkommensunterschiede wachsen mit dem Lebensalter der Personen, verringerten sich jedoch seit 2016 leicht (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021). Sie sind strukturbedingt erklärbar und vordringlich darauf zurückzuführen, dass Frauen häufiger in Berufen und Branchen tätig sind, in denen sie niedrig entlohnt werden und seltener Führungspositionen erreichen. Des Weiteren unterbrechen oder reduzieren Frauen familienbedingt häufiger und länger als Männer ihre Erwerbstätigkeit und arbeiten häufiger in Teilzeit und Minijobs (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2009).

¹⁰ Weitere Informationen zur LISA-II-Studie können im Kapitel „Studiendesign und Methodik“ im Abschnitt 2.1.10 „Vergleich mit anderen Studien“ nachgelesen werden.

Das Einkommen als ökonomischer Handlungsspielraum einer Person wurde in der LAB60+ Studie als monatliches Haushaltsnettoeinkommen erhoben. Das Haushaltseinkommen setzt sich aus der Summe der Einkommen aller Haushaltsmitglieder inklusive der Einkünfte aus Vermietungen, unternehmerischen Betätigungen, Vermögenserträgen, staatlichen und nichtstaatlichen Transferleistungen sowie Renten zusammen. Das verfügbare Haushaltseinkommen ist der Betrag, der dem privaten Haushalt nach Abzug der direkten Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen vom Haushaltsbruttoeinkommen übrigbleibt und ist von besonderer Bedeutung für die gesamtwirtschaftliche Konsumgüternachfrage. Somit stellt das Einkommen im Gegensatz zu den Indikatoren Bildung und Beruf kein personenbezogenes, sondern ein haushaltsbezogenes Merkmal dar (Jöckel et al. 1998).

Der in der LAB60+ Studie erhobene Kernindikator Einkommen basiert auf dem Fragebogen der LISA-II-Studie (Bezirksamt Mitte 2020) und wurde entsprechend dem Sozialen-Schicht-Index nach Winkler und Stolzenberg erweitert (Winkler und Stolzenberg 2009). Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen wurde im Intervall von ≤ 500 € bis ≥ 4.000 € über die Vorgabe von 36 Kategorien erfragt, um eine möglichst präzise Erfassung des Einkommens zu gewährleisten. Allerdings fiel bei der Überprüfung der Daten auf, dass die Angaben zum Haushaltsnettoeinkommen von den befragten Personen oft unpräzise angegeben wurden. Dabei wurden beispielsweise eine ganze Kategorie (z. B. 2.500–2.999 €) angekreuzt und keine der exakten Unterkategorien (z. B. 2.500–2.599 €, 2.600–2.699 €, etc.) gewählt. Daher wird für die Ergebnisauswertungen das Haushaltsnettoeinkommen lediglich in „groben“ 500 €-Schritten ausgewertet. Für die Operationalisierung des sozioökonomischen Status wurde das Haushaltsnettoeinkommen nach den Kriterien von Winkler und Stolzenberg (2009) kategorisiert.

Darüber hinaus wurde die Anzahl der Haushaltsmitglieder abgefragt, da das Haushaltsnettoeinkommen nicht die Haushaltsgröße berücksichtigt. Das gesamte Haushaltsnettoeinkommen wurde für die Analyse in Abhängigkeit von der Anzahl der Haushaltsmitglieder zum Nettoäquivalenzeinkommen bzw. bedarfsgewichteten Nettoäquivalenzeinkommen berechnet. Das Nettoäquivalenzeinkommen macht unterschiedlich große Haushalte vergleichbar und ist ein wichtiger Bestimmungsfaktor für die materielle Lage und gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten einer einzelnen Person. Für die Operationalisierung wurde auf die modifizierte OECD-Skala zurückgegriffen, nach der die Summe aller Einkünfte nicht durch die Anzahl der Haushaltsmitglieder, sondern durch eine gewichtete Summe der Mitglieder geteilt wird. Diese Skala weist der bzw. dem Hauptbeziehenden des Einkommens einen Wert von 1 zu, jedem weiteren Erwachsenen, d. h. Mitglied über 14 Jahre, 0,5 (OECD [Ohne Jahr]). Dabei wurde für die LAB60+ Studie angenommen, dass alle weiteren Personen im Haushalt älter als 14 Jahre sind, obwohl in einigen Haushalten Enkelkinder unter 14 Jahre wohnen könnten. Das Nettoäquivalenzeinkommen wird beispielsweise für die Berechnung der monetären Armutsgefährdung herangezogen. Die Armutsgefährdungsschwelle liegt bei 60 % des mittleren Nettoeinkommens der Bevölkerung in Privathaushalten. Im Jahr 2020 galten Personen in Dresden demnach als *armutsgefährdet*, wenn sie ein Nettoäquivalenzeinkommen von weniger als 1.080 € pro Monat zur Verfügung hatten (Kommunale Statistikstelle Dresden 2020a).

Operationalisierung des sozioökonomischen Status

Die drei Kernindikatoren Bildung, Beruf und Einkommen sind Bestandteile des Sozialen-Schicht-Index nach Winkler und Stolzenberg (Winkler-Index), der die mehrdimensionale Variable des sozioökonomischen Status darstellt. In den Einzeldimensionen Bildung, Einkommen und berufliche Stellung wurden mindestens 1 und höchstens 7 Punkte vergeben. Der Winkler-Index wurde anschließend als Punktsummenscore der zugewiesenen Punktwerte berechnet und liegt somit zwischen 3 und 21. Die Abstände in den Punktwerten spiegeln Differenzen im Hinblick auf die Kriterien nach Winkler und Stolzenberg (2009) wider. Da viele der Teilnehmenden bereits im Ruhestand waren, wurde der Winkler-Index anschließend als Punktsummenscore lediglich auf Basis der in Bildung und Einkommen zugewiesenen Punktwerte berechnet. Weil der Winkler-Index unter Einschluss der beruflichen Stellung Werte zwischen 3 und 21 annimmt, musste der Durchschnitt der Werte für Bildung und Einkommen mit drei multipliziert werden, um die vorgegebenen Winkler-Indexwerte zu erhalten. Mit dem Punktsummenscore einer Person ließ sich eine Kategorisierung der sozialen Schichten vornehmen, die die Person in der vertikalen Struktur der Gesellschaft verortet. Der Wertebereich von 3 bis 8 wird als untere Sozialschicht bezeichnet, die mittlere Sozialschicht wird über den Wertebereich von 9 bis 14 definiert und die obere Sozialschicht nimmt Werte zwischen 15 und 21 an (Winkler und Stolzenberg 2009).

4.1.3 Die soziale Lage der LAB60+ Teilnehmenden

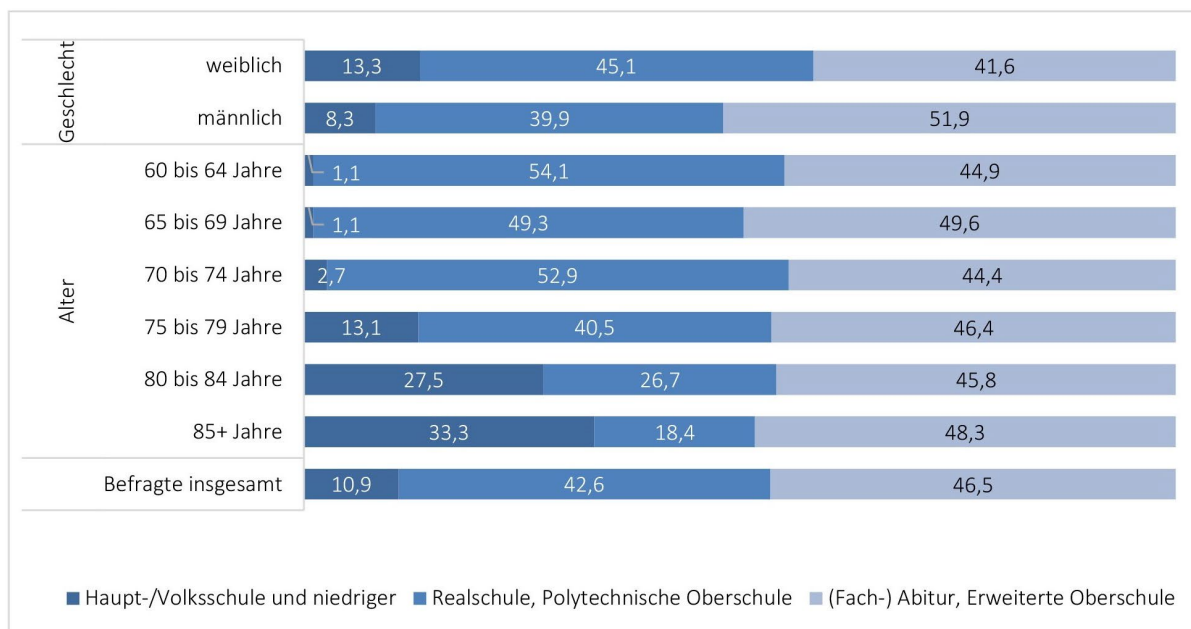
Allgemeiner Schulabschluss

Was den höchsten allgemeinen Schulabschluss betrifft, so lagen für 97,8 % der befragten Personen die Angaben vor. 46,5 % der Teilnehmenden hatten ein Abitur (allgemeine, fachgebundene Hochschulreife oder Erweiterte Oberschule). 42,6 % hatten entweder einen Realschulabschluss oder einen Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule in der DDR. Die Minderheit (10,9 %) besaß einen Hauptschulabschluss, einen Volksschulabschluss oder eine niedrigere Qualifikation.

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter (in Prozent) stellt die Schulabschlüsse der befragten Personen nach Geschlecht und Alter dar. Anhand der Abbildung wird deutlich, dass die Bildungsstände zwischen den Geschlechtern stark differierten. Bei den Männern gab es einen höheren Anteil von Personen mit dem Schulabschluss Abitur bzw. der Erweiterten Oberschule (51,9 % vs. 41,6 %). Demgegenüber hatten die Frauen häufiger einen mittleren Schulabschluss (45,1 % vs. 39,9 %) oder einen Haupt-/Volksschulabschluss oder eine niedrigere Qualifikation (13,3 % vs. 8,3 %) erworben.

Bei den Altersgruppen fällt auf, dass der höchste Anteil an befragten Personen, die einen Haupt-/Volksschulabschluss erlangt haben, in der Altersgruppe 85+ Jahre zu finden ist (33,3 %). Im Vergleich dazu hatten die geringsten Anteile an Haupt-/Volksschulabsolvierenden mit jeweils 1,1 % die 60- bis 64-jährigen und 65- bis 69-jährigen Teilnehmenden. Knapp dahinter befand sich die Altersgruppe von 70 bis 74 Jahren mit 2,7 %. Bezüglich des Schulabschlusses Realschule/Polytechnische Oberschule wiesen die 60- bis 64-jährigen befragten Personen den höchsten Anteil von 54,1 % auf. Einen etwas geringeren Anteil hatten die 70- bis 74-jährigen Teilnehmenden (52,9 %). Auf der anderen Seite zeigten die Teilnehmenden mit einem mittleren Schulabschluss in der Altersgruppe von 85+ Jahren den geringsten Anteil (18,4 %). Am oberen Ende des Spektrums standen die befragten Personen mit Abitur bzw. Erweiterter Oberschule, wobei die Verteilung eher gering variierte. Mit 49,6 % ist der Anteil bei den 65- bis 69-jährigen Teilnehmenden am höchsten. Dagegen wiesen die befragten Personen in der Altersgruppe 70 bis 74 Jahre den geringsten Anteil von 44,4 % auf.

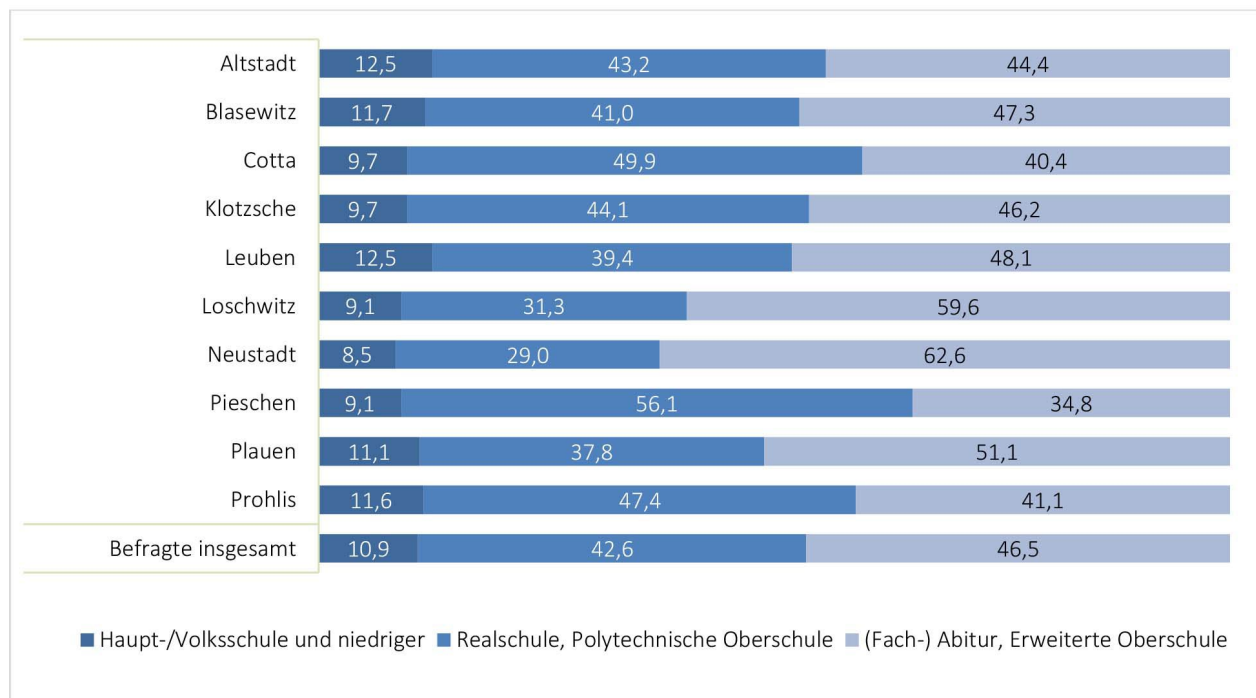
Abbildung 4: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 2,2 %

Abbildung 5 zeigt die Verteilung der Schulabschlüsse der befragten Personen in Bezug auf die Dresdner Stadtbezirke und Ortschaften. Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass die Unterschiede zwischen den Stadtbezirken bzw. Ortschaften groß waren. In den Stadtbezirken Neustadt (62,6 %) und Loschwitz (59,6 %) waren die meisten Befragten mit Abitur bzw. der Erweiterten Oberschule zu finden. Den geringsten Anteil an Personen mit hohen Schulabschlüssen wies Pieschen mit 34,8 % auf. Auffällig war der insgesamt geringe Anteil von befragten Personen, die einen Haupt-/Volksschulabschluss oder eine niedrigere Qualifikation erreicht haben. Mit nur 8,5 % zeigte die Neustadt den geringsten Anteil im bezirklichen Vergleich. Mit jeweils 9,1 % hatten Pieschen und Loschwitz ähnlich hohe Anteile. Demgegenüber wiesen die Stadtbezirke Leuben und Altstadt die höchsten Anteile auf (12,5 %) und lagen damit mehr als eineinhalb Prozentpunkte über dem Gesamtanteil der LAB60+ Befragten. Hinsichtlich des Anteils an Teilnehmenden mit einem mittleren Schulabschluss war die Verteilung vielfältig. Hier reichte die Spannweite in den Bezirken von 29,0 % in der Neustadt bis 56,1 % in Pieschen.

Abbildung 5: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent)



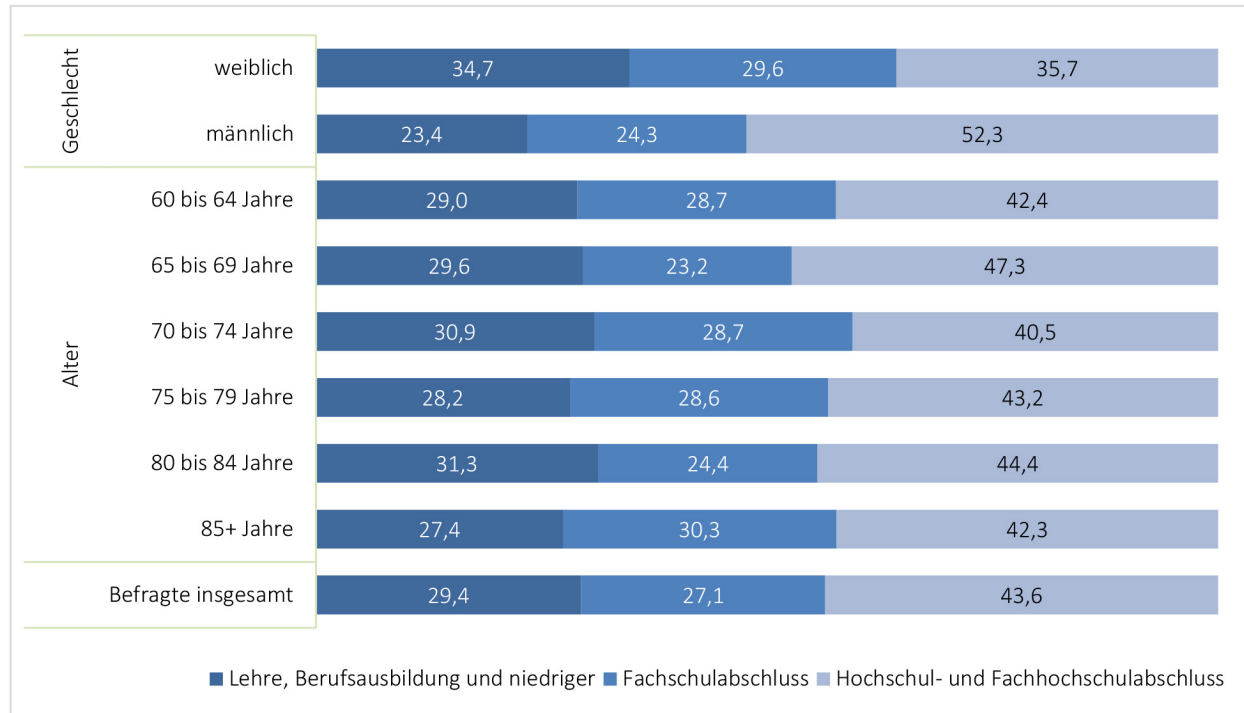
Anmerkung: k. A.: 2,2 %

Berufliche Bildung

In Bezug auf die berufliche Bildung haben 96,6 % der LAB60+ Teilnehmenden Angaben gemacht. 43,6 % besaßen einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss. 27,1 % verfügten über einen Fachschulabschluss und die übrigen Teilnehmenden entweder über eine Lehre, eine Berufsausbildung oder eine niedrigere Qualifikation.

Abbildung 6 präsentiert die berufliche Bildung der befragten Personen nach Geschlecht und Alter. Bei den Anteilen der Teilnehmenden mit Hochschul- und Fachhochschulabschlüssen waren die Unterschiede relativ groß. Hier bewegten sich die Anteile zwischen 47,3 % bei den 65- bis 69-jährigen befragten Personen und 40,5 % in der Altersgruppe von 70 bis 74 Jahren. Hinsichtlich der Teilnehmenden mit Lehre, Berufsausbildung und darunterliegender Qualifikation wiesen die befragten Personen in den Altersgruppen von 75 bis 79 Jahren mit 28,2 % und 85+ Jahren mit 27,4 % die geringsten Anteile auf, während 31,3 % der Teilnehmenden im Alter von 80 bis 84 Jahren eine Lehre, Berufsausbildung oder geringere Qualifikation hatten, knapp über dem Durchschnitt der LAB60+ Teilnehmenden (29,4 %). Bezüglich der Fachschulabschlüsse gab es bei den befragten Personen in der Altersgruppe 85+ Jahre den höchsten Anteil von 30,3 %, wohingegen es bei den 65- bis 69-jährigen Teilnehmenden nur 23,2 % waren. In Hinblick auf das Geschlecht zeigte sich, dass die Männer einen wesentlich höheren Anteil an Hochschul- und Fachhochschulabschlüssen aufwiesen (52,3 % vs. 35,7 %). Im Vergleich dazu waren unter den Frauen mehr Absolventinnen mit einem mittleren Schulabschluss (29,6 % vs. 24,3 %), einem Haupt-/Volksschulabschluss oder einer niedrigeren Qualifikation (34,7 % vs. 23,4 %).

Abbildung 6: Höchster beruflicher Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter (in Prozent)

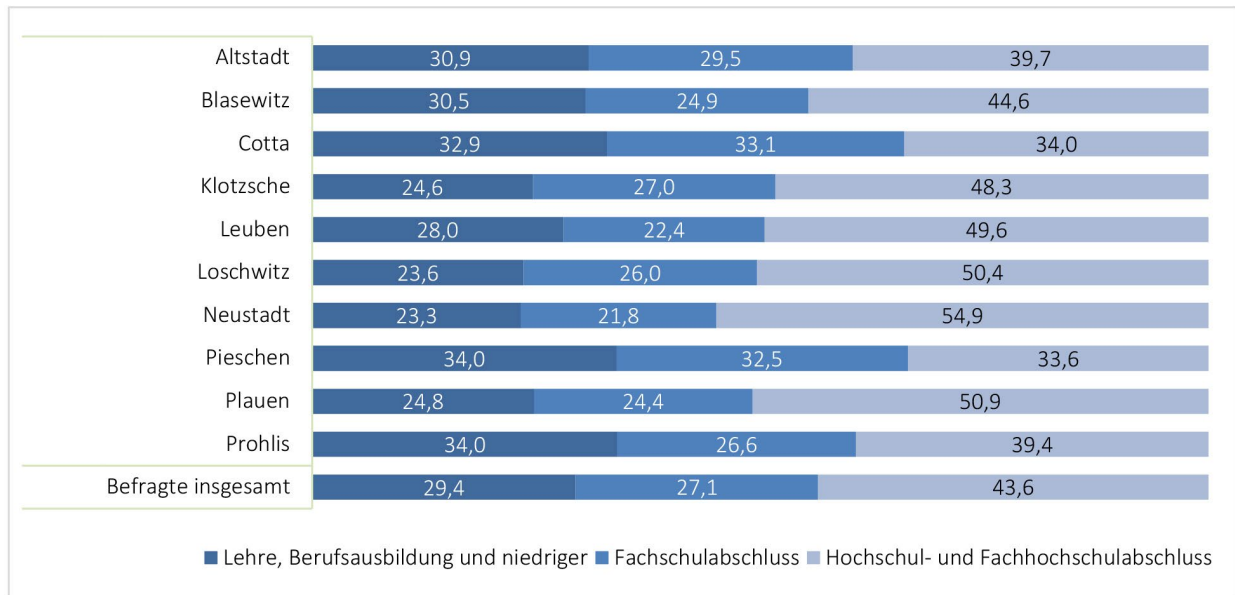


Anmerkung: k. A.: 3,4 %

Diese Ergebnisse sind mit denen der Kommunalen Bürgerumfrage 2020 in Dresden vergleichbar (Kommunale Statistikstelle Dresden 2020a) und zeigen, dass die LAB60+ Studienpopulation die Dresdner Bevölkerung gut repräsentiert. In der Altersgruppe 60 Jahre und älter hatte ein höherer Prozentsatz der Männer als der Frauen einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss (55 % gegenüber 41 %). Andererseits hatte ein höherer Prozentsatz der Frauen gegenüber den Männern (52 % gegenüber 33 %) eine Lehre, Berufsausbildung oder eine niedrigere Qualifikation.

Im Stadtbezirk Neustadt gab es einen hohen Anteil von befragten Personen mit Hochschul- und Fachhochschulabschlüssen (54,9 %), während Cotta einen besonders niedrigen Anteil von 34,0 % aufwies (Abbildung 7). Bei den Fachschulabschlüssen zeichnete sich in Cotta der höchste Anteil von 33,1 % ab, unterdessen man in der Neustadt einen niedrigen Anteil dieser Qualifikation bei den Teilnehmenden fand (21,8 %). Hinsichtlich der befragten Personen mit einer Lehre, Berufsausbildung und darunterliegender Qualifikationen hatten Prohlis und Pieschen mit jeweils 34,0 % die höchsten Anteile, während es in Loschwitz 23,6 % und der Neustadt 23,3 % waren.

Abbildung 7: Höchster beruflicher Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent)

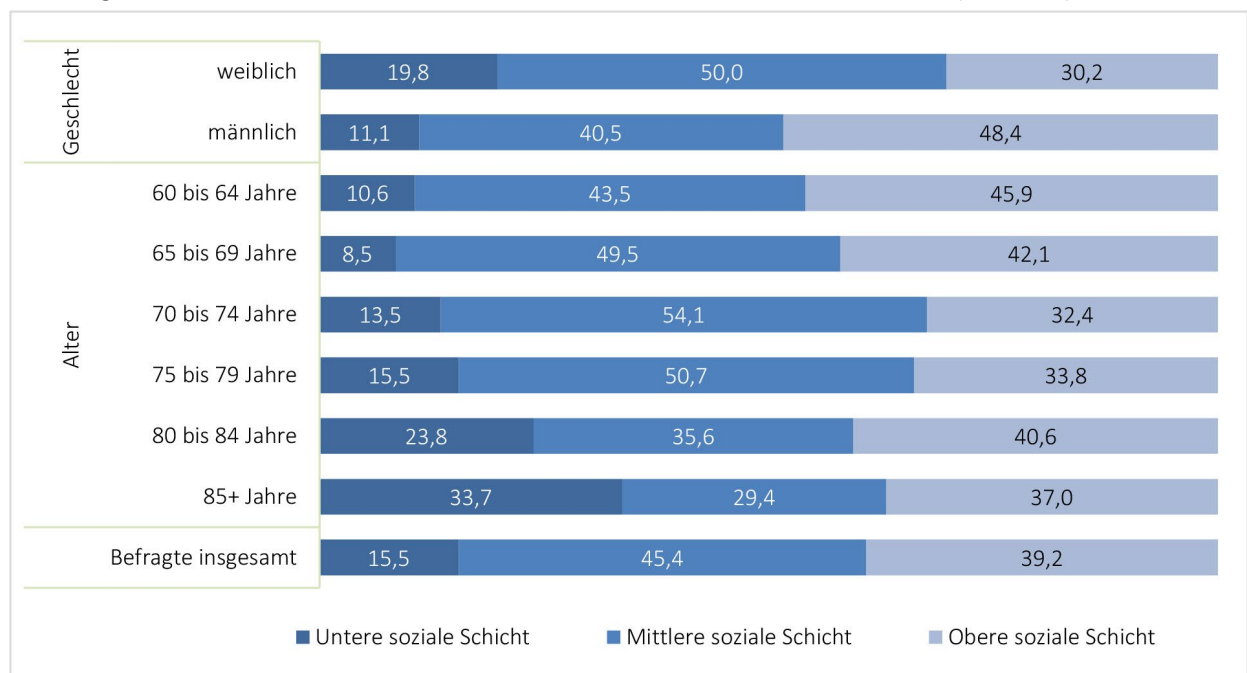


Anmerkung: k. A.: 3,4 %

Sozioökonomischer Status

In Bezug auf den sozioökonomischen Status gehörten 15,5 % der LAB60+ Teilnehmenden der unteren sozialen Schicht an, während fast die Hälfte der mittleren Schicht angehörten (45,4 %). Zu den oberen sozialen Schichten gehörten 39,2 % der Teilnehmenden. Insgesamt fehlten etwa 19,7 % der Angaben, hauptsächlich aufgrund fehlender Daten zum Einkommen.

Abbildung 8: Sozioökonomischer Status der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 19,7 %

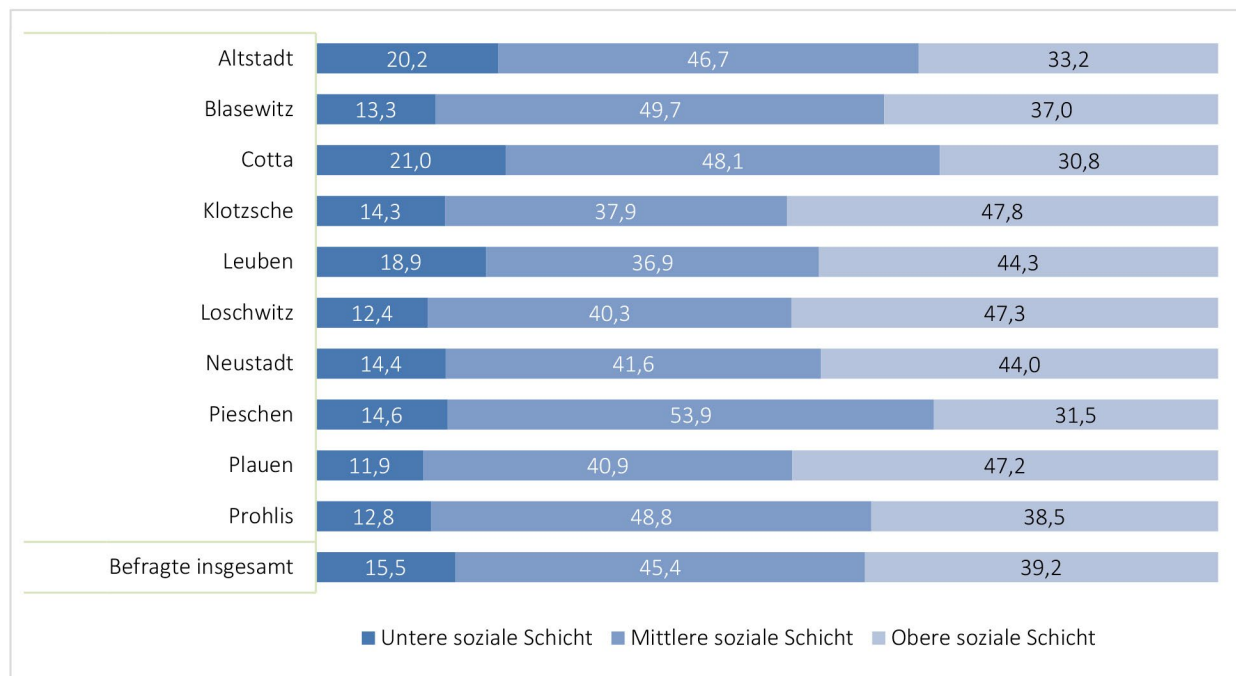
Abbildung 8 erläutert den sozioökonomischen Status der Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter. Prozentual fehlten für Frauen mehr Angaben als für Männer (22,2 % vs. 16,7 %). Während 29,2 % der 80- bis 84-jährigen befragten Personen keine Angaben machten, waren es 12,0 % bei den Teilnehmenden im Alter von 60 bis 64 Jahren. Ein deutlicher Unterschied im sozioökonomischen Status war zwischen Frauen und Männern festzustellen. 19,8 % der Frauen gehörten der unteren sozialen Schicht an, während es bei den Männern 11,1 % waren. Die Hälfte (50,0 %) der Frauen war in der mittleren sozialen Schicht zu finden, unterdessen 40,5 % der Männer dieser Schicht angehörten. Fast die Hälfte (48,4 %) der Männer gehörte zur oberen sozialen Schicht, während weniger als ein Drittel (30,2 %) der Frauen in dieser Kategorie zu finden waren. Der Unterschied der

sozioökonomischen Schichtzugehörigkeiten der Geschlechter lässt sich vorrangig durch das geringere Bildungsniveau der Frauen erklären.

Auch bei den Altersgruppen waren Unterschiede festzustellen. Während die Differenzen in der oberen sozialen Schicht über die Altersgruppen hinweg relativ konstant blieben (eine Spanne von 32,4 % in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen bis zu 45,9 % in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen), waren bei den unteren und mittleren sozialen Schichten große Unterschiede festzustellen. Nur 10,6 % bzw. 8,5 % der Teilnehmenden in den jüngeren Altersgruppen (60 bis 64 Jahre und 65 bis 69 Jahre) gehörten der unteren sozialen Schicht an. Der Anteil der Teilnehmenden, die der unteren sozialen Schicht angehörten, erhöhte sich mit zunehmendem Alter, bis zu einem Höchstwert von 33,7 % in der Kategorie 85+ Jahre. In den unteren Altersgruppen der 60- bis 64-Jährigen und der 65- bis 69-Jährigen lag der Anteil der Teilnehmenden in der mittleren sozialen Schicht bei 43,5 % bzw. 49,5 %. In den nächsten beiden Altersgruppen (70 bis 74 Jahre und 75 bis 79 Jahre) stieg der Anteil dieser Kategorie auf etwa die Hälfte. In den höheren Altersgruppen nahm dieser Anteil deutlich ab, sodass nur noch ein Drittel (35,6 % in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre und 29,4 % in der Altersgruppe 85+) der mittleren sozialen Schicht angehörte. Der vergleichsweise höhere Anteil der höchsten Altersgruppen in der unteren sozioökonomischen Schicht könnte durch das niedrigere Bildungsniveau während und in den Jahren nach dem Krieg erklärt werden.

Abbildung 9 beschreibt den sozioökonomischen Status der Teilnehmenden nach Stadtbezirken und Ortschaften. Analog zu den anderen Indikatoren der sozialen Lage fielen die große Heterogenität der sozialen Situation und fehlende Angaben in den verschiedenen Stadtbezirken ins Auge. In Prohlis (25,4 %), Altstadt (24,4 %) und Klotzsche (23,1 %) konnten die meisten fehlenden Angaben festgestellt werden. Vergleichsweise dazu hatte Plauen den geringsten Anteil mit 14,3 %. Die obere soziale Schicht wurde von Klotzsche, Loschwitz und Plauen mit einem jeweiligen Anteil von etwa 47,8 %, 47,3 %, 47,2 % dominiert. Die niedrigsten Anteile nahmen Cotta und Pieschen mit ungefähr 31 % ein. Bei der Zuordnung der mittleren sozialen Schicht reichte die Spannweite von 53,9 % in Pieschen bis 36,9 % in Leuben. In Hinblick auf die befragten Personen der unteren sozialen Schicht war zu erkennen, dass circa 12,0 % in den Stadtbezirken Loschwitz, Plauen und Prohlis wohnten. Am oberen Ende der Skala lag hierbei der Stadtbezirk Cotta mit 21,0 %.

Abbildung 9: Sozioökonomischer Status der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent)



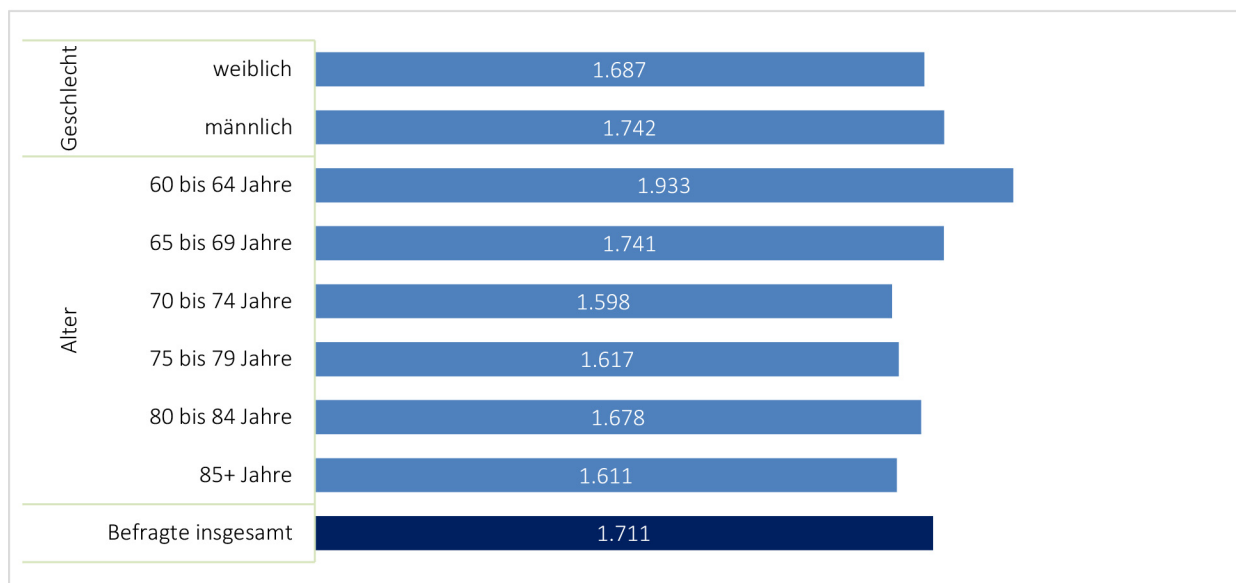
Anmerkung: k. A.: 19,7 %

Nettoäquivalenzeinkommen und Armutsgefährdung

Das Nettoäquivalenzeinkommen ist im Laufe der Jahre seit 1993 gestiegen und kann Aufschlüsse über das verfügbare mittlere Einkommensniveau der einzelnen befragten Personen für zum Beispiel die Mietkosten geben. Der kommunalen Bürgerumfrage 2020 zufolge lag für die gesamte Stadt Dresden das Mittel (Median) im Jahr 2020 bei 1.800 €, 2018 bei 1.700 € und 2016 bei 1.600 € (Kommunale Statistikstelle Dresden 2020a). Laut der LAB60+ Studie im Jahr 2021 verfügt eine einzelne Person im Mittel über ein Nettoäquivalenzeinkommen von 1.750 €, das dem angegebenen Wert für das Jahr 2020 der kommunalen Bürgerumfrage ungefähr entspricht. Der Durchschnitt lag mit 1.711 € etwas niedriger¹¹.

Abbildung 10 veranschaulicht das durchschnittliche Nettoäquivalenzeinkommen der Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter. Insgesamt lagen für 87,3 % der Befragten die Angaben vor. In der Abbildung sind ebenfalls einige Gemeinsamkeiten im Vergleich zu vorherigen Darlegungen zu erkennen. So standen Männern mit 1.742 € durchschnittlich 55 € mehr pro Monat zur Verfügung als Frauen mit 1.687 €. Bezüglich der Altersgruppen hatten die 60- bis 64-jährigen befragten Personen das höchste Einkommen von 1.933 € pro Person. Hierbei muss beachtet werden, dass die hohen Werte darauf zurückzuführen sind, dass circa 58 % der befragten Personen in dieser Altersgruppe noch erwerbstätig waren. Die Teilnehmenden im Alter von 70 bis 74 Jahren hatten das geringste Einkommen von 1.598 € pro Person.

Abbildung 10: Durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter (in Euro)



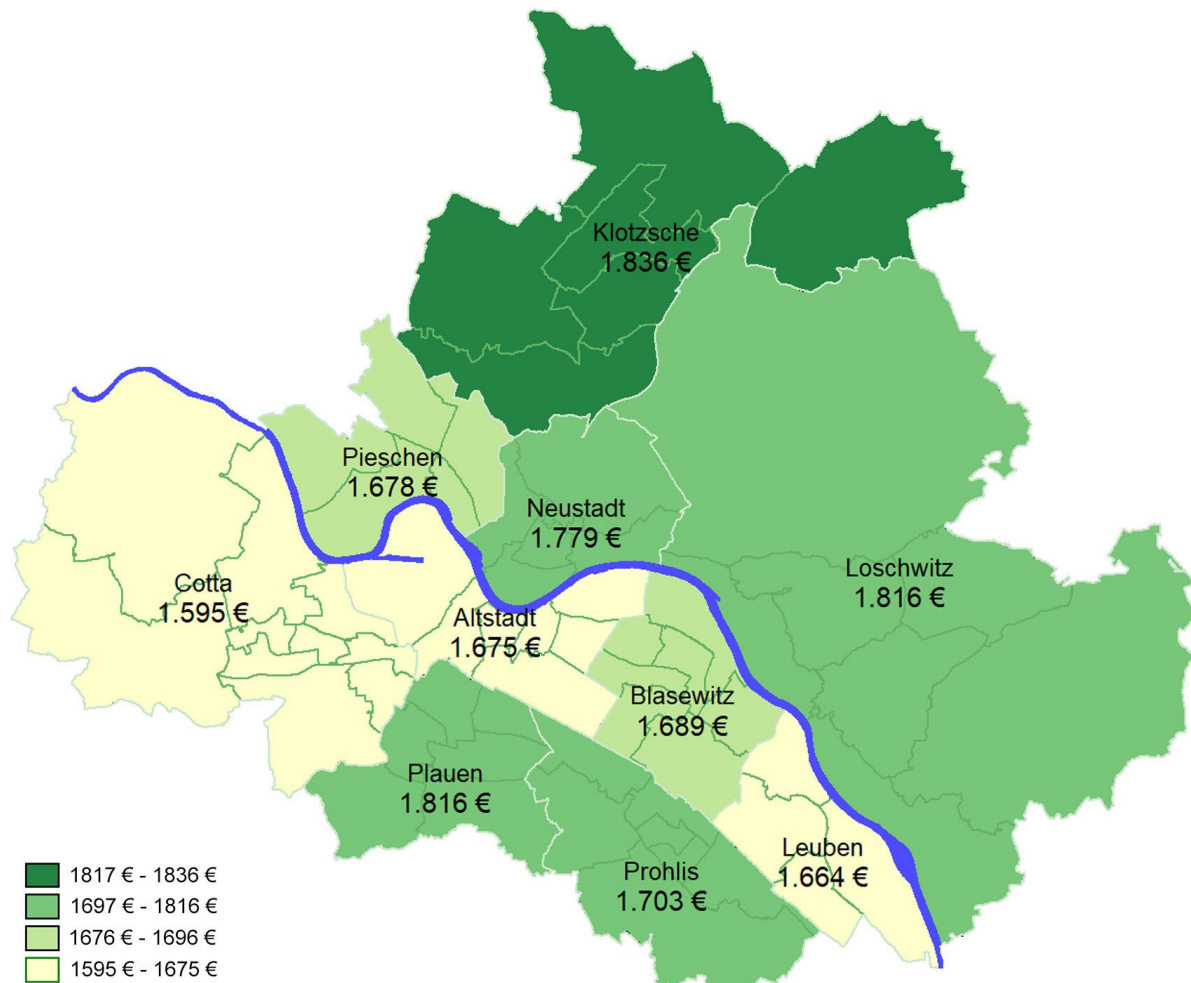
Anmerkung: k. A.: 12,7 %

¹¹ In den darauffolgenden Abschnitten wird ausschließlich der Durchschnitt berichtet, da aufgrund der Normalverteilung des Einkommens Median und Durchschnitt ungefähr gleich sind.

Abbildung 11 zeigt einen Überblick über das durchschnittliche Nettoäquivalenzeinkommen der Teilnehmenden nach Stadtbezirken und Ortschaften. In Hinblick auf die vorangegangenen Indikatoren zur Bildung und zum sozioökonomischen Status zeichneten sich einige Parallelen ab. Den Befragten im Stadtbezirk Klotzsche stand mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von 1.836 € pro Person am meisten Geld zur Verfügung. Ein ähnlich hohes Einkommen hatten die Teilnehmenden von Loschwitz und Plauen (1.816 € pro Person). Mit wesentlichem Abstand stand den Befragten des Stadtbezirks Cotta mit 1.595 € pro Person in der bezirklichen Rangordnung am wenigsten zur Verfügung und lag somit deutlich unter dem Dresdner Durchschnitt von 1.711 € pro Person. Die Differenz zwischen dem „reichsten“ und „ärmsten“ Stadtbezirk betrug pro Person im Durchschnitt 241 €.

Die kommunale Bürgerumfrage im Jahr 2020 ergab eine Armutsgefährdungsquote in Dresden zwischen 7 und 19 % für Rentnerinnen und Rentner mit bzw. ohne Partnerin oder Partner (Kommunale Statistikstelle Dresden 2020a). Laut der LAB60+ Studie lag der durchschnittliche Anteil der armutsgefährdeten Haushalte mit 12 % zwischen den beiden vorher genannten Werten.

Abbildung 11: Durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Euro)



Anmerkung: k. A.: 12,7 %

Abbildung 12 illustriert den Anteil der befragten Personen nach Geschlecht und Alter, die sich unter der Armutsgefährdungsgrenze befanden. Der Anteil der Frauen war etwas höher als der von Männern (13,4 % vs. 10,6 %). Zwischen den Altersgruppen ließ sich kein erkennbarer Verlauf feststellen und die Werte innerhalb der Gruppen waren sehr ähnlich. Der höchste Prozentsatz der unter der Armutsgefährdungsgrenze lebenden Menschen war bei den Befragten in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen (12,8 %) zu finden, wobei davon 56,2 % bereits im Ruhestand waren. Der niedrigste Anteil bestand in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen (11,3 %).

Abbildung 12: Anteil der LAB60+ Teilnehmenden unter der Armutsgefährdungsgrenze nach Geschlecht und Alter (in Prozent)

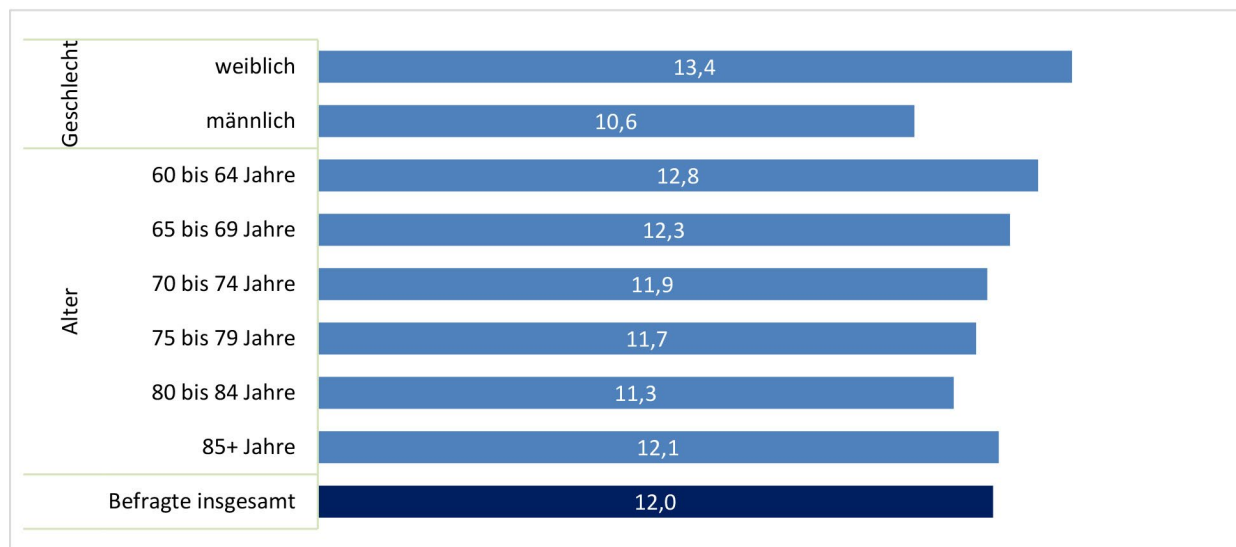


Abbildung 13: Anteil der LAB60+ Teilnehmenden unter der Armutsgefährdungsgrenze nach Stadtbezirk (in Prozent)

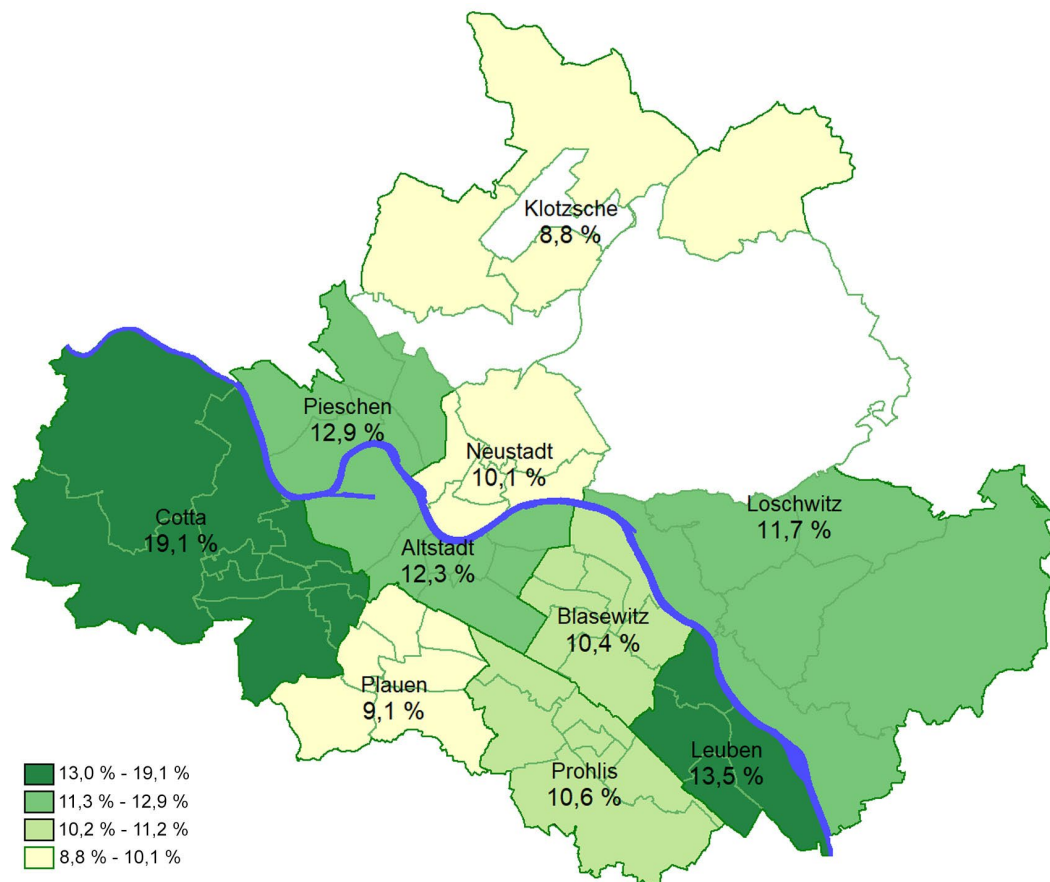
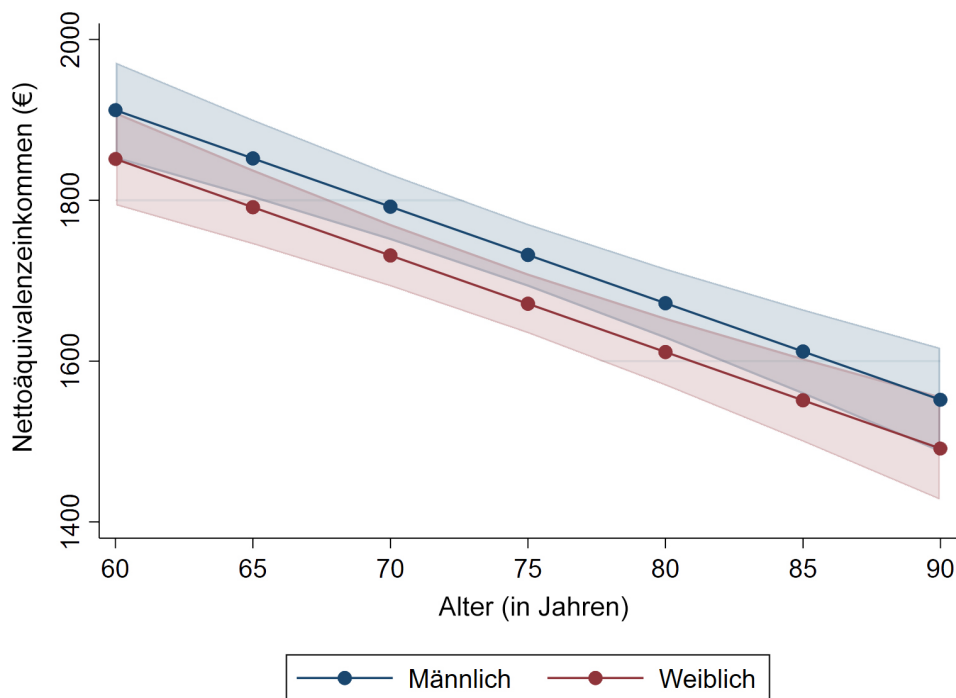


Abbildung 13: Anteil der LAB60+ Teilnehmenden unter der Armutsgefährdungsgrenze nach Stadtbezirk (in Prozent) erläutert den Anteil der Teilnehmenden nach Stadtbezirken und Ortschaften, der unter der Armutsgefährdungsschwelle lag. In Cotta lebte mit 19,1 % der größte Anteil an befragten Personen, die ein Nettoäquivalenzeinkommen von weniger als 1.080 € pro Monat zur Verfügung hatten. In den Stadtbezirken Klotzsche und Plauen lag der Anteil von 8,8 % bzw. 9,1 % der Personen unter der Armutsgrenze im Vergleich mit anderen Stadtbezirken am niedrigsten.

Abbildung 14 zeigt den Zusammenhang zwischen dem monatlichen Nettoäquivalenzeinkommen und dem Alter der Teilnehmenden, und zwar stratifiziert nach ihrem Geschlecht. Im Rahmen einer linearen Regressionsanalyse wurde die These untersucht, ob mit zunehmendem Alter das verfügbare Einkommen sinkt. Mithilfe des Regressionsmodells konnte ein negativer linearer Zusammenhang zwischen Nettoäquivalenzeinkommen und Alter festgestellt werden¹². Die Regressionsgeraden in der Abbildung geben die Berechnung wieder und zeigen, dass sich mit zunehmendem Alter in Schritten von 10 Jahren das monatliche Nettoäquivalenzeinkommen beider Geschlechter um circa 120 € reduzierte. Des Weiteren lässt sich im Modell erkennen, dass Männern ein um ungefähr 60 € höheres Nettoäquivalenzeinkommen pro Monat als Frauen zur Verfügung stand.

Abbildung 14: Regressionsanalyse zum Nettoäquivalenzeinkommen und Alter der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht (in Euro)



Faktoren, die sich auf die finanzielle Situation auswirken

Der finanzielle Spielraum beeinflusst maßgeblich die persönliche Lebensqualität und basiert primär auf dem monatlich frei zur Verfügung stehendem Geld. Dieser individuelle Betrag eines jeden Einzelnen ist jedoch von weiteren Determinanten abhängig. Für eine explizite diesbezügliche Sondierung werden die drei meistgenannten Faktoren vorgestellt, die sich auf die finanzielle Situation auswirken. Gemäß den Angaben aus der LAB60+ Studie hatten 44,1 % der Teilnehmenden keine zusätzlichen Einnahmen und 27,3 % zusätzliche Ausgaben.

Bezüglich der Faktoren, die einen positiven Einfluss auf die Finanzlage haben, verfügten 27,7 % über ein finanzielles Polster aus Ersparnissen. Des Weiteren bezogen 18,4 % der befragten Personen Renten aus Zusatzversicherungen, berufsständischen Versorgungswerken, landwirtschaftlichen Alterskassen und Pensionen. 15,6 % der Teilnehmenden konnten sich ihre gesetzliche Rente zusätzlich mit einer Betriebsrente aufbessern.

¹² $\beta = -12,01$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,03$; $N = 2.099$

Auf der anderen Seite sind die Faktoren zu beachten, die die finanzielle Lage negativ beeinflussen. Hierbei gaben 13,6 % der befragten Personen an, hohe Ausgaben für die medizinische Versorgung zu haben. Weitere vermindernde Faktoren waren die finanzielle Unterstützung nicht im Haushalt lebender Personen (6,3 %) und Schulden (4,9 %). 31,4 % der Teilnehmenden fühlten sich durch ihre Schulden ziemlich oder stark belastet.

Bewertung des eigenen Wohlstands

Für die subjektive Bestimmung des Wohlstands ist die Einschätzung der eigenen Lebenssituation im Vergleich zum Durchschnitt die Leitgröße. Der Durchschnitt wurde absichtlich nicht definiert, um erfassen zu können, wie die Teilnehmenden die Situation anderer beurteilen. Die Fragestellung lautete: „Würden Sie sich selbst als ärmer oder reicher als der Durchschnitt bezeichnen?“ Es lagen für 98,02 % der Befragten Angaben zur Bewertung des eigenen Wohlstands vor. Erwartungsgemäß pendelten die Ergebnisse recht eng um die Mitte, sodass 56,3 % der Teilnehmenden sich als weder ärmer noch reicher als der Durchschnitt definierte. Es gab also eine gewisse Tendenz, sich in der Mitte der Verteilung zu positionieren. Ungefähr gleich viele befragte Personen fühlten sich als etwas reicher (12,7 %) oder als etwas ärmer (13,0 %) als der Durchschnitt. Deutlich weniger Antworten entfielen auf die Extrempunkte „sehr viel ärmer“ (3,0 %) und „sehr viel reicher“ (1,4 %).

Es gab einen plausiblen Zusammenhang zwischen der Bewertung des eigenen Wohlstands und den Faktoren, die sich auf die finanzielle Situation auswirken. 57,4 % der befragten Personen, die Ersparnisse zurückgelegt hatten, beurteilten sich als etwas oder sehr viel reicher. Demgegenüber fühlten sich 24,2 % der Teilnehmenden etwas oder sehr viel ärmer, wenn sie zusätzliche Ausgaben durch Schulden hatten.

In der gesamtheitlichen Betrachtung beurteilten die meisten Teilnehmenden der LAB60+ Studie ihren Wohlstand tendenziell als durchschnittlich oder leicht geringer als der Durchschnitt. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der repräsentativen Bevölkerungsbefragung ARB-Survey 2015 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2015), welche die Wahrnehmung von Armut und Reichtum in Deutschland erhob. Im Vergleich zur LAB60+ Studie definierten die meisten deutschen Bürgerinnen und Bürger ihren Wohlstand als durchschnittlich oder leicht erhöht, wobei die mittlere Antwortkategorie „weder noch“ wesentlich weniger häufig angegeben wurde (34 % vs. 56,3 %). Die weiteren Angaben verteilten sich vorrangig auf die Kategorien „etwas reicher“ (33 % vs. 12,7 %) und „etwas ärmer (25 % vs. 13,0 %). In Relation zum ARB-Survey 2015 fühlen sich ähnlich viele befragte Personen der LAB60+ Studie sehr viel ärmer (4 % vs. 3,0 %) und sehr viel reicher (1 % vs. 1,4 %) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2015).

4.1.4 Resümee Bildung, Beruf und Finanzen

Ein Großteil der LAB60+ Teilnehmenden gab an, dass sie ein (Fach-) Abitur oder den Abschluss der Erweiterten Oberschule haben (46,5 %). Des Weiteren war unter den Teilnehmenden ein überdurchschnittlicher Anteil an Hochschul- oder Fachhochschulabsolventen zu finden (43,6 %). Insgesamt hatten bei der gesamtheitlichen Betrachtung des Bildungsindikators der Stadtbezirk Neustadt und die Altersgruppe von 65 bis 69 Jahren den höchsten Stand. Dies galt im Geschlechtervergleich auch für die männlichen Befragten, die ein höheres Bildungs- und Ausbildungsniveau als die weiblichen Befragten aufwiesen. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit jenen der Kommunalen Bürgerumfrage Dresden in 2020, welche ebenfalls einen höheren Bildungsstatus von Männern im Vergleich zu Frauen aufwies (Kommunale Statistikstelle Dresden 2020a).

In Hinblick auf den sozioökonomischen Status gehörten etwa 39,2 % der LAB60+ Teilnehmenden zur oberen sozialen Schicht, während 45,4 % der mittleren und 15,5 % der unteren sozialen Schicht angehörten. Diese Ergebnisse ähneln denen der LISA-II-Studie, bei der ähnliche Methoden wie in der LAB60+ Studie angewandt wurden. Was die Geschlechterzugehörigkeit betrifft, gehörte ein höherer Prozentsatz der Frauen als der Männer der unteren sozialen Schicht an (19,8 % gegenüber 11,1 %). Dagegen gehörte ein höherer Anteil der Männer im Vergleich zu den Frauen zur oberen sozialen Schicht (48,4 % gegenüber 30,2 %). Der Unterschied der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeiten zwischen Frauen und Männern lässt sich durch die Unterschiede in ihrem Bildungsniveau erklären.

Hinsichtlich des Alters reichte der Anteil der Teilnehmenden aus der höchsten sozialen Schicht von 32,4 % (70 bis 74 Jahre) bis 45,9 % (60 bis 64 Jahre). Die jüngeren Altersgruppen wiesen den geringsten Anteil in der unteren sozialen Schicht auf (10,6 % und 8,5 %), während die Gruppe der Ältesten zahlenmäßig am stärksten dieser Kategorie angehörten (33,7 %). Der Kontrast zwischen den älteren und jüngeren Altersgruppen könnte auf das unterschiedliche Bildungsniveau zurückzuführen sein. In der Generation der vor 1945 Geborenen absolvierten noch zwei Drittel aller Schülerinnen und Schüler einen Volks- bzw.

Hauptschulabschluss, da die Hauptschule die Regelschule war. Im Zuge der Bildungsexpansion in den 1960er und 1970er Jahren baute die Bildungspolitik die höheren Schulen aus und immer mehr Menschen strebten höhere Schulabschlüsse an. Daher spielten Realschulen und Gymnasien eine zunehmend größere Rolle. Der seit Jahrzehnten kontinuierlich ansteigende Trend zu höheren Bildungsabschlüssen hält bis heute an (Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) 2013).

Das durchschnittliche Nettoäquivalenzeinkommen offenbart, dass das Thema Armut und Reichtum in einem Land mit vergleichsweise hohen sozialen Standards wie Deutschland noch immer aktuell ist. Laut der LAB60+ Studie betrug der Median für Dresden im Jahr 2021 1.711 € und entspricht ungefähr dem Wert von 1.800 €, der anhand der kommunalen Bürgerumfrage im Jahr 2020 erhoben wurde. Der Stadtbezirk Klotzsche hatte mit 1.836 € pro Person das höchste Nettoäquivalenzeinkommen. In Cotta standen mit 1.595 € einer Person am wenigsten finanzielle Mittel zur Verfügung, der Stadtteil hatte dabei den höchsten Anteil an Teilnehmenden (19,1 %), die unter der Armutsgefährdungsschwelle von 1.080 € pro Monat lagen. Hinsichtlich der Alterskategorien standen den 60- bis 64-jährigen befragten Personen mit 1.933 Euro pro Person die meisten Mittel zur Verfügung. Die Teilnehmenden im Alter von 70 bis 74 Jahren verfügten mit 1.598 € pro Person über das geringste Nettoäquivalenzeinkommen. Anhand der Regressionsanalyse wurde illustriert, dass sich mit zunehmendem Alter das Nettoäquivalenzeinkommen reduzierte und – ähnlich wie bei den Indikatoren zuvor – waren Männer auch beim Einkommen bessergestellt als Frauen. In der gesamtheitlichen Betrachtung schätzten die meisten befragten Personen der LAB60+ Studie ihren Wohlstand tendenziell als durchschnittlich oder leicht geringer im Verhältnis zu anderen ein. Ähnliche Befunde für Deutschland konnten auch bei der repräsentativen Bevölkerungsbefragung ARB-Survey 2015 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales konstatiert werden.

Die vorangegangenen Ausführungen haben explizit aufgezeigt, dass sowohl zwischen den Stadtbezirken bzw. Ortschaften als auch zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen soziale Disparitäten bestehen, insbesondere in Hinblick auf das Einkommen, das Bildungsniveau und den sozioökonomischen Status. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und demografischen Entwicklung bekräftigen die eingangs dargestellten Befunde zur sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland, wie wichtig sozialraum- und zielgruppenorientierte Initiativen und Maßnahmen für ältere Menschen sind. Die Herausforderung besteht darin, dass die Belange sozioökonomisch benachteiligter und vulnerabler Gruppen besondere Aufmerksamkeit benötigen und diese bei der Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien in allen Phasen und Bereichen beachtet werden müssen, damit allgemein soziale und gesundheitsbezogene Ungleichheiten nicht verstärkt, sondern idealer Weise abgemildert werden können.

4.2 Übergang in die nachberufliche Lebensphase

Mit dem Ende der Berufstätigkeit beginnt eine neue Lebensphase, welche eine Vielzahl von Möglichkeiten zu selbstbestimmter Entfaltung, Entwicklung und individuellen Neuentdeckungen bietet. Der Übergang in die nachberufliche Lebensphase erfordert dabei in der Regel vielfältige Anpassungs- und Umstellungsleistungen. Das kann beispielsweise das Finden einer neuen Tagesstruktur, die Entwicklung neuer Aufgaben, das Loslassen vom Berufsleben oder den Ausbau sozialer Beziehungen betreffen. Obwohl der Übergang den meisten Ruheständlern gut gelingt (Sackreuther et al. 2016), kann er von einigen auch als kritisches Lebensereignis erlebt werden und unter Umständen langfristige negative gesundheitliche Auswirkungen haben (Wang et al. 2011).

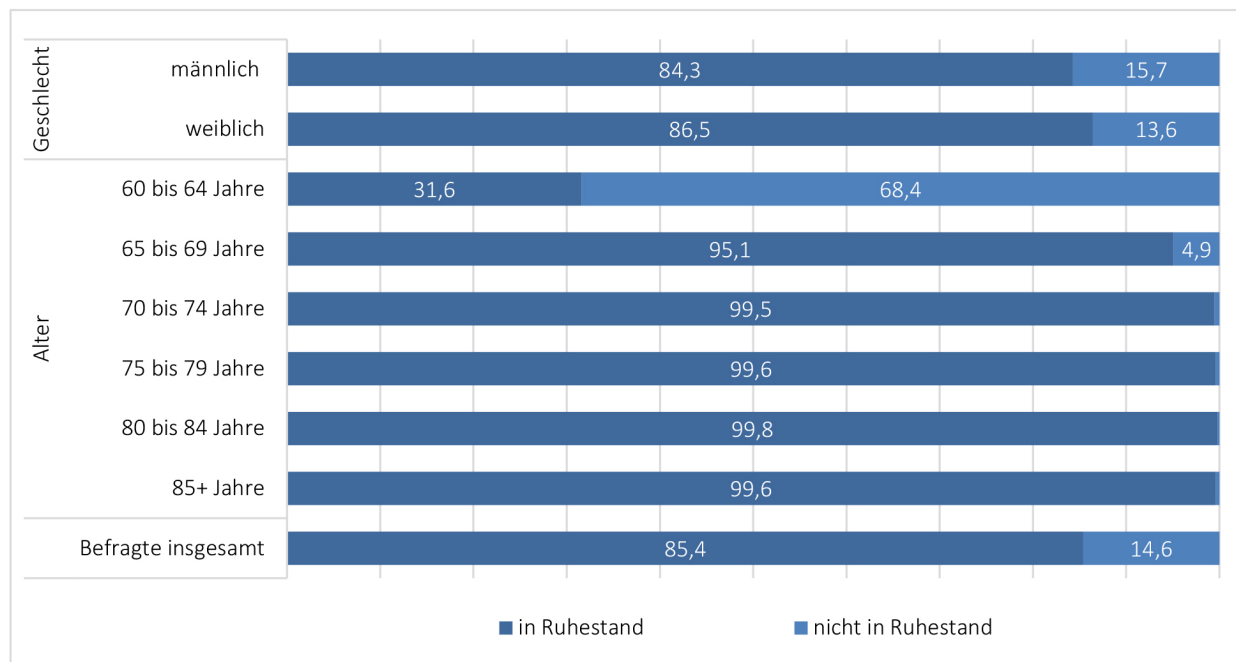
Ziel dieses Abschnitts ist es, Menschen in der nachberuflichen Lebensphase zu charakterisieren und zu ermitteln, wie die Übergangsphase erlebt und welche Wünsche nach Unterstützung geäußert werden.

4.2.1 Charakteristika von Menschen in der nachberuflichen Lebensphase

Insgesamt haben 98,7 % der Befragten Angaben zum Ruhestand gemacht. Ungefähr 85 % der LAB60+ Teilnehmenden waren im Ruhestand (). Der Anteil der Frauen im Ruhestand war etwas höher als der der Männer (86,5 % gegenüber 84,3 %). Während weniger als ein Drittel (31,6 %) der Teilnehmenden in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen im Ruhestand war, waren die meisten Teilnehmenden höherer Altersgruppen im Ruhestand (95 % und mehr).

Teilnehmende im Ruhestand waren im Durchschnitt 75,9 Jahre alt. Der Anteil von Frauen an den Ruheständlern war höher als der Anteil von Männern (53,2 % vs. 46,8 %). Von den Personen, welche im Ruhestand waren, waren 7,2 % jünger als 65 Jahre. Etwa ein Fünftel (22,2 %) dieser Personengruppe gehörte zu den 65- und bis 69-Jährigen.

Abbildung 15: LAB60+ Teilnehmende in Ruhestand nach Geschlecht und Alter (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 1,3 %

4.2.2 Wie wurde der Übergang erlebt

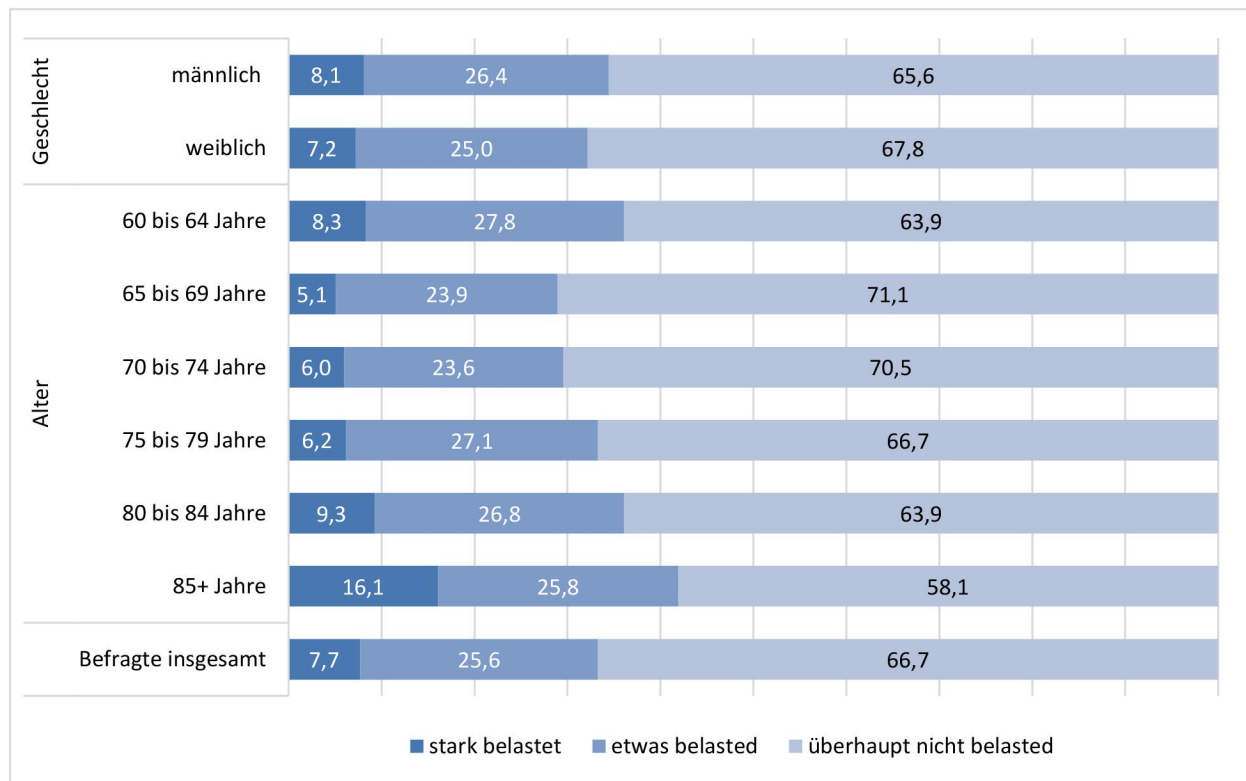
Teilnehmende, die bereits im Ruhestand waren, wurden gefragt, wie sie den Übergang empfanden. Hierfür lagen die Angaben von insgesamt 80,0 % der befragten Personen vor. Diese Fragestellung lehnte sich an die Methodik der DEAS-Untersuchung an (Engstler 2017). Ein Anteil von 7,7 % gab an, dass der Übergang für sie „sehr belastend“ war, 25,6 % der Teilnehmenden empfanden den Übergang als „etwas belastend“ und 66,7 % gaben an, dass sie „keine Belastung“ spürten. Zusammengefasst empfanden somit 33,3 % den Übergang als belastend. Teilnehmende die am häufigsten „sehr belastend“ angaben, gehörten zur Altersgruppe der über 85-Jährigen (16,1 %), der 80- bis 84-Jährigen (9,3 %) sowie der 60- bis 64-Jährigen (8,3 %). Männer fanden im Vergleich zu Frauen den Übergang häufiger sehr belastend (8,1 % vs. 7,2 %) oder etwas belastend (26,4 % vs. 25,0 %, siehe Abbildung 16).

Eine weiterführende Regressionsanalyse zeigte, dass Teilnehmende, welche den Übergang rückblickend als Belastung empfanden, zum Zeitpunkt der Befragung eine niedrigere körperliche und psychische Lebensqualität sowie ein niedrigeres Wohlbefinden aufwiesen, als Personen, die keine Belastung angaben. Dieser Befund ist dabei unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialer Schicht und chronischer Erkrankung.¹³

Im Folgenden soll das Belastungsempfinden der 60- bis 69-jährigen Teilnehmenden näher untersucht werden, da für diese Subgruppe der Übergang noch in zeitlicher Nähe liegt. Die Angaben „sehr belastend“ und „etwas belastend“ werden dabei im Folgenden zu „belastend“ zusammengefasst. Für 30,6 % der 60- bis 69-Jährigen war der Übergang belastend. Männer und Frauen gaben ein etwa gleiches Belastungsempfinden an (32,3 % vs. 29,2 %). Teilnehmende zwischen 60 und 69 Jahren, für die der Übergang belastend war, hatten im Gegensatz zu Teilnehmenden, für die der Übergang nicht belastend war, folgende Eigenschaften: Sie hatten häufiger ein kleines soziales Netzwerk (SNI; 36,6 % vs. 27,4 %), waren häufiger geschieden (16,4 % vs. 12,7 %) und gehörten häufiger der unteren oder mittleren sozialen Schicht an (66,2 % vs. 59,0 %). Weiterhin hatten 60- bis 69-Jährige, für die der Übergang belastend war, häufiger eine Erwerbstätigkeit im Ruhestand (18,8 % vs. 14,6 %) und seltener ein aktuelles Ehrenamt (21,9 % vs. 31,0 %).

¹³ Lineare Regression kontrolliert auf Alter, Geschlecht, Soziale Schicht, Chronische Erkrankung (ja/nein)

Abbildung 16: „Wenn Sie sich an Ihren Übergang in den Ruhestand zurückerinnern: Was würden Sie sagen, inwieweit hat Sie dieses Ereignis belastet?“ (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 5,1 %

4.2.3 Unterstützungswünsche beim Übergang in die nachberufliche Lebensphase

Es lagen für 79,4 % der Befragten Angaben zur Unterstützung beim Übergang in die nachberufliche Lebensphase vor. 10,6 % der Teilnehmenden gaben an, dass sie sich mehr Unterstützung beim Übergang gewünscht hätten. Besonders ausgeprägt war dieser Wunsch bei den 60- bis 69-Jährigen (15,6 %). Teilnehmende aus der unteren sozialen Schicht äußerten den größten Wunsch nach Unterstützung (13,0 %). Gemessen an ihren Bildungsabschlüssen äußerten Teilnehmende mit einem Berufsfachabschluss und der Qualifikation „Meisterin/Meister, Technikerin/Techniker“ oder mit gleichwertigem Fachabschluss am entschiedensten diesen Wunsch (jeweils 18,4 %). Weiterhin zeigten Teilnehmende mit einem kleinen sozialen Netzwerk (SNI) einen größeren Wunsch nach Unterstützung (11,7 %). Folgende Hilfen wurden sich von den Teilnehmenden der Befragung konkret gewünscht (Mehrfachnennungen möglich): betriebliche Maßnahmen (40,8 %), Austausch und Kontakt mit Gleichgesinnten (29,9 %), Anregungen und Ideen für konkrete Aktivitäten und Möglichkeiten (29,1 %), Fachberatung (20,2 %), Informationsmaterialien (15,4 %) sowie Seminare, Workshops und Vorträge (5,8 %). Unter der Rubrik „Anderes“ (15,7 %) teilten die Teilnehmenden größtenteils persönliche Herausforderungen ihres Übergangs mit (51,4 %). Sie gaben auch den Wunsch nach mehr Beratung, Unterstützung und Aufklärung an (22,9 %).

4.2.4 Resümee Übergang in die nachberufliche Lebensphase

Knapp ein Drittel der befragten Personen empfand den Übergang in die nachberufliche Lebensphase als sehr oder etwas belastend. Die repräsentative TOP-Studie untersuchte für Deutschland die Belastung des Übergangs von Menschen, die in den letzten drei Jahren in den Ruhestand gewechselt waren. Dabei gaben 22 % an, sich vom Übergang belastet gefühlt zu haben (Sackreuther et al. 2016). Auch wenn sich die TOP-Studie nur auf Personen bezog, die eben erst in den Ruhestand gewechselt waren, scheint das Belastungsempfinden der Teilnehmenden der LAB60+ Studie tendenziell höher zu sein als der Bundesdurchschnitt.

Ein als Belastung empfundener Übergang kann im späteren Leben mit ernsthaften Folgen, einer geringeren körperlichen und psychischen Lebensqualität sowie geringerem Wohlbefinden verbunden sein.

Mögliche individuelle Gründe dafür, dass der Übergang als belastend empfunden wird, können sein: der Übergang erfolgt aus einer Nichterwerbstätigkeit, er kam früher als gewünscht oder die Betroffenen befanden sich beim Übergang in einem

schlechten Gesundheitszustand (Mergenthaler et al. 2020). Weiterhin stellt die individuelle Ruhestandsvorbereitung und -planung einen relevanten Einflussfaktor dar. Ein höheres Maß an Vorbereitung und Planung ist beispielsweise mit besserer physischer und psychischer Gesundheit sowie höherer Lebenszufriedenheit verbunden (Topa et al. 2009, Yeung und Zhou 2017). Daher können die Unterstützung und Begleitung von Menschen, die sich in der Übergangsphase befinden, positive Auswirkungen auf den Übergang und die Gestaltung der nachberuflichen Lebensphase haben. Vorbereitungskurse etwa können die individuellen Ressourcen steigern und Ruhestandsängste verringern (Seiferling und Michel 2017).

Es wurde klar, dass 10,6 % der Teilnehmenden Unterstützung begrüßt hätten. Besonders häufig wurde dabei der Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen geäußert. Daneben können weitere allgemeine Maßnahmen zur Unterstützung der Übergangsphase empfohlen werden: individuelle Beratungs- und Begleitungsangebote, niedrigschwellige Angebote, Erwachsenenbildung in Form von Kursen oder Workshops, Unterstützung selbstorganisierter Gruppen, Förderung aufsuchender Aktivitäts- und Aktivierungsangebote, Informationsangebote sowie die Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger.

5. Wohnen und Wohnumfeld

5.1 Anforderungen, Normen und gesetzliche Grundlagen

Das Wohnen gewinnt im Altern zunehmend an Bedeutung, da sich der individuelle Aktionsradius reduziert. Das Wohnen hat dabei eine Schlüsselfunktion für Teilhabe und Lebensqualität und entscheidet maßgeblich über ein gelingendes Altern mit. Häufig haben ältere Menschen eine tief empfundene Verbundenheit zu ihrem Wohnquartier. Überwiegend besteht der Wunsch, im eigenen Haushalt wohnen zu bleiben. Dies gilt auch für den Fall eintretender Pflegebedürftigkeit (Naumann & Oswald, 2020; Spangenberg et al., 2013; Wahl & Gitlin, 2019).

Diesem Wunsch nach Kontinuität stehen häufig bauliche Barrieren im Wohnungsbestand oder der Wohnumgebung entgegen. Diese schränken die langfristige Nutzbarkeit der eigenen Wohnung im Alter und insbesondere beim Auftreten physischer und kognitiver Einschränkungen bzw. von Pflegebedürftigkeit ein. Anforderungen an geeigneten Wohnraum im Alter sind individuell sehr unterschiedlich und auch in der Literatur werden verschiedene Begriffe zur Beschreibung der Anforderungen verwendet. Eindeutig definiert ist ausschließlich der "barrierefreie" Wohnraum nach DIN 18040 Teil 2. Gemäß der Sächsischen Bauordnung (SächsBO § 50, Abs. 1) gilt, dass "in Gebäuden mit mehr als zwei Wohnungen die Wohnungen eines Geschosses barrierefrei erreichbar sein [müssen], diese Verpflichtung kann auch durch barrierefrei erreichbare Wohnungen in mehreren Geschossen erfüllt werden. In diesen Wohnungen müssen die Wohn- und Schlafräume, eine Toilette, ein Bad sowie die Küche oder die Kochnische barrierefrei sein." Es ist zu beachten, dass somit zwar die Erschließung eines Gebäudes grundsätzlich die uneingeschränkte Nutzung mit einem Rollstuhl erlauben muss, die Wohnungen jedoch nach barrierefrei nutzbaren Wohnungen (DIN 18040 Teil 2) und barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbaren Wohnungen (DIN 18040 Teil 2-R) klassifiziert werden. Letztere werden bauordnungsrechtlich nicht gefordert, sodass das Bauen von uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbaren Wohnungen nur aus eigenem Antrieb der Auftraggebenden erfolgt.

Die Anforderungen an barrierefreien Wohnraum nach DIN 18040 Teil 2 sind bei Neubaumaßnahmen zu realisieren und durch die Regelungen in der Sächsischen Bauordnung entsteht damit kontinuierlich ein Zuwachs an barrierefreien Wohnungen. In Bestandsgebäuden hingegen ist DIN-gerechte Barrierefreiheit aufgrund der baulichen Gegebenheiten auch im Rahmen von umfassenden Sanierungen meist nicht vollständig umsetzbar. Es haben sich deshalb Begriffe wie altersgerecht oder barrierearm etabliert, die jedoch keiner allgemeingültigen Definition unterliegen. Hierbei handelt es sich um baulich angepasste Bestandswohnungen, in denen wesentliche Hindernisse für die Benutzbarkeit im Alter beseitigt und eine Pflegesituation erleichtert wurden (z. B. Rückbau von Stufen im Eingangsbereich und Ersatz durch eine Rampe, Einbau einer bodengleichen Dusche). In Ermangelung der Fachkompetenz der Befragten ist es kaum möglich, im Rahmen einer schriftlichen Befragung zu erheben, ob die jeweilige Wohnung barrierefrei nach DIN 18040 ist. Es wurden deshalb wesentliche Einzelmerkmale barrierefreier Wohnungen abgefragt, die konkret beantwortet werden können. Im Ergebnis ist feststellbar, ob es sich um eine Wohnung oder ein Haus weitgehend ohne Barrieren, mit leichten Barrieren oder mit erheblichen Barrieren handelt (vgl. Banse et al. 2016 für weitere Ausführungen). Die verwendeten Kriterien wurden dabei dem Deutschen Alterssurvey (DEAS)¹⁴ entlehnt (Engstler, 2017).

Die Gestaltung des öffentlichen Verkehrs- und Freiraums im Wohnumfeld wird durch die DIN 18040 Teil 3 geregelt. Allerdings ist diese in Sachsen nicht in die Liste „Technische Baubestimmungen“ aufgenommen worden, sodass ihre Anwendung ausdrücklich vereinbart werden muss. Dennoch stellt sie den aktuellen Stand der technischen und planerischen Möglichkeiten dar und wird als Instrument zur Bewertung von Barrierefreiheit herangezogen.

¹⁴ Die DEAS Studie wurde im Kapitel „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

5.2 Wohnsituation

Wie in Tabelle 3 dargestellt, wohnten mit 69,1 % der überwiegende Anteil der LAB60+ Teilnehmenden in einem Zweipersonenhaushalt. Ein Anteil von 27,7 % lebte in einem Einpersonenhaushalt. Damit ist der Anteil der Einpersonenhaushalte geringer als im bundesdeutschen Durchschnitt (33,8 % für die über 65-Jährigen; Tesch-Römer und Engstler, 2020). Mit zunehmendem Alter erhöhte sich der Anteil an alleinlebenden Personen. So gaben 23,6 % der 60- bis 69-Jährigen und 36,8 % der über 80-Jährigen an, alleinzuleben.

Tabelle 3: Wohnsituation der LAB60+ Teilnehmenden nach Altersgruppen

Wohnsituation	Altersgruppen(in Jahren)			Gesamt
	60 bis 69	70 bis 79	80+	
Anzahl der Personen je Haushalt (Auswahl)¹				
1	23,6 %	24,1 %	36,8 %	27,7 %
2	70,8 %	74,1 %	61,4 %	69,1 %
3 und mehr	5,4 %	1,9 %	1,7 %	3,1 %
Anzahl der Zimmer der Wohnung, M (SD)²				
	3,4 (1,2)	3,2 (1,1)	2,9 (0,9)	3,1 (1,1)
Wohndauer in Jahren, M (SD)³				
	20,2 (12,6)	26,5 (17,0)	31,0 (19,8)	25,6 (17,1)
Eigentumsverhältnis				
Wohne nicht zur Miete ⁴	35,2 %	27,4 %	20,8 %	28,2 %
Größe der Wohnung				
Gesamt in m², M (SD)⁵				
	87,3 (37,3)	78,1 (30,32)	70,2 (20,49)	79,0 (31,5)
m² je Person, M (SD)⁶				
	50,2 (23,7)	46,5 (19,9)	46,1 (17,9)	47,7 (20,9)
Größe der Wohnung (nur Mieter)				
Gesamt in m², M (SD)⁷				
	73,6 (24,6)	69,5 (18,1)	65,9 (15,6)	69,6 (19,9)
m² je Person, M (SD)⁸				
	44,9 (17,2)	42,5 (15,0)	44,2 (15,4)	43,8 (15,9)
Mietkosten in Euro (nur Mieter), M (SD)⁹				
	668 (284)	628 (245)	604 (199)	633,25 (247)
Mietkosten in Euro je m², M (SD)¹⁰				
	9,1 (2,1)	9,0 (1,9)	9,3 (2,6)	9,1 (2,2)
Mietkosten in Euro je Person, M (SD)¹¹				
	408 (184)	381 (157)	405 (168)	398 (170)
Nettoäquivalenzeinkommen abzüglich der Mietkosten pro Kopf in Euro (nur Mieter), M (SD)¹²				
	1.314 (677)	1.197 (529)	1.238 (553)	1.249 (592)

Anmerkungen: M - Mittelwert, SD – Standardabweichung; die Mietkosten schließen alle Nebenkosten ein, wie Strom, Gas, Wasser, Heizung, Müllabfuhr usw. ein; Definition des Nettoäquivalenzeinkommens – siehe Kapitel Bildung, Beruf und Finanzen;

¹k. A.: 3,3 %; ²k. A.: 1,1 %; ³k. A.: 2,3 %; ⁴k. A.: 0,4 %; ⁵k. A.: 3,4 %; ⁶k. A.: 6,1 %; ⁷k. A.: 2,7 %; ⁸k. A.: 5,3 %; ⁹k. A.: 7,4 %; ¹⁰k. A.: 8,9 %; ¹¹k. A.: 9,6 %; ¹²k. A.: 17 %

5.2.1 Größe und Kosten

Pro Person standen den Teilnehmenden durchschnittlich 47,7 m² an Wohnraum zur Verfügung. Dieser Wert entspricht nahezu exakt der durchschnittlichen Wohnfläche je Einwohnerin und Einwohner in Wohnungen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2021). Mit zunehmendem Lebensalter sinkt sowohl die pro Person als auch die insgesamt zur Verfügung stehende Wohnfläche (Wohnfläche je Person für 60- bis 69-Jährige: 50,2 m²; für 70 bis 79 Jahre: 46,5 m² und für 80+: 46,1 m². Wohnfläche je Wohnung 60- bis 69-Jährige: 87,3 m², für 70 bis 79 Jahre: 78,1 m² und für 80+: 70,2 m²). Teilnehmende, welche zur Miete wohnten, hatten ferner weniger Wohnfläche pro Person zur Verfügung, als Teilnehmende, die nicht zur Miete wohnten (43,8 m² vs. 58,0 m²).

Ein Anteil von 28,2 % der Teilnehmenden wohnten nicht zur Miete. Dieser Wert entspricht dem Vergleichswert in Ostdeutschland für die Allgemeinbevölkerung (31,4 %, Statistisches Bundesamt, 2019). Mit zunehmendem Lebensalter sank der Wert derer, die nicht zur Miete wohnten, von 35,2 % bei den 60- bis 69-Jährigen auf 20,8 % bei den über 80-Jährigen. Die durchschnittlichen Mietkosten inkl. aller Nebenkosten¹⁵ je Person waren in den Altersgruppen der Teilnehmenden, welche zur Miete lebten, annähernd konstant und lagen bei rund 400 Euro im Monat. Pro Quadratmeter wurden durchschnittlich 9,10 Euro Miete inkl. Nebenkosten gezahlt. Das durchschnittliche Nettoäquivalenzeinkommen betrug nach Abzug der Miete 1.249 Euro (siehe Tabelle 3).

5.2.2 Ausstattung und Barrierefreiheit

93,8 % der Teilnehmenden wohnten in Wohnungen oder Häusern, in denen erhebliche bauliche Barrieren bestehen, 5,3 % in Wohnumgebungen mit leichten Barrieren und 0,9 % weitgehend ohne Barrieren. Diese Werte zeigten nur eine geringfügige Verbesserung der Situation gegenüber den im DEAS erhobenen Vergleichswerten für Ostdeutschland im Jahr 2011 (Werte für 65+: 95,9 % mit erheblichen baulichen Barrieren; 4,0 % mit leichten Barrieren; 0,1 % weitgehend ohne Barrieren; vgl. Banse et al., 2016).

Die Ausprägung einzelner Kriterien ist in Tabelle 4 dargestellt. Die häufigste Barriere stellte der Gebäudezugang dar. Nur 17,9 % der Teilnehmenden konnten ihre Wohnung bzw. ihr Haus stufenlos erreichen. Dieser Wert ist etwas geringer als der Bundesdurchschnitt (22 % bei den 55- bis 69-Jährigen bzw. 25 % bei den 70- bis 85-Jährigen; Nowossadeck und Engstler, 2017). Bezogen auf Ostdeutschland wurden allerdings vergleichbare Werte ermittelt (17,7 % für 65+, Banse et al. 2017).

Tabelle 4: Ausprägung der Kriterien für eine altersgerechte Wohnausstattung

Kriterium	Altersgruppen(in Jahren)			Gesamt
	60 bis 69	70 bis 79	80+	
Die Wohnung bzw. das Haus ist stufenlos erreichbar	19,3 %	15,6 %	18,9 %	17,9 %
Alle Treppen, das heißt innerhalb der Wohnung, im Treppenhaus oder im Zugang zum Haus, haben auf beiden Seiten einen Handlauf	18,1 %	23,9 %	24,7 %	22,1 %
Alle Zimmertüren haben keine Schwellen oder diese sind so niedrig (unter 2 cm), dass sie mit einem Rollator oder Rollstuhl problemlos überwunden werden können	65,1 %	64,8 %	65,7 %	65,2 %
Die Türen der Sanitärräume (Bad, WC) sind so breit, dass man auch mit Gehhilfe oder Rollator hindurch kommt (min. 80 cm)	40,5 %	36,6 %	42,0 %	39,7 %
Die Türen der Sanitärräume (Bad, WC) gehen nach außen auf	39,7 %	37,5 %	41,7 %	39,6 %
Innerhalb der Wohnung bzw. des Hauses sind alle Zimmer stufenlos erreichbar	55,5 %	56,9 %	63,9 %	58,5 %
Eine Dusche ist bodengleich (oder mit einer Schwelle von max. 2 cm) eingebaut	16,2 %	13,5 %	15,4 %	15,0 %
Eine Dusche ist vorhanden und zwar mit einer höheren Schwelle oder Duschtasse eingebaut	33,4 %	31,2 %	28,2 %	31,1 %

Anmerkung: k. A.: je Kriterium zwischen 0,3 % bis 0,4 %

Innerhalb der Wohnung bestanden bei 65,2 % der Teilnehmenden keine Hindernisse wie Stufen oder Schwellen und bei annähernd 40 % war anhand der angegebenen Merkmale für die Bäder davon auszugehen, dass diese auch mit Mobilitätshilfen zugänglich sind. Diese Werte waren etwas geringer als im bundesdeutschen Durchschnitt (71 % bzw. 76 % und 54 % bzw. 56 % für die Altersgruppe der 66 bis 69-Jährigen bzw. der 70- bis 85-Jährigen; Nowossadeck und Engstler, 2017), aber in etwa vergleichbar mit Ergebnissen für Ostdeutschland (58 % und 45 % für die Altersgruppe der 60-Jährigen und älter; Banse et al., 2017).

Barrierefreie Duschen waren mit 15 % eher selten vorzufinden. Über eine nicht-barrierefreie Dusche verfügten 31,1 %, über eine Badewanne insgesamt 81,7 % der Teilnehmenden.

¹⁵ „Wie hoch ist die monatliche Miete Ihrer Wohnung oder Ihres Hauses einschließlich aller Nebenkosten wie Strom, Gas, Wasser, Heizung, Müllabfuhr usw.? Falls Sie den genauen Betrag nicht angeben können, nennen Sie bitte eine ungefähre Schätzung.“

Um sich in ihrer Wohnung und ihrem Wohnumfeld zu bewegen, nutzten viele Teilnehmende Hilfsmittel. Am häufigsten wurden Sehhilfen und Brillen eingesetzt (92,1 %), gefolgt von Hörgeräten (18,8 %) und Mobilitätshilfen wie einem Stock bzw. einer Gehhilfe (11,0 %) oder einem Rollator (7,1 %). Die Nutzung von Rollstühlen durch die Teilnehmenden ist gering, insgesamt liegt diese bei 1,7 %, bei den über 80-Jährigen bei 3,3 % (siehe Tabelle 5).

In den Wohngebäuden wurde die Nutzung des Aufzugs (22,0 %) als häufigste Mobilitätsunterstützung genannt. Von den Teilnehmenden, welche in der 2. oder 3. Etage lebten (26,7 %) hatten 68,3 % keinen Fahrstuhl oder Treppenlift. Bei Teilnehmenden, die in der 4. Etage oder höher lebten (13,9 %), gaben 37,1 % an, über keinen Fahrstuhl oder Treppenlift zu verfügen.

Weitere Unterstützungsmittel waren Halte- und Stützgriffe in Bad und Toilette (14,8 %) sowie weitere Badausstattung (Toilettensitzerhöhung, Badewannenhilfen, Duschstuhl; insgesamt 18,5 %). Insgesamt steigt die Häufigkeit der Nutzung von Hilfsmitteln mit zunehmendem Lebensalter an.

Notrufsysteme nutzten 3,7 %, wobei der Anteil bei den über 80-Jährigen 10,2 % betrug. In nur geringem Umfang genutzt wurden mit 2,6 % technische Geräte oder Assistenzsysteme zur Unterstützung des selbständigen Wohnens. Die Teilnehmenden wurden gebeten, zu spezifizieren, welche Geräte sie benutzen. Dabei zeigte sich, dass nur 23 % der genannten Geräte als Unterstützung des selbständigen Wohnens im engeren Sinne aufgefasst werden können.¹⁶ Darunter waren Herdabstellung, Signalverstärker und Tele-Monitoring. Es kann somit geschlossen werden, dass technische Geräte zur Unterstützung des selbständigen Wohnens bisher kaum genutzt werden.

Wohnungen ohne Barrieren bzw. mit leichten Barrieren wurden häufiger von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen¹⁷ bewohnt. Auch nutzten diese Personen deutlich häufiger Hilfsmittel zur Mobilitätsunterstützung bzw. statteten ihre Wohnungen damit aus. Es wird deutlich, dass die Teilnehmenden ihre Wohnumgebung an ihre sich verändernden Bedürfnisse anpassten und somit die Nutzbarkeit verbesserten (Tabelle 5).

Ein Anteil von 37,4 % der Teilnehmenden¹⁸ stimmte der Aussage zu, dass ihre Wohnung barrierefreier sein sollte. Wird nur die Gruppe der Teilnehmenden mit einer Mobilitätseinschränkung betrachtet, so äußerte sich hier ein Anteil von 52,6 % zustimmend.

Hinsichtlich der Mietkosten inklusive der Nebenkosten war festzustellen, dass für barrierefreie Wohnungen höhere Mieten gezahlt wurden. Für Wohnungen weitgehend ohne Barrieren wurden 13,20 Euro pro m² bezahlt, mit leichten Barrieren waren es 11,20 Euro pro m² und für Wohnungen mit erheblichen Barrieren 9,00 Euro pro m². Die Gründe dafür liegen vermutlich darin, dass barrierefreie Wohnungen überwiegend im Neubau zu finden sind und dass in größeren Wohnungen mit höherem Wohnkomfort Merkmale der Barrierefreiheit wie ein Aufzug, ausreichend Bewegungsfläche im Bad und bodengleiche Duschen zu den üblichen Ausstattungsmerkmalen gehören.

¹⁶77 % der genannten Geräte waren Rauchmelder, Hausnotruf oder das Telefon.

¹⁷Definition Mobilitätseinschränkung: siehe Tabelle 5; 17,8 % der Teilnehmenden waren mobilitätseingeschränkt.

¹⁸„Meine Wohnung sollte barrierefreier sein“: trifft genau zu 17,7 %; trifft eher zu 19,7 %.

Tabelle 5: Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, Mobilitätshilfen und technischen Hilfsmitteln, Barrierefreiheit

Kategorien	Gesamt	Teilnehmende mit ausgewählten Eigenschaften		
		80 Jahre und älter	ohne Mobilitätseinschränkung	mit Mobilitätseinschränkung
Hilfsmittel¹				
Sehhilfe/Brille/Kontaktlinsen	92,1 %	94,1 %	92,1 %	91,8 %
Hörgeräte	18,8 %	34,2 %	16,5 %	29,0 %
Badewannenhilfen	5,5 %	12,3 %	1,9 %	22,2 %
Duschstuhl	5,0 %	10,9 %	1,1 %	23,1 %
Toilettensitzerhöhung	8,0 %	16,5 %	3,0 %	30,8 %
Halte- und Stützgriffe im Bad/Toilette	14,8 %	29,2 %	8,1 %	45,1 %
Mobilitätshilfen¹				
Stock/Gehilfe	11,0 %	27,4 %	0,0 %	64,0 %
Rollator/Gehwagen/Delta-Rad	7,1 %	17,1 %	0,0 %	39,7 %
Rollstuhl	1,7 %	3,3 %	0,0 %	9,3 %
Technische Hilfsmittel¹				
Notrufsystem	3,7 %	10,2 %	1,4 %	14,0 %
Treppenlift	1,1 %	1,8 %	0,8 %	2,8 %
Fahrstuhl	22,0 %	28,1 %	20,2 %	30,4 %
technische Geräte zur Unterstützung des selbständigen Wohnens	2,6 %	4,3 %	2,0 %	5,4 %
Barrierefreiheit der Wohnung				
weitgehend ohne Barrieren	0,9 %	1,5 %	0,5 %	2,8 %
mit leichten Barrieren	5,3 %	5,5 %	5,0 %	6,8 %
mit erheblichen Barrieren	93,8 %	93,0 %	94,4 %	90,4 %
"Wohnung sollte barrierefreier sein" ²				
trifft genau zu	17,7 %	22,4 %	15,4 %	28,9 %
trifft eher zu	19,7 %	19,2 %	18,9 %	23,7 %

Anmerkungen: Definition „Mobilitätseinschränkung“: mindestens eines der folgenden Kriterien trifft zu: Stock/Gehilfe (11,0 % der Teilnehmenden); Rollator/Gehwagen/Delta-Rad (7,1 %); Rollstuhl (1,7 %); Merkzeichen G (7,5 %); Merkzeichen aG (1,1 %). Nach dieser Definition lassen sich 17,8 % der Teilnehmenden als mobilitätseingeschränkt beschreiben.
¹k. A.: 0,3 % bis 0,4 %; ²k. A.: 7,7 %

Werden die Verteilung der Merkmale von Barrieren im Wohnraum zwischen den Dresdner Stadtbezirken verglichen, so sind keine wesentlichen Unterschiede festzustellen. Es kann somit nicht abgeleitet werden, dass bestimmte in den Stadtbezirken vorherrschende Bautypologien für das barrierefreie Wohnen besser oder schlechter geeignet wären. Allein das Vorhandensein eines Gartens oder die Möglichkeit zur Gartennutzung war zwischen den Stadtbezirken sehr unterschiedlich verteilt. Am häufigsten war dies in Loschwitz (71,2 %) und Klotzsche (64,5 %) der Fall, am wenigsten in der Altstadt (4 %).

5.3 Umzugswünsche

Die durchschnittliche Wohndauer der Teilnehmenden in ihrer gegenwärtigen Wohnung bzw. ihrem Haus betrug 25,6 Jahre. Erwartungsgemäß erhöhte sich diese mit zunehmendem Lebensalter und betrug bei den über 80-Jährigen 11 Jahre mehr als bei den 60- bis 69-Jährigen. Zwischen den Teilnehmenden mit und ohne Umzugswunsch bestand kein Unterschied in der Wohndauer (25,1 vs. 25,7 Jahre Wohndauer).

11,4 % der Teilnehmenden äußerten den Wunsch, umziehen zu wollen. Die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen hatte häufiger einen Umzugswunsch (16,0 %) als die 70- bis 79-Jährigen (10,2 %) und die über 80-Jährigen (7,3 %). Frauen gaben etwas häufiger einen Umzugswunsch an als Männer (12,1 % vs. 10,5 %). Besonders häufig äußerten Teilnehmende aus Leuben (14,7 %), Klotzsche (14,4 %) und der Neustadt (14,0 %) einen Umzugswunsch. Der Anteil von Umzugswünschen war hingegen für Plauen

(8,2 %) und Blasewitz (8,5 %) besonders gering. Teilnehmende welche zur Miete wohnten, hatten häufiger einen Umzugswunsch als Teilnehmende, die nicht zur Miete wohnten (13,2 % vs. 6,7 %). Betrachtet man nur diejenigen, welche zur Miete wohnten, war der Umzugswunsch in Klotzsche (25,7 %) und Leuben (17,2 %) am höchsten. Am geringsten war dieser in Plauen (10,0 %) und in Blasewitz (9,4 %).

Ob Teilnehmende mobilitätseingeschränkt sind oder nicht, hatte keine Auswirkung auf die Häufigkeit von Umzugswünschen (je etwa 11 %). Jedoch hatten Teilnehmende, die in einer Wohnung mit Barrieren wohnen, wesentlich häufiger einen Umzugswunsch (11,9 %) als diejenigen, die in einer Wohnung mit leichten (3,2 %) oder weitestgehend ohne Barrieren lebten (4,8 %). Einen besonders häufigen Umzugswunsch zeigten außerdem Teilnehmende mit Pflegegrad 1 (16,4 %). In Hinblick auf die Größe der Wohnung je Person und die Miete je Person konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen Teilnehmenden mit und ohne Umzugswunsch festgestellt werden.

Die Teilnehmenden wurden weiterhin gefragt, aus welchen Gründen sie umziehen wollen. Wie in Abbildung 17 dargestellt, waren mangelnde Barrierefreiheit (27,8 %), gefolgt von einer zu großen Wohnung (17,3 %) und Veränderungen in der Nachbarschaft (16,3 %) die häufigsten Gründe für Umzugswünsche. Bei jeder zehnten Person führte eine zu hohe Miete bzw. der Wunsch nach räumlicher Nähe zu Kindern oder Verwandten zu einem Umzugswunsch. Weiterhin nutzten 48 % der Teilnehmenden mit Umzugswunsch den Freitext, um weitere Gründe anzugeben. Ein sehr oft genannter Grund war die mangelnde Erreichbarkeit der Wohnung bzw. der fehlende Fahrstuhl (40 %). Weiterhin wurde unter anderem der Wunsch geäußert, in eine andere Wohnform, insbesondere das Betreute Wohnen, umziehen zu wollen. Auch die Größe bzw. Beschaffenheit der Wohnung oder des Grundstücks wurden in diesem Zusammenhang genannt.

Abbildung 17: Gründe für Umzugswünsche (Mehrfachnennungen möglich) (in Prozent)



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf Teilnehmende mit Umzugswunsch (11,4 %); k. A. bezüglich des Umzugswunsches: 2,0 %

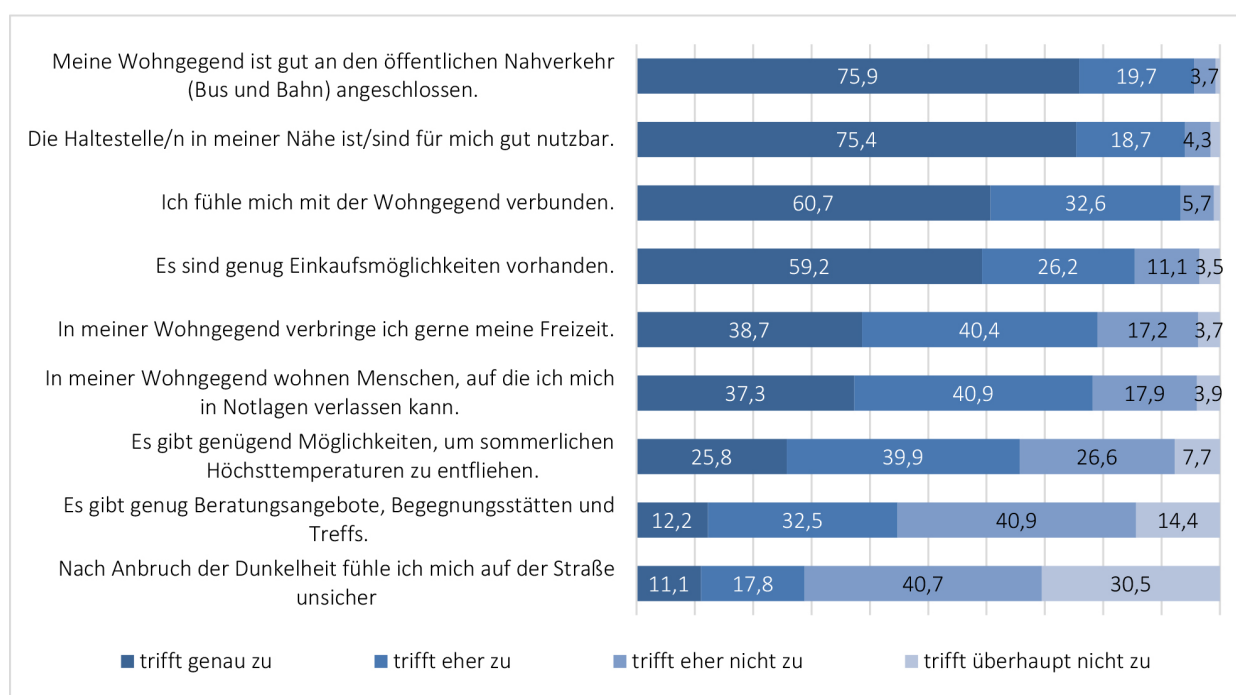
5.4 Wohnumfeld

Die Fragen zum Wohnumfeld wurden aus dem DEAS und der LISA-II-Studie¹⁹ entnommen bzw. sind an diese Studien angelehnt (Butler, 2021, Engstler, 2017).

5.4.1 Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld

Ein Überblick über die Befragungsergebnisse bietet Abbildung 18. Die Teilnehmenden bewerteten den Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr (95,6 %) und die Nutzbarkeit von Haltestellen (94,1 %) als positiv²⁰. Ebenso wurde das Angebot an Einkaufsmöglichkeiten als ausreichend beurteilt (85,4 %). Diese Zustimmungswerte sind vergleichbar mit Befragungsergebnissen in anderen Großstädten (z. B. öffentlicher Nahverkehr: 94,3 %; Einkaufsmöglichkeiten: 87,1 %; Nowossadeck und Mahne, 2017). Der Anteil von Personen, welche sich nachts auf der Straße unsicher fühlten, betrug in der Befragung 28,8 %. Auch dieser Wert ähnelt den Werten anderer Großstädte (Nowossadeck und Mahne, 2017). Ein besonders hoher Anteil von Teilnehmenden, die nachts Unsicherheit empfanden, lebten in der Altstadt (39,4 %). Am wenigsten Unsicherheit äußerten Teilnehmende aus Klotzsche (20,5 %; siehe Abbildung 19).

Abbildung 18: Zufriedenheit mit der Wohngegend (in Prozent)

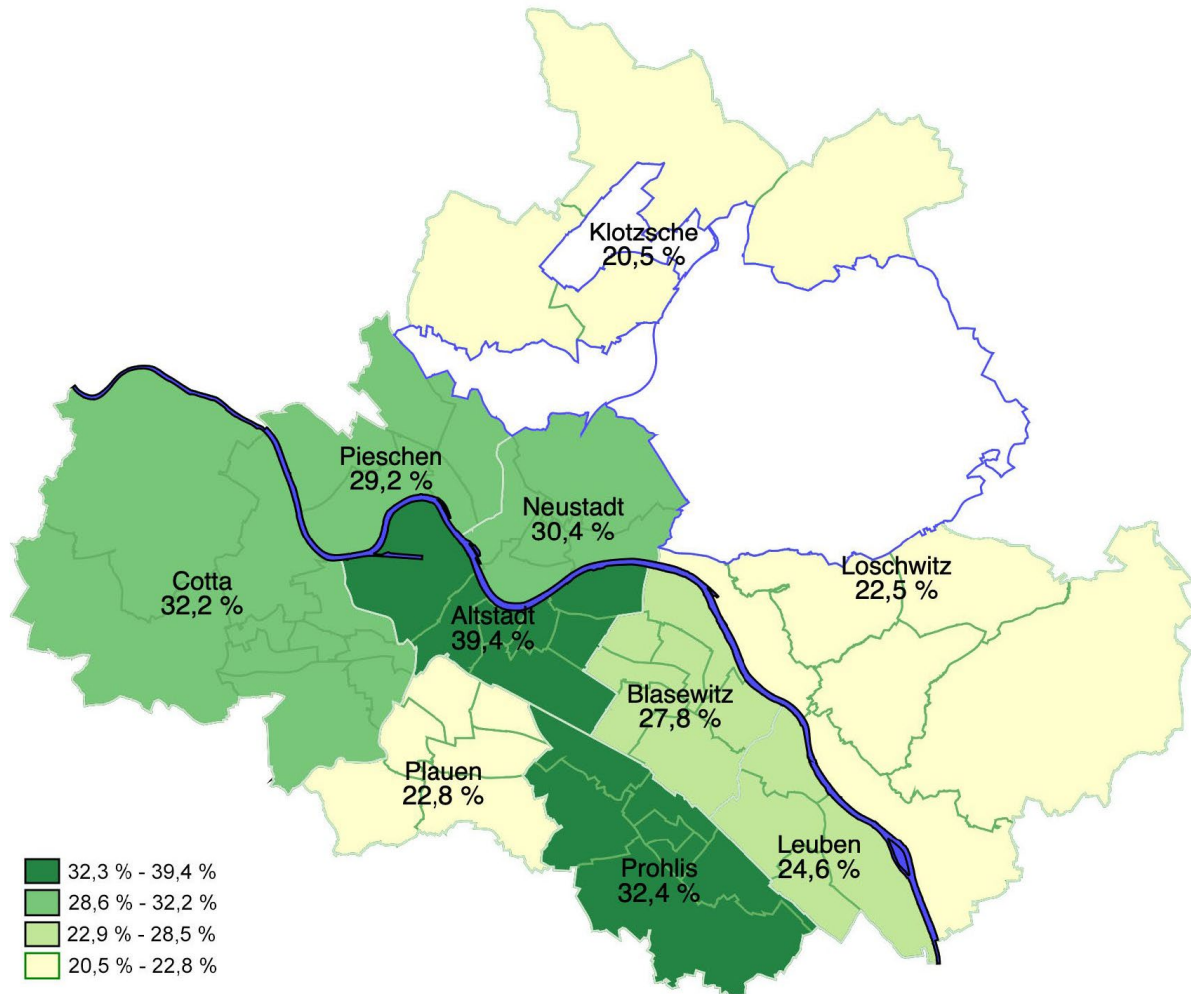


Anmerkung: k. A. - beginnend mit „Meine Wohngegend ist gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen: 1,2 %; 1,8 %; 2,1 %; 1,7 %; 3,7 %; 2,9 %; 3,4 %; 9,2 %; 3,5 %

¹⁹ Die LISA-II-Studie wurde im Kapitel 2 Studiendesign und Methodik beschrieben.

²⁰Die Aussagen „trifft genau zu“ und „trifft eher zu“ werden im Folgenden zu „trifft zu“ bzw. „positive Zustimmung“ zusammengefasst; „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“ werden zusammengefasst zu „trifft nicht zu“ bzw. „keine Zustimmung“.

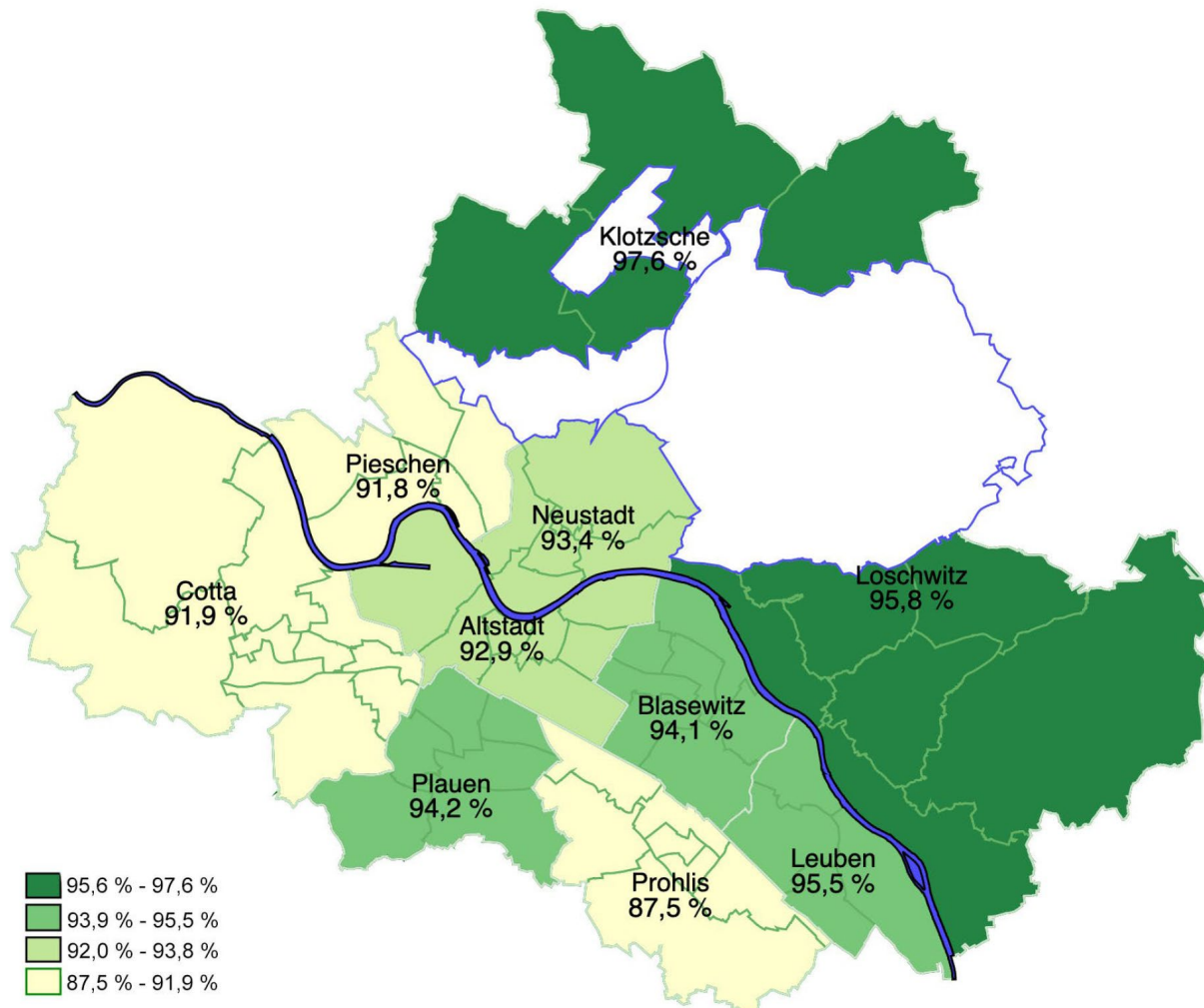
Abbildung 19: Nach Anbruch der Dunkelheit fühle ich mich auf der Straße unsicher, Zustimmung nach Stadtbezirk



Anmerkung: Zustimmung umfasst die Ausprägungen „trifft genau zu“ und trifft eher zu“; k. A.: 3,6 %;

Die Teilnehmenden fühlen sich zum größten Teil mit ihrer Wohngegend verbunden (93,3 %) und verbringen in dieser gern ihre Freizeit (79,1 %). Die höchsten Zustimmungswerte gab es für diese beiden Kategorien in Klotzsche (97,6 % und 92,1 %), die niedrigsten wurden für Prohlis (87,5 % und 71,6 %) ermittelt (siehe Abbildung 20).

Abbildung 20: Ich fühle mich mit der Wohngegend verbunden, Zustimmung nach Stadtbezirk



Anmerkung: Zustimmung umfasst die Ausprägungen „trifft genau zu“ und „trifft eher zu“; k. A.: 2,0 %

Auf die Frage, ob in der Wohngegend Menschen wohnen, auf die man sich in Notlagen verlassen kann, antworten 37,3 % mit „trifft genau zu“ und 40,9 % mit „trifft eher zu“. Das Angebot an Beratungsstellen, Begegnungsstätten und Treffs wurde von 44,7 % der Teilnehmenden als ausreichend bewertet. Besonders hohe Zustimmung zeigte sich hierbei in der Altstadt (57,8 %) und besonders niedrige in Prohlis (32,4 %). Als ein weiterer Aspekt wurde gefragt, ob es genügend Möglichkeiten gibt, sommerlichen Hitzetemperaturen zu entfliehen. Hier antworteten 25,8 % mit „trifft genau zu“ und 39,9 % mit „trifft eher zu“. Besonders gut wurden die Möglichkeiten in Loschwitz (83,4 % Zustimmung) und besonders ungünstig in Pieschen (54,7 % Zustimmung) eingeschätzt.

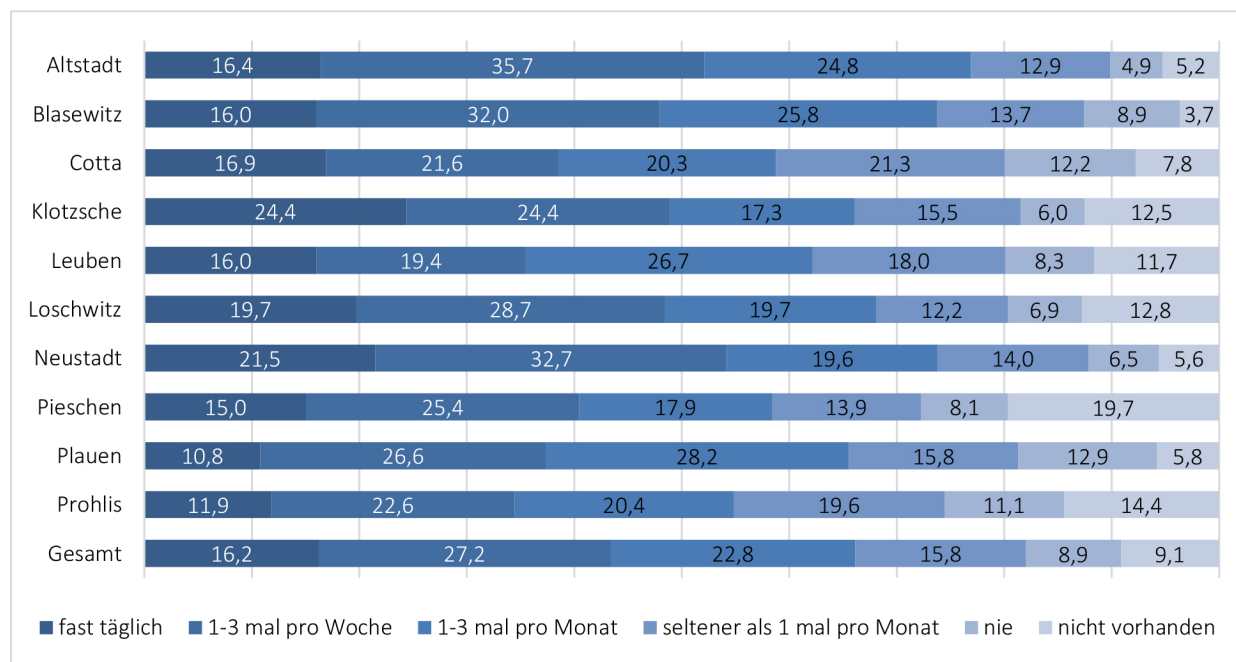
5.4.2 Fortbewegung in der Wohngegend

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob in ihrer Wohngegend etwas zur täglichen (Fort-)Bewegung fehlt (Mehrfachnennungen waren möglich). 37,6 % der Teilnehmenden gaben an, das nichts fehlt. Als fehlend angegeben wurden stolperfreie Fußwege (23,6 %), öffentliche Toiletten (23,8 %), Sitzbänke (19,0 %), sichere Radwege (18,6 %), Verkehrsberuhigung (9,3 %), abgesenkte Bordsteine (6,0 %) und sichere Straßenüberquerungen (5,9 %). Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, weitere Angaben in einem Freitextfeld zu tätigen (6 %). Besonders häufig wurde darin das Fehlen von sicheren und intakten Fußwegen bemängelt (18 %). Weitere Punkte umfassten unter anderem die Wünsche nach Optimierung der Haltestellen hinsichtlich der Barrierefreiheit und des Komforts sowie mehr Sauberkeit und mehr Schutz vor Radfahrern auf Fußwegen.

5.4.3 Nutzung von öffentlichen Parks und Grünanlagen

Wie in Abbildung 21 dargestellt, nutzten 16,2 % der Teilnehmenden fast täglich öffentliche Parks und/oder Grünanlagen. Eine ein- bis dreimalige wöchentliche Nutzung gaben 27,2 % der Teilnehmenden an. Weitere 22,8 % nutzten die Parks und Grünanlagen ein- bis dreimal im Monat, 15,8 % seltener als einmal im Monat und 8,9 % nie. Außerdem gaben 9,1 % der Teilnehmenden an, dass es in ihrer Wohngegend keine öffentlichen Parks und Grünanlagen gibt. Dies äußerten besonders oft Teilnehmende aus Pieschen (19,7 %). Teilnehmende aus der Neustadt (54,2 %) und der Altstadt (52,1 %) nutzten besonders häufig die Parks und Grünanlagen in ihrer Wohngegend (fast täglich oder mindestens ein- bis dreimal wöchentlich).

Abbildung 21: Nutzung von öffentlichen Parks und/oder Grünanlagen in der Wohngegend (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 1,5 %

5.5 Resümee

In diesem Kapitel wurden die Ergebnisse zur Wohnsituation, zur Barrierefreiheit von Wohnungen, das Wohnumfeld und die Inanspruchnahme von öffentlichen Parks und Grünanlagen dargestellt.

Die Wohnsituation der Teilnehmenden ist in Bezug auf Wohnfläche, Eigentumsverhältnisse und Wohndauer vergleichbar mit Erkenntnissen anderer Studien (u. a. Banse et al., 2017). Teilnehmende der LAB60+ Studie lebten seltener allein in ihrer Wohnung als der Durchschnitt der deutschen Bevölkerung (Tesch-Römer und Engstler, 2020).

Ein Großteil der Teilnehmenden wohnte in Wohnungen, die erhebliche bauliche Barrieren aufwiesen. Nur ein geringer Anteil von 6,2 % lebte in Wohnungen weitgehend ohne bzw. mit leichten Barrieren. Werden Vergleichswerte für Ostdeutschland herangezogen, zeigt sich, dass sich der Anteil dieser Wohnungen in den letzten 10 Jahren nur minimal erhöht hat (Banse et al., 2017). Demgegenüber steht ein höherer Bedarf an barrierearmen Wohnungen. So stimmten 37,4 % der Teilnehmenden der Aussage zu, dass ihre Wohnung barriereärmer sein sollte. Prinzipiell wird das barrierefreie Bauen in der Landesbauordnung gefordert. Jedoch wird das mögliche Potential an barrierefreien Wohnungen von vielen Planenden und Auftraggebern oftmals nicht verwirklicht, da gestalterische Einschränkungen oder höhere Baukosten befürchtet werden (Banse et al., 2017).

Umzugswünsche äußerten 11,4 % der Teilnehmenden. Auch hierbei spielte der Wunsch nach weniger baulichen Barrieren die größte Rolle. Auch im Freitextbereich zu Umzugswünschen wurde der Wunsch nach barrierearmer Erreichbarkeit der Wohnung bzw. der Wunsch nach einem Fahrstuhl oft geäußert.

Inwieweit die Teilnehmenden in der Vergangenheit Wohnungsanpassungsmaßnahmen genutzt haben oder gezielt in geeignete Wohnungen umgezogen sind, wurde im Rahmen von LAB60+ nicht untersucht. Eine Wohnraumanpassung oder das Nutzen von

Hilfsmitteln kann – wenn die barrierefreie Erreichbarkeit der Wohnung sichergestellt ist – eine oftmals hilfreiche Anpassung an die Bedürfnisse von Menschen mit Einschränkungen darstellen. Förderung bzw. Unterstützung und Beratung können Betroffene u. a. durch Förderprogramme, die Hilfsmittelversorgung der Krankenversicherung, Zuschüsse der Pflegeversicherung und den städtisch geförderten Wohnberatungsstellen erhalten.²¹ Möglicherweise sind diese Unterstützungsmöglichkeiten jedoch nicht hinreichend bekannt. Wie in dem Kapitel „Behinderung und Pflege“ dargestellt, ist die Möglichkeit zur Wohnberatung 27,8 % der Teilnehmenden unbekannt und weitere 20,9 % gaben an, dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen zu wollen. Eine weitere Unterstützungsmöglichkeit für das selbständige Wohnen stellen technische Geräte oder Assistenzsysteme dar (beispielsweise Herdabstellung, Signalverstärkung etc.). Wie die LAB60+ Studie zeigt, werden diese Möglichkeiten äußerst selten genutzt. Hier besteht zukünftig weiteres Potential zur Unterstützung des selbständigen Wohnens.

Die Teilnehmenden zeigten sich überwiegend mit ihrem Wohnumfeld zufrieden, was sich auch in einer hohen Verbundenheit zur Wohngegend äußert. Hinsichtlich der Fortbewegung in der Wohngegend bestand vor allem der Wunsch nach stolperfreien Fußwegen und nach öffentlichen Toiletten. Besorgnis über die eigene Sicherheit nach Anbruch der Dunkelheit ist stark stadtteilabhängig und wurde von 20,5 % bis 39,5 % der Teilnehmenden empfunden. In der weiteren Gestaltung des öffentlichen Raumes und von Freiflächen sollte die Herstellung von Barrierefreiheit einschließlich ausreichender Beleuchtung insbesondere berücksichtigt werden.

²¹ „Die dezentralen/wohnnahen Beratungsstellen in Dresden beantworten zum Beispiel Fragen zur Betreuung und zur Unterbringung im Alter, zu Möglichkeiten der altersgerechten Wohnraumanpassung und aktuellen Förderprogrammen. Die zentrale Wohnberatungsstelle gibt Orientierung, Auskunft und Beratung für Senioren, für Menschen mit Behinderung und ihre Angehörige sowie für Investoren, Bauträger und Vermieter. Sie ergänzt und vermittelt an die dezentralen Beratungsstellen“ (www.dresden.de/wohnberatung).

6. Soziales Umfeld

Die sozialen Beziehungen und das soziale Umfeld sind wichtige Bestandteile des Lebens und beeinflussen die körperliche und geistige Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten der Menschen (Berkman & Syme, 1979). Das soziale Umfeld beinhaltet die Art und Häufigkeit der sozialen Kontakte sowie die Größe der sozialen Netzwerke. Auch Gefühle von Einsamkeit sowie erlebte Altersdiskriminierung von Dresdner Seniorinnen und Senioren sind Aspekte des sozialen Umfelds, die in diesem Kapitel behandelt werden.

6.1 Theorie und Hintergrund zu Instrumenten und Konstrukten

Im Folgenden werden zunächst die für die Analyse des sozialen Umfelds sowie der davon ausgehenden Wirkungen relevanten und in der Befragung eingesetzten Messinstrumente erörtert.

Multiple Group Membership

Das soziale Umfeld lässt sich unter anderem auf der Grundlage der sozialen Identitätstheorie betrachten. Demzufolge hat die Mitgliedschaft in mehreren sozialen Gruppen (Multiple Group Membership- MGM) und die Identifikation mit diesen Gruppen einen direkten und starken Einfluss auf die Gesundheit von einzelnen Personen (Haslam, Jetten, et al., 2018). Soziale Gruppen umfassen dabei ein weites Feld von Freundeskreisen, Arbeitsteams über Freizeitgruppen bis hin zur eigenen Familie. Vier Hauptmechanismen können erklären, wie die Zugehörigkeit zu mehreren Gruppen zu besserem Wohlbefinden und besserer Gesundheit beitragen kann: 1. ein Gefühl der Verbundenheit und die positive Orientierung zu anderen, 2. die Vermittlung von Sinn, Zweck und Wert, 3. soziale Unterstützung und 4. der Gewinn von Kontrolle, Bedeutung und Macht (Haslam et al., 2018). Eine komplexere soziale Identität, d. h. das Gefühl, Teil vieler Gruppen zu sein, kann also eine Quelle der Kraft und Energie sein und bietet Schutz vor negativen Auswirkungen stressbehafteter Lebensereignisse (wie z. B. Übergang in den Ruhestand oder Zeit während Corona-Pandemie). MGM zeigte in wissenschaftlichen Studien einen positiven Einfluss auf eine Vielzahl von Gesundheitsaspekten z. B. auf Depression, Suchtverhalten, Erholung von Schlaganfällen oder den Umgang mit chronischen körperlichen Schmerzen (für einen Überblick siehe Haslam et al., 2018).

MGM wurde mit zwei von vier Items der Exeter Identity Transition Scale (EXITS) erhoben, die zur Messung von MGM entwickelt wurde (Jetten et al. 2015): „Ich bin im Moment Mitglied in vielen verschiedenen Gruppen“ und „Im Moment bin ich in vielen verschiedenen Gruppen aktiv.“ Antworten konnten auf einer Skala von „1 = stimme überhaupt nicht zu“ bis „4 = stimme stark zu“ gegeben werden. Der MGM-Gesamtscore ergibt sich aus dem Mittel beider Itemwerte. Höhere Werte bedeuten daher stärkere MGM. Als Einleitung zu den Aussagen wurde eine kurze Definition des Begriffs der sozialen Gruppe gegeben, zusammen mit einigen Beispielen. In der Literatur werden die Gütekriterien der EXITS-Skala als sehr gut bezeichnet (Jetten et al., 2015)²². Auch in der LAB60+ Studie lag die interne Konsistenz der Skala im sehr guten Bereich²³.

Zur Messung der Identifikation mit dem direkten sozialen Umfeld war von Interesse, wie sehr sich die befragten Personen als Teil ihrer unmittelbaren Nachbarschaft und als Bürgerin oder Bürger der Stadt Dresden definieren. Die Einschätzung der Zustimmung zu den Statements „Ich sehe mich als Teil meiner unmittelbaren Nachbarschaft“ und „Eine Bürgerin oder ein Bürger der Stadt Dresden zu sein – das ist für mich ein wichtiger Teil meines Selbstbilds“ konnte auf einer Skala von „1 = stimme überhaupt nicht zu“ bis „4 = stimme stark zu“ bewertet werden. Diese Fragen wurden von den Autorinnen und Autoren der Studie selbst formuliert.

²² interne Konsistenz (Cronbachs Alpha): $0,76 < \alpha < 0,94$

²³ LAB60+ Studie: Spearman-Brown-Koeffizient, da nur 2 Items verwendet = 0,91

Weiterhin konnten alle Teilnehmenden der Befragung auf einer Skala von „nie“, „manchmal“ bis „häufig“ angeben, wie oft sie an Aktivitäten verschiedener Freizeitgruppen teilnehmen. Die verschiedenen Kategorien waren: Sportverein, andere sportliche Gruppen (z. B. Alpenverein, Wandergruppe, Tanzgruppe), Kirche oder wohltätige Vereinigung, Hobby-Club (z. B. Schützenverein, Kegeln, Schach, Gesangsverein), berufliche Organisation (z. B. Berufsverband), politische Gruppe oder Partei, Selbsthilfegruppen (z. B. Rheuma- oder Herzsportgruppe).

Personen, die online oder per Telefoninterview an der Befragung teilnahmen (N = 117), erhielten einige zusätzliche Fragen. Sie sollten qualitativ im offenen Antwortformat angeben, welchen sozialen Gruppen sie sich zugehörig fühlen. Maximal sieben verschiedene Gruppen konnten genannt werden. Die genannten Gruppen wurden für die Auswertung von zwei unabhängigen Wissenschaftlerinnen übergeordneten Kategorien zugeordnet. Dabei gab es zwischen beiden Einschätzungen eine nahezu vollständige Übereinstimmung²⁴ (Landis & Koch, 1977). Bei den wenigen Unstimmigkeiten wurde in einer anschließenden Diskussion ein Konsens erreicht.

Soziale Netzwerke

Das Gefüge aus menschlichen sozialen Beziehungen wird auch als soziales Netzwerk bezeichnet. Soziale Netzwerke sind charakterisierbar anhand ihres Umfangs (Anzahl der Personen innerhalb eines Netzwerkes), Kontakthäufigkeit, Dichte, Distanz sowie Homogenität bzw. Heterogenität (z. B. bezüglich der Geschlechter- oder Alterszusammensetzung im Netzwerk) (Eller, 2006). Da sich ein soziales Netzwerk nicht direkt messen lässt, muss es operationalisiert, d. h. messbar gemacht, werden. In dieser Studie wurde dafür der Social Network Index (SNI) eingesetzt (Berkman und Syme 1979; Eller 2006). Dieser Index basiert auf vier verschiedenen Komponenten, die in unterschiedlichen Kombinationen und Gewichtungen in den Algorithmus des SNI eingehen: 1. Familienstand, 2. Kontakte mit Freunden und Verwandten, 3. Zugehörigkeit zu einer kirchlichen Gemeinschaft, 4. Aktivitäten in Gruppen. Die genaue Punktevergabe ist in der folgenden Tabelle 6 dargestellt. Daraus ergibt sich ein Index mit maximal 12 Punkten, der dann wieder zu 4 Kategorien (kleines bis großes Netzwerk) zusammengefasst wird.

Art und Häufigkeit der sozialen Kontakte

Die drei Fragen zur Kontakthäufigkeit pro Monat mit Freundinnen und Freunden sowie Verwandten aus dem SNI (siehe Punkt 2 in Tabelle 6) wurden noch einmal im Detail ausgewertet. Die Antwortoptionen waren jeweils „keine“, „1 bis 3“, „4 bis 6“ „7 bis 9“ und „10 oder mehr“. Für die Auswertungen wurden drei Stufen betrachtet: „keine“, „1 bis 2“ und „4 oder mehr“, das heißt, die letzten drei Kategorien „4 oder mehr“ wurden hier zusammengefasst.

Anzahl Personen im Haushalt

Die Teilnehmenden wurden gefragt „Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?“. Daraufhin konnte die Anzahl in ein Kästchen eingetragen werden. Alle Personen, die „1“ angaben, wurden als alleinlebend deklariert, alle anderen als nicht alleinlebend.

²⁴ Interrater-Übereinstimmung Cohens Kappa = 0,89 (p < ,001)

Tabelle 6: Bildung des Social Network Index (SNI) von Berkman und Syme (nach Eller, 2006)

Komponente	Fragen im Fragebogen	Punktvergabe
1. Familienstand	Wie ist Ihr Familienstand?	1 Punkt: Alleinstehend, geschieden, getrennt lebend oder verwitwet 2 Punkte: verheiratet oder nicht verheiratet, mit einem Partner zusammenlebend
2. Kontakte mit Freunden und Verwandten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wie viele Verwandte haben Sie, denen Sie sich eng verbunden fühlen? ■ Wie viele enge Freunde haben Sie, das heißt Personen, denen Sie sich eng verbunden fühlen und mit denen Sie auch persönliche Probleme besprechen können? ■ Wie viele Ihrer engen Freunde und Verwandten treffen Sie normalerweise mindestens einmal im Monat? 	Für alle 3 Fragen: <ul style="list-style-type: none"> ■ 0 Punkte: Wenn „keine“ oder „1-3“ geantwortet ■ 1 Punkt: wenn „4-6“, „7-9“ oder „10 oder mehr“ geantwortet
3. Zugehörigkeit zu einer kirchlichen Gemeinschaft	Die folgende Liste enthält eine Reihe von Gruppen oder Vereinen, in denen man seine Freizeit verbringen kann. Bitte kreuzen Sie bei jeder Gruppe an, wie häufig Sie an deren Aktivitäten jeweils teilnehmen. <ul style="list-style-type: none"> ■ Sportverein ■ andere sportliche Gruppen (z. B. Alpenverein, Wandergruppe, Tanzgruppe) ■ Kirche oder wohltätige Vereinigung ■ Hobby-Club (z. B. Schützenverein, Kegeln, Schach, Gesangsverein) ■ berufliche Organisation (z. B. Berufsverband) ■ politische Gruppe oder Partei ■ Selbsthilfegruppen (z. B. Rheumagruppe, Herzsportgruppe) ■ andere Gruppe(n), und zwar: 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 Punkt: Wenn bei „Kirche oder wohltätige Vereinigung“ „manchmal“ oder „häufig“ angekreuzt wurde ■ 0 Punkte: Wenn „nie“ angekreuzt wurde
4. Aktivitäten in Gruppen		Für alle anderen Antwortkategorien (außer Kirche/ wohltätige Vereinigung): <ul style="list-style-type: none"> ■ Je 1 Punkt: Wenn „manchmal“ oder „häufig“ angekreuzt wurde ■ 0 Punkte: Wenn „nie“ angekreuzt wurde

Einsamkeit

Einsamkeit ist auf Basis bisheriger Forschung einer der wichtigsten Indikatoren für das soziale Wohlbefinden einer Person. Einsamkeit spiegelt die individuelle subjektive Bewertung fehlender sozialer Teilhabe bzw. die Isolation einer Person wider (De Jong Gierveld & Tilburg, 2006). Eine geringe Anzahl von sozialen Kontakten (soziale Isolation) geht daher nicht zwingend mit Einsamkeitsgefühlen einher. Vielmehr hängt das Gefühl der Einsamkeit von persönlichen Einschätzungen ab. Einsamkeitsgefühle über einen längeren Zeitraum werden jedoch von den meisten Menschen als sehr stressbehaftet erlebt und sind mit erheblichen Gesundheitsrisiken verbunden. In der bisherigen Gesundheitsforschung wird nicht immer zwischen einer geringen Anzahl sozialer Kontakte und Einsamkeit unterschieden. Es gibt jedoch auch wissenschaftliche Arbeiten, die einen Zusammenhang zwischen Einsamkeit und schlechter Gesundheit unabhängig von sozialer Isolation aufzeigen. Einsamkeit wird mit einer erhöhten Sterblichkeitsrate (Holt-Lunstad et al. 2015), einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Herzerkrankungen (Valtorta et al. 2016), Gebrechlichkeit (auch Frailty-Syndrom) (Mehrabi & Beland 2020) und einem kognitiven Abbau (Shankar et al. 2013) in Verbindung gebracht. Einsame Menschen haben auch ein erhöhtes Risiko für Schlafstörungen (Shankar 2020) und Schlafmangel (McLay et al. 2021). Außerdem erhöhen sowohl die soziale Isolation als auch die Einsamkeit das Sturzrisiko bei älteren Menschen (Bu et al. 2020, Petersen et al. 2020). Besonders im hohen Lebensalter tritt Einsamkeit häufig auf, da ältere Personen nahestehende Menschen verlieren oder verloren haben und häufiger in ihrer Mobilität eingeschränkt sind (Nyqvist et al., 2017).

Es gibt zwei Komponenten von Einsamkeit: Die emotionale und die soziale Einsamkeit. Emotionale Einsamkeit ergibt sich aus dem Fehlen einer intimen Beziehung oder einer engen emotionalen Bindung (z. B. zu Partnerin oder engen Freundinnen). Soziale Einsamkeit hingegen entsteht aus dem Fehlen einer größeren Anzahl von Kontakten oder eines sozialen Netzwerks (z. B. Freundeskreis, Kolleginnen und Kollegen, Menschen in der Nachbarschaft) (De Jong Gierveld & Tilburg, 2006).

Einsamkeit wurde in dieser Studie mit einer Skala von De Jong Gierveld und van Tilburg (2006) – in der Übersetzung von Dittmann-Kohli und Kollegen (1997) – erfasst. Sie beinhaltet drei positive und drei negative Aussagen, die auf einer vierstufigen Antwortskala von 1 = „trifft genau zu“ bis 4 = „trifft gar nicht zu“ bewertet werden. Ein Beispielitem lautet: „Ich vermisse Geborgenheit und Wärme.“ Drei Items erfassen emotionale Einsamkeit und drei Items soziale Einsamkeit. Zur Auswertung wurden die Werte der drei positiven Items umkodiert, um die Richtung der negativen Items anzunehmen. Auf diese Weise bedeuten höhere Werte für alle sechs Fragen *mehr* Einsamkeitsempfinden. Anschließend wurde ein Mittelwert aus den Punktzahlen berechnet, sofern für mindestens drei Items eine Antwort vorhanden war. Die Gütekriterien der Skala werden in der Literatur als zufriedenstellend beschrieben (De Jong Gierveld & van Tilburg, 2006).²⁵ In der LAB60+ Studie war die Reliabilität der Skala Einsamkeit gut²⁶.

In der LAB60+ Studie wurden Personen mit einem Skalenmittelwert über 2,5 als einsam betrachtet. Dieses Kriterium ist sehr streng, d. h. es entspricht einem tiefgreifenden Gefühl der Einsamkeit (Huxhold et al., 2019). Der Anteil der Personen über dem Cut-off-Wert von 2,5 wird als Einsamkeitsrate bezeichnet.

Zusätzlich wurden die Teilnehmenden der LAB60+ Studie direkt gefragt, ob sie sich im Allgemeinen einsam fühlen. Die Antworten konnten auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „äußerst“ gegeben werden. In einer weiteren Frage wurde ferner erfasst, wie sich die Einsamkeitsgefühle seit Beginn der Corona-Pandemie verändert hatten. Dies wird im entsprechenden Kapitel 9 behandelt.

Positive und negative Affektivität

Wenn nach Einschätzungen zum Befinden einer Person gefragt wird (wie zum Beispiel der subjektiven Einsamkeit), empfiehlt es sich, die gewohnheitsmäßige Affektivität einer Person zu kontrollieren. Diese kann einen Einfluss auf die individuelle Einschätzung haben. Positiver Affekt beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person enthusiastisch, aktiv und aufmerksam ist (Eschenbeck, 2009). Im Gegensatz dazu beschreibt negativer Affekt das Ausmaß von Gereiztheit, Nervosität und Anspannung (Eschenbeck, 2009). Die relativ stabile Tendenz zum Erleben positiver bzw. negativer Affekte wird als Affektivität bezeichnet. Die beiden Dimensionen der Affektivität sind voneinander weitestgehend unabhängig. Negative Affektivität ist mit einem schlechteren Gesundheitszustand assoziiert, während positive Affektivität mit einem geringeren Erkrankungs- und Sterberisiko einhergeht (Eschenbeck, 2009). Die Befragten wurden gebeten auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ und 5 = „äußerst“ einzuschätzen, wie sie sich im Allgemeinen fühlen. Die Einschätzung wurde für drei Adjektive, die negativen Affekt kennzeichnen („gereizt“, „ängstlich“ und „verärgert“) und für drei Adjektive positiven Affekts getroffen („interessiert“, „stolz“, und „freudig erregt“). Der Wert positiver bzw. negativer Affektivität ist jeweils der Mittelwert aus den drei Einschätzungen.

Altersdiskriminierung

Wenn Personen aufgrund ihres Alters benachteiligendes Verhalten erfahren, wird dies als Altersdiskriminierung bezeichnet. Es lassen sich dabei zwei Formen unterscheiden: tatsächliche und subjektive Altersdiskriminierung. Bei tatsächlicher Altersdiskriminierung handelt es sich um eine objektiv messbare Verletzung von auf rechtlichen Grundsätzen beruhenden Ansprüchen und Rechten aufgrund des höheren Alters (z. B. im beruflichen Einstellungskontext). Dagegen beschreibt die subjektive Altersdiskriminierung das Gefühl, aufgrund des höheren Alters benachteiligt worden zu sein (Beyer et al., 2017). Seit Beginn der Pandemie finden sich in den Medien häufig pauschalisierende Darstellungen von älteren Personen als Mitglieder einer „Risikogruppe“, die den ausgeprägten interindividuellen Unterschieden in der Altersgruppe und den unterschiedlichen Altersbildern nicht gerecht werden (Wettstein & Nowossadeck, 2021). Diese Pauschalisierung und Stereotypisierung könnte dazu führen, dass sich negative Vorurteile gegenüber älteren Personen verfestigen, was wiederum in einer bevormundenden Haltung gegenüber den als schutzbedürftig, damit aber auch weniger souverän wahrgenommenen älteren Menschen resultieren kann. Möglicherweise entsteht sogar Feindseligkeit gegenüber älteren Personen, die als Schuldige an den Maßnahmen der

²⁵ interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) = 0,70 < α < 0,76

²⁶ LAB60+ Studie: interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) = 0,78

Pandemieabwehr gesehen werden könnten (Wettstein & Nowossadeck, 2021). Dies könnte sich dann auch in einer größeren subjektiven Altersdiskriminierung niederschlagen. In der vorliegenden Studie wurden die Teilnehmenden zur erlebten Altersdiskriminierung in den letzten zwölf Monaten befragt. Das bedeutet, dass im Wesentlichen die Altersdiskriminierung seit Beginn der Corona Pandemie abgefragt wurde.

Dazu beantworteten die Teilnehmenden die Frage: „Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten erlebt, dass Sie wegen Ihres Alters durch andere benachteiligt oder gegenüber anderen Menschen schlechter gestellt wurden?“. Diese Frage konnte mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Nur diejenigen Personen, die diese Frage bejahten, wurden darüber hinaus gefragt: „Können Sie uns sagen, in welchen Bereichen des Lebens dies geschehen ist?“. Zur Auswahl standen hier die Antwortkategorien „Arbeit oder Arbeitssuche“, „Behördengänge“, „medizinische Versorgung“, „Alltag“, „Geldangelegenheiten“ und eine sonstige/offene Kategorie. Bei den Telefoninterviews wurden keine Antwortkategorien vorgegeben, sondern die Antwort wurde von der Interviewenden einer Kategorie zugeordnet. Die Fragen wurden aus dem deutschen Alterssurvey (DEAS)²⁷ übernommen (Wettstein & Nowossadeck, 2021).

6.2 Forschungsfragen zum sozialen Umfeld

In diesem Bericht werden mehrere Forschungsfragen zum Thema soziales Umfeld behandelt. Zunächst geht es um MGM in der Studienpopulation und wie MGM mit Gesundheit und Wohlbefinden zusammenhängt. Anschließend wird im Detail untersucht, mit welchen sozialen Gruppen sich Seniorinnen und Senioren identifizieren. Sodann wurde der Frage nachgegangen, wie sich die Art (z. B. Familie) und Anzahl der Kontakte zwischen allein und nicht alleinlebenden Seniorinnen und Senioren in Dresden sowie in verschiedenen Altersgruppen unterscheiden. Hierbei wurde auch die These untersucht, dass alleinlebende Personen das Netz der Seniorenbegegnung und Seniorenberatung stärker nutzen als Personen, die mit anderen zusammenleben. Anschließend wurde die Größe der sozialen Netzwerke nach Geschlecht und Altersgruppen erforscht. Darauf aufbauend wurde die These, dass soziale Kontakte mit zunehmendem Alter hauptsächlich mit Familienmitgliedern stattfinden, erörtert. Im nächsten Teil wurden die Verteilung der Einsamkeit in der Stichprobe und der Zusammenhang zwischen Einsamkeit und der Größe der sozialen Netzwerke ermittelt. Anschließend wurden Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und Gesundheitsverhalten sowie Gesundheit untersucht. Auch wie häufig und in welchen Lebensbereichen Dresdnerinnen und Dresdner ab dem 60. Lebensjahr Altersdiskriminierung erlebten und ob es dabei Unterschiede nach Geschlecht, Altersgruppe und Geburtsland gab, ist Thema der folgenden Ergebnisdarstellung.

6.3 Auswertungen zu Multiple Group Membership (MGM)

Der gewichtete Mittelwert der MGM-Skala lag bei 1,71 (SD = 0,847, N = 2.126). 88,2 % der Teilnehmenden hatten einen gültigen Wert auf der MGM-Skala. Der Mittelwert liegt deutlich unter dem Skalenmittelwert von 2,5. Das bedeutet, dass die Mehrzahl der Befragten der LAB60+ Studie sich nicht mehreren sozialen Gruppen zugehörig fühlte. Da bisher nur wenige Studien mit Einsatz der EXITS-Skala an älteren Erwachsenen durchgeführt wurden, ist es allerdings schwierig, diesen Wert vergleichend einzuordnen. Bei einer Studie an älteren Erwachsenen in China lag der durchschnittliche MGM-Wert etwas unter dem Skalenmittelwert²⁸ (Jetten et al., 2015), und bei einer Studie zu Seniorinnen und Senioren mit akademischem Hintergrund aus den USA lag er genau beim Skalenmittelwert (Haslam, Lam, et al., 2018). Die geringen Werte in der LAB60+ Studie spiegeln wahrscheinlich die Kontakteinschränkungen der Pandemie wider.

²⁷ Die DEAS Studie wurde im Kapitel 2 „Studiendesign und Methodik“ vorgestellt.

²⁸ 3,28 bei einer Antwortskala von 1 bis 7

Um die Frage nach dem Zusammenhang von MGM und Gesundheit zu beantworten, wurden lineare Regressionsmodelle mit folgenden Zielgrößen berechnet:

1. mit den Ergebnisvariablen Physical Component Scale (PCS) des SF-8; die die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität abbildet,
2. mit der Mental Components Scale (MCS) des SF-8, die die mentale gesundheitsbezogene Lebensqualität abbildet, und
3. mit dem WHO5, der das Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen widerspiegelt.

Diese Modelle kontrollierten auch den ggf. verzerrenden Einfluss von Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status (siehe Anhang Tabelle A6. 1 bis A6. 3). Demnach war MGM statistisch signifikant mit der körperlichen Gesundheit²⁹, der mentalen Gesundheit³⁰ sowie dem subjektiven Wohlbefinden³¹ assoziiert. Das bedeutet, Personen, die sich mehreren sozialen Gruppen zugehörig fühlen, geben – wie erwartet – auch eine bessere Gesundheit und höheres Wohlbefinden an. Alle diese Zusammenhänge sind auch dann noch statistisch signifikant, wenn für den verzerrenden Einfluss von negativer und positiver Affektivität kontrolliert wird. Die Messinstrumente SF-8 und WHO5 werden im Kapitel 8 zur Gesundheit erläutert.

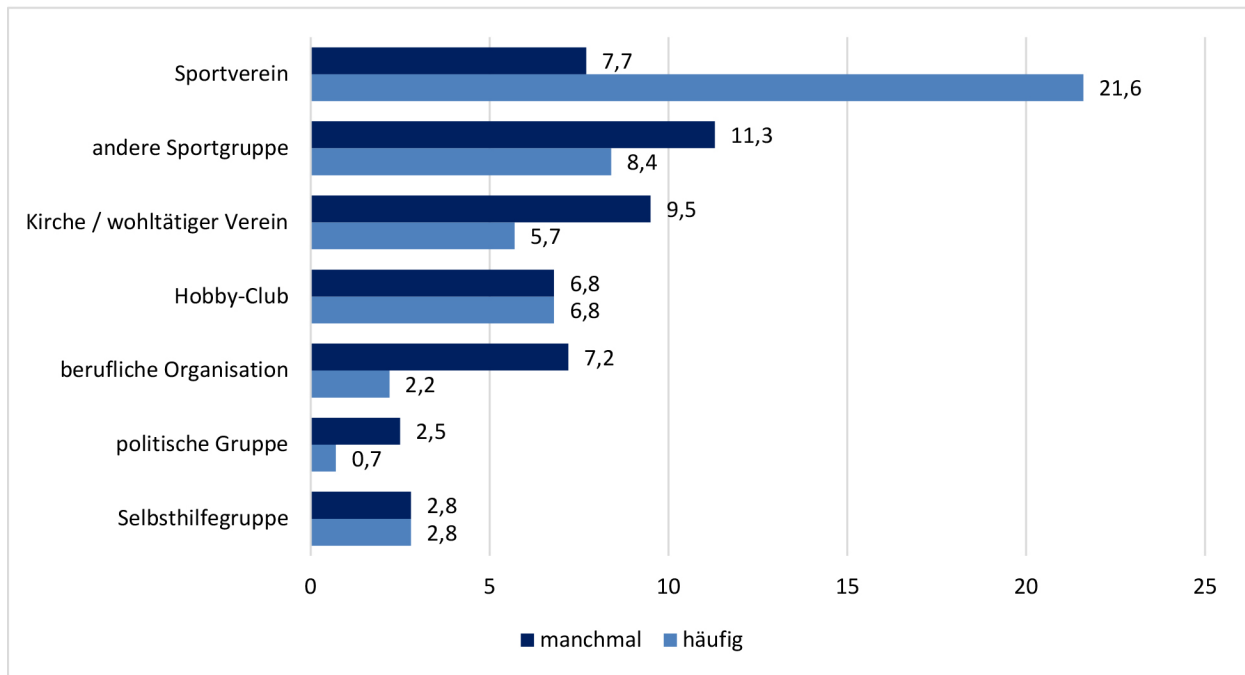
Beschäftigt man sich mit MGM, stellt sich die Frage, in welchen konkreten sozialen Gruppen sich die Befragten engagieren. Alle Teilnehmenden wurden daher außerdem gefragt, wie häufig sie an den Aktivitäten verschiedener organisierter Freizeitgruppen teilnahmen. Der Anteil der Personen, die jeweils „häufig“ oder „manchmal“ antworteten, ist in dargestellt. Am häufigsten wurde die Mitgliedschaft in Sportvereinen angegeben, gefolgt von der Teilnahme an anderen Sportgruppen, Kirchen/wohltätigen Vereinen und Hobby-Clubs. Interessant ist, dass bei Sportvereinen die Mehrheit der Befragten angab, „häufig“ an den Aktivitäten teilzunehmen, während bei allen anderen Gruppen die Option „manchmal“ mindestens gleichhäufig gewählt wurde. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Mitgliedschaft in einem Sportverein regelmäßiger aktiv wahrgenommen wird als die in anderen Freizeitgruppen. In diese Auswertung flossen jedoch nur organisierte Freizeitgruppen ein. Welchen individuellen Freizeitaktivitäten befragte Senioren und Seniorinnen darüber hinaus nachgingen, ist im Kapitel 7 Teilhabe, Alltags- und Freizeitverhalten und Ehrenamt nachzulesen.

²⁹ Adjustiertes lineares Regressionsmodell mit PCS; Koeffizient für MGM: 1,58; 95 % Vertrauensbereich 1,04 bis 2,12 ($p < ,001$), $R^2 = 0,174$

³⁰ Adjustiertes lineares Regressionsmodell mit MCS; Koeffizient für MGM: 1,75; 95 % Vertrauensbereich 1,17 bis 2,33 ($p < ,001$), $R^2 = 0,059$

³¹ Adjustiertes lineares Regressionsmodell mit WHO5; Koeffizient für MGM: 1,25; 95 % Vertrauensbereich 0,92 bis 1,57 ($p < ,001$), $R^2 = 0,082$

Abbildung 22: Häufigkeit der Teilnahme an organisierten Gruppen in der LAB60+ Studie (in Prozent)



Soziale Gruppen im Sinne der MGM umfassen allerdings nicht nur organisierte Freizeitgruppen, sondern auch informelle Gruppen, wie zum Beispiel Freundeskreise. Daher wurden alle Personen, die online oder per Telefoninterview teilnahmen (N = 117), nach ihrer persönlichen Gruppenzugehörigkeit gefragt. Es konnten maximal sieben Gruppen von jeder Person genannt werden.

23 Personen (19,7 %) fühlten sich keiner sozialen Gruppe zugehörig, 24 Personen (20,5 %) nannten eine Gruppe, 25 Personen (21,4 %) nannten zwei Gruppen, 23 Personen (19,7 %) drei, 13 Personen (11,1 %) vier, sechs Personen (5,1 %) fünf, eine Person (0,9 %) nannte sechs Gruppen und zwei Personen (1,7 %) nannten je sieben Gruppen. Die 227 verschiedenen Gruppen wurden übergeordneten Kategorien zugeordnet (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Zuordnung der genannten sozialen Gruppen zu übergeordneten Kategorien in einer Teilstichprobe (N = 117)

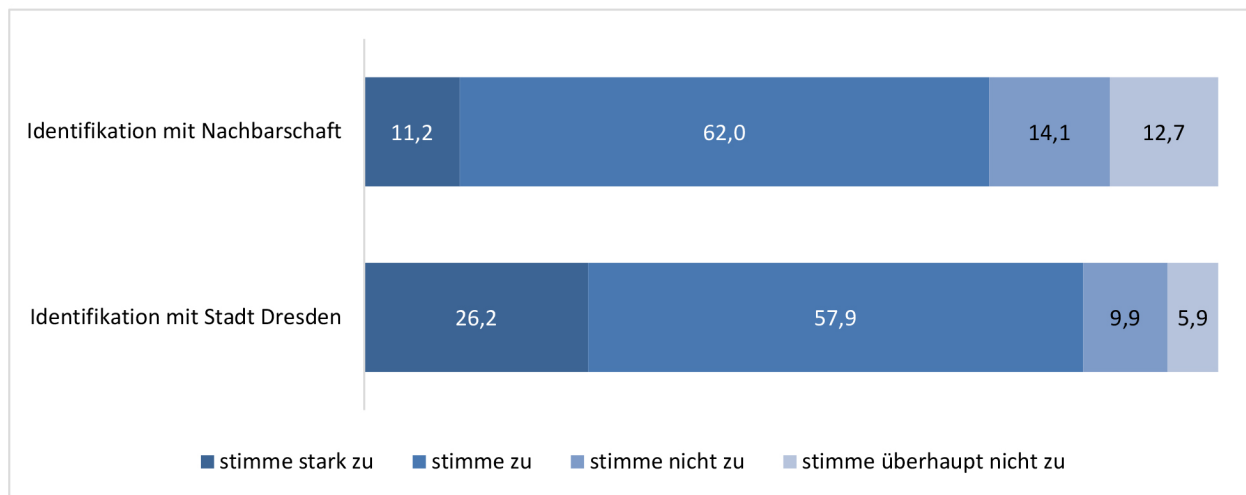
Kategorien	Häufigkeit (Anzahl)	Anteil (Prozent)
Sport(gruppe), Sportverein	62	27,3 %
Freunde/Bekannte	40	17,6 %
Hobby/Verein (außer Sport)	35	15,4 %
Beruf/(ehemalige) Kollegen/Gewerkschaft	29	12,8 %
Familie	22	9,7 %
Nachbarschaft/Hausgemeinschaft	11	4,9 %
Sonstiges	11	4,8 %
Kirche	7	3,1 %
Bildung	5	2,2 %
Ehrenamt/freiwilliges Engagement	5	2,2 %
Gesamt	227	100,0 %

Die meisten Gruppen ließen sich der Kategorie Sport zuordnen (27,3 %), darunter Individualsport (z. B. im Fitnessstudio), Sportgruppen und Sportvereine. Am zweithäufigsten wurden verschiedene Freundeskreise genannt (17,6 %). An dritter Stelle standen verschiedenste Hobbys oder Vereinstätigkeiten (15,4 %), die sich nicht mit Sport beschäftigen. Einige Beispiele dafür sind Eisenbahnverein, Fotoclub, Gartenverein und Streichquartett. Die vierthäufigste Kategorie umfasste Gruppen, die im Zusammenhang mit der Arbeit standen (12,8 %), zum Beispiel Arbeitsteams, (ehemalige) Kolleginnen und Kollegen oder

Gewerkschaften. Am fünfthäufigsten wurde die Familie als soziale Gruppe genannt (9,7 %), gefolgt von der Nachbarschaft oder Hausgemeinschaft (4,8 %). An siebter Stelle standen kirchliche Gruppen (3,1 %). Jeweils 2,2 % der genannten Gruppen ließen sich den Bereichen Bildung und Ehrenamt bzw. freiwilliges Engagement zuordnen. In der Kategorie „Sonstige“ befinden sich nur vereinzelt genannte Gruppen, wie zum Beispiel Parteien oder Social Media Gruppen.

Alle Personen, die an der Befragung teilnahmen, wurden zudem gefragt, wie sehr sie sich mit ihrer unmittelbaren Nachbarschaft und als Bürgerin oder Bürger mit der Stadt Dresden identifizieren. Die große Mehrheit der befragten Personen sieht sich als Teil ihrer unmittelbaren Nachbarschaft – 73,2 % der befragten Personen stimmten der entsprechenden Aussage zu oder stark zu. Überhaupt nicht zustimmend äußerten sich nur 12,7 % (siehe Abbildung 23). 92,4 % aller befragten Personen hatten hier einen gültigen Wert. Noch deutlicher fällt das Bild bei der Frage nach der Zugehörigkeit zur Stadt Dresden aus. 84,1 % der Personen stimmten zu bzw. stark zu, dass ein wichtiger Teil ihres Selbstbildes darin bestehe, eine Bürgerin oder ein Bürger der Stadt Dresden zu sein. Nur 5,9 % der Befragten stimmten dem überhaupt nicht zu. Diese Frage wurde von 94,7 % aller Personen beantwortet. Weil eine hohe Identifikation mit der Nachbarschaft und der Stadt, in der man lebt, ein Schutzfaktor für die Gesundheit darstellt (s. o.), sind diese Befunde positiv zu werten.

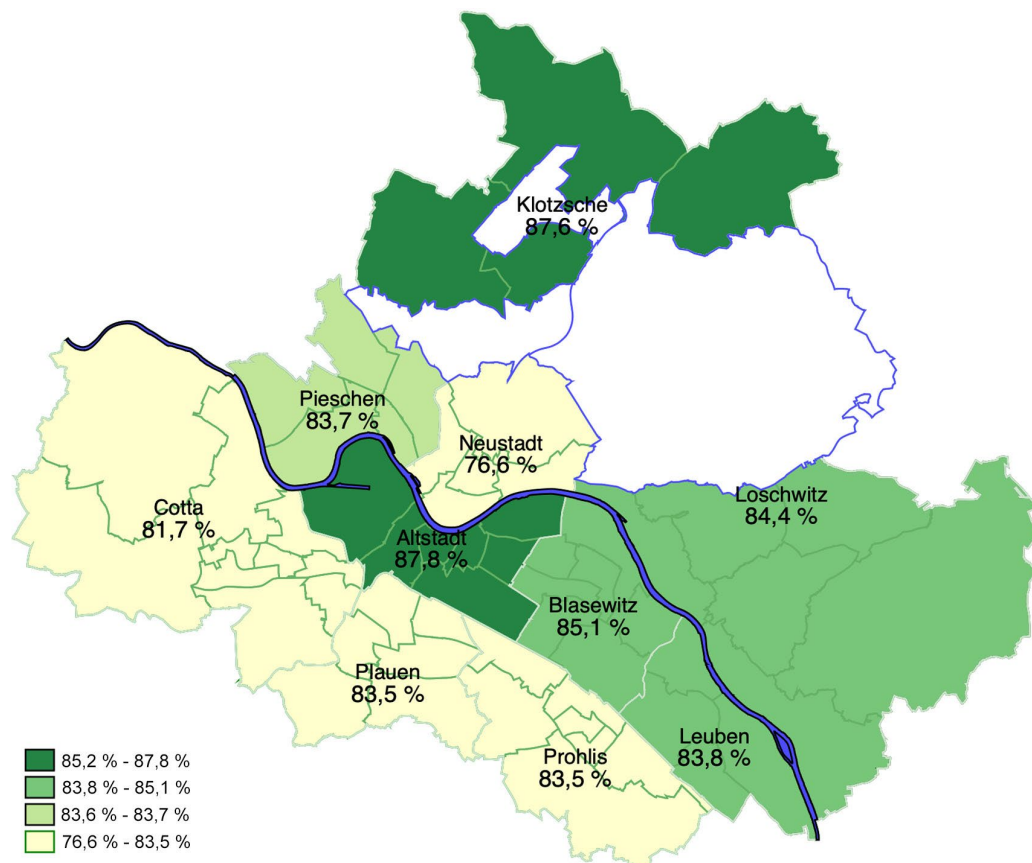
Abbildung 23: Identifikation mit der unmittelbaren Nachbarschaft und als Bürgerin oder Bürger der Stadt Dresden in der LAB60+ Studie (in Prozent)



Anmerkung: k. A. „Identifikation mit Nachbarschaft“: 7,6 %; k. A. „Identifikation mit Stadt Dresden“: 5,3 %

Die Identifikation mit der Stadt Dresden in den einzelnen Stadtbezirken ist in Abbildung 24 dargestellt. Dafür wurde der Prozentsatz aller Personen, die zustimmten bzw. stark zustimmten, dass ein wichtiger Teil ihres Selbstbildes darin bestehe, eine Bürgerin oder ein Bürger der Stadt Dresden zu sein, pro Stadtbezirk berechnet. Die meiste Zustimmung gab es in der Altstadt mit 87,8 %, gefolgt von Klotzsche mit 87,6 %. Die mit einigem Abstand geringste Identifikation als Bürgerin oder Bürger Dresdens hatten die Befragten in der Neustadt 76,6 %.

Abbildung 24: Zustimmung zur Aussage "Ein Bürger oder eine Bürgerin der Stadt Dresden zu sein, ist für mich ein wichtiger Teil meines Selbstbildes." nach Stadtbezirken



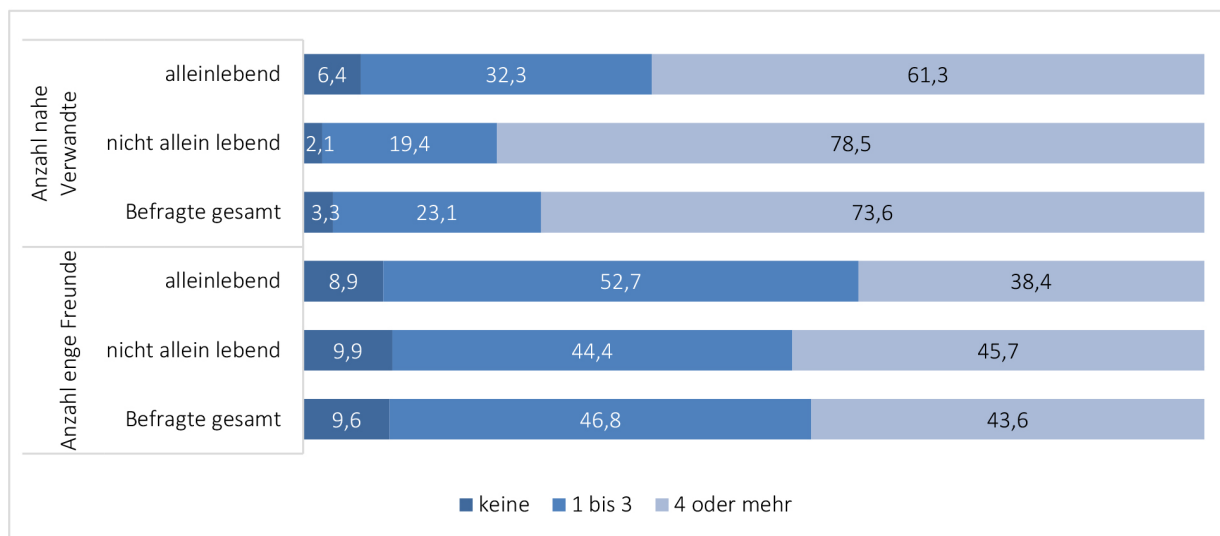
6.4 Auswertungen zu sozialen Kontakten

6.4.1 Soziale Kontakte bei allein- und nicht-alleinlebenden Seniorinnen und Senioren

Die Anzahl nahestehender Verwandter und enger Freunde ist in Abbildung 25 dargestellt. Die meisten Personen in der Stichprobe haben nahestehende Verwandte, denen Sie sich eng verbunden fühlen. 97,8 % der Befragten gab eine Antwort auf die entsprechende Frage. Davon hatten nur 3,3 % keinen nahestehenden Verwandten und 73,6 % hatten vier oder mehr. Der Anteil von Personen ohne nahestehende Verwandte ist erwartungsgemäß bei alleinlebenden Seniorinnen und Senioren etwas höher (6,4 %) als bei Teilnehmenden, die mit anderen Personen zusammenleben. Die Frage nach der Anzahl enger Freunde, also Personen, denen man sich eng verbunden fühlt und mit denen man auch persönliche Probleme besprechen kann, beantworteten 97,2 % der Teilnehmenden. Davon hatten 9,6 % aller Personen keine nahestehenden Freunde und 43,6 % hatten vier oder mehr enge Freunde. Während der Anteil der Personen, die keine engen Freunde haben, sich nicht danach unterscheidet, ob die Personen allein oder zusammen mit anderen leben (jeweils knapp 10 %), haben alleinlebende Menschen etwas seltener vier oder mehr enge Freunde (38,4 % zu 45,7 %). Insgesamt haben die Befragten in der Stichprobe also deutlich mehr nahestehende Verwandte als enge Freunde.

Die Frage danach, wie viele der engen Freunde und Verwandten man normalerweise mindestens einmal im Monat trifft, beantworteten 97,6 % aller Personen in der Stichprobe. Davon gaben 11,3 % der Personen an, keine Freunde und Verwandte mindestens einmal im Monat zu sehen. 38,8 % aller Personen gaben an, vier oder mehr Freunde und Verwandte monatlich zu treffen. Dabei gab es nur geringfügige Unterschiede (unter 4 Prozentpunkten) dahingehend, ob die Personen allein oder mit anderen zusammenleben.

Abbildung 25: Anteil der Antworten für die Zahl nahestehender Verwandter und enger Freunde nach Wohnform (in Prozent)



Anmerkung: k. A. „Anzahl nahe Verwandte“ gesamt: 2,2 %; k. A. „Anzahl enge Freunde“ gesamt: 2,8 %

Mit der LAB60+ Studie sollte zudem die Hypothese untersucht werden, dass alleinlebende Personen eher Seniorenbegegnungsstätten oder Seniorenberatungsstellen nutzen als andere. Insgesamt gaben 27,0 % der Teilnehmenden an, in einem Einpersonenhaushalt zu leben. Davon nutzten 7,1 % Seniorenbegegnungsangebote. Bei den in Mehrpersonenhaushalten lebenden Personen betrug dieser Anteil 3,4 %. Mit Hilfe einer logistischen Regressionsanalyse wurde ermittelt, ob das Alleinleben die Wahrscheinlichkeit der Nutzung von Begegnungsangeboten erhöht. Das Regressionsmodell hat den Einfluss der möglicherweise verzerrenden Variablen Alter, Geschlecht und sozialer Status adjustiert. Das Regressionsmodell hat danach eine statistisch erhöhte Wahrscheinlichkeit der Nutzung von Seniorenbegegnungsangeboten bei alleinlebenden Personen ergeben. Das Alleinleben erhöhte somit die Wahrscheinlichkeit, dass Begegnungsangebote genutzt wurden, um 80 %.³²

³² Odds Ratio 1,80; 95 % KI 1,08 - 2,97

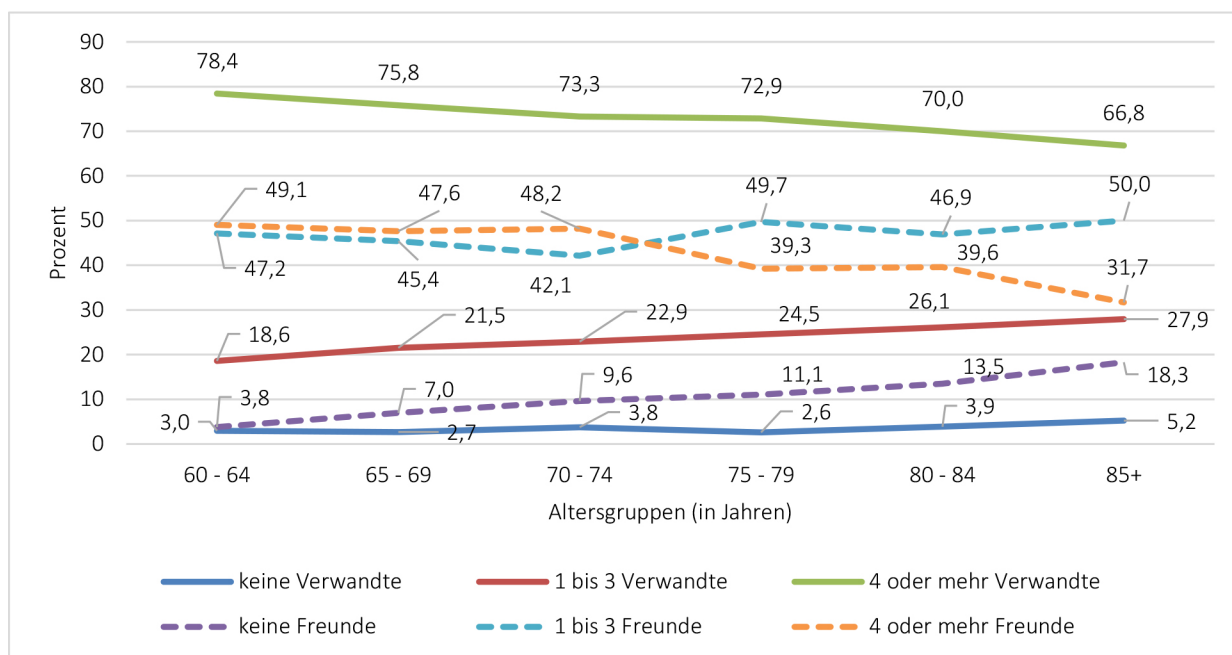
Insgesamt war die reale Nutzung von Seniorenberatungsstellen in beiden Gruppen geringer. Während 3,6 % der allein lebenden Personen Seniorenberatungsstellen nutzten, waren es bei Personen in größeren Haushalten 2,2 %. Bei der Analyse in einem Regressionsmodell, das für Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status adjustiert wurde, war dieser Unterschied jedoch nicht statistisch bedeutsam³³.

6.4.2 Soziale Kontakte nach Altersgruppen

In Abbildung 26 sind die Anteile der Antworten auf die Fragen nach nahestehenden Verwandten und engen Freunden für die einzelnen Altersgruppen aufgeschlüsselt dargestellt. Der Anteil der Personen, die keine nahestehenden Verwandten haben, liegt in allen Altersgruppen um die 5 %, und es ist nur ein leichter Anstieg mit zunehmendem Alter zu beobachten. Die Mehrzahl aller Personen in sämtlichen Altersgruppen haben vier oder mehr nahestehende Verwandte. Hier ist jedoch eine deutliche Abnahme von fast 80 % bei den 60- bis 64-jährigen Personen bis hin zu 67 % bei den Personen im Alter von mindestens 85 Jahren zu verzeichnen.

Die Anzahl enger Freundinnen und Freunde ist wiederum in allen Altersgruppen geringer als die naher Verwandter. Die Veränderungen in den Altersgruppen sind hier deutlicher ausgeprägt. Während nur 4 % der 60- bis 64-Jährigen keine Freunde haben, sind es bei den über 85-Jährigen 18 %. Die Zahl der Personen, die vier oder mehr enge Freunde haben, bleibt bis zum Alter von 74 Jahren konstant bei fast 50 % und sinkt dann deutlich ab, auf etwas mehr als 30 % bei den 85-Jährigen. Es ist auch zu beachten, dass Personen über 85 Jahren die Frage nach der Zahl enger Freunde seltener beantworteten als die anderen Altersgruppen (93,9 % aller Personen im Vergleich zu 95,8 bis 98,1 %). Ältere Personen in der LAB60+ Stichprobe gaben also an, etwas weniger nahestehende Verwandte und deutlich weniger enge Freundinnen und Freunde gegenüber jüngeren Personen zu haben.

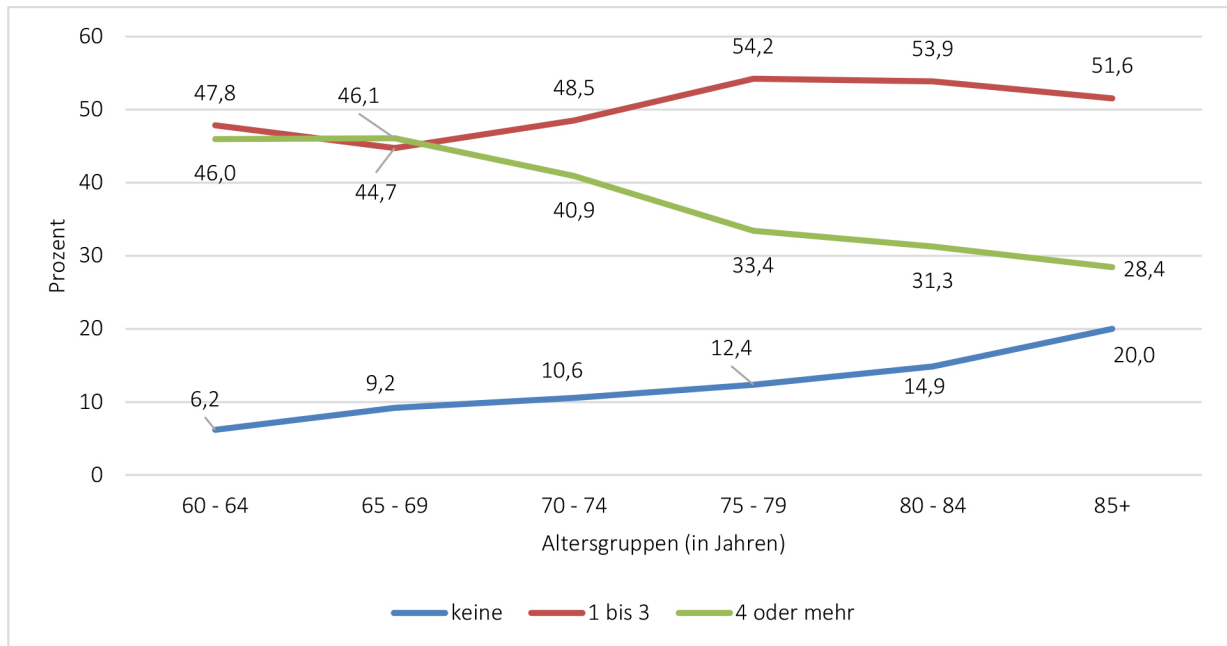
Abbildung 26: Anteil der Antworten für die Anzahl nahestehender Verwandter und enger Freunde nach Altersgruppen (in Prozent)



³³ Odds Ratio 1,05; 95 % KI 0,55 - 2,01

Die Kontakthäufigkeiten sind, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen, in Abbildung 27 zu sehen. Auch hier sind deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen zu erkennen. Insgesamt ist feststellbar, dass die Anzahl der monatlichen Kontakte der Teilnehmenden mit zunehmendem Alter sinkt. Immerhin 28,4 % aller Personen über 85 Jahre trafen noch 4 oder mehr nahestehende Personen monatlich. In der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen waren es 45,9 % aller Personen. Besonders bedenklich ist, dass 20 % der Personen über 85 Jahren angaben, Freunde oder Verwandte weniger als mindestens einmal im Monat zu treffen. In der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen waren nur 6,2 % der Personen in dieser Situation. Ob diese Zahlen mit den Einschränkungen während der Pandemiesituation zusammenhängen, kann nicht abschließend geklärt werden.

Abbildung 27: Anteil der Antworten für die Anzahl der nahestehenden Verwandten und engen Freundinnen und Freunde, zu denen monatlicher Kontakt besteht, nach Altersgruppen (in Prozent)

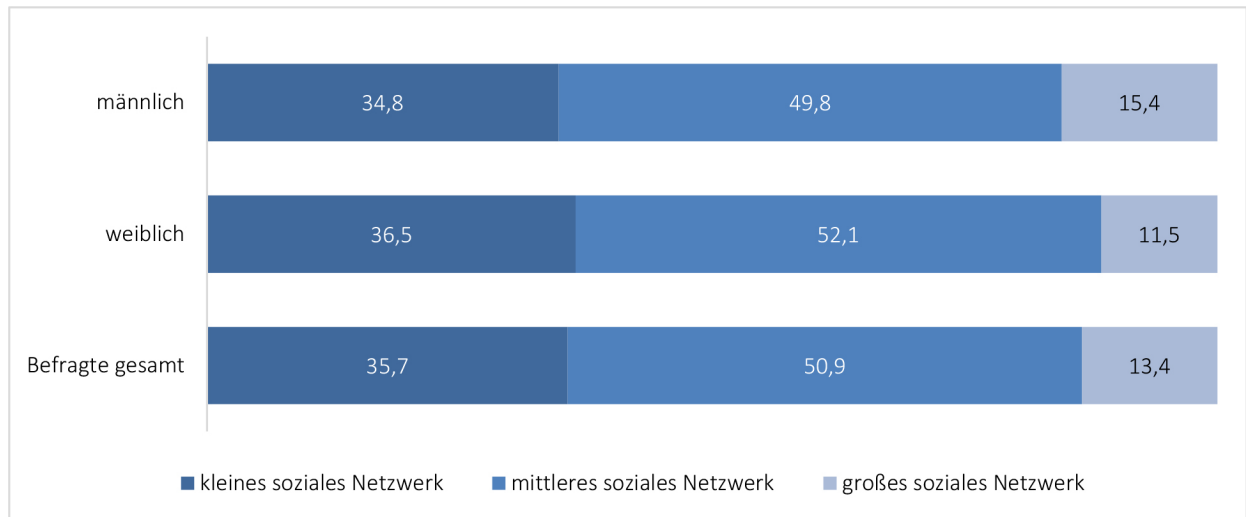


6.4.3 Größe der sozialen Netzwerke nach Geschlecht

Als Maß für die Größe der sozialen Netzwerke wurde der Social Network Index (SNI) (siehe S.75) herangezogen. 94,3 % der Teilnehmenden hatten hierfür einen gültigen Wert. Der Anteil fehlender Werte unterschied sich nicht nach dem Geschlecht. 35,7 % der Teilnehmenden hatten ein kleines soziales Netzwerk, 50,9 % ein mittleres, 12,9 % hatten ein ziemlich großes soziales Netzwerk und 0,5 % ein sehr großes (siehe Abbildung 28). 4,4 % aller Personen erhielten keinen Punkt im SNI, sie haben also nur ein extrem kleines soziales Netzwerk. Da die Kategorie „sehr großes soziales Netzwerk“ nur selten vorkam, wird sie für die weiteren Auswertungen mit der Kategorie „ziemlich großes soziales Netzwerk“ zu „großes soziales Netzwerk“ zusammengefasst. Wie in Abbildung 28 ebenfalls erkennbar, hatten Männer im Durchschnitt ein etwas größeres soziales Netzwerk. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant³⁴. In einer Studie, bei der die Größe sozialer Netzwerke mit dem SNI von 361 Personen über 70 Jahre erhoben wurde, hatten Personen im Durchschnitt deutlich größere soziale Netzwerke (Eller, 2006). Der Geschlechterunterschied zeigte sich dort aber ebenso. So hatten Männer in dieser Studie zu 21 % ein kleines soziales Netzwerk und bei den Frauen waren es 36 %. 34 % der Männer und 45 % der Frauen hatten ein mittleres Netzwerk, 45 % der Männer und 19 % der Frauen ein großes soziales Netzwerk. Die durchschnittlich deutlich kleineren sozialen Netzwerke in der LAB60+ Studie entstehen wahrscheinlich dadurch, dass die Pandemiesituation einige der Variablen, die zur Bildung des SNI genutzt werden, beeinflusste. So war im Befragungszeitraum die Teilnahme an vielen organisierten Freizeitgruppen nicht möglich und soziale Kontakte waren eingeschränkt.

³⁴ $\chi^2(2) = 7,412$; $p = 0,025$

Abbildung 28: Größe der sozialen Netzwerke nach Geschlecht (in Prozent)

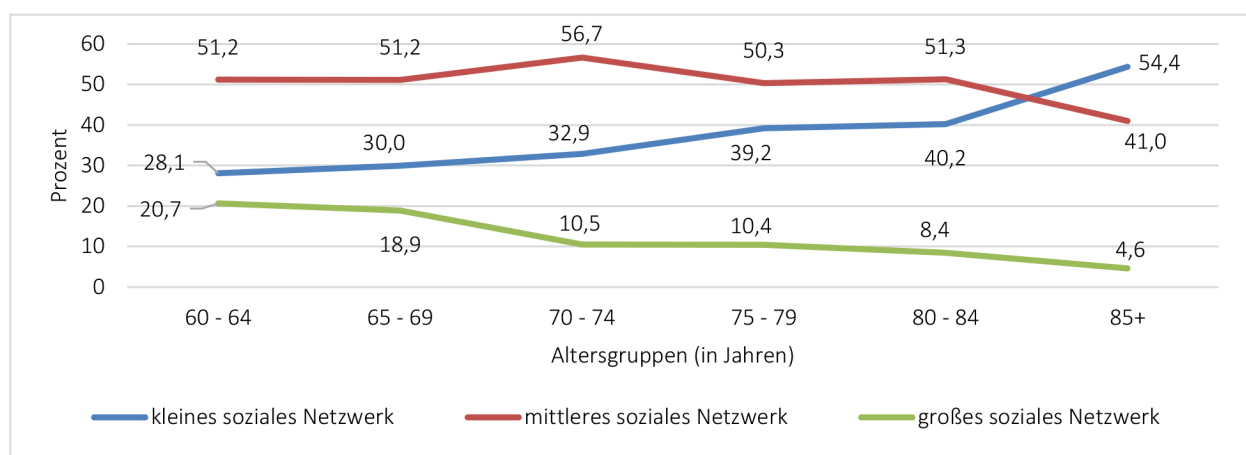


Anmerkung: k. A. gesamt: 5,7 %

6.4.4 Größe der sozialen Netzwerke nach Altersgruppen

Die Größe des sozialen Netzwerks nach Altersgruppen ist in Abbildung 29 dargestellt. Es ist zu beachten, dass Personen der Altersgruppe 85+ hier häufiger keine Angabe machten, als die anderen Altersgruppen (6,1 % aller Personen im Vergleich zu 4,2 bis 1,8 %). Der Anteil von Personen mit einem kleinen sozialen Netzwerk nimmt mit steigendem Alter stetig zu, von etwa 30 % in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen bis zu fast 55 % in der Altersgruppe der über 80-Jährigen. Der Anteil von Personen mit einem mittelgroßen sozialen Netzwerk liegt in allen Altersgruppen konstant bei etwa 50 % und sinkt nur in der Altersgruppe 85+ auf etwa 40 % ab. Der Anteil von Personen mit einem großen sozialen Netzwerk nimmt mit steigendem Alter stetig ab. Bei den 60- bis 64-Jährigen liegt der Anteil noch bei 20 % und in der Altersgruppe 85+ unter 5 %. Das durchschnittliche Alter bei Personen mit kleinem sozialen Netzwerk lag bei 75,6 Jahren (SD = 8,66), bei Personen mit einem mittelgroßen sozialen Netzwerk bei 73,6 Jahren (SD = 8,14) und bei Personen mit einem großen sozialen Netzwerk bei 70,5 Jahren (SD = 7,55). Die Unterschiede im durchschnittlichen Alter je nach Netzwerkgröße sind zwischen allen Gruppen statistisch signifikant³⁵. Zusammenfassend bedeutet dies, dass Personen mit größerem Netzwerk im Durchschnitt jünger sind.

Abbildung 29: Anteile an der Größe der sozialen Netzwerke nach Altersgruppen (in Prozent)



³⁵ Welch's $F(2; 857,31) = 47,887$; $p < 0,001$, Post Hoc Test Games-Howell alle $p < 0,001$

Außerdem wurde die Hypothese untersucht, dass sich der Personenkreis der sozialen Kontakte mit zunehmendem Alter eher auf die Familienmitglieder verlagert. Die Ergebnisse stützen diese Hypothese teilweise. Ältere in der LAB60+ Stichprobe hatten kleinere soziale Netzwerke, weniger enge Freundinnen und Freunde und seltener Kontakt zu diesen sowie zu Verwandten. Die Anzahl nahestehender Verwandter war zwar auch in den höheren Altersgruppen geringer, die Abnahme jedoch nicht so stark wie bei engen Freundinnen und Freunden. In der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen hatten noch 40 % aller Personen vier oder mehr enge Freundinnen und Freunde und in der Altersgruppe 85+ waren es noch mehr als 30 % aller Personen. Zusätzlich hatten 45 % der Personen in der Altersgruppe 85+ ein mittleres oder sogar großes soziales Netzwerk. Auch in hohem Alter hatte ein substantieller Anteil der Stichprobe also regelmäßige soziale Kontakte außerhalb der Familie.

Eine Darstellung der sozialen Kontakte nach dem sozioökonomischen Status und nach Stadtbezirken befindet sich im Anhang in Abbildung A6.3.

6.5 Auswertungen zur Einsamkeit

Für die Einsamkeitsskala hatten 98,1 % aller Personen einen gültigen Wert. Der gewichtete Mittelwert der Einsamkeitsskala lag mit 1,83 (SD = 0,570, N = 2.353) deutlich unter dem Skalenmittelwert von 2,5. Über dem Cut-off-Wert von 2,5 befinden sich 9,7 % der Personen in der Stichprobe (Einsamkeitsrate) und gelten somit als stark einsam. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Antworten auf die direkte Frage nach der empfundenen Einsamkeit. 63 % der befragten Personen gaben an, sich im Allgemeinen gar nicht einsam zu fühlen, 22 % antworteten „ein bisschen“, 7 % antworteten „einigermaßen“, 5 % fühlten sich „erheblich“ einsam und 2 % antworteten „äußerst“. Die überwiegende Mehrheit der Befragten fühlte sich *nicht* einsam.

6.5.1 Verteilung der Einsamkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und Stadtbezirken

Bei Frauen lag der Mittelwert der Einsamkeitsskala bei 1,82 und bei den Männern bei 1,84. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant³⁶. Die Einsamkeitsrate (Skalenwert über 2,5) lag bei Frauen bei 9,2 % und bei Männern bei 10,5 %, auch dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant³⁷. Es gab also keine statistisch signifikanten Unterschiede bei der Einsamkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht.

Die gewichteten Mittelwerte der Einsamkeit nach verschiedenen Altersgruppen sind in Tabelle 8 dargestellt. Ein statistischer Test ergab, dass die Unterschiede in der Einsamkeit zwischen den Altersgruppen ebenfalls nicht statistisch signifikant waren³⁸. Es gibt in der LAB60+ Studie somit keine Unterschiede in der mittleren Einsamkeit zwischen den verschiedenen Altersgruppen.

Tabelle 8: Deskriptive Statistik zur durchschnittlichen Einsamkeit und Einsamkeitsrate in den verschiedenen Altersgruppen

Altersgruppen	Gruppengröße (in Prozent)	Mittelwert der Einsamkeit	Einsamkeitsrate (in Prozent) (Anteil Personen mit Wert über 2,5)
60 bis 64 Jahre	19,5 %	1,85	9,6 %
65 bis 69 Jahre	20,0 %	1,83	10,3 %
70 bis 74 Jahre	15,0 %	1,78	8,9 %
75 bis 79 Jahre	20,4 %	1,83	9,8 %
80 bis 84 Jahre	15,6 %	1,84	10,5 %
85+ Jahre	9,5 %	1,85	10,7 %
Gesamt	N= 2.353	1,83	9,7 %

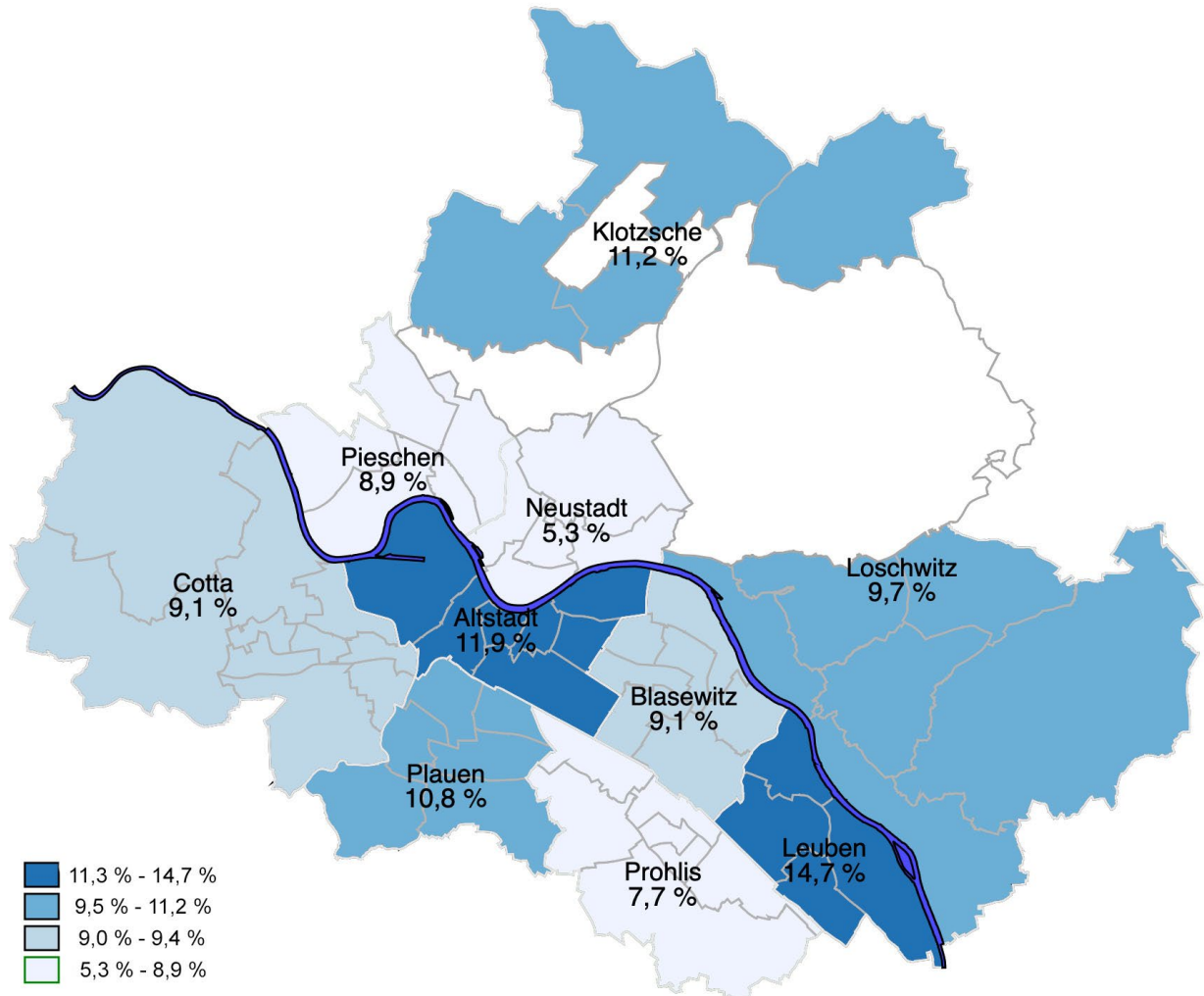
³⁶ $N_{\text{Frauen}} = 1.226$; $N_{\text{Männer}} = 1.120$; $t(2.344) = 0,84$; $p = 0,402$

³⁷ $\chi^2(1) = 1,161$; $p = 0,281$

³⁸ ANOVA: $F(2;346) = 0,768$; $p = 0,573$

Die Verteilung der Einsamkeitsraten in den einzelnen Dresdner Stadtbezirken, also der Anteil der Personen an allen Teilnehmenden im selben Stadtbezirk, die einen Einsamkeitswert über dem Cut-off erzielten, ist in der folgenden Abbildung 30 zu sehen. Die beiden Stadtbezirke mit den höchsten Einsamkeitsraten sind Leuben (14,9 %) und die Altstadt (11,9 %). Die geringsten Einsamkeitsraten fanden sich in Neustadt (5,3 %), Prohlis (7,7 %) und Pieschen (8,9 %). Somit lagen fünf der zehn Stadtbezirke unter der durchschnittlichen Einsamkeitsrate der LAB60+ Studie von 9,7 %.

Abbildung 30: Einsamkeitsrate nach Stadtbezirken



6.5.2 Vergleich mit gesamtdeutscher Stichprobe

Die Daten zur Einsamkeit lassen sich gut mit denen der DEAS-Befragung vergleichen, da dort dieselben Fragen zur Erhebung verwendet wurden. Die Daten der DEAS-Befragung zeigt Tabelle 9. Es zeigt sich, dass im Jahr 2020 ein pandemiebedingter Anstieg der Einsamkeit auf etwa 14 % stattfand. In den Vorjahren lag die Einsamkeitsrate konstant bei etwa 9 %. Der Anstieg betrifft verschiedene Bevölkerungsgruppen in gleichem Maß und unterschied sich statistisch nicht signifikant zwischen den einzelnen Altersgruppen und Geschlechtern (Huxhold & Tesch-Römer, 2021).

In der LAB60+ Studie lag die Einsamkeitsrate bei 9,7 % und damit im Vergleich zur DEAS-Befragung etwa auf dem Niveau vor der Pandemie. Demnach war die über 60-jährige Dresdner Bevölkerung zu Beginn des Jahres 2021 weniger einsam als die über 40-jährige gesamtdeutsche Bevölkerung im Sommer 2020. Genau wie in der LAB60+ Studie gab es in der DEAS-Befragung in keiner Erhebungswelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern und nur sehr geringfügige zwischen den Altersgruppen (Huxhold & Tesch-Römer, 2021).

Tabelle 9: Einsamkeitsraten in der DEAS Befragung aus den Jahren 2014, 2017 und 2020 nach Altersgruppen

Altersgruppe	DEAS 2014	DEAS 2017	DEAS 2020
46 bis 55 Jahre	10,2 %	10,7 %	16,4 %
56 bis 65 Jahre	9,9 %	9,0 %	12,3 %
66 bis 75 Jahre	6,3 %	7,9 %	13,5 %
76 bis 90 Jahre	8,1 %	7,6 %	11,9 %
Gesamt	8,8 %	9,0 %	13,7 %

Quelle: Huxhold & Tesch-Römer, 2021; N₂₀₁₄=7.517; N₂₀₁₇=5.434; N₂₀₂₀=4.609

6.5.3 Zusammenhang der Größe des sozialen Netzwerks und der Einsamkeit

Um den Zusammenhang zwischen der Größe der sozialen Netzwerke und der erlebten Einsamkeit auszuwerten, wurde eine nicht-parametrische Korrelation berechnet (Spearman's Rho, da die Netzwerkgröße keine metrische Variable ist). Diese liegt zwischen -1 und 1. Dabei stellt -1 einen perfekten negativen Zusammenhang dar, d. h. wenn die eine Variable um eine Einheit ansteigt, reduziert sich die andere Variable um eine Einheit. Der Wert 1 stellt einen perfekten positiven Zusammenhang dar (Anstieg in der einen Variable hängt mit Anstieg in der anderen Variable zusammen). Die Korrelation zwischen SNI als Maß für die Netzwerkgröße und der Einsamkeit lag bei $P = -0,260$; $p < 0,001$. Dies stellt einen mittelstarken negativen Zusammenhang dar (Bosco et al., 2015). Das heißt: Je größer die Personen ihr soziales Netzwerk angaben, desto weniger Einsamkeit empfanden sie.

Die durchschnittliche Einsamkeit bei Personen mit einem kleinen sozialen Netzwerk lag bei 2,05, bei Personen mit einem mittelgroßen sozialen Netzwerk bei 1,73 und bei Personen mit einem großen sozialen Netzwerk bei 1,65. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant³⁹. Die statistisch bedeutsamen durchschnittlichen Unterschiede liegen zwischen Personen mit kleinen und mittleren sozialen Netzwerken⁴⁰ und kleinen und großen sozialen Netzwerken⁴¹. Der Unterschied in der durchschnittlichen Einsamkeit von Personen mit mittleren und großen sozialen Netzwerken ist statistisch nicht signifikant⁴². Das heißt, dass Personen mit kleinen sozialen Netzwerken einsamer waren, als Personen mit mittleren oder großen Netzwerken.

6.5.4 Auswertungen zum Zusammenhang von Einsamkeit und dem Gesundheitsverhalten

Die Wirkmechanismen der Einsamkeit auf die Gesundheit sind noch nicht vollständig geklärt. Eine Studie an älteren Erwachsenen aus den USA ergab, dass Einsamkeit nicht mit ungesunden Verhaltensweisen, jedoch mit erhöhtem Blutdruck und stärkeren Stressreaktionen einhergeht. Dies deutet darauf hin, dass Einsamkeit in erster Linie eine chronische Stressreaktion hervorruft, die sich nachteilig auf die Gesundheit auswirkt (Cacioppo et al., 2002). Bei einer umfangreicheren Studie mit über 3.000 älteren Erwachsenen in Großbritannien hing soziale Isolation hingegen mit mangelnder Bewegung, Übergewicht und Rauchen zusammen, während Einsamkeit nur mit mangelnder Bewegung verbunden war (Kobayashi & Steptoe 2018). Mit Hilfe von Regressionsanalysen wurde in der LAB60+ Studie untersucht, ob Einsamkeit und kleinere soziale Netzwerke mit ungesünderem Gesundheitsverhalten und einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand verbunden waren. Die Methodik der Studie erlaubt es nicht zu sagen, ob mehr Einsamkeit zu schlechterem Gesundheitsverhalten führt oder umgekehrt. Um die Auswertung zu vereinfachen, wurden aus jedem Gesundheitsverhalten zwei Kategorien gebildet und dann das Risiko für eine ungesunde Verhaltensweise betrachtet. Zwei Kategorien wurden auch für den selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand gebildet: "weniger gut bis sehr schlecht" versus "gut bis ausgezeichnet". Mit Hilfe einer logistischen Regressionsanalyse wurde die mit Einsamkeit bzw. mit der Größe des sozialen Netzwerks verbundenen Odds Ratios (Schätzwerte für das relative Risiko eines Ereignisses) ermittelt. Eine Odds Ratio größer als 1 weist auf ein erhöhtes Risiko für das betreffende Ereignis hin. Entsprechend weist eine Odds Ratio unter 1 auf ein verringertes Risiko hin. Liegt der gesamte 95 %-Vertrauensbereich (auch Konfidenzintervall genannt) ebenfalls vollständig über bzw. vollständig unter 1, werden die Zusammenhänge als statistisch

³⁹ Welch's $F(2; 828,778) = 90,933$; $p < 0,001$

⁴⁰ Post Hoc Test Games Howell: $p < 0,001$

⁴¹ Post Hoc Test Games Howell: $p < 0,001$

⁴² Post Hoc Test Games Howell: $p = 0,054$

signifikant eingestuft. In den relevanten Regressionsmodellen wurden die ergebnisverzerrenden Auswirkungen von Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status jeweils herausgerechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 bzw. Tabelle 11 dargestellt und werden im Folgenden näher erläutert.

Tabelle 10: Logistische Regressionsmodelle für Einsamkeit (Einsamkeitsscore > 2,5) und ungünstiges Gesundheitsverhalten bzw. schlechteren Gesundheitszustand

Vorhergesagte Gesundheitsvariablen	Risikoschätzer (Odds Ratio)	95 % Vertrauensbereich	
		Von	Bis
Gesundheitsverhalten			
Rauchen (0=nein, 1=ja)	0,97	0,70	1,29
Riskanter Alkoholkonsum (0=nein, 1=ja)	0,75	0,54	1,05
Obst- und Gemüseverzehr seltener als 1 Mal am Tag (0=nein, 1=ja)	1,62	1,18	2,23
Seltener als einmal in der Woche körperlich aktiv (0=nein, 1=ja)	1,69	1,23	2,31
allgemeine Gesundheit (selbstberichtet)			
0=gut bis ausgezeichnet, 1= sehr schlecht bis weniger gut	3,07	2,26	4,16

N=2.399; in separaten Regressionsmodellen analysiert, alle Modelle berücksichtigten Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status; Einsamkeit: 0=Score unter 2,5; 1=Score über 2,5

Tabelle 11: Logistische Regressionsmodelle für Größe des Sozialen Netzwerks und ungünstiges Gesundheitsverhalten bzw. schlechteren Gesundheitszustand

Vorhergesagte Gesundheitsvariablen	Risikoschätzer (Odds Ratio)	95 % Vertrauensbereich	
		Von	Bis
Gesundheitsverhalten			
Rauchen (0=nein, 1=ja)			
Kleines soziales Netzwerk	1,35	0,97	1,87
Mittleres soziales Netzwerk	1,25	0,91	1,70
Großes/sehr großes soziales Netzwerk	Referenz		
Riskanter Alkoholkonsum (0=nein, 1=ja)			
Kleines soziales Netzwerk	0,77	0,56	1,06
Mittleres soziales Netzwerk	1,01	0,75	1,36
Großes/sehr großes soziales Netzwerk	Referenz		
Obst- und Gemüseverzehr seltener als 1 Mal am Tag			
Kleines soziales Netzwerk	2,33	1,58	3,42
Mittleres soziales Netzwerk	1,30	0,89	1,89
Großes/sehr großes soziales Netzwerk	Referenz		
Mangelnde körperliche Aktivität*			
Kleines soziales Netzwerk	3,60	2,29	5,64
Mittleres soziales Netzwerk	1,98	1,27	3,08
Großes/sehr großes soziales Netzwerk	Referenz		
schlechtere allgemeine Gesundheit (selbstberichtet)			
Kleines soziales Netzwerk	2,28	1,62	3,21
Mittleres soziales Netzwerk	1,35	0,97	1,87
Großes/sehr großes soziales Netzwerk	Referenz		

N=2.399; in separaten Regressionsmodellen analysiert, alle Modelle berücksichtigten Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status, *seltener als einmal in der Woche.

Rauchen

In der LAB60+ Studie wurden Personen, die täglich oder gelegentlich Rauchen oder erst in den letzten 10 Jahren damit aufgehört haben, mit Personen, die nie geraucht oder vor mehr als 10 Jahren damit aufgehört haben, verglichen. Das Regressionsmodell zeigte, dass Einsamkeit (Einsamkeitswert > 2,5) nicht mit den Unterschieden im Rauchverhalten verbunden war. Ein kleines oder mittelgroßes soziales Netzwerk (im Vergleich zu einem großen oder sehr großen Netzwerk) hing ebenfalls nicht mit dem Rauchverhalten zusammen. Somit konnten die Ergebnisse der oben genannten britischen Studien der ein Zusammenhang zwischen objektiver sozialer Isolation und Rauchen festgestellt wurde, nicht festgestellt werden. In der britischen Studie wurden die Teilnehmer allerdings wiederholt über viele Jahre hinweg befragt, und es wurde untersucht, ob jemand zu irgendeinem Zeitpunkt während der 10 Jahre der Studie geraucht hatte.

Alkoholkonsum

Riskanter Alkoholkonsum war definiert als ein AUDIT-C-Wert von über 3 für Frauen oder über 4 für Männer (vgl. Kapitel 8.4 Gesundheitsverhalten). Die Ergebnisse für den Alkoholkonsum unterscheiden sich ebenfalls von denen in England. Ein riskanter Alkoholkonsum war weder mit Einsamkeit noch mit kleineren bis mittelgroßen sozialen Netzwerken in der LAB60+ Studie assoziiert. Tendenziell waren kleinere soziale Netzwerke eher mit einem geringeren Risiko für einen problematischen Alkoholkonsum verbunden. Diese Ergebnisse erreichten jedoch keine statistische Signifikanz.

Obst- und Gemüseverzehr

Zur Prävention chronischer Krankheiten empfehlen sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE e.V.) den Verzehr von mindestens 400 g Obst oder Gemüse pro Tag (WHO 2003, Boeing et al. 2012). Die Menge des täglich verzehrten Obstes und Gemüses wurde zwar nicht abgefragt, wohl aber die Anzahl der Tage pro Woche, an denen Obst und Gemüse verzehrt werden. Es wurde untersucht, ob Einsamkeit und kleinere soziale Netzwerke mit dem unzureichenden Verzehr von Obst und Gemüse, definiert als nicht täglicher Verzehr, einhergehen. Es konnten hier statistisch signifikante Zusammenhänge festgestellt werden. Einsamkeit erhöhte das Risiko, seltener als einmal am Tag Obst oder Gemüse zu essen, um 62 %. Der Zusammenhang mit sozialen Netzwerken war sogar noch deutlicher. Im Vergleich zu einem großen sozialen Netzwerk ist das Risiko eines unregelmäßigen Verzehrs von Obst und Gemüse bei einem kleinen sozialen Netzwerk mehr als doppelt so hoch.

Mangelnde körperliche Aktivität

Die Teilnehmenden berichteten, an wie vielen Tagen in der Woche sie normalerweise körperlich aktiv waren. Dabei sollte die körperliche Betätigung mindestens 30 Minuten dauern und dazu führen, dass die befragte Person außer Atem kommt. Untersuchungsgegenstand war, ob ein Mangel an körperlicher Aktivität mit subjektiver und objektiver Isolation zusammenhängt. Deshalb wurde untersucht, inwieweit einsame oder sozial isolierte Personen dazu neigen, nicht regelmäßig zu trainieren (seltener als einmal in der Woche). Es konnten statistisch signifikante Assoziationen für den Bewegungsmangel ausgemacht werden. Das Fehlen von körperlicher Betätigung war bei Einsamkeit um 69 % wahrscheinlicher. Das Risiko mangelnder Bewegung stieg auch mit abnehmender Sozialnetzgröße. Ein mittelgroßes soziales Netzwerk verdoppelte fast das Risiko, keinen Sport zu treiben, und ein kleines soziales Netzwerk erhöhte das Risiko um das 3,6-fache.

Schlechterer allgemeiner Gesundheitszustand

Die Teilnehmenden wurden zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand befragt. Sechs Kategorien von „ausgezeichnet“ bis „sehr schlecht“ standen zur Auswahl. Die Hälfte der Kategorien, die einer Gesundheitsbeeinträchtigung entsprechen, wurde als schlechtere Gesundheit zusammengefasst. Das Risiko einer schlechteren Gesundheit war sehr stark mit Einsamkeit verbunden: Es war bei Einsamkeit etwa auf das 3,1-fache erhöht. Personen, die über ein kleines soziales Netzwerk verfügen, hatten ein etwa auf das 2,3-fache erhöhtes Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand als Personen mit einem großen Netzwerk.

6.6 Auswertungen zur Altersdiskriminierung

6.6.1 Vorkommen von Altersdiskriminierung

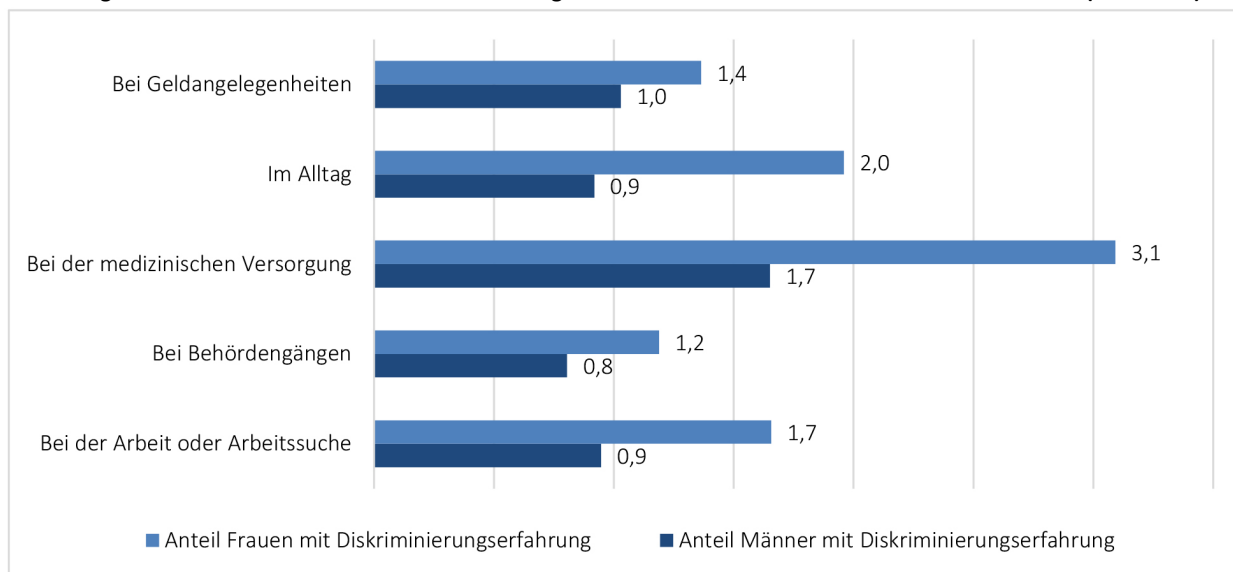
Von allen befragten Personen gaben nur 6,9 % an, in den vergangenen zwölf Monaten eine Altersdiskriminierung erlebt zu haben. 91,4 % verneinten sie und 1,7 % beantworteten die Frage nicht.

Bei Bejahung wurden die Personen gefragt, in welchen Lebensbereichen sie Altersdiskriminierung erlebten, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Am häufigsten wurde die Kategorie „medizinische Versorgung“ genannt (von 2,4 % aller Befragten), gefolgt von „Alltagsituationen“ (1,5 %) und „Arbeit/Arbeitssuche“ (1,4 %). Die Diskriminierung aufgrund des Alters bei Geldangelegenheiten (1,2 %) und bei Behördengängen (1,0 %) wurde seltener genannt.

8,1 % der teilnehmenden Frauen gaben an, in den vergangenen zwölf Monaten Altersdiskriminierung erlebt zu haben, aber nur 5,9 % der Männer. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant⁴³. Die Odds Ratio (OR) lag bei 1,41. Das bedeutet, dass Frauen etwa 1,4-mal so häufig wie Männer in den letzten zwölf Monaten gefühlte Altersdiskriminierung erlebten.

Der Anteil von Frauen und Männern, die jeweils Altersdiskriminierung in den einzelnen Lebensbereichen erlebten, ist in Abbildung 31 dargestellt. Es gab statistisch bedeutsame Unterschiede bei der medizinischen Versorgung und im Alltag. Bei der medizinischen Versorgung berichteten Frauen fast doppelt so häufig über Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihres Alters⁴⁴ (3,1 % aller Frauen und nur 1,7 % aller Männer). Im Alltag erlebten Frauen 2,3-mal so häufig Altersdiskriminierung wie Männer⁴⁵ (2,0 % aller Frauen und nur 0,9 % aller Männer). In den anderen Lebensbereichen waren die Geschlechterunterschiede nicht statistisch signifikant.

Abbildung 31: Anteil der erlebten Altersdiskriminierung in verschiedenen Lebensbereichen nach Geschlecht (in Prozent)



Es gab ferner keinen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der erlebten Altersdiskriminierung nach dem Geburtsland (Deutschland, anderes Geburtsland)⁴⁶. $N_{\text{Frauen}} = 1.259$; $N_{\text{Männer}} = 1.141$; Mehrfachantworten waren möglich.

Bei der Verteilung der Altersdiskriminierung auf die verschiedenen Altersgruppen war der Unterschied statistisch signifikant⁴⁷. Der Anteil der Personen, die Altersdiskriminierung angaben, ist in Abbildung 32 dargestellt. Dabei ist ersichtlich, dass vor allem die jüngste Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen häufiger Diskriminierungserfahrungen angab (10,2 %). Das könnte daran liegen, dass diese Altersgruppe zumeist noch berufstätig ist und sich so mehr Gelegenheiten ergeben, aufgrund des Alters Nachteile zu erfahren. Dies ist auch erkennbar an der Frage nach Altersdiskriminierung bei der Arbeit oder Arbeitssuche: Hier gaben 5,9 % in

⁴³ $\chi^2(1) = 4,337$; $p = 0,037$

⁴⁴ $\chi^2(1) = 5,208$; $p = 0,022$; $OR = 1,89$

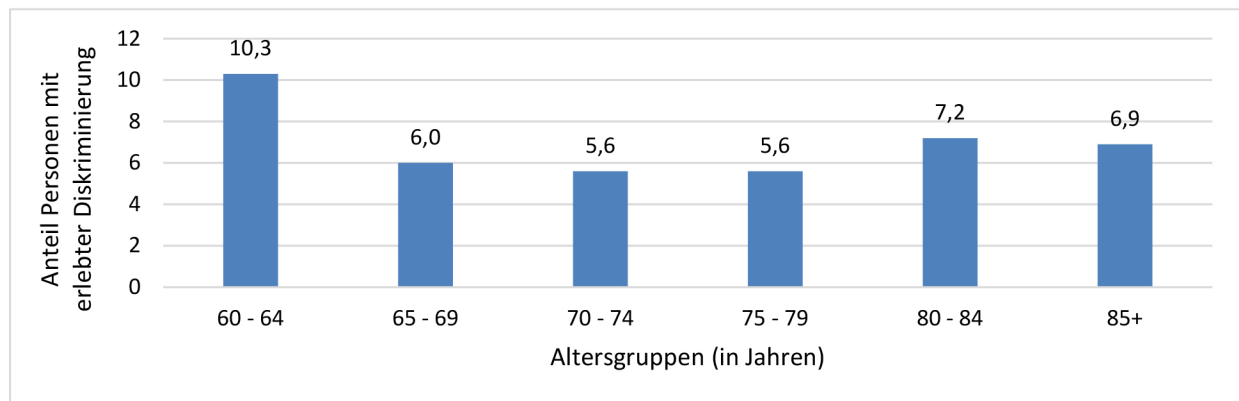
⁴⁵ $\chi^2(1) = 5,125$; $p = 0,024$, $OR = 2,29$

⁴⁶ $\chi^2(1) = 0,022$; $p = 0,882$

⁴⁷ $\chi^2(5) = 11,297$; $p = 0,046$

der Altersgruppe zwischen 60 und 64 Jahren an, Diskriminierung erlebt zu haben, jeweils 0,5 % in den Altersgruppen zwischen 65 und 69 Jahren sowie 70 und 74 Jahren, dagegen niemand in den höheren Altersgruppen.

Abbildung 32: Anteil erlebter Altersdiskriminierung nach Altersgruppen (in Prozent)



6.6.2 Vergleich mit gesamtdeutscher Stichprobe

Diese Ergebnisse ähneln denen der DEAS-Befragung. Im Jahr 2017 lag der Anteil derer, die angaben, wegen ihres Alters in den letzten zwölf Monaten diskriminiert worden zu sein, bei 8,5 % (Wettstein & Nowossadeck, 2021). Bei der im Sommer 2020 durchgeführten DEAS-Befragung gaben 5,4 % der befragten Personen im Alter zwischen 50 und 90 Jahren an, seit Beginn der Corona-Krise (also in den vergangenen vier Monaten) aufgrund ihres Alters benachteiligt worden zu sein (Wettstein & Nowossadeck, 2021). Der Anteil lag in der LAB60+ Befragung mit 6,9 % genau zwischen diesen Vergleichswerten. Dresdner Bürgerinnen und Bürger über 60 Jahre erleben also in etwa gleich häufig Altersdiskriminierung wie die gesamtdeutsche Vergleichsstichprobe. In der deutschlandweiten DEAS Befragung gab es, anders als in der Dresdner LAB60+ Studie, keine statistisch signifikanten globalen Unterschiede in der Häufigkeit der erlebten Altersdiskriminierung nach Altersgruppen oder Geschlecht.

Bei den Detailfragen nach der erlebten Altersdiskriminierung in den einzelnen Lebensbereichen berichteten Frauen in der DEAS Befragung 1,7-mal so häufig von Altersdiskriminierung im Alltag wie Männer (LAB60+: 2,3-mal so häufig). Bei der DEAS Befragung gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Diskriminierung bei der medizinischen Versorgung (LAB60+: 1,9-mal so häufig) (Wettstein & Nowossadeck, 2021).

Auswertung der offenen Antworten

39 Personen nutzten zudem die Möglichkeit, in der offenen Antwortkategorie ihre subjektiven Erfahrungen mit Altersdiskriminierung zu spezifizieren. An dieser Stelle sollen beispielhaft einige wörtliche Zitate genannt werden. Diese stellen die individuelle Meinung der Befragten dar und geben nicht zwingend Aufschluss über tatsächliche Diskriminierung.

Die meisten Nennungen (N = 12) bezogen sich auf die Corona-Pandemie und dabei besonders auf die Organisation der Impfkampagne: „*Ich habe fast 1,5 Monat[e] gebraucht, um einen Impftermin zu bekommen*“.

Zwei Personen nannten aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur Risikogruppe den Verlust ihrer Arbeitsstelle: „*wegen Corona Teilzeitstelle verloren, Kurzarbeit, dann Rente*“.

Fünf der Kommentare beschäftigten sich allgemein mit dem Thema Arbeit und Rente: „*nach 44 Arbeitsjahren Betriebschließung - mit 62 Jahren Arbeit finden aussichtslos!*“

Fünf Kommentare bezogen sich auf Benachteiligungen bei der medizinischen Versorgung: „*wurde im Krankenhaus [...] nach Hause geschickt, da zum Darmröntgen zu alt*“.

Sechs Kommentare bezogen sich auf Geldangelegenheiten, z. B. Versicherungen aber auch Haustürgeschäfte: „*auf Grund meines Alters wurde ich aus der Unfallversicherung rausgekündigt trotz jahrzehntelanger Unfallfreiheit*“.

Zehn Kommentare bezogen sich auf das Erleben im Alltag, z. B. mangelnde Beteiligung durch fehlende Internetnutzung, Benachteiligungen bei der Mobilität und im sozialen Miteinander: „*Da ich nicht online bin, fühle ich mich benachteiligt, mir entgehen wichtige Informationen und ich kann mich an manchen Dingen nicht beteiligen, was sicher auch telefonisch möglich wäre*“; „*Bedienung der Fahrkartenautomaten [...] für mich unmöglich*“; „*im Miteinander mit Jüngeren (gelegentlich)*“.

Zum Thema Behördengänge äußerte sich nur eine Person: „*alle öffentlichen Ämter keinen Winterdienst, für Behinderte unerreichbar, keine Parkplätze unhaltbare Zustände, eine Schande für Dresden*“.

6.7 Resümee

Der erste Teil dieses Kapitels beschäftigte sich mit sozialen Gruppen, Kontakten und Netzwerken. Positiv war, dass sich fast dreiviertel aller befragten Personen als Teil ihrer unmittelbaren Nachbarschaft sahen und mehr als 80 % empfanden es als wichtigen Teil ihres Selbstbildes, eine Bürgerin oder ein Bürger der Stadt Dresden zu sein. Die Mehrzahl der Befragten fühlten sich jedoch zum Zeitpunkt der Befragung nicht stark mehreren sozialen Gruppen zugehörig, was möglicherweise durch den Einfluss der Beschränkungen in der Corona-Pandemie erklärt werden kann. Dennoch berichteten Personen, die sich mehreren sozialen Gruppen zugehörig fühlten, von besserer Gesundheit und höherem Wohlbefinden. Die am häufigsten genannten Gruppen, denen die Befragten angehörten, waren Sportvereine und andere Sportgruppen. Es kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass alle Personen nach Aufhebung der Corona-Beschränkungen wieder zu ihren Aktivitäten in sozialen Gruppen zurückkehren. Um dies zu untersuchen, wäre eine Folgebefragung nach der Corona-Pandemie notwendig.

Hinsichtlich der sozialen Kontakte ergab sich folgendes Bild: Die meisten Personen in der Stichprobe gaben an, nahestehende Verwandte und enge Freundinnen und Freunde zu haben. Insgesamt hatten die Befragten mehr nahestehende Verwandte als enge Freundinnen und Freunde. Alleinlebende Personen und höhere Altersgruppen hatten weniger Sozialkontakte. Alleinlebende Personen nutzten häufiger als andere Seniorenbegegnungsstätten, aber nicht Seniorenberatungsstellen. Hinsichtlich der sozialen Netzwerke gaben etwa 35 % der Teilnehmenden an, ein kleines soziales Netzwerk zu haben, etwa 50 % hatten ein mittelgroßes und etwas weniger als 15 % hatten ein großes soziales Netzwerk. Aus diesen Ergebnissen ergibt sich die Notwendigkeit, die soziale Teilhabe gerade der älteren und alleinlebenden Menschen in Dresden zu fördern, da diese nur wenig Sozialkontakte angaben. Dies ist insbesondere wichtig, da vielfältige Sozialkontakte einen wesentlichen Beitrag zu mehr Gesundheit und Zufriedenheit leisten können. Ein geeigneter Ansatzpunkt dafür könnten die Seniorenbegegnungsstätten sein, die schon jetzt von Alleinlebenden häufiger genutzt werden.

Der zweite Teil des Kapitels widmete sich dem Thema Einsamkeit. Die überwiegende Mehrheit der Befragten fühlte sich nicht einsam, die Einsamkeitsrate lag bei etwa 10 %. Die geringste Einsamkeitsrate gab es in der Neustadtdt, die höchste in Leuben. Es gab keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen beim Einsamkeitsempfinden. Die Befragten der LAB60+ Studie waren etwas weniger einsam als eine gesamtdeutsche Vergleichsstichprobe von Menschen über 40 Jahre im Sommer 2020 (Einsamkeitsrate 14 %). Kleinere soziale Netzwerke und stärkere Einsamkeit standen in engem Zusammenhang mit schlechterer Ernährung (unzureichender Verzehr von Obst und Gemüse), fehlender körperlicher Betätigung (seltener als einmal in der Woche) und schlechterer Gesundheit. Rauchen und riskanter Alkoholkonsum hingen hingegen nicht mit der Netzwerkgröße und Einsamkeit zusammen. Da jede zehnte befragte Person unabhängig vom Alter und Geschlecht in der LAB60+ Studie einsam war, sollten Anstrengungen unternommen werden, diese Zahl zu reduzieren.

Der dritte Teil des Kapitels widmete sich dem Thema Altersdiskriminierung. Etwa 7 % aller Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten aufgrund ihres Alters diskriminiert worden zu sein, am häufigsten in den Lebensbereichen medizinische Versorgung, im Alltag und bei der Arbeit/Arbeitssuche. Frauen und die jüngste Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen erlebten am häufigsten Altersdiskriminierung. Dresdner Bürgerinnen und Bürger im Alter von über 60 Jahren erleben etwa gleich häufig Altersdiskriminierung wie die Personen in einer gesamtdeutschen Vergleichsstichprobe. Dies könnte einerseits als Entwarnung gedeutet werden: Nur ein geringer Teil der Personen erlebt Altersdiskriminierung. Aufgrund der extrem negativen Auswirkungen von Diskriminierung auf die Gesundheit (Wettstein & Nowossadeck, 2021) sollten jedoch ungeachtet dieser vermeintlich geringen Prävalenz Bemühungen intensiviert werden, Altersdiskriminierung entgegen zu wirken. Die Berichterstattung über ältere Menschen sollte zudem nicht einseitig und defizitorientiert sein, sondern sollte auch die Stärken und Ressourcen älterer Menschen sowie die diversen Altersbilder und Lebensmodelle betonen. Strukturelle Hürden, z. B. bei der medizinischen

Versorgung, müssen weiter abgebaut werden. Auch die zunehmende Digitalisierung im Alltag darf nicht dazu führen, dass Ältere unbeachtet bleiben und von Nachrichten und Teilhabe ausgeschlossen werden.

7. Teilhabe, Alltags- und Freizeitverhalten und Ehrenamt

7.1 Gesellschaftliche Teilhabe, Ehrenamt und Freizeitverhalten

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem Alltags- und Freizeitverhalten sowie der gesellschaftlichen Teilhabe der Seniorinnen und Senioren in Dresden. Der Begriff der gesellschaftlichen Teilhabe bezieht sich auf die soziale Partizipation von Menschen. Es bieten sich vielfältige Möglichkeiten, sich in verschiedenen Gruppen der Gesellschaft zu beteiligen. Dabei überschreitet gesellschaftliche Teilhabe immer „rein private Belange“ (Roßteutscher, 2009, S.163), da diese Beteiligung sich entweder an eine Gruppe richtet oder in einer Gemeinschaft ausgeübt wird. Die soziale Teilhabe wird ferner von politischer Partizipation unterschieden, welche auf die Beeinflussung von Entscheidungen abzielt. Stattdessen beschreibt die soziale Partizipation „öffentliches, kollektives Handeln ohne direkte politische Motivation“ (Roßteutscher, 2009, S. 163) über private Interessen hinaus. Entsprechend werden in diesem Kapitel folgende, die soziale Teilhabe betreffende, Themengebiete behandelt: Zugang zum Internet, Mediennutzung, Ehrenamt, Nutzung von Seniorenbegegnungs- und Seniorenberatungsstellen, Freizeitaktivitäten, Lebensperspektiven und Lebensziele der älteren Personen.

7.1.1 Theorie und Hintergrund zu Instrumenten und Konstrukten

Internetnutzung

Die aktuelle Forschung zeigt: Obwohl die Abdeckung des Internet-Zuganges in Deutschland in den letzten Jahren deutlich ansteigt, bestehen weiterhin Unterschiede im Nutzungsverhalten verschiedener Gruppen. Ältere Menschen, Frauen und Personen mit niedriger Bildung nutzten das Internet anteilig seltener (Kortmann et al., 2021). Hinsichtlich der Zwecke der Internetnutzung werden von Menschen in der zweiten Lebenshälfte am häufigsten die Suche nach Informationen, die Pflege sozialer Kontakte sowie Unterhaltung und Kultur genannt (Kortmann et al., 2021). Auch hier gibt es deutliche Altersunterschiede: Während ältere Erwachsene (ab 76 Jahren) im Vergleich zu Menschen zwischen 46 bis 75 Jahren das Internet in allen Bereichen seltener nutzten, fallen die Unterschiede beim Einkaufen im Internet besonders groß aus. Bei der Pflege sozialer Kontakte im Internet unterscheiden sich ältere und jüngere Seniorinnen und Senioren weniger (Kortmann et al., 2021). Während der Corona-Pandemie verlagerte sich ein Großteil des sozialen Lebens in das Internet. In den Zeiten der stärksten Kontaktbeschränkungen wurde seine Nutzung für soziale Teilhabe nahezu unerlässlich.

In der LAB60+ Studie wurde zugleich nach dem Zugang und der Nutzung des Internets gefragt, und zwar mit folgender Frage: „Haben Sie die Möglichkeit, zu Hause das Internet zu benutzen?“. Die Antwortmöglichkeiten waren 1 = „Ja, habe ich und ich nutze es“, 2 = „Ja, habe ich, aber ich nutze es nicht“, 3 = „Nein, habe ich nicht, aber ich nutze das Internet woanders“ und 4 = „Nein, habe ich nicht, und ich nutze das Internet auch nicht“. Die Optionen 1 und 2 bilden also den potentiellen Zugang und die Optionen 1 und 3 die tatsächliche Nutzung des Internets ab. Gaben die Personen an, dass sie das Internet nutzen (Optionen 1 und 3), wurden sie nach der Nutzungshäufigkeit des Internets für acht unterschiedliche Zwecke gefragt, ähnlich wie in der Befragung des deutschen Alterssurvey (DEAS)⁴⁸ (Kortmann et al., 2021). Die acht Bereiche lauteten:

⁴⁸ Die DEAS Studie wurde im Kapitel „Studiendesign und Methodik“ vorgestellt.

- Kontakt mit Freundinnen und Freunden, Bekannten und Verwandten (z. B. Messenger-Dienste, E-Mail)
- Suche nach neuen sozialen Kontakten (z. B. Freundinnen und Freunden, Partnerin oder Partner, Gleichgesinnten)
- Suche nach Informationen (z. B. Nachrichten, Ratgeber, Wikipedia)
- Bankgeschäfte (z. B. Online-Banking)
- Unterhaltung (z. B. Musik, Filme, Spiele, Fernsehen)
- Einkaufen (z. B. Amazon, eBay)
- eigene Inhalte erzeugen (z. B. Texte, Bilder, Musik, Videos, Webseiten, Online-Verkäufe)
- Social Media (z. B. Twitter, Facebook)

Die folgenden Antwortmöglichkeiten wurden vorgegeben: „täglich“, „mehrmals in der Woche“, „mehrmals im Monat“, „seltener“, „nie“. Für eine vereinfachte Ergebnisdarstellung wurden die Kategorien „täglich“ und „mehrmals in der Woche“ als „häufige Nutzung“ zusammengefasst und die Kategorien „mehrmals im Monat“ und „seltener“ wurden als „gelegentliche Nutzung“ zusammengefasst.

Informationsverhalten

Das Internet wird für viele (besonders jüngere) Menschen mehr und mehr zur primären Quelle, um Informationen für das tägliche Leben zu suchen. In der LAB60+ Studie sollte daher untersucht werden, welche Informationsquellen die über 60-jährigen Dresdnerinnen und Dresdner nutzen.

In Anlehnung an eine Frage aus der LISA-II-Studie⁴⁹ (Bezirksamt Mitte von Berlin 2021) wurden die Teilnehmenden der LAB60+ Studie gefragt: „Wie informieren Sie sich über gesundheitliche, kulturelle und soziale Angebote in Dresden?“. Die Antwortmöglichkeiten waren „kostenlose Zeitungen (z. B. Lokalzeitung, Dresdner Amtsblatt)“, „kostenpflichtige Zeitungen oder Zeitschriften“, „Gespräche mit Bekannten und Verwandten“, „Beratungsangebote und Beratungsstellen“, „Radio oder Fernsehen“, „Internet“ und „Informationen der Krankenkassen oder Apotheken“. Bei den Beratungsangeboten und Beratungsstellen gab es die Möglichkeit zu spezifizieren, welche man nutzt. Zusätzlich gab es eine offene Kategorie, in der sonstige Informationsangebote genannt werden konnten. Mehrfachantworten waren möglich.

Ehrenamt

Unter einem Ehrenamt ist eine, für das Wohl anderer Menschen ausgeübte, freiwillige Tätigkeit zu verstehen. Das Ehrenamt findet in der Regel im öffentlichen Raum statt, ist gemeinwohlorientiert und schließt finanziellen Gewinn aus (Simonson et al. 2021). Es kann an eine Organisation, wie zum Beispiel einen Verein, einen Verband oder eine Kirche, gebunden sein. In diesem Fall wird das Ehrenamt als „formelles“ Ehrenamt bezeichnet. Im Rahmen der Pluralisierung und Individualisierung der Gesellschaft haben sich daneben „neue“ oder „informelle“ ehrenamtliche Tätigkeiten etabliert. Diese sind von einer schwachen Bindung an Organisationen gekennzeichnet. Beispiele dafür sind Hilfs- oder Sorgearbeiten oder ein freiwilliges Engagement in selbstgegründeten Gruppen oder Initiativen (Mergenthaler & Micheel 2020). Die informellen Tätigkeiten können dabei auch Sorgearbeiten innerhalb der Familie, wie die Betreuung von Enkelkindern oder die Pflege von Angehörigen, umfassen (Mergenthaler et al., 2020, S. 44). Die Ausübung eines Ehrenamtes kann für das Individuum mit einem positiven Einfluss auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensdauer im Alter verbunden sein (Thoits 2012). Auch kann es eine bedeutsame Quelle der Sinnggebung und Identität darstellen sowie zur Tagesstrukturierung beitragen. Daneben ist die ehrenamtliche Tätigkeit für die Gesellschaft wertvoll, indem sie einen Beitrag zum Wohlergehen anderer Menschen leistet und Zusammenhalt sowie Solidarität in der Gesellschaft unterstützt. Auf Basis der Methodik des Freiwilligensurvey (Julia Simonson & Tesch-Römer 2016) und der „TOP-Studie“⁵⁰ (Sackreuther et al. 2016) wurden die Teilnehmenden der LAB60+ Studie gefragt, ob sie aktuell ein Ehrenamt ausüben oder sich vorstellen können, dies in Zukunft zu tun⁵¹.

⁴⁹ Die LISA-II-Studie wurde im Kapitel „Studiendesign und Methodik“ vorgestellt.

⁵⁰ „TOP-Studie“ steht für „Transitions and Old Age Potential: Übergänge und Alternspotenziale“, siehe auch unter www.bib.bund.de/top

⁵¹ „Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, zukünftig eine freiwillige oder ehrenamtliche Tätigkeit in den folgenden Bereichen auszuüben oder sich daran zu beteiligen? (Es geht um freiwillig übernommene Aufgaben und Arbeiten, die unbezahlt oder gegen eine geringe Aufwandsentschädigung ausgeübt werden.)

Antwortkategorien von 1 = „überhaupt nicht vorstellen“ bis 4 = „sehr gut vorstellen“, bzw. 5 = „mache ich schon“

Teilhabe und Freizeitverhalten

Über die (ehrenamtliche) Arbeit und Aktivitäten in Vereinen und Organisationen hinaus umfasst die soziale Teilhabe und die Einbindung in eine Gesellschaft auch weniger formell organisierte Aktivitäten. Deshalb wurden die Teilnehmenden gefragt, ob und wie oft sie an Freizeitaktivitäten teilnehmen. Auch hier wurde sich im Rahmen von LAB60+ weitgehend an einer Frage aus der LISA-II-Studie orientiert (Bezirksamt Mitte von Berlin 2021). In dieser Untersuchung wurden 1.570 Personen über 60 Jahre in Berlin-Mitte über ihre Lebensqualität, Interessen und Selbständigkeit im Alter befragt, d. h. konkret nach ihren Beschäftigungen im Laufe eines Tages bzw. einer Woche. Am häufigsten gaben die Befragten an, täglich „fernzusehen“ (82,2 %), „im eigenen Haushalt zu arbeiten“ (63,2 %) und „im Internet zu surfen“ (50,2 %). Dagegen beschäftigten sich die Personen selten jeden Tag durch Aktivitäten wie dem Besuch von „Nachbarschafts-/Begegnungsstätten“ (7,8 %), einer „Bibliothek“ (7,4 %) und „Tanzen“ (4,1 %). Anders als in der LISA-II-Studie wurden in der LAB60+ Studie für die unten beschriebenen Auswertungen die Aktivitäten jedoch nicht in tägliche und seltene Aktivitäten unterteilt. Stattdessen gab es die Möglichkeit zu berichten, ob eine Aktivität täglich, mehrmals pro Woche oder mehrmals pro Monat, seltener oder nie durchgeführt wurde. In der LISA-II-Studie wurde diese Frage zusätzlich zur Erfassung körperlicher Aktivitäten in der Zielgruppe verwendet, indem auch nach Sportarten (Fahrradfahren, Tanzen, Schwimmen) gefragt wurde. Davon abweichend wurde in der LAB60+ Studie die körperliche Aktivität mit einer gesonderten Frage erfasst. Daher ist die Liste der erfassten Aktivitäten im Vergleich zur LISA-II-Studie um die Sportarten verkürzt und es wurden breitere Kategorien verwendet. Diese Kategorien umfassten sowohl Aktivitäten innerhalb (z. B. Fernsehen, Lesen) und außerhalb (z. B. Essen/Trinken gehen, Bildungsangebote wahrnehmen) der eigenen Wohnung als auch Aktivitäten im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung (Arztbesuche und Therapien). Da die Situation vor und voraussichtlich auch nach der Corona-Pandemie bewertet werden soll, wurde die Frage so formuliert, dass die Häufigkeit der Aktivitäten vor der Corona-Pandemie erfasst wurde.

Lebensperspektiven und Lebensziele (Life Investment)

Eines der Forschungsthemen der LAB60+ Studie ist es, die Lebensperspektiven im Alter bzw. die Vorstellungen und Wünsche der Menschen ab 60 Jahren zur Lebensgestaltung im Alter zu erfassen. Um dieses Forschungsthema zu untersuchen, wurden die Fragen zu Lebensinvestitionen verwendet, die bei den DEAS-Erhebungen zwischen 2002 und 2011 eingesetzt wurden (Engstler et al. 2019). Für den DEAS wurde ein von Ebner et al. (2006) entwickeltes Instrument verwendet, welches die Bedeutung von 21 Bereichen des Lebens erfasst. Die DEAS-Frage lautete: "Wie oft denken Sie derzeit darüber nach oder tun etwas für...". Es konnten Werte zwischen 0 für "Ich denke nicht darüber nach und tue nichts dafür" und 6 für "Ich denke viel darüber nach und tue viel dafür" gewählt werden. In der LAB60+ Studie wurde diese Frage vereinfacht, indem nach nur zehn ausgewählten Bedeutungen der Lebensgestaltung gefragt wurde:

- Selbstentwicklung, Ausschöpfen eigener Fähigkeiten
- Gesundheit (gesundes, aktives Altern)
- Lebenserfahrung an andere weitergeben
- sich aktiv in die Gesellschaft einbringen
- frei von Verpflichtungen sein
- Sicherheit der Familie, Versorgung der Angehörigen
- Befriedigende (Freundschafts-) Beziehungen, soziales Eingebunden sein
- Genuss, Spaß, Vergnügen
- Körperliche Leistungsfähigkeit, Fitness
- Unabhängigkeit, persönliche Freiheit (selbstbestimmtes Leben).

Diese Frage hat ihren Ursprung in der Theorie der "Persönlichen Lebensinvestition" (PLI) (Ebner et al. 2006, Schindler & Staudinger 2008). PLI ist die motivierende Energie (Denken und Handeln), die in einen Lebensbereich investiert wird. In der Pilotierung der Fragebögen zeigte sich, dass die Kombination von Denken („Wie oft denken Sie derzeit darüber nach...“) und Handeln („... oder tun etwas für“), die in der ursprünglichen Frage verwendet wurde, von den Befragten als verwirrend empfunden wurde. Daher wurden die Teilnehmenden stattdessen gebeten, die Wichtigkeit der Themen für sich selbst zu beurteilen. Diese Simplifizierung erfasst nicht mehr die in Denken und Handeln investierte Energie, sondern ermittelt vielmehr

eine persönliche Wertschätzung von ausgewählten Lebensbereichen⁵². Außerdem gab es die Möglichkeit, weitere Themen in ein Freitextfeld einzutragen.

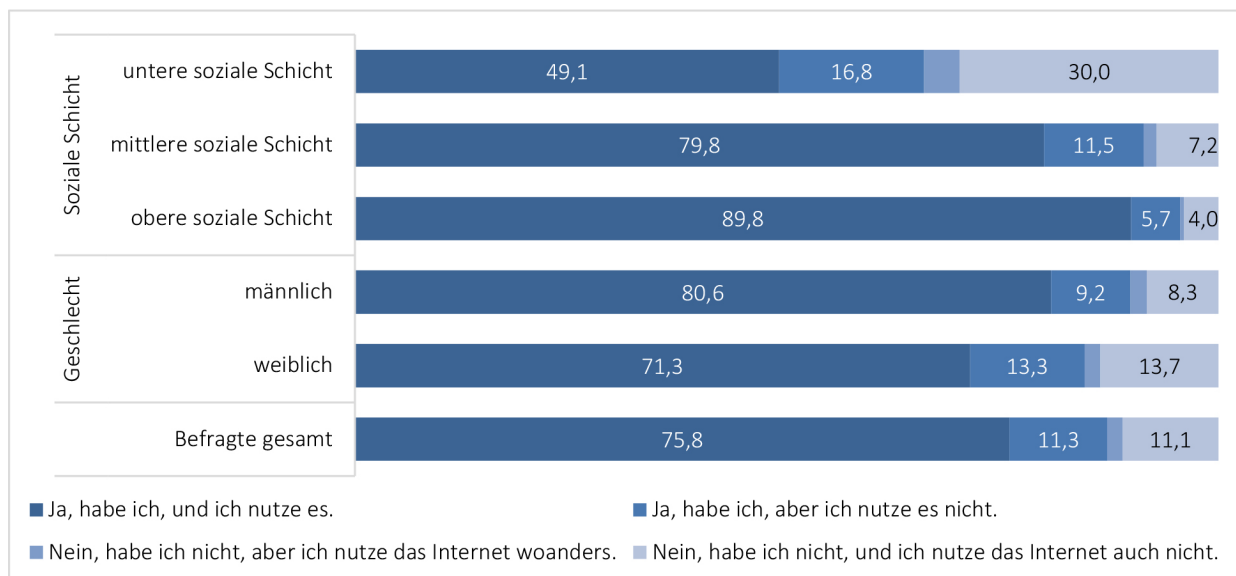
7.1.2 Forschungsfragen zu Teilhabe und Freizeit

In diesem Bericht werden mehrere Forschungsfragen zum Thema Teilhabe und Freizeit behandelt. Zunächst geht es um die Verteilung des Zugangs und der Nutzung des Internets nach Altersgruppen, Geschlecht, sozialer Schicht und Stadtbezirken. Danach wird beleuchtet, für welche Zwecke das Internet genutzt wird; hierzu werden verschiedene Altersgruppen und soziale Schichten miteinander verglichen. Anschließend geht es darum, welche Medien in verschiedenen Altersgruppen genutzt werden, um sich über Angebote in der Stadt Dresden zu informieren. Zudem wird auch die Häufigkeit ehrenamtlicher Tätigkeiten und die Bereitschaft für ehrenamtliches Engagement dargestellt. Daran anschließend geht es um die Häufigkeit, mit der verschiedene Freizeitaktivitäten in den jeweiligen Altersgruppen ausgeübt werden. Zum Abschluss werden die Lebensperspektiven und Lebensziele der Befragten behandelt.

7.1.3 Ergebnisse zur Internetnutzung

Die Frage nach der Internetnutzung wurde von 98,8 % aller Teilnehmenden beantwortet. Wie in Abbildung 33 ersichtlich, nutzte die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden das Internet zu Hause (75,8 %) und ein sehr kleiner Teil nutzte das Internet ausschließlich an einem anderen Ort (1,8 %). 11,3 % gaben an, die Möglichkeit zu haben, das Internet zu Hause zu nutzen, es aber nicht zu tun. Weitere 11,1 % nutzten das Internet nicht und hatten auch keine Möglichkeit dazu in ihrem zu Hause.

Abbildung 33: Möglichkeit, zu Hause das Internet zu nutzen gesamt und nach Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent)



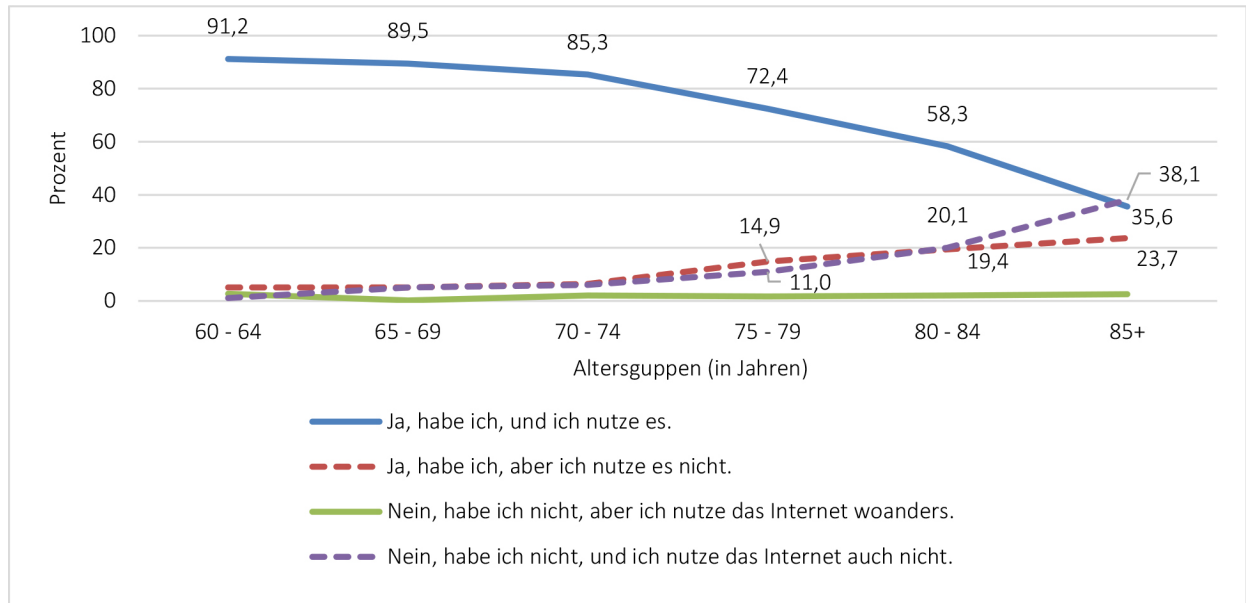
Anmerkung: Anteile <2 % nicht dargestellt; k. A. insgesamt: 1,2 %.

Es gibt in der LAB60+ Studie Unterschiede in der Internetnutzung nach dem Geschlecht. So geben Männer häufiger (82,5 %) als Frauen (73,1 %) an, das Internet zu Hause oder an einem anderen Ort zu nutzen. Deutlicher sind die Unterschiede nach der sozialen Schicht. 90,3 % der Personen aus der oberen sozialen Schicht nutzten das Internet, bei Personen aus der mittleren sozialen Schicht waren es 81,3 % und bei Personen aus der unteren sozialen Schicht nur 53,2 %. Auffällig ist zudem, dass in der unteren sozialen Schicht ein verhältnismäßig großer Teil der Personen das Internet ausschließlich außerhalb der eigenen Wohnung nutzte (4,1 %) im Vergleich zu Personen der mittlerem (1,5 %) und oberen (0,4 %) sozialen Schicht.

⁵² Eine weitere im Rahmen der LAB60+ Studie vorgenommene Vereinfachung war die Verkleinerung der Antwortskala auf einen Bereich von 0 = „gar nicht wichtig“ bis 5 = „sehr wichtig“. Dadurch wurde die Option einer zentralen Antwort eliminiert, um der Antworttendenz zur Mitte (central tendency bias) einer Skala entgegenzuwirken.

Die Verteilung der Internetnutzung nach Altersgruppen ist in Abbildung 34 dargestellt. Hier ist ein deutlicher Alterseffekt zu sehen. Die Anzahl der Personen, die das Internet außerhalb ihres Zuhauses nutzten, liegt in allen Altersgruppen konstant unter 3 %. Die Anzahl der Personen, die das Internet zu Hause nutzten, fiel mit steigendem Alter ab. Während es in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen noch über 90 % der Personen waren, sank die Anzahl besonders nach dem 76. Lebensjahr stark und in der Altersgruppe 85+ nutzten schließlich weniger als 40 % der Personen das Internet zu Hause. Die Anzahl der Personen, die das Internet nicht nutzten (unabhängig davon, ob sie die Möglichkeit dazu hätten), stieg entsprechend mit zunehmendem Alter.

Abbildung 34: Möglichkeit, zu Hause das Internet zu nutzen nach Altersgruppen (in Prozent)

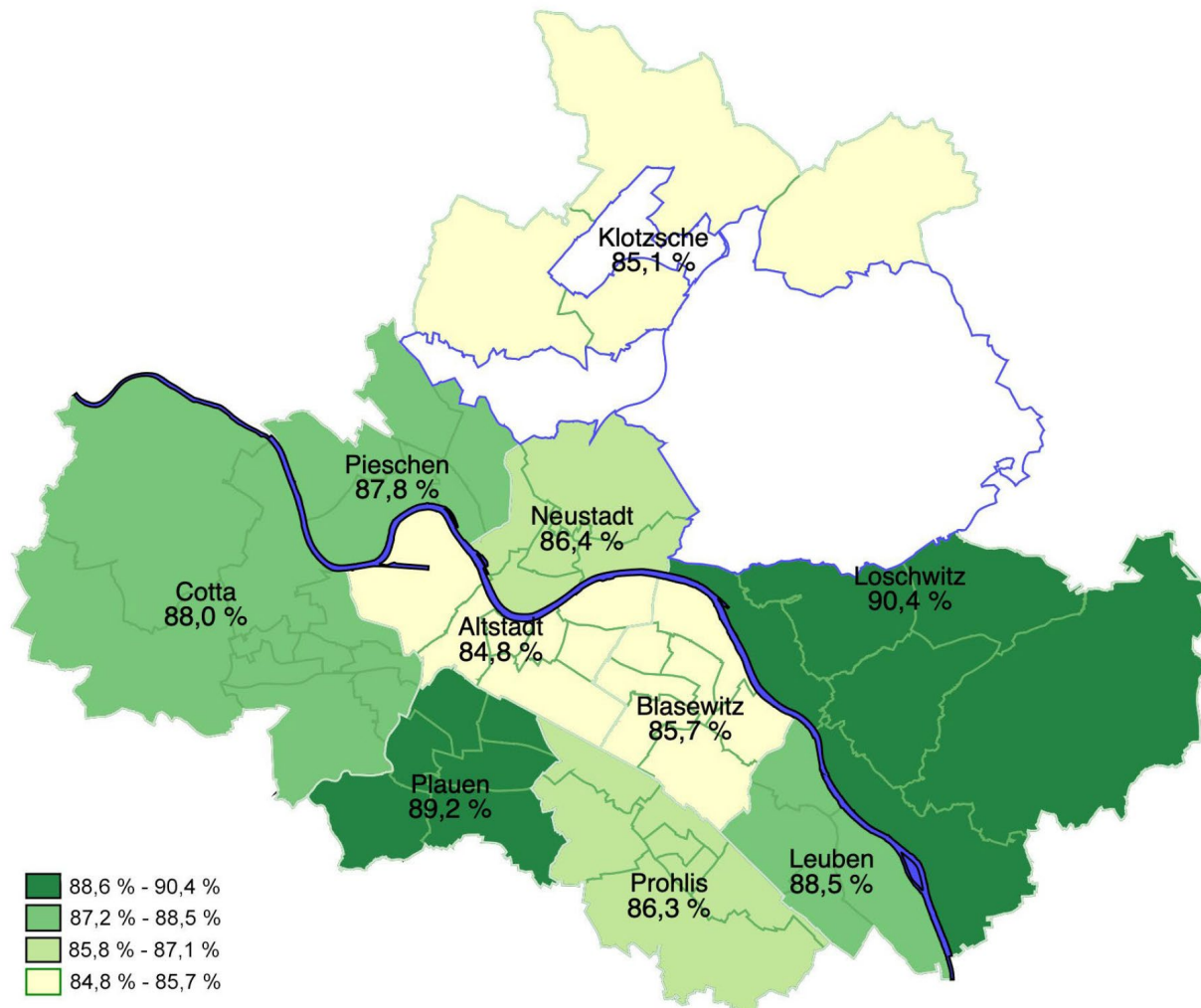


Anmerkung: Anteile <10 % nicht beschriftet

Diese Daten können gut mit denen der DEAS-Studie verglichen werden. Die letzte DEAS-Befragung fand im Sommer 2020 statt (Kortmann et al., 2021). In der DEAS-Befragung wird nicht zwischen Internetzugang und -nutzung unterschieden, sondern es wird pauschal gefragt: „Haben Sie Zugang zum Internet?“. Im Sommer 2020 hatten insgesamt 86,4 % der befragten Personen Zugang zum Internet (Kortmann et al., 2021). In der LAB60+ Studie hatten 87,1 % der befragten Personen in ihrem Zuhause Zugang zum Internet (unabhängig von der tatsächlichen Nutzung). In der DEAS-Befragung waren die Unterschiede nach dem Geschlecht etwas stärker ausgeprägt, so hatten dort 90,5 % der Männer (LAB60+: 89,8 %) und 82,5 % der Frauen (LAB60+: 84,6 %) Zugang zum Internet (Kortmann et al., 2021). In Bezug auf das Alter hatten 91,6 % der Personen in der DEAS-Befragung im Alter von 60 bis 75 Jahren Zugang zum Internet (LAB60+: 94,2 %) und nur 52,2 % in der Altersgruppe ab 76 Jahren (LAB60+: 75,0 % mit Zugang zum Internet, aber nur 55,4 % mit tatsächlicher Nutzung). Insgesamt ähnelt der Aspekt Zugang zum Internet in der LAB60+ Studie also sehr demjenigen der repräsentativen deutschlandweiten DEAS-Studie aus dem Jahr 2020.

In Abbildung 35 ist der Anteil der Personen pro Stadtbezirk mit Zugang zum Internet dargestellt. Damit ist der Anteil der Personen zusammengefasst, die angaben, sie hätten die Möglichkeit, zu Hause das Internet zu nutzen, unabhängig davon, ob sie es auch tatsächlich tun. Die Spanne lag zwischen 84,8 % in der Altstadt und 90,4 % in Loschwitz. Die durchschnittliche Rate des häuslichen Internetzugangs seitens aller Personen in der LAB60+ Stichprobe lag bei 87,1 %, fünf der zehn Stadtbezirke verzeichneten einen höheren Prozentsatz.

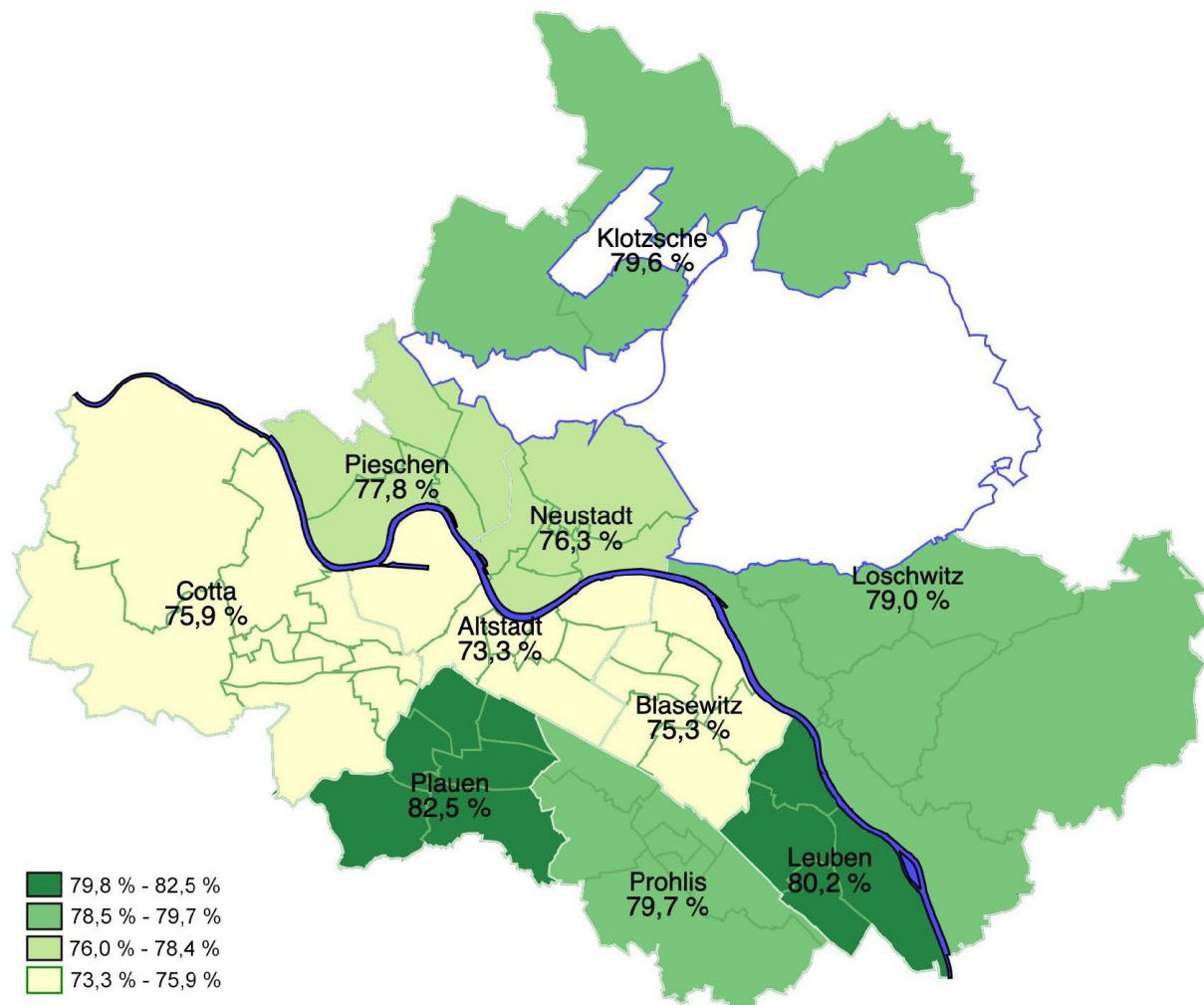
Abbildung 35: Anteil der Personen pro Stadtbezirk mit Zugang zum Internet in der Wohnung



Quelle: LAB60+ (Stand: 09.09.2021) und Geodaten der Landeshauptstadt Dresden (Stand: 30.06.2018)

Der Anteil der Personen pro Stadtbezirk, die das Internet tatsächlich nutzen (entweder zu Hause oder an einem anderen Ort) ist in Abbildung 36 dargestellt. Diese Prozentzahlen liegen naturgemäß darunter und schwanken zwischen 73,3 % in der Altstadt und 82,5 % in Plauen. Die durchschnittliche Rate der Internetnutzung in der gesamten LAB60+ Studie lag bei 77,6 %, somit lagen sechs der zehn Stadtbezirke darüber.

Abbildung 36: Anteil der Personen pro Stadtbezirk, die das Internet tatsächlich nutzen



Quelle: LAB60+ (Stand: 09.09.2021) und Geodaten der Landeshauptstadt Dresden (Stand: 30.06.2018)

In Tabelle 12 wurde der gewichtete Anteil der Antworten auf die Fragen, zu welchen Zwecken das Internet in welcher Häufigkeit genutzt wird, abgebildet. Es wurden nur Personen betrachtet, die angaben, das Internet zu nutzen. Die Nutzungszwecke sind nach ihrer Häufigkeit in der Tabelle geordnet. Besonders häufig nutzten Seniorinnen und Senioren in Dresden das Internet für die Suche nach Informationen, den Kontakt mit Freundinnen und Freunden, Bekannten und Verwandten (z. B. durch Messenger-Dienste oder E-Mail) und zur Unterhaltung (z. B. Musik hören, Filme schauen, Spielen, Fernsehen). Am wenigsten wurde das Internet genutzt, um eigene Inhalte zu erzeugen, neue Kontakte zu suchen oder für Social Media.

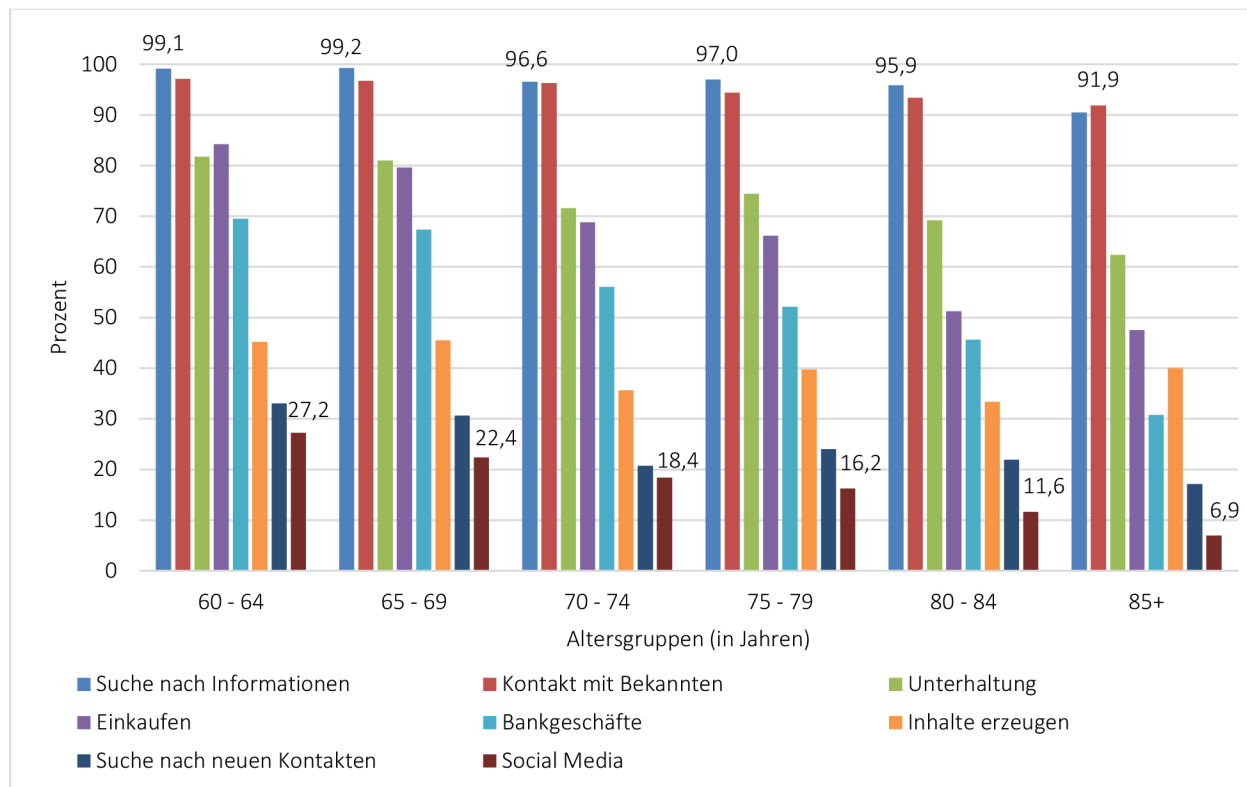
Tabelle 12: Häufigkeit der Internetnutzung zu verschiedenen Zwecken

Zweck der Internetnutzung	Nutzungshäufigkeit			keine Angabe
	häufig	gelegentlich	nie	
Suche nach Informationen	73,4 %	21,6 %	2,4 %	2,6 %
Kontakt mit Bekannten (Freunden, Verwandten)	71,9 %	21,8 %	4,2 %	2,1 %
Unterhaltung	41,4 %	29,3 %	22,1 %	7,2 %
Einkaufen	7,4 %	59,9 %	26,4 %	6,3 %
Bankgeschäfte	21,4 %	33,0 %	37,6 %	8,0 %
Inhalte erzeugen	7,8 %	29,8 %	53,9 %	8,5 %
Suche nach neuen Kontakten	4,0 %	19,0 %	62,7 %	14,3 %
Social Media	7,2 %	10,7 %	72,0 %	10,1 %

Anmerkung: Nur Personen, die das Internet nutzen, wurden einbezogen (entspricht 77,0 %).

Für die getrennten Auswertungen nach Altersgruppe und sozialer Schicht wurden die Kategorien „häufig“ und „gelegentlich“ zusammengefasst und nur der Anteil dieser Personen, die das Internet zu einem bestimmten Zweck nutzen, in der jeweiligen Gruppe dargestellt. Personen, die angaben, das Internet nicht zu nutzen, werden hier nicht betrachtet. Die Verteilung nach Altersgruppen ist in Abbildung 37 dargestellt. Es zeigt sich, dass die Rangfolge der Nutzungszwecke im Wesentlichen in allen Altersgruppen gleich ist. Kleinere Abweichungen bestehen darin, dass die Altersgruppe 85+ das Internet am häufigsten für die Pflege von Kontakten nutzte und nicht zur Suche nach Informationen wie die jüngeren Gruppen. Personen von 60 bis 64 Jahren nutzten das Internet am dritthäufigsten zum Einkaufen, gefolgt von der Funktion Unterhaltung, bei den älteren Personen ist es umgekehrt. Die Nutzung von Social Media nimmt mit steigendem Alter ab. Die Altersgruppe 85+ benutzte im Verhältnis zu allen anderen Gruppen das Internet besonders selten für Bankgeschäfte. Der Anteil der Personen, die das Internet nutzten, um eigene Inhalte zu erzeugen, war in allen Altersgruppen relativ konstant und gering.

Abbildung 37: Anteil Personen pro Altersgruppe, die das Internet zu einem bestimmten Zweck benutzten (in Prozent)

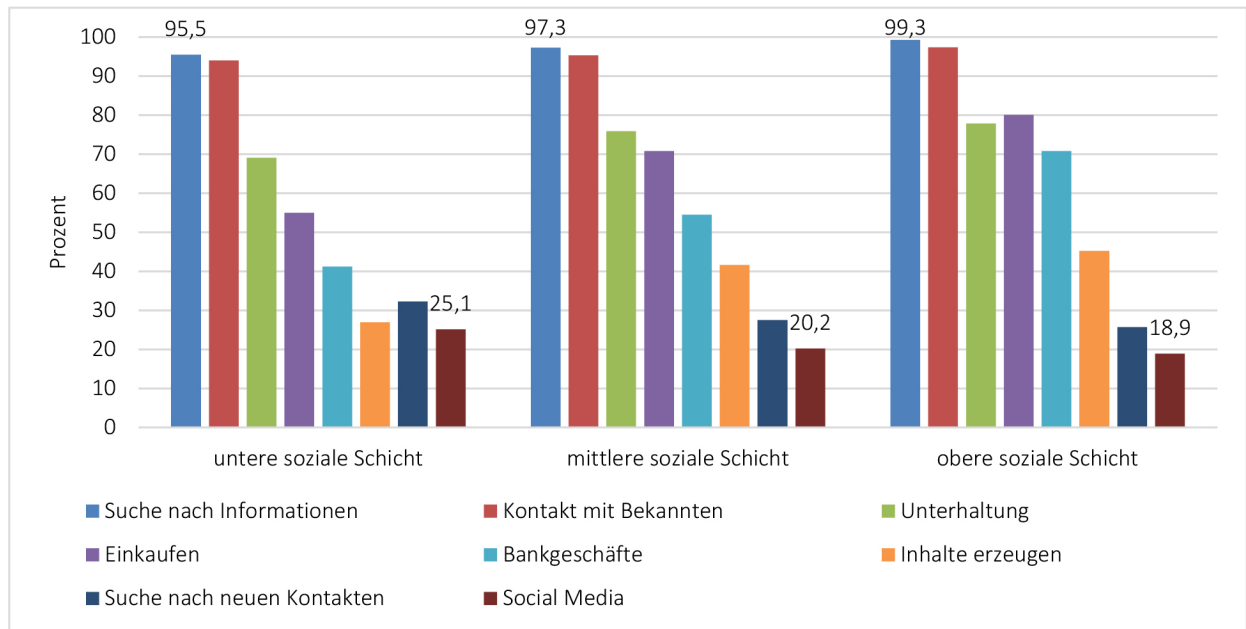


Anmerkung: Nur Personen, die das Internet nutzten, wurden einbezogen.

Die Verteilung nach der sozialen Schicht ist in Abbildung 38 dargestellt. Die Einteilung in untere, mittlere und obere soziale Schicht wird im Kapitel „Bildung, Beruf und Finanzen - Übergang in den Ruhestand“ erklärt. Auch hier war die Rangfolge der

Nutzungszwecke in allen drei Gruppen im Wesentlichen gleich. Die häufigsten Nutzungszwecke waren in allen drei Gruppen die Suche nach Informationen, gefolgt von der Pflege von Kontakten. Teilnehmende aus der oberen sozialen Schicht nutzten das Internet wesentlich häufiger zum Einkaufen, sodass dies in dieser Gruppe der dritthäufigste Nutzungszweck ist. In den anderen beiden Schichten war Unterhaltung der dritthäufigste Nutzungszweck. Die größten Unterschiede gab es bei den Bankgeschäften, die mit steigendem Sozialstatus häufiger im Internet getätigt wurden. Ein leichter Anstieg ist auch beim Erzeugen eigener Inhalte zu erkennen. Personen aus der unteren sozialen Schicht nutzten das Internet geringfügig häufiger als die anderen Schichten für die Suche nach neuen Kontakten und für Social Media.

Abbildung 38: Anteil Personen nach sozialer Schicht, die das Internet zu einem bestimmten Zweck benutzten (in Prozent)



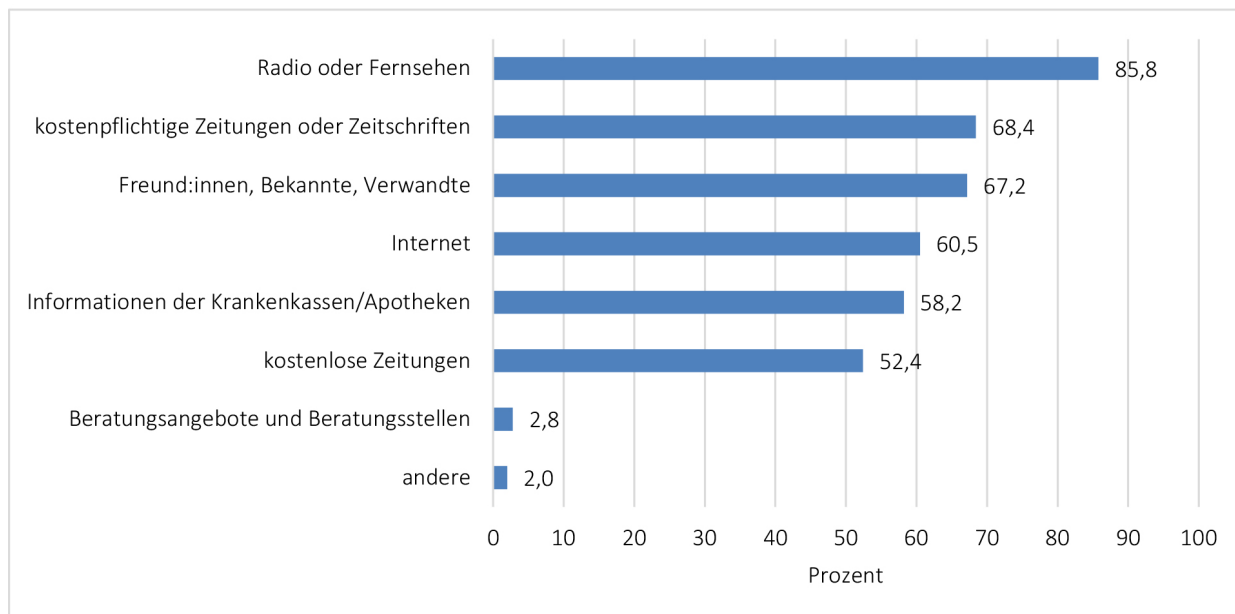
Anmerkung: Nur Personen, die das Internet nutzten, wurden einbezogen.

Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit der DEAS-Befragung von 2020. So waren in beiden Studien die am häufigsten genannten Gründe der Nutzung die Suche nach Informationen, die Pflege sozialer Kontakte sowie Unterhaltung. In der DEAS-Studie zeigten sich besonders große Unterschiede in der Nutzung des Internets zum Einkaufen bei älteren Personen im Vergleich zu jüngeren Personen, in der LAB60+ Studie gab es diesen Unterschied zusätzlich bei den Bankgeschäften im Internet. Die geringsten Altersunterschiede gab es sowohl in der LAB60+ Studie wie auch in der DEAS-Befragung bei der Pflege von sozialen Kontakten im Internet. Dies könnte durch die Corona-Pandemie begünstigt worden sein, da in dieser Zeit auch viele ältere Personen z. B. Videoanrufe nutzten, um mit ihrer Familie in Kontakt zu bleiben.

7.1.4 Ergebnisse zum Informationsverhalten

Die Teilnehmenden wurden gefragt, welche Medien sie nutzen, um sich über gesundheitliche, kulturelle und soziale Angebote in Dresden zu informieren. Dabei waren Mehrfachantworten möglich. In Abbildung 39 ist dargestellt, welcher Anteil der Befragten das jeweilige Medium angekreuzt hat. Dabei ist zu erkennen, dass die meisten Personen ihre Informationen über Radio und Fernsehen bezogen (85,8 %), gefolgt von kostenpflichtigen Zeitungen oder Zeitschriften (68,4 %) und Informationen von Bekannten (67,2 %). Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden nutzten das Internet, Informationen der Krankenkassen und Apotheken sowie kostenlose Zeitungen. Nur ein geringer Anteil der Teilnehmenden (2,8 %) nahmen Beratungsangebote und Beratungsstellen in Anspruch.

Abbildung 39: Anteil Personen, die das jeweilige Medium nutzen, um sich über Angebote der Stadt Dresden zu informieren (in Prozent)



50 Personen spezifizierten ihre Angabe bei Beratungsangeboten und Beratungsstellen genauer. Dabei nannten sieben die Volkssolidarität, drei Verbraucherzentralen, acht Ärzte/Ärztinnen und vier ihre Krankenkasse. Alle anderen Angebote wurden nur einmal genannt und sind in Tabelle A7. 1 im Anhang aufgelistet.

33 Personen gaben in der offenen Kategorie eine Antwort, die sich nicht den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zuordnen ließ. Da die Antworten sehr vielfältig waren, erschien es nicht sinnvoll, sie größeren Kategorien zuzuordnen. In Tabelle 13 sind daher alle genannten Informationskanäle aufgelistet.

Tabelle 13: Informationsverhalten - Antworten in der offenen Kategorie

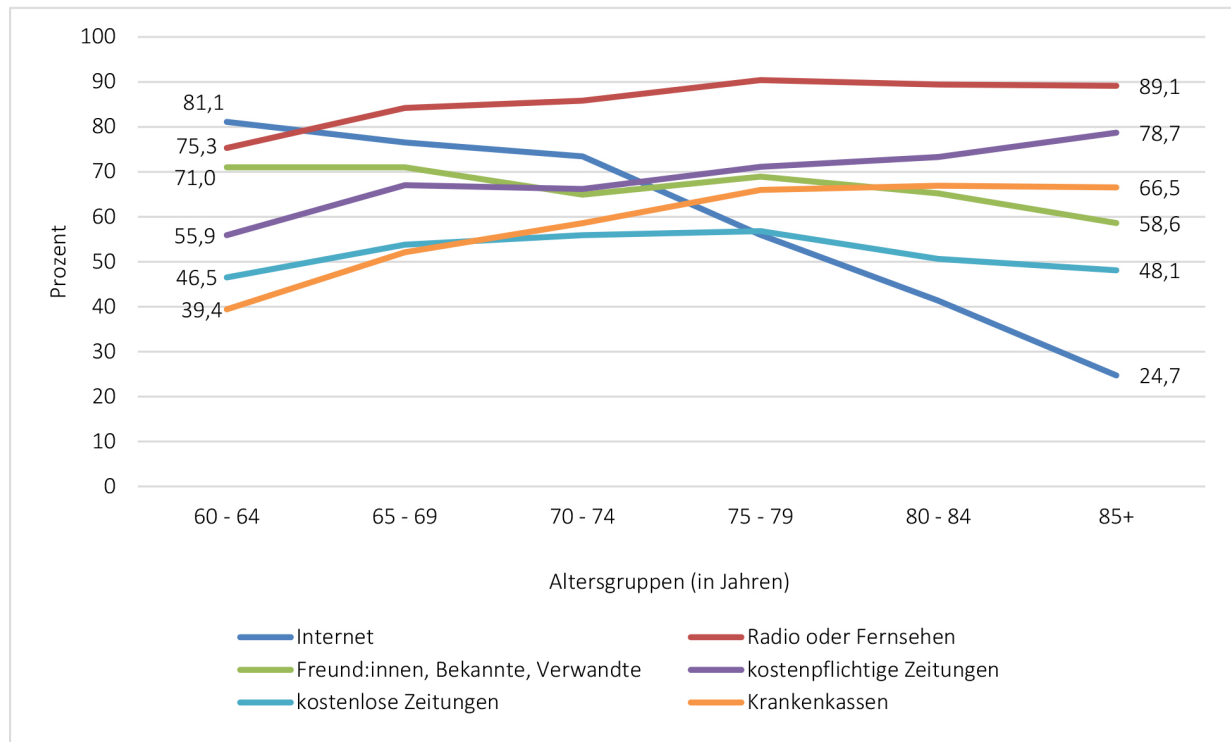
Andere Informationsquellen		
■ Flyer oder Aushänge kultureller Einrichtungen	■ MDR-App	■ SZ-online
■ Tumorzentrum Dresden e.V.	■ Literatur	■ Fitness-Studio
■ Kataloge der Kultureinrichtungen der Stadt	■ Kulturloge	■ Fahrgastfernsehen, Plakate
■ Städtische Bibliothek (2 Mal)	■ Kirchennachrichten (3mal)	■ EDV-Fachzeitschriften
■ 2 Konzertanrechte für Senioren der sächs. Staatskapelle	■ Programmhefte	■ DNN
■ Social Media (WhatsApp / Facebook)	■ Plakate, Aushänge	■ diverse Newsletter
■ Seniorenakademie, Kulturangebote	■ Hausarzt (3mal)	■ Brief
■ Informationen des Ortesamtes, Programmflyer	■ Handy	■ Auslagen (div. Einrichtungen)
■ Spielplätze, Semperoper, Kulturpalast, Staatsschauspiel (sowie Newsletter), VHS-Programm	■ Flyer Programmhefte v. Museen	■ Bücher (2 Mal)

Für die Auswertung, welche Informationsmedien in den verschiedenen Altersgruppen genutzt werden, wurden die Antwortoptionen „Beratungsangebote und Beratungsstellen“, sowie „andere“ nicht mit einbezogen, da nur wenige Personen diese Optionen ausgewählt hatten (jeweils unter 3 % aller Teilnehmenden).

In Abbildung 40 ist der jeweilige Anteil der Personen einer Altersgruppe, die ein bestimmtes Informationsmedium nutzen, an der Gesamtzahl der Personen in der jeweiligen Altersgruppe dargestellt. Der beliebteste Informationskanal in den meisten Altersgruppen war Radio oder Fernsehen. Dahingegen war in der jüngsten Altersgruppe, bei den 60- bis 64-Jährigen, das Internet das beliebteste Informationsmedium (81,1 %), gefolgt von Radio und Fernsehen (75,3 %). Mit zunehmendem Alter der

Probanden sank die Nutzung des Internets als Informationsmedium kontinuierlich, in der Altersgruppe 85+ lag der Nutzungsanteil nur noch bei 24,7%. Der Anteil der Personen, die sich auch über Bekannte informieren, liegt in allen Altersgruppen zwischen 65 und 71%, nur in der Altersgruppe 85+ liegt der Anteil unter 60%. Der Anteil der Personen, die kostenlose Zeitungen zur Information nutzten, war in allen Altersgruppen relativ konstant zwischen 47% und 57%. Je älter die Personen waren, desto eher nutzten sie kostenpflichtige Zeitungen als Informationsmedium: von 55,9% in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre bis hin zu 78,7% in der Altersgruppe 85+. Auch die Krankenkasse als Informationsquelle nutzten eher die Älteren: 34,4% waren es in der jüngsten, 66,5% in der ältesten Altersgruppe.

Abbildung 40: Anteil Personen einer Altersgruppe, die das jeweilige Medium zur Information nutzen (in Prozent)



7.1.5 Ergebnisse zum Ehrenamt

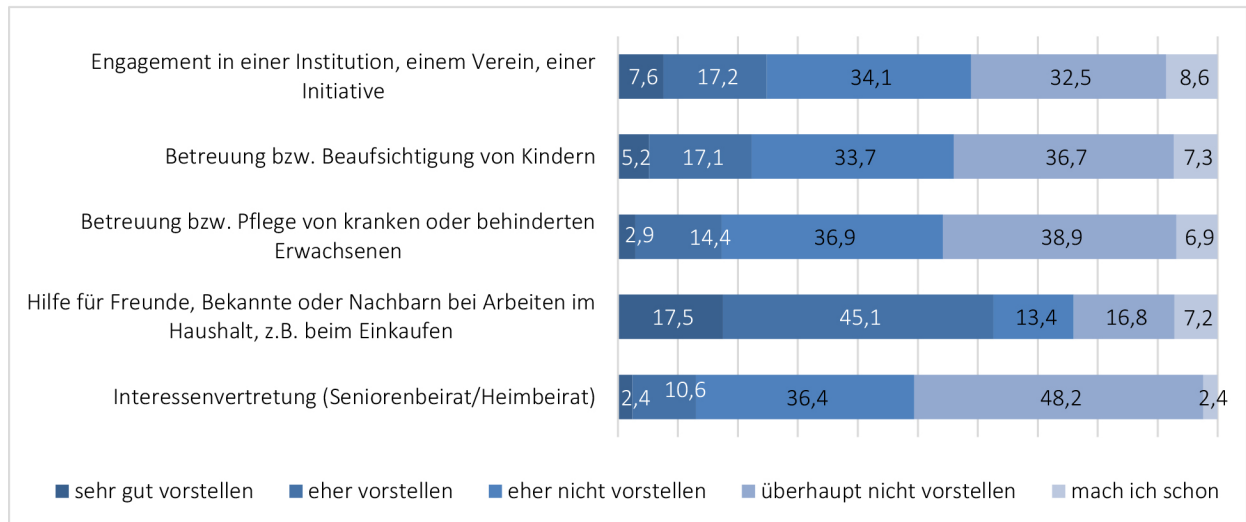
Häufigkeit ehrenamtlicher Tätigkeiten

Die LAB60+ Studie zeigt, dass 20,6% der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung ehrenamtlich engagiert waren. Die 65- bis 69-Jährigen verzeichneten mit 25,1% den höchsten Anteil an ehrenamtlich Tätigen. Zwischen Männern und Frauen zeigte sich kein wesentlicher Unterschied im Engagement (21,0% vs. 20,2%). Einen besonders hohen Anteil Ehrenamtlicher wies der Stadtbezirk Neustadt auf (27,1%). Ein niedriger Anteil zeigte sich in Blasewitz und Cotta (je rund 17%). Bei den anderen Stadtbezirken lag der Anteil zwischen 21% und 22%. Bezogen auf die soziale Schicht zeigte sich, dass Personen aus der oberen sozialen Schicht (23,7%) häufiger ein Ehrenamt ausübten als diejenigen aus der mittleren (20,5%) und unteren sozialen Schicht (15,4%).

Ein Anteil von 64,3% der Teilnehmenden war in einem Bereich ehrenamtlich tätig. Weitere 35,6% gaben an, in zwei oder mehr Tätigkeitsbereichen aktiv zu sein.

Abbildung 41 zeigt die Verteilung verschiedener Tätigkeitsbereiche im Ehrenamt. Am häufigsten wurde ein „Engagement in einer Institution, einem Verein, einer Initiative“ angegeben (8,6 %). Männer zeigten sich in diesem Bereich geringfügig häufiger engagiert als Frauen (10,1 % vs. 7,3 %). Das „Engagement in einer Institution, einem Verein, einer Initiative“ und die „Interessenvertretung (Seniorenbeirat/Heimbeirat)“ wird im Folgenden als „formelles Ehrenamt“ zusammengefasst. Alle anderen Ehrenamtstätigkeiten werden als „informelles Ehrenamt“ bezeichnet. Es zeigte sich, dass das informelle häufiger als das formelle Ehrenamt ausgeübt wird (ohne Mehrfachnennungen in den verschiedenen Bereichen: 14,6 % vs. 9,3 %; mit Mehrfachnennungen: 21,4 vs. 11,0 %). Zwischen den Altersgruppen oder den Graden der Bildungsabschlüsse zeigten sich in den Vorlieben für ein informelles oder formelles Ehrenamt keine bedeutsamen Unterschiede.

Abbildung 41: Bereitschaft für ehrenamtliche Tätigkeiten und aktuelle Ausübung eines Ehrenamtes („mach ich schon“) (in Prozent)



Anmerkung: Frage: „Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, zukünftig eine freiwillige oder ehrenamtliche Tätigkeit in den folgenden Bereichen auszuüben oder sich daran zu beteiligen?“ („Es geht um freiwillig übernommene Aufgaben und Arbeiten, die unbezahlt oder gegen eine geringe Aufwandsentschädigung ausgeübt werden“); Mehrfachnennungen möglich; k. A. - beginnend mit Engagement in einer Institution: 7,1 %; 7,1 %; 7,5 %, 5,9 %, 9,9 %

Im Fragenkomplex zum Freizeitverhalten wurde gefragt, wie häufig ein Ehrenamt ausgeübt wird. Demnach übten 3,0 % ihr Ehrenamt täglich aus, 12,8 % mehrmals die Woche, 34,3 % einmal pro Woche und 49,8 % seltener als einmal pro Woche. Lediglich 5,9 % der Teilnehmenden, die ein Ehrenamt ausüben gaben an, eine Aufwandsentschädigung zu erhalten.

Bereitschaft für Engagement im Ehrenamt

Um die Bereitschaft für ehrenamtliche Tätigkeiten zu ermitteln, wurden die Teilnehmenden der Studie gefragt, in welchen Bereichen sie sich ein Engagement vorstellen könnten. Wie in Abbildung 41 dargestellt, ist die Ehrenamtsbereitschaft im Bereich „Hilfe für Freunde und Bekannte oder Nachbarn“ am größten. Hier gaben 17,5 % bzw. 45,1 % an, sich dies „sehr gut“ bzw. „eher“ vorstellen zu können. Die geringste Bereitschaft bestand für eine Interessenvertretung: Eine solche konnten sich nur 2,4 % bzw. 10,6 % „sehr gut“ oder „eher“ vorstellen.

Um die Teilnehmenden mit einem potentiellen Interesse an einem Ehrenamt genauer zu charakterisieren, wurde das Antwortverhalten „sehr gut vorstellen“ und „eher vorstellen“ im Folgenden als Teilnehmende mit Ehrenamtsbereitschaft zusammengefasst. Insgesamt gaben 67,6 % der Teilnehmenden an, sich in mindestens einem oder mehreren Bereichen ein Engagement vorstellen zu können. Je jünger die Teilnehmenden waren, desto höher war die Bereitschaft zu einer ehrenamtlichen Tätigkeit und betrug beispielsweise bei den 60- bis 64-Jährigen 84,5 %. Männer hatten ein geringfügig höheres Interesse als Frauen (69,5 % vs. 66,0 %).

Bezogen auf die sozioökonomische Schichtzugehörigkeit betrug das Ehrenamtspotential in der unteren sozialen Schicht 51,0 %, in der mittleren 74,1 % und in der oberen 76,3 %. Ein höherer Bildungsabschluss war tendenziell mit einer höheren Ehrenamtsbereitschaft verbunden. Die mit Abstand höchste Ehrenamtsbereitschaft wies der Stadtbezirk Klotzsche auf (82,1 %).

Die niedrigste zeigte sich in der Altstadt (57,8 %). Die Bereitschaft in den anderen Stadtbezirken rangierte zwischen 66,1 % (Prohlis) und 70,8 % (Pieschen). Ein besonders großes Interesse am Ehrenamt hatten Personen, welche noch nicht im Ruhestand waren (87,6 % vs. 64,5 %). Dies kann aber auch darauf zurückgeführt werden, dass Teilnehmende im Ruhestand bereits häufiger in einem Ehrenamt aktiv sind als Teilnehmende, die sich noch nicht im Ruhestand befinden (21,2 % vs. 17,3 %). Die Bereitschaft für ein Engagement in informellen Ehrenämtern war wesentlich höher als für formelle Ehrenämter (ohne Mehrfachnennungen in den verschiedenen Bereichen: 63,8 % vs. 28,1 %).

7.1.6 Einordnung der Befunde zum Ehrenamt

Ein Fünftel der befragten Personen war zum Zeitpunkt der Befragung ehrenamtlich engagiert. Besonders aktiv zeigten sich dabei die 65-bis 69-Jährigen (25,1 %). Im Vergleich zum Anteil Ehrenamtlicher, wie sie im Freiwilligensurvey ermittelt wurde, liegt Dresden unter dem Durchschnitt der über 65-Jährigen in ganz Deutschland (31,2 %; Simonson et al., 2021, S.71). Jedoch ist zu beachten, dass der Anteil ehrenamtlich Tätiger im Osten Deutschlands generell niedriger ist als im Westen. Beispielsweise ermittelte eine Untersuchung auf Basis von DEAS-Daten, dass Menschen im Osten Deutschlands sich 1,7-mal seltener in einem organisationsgebundenen (sprich formellen) Ehrenamt engagieren als Menschen im Westen⁵³ (Wetzel und Simonson, 2017, S.87). Weiterhin sind für städtische Gebiete generell leicht geringere Engagementquoten feststellbar als für ländliche Gegenden (Simonson et al., 2021, S. 80f.).

In der LAB60+ Studie wurde nur aktuelles Engagement abgefragt. Das bedeutet, dass Menschen, die ihre ehrenamtliche Tätigkeit beendet haben oder pausieren, nicht erfasst wurden. Häufige Beendigungsgründe bei älteren Menschen sind gesundheitliche Probleme, das Erreichen einer Altersgrenze oder Zeitmangel (Arriagada und Karnick, 2021, S. 125).

Insgesamt wiesen die Teilnehmenden eine sehr hohe Ehrenamtsbereitschaft auf. Sie liegt damit wesentlich höher als bei den Befragten im Freiwilligensurvey (65+: 27,2 %; Arriagada und Karnick., 2021, S. 129 vs. LAB60+: 67,6 %). Jedoch ist der Vergleich nur bedingt aussagekräftig, da im Freiwilligensurvey ein höherer Anteil der Befragten bereits im Ehrenamt aktiv ist.

Vor allem im Bereich „Hilfe für Freunde und Bekannte oder Nachbarn“ können sich zwei Drittel der Befragten vorstellen, aktiv zu werden. Personen mit besonders hoher Bereitschaft für ehrenamtliche Tätigkeit waren eher jünger, gehörten eher der mittleren oder höheren sozialen Schicht an, hatten tendenziell eine höhere Bildung und waren eher noch nicht im Ruhestand. Möglicherweise könnte diese Gruppe daher am ehesten für ehrenamtliche Tätigkeiten gewonnen werden. Jedoch sind zur Verwirklichung dieses Potentials unter anderen die verschiedenen persönlichen Motive und Hinderungsgründe zu berücksichtigen. Häufige Hinderungsgründe für Menschen über 65 Jahren sind zeitliche Einschränkungen, der Wunsch, keine Verpflichtung einzugehen sowie gesundheitliche Probleme (Arriagada und Karnick, 2021, S. 128ff.).

7.1.7 Ergebnisse zu Freizeitaktivitäten

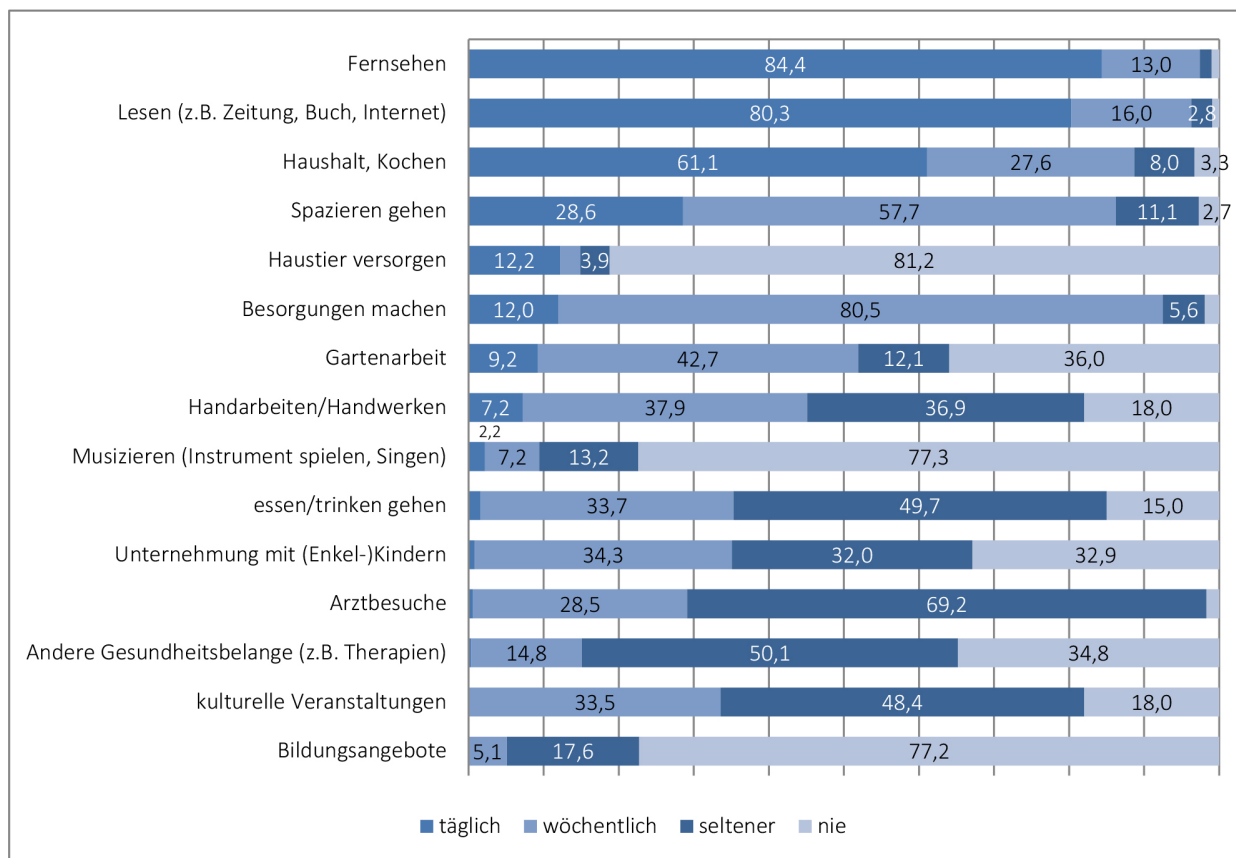
Die häufigsten regelmäßigen Freizeitaktivitäten vor der Corona-Pandemie sind in Abbildung 42 in absteigender Reihenfolge aufgeführt, beginnend mit den am häufigsten genannten täglichen Aktivitäten. Wie erwartet, waren die meistgenannten Aktivitäten diejenigen, die in der eigenen Wohnung stattfinden. Die am häufigsten genannten täglichen Aktivitäten waren Fernsehen (84,4 %) und Lesen (80,3 %), gefolgt von Haushalt und Kochen (61,1 %). Regelmäßige Spaziergänge waren ebenfalls sehr verbreitet: 28,6 % unternahmen tägliche Spaziergänge und weitere 57,7 % gingen mindestens einmal pro Woche spazieren. Eine häufig berichtete regelmäßige außerhäusliche Tätigkeit war das Erledigen von Besorgungen (einschließlich Einkäufen und Verwaltungsaufgaben). 12 % erledigten täglich Besorgungen und weitere 80,5 % wöchentlich.

Aktivitäten außerhalb des Hauses, die eher zu zweit oder mit mehreren zusammen durchgeführt werden, wurden seltener genannt. Während 1,6 % täglich zum Essen oder Trinken ausgingen, gingen weitere 33,7 % mindestens einmal pro Woche auswärts essen oder trinken. Es gab ein ähnliches Muster bei Unternehmungen mit bzw. der Betreuung von Kindern und Enkelkindern. Weniger als 1 % berichtete über tägliche Unternehmungen, während ein größerer Anteil wöchentliche Unternehmungen angab (28,5 %). Wöchentlich besuchten 33,5 % auch kulturelle Veranstaltungen wie Kino, Theater, Konzerte oder Museen. Nur 5,1 % nahmen wöchentlich an Bildungsangeboten teil. Aktivitäten, die im Zusammenhang mit der Gesundheit

⁵³Datengrundlage: DEAS 2014, Altersspanne der Befragten: 40 bis 85 Jahre

stehen, waren ebenfalls relativ selten. Insgesamt 28,5 % der Befragten tätigten wöchentliche Arztbesuche und 14,8 % berichteten über andere wöchentliche gesundheitsbezogene Aktivitäten, wie z. B. eine Therapie. Die Mehrheit der befragten Personen waren nur gelegentlich gesundheitsbezogen aktiv. Ergebnisse zur Nutzung von Parks und Grünflächen werden im Kapitel Wohnen und Wohnumfeld berichtet.

Abbildung 42: Teilnahme und Häufigkeiten von Aktivitäten - in absteigender Reihenfolge der am häufigsten genannten täglichen Aktivitäten (in Prozent)

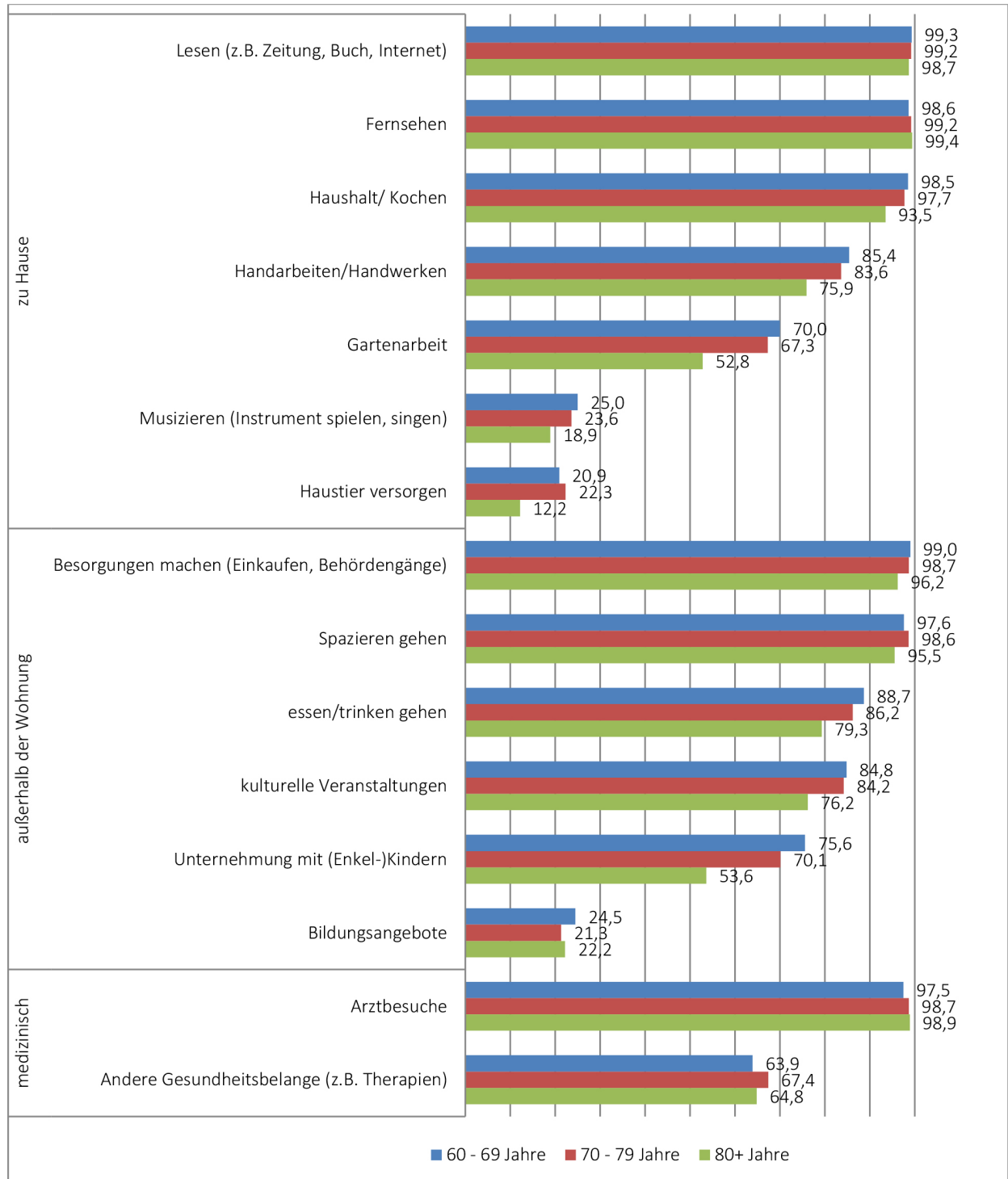


Anmerkung: Anteile <2 % nicht angegeben. K. A. Lesen: 2,7 %; k. A. Fernsehen: 2,5 %; k. A. Haushalt/ Kochen: 2,8 %; k. A. Handarbeit/ Handwerken: 6,7 %; k. A. Gartenarbeit: 4,5 %; k. A. Musizieren: 8 %; k. A. Haustier versorgen: 6,2 %; k. A. Besorgungen machen: 2,9 %; k. A. Spazieren gehen: 3,1 %; k. A. Essen/ Trinken gehen: 4,7 %; k. A. kulturelle Veranstaltungen: 4,6 %; k. A. Unternehmungen mit (Enkel-) Kindern: 5,4 %; k. A. Bildungsangebote: 5,6 %; k. A. Arztbesuche: 2,7 %; k. A. Andere Gesundheitsbelange: 5,9 %.

In der LAB60+ Studie nahmen bestimmte Aktivitäten mit zunehmendem Alter ab. Abbildung 43 zeigt den Anteil der Teilnehmenden nach Altersgruppe. Werden die Freizeitaktivitäten in der eigenen Wohnung betrachtet, so ist vor allem bei den Hobbys wie Handarbeit und Heimwerken, Gartenarbeit und Musizieren ein Rückgang mit zunehmendem Alter festzustellen. Auch der Anteil derjenigen, die sich um Haustiere kümmern, sank von 20,9 % in der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre und 23,6 % in der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre auf 12,2 % in der Altersgruppe der über 80-Jährigen. Andere häusliche Aktivitäten wie Lesen, Fernsehen, sich um den Haushalt kümmern und Kochen blieben mit zunehmendem Alter in der Häufigkeit stabil.

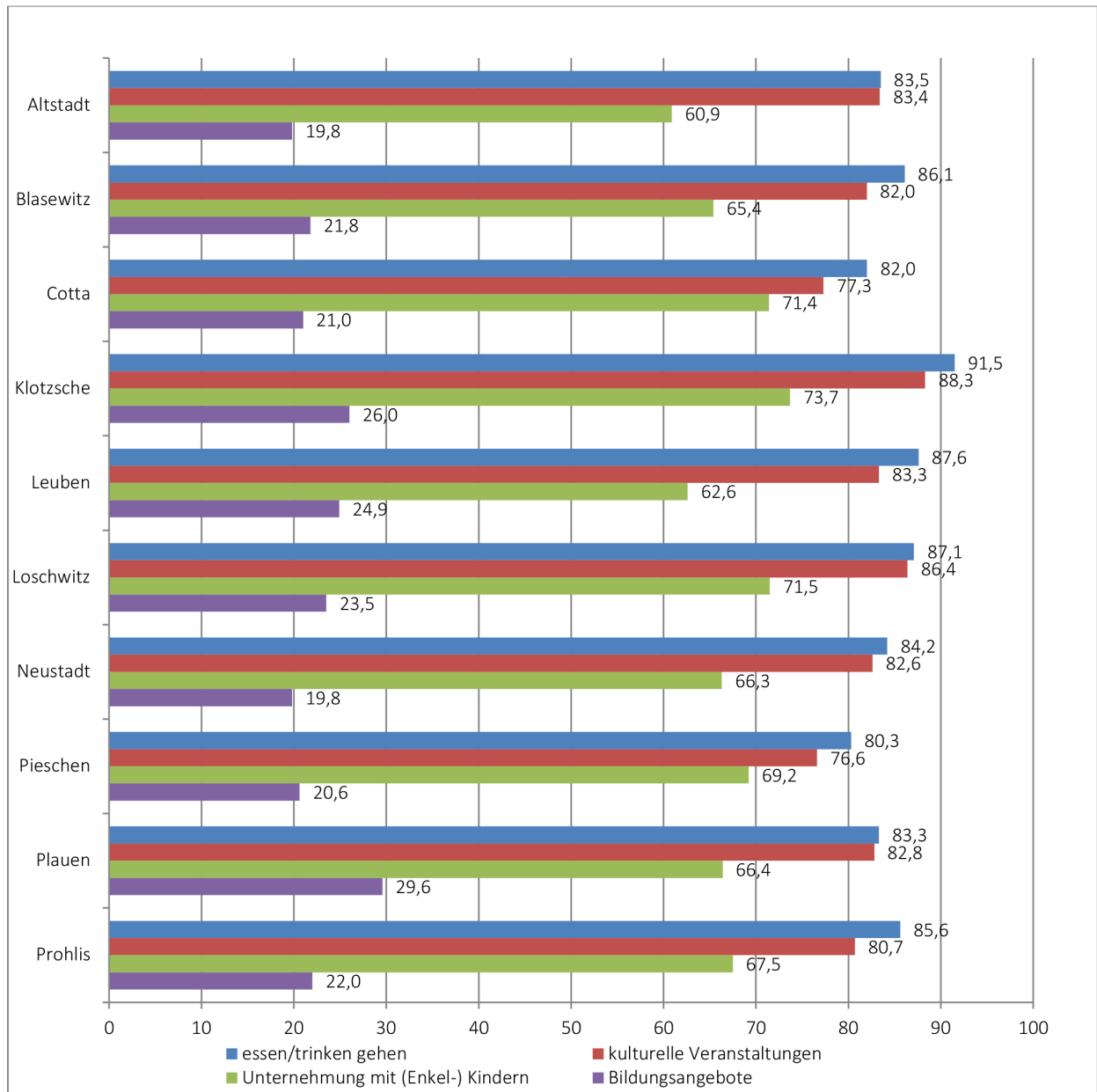
Die außerhäuslichen Aktivitäten, die mit zunehmendem Alter weitgehend unverändert blieben, waren Besorgungen machen, Spazieren gehen und die Nutzung von Bildungsangeboten. Andere Aktivitäten wie Essen oder Trinken gehen, kulturelle Veranstaltungen und Aktivitäten mit (Enkel-)Kindern nahmen mit zunehmendem Alter ab. Am deutlichsten war der Rückgang bei den Unternehmungen mit (Enkel-)Kindern. Während 70,1 % der 70- bis 79-Jährigen Freizeitaktivitäten mit Kindern unternehmen, ging dieser Anteil in der Altersgruppe 80+ Jährigen auf 53,6 % zurück.

Abbildung 43: Anteil Personen, die an bestimmten Aktivitäten teilnehmen, nach Altersgruppe (in Prozent)



In LAB60+ wurden die Aktivitäten, die in der Regel mit anderen Menschen außerhalb der eigenen Wohnung ausgeübt werden, getrennt nach Stadtbezirken untersucht (siehe Abbildung 44). Diese bedeuten eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Das Essen- und Trinkengehen schwankte zwischen 80,3 % in Pieschen und 91,5 % in Klotzsche. Eine vergleichbare geografische Differenzierung wurde auch für den Besuch von kulturellen Veranstaltungen festgestellt, die von 77,3 % in Cotta bis 88,3 % in Klotzsche reichte. Unternehmungen mit oder Betreuung von Kindern gab es am seltensten in der Altstadt (60,9 %) und am häufigsten in Klotzsche (73,7 %). Mit 19,8 % hatten die Altstadt und die Neustadt den geringsten Anteil an Personen, die an Bildungsangeboten teilnahmen. Dagegen war die Nutzung von Bildungsangeboten in Plauen am höchsten (29,6 %). Stadtbezirke mit einem höheren durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommen (vgl. Kapitel 4 Bildung, Beruf und Finanzen - Übergang in den Ruhestand) weisen tendenziell eine höhere Teilhabe auf. Diese Beobachtungen sind jedoch deskriptiver Natur und wurden nicht mit statistischen Tests untersucht.

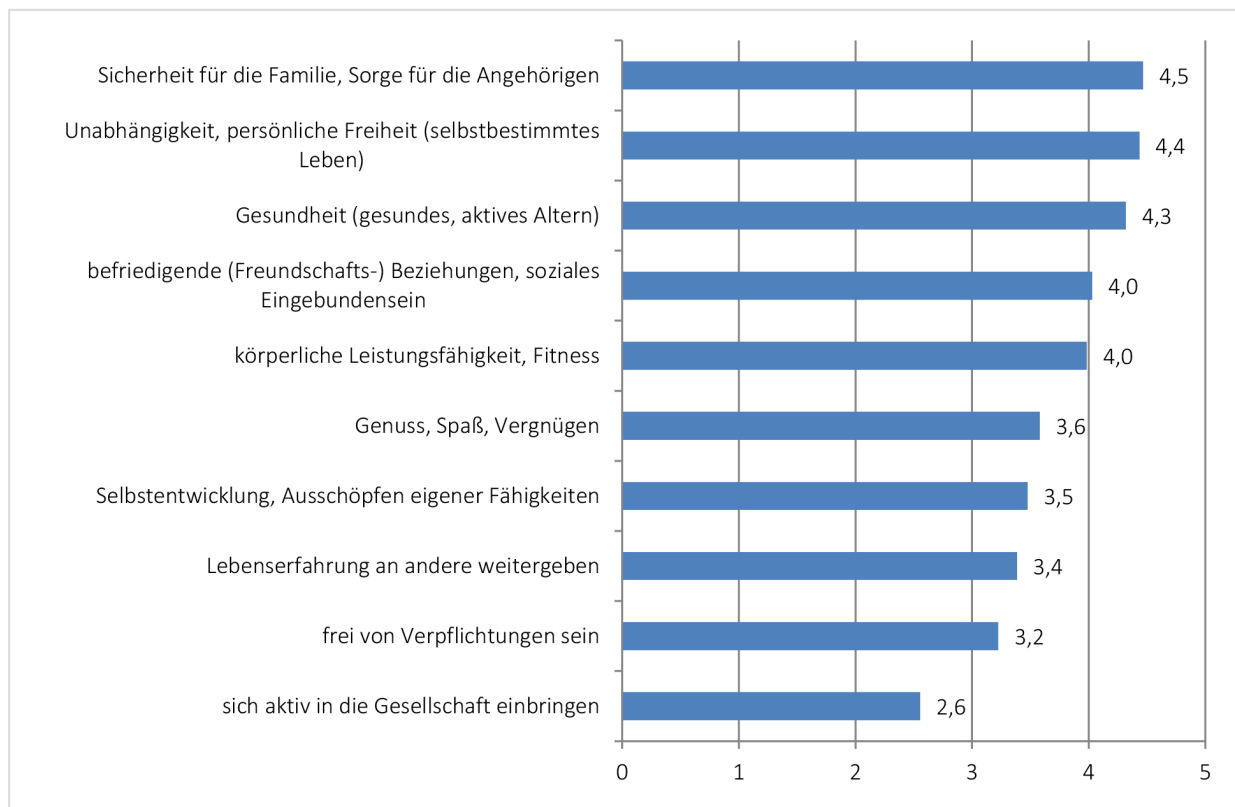
Abbildung 44: Teilnahme an Aktivitäten nach Stadtbezirken (in Prozent)



7.1.8 Ergebnisse zu Lebenszielen und Lebensperspektiven

Die Bedeutung von zehn Lebensthemen wurde auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht wichtig) bis 5 (sehr wichtig) bewertet. In der LAB60+ Studie wurden die durchschnittlichen Antworten zu den einzelnen Themen betrachtet, um die allgemeine Lebensperspektive von Menschen über 60 Jahren zu ermitteln (Abbildung 45). Das am höchsten bewertete Lebensthema unter den Teilnehmenden war „Sicherheit für die Familie, Sorge für die Angehörigen“. Es folgten die Themen „Unabhängigkeit, persönliche Freiheit (selbstbestimmtes Leben)“ und „Gesundheit (gesundes, aktives Altern)“. Themen, die Investitionen in die eigene Weiterentwicklung beinhalten, wurden im Mittelfeld eingestuft. Gesellschaftliches Engagement wurde mit der geringsten Wichtigkeit bewertet.

Abbildung 45: Durchschnittliche Wichtigkeit (von 0 für überhaupt nicht wichtig bis 5 für sehr wichtig) der Lebensthemen



Anmerkung: K. A. Selbstentwicklung: 6,8 %; k. A. Gesundheit: 2,9 %; k. A. Weitergabe Lebenserfahrung: 3,7 %; k. A. Aktives Einbringen in die Gesellschaft: 4,7 %; k. A. Freisein von Verpflichtungen: 4,2 %; k. A. Sicherheit für die Familie: 3,5 %; k. A. soziales Eingebundensein: 3,5 %; k. A. Genuss, Spaß, Vergnügen: 3,6 %; k. A. Fitness: 3,4 %; k. A. Unabhängigkeit: 3,9 %.

Diese Ergebnisse sind ähnlich zu denen der Studie von Ebner, Freund und Balthes (2006), an die das Messinstrument angelehnt war. Darin zeigte sich, dass jüngere Erwachsene im Vergleich zu Personen mittleren Alters und älteren Personen statistisch signifikant mehr auf ihre Entwicklung fokussiert waren. Dagegen orientierten sich die persönlichen Lebensziele der älteren Erwachsenen an dem Ziel, die körperliche und geistige Fitness aufrechtzuerhalten sowie dem Nachlassen der Kräfte entgegenzuwirken. Den älteren Teilnehmenden der LAB60+ Studie waren die entwicklungsfokussierten Lebensziele ebenfalls weniger wichtig als Gesundheit und Unabhängigkeit.

Die Teilnehmenden der LAB60+ Studie hatten auch die Möglichkeit, in einer offenen Kategorie ein anderes Thema einzutragen, das ihnen wichtig war. Einige der Kommentare enthielten Einzelheiten über Gesundheit, Fitnessaktivitäten oder Schwierigkeiten bei der Pflege von Angehörigen. Fünf Personen schrieben Kommentare zum Thema des sozialen und gesellschaftlichen Friedens, wie z. B. „einander mit Respekt behandeln und tolerant gegenüber Menschen sein, die anders denken und fühlen“. Andere Themen, die von weniger als fünf Personen genannt wurden, betrafen Wirtschaft/Politik, selbstbestimmtes Sterben, Kultur, Religion, Bewahrung der Lebenserinnerungen, Kennenlernen anderer Kulturen und Länder sowie bezahlbaren Wohnraum.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass den Teilnehmenden ein breites Themen-Spektrum an Lebenszielen wichtig war, vor allem Sicherheit für die Familie, Gesundheit und Unabhängigkeit.

7.1.9 Resümee des Kapitels gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitverhalten

Dieses Kapitel untersucht mehrere Aspekte der sozialen Teilhabe. Zunächst wurde die Internetnutzung behandelt. Etwas mehr als drei Viertel aller Personen in der Stichprobe nutzten das Internet, Männer etwas häufiger als Frauen. Es gibt deutliche Unterschiede je nach sozialer Schicht. Personen mit höherem Sozialstatus sind wesentlich häufiger online. Eine ähnliche Relation gilt für unterschiedliche Altersklassen: Ältere nutzten das Internet deutlich seltener als Jüngere. Den höchsten Anteil von Personen, die das Internet nutzten, gab es im Stadtbezirk Plauen, den geringsten in der Altstadt. Besonders häufig nutzten Dresdnerinnen und Dresdner das Internet für die Suche nach Informationen, Kontakt mit Bekannten und zur Unterhaltung, am wenigsten, um eigene Inhalte (z. B. Texte, Bilder, Musik, Videos, Webseiten, Online-Verkäufe) zu erzeugen, für die Suche nach neuen Kontakten und für Social Media. Es gab nur wenige Unterschiede in der Rangfolge der Nutzungszwecke zwischen verschiedenen Altersgruppen und den sozialen Schichten. 12,9 % der Personen gaben an, dass sie nicht die Möglichkeit haben, in ihrer Wohnung online zu gehen. Die meisten Internetanschlüsse (unabhängig von der tatsächlichen Nutzung) wurden in Loschwitz angegeben, die wenigsten in der Altstadt. Hierbei ist ebenfalls interessant, dass nur etwa 4 % aller Teilnehmenden den Fragebogen online ausfüllten, obwohl dies per Link und QR-Code für alle Kontaktierten möglich war. Daraus lässt sich eine starke Präferenz für die Studienteilnahme mittels eines Papierfragebogens ableiten. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung im Alltag kann die Steigerung des Zugangs zum Internet gerade für Ältere und Personen mit niedrigem Sozialstatus als mögliches Handlungsfeld identifiziert werden. Gleichzeitig sollten analoge Möglichkeiten der Teilhabe, zum Beispiel im Bereich der Bankgeschäfte, erhalten werden, da Personen mit fehlendem Internetzugang darauf angewiesen sind.

Bei den Medien, die genutzt werden, um sich über Angebote in der Stadt Dresden zu informieren, nutzten die meisten Personen Radio und Fernsehen (85,8 %), gefolgt von kostenpflichtigen Zeitungen oder Zeitschriften (68,4 %) und Informationen durch Bekannte (67,2 %). Jeweils etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden nutzten das Internet, Informationen der Krankenkassen und Apotheken sowie kostenlose Zeitungen. Entsprechend sollten zur Information über Angebote der Stadt Dresden möglichst viele dieser Medien genutzt werden, um eine große Zahl von Interessierten zu erreichen. Nur ein geringer Anteil der Teilnehmenden (2,8 %) nutzte Beratungsangebote und Beratungsstellen. Die Existenz und das Spektrum von Beratungsangeboten bekannter zu machen, könnte daher ein möglicher Handlungsansatz sein.

Der zweite Teil dieses Kapitels widmete sich dem Thema Ehrenamt. Ein Fünftel der befragten Personen war zum Zeitpunkt der Befragung ehrenamtlich engagiert. Besonders aktiv zeigten sich dabei die 65- bis 69-Jährigen (25 %). Die Teilnehmenden wiesen eine sehr hohe Ehrenamtsbereitschaft auf, vor allem im Bereich „Hilfe für Freunde und Bekannte oder Nachbarn“. Personen mit besonders hoher Bereitschaft für ehrenamtliche Tätigkeit waren eher jünger, gehörten eher der mittleren oder höheren sozialen Schicht an, hatten tendenziell eine höhere Bildung und waren häufiger noch nicht im Ruhestand. Es besteht eine große Differenz zwischen ehrenamtlich Tätigen und dem Potential für das Ehrenamt. Möglicherweise könnte diese Gruppe daher am ehesten für ehrenamtliche Tätigkeiten gewonnen werden, wenn mögliche Hinderungsgründe bedacht werden. Hierfür bedarf es einer gezielten Ansprache und einem zielgruppengerechten Zugang.

Der letzte Teil dieses Kapitels beleuchtete die individuelle Freizeitgestaltung und wichtigen Lebensthemen der Teilnehmenden. Die am häufigsten genannten täglichen Aktivitäten waren Fernsehen (84,4 %) und Lesen (80,3 %), gefolgt von Haushalt und Kochen (61,1 %). Regelmäßige Spaziergänge und Besorgungen waren ebenfalls sehr verbreitet. Außerhäusliche Aktivitäten wurden erwartungsgemäß seltener ausgeführt. In der LAB60+ Studie nahmen bestimmte Aktivitäten mit zunehmendem Alter ab, vor allem Hobbys wie Handarbeit und Heimwerken, Gartenarbeit, Musizieren und Pflege von Haustieren. Andere häusliche Aktivitäten wie Lesen, Fernsehen, sich um den Haushalt kümmern und Kochen blieben mit zunehmendem Alter verhältnismäßig stabil. Die außerhäuslichen Aktivitäten, die mit zunehmendem Alter weitgehend unverändert blieben, waren Besorgungen machen, Spazieren gehen und Bildungsangebote wahrnehmen. Andere Aktivitäten wie Essen oder Trinken gehen, kulturelle Veranstaltungen besuchen und Aktivitäten mit (Enkel-)Kindern nahmen mit zunehmendem Alter ab. Dabei ist zu beachten, dass die Teilnehmenden die Häufigkeit der Aktivitäten vor der Corona-Pandemie beurteilen sollten und somit mit den LAB60+ Daten keine Aussage zu pandemiebedingten Änderungen in den Freizeitaktivitäten getroffen wurde. Das als am wichtigsten bewertete Lebensthema war „Sicherheit für die Familie, Sorge für die Angehörigen“. Es folgten die Themen „Unabhängigkeit, persönliche Freiheit (selbstbestimmtes Leben)“ und „Gesundheit (gesundes, aktives Altern)“. Themen, die Investitionen in die eigene Weiterentwicklung bedeuten, wurden mit mittlerer Wichtigkeit beurteilt. Gesellschaftliches Engagement hatte die geringste Bedeutung.

8. Gesundheit

Nach der WHO-Definition umfasst Gesundheit sowohl das körperliche als auch das psychische und soziale Wohlbefinden eines Menschen. Ausgehend von diesem umfassenden Gesundheitsverständnis werden in diesem Kapitel die körperliche Gesundheit, die Behinderung und Pflegebedürftigkeit, das Wohlbefinden und das Gesundheitsverhalten beschrieben.

8.1 Körperliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Dieses Kapitel befasst sich mit verschiedenen Aspekten des Gesundheitszustandes und der Gesundheitsversorgung der LAB60+ Teilnehmenden. Im ersten Abschnitt zum Gesundheitszustand werden die Verteilung des Body-Maß-Index (BMI) unter den Teilnehmenden sowie die Prävalenz bestimmter Erkrankungen und die Nutzung von Präventionsmaßnahmen dargestellt. Im zweiten Abschnitt wird die subjektive körperliche Gesundheit nicht nur in Bezug auf eine deutsche Normkohorte beschrieben, sondern auch im Zusammenhang mit ausgewählten sozioökonomischen, psychischen und demographischen Faktoren geprüft. Der dritte Abschnitt befasst sich mit der ärztlichen Versorgung der Teilnehmenden, einschließlich einer explorativen Analyse hinsichtlich der ärztlichen Versorgung und der subjektiven körperlichen Gesundheit. Schließlich wird das Nutzungsverhalten von Medien bestimmter Personengruppen zu gesundheitsbezogenen Themen behandelt. Die psychische Gesundheit der LAB60+ Teilnehmenden wird im Abschnitt 8.3 Wohlbefinden betrachtet.

8.1.1 Methodik

Die Berechnung des BMI erfolgte nach der üblichen Formel $BMI = \text{Gewicht (kg)} / \text{quadrierte Körpergröße (m}^2\text{)}$. Die Einteilung in Untergewicht ($BMI < 18,5$), Normalgewicht ($18,5-24,9$), Übergewicht ($25-29,9$) und Adipositas ($BMI > 30$) entsprach den Vorgaben der WHO (W. H. O. Consultation on Obesity 1998). Diese Einteilung bezieht sich auf alle Altersgruppen und Geschlechter.

Für die Bewertung von Komorbiditäten wurden die Teilnehmenden gebeten, gegebenenfalls für sie zutreffende Krankheiten aus einer Liste auszuwählen. Darüber hinaus konnten nicht aufgelistete Krankheiten separat angegeben werden.

Die Operationalisierung der subjektiven körperlichen Gesundheit erfolgte im Fragebogen über die Fragen des SF-8 zum Gesundheitsstatus (Short Form-8 Health Survey) (Ware et al. 2001). Der SF-8 stellt eine verkürzte Form des Short Form Health (SF-36; (Ware et al. 1998)) dar, wobei anhand jeweils einer Frage die subjektive Einschätzung zu den folgenden acht gesundheitsbezogenen Bereichen des SF-36 (bezogen auf die letzten vier Wochen) erhoben wird: allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperliche Rollenfunktion, körperliche Funktionsfähigkeit, Schmerz, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Anschließend kann der körperliche Summenscore (physical health component summary score, PCS-8) berechnet werden⁵⁴. Mit den Werten des PCS-8 wird in diesem Kapitel dargestellt, wie die Probandinnen und Probanden selbst ihre körperliche Gesundheit einschätzten.

Für den PCS-8 liegt der Wertebereich grundsätzlich zwischen 9,1 und 69,0. Niedrige Werte bedeuten, dass die Probandinnen und Probanden ihre körperliche Gesundheit als eher schlechter einschätzten. Im Gegensatz dazu zeigen höhere Werte, dass die Teilnehmenden ihre körperliche Gesundheit als besser einschätzten. Eine Einteilung der Ergebnisse in Wertebereiche für

⁵⁴ Über die Zuordnung des Skalenwertes des SF-36 zur entsprechenden Antwortmöglichkeit des SF-8 und deren Gewichtung mit einem festgelegten Faktor werden der körperliche Summenscore (PCS-8) und der psychische Summenscore (MCS-8) berechnet. Anschließend erfolgt durch die Addition einer Konstanten die Standardisierung in Bezug auf den SF-36. Damit wird eine Auswertung des SF-8 über den Vergleich zwischen SF-8 und SF-36 möglich.

Kategorien wie „gute körperliche Gesundheit“ oder „schlechte körperliche Gesundheit“ ist nicht vorgesehen, da die PCS-8 Werte stattdessen in Bezug auf die Ergebnisse einer Normstichprobe interpretiert werden sollten. Für die Einordnung der Ergebnisse werden zum Vergleich mit den LAB60+ Teilnehmenden die Messwerte des PCS-8 einer deutschen Normstichprobe des telefonischen Gesundheitssurveys von 2003 herangezogen (Ellert et al. 2005). Dadurch kann dargestellt werden, ob die LAB60+ Teilnehmenden ihren körperlichen Gesundheitszustand als besser oder schlechter einschätzten als die deutsche Gesamtbevölkerung.

In einer explorativen Analyse wurde der Zusammenhang der Höhe des PCS-8 mit verschiedenen gesundheitsbezogenen Lebensstilfaktoren (Rauchen, Alkoholkonsum, Obst- und Gemüsekonsum), mit Vorerkrankungen, mit dem BMI, mit dem körperlichen Aktivitätsniveau (Anzahl der Tage pro Woche mit mindestens 30 Minuten körperlicher Aktivität) sowie mit der psychischen Gesundheit (psychische Summenscore (MCS-8), dispositionelle positive und negative Affektivität⁵⁵) und mit sozialen Faktoren (Social Network Index (SNI)⁵⁶, Anzahl im Haushalt lebender Personen, empfundene Einsamkeit und mit dem Multiple Group Membership (MGM)⁵⁷) untersucht. Die Prävalenz von Vorerkrankungen unter den LAB60+ Teilnehmenden sowie die Auswertung des BMI sind in diesem Kapitel dargestellt. Die deskriptive Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensstilfaktoren sowie des körperlichen Aktivitätsniveaus werden im Abschnitt 8.4 Gesundheitsverhalten beschrieben. Die verwendeten Fragen zur psychischen Gesundheit werden im Abschnitt 8.3 Wohlbefinden bzw. zu sozialen Faktoren im Kapitel 6 Soziales Umfeld erläutert.

Weiterhin wurden auch Bedingungen im Wohnumfeld (siehe Kapitel Wohnen und Wohnumfeld) und die Nutzung verschiedener Beratungsangebote bzw. Präventionsmaßnahmen in Bezug auf die subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit betrachtet. Die statistische Analyse erfolgte als lineare Regressionsanalyse (Zusammenhangsanalyse), mit dem PCS-8 als abhängige (stetige) Variable. Auf diese Weise wird dargestellt, ob die Zunahme der Werte, z. B. für den BMI, mit höheren (subjektiv als „besser“ eingeschätzte körperliche Gesundheit) oder mit niedrigeren (subjektiv als „schlechter“ eingeschätzte körperliche Gesundheit) Werten für den PCS-8 verbunden ist. In den Rechenmodellen wurden stets das Alter, die sozio-ökonomische Schicht sowie das Geschlecht der Teilnehmenden berücksichtigt (Adjustierung).

Bei der Studie LAB60+ handelt es sich um eine Querschnittstudie. Dies bedeutet, dass die Daten zu einem einzigen Zeitpunkt (Zeitpunkt der Befragung) einmalig erhoben werden. Daher können lediglich Annahmen (Hypothesen) über Zusammenhänge getroffen werden. In welcher Richtung ein Zusammenhang zwischen beispielsweise dem BMI und dem PCS-8 besteht, müsste mit Hilfe einer Längsschnittstudie analysiert werden, bei der die Daten über einen längeren Zeitraum hinweg mehrmals erhoben werden. Dadurch wird erst die Untersuchung der Richtung des Zusammenhanges möglich, z. B., ob der BMI den PCS-8 beeinflusst, oder umgekehrt.

Die Erfassung der Inanspruchnahme hausärztlicher sowie fachärztlicher Versorgung im Stadtgebiet erfolgte deskriptiv. In einer separaten Zusammenhangsanalyse wurde hier ebenfalls ein Zusammenhang mit dem PCS-8 geprüft. In den dazu verwendeten Modellen wurde neben dem Alter, dem sozioökonomischen Status und dem Geschlecht auch berücksichtigt, ob mindestens eine Vorerkrankung vorlag.

Die Teilnehmenden wurden darüber hinaus gefragt, wie einfach es ihrer Meinung nach sei, Informationen über Therapien gegen Krankheiten bzw. Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden. Außerdem wurde gefragt, wie einfach es sei, zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind. Bei der Beantwortung dieser insgesamt drei Fragen konnten die Teilnehmenden zwischen den Antwortmöglichkeiten „sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ wählen. Für die Analyse wurden die Antwortmöglichkeiten „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ zu der Kategorie „leicht“ zusammengefasst, die Antwortmöglichkeiten „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ in der Kategorie „schwierig“. Weiterhin wurde untersucht, ob sich bei Personen beider Kategorien („leicht“, „schwierig“) das Nutzungsverhalten ausgewählter Medien (Internet, Radio oder Fernsehen, kostenpflichtige Zeitungen,

⁵⁵ „Positiver Affekt“ beschreibt das Ausmaß, indem eine Person im Allgemeinen interessiert, enthusiastisch, aktiv und aufmerksam ist. In dieser Studie wurden zur Messung drei Adjektive verwendet (interessiert, stolz, freudig erregt). „Negativer Affekt“ beschreibt das allgemeine Ausmaß „negativen Angespannt seins“. In dieser Studie wurden zur Messung drei Adjektive verwendet (gereizt, ängstlich verärgert) (nach Eschenbeck 2009).

⁵⁶ Der Social Network Index (SNI) ist ein Maß für die Größe der sozialen Netzwerke.

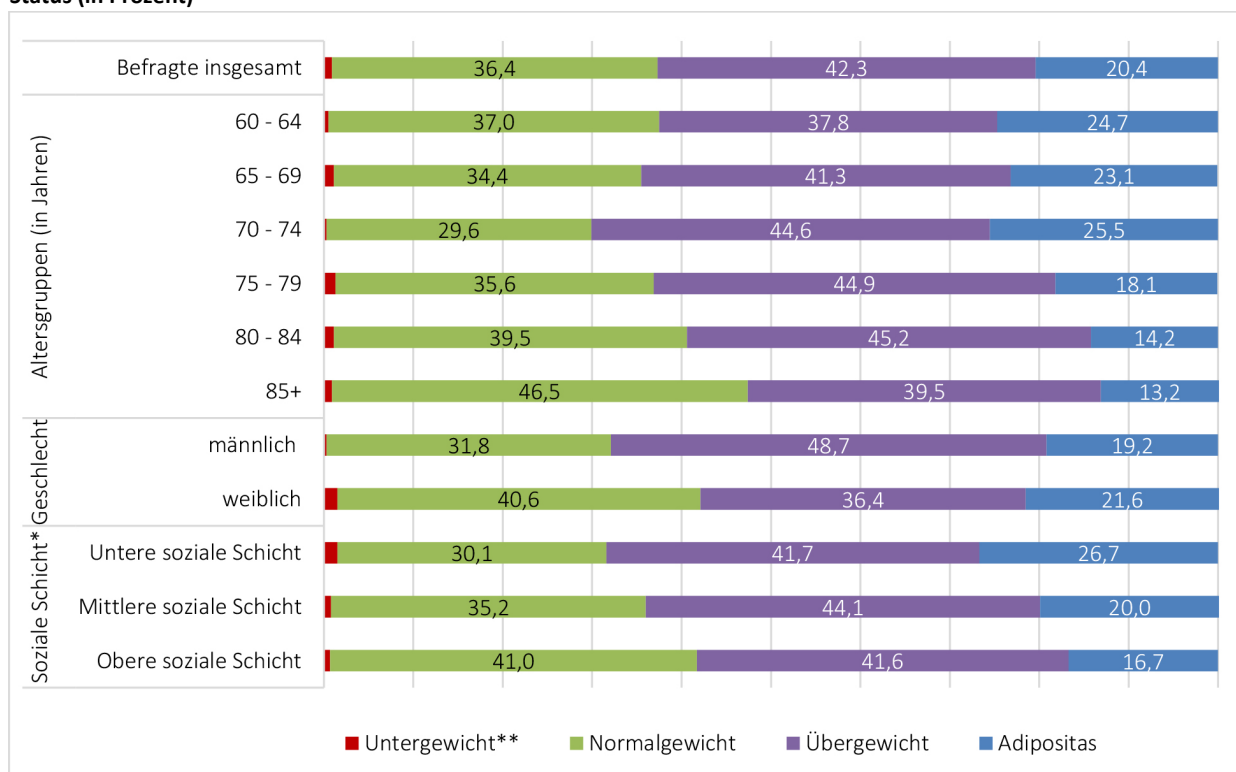
⁵⁷ Multiple Group Membership (MGM) bezieht sich auf die Mitgliedschaft in mehreren sozialen Gruppen.

kostenlose Zeitungen) unterscheidet. Hierfür wurde die Frage, wie sich die LAB60+ Teilnehmenden über gesundheitliche, kulturelle und soziale Angebote in Dresden informieren, herangezogen. Mehrfachantworten waren möglich.

8.1.2 Körperlicher Gesundheitszustand der Teilnehmenden und Nutzung von Präventionsmaßnahmen

In Abbildung 46 sind die vier Kategorien des BMI (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas) in Bezug auf das Alter, das Geschlecht sowie den sozioökonomischen Status dargestellt. 97,5 % der Teilnehmenden von LAB60+ machten Angaben zu ihrer Größe und ihrem Gewicht. Der durchschnittliche BMI lag bei 26,9 (Übergewicht). Zum Vergleich lag der durchschnittliche Wert der Dresdner Gesamtbevölkerung (ab 18 Jahren) im Jahr 2017 bei 25,4 (Übergewicht) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2020). Insgesamt war von den LAB60+ Teilnehmenden durchschnittlich ca. jede dritte Person normalgewichtig (36,7 %). 42,3 % waren von Übergewicht betroffen, ein Fünftel war adipös (20,4 %). Lediglich weniger als 1 % der Teilnehmenden war untergewichtig (Abbildung 46). Es zeigten sich dabei Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung bezüglich der BMI-Kategorien für die Geschlechter, die Altersgruppen und den sozioökonomischen Status. Männer waren häufiger übergewichtig als Frauen (48,7 % vs. 36,4 %). Frauen waren etwas häufiger adipös als Männer (21,6 % vs. 19,2 %). Angehörige der unteren sozioökonomischen Schicht waren mit 26,7 % häufiger von Adipositas betroffen als Angehörige der mittleren (20,0 %) und der oberen (16,7 %) sozialen Schicht. Die 70- bis 74-Jährigen waren am häufigsten von Übergewicht oder Adipositas betroffen (70,1 %). Mit zunehmendem Alter nahm der Anteil der adipösen Personen wieder ab. Wie in Tabelle 14 dargestellt, war der durchschnittliche BMI in der Altersgruppe der 60- bis 64- bzw. 65- bis 69-Jährigen mit dem bundesdeutschen Durchschnitt (Statistisches Bundesamt 2017) vergleichbar. In der Gruppe der 70- bis 74-Jährigen lag er leicht darüber. In den in der LAB60+ Studie betrachteten Altersgruppen ab 75 Jahren war nur ein näherungsweise Vergleich möglich, da hier in der bundesdeutschen Auswertung keine Untergruppen gebildet wurden. Hier waren die durchschnittlichen BMI-Werte in etwa vergleichbar.

Abbildung 46: Darstellung der Kategorien des Body-Maß-Index (BMI)* nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status (in Prozent)



*18,6 % k. A.; ** Anteil Untergewicht ≤1,1 %.

Tabelle 14: Body-Maß-Index (BMI) der LAB60+ Teilnehmenden im Vergleich zu Deutschland

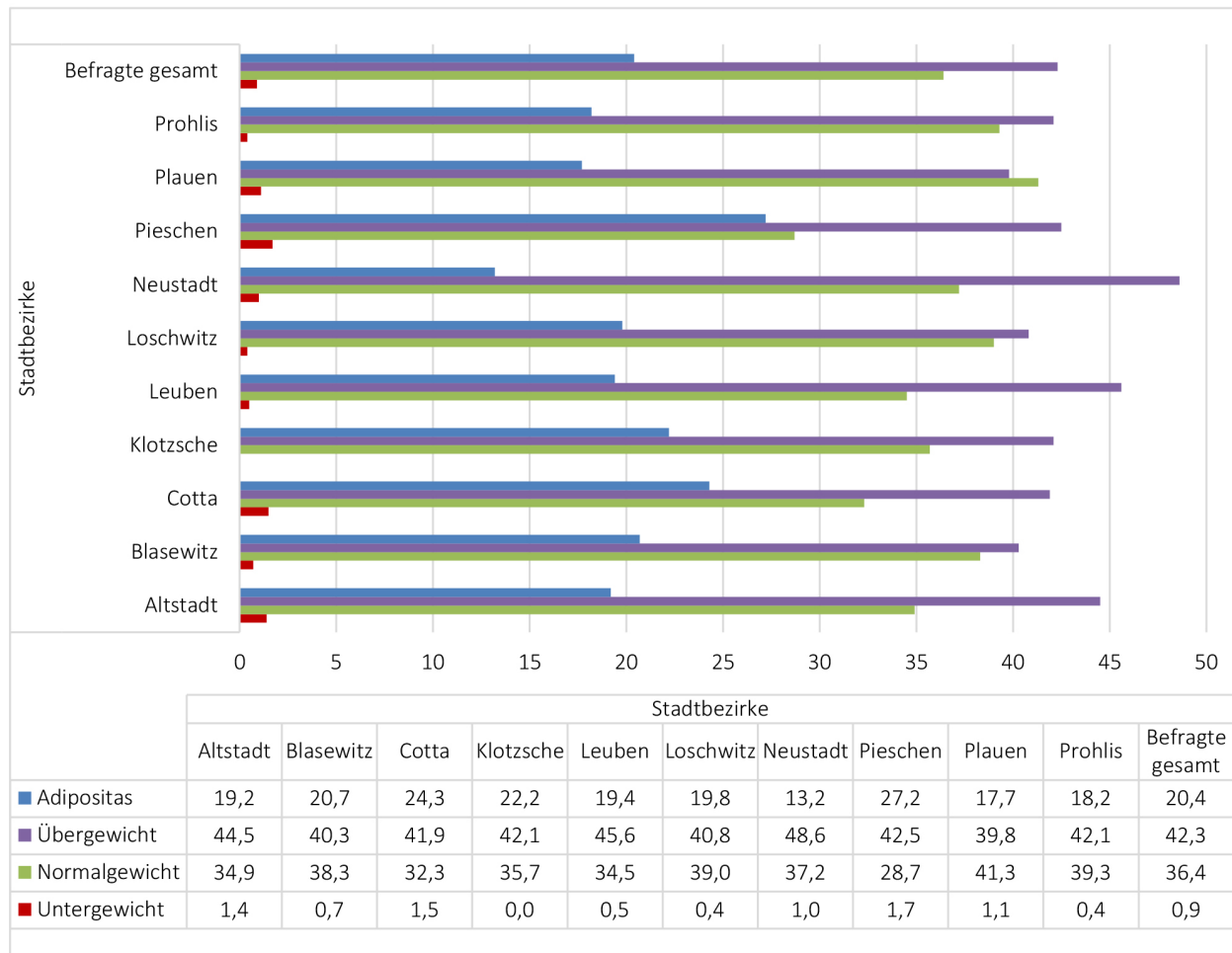
Kategorie		BMI LAB60+	BMI Deutschland ¹
Gesamt ab 60 Jahre		26,9	-*
Altersgruppen	60 bis 64 Jahre	27,2	27,0
	65 bis 69 Jahre	27,2	27,3
	70 bis 74 Jahre	27,6	26,9
	75 bis 79 Jahre	26,7	26,5**
	80 bis 84 Jahre	26,3	26,5**
85+ Jahre		25,8	26,5**
Anzahl gesamt		2.271	-

* kein Durchschnittswert für die Altersgruppe >60 Jahre verfügbar; **dieser Wert bezieht sich auf die Altersgruppe ab 75 Jahren.

¹(Statistisches Bundesamt 2017)

Auf Stadtbezirksebene ergaben sich ebenfalls Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz der BMI-Kategorien (Abbildung 47). In allen Stadtbezirken, mit Ausnahme Plauen, war der Anteil Teilnehmender, die von Übergewicht betroffen waren, deutlich größer, als der Anteil Normalgewichtiger. In Plauen war der Anteil Normalgewichtiger (41,3 %) und Übergewichtiger (39,8 %) in etwa gleich. Den niedrigsten Anteil von normalgewichtigen Teilnehmenden hatte Pieschen (28,7 %). Im Stadtbezirk Neustadt war nahezu jede zweite befragte Person von Übergewicht betroffen (48,6 %). Am niedrigsten war der Anteil übergewichtiger Teilnehmender in Plauen (39,8 %). Der größte Teil adipöser Menschen lebte im Stadtbezirk Pieschen (27,2 %), der kleinste Teil (13,2 %) im Stadtbezirk Neustadt.

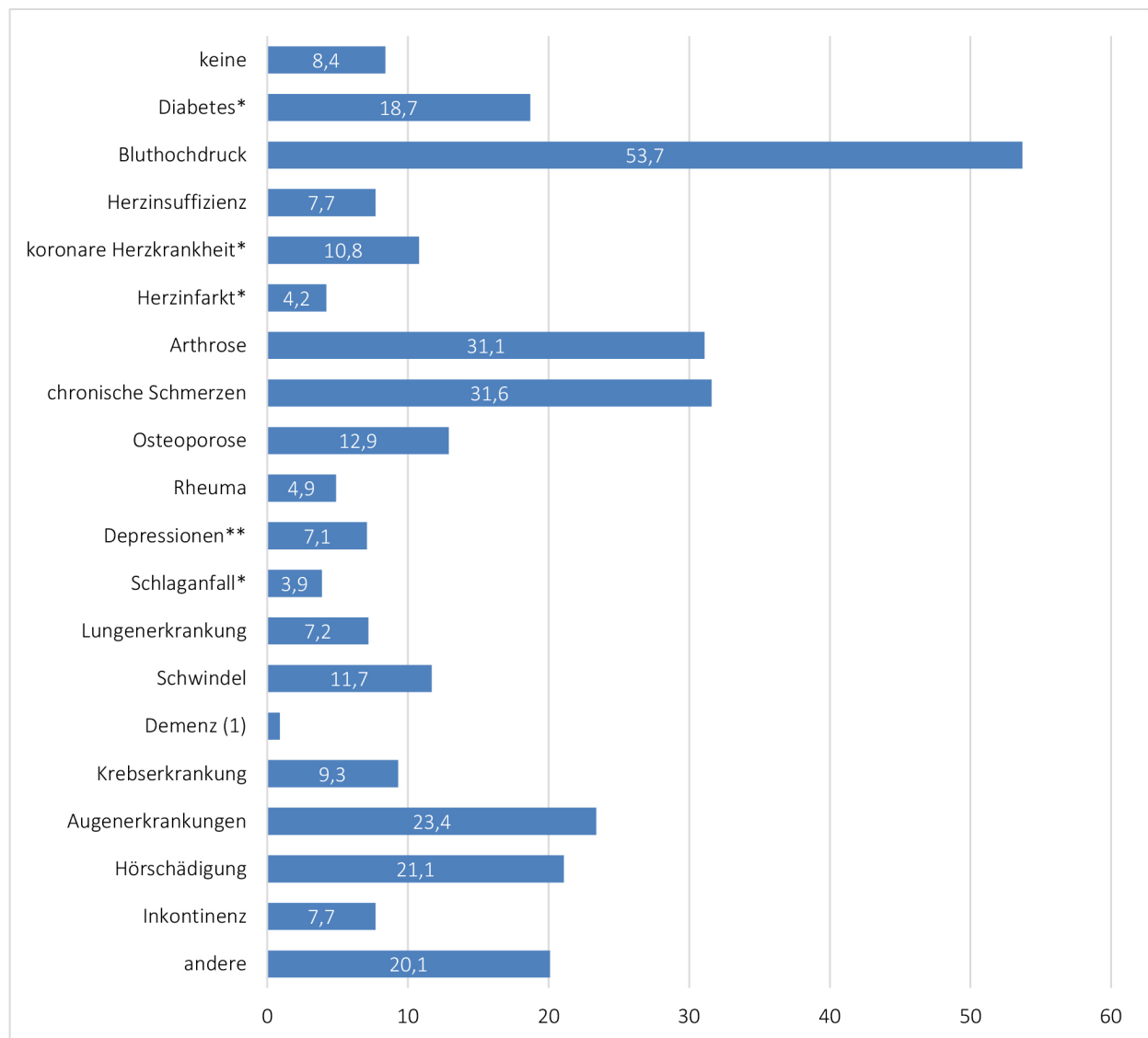
Abbildung 47: Darstellung der BMI-Kategorien nach Stadtbezirk (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 2,5 %

Nach Vorerkrankungen befragt, gaben 91,6 % der Teilnehmenden an, an mindestens einer Erkrankung zu leiden (Abbildung 48). Bei dieser Frage lagen die Antworten von 97,4 % der LAB60+ Teilnehmenden vor. Am häufigsten wurden Bluthochdruck (53,7 %), chronische Schmerzen (31,6 %) und Arthrose (31,1 %) genannt. Nahezu ein Viertel (23,4 %) gab an, von Augenerkrankungen betroffen zu sein, ein Fünftel (21,1 %) von Hörschädigungen. Ebenfalls ca. ein Fünftel (18,7 %) litt an Diabetes. 13,7 % waren gleichzeitig von Diabetes, Hypertonie und Übergewicht bzw. Adipositas betroffen. Männer waren häufiger von kardiovaskulären Erkrankungen (koronare Herzkrankheit (13,9 % vs. 7,5 %), Schlaganfall (4,9 % vs. 2,8 %), Herzinfarkt (6,2 % vs. 2,2 %) und Diabetes (20,2 % vs. 16,3 %)) betroffen als Frauen. Frauen waren häufiger von Depression (8,8 % vs. 4,8 %) betroffen als Männer. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden (48,6 %) war durch diese Erkrankungen in ihrem Alltag beeinträchtigt.

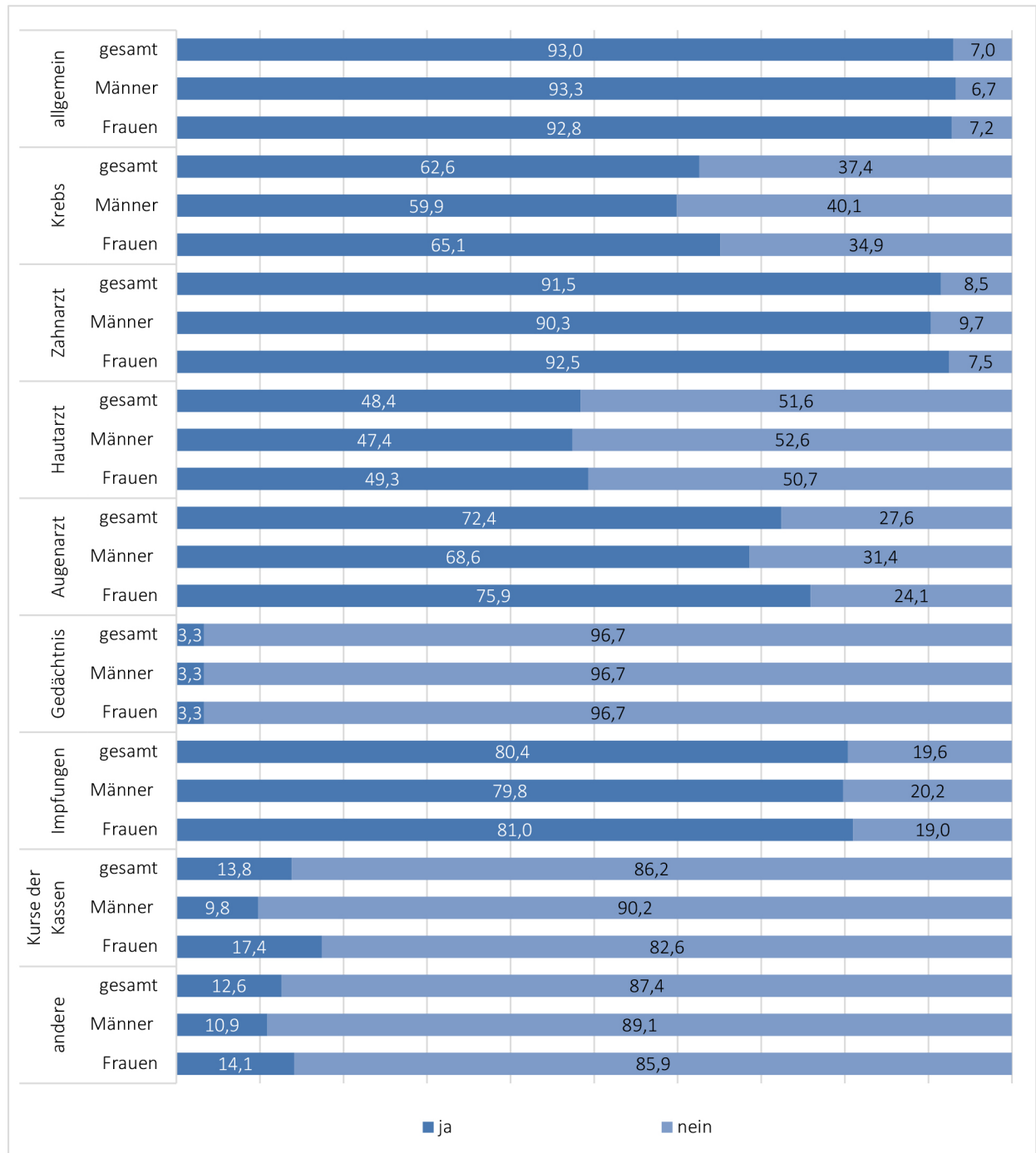
Abbildung 48: Darstellung der Prävalenz der Vorerkrankungen der LAB60+ Teilnehmenden (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 2,6 %; *Männer statistisch signifikant häufiger (Chi²-Test). ** Frauen statistisch signifikant häufiger (Chi²-Test). (1) Prävalenz Demenz ≤ 1 %

Die Nutzung von Präventionsmaßnahmen war sehr unterschiedlich (Abbildung 49). Von den Teilnehmenden, die die Fragen zur Gesundheitsvorsorge beantworteten (98,5 %), wurden am häufigsten die allgemeine Gesundheitsvorsorge (93,0 %), die zahnärztliche Vorsorge (91,5 %) sowie Impfungen (80,4 %) wahrgenommen. Die Krebsvorsorge wurde von 62,6 % der Teilnehmenden in Anspruch genommen, die hautärztliche Vorsorge von 48,4 %. Der prozentuale Anteil der Frauen, der an Vorsorgemaßnahmen teilnahm, war überwiegend etwas größer als der der Männer.

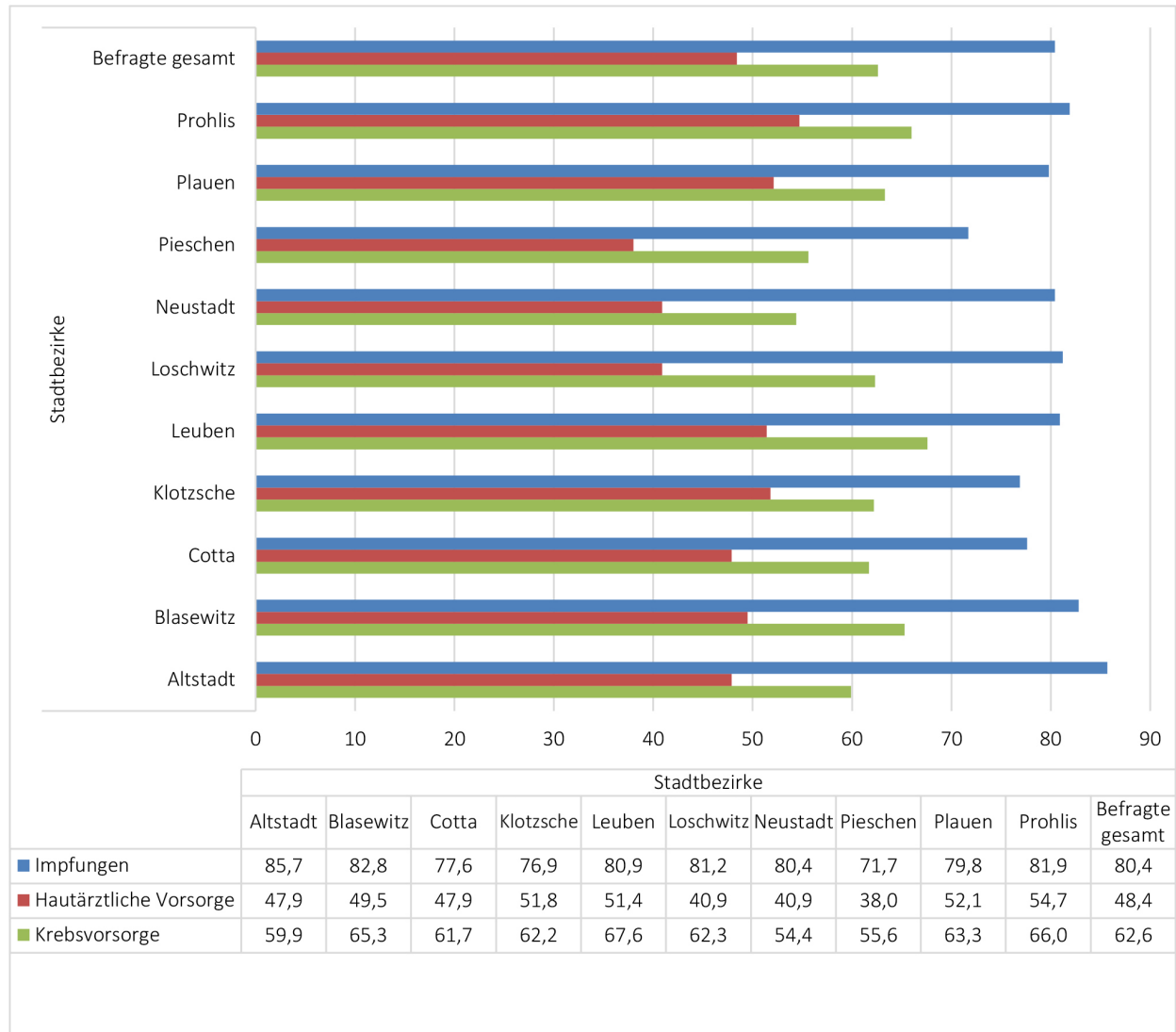
Abbildung 49: Nutzung von Präventionsmaßnahmen der LAB60+ Teilnehmenden (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 1,5 %

In Bezug auf die Stadtbezirke zeigten sich vor allem bei der Inanspruchnahme von Impfungen, von Krebsvorsorge und von hautärztlicher Vorsorge Unterschiede (Abbildung 50). Insbesondere im Stadtbezirk Pieschen wurde die Inanspruchnahme von Impfleistungen mit nur 71,7 % angegeben, wohingegen dieser Anteil im Stadtbezirk Altstadt mit 85,7 % am größten war. Im Stadtbezirk Neustadt wurden Krebsvorsorgeuntersuchungen nur von ca. der Hälfte der LAB60+ Teilnehmenden (54,4 %) in Anspruch genommen. In Prohlis war dieser Anteil mit 66,0 % am höchsten. Hautärztliche Vorsorge wurde in Pieschen nur mit 38,0 % angegeben, in Prohlis mit 54,7 %.

Abbildung 50: Darstellung der Prävalenz der Inanspruchnahme ausgewählter Präventionsmaßnahmen nach Stadtbezirken (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 1,5 %

8.1.3 Subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit nach dem PCS-8

Für die Auswertung des PCS-8 lagen die Daten von 93,9 % der LAB60+ Teilnehmenden vor. Der durchschnittliche Wert für die körperliche Gesundheit, ermittelt mit dem PCS-8, lag für die LAB60+ Teilnehmenden bei 44,5 (niedrigster Wert: 13,3; höchster Wert: 68,2) (Tabelle 15). Insgesamt nahmen die PCS-8-Werte wie in der Normstichprobe mit steigendem Alter ab. Dies bedeutet, dass Menschen ihren körperlichen Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter schlechter bewerteten. Im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung (Normkohorte) schätzten die LAB60+ Teilnehmenden im Alter von 70 Jahren und älter ihren körperlichen Gesundheitszustand durchschnittlich etwas schlechter ein (niedrigere PCS-8-Werte) als die Personen in der deutschen Normkohorte (Ellert, Lampert et al. 2005). Die jüngeren Menschen (60- bis 69-Jährige) in der LAB60+ Studie schätzten ihren körperlichen Gesundheitszustand subjektiv hingegen etwas besser ein (höhere PCS-8-Werte) als die Teilnehmenden der deutschen Normkohorte (Tabelle 15). Bei der Betrachtung der Werte in Bezug auf die Geschlechter ergaben sich Unterschiede. In der deutschen Gesamtbevölkerung schätzen Frauen ihren körperlichen Gesundheitszustand über alle Altersgruppen hinweg

schlechter ein (niedrigere PCS-8-Werte) als Männer (höhere PCS-8-Werte). Bei den LAB60+ Teilnehmenden im Alter von 70+ Jahren stellt sich der Einfluss des Geschlechts auf die Höhe des PCS-8 ebenso dar (Tabelle 15). Eine Ausnahme bildet die Gruppe der LAB60+ Teilnehmenden in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen: Hier bewerteten Frauen und Männer ihren körperlichen Gesundheitszustand in etwa gleich (48,5 vs. 48,3). Die Frauen dieser Altersgruppe schätzten ihre körperliche Gesundheit subjektiv etwas besser ein, als die Frauen der Normkohorte für die deutsche Gesamtbevölkerung (48,5 vs. 47,2), wie in Tabelle 15 dargestellt ist.

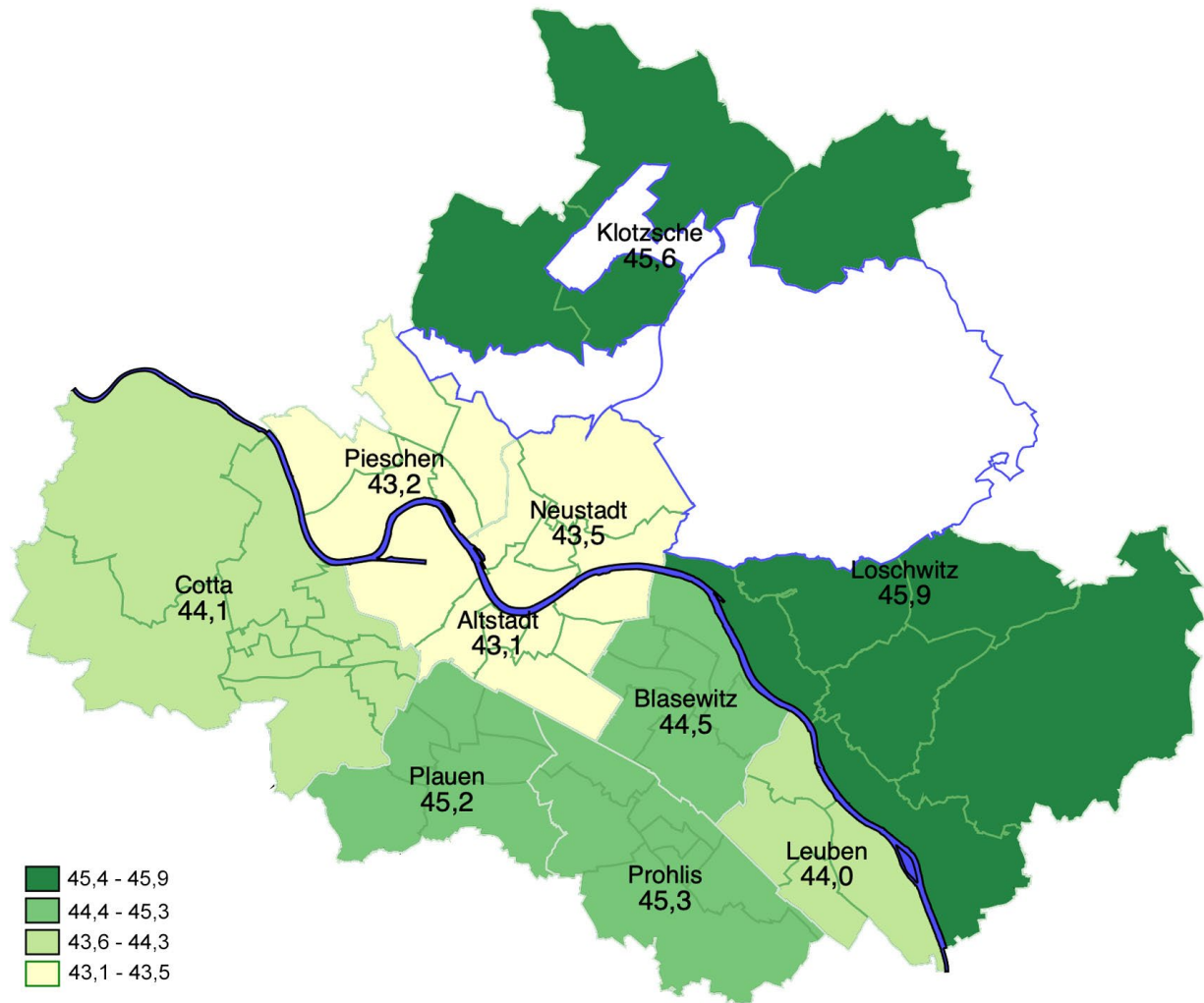
Tabelle 15: Subjektive körperliche Gesundheit (PCS-8) der LAB60+ Teilnehmenden im Vergleich zur deutschen Normkohorte

Kategorie		PCS-8 LAB60+	PCS-8 Normstichprobe
Gesamt		44,5	k. A.*
Frauen		43,9	k. A.*
Altersgruppen	60 bis 69 Jahre	48,5	47,2
	70 bis 79 Jahre	43,9	44,8
	80+ Jahre	37,9	41,7
Männer		45,1	k. A.*
Altersgruppen	60 bis 69 Jahre	48,3	48,2
	70 bis 79 Jahre	44,9	47,2
	80+ Jahre	41,4	44,5
Anzahl gesamt		2.271	k. A.**

*die Werte des PCS-8 werden in der Normkohorte ausschließlich nach Altersgruppen differenziert (ab 18 Jahren) angegeben; **die Gesamtanzahl in der Normkohorte bezieht sich auf die Bevölkerung ab 18 Jahren

Wird eine Unterscheidung des subjektiven körperlichen Gesundheitszustandes auf Stadtbezirksebene betrachtet (vgl. Abbildung 51), lagen die Werte des PCS-8 in den Bezirken Altstadt (43,1), Pieschen (43,2), Neustadt (43,5), Leuben (44,0), Cotta (44,1), unterhalb der durchschnittlichen Werte aller LAB60+ Teilnehmenden (44,5) (Tabelle 15). Im Stadtbezirk Loschwitz bewerteten die LAB60+ Teilnehmenden ihren körperlichen Gesundheitszustand am besten (45,9), im Stadtbezirk Altstadt am schlechtesten (43,1). Die Unterschiede waren allerdings bei der Betrachtung der absoluten Zahlen nicht erheblich.

Abbildung 51: Körperliche Gesundheit (PCS-8) nach Stadtbezirk



Zusammenhang ausgewählter Faktoren mit der körperlichen Gesundheit (PCS-8)

Bei der Untersuchung, welche Faktoren mit einer verbesserten allgemeinen körperlichen Gesundheit einhergehen, wurde stets für drei Variablen (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status) adjustiert. In der linearen Regressionsanalyse zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang des Alters mit der körperlichen Gesundheit (siehe Tabelle im Anhang A8.1. 1). Mit steigendem Lebensalter nahmen die Werte für die körperliche Gesundheit nach dem PCS-8 ab: die subjektive körperliche Gesundheit wurde mit zunehmendem Alter als schlechter eingeschätzt. Ein höherer sozioökonomischer Status war mit höheren Werten für die subjektive körperliche Gesundheit verbunden. Dies bedeutet, dass Personen, die der höheren sozioökonomischen Schicht angehörten, ihre Gesundheit als besser einschätzten als Personen der unteren sozioökonomischen Schicht. In dem Modell erreichten Frauen niedrigere Werte für den PCS-8 als Männer. Dieser Einfluss war jedoch in der Regressionsanalyse nicht statistisch signifikant.

Zusammenhang gesundheitsbezogener Lebensstilfaktoren mit der körperlichen Gesundheit (PCS-8)

In der Regressionsanalyse (siehe Tabelle im Anhang A8.1. 2) hatten die Teilnehmenden mit einem geringeren PCS-8 (d. h. mit einer als schlechter empfundenen subjektiven Gesundheit) tendenziell eine höhere Anzahl von Erkrankungen, einen höheren BMI-Wert und rauchten. Eine höhere sportliche Aktivität war hingegen mit einer subjektiv als besser eingeschätzten Gesundheit verbunden. Auch ein riskanter Alkoholkonsum war mit einer subjektiv als besser eingeschätzten körperlichen Gesundheit assoziiert. Hier muss auf die erklärenden Worte zur explorativen Analyse im Abschnitt „Methodik“ dieses Kapitels verwiesen werden (s.o.). Riskanter Alkoholkonsum kann zu einer Vielzahl von Erkrankungen unterschiedlicher Organsysteme führen wie z. B. der Leber, aber auch Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankungen und Stoffwechselstörungen begünstigen (Blomfield et al. 2008, Rehm et al. 2017). Durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie darf nicht darauf geschlossen werden, dass ein erhöhter Alkoholkonsum zu einer besseren Gesundheit führt. Viel wahrscheinlicher ist es, dass Menschen, die sich als

gesünder einschätzen, auch insgesamt gesünder sind. Menschen, die gesund sind, trinken vermutlich mehr Alkohol, als Menschen, die schon krank sind.

Für den Obst- und Gemüsekonsum konnte in den Rechenmodellen kein Zusammenhang mit dem PCS-8 dargestellt werden.

Zusammenhang psychischer und sozialer Faktoren mit der subjektiven körperlichen Gesundheit (PCS-8)

Höhere Werte für den SNI, den MCS-8, die MGM und für die positive Affektivität waren ebenfalls mit einer besseren subjektiv empfundenen körperlichen Gesundheit nach PCS-8 verbunden. Bei höheren Werten für die negative Affektivität zeigten sich hingegen niedrigere Werte für den PCS-8 (siehe Tabelle im Anhang A8.1. 3). In den Modellen hatten die empfundene Einsamkeit und die Anzahl im Haushalt lebender Personen keinen Einfluss auf den PCS-8.

Zusammenhang von Faktoren des Wohnumfeldes mit der subjektiven körperlichen Gesundheit (PCS-8)

Bezogen auf das Wohnumfeld zeigte sich, dass einzelne Aspekte in der explorativen Analyse mit der körperlichen Gesundheit zusammenhängen (siehe Tabelle im Anhang A8.1. 4). Wenn sich die Teilnehmenden nach Anbruch der Dunkelheit auf den Straßen unsicher fühlten, war dies ebenso mit einem niedrigeren Wert für den PCS-8 (schlechteren körperlichen Gesundheit) verbunden, wie eine als zu wenig barrierefrei eingeschätzte Wohnung. Höhere PCS-8 Werte wurden dagegen erzielt, wenn sich die Teilnehmenden mit ihrer Wohngegend verbunden fühlten und wenn die Haltestellen in der Wohngegend für die Teilnehmenden gut erreichbar waren. Wenn Parks in der Wohngegend mindestens wöchentlich genutzt wurden, war dies mit einem höheren Wert des PCS-8 verbunden. Keinen Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit hatten „Beratungsangebote in meiner Nähe“, „Einkaufsmöglichkeiten“, „Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr“, „seltene Nutzung von Parks“, „Menschen, auf die man sich in Notlagen verlassen kann“, „die Freizeit verbringe ich gerne in der Wohngegend“ und „in meiner Wohngegend gibt es genügend Möglichkeiten, um der sommerlichen Hitze zu entkommen“. Auch hier ist der explorative Ansatz unter Berücksichtigung des Studiendesigns bei der Interpretation zu bedenken.

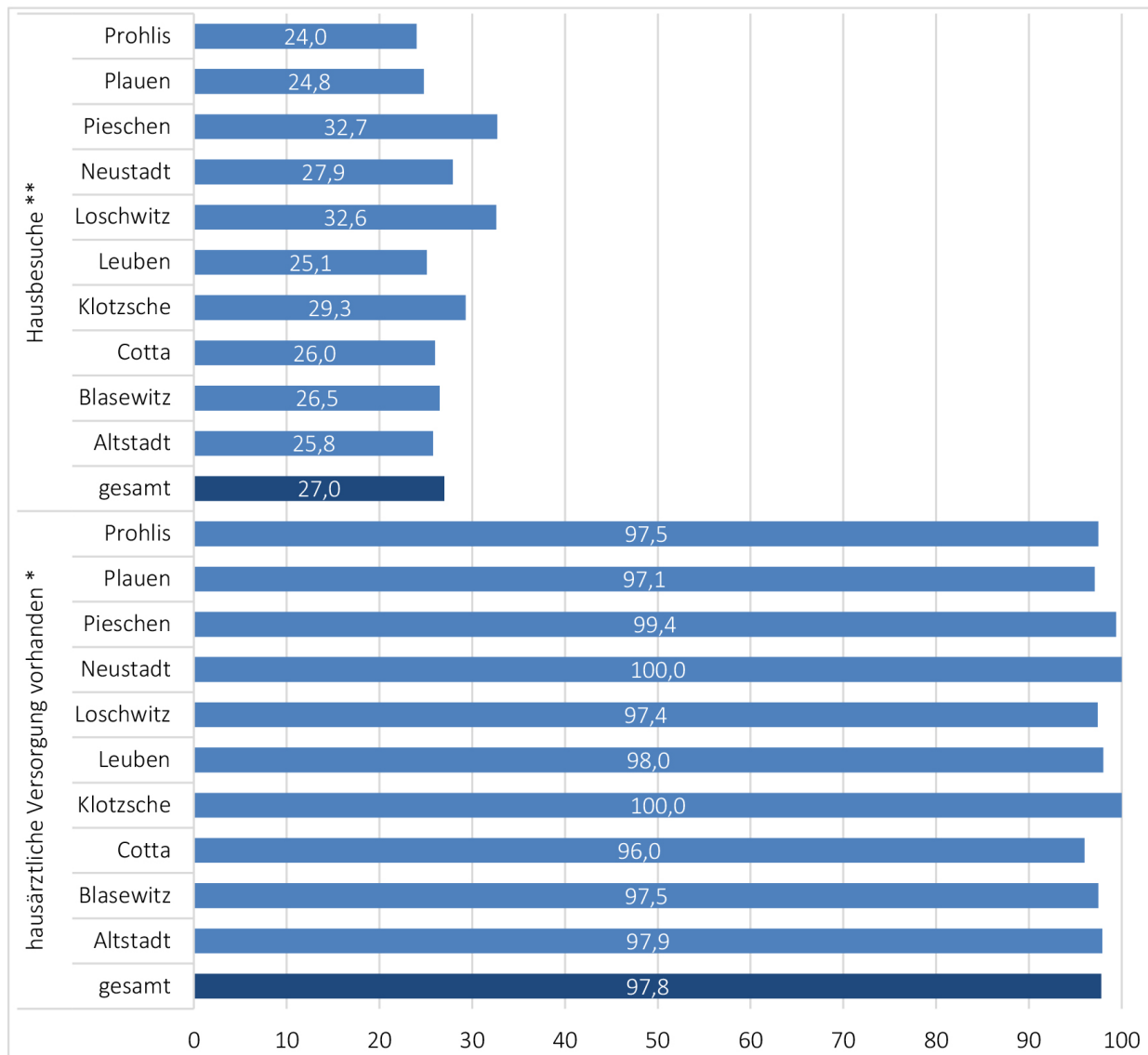
Zusammenhang von Beratungsangeboten und Präventionsmaßnahmen mit der subjektiven körperlichen Gesundheit

Eine häufigere Nutzung der hautärztlichen und zahnmedizinischen Vorsorge war mit einem höheren PCS-8-Wert (mit einer besseren körperlichen Gesundheit) verbunden. Die augenärztliche Vorsorge sowie die Nutzung von Impfungen waren hingegen mit niedrigeren Werten für den PCS-8 verbunden. Es ist aufgrund des Studiendesigns nicht zulässig, hier darauf zu schließen, dass Impfungen zu einem schlechter eingeschätzten körperlichen Gesundheitszustand führen. Wahrscheinlicher ist, dass Menschen die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen, vermehrt Präventionsangebote wie Impfungen wahrnehmen um sich zu schützen. Die Richtung eines möglichen Zusammenhanges müsste in einer Längsschnittstudie überprüft werden. Wenn Teilnehmende angaben, die Tumorberatung, eine Alltagsbegleitung oder Angebote für Pflegeeinrichtungen zu nutzen, war dies mit einer schlechteren körperlichen Gesundheit assoziiert. Nutzten sie hingegen den telefonischen Krisendienst oder das Seniorentelefon, war dies mit einer als besser eingeschätzten körperlichen Gesundheit verbunden. Diese Zusammenhänge müssen ebenfalls vor dem Hintergrund des Studiendesigns betrachtet werden. Es kann sein, dass die Nutzung eines Seniorentelefons zu einer besser eingeschätzten körperlichen Gesundheit führt. Es ist aber auch möglich, dass Menschen, die ihre körperliche Gesundheit als besser einschätzen, eher in der Lage sind, solche Angebote wahrzunehmen, als Menschen, die ihren körperlichen Gesundheitszustand als schlechter einschätzen. Die anderen städtischen Angebote und Präventionsmaßnahmen ergaben keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem PCS-8 (siehe Tabelle im Anhang A8.1. 5).

8.1.4 Ärztliche Versorgung im Stadtgebiet Dresden

Über 90 % der Befragten bejahten die Frage nach einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt, die/den sie im Regelfall als Erstes bei gesundheitlichen Problemen aufsuchten (Abbildung 52). Dabei machten nach Angaben der Teilnehmenden allerdings lediglich ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte Hausbesuche. Hier muss jedoch darauf verwiesen werden, dass die tatsächliche Zahl der Hausbesuche unterschätzt werden könnte, da manche Teilnehmenden angaben, bisher noch nicht auf Hausbesuche angewiesen gewesen zu sein oder keine Angaben machten (6,5 %). Am häufigsten wurden Hausbesuche in Pieschen (32,7 %) und Loschwitz (32,6 %), gefolgt von Klotzsche (29,3 %), angegeben.

Abbildung 52: Hausärztliche Versorgung im Stadtgebiet Dresden (in Prozent)

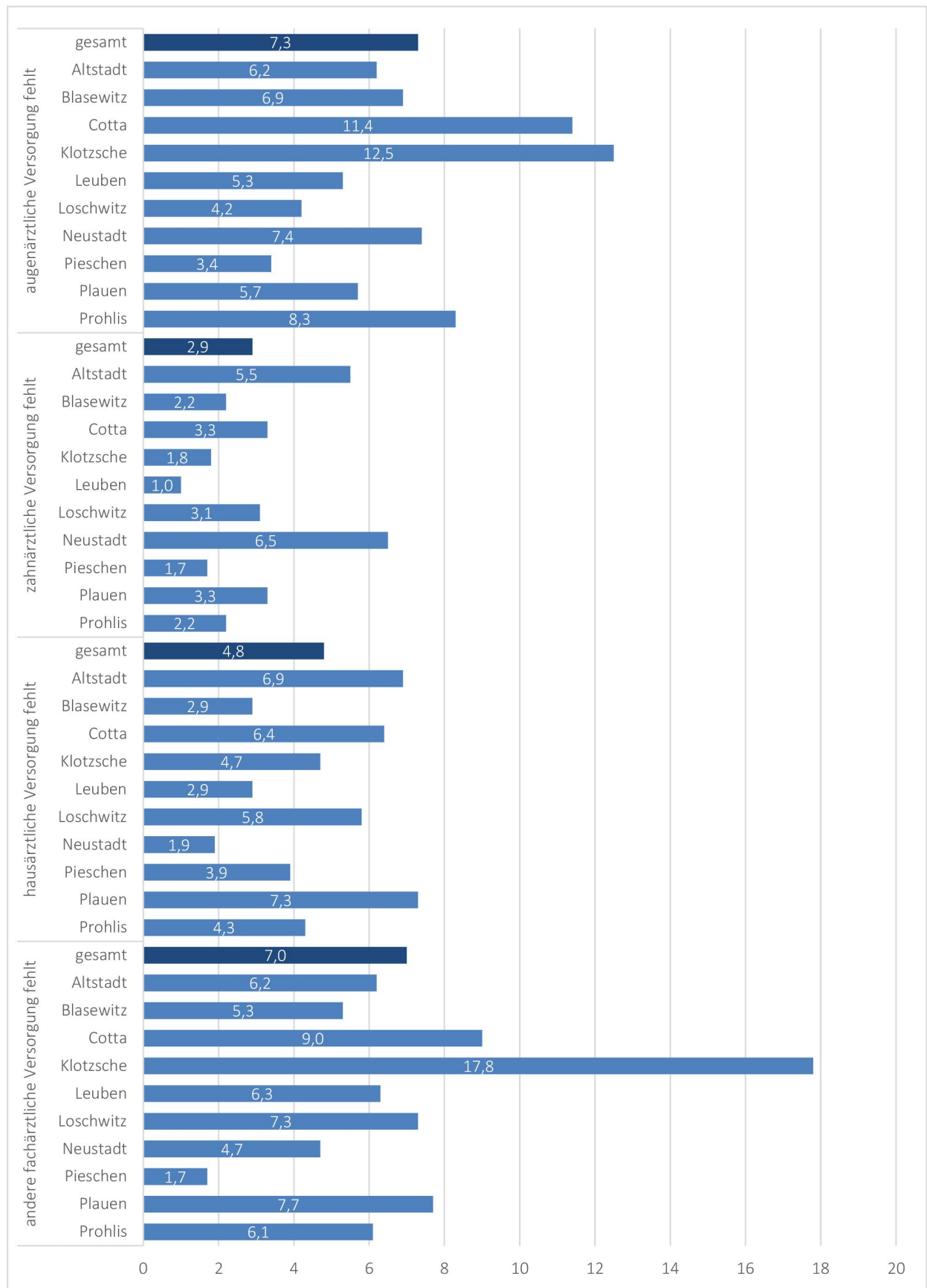


*k. A.: 1,0 %; **k. A.: 6,5 %.

Fachärztliche Versorgung in den Stadtbezirken

Insgesamt gaben 13,6 % der Befragten an, dass ärztliche Versorgung in der Wohngegend fehle. Dagegen sahen 84,3 % keinen Mangel an ärztlicher Versorgung. Bei der Angabe, welche ärztliche Versorgung fehle, waren Mehrfachantworten möglich. Mangelnde Versorgung durch Augenärztinnen bzw. Augenärzte wurde von 7,3 % der Teilnehmenden angegeben, durch Hausärztinnen bzw. Hausärzte von 4,8 %, durch Zahnärztinnen und Zahnärzte von 2,9 % und durch andere Fachärztinnen oder Fachärzte (insgesamt) von 7,0 %. Dabei waren die Angaben zur ärztlichen Versorgung vom Stadtbezirk abhängig. Augenärztinnen bzw. Augenärzte fehlten am häufigsten in Klotzsche (12,8 %), Zahnärztinnen und Zahnärzte am häufigsten im Bezirk Neustadt (6,5 %) und Hausärztinnen bzw. Hausärzte am häufigsten in Plauen (7,3 %). Fehlende Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fachrichtungen wurden am häufigsten in Klotzsche angegeben (17,8 %) (Abbildung 53).

Abbildung 53: Fehlende fachärztliche Versorgung im Stadtbezirk (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 2,1 %

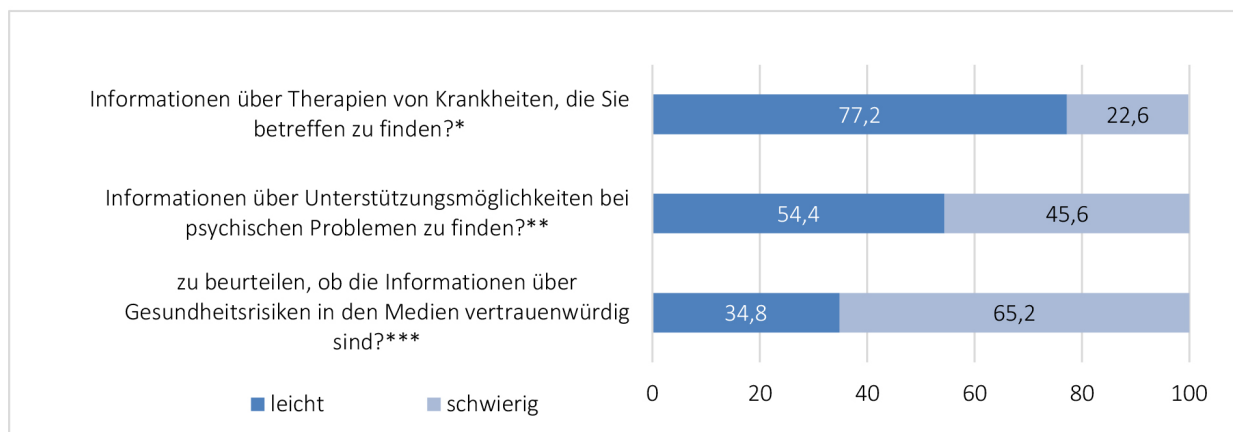
Zusammenhang hausärztlicher Versorgung mit der körperlichen Gesundheit

Der Einfluss der hausärztlichen Versorgung wurde ebenso in Bezug auf die körperliche Gesundheit untersucht. In den Rechenmodellen wurden stets das Alter, das Geschlecht, Vorerkrankungen (ja/nein) und der sozioökonomische Status berücksichtigt, sodass potentiell verzerrende Einflüsse durch diese Faktoren ausgeschlossen werden konnten. Hier zeigte sich, dass eine (subjektiv) fehlende hausärztliche Versorgung in der Wohnumgebung mit einem schlechteren Wert für die subjektive körperliche Gesundheit verbunden war (siehe Tabelle im Anhang A8.1. 6). In ähnlicher Weise waren die Werte für die körperliche Gesundheit niedriger, wenn Teilnehmende angaben, keine Hausärztin oder keinen Hausarzt zu haben, die/den sie bei gesundheitlichen Problemen zuerst aufsuchten (siehe Tabelle im Anhang A8.1.7).

8.1.5 Gewinnung von Informationen über gesundheitsbezogene Themen

Nach ihrer Einschätzung befragt, fand jede fünfte Person (22,6 %) in der LAB60+ Studie es schwierig, Informationen über Therapien von Krankheiten, die sie betreffen, zu finden. Etwas weniger als die Hälfte (45,6 %) empfand es als schwierig, sich über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu informieren. Sogar jeder bzw. jede Dritte (65,2 %) schätzte es als schwierig ein, die Vertrauenswürdigkeit von Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien zu beurteilen (Abbildung 54).

Abbildung 54: Antwortanteile für die Frage „Wie schwierig ist es Ihrer Meinung nach...“ (in Prozent)



* 6,6 % k. A.; ** 13,7 % k. A.; *** 8,0 % k. A.

Die Personen, die keine Schwierigkeiten hatten, Informationen über Therapien von Krankheiten und über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu erhalten, gaben tendenziell häufiger an, zur Informationsgewinnung über gesundheitliche, kulturelle und soziale Angebote in Dresden das Internet zu nutzen (jeweils 69,7 %), als Personen, die Schwierigkeiten hatten sich über diese Angebote bzw. Themen zu informieren (45,0 %; 58,3 %) (Abbildung 55). Bei der Frage, wie schwierig es sei, zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig seien, unterschied sich die Internetnutzung nicht so deutlich in den Kategorien (66,6 % vs. 63,4 %) (Abbildung 55). Insgesamt gaben jüngere Menschen (60 bis 64 Jahre) häufiger an, das Internet zu nutzen, um sich über diese Angebote zu informieren, als ältere Menschen (85+ Jahre). Dieser Trend war unabhängig davon, ob die Personen es als „leicht“ oder „schwierig“ einschätzten, die gesundheitlichen Informationen zu finden (Abbildung 56, Abbildung 57, Abbildung 58). In der Kategorie „leicht“ lag der Anteil der Internetnutzung bei den 60- bis 64-Jährigen bei > 80 % und in der Altersgruppe 85+ Jahre lag den Anteil zwischen 30 % bis 35 %. Bei den Teilnehmenden, die Schwierigkeiten hatten, Informationen zu erhalten, nutzten zwischen 82,6 % (60 bis 64-jährige) und 13,2 % (Altersgruppe 85+ Jahre) das Internet. Mit zunehmendem sozioökonomischen Status (höherer sozialer Schicht) nahm die Internetnutzung zu (Minimum 25,3 %, Maximum 80,7 %) (Abbildung 56, Abbildung 57, Abbildung 58).

Bei der Nutzung der anderen untersuchten Medien (kostenlose Zeitungen, kostenpflichtige Zeitungen, Radio oder Fernsehen) ergaben sich insgesamt keine großen Unterschiede zwischen den Teilnehmenden, die Schwierigkeiten hatten, Informationen über gesundheitliche Themen zu finden und Teilnehmenden, die keine Schwierigkeiten hatten (Abbildung 55). Die Stratifizierung nach Alter und sozioökonomischem Status für die Teilnehmenden, die Schwierigkeiten hatten, gesundheitliche Information zu bekommen, ist im Anhang dargestellt (siehe Abbildungen im Anhang A8.1. 1 bis A8.1. 7).

Abbildung 55: Nutzung ausgewählter Medien in den Kategorien der Fragen „Wie schwierig ist es Ihrer Meinung nach...“ (in Prozent)

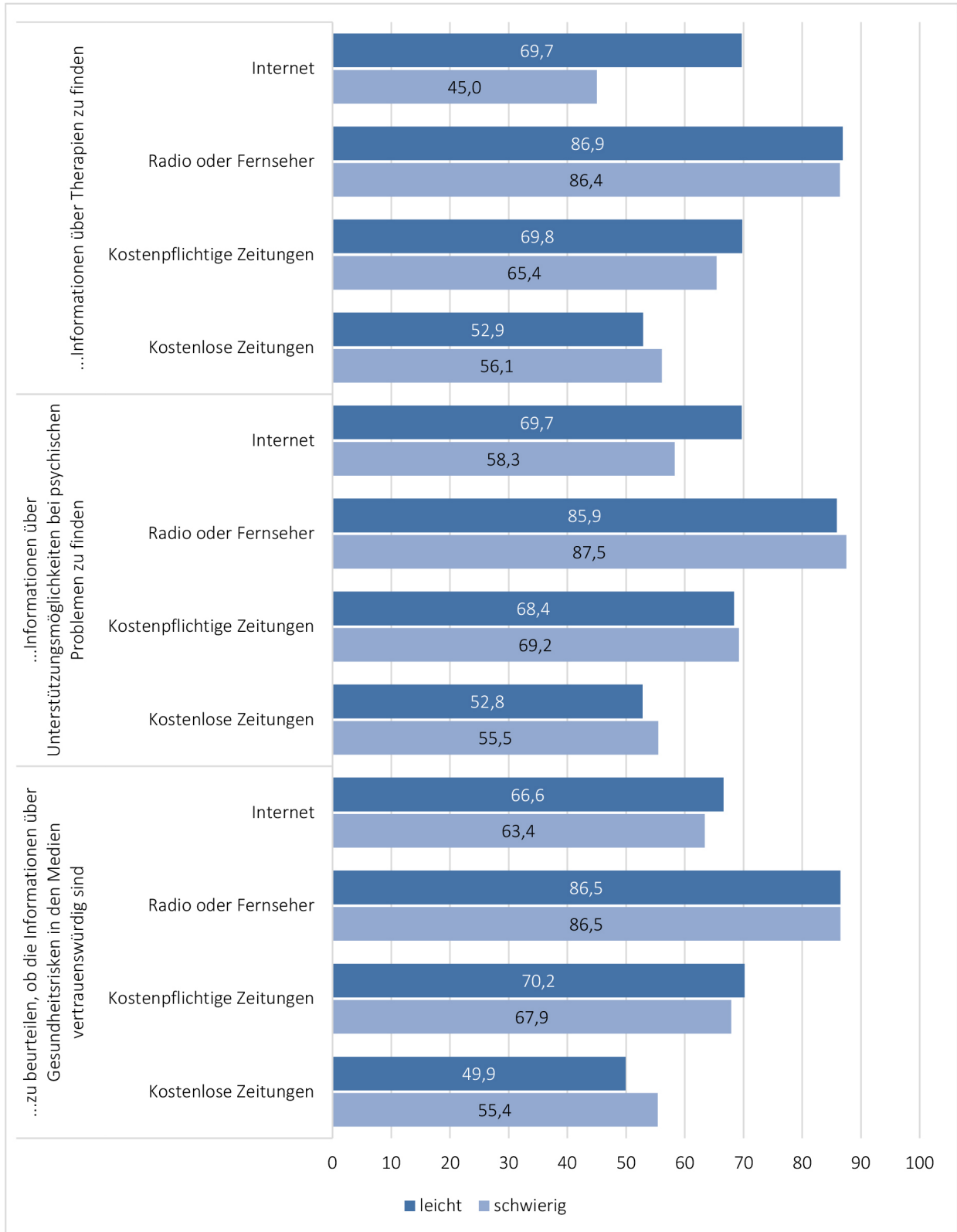


Abbildung 56: Internetnutzung, nach Alter und sozioökonomischem Status, in den Kategorien der Frage wie schwierig es für die Teilnehmenden ist, Informationen über Therapien von Krankheiten zu finden ("leicht", "schwierig") (in Prozent)

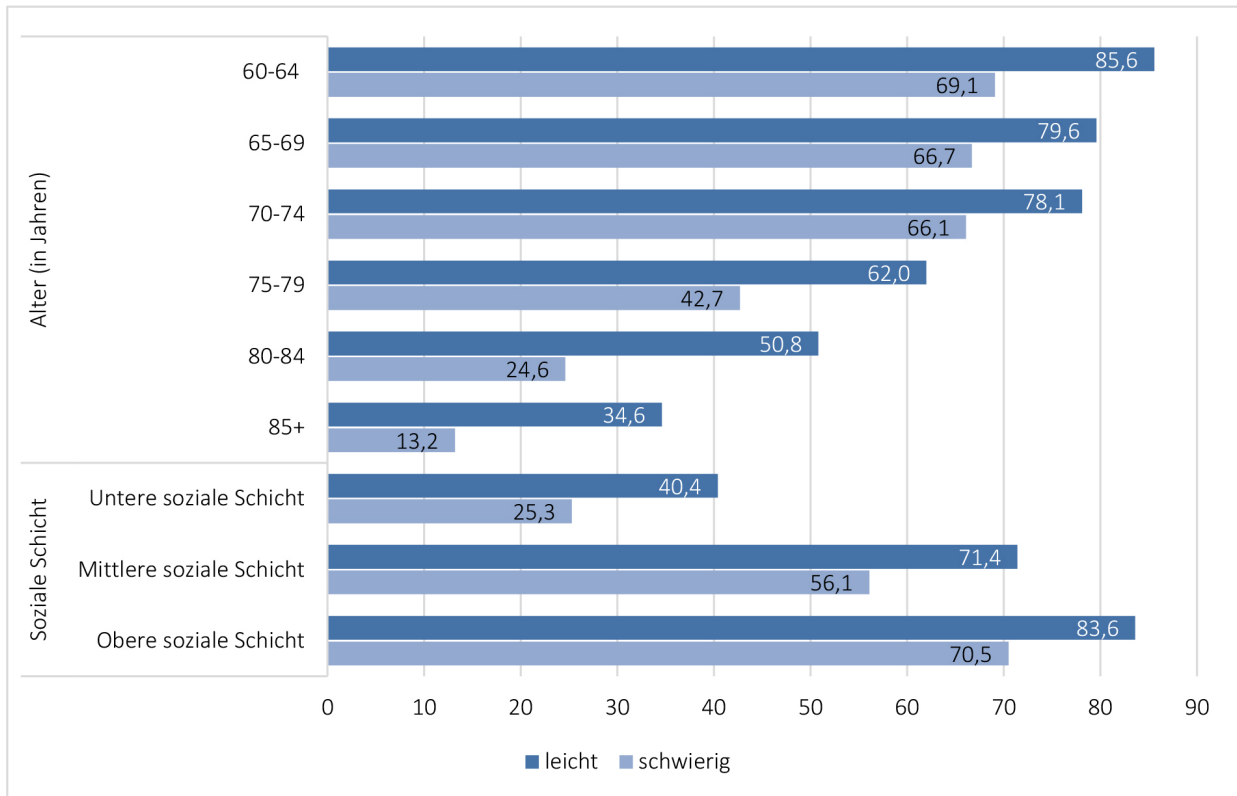


Abbildung 57: Internetnutzung, nach Alter und sozioökonomischem Status, in den Kategorien der Frage, wie schwierig es für die Teilnehmenden ist, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden („leicht“, „schwierig“) (in Prozent)

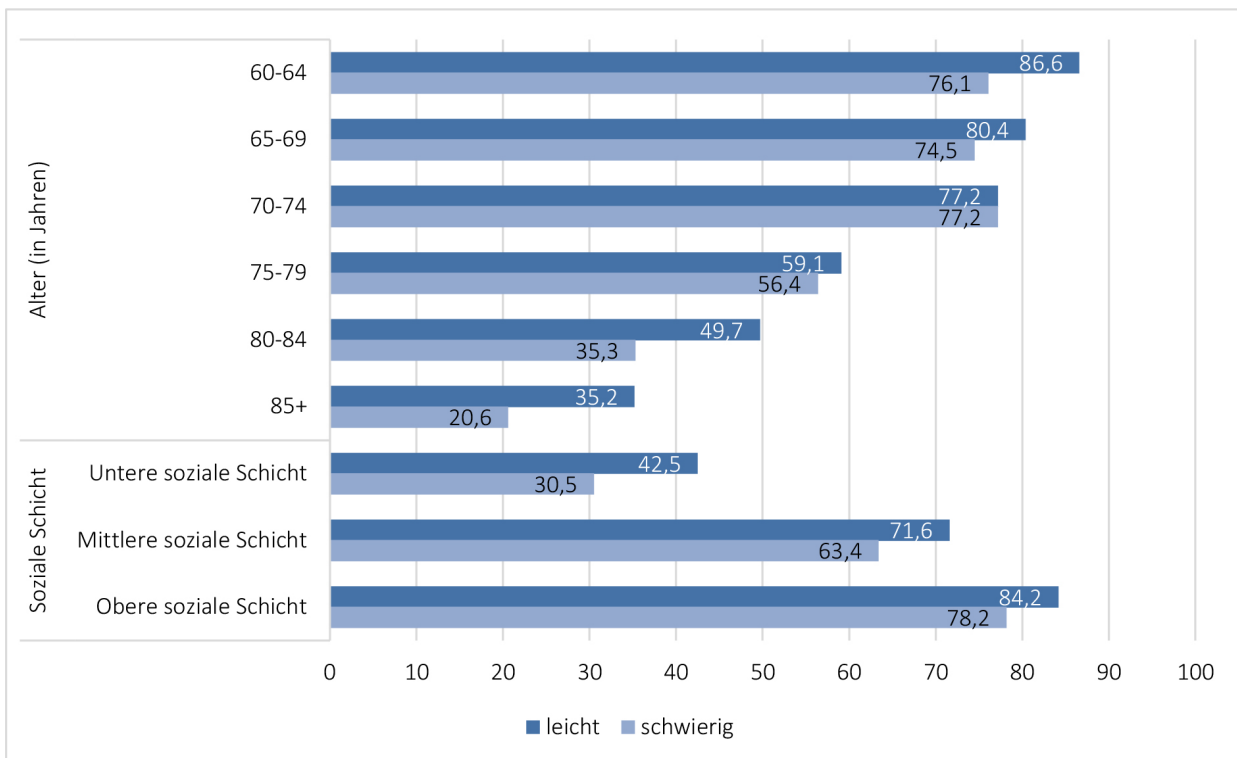
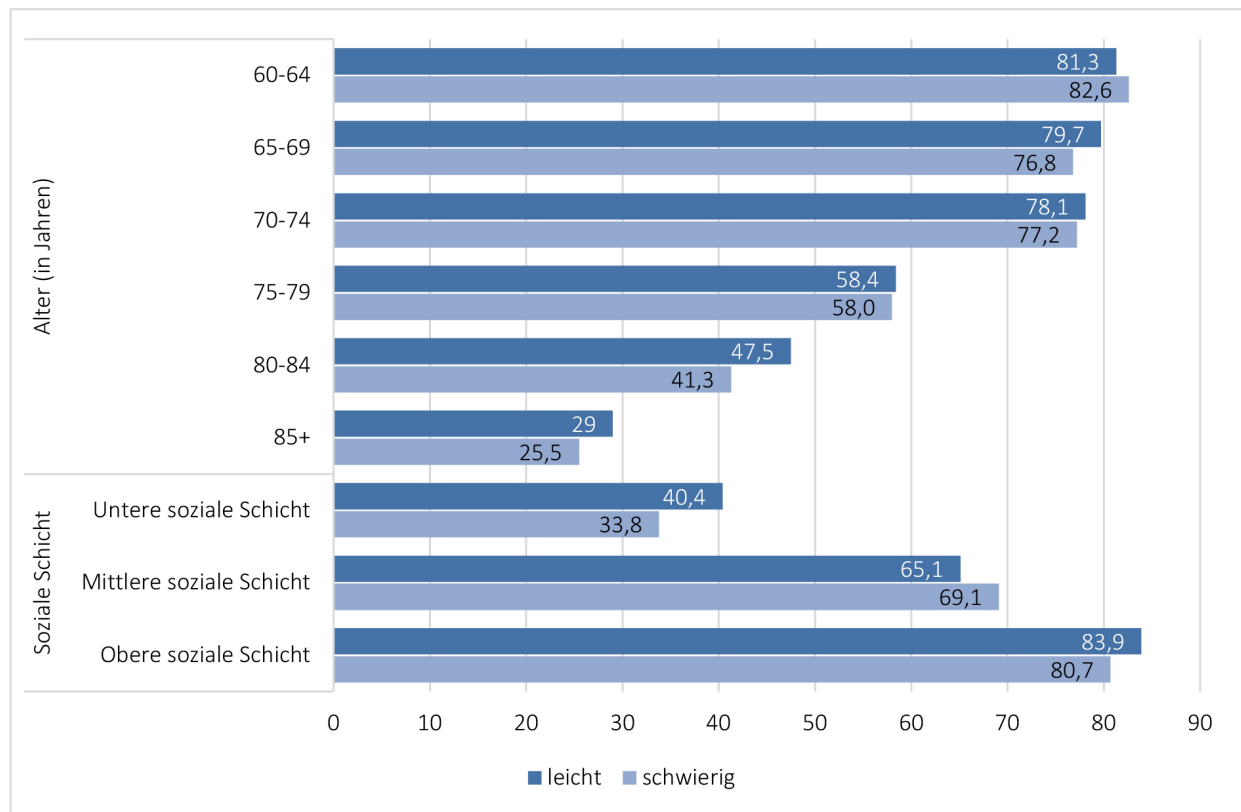


Abbildung 58: Internetnutzung, nach Alter und sozioökonomischem Status, in den Kategorien der Frage, wie schwierig es für die Teilnehmenden ist, zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind („leicht“, „schwierig) (in Prozent)



8.1.6 Resümee körperliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Nahezu alle (91,4 %) Teilnehmenden der LAB60+ Studie litten an mindestens einer Vorerkrankung. Nur 8,4 % gaben keine Vorerkrankungen an. Die Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Bezug auf das Geschlecht spiegelt die Ergebnisse der DEGS1⁵⁸ Erhebung 2008-2011 wider (Busch et al. 2013, Neuhauser et al. 2017). Männer gaben häufiger an, an koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall oder Herzinfarkt zu leiden als Frauen. Hingegen litten Frauen im Alter von 65+ Jahren häufiger an Depressionen (8,4 %) als Männer dieser Altersgruppe (3,6 %). Deutschlandweit wurde im Jahr 2014/2015 die Prävalenz depressiver Symptomatik bei Frauen dieser Altersgruppe mit 8,7 %, bei Männern mit 5,4 % angegeben (Bretschneider et al. 2017).

Am höchsten war die Prävalenz von Bluthochdruck (53,7 %). Bei Männern im Alter von 65+ Jahren lag der Anteil bei 55,9 %, bei den Frauen dieser Altersgruppe bei 54,4 %. Diese Werte liegen ca. 10 % unter den Werten der GEDA⁵⁹-Erhebung 2014/2015 (Männer ≥65 Jahre: 65,1 %; Frauen ≥65 Jahre: 63,8 % (Neuhauser, Kuhnert et al. 2017)). Diabetes wurde mit einer Prävalenz von 18,7 % der Teilnehmenden der LABb60+ Studie angegeben. Bei den Frauen (≥65 Jahre) betrug dieser Anteil 18,3 %, bei den Männern 22,6 %. Damit lagen diese Werte leicht über den bundesdeutschen Werten in derselben Altersgruppe (Heidemann et al. 2017). Bezüglich des BMI lagen die Werte ungefähr im bundesdeutschen Durchschnitt, mit Ausnahme der 70- bis 74-Jährigen (Statistisches Bundesamt 2017). Bei dieser Altersgruppe lag der durchschnittliche BMI leicht über den bundesdeutschen Werten (LAB60+: 27,6 % vs. Bund: 26,9 %). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Erkrankungshäufigkeiten der hier untersuchten Krankheiten (mit Ausnahme des Bluthochdrucks) unter den LAB60+ Teilnehmenden mit den bundesdeutschen Durchschnittswerten vergleichbar sind. Allerdings ergaben sich Unterschiede auf Stadtbezirksebene. Im Stadtbezirk Neustadt war jede zweite Person (48,2 %) von Übergewicht betroffen, was über dem Anteil der übergewichtigen Personen bei den LAB60+ Teilnehmenden liegt (42,3 %). Im Stadtbezirk Pieschen war jede vierte Person (27,2 %) adipös (Anteil von Teilnehmenden mit Adipositas in der LAB60+ Studie insgesamt: 20,4 %). Der größte Anteil normalgewichtiger Menschen (41,3 %) lebte in Plauen.

⁵⁸ Die Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS) wurde im Kapitel „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

⁵⁹ Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) wurde im Kapitel „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

Präventionsmaßnahmen wie z. B. die von der STIKO (Ständige Impfkommission) empfohlenen Impfungen (Robert Koch-Institut 2019) oder die in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) aufgenommenen Krebsvorsorgemaßnahmen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020) werden von den Krankenversicherern getragen. Bei der Inanspruchnahme dieser Präventionsmaßnahmen gab es unter den Teilnehmenden der LAB60+ Studie jedoch deutliche Unterschiede. Mehr als 90 % der Teilnehmenden gaben an, regelmäßig die allgemeine Gesundheitsvorsorge („Check-up“) wahrzunehmen.

Impfungen wurden hingegen nur von 80 % der Befragten in Anspruch genommen. Lediglich 60 % der Teilnehmenden gaben an, an regelmäßigen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen teilzunehmen und nur jede bzw. jeder zweite Teilnehmende ging regelmäßig zur Hautkrebsvorsorge. Die gesetzlichen Krankenversicherungen bieten in unterschiedlichem Umfang Kurse zur Gesundheitsförderung an. Nur 13,8 % der Teilnehmenden dieser Studie nahmen diese jedoch regelmäßig war.

Die ärztliche Versorgung in ihrer Wohngegend wurde von den Teilnehmenden überwiegend als ausreichend bewertet. Lediglich 13,8 % der Befragten gaben an, dass ärztliche Versorgung in ihrer Wohngegend fehle. Auf Stadtbezirksebene ergaben sich keine deutlichen Unterschiede in der subjektiven Bewertung der ärztlichen Versorgung. In Klotzsche wurde die augenärztliche Vorsorge mit 12,5 % am häufigsten als „fehlend“ angegeben. Andere Fachärzte und Fachärztinnen wurden ebenfalls in Klotzsche mit 17,8 % häufiger als „fehlend“ bewertet als in den anderen Stadtbezirken.

Bezüglich der subjektiven körperlichen Gesundheit nach dem PCS-8 schätzten die Teilnehmenden der LAB60+ Studie, die 70+ Jahre alt waren, ihre Gesundheit durchschnittlich etwas schlechter ein, als die Teilnehmenden der bundesdeutschen Normkohorte (Ellert, Lampert et al. 2005). Sowohl in der LAB60+ Studie, als auch in der bundesdeutschen Normkohorte war die Höhe der PCS-8-Werte vom Alter, dem Geschlecht und dem sozioökonomischen Status abhängig (Ellert, Lampert et al. 2005). Frauen schätzten ihren körperlichen Gesundheitszustand insgesamt schlechter ein als Männer. Eine Ausnahme bildete die Gruppe der 60- bis 69-Jährigen der LAB60+ Teilnehmenden. Hier erreichten die Frauen etwas höhere Werte als die Männer und bei beiden Geschlechtern lagen die Werte etwas über denen in der Normkohorte. Mit zunehmendem Alter schätzten die Menschen ihren körperlichen Gesundheitszustand zunehmend schlechter ein. Personen aus der höchsten sozioökonomischen Schicht schätzten ihren körperlichen Gesundheitszustand als besser ein als Personen aus der niedrigsten sozialen Schicht. Obwohl aufgrund des Studiendesigns keine Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge geschlossen werden dürfen, können diese hier vermutet werden: Mit steigendem Lebensalter nehmen Vorerkrankungen zu. Diese Menschen schätzten ihre körperliche Gesundheit wahrscheinlich als schlechter ein. Auch die sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit sind bekannt (Geyer 2016). Daher kann angenommen werden, dass Personen der unteren sozialen Schicht kränker sind und daher ihre körperliche Gesundheit schlechter einschätzen. Zusammenfassend schätzten die LAB60+ Teilnehmenden und die Teilnehmenden der bundesdeutschen Normkohorte ihre körperliche Gesundheit durchschnittlich ähnlich ein.

Einzelne gesundheitsbezogene Lebensstilfaktoren, psychosoziale Faktoren sowie Faktoren des Wohnumfeldes, der Nutzung ärztlicher Vorsorgemaßnahmen oder von Präventionsangeboten zeigten in der explorativen Analyse einen Effekt auf die Höhe des PCS-8. Im Abschnitt „Methodik“ dieses Kapitels wurden bereits die Limitationen erläutert, die sich aus dem Studiendesign einer Befragung für die Interpretation dieser Resultate ergeben. Insbesondere müssen hier die Ergebnisse des PCS-8 in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum kritisch interpretiert werden. Ein höherer Alkoholkonsum war in der vorliegenden Studie mit besseren Werten für die körperliche Gesundheit verbunden. Um dieses Ergebnis nachvollziehen zu können, kann man annehmen, dass kränkere Menschen aufgrund ihres Gesundheitszustandes und einer möglicherweise damit verbundenen Medikamenteneinnahme weniger Alkohol zu sich nehmen (eine umgekehrte Kausalität).

Der Mehrheit der Teilnehmenden (etwa 65 %) fiel es schwer, die Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsthemen in den Medien zu beurteilen. Außerdem fand es ein erheblicher Anteil der Teilnehmenden schwierig, Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen, wie Krankheitstherapien und psychologischen Problemen, zu finden. Teilnehmende, die Schwierigkeiten bei der Suche nach Informationen über gesundheitsbezogene Themen angaben, verwendeten seltener das Internet, um Auskunft über gesundheitliche, kulturelle und soziale Angebote zu erhalten, als Teilnehmende, die bei der Suche nach medizinischen Informationen keine Schwierigkeiten hatten. Andere Medien (Radio, Fernsehen oder Zeitung) wurden von beiden Gruppen gleichermaßen genutzt. Es ist möglich, dass die Nutzungshäufigkeit in diesem Zusammenhang gleichzeitig auch die allgemeine Häufigkeit der Mediennutzung in den Altersgruppen und sozialen Schichten widerspiegelt (siehe Kapitel 7 Teilhabe, Alltags- und Freizeitverhalten und Ehrenamt). Dennoch weist die Auswertung darauf hin, dass gesundheitliche Informationen besser zugänglich und verständlich gemacht werden sollten.

8.2 Behinderung und Pflegebedürftigkeit

In diesem Kapitel wird zunächst ein Überblick über die Häufigkeit von (Schwer-)Behinderung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland und insbesondere in Sachsen gegeben. Danach werden die in der LAB60+ Studie erhobenen Daten zu dieser Thematik dargestellt. Die Bereitschaft, anderen Personen Hilfe zu leisten sowie die dadurch entstehende Belastung werden ebenfalls ausgewertet. Abschließend folgt eine Zusammenfassung der Studienergebnisse zu den betrachteten Themen und ein Vergleich zur Situation in Sachsen und Deutschland.

8.2.1 Überblick über (Schwer-)Behinderung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Menschen mit Behinderung sind gemäß Sozialgesetzbuch IX Menschen, „die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX vom 23.12.2016, zuletzt geändert am 27.09.2021). Der Behinderungsbegriff wurde durch das Bundesteilhabegesetz im Jahr 2016 reformiert und integriert durch seinen Wortlaut das Grundkonzept der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Demnach bedeutet eine Behinderung eine eingeschränkte Teilhabefähigkeit der Person, die durch ein Zusammenspiel von gesundheitlichen Problemen sowie umwelt- und personenbezogenen Faktoren entsteht. Diesem Konzept liegt das sogenannte bio-psycho-soziale Modell zugrunde. Dieses Modell wendet sich von der bisher defizitbetonten Verwendung des Behinderungsbegriffs ab und stellt Kontextfaktoren, wie Umwelt und Persönlichkeit in den Vordergrund, die sich nach dem Konzept der ICF sowohl förderlich als auch hinderlich für die betroffene Person auswirken können.

In Deutschland lebten im Jahr 2019 etwa 10,4 Millionen Menschen (13 % der Gesamtbevölkerung) mit einer amtlich anerkannten Behinderung. Davon hatte der größte Teil, etwa 7,6 Millionen Menschen, einen Schwerbehindertenstatus (Destatis 2021). Als schwerbehindert gelten Personen, denen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 anerkannt und ein gültiger Ausweis ausgehändigt wurde. Daten der Ende 2019 in Deutschland durchgeführten Erhebung zufolge bestehen Behinderungen insbesondere bei älteren Personen: 76 % der Menschen mit Behinderung waren mindestens 55 Jahre alt. Etwa ein Viertel (25,3 %) der über 64-Jährigen war dieser Erhebung zufolge schwerbehindert (Destatis 2021).

Bei der Betrachtung der Anzahl schwerbehinderter Personen in der sächsischen Bevölkerung kann festgestellt werden, dass diese in den letzten Jahren zugenommen hat: Waren 2011 noch etwa 356.000 Personen schwerbehindert, lag diese Zahl 2019 bereits bei etwa 420.000. In Sachsen ist mit einer weiter ansteigenden Anzahl schwerbehinderter Personen zu rechnen, da hier auch eine Zunahme des Anteils älterer Personen beobachtet wird und der Anteil der schwerbehinderten Personen in den höheren Altersgruppen größer wird: So waren im Jahr 2019 etwa 72 % der Personen mit Schwerbehinderung 60 Jahre und älter (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2019).

Mit der steigenden Lebenserwartung und der damit zunehmenden Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung wird auch die Bedeutung der pflegerischen Versorgung immer wichtiger. So ist auch die Zahl der Pflegebedürftigen – der Personen, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen dauerhaft auf Unterstützung und Pflege angewiesen sind – in den letzten Jahren stark gestiegen: Während 1999 noch etwa 2 Millionen Menschen in Deutschland nach SGB XI pflegebedürftig waren, waren es Ende 2019 bereits 4,1 Millionen (Destatis 2020). Die Pflegebedürftigkeit nimmt mit dem Alter zu. Im Dezember 2019 waren 80 % der Pflegebedürftigen älter als 65 Jahre. Insgesamt waren mit einem Anteil von 62 % deutlich mehr Frauen als Männer pflegebedürftig (Destatis 2020).

Zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit wurden 2017 anstelle der bis dato geltenden Pflegestufen fünf Pflegegrade (PG) eingeführt, wobei eine stärkere Pflegebedürftigkeit zu einer Einstufung in einen höheren Pflegegrad führt⁶⁰.

⁶⁰ Fünf Pflegegrade ermöglichen es, Art und Schwere der jeweiligen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten unabhängig davon, ob diese körperlich, geistig oder psychisch bedingt sind, zu erfassen. Die Pflegegrade und damit auch der Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: Von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5) (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

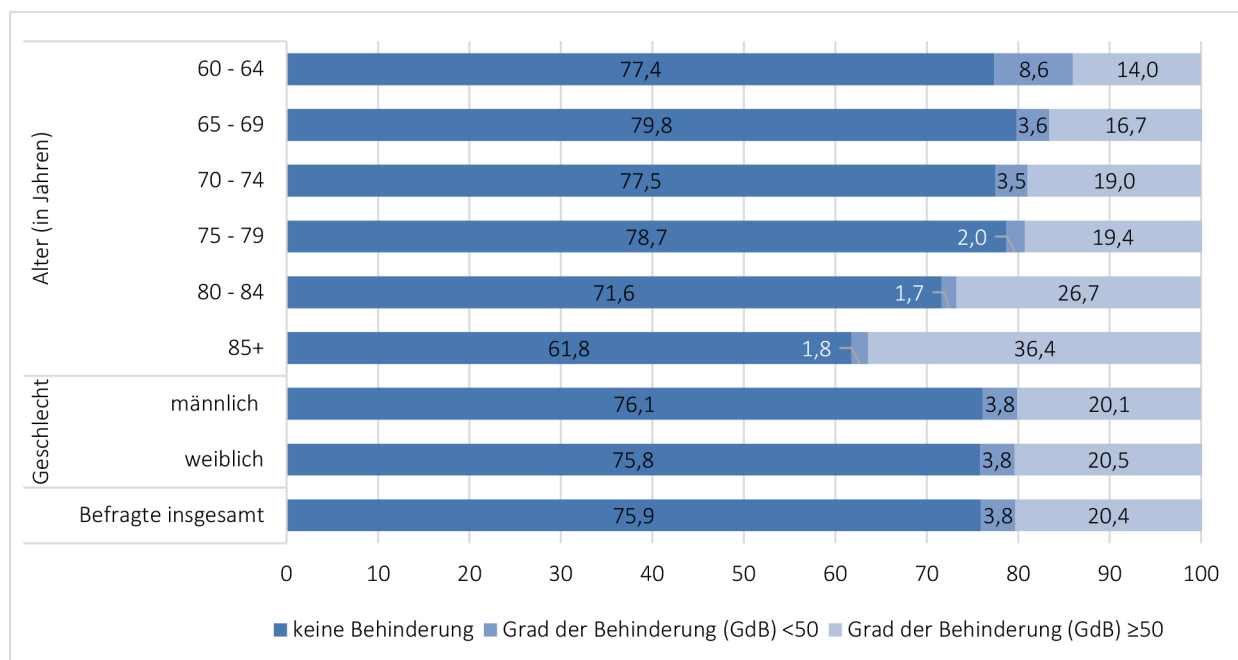
Der in Deutschland insgesamt zu beobachtende Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger ist auch in Sachsen erkennbar. Während im Jahr 2005 noch etwa 120.000 Personen pflegebedürftig waren, waren es 2015 bereits etwa 167.000 Personen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2018). 2019 waren entsprechend der Einteilung in Pflegegrade etwa 250.000 Personen in Sachsen pflegebedürftig. Insgesamt waren mehr weibliche (ca. 63 %) als männliche (ca. 37 %) Pflegebedürftige registriert (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2019). Die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen (85,5 %) war im Jahr 2019 über 60 Jahre alt, und der Pflegebedürftigenanteil nahm ab dem Alter von 75 Jahren deutlich zu. Etwa 70 % aller pflegebedürftigen Personen waren älter als 75 Jahre. Im selben Jahr lebten circa 77 % aller pflegebedürftigen Personen, die älter als 60 Jahre waren, zu Hause. Die über 60-Jährigen, pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause lebten, wiesen am häufigsten den Pflegegrad 2 mit einem Anteil von etwa 55 % auf, gefolgt von Pflegegrad 3 mit etwa 27 %. Pflegegrad 1 (ca. 9 %), 4 (ca. 7 %) und 5 (ca. 2 %) waren seltener vertreten. Diesbezüglich sind die Werte der Landeshauptstadt Dresden ähnlich denen von Sachsen, auch hier sind ca. 16 % der Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren pflegebedürftig. (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2019).

8.2.2 Daten zur Schwerbehinderung in Dresden

Von der großen Mehrheit der LAB60+ Teilnehmenden (97,8 %) wurden Angaben zum Behinderungsstatus gemacht. Insgesamt gaben 24,2 % der befragten Personen an, eine Behinderung zu haben (von 2,2 % der Teilnehmenden wurde diese Frage nicht beantwortet). Der größere Teil dieser Personen, insgesamt 20,4 % der Studienpopulation bzw. 84,3 % der Personen mit Behinderung, war schwerbehindert. Etwa 3,8 % der Befragten wiesen eine leichte Behinderung auf (Grad der Behinderung (GdB) kleiner als 50). 68,5 % der Personen mit Schwerbehinderung gaben an, keinen Pflegegrad zu haben.

Unterschiede zwischen Frauen und Männern konnten kaum festgestellt werden, wie auch in Abbildung 59 erkennbar ist. In der Abbildung 59 ist gleichzeitig die Verteilung von (Schwer-)Behinderung in den einzelnen Altersgruppen dargestellt: In den Altersgruppen zwischen 60 und 79 Jahren liegt der Anteil der Personen ohne Behinderung konstant bei unter 80 % (77,4 % bis 79,8 %). Der Anteil der Personen mit leichter Behinderung nimmt mit zunehmendem Alter ab, der Anteil der Personen mit Schwerbehinderung nimmt zu. Diese Beobachtung setzt sich in den Altersgruppen zwischen 80 und 84 Jahren sowie bei Personen ab 85 Jahren fort. In diesen beiden Altersgruppen nimmt allerdings auch der Anteil von Personen mit Behinderung insgesamt zu: In der Altersgruppe der Personen im Alter von mindestens 85 Jahren beträgt der Anteil der Personen ohne Behinderung nur noch etwa 61,8 % und insgesamt etwa 36,4 % der Befragten in dieser Gruppe sind schwerbehindert.

Abbildung 59: Behinderung der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppen (in Prozent)

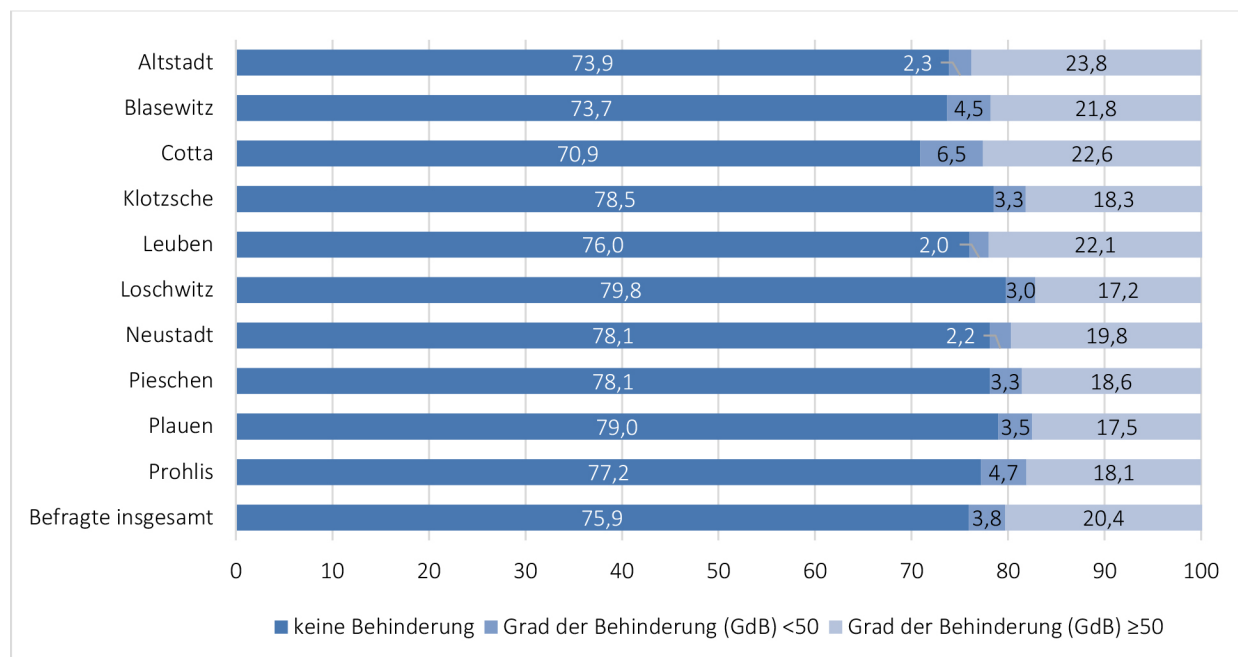


Anmerkung: k. A. = 2,2 %, Anmerkung: Aufgrund des Rundens der Prozentangaben auf eine Dezimalstelle ergeben sich in der Addition dieser nicht immer exakt 100,0 %.

In der Zuordnung nach Stadtbezirken lassen sich kleinere Unterschiede feststellen (siehe Abbildung 60). Der Anteil an Personen mit Behinderung (GdB < 50 und GdB ≥ 50) liegt in den Stadtbezirken zwischen 20,2 % und 29,1 %, wobei Cotta den größten Anteil an Menschen mit einer Behinderung aufwies. Zwischen 17,2 % (Loschwitz) und 23,8 % (Altstadt) der Personen sind schwerbehindert (GdB ≥ 50 Grad), zwischen 2,0 % (Leuben) und 6,5 % (Cotta) gaben eine leichte Behinderung (GdB < 50) an. Der kleinste Anteil der Personen mit Behinderung kann Plauen (17,1 %) zugeordnet werden, knapp dahinter folgen Neustadt (17,7 %) und Loschwitz (17,7 %).

Insgesamt war innerhalb der Personen mit einer Behinderung der Anteil jener, die eine schwere Behinderung haben, deutlich größer (zwischen 66 % und 91 %) als der Anteil der Personen mit einer leichten Behinderung. Dies gilt für alle Stadtbezirke.

Abbildung 60: Behinderung der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirken (in Prozent)

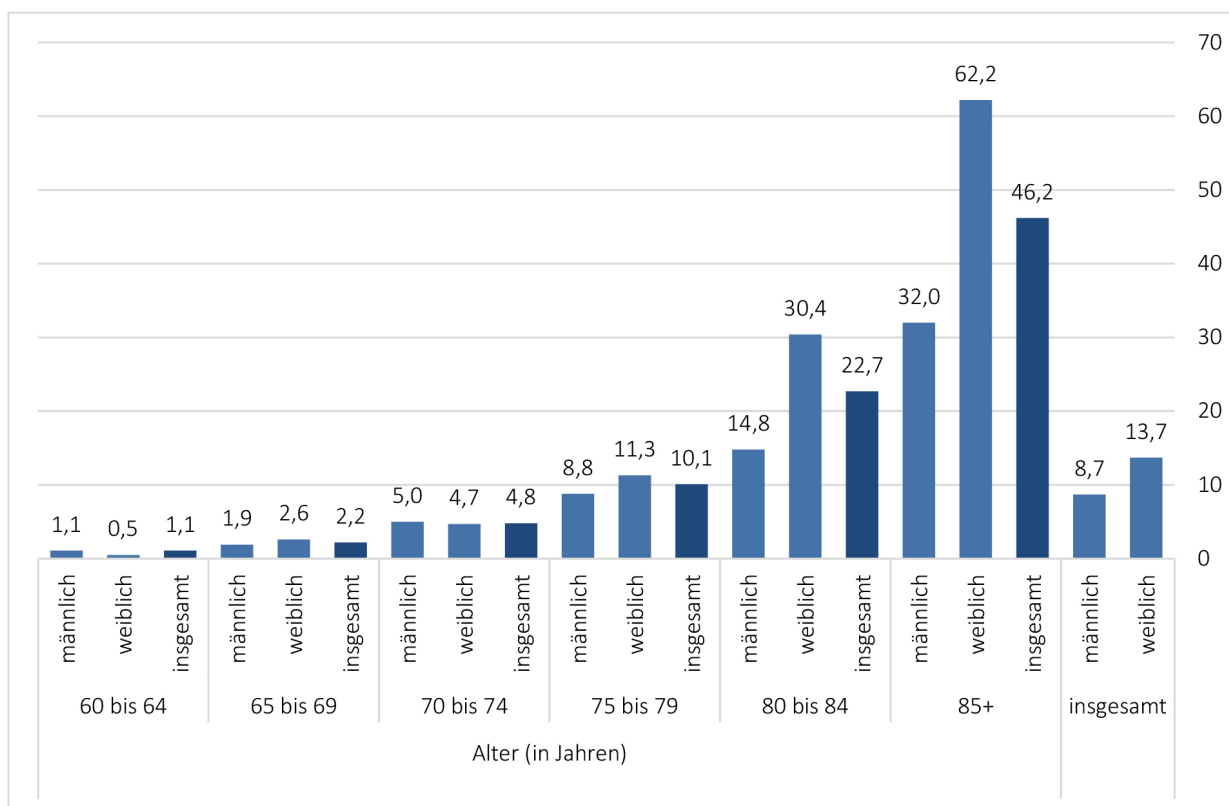


Anmerkung: k. A. = 2,2 %

8.2.3 Verteilung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegegrade in Dresden

Informationen zum Pflegestatus waren für 98,3 % der Teilnehmenden verfügbar. Etwa 11,1 % der befragten Personen gaben an, einen Pflegegrad zu haben. Dabei war der Prozentsatz der Frauen mit Pflegegrad fast doppelt so hoch (13,7 %) wie der der Männer (8,7 %). Wie in Abbildung 61 dargestellt, nimmt der Anteil der Personen mit Pflegegrad mit steigendem Alter zu. Während in der Gruppe der 60 bis 64 Jahre alten Personen nur etwa 1,1 % der Teilnehmenden einen Pflegegrad besaß, lag dieser Wert bei den 75- bis 79-Jährigen bereits bei 10,1 %. In der Altersgruppe 85+ gaben 46,2 % der Teilnehmenden an, einen Pflegegrad zu haben. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich je nach Alter gewisse Unterschiede. In der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen lag der Anteil der pflegebedürftigen Personen zwischen 0,5 % und 5,0 %. Die Anteile der pflegebedürftigen Frauen und Männer in dieser Altersgruppe waren etwa gleich groß. Ab einem Alter von 75 Jahren war der Anteil der pflegebedürftigen Frauen größer als der der Männer, und dieser Unterschied nahm mit steigendem Alter zu. In den Altersgruppen 80 bis 84 Jahre und 85+ war der Anteil der pflegebedürftigen Personen bei den Frauen etwa doppelt so hoch wie bei den Männern (30,4 % vs. 14,8 % bzw. 62,2 % vs. 32,2 %).

Abbildung 61: Vorhandensein eines Pflegegrades der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppe (in Prozent)

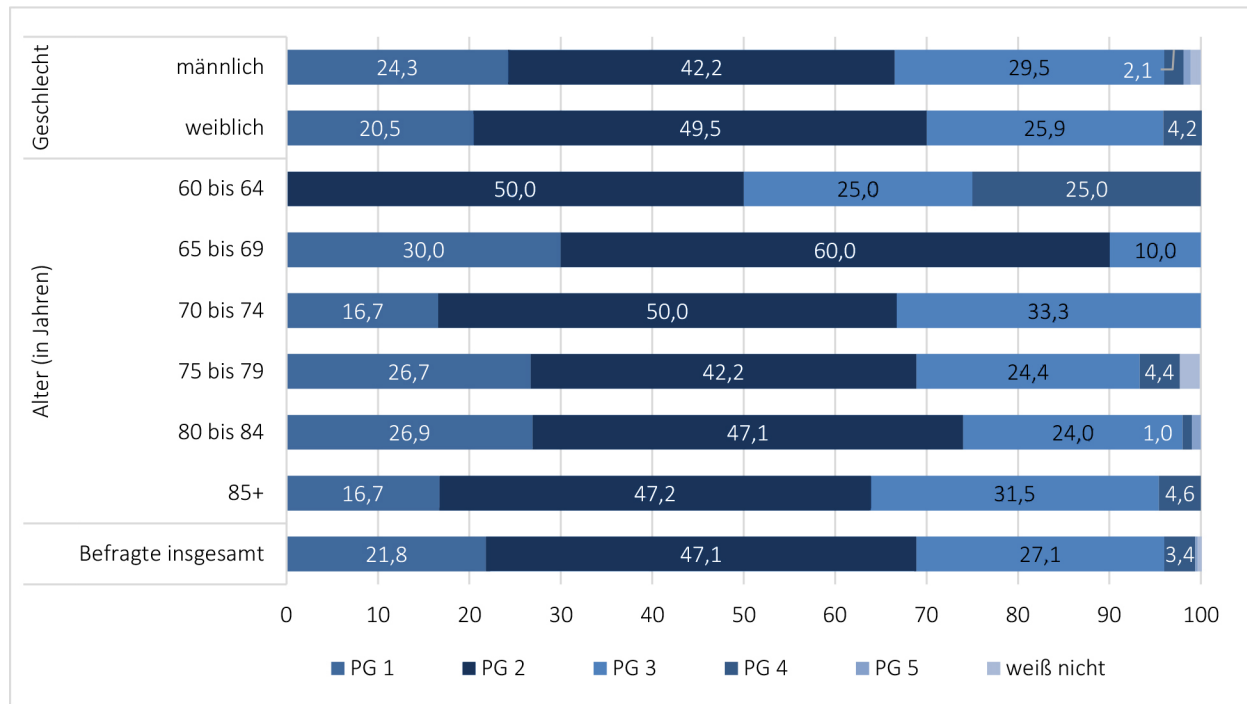


Anmerkung: k A. = 1,7 %

Unter den Personen mit Pflegegrad (PG) wurde der PG 2 am häufigsten angegeben (47,1 %), gefolgt von PG 3 (27,1 %) und PG 1 (21,8 %). Nur 3,4 % der Personen hatten einen PG 4 und 0,3 % einen PG 5. Diese Verteilung wird in Abbildung 62 grafisch dargestellt. Zwischen Frauen und Männern gibt es nur geringe Unterschiede: Während bei den weiblichen Befragten PG 2 und 4 etwas häufiger sind, ist der Anteil der Personen mit PG 1 und 3 bei den männlichen Teilnehmern höher. Ein PG 5 wurde nur von männlichen Personen angegeben (0,8 % der Männer mit einem Pflegegrad).

Aus der Darstellung der Anteile der Pflegegrade in den verschiedenen Altersgruppen lässt sich keine klare Aussage zu Änderungen der Pflegegrade im Alter treffen. Es fällt auf, dass in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre keine Personen mit PG 1 vertreten sind. Dagegen weist diese Altersgruppe mit 25,0 % den größten Anteil von Personen mit Pflegegrad 2 auf. Dieser Pflegegrad wurde jedoch in den Altersgruppen 65 bis 69 und 70 bis 74 Jahre nicht angegeben. Es ist möglich, dass die mangelnde Repräsentativität der Pflegestufe für die jüngsten Altersgruppen (unter 75 Jahre) auf einen Zufallsbefund zurückzuführen ist, da der Anteil der Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe gering ist.

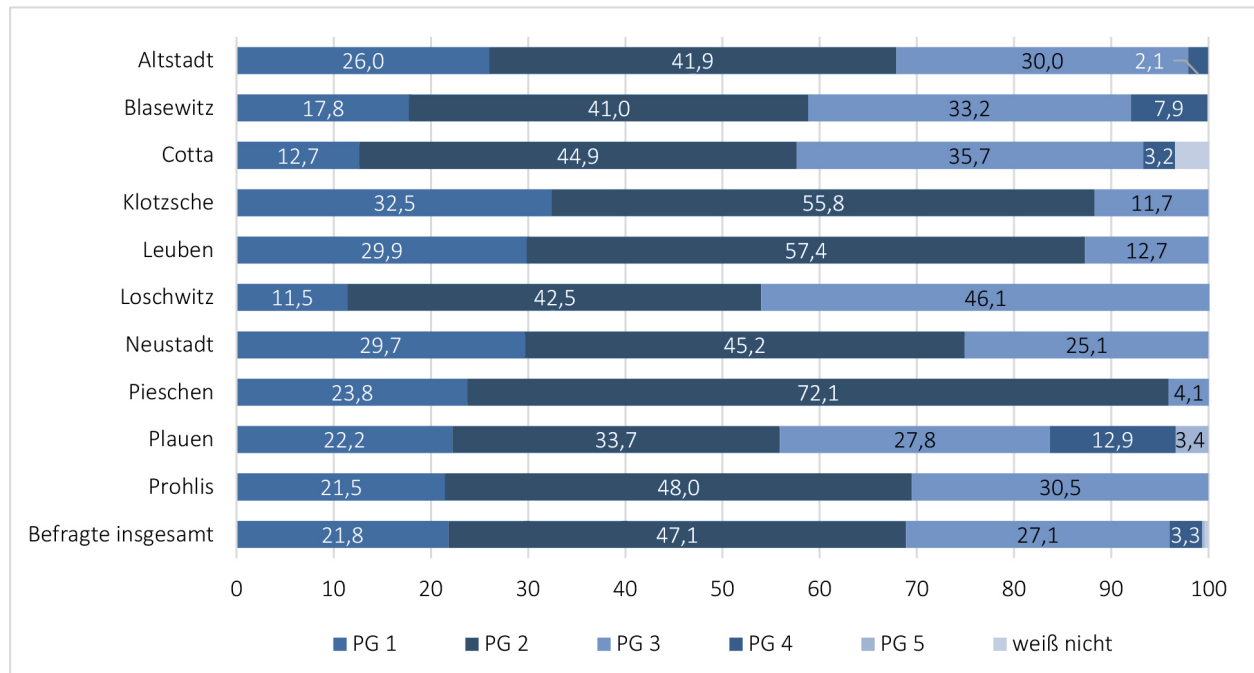
Abbildung 62: Häufigkeit der Pflegegrade (PG) der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppen (in Prozent)



Anmerkung: k. A. = 1,4 %

Zwischen den einzelnen Stadtbezirken gibt es große Unterschiede in der Verteilung der Pflegegrade (Abbildung 63). Während in Pieschen ca. 96 % der Personen mit Pflegegrad einen PG 1 oder 2 haben, 4,1 % einen PG 3 aufweisen und PG 4 und 5 nicht angegeben wurden, verfügen in Blasewitz, Cotta, Loschwitz und Plauen jeweils weniger als 60 % der Personen mit Pflegegrad über einen PG 1 oder 2. Plauen ist zudem der einzige Stadtbezirk, in dem der Pflegegrad 5 angegeben wurde. Auch hier könnte die mangelnde Repräsentativität der Stadtbezirke in Bezug auf die Pflegestufe auf Zufallsfunde aufgrund des geringen Anteils der Personen, die Pflegebedürftigkeit angaben, zurückzuführen sein.

Abbildung 63: Pflegegrad (PG) der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent)



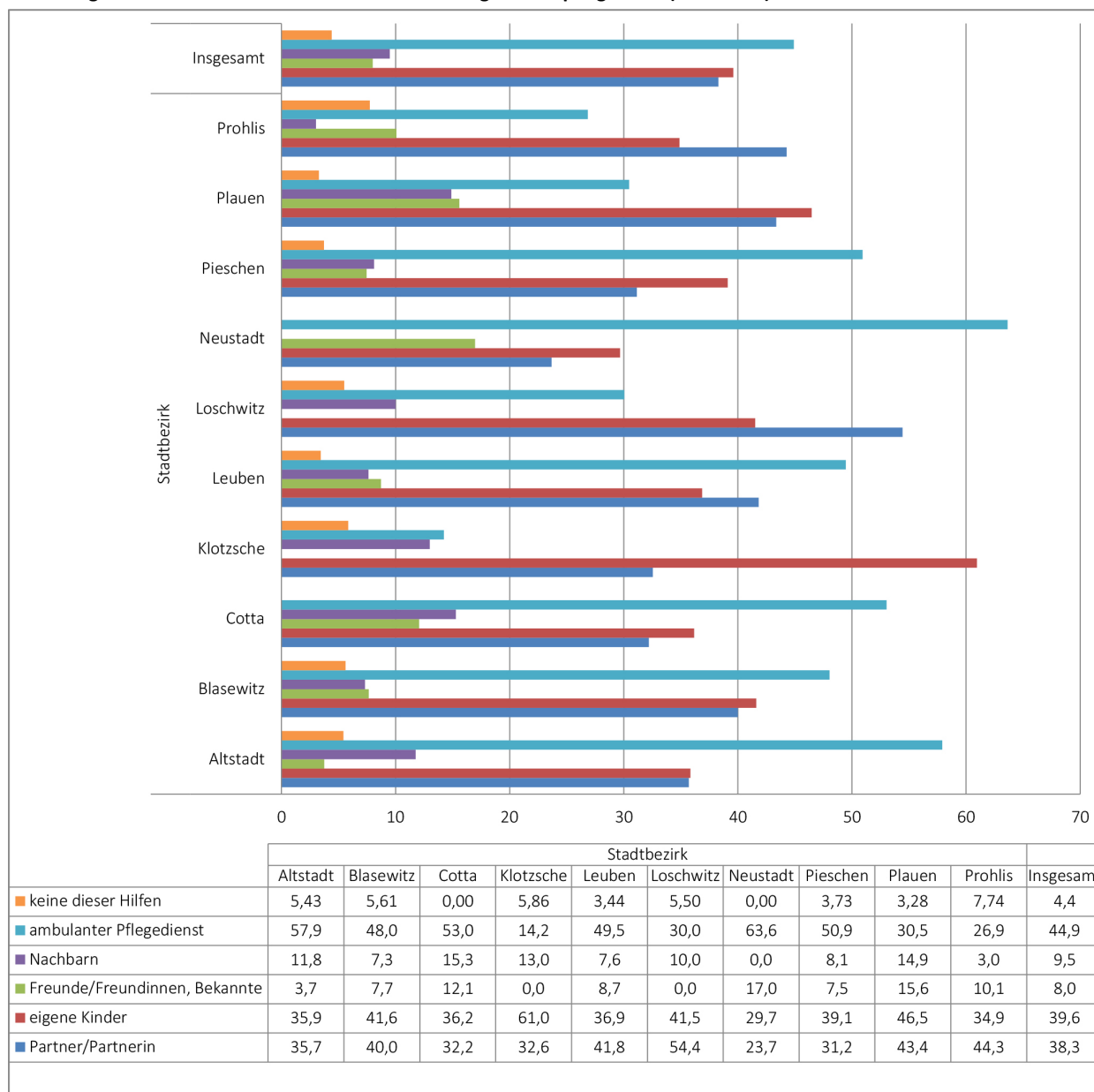
Anmerkung: k. A. = 1,4 %

Statistiken für die Landeshauptstadt Dresden aus dem Jahr 2019 zeigen, dass von den Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, 5,6 % einen PG 4 und 1,4 % einen PG 5 haben (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2019). Dieser Prozentsatz ist etwas höher als bei allen pflegebedürftigen LAB60+ Teilnehmenden. Es ist daher möglich, dass eine leichte systematische Verzerrung vorliegt: Je höher die Pflegebedürftigkeit der Personen, desto unwahrscheinlicher ist eine Teilnahme an Studien wie LAB60+ aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes. Vor allem bei demenzassoziierten Pflegegraden sinkt die Fähigkeit, auf Fragen zu antworten.

8.2.4 Pflege der pflegebedürftigen Menschen

Die Teilnehmenden, die pflegebedürftig waren, wurden gefragt, durch wen ihre pflegerische Versorgung erfolgt. 44,9 % der Befragten gaben an, dass sie von ambulanten Pflegediensten betreut werden, während 38,3 % bzw. 39,6 % angaben, dass sie von ihrer Partnerin oder Partner bzw. ihren eigenen Kindern betreut werden. 8,0 % bzw. 9,5 % der Teilnehmenden antworteten, dass sie von Freundinnen bzw. Freunden oder von Nachbarinnen bzw. Nachbarn betreut werden (Abbildung 64).

Abbildung 64: Antwort der Teilnehmenden an der Frage: "Wer pflegt Sie?" (in Prozent)

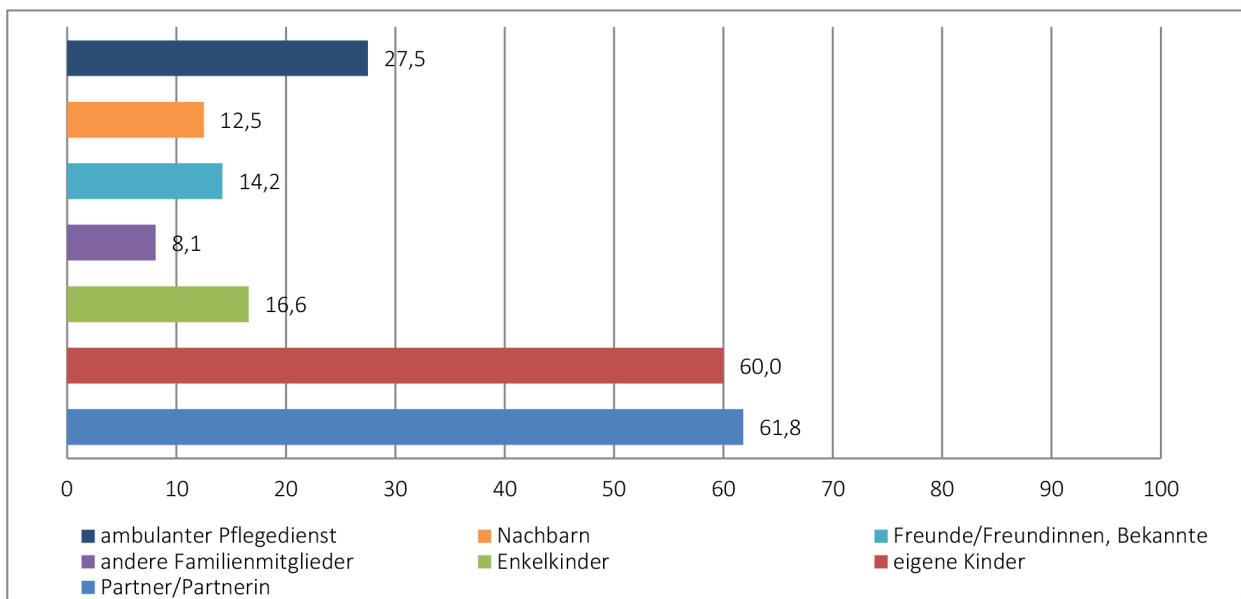


Anmerkung: k. A. = 3,3 %

Je nach Stadtbezirk gab es eine breite Streuung der Antworten. So gaben 63,6 % der Teilnehmenden in der Neustadt an, einen ambulanten Pflegedienst zu nutzen, während nur 14,2 % der Teilnehmenden in Klotzsche diesen Dienst in Anspruch nahmen. 54,4 % der Teilnehmenden in Loschwitz gaben an, dass sie von ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner gepflegt werden, während nur 23,7 % der Teilnehmenden in der Neustadt dies angaben. 61,0 % der Teilnehmenden in Klotzsche gaben an, von ihren eigenen Kindern versorgt zu werden, während dies nur bei 29,7 % der Personen in der Neustadt der Fall war.

Die Teilnehmenden wurden auch zu ihren potentiellen sozialen Unterstützungsmöglichkeiten befragt: „Angenommen Sie werden hilfe- oder pflegebedürftig, mit welcher Hilfe können Sie sicher rechnen?“. Die Ergebnisse sind in Abbildung 65 dargestellt. Die meisten Teilnehmenden gaben an, dass sie sich auf ihre Partnerin oder Partner oder ihr eigenes Kind verlassen würden (61,8 % bzw. 60,0 %). Etwas mehr als ein Viertel (27,5 %) antwortete, dass sie mit dem ambulanten Pflegedienst rechnen könnten.

Abbildung 65: Antwort der LAB60+ Teilnehmenden an der Frage: "Angenommen, Sie werden hilfe-oder pflegebedürftig, mit welcher Hilfe können Sie rechnen?" (in Prozent)



Anmerkung: k. A. = 4,6 %

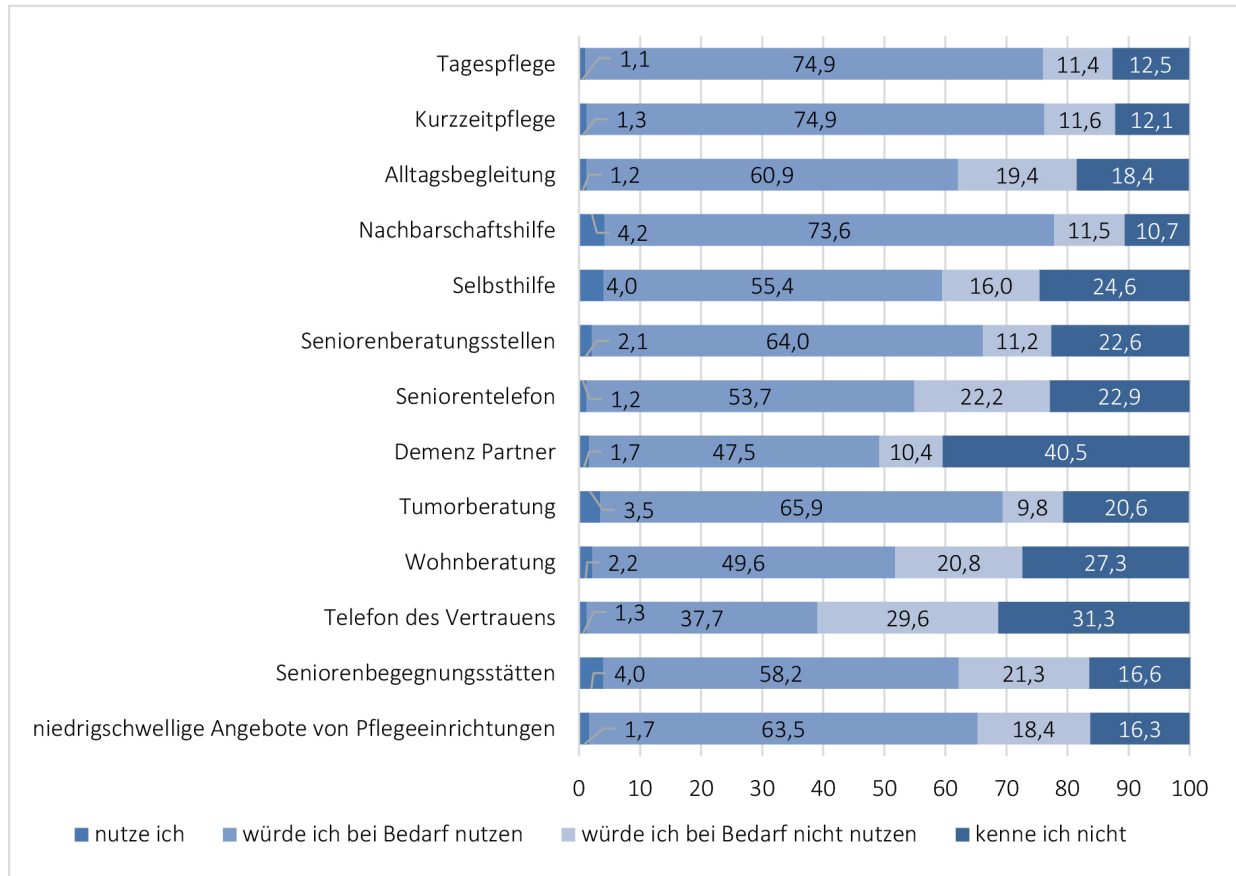
8.2.5 Nutzung von Pflege- und Beratungsangeboten

Die Teilnehmenden wurden gefragt, welche Beratungs- und Pflegeangebote sie bereits nutzen und welche sie bei Bedarf nutzen bzw. nicht nutzen würden. Weiterhin wurde untersucht, inwieweit die Angebote überhaupt bekannt sind. In der Darstellung der Ergebnisse wird im Folgenden zwischen Teilnehmenden mit bzw. ohne Pflegegrad unterschieden. Bei der Einordnung der Ergebnisse ist eine Besonderheit in Bezug auf die „Nachbarschaftshilfe“ zu beachten: Einerseits bestehen Nachbarschaftshilfen in Form von gesetzlich verankerten Angeboten wie der „Nachbarschaftshelfer⁶¹“. Andererseits kann unter Nachbarschaftshilfe die informelle nachbarschaftliche Unterstützung zwischen Wohnnachbarn verstanden werden. Es ist anzunehmen, dass sich die Teilnehmenden bei Ihren Antworten eher auf letztere und bekanntere Form der Nachbarschaftshilfe beziehen.

⁶¹ siehe zum Beispiel unter <https://www.pflegenetz.sachsen.de/nachbarschaftshelfer-4685.html>

Wie in Abbildung 66 dargestellt, wurden von den Teilnehmenden ohne Pflegegrad am häufigsten die Nachbarschaftshilfe (4,2 %), die Selbsthilfe (4,0 %), die Seniorenbegegnungsstätten, Seniorentreffs, Begegnungsangebote (4,0 %) und die Tumorberatung (3,5 %) in Anspruch genommen. Angebote, deren Nutzung sich Teilnehmende ohne Pflegegrad bei Bedarf am ehesten vorstellen können, waren die Tagespflege (74,9 %), die Kurzzeitpflege (74,9 %) und die Nachbarschaftshilfe (73,6 %). Ein Angebot, welches Teilnehmende bei Bedarf am ehesten nicht nutzen würden, war das „Telefon des Vertrauens – telefonischer Krisendienst für Dresden“⁶² (29,6 %). Am wenigsten bekannt war das Angebot „Demenz Partner“⁶³. 40,5 % der Teilnehmenden gaben an, dieses Angebot nicht zu kennen.

Abbildung 66: Nutzung und Bekanntheit von ausgewählten Angeboten bei LAB60+ Teilnehmenden ohne Pflegegrad (in Prozent)



Anmerkung: 87,2 % der Teilnehmenden besaß keinen Pflegegrad

Die Nutzung von Angeboten durch Teilnehmende mit einem Pflegegrad ist in Abbildung 67 dargestellt. Die am häufigsten genutzten Angebote waren die Nachbarschaftshilfe (17,6 %), die Alltagsbegleitung (16,5 %), die niedrigschwelligen Angebote von Pflegeeinrichtungen (14,6 %) und die Seniorenbegegnungsstätten, Seniorentreffs, Begegnungsangebote (10,2 %). Angebote, die Teilnehmende bei Bedarf am ehesten nutzen würden, waren die Kurzzeitpflege (67,1 %), die Tagespflege (60,7 %), die Nachbarschaftshilfe (51,5 %) und die niedrigschwelligen Angebote von Pflegeeinrichtungen (51,0 %). Als Angebote, welche die Befragten mit Pflegegrad bei Bedarf nicht nutzen würden, wurden am häufigsten das Telefon des Vertrauens (30,1 %) und die Seniorenbegegnungsstätten, Seniorentreffs, Begegnungsangebote (28,1 %) genannt. Angebote, welche unter den Personen mit Pflegegrad am wenigsten bekannt waren, waren „Demenz Partner“ (49,8 %) und das „Telefon des Vertrauens“ (39,8 %).

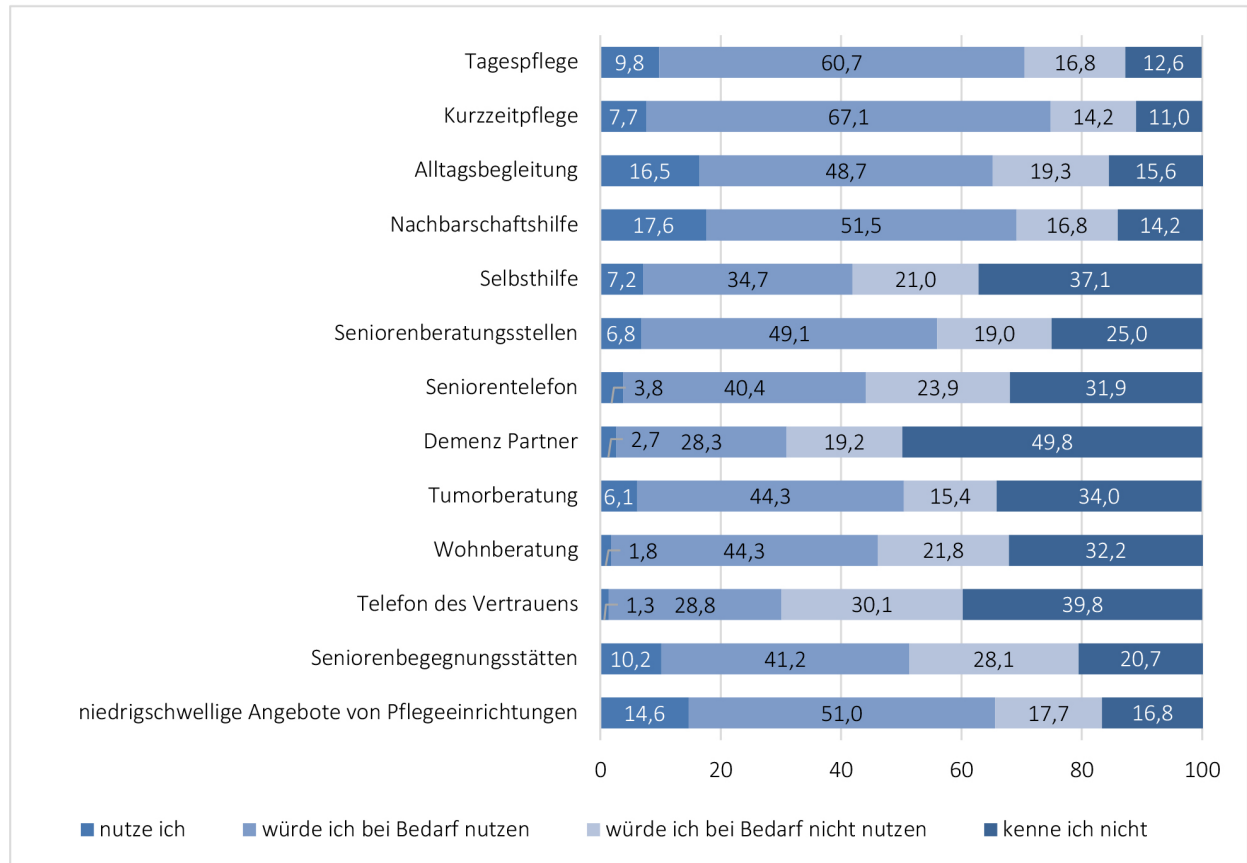
Wird die Bekanntheit von Angeboten unabhängig vom Vorhandensein eines Pflegegrades betrachtet, so zeigte sich, dass die Nachbarschaftshilfe am seltensten unbekannt war (11,0 %). Im Vergleich dazu war „Demenz Partner“ den Teilnehmenden am häufigsten unbekannt (41,5 %). Es zeigte sich, dass der Anteil an unbekanntem Angeboten mit zunehmendem Alter bei fast allen Angeboten anstieg. Eine Ausnahme war das Angebot der Seniorenberatungsstellen. Hier nahm die Unbekanntheit mit

⁶² Das Dresdner Telefon des Vertrauens ist ein telefonisches Hilfsangebot für Menschen in seelischer Not (<http://www.dresden.de/telefon-des-vertrauens>).

⁶³ „Demenz Partner“ sind Menschen, die einen Kurs über Demenz besucht haben und daher Menschen mit Demenz und ihre Familien unterstützen können (www.demenz-partner.de). Sie sorgen dafür, dass Menschen mit Demenz möglichst lange zu Hause leben können.

zunehmenden Alter leicht ab. Ein weiterer Befund war, dass die einzelnen Angebote häufiger von Männern als von Frauen als „kenne ich nicht“ gekennzeichnet wurde. Dies war besonders deutlich bei der Alltagsbegleitung (22,5 % vs. 14,4 %), dem „Telefon des Vertrauens“ (35,9 % vs. 28,7 %) und den „Seniorenbegegnungsstätten, Seniorentreffs, Begegnungsangeboten“ (20,8 % vs. 13,4 %). Die Verteilung von unbekanntem Angeboten nach Stadtbezirken wurde exemplarisch für das Angebot Seniorentelefon untersucht. Am seltensten unbekannt war das Seniorentelefon in Klotzsche (21,9 %) und am häufigsten unbekannt in Prohlis (27,5 %)

Abbildung 67: Nutzung und Bekanntheit von ausgewählten Angeboten bei LAB60+ Teilnehmenden mit Pflegegrad (in Prozent)

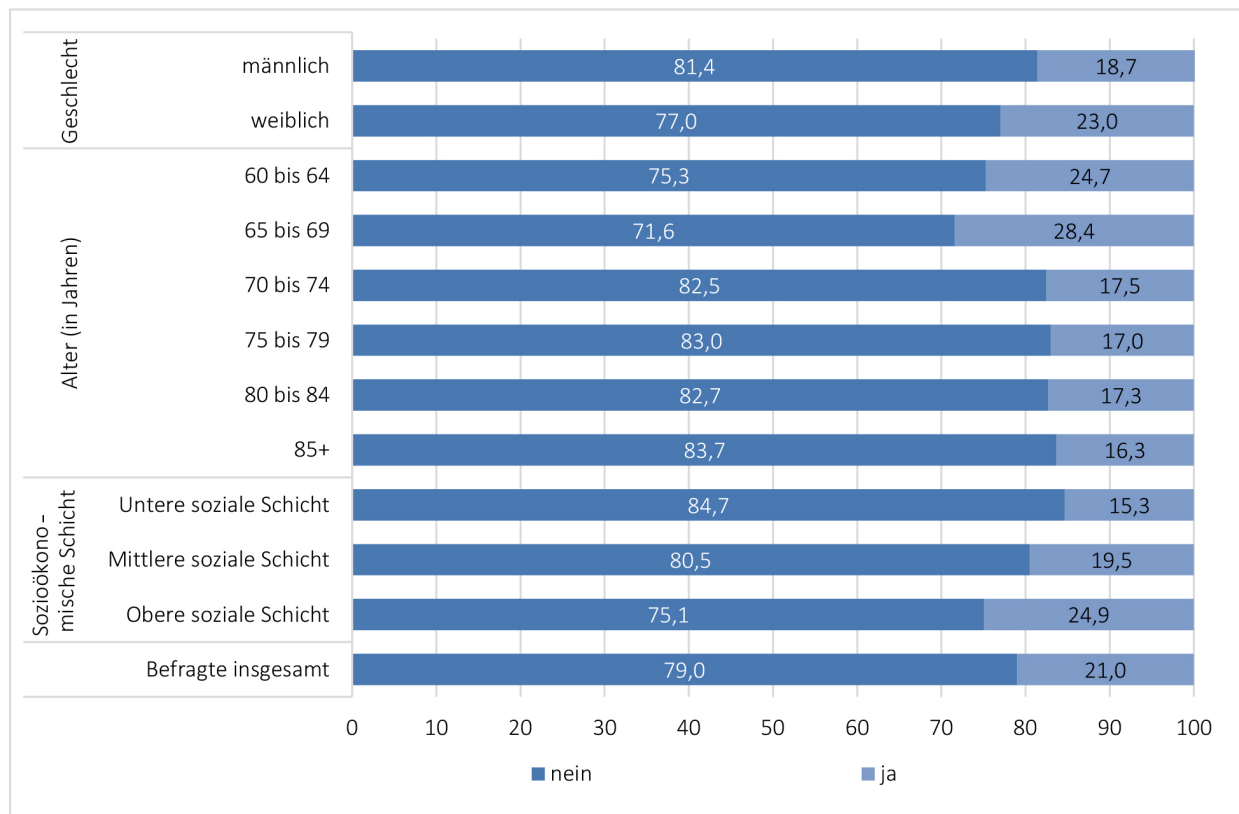


Anmerkungen: 11,1 % der Teilnehmenden besaß einen Pflegegrad. Differenz zu 100 % stehen für keine Angabe; die Bezeichnung einiger Angebote wird in dieser Darstellung verkürzt wiedergegeben

8.2.6 Hilfeleistungen für andere Personen

Im Rahmen der Erhebung von Daten zu Behinderung und Pflege wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie Personen privat oder ehrenamtlich betreuen bzw. diesen regelmäßig Hilfe leisten. 94,4 % der Teilnehmenden haben diese Frage beantwortet. Mehr als drei Viertel (79,0 %) gaben an, keine Hilfeleistungen für andere Personen durchzuführen (Abbildung 68). Etwa 21 % der Personen betreuten andere Menschen bzw. leisteten ihnen Hilfe. Der Anteil an Personen, die andere unterstützen, war in den jüngeren Altersgruppen etwas höher, bei 24,7 % und am höchsten in der Altersgruppe 65 bis 69 Jahre (28,4 %). In den Altersgruppen 70 bis 84 Jahre lag dieser Anteil jeweils bei etwa 17 %, bei über 85-Jährigen bei ca. 16 %. Unter den weiblichen Befragten war der Anteil der Personen, die anderen regelmäßig Hilfe leisten, mit 23,0 % etwas höher als der der Männer (18,7 %).

Abbildung 68: Hilfestellung der LAB60+ Teilnehmenden für andere Personen (in Prozent)

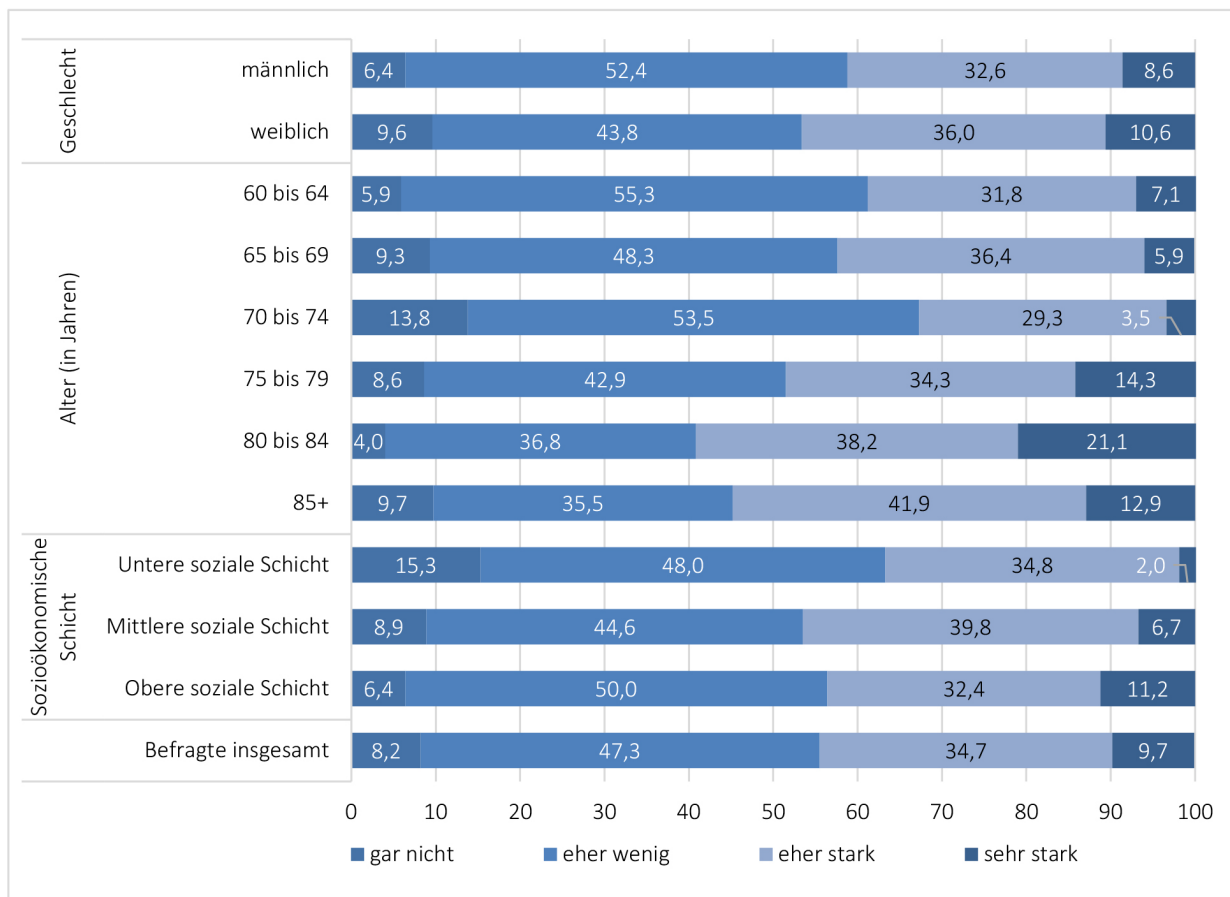


Anmerkung: k. A. = 5,6 %

Weiterhin wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der sozialen Schicht und der Hilfeleistung an andere gibt. Wie in Abbildung 68 dargestellt, ist der Anteil der Teilnehmenden, die anderen Hilfe leisten, in der oberen sozialen Schicht am höchsten (ca. 25 %) und in der unteren sozialen Schicht am geringsten (ca. 15 %) (mittlere soziale Schicht: ca. 20 %).

Hinsichtlich der Belastung, welche aus dem Leisten privater bzw. ehrenamtlicher Unterstützung resultiert, gab es kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Abbildung 69). Etwa 47 % der Befragten gaben an, durch Hilfsleistungen an andere „eher wenig“ belastet zu sein. „Eher stark“ belastet fühlten sich etwa 35 %. Circa 10 % der Personen fühlten sich „sehr stark“ belastet, etwa 8 % „gar nicht belastet“. Unter Berücksichtigung des Alters ergab sich die geringste Belastung bei Personen in der Altersgruppe von 70 bis 74 Jahren, die stärkste Belastung bei Personen zwischen 80 und 84 Jahren. Unter Bezugnahme auf die soziale Schicht zeigt sich, dass der Anteil der Personen, die sich durch Hilfeleistung an andere „gar nicht“ oder „eher wenig“ belastet fühlen, in der unteren sozialen Schicht am größten (63,3 %) und in der oberen sozialen Schicht am kleinsten (56,4 %) ist. Damit ergibt sich, dass der Anteil der Personen, welche sich durch diese Arbeit „eher stark“ oder „sehr stark“ belastet fühlen, in der oberen sozialen Schicht am größten (44,4 %) und in der unteren sozialen Schicht am kleinsten (36,8 %) ist.

Abbildung 69: Belastung der LAB60+ Teilnehmenden durch Pflege anderer Personen (in Prozent)



Anmerkung: k. A. = 5,6 %

8.2.7 Resümee

Der Anteil der Teilnehmenden mit einer Behinderung betrug in der LAB60+ Studie etwa 24 % und war am höchsten in der Altersgruppe 85+ (38,2 %). Ähnlich hoch ist der Anteil der Personen in Deutschland mit Behinderung, die in Privathaushalten leben: im Jahr 2019 lag er zwischen 25 % (für die Altersgruppen 60 bis 79 Jahre) und 39 % (für die Altersgruppe 85+) (Destatis 2021). Die Beobachtung, dass in Deutschland der größte Teil der Personen mit Behinderung eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung ≥ 50) aufweist, konnte auch in der LAB60+ Studie bestätigt werden.

Im Vergleich zu den Daten zur (Schwer-) Behinderung der Stadt Dresden von 2019 zeigt sich, dass die Daten der LAB60+ Studie hinsichtlich der Schwere der Behinderung ähnliche Ergebnisse zeigen wie die damalige statistische Auswertung. Im Jahr 2019 betrug der Anteil der Dresdner Bevölkerung mit Schwerbehinderung im Alter ab 60 Jahren 29,2 % (Kommunaler Sozialverband Sachsen (KSV) 2019). Dieser Wert umfasst auch Personen, die in Einrichtungen leben. Hierzu ist anzumerken, dass an der LAB60+ Studie nur Personen ab 60 Jahren teilgenommen haben, die nicht in Einrichtungen wie Pflegeheimen, sondern in der eigenen Häuslichkeit leben. Personen, die in Einrichtungen leben, haben in der Regel eine höhere Pflegebedürftigkeit bzw. einen höheren Pflegegrad aufgrund von Erkrankungen bzw. Behinderungen, die ein nahezu eigenständiges und selbstständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit erschweren bzw. unmöglich machen (Destatis 2020). Daher ist davon auszugehen, dass der Anteil der Personen mit einer (schweren) Behinderung unter den Teilnehmenden niedriger ist als der entsprechende Anteil an den über 60-jährigen Dresdnerinnen und Dresdnern insgesamt.

In Übereinstimmung mit den eingangs beschriebenen Ergebnissen der statistischen Erhebung in Deutschland im Jahr 2019 nimmt die Pflegebedürftigkeit im Alter zu. Darüber hinaus ist, ähnlich wie in den nationalen Statistiken, der Anteil der pflegebedürftigen Frauen höher im Vergleich zu den Männern ab dem Alter von 75 Jahren (Statistisches Bundesamt 2021). Dies könnte mehrere Gründe haben. Erstens haben Männer eine kürzere Lebenserwartung als Frauen. Es wird angenommen, dass primär gesunde Männer sehr alt werden, und diese Männer könnten weniger pflegebedürftig sein als Frauen im gleichen Alter (Bund-Länder Demografie Portal 2021). Zudem ist der Anteil der Frauen, die allein leben, ab einem Alter von 70 Jahren etwa doppelt so hoch wie der der Männer (siehe Abbildung A8.2.1 im Anhang). Das liegt zum einen daran, dass Männer im

Durchschnitt früher sterben als Frauen. Zudem haben Frauen tendenziell ältere Partner, die meist früher als sie versterben (Statistisches Bundesamt 2013). Bei Pflegebedarf kann daher für die Frauen schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen (Bund-Länder Demografie Portal 2021), während pflegebedürftige Männer häufig zunächst von ihren Partnerinnen versorgt werden (Backes et al. 2008). Dadurch, dass der Pflegebedarf dieser Männer von ihren Frauen abgedeckt wird, stellen diese meist keinen Antrag auf Pflegeleistungen und sind demzufolge seltener in der amtlichen Pflegestatistik enthalten (Bund-Länder Demografie Portal 2021).

In der Verteilung der Personen nach der Schwere ihres Pflegegrades traten in der Studienpopulation die Pflegegrade 2 und 3 am häufigsten auf (47,1 % bzw. 27,1 %). Dies ist vergleichbar mit der Situation in Deutschland insgesamt, für die ebenfalls diese Pflegegrade als diejenigen mit dem höchsten Anteil angegeben werden (PG 2: 49 %; PG3: 28,2 %) (Destatis 2020).

Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden, die pflegebedürftig sind, gaben an, dass sie Hilfe von ambulanten Pflegediensten erhielten und liegen dabei im bundesweiten Vergleich über dem Durchschnitt von 23,8 % (Destatis 2020). Bei der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes gab es Unterschiede zwischen den Stadtbezirken, wobei die Teilnehmenden in Neustadt am meisten (63,6 %) und die in Klotzsche am wenigsten (14,2 %) einen ambulanten Pflegedienst nutzten.

In Bezug auf weitere Unterstützungsangebote weisen LAB60+ Teilnehmende ohne Pflegegrad ein wenig ausgeprägtes Nutzungsverhalten auf. Darüber hinaus sind einige Angebote für etwa 22 % der befragten Personen gänzlich unbekannt. Dies lässt sich auf einen deutlichen geringeren Hilfs- und Pflegebedarf zurückführen. Die Bereitschaft zur Nutzung im Bedarfsfall ist mit durchschnittlich 55 % hingegen als hoch einzuschätzen.

Die Teilnehmenden mit Pflegegrad nehmen dabei vor allem informelle und niedrigschwellige Angebote, wie die Nachbarschaftshilfe und die Alltagsbegleitung, in Anspruch. Mögliche Gründe für die Nichtnutzung einzelner Angebote könnten einerseits am fehlenden Bedarf oder in der mangelnden Bekanntheit der Angebote liegen. Inwieweit die Nutzung einzelner Angebote dem Bedarf angemessen ist, lässt sich aufgrund fehlender bundesdeutscher Vergleichswerte nicht klar einordnen. Jedoch kann die Tatsache, dass etwa 26 % der Angebote bei den Teilnehmenden mit Pflegegrad unbekannt sind, auf die Notwendigkeit hinweisen, Unterstützungsangebote bekannter zu machen. Die Aussage, Angebote bei Bedarf nicht nutzen zu wollen (durchschnittlich etwa 20 % der Teilnehmenden mit Pflegegrad), kann möglicherweise in Teilen auch auf individuelle Vorbehalte, Barrieren oder Hemmnisse zurückgeführt werden. Hier kann Information und Aufklärung dazu beitragen, Nutzungsbarrieren abzubauen.

Der Grad der Bekanntheit der Unterstützungsangebote sollte vor dem Hintergrund der Belastung von pflegenden Angehörigen kritisch betrachtet werden. Die häusliche Pflege wird in Deutschland zu einem großen Teil (50,3 %) von pflegenden Angehörigen übernommen. Diese Versorgungsform wird nicht nur von der Mehrheit der Pflegebedürftigen bevorzugt (Schneekloth, Geiss et al. 2017), sondern spielt eine tragende Rolle im Hinblick auf die Ressourcen des Gesundheitssystems. Die Gesundheit von pflegenden Angehörigen sollte daher eine hohe Priorität bei der Gestaltung von Unterstützungsangeboten einnehmen. Die Befragung der LAB60+ Teilnehmenden ergab, dass 44 % der befragten Personen, die anderen Personen im Alltag aufgrund deren schlechten Gesundheitszustands Hilfestellungen leisten, angaben dadurch (eher) stark belastet zu sein. Eine Stärkung des Bekanntheitsgrades von niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten wie das Telefon des Vertrauens/Krisentelefon, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfe, Alltagsbegleitung oder Seniorenberatungs- und Begegnungsstellen könnte zur Entlastung dieser Personengruppe beitragen.

Die Teilnehmenden der LAB60+ Studie ohne Pflegegrad geben überwiegend an, im Bedarfsfall mit der pflegerischen Versorgung durch das nähere Umfeld zu rechnen. Daraus lässt sich folgern, dass auch im präventiven Sinne die Steigerung des Bekanntheitsgrades von sozialen und pflegerischen Unterstützungsangeboten sinnvoll ist. Beratungsgespräche durch die Pflegekasse der versicherten Personen oder durch die Seniorenberatungsstellen bieten sich als Möglichkeit an, um auf Entlastungsangebote aufmerksam zu machen und die Präsenz der vorhandenen Angebote zu stärken. Um versicherte Personen bei Bedarf zu passenden Angeboten beraten zu können, ist eine enge Vernetzung der Pflegekassen mit den regionalen Anbietern erforderlich. Eine weitere Möglichkeit, Angebote bekannter zu machen, könnte weiterhin eine stärkere Vernetzung mit Hausärzten und ambulanten Pflegediensten darstellen.

8.3 Wohlbefinden

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem subjektiv empfundenen Wohlbefinden der Teilnehmenden. Das dafür verwendete Messinstrument kann auch als Screening Instrument für eine Major-Depression nach ICD-10⁶⁴ eingesetzt werden. Daher wird ebenfalls das Phänomen der erhöhten Depressivität betrachtet und deren Zusammenhang mit Alter, Geschlecht, Stadtbezirk und sozialer Schicht beleuchtet. Außerdem wird untersucht, welche Faktoren mit einem besseren subjektiven Wohlbefinden zusammenhängen.

8.3.1 Theorie und Hintergrund zu Instrumenten und Konstrukten

Das subjektive Wohlbefinden umfasst habituelles, d. h. langfristiges (z. B. Lebenszufriedenheit) und aktuelles Wohlbefinden (z. B. Freude), die jeweils in eine physische und psychische Komponente unterteilt werden. Dabei bezieht sich subjektiv auf die Einschätzung einer Person bezüglich ihrer Lebensqualität und Situation.

Die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst das vollständige körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden und nicht nur das Fehlen von „Krankheit oder Gebrechen“ (World Health Organization (WHO), 1947). Es wird deutlich, dass das Wohlbefinden wesentlich dadurch bestimmt wird, wie gesund ein Mensch ist; dabei spielen nicht nur fehlende physische Erkrankungen, sondern auch die subjektiv positiven körperlichen Empfindungen eine Rolle (Röhrle, 2018). In wissenschaftlichen Untersuchungen konnten zwischen dem subjektiven Wohlbefinden sowie z. B. dem Alter, Geschlecht und der sozialen Schicht Zusammenhänge gefunden werden (Ahrendt et al., 2017). Ein mit dem psychischen Wohlbefinden zusammenhängendes Konstrukt ist das der erhöhten Depressivität, bei der ein geringes Wohlbefinden besteht. Traurigkeit, Entmutigung und Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft sind Gefühle, die den meisten Menschen mindestens vom Wortlaut vertraut sind. Sie stellen keine psychische Störung dar, sondern eine normale emotionale Reaktion auf belastende Ereignisse (Butcher et al., 2009), wie zum Beispiel die Corona-Pandemie. Davon abzugrenzen ist die Diagnose einer Major-Depression, bei der eine Person die meiste Zeit eine deutliche depressive Verstimmung sowie einen deutlichen Verlust des Interesses an angenehmen Aktivitäten erlebt und zusätzlich Symptome wie Appetitlosigkeit oder -zunahme, Erschöpfung, niedriges Selbstwertgefühl, Konzentrations- oder Entscheidungsschwierigkeiten zeigt (Butcher et al., 2009).

Befragungsdaten von 254.510 Teilnehmenden aus EU-Mitgliedsstaaten (u. a. Deutschland) ergaben, dass die Prävalenz für depressive Symptome in Deutschland bei den jüngeren Personen mit 11,5 % deutlich höher liegt als bei den älteren Teilnehmenden mit 6,7 % (Robert Koch-Institut, 2014). Damit sind im Vergleich zu den EU-Mitgliedsstaaten deutsche Ältere seltener von einer depressiven Symptomatik betroffen, obwohl die Prävalenz für Depression in der deutschen Gesamtbevölkerung mit 9,2 % höher liegt als der europäische Durchschnitt (6,6 %). Gleichzeitig wurde in der DEAS⁶⁵-Befragung die Zunahme des Depressionsrisikos im höheren Alter festgestellt. Insbesondere bei Frauen stieg mit zunehmenden Alter die Wahrscheinlichkeit für depressive Symptome deutlich an. Dabei galten diese Verläufe jedoch nicht für alle befragten Personen, sondern waren individuell sehr unterschiedlich (Wettstein & Spuling, 2019).

Zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens in der LAB60+ Studie wurde der 5-Item World Health Organization Well-Being Index (WHO5) verwendet, welcher auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität misst (Brähler, Mühlan, Albani & Schmidt, 2007). Die fünf Fragen beziehen sich auf das Erleben der letzten zwei Wochen und werden mittels einer sechsstufigen Antwortskala bewertet: „5 = die ganze Zeit“, „4 = meistens“, „3 = etwas mehr als die Hälfte der Zeit“, „2 = etwas weniger als die Hälfte der Zeit“, „1 = ab und zu“, „0 = zu keinem Zeitpunkt“. Eine Beispielfrage lautet: „In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune“. Um den WHO5 zu bilden, müssen alle fünf Fragen beantwortet werden. Der Rohwert der Skala bildet die Summe der Werte der fünf Items und liegt zwischen 0 und 25. Hohe Werte bedeuten mehr subjektives Wohlbefinden.

⁶⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

⁶⁵ Die DEAS Studie wurde im Kapitel 2 „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

In einigen Studien wird eine Transformation der Rohwerte in eine Skala von 0 bis 100 durch Multiplikation mit vier vorgenommen. Ziel ist die Herstellung einer Vergleichbarkeit mit anderen Ergebnissen. Wird diese transformierte Skala in dem hier vorliegenden Bericht verwendet, wird explizit darauf hingewiesen. Weiterhin wird der WHO5 als Screening-Instrument zur Erfassung von Depression eingesetzt. Ein Rohwert von unter 13 (von maximal 25) wird als Indikator für das mögliche Vorliegen einer Major-Depression nach ICD-10 gesehen. Da mit dem WHO5 jedoch keine medizinische Diagnose einer Depression gestellt werden kann, werden Personen, die den Wert von 13 unterschreiten als Personen mit erhöhter Depressivität, also einem verstärkten Auftreten depressiver Symptome, bezeichnet. Im Bericht wird der Anteil jener Personen, mit erhöhter Depressivität immer gesondert betrachtet.

Der WHO5 wurde in einer deutschsprachigen Version und an einer Stichprobe mit älteren Personen hinsichtlich seiner Güte geprüft (Brähler et al., 2007). Das dafür verwendete Maß der internen Konsistenz gibt an, wie stark die Items einer Skala miteinander zusammenhängen und liegt zwischen 0 und 1. Die interne Konsistenz der Skala wird in der Literatur als sehr gut eingeschätzt⁶⁶ (Brähler et al., 2007). Auch in der LAB60+ Studie war diese sehr gut⁶⁷.

8.3.2 Forschungsfragen zum Wohlbefinden

Zunächst wird die Verteilung des Wohlbefindens und der Anteil der Personen mit erhöhter Depressivität in der Studienpopulation dargestellt. Dies wird unterteilt nach Geschlecht, Alter, sozialer Schicht und Stadtbezirken. Danach wird diskutiert, ob das Wohlbefinden (WHO5) der Dresdnerinnen und Dresdner von der deutschen Norm abweicht. Anschließend soll beleuchtet werden, welche Faktoren mit verbessertem Wohlbefinden zusammenhängen. Es wird zudem die These untersucht, dass Personen, die das Netzwerk der Seniorenberatung nutzen, ein besseres Wohlbefinden haben.

8.3.3 Verteilung des Wohlbefindens und erhöhter Depressivität

Für die WHO5-Skala konnten in der LAB60+ Studie insgesamt Werte von 96,0 % der befragten Personen verwendet werden; 4,0 % der Werte wurden aufgrund fehlender Angaben ausgeschlossen. Der gewichtete Mittelwert der Rohwerte der WHO5-Skala lag bei 14,57 (SD = 5,84, N = 2.313) bei einer Skala von 0 bis 25, etwas über dem Skalenmittelwert von 12,5. Bei 33,7 % der Teilnehmenden (N = 2.323) wurde eine erhöhte Depressivität (Indexwert unter 13) festgestellt. Daraus kann abgeleitet werden, dass bei über zwei Drittel der älteren Personen (63,7 %) keine erhöhte Depressivität vorliegt. Eine grafische Darstellung der Häufigkeitsverteilung der WHO5-Skala befindet sich in Abbildung A8.3. 1 im Anhang.

Es wurde ein statistisch signifikanter Unterschied von 1,5 Skaleneinheiten zwischen den Geschlechtern beim subjektiven Wohlbefinden festgestellt⁶⁸. Frauen (MW = 13,83; SD = 6,02; N = 1.195) zeigten verglichen mit Männern (MW = 15,35; SD = 5,55; N = 1.111) deutlich niedrigere Indexwerte. Das bedeutet, dass weibliche Teilnehmende durchschnittlich ein niedrigeres Wohlbefinden angaben. Zudem sind mehr Frauen (38,2 %) als Männer (28,9 %) von erhöhter Depressivität betroffen, wie in Abbildung 70 dargestellt ist⁶⁹. Außerdem machten Frauen häufiger als Männer keine Angaben bei den Fragen des WHO5 (5,1 % zu 2,6 %). Dass Männer seltener als Frauen von Depressionen betroffen sind und besseres Wohlbefinden berichten, zeigt sich regelmäßig in empirischen Studien. Dafür gibt es eine Vielzahl an methodischen, biologischen, psychosozialen und sozioökonomischen Ursachen. Unter anderem tragen traditionelle Rollenbilder dazu bei, dass Männer seltener von psychischen Problemen berichten. Alkoholerkrankungen und Suizide sind wiederum bei Männern häufiger, was für eine Unterdiagnostizierung von Depressionen spricht (Möller-Leimkühler, 2008).

Die Verteilung des Anteils der Personen mit erhöhter Depressivität nach Altersgruppen ist ebenfalls in Abbildung 70 zu sehen. Dabei ist zu erkennen, dass der Anteil von Personen mit erhöhter Depressivität ab dem Alter von 65 Jahren stetig zunimmt, von 25,9 % in der Altersgruppe 65 bis 69 Jahre hin zu 44,2 % in der Altersgruppe 85+. Bemerkenswert ist zudem, dass erhöhte Depressivität in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre ebenfalls recht häufig vorkommt (32,7 %). Da diese Altersgruppe häufig noch berufstätig ist, war sie möglicherweise von den durch die Corona-Pandemie bedingten Einschränkungen besonders stark

⁶⁶ Cronbach's α = 0,89 bis 0,92

⁶⁷ Cronbach's α = 0,90

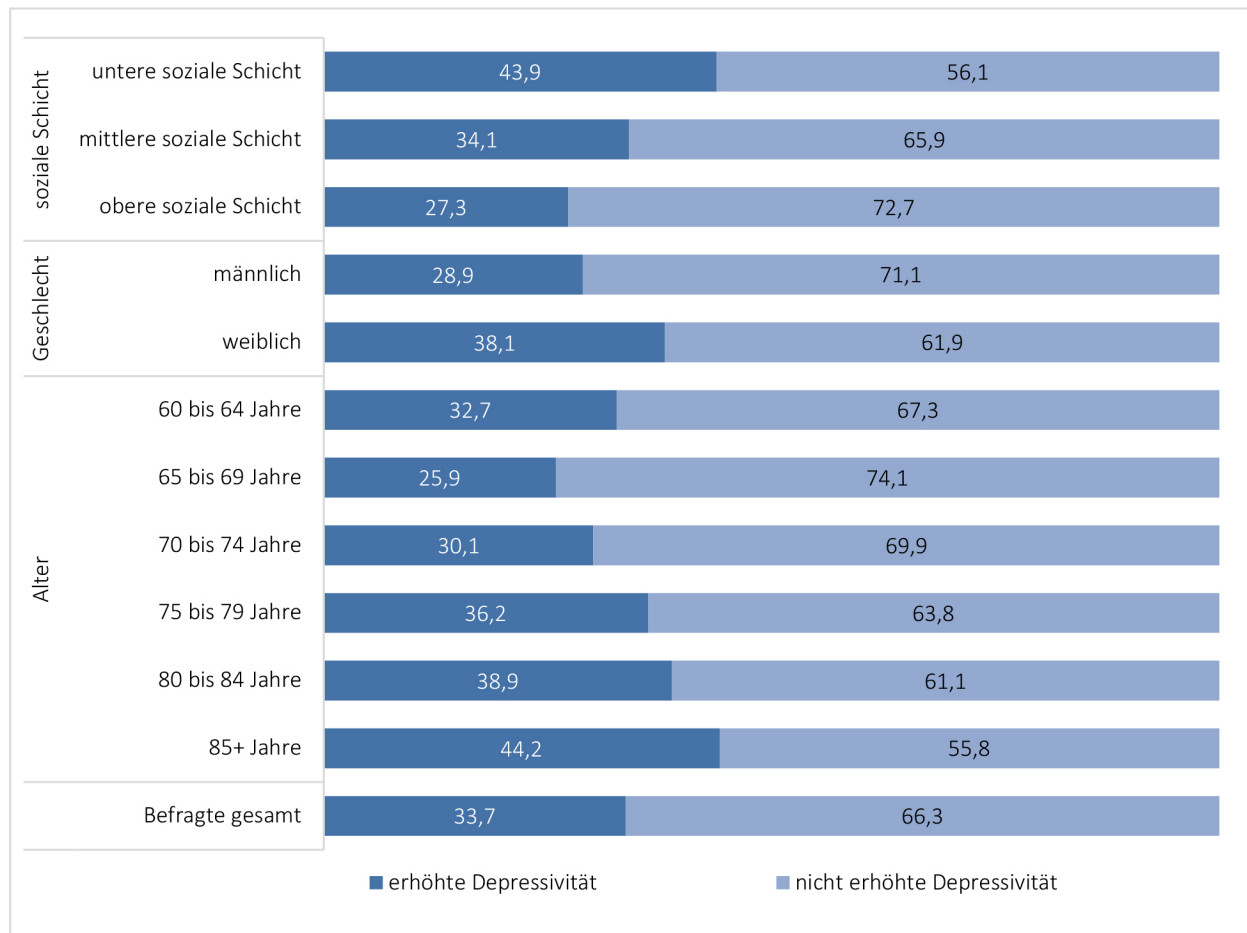
⁶⁸ $t(2304) = 6,29; p < ,001$

⁶⁹ $\chi^2(1) = 22,126; p < ,001$

betroffen, was sich negativ auf das subjektive Wohlbefinden auswirkte. Die Unterschiede in den Depressivitätsraten nach Altersgruppen sind statistisch signifikant⁷⁰. Zusätzlich wurde untersucht, ob sich das Durchschnittsalter von Teilnehmenden mit und ohne erhöhte Depressivität statistisch signifikant unterscheidet. Das Durchschnittsalter bei Teilnehmenden mit erhöhter Depressivität (MW = 75,06; SD = 8,70; N = 777) lag fast zwei Jahre über dem durchschnittlichen Alter der Personen ohne erhöhte Depressivität (MW = 73,38; SD = 8,15; N = 1.529)⁷¹. Erhöhte Depressivitätswerte sind in der LAB60+ Studie mit einem höheren Alter assoziiert. Dies deckt sich mit den DEAS-Befunden, wo sich im hohen Alter eine Zunahme des Depressionsrisikos zeigte (Wettstein & Spuling, 2019).

Weiterhin zeigten sich bei der Zugehörigkeit zu sozialen Schichten (1 = untere, 2 = mittlere, 3 = obere) statistisch signifikante Unterschiede in den Mittelwerten des Wohlbefindens (Rohwerte)⁷². Der durchschnittlich gewichtete Mittelwert des Wohlbefindens (Rohwerte) bei Personen der unteren sozialen Schicht lag nur knapp über dem Cut-off von 13 (MW = 13,08; SD = 6,53; N = 289). In der mittleren sozialen Schicht lag der durchschnittliche Skalenmittelwert 1,3 Skalenpunkte höher bei 14,42 (SD = 5,82; N = 788) und in der oberen sozialen Schicht lag der gewichtete Mittelwert des Wohlbefindens noch einmal mehr als einen Punkt höher (MW = 15,61; SD = 5,36; N = 817). Die Verteilung der Raten der erhöhten Depressivität nach der sozialen Schicht ist ebenfalls in Abbildung 70 dargestellt. Bei Personen, die der unteren sozialen Schicht angehören, liegt der Anteil der Personen mit erhöhter Depressivität bei 43,9 %, in der mittleren sozialen Schicht bei 34,1 % und in der oberen sozialen Schicht bei 27,3 %. Auch diese Unterschiede sind statistisch signifikant.⁷³

Abbildung 70: Anteil erhöhter Depressivität in der LAB60+ Studienpopulation, sowie nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent)



Anmerkung: k. A. gesamt: 4,0 %

⁷⁰ $\chi^2(5) = 31,405; p < ,001$

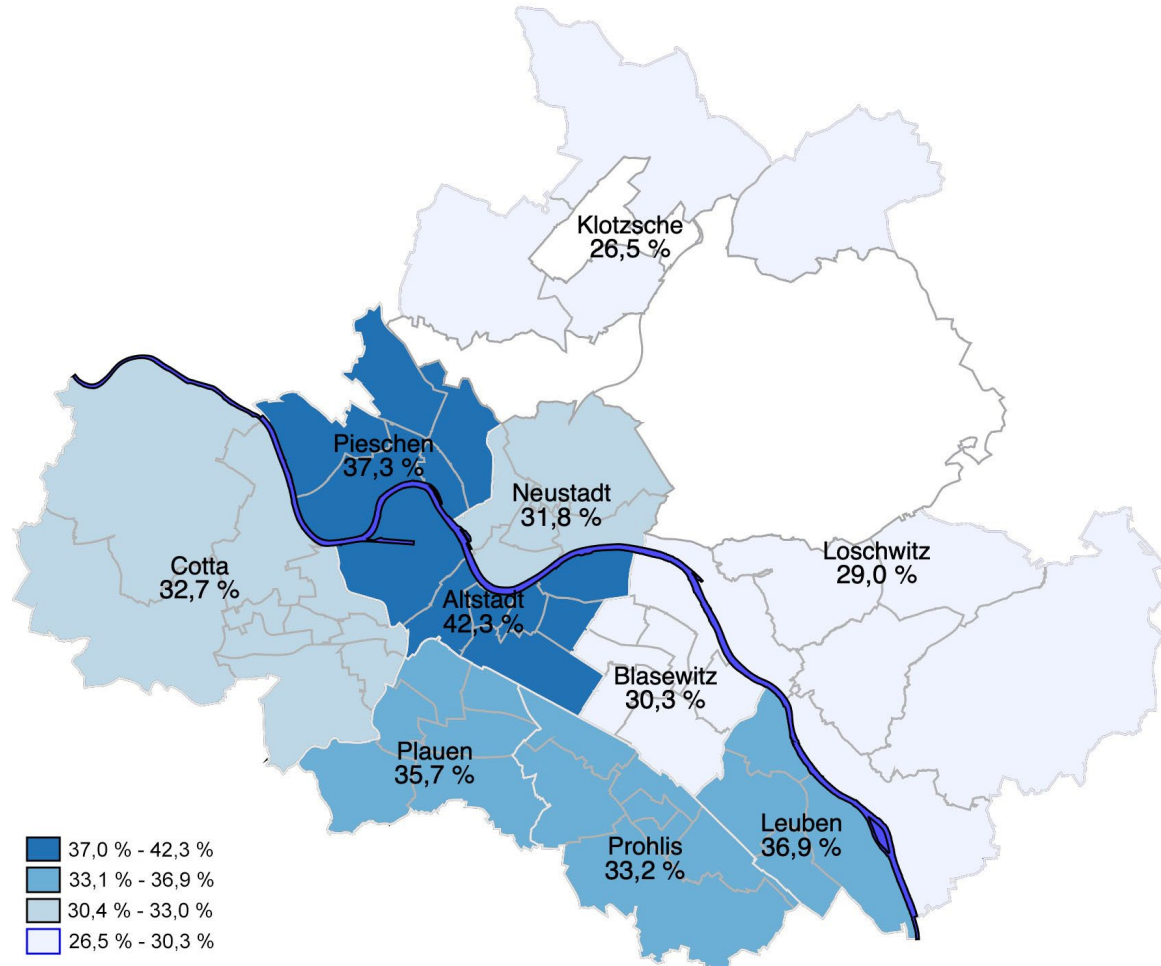
⁷¹ $t(1474) = 4,46; p < ,001$

⁷² Die Einteilung in die sozialen Schichten wird im Kapitel „LAB60+ Teilnehmende im Vergleich zur amtlichen Statistik“ erklärt. ANOVA Welch's F (2; 762,431) = 20,885; $p < ,001$. Games-Howell Post Hoc Test: alle drei Gruppenunterschiede $p < ,010$

⁷³ $\chi^2(2) = 28,126; p < ,001$

In Abbildung 71 sind die Raten der erhöhten Depressivität nach Stadtbezirken dargestellt (der Anteil der Personen pro Bezirk), die einen Wert auf der WHO5-Skala unter 13 berichteten. Dabei ist zu erkennen, dass 42,3 % aller Personen in der Altstadt besonders geringes Wohlbefinden angaben, gefolgt vom Stadtteil Pieschen mit 37,3 %. Die wenigsten Personen mit erhöhter Depressivität lebten in den Stadtbezirken Klotzsche (26,5 %) und Loschwitz (29,0 %). Somit befanden sich sechs Stadtbezirke unter dem durchschnittlichen Anteil erhöhter Depressivität in der LAB60+ Studie von 33,7 % und vier Bezirke darüber.

Abbildung 71: Anteil erhöhter Depressivität nach Stadtbezirken



8.3.4 Vergleich des Wohlbefindens der LAB60+ Teilnehmenden mit einer deutschen Normstichprobe

Um die Werte des subjektiven Wohlbefindens mit anderen Studien vergleichbar zu machen, wurden die Rohwerte der WHO5-Skala zunächst mit 4 multipliziert. Dadurch ergibt sich ein Wertebereich von 0 bis 100, wobei 100 das bestmögliche Wohlbefinden bedeutet. Das subjektive Wohlbefinden wurde in der LAB60+ Studie im Durchschnitt mit 58,27 bewertet. Damit lag der Wert bei den Männern mit 61,42 über und bei Frauen mit 55,34 unter dem Durchschnitt. Der WHO5 wurde im Jahr 2004 an einer repräsentativen bundesdeutschen Stichprobe normiert (Brähler et al., 2007). Von den insgesamt 2.552 befragten Personen waren 734 über 60 Jahre alt. Der Mittelwert der Skala des Wohlbefindens in dieser Altersgruppe lag bei 66,80. Frauen in der Altersgruppe gaben ein durchschnittliches Wohlbefinden von 64,44 an und Männer ein durchschnittliches Wohlbefinden von 69,26. Damit liegt das durchschnittliche Wohlbefinden der LAB60+ Teilnehmenden um 8,53 Punkte niedriger als in der Normstichprobe. Auch die Differenz im Wohlbefinden zwischen den Geschlechtern war in der LAB60+ Studie größer als in der Normstichprobe (6,1 im Vergleich zu 4,9).

Als ein möglicher Grund für das geringere subjektive Wohlbefinden kann die COVID-19-Pandemie betrachtet werden. Um zu untersuchen, welchen Einfluss die Pandemie auf das Wohlbefinden hat, wurden bereits mehrere wissenschaftliche Studien durchgeführt. Diese haben mehrheitlich methodische Einschränkungen, wie nicht repräsentative Stichproben, keine Vergleichsdaten aus der Zeit vor der Pandemie und häufig kein längsschnittliches Design, sodass zeitliche Verläufe nicht beurteilt werden können. Erste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Pandemie zu einem Anstieg depressiver Symptome in der

Bevölkerung geführt hat, wobei jedoch jüngere Menschen deutlich stärker betroffen waren als ältere Menschen (Riedel-Heller & Richter, 2021). Entsprechend zeigte eine Studie mit einer repräsentativen Zufallsstichprobe von über 700 Personen in Mannheim, die im April 2020 mit dem WHO5 durchgeführt wurde, dass sich die durchschnittlichen Werte im Wohlbefinden nicht von einer mit dem gleichen Instrument durchgeführten Befragung aus dem Jahr 2018 unterschieden⁷⁴ (Kuehner et al., 2020). Diese Befragung wurde jedoch zu Beginn der Pandemie durchgeführt und kann daher keine Aussagen zum Verlauf über die Pandemie treffen.

Die Veränderungen des Wohlbefindens seit Beginn der Pandemie in verschiedenen Ländern der Europäischen Union untersuchte eine groß angelegte Eurofound-Studie mit dem Titel *Living, working and COVID-19*. Bisher wurden drei Erhebungswellen durchgeführt, im April/Mai 2020, Juni/Juli 2021 und Februar/März 2021. Die dritte Erhebungswelle überlappt sich also mit dem Erhebungszeitraum der LAB60+ Studie. Die durchschnittlichen WHO5-Werte für Personen über 50 Jahre in Deutschland und Europa stehen in Tabelle 16. Dabei zeigte sich, dass sich das durchschnittliche Wohlbefinden im Sommer 2020 nach dem ersten Lockdown wieder verbesserte. Im zweiten Lockdown Anfang 2021 waren die durchschnittlichen Wohlbefindenswerte allerdings noch einmal deutlich unter das Niveau des ersten Lockdowns gesunken. Dabei waren die Werte in Deutschland durchgehend besser als in Gesamteuropa. Im Vergleich zu den LAB60+ Teilnehmenden lagen die durchschnittlichen WHO5-Werte der Eurofound-Studie bei Personen über 50 Jahren in Deutschland zu allen drei Erhebungswellen niedriger. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war in der Eurofound-Studie durchweg geringer als in der LAB60+ Studie. Bei der Interpretation der Eurofound-Studie ist jedoch zu beachten, dass die Studienbevölkerung nicht repräsentativ für die Population ist, sondern mittels Rekrutierung auf Social Media und anderen Onlinemedien gewonnen wurde.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Wohlbefinden in der LAB60+ Studie zwar niedriger als in der Normstichprobe war, aber während der Pandemie in anderen deutschlandweiten Studien deutlich schlechter als in der LAB60+ Studie eingeschätzt wurde. Möglicherweise werden die Antworten auf die Fragen des WHO5 besonders stark durch die Lockdown Situation beeinflusst. Studien, die mit anderen Messinstrumenten durchgeführt wurden, ermittelten, dass das Wohlbefinden und die mentale Gesundheit älterer Menschen im ersten Lockdown weitestgehend stabil blieben (Bidzan-Bluma et al., 2020; Röhr et al., 2020; van Tilburg et al., 2020). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Wohlbefinden durch die Pandemiesituation zwar beeinträchtigt wurde, dies aber nicht (unmittelbar) zu einem Anstieg der depressiven Symptome führte. Um den Effekt der Pandemie auf das Wohlbefinden besser einschätzen zu können, wäre eine Folgebefragung mit dem WHO5 und ggf. einem anderen Messinstrument für Wohlbefinden nach dem Ende der Pandemie sinnvoll.

Tabelle 16: Durchschnittliche WHO5-Werte in verschiedenen Studien

Studie	Gesamt	Männlich	Weiblich
LAB60+	58,3	61,4	55,3
Normstichprobe über 60 (Brähler et al., 2007)	66,8	69,3	64,4
Eurofound Studie Deutschlandweit Personen über 50 Jahre			
April/Mai 2020	52,6	53,7	51,6
Juni/Juli 2020	56,8	--	56,3
Februar/März 2021	46,9	48,7	45,5
Eurofound Studie Europaweit Personen über 50 Jahre			
April/Mai 2020	50,0	52,5	48,0
Juni/Juli 2020	54,6	56,5	53,2
Februar/März 2021	47,4	49,9	45,4

⁷⁴ Mittelwert 2020: 56,52, Mittelwert 2018: 56,83.

8.3.5 Assoziationen mit dem Wohlbefinden

Zusätzlich wurde im Rahmen der LAB60+ Studie der Frage nachgegangen, welche Umstände mit erhöhtem Wohlbefinden bzw. erhöhter Depressivität verbunden sind. Dafür wurde unter anderem untersucht, ob die Nutzung von Seniorenberatungsstellen einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der befragten Personen hat. Um diesen Zusammenhang zu analysieren, wurden Regressionsmodelle verwendet. In einem sogenannten linearen Regressionsmodell wurde der Zusammenhang zwischen der Nutzung von Seniorenberatungsstellen und dem WHO5-Score untersucht (siehe Anhang Tabelle A8.3. 1), während mit Hilfe eines logistischen Regressionsmodells der Zusammenhang zwischen der Nutzung von Seniorenberatungsstellen und einer erhöhten Depressivität berechnet wurde (siehe Anhang Tabelle A8.3. 2). Durch Verwendung der beiden Modelle konnte der verzerrende Einfluss von Alter, Geschlecht und sozialer Schichtzugehörigkeit korrigiert werden. Demnach war die Inanspruchnahme einer Seniorenberatung weder mit dem Wohlbefinden⁷⁵ noch mit dem Risiko einer erhöhten Depressivität⁷⁶ statistisch signifikant assoziiert.

Eine analoge Analyse mittels logistischer Regression zur Nutzung von Seniorenbegegnungsstätten und Seniorentreffs und dem Wohlbefinden und der erhöhten Depressivität ergab ähnliche Ergebnisse. Es gab keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Nutzung von Begegnungsangeboten mit dem Wohlbefinden⁷⁷ (siehe Anhang Tabelle A8.3. 3) oder der Depressivität⁷⁸ (siehe Anhang Tabelle A8.3. 4). Das heißt, die 2,6 % der befragten Personen, die Beratungsangebote nutzten, und die 4,4 % der Teilnehmenden, die Seniorenbegegnungsstätten besuchten, unterschieden sich in ihrem Wohlbefinden nicht statistisch signifikant von Personen, die diese Angebote nicht nutzten. Dabei muss beachtet werden, dass dieses Ergebnis auf einer nur sehr kleinen Zahl von Personen beruht, die die jeweiligen Angebote wahrnehmen. Dass die Nutzung von Angeboten, wie der Seniorenberatung, keinen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden in den der Befragung vorangegangenen zwei Wochen aufwies, könnte auch auf die nur ein einziges Mal erfolgte Einschätzung zurückzuführen sein. Die Gründe für die Inanspruchnahme von Beratungsstellen können längerfristige negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden haben, die durch diese Art Angebote kurzfristig nur geringfügig gemildert werden können. Möglicherweise nehmen Personen mit einem zunächst schlechteren Wohlbefinden häufiger Beratungsangebote wahr. Wenn sich in der Folge das Wohlbefinden verbessert, haben die Angebote einen positiven Effekt auf dieses gehabt – ohne dass sich dieser Effekt in der Querschnittsbefragung abbilden ließe. Zudem waren im Befragungszeitraum viele Angebote durch die pandemiebedingten Beschränkungen nicht oder nur eingeschränkt nutzbar. Daher ist es erstens möglich, dass einige Personen die Antwort „nutze ich nicht“ angekreuzt haben, obwohl sie die Angebote früher genutzt haben, wodurch es zu einer Verzerrung der Ergebnisse gekommen sein kann. Zweitens beziehen sich die Fragen zum Wohlbefinden speziell auf die der Befragung vorangegangenen zwei Wochen, in denen die Angebote nur eingeschränkt nutzbar waren, wodurch der fehlende Zusammenhang zwischen der Nutzung der Angebote und dem Wohlbefinden entstehen kann.

Es wurde zudem eine explorative Analyse mit einem statistischen Auswahlalgorithmus (lineare Regression mit schrittweiser Auswahl) durchgeführt. Dabei wurde ermittelt, welche Bedingungen – neben Alter, Geschlecht und sozialer Schicht (diese wurden zwingend immer ins Modell einbezogen um dafür zu kontrollieren) – am stärksten mit dem Wohlbefinden verbunden sind. In der LAB60+ Studie wurde eine Vielzahl von Lebensumständen in Betracht gezogen. Neben dem Stadtbezirk wurden verschiedene Merkmale des Wohnumfelds in die Analyse einbezogen. Dazu gehörten, ob die Nachbarschaft nach Einbruch der Dunkelheit sicher wirkt, ob es genügend Einkaufsmöglichkeiten in der Nachbarschaft gibt, ob die Gegend gut an Bus und Bahn angebunden ist und ob die Haltestellen benutzbar sind, ob die Wohnung barrierefreier sein sollte, ob man sich mit der Nachbarschaft verbunden fühlt, ob man gerne die Freizeit in der Wohngegend verbringt, ob man sich auf seine Nachbarinnen und Nachbarn verlassen kann, ob es genügend Beratungsstellen in der Gegend gibt, ob es Möglichkeiten gibt, der Sommerhitze zu entkommen und die Nutzung von Parks und Grünanlagen. Außerdem wurden die folgenden Gesundheits- und Gesundheitsverhaltensmerkmale einbezogen: Tabakkonsum, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Verzehr von Obst und Gemüse, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, BMI-Kategorien (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht oder

⁷⁵ Adjustiertes lineares Regressionsmodell mit WHO-5; Koeffizient für Nutzung von Beratungsstellen: -1,29; 95 % Vertrauensbereich -7,97 bis 5,39 (P = 0,705)

⁷⁶ Adjustiertes logistisches Regressionsmodell; Risiko einer erhöhten Depressivität bei Nutzung von Beratungsstellen (Chancenverhältnis/ Odds Ratio) = 0,84; 95 %-Vertrauensbereich 0,51 bis 1,73 (P = 0,842)

⁷⁷ Adjustiertes lineares Regressionsmodell mit WHO-5; Koeffizient für Nutzung von Begegnungsstätten -2,14; 95 % Vertrauensbereich -7,49 bis 3,21 (P = 0,433)

⁷⁸ Adjustiertes logistisches Regressionsmodell; Risiko einer erhöhten Depressivität bei Nutzung von Begegnungsstätten (Chancenverhältnis/ Odds Ratio) = 0,80; 95 % Vertrauensbereich 0,49 bis 1,29 (P = 0,355)

Adipositas), Anzahl der chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) und körperliche Gesundheit (nach SF-8; siehe Kapitel 8.1 Körperliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung). Als soziale und gesellschaftliche Faktoren wurden auch subjektive Selbstbestimmung/Kontrolle, sozialer Netzwerkindex, Mitgliedschaft in mehreren sozialen Gruppen (MGM), dispositioneller positiver und negativer Affekt, Haushaltsgröße und Einsamkeit in den Algorithmus eingegeben. Die Nutzung von Seniorenberatungsstellen, des Angebots Demenz Partner, von Wohnberatung, des Telefons des Vertrauens, von Begegnungsangeboten, von Angeboten von Pflegeeinrichtungen (z. B. Mittagstisch), von Kurzzeitpflege, von Tagespflege, von Alltagsbegleitung, von Nachbarschaftshilfe, vom Seniorentelefon, von Tumorberatung und von Selbsthilfe wurden ebenfalls in die Auswahl miteinbezogen.

Es wurde statistisch ein Modell ausgewählt, das 48,7 % der Streuung des Wohlbefindens erklärt⁷⁹ (siehe Anhang Tabelle A8.3. 5). Körperliche Gesundheit (PCS-8), positive Affektivität, subjektive Selbstbestimmung, hohe körperliche Aktivität und Übergewicht oder Adipositas waren mit einem besseren Wohlbefinden assoziiert. Alle diese Zusammenhänge waren auch statistisch signifikant. Dass die Person in ihrer Wohngegend gern ihre Freizeit verbringt sowie eine höhere Anzahl von im Haushalt lebenden Personen wurden in dem Modell ebenfalls mit einem besseren Wohlbefinden assoziiert. Allerdings waren diese letzten beiden Assoziationen in dem Modell nicht statistisch signifikant. Umgekehrt waren Einsamkeit, negative Affektivität und die Anzahl von Erkrankungen statistisch signifikant mit einem schlechteren Wohlbefinden assoziiert. Für alle weiteren betrachteten Faktoren wurden von dem statistischen Modell keine signifikanten Assoziationen mit dem Wohlbefinden gefunden.

Schlussfolgerung der explorativen Analyse

Viele der im finalen Modell enthaltenen Assoziationen sind nachvollziehbar und erwartungsgemäß. Gesundheit steht in Zusammenhang mit besserem Wohlbefinden (Röhrlé, 2018), während die Multimorbidität das Risiko einer Depression erhöht (Read, Sharpe, Modini, & Dear, 2017). Auch Einsamkeit führt bekanntermaßen zu einer erhöhten Depressivität (Van As, Imbimbo, Franceschi, Menesini, & Nocentini, 2021). Weniger klar ist der Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Wohlbefinden. Dass ein höheres Körpergewicht mit einem besseren Wohlbefinden verbunden ist, mag kontraintuitiv erscheinen. Diese Ergebnisse stehen jedoch im Einklang mit einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit, die den Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Depression bei älteren Erwachsenen untersuchte (Yu, Shi, Gu, & Wang, 2020). Zusammen betrachtet zeigen mehrere Studien, dass ältere Erwachsene mit Übergewicht oder Adipositas ein geringeres Risiko für Depressionen haben als ältere Erwachsene mit normalem Körpergewicht (Yu et al., 2020). Auch auf ein geringeres Mortalitätsrisiko bei leichtem Übergewicht im Alter gibt es Hinweise (Flegal et al., 2013).

Die Ergebnisse der LAB60+ Studie deuten auch darauf hin, dass eine Nachbarschaft, in der man gern seine Freizeit verbringt, und eine höhere Anzahl von Personen im Haushalt mit einem höheren Wohlbefinden verbunden sind. Diese Befunde sind jedoch mit Unsicherheit behaftet. Generell kann nicht von kausalen Beziehungen ausgegangen werden, da eine Querschnittsbefragung keine unmittelbaren Rückschlüsse auf Ursache und Wirkung zulässt.

8.3.6 Resümee Kapitel Wohlbefinden

Die Teilnehmenden der LAB60+ Studie berichteten insgesamt über ein niedriges subjektives Wohlbefinden, wobei die Werte bei etwa einem Drittel aller Teilnehmenden auf eine erhöhte Depressivität hindeuten. Frauen, höhere Altersgruppen und Personen, die der unteren sozialen Schicht angehören, berichten dabei im Durchschnitt von einem schlechteren Wohlbefinden. Der Anteil der Personen mit erhöhter Depressivität nach Stadtbezirken variierte zwischen 42,3 % in der Altstadt und 26,5 % in Klotzsche.

Besseres Wohlbefinden wurde mit besserer körperlicher Gesundheit (PCS-8), geringerer negativer Affektivität und höherer positiver Affektivität, höherer subjektiver Selbstbestimmung, mehr körperlicher Aktivität, einer Wohngegend, in der die befragten Personen gern die Freizeit verbringen, Übergewicht oder Adipositas, geringerer Einsamkeit und geringerer Anzahl von Erkrankungen assoziiert.

⁷⁹ Bestimmtheitsmaß, korrigiertes $R^2 = 0,487$

Die Werte für den WHO5 liegen deutlich unter der deutschen Norm dieser Altersgruppe, was bedeutet, dass die befragten Dresdnerinnen und Dresdner ab 60 Jahren ein geringeres Wohlbefinden hatten. Wissenschaftliche Studien zeigten, dass sich das Wohlbefinden gemessen mit dem WHO5 aufgrund der Corona-Pandemie in Deutschland und weltweit stark reduzierte. Im Verhältnis zu den durchschnittlichen WHO5-Werten der zitierten Studien während der Pandemie lagen die der LAB60+ Studie etwas höher. Dies bedeutet, dass die Teilnehmenden während der Pandemie etwas besseres Wohlbefinden berichteten als die Teilnehmenden anderer Studien, die im gleichen Zeitraum durchgeführt wurden. Unklar ist, ob sich das Wohlbefinden nach dem Ende der Pandemie wieder auf das Ausgangsniveau zurückbewegen wird. Um dies zu ermitteln, wäre eine Folgebefragung sinnvoll.

Aufgrund der erheblichen Defizite beim subjektiven Wohlbefinden zum Befragungszeitpunkt sollte dieses Thema als Problemfeld mit Handlungsbedarf identifiziert werden. Da das geringe Wohlbefinden wahrscheinlich wesentlich durch die Pandemiesituation bedingt war, sollten Maßnahmen zur Überwindung bzw. Kompensation der Corona-Folgen entwickelt werden.

8.4 Gesundheitsverhalten

8.4.1 Theorie und Hintergrund zu den Erhebungsinstrumenten

Das Gesundheitsverhalten der Dresdner Bevölkerung im Alter ab 60 Jahren wurde in der LAB60+ Studie anhand der folgenden vier Merkmale erhoben:

- Alkoholkonsum
- Rauchverhalten
- Obst- und Gemüseverzehr
- körperliche Aktivität

Zur Erfassung wurden spezifische Fragen aus validierten Erhebungsinstrumenten übernommen, gegebenenfalls angepasst oder auch neu erstellt.

Für die Operationalisierung des Alkoholkonsums wurden die drei Fragen des AUDIT-C genutzt (Bush et al. 1998). Dabei handelt es sich um eine Kurzfassung des „Alcohol Use Disorders Identification Test“, welcher von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt wurde⁸⁰ (Saunders et al. 1993). Der AUDIT-C gibt im Sinne eines Kurz-Screening-Instruments Hinweise auf einen riskanten Alkoholkonsum. So sollen frühzeitig Personen identifiziert werden, deren Konsum potentiell oder bereits gegenwärtig gesundheitsschädlich ist. Der Zweck des Instruments ist es nicht, eine Alkoholabhängigkeit festzustellen, sondern Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum zu identifizieren, bevor dieser sich zu einer Alkoholabhängigkeit entwickelt (Higgins-Biddle und Babor 2018). Die drei Fragen des AUDIT-C beinhalten zum einen die Erfassung, wie oft ein alkoholisches Getränk konsumiert wird, was mit fünf Antwortkategorien, die von „niemals“ bis „viermal oder häufiger in der Woche“ reichen, ermittelt wird. Des Weiteren wird erfragt, wie viel typischerweise an einem Tag getrunken wird, wenn alkoholische Getränke zu sich genommen werden. Dabei wird erklärt, was unter einem alkoholischen Getränk verstanden wird: z. B. ein Glas Bier (0,25-0,3 l) oder ein Glas Wein/Sekt (0,1-0,15 l) oder ein doppelter Schnaps/Likör (4 cl.). Es kann abermals zwischen fünf Antwortkategorien gewählt werden, welche eine Spannweite von „1-2“ bis „10 oder mehr“ umfassen. Schließlich wird erhoben, wie oft vier oder mehr alkoholische Getränke zu einer besonderen Gelegenheit konsumiert werden. Für Erwachsene liegt die Grenze in der Regel zu einem besonderen Anlass bei sechs oder mehr alkoholischen Getränken. Es hat sich gezeigt, dass vier oder mehr Getränke bei einer besonderen Gelegenheit einen geeigneten Grenzwert für die Feststellung eines starken Alkoholkonsums bei älteren Menschen darstellt (Aalto et al. 2011). In der Studie von Aalto wurde der angepasste Grenzwert für ältere Personen (65+ Jahre) validiert. Bei dieser Frage konnten die Studienteilnehmenden wiederum zwischen fünf Antworten wählen, die eine Spannweite von „niemals“ bis „täglich oder fast täglich“ umfassten. Aus den Antworten zu den drei Fragen des AUDIT-C kann ein maximaler Summenwert von 12 gebildet werden, der für Frauen und Männer getrennt ausgewertet soll. Bei Männern wird bei einem Gesamtscore von 4 von einem riskanten Alkoholkonsum, bei Frauen bei einem Gesamtscore von 3 (Gual et al. 2002, Reinert und

⁸⁰ im Rahmen des Projektes „World Health Organization Collaborative Project on the Detection and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care“

Allen 2007). Angesichts der aktuellen Situation wurde die Frage ergänzt, inwiefern sich das Trinkverhalten aufgrund der Corona-Pandemie verändert habe (siehe Kapitel „Corona-Pandemie“).

Der Betrachtung des Rauchverhaltens lagen die Fragen aus der LISA-II-Studie⁸¹ (Bezirksamt Mitte 2021) zugrunde, welche wiederum auf Basis des vom Robert Koch-Institut durchgeführten Bundes-Gesundheitssurveys und des vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) initiierten Deutschen Alterssurveys (DEAS)⁸² (Bellach 1999, Thefeld et al. 1999, Tesch-Römer et al. 2002) erarbeitet wurden. Aufgrund der zunehmenden Nutzung von E-Zigaretten bzw. Verdampfern wurden die Fragen leicht angepasst und neben dem Rauchen auch die Option des Dampfens mit aufgenommen. Erfragt wurde, ob im gesamten Leben jemals über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten geraucht bzw. gedampft wurde. In den folgenden Ausführungen wird aus Gründen der Vereinfachung nur noch von „rauchen“ und nicht von „dampfen“ gesprochen. Dabei konnte aus den folgenden fünf Antwortkategorien ausgewählt werden: „nie geraucht“, „Ex-Raucher/Ex-Raucherin“ (mit „Jahr des Rauchstopps“), „Gelegenheitsraucher/Gelegenheitsraucherin“ und „täglich Rauchende/Rauchender“. Zudem konnte die durchschnittliche Menge des Konsums pro Woche als Anzahl der Zigaretten, Anzahl der Zigarren, Zigarillos, Pfeifen und Minuten des Dampfens angegeben werden. Auch hier wurde eine Frage hinsichtlich einer möglichen Änderung des Rauchverhaltens durch die Corona-Pandemie hinzugefügt (siehe Kapitel „Corona-Pandemie“).

Die Erfassung des Ernährungsverhaltens mit dem Obst- und Gemüseverzehr als Indikator für gesunde bzw. dessen Fehlen als ungesunde Ernährung orientierte sich an den Inhalten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA)⁸³ (Mensink et al. 2013). Allerdings wurden die dortigen Aspekte in einer einzigen Frage zusammengefasst, um den Fragebogen für die LAB60+ Studie kurz zu halten. Erhoben wurde die Frequenz des Obst- und Gemüseverzehrs anhand einer Frage, deren mögliche Antwortkategorien von „täglich oder mehrmals täglich“ bis „weniger als einmal pro Woche“ reichten. Dabei wurde erläutert, welche Arten von Obst und Gemüse einbezogen werden können (z. B. Tiefkühl- oder Dosengemüse) bzw. ausgeschlossen werden sollten (z. B. Kartoffeln). Anders als in der GEDA-Studie wurden hier Säfte nicht berücksichtigt, da sie keine Ballaststoffe und eine konzentrierte Menge Zucker enthalten.

Für die Operationalisierung der körperlichen Aktivität wurde der International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) genutzt, welcher anhand eines Items die körperliche Aktivität erfasst (Hamilton et al. 2012). Es wurde erfragt, an wie vielen Tagen in der letzten Woche sich die Teilnehmenden mindestens 30 Minuten körperlich betätigt haben, so dass sie außer Atem kamen. Unter körperlichen Aktivitäten zählten Sport, körperliche Tätigkeiten, zügiges Gehen oder Radfahren als Freizeitbeschäftigung bzw. zur Fortbewegung. Körperliche Tätigkeiten im Haushalt oder Tätigkeiten, die Teil der Arbeit der Teilnehmenden sind, wurden nicht berücksichtigt. Die Teilnehmenden konnten die Anzahl der Tage, an denen sie körperlich aktiv waren, als Zahl (0 bis 7) eintragen. Auch hierbei wurde zusätzlich erfragt, inwiefern sich die körperliche Aktivität durch die Corona-Pandemie verändert habe (siehe Kapitel „Corona-Pandemie“).

8.4.2 Alkoholkonsum

Obwohl der Alkoholkonsum über die letzten Jahrzehnte leicht zurückgegangen ist, liegt der Pro-Kopf-Konsum in Deutschland im internationalen Vergleich über dem Durchschnitt (World Health Organization (WHO) 2019). Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass der Anteil der Personen, die mindestens einmal in der Woche Alkohol konsumieren, in Deutschland höher ist als der europäische Durchschnitt (32,3 % vs. 28,8 %) (Eurostat 2021). Aus den Daten der GEDA-Studie 2014/2015 und dem European Health Interview Survey (EHIS)⁸⁴ ging zudem hervor, dass 13,8 % der Frauen und 18,2 % der Männer mindestens einmal pro Woche einen riskanten Alkoholkonsum vorweisen (Lange et al. 2017). Verglichen mit anderen europäischen Ländern kommt der riskante Alkoholkonsum in Deutschland auch häufiger vor: Während in Deutschland dreißig Prozent der Personen angaben, mindestens einmal im Monat einen starken Alkoholkonsum zu haben (mehr als 60 Prozent reines Ethanol), liegt der Anteil für alle europäischen Länder bei einem Fünftel. Nur in Luxemburg (34,4 %), Rumänien (35,0 %) und Dänemark (37,8 %) sind die Anteile noch höher als in Deutschland (Eurostat 2021).

⁸¹ Die LISA-II-Studie wurde im Kapitel 2 „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

⁸² Die DEAS Studie wurde im Kapitel 2 „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

⁸³ Die GEDA Studie wurde im Kapitel 2 „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

⁸⁴ Die EHIS Studie wurde im Kapitel 2 „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

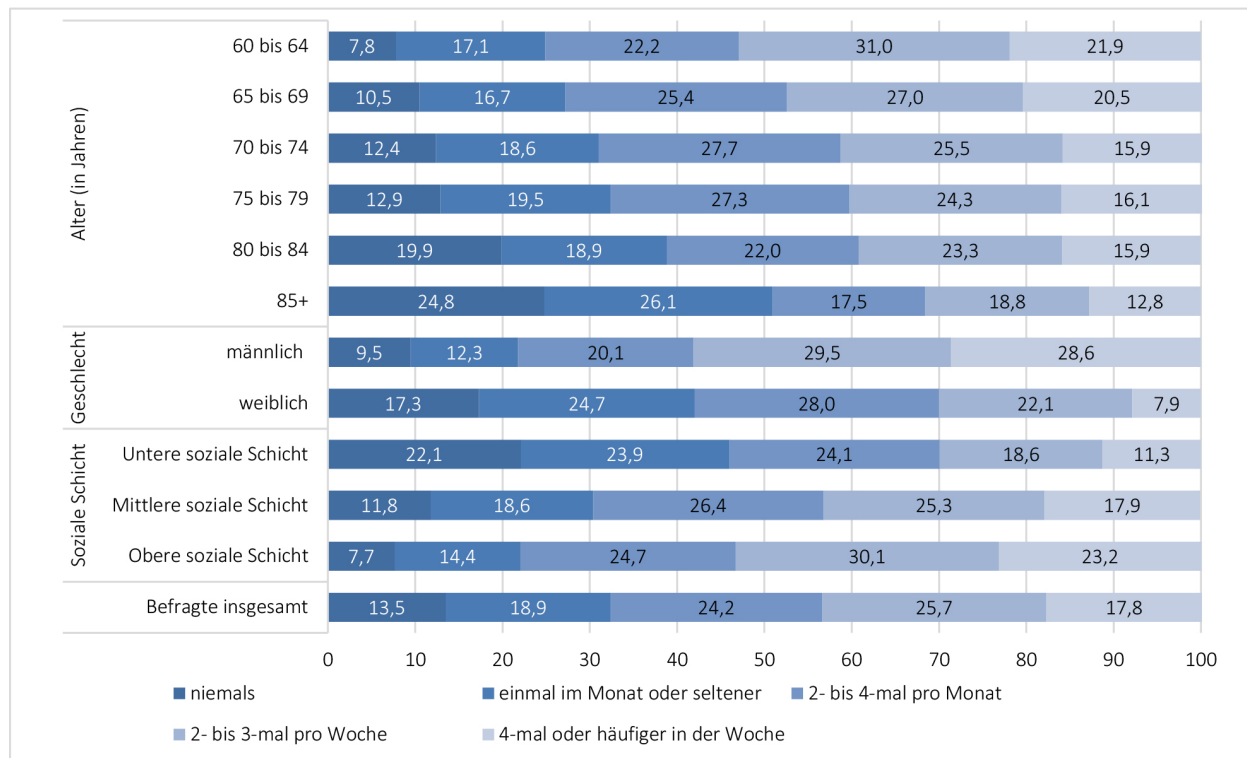
Im Faktenblatt zum Thema Alkohol im Alter (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2020) wies die BZgA darauf hin, dass Alkohol im höheren Alter in geringeren Mengen zu sich genommen werden sollte aufgrund z. B. der mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher werdenden Medikamenteneinnahme. Durch Alkohol kann es zu Unverträglichkeiten oder Wechselwirkungen kommen (BZgA 2020). Außerdem kann sich Alkohol negativ auf typische Altersbeschwerden wie Gangunsicherheit auswirken. Für Menschen mittleren Alters gelten derzeit für Frauen als Richtwert höchstens ein kleines Glas und für Männer maximal zwei kleine Gläser mit einem alkoholischen Getränk am Tag als unbedenklich, wobei es mindestens zwei Tage ohne Alkoholkonsum in der Woche geben sollte (BZgA 2020). Als Menge für ein kleines Glas werden 0,125 l Wein, 0,3 l Bier oder 4 cl Schnaps angegeben. Besondere Empfehlungen für ältere Menschen gibt es nicht. Es wird jedoch empfohlen, weniger als die Richtwerte für Menschen mittleren Alters zu konsumieren. Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum verursacht sowohl direkte Kosten im Gesundheitssystem (etwa Behandlungskosten durch Verletzungen nach Stürzen unter Alkoholeinfluss) sowie immaterielle Kosten wie den Verlust an Lebensqualität (Lange et al. 2017).

Häufigkeit des Alkoholkonsums

Es lagen für 2.372 Personen (98,9 %) Angaben zur Häufigkeit des Alkoholkonsums vor. Insgesamt gaben die Befragten in der LAB60+ Erhebung an, dass 13,5 % keinen und 18,9 % nur wenig Alkohol trinken („1-mal im Monat oder seltener“). In der Kategorie „2- bis 4-mal pro Monat“ verorteten sich mehr als ein Fünftel (24,2 %). Die beiden oberen Kategorien („2- bis 3-mal pro Woche“ und „4-mal oder häufiger in der Woche“) bildeten zusammen 44,7 % mit regelmäßigem Alkoholkonsum, wovon 17,8 % mindestens viermal wöchentlich Alkohol zu sich nahmen.

Abbildung 72 zeigt den Alkoholkonsum der LAB60+ Teilnehmenden, unterteilt nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht. Es ist zu erkennen, dass die Häufigkeit des Alkoholkonsums mit zunehmendem Alter kontinuierlich abnimmt. Während in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen über die Hälfte (52,9 %) zweimal pro Woche und häufiger Alkohol zu sich nahmen, waren es bei den über 85-Jährigen knapp ein Drittel (31,6 %). Der Anteil der Nichttrinkenden steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an: von 7,8 % in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen auf 24,8 % in der Altersgruppe 85+ Jahre. Ebenso ist ein Unterschied zwischen den Geschlechtern festzustellen. 17,3 % der Frauen waren Nichttrinkerinnen, demgegenüber waren 9,5 % der Männer Nichttrinker. Auf der anderen Seite des Spektrums tranken 28,6 % der Männer viermal oder mehr pro Woche, während nur 7,9 % der Frauen in dieser Häufigkeit tranken.

Abbildung 72: Alkoholkonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Sozialer Schicht (in Prozent)

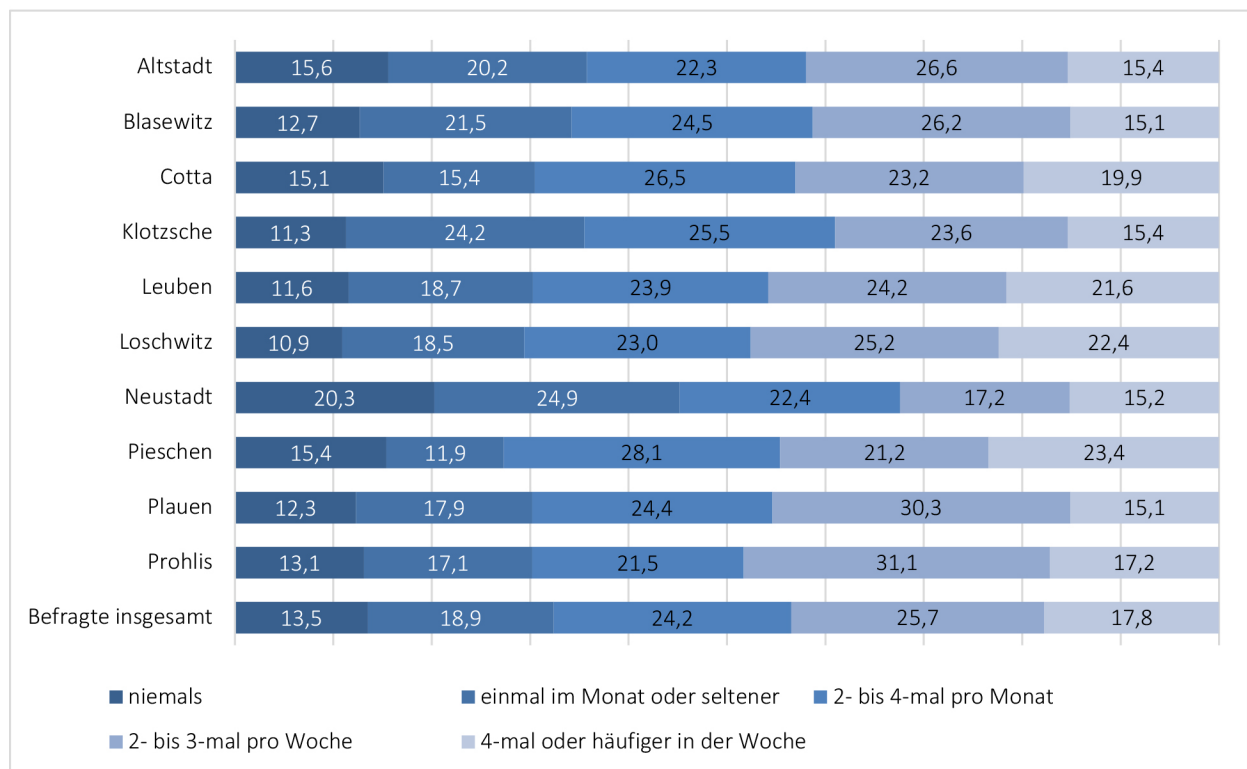


Anmerkung: k A.: 1,1 %

Bei der Häufigkeit des Alkoholkonsums gibt es je nach sozialer Schicht einen Unterschied, wie Abbildung 72 zeigt. Personen, die der unteren sozialen Schicht angehören, tranken tendenziell weniger als Personen aus der höheren sozialen Schicht: 7,7 % der Angehörigen der oberen sozialen Schicht waren Nichttrinkende, während 22,1 % aus der unteren sozialen Schicht Nichttrinkende waren. Diese Tendenz ist auch bei den Teilnehmenden zu beobachten, die Alkohol konsumierten. In den beiden höchsten Kategorien (mehr als zwei- bis dreimal pro Woche & viermal oder häufiger in der Woche) gehörten zusammen 53,3 % der Teilnehmenden zur oberen sozialen Schicht, 43,2 % zur mittleren und 29,9 % zur unteren sozialen Schicht. Dies deckt sich mit den Daten der GEDA/EHIS von 2014 bzw. 2015 (Lange et al. 2017).

Zwischen den einzelnen Stadtbezirken gab es deutliche Unterschiede in Hinblick auf die Verteilung der prozentualen Anteile je Antwortkategorie, sodass die Spannweite recht groß ist (siehe Abbildung 73). Während in Loschwitz lediglich 10,9 % der Teilnehmenden angaben, nie Alkohol zu konsumieren, waren es in der Neustadt knapp doppelt so viele (20,3 %). In Pieschen ist der geringste Anteil in den beiden unteren Antwortkategorien (niemals bis einmal im Monat oder seltener) vorzufinden (zusammen 27,3 %), in der Neustadt liegt dort der höchste Wert (45,2 %). In den beiden höchsten Kategorien („zwei bis dreimal pro Woche“ und „viermal oder häufiger in der Woche“) erreichten Prohlis, Loschwitz und Leuben die höchsten Werte (48,3 %, 47,6 % bzw. 45,8 %), während der prozentuale Anteil in der Neustadt, Klotzsche und Blasewitz am niedrigsten war (32,4 %, 39,0 % bzw. 41,3 %).

Abbildung 73: Alkoholkonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent)

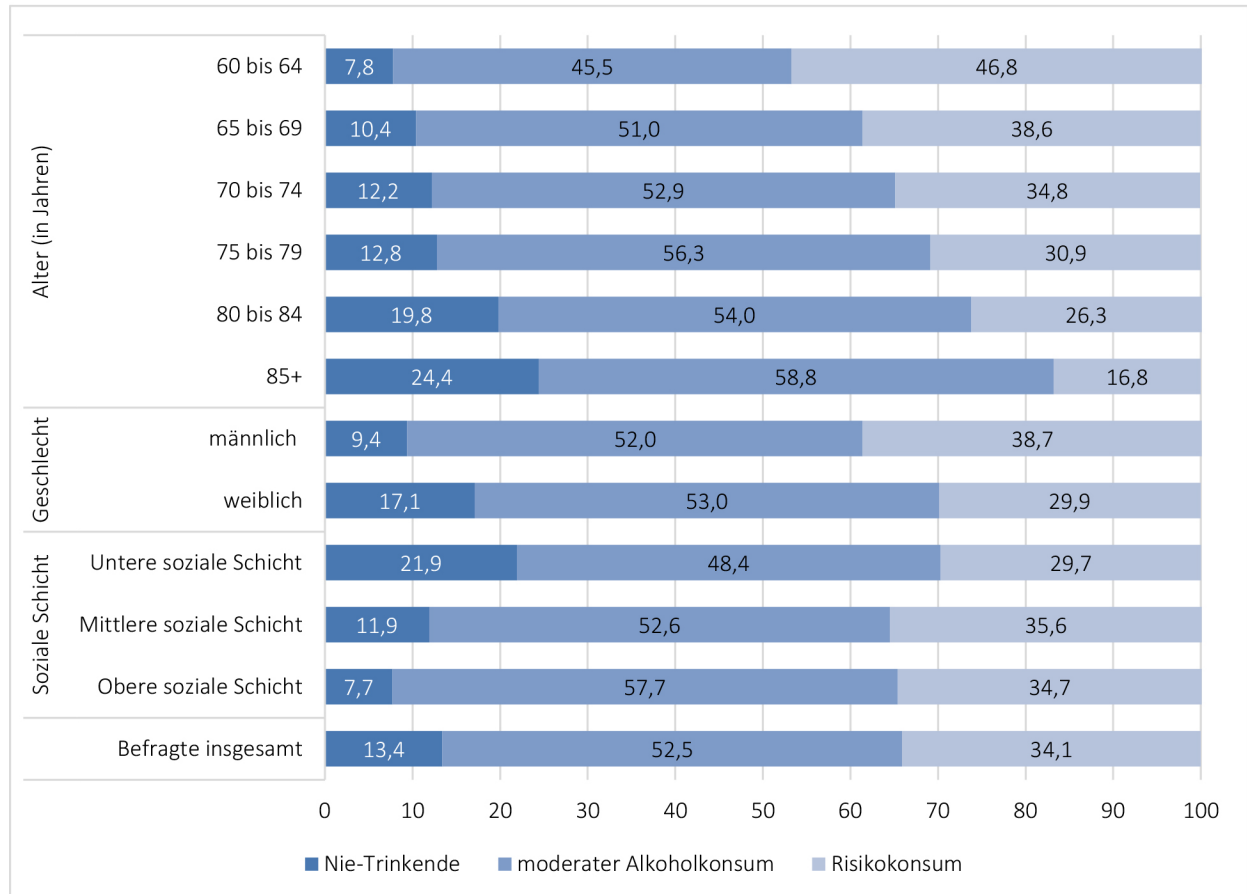


Anmerkung: k A.: 1,1 %

Riskanter Alkoholkonsum (nach AUDIT-C)

Während der Anteil abstinent lebender Teilnehmer mit dem Alter zunahm, sank der Anteil der Personen, die als riskant Alkoholkonsumierende eingestuft wurden mit dem Alter ab (Abbildung 74). In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen war der Anteil der Personen mit riskantem Alkoholkonsum am höchsten (46,8 %) und nahm mit dem Alter stetig ab, bis zu 16,8 % in der Gruppe der über 85-Jährigen. Auch zwischen den Geschlechtern ist ein Unterschied festzustellen. Der Anteil der Männer und Frauen, die als mäßige Trinkende eingestuft wurden, war etwa gleich groß (52,0 % bzw. 53,0 %). Jedoch war der riskante Alkoholkonsum bei Männern häufiger als bei Frauen vorzufinden (38,7 % gegenüber 29,9 %).

Abbildung 74: Alkoholkonsum (AUDIT-C) der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Sozialer Schicht (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 4,9 %

Ähnliche Ergebnisse wurden bereits in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland - Welle 1“ (DEGS1)⁸⁵ in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen festgestellt (Hapke et al. 2013). In dieser Studie war der Anteil der Risikokonsumenten bei den Männern ähnlich (34,4 %), bei den Frauen aber deutlich geringer ausgeprägt (18,0 %) als bei den Teilnehmenden der LAB60+ Studie. Diese Differenzen könnten sich vor allem durch die unterschiedlichen Grenzwerte für riskanten Alkoholkonsum in den Studien erklären. Während in der LAB60+ Studie ein Konsum von vier oder mehr alkoholischen Getränken bei einer besonderen Gelegenheit bereits als riskanter Alkoholkonsum gewertet wurde, schätzte man bei der DEGS1-Studie erst den Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einer besonderen Gelegenheit als risikohaft ein. Daher sind die Anteile der Risikokonsumenten und -konsumentinnen in der LAB60+ Studie höher als diejenigen der DEGS1-Studie.

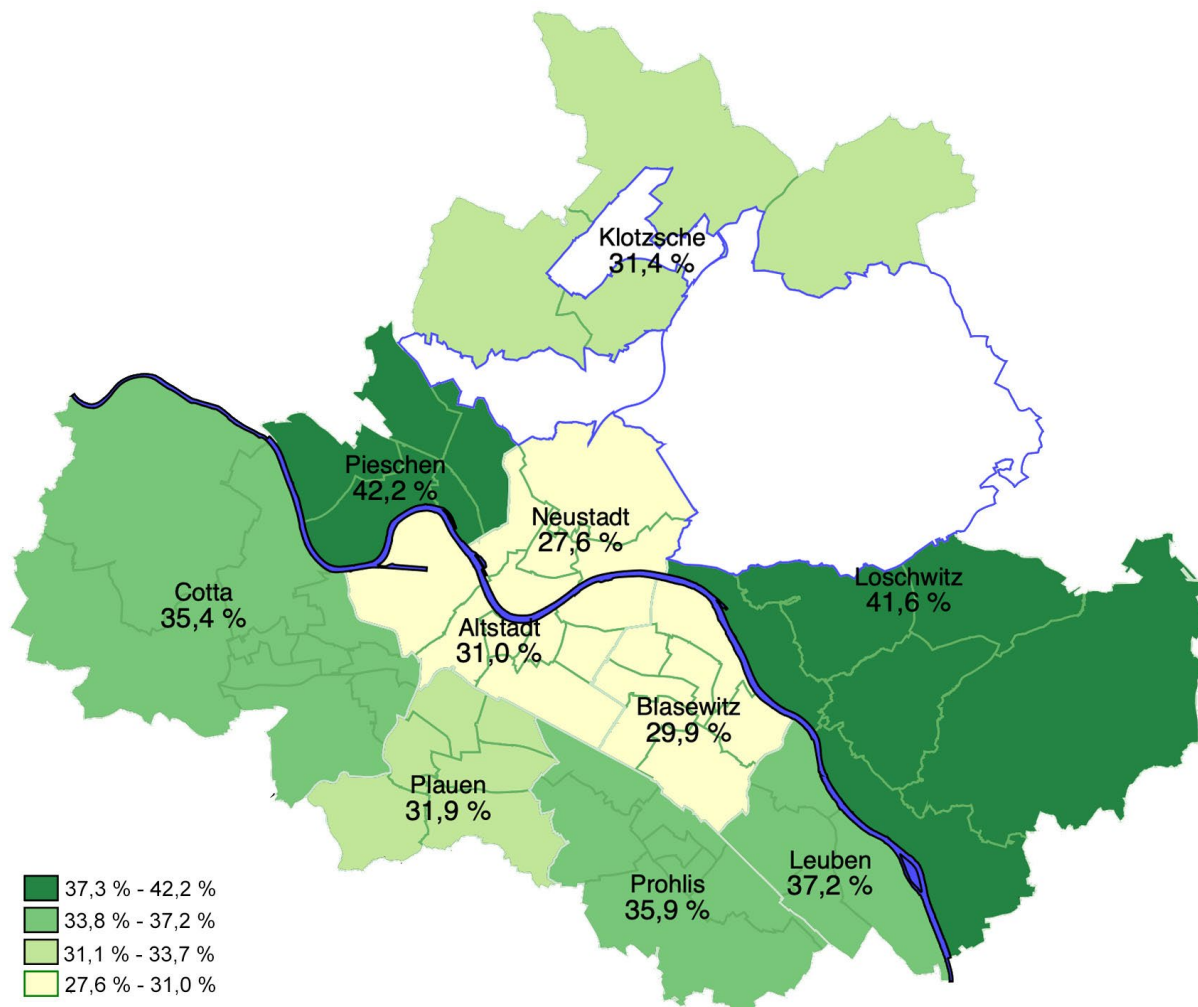
Der Anteil der mäßig Trinkenden stieg mit zunehmender sozialer Schicht leicht an (untere soziale Schicht: 48,4 %, mittlere soziale Schicht: 52,6 % und höhere soziale Schicht: 57,7 %). Bezüglich des riskanten Alkoholkonsums wiesen Personen der unteren sozialen Schicht den geringsten Anteil (29,7 %) auf, während Personen der mittleren und oberen sozialen Schicht etwa den gleichen Anteil (35,6 % vs. 34,7 %) in dieser Kategorie ausmachten. Die Erkenntnis, dass der Alkoholkonsum mit steigendem sozioökonomischem Status zunimmt, ist schon ein bekanntes Phänomen (Collins 2016). Diesbezüglich zeigen die Daten der

⁸⁵ Die DEGS Studie wurde im Kapitel 2 „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

DEGS1-Studie, dass vor allem bei den Frauen in der Altersgruppe ab 65 Jahren die Häufigkeit des Risikokonsums mit dem sozioökonomischen Status ansteigt (Hapke et al. 2013).

Ein Vergleich zwischen den Stadtbezirken zeigte in Pieschen, Loschwitz und Leuben die höchsten Anteile für einen Risikokonsum (42,2 %, 41,6 % bzw. 37,2 %), während in der Neustadt der geringste prozentuale Wert vorlag (27,6 %) (Abbildung 75).

Abbildung 75: Riskanter Alkoholkonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk



8.4.3 Rauchverhalten

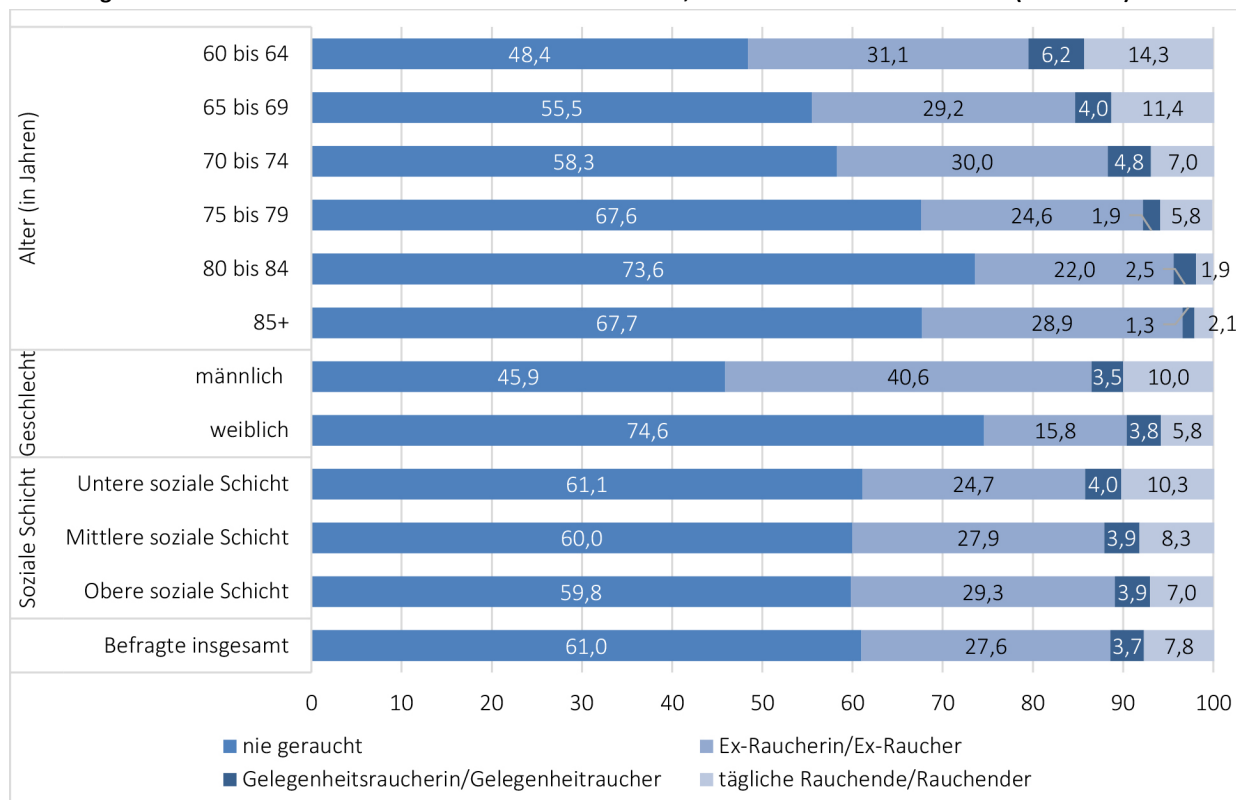
Gemäß der Weltgesundheitsorganisation stellt Rauchen eine der Hauptursachen für Tod, Krankheit und Verarmung dar (World Health Organization (WHO) 2021). Weltweit sterben mehr als acht Millionen Menschen pro Jahr an den direkten oder indirekten Folgen des Tabakkonsums. Aufgrund der im Tabak enthaltenen Toxine steigt unter anderem das Risiko für Atemwegs-, Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen (WHO 2021).

Insgesamt haben 2.368 Personen (98,7 %) Angaben zu ihrem Raucherstatus gemacht. Die Ergebnisse zeigen, dass insgesamt der Großteil (88,6 %) der Befragten angab, aktuell nicht zu rauchen (noch nie geraucht: 61,0 %, Ex-Rauchende: 27,6 %) (Abbildung 76). Im Gegensatz dazu rauchten aktuell 7,8 % täglich und 3,7 % gelegentlich. Das ist ein deutlich geringerer Anteil als derjenige, der aus den Daten der GEDA/EHIS-Studie von 2014/2015 hervorgeht, nach denen in Deutschland 20,8 % der Frauen und 27,0 % der Männer zumindest gelegentlich rauchen. Analysiert man jedoch die Ergebnisse von GEDA/EHIS für Personen mit einem Alter ab 65 Jahren, zeigen sich ähnliche Werte wie in der vorliegenden Studie. So rauchten in dieser Altersgruppe nur 6,8 % täglich bzw. gelegentlich (Zeiger et al. 2017). In beiden Studien zeigt sich auf diese Weise ein möglicher Alterseffekt bezüglich des Rauchens, bei dem die Prävalenz⁸⁶ mit zunehmendem Alter abnimmt. Ein möglicher Grund für diesen Alterseffekt scheint die

⁸⁶ Die Prävalenz beschreibt den Anteil der erkrankten/betroffenen Personen an der zu untersuchenden Bevölkerung.

mit dem zunehmenden Lebensalter steigende Prävalenz für Erkrankungen zu sein, welche ein Abgewöhnen des Rauchens erfordern.

Abbildung 76: Raucherstatus der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Sozialer Schicht (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 1,3 %

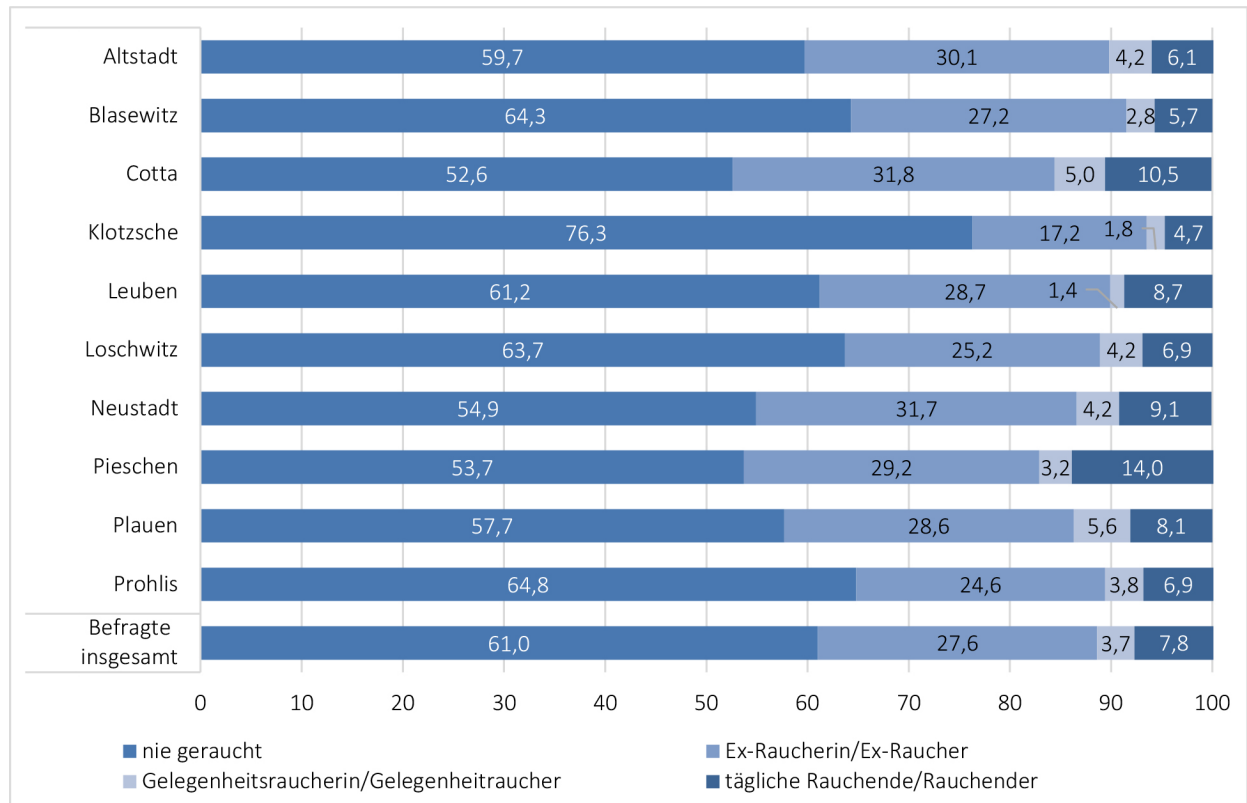
Der Prozentsatz der täglich Rauchenden war in den jüngeren Altersgruppen am höchsten. Er nahm mit zunehmendem Alter ab (von 14,3 % in der untersten Altersgruppe auf 2,1 % in der höchsten).

Diese Tendenz zeigt sich auch aktuell in den GEDA/EHIS Daten von 2014/2015 (Zeihner et al. 2017). Gleichmaßen verhielt es sich mit der Kategorie „Gelegenheitsraucherin/Gelegenheitsraucher“ (Spannweite 6,2 % in der Altersklasse „60 bis 64 Jahre“ bis 1,3 % in der Gruppe „85+ Jahre“). Zusammengefasst waren es in der Altersklasse „60 bis 64 Jahre“ ein Fünftel (20,5 %), welche sich als Rauchende oder Gelegenheitsrauchende bezeichneten. In der Kategorie 85+ Jahre waren es zusammen lediglich 3,4 %.

Es gibt Hinweise, dass sich das Rauchverhalten hinsichtlich des sozioökonomischen Status unterscheidet (Abbildung 76). Über alle sozialen Schichten hinweg bildeten diejenigen die Mehrheit, die angaben, nie geraucht zu haben. Den zweitgrößten Anteil machten die Ex-Rauchenden aus. Täglich Rauchende waren jedoch in der unteren sozialen Schicht mit 10,3 % etwas häufiger als in der mittleren (8,3 %) und oberen sozialen Schicht (7,0 %). Der Anteil der Gelegenheitsrauchenden blieb über alle Schichten hinweg nahezu gleich (Spannweite zwischen 3,9 % und 4,0 %). Betrachtet man den Anteil der täglich Rauchenden und Gelegenheitsrauchenden allerdings zusammen, wird deutlich, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status mehr rauchten (14,3 %) als Personen mit einem mittleren (12,2 %) oder hohen sozioökonomischen Status (10,9 %). Diese Werte entsprechen etwa einem Drittel mehr Rauchenden in der unteren sozialen Schicht im Vergleich zur oberen. Zudem gab es in der unteren Schicht ein Sechstel mehr rauchende Personen als in der mittleren Schicht. Ähnliche Ergebnisse wurden bereits in der GEDA/EHIS-Studie (2014/2015) beobachtet, wobei dieser Effekt in diesen Studien nur für die Altersgruppen unter 65 Jahren deutlich wurde (Zeihner et al. 2017).

Auch in den einzelnen Stadtbezirken spiegelt sich wider, dass die Mehrzahl antwortete, nie geraucht zu haben. Der größte Anteil dieser Personen fand sich im Stadtbezirk Klotzsche mit 76,3 %, der geringste im Stadtbezirk Cotta mit 52,6 %. In allen Stadtbezirken stellten die Ex-Rauchenden die zweitgrößte Gruppe dar. Diese variierte zwischen 17,2 % im Stadtbezirk Klotzsche und 31,8 % im Stadtbezirk Cotta. Es gab nur einen geringen Anteil der Befragten, der aktuell rauchte (Abbildung 77). Laut den Daten gab es den größten Anteil von Rauchenden und Gelegenheitsrauchenden in Pieschen (zusammen 17,2 %), gefolgt von Cotta (zusammen 15,5 %) und Plauen (zusammen 13,7 %). In diesen beiden oberen Kategorien gab es eine große Spannweite mit 6,5 % in Klotzsche bis zu 17,2 % in Pieschen; dieser Unterschied ist größer als das 2,5-fache.

Abbildung 77: Raucherstatus der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 1,3 %

8.4.4 Obst- und Gemüseverzehr

Obst- und Gemüse als Nährstoffquellen leisten einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit. Nicht nur die Lebensqualität kann durch einen hohen Obst- und Gemüseverzehr gesteigert werden (Duncan et al. 2014), auch das Risiko für Krankheiten wie Krebs (über 600 g/Tag) und für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (über 800 g/Tag) verringert sich, und die Mortalität wird gesenkt (Aune et al. 2017). Laut dem vorgenannten systematischen Review mit Metaanalyse von 95 Primärstudien können für das Jahr 2013 etwa 5,6 und 7,8 Millionen vorzeitige Todesfälle auf eine zu geringe Obst- und Gemüseaufnahme von unter 500 bzw. 800 g/Tag zurückgeführt werden. Zusätzlich gibt es Hinweise, dass der Obst- und Gemüsekonsum ein gesundes Altern begünstigt (Sabia et al. 2012) sowie Gebrechlichkeit im Alter reduzieren kann (Kojima et al. 2018, Kojima et al. 2020). Aus diesen Gründen werden derzeit täglich fünf Portionen Obst und Gemüse empfohlen (Bechthold et al. 2018).

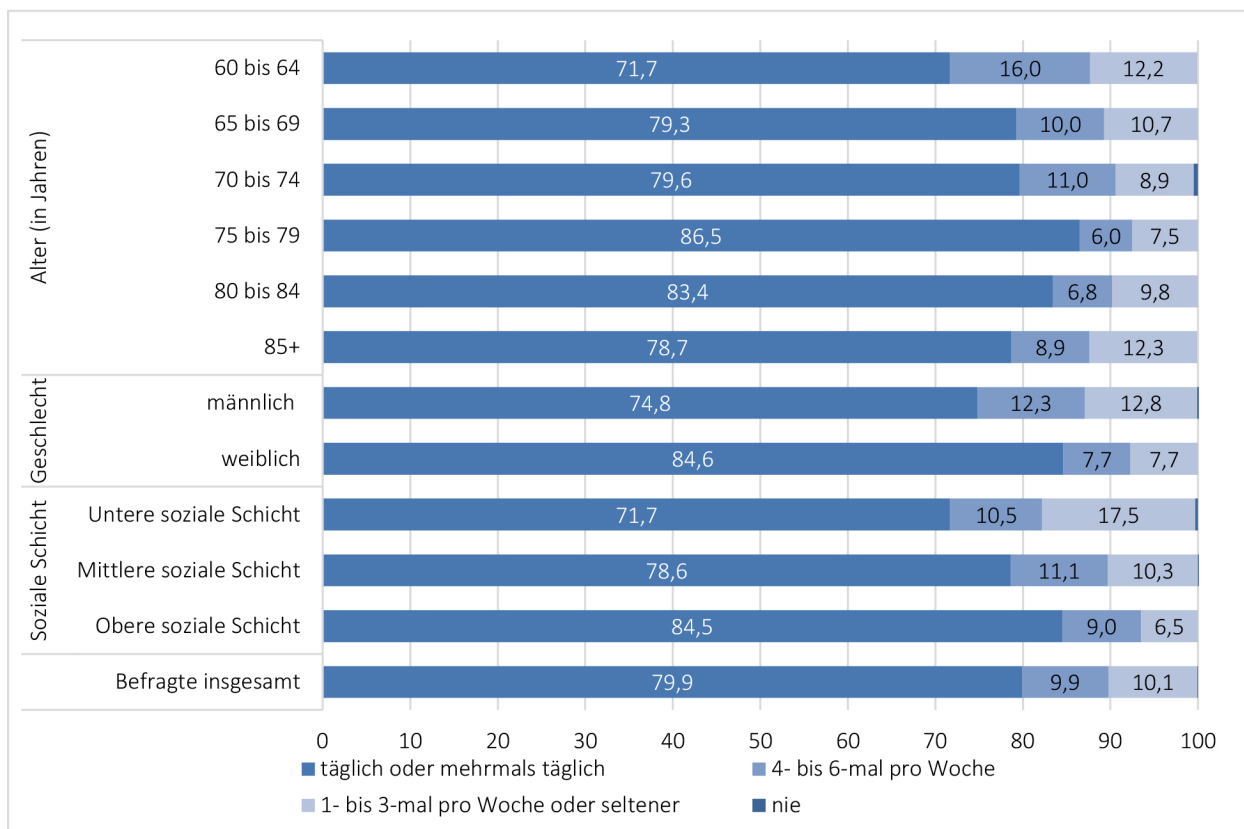
Ergebnisse aus dem EHIS, 2. Welle zeigen, dass dieser Empfehlung in Deutschland lediglich knapp 10 % der Bevölkerung nachkommen, was noch unter dem EU-Durchschnitt von rund 14 % liegt (Bourgeois et al. 2016). Auffällig ist in den gesamtdeutschen und europäischen Daten, dass der Obst- und Gemüseverzehr mit zunehmendem Alter ansteigt. Bei Frauen im Alter ab 65 Jahren liegt der Obstverzehr leicht über dem EU-Durchschnitt, und bei den gleichaltrigen Männern ist die Differenz zum EU-Durchschnitt am geringsten im Vergleich zu Männern in den Altersgruppen darunter. Beim Gemüseverzehr ist ein ähnlicher Trend zu sehen, jedoch bleiben die Werte in Deutschland auch in den höheren Altersgruppen deutlich unter dem Durchschnitt der 28 Staaten der europäischen Union (Lange und Finger 2017).

Es liegen für 2.363 Personen (98,5 %) Angaben zum Obst- und Gemüseverzehr vor. Die überwiegende Mehrheit (79,9 %) der Teilnehmenden gab an, täglich oder mehrmals täglich Obst und Gemüse zu verzehren. Die nächstgrößte Gruppe sind die

Personen, welche angaben, ein- bis dreimal pro Woche Obst und Gemüse zu verzehren (10,1%). Darauf folgt die Personengruppe, die angegeben hat, vier- bis sechsmal pro Woche Obst und Gemüse zu konsumieren (9,9%). Den kleinsten Anteil machte die Personengruppe aus, die angab, nie Obst und Gemüse zu konsumieren (0,1%). Aufgrund des geringen Anteils der Teilnehmenden, die weniger als einmal pro Woche oder nie Obst und Gemüse aßen, wurde die niedrigste Kategorie "1- bis 3-mal pro Woche oder seltener" gebildet und getrennt für die Unterkategorien Alter, Geschlecht, sozioökonomische Schicht und Stadtbezirk betrachtet.

Die Altersverteilung (Abbildung 78) zeigt, dass der prozentuale Anteil der Personen, die täglich oder mehrmals täglich Obst und Gemüse verzehren, bei den 75- bis 79-Jährigen und bei den 80- bis 84-Jährigen mit 86,5 % bzw. 83,4 % am höchsten war. In der jüngsten Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen war der Anteil in dieser Hinsicht am niedrigsten (71,7%). Sowohl bei den 65- bis 69-Jährigen, den 70- bis 74-Jährigen als auch bei den Personen, die über 85 Jahre alt sind, war der Anteil diesbezüglich annähernd gleich hoch (ca. 79 %). Der höchste Prozentsatz von Personen, die ein- bis dreimal pro Woche oder seltener Obst und Gemüse verzehrten, war in der Gruppe der über 85-Jährigen (12,3 %) und in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen (12,2 %) zu finden.

Abbildung 78: Obst- und Gemüsekonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Sozialer Schicht (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 1,5 %

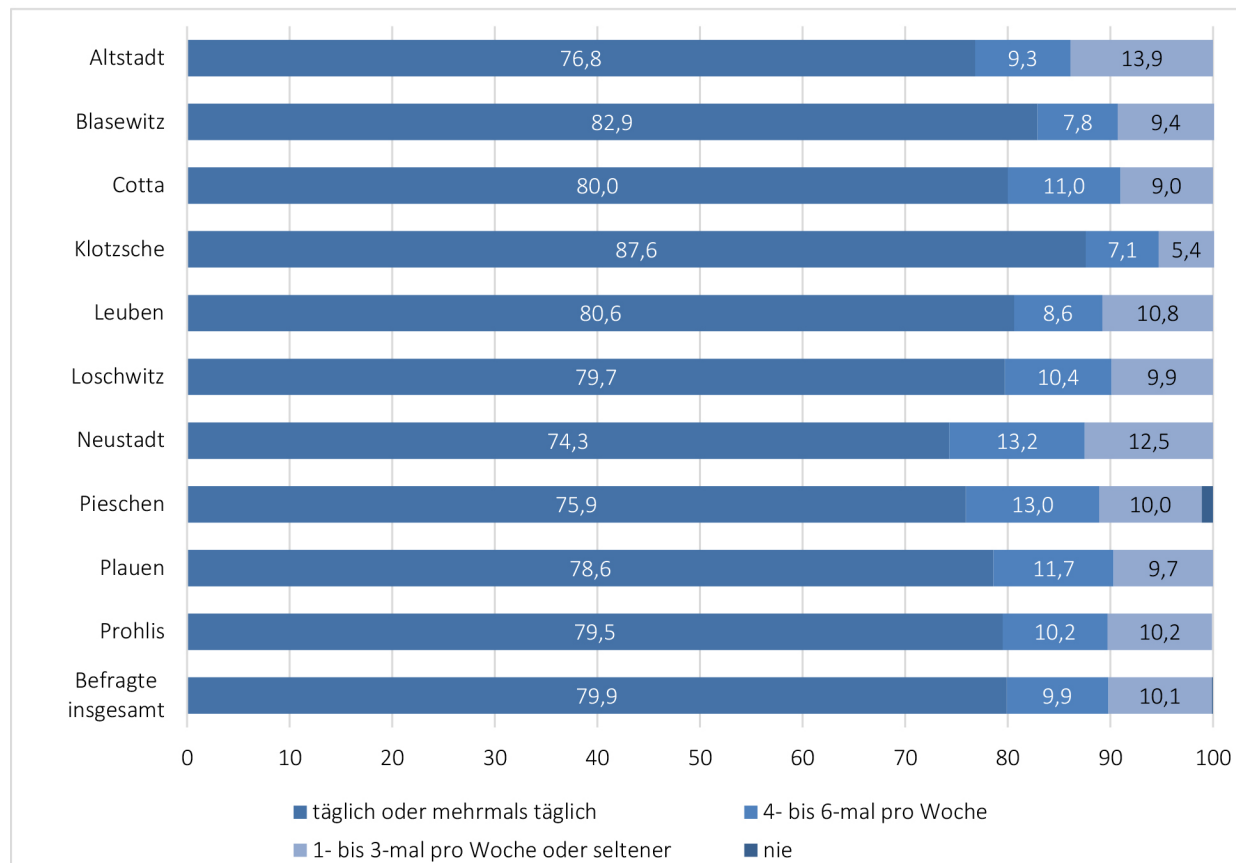
Der Obst- und Gemüsekonsum unterschied sich maßgeblich je nach Geschlecht der Befragten (siehe Abbildung 78). So ist der Anteil der Personen, die angaben, täglich oder mehrmals täglich Obst und Gemüse zu konsumieren, bei den Frauen mit 84,6 % um fast zehn Prozentpunkte höher als bei den Männern mit 74,8 %. Dieser Unterschied zeigte sich auch in den Daten von GEDA 2014/2005-EHIS: Danach konsumierten Frauen in Deutschland mit 54,2 % täglich wesentlich mehr Obst als Männer (38,1 %) (Mensink et al. 2017a). Noch auffälliger zeigte sich der Geschlechterunterschied beim Gemüseverzehr. Dort konsumierten Frauen (40,4 %) fast doppelt so viel Gemüse wie Männer (23,9 %) (Mensink et al. 2017b).

Es gibt Hinweise darauf, dass sich der Obst- und Gemüsekonsum nach dem sozioökonomischen Status unterscheidet. Der Anteil der Personen, die (mehrmals) täglich Obst und Gemüse konsumierten, ist in der oberen sozialen Schicht am höchsten (84,5 %), gefolgt von der mittleren (78,6 %) und der unteren sozialen Schicht (71,7 %). Der Anteil der Personen, die ein- bis dreimal pro Woche oder seltener Obst und Gemüse aßen, steigt mit abnehmender sozialer Schicht: 6,5 % (obere soziale Schicht), 10,3 % (mittlere soziale Schicht) und 17,5 % (untere soziale Schicht). Diese Ergebnisse stehen ebenfalls im Einklang mit den Resultaten der GEDA-Studie/EHIS, die zeigten, dass geschlechterunabhängig mit steigendem Sozialstatus der Anteil an Personen, der drei

bis fünf bzw. fünf oder mehr Portionen Obst und Gemüse pro Tag konsumierte, tendenziell zunimmt, während der Anteil der Personen, die weniger als eine Portion pro Tag konsumierte, abnimmt (Mensink et al. 2017a, Mensink et al. 2017b).

Den größten Anteil an Teilnehmenden, die angaben, ein bis dreimal pro Woche oder seltener Obst und Gemüse zu verzehren, gibt es in den Stadtbezirken Altstadt (13,9 %) und Neustadt (12,5 %) (Abbildung 79). Den größten Anteil an Personen, die angaben, täglich oder mehrmals täglich Obst und Gemüse zu verzehren, gibt es in den Stadtbezirken Klotzsche (87,6 %) und Blasewitz (82,9 %).

Abbildung 79: Obst- und Gemüsekonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 1,5 %

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zwar die Mehrheit der Teilnehmenden täglich oder mehrmals täglich Obst und Gemüse verzehrte (79,9 %), dass aber ein relevanter Teil der Befragten dies nicht schafft. Ihr Konsum blieb weitgehend unter den Gesundheitsempfehlungen. Daher ist es wichtig, auf einen täglichen Verzehr von Obst und Gemüse bei über 60-jährigen Menschen hinzuwirken, wobei der Schwerpunkt auf Männern und Menschen aus der niedrigsten sozialen Schicht liegen sollte.

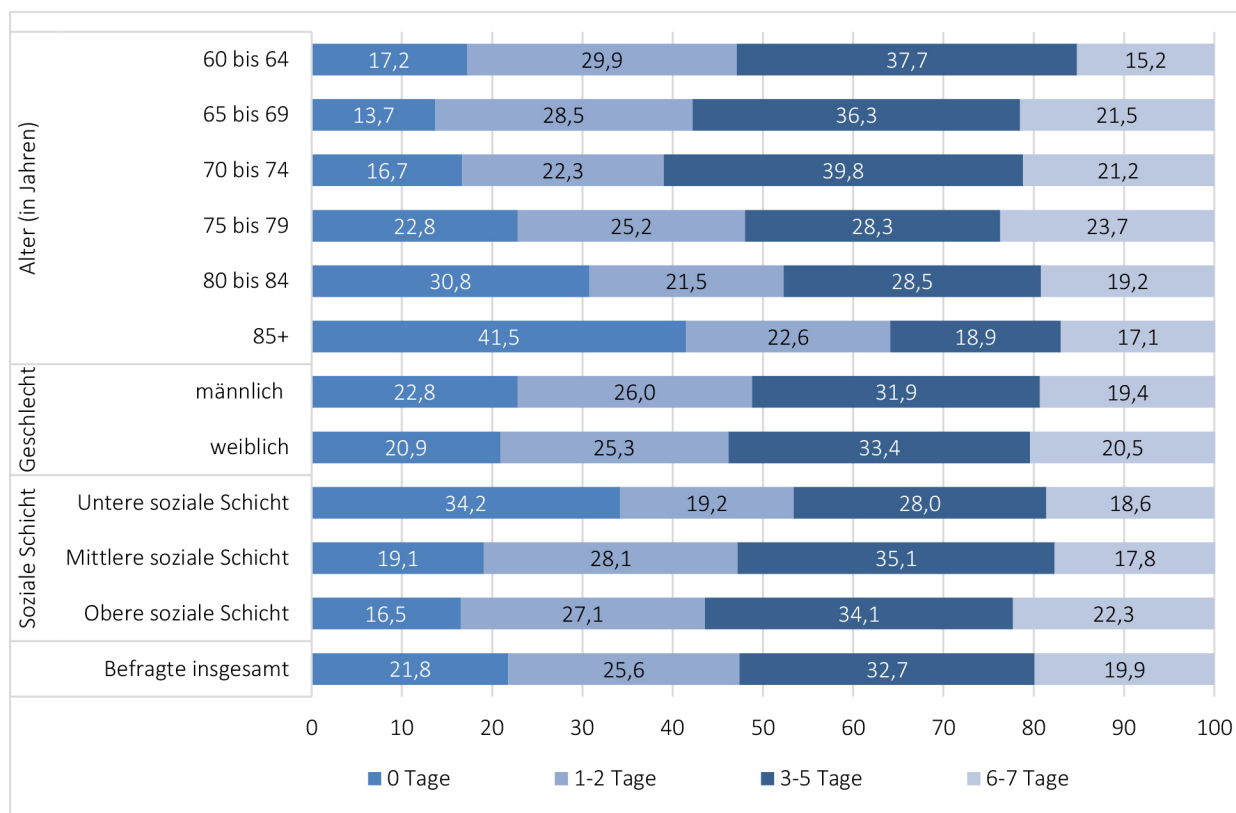
8.4.5 Körperliche Aktivität

Unter körperlicher Aktivität wird jede Bewegung definiert, die durch die Skelettmuskulatur erzeugt wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt (Caspersen et al. 1985). Körperliche Aktivität ist wichtig für die Erhaltung bzw. Wiedererlangung der physischen und psychischen Gesundheit (US Office of the Surgeon General 1996, Sallis und Owen 1998, Rejeski und Mihalko 2001). Regelmäßige körperliche Aktivität (dreimal die Woche und öfter) reduziert das Risiko des Auftretens von Demenz und Alzheimer-Erkrankung (Larson et al. 2006). Körperliche Inaktivität hingegen erhöht das Risiko für die wichtigsten nicht-übertragbaren Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Brust- und Darmkrebs und sie reduziert die Lebenserwartung (Lee et al. 2012). Laut den Ergebnissen der GEDA 2014/2015-EHIS erfüllten 42,6 % der Frauen und 48,0 % der Männer die Empfehlungen der WHO zur körperlichen Ausdaueraktivität von 2,5 Stunden pro Woche für erwachsene Personen (Finger et al. 2017).

Insgesamt haben 2.277 Personen (94,9 %) Angaben zur körperlichen Aktivität gemacht. Die Ergebnisse zeigen, dass der größte Teil der Befragten angab, an drei bis fünf Tagen in der Woche mindestens 30 Minuten körperlich aktiv zu sein (32,7 %) (siehe

Abbildung 80). 25,6 % der Befragten äußerte an ein bis zwei Tagen in der Woche körperlich aktiv zu sein. 21,8 % der befragten Personen gaben an, an keinem Tag in der Woche eine halbe Stunde körperlich aktiv zu sein. Den kleinsten Anteil machten die befragten Personen aus, die vermerkten, an sechs bis sieben Tagen in der Woche körperlich aktiv zu sein (19,9 %).

Abbildung 80: Körperliche Aktivität der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Soziale Schicht (Tage pro Woche) (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 11,8 %

Zwischen den Geschlechtern gab es keine wesentlichen Unterschiede. Der Anteil der Männer (22,8 %), die angaben, überhaupt nicht körperlich aktiv zu sein, war nur geringfügig höher als der der Frauen (20,9 %). Auch der Anteil der Personen, die vermerkten, an ein bis zwei Tagen pro Woche körperlich aktiv zu sein, war bei den Männern (26,0 %) nur geringfügig höher als bei den Frauen (25,3 %). Es gibt allerdings etwas mehr Frauen, die während der Woche sehr aktiv waren, z. B. drei- bis fünfmal oder sechs- bis siebenmal (33,4 % bzw. 20,5 %) als bei den Männern (31,9 % bzw. 19,4 %). Während die Ergebnisse der vorliegenden Studie keine allgemeinen Geschlechterunterschiede bezüglich der körperlichen Aktivität zeigen, ergab die DEGS1-Studie, dass Männer häufiger als Frauen das von der WHO empfohlene Aktivitätsniveau erreichen (Finger et al. 2017).

Bezüglich der Altersgruppen zeigte sich, dass — ausgenommen die 60- bis 64-Jährigen — mit zunehmendem Alter der Anteil der Personen, die gar nicht körperlich aktiv sind, stetig zunimmt (siehe Abbildung 80). Während in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen nur 13,7 % angaben, an keinem Tag in der Woche körperlich aktiv zu sein, waren es in der höchsten Altersgruppe 85+ 41,5 %. Während der Anteil der Personen, die nicht körperlich aktiv waren, mit zunehmendem Alter größer wird, wird der Anteil der Personen kleiner, die ein bis zwei Tage die Woche körperlich aktiv sind. So beträgt der Anteil in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen 29,9 %, wohingegen der Anteil dieser Personengruppe in der Altersgruppe 85+ bei 22,6 % liegt. Der Anteil der Personen, die (fast) täglich körperlich aktiv sind, stieg mit zunehmendem Alter an, sank aber ab der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen wieder. Dieses Ergebnis könnte auf ein mit dem Alter zunehmendes Gesundheitsbewusstsein zurückgeführt werden, aber auch auf die wachsende Anzahl der Sportangebote für ältere Personen (Jordan et al. 2011). Eine weitere Erklärung für dieses Resultat könnte sein, dass Personen, die im höheren Alter aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes nicht mehr körperlich aktiv sind, häufig in Pflegeeinrichtungen leben und deswegen von uns nicht mehr befragt werden konnten. Wohingegen die hochaltrigen Personen mit einem guten Gesundheitszustand zumeist noch in der eigenen Häuslichkeit wohnen und demzufolge auch zu ihrer körperlichen Aktivität befragt wurden (Selektionseffekt). Somit wird in höheren Altersgruppen nur bei jenen Personen die körperliche Aktivität erhoben, die für ihr Alter (überdurchschnittlich) gesund und daher tendenziell auch körperlich aktiver sind. Die Abnahme körperlicher Aktivität in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen könnte mit der zunehmenden Gebrechlichkeit im Alter erklärt werden, die regelmäßige körperliche Aktivität mehr und mehr erschwert.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Alter und körperlicher Aktivität zeigte sich in der DEGS1-Studie, dass sich Frauen in jeder Altersstufe etwa gleich viel bewegen. Bei Männern hingegen sank der Anteil der Personen, die die WHO-Empfehlung erreichten, in den höheren Altersgruppen (Finger et al. 2017). In der vorliegenden Studie lässt sich diesbezüglich erkennen, dass auch bei Frauen mit zunehmendem Alter ein Abwärtstrend sichtbar ist, was die körperliche Aktivität betrifft (siehe Tabelle 17). Dies wird beispielsweise an der Zunahme der Personen deutlich, die angaben, an keinem Tag der Woche körperlich aktiv zu sein: Während diese Personengruppe in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen nur 12,6 % bei den Frauen ausmachte, waren es in der Altersgruppe 85+ ca. 51,5 %. Auch bei den Männern zeichnete sich ein Anstieg körperlicher Inaktivität ab, wenn auch nicht so stark ausgeprägt. Während der Anteil der Männer, die an keinem Tag der Woche körperlich aktiv waren, in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen nur 21,9 % betrug, waren es in der Altersgruppe 85+ 32,8 %.

Tabelle 17: Körperliche Aktivität der weiblichen und männlichen LAB60+ Teilnehmenden nach Alter und Geschlecht (Tage pro Woche)

Altersgruppen	Körperliche Aktivität							
	weiblich				männlich			
	0 Tage	1-2 Tage	3-5 Tage	6-7 Tage	0 Tage	1-2 Tage	3-5 Tage	6-7 Tage
60 bis 64 Jahre	12,6 %	27,3 %	43,2 %	16,9 %	21,9 %	32,6 %	32,0 %	13,5 %
65 bis 69 Jahre	12,9 %	30,0 %	32,2 %	24,9 %	14,6 %	26,8 %	40,9 %	17,8 %
70 bis 74 Jahre	13,9 %	21,8 %	44,1 %	20,3 %	20,4 %	22,9 %	34,4 %	22,3 %
75 bis 79 Jahre	19,4 %	26,9 %	30,2 %	23,6 %	26,7 %	23,3 %	26,2 %	23,8 %
80 bis 84 Jahre	35,9 %	21,8 %	25,5 %	16,8 %	25,7 %	21,2 %	31,5 %	21,6 %
85+	51,5 %	16,8 %	15,8 %	15,8 %	32,8 %	27,6 %	21,6 %	18,1 %

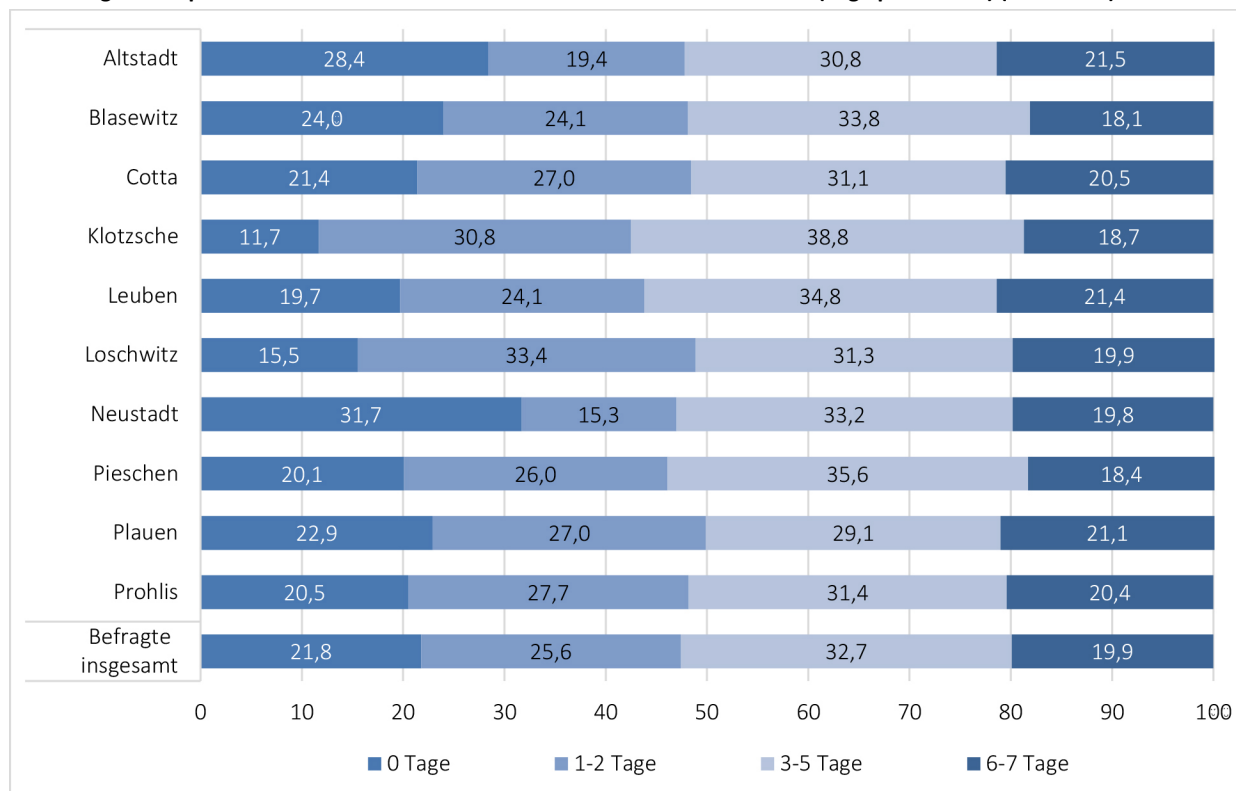
Anmerkung: k. A.: 11,8 %

Weitere Analysen zeigen, dass eine zunehmende körperliche Aktivität mit dem Eintritt in den Ruhestand verbunden war, nachdem das Geschlecht und das Alter berücksichtigt wurden. Hohe körperliche Anforderungen bei der Arbeit könnten teilweise für den Mangel an zusätzlicher körperlicher Aktivität in der Freizeit verantwortlich sein.

Die Abbildung 80 gibt Hinweise, dass die körperliche Aktivität je nach dem sozioökonomischen Status variiert. Während in der unteren sozialen Schicht der Anteil der Personen, die nicht körperlich aktiv waren, am höchsten ist (34,2 %), beträgt der Anteil dieser Personen in der mittleren sozialen Schicht nur 19,1 %. In der oberen sozialen Schicht machen die Personen, die nicht körperlich aktiv sind, den kleinsten Anteil aus (16,5 %). Demgegenüber zeigt sich, dass Personen, die körperlich aktiv sind, beispielsweise ein bis zwei Tage die Woche, in der mittleren (28,1 %) und oberen sozialen Schicht (27,1 %) stärker vertreten sind als in der unteren (19,2 %). Diesen Effekt erkennt man auch bei den Personen, die drei bis fünf Tage körperlich aktiv waren. Ähnliche Ergebnisse wurden bereits in der GEDA/EHIS-Studie (2014/2015) beobachtet: So war der Anteil der Erwachsenen, die die Bewegungsempfehlung erreichten, in der unteren Bildungsgruppe niedriger als in der oberen (Finger et al. 2017).

Wie die Abbildung 81 zeigt, unterscheidet sich der Grad der körperlichen Aktivität der befragten Personen zudem von Stadtbezirk zu Stadtbezirk. So liegt der Anteil der Personen, die nie körperlich aktiv sind, im Stadtbezirk Klotzsche bei nur 11,7 %, im Stadtbezirk Neustadt hingegen bei 31,7 %. Eine ähnlich große Variation zeigt sich bei der Personengruppe, die angab, ein bis zweimal pro Woche körperlich aktiv zu sein. Der geringste Anteil dieser Personengruppe befand sich im Stadtbezirk Neustadt (15,3 %), der höchste in Loschwitz (33,4 %). Die Personen, die angegeben haben, drei bis fünf Tage die Woche körperlich aktiv zu sein, machen in beinahe allen Stadtbezirken den größten Anteil aus. Der Anteil der Personengruppe, die angab, sechs bis sieben Mal pro Woche körperlich aktiv zu sein, war in allen Stadtbezirken ähnlich groß und variierte zwischen 18,1 % (Blasewitz) und 21,5 % (Altstadt).

Abbildung 81: Körperliche Aktivität der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (Tage pro Woche) (in Prozent)



Anmerkung: k. A.: 4,9 %

Abschließend ist festzuhalten, dass noch Potential zur Steigerung der körperlichen Aktivität besteht, besonders in Hinblick darauf, dass ein großer Teil der befragten Personen angab, an keinem Tag in der Woche mindestens 30 Minuten körperlich aktiv zu sein. Dieses Ergebnis und die Tendenz, dass bei den körperlich aktiven Personen die Aktivität mit steigendem Alter abnimmt, zeigen an, wie wichtig das Ziel einer Erhöhung der körperlichen Aktivität auch vor dem Hintergrund der negativen Folgen körperlicher Inaktivität auf die Gesundheit bleibt.

8.4.6 Resümee

Etwa ein Drittel der LAB60+ Teilnehmenden verzeichneten einen riskanten Alkoholkonsum. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass bei riskantem Alkoholkonsum nicht Alkoholismus oder Alkoholmissbrauch gemeint ist, sondern ein Alkoholkonsum, der die Gesundheit beeinträchtigen kann oder bereits beeinträchtigt hat.

Es wurde gezeigt, dass Personen mit einem niedrigen sozialen Status tendenziell weniger Alkohol in riskanten Mengen konsumieren als Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status. In diesem Zusammenhang ist aber zu konstatieren, dass Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status tendenziell stärker von alkoholbedingten Schäden betroffen sind als Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status, selbst wenn deren Alkoholkonsum geringer ausfällt als der von Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status (Bloomfield 2020). Mit steigendem Alter sank der Anteil von Risikokonsumierenden. Diese Entwicklung könnte mit den im Alter zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen und Erkrankungen bzw. mit einer dadurch erforderlichen Medikamenteneinnahme zusammenhängen, die einen (riskanten) Alkoholkonsum nicht (mehr) erlauben (BZgA 2020). Auffällig war, dass der Anteil der Personen, deren Alkoholkonsum als riskant

einzustufen ist, in der vorliegenden Studie vor allem bei den Frauen mit 29,9 % deutlich größer war als in der DEGS1-Studie (18,0 %) (Hapke et al. 2013). Dieser Umstand könnte mit der Nutzung verschiedener Grenzwerte in den Studien zur Operationalisierung von riskantem Alkoholkonsum begründet werden. In der LAB60+ Studie wurde bereits ein Konsum von vier oder mehr alkoholischen Getränken bei einer besonderen Gelegenheit als riskanter Alkoholkonsum gewertet anstatt sechs Getränken wie bei der DEGS1-Studie. Für dieses Kriterium wurde sich entschieden, da es sich bei LAB60+ um ältere Personen handelt und bekannt ist, dass vier Getränke bei einer besonderen Gelegenheit als geeigneter Grenzwert für die Feststellung eines starken Alkoholkonsums bei älteren Menschen gelten (Aalto et al. 2011). Des Weiteren zeigte sich, dass riskanter Alkoholkonsum bei Männern häufiger als bei Frauen auftritt. Ähnliche Ergebnisse wurden bereits in der DEGS1-Studie beobachtet. Hinsichtlich des Risikokonsums wurden zudem Unterschiede zwischen den einzelnen Stadtbezirken sichtbar: Die Stadtbezirke Pieschen, Loschwitz und Leuben zeigten die höchsten Anteile für einen Risikokonsum mit 37 % bis 43 %, wohingegen in der Neustadt dieser Anteil bei 28 % lag.

Beim Rauchverhalten zeigte sich in der vorliegenden Studie ein Alterseffekt, der darauf hindeutet, dass mit zunehmendem Lebensalter die Prävalenz des Tabakkonsums abnimmt. Der Prozentsatz der Rauchenden war in den jüngeren Altersgruppen am höchsten, er nahm mit steigendem Lebensalter ab. Diese Veränderungen korrespondierte mit den Daten der GEDA/EHIS-Studie (2014/2015) (Zeiger et al. 2017). Hinsichtlich des Rauchverhaltens ergab sich darüber hinaus auch ein Effekt des sozioökonomischen Status. So zeigte sich, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status mehr rauchen als Personen mit einem mittleren oder hohen sozioökonomischen Status. Diese Resultate stimmen ebenfalls mit den Ergebnissen der GEDA/EHIS-Studie überein, wobei dieser Effekt dort nur für die Altersgruppen unter 65 Jahren deutlich wurde (Zeiger et al. 2017).

Bezüglich des Obst- und Gemüsekonsum gaben zwar 80 % der befragten Personen an, dass sie einmal bzw. mehrmals täglich Obst und Gemüse verzehren. Bei diesen 80 % ist aufgrund der Art der Fragestellung aber nicht ersichtlich, ob sie auch die empfohlene Tagesmenge von fünf Portionen einhalten. Mindestens 20 % der Teilnehmenden dagegen konsumierte nicht in diesem Maß Obst und Gemüse und verfehlte somit die empfohlene Verzehrmenge von täglich fünf Portionen (Bechthold, Breidenassel et al. 2018). Hinsichtlich des Obst- und Gemüsekonsums wurde ferner ein Geschlechterunterschied deutlich. So gaben Frauen häufiger als Männer an, täglich bzw. mehrmals täglich Obst und Gemüse zu konsumieren. Dieser Geschlechterunterschied zeigte sich auch in den Daten der DEGS1-Studie (Mensink et al. 2013). Darüber hinaus wurde in der LAB60+ Studie ersichtlich, dass auch der sozioökonomische Status mit dem Konsum von Obst und Gemüse zusammenhängt. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Resultaten der DEGS1-Studie, die zeigten, dass mit steigendem Sozialstatus der Anteil an Personen, der drei bis fünf bzw. fünf oder mehr Portionen pro Tag konsumiert, tendenziell zunimmt, während der Anteil derer abnimmt, die weniger als eine Portion pro Tag konsumieren (Mensink et al. 2013).

Abschließend wurde die körperliche Aktivität als Aspekt des Gesundheitsverhaltens untersucht. Es wurde deutlich, dass ein Fünftel der befragten Personen an keinem Tag in der Woche 30 Minuten körperliche Aktivität erreicht. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter an. Neben dem Alterseffekt ließ sich auch ein Einfluss des sozialen Status auf die körperliche Aktivität erkennen: Während in der unteren sozialen Schicht der Anteil der Personen, die nicht körperlich aktiv waren, am höchsten ist, machen diese Personen in der oberen sozialen Schicht den kleinsten Anteil aus. Ähnliche Ergebnisse wurden bereits in der GEDA/EHIS-Studie (2014/2015) beobachtet (Finger et al. 2017).

Das Gesundheitsverhalten im Hinblick auf Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Obst- und Gemüseverzehr sowie körperliche Aktivität hat einen entscheidenden Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit der Menschen. Ein positives Gesundheitsverhalten wirkt als Schutzfaktor vor Krankheiten, auch im höheren Lebensalter. Negatives Gesundheitsverhalten wie Rauchen oder ein riskanter Alkoholkonsum hingegen bringt eine Person in gesundheitliche Gefahr. Umso wichtiger ist es im höheren Lebensalter, auch vor dem Hintergrund der damit verbundenen steigenden Prävalenz für (mehrere) Erkrankungen, auf ein gesundheitsförderliches Verhalten zu achten und dieses durch geeignete Maßnahmen zu fördern. Manche der hier berichteten Unterschiede für die 60- bis 64-Jährigen zu älteren Gruppen könnten auch mit den beruflichen Belastungen und Anforderungen zu tun haben.

9. Corona-Pandemie

9.1 Theorie und Hintergrund

Die Corona-Pandemie hat auch in Deutschland das Alltagsleben der Menschen einerseits durch die Bedrohung des Virus selbst, andererseits durch die weitreichenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie stark verändert (Wettstein, Vogel et al. 2020). Für Menschen über 45 Jahren stellt die Pandemie eine besondere Herausforderung dar, weil die Wahrscheinlichkeit, bei einer COVID-19-Infektion einen schweren Krankheitsverlauf zu erleben oder daran zu sterben, mit dem Lebensalter kontinuierlich steigt (Romero Starke, Reissig et al. 2021).

Um der Ausbreitung des Virus entgegenzuwirken, wurden auf Bundes- und Landesebene unterschiedliche Corona-Schutz-Verordnungen beschlossen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Pandemie je nach Übertragungsraten angepasst und verändert wurden und werden (Steinmetz, Batzdorfer et al. 2020). Die Maßnahmen basieren vor allem auf einer erhöhten sozialen Distanzierung, d. h. weniger zwischenmenschlichen Kontakten und umfassen u. a. Kontaktbeschränkungen, die Schließung von Geschäften, Schulen und Kitas, das Verbot von Versammlungen und Demonstrationen sowie von Freizeitangeboten, schließlich das Tragen medizinischer Masken. Im März 2020 sowie im November 2020 trat überdies jeweils für mehrere Monate der Corona-Lockdown in Deutschland in Kraft. Neben dem eingeschränkten Kontaktverbot wurden die Menschen in Sachsen aufgefordert, zuhause zu bleiben, durften sich nur noch in einem 15 km Radius ihres Wohnsitzes bewegen und zwischen 22 Uhr und 6 Uhr sich nicht außerhalb ihrer Wohnung aufhalten, außer es lag ein triftiger Grund vor. Wichtig ist dabei auch zu erwähnen, dass mit den Schutzmaßnahmen die Isolation älterer Menschen von ihren Familienangehörigen einherging, wie zum Beispiel den Enkelkindern. Aus der Forschung ist bekannt, dass die Beziehung zwischen Großeltern und den Enkelkindern sehr wichtig und durch eine hohe Verbundenheit gekennzeichnet ist (Mahne and Huxhold 2015). Bei einem langfristigen Kontaktabbruch wie durch die Corona-Pandemie bzw. die Schutzmaßnahmen verursacht, kann sich dies negativ auf das Wohlbefinden älterer Menschen auswirken (Huxhold, Engstler et al. 2020).

Wie einschränkend Menschen die Maßnahmen bewerten, wurde in einer Bürgerumfrage in Nürnberg 2020 ermittelt (Deinlein, Müller et al. 2021): In der Altersgruppe der über 65-Jährigen fühlten sich über 75 % durch die Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen etwas bis stark eingeschränkt.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde untersucht, inwiefern sich die Corona-Pandemie auf die LAB60+ Teilnehmenden ausgewirkt hat. Dabei wurden Aspekte wie zum Beispiel Unterstützungsbedarf, Hilfeleistungen, Einsamkeit, Sorgen und Ängste sowie ausgewählte Gesundheitsverhaltensweisen untersucht.

9.2 Methodik

Für die Analyse wurden zum Themenschwerpunkt „Hilfebedarf und -leistungen“ drei Fragen gestellt, die den Unterstützungsbedarf und die Hilfeleistung während der Corona-Pandemie unter den Teilnehmenden erfassen sollten. Die ersten zwei Fragen lauteten: „Brauchen oder brauchten Sie aufgrund der Corona-Pandemie Hilfe?“ und „Haben Sie anderen geholfen oder können Sie sich vorstellen, anderen zu helfen, die aufgrund der Corona-Pandemie Hilfe brauchen?“. Wenn eine Person eine dieser Fragen bejahte, konnte sie angeben, wie sie Hilfe benötigte oder hätte leisten können. Antwortmöglichkeiten waren „beim Einkaufen, Erledigen von Besorgungen“, „bei Mitfahrgelegenheiten“, „bei psychischer/seeelischer Unterstützung“, oder „bei etwas anderem“ (mit der ergänzenden Möglichkeit, die Antwort in einem Freitext zu spezifizieren). Die dritte Frage lautete: „Von wem haben Sie während der Corona-Pandemie Hilfe angenommen bzw. würden Sie Hilfe annehmen?“. Die aufgelisteten Möglichkeiten waren „Familie“, „Freunde“, „Nachbarn“, „bezahlte Haushaltshilfe“, „Alltags- und Nachbarschafts-

Helferinnen und Helfer“ und „jemand anderes“. Für jede der aufgelisteten Möglichkeiten konnten die Teilnehmenden mit „trifft genau zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ oder „trifft gar nicht zu“ antworten.

Zur Betrachtung des Einsamkeitsgefühls während der Corona-Pandemie wurde eine Frage aus dem Corona-Fragebogen der Nationalen Kohorte (NAKO ⁸⁷) gestellt. Für die Analyse wurde gefragt, ob sich das aktuelle Einsamkeitsgefühl — falls vorhanden — verglichen mit der Zeit vor Corona, verändert hat, d. h. ob es stärker oder schwächer geworden bzw. gleichgeblieben ist.

Um Informationen zu verschiedenen Sorgen und Ängsten im Hinblick auf die Corona-Pandemie zu erfahren, wurden vier Fragen zu 1) der Besorgnis vor der aktuellen Corona-Pandemie, 2) der Angst vor einer eigenen Ansteckung, 3) der Angst vor der Ansteckung anderer und 4) der Angst, soziale Kontakte zu verlieren, gestellt. Bei allen vier Fragen waren die Antwortmöglichkeiten „trifft genau zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ oder „trifft gar nicht zu“.

In Bezug auf ein verändertes Gesundheitsverhalten durch die Corona-Pandemie wurde erhoben, inwieweit sich der Alkoholkonsum, das Rauchverhalten sowie das Bewegungsverhalten im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie verändert hat.

9.3 Angst vor der Pandemie, einer Ansteckung und Kontaktverlust

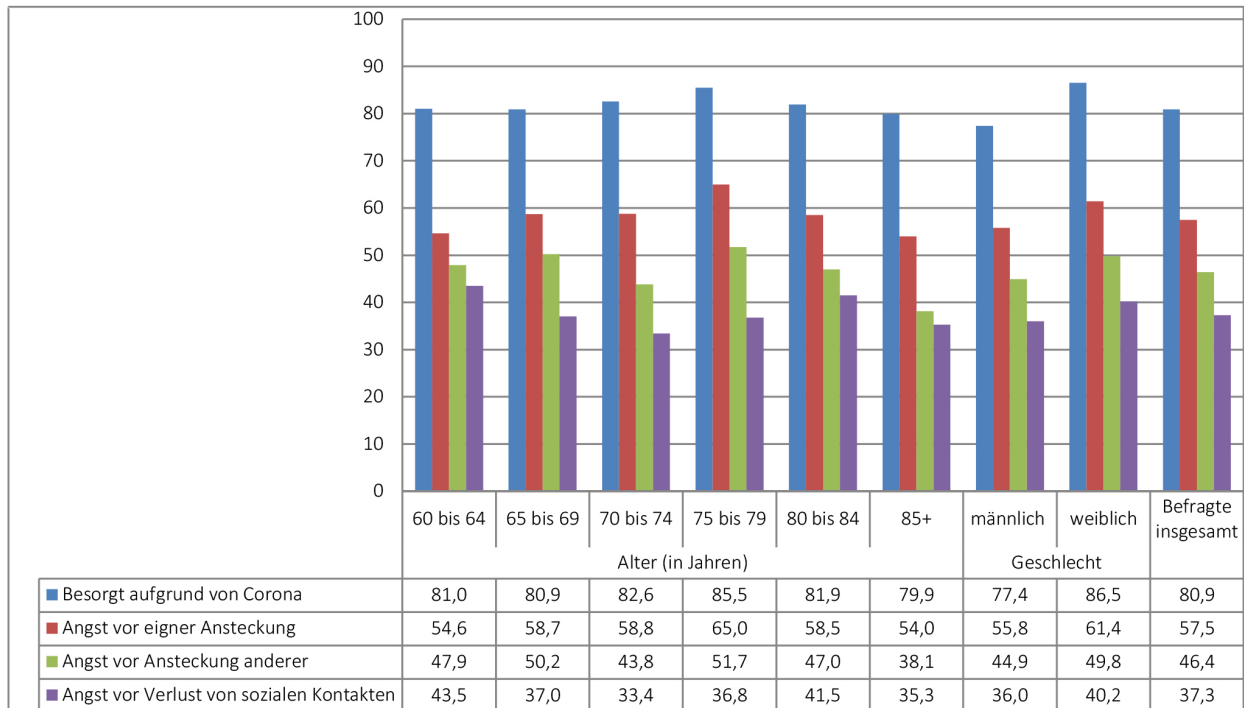
In Abbildung 82 wird deutlich, dass die Mehrheit der Befragten (80,9 %) aufgrund der Corona-Pandemie besorgt war. 57,5 % hatten Angst, sich anzustecken. Etwas weniger als die Hälfte der Befragten (46,4 %) hatte Angst davor, dass sie andere Personen anstecken. Über ein Drittel der Teilnehmenden (37,3 %) gab an, den Verlust von sozialen Kontakten aufgrund der Corona-Pandemie zu befürchten.

Abbildung 82 zeigt die genannten Ängste auch für unterschiedliche Altersgruppen und getrennt nach Geschlecht. Die allgemeine Besorgnis aufgrund von Corona war in allen Altersgruppen relativ konstant. Am höchsten war sie in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen (85,5 %) und am geringsten in der Altersgruppe 85+ (79,9 %). In den Altersgruppen der 60- bis 64-Jährigen (81,0 %), der 65- bis 69-Jährigen (80,9 %), der 70- bis 74-Jährigen (82,6 %) und der 80- bis 84-Jährigen (81,9 %) war der Anteil der Personen, die aufgrund von Corona besorgt sind, ähnlich hoch.

Die Angst, sich anzustecken, stieg mit zunehmendem Alter zunächst an und war in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen mit 65,0 % am höchsten (zum Vergleich: 54,6 % in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen, 58,7 % in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen und 58,8 % in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen). Danach sank der Anteil wieder und war mit 54,0 % in der Altersgruppe der 85+ am geringsten. Bezüglich der Angst, andere Personen anzustecken, zeichnete sich im Zusammenhang mit dem Lebensalter kein einheitlicher Trend ab. Die Angst, andere anzustecken, war mit 51,7 % in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen am höchsten, gefolgt von den Altersgruppen der 65- bis 69-Jährigen (50,2 %), 60 bis 64-Jährigen (47,9 %), 80- bis 84-Jährigen (47,0 %) und 70- bis 74-Jährigen (43,8 %). Mit 38,1 % in der Altersgruppe der 85+ war die Angst am geringsten, andere Personen anzustecken. Die Angst vor dem Verlust von sozialen Kontakten durch Corona war durch die Altersgruppen hinweg relativ stabil und lag in etwa zwischen 30 % und 45 %.

⁸⁷ Die NAKO Gesundheitsstudie ist ein deutschlandweites interdisziplinäres Forschungsvorhaben deren Ziel die Untersuchung der Ursachen von chronischen Krankheiten ist. Die Langzeitstudie soll beispielsweise der Identifikation von Zusammenhängen zwischen Erkrankungen und Lebensstil, biomedizinischen Faktoren, Umweltexpositionen dienen (Schopf, Schöne et al. 2020).

Abbildung 82: Zustimmung zu verschiedenen Aussagen zur Corona-Pandemie nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Anmerkung: k. A. für die Variablen: 1. Besorgt aufgrund von Corona: 1,5 %, 2. Angst vor eigener Ansteckung: 2,0 %; Angst vor Ansteckung anderer: 2,1 %, Angst vor Verlust von sozialen Kontakten: 2,5 %

Betrachtet man die Ängste im Zusammenhang mit dem Geschlecht, wird deutlich, dass der Anteil der Personen, der aufgrund der Corona-Pandemie Angstgefühle zeigt, bei den weiblichen Teilnehmenden höher ist als bei den männlichen. 86,5 % der Frauen und 77,4 % der Männer waren aufgrund der Corona-Pandemie besorgt. 61,4 % der Frauen und 55,8 % der Männer hatten Angst, sich anzustecken. 49,8 % der Frauen und 44,9 % der Männer berichteten von der Angst, dass sie andere Personen anstecken könnten. Darüber hinaus lag der Anteil der Personen, die Verluste von sozialen Kontakten durch Corona befürchteten, bei den weiblichen Teilnehmenden bei 40,2 % und bei den männlichen Teilnehmenden bei 36,0 %.

Differenziert nach der sozialen Schichtzugehörigkeit zeigte sich, dass die allgemeine Besorgnis aufgrund von Corona bei Personen aus der unteren sozialen Schicht (77,6 %) geringer ausfiel als bei Personen aus der mittleren (83,5 %) und oberen sozialen Schicht (82,6 %). Der Anteil an Personen, der angab, Angst vor der eigenen Ansteckung zu haben, war in der mittleren sozialen Schicht am höchsten mit 61,1 %, gefolgt von der unteren (57,6 %) und der oberen sozialen Schicht (55,0 %). Ähnlich verhält es sich mit der Angst, andere Personen anzustecken (mittlere soziale Schicht: 50,8 %, untere soziale Schicht: 44,7 % und obere soziale Schicht: 43,6 %). Die Angst vor dem Verlust von sozialen Kontakten war in der unteren sozialen Schicht am höchsten mit 40,1 %, gefolgt von der mittleren (37,9 %) und oberen sozialen Schicht (36,2 %). Die Angst vor der eigenen Ansteckung bzw. davor, andere Personen anzustecken sowie die Angst vor dem Verlust von sozialen Kontakten war in der oberen sozialen Schicht am geringsten ausgeprägt.

9.4 Gefühl von Einsamkeit während der Pandemie

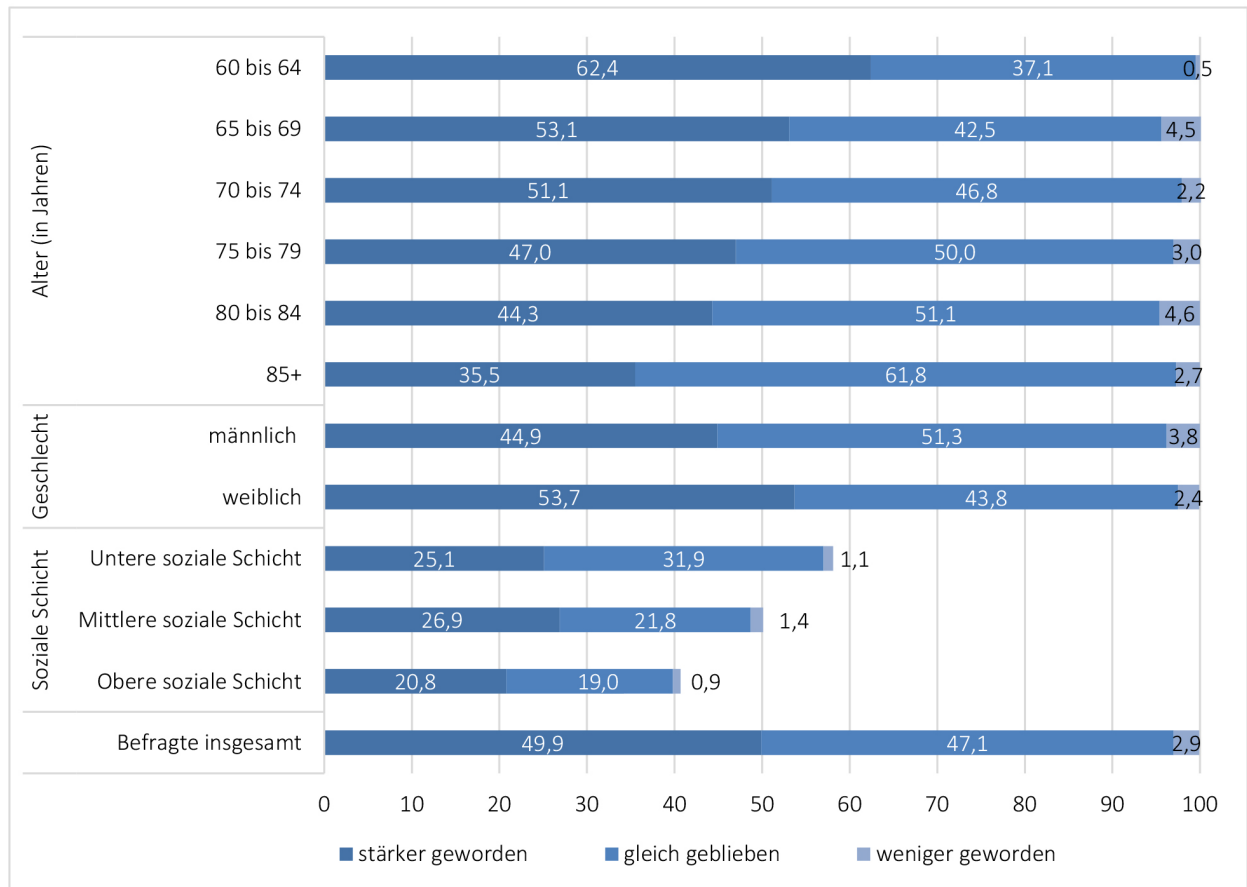
Es zeigte sich, dass 51,5 % der Teilnehmenden sich in der Pandemiesituation nicht einsam fühlten. Im Folgenden werden nur die Personen (48,5 %) betrachtet, die angaben, dass bei ihnen Einsamkeitsgefühle vorhanden waren. Von diesen Personen gab die Hälfte (49,9 %) an, dass sich die Einsamkeitsgefühle durch die Corona-Pandemie verstärkt haben (siehe Abbildung 83). Bei 47,1 % der Befragten sind diese gleichgeblieben und nur bei 2,9 % haben sie sich verringert.

Der Anteil der Personen, die eine Verstärkung der Einsamkeitsgefühle aufgrund der Corona-Pandemie angaben, nahm mit zunehmendem Alter stetig ab (siehe Abbildung 83). Während dieser Anteil in der jüngsten Altersgruppe (60 bis 64 Jahre) bei 62,4 % lag, betrug er in der höchsten Altersgruppe (85+) nur noch 35,5 %.

Bezüglich der Einsamkeit im Kontext der Corona-Pandemie zeigt sich ein Unterschied nach den Geschlechtern, der in der Abbildung 83 erkennbar wird. Es gaben 53,7 % der Frauen und 44,9 % der Männer an, dass sich ihre Einsamkeit durch die Corona-Pandemie erhöht hat. Dieser Geschlechterunterschied erwies sich als statistisch signifikant⁸⁸.

Hinsichtlich der sozialen Schichtzugehörigkeit wird ein Unterschied in Bezug auf die Veränderung der Einsamkeit im Kontext der Corona-Pandemie deutlich. Während in der mittleren und oberen sozialen Schicht 53,6 % bzw. 51,1 % der Personen angaben, dass sich die Einsamkeit durch die Corona-Pandemie verstärkt hat, waren es in der unteren sozialen Schicht 43,1 %. Die Personen, die angaben, dass sich ihre Einsamkeitsgefühle durch die Corona-Pandemie nicht verstärkt haben, sondern gleichgeblieben sind, waren in der unteren sozialen Schicht mit 54,9 % am häufigsten vertreten. In der oberen sozialen Schicht betrug jener Personenanteil 46,6 % und in der mittleren sozialen Schicht 43,5 %.

Abbildung 83: Veränderung der Einsamkeit durch Corona nach Alter und Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent)



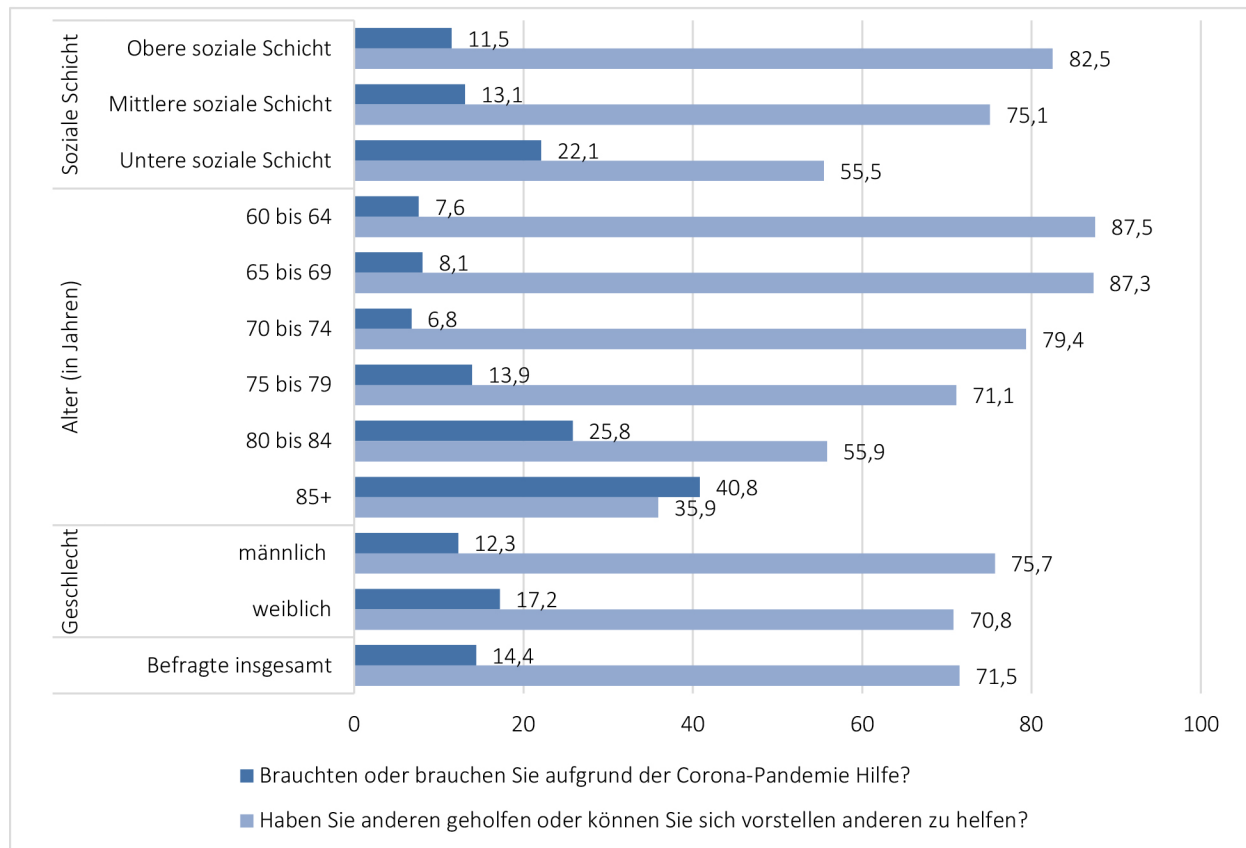
Anmerkung: k. A. = 13,9 %

⁸⁸ Ein Chi-Quadrat-Test für die Variablen Geschlecht und Einsamkeit ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($\chi^2(3) = 37,916, p < .001$).

9.5 Unterstützungsbedarf und Hilfeleistung

Abbildung 84 zeigt, dass die Mehrheit aller Teilnehmenden der LAB60+ Studie während der Corona-Pandemie — unabhängig von Alter und Geschlecht — anderen geholfen hat oder sich vorstellen kann, anderen zu helfen (71,5 %). Hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs wird erkennbar, dass nur ein geringer Anteil der Teilnehmenden Hilfe in Anspruch genommen hat bzw. nimmt (14,4 %).

Abbildung 84: Unterstützungsbedarf und Hilfeleistung nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Anmerkung: k. A. für die Variablen: 1. Hilfebedarf = 2,9 %; 2. Hilfeleistung = 2,3 %

Bezüglich des Alters sind gegenläufige Zusammenhänge mit dem Unterstützungsbedarf und der Hilfeleistung zu erkennen (siehe Abbildung 84). Der Hilfebedarf stieg mit zunehmendem Alter an. In der jüngsten Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen lag der Anteil der Personen, die Hilfe benötigten bzw. benötigen, bei 7,6 % und stieg bis zur Altersgruppe 85+ auf 40,8 % an. Hinsichtlich der tatsächlich angebotenen bzw. potentiellen Hilfeleistung zeichnet sich hingegen ein abnehmender Trend mit zunehmendem Lebensalter ab. In den Altersgruppen der 60- bis 64-Jährigen (87,5 %), der 65- bis 69-Jährigen (87,3 %) sowie der 70- bis 74-Jährigen (79,4 %) waren die Anteile diesbezüglich noch annähernd gleich hoch, in den höheren Altersgruppen der 75- bis 79-Jährigen (71,1 %), 80- bis 84-Jährigen (55,9 %) und der 85+ (35,9 %) wurden diese zunehmend geringer.

Die Ergebnisse in Abbildung 84 zeigen, dass der Hilfebedarf sowohl bei Männern (12,3 %) als auch bei Frauen (17,2 %) deutlich geringer ausfiel als die Unterstützung, die geleistet wurde oder (potentiell) hätte geleistet werden können (Männer: 75,7 %, Frauen: 70,8 %). Es gibt aber sowohl beim Hilfebedarf als auch bei der (potentiellen) Hilfeleistung Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Dabei war der Unterstützungsbedarf von Frauen statistisch signifikant höher als der von Männern.⁸⁹ Hilfe wurde statistisch signifikant häufiger von Männern als von Frauen geleistet bzw. gaben Männer häufiger an, potentiell Hilfe leisten zu können.⁹⁰

⁸⁹ Ein Chi-Quadrat-Test wurde für die Variablen Geschlecht und Unterstützungsbedarf durchgeführt und ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($\chi^2(1) = 10,941, p = .001$).

⁹⁰ Ein Chi-Quadrat-Test für die Variablen Geschlecht und Hilfeleistung ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($\chi^2(1) = 7,131, p = .008$).

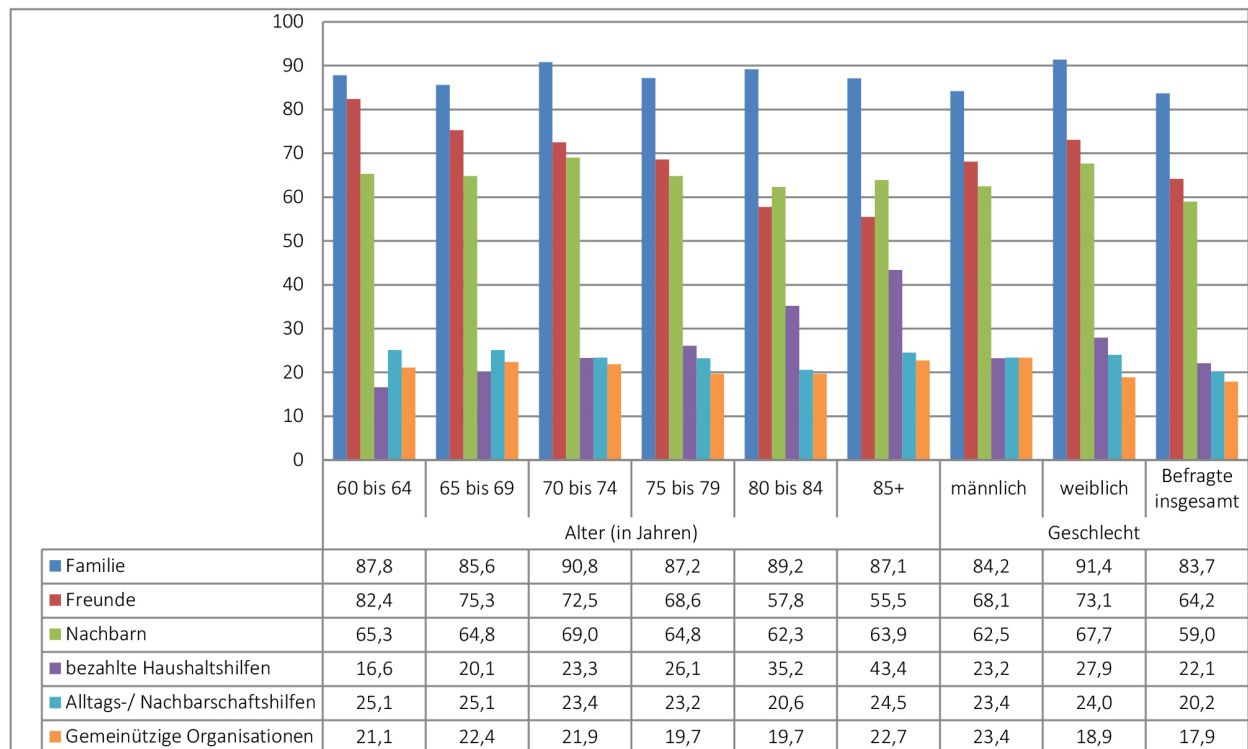
Hinsichtlich der sozialen Schichtzugehörigkeit sind gegenläufige Zusammenhänge mit dem Unterstützungsbedarf und der Hilfeleistung zu erkennen. Je höher die soziale Schicht ist, desto niedriger ist der Unterstützungsbedarf. In der unteren sozialen Schicht lag der Anteil an Personen, die Hilfe benötigten, bei 22,1 %. In der mittleren und oberen sozialen Schicht hingegen betrug jener Anteil 13,1 % bzw. 11,5 %. Darüber hinaus wurde deutlich, dass mit steigender sozialer Schicht mehr (potentielle) Hilfeleistung angeboten wird. Während der Anteil an Personen, die (potentielle) Hilfeleistung angeboten haben bzw. anbieten würden, in der unteren sozialen Schicht 55,5 % betrug, waren es in der mittleren und oberen sozialen Schicht 75,1 % bzw. 82,5 %.

Zusätzlich wurden die hilfsbereiten Teilnehmenden gefragt, in welchen Lebensbereichen sie helfen könnten. Am häufigsten waren die Befragten bereit, Hilfe beim Einkaufen oder dem Erledigen von Besorgungen (87,8 %) zu leisten. Am zweithäufigsten wurden Fahrgelegenheiten (48,8 %) als Hilfe angedacht und am dritthäufigsten psychische/seelische Unterstützung (36,8 %). 7,1 % der Teilnehmenden, die angegeben haben, während der Corona-Pandemie Hilfe geleistet zu haben, bzw. die sich vorstellen können, anderen zukünftig Hilfe zu leisten, wählten die Antwortkategorie „Sonstiges“. Zusätzlich genannte Möglichkeiten der Hilfeleistung gehörten unter anderem zu den Themen „Termine bei Ärzten und Behörden“, „Unterstützung im Haushalt“, „Betreuung von Familienangehörigen“ und „soziale sowie emotionale Unterstützung“.

Hinsichtlich des Hilfebedarfs wird erkennbar, dass der Großteil der hilfebedürftigen Personen Unterstützung beim Einkaufen und Erledigen von Besorgungen brauchte (76,9 %). 42,8 % der hilfebedürftigen Personen benötigten Fahrgelegenheiten und 18,3 % psychische/seelische Unterstützung. 12,8 % der teilnehmenden Personen gaben an, andere Unterstützungsarten in Anspruch genommen zu haben.

In Abbildung 85 wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden Hilfe von der Familie (83,7 %) angenommen hat/annehmen würde, gefolgt von Unterstützung durch Freundinnen und Freunde (64,2 %) oder Nachbarinnen und Nachbarn (59,0 %). Nur jeder Fünfte hat Unterstützung von bezahlten Haushaltshilfen oder von Alltags-/Nachbarschaftshilfen in Anspruch genommen oder würde diese in Anspruch nehmen (22,1 % bzw. 20,2 %). Am seltensten haben die Teilnehmenden Hilfe von gemeinnützigen Organisationen in Anspruch genommen bzw. würden diese in Anspruch nehmen (17,9 %)

Abbildung 85: Häufigkeiten von wem Hilfe angenommen wird/ würde nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Anmerkung: k. A. = 2,9 %

Hinsichtlich der Altersgruppen zeigte sich, dass der Anteil der Personen, die Hilfe von Familienangehörigen angenommen haben bzw. annehmen würden, annähernd gleichbleibend war (siehe Abbildung 85). Der höchste Anteil jener Personen fand sich in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen (90,8 %), gefolgt von den Altersgruppen der 80- bis 84-Jährigen (89,2 %), der 60- bis 64-Jährigen (87,8 %), der 75- bis 79-Jährigen (87,2 %), der 85+ (87,1 %) und der 65- bis 69-Jährigen (85,6 %). Auffallend war, dass die Häufigkeit, Hilfe von Freundinnen und Freunden anzunehmen, mit zunehmendem Alter konstant sank. Während in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen 82,4 % Hilfe von Freundinnen und Freunden angenommen haben bzw. annehmen würden, waren es in der Altersgruppe der 85+ nur noch 55,5 %. Dagegen stieg mit dem Alter die Häufigkeit, bezahlte Haushaltshilfen in Anspruch zu nehmen, von 16,6 % (60- bis 64-Jährige) auf bis zu 43,4 % an (85+ Jahre). Der Anteil der Personen, welche Hilfe von ihren Nachbarinnen und Nachbarn angenommen hat bzw. annehmen würde, blieb über die Altersgruppen hinweg stabil zwischen 62 % und 69 %. Der größte Anteil ließ sich diesbezüglich in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen identifizieren (69,0 %) und der niedrigste in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen (62,3 %). Auch der Anteil der Personen, der Hilfe von Alltags-/Nachbarschaftshilfen oder gemeinnützigen Organisationen annimmt bzw. annehmen würde, blieb über alle Altersgruppen hinweg annähernd konstant bei ca. 20 %.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind sehr gering, wobei Frauen eher bereit waren bzw. wären Hilfe anzunehmen als Männer. Eine Ausnahme bildet dabei die Kategorie „gemeinnützige Organisation“, von der eher Männer (23,4 %) als Frauen (18,9 %) Hilfe angenommen haben bzw. annehmen würden. Insgesamt wurde Hilfe durch bezahlte Haushaltshilfen (27,9 % Frauen, 23,2 % Männer), ehrenamtliche Alltags-/Nachbarschaftshilfen (24,0 % Frauen, 23,4 % Männer) oder gemeinnützige Organisationen (18,9 % Frauen, 23,4 % Männer) sowohl von den weiblichen als auch den männlichen Teilnehmenden seltener in Anspruch genommen als die Hilfe von der Familie (91,4 % Frauen, 84,2 % Männer), von Freundinnen und Freunden (73,1 % Frauen, 68,1 % Männer) oder von Nachbarinnen und Nachbarn (67,7 % Frauen, 62,5 % Männer).

Bezüglich der sozialen Schichtzugehörigkeit zeigte sich, dass je höher die soziale Schicht war, umso größer waren die Personenanteile, welche in der Corona-Pandemie Hilfe von Familie, Freunden, Nachbarn und gemeinnützigen Organisationen annehmen würden bzw. angenommen haben. Beispielsweise lag der Anteil von Personen, die Hilfe von Freunden angenommen hatten bzw. annehmen würden in der unteren sozialen Schicht bei 62,8 %, in der mittleren und oberen sozialen Schicht bei 72,9 % bzw. 73,1 %. Hilfe von bezahlten Haushaltshilfen wurde bzw. würde am häufigsten angenommen von Personen aus der oberen sozialen Schicht mit einem Anteil von 28,4 % (untere soziale Schicht: 23,4 %; mittlere soziale Schicht: 22,0 %). Unterstützung von Alltags-/Nachbarschaftshilfen wurde bzw. würde tendenziell am häufigsten von Personen aus der mittleren sozialen Schicht angenommen werden mit 25,6 %, gefolgt von der unteren (23,4 %) und oberen sozialen Schicht (22,6 %).

Neben den beschriebenen Kategorien „Familie“, „Freundinnen und Freunden“, „Nachbarinnen und Nachbarn“, „bezahlte Haushaltshilfen“, „Alltags-/Nachbarschaftshilfen“ und „gemeinnützige Organisationen“ berichteten einige Teilnehmende in der Freitextabfrage, von wem sie darüber hinaus Hilfe angenommen haben. Darunter gab es Angaben aus dem Bereich Pflege & Wohnen wie Pflegeteams, Wohnheim, Diakonie, ambulantes betreutes Wohnen, betreutes Wohnen im Haus oder ambulanter Pflegedienst. Einige Teilnehmende gaben auch an, dass sie (über)regionale Hilfe angenommen haben z. B. durch die Stadt Dresden, das Bundesland Sachsen oder auch durch den Staat. Darüber hinaus gaben einige Teilnehmende an, dass sie die Hilfe durch Onlineshops von Supermärkten annahmen.

9.6 Verändertes Gesundheitsverhalten seit der Corona-Pandemie

9.6.1 Alkoholkonsum

2.010 LAB60+ Teilnehmende (96,3 %) haben Angaben zu ihrem Alkoholkonsum im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie gemacht. Insgesamt gaben 72,6 % der LAB60+ Teilnehmenden an, genauso viel Alkohol wie vor der Corona-Pandemie zu trinken. 3,5 % tranken mehr Alkohol, wohingegen 23,9 % angaben, dass ihr Konsum abgenommen hat (Vgl. Abbildung 86).

In Abbildung 86 findet sich eine Unterteilung nach dem Alter, dem Geschlecht und dem sozioökonomischen Status. Es zeigt sich, dass der Anteil derer, die mehr Alkohol als vorher tranken, mit zunehmendem Alter abnahm. Bei den 60- bis 64-Jährigen waren es 9,4 % und bei den 80- bis 84-Jährigen nur noch 1,1 %. In der Altersgruppe 85+ gab keine Person an, mehr Alkohol als vor der Pandemie zu trinken. Nur die Gruppe der 70- bis 74-Jährigen wich von diesem Trend mit 3,5 % etwas ab. Von einem geringeren

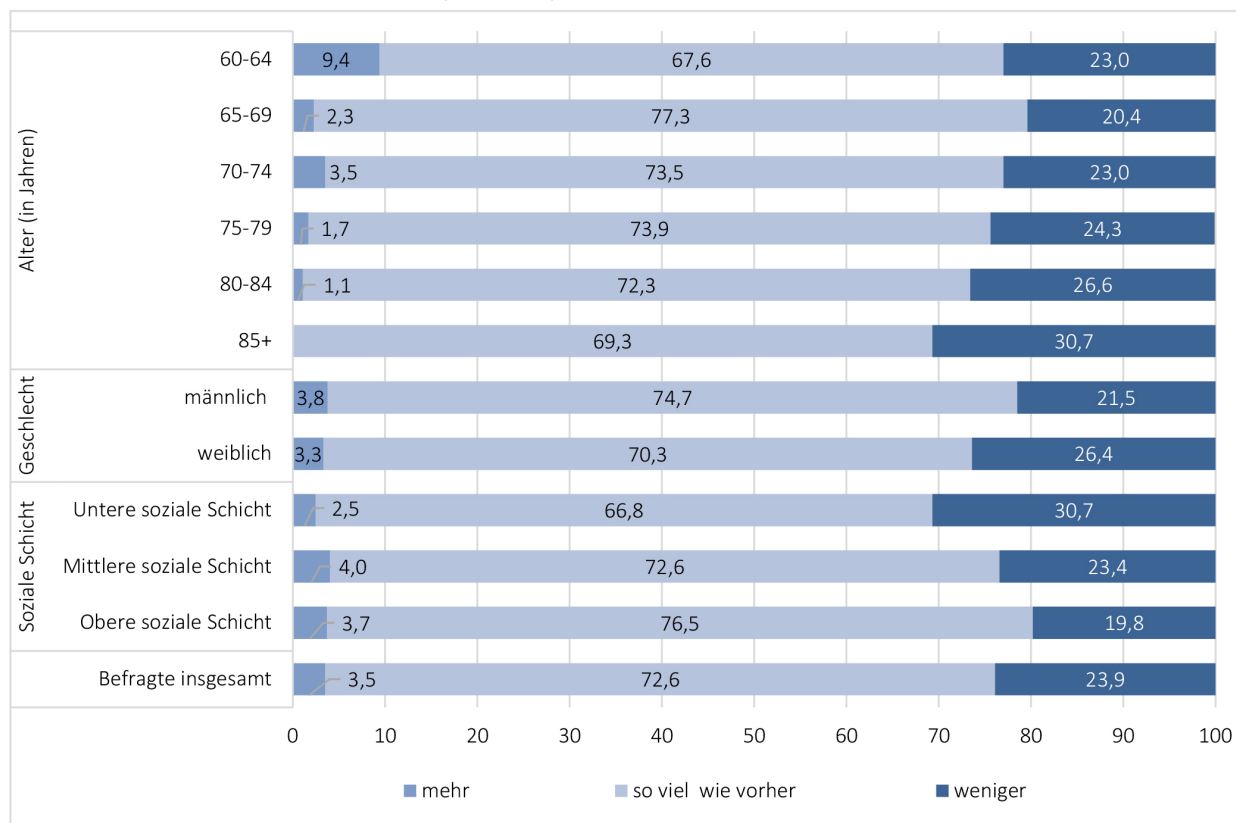
Alkoholkonsum seit der Corona-Pandemie berichteten rund ein Fünftel der Personen in allen Altersgruppen. Dabei sind die Personen ab dem Alter von 85 Jahren mit einem Anteil von 30,7 % besonders hervorzuheben.

Bei diesen Ergebnissen muss allerdings beachtet werden, dass der prozentuale Anteil der Personen, die nicht antworteten, mit steigendem Alter größer wurde. Mehr als 8,3 % der Teilnehmenden, die älter als 85 Jahre sind, antworteten nicht auf diese Frage. Bei den 60- bis 64-Jährigen waren es hingegen nur 2,3 %.

Die geschlechterspezifischen Unterschiede im Alkoholkonsum sind marginal. Knapp 4 % der Teilnehmenden beider Geschlechter konsumierten mehr Alkohol als vor der Corona-Pandemie und 21,5 % der Männer bzw. 26,4 % der Frauen weniger. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass 20,9 % der Frauen und 11,7 % der Männer diese Frage nicht beantworteten.

Differenziert nach der sozialen Schichtzugehörigkeit (siehe Kapitel 4 Bildung, Beruf und Finanzen - Übergang in den Ruhestand), stellte die untere soziale Schicht mit 30,7 % die größte Gruppe derer, die ihren Alkoholkonsum reduziert haben, gefolgt von der mittleren Schicht mit 23,4 % und der oberen sozialen Schicht mit 19,8 %. Den Alkoholkonsum erhöhten im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie 4,0 % der Teilnehmenden der mittleren, 3,7 % der oberen und 2,5 % der unteren sozialen Schicht.

Abbildung 86: Veränderter Alkoholkonsum durch die Corona-Pandemie der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent)



Anmerkung: k. A. = 16,6 %

9.6.2 Rauchverhalten

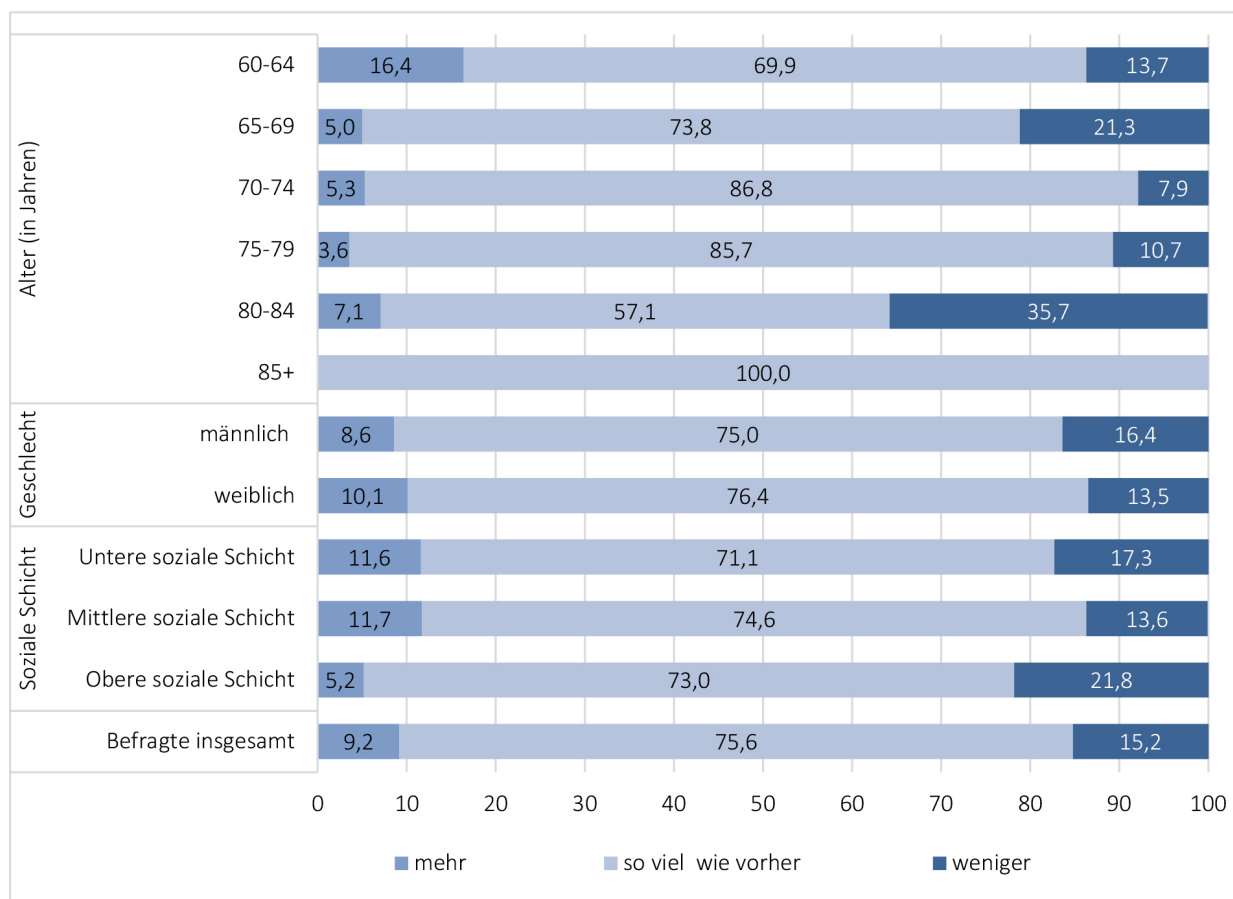
Über zwei Drittel (78,4 %) der Personen, die angaben, täglich bzw. gelegentlich zu rauchen (n = 272), beantworteten die Frage, ob sich ihr Rauchverhalten durch die Corona-Pandemie verändert hat. Von diesen 238 Rauchenden (9,9 % der Studienpopulation) rauchten 9,2 % mehr als vorher, 75,6 % genauso viel wie vorher und 15,2 % weniger als vorher (Abbildung 87).

Der Prozentsatz der Rauchenden, die im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie mehr rauchten, war bei den 60- bis 64-Jährigen mit 16,4 % auffallend hoch im Vergleich zu den anderen Altersgruppen, bei denen es 7,1 % (80- bis 84-Jährige) oder weniger waren. In der Gruppe der Rauchenden, die ihren Tabakkonsum reduziert hatten, stellten die 80- bis 84-Jährigen mit 35,7 % den größten Anteil, gefolgt von den 65- bis 69-Jährigen mit 21,3 % und den 60- bis 64-Jährigen mit 13,7 %.

75,0 % der männlichen Raucher haben ihr Rauchverhalten seit der Corona-Pandemie nicht verändert, wohingegen 16,4 % weniger rauchten und 8,6 % ihren Tabakkonsum erhöht haben. Dem gegenüber rauchten nur 10,1 % der weiblichen Raucherinnen seit der Corona-Pandemie mehr, 76,4 % genauso viel wie vorher und 13,5 % weniger.

In Hinblick auf die soziale Schichtzugehörigkeit war zu erkennen, dass verglichen mit dem Verhalten der oberen sozialen Schicht (5,2 %), vor allem Rauchende aus der unteren (11,6 %) und mittleren (11,7 %) sozialen Schicht mehr rauchten als vor der Corona-Pandemie. Dagegen reduzierten vor allem Teilnehmende der oberen sozialen Schicht (21,8 %) ihren Tabakkonsum, ihnen folgten die untere (17,4 %) und die mittlere soziale Schicht (13,6 %).

Abbildung 87: Veränderteres Rauchverhalten durch die Corona-Pandemie der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent)



Anmerkung: k. A. = 90,1 %

9.6.3 Bewegungsverhalten

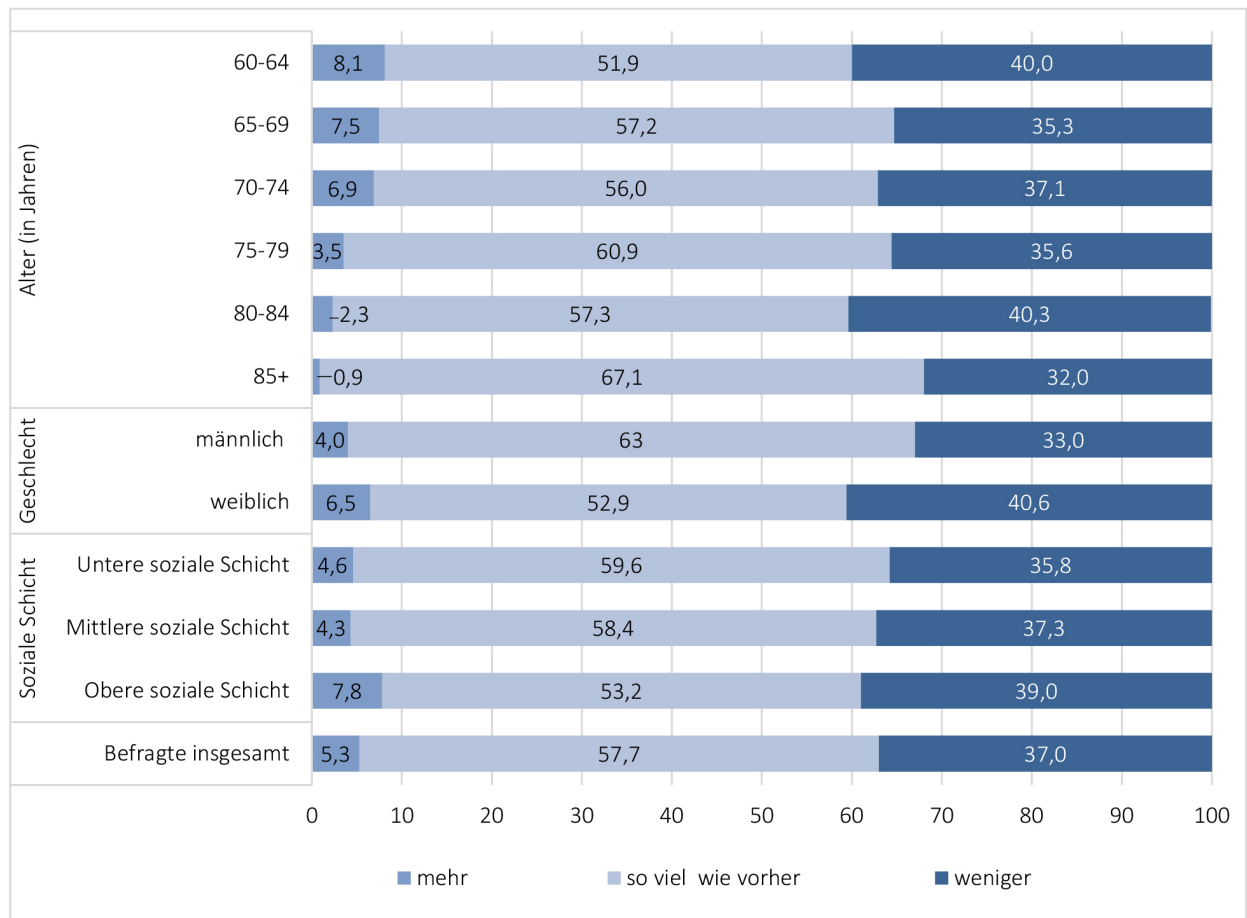
Auf die Frage, ob sich das Bewegungsverhalten im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie verändert hat, antworteten insgesamt 2.358 LAB60+ Teilnehmende (98,3 %). Der größte Anteil (57,7 %) bewegte sich genau so viel wie vorher, gefolgt von 37,0 % aller Teilnehmenden, die sich weniger, und 5,2 %, die sich mehr bewegten.

In Abbildung 88 ist zu erkennen, dass mit steigendem Alter ein geringerer Anteil an Teilnehmenden sich mehr als vor der Corona-Pandemie bewegte. Divergente Ergebnisse fanden sich bei den Teilnehmenden, deren Bewegung abnahm. Zwischen ca. 35 % und 40 % aller Teilnehmenden im Alter von 60 bis 84 Jahren bewegten sich weniger als vor der Corona-Pandemie. Die kleinste Gruppe stellte die Altersgruppe 85+ mit 32 % dar.

Unter Berücksichtigung des Geschlechts ist zu erkennen, dass ein größerer Anteil der Frauen (40,6 %) im Vergleich zu den Männern (33,0 %) ihre Bewegung reduzierte. Des Weiteren bewegten sich etwas mehr Frauen als Männer häufiger im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie (6,5 % vs. 4,0 %).

Im Vergleich zur mittleren (4,3 %) bzw. unteren sozialen Schicht (4,6 %) stach die obere soziale Schicht mit 7,8 % aller Teilnehmenden hervor, die sich mehr als vorher bewegten.

Abbildung 88: Veränderteres Bewegungsverhalten durch die Corona-Pandemie der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent)



Anmerkung: k. A. = 1,7 %

9.7 Resümee

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass über 80 % der Teilnehmenden der LAB60+ Studie wegen der Corona-Pandemie besorgt sind und über die Hälfte Angst hat, sich selbst mit Corona zu infizieren. Dieser hohe Prozentsatz könnte damit erklärt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, bei einer COVID-19-Infektion einen schweren Krankheitsverlauf zu erleben oder daran zu sterben, mit dem Lebensalter stetig zunimmt (Romero Starke, Reissig et al. 2021). Jüngere Personen, die weniger durch eine COVID-19-Infektion bedroht sind, zeigen tendenziell weniger Angstgefühle (Naumann and Oswald 2020). Im Rahmen des deutschen Alterssurveys (DEAS)⁹¹ ergab eine Kurzbefragung im Juni und Juli 2020 zu den Auswirkungen der Corona-Krise hingegen, dass die Mehrheit der Menschen, die zwischen 46 und 90 Jahre alt sind, die Corona-Krise nicht als sehr bedrohlich erlebt. Circa 9 % fühlten sich durch die Corona-Krise stärker bedroht, ungefähr 42 % gaben eine mittlere Bedrohung an, und knapp die Hälfte schätzte die Bedrohung als niedrig ein. Dabei wurde kein Altersunterschied sichtbar: Sowohl im mittleren Erwachsenenalter ab 46 Jahren als auch im höheren Alter von über 75 Jahren nahm stets die Hälfte der Personen die Corona-Situation als wenig bedrohlich wahr (Wettstein, Vogel et al. 2020).

Bezüglich der allgemeinen Besorgnis wegen Corona und der spezifischen Angstgefühle wurden Geschlechterunterschiede erkennbar: So zeigten sich die weiblichen Teilnehmenden in der LAB60+ Studie tendenziell besorgter und ängstlicher als die männlichen. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte auch die Mannheimer Corona-Studie (Naumann and Oswald 2020). Die verstärkte Angst bei Frauen während der Corona-Pandemie kann durch eine generell größere Besorgnis um die eigene Gesundheit bedingt sein (Entringer and Kröger 2020).

⁹¹ Die DEAS Studie wurde im Kapitel 2 „Studiendesign und Methodik“ beschrieben.

Bezogen auf die Einsamkeit zeigte sich, dass circa 50 % der Teilnehmenden der LAB60+ Studie sich in der Pandemiesituation einsam fühlten. Von denen, gab circa die Hälfte an, dass sich die Einsamkeitsgefühle durch die Corona-Pandemie verstärkt haben. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt auch die Studie von Brandt und Kollegen (Brandt, Garten et al. 2021). Darüber hinaus wurde ein Altersunterschied erkennbar: Der Anteil der Personen, die eine Verstärkung der Einsamkeitsgefühle aufgrund der Corona-Pandemie angaben, wurde mit zunehmendem Alter geringer. Ursächlich für diesen Umstand könnte sein, dass viele ältere Menschen schon Erfahrungen mit dem Alleinsein und Alleinleben gemacht haben und daher besser mit der durch die Schutzmaßnahmen einhergehende Isolation umgehen konnten als Menschen im mittleren Erwachsenenalter (Böger and Huxhold 2020), welche tendenziell stärker in soziale Netzwerke und soziale Aktivitäten eingebunden sind als ältere Personen (Huxhold, Fiori et al. 2013). Überdies zeigte sich in der LAB60+ Studie in dieser Hinsicht auch hier ein Unterschied zwischen den Geschlechtern: Einsamkeit hat sich bei Frauen tendenziell eher verstärkt als bei Männern. Auch Entringer und Kröger (2020) konnten in ihrer Studie aufzeigen, dass primär bei Frauen Einsamkeit durch die Corona-Pandemie zunahm (Entringer and Kröger 2020). Eine mögliche Begründung für die stärkeren Einsamkeitsgefühle unter Frauen könnte sein, dass sie sich aufgrund ihrer größeren Angst vor Corona und größerer Sorgen rund um ihre Gesundheit stärker selbst isolierten und dadurch auch konkret einsamer als Männer waren (Entringer and Kröger 2020). Auch die längere Lebenserwartung und die damit verbundene erhöhte weibliche Verwitwungsrate könnten das stärkere Einsamkeitsgefühl erklären (Destasis 2011).

Im Bereich des Unterstützungsbedarfs und der Hilfeleistung wurde festgestellt, dass der Hilfebedarf während der Pandemie durchschnittlich geringer als die (potentielle) Hilfeleistung war. Es zeigt sich auch, dass der Bedarf an Hilfe mit zunehmendem Alter kontinuierlich anstieg, die (potentielle) Hilfeleistung in den älteren Altersgruppen hingegen stetig abnahm. Die schwindenden Ressourcen, der verstärkte Fokus auf sich selbst und die Bewältigung des eigenen Lebens können zu dieser entsprechenden Reduktion führen. Grundsätzlich kann der größere Unterstützungsbedarf im höheren Alter mit einer allgemeinen Abnahme der selbstständigen Lebensführung erklärt werden. Darüber hinaus kann ein erhöhter Bedarf an Hilfe auch darauf zurückgeführt werden, dass ältere Personen stärker durch eine mögliche COVID-19-Infektion gefährdet sind, sich daher stärker schützen müssen (und infolgedessen mehr isolieren, siehe Kapitel 6 Soziales Umfeld) und dadurch wiederum mehr (externe) Unterstützung benötigen. Hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs bzw. der Hilfeleistung wurden gegenläufige Trends im Zusammenhang mit der sozialen Schichtzugehörigkeit sichtbar. Je höher die soziale Schicht war, desto niedriger war der Hilfebedarf, wohingegen die (potentielle) Hilfeleistung mit steigender sozialer Schicht zunahm.

Fast drei Viertel der Teilnehmenden veränderten ihren Alkoholkonsum aufgrund der Corona-Pandemie nicht, dies gilt unabhängig von Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status. Im Gegensatz dazu verringerte knapp ein Viertel den Alkoholkonsum, und dieser Rückgang nahm mit steigender sozioökonomischer Schicht ab. Die 60- bis 64-Jährigen (9,4 %) stachen mit einem erhöhten Alkoholkonsum im Vergleich zu den anderen Altersgruppen hervor. Diese tendenziell positiven Ergebnisse der Teilnehmenden der LAB60+ Studie in Hinblick auf den Alkoholkonsum kontrastieren mit der aktuellen Studienlage, die einen erhöhten Alkoholkonsum aufgrund der Corona-Pandemie aufweist (Freiberg, Schubert et al. 2021).

Bezüglich des Rauchverhaltens ist festzuhalten, dass bei den 60- bis 64-Jährigen ein Sechstel der teilnehmenden Rauchenden ihren Zigarettenkonsum gesteigert haben. Ebenfalls auffallend ist der Einfluss des sozioökonomischen Status auf das Rauchverhalten. Diesbezüglich war eine Zunahme des Tabakkonsums mit circa 12 % in der unteren und mittleren sozialen Schicht mehr als doppelt so hoch wie in der oberen sozialen Schicht. Die aktuelle Studienlage zum Einfluss der Corona-Pandemie auf das Rauchverhalten ist inkonsistent, geht aber tendenziell von einem geringen Einfluss aus (Freiberg, Schubert et al. 2021).

Die Auswirkungen der Pandemie auf das Bewegungsverhalten der Teilnehmenden der LAB60+ Studie sind erheblich: Mehr als ein Drittel bewegt sich weniger als vor der Corona-Pandemie. Dabei existieren geschlechterspezifische Unterschiede: So reduzierten Frauen ihr Bewegungsverhalten um circa 40 %, Männer hingegen nur um ein Drittel. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Studien, die ebenfalls einen Rückgang körperlicher Aktivität während der Corona-Pandemie (u. a. Reduktion der durchschnittlichen täglichen Schrittzahl und moderater sowie intensiver körperlicher Aktivität) konstatieren (Wang, Zhang et al. 2020). Die Gründe dafür können vielseitig sein. Hervorzuheben ist vor allem die allgemeine Ausgangsbeschränkung, die im Speziellen mit einer Schließung der Turnhallen, Fitnessstudios, vereinsgetragenen Sportmöglichkeiten, Freizeittreffs und Sportplätzen einherging (Kaur et al., 2020; Mutz und Gerke 2021).

Anhaltende Einsamkeits- und Angstgefühle (Härter, Conway et al. 2003, Holt-Lunstad, Smith et al. 2015, Park, Majeed et al. 2020) sowie ein negatives Gesundheitsverhalten (de Rezende, Rey-López et al. 2014, Jayes, Haslam et al. 2016, Griswold, Fullman et al. 2018) sind oft Ursachen vieler physischer und psychischer Erkrankungen. Umso wichtiger ist es, Maßnahmen zu ergreifen,

um mögliche negative Auswirkungen der Corona-Pandemie wie beispielsweise verstärkte Einsamkeit oder reduzierte körperliche Aktivität, so weit wie möglich zu verringern bzw. zu kompensieren, z. B. durch zusätzliche Angebote wie das Seniorentelefon, Online-Psychotherapie und -Sportkurse. Bei den pandemiebedingten Maßnahmen wie Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen ist es zudem unabdingbar, hilfebedürftigen Personen durch Unterstützung z. B. beim Einkaufen oder dem Erledigen von Besorgungen zu helfen sowie den Kontakt zwischen helfenden und hilfesuchenden Personen z. B. durch Koordinierungsstellen zu vermitteln.

10. Freitextauswertung

Zum Abschluss der Fragebogen-Erhebung bot eine offene Frage die Gelegenheit, subjektive Meinungen und Sichtweisen der Teilnehmenden zu erfassen. Mit den damit gewonnenen Anmerkungen konnten Belastungseinschätzungen, Bedarfe und Vorschläge gesammelt werden, die durch die vorherigen standardisierten Fragen nicht erfasst wurden. Damit konnten die teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger unmittelbar ausdrücken, was ihnen in Bezug zur Erhebung bzw. grundsätzlich zum Leben in der Landeshauptstadt Dresden wichtig ist. Diese offene Erhebungsmethode wird der qualitativen Forschung zugeordnet. Das Kategoriensystem stellt dabei das zentrale Instrument der Analyse und Interpretation dar (Mayring 2015).

10.1 Methodik

Die Anmerkungen zur Frage „Gibt es noch irgendetwas, das Sie uns mitteilen möchten (zum Beispiel Verbesserungsvorschläge für Ihre Wohngegend)?“ wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet⁹². Das allgemeine Ziel dieses Verfahrens ist es, das gesamte Textmaterial systematisch und regelgeleitet zu untersuchen und abschließend in einem Kategoriensystem zusammenzufassen.

Die Freitextanmerkungen der Fragebögen inklusive der jeweiligen Studiencodes wurden in eine verschlüsselte Excel-Datei übertragen und in die Analysesoftware MAXQDA eingelesen. Sämtliche Freitexte und ihre Segmente (z. B. Wörter, Sätze oder Absätze) wurden mit einem oder mehreren passenden Oberbegriffen bzw. Kategorien verschlagwortet (Kodierung). Die Kategorien spiegeln den Inhalt der jeweiligen Textstellen wider. Der Vorgang wurde für jede Freitextanmerkung wiederholt. Aus dem entwickelten Kategoriensystem wurden anschließend unter Berücksichtigung des theoretischen sozial-ökologisches Modells in Anlehnung Sallis et al. (2006) und Bucksch et al. (2010) entsprechende Hauptkategorien gebildet an (Sallis et al. 2006, Bucksch et al. 2010). Abschließend wurden die Häufigkeiten der Kategorien quantitativ ausgewertet.

⁹² Aufgrund der offenen Fragestellung und des explorativen Studiendesigns wurde als Analysetechnik die Zusammenfassung durch induktive Kategorienbildung ausgewählt. Wesentliche Bestandteile der induktiven Kategorienbildung stellen nach Mayring (2015) die Kategoriendefinition, Festlegung des Abstraktionsniveaus sowie der Analyseeinheiten (Kodiereinheit, Kontexteinheit und Auswertungseinheit) dar. Nachfolgend finden sich die Definitionen dieser Analyseeinheiten. **Kategorien:** Subjektiv wahrgenommene Belastungen oder Bedürfnisse in Bezug auf die Umwelt, die nachvollziehbare, positive oder negative Auswirkungen auf die soziale Teilhabe oder Gesundheit haben. **Abstraktionsniveau:** Handlungsebene/-bereich in der Umwelt, Emotion, Belastungsbereich. **Kodiereinheit:** Klare bedeutungstragende Elemente im Text. **Kontexteinheit:** Freitextanmerkung im Fragebogen einer Person zur letzten Frage „Gibt es noch irgendetwas, das Sie uns mitteilen möchten (zum Beispiel Verbesserungsvorschläge für Ihre Wohngegend)?“. **Auswertungseinheit:** Das ganze Material.

Hauptkategorie	Subkategorie	n Codes	Prozent	Stadtbezirke mit häufigsten Nennungen			Beispiel / Zitat
				1)	2)	3)	
Physikalische und natürliche Umwelt	Grünflächen	65	5,53 %	Altstadt n=14	Plauen n=10	Blasewitz n=9	"Begrünung von Fassaden + Dächern (besseres Stadtklima auch durch Straßenbäume)"
Physikalische und natürliche Umwelt	Physikalische und chemische Belastungen	54	4,59 %	Blasewitz n=10	Altstadt n=9	Plauen n=8	"Der tägliche Lärmpegel ist zu hoch!"
Physikalische und natürliche Umwelt	Wohnverhältnis	50	4,25 %	Plauen n=9	Klotzsche n=7	Pieschen n=7	"Ich würde mir mehr verschiedenartige Wohnverhältnisse für alternde Menschen wünschen z. B. Senioren-Wg, [...]"
Physikalische und natürliche Umwelt	Abfall und Sauberkeit	49	4,17 %	Cotta n=9	Altstadt n=8	Blasewitz n=8	"Ich wünsche mir mehr Sauberkeit und Ordnung im gesamten Stadtgebiet (Zigarettenstummel, Papierkörbe!!)"
Physikalische und natürliche Umwelt	Einkaufsmöglichkeiten	49	4,17 %	Altstadt n=10	Cotta n=8	Loschwitz n=6	"Einkaufsmöglichkeiten sehr weit und zu wenige."
Sonstiges	Zufrieden	44	3,74 %	Blasewitz n=11	Plauen n=9	Cotta n=8	"Ich bin sehr dankbar für alles. Ich habe keinen Grund zum Klagen"
Physikalische und natürliche Umwelt	Sitzmöglichkeiten	43	3,66 %	Altstadt n=8	Blasewitz n=6	Loschwitz n=5	"generell zu wenig Bänke (trifft auf Dresden gesamt zu!)"
Gesellschaftlich-politische Umwelt	Gesundheitsversorgung	37	3,15 %	Blasewitz n=9	Cotta n=6	Prohlis n=5	"Die Niederlassung/Versorgung von/mit Hausärzten und Fachärzten sollte/muss verdichtet werden."
Physikalische und natürliche Umwelt	Öffentliche Toiletten	33	2,81 %	Blasewitz n=8	Prohlis n=6	Plauen n=5	"zu wenig öffentliche Toiletten!!! Dringender Handlungsbedarf"
Sonstiges	Anmerkungen zur Studie	32	2,72 %	Blasewitz n=9	Altstadt n=5	Cotta n=4	"- manche Fragen nicht gut verständlich - keine leichte Sprache genutzt - habe Hilfe beim Ausfüllen benötigt"
Soziokulturelle Umwelt	Soziokultur	24	2,04 %	Blasewitz n=5	Altstadt n=4	Prohlis n=3	"Das Gemeinschaftsgefühl, dass für den Stadtteil prägend war, existiert seit 2015 nur noch in einzelnen Gruppen."
Physikalische und natürliche Umwelt	Bauliche Entwicklung	21	1,79 %	Loschwitz n=5	Altstadt n=4	Cotta n=3	"'Bauruinen' von Immobilienhaien Müller Berset Str. endlich verschwinden lassen und neu bebauen"
Physikalische und natürliche Umwelt	Gaststätte	21	1,79 %	Prohlis n=4	Leuben n=3	Pieschen n=3	"Familiengaststätten oder Cafés zu wenig vorhanden"
Gesellschaftlich-politische Umwelt	Informationen und Kommunikation	21	1,79 %	Altstadt n=5	Plauen n=3	Cotta n=3	"Stadt informiert nicht ausreichend über verschiedene Angebote [...]"
Sonstiges	unklar	19	1,62 %	Cotta n=6	Blasewitz n=5	Klotzsche n=2	"Die bewusste negative Teilhabe am Leben sollte bekämpft werden"

Hauptkategorie	Subkategorie	n Codes	Prozent	Stadtbezirke mit häufigsten Nennungen			Beispiel / Zitat
				1)	2)	3)	
Demografische Faktoren/ Gesundheitszustand	Psychische und gesundheitliche Belastungen	17	1,45 %	Neustadt n=3	Klotzsche n=3	Pieschen n=2	"Seit den Lockdown-Maßnahmen seit März 2020 war ich wieder 2x arbeitsunfähig wegen psychischer Probleme."
Physikalische und natürliche Umwelt	Barrierefreiheit	15	1,28 %	Leuben n=4	Neustadt n=3	Blasewitz n=3	"Barrierefreie Zugänge - keine Stufen auch an Hauseingängen."
Physikalische und natürliche Umwelt	Sonstige Versorgung	14	1,19 %	Klotzsche n=5	Loschwitz n=3	Blasewitz n=2	"Im Norden von DD gibt es zu wenig Post- und Finanzinstitute."
Physikalische und natürliche Umwelt	Internet und Digitalisierung	10	0,85 %	Klotzsche n=2	Plauen n=2	Cotta n=2	"Digitalisierung: Anforderungen bzgl. Ausstattung und Handhabung an ältere Menschen nicht übertreiben"
Physikalische und natürliche Umwelt	Spielplätze	6	0,51 %	Cotta n=2	Altstadt n=2	Pieschen n=1	"Mehr und bessere Kinderspielplätze im Bereich Großer Garten"
Gesellschaftlich-politische Umwelt	Hochwasserschutz	2	0,17 %	Leuben n=2	-	-	"besserer Hochwasserschutz"
Gesamt		1.176	100,00 %	Blasewitz n=221	Altstadt n=155	Cotta n=140	

Abbildung 90: Anzahl der Kodierungen je Stadtbezirk in der LAB60+ Studie

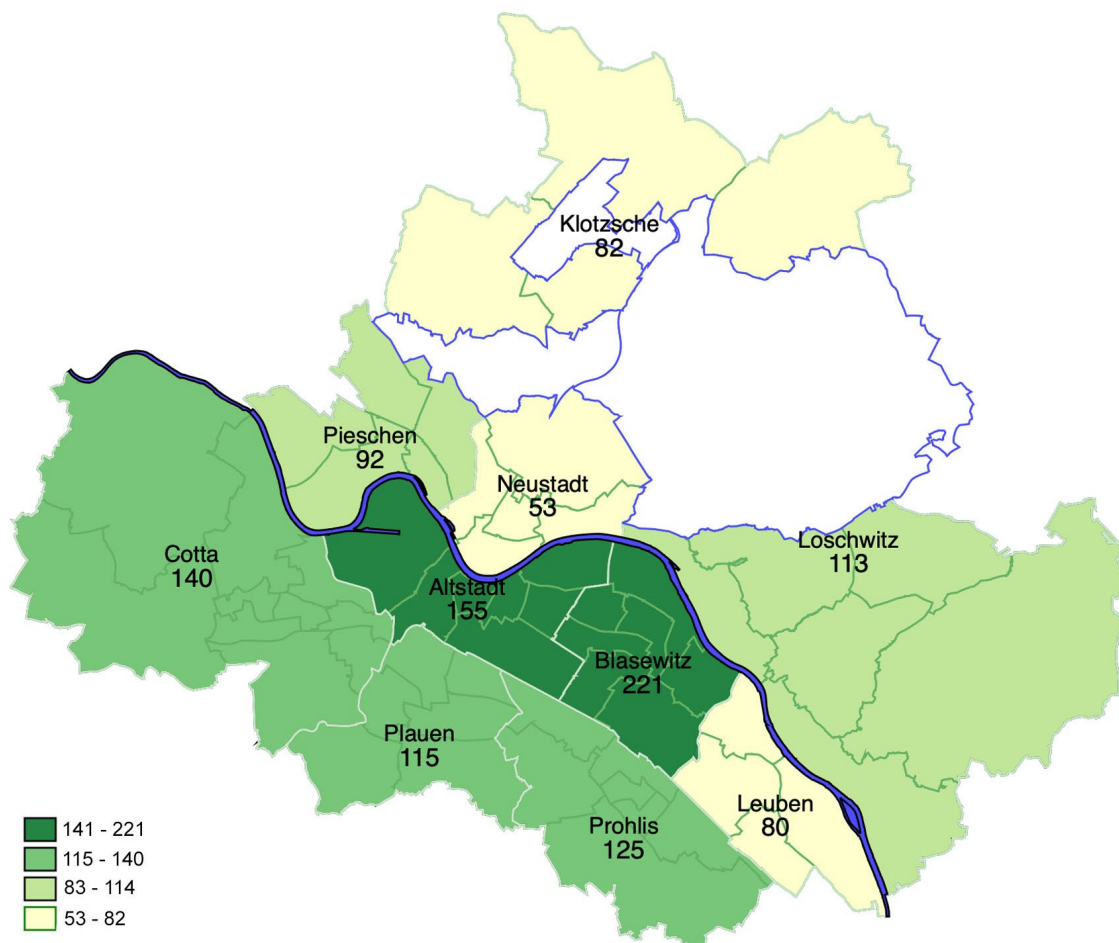


Tabelle 19: Relative Anteile der häufigsten Kategorien je Stadtbezirk

Stadtbezirk	Relative Anteile der häufigsten Kategorien je Stadtbezirk		
	1)	2)	3)
Altstadt	Fuß- und Fahrradinfrastruktur (9,7 %)	Grünflächen (9,0 %)	Einkaufsmöglichkeiten (6,5 %)
Blasewitz	Fuß- und Fahrradinfrastruktur (13,6 %)	ÖPNV (6,8 %)	Straßensanierung (5,9 %)
Cotta	ÖPNV (10 %)	Soziale Teilhabe, Kultur und Sport (9,3 %)	Abfall und Sauberkeit; Grünflächen (6,4 %)
Klotzsche	Soziale Teilhabe, Kultur und Sport; Wohnverhältnis (je 8,5 %)	ÖPNV (7,3 %)	Grünflächen; Sonstige Versorgung (je 6,1 %)
Leuben	Fuß- und Fahrradinfrastruktur (12,5 %)	Soziale Teilhabe, Kultur und Sport (11,3 %)	ÖPNV (8,8 %)
Loschwitz	Fuß- und Fahrradinfrastruktur (16,8 %)	ÖPNV (13,3 %)	Soziale Teilhabe, Kultur und Sport (7,1 %)
Neustadt	Fuß- und Fahrradinfrastruktur (9,4 %)	Grünflächen; Soziale Teilhabe, Kultur und Sport (je 7,6 %)	Abfall und Sauberkeit; Barrierefreiheit; Straßensanierung (je 5,7 %)
Pieschen	Soziale Teilhabe, Kultur und Sport (14,1 %)	Bademöglichkeit (8,7 %)	Grünflächen; Wohnverhältnis (je 7,6 %)
Plauen	Grünflächen (8,7 %)	Parken; Wohnverhältnis (je 7,8 %)	ÖPNV; Lärm (je 7,0 %)
Prohlis	Fuß- und Fahrradinfrastruktur (15,2 %)	Soziale Teilhabe, Kultur und Sport (9,6 %)	ÖPNV (7,2 %)

10.2.1 Physikalische und natürliche Umwelt

Über zwei Drittel der Aussagen bezogen sich auf die physikalische und natürliche Umwelt (Codes: n = 790). Die am häufigsten erlebten Belastungen und Bedürfnisse wurden für den Bereich Verkehr und Transport geäußert (Codes: n = 360), insbesondere in Bezug auf die Fuß- und Fahrradinfrastruktur (Codes: n = 121). Ungefähr ein Viertel der Anmerkungen unter dieser Kategorie wurden von Teilnehmenden aus dem Stadtbezirk Blasewitz geschildert (Codes: n = 30). Hier wurde überwiegend der Zustand der Fußwege kritisiert, u. a. im Hinblick auf eine fehlende Barrierefreiheit und eine bestehende Sturzgefahr durch Unebenheiten und einen schlechten Straßenbelag. Gemeinsame Geh- und Radwege und die dadurch bedingten Konfliktsituationen zwischen den Verkehrsteilnehmenden wurden als zusätzliche Belastungen beschrieben. Ebenso wurde der Wunsch nach mehr und sichereren Radwegen mit baulicher Trennung zum Bürgersteig sowie nach einer Instandsetzung der Verkehrswege geäußert. Weitere Bedarfe sahen die Teilnehmenden im öffentlichen Personennahverkehr (Codes: n = 87), insbesondere in den Stadtbezirken Blasewitz und Loschwitz (Codes: jeweils n = 15). Diese bezogen sich größtenteils auf eine kostenfreie oder kostenreduzierte ÖPNV-Nutzung, eine vermehrte Sauberkeit, eine ausreichende Überdachung und Barrierefreiheit der Haltestellen sowie eine Verbesserung der Verkehrsanbindung. Des Weiteren wurde die Parkplatzsituation (Codes: n = 41) kritisiert, sowohl wegen fehlender Parkmöglichkeiten als auch aufgrund der hohen Belastung durch parkende Autos im Wohngebiet. Knapp die Hälfte solcher Anmerkungen wurden von Teilnehmenden aus Blasewitz und Plauen geäußert (Codes: jeweils n = 9-10).

Weitere Bedarfe in der physikalischen und natürlichen Umwelt wurden in Bezug auf vorhandene Grünflächen (Codes: n = 65) deutlich. Von den Teilnehmenden wurde diesbezüglich der Erhalt, die Pflege und der Ausbau von Grün- und Parkanlagen gewünscht. Weiterhin wurden physikalische und Umweltbelastungen (Codes: n = 54) beschrieben, insbesondere aufgrund einer zu hohen Lärmkontamination in Cotta und in Plauen (Codes: je n = 7), gefolgt von einer verminderten Luftqualität, die vorwiegend Teilnehmende aus Blasewitz anmerkten (Codes: n = 5). In Bezug auf das eigene Wohnverhältnis (Codes: n = 50) beklagten die Befragten überwiegend die steigenden Mietkosten. Zusätzlich wurden u. a. Bedarfe nach einer verbesserten Abfallentsorgung und Sauberkeit des Wohnumfeldes (Codes: n = 49), nach mehr Einkaufsmöglichkeiten (Codes: n = 49), nach einer Schaffung von mehr Sitzmöglichkeiten (Codes: n = 43) sowie nach öffentlichen Toiletten (Codes: n = 33) angegeben.

10.2.2 Gesellschaftlich-politische Umwelt

Über 13 % aller Anmerkungen wurden hinsichtlich der gesellschaftlich-politischen Umwelt geäußert (Codes: n = 160). Dabei wurden insbesondere Bedarfe oder Belastungen bezüglich politischer Maßnahmen (Codes: n = 100) angegeben, wie die Bekämpfung von Kriminalität durch mehr Polizeipräsenz sowie eine bessere Ahndung und Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten (Codes: n = 35). Die Stadtbezirke Blasewitz, Altstadt, Cotta, Pieschen und Plauen zeigten diesbezüglich die häufigsten Rückmeldungen auf (Codes: jeweils n = 5-7). Teilweise wurden ebenfalls zusätzliche Rechtsnormen vorgeschlagen (Codes: n = 24), beispielsweise ein Alkoholverbot an öffentlichen Plätzen, eine Geschwindigkeitsbegrenzung im Wohngebiet oder die Einführung einer Mietpreisbremse. Des Weiteren wurden die politischen Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie kritisiert bzw. deren Beendigung gefordert (Codes: n = 27). Dabei beschrieben die Teilnehmenden teilweise psychische oder körperliche Belastungen, die aufgrund der sozialen Isolation und Schließung von Sport- und Kultureinrichtungen sowie Geschäften hervorgerufen wurden. Wenige Aussagen bezogen sich auf die Rentenpolitik (Codes: n = 8) und die Migrations- und Asylpolitik (Codes: n = 6).

In Bezug auf die Gesundheitsversorgung (Codes: n = 37) wünschten sich die Teilnehmenden sowohl mehr Hausarzt- und Facharztpraxen und Apotheken im Wohngebiet als auch eine schnellere Terminvergabe bzw. reduzierte Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. Auch eine finanzielle Unterstützung und das Bereitstellen von Kursen für pflegende Angehörige wurden als Bedarfe aufgezählt. Kritik wurde hinsichtlich der Organisation und Verfügbarkeit der Impftermine für eine COVID-19-Impfung geäußert (Codes: n = 17).

Darüber hinaus wurde Verbesserungspotenzial im Bereich der Information und Kommunikation (Codes: n = 21) deutlich. Die Teilnehmenden beschrieben hier bspw. Verständnisschwierigkeiten durch die Verwendung von Anglizismen in Medienberichten oder eine empfundene Verunsicherung durch die mediale Berichterstattung. Ebenfalls wurden eine unzureichende Kommunikation zwischen der Stadt und den Bürgerinnen und Bürgern hinsichtlich vorhandener Angebote oder geplanter baulicher Maßnahmen sowie große bürokratische Barrieren als belastend empfunden.

10.2.3 Soziokulturelle Umwelt

Auf die soziokulturelle Umwelt bezogen sich knapp 10 % aller Aussagen (Codes: n = 114). Überwiegend gingen die Teilnehmenden hier auf soziale Teilhabe, Kultur und Sport ein (Codes: n = 90) und wünschten sich den Ausbau von Sporteinrichtungen, Begegnungsstätten sowie kulturellen Angeboten. Es wurde ebenfalls ein vergünstigter oder unentgeltlicher Eintritt in solche Einrichtungen gefordert (Codes: n = 14). Teilnehmende aus Pieschen wiesen dabei überwiegend auf den Bedarf nach Bademöglichkeiten hin (Codes: n = 8).

Aus weiteren Anmerkungen der Teilnehmenden von mehreren Stadtbezirken gingen Bedarfe hinsichtlich der Soziokultur (wahrgenommene Kultur des Zusammenlebens) hervor (Codes: n = 24). Die Teilnehmenden beklagten unter diesem Aspekt bspw. eine geringe Rücksichtnahme in der Gesellschaft, Respektlosigkeit und Unfreundlichkeit der Einwohnerinnen und Einwohner, Einsamkeit oder empfundene Marginalisierung.

10.2.4 Demografische Faktoren/ Gesundheitszustand

Wenige Aussagen beschrieben psychische oder gesundheitliche Belastungen, die den demografischen Faktoren und dem Gesundheitszustand zugeordnet wurden (Codes: n = 17). Hier gaben die Befragten u. a. an, dass sie unter der sozialen Isolation bedingt durch die Maßnahmen der COVID-19-Pandemie litten (siehe auch die Ergebnisdarstellung zur gesellschaftlich-politischen Umwelt). Es wurden außerdem physische Einschränkungen bedingt durch das Alter, eine Behinderung oder eine körperliche Erkrankung beschrieben.

10.2.5 Sonstiges

Etwa 8 % der Aussagen wurden der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet (Codes: n = 95). Darunter fielen u. a. alle Anmerkungen von den Teilnehmenden, die sich zufrieden (Codes: n = 42) zu ihrer Wohnumgebung geäußert hatten sowie Anmerkungen zur Studie selbst (Codes: n = 32). Hier beschrieben die Teilnehmenden bspw. Verständnisschwierigkeiten der Fragen, unzureichende Antwortoptionen oder sie beklagten den großen Umfang der Befragung. Ebenso wurde Interesse an den Studienergebnissen

bekundet und weitere Themenbereiche für die Befragung vorgeschlagen wie z. B. Fragen zur eigenen Mobilität, Aktivitäten und Erholung im Kleingarten, Bezug zu Haustieren im Haushalt sowie Fragen über selbstbestimmtes Sterben.

10.3 Resümee

Anhand der Freitextanmerkungen wurden subjektive Belastungen und Bedarfe der teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger hinsichtlich ihrer Umwelt identifiziert, die über die Fragen des Fragebogens hinausgingen oder die den Teilnehmenden als besonders erwähnenswert erschienen. Zusammenfassend wird deutlich, dass insbesondere die Fußwege in Dresden als unattraktiv wahrgenommen werden und dass auch im Hinblick auf die Verkehrssicherheit Defizite wahrgenommen werden. Die Teilnehmenden beklagten vor allem Unebenheiten und einen schlechten Straßenbelag, welche sich als Stolperfallen erweisen und die Mobilität einschränken. Zudem sind sie häufig Konflikten mit Radfahrerinnen und Radfahrern ausgesetzt. Analog dazu ist ebenfalls ein erhöhter Bedarf an mehr baulich getrennten und sanierten Fahrradwegen erkennbar. Eine verbesserte Anbindung des öffentlichen Personennahverkehrs und eine barrierefreie Gestaltung der Haltestellen und Einstiegsmöglichkeiten sind weitere wesentliche Forderungen zur Aufrechterhaltung der Mobilität, die aus den Freitextanmerkungen hervorgingen. Es wird ebenfalls deutlich, dass sich einige der an der Befragung teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger eine kostenfreie oder mindestens vergünstigte Nutzung des ÖPNV wünschen. Auch hinsichtlich kultureller Angebote werden Preisvorteile für Seniorinnen und Senioren gewünscht. Gleichzeitig zeigten die Teilnehmenden einen Bedarf nach mehr Angeboten für Sport und Kultur. Hier gilt jedoch zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Befragung entsprechende Einrichtungen aufgrund der Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie geschlossen waren. Darüber hinaus ist in mehreren Stadtbezirken (Blasewitz, Altstadt, Plauen, Cotta, Pieschen) eine höhere Nachfrage nach mehr Polizeipräsenz im Wohngebiet und nach einer funktionierenden Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten erkennbar. Um sich im Wohngebiet wohl(er) zu fühlen, sind neben dem bereits erwähnten subjektiven Sicherheitsempfinden insbesondere der Wunsch nach mehr Grünflächen, Sauberkeit, Gelegenheiten zum Ausruhen und Erholen sowie öffentlichen Toiletten für die Bürgerinnen und Bürger von hoher Bedeutung.

C

Befragung der Dresdner Pflegelandschaft

11. Einrichtungsbefragung

Die vorliegende Erhebung wurde durchgeführt, um Handlungsfelder für eine bedarfsgerechte Betreuung und Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf sowie berufs- und pflegepolitische Weiterentwicklungen in der Landeshauptstadt Dresden zu identifizieren. Dafür wurde ein breites Spektrum an Informationen zur Pflegeinfrastruktur und zu Pflegeangeboten im Quartier gesammelt, die ein realistisches Bild der gegenwärtigen Situation im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich in Dresden ermöglichen und zukünftige Entwicklungsoptionen aufzeigen.

11.1 Beschreibung der Stichprobe

Zur Erhebung der Informationen wurden 3 verschiedene Herangehensweisen gewählt: (1) eine schriftliche Befragung von (teil-)stationären Versorgungseinrichtungen, (2) mündliche Experteninterviews mit Expertinnen und Experten aus der Pflege und (3) kurze Telefoninterviews mit ambulanten Pflegediensten.

11.1.1 Befragung (teil-)stationärer Versorgungseinrichtungen

Der Fragebogen wurde schriftlich und digital an alle bekannten Einrichtungen der stationären Pflege (n = 61), Kurzzeitpflege (n = 13) und Tagespflege (n = 39) in Dresden versandt. Insgesamt beantworteten 46 Personen, die zum Teil für mehrere Einrichtungen tätig waren, den Fragebogen. In die Auswertung eingeschlossen wurden die vollständig oder weitgehend vollständig ausgefüllten Fragebögen (n = 39). Diese umfassten 43 stationäre Pflegeeinrichtungen, 10 Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 21 Tagespflegeeinrichtungen. Es konnten 71 % aller stationärer Pflegeeinrichtungen, 77 % aller Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 54 % aller Tagespflegen in Dresden erreicht werden (Tabelle 20). Der Rücklauf der Befragung insgesamt liegt bei 65 %.

Tabelle 20: Anzahl und Charakteristik der teilnehmenden Einrichtungen der schriftlichen Befragung

Einrichtungstyp	Anzahl teilnehmende Einrichtungen (Anteil an den Einrichtungen in Dresden in Prozent)	Durchschnittliche Platzzahl pro Einrichtung	Anzahl Plätze insgesamt der teiln. Einrichtungen (Anteil an Plätzen insgesamt in Dresden in Prozent)
Vollstationäre Pflege	43 (71 %)	101	4.325 (65 %)
Kurzzeitpflege	10 (77 %)	14	140 (85 %)
Tagespflege	21 (54 %)	14	288 (45 %)

Nach Angaben der Landeshauptstadt Dresden verfügten alle Dresdner Einrichtungen der stationären Pflege zum Erhebungszeitpunkt über insgesamt 6.653 Plätze, die der Kurzzeitpflege über 164 Plätze und die der Tagespflege über 641 Plätze (Stand November 2020). Die an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen deckten somit 65 % der Plätze in der vollstationären Pflege, 85 % der Plätze in der Kurzzeitpflege und 45 % der Plätze in der Tagespflege ab.

Die teilnehmenden Einrichtungen der stationären Pflege verfügten im Durchschnitt über jeweils rund 101 Plätze, die Kurzzeitpflegeeinrichtungen über 14 Plätze und die Tagespflegeeinrichtungen ebenfalls über rund 14 Plätze. Im Hinblick auf die Trägerschaft verteilten sich die Einrichtungen auf 19 private, 18 freigemeinnützige und einen öffentlichen/kommunalen Anbieter. Eine Person machte keine Angabe zur Trägerschaft. Von den teilnehmenden Personen gehörten 31 % der

Geschäftsführung, 49 % der Einrichtungsleitung und 13 % der Pflegedienstleistung an. 8 % gaben eine sonstige berufliche Position an. Dazu gehörten die Positionen Assistenz der Geschäftsleitung und Abteilungsleitung.

In Bezug auf die Verteilung der Einrichtungen auf die Stadtbezirke konnten bei 27 Teilnehmenden (69 %) die einzelnen Einrichtungstypen eindeutig einem Stadtbezirk zugeordnet werden. 7 Teilnehmende (18 %) gaben nicht an, in welchen Stadtbezirken sich ihre Einrichtungen befinden. Bei 5 Teilnehmenden (13 %) verteilten sich die Einrichtungen auf mehrere Stadtbezirke, sodass eine eindeutige Zuordnung nicht möglich war. Bezogen auf die 27 zuordenbaren Einrichtungen zeigt sich eine gleichmäßige Verteilung über die Stadtbezirke. Jedoch wurden durch die Befragung keine Einrichtungen im Stadtbezirk Prohlis oder den Ortschaften Cossebaude und Weixdorf erfasst.

11.1.2 Experteninterviews

Es wurden insgesamt 20 Telefoninterviews mit zufällig ausgewählten Expertinnen und Experten aus der stationären Pflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege und ambulanten Pflege in Dresden durchgeführt. Bei 2 Interviews nahmen jeweils 2 Personen als Vertretung der Einrichtung bzw. des Trägers teil. In Tabelle 21 wird die Verteilung der Interviews in Bezug auf die Leistungsportfolios und Trägerschaft dargestellt. Mit den Interviews konnten Einrichtungen aus allen Dresdner Stadtbezirken erfasst werden.

Tabelle 21: Verteilung der 20 Teilnehmenden der Experteninterviews nach Einrichtung und Trägerschaft

	Stationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege	Ambulante Pflege	Strategische Ebene*
Privat	2	1	1	5	2
Freigemeinnützig	2	1	1	2	2
Öffentlich/kommunal	0	0	0	0	1
Insgesamt	4	2	2	7	5

* Leitungsebene großer Träger mit breitem Leistungsportfolio aus ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege

11.1.3 Kurze Telefoninterviews

Alle 111 ambulanten Pflegedienste in Dresden wurden angerufen. Von diesen nahmen 97 (87 %) an der mündlichen Umfrage teil. Die restlichen waren nach mehreren Anrufversuchen nicht erreichbar oder gaben an, nicht an der Umfrage teilnehmen zu wollen. Es waren Pflegedienste aus allen Stadtbezirken in den Telefoninterviews vertreten. Die meisten der teilnehmenden Pflegedienste gaben an, in Blasewitz (n = 33), gefolgt von Altstadt (n = 30), Prohlis (n = 25) und Leuben (n = 20) tätig zu sein. Zumeist waren die Pflegedienste kleinräumig tätig. So gab ein Großteil an, innerhalb eines Stadtbezirkes (n = 40) oder innerhalb von 2 Stadtbezirken (n = 35) tätig zu sein. Lediglich 5 Pflegedienste deckten das gesamte Stadtgebiet ab.

11.2 Auslastung, erwartete Nachfrage und geplante Entwicklungen

Die Einrichtungen wurden – über die 3 oben geschilderten Herangehensweisen – zu ihrer Auslastung, erwarteten zukünftigen Nachfrage, dem aktuellen Leistungsportfolio sowie zu den geplanten Entwicklungen bezüglich der Änderung der Anzahl an Pflegeplätzen und dem Schaffen neuer Angebote befragt. In der Darstellung der Ergebnisse wird zwischen den verschiedenen Einrichtungen – vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und ambulante Pflegedienste – unterschieden. Wesentliche Unterschiede zwischen den Stadtbezirken waren nicht zu erkennen und werden im Folgenden daher nicht erneut angesprochen.

11.2.1 Vollstationäre Pflege

Auslastung

Die Teilnehmenden der Einrichtungsbefragung wurden nach der durchschnittlichen Auslastung ihrer Einrichtungen in den vergangenen 4 Jahren gefragt (Tabelle 22). Es zeigte sich, dass die Auslastung der vollstationären Pflegeeinrichtungen insgesamt sehr hoch war. In den Jahren 2017 bis 2019 lag diese durchschnittlich bei 98 %. 2020 war sie mit 94 % etwas niedriger, was mutmaßlich auf die Corona-Pandemie zurückgeführt werden kann.

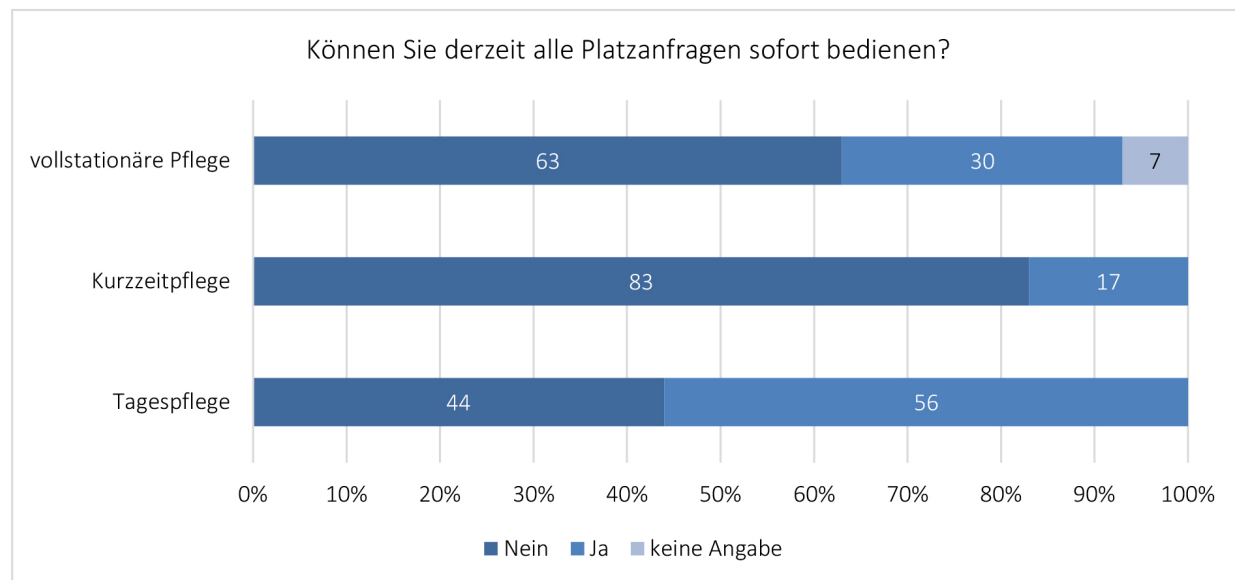
Tabelle 22: Durchschnittliche Auslastung von 2017 bis 2020 nach Einrichtungstyp

Jahr	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege
2017	98 % ^{a)}	72 % ^{b)}	83 % ^{d)}
2018	98 % ^{a)}	75 % ^{b)}	81 % ^{e)}
2019	97 % ^{a)}	76 % ^{c)}	79 % ^{f)}
2020	94 % ^{a)}	45 % ^{b)}	66 % ^{g)}

^{a)} bezieht sich auf 35 stationäre Pflegeeinrichtungen; ^{b)} bezieht sich auf 6 Kurzzeitpflegeeinrichtungen; ^{c)} bezieht sich auf 4 Kurzzeitpflegeeinrichtungen; ^{d)} bezieht sich auf 11 Tagespflegeeinrichtungen; ^{e)} bezieht sich auf 12 Tagespflegeeinrichtungen; ^{f)} bezieht sich auf 14 Tagespflegeeinrichtungen; ^{g)} bezieht sich auf 16 Tagespflegeeinrichtungen

Die Teilnehmenden wurden weiterhin gefragt, ob sie derzeit alle Platzanfragen in ihren Einrichtungen sofort bedienen können. Hier gab der überwiegende Teil der Teilnehmenden (63 %) der vollstationären Pflege an, Platzanfragen derzeit nicht sofort bedienen zu können (Abbildung 91).

Abbildung 91: Möglichkeiten der (teil-)stationären Einrichtungen Platzanfragen aktuell zu bedienen (in Prozent)

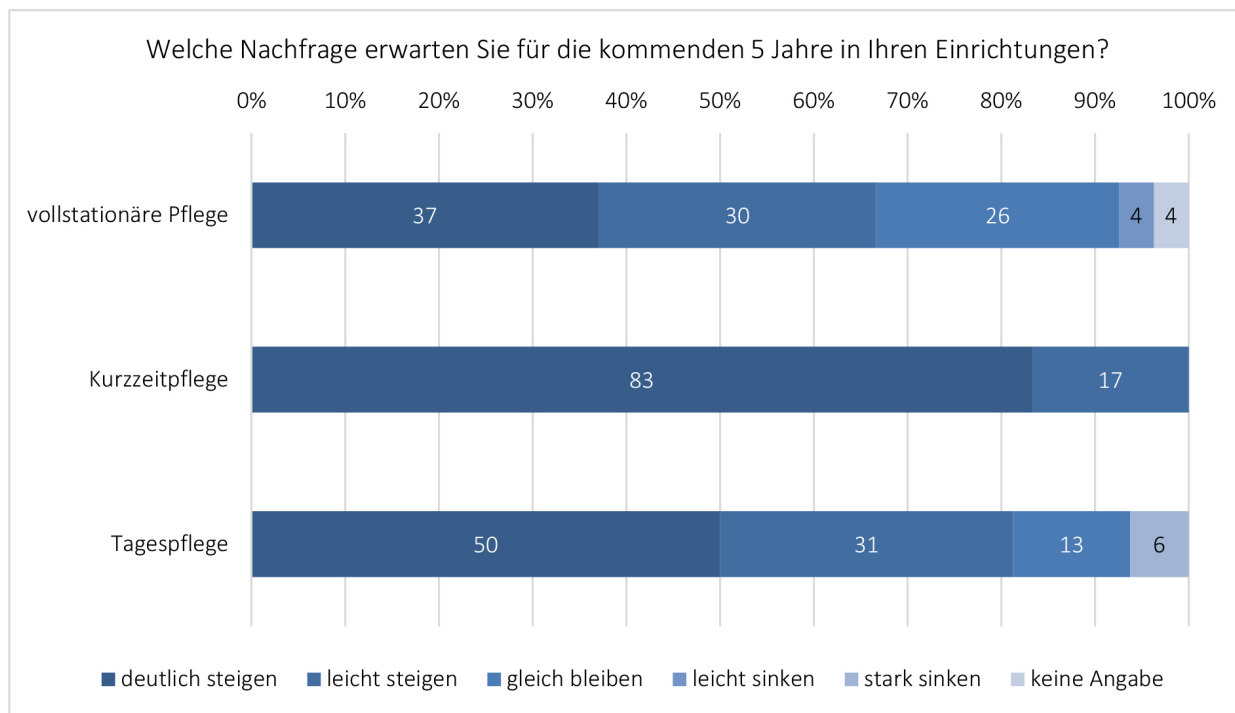


Zu den Gründen für das Ablehnen von Anfragen gehörten – einrichtungübergreifend – Personalknappheit (n = 3), fehlende Kapazitäten (n = 4), Hygieneauflagen und Abstandsregelungen, die mit der Corona-Pandemie einhergehen (n = 5), Einzelzimmerwünsche, die nicht bedient werden können (n = 3) sowie spezifische Patientenprofile (n = 2). Zu spezifischen Patientenprofilen zählten dabei beispielsweise Personen, die eine spezielle Betreuung aufgrund eines Risikos der Eigen- und Fremdgefährdung, aktiven Suchtverhaltens oder der Notwendigkeit invasiver Beatmung benötigen oder sich nicht für das Pflegekonzept der Einrichtung eignen.

Erwartete Nachfrage

Es wurde weiterhin gefragt, welche Nachfrage die Teilnehmenden für die kommenden 5 Jahre für ihre Einrichtungen erwarten. Das Bild in der vollstationären Pflege war gemischt (Abbildung 92). 26 % der Teilnehmenden erwarteten eine gleichbleibende, 30 % eine leicht steigende und 37 % eine deutlich steigende Nachfrage für ihre Einrichtungen. In den Experteninterviews wurde argumentiert, dass es auch zukünftig immer einen Bedarf an vollstationärer Pflege geben wird, insbesondere vor dem Hintergrund der großen Anzahl an Menschen mit Demenz, die oftmals ab einem gewissen Punkt nicht mehr in der Häuslichkeit versorgt werden können. Zudem könnte die vollstationäre Pflege bei einem intensiven Pflegebedarf kostengünstiger sein als ambulante oder teilstationäre Angebote.

Abbildung 92: Erwartungen der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) in Bezug auf die zukünftige Nachfrage in ihren Einrichtungen (in Prozent)



Anmerkung: Aufgrund des Rundens der Prozentangaben ergeben sich in der Summe dieser nicht immer exakt 100 %.

Aktuelles Leistungsportfolio

In den Experteninterviews wurde nach Leistungen der Einrichtungen gefragt, die diese zusätzlich zu den im Versorgungsvertrag festgelegten Leistungen anbieten. Hier wurde angegeben, dass die vollstationären Einrichtungen beispielsweise Ergotherapie, die Begleitung bei Arztbesuchen oder zum Einkaufen, Hilfe beim Ein- und Auszug sowie soziale und kulturelle Betreuung (spazieren gehen, Gottesdienste, Ausflüge, Feste, Musiknachmittage, Grillnachmittage, die Ausrichtung von Familienfeierlichkeiten) zur Förderung der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner anbieten. Einige Einrichtungen verfügten dabei über ein entsprechendes räumliches Angebot wie eine eigene Bibliothek oder Gärten. Die Experteninterviews zeigten ferner, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Angebotsdurchführung oder der Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern auf die Unterstützung von Ehrenamtlichen zurückgreifen können und diese dabei eine wichtige Rolle einnehmen.

Pläne zur Änderung der Platzzahlen

Der Großteil der Teilnehmenden der Befragung (n = 32, 82 %) – über alle Einrichtungstypen hinweg – gab an, keine Platzänderungen zu planen. Auch in den Experteninterviews wurde weitgehend einstimmig geäußert, keine neuen Plätze schaffen zu wollen. Als Hinderungsgründe wurden fehlendes Personal, das bereits vielfältige Angebot des eigenen Unternehmens, zeitliche Ressourcen, behindernde Regularien und fehlende Grundstücke genannt. Auch scheitern neue Angebote oftmals an der Finanzierung, die über die Pflegekassen abgedeckt wird, und somit an mangelnder Wirtschaftlichkeit.

Bei der Befragung der vollstationären Pflege zu bestehenden Plänen für eine Änderung der Platzkapazitäten gaben 4 Personen an, dass eine Erweiterung von vollstationären Pflegeplätzen in ihren Einrichtungen geplant ist. Insgesamt handelt es sich dabei um 196 Plätze. Ein weiterer Träger plant einen Abbau von 4 Plätzen (Tabelle 23). In den Experteninterviews wurden keine Pläne

zur Erweiterung von vollstationären Angeboten geäußert. Die teilnehmenden Einrichtungen verfügten über insgesamt 4.325 Pflegeplätze, sodass mit den angegebenen 192 neuen Plätzen nur ein moderater Ausbau der vollstationären Pflege in naher Zukunft zu erwarten ist.

Tabelle 23: Geplante Änderung in den Platzkapazitäten nach Einrichtungstyp

Geplante Änderung	vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege
Erweiterung um	196 Plätze	30 Plätze	25 Plätze
Abbau von	4 Plätzen	0 Plätzen	4 Plätzen
Zuwachs insgesamt	192 Plätze	30 Plätze	21 Plätze

11.2.2 Kurzzeitpflege

Auslastung

Im Vergleich zu den vollstationären Pflegeeinrichtungen verfügten die Einrichtungen der Kurzzeitpflege über mehr freie Kapazitäten (Tabelle 22). In den Jahren 2017 bis 2019 lag die Auslastung zwischen 72 % und 76 %. 2020 war die Auslastung in allen Versorgungstypen niedriger als in den 3 Jahren davor. In den Einrichtungen der Kurzzeitpflege ging sie dabei weitaus stärker zurück als in den vollstationären Pflegeeinrichtungen und lag 2020 bei nur 45 %. Die Auswertung der Experteninterviews zeigte auf, dass dieser Rückgang auf die Corona-Pandemie zurückzuführen ist. Unter anderem könnte die Furcht vor einer Ansteckung die Inanspruchnahme der Angebote deutlich beeinträchtigt haben.

Weitere Gründe für die im Vergleich zu vollstationären Pflege geringere Auslastung der Kurzzeitpflegeeinrichtungen scheinen in der stärkeren Dynamik bei der Belegungssituation zu liegen. In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass ein nahtloser Wechsel zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern aus organisatorischen Gründen nicht immer möglich ist und Kurzzeitpflegeplätze oftmals einige Tage frei bleiben, bis sie wieder belegt werden können. Eine volle Auslastung ist demnach kaum erreichbar. Die Expertinnen und Experten nannten die Rahmenbedingungen – auch deshalb – als herausfordernd, um Kurzzeitpflegeeinrichtungen wirtschaftlich betreiben zu können.

Die Belegungsdynamik (z. B. höhere Nachfrage in bestimmten Zeiträumen wie Urlaubs- und Ferienzeiten) und schlechte Planbarkeit (z. B. verzögerte Entlassung aus dem Krankenhaus) können Gründe dafür sein, dass Platzanfragen in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen trotz freier Kapazitäten nicht immer sofort bedient werden können. In der Einrichtungsbefragung gaben 83 % der Teilnehmenden (n = 5) an, dass Platzanfragen nicht sofort bedient werden können. Auch in den Experteninterviews wurde angemerkt, dass es für Pflegebedürftige derzeit sehr schwer ist, einen Kurzzeitpflegeplatz zu bekommen.

Erwartete Nachfrage

Im Bereich der Kurzzeitpflege erwarteten 83 % der Teilnehmenden der Einrichtungsbefragung einen deutlichen Anstieg der Nachfrage und 17 % einen leichten Anstieg (Abbildung 92). Diese Erwartungen wurden in den Experteninterviews gestützt. Zudem wurde hier darauf hingewiesen, dass die Anzahl an eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen⁹³ zurückgegangen ist. Den Rückgang führten die Expertinnen und Experten auf die Rahmenbedingungen zurück. Demnach unterliegt die Kurzzeitversorgung großen Schwankungen (z. B. kurze Aufenthaltsdauer, schneller Wechsel) und ist somit schwer planbar. Insbesondere für kleinere Einrichtungen könne es schwierig sein, diese Schwankungen auszugleichen.

⁹³ Neben speziellen Kurzzeitpflegeeinrichtungen, gibt es auch vollstationäre Einrichtungen, die über eingestreute Kurzzeitpflegeplätze eine vorübergehende Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Personen anbieten.

Aktuelles Leistungsportfolio

Die Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Kurzzeitpflege beschrieben neben allgemeinen Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege⁹⁴ zusätzliche Leistungen ihrer Einrichtungen. So werden beispielsweise Ergotherapie und Physiotherapie durch externe Partner angeboten. Eigenes Personal bietet soziale und kulturelle Betreuung (Spaziergänge, Gespräche, Spiele, Zeitungsschau, Andacht, Gymnastik, Singen, Musikveranstaltungen) an.

Entwicklung von Kurzzeitpflegeangeboten

Die teilnehmenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen verfügten über insgesamt 140 Kurzzeitpflegeplätze (von 164 Plätzen in Dresden). In der Einrichtungsbefragung gaben zwei Teilnehmende an, dass im Bereich der Kurzzeitpflege eine Erweiterung geplant ist. Dabei handelt es sich um insgesamt 30 Plätze (Tabelle 23), was bei Realisierung einem nennenswerten Zuwachs entsprechen würde. Auch in den Interviews gab eine Person aus der ambulanten Pflege an, dass ihr Träger die Eröffnung einer Kurzzeitpflegeeinrichtung plant, damit eigene Klientinnen und Klienten, die beispielsweise nach einer Krankenhausentlassung Kurzzeit- oder Verhinderungspflege benötigen, im Unternehmen bleiben können. Dies vor dem Hintergrund, dass aktuelle Schwierigkeiten bestehen, schnell Kurzzeitpflegeplätze für eigene Klientinnen und Klienten zu bekommen.

Als Gründe dafür, dass kein neues Kurzzeitpflegeangebot geplant wird oder bestehende Angebote nicht ausgebaut werden, nannten die Expertinnen und Experten neben dem generellen Personalmangel häufig die schlechten Rahmenbedingungen durch die Pflegekasse. Dazu gehörte, dass die Kurzzeitpflege mit dem vollstationären Setting gleichgesetzt wird, obwohl andere Bedarfe vorliegen. So wurde der Aufwand in Organisation, Verwaltung und Pflege als deutlich höher und dementsprechend auch der Personalbedarf als höher eingeschätzt. Auch die Refinanzierung des Angebots stelle eine Herausforderung dar. Es wurde ausgeführt, dass die mit der Pflegekasse anhand einer prognostischen Belegungsstruktur (Soll-Auslastung) verhandelten Pflegesätze in der Realität nicht funktionieren, da die Kurzzeitpflege durch eine dynamische Belegungsstruktur geprägt und die durch die Pflegekasse berechnete idealtypische Auslastung nicht erreichbar ist.

Exemplarisch wird im Folgenden die Vision einer interviewten Person zur Neustrukturierung der Kurzzeitpflege geschildert. Bislang führt der Weg oftmals von der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege. Ziel soll es hingegen sein, die zu Versorgenden gut zu therapieren, vorzubereiten und ihnen Angebote zu machen, damit sie wieder in die Häuslichkeit gehen und ambulant versorgt werden können. Dafür wünscht sich die Person die Neustrukturierung der Pflegesätze für die Kurzzeitpflege, eine andere personelle Ausstattung, eine bessere Anbindung von Therapieangeboten sowie eine bessere Beratung und Schulung von Angehörigen.

11.2.3 Teilstationäre Pflege

Auslastung

Die Einrichtungen der Tagespflege verfügten in den Jahren 2017 bis 2019 über freie Kapazitäten bei einer durchschnittlichen Auslastung zwischen 79 % und 83 % (Tabelle 22). Auch hier war die Auslastung 2020 bedingt durch die Corona-Pandemie mit durchschnittlich 66 % insgesamt niedriger.

In den Experteninterviews zeigte sich, dass, ähnlich wie in der Kurzzeitpflege, eine sehr hohe Auslastung der Tagespflegeeinrichtungen schwer zu erreichen ist. Dafür würden mehr Tagespflegegäste benötigt, als Plätze vorhanden sind, da einige Gäste die Angebote nur an bestimmten Tagen oder stundenweise nutzen. Die Situation scheint jedoch nicht ganz so angespannt zu sein, wie in der Kurzzeitpflege. Demnach gaben 56 % der Teilnehmenden an, Platzanfragen nach einem Tagespflegeplatz sofort bedienen zu können und nur etwas weniger als die Hälfte (44 %) konnten dieses nicht (Abbildung 91).

⁹⁴ Verhinderungspflege: Wenn die private Pflegeperson im Urlaub ist oder durch Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert wird, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege.

Erwartete Nachfrage

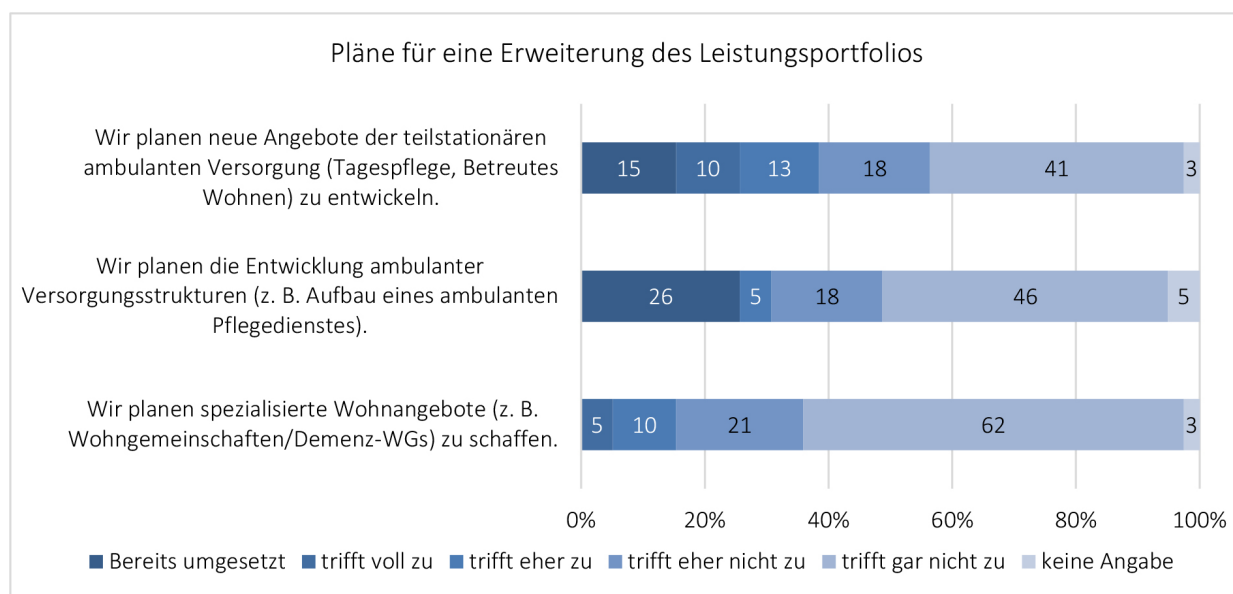
Die Hälfte der Teilnehmenden (50 %) der Einrichtungsbefragung antwortete, dass sie einen deutlichen Anstieg der Nachfrage in ihren Tagespflegeeinrichtungen erwarten. 31 % erwarteten einen leichten Anstieg und 13 % eine gleichbleibende Nachfrage. 6 % der Teilnehmenden gaben an, eine stark sinkende Nachfrage zu erwarten (Abbildung 92). In den Interviews wurde eine steigende Nachfrage insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl an Menschen mit Demenz gesehen, die von einer Alltagsstrukturierung profitieren, um länger in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und folglich stationäre Einrichtungen zu entlasten bzw. nicht beanspruchen zu müssen.

Entwicklung teilstationärer Angebote

Die teilnehmenden Einrichtungen verfügten über 288 Tagespflegeplätze (von 641 Plätzen in Dresden). Eine Person gab an, eine Erweiterung um 25 Plätze und eine weitere einen Abbau um vier Plätze zu planen (Tabelle 23), was einen geringen Zuwachs darstellen würde. Weiterhin gab einrichtungsübergreifend ein Großteil der Teilnehmenden (59 %) an, dass die Entwicklung neuer Angebote der teilstationären ambulanten Versorgung gar nicht oder eher nicht in Planung ist. 23 % von ihnen planen hingegen neue Angebote in diesem Bereich und 15 % (n = 6) gaben an, derartige Angebote schon umgesetzt zu haben (Abbildung 93).

In den Experteninterviews äußerten sich vier Personen, darunter drei von ambulanten Pflegediensten, zu Plänen für den teilstationären Bereich. Demnach planen sie die Eröffnung von Tagespflegeeinrichtungen, Wohngemeinschaften oder Einrichtungen des Betreuten Wohnens. Ein Träger möchte das bereits vorhandene Angebot an betreutem Wohnen weiter ausbauen.

Abbildung 93: Pläne der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) für eine Erweiterung des Leistungsportfolios ihrer Einrichtungen (in Prozent)



Anmerkung: Aufgrund des Rundens der Prozentangaben ergeben sich in der Summe dieser nicht immer exakt 100 %.

11.2.4 Ambulante Pflege

Auslastung

In den kurzen Telefoninterviews wurden die ambulanten Pflegedienste gefragt, ob sie zum Befragungszeitpunkt neue Klientinnen und Klienten, die Grundpflege nach SGB XI benötigten, aufnehmen können. 52 (47 %) Pflegedienste gaben an, zu diesem Zeitpunkt weitere Personen aufnehmen zu können und 44 (40 %) Pflegedienste konnten dies nicht. Ein Pflegedienst machte keine Angaben. In Bezug auf die Stadtbezirke ist eine weitgehend gleichmäßige Verteilung der Pflegedienste mit freien Kapazitäten zu erkennen.

Die Pflegedienste mit freien Kapazitäten (N = 52) wurden zudem nach der Anzahl an möglichen Neuaufnahmen gefragt. Ein großer Teil konnte diese Frage nicht pauschal beantworten, sodass beispielhaft nach neuen Klientinnen und Klienten mit dem Bedarf nach Leistungskomplex 1 (LK1) – einer kleinen Morgen- und Abendtoilette außerhalb des Bettes –, die innerhalb des üblichen Einzugsbereiches des Pflegedienstes wohnen, gefragt wurde. Daraufhin gaben 16 Pflegedienste an, bis zu vier neue Klienten und 14 mehr als fünf neue Klienten aufnehmen zu können.

Ambulante Pflegedienste, die angaben, keine neuen Klienten aufnehmen zu können, wurden nach den Ablehnungsgründen von Anfragen gefragt (Mehrfachnennungen waren hier möglich). Der am häufigsten genannte Grund für eine Ablehnung war der Personalmangel (49 %), gefolgt von fehlenden Kapazitäten (32 %). Dazu gehört beispielsweise, dass Touren voll oder bestimmte Zeiträume ausgelastet sind, da viele Klientinnen und Klienten zur gleichen Zeit Pflege benötigen. Zu den sonstigen Ablehnungsgründen gehörten unter anderem, dass die potentiellen Klienten nicht im Einzugsgebiet des Pflegedienstes wohnen, der Pflegedienst zu klein ist oder ein besonderer Pandemie-Plan die Neuaufnahme verhindert.

Erwartete Nachfrage

Die Expertinnen und Experten der ambulanten Pflege sahen eine große Nachfrage nach ambulanten Angeboten. Demnach versuchten die Menschen so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben und viele sehen den Übergang in eine vollstationäre Einrichtung als letzte und möglichst zu vermeidende Lösung an. Auch dadurch kommt der ambulanten Pflege ein hoher Stellenwert zu.

“[...] ins Pflegeheim kommen wirklich nur noch „End-Pflegen“ und die bleiben tatsächlich alle zuhause bis zum Schluss. Und ich denke, dass sich das so weiterentwickeln wird.” (Pflegedienstleitung ambulanter Pflegedienst, Mai 2021)

Zudem beschrieben sie, dass die ambulante Pflege an sich bzw. die Behandlungspflege aufwendiger wird und dass vor diesem Hintergrund fehlende Fachkräfte eine der großen Herausforderungen der Gegenwart und der Zukunft darstellen. So gab eine Person an, Menschen mit Port-Behandlungen manchmal ablehnen zu müssen, da nicht gesichert ist, dass immer eine Fachkraft im Spätdienst zur Verfügung stünde.

“Und das ist so eine Gratwanderung. Die Technik schreitet voran. [...] Die müssen dann auch damit zurechtkommen im Nachhinein. Und selbst wenn es nur sowas Simples ist wie eine Stoma-Versorgung. Selbst da scheitern dann viele ältere Leute, wenn die über 90 sind, mit der Feinmotorik.” (Leitung ambulanter Pflegedienst, Mai 2021)

Weiterhin wurde angegeben, dass es für Personen mit geringem Pflegegrad sehr schwierig ist, einen Pflegeheimplatz zu bekommen, sodass ambulante Begleitangebote notwendig werden, um die Menschen beim Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu unterstützen. Hier sahen die Expertinnen und Experten eine steigende Nachfrage insbesondere nach hauswirtschaftlichen Leistungen sowie psychischen und sozialen Betreuungsleistungen.

Aktuelles Leistungsportfolio

Neben der Grund- und Behandlungspflege wurden in den Experteninterviews verschiedene weitere Leistungen der ambulanten Pflegedienste beschrieben. Dazu zählten hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Betreuungs- und Entlastungsleistungen (z. B. Einzelbetreuung für psychisch Erkrankte und Demenzerkrankte, Einkaufen, Spiele, Spaziergänge), Verhinderungspflege, soziale Arbeit (z. B. Hilfe bei Antragsstellungen oder Bankangelegenheiten), Begleitung zu Arztbesuchen, Übersetzungsleistungen oder die Vermittlung von und Suche nach Wohnangeboten.

Entwicklung ambulanter Strukturen

In der Befragung gab der Großteil der Teilnehmenden (64 %) an, keine Entwicklung bzw. Kapazitätsausweitung ambulanter Versorgungsstrukturen zu planen. Etwa ein Viertel (n = 10, 26 %) hatte ambulante Versorgungsstrukturen bereits umgesetzt (Abbildung 93). In den Experteninterviews äußerte eine Person den Plan, den Bereich der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten ausbauen zu wollen und derzeit auf der Suche nach geeignetem Personal zu sein. Eine weitere Person sprach von Plänen der Angebotsflexibilisierung. So sollten die vollstationären Einrichtungen des Trägers durch jeweils einen ambulanten Pflegedienst gestärkt und ebenfalls vermehrt hauswirtschaftliche Tätigkeiten angeboten werden.

“Und die hauswirtschaftlichen Angebote sind interessanterweise der Türöffner im Quartier. Nicht so sehr die Pflege. Wenn die Pflege kommt, ist es fast schon zu spät. Dann sind die Angehörigen häufig schon auf der Suche nach einer stationären Bedarfsklärung.” (Geschäftsführung großer Träger, Juni 2021)

11.2.5 Resümee

Im ambulanten und teilstationären Bereich der Pflegelandschaft bestanden zum Zeitpunkt der Erhebung noch freie Kapazitäten, sodass Anfragen von Pflegebedürftigen entsprochen werden konnte.

Bei den vollstationären Einrichtungen besteht hingegen eine sehr hohe Auslastung (2017 bis 2019 bei ca. 98 %). Auch in anderen Städten ist die Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen hoch. Im Jahr 2019 lag die Auslastung von stationären Einrichtungen im Kreis Gütersloh bei etwas über 93 % (Mennicken 2021). Im gleichen Jahr wird auch für Gesamtdeutschland eine Auslastung der stationären Pflege von etwa 93 % angegeben (Statistisches Bundesamt 2020). Der Pflegereport 2018 (Schwinger & Tsiasioti 2018) zeigte bereits, dass stationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen eine etwas höhere Auslastung aufwiesen als der Bundesdurchschnitt. Weiterhin gaben in der LAB60+ Studie viele stationäre Einrichtungen in Dresden an, Anfragen nicht sofort bedienen zu können. Auch wird eine leichte bis deutlich steigende Nachfrage von einem Großteil der vollstationären Einrichtungen erwartet. Gleichzeitig sind die Planungen zum Ausbau von Platzkapazitäten oder Schaffen neuer vollstationärer Angebote als gering einzuschätzen.

Im Bereich der Kurzzeitpflege weisen die Daten auf eine angespannte Situation hin. Diese Einrichtungen haben aufgrund der bestehenden Rahmenbedingungen Auslastungsschwierigkeiten und können gleichzeitig trotz freier Kapazitäten Anfragen oftmals nicht unmittelbar bedienen. Somit kann es für Pflegebedürftige schwierig sein, trotz freier Kapazitäten einen Kurzzeitpflegeplatz zu erhalten. Nach Angaben der Einrichtungsträger behindern die herausfordernde Rahmenbedingungen, die unter anderem zu einem unwirtschaftlichen Betrieb führen, die Erweiterung der Angebote. Dennoch äußerten einige Träger Pläne zum Ausbau der Kurzzeitpflegeangebote, um dem Bedarf entsprechen zu können.

Alle Angebote leiden unter einem Personalproblem, das erheblichen Einfluss auf Pläne zur Entwicklung neuer Angebote bzw. den Ausbau von Platzkapazitäten hat. Perspektivisch müssen hier, zur Wahrung einer ausreichenden Versorgung, Lösungen gefunden werden.

Weiterhin wird in Teilen zu Tatbeständen beraten bzw. geholfen, für die es bereits spezialisierte Angebotsstrukturen in der Stadt Dresden gibt.

11.3 Spezialisierte Versorgungsformen

In den Experteninterviews wurde zudem gefragt, inwieweit Menschen mit spezifischen Patientenprofilen (z. B. Demenzerkrankung, Suchterkrankung) in den aktuellen Strukturen gut versorgt werden, vor welchen Herausforderungen die Einrichtungen bei der Versorgung stehen und ob ein Bedarf für alternative Versorgungsformen besteht.

11.3.1 Bewertung der Ist-Situation

Einrichtungsübergreifend bewerteten die Expertinnen und Experten die Versorgung insbesondere von Menschen mit Demenz in den aktuellen Strukturen als gut umsetzbar.

Im Bereich der vollstationären Pflege wurde angegeben, dass Menschen mit Demenz bereits einen großen Teil der Bewohnerschaft ausmachen und spezialisierte Konzepte die Versorgungsqualität steigern können. Zu den genannten Voraussetzungen gehörten ein hoher Personalschlüssel (mehr Betreuungskräfte), speziell geschultes Personal, Konzepte zur Tagesstrukturierung, genügend Zeit für die Betreuung und eine angepasste räumliche Gestaltung (z. B. mehr Ruhezone, größere Zimmer, großzügige Flure). Auch eine intensive ärztliche Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner ist wichtig, jedoch aufgrund der geringen Fachärztdichte schwierig zu realisieren. Gemischte Wohnbereiche für Bewohnende mit und ohne Demenz wurden für die Teilhabe als wichtig angesehen. Gleichwohl wurde angemerkt, dass es hier zu Konflikten zwischen den Bewohnenden kommen kann.

In Bezug auf Menschen mit Suchtproblematik waren die Einschätzungen im Bereich der vollstationären Pflege gemischt. So schätzte eine Person die fachliche Expertise im eigenen Unternehmen als nicht ausreichend ein. Eine weitere Person sagte, dass die Unterbringung von Menschen mit Suchterkrankung in einer spezialisierten Einrichtung gut wäre, da die Betroffenen besondere Bedürfnisse und Wünsche haben. Eine dritte Person gab an, dass Suchtkranke und Personen, die einen behüteten Bereich benötigen, in der Einrichtung nicht versorgt werden können.

Auch in der teilstationären Pflege schätzten die Expertinnen und Experten die Versorgung von Menschen mit Demenz als gut ein. Im Bereich der Kurzzeitpflege wurde allerdings geäußert, dass eine Versorgung von Menschen mit sehr hohem Pflege-, Behandlungs- und Betreuungsaufwand, zu denen auch Personen mit nicht beherrschbarer Hinlauftendenz⁹⁵ zählten, schwierig bis unmöglich ist. Als Grund dafür wurde das offene Konzept der Einrichtung und die direkte Lage an einer Straße genannt. Technische Assistenzsysteme wie Lichtschranken und GPS-Armbänder wurden als hilfreich, jedoch zu kostenintensiv eingeschätzt. Eine finanzielle Förderung technischer Möglichkeiten ist gewünscht. Auch der Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen im Sinne einer Rund-um- die-Uhr-Versorgung wie in der Intensivpflege wurde vorgeschlagen, da es für demenzerkrankte Personen am besten sei, in der eigenen Häuslichkeit zu sein. Die Versorgung sollte allerdings für die Pflegebedürftigen finanzierbar sein.

Die Expertinnen und Experten der ambulanten Pflege waren sich einig, dass eine Versorgung von Menschen mit spezifischen Patientenprofilen grundsätzlich gut möglich ist. Voraussetzung für eine gelingende Versorgung ist demnach ein starkes Netzwerk aus Haus- und Fachärzten (Neurologen, Psychologen), Sozialarbeitern und Angehörigen. Gegebenenfalls ist auch die zusätzliche Inanspruchnahme teilstationärer Angebote, wie der Besuch einer Tagespflegeeinrichtung oder Betreuungsleistungen, sinnvoll. Als hilfreiche Faktoren wurden weiterhin eine überschaubare Größe des Pflegedienstes bzw. bekannte Gesichter und feste Routen sowie die Möglichkeit, sich Zeit für die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten nehmen zu können, angegeben. In einigen Fällen wird eine 24-Stunden-Betreuung als sinnvoll erachtet, was jedoch oftmals schwierig umzusetzen ist.

Herausforderungen bei der ambulanten Versorgung bestehen ferner in dem hohen Beratungs-, Aufklärungs- und Betreuungsbedarf dieser Klientinnen und Klienten und den geringen Finanzierungsmöglichkeiten. Zudem sei es schwierig, wenn keine Angehörigen vorhanden sind oder diese Angebote ablehnen. Besonders schwierig wird es bei zu Versorgenden, die aggressiv sind und eine Neigung zur Gewalt aufweisen, keine Einsicht in Behandlungserfordernisse zeigen oder schlichtweg unzuverlässig sind (z. B. nicht zur abgesprochenen Zeit zuhause sind, die Tür nicht aufmachen). Dies können Gründe für die Ablehnung der Klientinnen und Klienten sein, da die Sicherheit des Personals nicht gewährleistet werden kann oder Leerfahrten entstehen und Leistungen nicht abgerechnet werden können.

11.3.2 Entwicklung spezialisierter Versorgungskonzepte

In den Experteninterviews wurde grundsätzlich ein Bedarf für spezialisierte Versorgungsstrukturen und -konzepte für Menschen mit spezifischen Patientenprofilen gesehen. In der Befragung der Versorgungseinrichtungen gaben allerdings nur wenige Teilnehmende (n = 6, 15 %) an, spezialisierte Wohnangebote zu planen. Der Großteil der Teilnehmenden (83 %) plant keine Angebote in diesem Bereich (Abbildung 93). In den Interviews begründete eine Person dies mit den fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten derartiger Angebote und führte dies auf das Pflegestärkungsgesetz⁹⁶ zurück. Eine weitere Person erläuterte, dass bestimmte Auflagen der Pflegekassen für bauliche Voraussetzungen (z. B. Wohngruppen dürfen nur eine gewisse Größe haben, es soll möglichst Rundwege mit ebenerdigen Zugang zum Garten geben) oftmals nicht erfüllt werden können.

⁹⁵ Hinlauftendenz (früher auch Weglauftendenz genannt) beschreibt ein Verhalten, dass bei Menschen mit Demenz auftreten kann. Oftmals haben diese dabei das Gefühl, etwas erledigen bzw. irgendwo hin zu müssen – meist mit einem klaren Ziel vor Augen (z. B. zur Arbeit gehen, die Kinder abholen). Sie laufen somit in der Regel zu einem Ort, der für sie in dem Moment wichtig ist. Geschieht dies unbemerkt, kann es vorkommen, dass nach den Personen gesucht werden muss.

⁹⁶ Pflegestärkungsgesetz PSG (I-III). Eckpfeiler des PSG II ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der nun 5 Pflegegrade statt 3 Pflegestufen definiert. Seit 2017 erhalten alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind (Bundesministerium für Gesundheit 2018).

11.3.3 Geschlossene Unterbringung

In einigen Fällen kann zum Wohl der Betreuten mit Genehmigung des Betreuungsgerichts nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) eine freiheitsentziehende Unterbringung erfolgen. Einrichtungsübergreifend bewerteten die Expertinnen und Experten die Unterbringung von Menschen mit spezifischen Patientenprofilen (z. B. Demenz oder Suchterkrankung) in geschlossenen Einrichtungen als Einzelfallentscheidung, die in manchen Fällen (z. B. bei Gewalttätigkeit und Aggression) notwendig sein kann. Die freiheitsentziehende Unterbringung wird jedoch als starker Eingriff gesehen und daher eher abgelehnt. Offene und auf die Krankheitsbilder spezialisierte Unterbringungsmöglichkeiten mit entsprechendem Personalschlüssel und Betreuungsmöglichkeiten hingegen wurden präferiert und die Integration und Teilhabe der Menschen als sehr wichtig angesehen. Auch eine Person, deren Träger geschlossene Einrichtungen in Dresden betreibt, beschrieb zukünftige Pläne zur Umstrukturierung hin zu einer offenen Gestaltung mit einer intensiveren Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner. Als Herausforderung dabei sah sie allerdings, dass sich die Personalanhaltszahlen⁹⁷ aus der vollstationären Pflege nicht einfach auf geschlossene Bereiche übertragen lassen, da ein abweichender Bedarf vorliegt. Dieser müsste individuell erfasst und dann vertraglich ausgehandelt werden.

11.3.4 Resümee

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass schon vielfältige Erkenntnisse für eine gelingende Versorgung zur Versorgung von Menschen mit Demenz vorliegen und entsprechende Konzepte umgesetzt wurden. Dennoch sehen die Versorgungseinrichtungen aufgrund der steigenden Anzahl an Menschen mit Demenz deren Versorgung als zukünftige Herausforderung. Bei Menschen mit anderen spezifischen Patientenprofilen wie z. B. Suchtkrankheit, scheinen die Erfahrungen der Einrichtungen weniger ausgeprägt zu sein und es werden hier Unterstützung und spezialisierte Konzepte gewünscht. Zudem deuten die Interviewergebnisse darauf hin, dass eine akute Suchtkrankheit Grund für eine Ablehnung der Pflegebedürftigen sein kann und diese Personen es somit schwerer haben, Pflegeangebote in Anspruch zu nehmen. In einer anderen bundesweiten Befragung von vollstationären Pflegeeinrichtungen sahen zwischen 30 % und 38 % der Teilnehmenden eine steigende Anzahl an Bewohnenden mit Suchtproblematiken (Isfort 2018).

Grundsätzlich wurde ein Bedarf für spezialisierte Versorgungskonzepte gesehen und das Schaffen derartiger Angebote zählt zu den genannten zukünftigen Herausforderungen in der Pflege (siehe Kapitel 11.9). Sehr deutlich wurde, dass eine geschlossene Unterbringung nur in Einzelfällen als Lösung anerkannt wird und in der Regel offene Konzepte zur Versorgung von Menschen mit spezifischen Patientenprofilen bevorzugt werden. 15 % der Einrichtungen gaben an, spezialisierte Versorgungsformen zu planen.

11.4 Pflege- und Seniorenberatung

In Sachsen wird eine „vernetzte Pflegeberatung“ angeboten. Dafür wird die Arbeit von Pflegekoordinatoren in den Landkreisen und Kreisfreien Städten gefördert, die zur Aufgabe haben, alle an der Beratung beteiligten Akteure zu vernetzen und regionale Pflegenetzwerke aufzubauen. Die Landeshauptstadt Dresden verfügt über ein vielfältiges Netz an Beratungs- und Hilfsangeboten für Seniorinnen und Senioren.

Zur Bewertung der Beratungssituation im Bereich der Pflegeberatung und der Seniorenberatung sowie der Vernetzung der involvierten Akteure wurden die Expertinnen und Experten gefragt, zu welchen Themen sie Pflegebedürftige und Angehörige beraten und an welche Akteure im Falle eines umfassenderen Beratungsbedarfes, der nicht durch die eigene Einrichtung abgedeckt werden kann, eine Weitervermittlung stattfindet. Weiterhin wurde in der Befragung wie auch den Interviews nach den Ausbauplänen im Bereich der Pflege- und Seniorenberatung gefragt.

⁹⁷ Auch Personalschlüssel oder Pflegeschlüssel genannt, beschreibt das Verhältnis zwischen Pflegekräften und zu Pflegenden und ist für jedes Bundesland geregelt.

11.4.1 Stand der Pflegeberatung

In Deutschland haben alle Pflegebedürftigen Anspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Pflegekasse. Diese hat die Organisation von Pflege zum Ziel und wird in der Regel am Anfang der Pflegephase durchgeführt. Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen und keine professionelle Hilfe erhalten, müssen regelmäßige Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI durch einen zugelassenen Pflegedienst, eine anerkannte Beratungsstelle oder eine von der Pflegekasse beauftragte Fachkraft nachweisen. Damit soll die Qualität in der häuslichen Pflege sichergestellt werden. Darüber hinaus werden Pflegebedürftige, die einen Versorgungsvertrag mit einer (teil-) stationären Einrichtung oder einem ambulanten Pflegedienst abgeschlossen haben, von diesen zu pflegerischen Themen beraten.

In den Interviews zeigte sich, dass in allen Bereichen - von ambulant bis vollstationär - eine Beratung der eigenen Klientinnen und Klienten oder Bewohnenden sowie von deren Angehörigen zu Pflege Themen (z. B. Pflegegrade, Unterbringungs-, Versorgungs- und entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten, Sturz, Hilfsmittel und Hausnotruf) stattfindet. Zum Teil werden auch externe Personen beraten.

In der Kurzzeitpflege wurde auf einen zum Teil besonders hohen Beratungsbedarf hingewiesen. Insbesondere in Akutsituationen müsse schnell und individuell beraten werden, da die Wenigsten im Vorfeld genügend Zeit haben, um sich auf die eingetretene Situation vorzubereiten. Die Kurzzeitpflege stellt dann oftmals die erste Kontaktstelle mit Pflege Themen dar. Aufgrund unzureichender personeller Kapazitäten ist eine ausführliche Pflegeberatung jedoch meist nicht möglich und es findet eine Weitervermittlung an andere Akteure statt.

Des Weiteren wurde ein hoher Beratungsbedarf in der ambulanten Pflege genannt. Viele ambulante Pflegedienste beschäftigen entsprechendes Personal und bieten umfassende Beratungsleistungen an. Hier gaben die Expertinnen und Experten an, zu allgemeinen Themen wie Demenz, psychischen Problemen, Sturz, Ernährung oder der Beantragung von Hilfsmitteln zu beraten. Auch zu Themen, die der Sicherheit der Pflegebedürftigen dienen, wie z. B. Hinweise auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und entsprechende Fördermöglichkeiten oder Hausnotruf, finden Beratungen statt. Zudem wurde angegeben, dass beim ersten Hausbesuch oftmals eine ausführliche Beratung zum Pflegeversicherungssystem notwendig ist, um Bedarfe zu ermitteln und zielgerichtet ein Angebot über Leistungen zu stellen. Die Pflegebedürftigen und Angehörigen benötigten Hilfestellungen, um sich in dem System zurecht zu finden und zum Teil auch bei Antragstellungen selbst, da die Formulare für die Zielgruppe teils schwer verständlich sind. Hier wurde die Kritik geäußert, dass dies eigentlich im Aufgabenbereich der Pflegekassen liegt.

„Und normalerweise wäre es nicht unsere Aufgabe, aber wir können ohne die Beratung gar nicht ordentlich denjenigen versorgen, wenn wir nicht das System erklärt haben und mit dem zusammen herausfinden, was er denn eigentlich braucht.“
(Geschäftsführung ambulante Pflege, April 2021)

Die meisten Teilnehmenden gaben an, selbst umfassend zu Pflege Themen zu beraten. Falls der Beratungsbedarf nicht abgedeckt werden kann, findet eine Weitervermittlung statt. Als Optionen wurden Haus- und Fachärzte, Kranken- und Pflegekassen, Sanitätshäuser, Senioren- und Behindertenberatung, Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Erkrankte, Ergotherapie oder Physiotherapie, soziale Dienste, das Sozialamt, Ortsämter sowie das Betreuungsgericht genannt.

11.4.2 Stand der Seniorenberatung

In Dresden wird die Seniorenberatung und Unterstützung nach § 71 SGB XII⁹⁸ durch kommunale und kommunal geförderte Seniorenberatungsstellen geleistet. Inhalte können u. a. Beratungen zum Thema Pflege (z. B. häusliche Pflege, Kurzzeit- und Tagespflege, Pflegeheime), Wohnen im Alter (z. B. Wohnraumanpassung, Betreutes Wohnen), sozialrechtliche Leistungen, Freizeit, Bildung und Kultur sowie ehrenamtlichen Tätigkeiten sein. Die Seniorenberatungsstellen arbeiten dabei eng mit anderen Beratungsstellen (z. B. Zentrale Wohnberatung des Sozialamtes, Pflegeberatung der Pflegekasse, etc.) zusammen.

Die Expertinnen und Experten aus der ambulanten Pflege gaben an, Beratungen zu Unterbringungsmöglichkeiten, zu sozialrechtlichen Problemen (z. B. bei Bedarf Anregung einer gesetzlichen oder familiären Betreuung), zu Antragstellungen (z. B.

⁹⁸ Sozialgesetzbuch (SGB XII) Zwölftes Buch - Sozialhilfe
198

für eine Erhöhung des Pflegegrades, zu Blindenpässen und Schwerbehindertenausweisen) sowie Transportleistungen bei anstehender Reha durchzuführen. Bei einem höheren Beratungsbedarf im Bereich der Seniorenberatung (z. B. sozialrechtliche Leistungen, Wohnen, soziale Problemlagen) gaben sie verschiedene Optionen zur Weitervermittlung an. Während die Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft unternehmensintern an eigene Seniorenberatungsstellen weitervermitteln, gaben die privaten Anbieter verschiedene Anlaufstellen wie das Sozialamt, Seniorenbeauftragte/Seniorenberaterinnen und -berater der Wohnungsbaugenossenschaften sowie andere Versorgungseinrichtungen als Weitervermittlungsoptionen an. Oftmals scheint auch eine individuelle Recherche nach Ansprechpersonen stattzufinden. Die kommunalen oder kommunal geförderten Seniorenberatungsstellen schienen dabei weniger bekannt zu sein.

„Und das braucht natürlich viel viel Zeit, was ich als Pflegedienst gar nicht leisten kann [...] Ich frage mich manchmal, wie das ein Pflegedienst machen kann, der „nur“ Pflegedienst ist. Ich bin froh, dass wir diese Netzwerke hier [eigener Pflegedienst ist angegliedert an Verein mit großem Leistungs- und Beratungsangebot] haben.“ (Leitung ambulanten Pflegedienst, April 2021)

2 Personen, deren Träger über kommunal geförderte Seniorenberatungsstellen verfügten, äußerten Kritik an der Finanzierung der Angebote. So wurde gefordert, dass die Finanzierung gemeinschaftlich (mit verschiedenen Akteuren und der Kommune) auf die Beine gestellt und langfristig abgesichert wird. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass eine Reduzierung von Angeboten notwendig würde, wenn die kommunale Finanzierung der Seniorenberatungsstellen nicht gesichert ist, um Personalkosten vollumfänglich zu erstatten.

Des Weiteren wurde Verbesserungspotential in Bezug auf die kommunal geförderte Seniorenberatung gesehen. Eine Person sieht die Kommune in der Pflicht, damit Beratungsangebote niedrigschwelliger werden und nannte das Beispiel der „Aufsuchenden Sozialarbeit“ als mögliche Option. Eine Person aus der ambulanten Pflege wünscht sich die stärkere Beratung des Pflegedienstes durch die Kommune bei Klientinnen und Klienten in finanzieller Notlage bzw. mit wenig Geld. Demnach benötigt der Pflegedienst Informationen zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten und Angeboten, wenn das finanzielle Budget der Klientinnen und Klienten bereits ausgeschöpft ist.

“Und die Frau verwahrlost mehr oder weniger in ihrer Wohnung, weil das Geld einfach nicht ausreicht [...]. Da wäre zum einen die Beratung uns gegenüber toll, dass wir wissen, was könnte man den Leuten wirklich noch anbieten, welche Möglichkeiten, welche Hilfestellungen gibt es denn tatsächlich noch?“ (Pflegedienstleitung ambulanten Pflegedienst, Mai 2021)

Der Wunsch einer anderen Person ist die Verbesserung der Beratungssituation der Angehörigen in Bezug auf die Übersichtlichkeit und Bündelung von Kompetenzen.

“Es gibt einen Haufen Broschüren, die können sie auch lesen, aber am Ende sind sie trotzdem verwirrt. Weil sie gehen zur [Pflege]Kasse, dort wird ihnen das eine erzählt, dann lesen sie diese Broschüren, gehen vielleicht auch zu irgendwelchen Sozialberatungsstellen, dort wird es ihnen wieder anders gesagt. Und das Krankenhaus, wo der Angehörige liegt, die erzählen ihnen noch etwas Anderes. Und dann kommen sie zu uns und wir müssen dann versuchen, irgendwo ein System reinzubringen. [...] Weil, das würde es für die Angehörigen leichter machen, für die Einrichtungen leichter machen, für den Patienten leichter machen. Also das sehe ich als eine wirkliche Hauptaufgabe.“ (Pflegedienstleistung Kurzzeitpflege, Juli 2021)

11.4.3 Stand Angehörigenarbeit und Angebote zur Schulung von Angehörigen

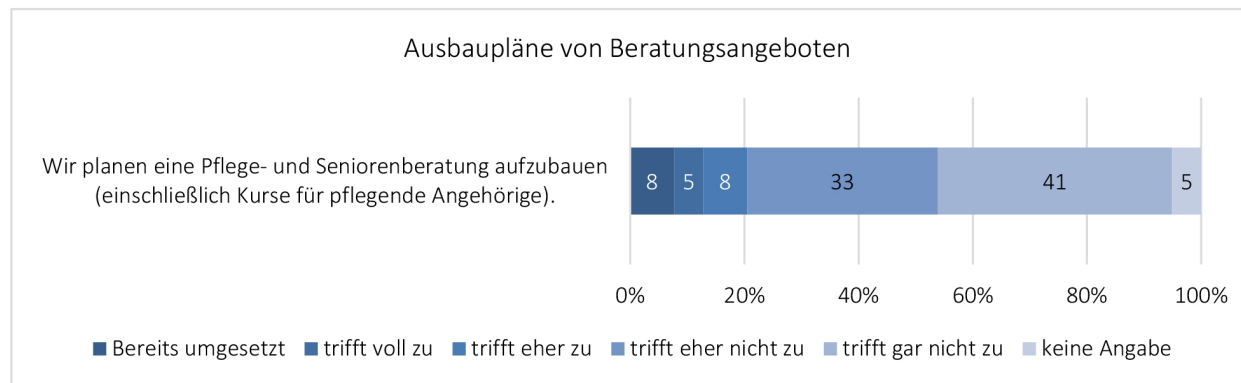
In den Interviews wurde nach den bestehenden Angeboten der Einrichtungen für die Angehörigenarbeit im Allgemeinen gefragt. Hier gaben alle Vertreterinnen und Vertreter der vollstationären Pflege an, dass in ihren Einrichtungen regelmäßig Angehörigenabende mit beispielsweise Fachvorträgen zu verschiedenen Themen stattfinden. Weiterhin gibt es regelmäßig die Möglichkeit für Einzelgespräche und die Angehörigen werden darüber hinaus zu Feierlichkeiten in den Einrichtungen eingeladen. Zudem gibt es bei einem Träger einen Angehörigenbeirat für die Mitgestaltung von Programmen. Eine Person aus der Kurzzeitpflege gab an, dass Unterstützung für Angehörige in ganz individueller Form angeboten wird. So kann bei einer palliativen Situation des Pflegebedürftigen beispielsweise eine intensivere Unterstützung notwendig sein. Grundsätzlich sollen die Angehörigen so gut wie möglich begleitet werden. In der Tagespflege findet die Angehörigenarbeit in Form von gemeinsamen Feierlichkeiten (z. B. Weihnachtsfeier, Sommerfest) oder Angehörigennachmittagen zum gemeinsamen Kennenlernen und Austauschen statt. Darüber hinaus werden in Notsituationen Gespräche angeboten.

Die Expertinnen und Experten der ambulanten Pflege gaben an, über keine Angebote der Angehörigenarbeit zu verfügen. 2 der Pflegedienste waren in freigemeinnütziger Trägerschaft und damit an eine Seniorenbegegnungsstätte oder einen Verein angebunden, die Angehörigenschulungen nach § 45 SGB XI⁹⁹ und Angehörigengruppen anbieten. Somit werden die Angehörigen bei Bedarf innerhalb des Trägers weitervermittelt. Eine Person eines privaten Trägers gab an, sich vorstellen zu können, Angebote für die Angehörigenarbeit zu gestalten, wenn eine entsprechende Nachfrage besteht. Dabei könnte sie sich eine Zusammenarbeit mit anderen Pflegediensten vorstellen. Eine weitere Person begründete das Nicht-Anbieten von Angehörigenschulungen nach § 45 SGB XI mit dem hohen Zeitaufwand und damit, dass bereits viele andere Akteure ein entsprechendes Angebot auf dem Markt hätten.

11.4.4 Pläne zum Ausbau von Beratungsangeboten

In der Befragung gaben nur wenige Teilnehmende an, den Ausbau einer Pflege- und Seniorenberatung (einschließlich Kursen für pflegende Angehörige) zu planen (n = 5, 13 %) oder bereits umgesetzt zu haben (n = 3, 8 %). Die meisten Teilnehmenden (74 %) haben keine Pläne für diesen Bereich (Abbildung 94). Auch in den Interviews gab der Großteil an, keinen Ausbau von Beratungsangeboten zu planen. Gründe waren zum einen die bereits starke Auslastung der Einrichtung oder die Meinung, dass das bestehende Angebot des eigenen Trägers bereits umfassend und ausreichend ist. Nur eine Person aus der ambulanten Pflege gab an, einen Ausbau im Bereich der Pflegeberatung zu planen. Dies sollte durch eine personelle Aufstockung und Wissenserweiterung stattfinden, indem eine Angestellte sich im Bereich des Case Managements weiterbildet.

Abbildung 94: Pläne der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) zum Ausbau der Beratungsangebote (in Prozent)



11.4.5 Resümee

Insbesondere die ambulanten Pflegedienste nehmen eine wichtige Rolle in der Beratung und Vermittlung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ein. Sie stehen in regelmäßigem Kontakt vor Ort und sind somit oftmals erste Ansprechpartner und beraten sowohl in Akutsituationen als auch regelmäßig über einen längeren Zeitraum. Dabei werden vielfältige Beratungsthemen, die oftmals über allgemeine Pflegethemen hinausgehen, an die Pflegedienste herangetragen bzw. durch diese selbst identifiziert (z. B. Wohnraumanpassung, sozialrechtliche Leistungen, etc.). Es wurde angegeben, dass Pflegebedürftige mit einem höheren Beratungsbedarf individuell und nach Bedarf weitervermittelt werden. Die vorhandenen kommunalen Beratungsangebote scheinen den Pflegediensten dabei nicht immer bekannt zu sein. Pflegedienste größerer freigemeinnütziger Träger vermitteln oftmals trägerintern weiter. Des Weiteren scheint es im Bereich der Pflegeberatung Aufgabenüberschneidungen zu geben. So sind die Pflegedienste gezwungen zum Teil Beratungen durchzuführen, die eigentlich im Aufgabengebiet der Pflegekassen liegen, jedoch als Basis für weitere Beratungen erforderlich sind.

Die formalen Zuständigkeiten für die Pflegeberatung und Seniorenberatung unterscheiden sich strukturell durch unterschiedliche Zuständigkeiten. Inhaltlich sind durchaus Überschneidungen vorhanden. Grundsätzlich wird darauf hingewiesen, dass bei den interviewten Expertinnen und Experten Schwierigkeiten bei der klaren Abgrenzung zwischen Pflege- und Seniorenberatung bestanden haben könnten.

⁹⁹ Pflegekassen haben nach § 45 SGB XI Pflegekurse für Angehörige (und Ehrenamtliche) selbst durchzuführen oder andere Einrichtungen mit der Durchführung zu beauftragen, um „soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen.“

11.5 Netzwerk- und Quartiersarbeit

In den Experteninterviews wurde ferner nach den wichtigsten Netzwerkpartnern der Einrichtungen auf lokaler und strategischer Ebene gefragt. Zudem sollten Wege der Vernetzung und Wünsche für eine Verbesserung ermittelt werden. In Bezug auf die Öffnung der Einrichtungen ins Quartier wurde nach niedrigschwelligen Angeboten¹⁰⁰ der Einrichtungen und bestehenden Kooperationen mit Akteuren aus der Nachbarschaft gefragt.

11.5.1 Stand der Netzwerkarbeit

Auf Einrichtungsebene bestehen individuelle lokale Netzwerke, um die Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen oder um freie Plätze schnell zu vermitteln. Die Einrichtungen arbeiten dabei mit unterschiedlichen Netzwerkpartnern wie Haus- und Facharztpraxen, Therapierenden, Wundversorgern, Krankenhäusern, Apotheken, Sanitätshäusern, Fachkräften für soziale Arbeit der Beratungsstellen oder des Sozialamts, Angehörigen und gesetzlich Betreuenden zusammen. Träger mit einem breiten Leistungsangebot, das sowohl ambulante als auch teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen umfasst, nutzen dabei auch das unternehmensinterne Netzwerk. Seltener scheinen Netzwerke zwischen Einrichtungen verschiedener Trägerschaften zu bestehen. Hier findet eher ein informeller Erfahrungsaustausch und weniger eine konkrete Zusammenarbeit statt.

Weiterhin nutzen ambulante Pflegedienste ihr Netzwerk auch, um Klientel, das sie ablehnen müssen, weiterzuvermitteln. So gab in den kurzen Telefoninterviews ein Großteil der Pflegedienste (69 %) ohne gegenwärtig freie Kapazitäten an, abgelehnte Klientinnen und Klienten weiterzuvermitteln. Am Häufigsten werden dabei die Kontaktdaten anderer Pflegedienste weitergegeben, die am Wohnort der anfragenden Person tätig sind. Seltener wird den Angehörigen geraten, sich an kommunale Beratungsangebote, den Pflegeplatzmanager oder Kranken- und Pflegekassen zu wenden. Mehrfach wurde auch der Pflegenavigator der AOK als mögliche Anlaufstelle genannt.

Auf strategischer Ebene der Einrichtungen bestehen Netzwerke über die Mitarbeit in städtischen Gremien, mit dem Sozialministerium, dem Sozialamt und der kommunalen Verwaltung. Vernetzung im freigemeinnützigen Bereich findet zudem über die Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Dresden statt.

11.5.2 Nutzung von Vernetzungsplattformen

Viele Expertinnen und Experten nannten unterschiedliche Plattformen, die zur Vernetzung genutzt werden. Dazu gehörten das Pflegenetz Dresden und der Pflegestammtisch, Berufs- und Landesverbände, Fachplanungsgremien, die offene Altenhilfe, Quartiersbeirat oder Nachbarschaftshilfe. Zudem wird der Pflegeplatznavigator genutzt, um freie Plätze in den Einrichtungen für die Kliniken sichtbar zu machen. Andere Expertinnen und Experten gaben an, sich nicht strukturiert über Plattformen, sondern eher über informelle Wege zu vernetzen.

Die Arbeit des Pflegenetz Dresden, der städtischen Gremien und Arbeitskreise werden von vielen der Interviewten als positiv gewertet und die Vernetzungsarbeit als wichtig angesehen, um übergreifende Themen zu besprechen, Lösungen anzustoßen und sich auszutauschen. Die Vernetzung mit anderen Akteuren wird als hilfreich angesehen, um Klientinnen und Klienten weiterzuvermitteln und eine bedarfsgerechte Versorgung zu erbringen. Dennoch wurde auch Kritik geäußert. So kann es zu Frustrationen führen, wenn Projekte mit großem Einsatzwillen gestaltet werden und die Umsetzung beispielsweise an Kosteneinsparungen scheitert. Die Expertinnen und Experten sahen zudem die Schwierigkeit, alle wichtigen Akteure aufgrund verschiedener Ansprechpartner, Kostenträger, Zuständigkeiten und den gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Bundes- und Landesebene zusammen zu bringen. Auch wurden der Wirkungskreis und die Gestaltungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene in Frage gestellt.

“Ich habe dort auch an einigen Sachen teilgenommen. Ja, es ist sehr zäh und zermürbend, wenn man sieht, was man über die ganzen Jahre hier [nicht] erreichen konnte [...]. Da haben wir eigentlich schon viel Zeit im Netzwerk verbracht und wir sagen, ja, da machen wir mit und wollen uns miteinander vernetzen aber in der Praxis hat das nicht zu einer Verbesserung geführt.”
(Geschäftsführung ambulante Pflege, April 2021)

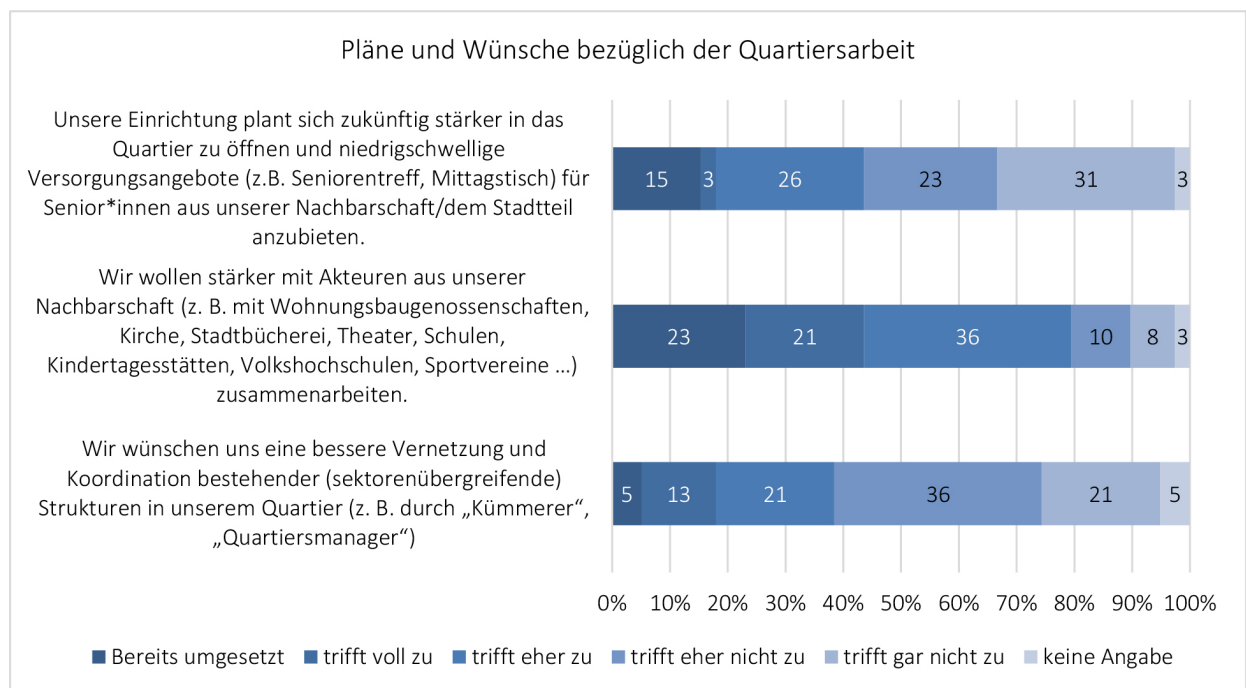
¹⁰⁰ Angebote, die mit einem geringen Aufwand von Nutzenden in Anspruch genommen werden können, in diesem Fall Angebote wie beispielsweise Mittagstisch

“Ja, beim Pflegenetz sind wir auch dabei. Wobei man natürlich sagen muss, was sind denn Entscheidungen in dem Bereich, die über das Pflegenetz Dresden koordiniert werden können? Da fallen mir pauschal mal keine ein. Die Frage ist ja tatsächlich, die Entscheidungen fallen ja meist auf einer überregionalen Ebene.” (Personalleitung großer Träger, Juni 2021)

11.5.3 Verbesserungswünsche für die Vernetzung

Die Wünsche nach besserer Vernetzung und Koordination bestehender Strukturen in den Quartieren fallen unterschiedlich aus. Etwas mehr als die Hälfte (57 %) sahen keinen Bedarf für Verbesserung in diesem Bereich, 34 % hingegen tun dies. Weitere 5 % gaben an, dass bereits eine gute Vernetzung und Koordination umgesetzt ist (Abbildung 95). Auch in den Interviews wurden die Vernetzung auf strategischer Ebene und die lokale Vernetzung auf Einrichtungsebene überwiegend als gut funktionierend bezeichnet. Dennoch wurde in einigen Bereichen Potenzial für eine Verbesserung der Vernetzung gesehen. Dazu gehörten insbesondere die Zusammenarbeit und der stärkere Austausch zwischen den verschiedenen Einrichtungen der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege, um Klientinnen und Klienten besser versorgen zu können.

Abbildung 95: Pläne und Wünsche der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) bezüglich der Quartiersarbeit (in Prozent)



Anmerkung: Aufgrund des Rundens der Prozentangaben ergeben sich in der Summe dieser nicht immer exakt 100 %.

“[...] die Kooperation mit anderen Pflegediensten wäre auch nicht gerade schlecht. Weil oftmals hat man ja ein Gebiet, das man gar nicht so richtig bedient, wo dann eine Anfrage kommt. Und wenn dann die Pflegedienste untereinander sagen würden, so untereinander gäbe es mehr Möglichkeiten, um miteinander zu sprechen, denke ich, dann könnten wir die zu Pflegenden besser versorgen.” (Geschäftsführung ambulante Pflege, April 2021)

“Da gibt es noch viel zu viel Konkurrenz- und Mitbewerberdenken. Das ist schade, weil da könnte man natürlich sicherlich auch die ein oder andere Synergie daraus ziehen.” (Leitung Standort Dresden eines großen Trägers, Juni 2021)

Des Weiteren sehen 2 Personen aus dem Bereich der vollstationären Pflege Bedarf für eine bessere Vernetzung und Kooperation von vollstationären Einrichtungen mit Fachärzten. Demnach ist die Verfügbarkeit von Fachärzten aufgrund deren Auslastung schwierig.

“Wenn die aber schon selbst sehr viele Patienten haben und sollen jetzt noch mal hier ein Haus regelmäßig mitbehandeln, liegt das ganz einfach auch an den Kapazitäten, die die aufbringen können, um die Behandlung sicherzustellen.” (Einrichtungsleitung vollstationäre Pflege, Juni 2021)

Darüber hinaus wünschten sich einige Personen eine bessere Vernetzung mit der Politik und auch der kommunalen Ebene in der Landeshauptstadt Dresden.

11.5.4 Überleitungsmanagement

Die Expertinnen und Experten wünschten sich Verbesserungen im Überleitungsmanagement vom Krankenhaus in die Pflege. Insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege und Kurzzeitpflege äußerten den Bedarf für eine bessere Kommunikation mit den Krankenhäusern und ein besseres Verständnis der Krankenhäuser für ihren Arbeitsalltag. Demnach wünschen sie sich, dass Informationen, die Pflegedienste und Kurzzeitpflegen zu den aus dem Krankenhaus entlassenen Pflegebedürftigen erhalten, vollständig und umfassend sind, damit eine Bedarfseinschätzung erfolgen und der Personaleinsatz und die benötigten Ressourcen entsprechend geplant werden können. Bei fehlenden Informationen hingegen besteht die Gefahr, dass Klientinnen und Klienten nachträglich abgesagt werden muss, da die Versorgung nicht bedarfsgerecht erfolgen kann. Zudem wird die Ausstellung von Verordnungen über einen längeren Zeitraum (mehr als 3 Tage/auch über das Wochenende) und die Ausstellung von Folge Rezepten als notwendige Veränderung angesehen, um Versorgungslücken (z. B. bei Verbandsmaterial und Medikamenten) zu vermeiden. Zudem wird angemerkt, dass die Kommunikation mit dem sozialen Dienst der Krankenhäuser zum Teil nicht ausreichend ist, da dieser (medizinische und pflegerische) Fachfragen nicht beantworten kann.

“Da werden dann zum Teil auch Leute entlassen und einen Tag später bekommt man dann einen Entlassungsbericht aktualisiert mit MRSA, wir waren aber schon dort. Oder eine Wunde, die auf einmal plötzlich auftaucht, die nicht im Krankenhausbericht steht oder sowas. Wo wir dann Erklärungsnot gegenüber der Kasse haben [...]” (Geschäftsführung ambulante Pflegedienst, Mai, 2021)

“Gerade freitags wollen viele Krankenhäuser natürlich Betten freikriegen, wegen der Wochenendbesetzung in Krankenhäusern. Und dann kriegen wir hier freitags manchmal ad hoc Entlassungen, Verordnungen sind nicht vollständig ausgefüllt, die Medikamente sollen nur für 3 Tage reichen [...]” (Geschäftsführung ambulante Pflegedienst, Mai 2021)

“Ich würde mir wünschen, dass die Krankenhäuser sich mal in unsere Lage versetzen. Die entlassen die Patienten und die Patienten und wir sind auf uns gestellt. [...] Wir stehen dann übers Wochenende da, mit nichts. Keine Medikamente, kein Verbandsmaterial. Und es wäre einfach schön, wenn die daran denken, dass sie uns damit keinen Gefallen tun, sondern dass es für die Patienten wichtig ist.” (Pflegedienstleitung ambulante Pflegedienst, Mai 2021)

Die bestehenden Plattformen (z. B. Pflegeplatzmanager) werden genutzt und von den meisten grundsätzlich als wichtiger Schritt in die richtige Richtung gewertet. Allerdings werden die Konzepte als noch nicht ausgereift angesehen. Demnach führen die Plattformen nicht zu einem besseren Informationsaustausch, da die übermittelten Daten häufig unvollständig sind. Das Nicht-Teilen der Daten (z. B. Sozialanamnese, Geburtsdatum, Name, Pflegegrad, Krankheitsbilder) führt zu einer Doppelerhebung und der Austausch findet trotz Plattformen häufig über andere Kommunikationswege wie Fax und E-Mail statt. Hier wurde es als

wichtig erachtet, an der Schnittstelle der verschiedenen genutzten Datensysteme und am Datenschutz zu arbeiten, damit eine gemeinsame Plattform geschaffen wird, auf der alle Beteiligten gleichberechtigt arbeiten und sich austauschen können.

11.5.5 Kooperationen im Quartier

In den Interviews wurden im Bereich der vollstationären und teilstationären Pflege Kooperationen mit Kindergärten und zum Teil auch mit Schulen (z. B. gemeinsames Singen und Feste feiern, "sozialer Tag") genannt. Des Weiteren besteht teilweise eine Zusammenarbeit mit kirchlichen Einrichtungen für beispielsweise regelmäßige gemeinsame Gottesdienste oder die Betreuung durch Seelsorger.

In der Befragung wurde deutlich, dass bei einem Großteil der Teilnehmenden der Wunsch nach einer stärkeren Zusammenarbeit mit Akteuren aus der Nachbarschaft besteht. 57 % der Teilnehmenden gaben an, eine stärkere Zusammenarbeit zu wünschen. 23 % der Träger (n = 9) arbeiten bereits mit anderen Akteuren zusammen (Abbildung 95).

11.5.6 Öffnung ins Quartier

In den Experteninterviews im Bereich der vollstationären und teilstationären Pflege wurden verschiedene bereits bestehende niedrigschwellige Angebote genannt, um die Einrichtungen ins Quartier zu öffnen. Dazu gehören Angebote wie Mittagstisch, Tag der offenen Tür, Ausstellungen oder kulturelle Veranstaltungen (z. B. Sommerfest, Weihnachtsmarkt), die Teilnahme an Stadtteilfesten oder die Präsenz in Stadtteilzeitungen. Die quartiersbezogene Arbeit führt demnach dazu, dass beispielsweise Angehörige, die in der Nachbarschaft wohnen, gut in die Pflege und Betreuung eingebunden werden können und das Konzept eines offenen Hauses gelebt werden kann.

In der Befragung zeigte sich, dass die stärkere Öffnung der Einrichtungen ins Quartier und das Anbieten niedrigschwelliger Versorgungsangebote bei 15 % der Teilnehmenden schon umgesetzt ist. Bei 29 % ist die stärkere Öffnung voll (n = 1,3 %) oder eher geplant (n = 10, 26 %). Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (54 %) plant keine stärkere Öffnung ins Quartier (Abbildung 95).

In den Interviews wurde gefragt, welche Rolle die Einrichtungen im Stadtteil spielen. Einrichtungsübergreifend sind viele der Meinung, dass ihre Einrichtung im Stadtteil bekannt und bei den Dresdnerinnen und Dresdner beliebt sind. Auch werden sie als Ansprechpartner wahrgenommen. Die Expertinnen und Experten sahen die Rolle der Einrichtungen daher als wichtig für die Versorgung der älteren Menschen im Quartier an.

11.5.7 Resümee

Die Ergebnisse zeigen, dass vielfältige Netzwerke und Kooperationen im Bereich der Pflege in Dresden bestehen und dass die Netzwerkarbeit als überwiegend positiv und hilfreich bewertet wird. Es fehlt jedoch an einem Netzwerk oder Format, welches auch in der Lage ist, Änderungsbedarfe tatsächlich in eigener Zuständigkeit und verlässlich anstoßen zu können. Großes Verbesserungspotential wird beim Überleitungsmanagement vom Krankenhaus in die Pflege gesehen. Hier wird insbesondere die Schnittstellenarbeit und Datenübermittlung kritisiert. Auch der Wunsch nach einer stärkeren Vernetzung der Versorgungseinrichtungen untereinander kann aus den Ergebnissen abgeleitet werden.

11.6 Personal

In der Einrichtungsbefragung wurden Kennzahlen zur Personalstruktur erhoben. Weiterhin wurden die Einrichtungen um eine Einschätzung zur aktuellen Situation der Personalakquise gebeten. Die Fragen wurden dem Pflegethermometer 2018 entlehnt (Isfort 2018). In den Interviews wurde zudem nach Strategien zur Personalbindung und Fachkräftesicherung gefragt.

11.6.1 Aktuelle Personalausstattung in (teil-) stationären Versorgungseinrichtungen

Angaben zur Personalstruktur wurden von 32 Teilnehmenden der Einrichtungsbefragung erbracht und umfassten je nach abgefragter Rubrik 39 bis 48 Einrichtungen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 24 dargestellt. Bei einrichtungsübergreifender Betrachtung (d. h. vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen zusammen) zeigt sich, dass eine Einrichtung im Durchschnitt über 33,9 Mitarbeiter verfügte. Diese Anzahl entspricht umgerechnet 28 Vollzeitkräften. Von den Beschäftigten waren 40 % Pflegefachkräfte, 47 % Pflegehilfskräfte und 14 % Alltagsbetreuer. Daneben engagierten sich je Einrichtung durchschnittlich 0,6 Freiwillige und 5,1 Ehrenamtliche. Es bestand ein aktueller Personalmangel von 1,1 Vollzeitstellen je Einrichtung. Der Engpass betraf dabei überwiegend Pflegefachkräfte (0,9 Vollzeitstellen je Einrichtung).

Tabelle 24: Personalstruktur in den Einrichtungen, durchschnittliche Anzahl an Mitarbeitenden pro Einrichtung

	Beschäftigte insgesamt	umgerechnet auf Vollzeitkräfte	offene Stellen in Vollzeitkräften
	Anzahl		
Einrichtungsübergreifend*			
Pflegefachkräfte	13,4	12,0	0,9
Pflegehilfskräfte	15,8	12,8	0,1
Alltagsbetreuer	4,8	3,2	0,1
Freiwillige	0,6	k. A.	k. A.
Ehrenamtliche	5,1	k. A.	k. A.
Vollstationäre Pflege**			
Pflegefachkräfte	15,9	14,4	2,4
Pflegehilfskräfte	17,4	15,4	0,3
Alltagsbetreuer	6,4	4,3	0,2
Freiwillige	0,4	k. A.	k. A.
Ehrenamtliche	2,9	k. A.	k. A.

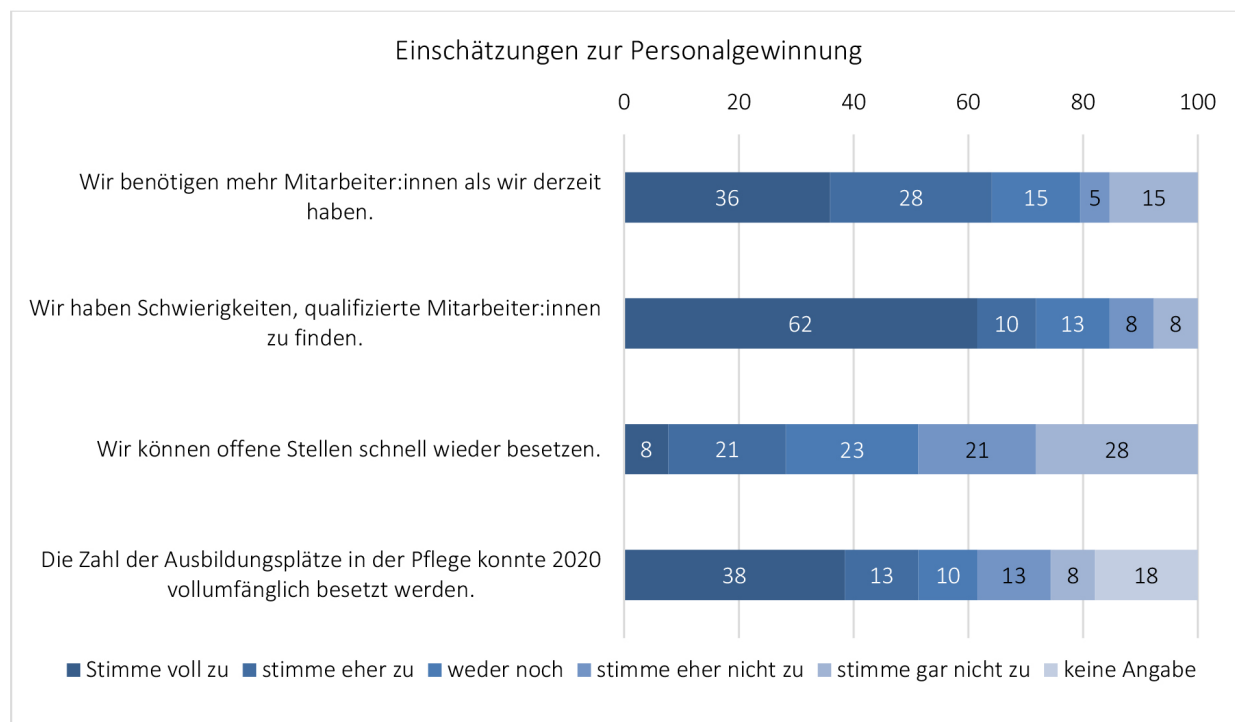
* eingeschlossen wurden die Angaben aller Teilnehmenden der vollstationären, teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege (n=32, umfassten je nach abgefragter Rubrik 39 bis 48 Einrichtungen); ** Angaben umfassen nur Teilnehmende, die angaben, ausschließlich vollstationäre Pflege anzubieten (n=14, mit 15 Einrichtungen)

Die Einrichtungen der vollstationären Pflege wurden zudem einzeln betrachtet. Dafür wurden nur die Angaben von Teilnehmenden, die ausschließlich vollstationäre Pflege anboten (14 Teilnehmende mit 15 Einrichtungen), einbezogen. Diese Einrichtungen beschäftigten im Durchschnitt 39,7 Personen bzw. umgerechnet 34 Vollzeitkräfte. 40 % der Beschäftigten waren Pflegefachkräfte, 44 % Pflegehilfskräfte und 16 % Alltagsbetreuer. Hier zeigte sich ein höherer Personalmangel von aktuell 2,9 Vollzeitstellen je Einrichtung. Dieser Mangel bezog sich überwiegend auf Pflegefachkräfte mit 2,4 offenen Vollzeitstellen je Einrichtung.

Weiterhin sollten die Teilnehmenden ihre derzeitige Personalsituation selbst einschätzen. Hier bestätigte sich der Personalmangel. Ein Großteil der Teilnehmenden (64 %) gab an, mehr Mitarbeitende zu benötigen, als ihnen derzeit zur Verfügung stehen. Weniger Teilnehmende (20 %) sehen diesbezüglich keine oder wenige Probleme. 15 % (n = 6) gaben keine Tendenz an (Abbildung 96).

In den Interviews blickte der überwiegende Teil pessimistisch auf die aktuelle und zukünftige Personal- und Fachkraftsituation in der Pflege. Lediglich 2 Personen gaben eine gute Personalsituation in den eigenen Einrichtungen an und erklärten dies mit einer guten Mitarbeiterführung, die geprägt ist von vielen Freiheiten des Personals, Verantwortungsbewusstsein und Kommunikation. Dennoch wurden auch hier Themen wie die Ausbildung von Fachkräften und die Personalgewinnung als wichtige Zukunftsthemen angesehen, um den Personalschlüssel halten zu können.

Abbildung 96: Einschätzungen der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) zur Personalgewinnung (in Prozent)



Anmerkung: Aufgrund des Rundens der Prozentangaben ergeben sich in der Summe dieser nicht immer exakt 100 %.

11.6.2 Personalgewinnung und -bindung

Bezüglich der Personalgewinnung gaben die meisten Teilnehmenden (72 %) Schwierigkeiten beim Finden qualifizierten Personals an. 13 % gaben keine Tendenz an. 16 % der Teilnehmenden haben diesbezüglich keine oder kaum Schwierigkeiten (Abbildung 96).

Nur 8 % der Teilnehmenden (n = 3) stimmten der Aussage, dass sie offene Stellen schnell wiederbesetzen können, voll und 21 % (n = 8) eher zu. Dagegen stimmten 49 % der Teilnehmenden der Aussage eher nicht oder gar nicht zu. 23 % der Träger (n = 9) gaben keine Tendenz an (Abbildung 96).

Als Grund für Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung und -bindung wurde in den Interviews die Attraktivität des Pflegeberufes genannt. Hier sahen die Expertinnen und Experten zum einen die Vergütung der Pflegekräfte und die Arbeitsbedingungen als herausfordernd an. Zum anderen fehlte es an Wertschätzung und die Darstellung des Pflegeberufes in der Öffentlichkeit und der Politik trage dazu bei, dass sich Menschen gegen eine Karriere in der Pflege entscheiden. Die Expertinnen und Experten nahmen wahr, dass sich dies durch die Corona-Pandemie noch verstärkt hat. Eine Person war der Meinung, dass die Anerkennung für den Pflegeberuf zwar leicht gestiegen sei, allerdings zeigten ihre Erfahrungen, dass dies nicht dazu führt, dass mehr Pflegekräfte zur Verfügung ständen oder dass Menschen aus anderen Berufszweigen (z. B. Gastronomie, die in Zeiten der Corona-Pandemie stark betroffen war) in die Pflege wechseln. Als Begründung wird angeführt, dass das Berufsbild der Pflege in der Öffentlichkeit zu negativ dargestellt wird.

“[...] es wird von Jahr zu Jahr einfach schlimmer. Das hängt auch nicht an der Bezahlung, es ist sicherlich der gesamte Ruf der Pflege, der in Deutschland nicht sonderlich gut angesehen ist.” (Einrichtungsleitung stationäre Pflege, Juli 2021)

“[...] weil das eine Mal Klatschen und einmal Prämie, das hilft uns nicht weiter. [...] Es wird so viel in Zeitungen geschrieben über die negativen Sachen im Pflegeheim. Aber es wird nie was geschrieben über positive Sachen, oder Mitarbeiter die vorgestellt werden. Also das öffentlich machen, dass ein Heim auch anders sein kann, als immer dargestellt.” (Einrichtungsleitung stationäre Pflege, Juni 2021)

Auf strategischer Ebene wurde das Thema der Leiharbeit in der Pflege als sehr kritisch angesehen. Demnach ist der Einsatz von Leiharbeitenden preisintensiv und die Personalsituation verschärft sich, wenn Leiharbeitsfirmen Mitarbeitende mit Geschenken und besseren Arbeitsbedingungen (z. B. kein Nachtdienst) abwerben, um sie dann teurer wieder anzubieten. Dies wird als unsolidarisch empfunden und führt zu Ungerechtigkeiten aufgrund der ungleichen Bezahlung, was wiederum Unzufriedenheit und schlechte Stimmung unter den Mitarbeitenden zur Folge haben kann.

Des Weiteren wurden auf strategischer Ebene verschiedene Maßnahmen der Einrichtungen zur Personalbindung genannt. Dazu gehörten regelmäßige Gespräche zur individuellen Karriere- und Lebensplanung (u. a. Lebensarbeitszeitkonten, Sabbaticals, Jobticket, betriebliches Gesundheitsmanagement, aktiver Arbeitsschutz, Finanzierung von Führerschein oder Gitarrenkurs), Maßnahmen zur Förderung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (z. B. verlässliche Dienstpläne, kostenfreie digitale Nachhilfe für Kinder von Mitarbeitenden in der Corona-Pandemie), gemeinsame Feste und Ausflüge und die Unterstützung von Auszubildenden (z. B. freigestellte Praxisanleiter, Einsatz von Kümmerern für Auszubildende, Ausbildungsplatzgarantie). Eine Person nannte es einen erheblichen Aufwand, mit Personalbindungsstrategien gegen abwerbende Firmen zu kämpfen.

Zu den genannten Strategien zur Personalgewinnung gehören der Kontakt mit Schulen, um Interesse für das Berufsbild zu wecken, Kooperation mit Berufsfachschulen, das Akquirieren ausländischer Arbeitskräfte, die Ausbildung und berufsbegleitende Weiterbildungen für Mitarbeitende, um eigene Pflegehilfskräfte zu Pflegefachkräften auszubilden. Eine Person sieht Bedarf für eine niedrigschwellige Helfer-Qualifikation und für Strategien um Menschen mit Migrationshintergrund zu motivieren, sich für den Pflegeberuf zu entscheiden. Eine weitere Person hält eine einheitliche Helferausbildung für notwendig, wenn Helfer mehr pflegerische Tätigkeiten übernehmen sollen.

11.6.3 Ausbildung

38 % der Teilnehmenden (n = 15) gaben an, dass sie die Zahl der Ausbildungsplätze in der Pflege im Jahr 2020 vollumfänglich besetzen konnten und 13 % (n = 5) stimmten der Aussage eher zu. 10 % (n = 4) gaben keine Tendenz an. 21 % stimmten der Aussage eher nicht oder gar nicht zu. 18 % der Teilnehmenden machten bei dieser Frage keine Aussage (Abbildung 96).

In den Interviews wurde das Thema Ausbildung als wichtiges Thema für die Fachkräftesicherung angesehen. Die generalistische Ausbildung¹⁰¹ wurde dabei überwiegend als positiv gesehen. Allerdings blickten die Expertinnen und Experten erwartungsvoll auf die Absolventenquote und die Verteilung der Absolventen auf die verschiedenen Settings. So rechneten einige damit, dass viele die Ausbildung aufgrund hoher Anforderungen abbrechen oder nicht bestehen werden. Zum anderen bestand die Sorge, dass sich zu wenige Absolventen für die Altenpflege entscheiden und das Krankenhaus als Arbeitsumfeld vorziehen könnten.

“[...] die Ausbildungszahlen stimmen mich erstmal als solches positiv. Die Frage ist aber, wie ist der Verbleib also, wie viele halten die Ausbildung auch durch, weil es ist eine sehr anspruchsvolle Ausbildung. Und wie viele entscheiden sich danach für welches Setting?” (Regionalleitung großer Träger, Juni 2021)

¹⁰¹ Mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe wurden die bisher im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Pflegeausbildungen in einem neuen Pflegeberufegesetz zusammengeführt. Seit Anfang 2020 erhalten alle Auszubildenden zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung, in der sie einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung wählen. Auszubildende, die im dritten Ausbildungsjahr die generalistische Ausbildung fortsetzen, erwerben den Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

“[...] mit einer generalistischen Pflegeausbildung wird sich kaum noch jemand in die Altenpflege verirren.” (Einrichtungsleitung vollstationäre Pflege, Juli 2021)

“Dass ich die große Befürchtung habe, dass wir dann auch Auszubildende, die sonst vielleicht direkt nach der Altenpflegeausbildung bei uns geblieben wären, ans Krankenhaus verlieren.” (Einrichtungsleitung vollstationäre Pflege, Juni 2021)

11.6.4 Einsatz von Ehrenamtlichen

In den Experteninterviews gaben die ambulanten Pflegedienste in privater Trägerschaft an, dass bei ihnen keine Ehrenamtlichen oder Freiwilligen zum Einsatz kommen. Bei Pflegediensten in freigemeinnütziger Trägerschaft hingegen wird der Einsatz über die angebundenen Seniorenbegegnungsstätten oder sozialen Dienste gesteuert. Hier übernehmen Ehrenamtliche Hausbesuche und Aufgaben zur Betreuung von ambulant versorgten Seniorinnen und Senioren wie Vorlesen, Spazierengehen, Rätseln oder einfach Gesellschaft leisten. Auch decken sie zum Teil Akutsituationen ab, wenn alleinlebende Seniorinnen und Senioren oder Menschen mit psychischen Erkrankungen Unterstützung benötigen. Hinzu kommen Ehrenamtliche, die Übersetzungsleistungen anbieten.

Die Expertinnen und Experten der vollstationären Pflege gaben überwiegend an, beim Einsatz von Ehrenamtlichen breit aufgestellt zu sein. Nur in einer Einrichtung sind seit längerer Zeit keine Ehrenamtlichen tätig. Ehrenamtliche übernehmen meist Betreuungsleistungen wie Spaziergänge, Vorlesen und Gesellschaftsspiele. Auch tragen sie zur Beschäftigung bei - damit die Bewohnenden aktiv bleiben (z. B. gemeinsam Tische abräumen, Geschirrspüler einräumen, Essen hinstellen) oder sie helfen dabei, Feierlichkeiten zu organisieren und auszurichten. Auch die Pflege von Garten und Grünanlagen wird in einer Einrichtung von Ehrenamtlichen übernommen. Bei den Ehrenamtlichen handelt es sich um Menschen unterschiedlichen Alters, von jungen Menschen bis zu Seniorinnen und Senioren im Ruhestand. Eine Einrichtung gab an, Freiwillige aus dem Bundesfreiwilligendienst zu beschäftigen. Hier wurde positiv gesehen, dass manche Freiwillige eine Pflegeausbildung anschließen und so schon Auszubildende rekrutiert werden konnten. Die Arbeit der Ehrenamtlichen und Freiwilligen wird als wertvoll und als wichtige Ergänzung zur Arbeit der Pflegekräfte angesehen. Die Wertschätzungskultur wird vielfältig gelebt. Diese reicht von Aufwandsentschädigungen über Veranstaltungen mit Präsenten und Würdigung der Leistungen bis zum Vorschlag für die Ehrenamtsmedaille der Stadt. Die Integration der Ehrenamtlichen in das Team und ein würdevoller und respektvoller Umgang miteinander werden als wichtig angesehen.

“Das kann man eigentlich gar nicht bezahlen, den Wert, den die haben.” (Einrichtungsleitung vollstationäre Pflege, Juni 2021)

“[...] viele junge Leute sagen, ich möchte in meiner Freizeit etwas Sinnvolles tun, was mich sehr freut. [...] Und haben auch viel Zeit zuzuhören, also bloß mal zu sitzen und zu reden, was wir so nicht haben im normalen Rhythmus.” (Einrichtungsleitung vollstationäre Pflege, Juni 2021)

In der Kurzzeitpflege gab eine Person an, dass derzeit keine Ehrenamtlichen in der Einrichtung tätig sind und in der Vergangenheit bereits Ehrenamtliche für Betreuungsaufgaben eingesetzt wurden. Eine andere Person berichtete, dass in ihrer Kurzzeitpflegeeinrichtung die Organisation von Festen, aktuell jedoch aufgrund der Corona-Pandemie eingeschränkt bis gar nicht möglich, über das Ehrenamt läuft.

Im Bereich der Tagespflege gab eine Person an, dass keine Ehrenamtlichen im Einsatz sind. In einer anderen Einrichtung werden Schülerinnen und Schüler oder Seniorinnen und Senioren für Randaufgaben wie Fahrdienste eingesetzt. Die Betreuung der Tagespflegegäste hingegen erfolgt ausschließlich durch Fachpersonal.

11.6.5 Resümee

Der bundesweit immer wieder diskutierte Fachkräftemangel in der Pflege ist auch in den Dresdner Versorgungseinrichtungen ein zentrales Thema (siehe Kapitel 11.9) und die Expertinnen und Experten blickten diesbezüglich eher pessimistisch in die Zukunft. So zeigte sich insbesondere in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ein Mangel an qualifizierten Fachkräften mit durchschnittlich 2,4 offenen Vollzeitstellen je Einrichtung. Im Vergleich zu den Daten aus dem Pflegethermometer 2018 (Isfort 2018) zeigt sich somit eine Verschärfung des Fachkräftemangels. Hier waren im Jahr 2017 im Mittel 1,6 Stellen pro stationärer

Einrichtung in Deutschland nicht besetzt waren. Der größte Anteil an offenen Stellen fand sich auch hier mit einer Vollzeitstelle bei den Altenpflegefachkräften. Personaldienstleister agieren teils mit aggressiven Abwerbungsmethoden und erhöhen die Fluktuation. Der Rückgriff auf Personaldienstleister stört das Gehaltsgefüge und die Gleichbehandlung.

Unter anderem wurden die Attraktivität des Pflegeberufs und die Darstellung in der Öffentlichkeit als Grund für die schlechte Personalsituation in der Pflege gesehen. Die Expertinnen und Experten äußerten verschiedenste Anstrengungen der Einrichtungen, um Personal zu gewinnen und zu binden. Aus- und Weiterbildung wurden als wichtige Faktoren gesehen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Dabei bestand jedoch die Sorge, dass sich die generalistische Ausbildung negativ auf die Zahl der Absolventen, die sich für den Beruf in der Altenpflege entscheiden, auswirken könnte.

Weiterhin sind Ehrenamtliche eine wichtige Ressource der pflegeergänzenden Versorgung für die Einrichtungen. Um Personal entlasten und Pflegebedürftige über das normale Maß hinaus betreuen zu können greifen vor allem viele freigemeinnützige Einrichtungen auf Ehrenamtliche zurück. Mit durchschnittlich etwa 5 Ehrenamtlichen pro Einrichtung scheinen die Pflegeeinrichtungen hier gut aufgestellt zu sein. Allerdings weisen die Experteninterviews auf große Unterschiede hinsichtlich des ehrenamtlichen Engagements zwischen den Einrichtungen hin.

11.7 Digitalisierung

Die Digitalisierung in der Pflege wird insbesondere vor dem Hintergrund fehlender Fachkräfte diskutiert. Die Potenziale des Einsatzes technischer und digitaler Systeme werden unter anderem in der Erleichterung des Arbeitsalltags Pflegenden, in der Förderung der Kommunikation mit Angehörigen und der Unterstützung der Selbstständigkeit Pflegebedürftiger gesehen (Zöllick et al. 2020).

In den Experteninterviews wurde gefragt, inwieweit die Einrichtungen mobile Systeme zur Datenerfassung und digitale Assistenzsysteme einsetzen bzw. planen einzusetzen. Auf strategischer Ebene wurden zudem gefragt, welche Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung in der Pflege gesehen werden.

Es zeigte sich, dass die Pflegedokumentation in den Dresdner Einrichtungen und Pflegediensten fast ausschließlich digital erfolgt. Lediglich eine Person aus der ambulanten Pflege sagte, dass die handschriftliche Dokumentation im eigenen Unternehmen bevorzugt wird. Auch in anderen Studien zeigt sich, dass die elektronische Erfassung und Weiterverarbeitung von Daten in Pflegeeinrichtungen weit verbreitet ist (Merda et al. 2018).

Hinsichtlich der digitalen Assistenzsysteme ist das Bild weniger eindeutig. Einige Expertinnen und Experten gaben an, dass die Einrichtungen aufgrund der Kontaktbeschränkungen durch die Corona-Pandemie ihre technische Ausstattung verbesserten. So wurden WLAN-Netze eingerichtet und mobile Endgeräte angeschafft. Damit konnten die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. die Tagespflegegäste über Videotelefonie oder Fotogrüße im Kontakt mit ihren Angehörigen bleiben. Lediglich eine Person nannte den Einsatz weiterer Assistenzsysteme (Sturzerkennung, Armbänder, die ein Signal geben, falls jemand unbemerkt Raum oder Haus verlässt). Ziel ist die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen.

Weiterhin gaben alle ambulanten Pflegedienste an, dass Beratungsgespräche vor Ort oder telefonisch stattfinden. Digitale Optionen stellten nach Ansicht der Expertinnen und Experten keine Alternative zur persönlichen Beratung vor Ort dar, zumal viele Pflegebedürftige mit den Systemen nicht vertraut oder ausgestattet seien.

Auf strategischer Ebene wurde die Digitalisierung in der Pflege als Chance gesehen, um beispielsweise die Pflege vor dem Hintergrund des Personalmangels zu unterstützen. Gleichzeitig wurden Herausforderungen in der Umsetzung aufgrund des Datenschutzes oder Vorbehalten und Unsicherheiten der Mitarbeitenden gesehen. So müsse dringend an der Datenschnittstelle zwischen den versorgenden Einrichtungen gearbeitet werden, um zielgerichtet und zeitsparend arbeiten zu können. Dabei wurden einige aktuelle oder geplante Projekte der Einrichtungen (z. B. Telemedizin mit Arztpraxen und Wundversorgern, Vernetzungsplattform) genannt, um sich diesen Aufgaben anzunehmen.

11.8 Auswirkungen Corona-Pandemie

Während der Corona-Pandemie waren die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste angehalten, weitreichende Vorschriften - wie beispielsweise Kontaktbeschränkungen - einzuhalten. Die personellen Ressourcen wurden durch zusätzliche Aufgaben - wie das ständige Anpassen von Hygienekonzepten oder die Beschaffung von Schutzmaterialien - belastet.

Wie bereits in Abschnitt 11.2 dargestellt, war die Auslastung der Pflegeeinrichtungen 2020 bedingt durch die Corona-Pandemie zurückgegangen. Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen verzeichneten dabei einen stärkeren Rückgang als vollstationäre Einrichtungen.

Im Rahmen der Interviews wurden die Expertinnen und Experten nach den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf ihre Einrichtungen gefragt. Hier wurden Einschränkungen des Leistungsangebotes (insbesondere bezüglich der Betreuung und Beratung von Pflegebedürftigen) sowie Belastungen des Personals durch die Mehrarbeit oder fehlende Kinderbetreuung genannt. Auch vermuteten 2 Personen, dass das Vertrauen der Pflegebedürftigen in stationäre Angebote aufgrund der politischen Vorgaben (z. B. Trennung der Bewohner von Angehörigen) zurückgegangen sein könnte.

Auf die strategischen Planungen der Einrichtungen hatte die Corona-Pandemie jedoch keinen bis wenigen Einfluss. Hier wurde lediglich genannt, dass die zeitlichen und personellen Ressourcen während dieser Zeit sehr gebunden waren und entsprechend weniger Zeit für strategische Planungen bestand.

Für die Zukunft wurde damit gerechnet, dass COVID-19, genauso wie bereits andere Viren und Keime (z. B. MRSA), zum Alltag der Einrichtungen gehören und dass Lösungen gefunden werden, damit umzugehen.

Zudem wurde Lob für die Landeshauptstadt Dresden geäußert, die in der Corona-Pandemie wichtige Ansprechpartnerin für die Einrichtungen war. Hier wurden der regelmäßige „Corona Newsletter“ sowie die unkomplizierte Beschaffung von Schutzausrüstungen positiv erwähnt.

11.9 Herausforderungen und Visionen

11.9.1 Zukünftige Herausforderungen in der Pflege

Die größten Herausforderungen für die Einrichtungen in den nächsten 10 Jahren zu benennen, war ebenfalls Teil der schriftlichen Befragung. Hierbei handelte es sich um einen Freitext-Kommentar, sodass auch Mehrfachnennungen möglich waren. 87 % der Teilnehmenden (n = 34) beschrieben Herausforderungen. Davon war eine Angabe nicht lesbar und bei einer weiteren blieb die Bedeutung unklar. Die auswertbaren Angaben bestehen aus 55 Teilaussagen, die nach Themen kategorisiert wurden (Abbildung 97).

Die beiden am häufigsten genannten Themen bezogen sich auf das Personal. So wurden in 33 % der Antworten der Fachkräftemangel und die Erfüllung von Fachkräftequoten (aktuell 50 %) genannt. Entsprechend der Erhebung konnten bzw. können diese Quoten bereits heute nicht immer gewährleistet werden. Herausforderungen in der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal gehören ebenfalls dazu. Auch in den Interviews war der Fachkräftemangel ein wichtiges Thema. Viele Expertinnen und Experten gingen davon aus, dass die derzeitige Fachkraftquote zukünftig nicht mehr umsetzbar sein wird und dass dies zu einem eingeschränkten Versorgungsangebot und einer schlechteren Versorgungsqualität führen wird. Sie hielten neue Wege für notwendig, um qualitätsvolle Pflege leisten zu können. Vorschläge waren dabei ein stärkerer Einsatz von Pflegehilfskräften, da diese einfacher und schneller angelernt werden können.

Am zweithäufigsten (20 %) sahen die Teilnehmenden Herausforderungen darin, Fachkräfte zu gewinnen, zu halten und ihnen faire Lohn- und Arbeitsverhältnisse zu bieten. Als Schwierigkeit wurden dabei die steigenden Lohnkosten beschrieben. In den Interviews gab es ein gemischtes Bild zum Thema der Leistungsvergütung. Einige sahen diese als angemessen und ausreichend an. Für andere steht die aktuelle Leistungsvergütung im Konflikt mit einer bedarfsgerechten Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit.

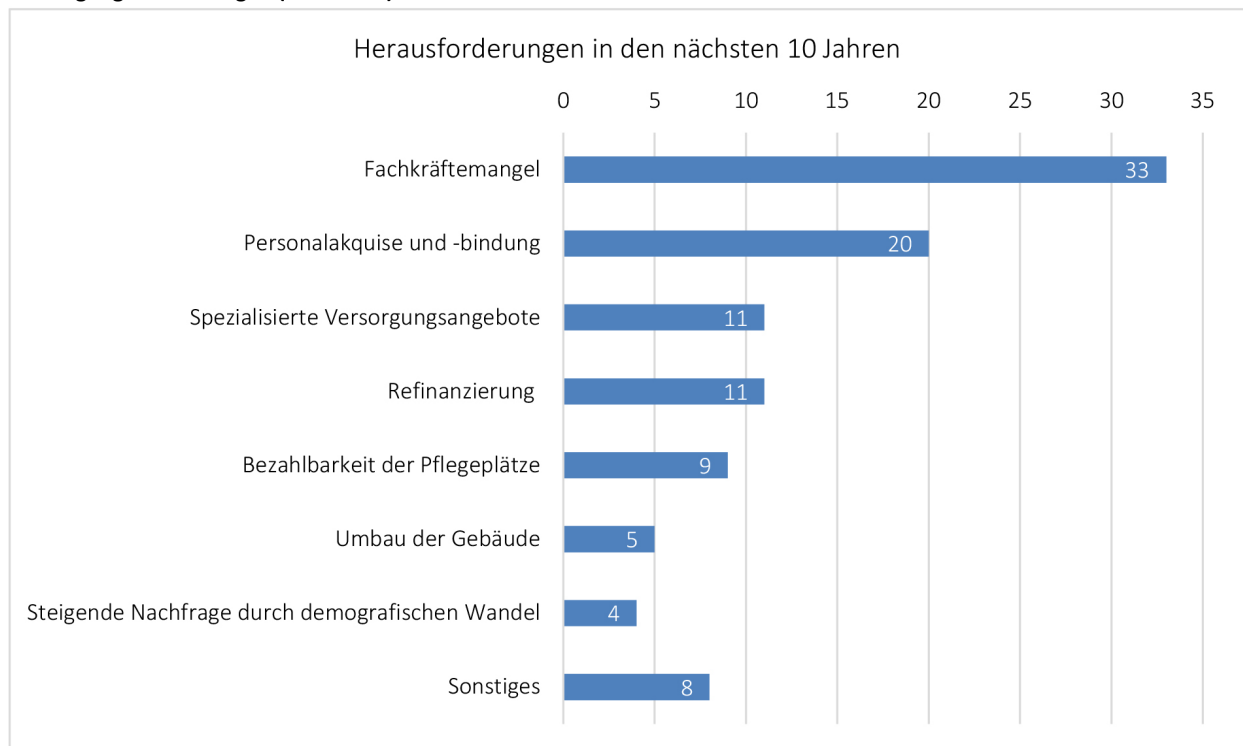
Weitere 11 % bezogen sich auf Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit spezifischen Patientenprofilen und dem Angebot spezieller Versorgungsstrukturen, da hier nach Angaben der Teilnehmenden ein höherer Betreuungsaufwand vorliegt.

Weiterhin bezogen sich 11 % der Antworten auf das Thema der Refinanzierung. Die Teilnehmenden beschrieben aufgrund hoher Personalkosten, instabiler Belegung und Mindereinnahmen bei Sozialhilfeempfangenden Schwierigkeiten, ein kostendeckendes Leistungsangebot aufzustellen.

9 % der Teilnehmenden sahen Herausforderungen in der Bezahlbarkeit der Pflegeplätze und dem steigenden Eigenanteil für Pflegebedürftige. Dies war auch Thema in den Interviews. Die hohen Kosten für Pflegebedürftige wurden als kritisch gesehen und es wurde darauf hingewiesen, dass auch der finanzielle Druck auf Kommunen steigt, wenn sich die Menschen die Pflege nicht mehr leisten können.

Weitere Herausforderungen wurden bei dem Umbau von Gebäuden und in der Anpassung an vorgegebene Standards (z. B. Abbau von Doppelzimmern (5 %) und in der steigenden Nachfrage aufgrund des demografischen Wandels (4 %) gesehen). Sonstige Antworten (8 %) bezogen sich auf die Quartiersorientierung, die Entwicklung und den Einsatz von Pflegerobotern und das Überstehen der Corona-Pandemie.

Abbildung 97: Einschätzung der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) zu den zukünftigen Herausforderungen für die Versorgungseinrichtungen (in Prozent)



Anmerkung: Aufgrund des Rundens der Prozentangaben ergeben sich in der Summe dieser nicht immer exakt 100 %.

11.9.2 Visionen zur Entwicklung der Pflegelandschaft in Dresden

Die Expertinnen und Experten wurden in den Interviews nach den wichtigsten kommunalen Handlungsfeldern und nach ihrer Vision zur Entwicklung der Pflegelandschaft in Dresden befragt.

Als wichtiges Zukunftsthema für die kommunale Ebene gaben die Expertinnen und Experten Aspekte der Infrastruktur an. Dazu gehörte insbesondere das Schaffen von barrierefreiem Wohn- und Stadtraum. Weiterhin wurden Parkmöglichkeiten bzw. Parkerleichterungen für ambulante Pflegedienste gewünscht, sowie Infrastrukturen und finanzielle Anreize zur Umstellung auf Elektromobilität. Als weiteres Zukunftsthema wurde die Kommunikation der Bedürfnisse der älteren Bürgerinnen und Bürger genannt, um mehr Verständnis in der Bevölkerung insbesondere im Umfeld von Senioreneinrichtungen zu schaffen. In einigen Bereichen habe sich schon viel getan. So sei die Polizei bereits gut sensibilisiert worden. Dies sollte auch für andere Bereiche (Busfahrerinnen und -fahrer, Supermarktmitarbeitende, etc.) folgen.

In Bezug auf die Angebotsstruktur wurde insbesondere eine Entwicklung unter Einfluss des Personal mangels in der Pflege gesehen. So wurde erwartet, dass es zukünftig mehr Versorgungsangebote, die wenig personelle Ressourcen benötigen wie z. B. Betreutes Wohnen oder Mehrgenerationenwohnen, geben wird und dass die Versorgungsstruktur entsprechend individueller und differenzierter wird. Um die begrenzte Ressource Personal zukünftig schonend einsetzen zu können, seien abgestimmte Strategien notwendig. Eine Person sah sogar eine Wahrscheinlichkeit, dass es aufgrund des Personal mangels zu einem Pflegenotstand kommen wird.

„Und dass das überwiegend Angebote sein werden, die ohne Personal betrieben werden können. Also sowas in der Art von einem betreuten Wohnen oder sowas. Das, was extrem boomt, sozusagen, weil man so damit bauen kann und Menschen ein Angebot geben kann aber die Arbeitskräfteknappheit ja immer stetiger zunimmt und man das natürlich im Auge behalten muss.“ (Personalleitung großer Träger, Juni 2021)

„[...] als wir angefangen haben mit unserem ambulanten Dienst, da hatten wir Hochhäuser, da parkten 6 Autos von ambulanten Diensten vor der Tür. Sowas ist blöd. Da reicht eins und der kümmert sich, wissen Sie, die Ressource Personal viel kostbarer einzubringen.“ (Geschäftsführung großer Träger, Juni 2021)

Weiterhin wurde die Kommune in der Pflicht gesehen, eine eigene Vision zur Entwicklung der Pflegelandschaft aufzuzeigen und die Pflegeplanung daran auszurichten. Zudem wurden entsprechende Angebote zur Begleitung der Planung und Umsetzung (z. B. Standards für die Quartiersentwicklung) gewünscht. Dabei wurde angemerkt, dass kommunale Vorgaben realistisch und in Absprache mit Akteuren aus der Praxis entwickelt werden müssten. Gleichzeitig wurden Flexibilität und Handlungsspielraum der Akteure gewünscht.

11.9.3 Resümee

Die aktuelle und zukünftige Personalsituation kann als wesentliche Herausforderung für die verschiedenen Versorgungseinrichtungen und zudem als limitierender Faktor für zukünftige Entwicklungen in der Pflegelandschaft ausgemacht werden. Die Teilnehmenden erwarteten negative Auswirkungen des Personal- und Fachkräftemangels auf die Versorgungsqualität älterer Menschen. Zudem gingen sie davon aus, dass sich das Versorgungsangebot in Dresden aufgrund fehlender personeller Ressourcen verändern wird. Auch in Bezug auf spezifische Versorgungsformen erwarteten die Teilnehmenden Schwierigkeiten aufgrund des meist erhöhten Betreuungsaufwandes bei Menschen mit spezifischen Patientenprofilen und des folglich höheren Personalbedarfs.

Weiterhin sahen die Teilnehmenden der Einrichtungsbefragung genauso wie die Expertinnen und Experten Herausforderungen bezüglich der Refinanzierung von Pflegeangeboten mit Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Betrieb der Einrichtungen. Zudem wurden die steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen als Schwierigkeit gesehen. Sie erwarteten mehr Menschen mit finanziellem Unterstützungsbedarf und gingen von einem steigenden finanziellen Druck auf die Kommune aus. Allerdings zeigen Daten, dass Dresden sowie weitere Kommunen auf dem Gebiet der ehemaligen DDR finanziell im Vergleich zu anderen deutschen Großstädten noch unterdurchschnittlich belastet sind (con_sens 2021).

Als kommunale Zukunftsthemen nannten die Teilnehmenden die Gestaltung von barrierefreiem Wohn- und Stadtraum, damit ältere Menschen selbstständig, sicher und aktiv in der eigenen Häuslichkeit und dem gewohnten Umfeld leben können. Zudem wurde die Ausgestaltung einer Infrastruktur, die Einrichtungen bei der Versorgung unterstützt (z. B. Parkerleichterung, Ladesäulen für E-Mobilität) sowie die weitere Sensibilisierung der Bevölkerung für die Bedürfnisse älterer Menschen gewünscht.

D

Gemeinsame Erkenntnisse

12. Handlungsfelder und Ausblick

Ein Leitziel der LAB60+ Studie ist, auf Grundlage der Ergebnisse der Bürger- und Einrichtungsbefragung geeignete Handlungsfelder und deren Schwerpunkte zu identifizieren, die die Landeshauptstadt Dresden altersfreundlicher gestalten kann. Letztlich geht es darum, in Dresden gesamtstädtisch sowie auf Planungsbereichsebene (Stadtbezirke und Ortschaften) ein Umfeld zu schaffen, in dem lebenserfahrenen Menschen über 60 Jahre so lange so gut und unabhängig wie möglich leben können. Dabei sollten sie ihre Fähigkeiten nach ihren individuellen Interessen und Wünschen bestmöglich einsetzen können. Vor allem der Aspekt des unabhängigen Lebens wird auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Konzept des „aktiven Alterns“ unterstützt. Darunter wird der „Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“, verstanden (WHO 2002).

- Nach Ansicht der WHO unterstützen und ermöglichen in einer altersfreundlichen Stadt Politik, Dienstleistungen, Rahmenbedingungen und Strukturen das aktive Altern der Menschen. Dies geschieht durch
- die Anerkennung des breiten Spektrums an Fähigkeiten und Ressourcen älterer Menschen;
- die Antizipation und flexible Reaktion auf altersbedingte Bedürfnisse und Präferenzen;
- den Respekt gegenüber (Lebensstil-)Entscheidungen;
- den Schutz der Verletzlichsten und
- die Förderung der Einbeziehung in allen Bereichen des Gemeinschaftslebens (WHO 2007).

Aktives Altern hängt von einer Vielzahl von Einflüssen oder Determinanten ab, darunter materielle Bedingungen und soziale Faktoren. Alle diese Faktoren sowie ihre Wechselwirkungen bedingen, wie erfüllend ein Mensch die zumeist nachberufliche Phase und das individuelle Altern wahrnimmt. Viele Aspekte des städtischen Umfelds und der Dienstleistungen spiegeln diese Determinanten wider und sind in den charakteristischen Merkmalen einer altersfreundlichen Stadt enthalten (WHO 2007).

Der WHO-Rahmen für altersfreundliche Städte umfasst acht miteinander verknüpfte Bereiche, die dazu beitragen können, Hindernisse für das Wohlbefinden und die Teilhabe älterer Menschen zu erkennen und zu beseitigen (WHO 2007). Die Bereiche überschneiden sich und stehen in Wechselwirkung zueinander. Für die LAB60+ Studie wurden diese Bereiche leicht angepasst und werden im folgenden Abschnitt vorgestellt. So wurde beispielsweise der Bereich Gesundheit einbezogen, während der Bereich Arbeit nicht berücksichtigt wurde, da die LAB60+ Studie sich nicht auf das Arbeitsleben der Teilnehmenden konzentrierte. Da keine direkte Befragung zu Freiflächen und Gebäuden durchgeführt wurde, ist dieser Bereich ebenfalls nicht abgedeckt. Die thematisierten Bereiche werden anhand der LAB60+ Ergebnisse mit dem Ziel bewertet, Verbesserungsoptionen in diesen Bereichen (im weiteren Text: Handlungsfelder) aufzuzeigen. Abbildung 98 zeigt die sieben angepassten Bereiche.

Abbildung 98: Kommunale Handlungsfelder in Anlehnung an den globalen Leitfaden „Age-friendly-Cities“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO)



12.1 Wohnraum und Wohnumfeld

Für ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit ist die Wohnsituation von älteren und pflegebedürftigen Menschen von zentraler Bedeutung. Um die Mobilitätsbedürfnisse jener Menschen zu befriedigen sollte bezahlbarer, sicherer, individuell angepasster Wohnraum mit Nähe zum öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) und zu kommunalen, gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen als Ideal angestrebt bzw. gewährleistet werden. Auf diese Weise kann das Wohnen einen Beitrag zu einem selbstbestimmten, aktiven und gesunden Altern leisten.

Im Rahmen der LAB60+ Studie zeigte sich, dass ein Großteil der Teilnehmenden in Wohnungen mit erheblichen baulichen Barrieren wohnt und dass die fehlende Barrierefreiheit eine große Rolle bei einem Umzugswunsch der Teilnehmenden spielt. Das Schaffen von barrierefreiem Wohnraum wird somit als wichtiges kommunales Handlungsfeld identifiziert. Dies betrifft insbesondere die alters- und altersngerechte Anpassung von Bestandswohnungen. Für die Verbesserung der Wohnsituation von pflegebedürftigen Personen können die Pflegekassen finanzielle Zuschüsse gewähren. Um das Potenzial ausschöpfen zu können, ist der Zugang zu unabhängigen und fachkundigen Beratungsstellen wichtig. In der LAB60+ Studie war 28 % der Teilnehmenden die Möglichkeit zur Wohnberatung unbekannt und weitere 21 % gaben an, dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen zu wollen. Zur Steigerung der Inanspruchnahme sollte eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit bzw. die Vernetzung der Versorgungseinrichtungen und Pflegedienste mit Wohnberatungsstellen in Dresden in Betracht gezogen werden. Weiterhin sollten die Personen mit bereits bestehendem Umzugswunsch auf dem Weg in ein neues Zuhause im Rahmen der Seniorenberatung beraten und unterstützt werden.

Die äußere Umgebung hat Einfluss auf die individuelle Lebensqualität, Unabhängigkeit und Mobilität von älteren Menschen. Grünflächen und Parks als ein Ort der Erholung, des gemeinschaftlichen Austauschs oder auch als Ziel eines Spaziergangs sind hierbei ebenso hervorzuheben wie barrierefreie, witterungsfeste und sichere Bürgersteige.

Neben der häufigen Nennung des Wunsches nach mehr öffentlichen Grünanlagen in den Freitextangaben zeigte sich deren Bedeutung auch in ihrer Nutzung: 43 % der Teilnehmenden nutzten Parks und Grünanlagen täglich (16 %) oder ein- bis dreimal wöchentlich (27 %). Besonders häufig wurden die Grünflächen dabei von Personen aus der Neustadt und der Altstadt genutzt (54 % bzw. 52 % der Teilnehmenden aus diesen Stadtbezirken). 9 % der Teilnehmenden gaben an, in ihrer Wohngegend seien keine öffentliche Parks oder Grünanlagen vorhanden. Dies wurde besonders häufig von den in Pieschen wohnenden Teilnehmenden angegeben (von 20 % der Teilnehmenden aus diesem Stadtbezirk). Da sich mit steigendem Alter der Aktionsradius verringert, könnten vorhandene Parks zu weit entfernt vom individuellen Wohnraum sein. Im Zusammenhang mit der Beobachtung, dass regelmäßige Spaziergänge von den Teilnehmenden als häufig ausgeübte Aktivität genannt wurden, lässt

sich die große Bedeutung wohnortnaher, öffentlich zugänglicher Grünflächen und Parks erklären. Um diese Aktivitäten und damit auch die Gesundheit älterer Personen zu erhalten und zu fördern, sollten das Angebot, die Erreichbarkeit sowie die Zugänglichkeit öffentlicher Grünanlagen im Stadtgebiet geprüft und, wo nötig und möglich, erweitert werden. Die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes und das Schaffen von Versorgungs-, Pflege- und Freizeitangeboten im Quartier sind wichtige Aspekte, damit ältere Menschen möglichst lange selbstbestimmt und aktiv in ihrem gewohnten Umfeld leben können.

Hinsichtlich des Sicherheitsgefühls fühlte sich fast ein Drittel der Teilnehmenden nachts auf der Straße unsicher. Auch wenn die Angst älterer Menschen vor Kriminalität nicht direkt mit den Opferzahlen und der Kriminalität zusammenhängt, darf die Bedeutung des Sicherheitsgefühls nicht vernachlässigt werden, da die Angst vor Kriminalität mit Gesundheit und Wohlbefinden zusammenhängt. Weniger Unordnung im Wohngebiet und eine stärkere Verbundenheit mit dem Wohnviertel können das Sicherheitsgefühl der Menschen fördern. Einige Teilnehmenden notierten im Rahmen der Freitextangaben den Wunsch nach einer intensivierten Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten. Eine damit einhergehende Erhöhung des subjektiven Sicherheitsempfindens könnte demnach ebenso zu einem verbesserten Wohlbefinden im Wohngebiet führen. Letzteres würde - den Angaben der Teilnehmenden zufolge - außerdem durch mehr Sauberkeit, öffentliche Toiletten sowie Gelegenheiten zum Ausruhen (z. B. Sitzbänke) erreicht werden.

12.2 Mobilität und Verkehrsmittel

Die vorhandenen Mobilitätsmöglichkeiten tragen zu einer aktiven und selbstbestimmten Lebensgestaltung der Seniorinnen und Senioren bei. Der Verkehr, einschließlich zugänglicher und erschwinglicher öffentlicher Verkehrsmittel, beeinflusst das aktive Altern. Vor allem die Möglichkeit, sich in der Stadt eigenständig fortbewegen zu können, bestimmt die soziale Teilhabe und den Zugang zu kommunalen Angeboten sowie Gesundheitsdiensten.

In der LAB60+ Studie zeigte sich, dass sich Gewohnheiten und Vorlieben bei Aktivitäten wie Besorgungen machen und Spazieren gehen mit zunehmendem Alter kaum veränderten. Einige Teilnehmende gaben jedoch an, dass sie mit Mobilitätshindernissen konfrontiert sind. In Bezug auf Mobilität gab ein Drittel der LAB60+ Teilnehmenden an, dass in ihrer Wohnumgebung stolperfreie Fußwege und abgesenkte Bordsteine (24 % bzw. 6 %) fehlten. Zudem wurden in den Freitextangaben die unebenen Straßen kritisch angemerkt. Ebenso wurde das Radwegenetz als unzureichend ausgebaut beschrieben. Fast ein Fünftel gab an, dass sichere Radwege in ihrer Wohnumgebung fehlten. Darüber hinaus wurde von häufigen Konflikten zwischen Personen zu Fuß und auf dem Fahrrad berichtet. Somit wird der Bedarf an sicheren, baulich getrennten Fuß- und Radwegen zur Verringerung des Sturz- und Unfallrisikos deutlich.

Positiv ist hier auch festzuhalten, dass die Teilnehmenden den Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr positiv bewerteten (96 %) und der Meinung waren, dass die Haltestelle(n) in ihrer Nähe für sie gut nutzbar sind (94 %). Es gab jedoch auch Forderungen in den Freitextangaben nach einer verbesserten Anbindung an den ÖPNV und nach barrierefreien Haltestellen. Einige Personen wünschten zudem eine vergünstigte oder kostenfreie Nutzung des ÖPNV.

12.3 Respekt und soziale Teilhabe

Eine ausgeprägte gesellschaftliche Integration kann soziale Isolation verhindern, fördert die Aktivität und das Gefühl, informiert und engagiert zu sein. Die Einbindung in soziale Gruppen spielt dafür eine wesentliche Rolle, insbesondere auch für das Wohlbefinden.

Auch in den Ergebnissen der LAB60+ Studie zeigt sich, dass Personen, die sich mehreren sozialen Gruppen zugehörig fühlen, eine bessere Gesundheit und ein höheres Wohlbefinden angeben. Die Mehrzahl der Teilnehmenden fühlte sich jedoch zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehreren sozialen Gruppen zugehörig. Besonders ältere und alleinlebende Menschen hatten zum Zeitpunkt der Befragung tendenziell wenige Sozialkontakte. Kontakt bestand insgesamt mehr zu nahestehenden Verwandten als zu engen Freunden. Mit zunehmendem Alter nahm dabei die Anzahl enger Freunde stärker ab als die nahestehender Verwandter. In der Altersgruppe 80+ gaben etwa 20 % der Personen an, zu kaum jemandem Kontakt zu haben. Entsprechend fühlte sich etwa jede zehnte befragte Person unabhängig vom Alter und Geschlecht stark einsam. Ungefähr 50 % der Teilnehmenden gaben an, dass sie zum Befragungszeitpunkt Einsamkeitsgefühle hatten, davon berichteten wiederum etwa die Hälfte, und insbesondere die Frauen, dass sich die Einsamkeitsgefühle durch die Pandemie verstärkt hätten. Wie sich die Einsamkeit und die Zahl der Kontakte

nach der Pandemie entwickeln werden, kann aus der LAB60+ Studie nicht geschlussgefolgert werden. Eine Folgebefragung nach dem Ende der Pandemie zur Abschätzung der Folgen auf die sozialen Kontakte wird daher als sinnvoll erachtet. Vermutlich werden nicht alle Personen wieder in ihre sozialen Gruppen wie vor der Pandemie zurückkehren bzw. wieder genauso aktiv sein. Es empfiehlt sich daher, ältere Personen auf verschiedene Angebote sozialer Gruppen in Dresden (wieder) aufmerksam zu machen und die während der Pandemie ausgeschiedenen Personen gezielt zu kontaktieren sowie zur Teilhabe zu motivieren. Ein weiterer Ansatzpunkt zur Förderung von sozialen Kontakten können die Seniorenbegegnungs- und Beratungsstätten sowie Seniorentreffs sein, die schon jetzt von Alleinlebenden häufiger genutzt werden.

Insgesamt 80 % der Teilnehmenden fühlten sich zu mindestens einer sozialen Gruppe zugehörig. Die am häufigsten genannten sozialen Gruppen, zu denen ein Zugehörigkeitsgefühl geäußert wurde, waren mit sportlichen Tätigkeiten verbunden (mehr als ein Viertel der Teilnehmenden übte Aktivitäten in Sportvereinen aus), gefolgt von Freundeskreisen und anderen Freizeitaktivitäten. Einige teilnehmende Personen waren zudem in einer Kirche oder wohltätigen Vereinigung aktiv (15 %) oder waren Mitglied eines organisierten „Hobbyclubs“ (z. B. Schützenverein, Kegeln, Schach, Gesangsverein) (14 %).

Anzumerken ist, dass im Rahmen der Freitextangaben der Bedarf an mehr Sport- und Kulturangeboten geäußert wurde. In diesem Zusammenhang wurden auch Preisvorteile für Seniorinnen und Senioren bei kulturellen Angeboten gewünscht. Der Erhalt, die Vermittlung in und eine Bedarfsanpassung der Angebote für die ältere Bevölkerung erscheint daher zielführend und notwendig.

Insbesondere der Eintritt in den Ruhestand war für ein Drittel der Teilnehmenden belastend. Gründe können beispielsweise sein, dass vertraute Strukturen und Kontakte schlagartig wegfallen bzw. sich reduzieren. 11 % der Teilnehmenden hätten sich beim Übergang in den Ruhestand mehr Unterstützung gewünscht. Zu den erwünschten Angeboten zählten dabei betriebliche Maßnahmen, Austausch und Kontakt mit Gleichgesinnten, Anregungen und Ideen für konkrete Aktivitäten und Möglichkeiten für den Ruhestand, Fachberatung und Informationsmaterialien. Die Stadt könnte hierfür an Menschen vor deren Renteneintritt gezielt herantreten und über die Angebote informieren. Das von der Landeshauptstadt Dresden geförderte Kompetenzzentrum für den Übergang in den Ruhestand (KÜR) bietet hierbei bereits eine gute Anlaufstelle.

Die Lebensentwürfe und -bedingungen älterer Menschen sind sehr vielfältig. In der medialen Berichterstattung finden sich jedoch häufig einseitige Darstellungen von älteren Personen, die schutzbedürftig und weniger leistungsfähig sind. Die Corona-Pandemie verstärkte dies durch die pauschale Bezeichnung älterer Personen als „Risikogruppe“. Daraus könnten eine bevormundende Haltung gegenüber Älteren und auch Altersdiskriminierung resultieren. Diesbezüglich berichteten 7 % aller Teilnehmenden von erlebter Altersdiskriminierung in den letzten zwölf Monaten. Frauen und jüngere Personen erlebten Altersdiskriminierung häufiger als Männer und ältere Personen. Berichtet wurden diskriminierende Erfahrungen aufgrund des Alters vor allem bei der medizinischen Versorgung und in Alltagssituationen. Einige Teilnehmende wiesen auf eine Verstärkung der wahrgenommenen Altersdiskriminierung während der Pandemie hin. Allgemein sollte jeglicher Diskriminierung entgegengewirkt werden. Bezüglich der Altersdiskriminierung sollte eine einseitige defizitorientierte Berichterstattung über ältere Menschen vermieden werden und existierende strukturelle Hürden zur sozialen Teilhabe abgebaut werden. Eine strukturelle Hürde stellte im Befragungszeitraum beispielweise die Vereinbarung eines Impftermins gegen COVID-19 dar, die hauptsächlich nur online durchgeführt werden konnte. Viele Angaben der Teilnehmenden bezogen sich auf dieses als diskriminierend empfundene Thema.

12.4 Ehrenamtliche Tätigkeit

Eng mit der Thematik der sozialen Einbindung und Teilhabe gehen die ehrenamtliche Tätigkeit und das soziale Engagement einher. Nach der Berufstätigkeit freiwillig aktiv zu bleiben, kann Befriedigung schaffen und die persönliche Wertschätzung sowie den intergenerationalen Austausch fördern. Eine alter(n)sfreundliche Stadt begünstigt das freiwillige Engagement durch barrierefreie Informationsmöglichkeiten, Vermittlungsangebote, ausgebaute Infrastruktur und vielseitige Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

In der vorliegenden Studie zeigte sich insgesamt eine hohe Bereitschaft der Teilnehmenden, ehrenamtlich aktiv zu sein. So konnten sich zwei Drittel der Teilnehmenden vorstellen, im Bereich „Hilfe für Freunde und Bekannte oder Nachbarn“ aktiv zu werden. Zum Zeitpunkt der Befragung gab ein Fünftel der Teilnehmenden an, sich bereits ehrenamtlich zu engagieren. Ein besonders hohes ehrenamtliches Engagement zeigten die Personen in der Altersgruppe zwischen 65 und 69 Jahren; in dieser Gruppe war jede vierte Person ehrenamtlich aktiv.

Personen mit besonders hoher Bereitschaft für ehrenamtliche Tätigkeit waren tendenziell jünger, gehörten eher der mittleren oder höheren sozialen Schicht an, hatten meist eine höhere Bildung und waren häufiger noch nicht im Ruhestand. Diese Gruppe könnte daher am ehesten für ehrenamtliche Tätigkeiten gewonnen werden, wenn mögliche Hinderungsgründe bedacht werden. Häufige Hinderungsgründe für Menschen über 65 Jahre sind zeitliche Einschränkungen, der Wunsch, keine Verpflichtungen einzugehen sowie gesundheitliche Probleme. Vor dem Hintergrund, dass sich die Mehrheit eine ehrenamtliche Tätigkeit vorstellen kann, sollte zukünftig versucht werden, die ältere Bevölkerung stärker über ehrenamtliche Tätigkeiten im Wohngebiet zu informieren, zu vermitteln und zu befördern sowie ggf. neue Möglichkeiten der ehrenamtlichen Betätigung zu schaffen (siehe Abschnitt 7.1.5).

12.5 Kommunikation und Information

Die Kommunikation und der Informationsaustausch sind essenziell für erfolgreiches Altern. Es ist wichtig, dass ältere Menschen rechtzeitig, effektiv und zugänglich Informationen zu relevanten Themen, Ereignissen und Aktivitäten erhalten, die sie selbst und ihre Lebensumgebung betreffen. Gegenwärtig sind die traditionellen Print- und Rundfunkmedien weit verbreitet und vertraut. Aber gerade das Internet kann eine schnelle und kostengünstige Alternative darstellen, einen Informationsaustausch bieten und als Kommunikationsmedium genutzt werden. Die Förderung technologischer Kompetenzen für einen sicheren Umgang mit dem Internet und ein erschwinglicher Zugang zu diesem sind Bestandteil einer alter(n)sfreundlichen Stadt.

Der Großteil der LAB60+ Teilnehmenden gab an, Informationen über Radio und Fernsehen zu beziehen (86 %), gefolgt von kostenpflichtigen Zeitungen oder Zeitschriften (68 %) und Informationen von Bekannten (67 %). Jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten nutzte das Internet, Informationen der Krankenkassen und Apotheken sowie kostenlose Zeitungen. Nur ein geringer Anteil der Teilnehmenden (2,8 %) nutzte Beratungsangebote und Beratungsstellen. Dabei informierten sich Personen höherer Altersgruppen häufiger durch Radio und Fernsehen, kostenpflichtige Zeitungen und Krankenkassen als jüngere Personen. Das Internet wurde von Personen im höheren Alter sowie von Personen aus der niedrigeren sozioökonomischen Schicht seltener genutzt. Die Bedeutung der Internetnutzung lässt sich beispielsweise daran ablesen, dass Teilnehmende der LAB60+ Studie, die das Internet häufiger nutzten (70 %), es leicht fanden, sich über Therapien von Krankheiten zu informieren. Diejenigen Personen, die das Internet seltener nutzten (45 %), fanden es hingegen schwierig, sich über das gleiche Thema zu informieren.

Bedeutsam erscheint daher zum einen die Vereinfachung des Internetzugangs, insbesondere für Ältere und Personen in der niedrigen sozioökonomischen Schicht, auch vor dem Hintergrund eines immer stärker digitalisierten Alltags. Zum anderen müssen jedoch auch analoge Möglichkeiten der Kommunikation und Teilhabe, beispielsweise im Bereich der Bankgeschäfte und des Einkaufens, erhalten werden, da Personen ohne Internetzugang darauf angewiesen sind. Informationen über Angebote der Landeshauptstadt Dresden sollten sowohl über klassische Medien als auch über das Internet verbreitet werden, um eine möglichst große Zahl von Personen zu erreichen. Je älter die Zielgruppe für eine Information, umso mehr ist auf analoge Medien zurückzugreifen.

In Zusammenhang mit der Frage nach den bevorzugten Kommunikationswegen wurden die Teilnehmenden auch gefragt, wie leicht oder schwer ihnen das Beurteilen von Informationen falle. Dabei fiel es den Teilnehmenden am schwersten zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind. Insgesamt schätzten dies 65 % der Teilnehmenden, besonders in der Altersgruppe zwischen 80 und 84 Jahren, als schwierig ein. Aufgrund des Befragungsrahmens während der dynamischen und herausfordernden Corona-Pandemie könnte die Kritik situativ begründet sein. Dennoch erscheint es angebracht, die Medienkompetenz der (älteren) Bevölkerung zu fördern.

12.6 Gesundheitszustand

Der Erhalt der körperlichen und geistigen Gesundheit im Alter ermöglicht ein längeres selbständiges und selbstbestimmtes Leben. Im Rahmen der Befragung wurden verschiedene Informationen zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand gewonnen.

Der zur Einschätzung der körperlichen Gesundheit erhobene Body-Maß-index (BMI) zeigte auf, dass insgesamt über 60 % der Teilnehmenden von Übergewicht oder Adipositas betroffen waren. Der Anteil in der Gruppe der 70- bis 74-Jährigen war mit 70 % am höchsten. Übergewicht trat häufiger bei Personen der niedrigen sozioökonomischen Schicht auf. Diese Angaben zeigen die Notwendigkeit auf, die Bemühungen hinsichtlich der Primärprävention von Übergewicht zu verstärken.

Aus der subjektiven Beurteilung der körperlichen Gesundheit ergaben sich in der LAB60+ Studie ähnliche Werte wie in einer deutschen Vergleichsgruppe: insgesamt hatten Frauen eine niedrigere körperliche Gesundheit im Vergleich zu Männern. Die selbstberichtete körperliche Gesundheit war auch abhängig von der sozioökonomischen Schicht der Teilnehmenden, wobei eine höhere sozioökonomische Schicht mit einer subjektiv besseren Gesundheit verbunden war.

Die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden Personen (91 %) gab an, an Erkrankungen zu leiden. Dabei nannten Männer häufiger kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Diabetes, während Frauen häufiger Depressionen angaben. Gerade für diese häufig vorkommenden Erkrankungen sollte ein stärkeres Augenmerk auf die Prävention gelegt werden, zum Beispiel über Kurse der Krankenkassen, welche jedoch bisher nur von 14 % (Männer) bis 17 % (Frauen) der älteren Bevölkerung genutzt werden. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, stärker über Nutzungsmöglichkeiten von Gesundheitskursen und über die Bedeutung von Präventionsmaßnahmen zu informieren.

Zum Befragungszeitpunkt zeigten sich erhebliche Defizite in Bezug auf das subjektive Wohlbefinden der Teilnehmenden, insbesondere bei Frauen, Älteren und Personen in der niedrigen sozioökonomischen Schicht. Dieser Umstand könnte durch die Pandemiesituation bedingt gewesen sein. Es empfiehlt sich daher, Maßnahmen zur Überwindung bzw. Kompensation möglicher negativer Corona-Folgen auf das Wohlbefinden zu entwickeln und umzusetzen. In einer Folgebefragung wäre auch zu erheben, ob sich das Wohlbefinden der Teilnehmenden verbessert hat.

Die Teilnehmenden wurden ferner nach ihrem Gesundheitsverhalten gefragt. Dazu zählten Alkoholkonsum, Rauchen, Verzehr von Obst und Gemüse sowie körperliche Aktivität. Hinsichtlich des Alkoholkonsums wurde bei etwa 30 % der Teilnehmenden ein riskanter Alkoholkonsum festgestellt, welcher sich im höheren Alter verringerte. Damit ist nicht Alkoholismus oder Alkoholmissbrauch gemeint, sondern ein Alkoholkonsum, der die Gesundheit beeinträchtigen kann oder bereits beeinträchtigt hat. Häufiger wurde dieses Verhalten bei Personen in der höheren sozioökonomischen Schicht festgestellt. Jedoch wurde in Studien gezeigt, dass Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status tendenziell stärker von alkoholbedingten Schäden betroffen sind als Personen mit höherem sozioökonomischen Status, selbst wenn ihr Alkoholkonsum geringer ausfällt. Die möglichst frühzeitige Identifikation von Risikokonsum ist ein wichtiges Ziel zur Eingrenzung der Folgen, die ein gesteigerter Alkoholkonsum mit sich bringen kann. Hier ergeben sich breitere präventive Handlungsmöglichkeiten als bei einer bestehenden Alkoholabhängigkeit. Daher sollte die (ältere) Bevölkerung für die Folgen des riskanten Alkoholkonsums sensibilisiert bzw. darüber informiert werden, welche Trinkmenge und -häufigkeit einen riskanten Alkoholkonsum darstellt. Des Weiteren sollten Programme zur Prävention eines risikoreichen Alkoholkonsums auch bei älteren Personen etabliert werden.

Unterschiede zwischen Personen der verschiedenen sozioökonomischen Schichten konnten auch in Bezug auf das Rauchen beobachtet werden. Dabei zeigte sich, dass Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status häufiger rauchten. In dieser Gruppe stieg der Tabakkonsum zudem während der Corona-Pandemie an. Der gesteigerte Tabakkonsum in dieser Schicht könnte einen Bewältigungsmechanismus für den zusätzlichen Stress durch die Corona-Pandemie darstellen und zeigt auf, wie wichtig es ist, über andere, gesundheitsförderlichere Bewältigungsmechanismen zu informieren.

Hinsichtlich des Konsums von Obst und Gemüse ergab sich, dass mindestens 20 % der Teilnehmenden diese Lebensmittel nicht häufig genug zu sich nehmen. Frauen sowie Personen aus höheren sozioökonomischen Schichten nahmen öfter Obst und Gemüse zu sich als Männer und Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status. Generell, aber vor allem im Hinblick auf die mit der Corona-Pandemie verbundene zusätzliche Gefährdung der Gesundheit von älteren Personen, ist es wichtig, jene über die gesundheitsförderliche Wirkung von Obst und Gemüse zu informieren bzw. auch darüber, welche Verzehrmenngen dafür notwendig sind.

Bezüglich der körperlichen Aktivität besteht Potential zur Steigerung, besonders in Hinblick darauf, dass ein großer Teil der Teilnehmenden angab, an keinem Tag in der Woche mindestens 30 Minuten körperlich aktiv zu sein. Ein Drittel der Teilnehmenden bewegte sich zudem weniger als vor Beginn der Corona-Pandemie. Dieses Ergebnis und die Tendenz, dass bei den körperlich aktiven Personen die Aktivität mit steigendem Alter und niedrigerer sozioökonomischer Schicht abnimmt, zeigen an, wie wichtig die Erhöhung der körperlichen Aktivität bleibt, auch vor dem Hintergrund der negativen Folgen körperlicher Inaktivität auf die Gesundheit. Daher sollten verstärkt an ältere Personen angepasste Sportangebote zur Verfügung gestellt sowie Menschen im höheren Alter zu regelmäßiger Bewegung motiviert werden. Neben derartigen Kursen wäre auch ein vermehrtes Angebot an öffentlichen Grünflächen, z. B. Parks, die zur körperlichen Aktivität einladen, im Sinne der Primärprävention sinnvoll.

Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung sollten in allen Altersgruppen und Bereichen umgesetzt werden. Eine besondere Aufmerksamkeit sollte dabei aber, entsprechend den gewonnenen Erkenntnissen, den Personen aus der niedrigen sozioökonomischen Schicht zukommen.

12.7 Unterstützung durch die Gemeinschaft und Gesundheitsversorgung

Es ist wichtig, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Präferenzen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen. Gesundheitliche Dienstleistungen sollten dabei leicht zugänglich, im angemessenen Angebot vorhanden und bezahlbar sein. Auch die Aufklärung über das Gesundheitssystem und die verfügbaren Gesundheitsdienste fördern das Wohlbefinden der älteren Bevölkerung. Dienstleistungen, die es älteren Menschen ermöglichen, in ihrer eigenen Wohnung zu bleiben (z. B. ambulante Pflege), sind von großer Bedeutung. Wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind, in ihren eigenen vier Wänden zu leben, sind ausreichende und erschwingliche Angebote an Wohnen und Pflege in der Stadt wichtig.

Krebsvorsorge

In Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung der älteren Bevölkerung zeigte sich, dass nur 63 % der LAB60+ Teilnehmenden Angebote zur Krebsvorsorge in Anspruch nahmen. Weniger als die Hälfte (48 %) nutzten beispielsweise die hautärztliche Vorsorge. Der prozentuale Anteil der Frauen, die an Vorsorgemaßnahmen teilnahmen, war überwiegend etwas größer als der der Männer. Die ältere Bevölkerung sollte stärker über die Krebsvorsorge informiert werden, um eine informierte Entscheidung zur Inanspruchnahme dieser Dienste zu fördern.

Häusliche Pflege und familiäre Pflegeressourcen

Weniger als die Hälfte (46 %) der Teilnehmenden, die pflegebedürftig sind, erhielten Hilfe von ambulanten Pflegediensten. Dabei gab es Unterschiede zwischen den Stadtbezirken: während in der Neustadt fast zwei Drittel (64 %) der Pflegebedürftigen von ambulanten Pflegediensten betreut wurden, waren es in Klotzsche lediglich 14 %. Insgesamt 38 % der pflegebedürftigen Personen wurden von ihrer Partnerin oder ihrem Partner gepflegt, weitere 40 % erhielten Hilfe durch ihre Kinder. Teilnehmende, die wiederum anderen Personen im Alltag aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes Hilfestellung leisteten, gaben zu 44 % an, durch diese Tätigkeiten belastet zu sein. Eine Stärkung des Bekanntheitsgrades von niedrighschwelligem Angeboten wie dem „Telefon des Vertrauens“, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfe, Alltagsbegleitung sowie Seniorenberatungs- und – Begegnungsstätten könnte zur Entlastung dieser Personengruppe beitragen. Um familiäre Pflegeressourcen zu bewahren, sollte

daher auch der Erhalt der Gesundheit von pflegenden Angehörigen bei der Gestaltung von Unterstützungsangeboten berücksichtigt werden.

Seniorenberatung und Pflegeberatung

Die Seniorenberatung ist ein wichtiger Baustein für den Zugang zu Pflege- und Beratungsangeboten. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass ein Großteil der Seniorinnen und Senioren weiß, welche Beratungsangebote zur Verfügung stehen und wohin sie sich bei Bedarf wenden müssen. Gleichzeitig gibt es einen Anteil von ca. 35 % der Menschen ab 60 Jahren, welche angaben, die Seniorenberatungsstellen bei Bedarf nicht nutzen zu wollen bzw. dieses Angebot nicht zu kennen. Dieser Umstand betraf häufiger Männer und solche, die älter waren als 80 Jahre. Zudem bewerteten nur etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden (45 %) das Angebot an Beratungsstellen, Begegnungsstätten und Treffs als ausreichend. Lediglich 3 % aller Personen gaben an, sich derzeit über Beratungsangebote und Seniorenberatungsstellen über gesundheitliche, kulturelle und soziale Angebote der Stadt Dresden zu informieren. Verbesserungen sollten somit insbesondere im Zugang und in der Bekanntheit der vielfältigen Angebote in Dresden angestrebt werden. Dabei sollte zum einen die ältere Bevölkerung Dresdens über die am häufigsten genutzten Informationskanäle direkt adressiert werden. Zum anderen sollte die zentrale Rolle von ambulanten Pflegediensten in der Beratung und Vermittlung von Pflegebedürftigen und deren Angehöriger berücksichtigt werden. Für eine schnelle, zielgerichtete und sozialräumliche Weitervermittlung und damit qualitätsvolle Beratung der Pflegebedürftigen und Angehörigen wird die stärkere Vernetzung von insbesondere ambulanten Pflegediensten, aber auch anderen Versorgungseinrichtungen wie Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit kommunalen und kommunal geförderten Seniorenberatungsstellen als hilfreich erachtet. Die Pflegedienste und Einrichtungen können dann als Multiplikatoren bei der Bekanntmachung und Aufklärung über die vorhandene Beratungsstruktur wirken, um einen niedrigschwelligen Zugang zu den Angeboten zu schaffen.

Im Bereich der Pflegeberatung sollte eine Vernetzung der Pflegedienste mit den Pflegekassen gefördert werden, damit eine bessere Abstimmung zur Abgrenzung der jeweiligen Aufgaben stattfinden kann.

Die Teilnehmenden der LAB60+ Studie ohne Pflegegrad gaben überwiegend an, im Bedarfsfall mit der pflegerischen Versorgung durch das nähere Umfeld zu rechnen. Daraus lässt sich folgern, dass auch im präventiven Sinne die Steigerung des Bekanntheitsgrades von sozialen und pflegerischen Unterstützungsangeboten sinnvoll ist. Beratungsgespräche durch die Pflegekassen der versicherten Personen oder durch die kommunalen Seniorenberatungsstellen bieten sich als Möglichkeit an, auf Entlastungsangebote aufmerksam zu machen und die Präsenz der vorhandenen Angebote zu stärken. Um versicherte Personen bei Bedarf zu passenden Angeboten beraten zu können, ist eine enge Vernetzung der Pflegekassen mit den regionalen Anbietern erforderlich. Eine weitere Möglichkeit, Angebote bekannter zu machen, könnte eine stärkere Vernetzung mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie ambulanten Pflegediensten darstellen.

Kurzzeitpflegeangebote

Die LAB60+ Studie hat eine herausfordernde Situation in der Kurzzeitpflege offengelegt. Es zeigte sich, dass die Kurzzeitpflegeeinrichtungen spontane Platzanfragen meist nicht bedienen können. Zudem nutzen in Dresden weniger pflegebedürftige Personen Kurzzeitpflegeangebote als im Bundesdurchschnitt, obwohl die Bereitschaft zur Nutzung der Angebote bei Menschen sowohl mit als auch ohne Pflegegrad hoch ist. Dies kann möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass den Platzanfragen der Pflegebedürftigen nicht immer entsprochen werden kann. Somit kann geschlussfolgert werden, dass der Zugang zu Kurzzeitpflegeangeboten aktuell erschwert ist. Vor dem Hintergrund des zu erwartenden steigenden Bedarfs ist mit einer Verschärfung der Situation zu rechnen. Die Verbesserung der Kurzzeitpflegesituation wird als wichtiges Handlungsfeld identifiziert, um Versorgungslücken für Pflegebedürftige, insbesondere in Akutsituationen, zu vermeiden sowie Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige zu schaffen und folglich häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren. Weiterhin sollte es ein Bestreben sein, Kurzzeitpflegeeinrichtungen bei der optimalen Ausnutzung ihrer vorhandenen Kapazitäten und somit einem wirtschaftlichen Betrieb zu unterstützen, damit sich zukünftig ein ausreichendes und verlässliches Kurzzeitpflegeangebot in der Landeshauptstadt Dresden etablieren kann. Der direkte fachliche Austausch mit den Kurzzeitpflegeeinrichtungen sollte angestrebt werden, um die Gründe für die Belegungsschwierigkeiten trotz nennenswerter freier Kapazitäten näher zu untersuchen und passgenaue Maßnahmen ableiten zu können.

Spezifische Versorgungsangebote

Die Daten der LAB60+ Studie zeigen, dass Menschen mit Demenzerkrankung in den aktuellen Strukturen weitestgehend gut versorgt werden können. Allerdings benannten die Einrichtungen die Aufgabe der Versorgung dieser Personengruppe aufgrund der steigenden Anzahl an Menschen mit Demenz als wesentliche zukünftige Herausforderung.

Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung und Interviews mit Expertinnen und Experten deuten darauf hin, dass im Bereich der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen sowohl Wissen als auch spezifische Konzepte fehlen bzw. nicht sichtbar sind und die Fachpflege dieser Personen als zukünftige Herausforderung in den Einrichtungen gesehen wird. Weiterhin zeigte sich, dass der Zugang zu Pflegeangeboten für diese Personengruppe erschwert sein könnte.

Ein weiteres kommunales Handlungsfeld wird in der Bekanntmachung und ggf. dem Ausbau vorhandener Beratungs- und Versorgungsstrukturen für Menschen mit spezifischen Patientenprofilen gesehen, insbesondere für Patientinnen und Patienten mit Suchtproblemen. Es wird gewünscht, die Versorgungseinrichtungen und Pflegedienste bei der Fachpflege solcher Gruppen mehr zu unterstützen.

Vernetzungsplattformen

Die Dresdner Versorgungseinrichtungen und ambulanten Pflegedienste sahen großes Verbesserungspotential beim Überleitungsmanagement vom Krankenhaus in die Pflege. Hier wurden insbesondere die Schnittstellenarbeit und die Datenübermittlung thematisiert. Weiterhin wurde eine stärkere Vernetzung der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen untereinander gewünscht, um die Schnittstellenarbeit zu verbessern und Synergien zu ermöglichen. Kommunaler Handlungsspielraum besteht daher in der Verbesserung der Vernetzungsstrukturen und der Erweiterung vorhandener Vernetzungsplattformen.

Pflegefachkräftesicherung

Wie anderswo stehen auch die Dresdner Versorgungseinrichtungen vor großen Herausforderungen durch den Fachkräftemangel. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, ist dieser insbesondere in der stationären Altenpflege spürbar. Um eine qualitätsvolle Versorgung von Pflegebedürftigen in Dresden zu sichern, gute Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte beizubehalten bzw. zu schaffen und gleichzeitig Entwicklungsmöglichkeiten der Versorgungseinrichtungen und somit der Pflegelandschaft Dresdens zu stärken, ist ein Konzept zur Fachkräftesicherung in der Pflege dringend erforderlich.

In der vorliegenden Untersuchung wurden einige Ansätze sichtbar, um dem Fachkräftemangel auf kommunaler Ebene zu begegnen. Dazu gehört unter anderem die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes und der Aufbau einer Wertschätzungskultur, um den Pflegeberuf in der Öffentlichkeit positiv zu besetzen. Auch die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure, wie der Versorgungseinrichtungen untereinander und mit beispielsweise (Berufs-) Schulen, wird als hilfreich angesehen, um gemeinsam Ideen zu entwickeln und Synergien zu schaffen, damit Personal gewonnen und zukünftig schonend eingesetzt werden kann.

Weiterhin stellen Ehrenamtliche einen wichtigen Baustein in der Entlastung von professionell Pflegenden dar. Die Einbindung ehrenamtlich tätiger Personen scheint in den Dresdner Einrichtungen gut zu funktionieren, wobei es große Unterschiede zwischen den Einrichtungen gibt. In einigen engagieren sich viele Ehrenamtliche, während andere Probleme haben, überhaupt geeignete Personen zu finden. Eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements, um die bereits bestehenden Angebote beizubehalten und gegebenenfalls bekannter zu machen, ist daher eine Option.

(Refinanzierung) der Pflegekosten

Die Dresdner Versorgungseinrichtungen sahen zukünftige Herausforderungen in Bezug auf die steigenden Eigenanteile für Pflegebedürftige bei der Inanspruchnahme von Pflegeangeboten und in der Versorgung von Menschen, die nicht über die erforderlichen finanziellen Mittel für die eigene pflegerische Versorgung verfügen.

Bei der Betrachtung der unterschiedlichen sozialen Schichten, welche in der Population der Teilnehmenden vertreten waren, zeigte sich, dass insgesamt 12 % der Teilnehmenden unter der Armutsgefährdungsgrenze lagen. Am höchsten war dieser Anteil in Cotta (19 %). In der unteren sozialen Schicht waren dabei häufiger Frauen sowie ältere Personen vertreten. Zudem hatten etwa 14 % aller Teilnehmenden hohe Ausgaben für medizinische Versorgung. Diese Zahlen spiegeln möglicherweise die Anzahl der Menschen wider, die für ihre Gesundheitskosten und ihren Lebensunterhalt finanzielle Hilfe benötigen.

12.8 Ausblick

12.8.1 Partizipation als Grundlage möglicher Interventionen

Die Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) beschreibt ein gesundheitswissenschaftliches Vorgehen, bei welchem die zu beforschenden Personengruppen direkt und aktiv in die Entwicklung des zugrundeliegenden Forschungskonzepts sowie in die Erhebung, Auswertung und Verwertung von (ihren eigenen) Forschungsdaten einbezogen werden. Ziel ist die parallele, dezentrale Sammlung von Informationen verschiedener betroffener und unmittelbar beteiligter Personen hinsichtlich festgelegter Forschungsthemen zur konkreten Erfassung und Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen ebenjener Personengruppen (Wright et al. 2021).

Die PGF arbeitet je nach Fragestellung sowohl mit qualitativen als auch mit quantitativen Daten und wird i. d. R. von einem (professionellen) Forschungsteam initiiert und koordiniert. Die „Forschenden“ bilden hingegen alle teilnehmenden Personen, die gemeinschaftlich, multiperspektivisch und lokal (d. h. im einbezogenen Zeit- und Ortsrahmen) das Wissen zu den gewählten Forschungsthemen zusammentragen, bewerten und anwendbar machen. „Diese Beteiligung soll die Qualität der Forschungsarbeiten erhöhen, indem z. B. die Relevanz der Forschungsergebnisse für die Praxis gewährleistet und die Perspektiven der Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems berücksichtigt werden“ (Wright et al. 2021). Demnach ist die PGF besonders nützlich bei der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen für sozial benachteiligte Menschen, bei denen die mangelnde Beteiligung ein zentraler Faktor für das Problem der ungleichen Gesundheitschancen ist.

Eines der wichtigsten Ergebnisse der LAB60+ Studie ist es, dass bei der Lebens-, Pflege- und Gesundheitssituation von Dresdnerinnen und Dresdnern ab 60 Jahren sehr große individuelle Unterschiede bestehen. Auf die Frage nach den wichtigsten Lebensthemen maßen die LAB60+ Teilnehmenden die größte Bedeutung den Bereichen "Sicherheit für die Familie", „Sorge für die Angehörigen“, "Unabhängigkeit, persönliche Freiheit (selbstbestimmtes Leben)" und "Gesundheit (gesundes, aktives Altern)" zu. Bei der Seniorenarbeit sollten diese Lebensthemen immer berücksichtigt werden.

Zur Identifikation passender Interventionen ist es notwendig, deren Umsetzbarkeit und Annahme durch die Zielgruppe (die „ältere“ Bevölkerung) im Vorhinein zu explorieren. Dies kann mittels systematischer Reviews (Übersichtsarbeit) erfolgen, welche in der untersuchten Altersgruppe durchgeführt werden und so den Bedarf und die Bedeutung konkreter Interventionen aufzeigen. So kann sichergestellt werden, dass geplante Interventionen erfolgreich umgesetzt werden können.

Die hohe Rücklaufquote der Befragung impliziert ein großes Interesse daran, die Lebensbedingungen für ältere Menschen in Dresden aktiv mitzugestalten. Bei der Entwicklung von konkreten Maßnahmen anhand der Ergebnisse der LAB60+ Studie sollte daher eine Beteiligung der Zielgruppe angestrebt werden. Mithilfe kollektiver Forschungsprozesse in der Altersgruppe 60+ könnten Mitwirkende beispielsweise vermehrte Befähigung (Empowerment) darin erfahren, Hilfebeziehungen bewusst(er) in Anspruch zu nehmen und soziale Einflussfaktoren auf die eigene und zielgruppenspezifische Gesundheit aktiv mitzugestalten. In Kombination mit der Einbeziehung weiterer Beteiligter wie Familienangehöriger, beruflich Pflegenden sowie von Vertretenden des Gesundheits- und Sozialwesens könnten möglichst passgenaue Hilfsangebote, Interventionen und Versorgungsstrukturen für die gesundheitlichen und sozialen Belange der Altersgruppe 60+ als Konsequenz dieser Studie identifiziert und entwickelt werden.

12.8.2 Weiterverfolgung der LAB60+ Studie

Es ist sinnvoll, die Teilnehmenden von LAB60+ in einer zukünftigen Studie erneut zu befragen, um ihre Situation zu einem späteren Zeitpunkt („nach Corona“) zu ermitteln und um zu beurteilen, ob ggf. durchgeführte Maßnahmen erfolgreich waren. Außerdem könnten weitere Lebensbereiche der Zielgruppe untersucht werden, wie beispielsweise die Arbeitssituation, der Wunsch nach dem Verbleib in einem aktiven Beschäftigungsverhältnis sowie die Frage, welche Anforderungen etwaige Arbeitsplätze haben sollten.

Eine Längsschnittstudie kann Zusammenhänge zwischen Risiko- oder Schutzfaktoren und unerwünschten Ergebnissen untersuchen und es können aussagekräftigere Schlussfolgerungen zu diesen Zusammenhängen gezogen werden als bei einer Studie mit nur einem Messzeitpunkt. Die aktuelle LAB60+ Studie kann als Grundlage für eine wertvolle Längsschnittstudie dienen.

Danksagung

Vielen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

Ohne die Unterstützung zahlreicher Menschen hätte dieses Projekt nicht gelingen können.

Unser ganz besonderer Dank gilt den Dresdnerinnen und Dresdnern, die an der LAB60+ Studie teilgenommen haben. Sie haben sich Zeit zum Ausfüllen der Fragebögen genommen. Manche haben sogar die Zeit gefunden, mit uns am Telefon zu sprechen. Wir danken Ihnen ganz herzlich für ihr Vertrauen und Ihr Engagement!

Ebenso herzlich danken wir den teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Leiterinnen und Leitern sowie den Expertinnen und Experten der Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste. Mit Ihrer zahlreichen Teilnahme und mit Ihrer in den Austausch investierten Zeit haben Sie uns wichtige Perspektiven, Erfahrungen, Wünsche und Ideen vermittelt.

Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung der Studie war die Entwicklung eines verständlichen und aussagekräftigen Fragebogens. In der Erstellung des Fragebogens sowie in Fachfragen bzgl. der Auswertung waren maßgeblich auch die Mitarbeitenden der Landeshauptstadt Dresden beteiligt, vor allem Frau Andrea Heyde, Frau Annett Lohse, Frau Michaela Dietze, Frau Dr. Freya Trautmann, Frau Dr. Paula Aleksandrowicz, Herr Philipp Schäfer, Herr Andreas Meyrich, Frau Tina Augst und Frau Nydia-Anny Balog.

Unterstützt wurden wir hierbei außerdem von Frau Dr. phil. Dipl. Psych. Stefanie Drössler, Herrn Manfred Drössler, Frau Regine Hegewald, Herrn Gunter Hegewald und Frau Lise Schäfer. Vielen Dank für Ihre kritische Prüfung des Fragebogens auf Verständlichkeit, Vollständigkeit und Sinnhaftigkeit, für Ihre Fragen und Kommentierungen sowie für Ihre wertvollen Hinweise zu seiner Fertigstellung!

Unser herzlicher Dank gilt dem Seniorenbeirat der Stadt Dresden für den wertvollen Austausch. Ihre Nähe zu den Teilnehmenden der Studie und Ihre umfassenden Erfahrungen machten eine bedarfsgerechte Gestaltung des Fragebogens möglich.

Bedanken möchten wir uns auch bei Herrn Matthias Beine, Geschäftsführer der Cultus gGmbH, der uns mit seinen langjährigen Erfahrungen eine wertvolle Rückmeldung zum schriftlichen Fragebogen für die Pflegeeinrichtungen gab.

Großen Dank sprechen wir auch Frau Agnieszka Sykut für die Projektadministration und Frau Christiane Arndt sowie Frau Ina Voigt für ihre administrative Unterstützung von Seiten der Technischen Universität und der Medizinischen Fakultät aus.

Für die Projektkoordination von Seiten der Landeshauptstadt Dresden bedanken wir uns ebenso bei Frau Kerstin Wendler für die Organisation während der Erhebungs- und Nacherhebungsphase sowie für die fachlichen und organisatorischen Arbeiten, die mit der Erstellung des Gesamtberichtes notwendig wurden. Weiterhin sprechen wir auch einen Dank an Frau Mandy Bidell für ihre Begleitung während der fachlichen Korrekturarbeiten aus. Unterstützung bei der Organisation des Fragebogenversandes und bei der Endredaktion des Gesamtberichtes wurde in hohem Maße auch durch Frau Katharina Lübcke und Frau Annett Fischer geleistet. Wir danken ebenso ausdrücklich auch den vielen helfenden (ehemaligen) Mitarbeitenden der Landeshauptstadt, die hier nicht namentlich erwähnt werden.

Für die sprachliche Sichtung und Anpassung des Berichtstextes möchten wir uns ganz herzlich bei Frau Dr. Dorothea Bolte bedanken. Frau Dr. Stefanie Drössler hat uns auch in diesen Zusammenhang unterstützt, wofür wir ihr danken möchten.

Weiterhin möchten wir Frau Liv Hübner für ihre inhaltliche Beratung und für das Korrekturlesen danken. Sie hat mit ihrer Perspektive als Pflegewissenschaftlerin wertvolle Impulse für die Erstellung des Berichtes gegeben.

Bei der Erhebung und Verwaltung der Forschungsdaten mit REDCap unterstützte uns Herr Jens Strehle, auch ihm gilt unser besonderer Dank.

Literatur

Aalto, M., H. Alho, J. T. Halme and K. Seppä (2011). The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 26(9): 881-885.

Ahrendt, D., R. Anderson, H. Dubois, J.-M. Jungblut, T. Leoncikis and L. Pöntinen (2017). European quality of life survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Arriagada, C. and N. Karnick (2021). Motive für freiwilliges Engagement, Beendigungsgründe, Hinderungsgründe und Engagementbereitschaft. DEU, Berlin.

Aune, D., E. Giovannucci, P. Boffetta, L. T. Fadnes, N. Keum, T. Norat, D. C. Greenwood, E. Riboli, L. J. Vatten and S. Tonstad (2017). Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Epidemiology* 46(3): 1029-1056.

Backes, G., L. Amrhein and M. Wolfinger. (2008). Gender in der Pflege: Herausforderungen für die Politik.

Banse, J., Deilmann, C., Fritzsche, C., Hörnig, V., Kluge, J., Kretzschmar, D., Marquardt, G., Motzek, T., Ragnitz, J., Thum, M., Vandrei, L. (2017). Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf den ostdeutschen Wohnungsmarkt, ifo Dresden.

Bechthold, A., C. Breidenassel, S. Egert, A. Gahl, M. Michel, H. Oberritter and K. Virmani (2018). Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. Bonn, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE).

Bellach, B. M. (1999). Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998-Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. *Das Gesundheitswesen (Sonderheft 2)* 61(2): 55-56.

Berkman, L. F. and S. L. Syme (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 109(2): 186-204.

Beyer, A.-K., S. Wurm and J. K. Wolff (2017). Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung. Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson and C. Tesch-Römer. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 329-343.

Bezirksamt Mitte von Berlin (2021). LISA II Studie in Berlin-Mitte - Lebensqualität, Interessen & Selbständigkeit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung der Qualitätsentwicklung, Planung, Koordination Berlin Mitte, Bezirksamt Mitte, Abteilung Stadtentwicklung Soziales und Gesundheit.

Bidzan-Bluma, I., M. Bidzan, P. Jurek, L. Bidzan, J. Knietzsch, M. Stueck and M. Bidzan (2020). A Polish and German Population Study of Quality of Life, Well-Being, and Life Satisfaction in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry* 11: 585813.

Bloomfield, K. (2020). Understanding the alcohol-harm paradox: what next? *The Lancet Public Health* 5(6): e300-e301.

Boeing, H., A. Bechthold, A. Bub, S. Ellinger, D. Haller, A. Kroke, E. Leschik-Bonnet, M. J. Müller, H. Oberritter and M. Schulze (2012). Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten. Stellungnahme der DGE eV.

Böger, A. and O. Huxhold (2020). The changing relationship between partnership status and loneliness: Effects related to aging and historical time. *The Journals of Gerontology: Series B* 75(7): 1423-1432.

Bonsignore, M., K. Barkow, F. Jessen and R. Heun (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 251 Suppl 2: II27-31.

- Bosco, F. A., H. Aguinis, K. Singh, J. G. Field and C. A. Pierce (2015). Correlational effect size benchmarks. *Journal of Applied Psychology* 100(2): 431-449.
- Bourgeais, V., L. Agafitei and J. Hrkal. (2016, 2016). Consumption of fruit and vegetables in the EU. Abgerufen am 15.09.2021, von <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7694616/3-14102016-BP-EN.pdf/1234ac94-27fd-4640-b9be-427a42d54881>.
- Brähler, E., H. Mühlen, C. Albani and S. Schmidt (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica* 53(2): 83–96.
- Brandt, M., C. Garten, M. Grates, J. Kaschowitz, N. Quashie and A. Schmitz (2021). Veränderungen von Wohlbefinden und privater Unterstützung für Ältere: ein Blick auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie im Frühsommer 2020. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54(3): 240–246.
- Bretschneider, J., R. Kuhnert and U. Hapke (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3): 81-88.
- Bu, F., J. Abell, P. Zaninotto and D. Fancourt (2020). A longitudinal analysis of loneliness, social isolation and falls amongst older people in England. *Scientific Reports* 10(1): 20064.
- Bucksch, J., E. Finne and G. Geuter (2010). Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter - eine Einführung. Düsseldorf, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (2015). Wirtschaftliche Aspekte Barrierefreien Bauens bei öffentlichen Neubauten und Umbauten. Dresden.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2018). Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II). Abgerufen am 29.11.2021, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021). "Online-Ratgeber Pflege: Pflegegrade." Abgerufen am 12.10.2021, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegegrade.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021). Pflegeberufegesetz. Abgerufen am 29.11.2021, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html>.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2017). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2020). Alkohol? Kenn dein Limit. Alkohol im Alter. Worauf Sie jetzt achten sollten. Fact Sheet. Abgerufen am 20.09.2021, von <https://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/3447/>.
- Bund-Länder Demografie Portal. (2021). Altersspezifische Pflegequoten. Abgerufen am 29.11.2021, von <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/pflegequote-alter.html>.
- Busch, M., A. Schienkiewitz, E. Nowossadeck and A. Gößwald (2013). Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland, Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. 56.
- Bush, K., D. R. Kivlahan, M. B. McDonell, S. D. Fihn, K. A. Bradley and f. t. A. C. Q. I. Project (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Archives of Internal Medicine* 158(16): 1789-1795.
- Butcher, J. N., S. Mineka and J. M. Hooley. (2009, 2009-05-01). "Klinische Psychologie."
- Cacioppo, J. T., L. C. Hawkley, L. E. Crawford, J. M. Ernst, M. H. Bursleson, R. B. Kowalewski, W. B. Malarkey, E. Van Cauter and G. G. Berntson (2002). Loneliness and Health: Potential Mechanisms. *Psychosomatic Medicine* 64(3): 407-417.
- Caspersen, C. J., K. E. Powell and G. M. Christenson (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports* 100(2): 126.
- Collins, S. E. (2016). Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol research : current reviews* 38(1): 83-94.

con_sens (2021). Benchmarking der großen Großstädte.: Monitoring 2019/2020 zu den existenzsichernden Leistungen des SGB XII und SGB II, den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, zum Asylbewerberleistungsgesetz und zur Wohnungsnotfallprävention. Hamburg.

De Jong Gierveld, J. D. J. and T. V. Tilburg (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data. *Research on Aging* 28(5): 582-598.

Deinlein, D., C. Müller, B. Orłowski and M. Rebien (2021). "Es geht schon so, man gewöhnt sich daran": Bürgerumfrage in Nürnberg 2020 - Wie die Corona- Pandemie unser Leben verändert hat „Es geht schon so, man gewöhnt sich daran." Bürgerumfrage in Nürnberg 2020 – Wie die Corona-Pandemie unser Leben verändert hat. *Stadtforschung und Statistik: Zeitschrift des Verbandes Deutscher Städtestatistiker* 34(1): 32–45.

Destatis. (2011). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011. Abgerufen am 01.11.2021, von https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/_publikationen-fachserienliste-1.html.

Destatis. (2019). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. Abgerufen am 15.12.2020, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>.

Destatis (2020). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Statistisches Bundesamt.

Destatis (2020). Pressemitteilung Nr. 507 vom 15. Dezember 2020. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

Destatis (2021). Öffentliche Sozialleistungen. Lebenslagen der behinderten Menschen, Ergebnis des Mikrozensus, Statisches Bundesamt.

Deutsches Institut für Normung (2011). DIN 18040 Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen - Teil 3: Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum. Berlin, Beuth.

Dittmann-Kohli, F., M. Kohli, H. Künemund, A. Motel, C. Steinleitner and G. Westerhof. (1997, Juni 1997). Lebenszusammenhänge, Selbst- und Lebenskonzeptionen - Erhebungsdesign und Instrumente des Alters-Survey.

Doh, M. (2020). Auswertung von empirischen Studien zur Nutzung von Internet, digitalen Medien und Informations- und Kommunikations-Technologien bei älteren Menschen. Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung.

Duncan, M. J., C. E. Kline, C. Vandelanotte, C. Sargent, N. L. Rogers and L. Di Milia (2014). Cross-sectional associations between multiple lifestyle behaviors and health-related quality of life in the 10,000 Steps cohort. *PloS one* 9(4): e94184.

Ebner, N. C., A. M. Freund and P. B. Baltes (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging* 21(4): 664-678.

Eller, M. (2006). Soziale Netzwerke und der Gesundheitszustand von Typ 2 Diabetikern und Nicht-Diabetikern unter Längsschnitt-Betrachtung - Ergebnisse einer bevölkerungsbezogenen Fall-Kontroll-Studie Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Ellert, U., T. Lampert and U. Ravens-Sieberer (2005). Measuring health-related quality of life with the SF-8. Normal sample of the German population. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 48(12): 1330-1337.

Engstler, H., Vogel, C., Böger, A., Franke, J., Klaus, D., Mahne, K., ... Tesch-Römer, C. (2017). Deutscher Alterssurvey (DEAS): Instrumente der DEAS-Erhebung 2017. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Engstler, H., A. Lozano Alcántara, M. Luitjens and D. Klaus (2019). German Ageing Survey, Deutscher Alterssurvey (DEAS): Documentation of instruments and variables 1996 - 2017 German Ageing Survey, Deutscher Alterssurvey (DEAS): Documentation of instruments and variables 1996-2017. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) Forschungsdatenzentrum (FZD-DZA).

Engstler, H., C. Vogel, A. Böger, J. Franke, D. Klaus, K. Mahne and C. Tesch-Römer (2017). Deutscher Alterssurvey (DEAS): Instrumente der DEAS-Erhebung 2017. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Entringer, T. and H. Kröger (2020). Einsam, aber resilient – Die Menschen haben den Lockdown besser verkraftet als vermutet. *DIW aktuell* (46).

Eschenbeck, H. (2009). Positive und negative Affektivität. Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie: 86-91.

Eurostat. (2021). "Alcohol consumption statistics." Abgerufen am 09.11.2021, von https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics#General_overview.

Fakoya, O. A., N. K. McCorry and M. Donnelly (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* 20(1): 129.

Finger, J. D., G. Mensink, C. Lange and K. Manz (2017). Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland.

Flegal, K. M., B. K. Kit, H. Orpana and B. I. Graubard (2013). Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 309(1): 71-82.

Flores, R., A. Caballer and A. Alarcón (2019). Evaluation of an Age-Friendly City and Its Effect on Life Satisfaction: A Two-Stage Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(24): 5073.

Freiberg, A., M. Schubert, K. Romero Starke, J. Hegewald and A. Seidler (2021). A Rapid Review on the Influence of COVID-19 Lockdown and Quarantine Measures on Modifiable Cardiovascular Risk Factors in the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(16): 8567.

Ganesalingam, G. (2019). Higher risk of physical frailty in older person is associated with increased levels of loneliness rather than social isolation. *Evid Based Nurs* 22(4): 116.

Gardiner, C., G. Geldenhuys and M. Gott (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community* 26(2): 147-157.

Gößwald, A., M. Lange, P. Kamtsiuris and B. M. Kurth (2012). DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55(6): 775-780.

Gößwald, A., A. Schienkiewitz, E. Nowossadeck and M. Busch (2013). Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland, Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. 56.

Griswold, M. G., N. Fullman, C. Hawley, N. Arian, S. R. Zimsen, H. D. Tymeson, V. Venkateswaran, A. D. Tapp, M. H. Forouzanfar and J. S. Salama (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 392(10152): 1015-1035.

Gual, A., L. Segura, M. Contel, N. Heather and J. Colom (2002). AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two Short Forms of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol and Alcoholism* 37(6): 591-596.

Hajek, A. and H. H. König (2021). Do Loneliness and Perceived Social Isolation Reduce Expected Longevity and Increase the Frequency of Dealing with Death and Dying? Longitudinal Findings based on a Nationally Representative Sample. *J Am Med Dir Assoc* 22(8): 1720-1725 e1725.

Hamilton, K., K. M. White and T. Cuddihy (2012). Using a Single-Item Physical Activity Measure to Describe and Validate Parents' Physical Activity Patterns. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 83(2): 340-345.

Hapke, U., E. v. der Lippe and B. Gaertner (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 56(5-6): 809-813.

Härter, M. C., K. P. Conway and K. R. Merikangas (2003). Associations between anxiety disorders and physical illness. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 253(6): 313-320.

Haslam, C., J. Jetten, T. Cruwys, G. A. Dingle and S. A. Haslam (2018). *The New Psychology of Health: Unlocking the Social Cure*. 1 Edition. | New York : Routledge, 2018., Routledge.

Haslam, C., B. C. P. Lam, N. R. Branscombe, N. K. Steffens, S. A. Haslam, T. Cruwys, P. Fong and T. C. Ball (2018). Adjusting to life in retirement: the protective role of new group memberships and identification as. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 27(6): 822-839.

- Heidemann, C., R. Kuhnert, S. Born and C. Scheidt-Nave (2017). 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 48-56.
- Higgins-Biddle, J. C. and T. F. Babor (2018). A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *The American journal of drug and alcohol abuse* 44(6): 578-586.
- Hintzpeter, B., J. D. Finger, J. Allen, R. Kuhnert, S. Seeling, J. Thelen and C. Lange (2019). European Health Interview Survey (EHIS) 2—Background and study methodology. *Journal of Health Monitoring* 4(4): 66-79.
- Hodgson, S., I. Watts, S. Fraser, P. Roderick and H. Dambha-Miller (2020). Loneliness, social isolation, cardiovascular disease and mortality: a synthesis of the literature and conceptual framework. *J R Soc Med* 113(5): 185-192.
- Holt-Lunstad, J. and T. B. Smith (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart* 102(13): 987-989.
- Holt-Lunstad, J., T. B. Smith, M. Baker, T. Harris and D. Stephenson (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science* 10(2): 227-237.
- Hsu, H.-C. (2020). Associations of City-Level Active Aging and Age Friendliness with Well-Being among Older Adults Aged 55 and Over in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(12): 4304.
- Huxhold, O., H. Engstler and E. Hoffmann (2019). Entwicklung der Einsamkeit bei Menschen im Alter von 45 bis 84 Jahren im Zeitraum von 2008 bis 2017. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Huxhold, O., H. Engstler and D. Klaus (2020). Risiken der Kontaktsperre für soziale Kontakte, soziale Unterstützung und ehrenamtliches Engagement von und für ältere Menschen.
- Huxhold, O., K. L. Fiori and T. D. Windsor (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: the costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and aging* 28(1): 3.
- Huxhold, O. and C. Tesch-Römer (2021). Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich. *DZA Aktuell* (04/2021): 19.
- Isfort, M. (2018). *Pflege-Thermometer 2018: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege- und Patientenversorgung von Menschen in der teil-/vollstationären Pflege*. Köln, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Jacobs, K., A. Kuhlmeiy, S. Greß, J. Klauber and A. Schwinger (2018). *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege*. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Jacobs, K., A. Kuhlmeiy, S. Greß, J. Klauber and A. Schwinger (2020). *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Berlin, Springer.
- Jayes, L., P. L. Haslam, C. G. Gratzou, P. Powell, J. Britton, C. Vardavas, C. Jimenez-Ruiz, J. Leonardi-Bee, B. Dautzenberg and B. Lundbäck (2016). SmokeHaz: systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health. *Chest* 150(1): 164-179.
- Jetten, J., N. R. Branscombe, S. A. Haslam, C. Haslam, T. Cruwys, J. M. Jones, L. Cui, G. Dingle, J. Liu, S. Murphy, A. Thai, Z. Walter and A. Zhang (2015). Having a lot of a good thing: Multiple important group memberships as a source of self-esteem. *PLOS ONE* 10(5): e0124609.
- Jordan, S., M. Weiß, S. Krug and G. Mensink (2011). Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland, Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. 55.
- Julia Simonson, J. P. Z., Claudia Vogel, Nicole Hameister, Doreen and M. C. Tesch-Römer (2016). *Deutscher Freiwilligensurvey 2014. Erhebungsinstrument*. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Kiecolt-Glaser, J. K., T. J. Loving, J. R. Stowell, W. B. Malarkey, S. Lemeshow, S. L. Dickinson and R. Glaser (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Arch Gen Psychiatry* 62(12): 1377-1384.
- Kiesl, H. (2019). *Gewichtung. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Springer: 405-412.

- Klaus, D. and H. Engstler (2017). Daten und methoden des deutschen alterssurveys. Altern im Wandel, Springer VS, Wiesbaden: 29-45.
- Klaus, D., H. Engstler and C. Vogel (2019). Längsschnittliches Design, Inhalte und Methodik des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: Älterwerden im sozialen Wandel. C. Vogel, M. Wettstein and C. Tesch-Römer. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 17-34.
- Kobayashi, L. C. and A. Steptoe (2018). Social Isolation, Loneliness, and Health Behaviors at Older Ages: Longitudinal Cohort Study. *Ann Behav Med* 52(7): 582-593.
- Koch-Institut, R. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2.
- Kojima, G., C. Avgerinou, S. Iliffe, S. Jivraj, K. Sekiguchi and K. Walters (2018). Fruit and Vegetable Consumption and Frailty: A Systematic Review. *The journal of nutrition, health & aging* 22(8): 1010-1017.
- Kojima, G., S. Iliffe, S. Jivraj and K. Walters (2020). Fruit and Vegetable Consumption and Incident Pre frailty and Frailty in Community-Dwelling Older People: The English Longitudinal Study of Ageing. *Nutrients* 12(12): 3882.
- Kommunale Sozialverband Sachsen (KSV) (2019). Behindertenstrukturstatistik der Landeshauptstadt Dresden.
- Kommunale Statistikstelle Dresden. (2020). Kommunale Bürgerumfrage 2020: Hauptaussagen. Von https://www.dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/KBU_2020-Hauptaussagen.pdf.
- Kortmann, L., C. Hagen, C. Endter, J. Riesch and C. Tesch-Römer (2021). Internetnutzung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Corona-Pandemie: Soziale Ungleichheiten bleiben bestehen. *DZA Aktuell* (05/2021): 24.
- Kraav, S. L., S. M. Lehto, J. Kauhanen, S. Hantunen and T. Tolmunen (2021). Loneliness and social isolation increase cancer incidence in a cohort of Finnish middle-aged men. A longitudinal study. *Psychiatry Res* 299: 113868.
- Krug, S., S. Jordan, G. B. M. Mensink, S. Müters, J. Finger and T. Lampert (2013). Körperliche Aktivität: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56(5-6): 765-771.
- Kuehner, C., K. Schultz, P. Gass, A. Meyer-Lindenberg and H. Dreßing (2020). Psychisches Befinden in der Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie. *Psychiatrische Praxis* 47(7): 361-369.
- Lampert, T. (2011). Rauchen–aktuelle entwicklungen bei erwachsenen.
- Lampert, T., L. E. Kroll, S. Müters and H. Stolzenberg (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56(1): 131-143.
- Landeshauptstadt Dresden. (2020). Bevölkerungsprognose 2020. Abgerufen am 09.11.2021, von <https://www.dresden.de/de/leben/stadtportrait/statistik/bevoelkerung-gebiet/bevoelkerungsprognose.php>.
- Landeshauptstadt Dresden. (2021). Mikrozensusergebnisse: Bevölkerung nach Schulabschluss und Berufabschluss. Mikrozensus: Zahlen für Dresden. Abgerufen am 09.11.2021, von https://www.dresden.de/media/pdf/statistik/Statistik_1601_Ausbildung_Mikrozensus.pdf.
- Landis, J. R. and G. G. Koch (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* 33(1): 159-174.
- Lange, C. and J. D. Finger (2017). Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. 2(2).
- Lange, C., J. D. Finger, J. Allen, S. Born, J. Hoebel, R. Kuhnert, S. Müters, J. Thelen, P. Schmich, M. Varga, E. von der Lippe, M. Wetzstein and T. Ziese (2017). Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Archives of Public Health* 75(1): 40.
- Lange, C., C. Manz and B. Kuntz (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. 2(2): 66-73.
- Lazzari, C. and M. Rabottini (2021). COVID-19, loneliness, social isolation and risk of dementia in older people: a systematic review and meta-analysis of the relevant literature. *Int J Psychiatry Clin Pract*: 1-12.

- Lee, I.-M., E. J. Shiroma, F. Lobelo, P. Puska, S. N. Blair, P. T. Katzmarzyk and L. P. A. S. W. Group (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* 380(9838): 219-229.
- Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung e. V. (IÖR). (2010). Alten- und behindertengerechtes Wohnen in Dresden. Von https://www.dresden.de/media/pdf/sozialamt/Alten-u_behindertengerechtes_Wohnen_IOER-Studie.pdf.
- Lillard, L. A. and C. W. Panis (1996). Marital status and mortality: the role of health. *Demography* 33(3): 313-327.
- Luchetti, M., J. H. Lee, D. Aschwanden, A. Sesker, J. E. Strickhouser, A. Terracciano and A. R. Sutin (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *The American psychologist* 75(7): 897–908.
- Mahne, K. and O. Huxhold (2015). Grandparenthood and subjective well-being: Moderating effects of educational level. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 70(5): 782-792.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Beltz, Weinheim und Basel.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim, Beltz.
- McLay, L., H. A. Jamieson, K. G. France and P. J. Schluter (2021). Loneliness and social isolation is associated with sleep problems among older community dwelling women and men with complex needs. *Sci Rep* 11(1): 4877.
- Mehrabi, F. and F. Beland (2020). Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr* 90: 104119.
- Menec, V. and S. Nowicki (2014). Examining the relationship between communities' 'age-friendliness' and life satisfaction and self-perceived health in rural Manitoba, Canada.
- Mennicken, R. (2021). *Pflegebedarfsanalyse für den Kreis Gütersloh*.
- Menold, N. (2015). *Schriftlich-postalische Befragung*.
- Mensink, G., A. Schienkiewitz and C. Lange (2017). Gemüsekonsum bei Erwachsenen in Deutschland. 2(2).
- Mensink, G., A. Schienkiewitz and C. Lange (2017). Obstkonsum bei Erwachsenen in Deutschland. 2(2).
- Mensink, G. B. M., J. Truthmann, M. Rabenberg, C. Heidemann, M. Haftenberger, A. Schienkiewitz and A. Richter (2013). Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56(5-6): 779-785.
- Merda, M., K. Schmidt and B. Kähler (2018). *Pflege 4.0 - Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegenden*. Hamburg, Bonifatius Druck.
- Mergenthaler, A., L. Konzelmann, V. Cihlar, F. Micheel, N. F. Schneider and Z. Aguilar (2020). Vom Ruhestand zu (Un-)Ruheständen. Ergebnisse der Studie "Transitions and Old Age Potential" (TOP) von 2013 bis 2019.
- Mergenthaler, A. and F. Micheel (2020). "Altes" und "neues" Ehrenamt nach dem Berufsleben. Aktuelle Befunde aus der TOP-Studie des BiB. *Bevölkerungsforschung Aktuell* 41: 3-7.
- Milton, K., F. C. Bull and A. Bauman (2011). Reliability and validity testing of a single-item physical activity measure. *British Journal of Sports Medicine* 45(3): 203-208.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2008). Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern? *Der Gynäkologe* 41(5): 381-388.
- Naumann, D. and F. Oswald (2020). Wohnen im Alter. *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. K. Aner and U. Karl. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 369-377.
- Neuhauser, H., R. Kuhnert and S. Born (2017). 12-Monatsprävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 57-63.

- Ng, S.-I., X.-J. Lim and H.-C. Hsu (2021). The Importance of Age-Friendly City on Older People's Continuity and Life Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(14): 7252.
- Nieboer, A. P. and J. M. Cramm (2018). Age-Friendly Communities Matter for Older People's Well-Being. *Journal of Happiness Studies* 19(8): 2405-2420.
- Normung, D. I. f. (2011). DIN 18040 Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen - Teil 2: Wohnungen. Berlin, Beuth.
- Nowossadeck, S. and H. Engstler (2017). Barrierefreiheit in den Wohnungen der 40- bis 85-Jährigen. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Nowossadeck, S. and K. Mahne (2017). Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte. Altern im Wandel: zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson and C. Tesch-Römer. Wiesbaden, Springer VS: 301-314.
- Nyqvist, F., M. Cattan, M. Conradsson, M. Näsman and Y. Gustafsson (2017). Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. *Scandinavian Journal of Public Health* 45(4): 411-418.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) What are Equivalence Scales? OECD Project on Income Distribution and Poverty.
- Pani-Harreman, K. E., G. J. J. W. Bours, I. Zander, G. I. J. M. Kempen and J. M. A. van Duren (2021). Definitions, key themes and aspects of 'ageing in place': a scoping review. *Ageing and Society* 41(9): 2026-2059.
- Park, C., A. Majeed, H. Gill, J. Tamura, R. C. Ho, R. B. Mansur, F. Nasri, Y. Lee, J. D. Rosenblat and E. Wong (2020). The effect of loneliness on distinct health outcomes: A comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Research*: 113514.
- Petersen, N., H. H. König and A. Hajek (2020). The link between falls, social isolation and loneliness: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 88: 104020.
- Poscia, A., J. Stojanovic, D. I. La Milia, M. Duplaga, M. Grysztar, U. Moscato, G. Onder, A. Collamati, W. Ricciardi and N. Magnavita (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Exp Gerontol* 102: 133-144.
- Poutrus, P. G. (2015). Aufnahme in die geschlossene Gesellschaft: Remigranten, Übersiedler, ausländische Studierende und Arbeitsmigranten in der DDR. *Handbuch Staat und Migration in Deutschland seit dem 17. Jahrhundert*, De Gruyter Oldenbourg: 967-996.
- Reinert, D. F. and J. P. Allen (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update of Research Findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31(2): 185-199.
- Rejeski, W. J. and S. L. Mihalko (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences* 56(suppl_2): 23-35.
- Riedel-Heller, S. and D. Richter (2021). Psychische Folgen der COVID-19 Pandemie in der Bevölkerung. *Public Health Forum* 29(1): 54-56.
- Robert Koch-Institut. (2014, 2014). Alkoholkonsum. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Faktenblatt zur GEDA 2012.
- Röhr, S., U. Reininghaus and S. G. Riedel-Heller (2020). Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey. *BMC Geriatrics* 20(1): 489.
- Röhrle, B. (2018). Wohlbefinden/ Well-being.
- Roßteutscher, S. (2009). Soziale Partizipation und Soziales Kapital. *Politische Soziologie: ein Studienbuch*. V. Kaina and A. Römmele. Wiesbaden, VS, Verl. für Sozialwiss: 163-180.
- Royal, K. D. (2019). Survey research methods: A guide for creating post-stratification weights to correct for sample bias. *Education in the Health Professions* 2(1): 48.

- Ruffolo, M., D. Price, M. Schoultz, J. Leung, T. Bonsaksen, H. Thygesen and A. Ø. Geirdal (2021). Employment Uncertainty and Mental Health During the COVID-19 Pandemic Initial Social Distancing Implementation: a Cross-national Study. *Global Social Welfare* 8(2): 141-150.
- Sabia, S., A. Singh-Manoux, G. Hagger-Johnson, E. Cambois, E. J. Brunner and M. Kivimaki (2012). Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. *Cmaj* 184(18): 1985-1992.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, "Sozialberichtserstattung: Kennzahlen zur Lebenserwartung, Sterblichkeit und Krankheitslast." Abgerufen am 29.08.2021, von <https://www.sozialbericht.sachsen.de/kennzahlen-zur-lebenserwartung-sterblichkeit-und-krankheitslast-4179.html>.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt oJ (o.J.). Armutsgefährdung in Sachsen.
- Sackreuther, I., J. Schröder, V. Cihlar, A. Mergenthaler, F. Micheel and G. Schill (2016). TOP – Transitions and Old Age Potential: Methodenbericht zur Studie.
- Sallis, J. F., R. B. Cervero, W. Ascher, K. A. Henderson, M. K. Kraft and J. Kerr (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health* 27(1): 297-322.
- Sallis, J. F. and N. Owen (1998). *Physical activity and behavioral medicine*, SAGE publications.
- Saß, A.-C., C. Lange, J. D. Finger, J. Allen, S. Born, J. Hoebel, R. Kuhnert, S. Müters, J. Thelen, P. Schmich, M. Varga, E. v. d. Lippe, M. Wetzstein and T. Ziese (2017). „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS, Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. 2.
- Saunders, J. B., O. G. Aasland, T. F. Babor, J. R. De La Fuente and M. Grant (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 88(6): 791-804.
- Sayin Kasar, K. and E. Karaman (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs*.
- Schaefer, H. and B. Bellach (1999). Der Bundes-Gesundheits-survey 1998-Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. *Gesundheitswesen* 61(2): S55-S56.
- Scharf, T., C. Phillipson, A. E. Smith and P. Kingston (2002). Growing older in socially deprived areas: Social exclusion in later life.
- Schindler, I. and U. M. Staudinger (2008). Obligatory and optional personal life investments in old and very old age: Validation and functional relations. *Motivation and Emotion* 32(1): 23-36.
- Schopf, S., G. Schöne, B. Schmidt, K. Günther, G. Stübs, K. H. Greiser, F. Bamberg, C. Meinke-Franze, H. Becher and K. Berger (2020). Die Basiserhebung der NAKO Gesundheitsstudie: Teilnahme an den Untersuchungsmodulen, Qualitätssicherung und Nutzung von Sekundärdaten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 63(3): 254-266.
- Schneekloth, U., S. Geiss and M. Pupeter. (2017). Studie zur Wirkung des Pflege-Neuasurichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). Abgerufen am 14.10.2021, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf.
- Schwinger, A. and C. Tsiasioti (2018). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. *Pflege-Report 2018*. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber and A. Schwinger. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg: 173–204.
- Seiferling, N. and A. Michel (2017). Building Resources for Retirement Transition: Effects of a Resource-Oriented Group Intervention on Retirement Cognitions and Emotions. *Work, Aging and Retirement* 3.
- Shankar, A. (2020). Loneliness and sleep in older adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 55(2): 269-272.
- Shankar, A., M. Hamer, A. McMunn and A. Steptoe (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosom Med* 75(2): 161-170.

Shankar, A., A. McMunn, J. Banks and A. Steptoe (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol* 30(4): 377-385.

Shankar, A., A. McMunn, P. Demakakos, M. Hamer and A. Steptoe (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychol* 36(2): 179-187.

Shih, T.-H. and F. Xitao (2008). Comparing Response Rates from Web and Mail Surveys: A Meta-Analysis. *Field Methods* 20(3): 249-271.

Simonson, J., N. Kelle, C. Kausmann and C. Tesch-Römer (2021). Unterschiede und Ungleichheiten im freiwilligen Engagement. *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019*. J. Simonson, N. Kelle, C. Kausmann and C. Tesch-Römer. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen: 62-84.

Sozialgesetzbuch IX (2021). Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. BGBl. I 1046.

Spangenberg, L., H. Glaesmer, E. Brähler, A. Kersting and B. Strauß (2013). Nachdenken über das Wohnen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46(3): 251-259.

Statistisches Bundesamt. (2013). Altersunterschied bei Paaren im Durchschnitt 4 Jahre. Abgerufen am 28.11.2021, von <https://www.presseportal.de/pm/32102/2581109>.

Statistisches Bundesamt. (2017). "Gesundheitsberichterstattung des Bundes." Von https://www.gbebund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=48502801&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=434&p_ansnr=90151325&p_version=4&D.000=3739&D.003=1000004.

Statistisches Bundesamt. (2019). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. Abgerufen am 06.10.2021, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.htm>.

Statistisches Bundesamt (2020). Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2019.

Statistisches Bundesamt. (2021). "Bevölkerung in Deutschland: Bevölkerungspyramide." Abgerufen am 24.08.2021, 2021, von <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2018&v=2>.

Statistisches Bundesamt. (2021). Mehr Pflegebedürftige. Abgerufen am 28.11.2021, von <https://www.presseportal.de/pm/32102/2581109>.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019). Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe Wohnverhältnisse privater Haushalte.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021). Bautätigkeit und Wohnungen. Bestand an Wohnungen.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2018). Statistisch betrachtet: Pflege in Sachsen - Ausgabe 2018. Abgerufen am 19.11.2021, von https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/SNHeft_derivate_00008210/SB_Pflege_2018_Korrekturfassung.pdf;jsessionid=86F99741DFD7E1A6BD090EF59694687B.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2019). Pflegebedürftige insgesamt in Sachsen und in der Kreisfreien Stadt Dresden im Dezember 2019 nach Pflegegraden und Alter.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2019). Pflegebedürftige: Eckdaten für Sachsen. Abgerufen am 21.11.2021, von <https://www.statistik.sachsen.de/html/pflegebeduerftige.html>.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2019). Schwerbehinderte Menschen: Eckdaten für Sachsen. Abgerufen am 19.11.2021, von <https://www.statistik.sachsen.de/html/schwerbehinderte-menschen.html>.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2019). Statistisch betrachtet: Pflege in Sachsen- Ausgabe 2019. Abgerufen am 19.11.2021, von https://www.statistik.sachsen.de/download/statistisch-betrachtet/broschur_statistik-sachsen_statistisch-betrachtet_pflege.pdf.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2020). 7. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen 2019 bis 2035. Abgerufen am 09.11.2021, von https://www.bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/download/RBV%20Sachsen/rbv_freistaat_sachsen.pdf.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2020). "Statistische Jahreszahlen - Kapitel 4". Von <https://www.statistik.sachsen.de/html/aerzte-zahnaerzte-apotheker.html>.

Steinmetz, H., V. Batzdorfer and M. Bosnjak (2020). The ZPID lockdown measures dataset for Germany.

Stephens, A., A. Shankar, P. Demakakos and J. Wardle (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 110(15): 5797-5801.

Sächsische Bauordnung (SächsBO) (2021).

Tesch-Römer, C. and H. Engstler (2020). Wohnsituation der Menschen ab 65 Jahren: mit Angehörigen, allein oder im Pflegeheim. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Tesch-Römer, C., S. Wurm, A. Hoff and H. Engstler (2002). Die zweite Welle des Alterssurveys: Erhebungsdesign und Instrumente.

Thefeld, W., H. Stolzenberg and B.-M. Bellach (1999). Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. *Gesundheitswesen* 61(2): S57.

Thoits, P. (2012). Role-Identity Saliency, Purpose and Meaning in Life, and Well-Being among Volunteers. *Social Psychology Quarterly* 75: 360-384.

Topa, G., J. Moriano, M. Depolo, C.-M. Alcover and J. Morales (2009). Antecedents and Consequences of Retirement Planning and Decision-making: A Meta-Analysis and Model. *Journal of Vocational Behavior* 75: 38-55.

Tsiasioti, C., S. Behrendt, K. Jürchott and A. Schwinger (2020). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber and A. Schwinger. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg: 257-311.

US Office of the Surgeon General. (1996). Physical activity and health: A report of the surgeon general.

Valtorta, N. K., M. Kanaan, S. Gilbody, S. Ronzi and B. Hanratty (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* 102(13): 1009-1016.

van der Heide, I., R. M. van Rijn, S. J. Robroek, A. Burdorf and K. I. Proper (2013). Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health* 13(1): 1180.

van Tilburg, T. G., S. Steinmetz, E. Stolte, H. van der Roest and D. H. de Vries (2020). Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*: gbaa111.

Wang, M., K. Henkens and H. Solinge (2011). A Review of Theoretical and Empirical Advancements. *The American psychologist* 66: 204-213.

Ware, J. E., Jr. and B. Gandek (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 51(11): 903-912.

Ware, J. E., Jr., M. Kosinski, J. E. Dewey and B. Gandek (2001). How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 TM Health Survey, QualityMetric, Inc. Lincoln RI, Health Assessment Lab Boston, MA.

Wettstein, M. and S. Nowossadeck (2021). Altersdiskriminierung in der Pandemie. *DZA Aktuell* (6/2021).

Wettstein, M. and S. M. Spuling (2019). Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*. C. Vogel, M. Wettstein and C. Tesch-Römer. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 53-70.

Wettstein, M., C. Vogel, S. Nowossadeck, S. M. Spuling and C. Tesch-Römer (2020). Wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Corona-Krise?: Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise und subjektive Wahrgenommene

Bedrohung durch die Corona-Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) aktuell(1).

Wetzel, M. and J. Simonson (2017). Engagiert bis ins hohe Alter? Organisationsgebundenes ehrenamtliches Engagement in der zweiten Lebenshälfte. Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson and C. Tesch-Römer. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 81–95.

Williams, C. Y. K., A. T. Townson, M. Kapur, A. F. Ferreira, R. Nunn, J. Galante, V. Phillips, S. Gentry and J. A. Usher-Smith (2021). Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: A rapid systematic review. PLoS One 16(2): e0247139.

World Health Organization (1947). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Die Friedens-Warte 47(3): 182–192.

World Health Organization (1998). Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (2002). Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Abgerufen am 15.11.2021, von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

World Health Organization. (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. Abgerufen am 12.11.2021, von http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789241547307_eng.pdf;sequence=1.

World Health Organization (2019). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (2021, 2021/07/26/). Tobacco. Fact Sheet. Von <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

World Health Organization (WHO). (2003). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series.

Wright, M. T., T. Allweiss and N. Schwersensky. (2021, 04.01.2021). Partizipative Gesundheitsforschung. Von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipative-gesundheitsforschung/>.

Yeung, D. and X. Zhou (2017). Planning for Retirement: Longitudinal Effect on Retirement Resources and Post-retirement Well-being. Frontiers in Psychology 08: 1300.

Yousefi Nooraie, R., K. Warren, L. A. Juckett, Q. A. Cao, A. C. Bunger and M. A. Patak-Pietrafesa (2021). Individual- and group-level network-building interventions to address social isolation and loneliness: A scoping review with implications for COVID19. PLoS One 16(6): e0253734.

Zeiber, J., B. Kuntz and C. Lange (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. 2(2): 59-65.

Zöllick, J. C., A. Kuhlmeier, R. Suhr and S. Eggert (2020). Akzeptanz von Technikeinsatz in der Pflege - Zwischenergebnisse einer Befragung unter professionell Pflegenden. Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber and A. Schwinger. Berlin, Springer: 211–218.

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ANOVA	Analysis of Variance
Art.	Artikel
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test short form
ARB-Survey	Armuts- und Reichtumsbericht
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend
BMI	Body-Maß-Index
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
CDD	Centrum für Demografie und Diversität der TU Dresden
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019
DD	Dresden
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGE e.V.	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
d. h.	das heißt
DIN	Deutsches Institut für Normung
DSVGO	Datenschutz-Grundverordnung
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
EHIS	European Health Interview Survey
engl.	englisch
et al.	et alii (lateinisch: und andere)
etc.	et cetera (lateinisch: und die übrigen)
EU	Europäische Union
Eurofound	Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen
EXITS	Exeter Identity Transition Scale
ff.	Folgende
g	Gramm
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GdB	Grad der Behinderung
GEDA	Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“
ggf.	gegebenenfalls
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
inkl.	inklusive
IÖR	Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung

IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IPAS	Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin
k. A.	keine Angabe
kg	Kilogramm
KVS	Kommunaler Versorgungsverband Sachsen
KÜR	Kompetenzzentrum für den Übergang in den Ruhestand
LAB60+	Studie zur individuellen Lebens-, Gesundheits- und Pflegesituation von Dresdnerinnen und Dresdenern ab dem 60. Lebensjahr
LISA-II	Studie zu Lebensqualität, Interessen und Selbstständigkeit im Alter
m	Meter
MCS-8	Mental health component summary score des SF-8
MGM	Multiple Group Membership
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MW	Mittelwert
N	Stichprobengröße
NAKO	Nationale Kohorte
Nr.	Nummer
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques (Klassifikation der Gebietseinheiten für die Statistik)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
OR	Odds Ratio
PCS-8	physical health component summary score des SF-8
PG	Pflegegrad
PLI	Persönliche Lebensinvestition
POS	Polytechnische Oberschule
PSG	Pflegestärkungsgesetz
QR-Code	Quick Response Code
RKI	Robert Koch-Institut
S.	Seite
SächsDSDG	Sächsisches Datenschutzdurchführungsgesetz
SächsHSFG	Sächsisches Hochschulfreiheitsgesetz
SD	Standardabweichung
SES	Sozioökonomischer Status
SF-8	Short-Form Health Survey (8-Items)
SF-36	Health Survey Questionnaire (36-Items)
SGB	Sozialgesetzbuch
SNI	Berkman-Syme Social Network Index
s.o.	siehe oben
STIKO	Ständige Impfkommission
TOP-Studie 2016	Transitions and Old Age Potential: Übergänge und Alternspotenziale
TU	Technische Universität
u. a.	unter anderem
Übers.	übersetzt
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WG	Wohngemeinschaft
WHO5	WHO-5-Wohlbefindens-Index
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: LAB60+ Beteiligung nach Stadtteil (in Prozent).....	40
Abbildung 2: Alter der LAB60+ Teilnehmenden nach soziodemographischen Merkmale (in Prozent).....	42
Abbildung 3: LAB60+ Teilnehmende nach Geburtsland (in Prozent).....	42
Abbildung 4: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter (in Prozent).....	49
Abbildung 5: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent).....	50
Abbildung 6: Höchster beruflicher Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter (in Prozent).....	51
Abbildung 7: Höchster beruflicher Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent).....	52
Abbildung 8: Sozioökonomischer Status der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter (in Prozent).....	52
Abbildung 9: Sozioökonomischer Status der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent).....	53
Abbildung 10: Durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Alter (in Euro).....	54
Abbildung 11: Durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Euro).....	55
Abbildung 12: Anteil der LAB60+ Teilnehmenden unter der Armutgefährdungsgrenze nach Geschlecht und Alter (in Prozent).....	56
Abbildung 13: Anteil der LAB60+ Teilnehmenden unter der Armutgefährdungsgrenze nach Stadtbezirk (in Prozent).....	56
Abbildung 14: Regressionsanalyse zum Nettoäquivalenzeinkommen und Alter der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht (in Euro).....	57
Abbildung 15: LAB60+ Teilnehmende in Ruhestand nach Geschlecht und Alter (in Prozent).....	60
Abbildung 16: „Wenn Sie sich an Ihren Übergang in den Ruhestand zurückerinnern: Was würden Sie sagen, inwieweit hat Sie dieses Ereignis belastet?“ (in Prozent).....	61
Abbildung 17: Gründe für Umzugswünsche (Mehrfachnennungen möglich) (in Prozent).....	68
Abbildung 18: Zufriedenheit mit der Wohngegend (in Prozent).....	69
Abbildung 19: Nach Anbruch der Dunkelheit fühle ich mich auf der Straße unsicher, Zustimmung nach Stadtbezirk.....	70
Abbildung 20: Ich fühle mich mit der Wohngegend verbunden, Zustimmung nach Stadtbezirk.....	71
Abbildung 21: Nutzung von öffentlichen Parks und/oder Grünanlagen in der Wohngegend (in Prozent).....	72
Abbildung 22: Häufigkeit der Teilnahme an organisierten Gruppen in der LAB60+ Studie (in Prozent).....	81
Abbildung 23: Identifikation mit der unmittelbaren Nachbarschaft und als Bürgerin oder Bürger der Stadt Dresden in der LAB60+ Studie (in Prozent).....	82
Abbildung 24: Zustimmung zur Aussage "Ein Bürger oder eine Bürgerin der Stadt Dresden zu sein, ist für mich ein wichtiger Teil meines Selbstbildes." nach Stadtbezirken.....	83
Abbildung 25: Anteil der Antworten für die Zahl nahestehender Verwandter und enger Freunde nach Wohnform (in Prozent).....	84
Abbildung 26: Anteil der Antworten für die Anzahl nahestehender Verwandter und enger Freunde nach Altersgruppen (in Prozent).....	85
Abbildung 27: Anteil der Antworten für die Anzahl der nahestehenden Verwandten und engen Freundinnen und Freunde, zu denen monatlicher Kontakt besteht, nach Altersgruppen (in Prozent).....	86
Abbildung 28: Größe der sozialen Netzwerke nach Geschlecht (in Prozent).....	87
Abbildung 29: Anteile an der Größe der sozialen Netzwerke nach Altersgruppen (in Prozent).....	87
Abbildung 30: Einsamkeitsrate nach Stadtbezirken.....	89
Abbildung 31: Anteil der erlebten Altersdiskriminierung in verschiedenen Lebensbereichen nach Geschlecht (in Prozent).....	93
Abbildung 32: Anteil erlebter Altersdiskriminierung nach Altersgruppen (in Prozent).....	94
Abbildung 33: Möglichkeit, zu Hause das Internet zu nutzen gesamt und nach Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent).....	100
Abbildung 34: Möglichkeit, zu Hause das Internet zu nutzen nach Altersgruppen (in Prozent).....	101

Abbildung 35: Anteil der Personen pro Stadtbezirk mit Zugang zum Internet in der Wohnung	102
Abbildung 36: Anteil der Personen pro Stadtbezirk, die das Internet tatsächlich nutzen.....	103
Abbildung 37: Anteil Personen pro Altersgruppe, die das Internet zu einem bestimmten Zweck benutzten (in Prozent).....	104
Abbildung 38: Anteil Personen nach sozialer Schicht, die das Internet zu einem bestimmten Zweck benutzten (in Prozent)	105
Abbildung 39: Anteil Personen, die das jeweilige Medium nutzten, um sich über Angebote der Stadt Dresden zu informieren (in Prozent).....	106
Abbildung 40: Anteil Personen einer Altersgruppe, die das jeweilige Medium zur Information nutzten (in Prozent).....	107
Abbildung 41: Bereitschaft für ehrenamtliche Tätigkeiten und aktuelle Ausübung eines Ehrenamtes („mach ich schon“) (in Prozent).....	108
Abbildung 42: Teilnahme und Häufigkeiten von Aktivitäten - in absteigender Reihenfolge der am häufigsten genannten täglichen Aktivitäten (in Prozent).....	110
Abbildung 43: Anteil Personen, die an bestimmten Aktivitäten teilnehmen, nach Altersgruppe (in Prozent).....	111
Abbildung 44: Teilnahme an Aktivitäten nach Stadtbezirken (in Prozent)	112
Abbildung 45: Durchschnittliche Wichtigkeit (von 0 für überhaupt nicht wichtig bis 5 für sehr wichtig) der Lebensthemen.....	113
Abbildung 46: Darstellung der Kategorien des Body-Maß-Index (BMI)* nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status (in Prozent).....	117
Abbildung 47: Darstellung der BMI-Kategorien nach Stadtbezirk (in Prozent)	118
Abbildung 48: Darstellung der Prävalenz der Vorerkrankungen der LAB60+ Teilnehmenden (in Prozent)	119
Abbildung 49: Nutzung von Präventionsmaßnahmen der LAB60+ Teilnehmenden (in Prozent)	120
Abbildung 50: Darstellung der Prävalenz der Inanspruchnahme ausgewählter Präventionsmaßnahmen nach Stadtbezirken (in Prozent).....	121
Abbildung 51: Körperliche Gesundheit (PCS-8) nach Stadtbezirk.....	123
Abbildung 52: Hausärztliche Versorgung im Stadtgebiet Dresden (in Prozent).....	125
Abbildung 53: Fehlende fachärztliche Versorgung im Stadtbezirk (in Prozent).....	126
Abbildung 54: Antwortanteile für die Frage „Wie schwierig ist es Ihrer Meinung nach...“ (in Prozent)	127
Abbildung 55: Nutzung ausgewählter Medien in den Kategorien der Fragen „Wie schwierig ist es Ihrer Meinung nach...“ (in Prozent).....	128
Abbildung 56: Internetnutzung, nach Alter und sozioökonomischem Status, in den Kategorien der Frage wie schwierig es für die Teilnehmenden ist, Informationen über Therapien von Krankheiten zu finden ("leicht", schwierig") (in Prozent)	129
Abbildung 57: Internetnutzung, nach Alter und sozioökonomischem Status, in den Kategorien der Frage, wie schwierig es für die Teilnehmenden ist, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden („leicht“, „schwierig“) (in Prozent).....	129
Abbildung 58: Internetnutzung, nach Alter und sozioökonomischem Status, in den Kategorien der Frage, wie schwierig es für die Teilnehmenden ist, zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind („leicht“, „schwierig“) (in Prozent).....	130
Abbildung 59: Behinderung der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppen (in Prozent)	134
Abbildung 60: Behinderung der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirken (in Prozent)	134
Abbildung 61: Vorhandensein eines Pflegegrades der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppe (in Prozent)	135
Abbildung 62: Häufigkeit der Pflegegrade (PG) der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppen (in Prozent) ..	136
Abbildung 63: Pflegegrad (PG) der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent).....	136
Abbildung 64: Antwort der Teilnehmenden an der Frage: "Wer pflegt Sie?" (in Prozent).....	137
Abbildung 65: Antwort der LAB60+ Teilnehmenden an der Frage: "Angenommen, Sie werden hilfe-oder pflegebedürftig, mit welcher Hilfe können Sie rechnen?" (in Prozent).....	138
Abbildung 66: Nutzung und Bekanntheit von ausgewählten Angeboten bei LAB60+ Teilnehmenden ohne Pflegegrad (in Prozent)	139
Abbildung 67: Nutzung und Bekanntheit von ausgewählten Angeboten bei LAB60+ Teilnehmenden mit Pflegegrad (in Prozent).....	140
Abbildung 68: Hilfestellung der LAB60+ Teilnehmenden für andere Personen (in Prozent)	141
Abbildung 69: Belastung der LAB60+ Teilnehmenden durch Pflege anderer Personen (in Prozent)	142
Abbildung 70: Anteil erhöhter Depressivität in der LAB60+ Studienpopulation, sowie nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent)	146
Abbildung 71: Anteil erhöhter Depressivität nach Stadtbezirken.....	147
Abbildung 72: Alkoholkonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Sozialer Schicht (in Prozent).....	153

Abbildung 73: Alkoholkonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent).....	154
Abbildung 74: Alkoholkonsum (AUDIT-C) der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Sozialer Schicht (in Prozent).....	155
Abbildung 75: Riskanter Alkoholkonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk.....	156
Abbildung 76: Raucherstatus der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Sozialer Schicht (in Prozent).....	157
Abbildung 77: Raucherstatus der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent).....	158
Abbildung 78: Obst- und Gemüsekonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Sozialer Schicht (in Prozent).....	159
Abbildung 79: Obst- und Gemüsekonsum der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (in Prozent).....	160
Abbildung 80: Körperliche Aktivität der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und Soziale Schicht (Tage pro Woche) (in Prozent).....	161
Abbildung 81: Körperliche Aktivität der LAB60+ Teilnehmenden nach Stadtbezirk (Tage pro Woche) (in Prozent).....	163
Abbildung 82: Zustimmung zu verschiedenen Aussagen zur Corona-Pandemie nach Alter und Geschlecht (in Prozent).....	167
Abbildung 83: Veränderung der Einsamkeit durch Corona nach Alter und Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent).....	168
Abbildung 84: Unterstützungsbedarf und Hilfeleistung nach Alter und Geschlecht (in Prozent).....	169
Abbildung 85: Häufigkeiten von wem Hilfe angenommen wird/ würde nach Alter und Geschlecht (in Prozent).....	170
Abbildung 86: Veränderter Alkoholkonsum durch die Corona-Pandemie der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent).....	172
Abbildung 87: Veränderteres Rauchverhalten durch die Corona-Pandemie der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent).....	173
Abbildung 88: Veränderteres Bewegungsverhalten durch die Corona-Pandemie der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht (in Prozent).....	174
Abbildung 89: Veranschaulichung der häufigsten Begriffe aller Freitextanmerkungen.....	178
Abbildung 90: Anzahl der Kodierungen je Stadtbezirk in der LAB60+ Studie.....	180
Abbildung 91: Möglichkeiten der (teil-)stationären Einrichtungen Platzanfragen aktuell zu bedienen (in Prozent).....	189
Abbildung 92: Erwartungen der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) in Bezug auf die zukünftige Nachfrage in ihren Einrichtungen (in Prozent).....	190
Abbildung 93: Pläne der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) für eine Erweiterung des Leistungsportfolios ihrer Einrichtungen (in Prozent).....	193
Abbildung 94: Pläne der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) zum Ausbau der Beratungsangebote (in Prozent).....	200
Abbildung 95: Pläne und Wünsche der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) bezüglich der Quartiersarbeit (in Prozent).....	202
Abbildung 96: Einschätzungen der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) zur Personalgewinnung (in Prozent).....	206
Abbildung 97: Einschätzung der Teilnehmenden (schriftl. Befragung) zu den zukünftigen Herausforderungen für die Versorgungseinrichtungen (in Prozent).....	211
Abbildung 98: Kommunale Handlungsfelder in Anlehnung an den globalen Leitfaden „Age-friendly-Cities“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO).....	216

Tabelle 1: soziodemografische Merkmale der LAB60+ Teilnehmenden nach Geschlecht	41
Tabelle 2: LAB60+ Teilnehmende im Vergleich zur Bevölkerung ab 60 Jahre in Dresden (Stichtag 31.12.2019)	43
Tabelle 3: Wohnsituation der LAB60+ Teilnehmenden nach Altersgruppen	64
Tabelle 4: Ausprägung der Kriterien für eine altersgerechte Wohnausstattung	65
Tabelle 5: Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, Mobilitätshilfen und technischen Hilfsmitteln, Barrierefreiheit.....	67
Tabelle 6: Bildung des Social Network Index (SNI) von Berkman und Syme (nach Eller, 2006)	77
Tabelle 7: Zuordnung der genannten sozialen Gruppen zu übergeordneten Kategorien in einer Teilstichprobe (N = 117)	81
Tabelle 8: Deskriptive Statistik zur durchschnittlichen Einsamkeit und Einsamkeitsrate in den verschiedenen Altersgruppen	88
Tabelle 9: Einsamkeitsraten in der DEAS Befragung aus den Jahren 2014, 2017 und 2020 nach Altersgruppen	90
Tabelle 10: Logistische Regressionsmodelle für Einsamkeit (Einsamkeitsscore > 2,5) und ungünstiges Gesundheitsverhalten bzw. schlechteren Gesundheitszustand	91
Tabelle 11: Logistische Regressionsmodelle für Größe des Sozialen Netzwerks und ungünstiges Gesundheitsverhalten bzw. schlechteren Gesundheitszustand	91
Tabelle 12: Häufigkeit der Internetnutzung zu verschiedenen Zwecken	104
Tabelle 13: Informationsverhalten - Antworten in der offenen Kategorie.....	106
Tabelle 14: Body-Maß-Index (BMI) der LAB60+ Teilnehmenden im Vergleich zu Deutschland.....	118
Tabelle 15: Subjektive körperliche Gesundheit (PCS-8) der LAB60+ Teilnehmenden im Vergleich zur deutschen Normkohorte	122
Tabelle 16: Durchschnittliche WHO5-Werte in verschiedenen Studien.....	148
Tabelle 17: Körperliche Aktivität der weiblichen und männlichen LAB60+ Teilnehmenden nach Alter und Geschlecht (Tage pro Woche)	162
Tabelle 18: Anzahl der Codes, prozentuale Verteilung, häufigste Nennungen und Zitat aus den Freitextanmerkungen je Kategorie	178
Tabelle 19: Relative Anteile der häufigsten Kategorien je Stadtbezirk	181
Tabelle 20: Anzahl und Charakteristik der teilnehmenden Einrichtungen der schriftlichen Befragung.....	187
Tabelle 21: Verteilung der 20 Teilnehmenden der Experteninterviews nach Einrichtung und Trägerschaft.....	188
Tabelle 22: Durchschnittliche Auslastung von 2017 bis 2020 nach Einrichtungstyp.....	189
Tabelle 23: Geplante Änderung in den Platzkapazitäten nach Einrichtungstyp.....	191
Tabelle 24: Personalstruktur in den Einrichtungen, durchschnittliche Anzahl an Mitarbeitenden pro Einrichtung.....	205

Impressum

Herausgeber:
Landeshauptstadt Dresden

Sozialamt
Telefon (03 51) 4 88 48 61
Telefax (03 51) 4 88 48 28
E-Mail sozialamt@dresden.de

Amt für Presse-, Öffentlichkeitsarbeit und Protokoll
Telefon (03 51) 4 88 23 90
Telefax (03 51) 4 88 22 38
E-Mail presse@dresden.de

Postfach 12 00 20
01001 Dresden
www.dresden.de
facebook.com/stadt.dresden

Zentraler Behördenruf 115 – Wir lieben Fragen

Redaktion: Geschäftsbereich Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Wohnen

Titelfoto: grafikplusfoto - stock.adobe.com

Januar 2022

Kein Zugang für verschlüsselte elektronische Dokumente.
Elektronische Dokumente mit qualifizierter elektronischer Signatur können über ein Formular unter www.dresden.de/kontakt eingereicht werden. Dieses Informationsmaterial ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Landeshauptstadt Dresden.
Es darf nicht zur Wahlwerbung benutzt werden.
Parteien können es jedoch zur Unterrichtung ihrer Mitglieder verwenden.

ISBN: 978-3-86780-690-9

In Zusammenarbeit mit



**TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN**



www.dresden.de/senioren