

LEBENSITUATION ÄLTERER MENSCHEN IM BEZIRK STEGLITZ-ZEHLENDORF

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,



schon heute wird deutlich, wie der fortschreitende Strukturwandel unsere Gesellschaft nachhaltig verändern wird. Ob auf Kommunal-, Landes- oder Bundesebene, im Bereich der Sozialversicherungen, der Arbeitswelt, der Infrastruktur oder der Familienpolitik - die gewachsenen sozialen und politischen Strukturen stehen vor großen Herausforderungen, wenn wir die Auswirkungen des demographischen Wandels sehen. Nicht zuletzt führt diese Veränderung der Altersstruktur in unserer Gesellschaft zu sich wandelnden Bedürfnissen, insbesondere der älteren Menschen.

Hierbei ist auch zu beobachten, wie sich die sogenannten „Altersbilder“ innerhalb der Gesellschaft verändert haben. Ältere Menschen betrachten sich selbst heute deutlich später als „alt“ als noch vor 30 Jahren. Nicht nur aufgrund ihres höheren Anteils an der Gesamtbevölkerung sind sie ein fester Bestandteil unserer Gesellschaft. Auch sind ältere Menschen heute mehr als früher in der Lage und bereit, sich in die Gesellschaft über die Generationen hinweg einzubringen. Es begeistert mich zu beobachten, dass ältere Menschen von heute über eine insgesamt deutlich bessere Gesundheit verfügen, als es bei den vorhergehenden Generationen der Fall war, und dass sie so in der Lage sind, teilzuhaben am kulturellen und gesellschaftlichen Miteinander.

Dennoch bringt diese Entwicklung große Herausforderungen mit sich. Ältere Menschen haben andere Bedürfnisse als junge Menschen. Das Gesundheits- und Pflegeangebot muss ausgebaut werden. Altersbedingten Mobilitätseinschränkungen muss abgeholfen werden, und das Freizeitangebot muss der veränderten Sozialisation der nachfolgenden älteren Generation angepasst werden. Hierfür müssen Hilfebedarfe vor allem erst einmal ermittelt werden.

Diesem Zweck dient diese Broschüre. Ich danke allen Beteiligten, die sich die Zeit genommen haben, umfangreich Auskunft über ihre persönlichen Lebensumstände zu geben. Nur mit ihrer Mithilfe konnten wir erfahren „wo der Schuh drückt“. Auf diese Weise haben sie es ermöglicht, die Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen in künftigen Planungen berücksichtigen zu können. Dies betrifft uns als politisch Verantwortliche ebenso, wie Behörden, die sich um die Bedürfnisse der älteren Menschen kümmern. Auch Pflegebetriebe, Stadtplaner und sogar der Einzelhandel können wichtige Erkenntnisse aus dieser hier nun vorliegenden Studie ziehen.

An dieser Stelle danke ich besonders dem Pflegewissenschaftler und Epidemiologen, Herrn Prof Dr. Nils Axel Lahmann, der die Ergebnisse der Befragung zu der vorliegenden Studie wissenschaftlich aufbereitet hat, und Herrn Prof. Dr. Horst Skarabis, der die statistischen Grundlagen hierfür erstellt hat.

Ich vertraue darauf, dass die Studie einen wertvollen Beitrag leistet, um den Bezirk Steglitz-Zehlendorf für die Älteren unter Ihnen noch lebenswerter zu machen - und diese Studie als „lebendiges Dokument“ wahrgenommen wird; wir möchten hier nicht nur beschreiben, sondern Diskussionen anstoßen, Fragen klären und neue Herausforderungen für die bezirkliche Politik aufzeigen. Genau dies ist mir und meiner Verwaltung ein aufrichtiges Anliegen. Weswegen wir die Studie nun endlich im Jahr 2023 veröffentlichen können und dies als Aufschlag verstehen, bezirkliche Leitbilder für unsere Bürgerinnen und Bürger 60+ zu entwickeln.

Nun wünsche ich Ihnen im Namen des gesamten Teams, das an der Fertigstellung dieser Studie beteiligt war, interessante und spannende Einsichten sowie fruchtbare Diskussionen rund um Themen der Seniorenpolitik in Steglitz-Zehlendorf.

Ihr Tim Richter

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Tim Richter".

Bezirksstadtrat

Inhalt

Grußwort Bezirksstadtrat Tim Richter	3
Abkürzungsverzeichnis	6
Vorwort.....	7

Teil I: Empirischer Teil – ausgewählte Ergebnisse aus der Seniorenbefragung

I Soziodemographische Situation in Steglitz-Zehlendorf.....	17
II Wohnsituation in Steglitz-Zehlendorf.....	24
1. Wohnen zur Miete, Eigentum und Kosten der Unterkunft.....	24
2. Barrierefreiheit und altersgerechte Wohnungsausstattungen.....	26
3. Umzugswunsch.....	31
4. Subjektives Sicherheitsgefühl am Wohnort.....	32
III Gesundheit	34
1. Gesundheitliche Situation	34
1.1 Subjektiver Gesundheitszustand	34
1.2 Chronische Erkrankungen	36
1.3 Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit	40
1.4 Emotionales Wohlbefinden	43
2. Gesundheitsrelevantes Verhalten.....	46
2.1 Konsum von gesundheitsschädigenden Substanzen	47
2.2 Bewegungsverhalten.....	50
2.3 Ernährungsverhalten.....	54
2.4 Body Mass Index.....	57
2.5 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen	59
3. Gesundheit und Mobilität.....	63
3.1 Mobilitätseinschränkungen	62
3.2 Erreichbarkeit des öffentlichen Nahverkehrs	64
3.3 Erreichbarkeit von gesundheitsrelevanten Einrichtungen.....	65
3.4 Bekanntheit von Mobilitätshilfeangeboten.....	67
IV Freizeit, Teilhabe und ehrenamtliches Engagement.....	69
1. Freizeitaktivitäten	69
2. Informationsquellen	75
3. Angebote der bezirklichen Freizeitstätten (FZS)	82
4. Ehrenamt.....	90
V Mobilität.....	98
1. Analyse Mobilitätsverhalten.....	98
2. Mobilitätseinschränkung.....	103
VI Digitalisierung im Alter.....	104
1. Besitz von digitalen Endgeräten.....	104
2. Nutzung des Internets	107
3. Bekanntheit sozialer Netzwerke.....	112
VII Einsamkeit, Isolation und soziale Kontakte.....	114
1. Häufigkeit von Kontakten.....	116
2. Einsamkeit und Isolation.....	118
VIII Zukunft und Vorsorgeverhalten	121
1. Zukunftserwartungen.....	121
2. Sorgen um die Zukunft.....	123
3. Vorsorge.....	124

Teil II: Aus der Studie abzuleitende Handlungsempfehlungen

Einleitung und Interpretationshinweise	130
I Soziodemographische Situation in Steglitz-Zehlendorf	135
II Wohnsituation in Steglitz-Zehlendorf	135
III Gesundheit	138
Gesundheitliche Situation	138
Gesundheitsrelevantes Verhalten	140
Gesundheit und Mobilität	143
IV Freizeit, Teilhabe und ehrenamtliches Engagement	145
V Mobilität	149
VI Digitalisierung im Alter	151
VII Einsamkeit, Isolation und soziale Kontakte	153
VIII Zukunft und Vorsorgeverhalten	153
Abschließende zentrale Empfehlung	154
Dokumentation der Datenaufbereitung	156
Anlage Fragebogen	163
Literatur	179
Abbildungsverzeichnis	190
Tabellenverzeichnis	193

Hinweis:

Zur besseren Lesbarkeit wird in den originären Texten dieser Studie das grammatikalisch generische Maskulinum, ebenso in der Plural-Verwendung, genutzt. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – immer auf alle Geschlechter und werden stets inklusiv verstanden.

Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body Mass Index
BVV	Bezirksverordnetenversammlung
BZR	Bezirksregion
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DLRG	Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. eingetragener Verein
FZS	Freizeitstätten
Gesund-Bewegen / Beweggesund Gesundheits- und Bewegungsangebote gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
gratis BZ	kostenlose Bezirkszeitungen
HZ	Häufigkeitszahl
Netto-EK	Nettoeinkommen
SGB	Sozialgesetzbuch
SPK	Sozialräumliche Planungskoordination
THW	Technisches Hilfswerk
WHO	Weltgesundheitsorganisation
VHS	Volkshochschule
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
QPK	Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination im öffentlichen Gesundheitsdienst

Vorwort

Die Bezirksverordnetenversammlung (BVV) Steglitz-Zehlendorf fasste am 10. April 2019 den Beschluss, dass das Bezirksamt ersucht wird, den „Bericht zur Situation älterer Menschen in Steglitz-Zehlendorf 2010“, den sogenannten „Altenplan“, weiterzuführen und zu veröffentlichen.

Hierbei waren aktuellste Sozialdaten der Verwaltung heranzuziehen bzw. eigene Daten mit externer wissenschaftlicher Begleitung zu erheben.

Aus diesem Grunde wurde ab November 2020 eine erneute Erhebung von Sozialdaten vorgenommen, deren Ergebnisse mit dieser Broschüre vorgestellt werden.

Der Bezirk Steglitz-Zehlendorf weist mit seiner Lage im Berliner Südwesten eine sehr heterogene Flächen- und Bevölkerungsstruktur auf. Er ist mit einer Fläche von 10.256 Hektar der flächenmäßig drittgrößte Bezirk Berlins, wobei fast 35% (2.458 Hektar Wald- und 1.118 Hektar Wasserfläche) keine Besiedelungsfläche sind (Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin, 2020).

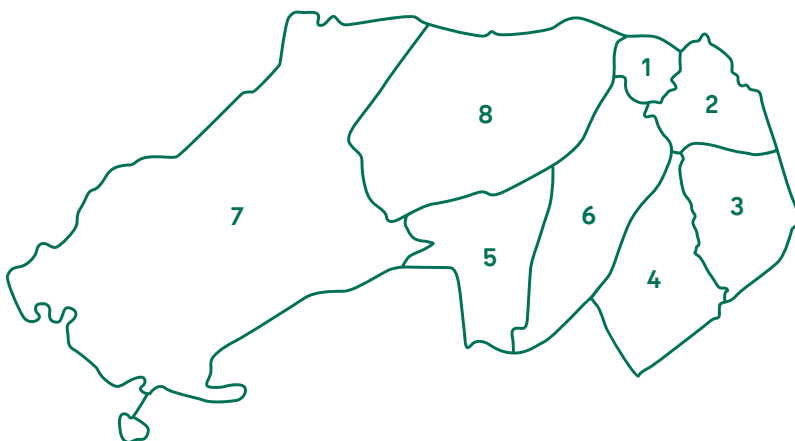
Steglitz-Zehlendorf verfügt über 8 Ortsteile, wobei der Ortsteil Schlachtensee erst seit Bekanntmachung im Amtsblatt von Berlin am 11. Dezember 2020 zu einem eigenen Ortsteil erklärt und benannt wurde.

Mit 308.840 Einwohnenden (Stand: 31.12.2020) (Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin, 2020) bewegt sich der Bezirk im Berliner Mittelfeld - hinsichtlich der Altersstruktur liegt Steglitz-Zehlendorf mit einem Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen von rund 30% im Berliner Vergleich jedoch ganz oben.

Da die Ortsteile im Bezirk - wie auch im gesamten Berliner Stadtgebiet - unterschiedlich stark besiedelt sind, ist eine planerische Betrachtung bestimmter Verwaltungsprozesse, die sich nur auf die jeweiligen Ortsteile beziehen, inzwischen nicht mehr üblich.

Voraussetzung für Stadtentwicklungsstrategien sind gute Analysen. In den meisten Fällen sind Analysen auf gesamtstädtischer oder auf bezirklicher Ebene nicht ausreichend, es bedarf kleinräumiger Daten. Um beispielsweise soziale Entwicklungen in Stadtquartieren frühzeitig zu erkennen und mögliche Handlungsoptionen herauszuarbeiten, ist die kleinräumige Untersuchung bestimmter Quartiere erforderlich (vgl. SenStadt 2021).

Abbildung 1: Bezirksregionen in Steglitz-Zehlendorf



Der Bezirk Steglitz-Zehlendorf ist, wie **Abbildung 1** zeigt, in acht Bezirksregionen (BZR) unterteilt:

- BZR 1 Schloßstraße,
- BZR 2 Albrechtstraße,
- BZR 3 Lankwitz,
- BZR 4 Ostpreußendamm,
- BZR 5 Teltower Damm,
- BZR 6 Drakestraße,
- BZR 7 Zehlendorf Südwest,
- BZR 8 Zehlendorf Nord

Das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Stand 21.12.2020) weist die Altersverteilung im Bezirk Steglitz-Zehlendorf differenziert nach Bezirksregionen aus.

In den Bezirksregionen Ostpreußendamm (28,46%), Teltower Damm (28,81%), Zehlendorf Südwest (28,26%) und Zehlendorf Nord (29,07%) sind die Anteile der Personen im Alter 65plus am höchsten. Der Anteil der Menschen in der Altersgruppe 80plus ist in diesen Bezirksregionen ebenfalls am höchsten, wobei in den Bezirksregionen Teltower Damm und Zehlendorf Nord bereits mehr als 10% in dieser Altersgruppe zu finden sind. Den geringsten Anteil der Altersgruppe 65plus weisen die Bezirksregionen Albrechtstraße (21,72%) und Schloßstraße (22,81%) auf.

Tabelle 1: Altersgruppen nach BZR

	Anteil 18 - 64	Anteil 65plus	Anteil 80plus
BZR 1 Schloßstraße	62,88	22,81	6,04
BZR 2 Albrechtstraße	64,17	21,72	6,55
BZR 3 Lankwitz	59,58	25,64	8,58
BZR 4 Ostpreußendamm	55,75	28,46	9,44
BZR 5 Teltower Damm	55,85	28,81	10,41
BZR 6 Drakestraße	59,35	23,94	7,39
BZR 7 Zehlendorf Südwest	55,17	28,26	9,35
BZR 8 Zehlendorf Nord	53,87	29,07	10,06

Wie die vorstehende Auflistung zeigt, ist es für den Bezirk wichtig, sich mit einer guten Altenhilfe- und Sozialplanung auseinanderzusetzen, denn aktuelle Bevölkerungsdaten und Prognosen, wie sie dem Informationsportal Prisma entnommen werden können, weisen darauf hin, dass der Anteil der über 65-Jährigen im Bezirk zunehmen wird (Text: Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin, Altenhilfekoordination).

Damit ergeben sich zahlreiche Herausforderungen an die kommunale Gestaltung einer altersfreundlichen bzw. generationengerechten Umwelt.

Der demographische Wandel stellt die Kommunen vor zahlreiche und neuartige Herausforderungen und Gestaltungsaufgaben, denn die sozialen und ökonomischen Folgen des sozio-demographischen Wandels (steigende Lebenserwartung, sinkende bzw. stagnierende Geburtenrate) werden zunächst auf kommunaler Ebene sichtbar und müssen auch dort bearbeitet werden (vgl. Fretschner 2010: 66 - 74).

„Die Verkürzung der Debatte um den demografischen Wandel auf Aspekte der Alterung der Gesellschaft wird den tatsächlichen Herausforderungen vor Ort nicht gerecht. Die Kommunen sind vom demografischen Wandel zuerst und in besonderer Weise betroffen. Es gilt, nicht nur die entsprechenden politischen, infrastrukturellen und administrativen, sondern auch geeignete Teilnehmungsformen und nicht zuletzt die finanziellen Voraussetzungen für die Bewältigung der Herausforderungen zu schaffen. Der demografische Wandel ist eine kommunalpolitische Gestaltungsaufgabe“ (Naegele 2013: 31).

Eine ambitionierte kommunale Alterspolitik muss zwei wesentliche Perspektiven verfolgen. Zum einen eine primär sozialpolitische Perspektive, das heißt Kommunen übernehmen Sicherheits- und Schutzfunktionen bei besonderen Bedarfen wie Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter. Zum anderen eine Perspektive, die auf die Förderung der Selbstbestimmung und den Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen abzielt. Die Relevanz der zweiten Perspektive, so zeigen sozialgerontologische Studien, wird in der kommunalen Altenhilfe bislang nur unzureichend erkannt und kommunalpolitisch umgesetzt (vgl. Rothen 2016: 4 - 6).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) hält in ihrem Thesenpapier „Lokale Seniorenpolitik vor großen Herausforderungen“ zum siebten Altenbericht der Bundesregierung fest, dass zwischen den wachsenden Gestaltungsaufgaben der Kommunen (als sorgenden Gemeinschaften) in Folge des soziodemographischen Wandels und ihren beschränkten rechtlichen Kompetenzen eine Diskrepanz besteht, die dazu führt, dass Kommunen nur bedingt in die Lage versetzt werden, die notwendigen Leistungen der Daseinsvorsorge auch wirklich erbringen zu können. Eine Renaissance des Subsidiaritätsprinzips, wie es im siebten Altenbericht der Bundesregierung explizit gefordert wird, setzt jedoch voraus, dass die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zunächst geschaffen werden, damit die Kommunen ihren sorgenden und daseinsvorsorgenden Aufgaben auch tatsächlich nachkommen können. Damit rücken sowohl die föderale Kompetenz- und Aufgabenteilung als auch die rechtlichen Grundlagen der kommunalen Altenhilfe in den Blick.

„Zwischen den Herausforderungen der Kommunen und ihren rechtlichen Möglichkeiten, die Entwicklungen vor Ort nachhaltig zu steuern, besteht immer noch eine tiefe Kluft. Einerseits gesteht das Grundgesetz den Kommunen in Artikel 28 Absatz 2 die Zuständigkeit zu, im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung Daseinsvorsorge zu betreiben, andererseits sind sie oftmals nur ausführendes Organ zentralstaatlicher Entscheidungen. Die Diskrepanz zwischen der steigenden Bedeutung des Kommunalen im Zeitalter des demografischen Wandels und der kommunalen und rechtlichen Wirklichkeit sollte der Altenbericht aufgreifen“ (BAGSO 2014).

Es ist deshalb ein neues kommunales Selbstverständnis im Rahmen der Altenhilfeplanung zu entwickeln, da die geforderte Renaissance der Subsidiarität nur dann erfolgreich sein kann, wenn die kommunale Daseinsvorsorge nicht über das klassische (hierarchische) Verwaltungshandeln, sondern vielmehr über (horizontale) Koordination, Motivierung, Aktivierung und Befähigung sichergestellt werden kann. Erforderlich ist hierfür eine generationenübergreifende und lebenslaufzentrierte, horizontal integrierte und sektorenübergreifende Perspektive auf die Altenhilfe. Die Rückbesinnung auf das Subsidiaritätsprinzip ist ohne die Vorleistungspflicht des Staates nicht möglich. „Das Subsidiaritätsprinzip impliziert jedoch nicht eine Entpflichtung des Staates. Die Altenberichtscommission sieht den Staat im Gegenteil in der Vorleistungspflicht, Rahmenbedingungen für die Kommunen zu schaffen, in denen subsidiäre Strukturen in den Lebenswelten entwickelt und gestaltet werden können. Dazu gehört auch, die Sozialplanung für das Älterwerden per Gesetz zu einer kommunalen Pflichtaufgabe zu erklären“ (Schubert 2019: 60).

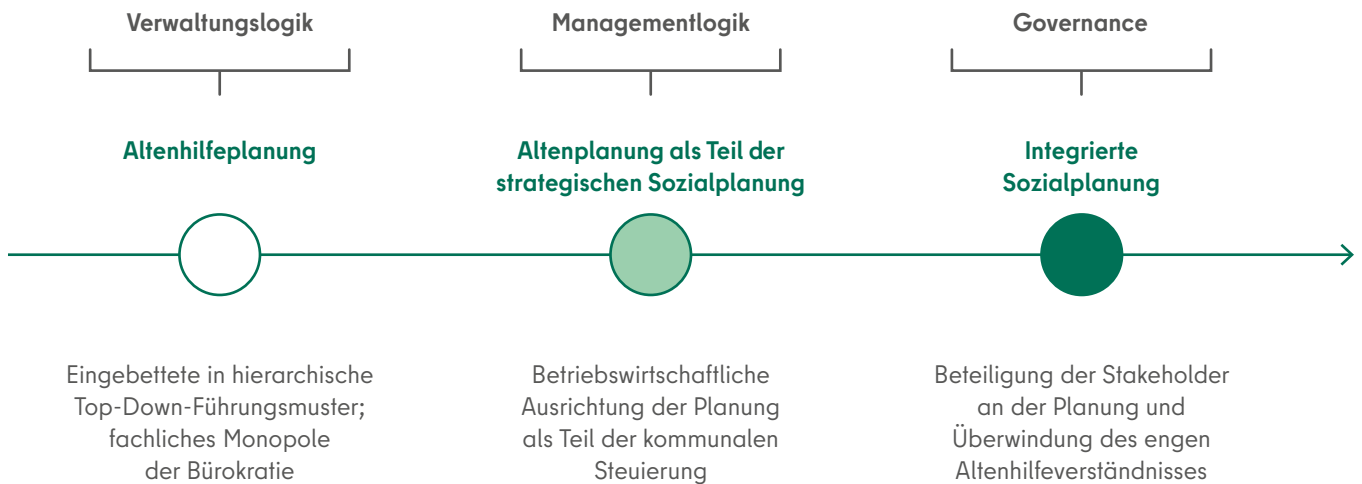
Darüber hinaus ist ein kommunales Politik- und Verwaltungsverständnis notwendig, das kommunale Altenhilfe als eine Form der sektorenübergreifenden Koproduktion versteht und Akteure und Stakeholder aus verschiedenen Ressorts, Fachbereichen und Wirtschaftsbranchen zusammenbringt. Wohlfahrt und Lebensqualität älterer Menschen entstehen demnach aus einer angemessenen Kombination von Pflegestrukturplanung, Stadt- und Regionalplanung, Verkehrsplanung, Siedlungs- und Quartiersgestaltung und der Entwicklung neuer und alternativer Wohnformen (vgl. ebd.).

Eine vergleichbare Argumentation verfolgt Leitner, die der Sozialen Altenarbeit, also der praktischen sozialpädagogischen Arbeit mit älteren Menschen eine integrierende Perspektive zuschreibt, die eine Brücke zwischen den versäulten Hilfesystemen und den separierten Verwaltungseinheiten schlagen kann: „Sie kann diesbezüglich eine Innensicht einnehmen und strukturelle Defizite sowie Schnittstellenproblematiken zwischen der Altenhilfe und anderen Hilfesystemen thematisieren, denn die Inblicknahme der gesamten Lebenslage älterer Menschen erfordert auch auf institutioneller Ebene eine Querschnittsperspektive“ (Leitner 2015: 7).

Kommunale Altenhilfe auf der Suche nach einem neuen Selbstverständnis

Abbildung 2: Steuerungsebenen einer integrierten Sozialplanung

Kommunale Steuerungsmodelle für die Altenhilfe im Sinne einer integrierten Sozialplanung differenzieren idealtypisch drei Steuerungsebenen, die durch ein je eigenes Aufgaben- und Methodenprofil gekennzeichnet sind.



Kommunale Steuerungsmodelle für die Altenhilfe im Sinne einer integrierten Sozialplanung differenzieren idealtypisch drei Steuerungsebenen, die durch ein je eigenes Aufgaben- und Methodenprofil gekennzeichnet sind. Bedeutsam ist die im Rahmen der Programm- und Angebotsentwicklung umfassende und kontinuierliche Beteiligung aller Akteure, die sich im Feld der Altenhilfe engagieren:

- Auf der Ebene des Einzelfalls spielen Beratungsangebote eine zentrale Rolle, die durch Pflegestützpunkte und andere trägerunabhängige Beratungsstellen vorgehalten werden. Das Modellprojekt der „präventiven Hausbesuche“ kann als eine aufsuchende bzw. zugehende Form der sozialräumlichen und lebensweltorientierten Beratung verstanden werden, mit dem Ziel, die Zugänglichkeit und Erreichbarkeit der Angebote zu erhöhen bzw. bestehende Barrieren abzubauen. Ziel ist es, auf dieser Ebene, ein umfassendes Case Management zu etablieren und eine individuell-bedarfgerechte Versorgung sicherzustellen. Da sich auch die Lebenslagen und Lebenswelten älterer Menschen aufgrund sozialer und kultureller Pluralisierungs- und Individualisierungsprozesse stark voneinander unterscheiden, ist die Entwicklung einer differenzierten Angebotsstruktur notwendig.
- Auf der Ebene des Versorgungsraums stehen Koordinations- und Vernetzungsaktivitäten im Zentrum. Hier sind die kommunale Altenhilfekoordination und das sozialräumliche Care Management angesiedelt. Die Altenhilfekoordination unterstützt die Umsetzung der Altenhilfeplanung durch den Aufbau und die Unterstützung von regionalen Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen, durch Koordinierungs- und Managementaufgaben für die kommunalen Netzwerke sowie durch die kontinuierliche Fortschreibung und Anpassung der Altenhilfeplanung.
- Auf der Ebene der strategischen Rahmenplanung schließlich ist die klassische Altenhilfeplanung verortet, die in der Regel auch eine regionale bzw. kommunale Demographie-Strategie beinhaltet. Die Altenhilfeplanung wird als ein Element

der (abteilungsübergreifenden) Sozialplanung aufgefasst. Sie berücksichtigt insbesondere soziodemographische und gesundheitliche Entwicklungen in der Adressatengruppe der älteren Menschen, die unterschiedlichen Lebenslagen von Personen sowie die Erfassung, Bedarfsfeststellung und Planung diversitätssensibler und geschlechter-gerechter Angebote einbezieht. Im Sinne der neuen Governance-Strukturen ist die strategische Rahmenplanung sektoren- und fachbereichsübergreifend angelegt und bezieht neben der Verwaltung auch Stakeholder sowie Senioren und deren Vertretungen bzw. Organisationen in die Planungsverfahren ein.

Rechtliche Grundlagen der kommunalen Altenhilfe

Der „Altenhilfe-Paragraf“: §71 SGB XII

(1) Alten Menschen soll außer den Leistungen nach den übrigen Bestimmungen dieses Buches Altenhilfe gewährt werden. Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.

(2) Als Leistungen der Altenhilfe kommen insbesondere in Betracht:

1. Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird,
2. Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,
3. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten,
4. Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
5. Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen,
6. Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglichen.

(3) Leistungen nach Absatz 1 sollen auch erbracht werden, wenn sie der Vorbereitung auf das Alter dienen.

(4) Altenhilfe soll ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen geleistet werden, soweit im Einzelfall Beratung und Unterstützung erforderlich sind.

(5) Die Leistungen der Altenhilfe sind mit den übrigen Leistungen dieses Buches, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen. Die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 sowie die Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen nach den Vorschriften des Neunten Buches sind zu berücksichtigen.

In nahezu allen Sozialgesetzbüchern finden sich altersrelevante Rechtsgrundlagen. Die Leistungen sind überwiegend als freiwillige Leistungen der Kommunen (d.h. ohne individuelle Rechtsansprüche) definiert, im Vergleich mit den kommunalen Pflichtaufgaben (etwa im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe oder der Eingliederungshilfe) entsprechend politisch und sozialrechtlich nachrangig. Damit entsteht für Kommunen die Notwendigkeit, ihre Ziele, Aufgaben und Leistungen im Rahmen der Altenhilfe selbst zu definieren und dabei an den bestehenden Bedarfen der älteren Menschen auf der Grundlage der sozio-demographischen Struktur und deren Entwicklung auszurichten.

Die spezifischen Zielsetzungen und Leistungen der Kommunalen Altenhilfe werden im sog. Altenhilfeparagraph §71 SGB XII geregelt:

Die politischen Anstrengungen, ein eigenes Sozialgesetzbuch Altenhilfe in Analogie zur Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) zu installieren, sind seit Jahren ohne Erfolg. Damit bleibt auch der Tatbestand der Altenwohlgefährdung weiterhin rechtlich unberücksichtigt, obwohl eine Vielzahl juristischer und ethischer Argumente für eine sozialrechtliche Verankerung sprechen. In Zeiten der Pandemie wurde erneut deutlich, dass ältere Menschen zu den besonders vulnerablen Gruppen zählen und Formen der Altenwohlgefährdung nicht nur in den stationären Einrichtungen der Altenpflege zu beobachten sind.

Offene Altenarbeit

Da die Angebote der offenen Altenarbeit nicht zu den kommunalen Pflichtaufgaben zählen, sondern als freiwillige Leistungen der Kommunen definiert sind, stehen sie immer unter Finanzierungsvorbehalt und werden nur in Abhängigkeit von der jeweiligen Haushaltslage der Kommunen gewährt. Auf der Homepage des Kompetenzzentrums offene Altenarbeit in Trägerschaft des Sozialwerk Berlin e.V. heißt es hierzu pointiert: „Der Stellenwert der offenen Altenarbeit ist in den vergangenen Jahren in den Hintergrund geraten, da das öffentliche Bild des älteren Menschen, von Hilfsbedürftigkeit geprägt, zur Verstärkung der entgeltfinanzierten Altenhilfeangebote geführt hat und die offene Altenarbeit, als nicht sozialstaatliche Pflichtaufgabe betrachtet, wegen der finanziellen Haushaltssituationen drastisch zurückgedrängt wurde“.

Die offene Altenarbeit liegt im Verantwortungsbereich der Kommunen, die Bedeutung der offenen Altenarbeit wird jedoch durch die Dominanz des Themas Altenpflege vernachlässigt:

„Die offene Altenarbeit ist ein breites kommunales Handlungsfeld mit sehr differenzierten und vielfältigen Angeboten unterschiedlicher Träger. Sie wird vielfach als eine freiwillige Leistung der Kommunen verstanden, die Chancen und Möglichkeiten werden häufig nicht gesehen oder aber unterschätzt. Zudem wurde der Bereich der offenen Altenarbeit – durch die Konzentration auf das Thema Pflege – viele Jahre vernachlässigt“ (Rothen 2016: 4).

In der gerontologischen Fachdiskussion wird derzeit an einer Neudefinition der offenen Altenarbeit in Abgrenzung zur entgeltfinanzierten Altenhilfe gearbeitet. Zu den konstitutiven Aufgaben und Leistungen der offenen Altenarbeit gehören demnach folgende Punkte: Bildungs- und Kulturarbeit (Geragogik), die Bereitstellung von Freizeitangeboten, die Förderung des ehrenamtlichen Engagements sowie die Vorhaltung präventiver und pflege flankierender Leistungen. Hierfür ist eine entsprechende Infrastruktur notwendig.

Der Bezirk Steglitz-Zehlendorf verfügt über sieben Freizeitstätten in kommunaler Trägerschaft, deren Programm durch den Seniorenservice des Bezirks geplant und koordiniert wird. Hier werden auch wichtige Angebote und Leistungen der offenen Altenarbeit vorgehalten, die den oben genannten Kriterien entsprechen.

1. **Maria-Rimkus-Haus** (Gallwitzallee 53, 12249 Berlin)
2. **Freizeitstätte Süd** (Teltower Damm 226, 14167 Berlin)
3. **Bürgertreffpunkt Bahnhof Lichterfelde-West** (Hans-Sachs-Straße 4D, 12205 Berlin)
4. **Hans-Söhnker-Haus** (Selerweg 18, 12169 Berlin)
5. **Kommunikationszentrum am Ostpreußendamm** (Ostpreußendamm 52, 12207 Berlin)
6. **Hertha-Müller-Haus** (Argentinische Allee 89, 14163 Berlin)
7. **Hans-Rosenthal-Haus** (Bolchener Straße 5, 14167 Berlin)

Neben den Einrichtungen in Trägerschaft der Kommune gibt es im Bezirk Steglitz-Zehlendorf eine große Zahl an Einrichtungen und Diensten in freier und privater Trägerschaft, die Angebote der offenen Altenarbeit bereitstellen und einen wichtigen Beitrag in der sozialräumlichen Versorgung leisten.

Auf dem Weg in die altersfreundliche Kommune

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Kriterien definiert, die für altersfreundliche bzw. generationengerechte Kommunen gelten. Der Leitfadent bietet Kommunen einen Orientierungsrahmen, damit sie ihre Programme und Maßnahmen überprüfen können und eine lebenswerte und sichere Umwelt für ältere Menschen und alle Generationen schaffen können. Folgende Dimensionen sind bei der Weiterentwicklung zur altersfreundlichen Kommune zu berücksichtigen:

- **Öffentliche Räume und Gebäude:** Hier geht es um barrierefreie und sichere Zugänge zu öffentlichen Gebäuden und öffentlichen Plätzen wie Parkanlagen, Sportstätten und Naherholungsgebieten. Darüber hinaus werden eine angemessene Beleuchtung des öffentlichen Raums, sichere und sichtbare Fußgängerwege, ausreichend vorhandene Sitzgelegenheiten und öffentliche Toiletten, lesbare Beschilderungen und Wegweisersysteme gefordert, damit sich ältere Menschen autonom und unabhängig von Dritten sicher im öffentlichen Raum bewegen können.
- **Mobilität und Transport:** Gefordert wird ein bezahlbarer und verlässlicher Personennahverkehr mit guten Anschlussverbindungen und leichter Zugänglichkeit. Für Menschen mit Behinderungen sind spezialisierte Beförderungsformen zu entwickeln. Verkehrswege sollen sicher ausgebaut und gekennzeichnet sowie gut und lesbar beschildert werden.
- **Altersgerechtes Wohnen:** Altersgerechte Wohnungen sollen in ausreichendem Maße vorhanden sein und die Nahversorgung mit Geschäften des täglichen Bedarfs sowie die gesundheitliche bzw. ärztliche Versorgung sollte im Sozialraum sichergestellt werden. Die Mieten sollen auch für Menschen mit geringem Einkommen bezahlbar sein. Maßnahmen zur Wohnraumanpassung werden gefördert.
- **Respekt und soziale Inklusion:** Öffentliche Dienstleister und kommerzielle Anbieter berücksichtigen die Bedürfnisse und Präferenzen älterer Menschen. Generationenübergreifende Angebote in den Bereichen Kultur, Bildung, Freizeit und Sport werden etabliert und älteren Menschen wird die Gelegenheit gegeben, ihr Erfahrungswissen einzubringen.
- **Gesellschaftliche Teilhabe und Beschäftigung:** Älteren Menschen soll die Gelegenheit eröffnet werden, auch im Alter einer Beschäftigung oder Arbeit nachzugehen. Altersdiskriminierung ist abzubauen. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für ältere Arbeitnehmer sind verpflichtend einzuführen und Arbeitsplätze für Menschen mit Einschränkungen oder Behinderungen in ausreichender Zahl zur Verfügung zu stellen. Selbstständigkeit im Alter wird ebenso gefördert, wie zivilgesellschaftliches und ehrenamtliches Engagement.
- **Kommunikation und Information:** Es gibt ein öffentliches Informations- und Kommunikationssystem, das allen Generationen zugänglich ist. Amtliche Informationen sind allen zugänglich und in leicht verständlicher Sprache formuliert. Publikationen, die sich an ältere Menschen richten, werden in großer Schrift gedruckt. Die telefonische Erreichbarkeit öffentlicher Einrichtungen soll zu jeder Zeit gewährleistet sein. Neben der schriftlichen Kommunikation werden Gelegenheiten zur mündlichen Kommunikation eingeräumt. Seniorengerechte Internetzugänge werden in öffentlichen Gebäuden wie Ämtern, Bibliotheken oder Seniorentreffs vorhanden sein. Altersgerechte Schulungen im Umgang mit dem Internet und digitalen Medien werden angeboten.

- **Öffentliche Dienstleistungen und Pflege:** Eine angemessene Versorgung mit medizinischen, gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen für ältere Menschen soll vorhanden und leicht zugänglich sein. Haushaltsnahe Dienstleistungen stehen zur Verfügung und können bei Bedarf nachgefragt werden. Informationen über diese Leistungen und ihre individuellen Rechtsansprüche sollen allen älteren Menschen zur Verfügung stehen.

Bei der Entwicklung altersfreundlicher und generationengerechter Städte spielt die Kommunale Altenhilfe als strategisch planende, koordinierende und moderierende Instanz eine zentrale Rolle. Es ist ihre Aufgabe, in Zusammenarbeit mit den älteren Menschen, in partizipativen Verfahren Ziele zu definieren, die jeweils relevanten Akteure (aus der Wohnungswirtschaft, dem Gesundheitswesen, des öffentlichen Nahverkehrs, dem Einzelhandel, der Bildungs- und Kulturwirtschaft etc.) zu aktivieren und mit ihnen gemeinsam Programme und Maßnahmen zu entwickeln, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität der älteren Menschen in der Kommune beitragen (Text: Prof. Dr. Rainer Fretschner, Alice Salomon Hochschule Berlin).

Um den Beschluss der BVV Steglitz-Zehlendorf umzusetzen und eine aktuelle Datenbasis zur Lebenssituation älterer Menschen zu erhalten, die eine bedarfsgerechte kommunale Maßnahmenplanung ermöglicht, wurde in den Jahren 2020 bis 2023 eine Studie unter der Bevölkerung ab 65 Jahren durchgeführt. Hierzu wurden über das Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheit für den Bezirk Steglitz-Zehlendorf mittels „Zufallsgenerator“ 20.000 Personen im Alter von über 65 Jahren ausgewählt, die einen 16 Seiten umfassenden Fragebogen ausfüllen konnten. Die Teilnahme erfolgte freiwillig.

Die Beteiligung an der neuen Studie lag mit 25,3% oder 5.056 Teilnehmenden (Anzahl der Rückläufe, die tatsächlich in die Auswertung eingeflossen sind) deutlich über den Erwartungen.

Die abgefragten Themengebiete waren.

- Soziodemographische Situation
- Wohnsituation
- Gesundheit
- Freizeit, Teilhabe und ehrenamtliches Engagement
- Mobilität
- Digitalisierung im Alter
- Einsamkeit, Isolation und soziale Kontakte
- Zukunft und Vorsorgeverhalten

An dieser Stelle muss auf einen wichtigen Aspekt hinweisen werden, denn die Fragebogenaktion fand im Oktober 2020 statt. Zu diesem Zeitpunkt war die durch die WHO zur weltweiten Pandemie erklärte COVID-19-Infektionskrankheit in der Gesellschaft beherrschend. Die Befragung lag zeitlich zwischen der ersten und der zweiten „Coronawelle“.

Da ein Impfstoff gegen die Erkrankung erst zum Beginn des Jahres 2021 zur Verfügung stand, waren die Dauer und die gesellschaftlichen Folgen der Pandemie nicht absehbar. Aufgrund der besonderen Situation sollten die Befragten daher auch zu ihrem Erleben mit diesem neuen Thema Auskunft geben, andererseits zu bestimmten Fragen aber das Thema Covid-19 ausblenden.

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 53% der Befragten an, ihre Gesundheit durch die Pandemie nicht bedroht zu sehen. Dennoch gaben 97% aller Befragten an, sich an die behördlichen Auflagen zu halten. Der hohe Anteil von 90% der Befragten, die angaben, durch die Pandemie keine Einsamkeit erlebt zu haben, zeigt, dass es im Bezirk offenbar eine gut gewachsene Sozialstruktur unter der Bevölkerung gibt, die in Krisenzeiten tragfähig ist.

Alle Erkenntnisse aus den Erhebungen sind Bestandteil der Veröffentlichung und bilden die empirische Grundlage für die Handlungsempfehlungen an das Bezirksamt und die Akteure der Seniorenarbeit in Steglitz-Zehlendorf.

Für die Auswertung der Studie konnten Herr Prof. Dr. Nils Lahmann und Herr Prof. Dr. Horst Skarabis gewonnen werden. Nils Lahmann forscht und lehrt als Epidemiologe und Pflegewissenschaftler seit vielen Jahren auf dem Gebiet der Altersforschung. Horst Skarabis war lange Zeit der Lehrstuhlinhaber für Statistik an der FU Berlin und ist seit seiner Emeritierung immer noch in Forschung und Lehre tätig. Zusammen haben Sie die Analysen erstellt und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Studie haben die bezirkliche kommunale Koordinatorin für die Gesundheit älterer Menschen, Frau Marion Mikula und die Gesundheitsberichterstatterin Frau Dr. Susanne Bettge, geleistet. Mit ihren gesundheitswissenschaftlichen Expertisen wurden sämtliche Fragen zur Gesundheit und zur Gesundheitsprävention erarbeitet und professionell ausgewertet.

Die beteiligten Wissenschaftler wurden durch das Bezirksamt Steglitz Zehlendorf darum gebeten, eine weitgehend verständliche deskriptive Auswertung zu erstellen, die auch für weniger statistisch gebildete Personen nachvollziehbar ist.

Die Datenaufbereitung erfolgte weitestgehend über Frau Mikula und Frau Dr. Bettge.

Abschließend gilt der Dank allen Befragten, die sich die Zeit genommen haben, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Ihre Mitarbeit war ein wesentlicher Baustein zum Erfolg der Studie (Text: Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin, Altenhilfekoordination, Prof. Nils Lahmann, Charité Berlin).

**Teil I:
Empirischer Teil -
ausgewählte Ergebnisse
aus der Seniorenbefragung**

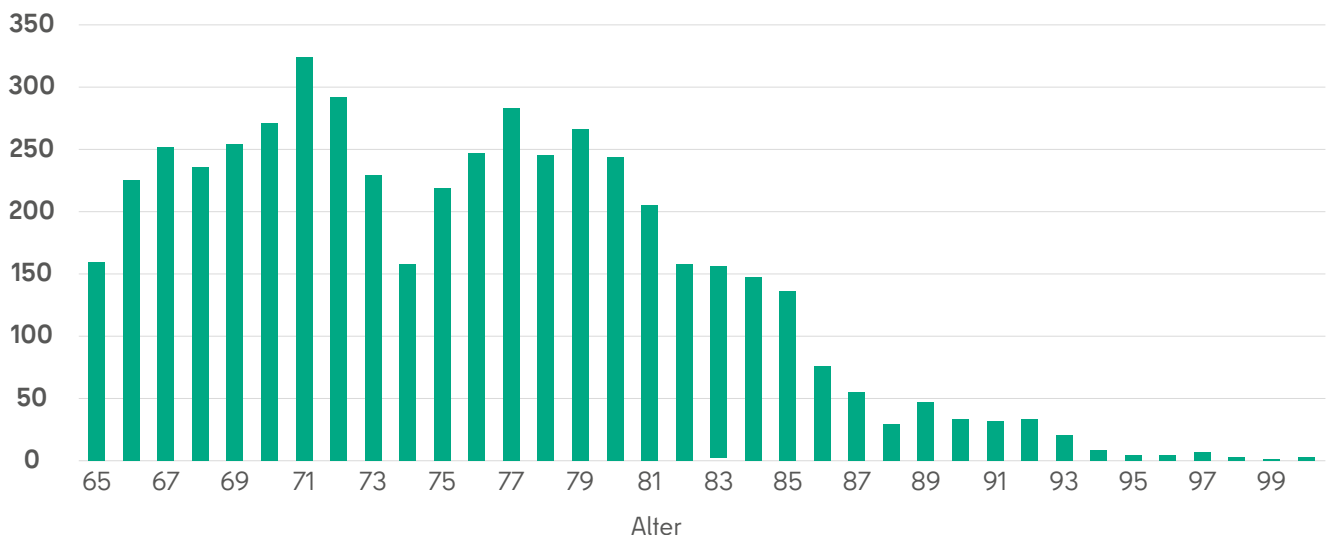
I. Soziodemographische Situation in Steglitz-Zehlendorf

Beschreibung der Stichprobe:

Im Oktober 2020 wurden 20.000 Fragebögen an zufällig ausgewählte Haushalte des Bezirks Steglitz-Zehlendorf mit Fragen an die Alterskohorte 65+ verschickt. Mit einer Rücklaufquote von 25,3% konnten 5.056 Fragebögen in die Analyse einbezogen werden.

An der Befragung nahmen 2.230 (44,1%) Männer und 2.786 (55,1%) Frauen teil. Insgesamt 40 Befragte (0,8%) machten keine Angaben zum Geschlecht oder gaben an, divers zu sein. Der Altersdurchschnitt liegt bei 75,4 Jahren. Die Altersverteilung ist in **Abbildung 3** dargestellt.

Abbildung 3: Verteilung des Alters der Befragten



Die relativ kleine Anzahl der 73 bis 75-Jährigen markiert die reduzierten Geburten unmittelbar nach dem Ende des 2. Weltkriegs, während die abnehmende Häufigkeit der Altersgruppe 80+ der natürlichen Lebenserwartung entspricht.

Zwei befragte Personen waren zum Zeitpunkt der Befragung bereits 101 Jahre alt.

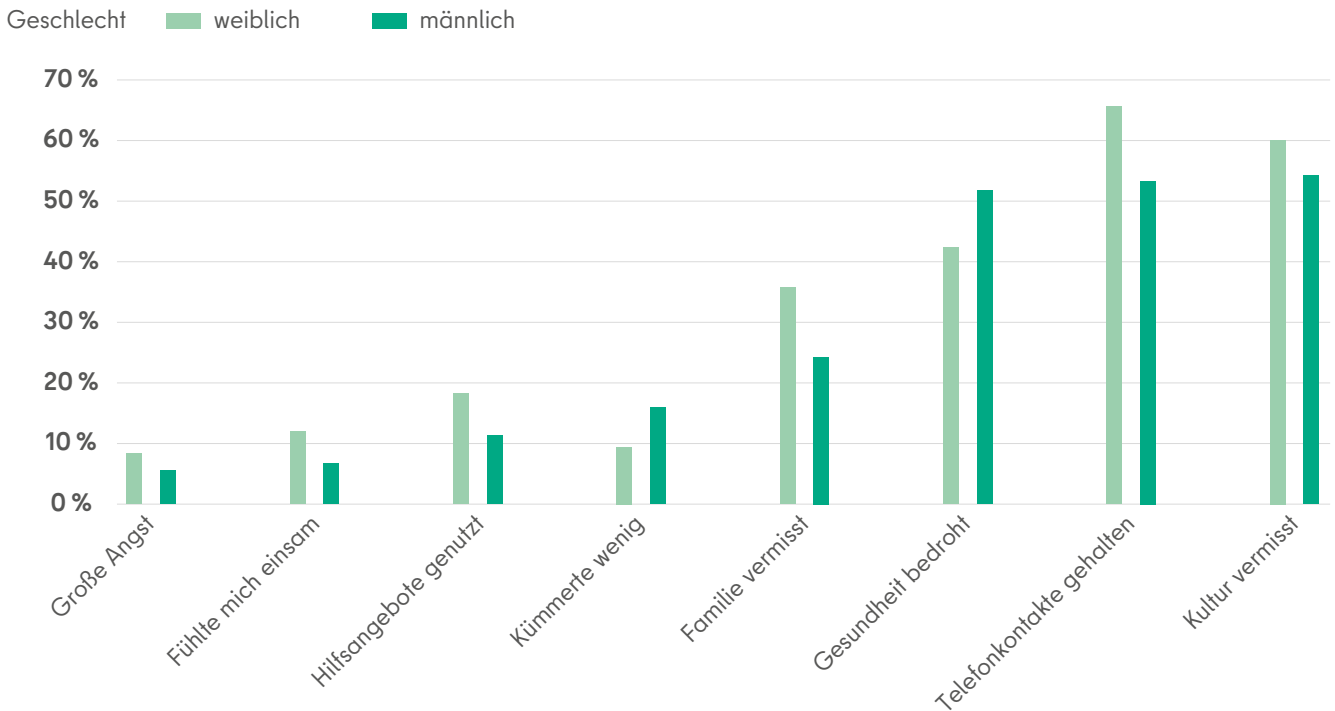
Für die folgenden Auswertungen wurden die Teilnehmenden in die drei Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+ unterteilt, die im Datensatz mit n1 = 2.398 (47,4%), n2 = 2.170 (42,9%) und n3 = 488 (9,7%) vertreten sind.

Bezogen auf den Bildungsstatus der Befragten ergab sich folgende Verteilung: Von den Befragten, die dazu Angaben machten, war dieser bei 940 Personen (18,7%) „niedrig“, 1.826 Personen (36,4%) „mittel“ und 2.249 Personen (44,9%) „hoch“.

247 (4,9%) befragte Personen haben einen Migrationshintergrund.

Abbildung 4: Persönliche Reflektion der Corona-Pandemie

Unter der Überschrift „Einleitende Fragen zur Corona-Pandemie“ ergab sich - getrennt für männliche und weibliche Befragte - folgendes Bild:



„Mich kümmert das wenig“ äußerten nur 9% der weiblichen, aber 16% der männlichen Befragten.

Telefonkontakt „zu meinen Lieben“ pflegten 66% der weiblichen und 53% der männlichen Befragten.

In ihrer „Gesundheit bedroht“ fühlten sich 43% der weiblichen und 52% der männlichen Befragten.

Auffällig erscheint die kleine Prävalenz von „Große Angst“ von 6% bzw. 8% bei männlichen bzw. weiblichen Befragten.

Bei der Frage nach dem Migrationshintergrund gaben 247 Personen (4,9%) von 5056 Befragten an, einen Migrationshintergrund zu haben. Dieser teilt sich in die folgenden Altersgruppen auf (siehe **Abbildung 5**):

Abbildung 5: Migrationshintergrund nach Altersgruppen

Migration nach Alter	
Altersgruppe 65 - 74 Jahre	145
Altersgruppe 75 - 84 Jahre	85
Altersgruppe 85+	17

Nach Geschlecht aufgeteilt, nahmen 117 männliche Befragte mit Migrationshintergrund an der Befragung teil und 128 weibliche Befragte. Zwei Personen machten keine Angaben zum Geschlecht.

Abbildung 6: Liste der meistgenannten Herkunftsländer

Top 10 der genannten Herkunftsländer	
Polen	32
USA	12
England	10
Frankreich	10
Süd-Korea	10
Ukraine	9
Russland	7
Iran	6
Österreich	6
Schweiz	6

179 Befragte gaben dabei ihr Herkunftsland an:

Die meisten der zugezogenen Befragten kamen aus Polen (n=32), gefolgt von den USA (n=12) sowie England, Frankreich und Südkorea (n=10). Hierbei ist der Zeitpunkt der Befragung (Oktober 2020) zu berücksichtigen. Aufgrund des russischen militärischen Einsatzes in der Ukraine, dürfte der Anteil Zugezogener aus der Ukraine aktuell weitaus höher liegen.

Der Anteil der Befragten mit Migrationshintergrund, die inzwischen die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, liegt bei 58,7% (n=145). 35,6% (n=88) gaben andere Staatsbürgerschaften an, 5,7% (n=14) machten hierzu keine Angaben.

Abbildung 7: Monatliches Nettoeinkommen

Zum monatlich verfügbaren Nettoeinkommen machten 3.756 befragte Personen Angaben, deren Verteilung in **Abbildung 7** dargestellt ist.

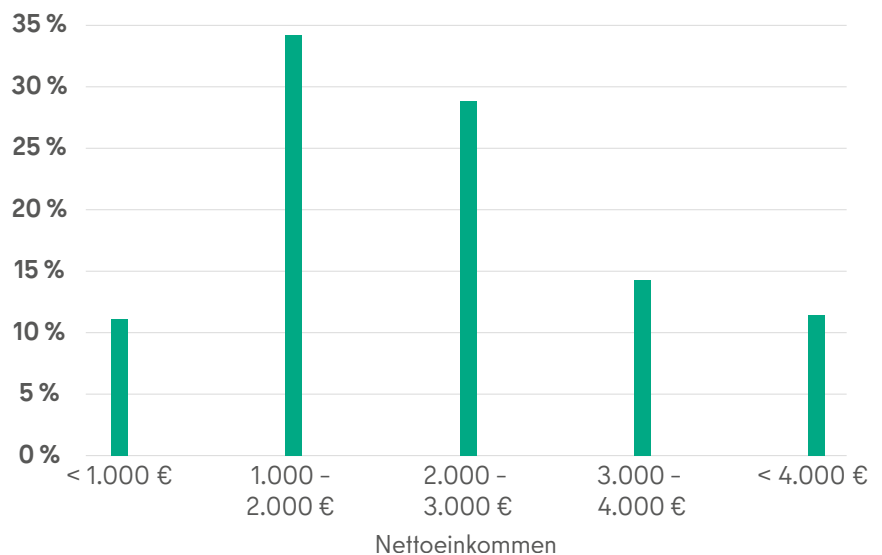


Abbildung 7 zeigt die für Einkommensverteilungen typische, rechtsschiefe Form. 45,3% der Befragten verfügen über ein monatliches Nettoeinkommen unter 2.000 €.

Tabelle 2: Anteil Befragter nach Bezirksregionen

Bezirksregion	Häufigkeit	Anteil
Drakestraße	854	16,9%
Zehlendorf Nord	809	16,0%
Ostpreußendamm	691	13,7%
Albrechtstraße	653	12,9%
Teltower Damm	625	12,4%
Lankwitz	567	11,2%
Zehlendorf Südwest	535	10,6%
Schloßstraße	322	6,4%
Gesamt	5.056	100%

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Befragten auf die **8 Bezirksregionen (BZR)** mit den geringsten bzw. höchsten Häufigkeiten/ Anteilen in der BZR Schloßstraße (6,4%) und in der BZR Drakestraße (16,9%).

Abbildung 8: Geschlecht im Vergleich der Merkmale Alter, Bildung, Migration, und BZR

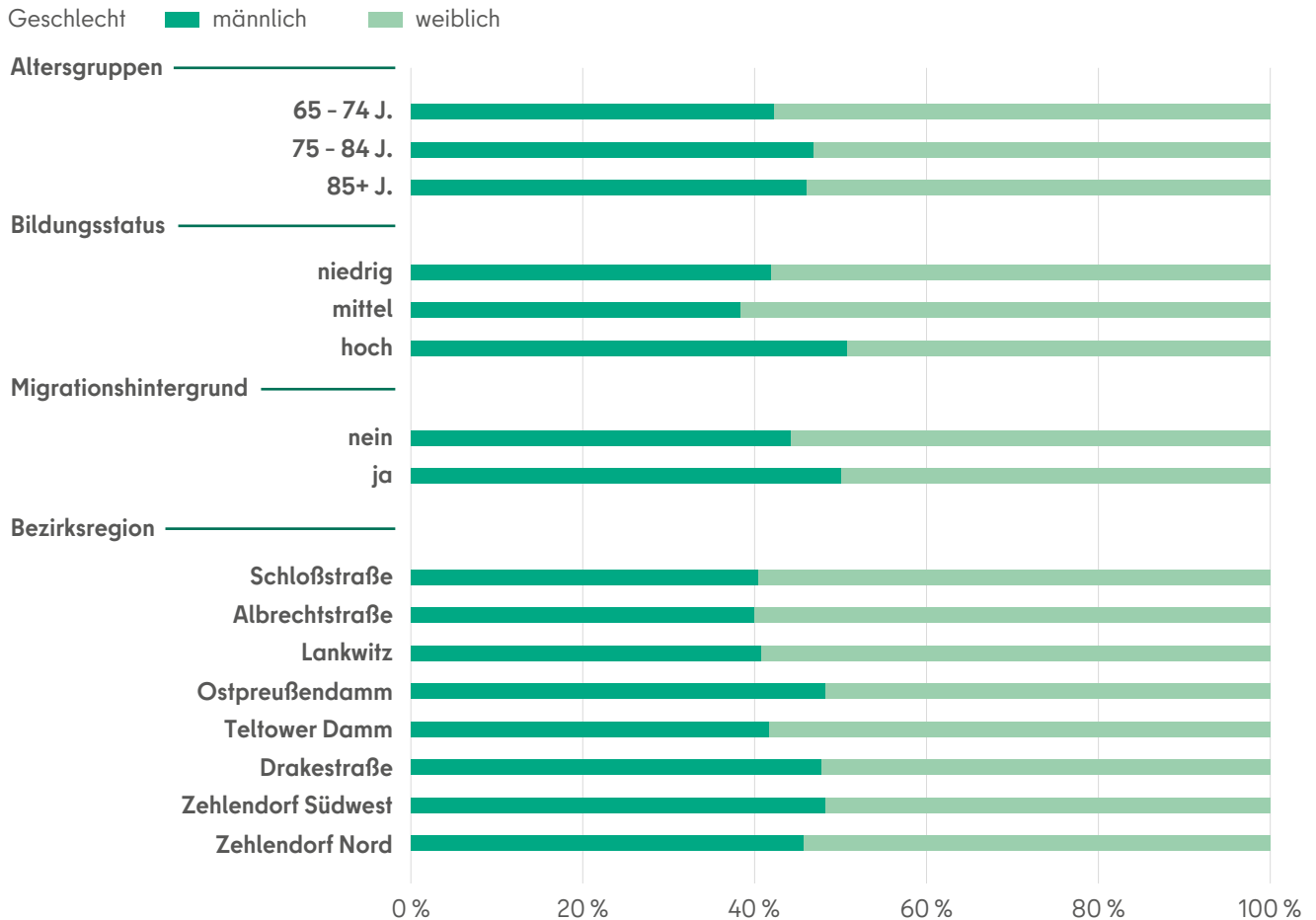


Abbildung 8 zeigt die Verteilung des Geschlechts bzgl. Alter, Bildung, Migration, und Bezirksregion. Insgesamt sind 44 % der Befragten männlich, 56 % weiblich.

Im mittleren Bildungsstatus sind Frauen mit 62% deutlich über- und im Status hoher Bildung - bezogen auf die Geschlechterverteilung insgesamt - eher unterrepräsentiert.

Befragte mit Migrationshintergrund sind zu je 50 % weiblich und männlich, d.h. in Relation zur Gesamtheit der Befragten sind dort die Männer um 6 Prozentpunkte überrepräsentiert.

In den Bezirksregionen Ostpreußendamm, Drakestraße und Zehlendorf Südwest sind die männlichen Befragten mit jeweils 48 % um 4 Prozentpunkte überrepräsentiert.

Abbildung 9: Altersgruppen im Vergleich der Merkmale Geschlecht, Bildung, Migration, und Bezirksregion

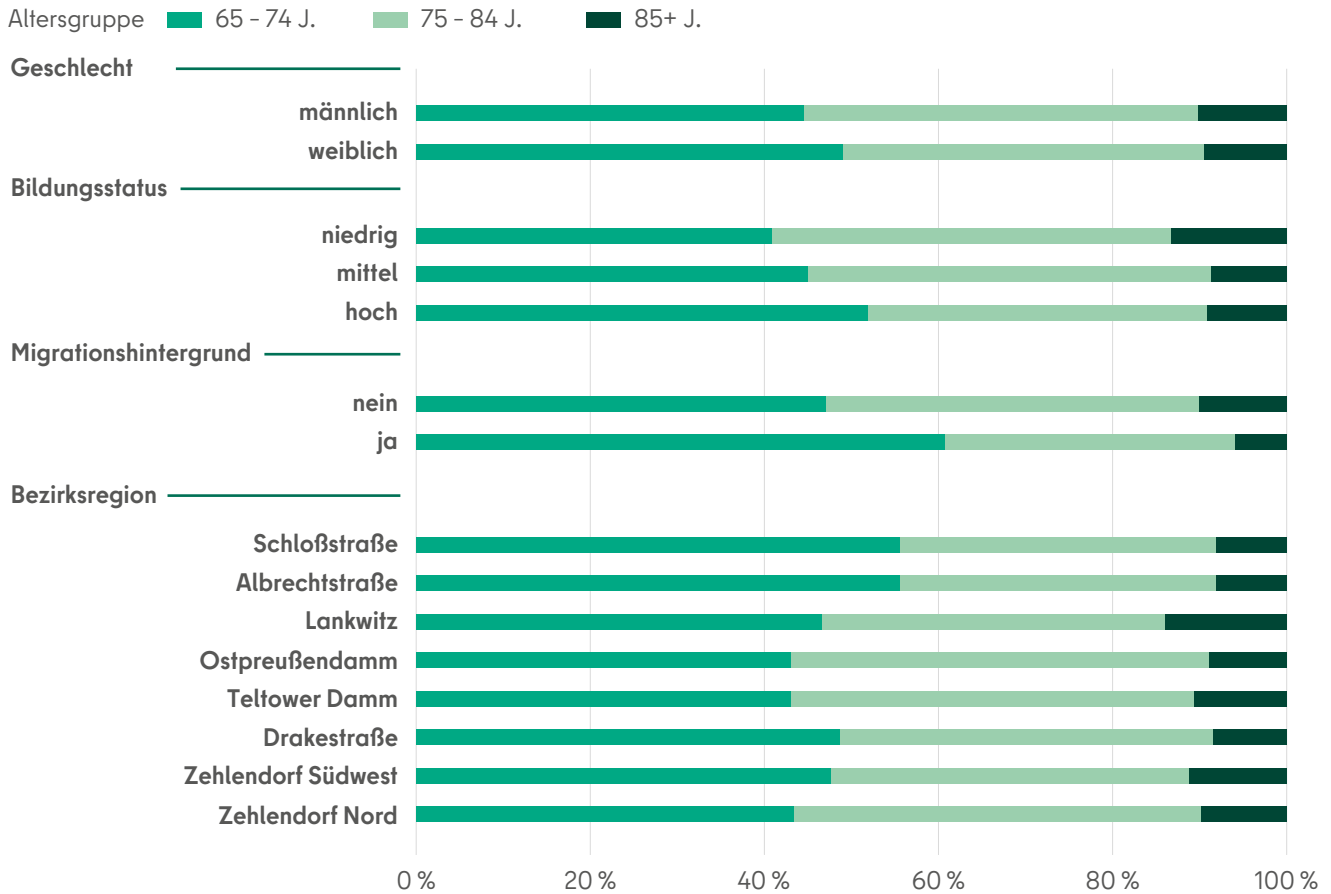


Abbildung 9 zeigt die Verteilung der 3 Altersgruppen bzgl. Geschlecht, Bildung, Migration und Bezirksregion. Insgesamt sind die Altersgruppen mit 47,4%, 42,9% und 9,7% in der Studie vertreten.

Befragte mit Migrationshintergrund haben mit 61% den höchsten Anteil in der Altersgruppe 65-74 J. und entsprechend den kleinsten in der Altersgruppe 85+. Die Altersgruppe 85+ ist in der BZR Lankwitz mit 14% bezogen auf alle Bezirksregionen am häufigsten vertreten.

Befragte mit niedrigem Bildungsstatus sind in der Altersgruppe 85+ mit 13% häufiger vertreten als diejenigen mit mittlerem oder höherem Bildungsstatus.

Abbildung 10: Bildungsstatus differenziert nach Geschlecht, Alter, Migration und BZR

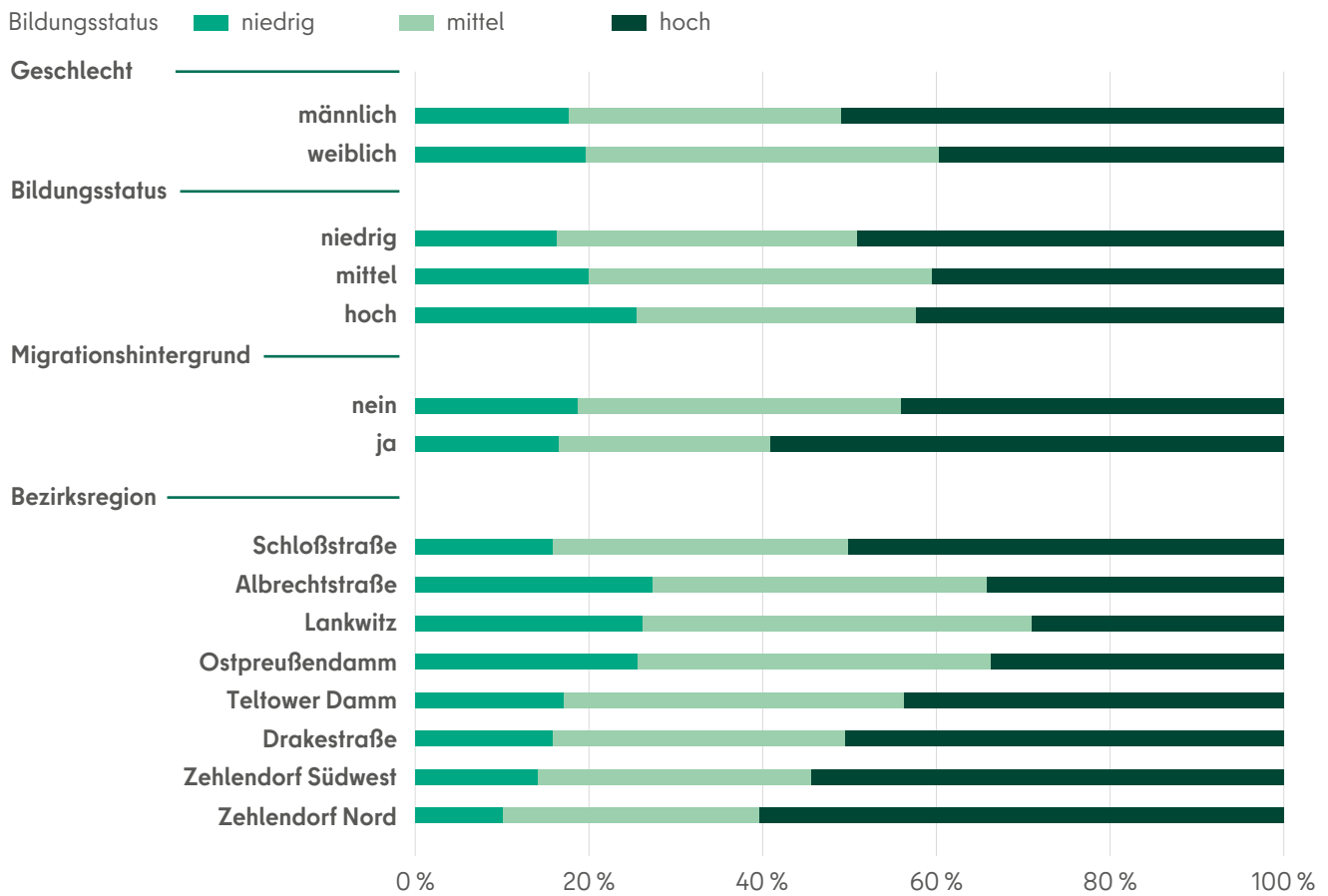


Abbildung 10 zeigt die Verteilung der 3 Bildungsgruppen bezogen auf die Variablen Geschlecht, Alter, Migration und BZR.

Befragte mit Migrationshintergrund sind mit 59 % deutlich häufiger in der hohen Bildungsklasse zu finden als die große Mehrheit ohne diesen Hintergrund. Befragte mit hohem Bildungsstatus waren eher bei den jüngeren Befragten zu finden.

Die meisten Befragten mit hohem Bildungsstatus leben in der BZR Zehlendorf Nord. In der BZR Albrechtstraße wurde mit 27 % der höchste Anteil von Personen mit niedriger Bildung beobachtet.

Die nachstehende Abbildung (**Abbildung 11**) zeigt die Verteilung von Migration bezogen auf Geschlecht, Alter, Bildung und Bezirksregion.

In den Merkmalen Alter, Bildung und Bezirksregion existieren statistisch signifikante Unterschiede.

Abbildung 11: Migrationshintergrund unterschieden nach Geschlecht, Alter, Bildung und Bezirksregion

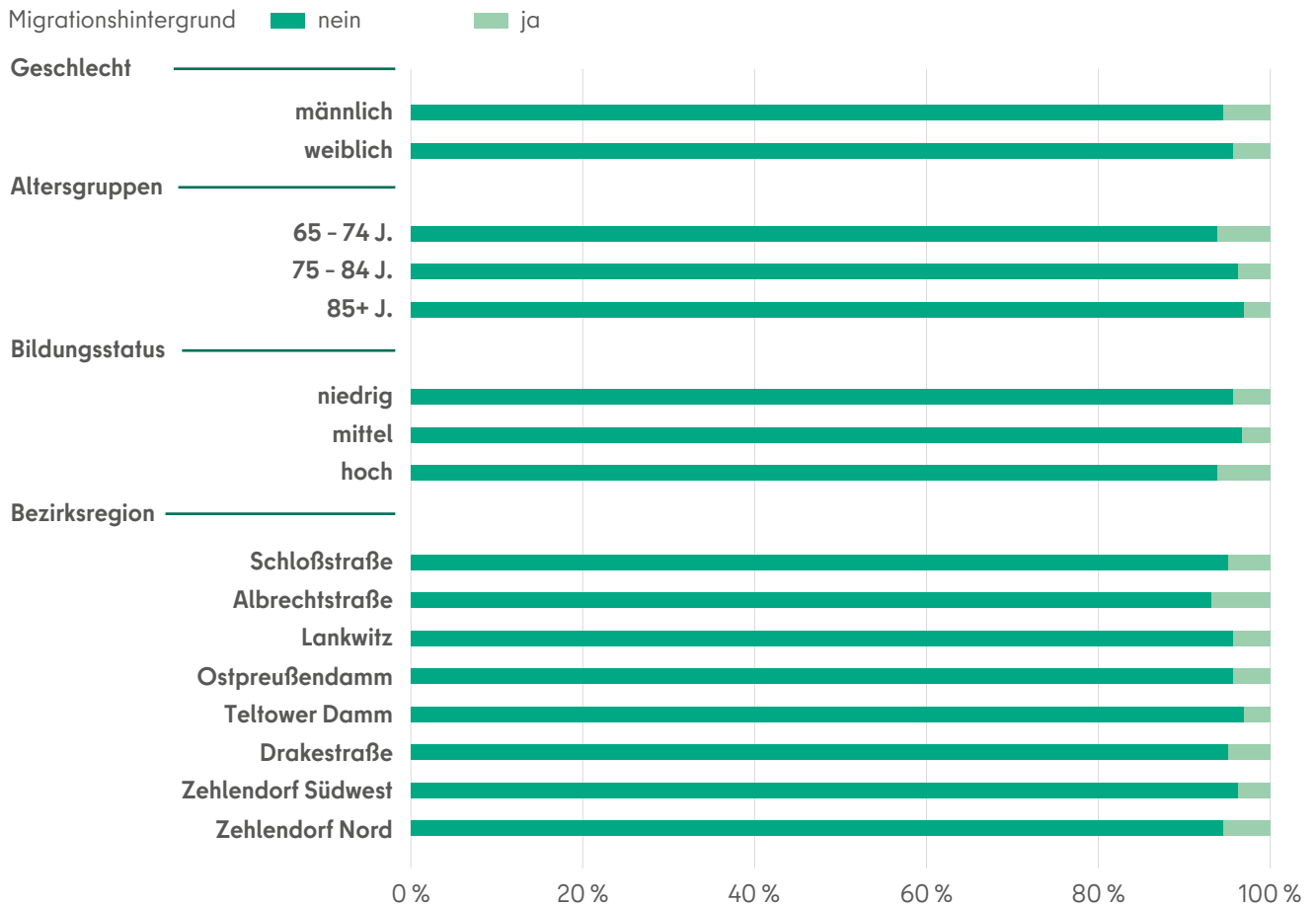
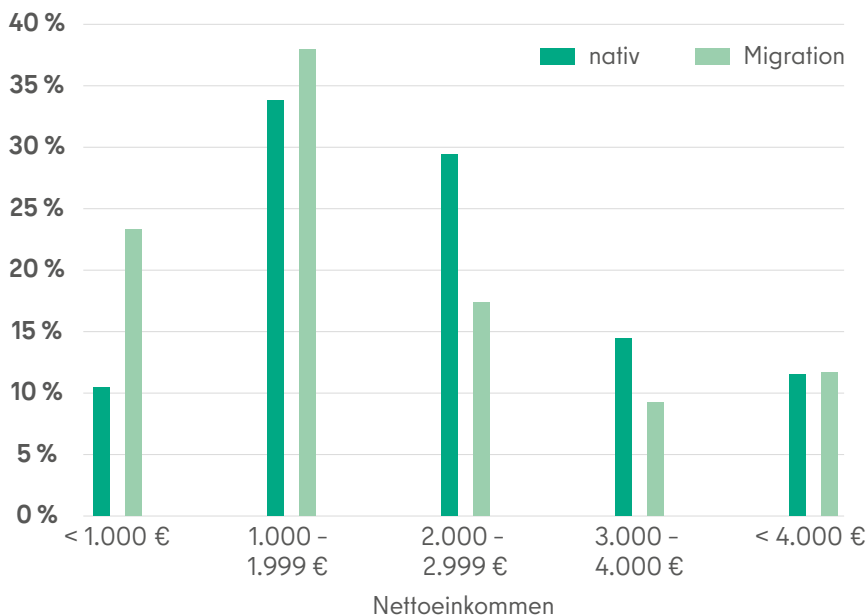


Abbildung 12: Nettoeinkommen im Vergleich zum Migrationshintergrund



In **Abbildung 12** ist der Zusammenhang von Nettoeinkommen und Migrationshintergrund dargestellt.

Befragte mit Migrationshintergrund (n=230 / 4,6%) sind in den beiden unteren Einkommensklassen signifikant häufiger und den beiden darauffolgenden Einkommensklassen signifikant weniger vertreten als die nativen Befragten. 12% aller Befragten verfügen über ein Nettoeinkommen > 4.000 €.

II. Wohnsituation in Steglitz-Zehlendorf

Der Terminus „Wohnsituation“ umfasst hier die Merkmale Mietverhältnis bzw. Wohneigentum, Ausstattung der Wohnung, Wohnkosten, Haushaltsgröße, Wohnumfeld, Sicherheitsgefühl sowie Umzugswunsch, die i. d. R. auf komplexe Weise interdependent sind.

Darüber hinaus sind insbesondere Ausstattung und Wohnumfeld selbst differenzierte Konstrukte.

1. Wohnen zur Miete, Eigentum und Kosten der Unterkunft

Tabelle 3: Wohnkosten und Nettoeinkommen nach BZR

BZR	Wohnkosten		Nettoeinkommen		Relation Wohnkosten zu Nettoeinkommen
	n	Mean	n	Mean	
Schloßstraße	251	760	250	2.175	34,9%
Zehlendorf Nord	561	936	599	2.700	34,7%
Drakestraße	625	808	630	2.345	34,7%
Ostpreußendamm	509	739	510	2.147	34,4%
Lankwitz	422	673	416	2.029	33,2%
Zehlendorf Südwest	372	870	381	2.649	32,8%
Albrechtstraße	511	679	486	2.078	32,7%
Teltower Damm	439	752	472	2.382	31,6%

Abbildung 13 zeigt die Relation monatlicher Wohnkosten zum Nettoeinkommen.

Aus **Tabelle 3** ist erkennbar, dass die Wohnkosten in der BZR Lankwitz am niedrigsten und in der BZR Zehlendorf-Nord hingegen am höchsten sind.

Das durchschnittliche Nettoeinkommen ist jedoch ebenfalls in der BZR Lankwitz am geringsten sowie in der BZR Zehlendorf-Nord am höchsten. Im durchschnittlichen Vergleich zwischen Wohnkosten und Nettoeinkommen unterscheiden sich die Bezirksregionen nur unwesentlich voneinander.

Tabelle 4: Anteil Wohnkosten je Person nach Haushaltsgröße

Personen im Haushalt	Wohnkosten Mean	n	Wohnkosten pro Person
1	664 €	1.157	664 €
2	843 €	2.194	422 €
2	881 €	66	294 €
4	827 €	22	207 €
>4 (5)	984 €	38	197 €

Ein- und Zweipersonenhaushalte sind in Steglitz-Zehlendorf die häufigsten Wohnformen.

Die Wohnkosten steigen mit der Haushaltsgröße, sinken aber in Relation zur Anzahl der Personen, die in diesem Haushalt gemeinsam leben.

Tabelle 5: Anteil an Mietwohnungen und Wohneigentum in den Bezirksregionen

BZR	Mietwohnung		Wohneigentum	
	n	Anteil	n	Anteil
Zehlendorf Südwest	174	32,9%	355	67,1%
Zehlendorf Nord	345	43,1%	455	56,9%
Ostpreußendamm	316	46,9%	358	53,1%
Teltower Damm	295	47,5%	326	52,5%
Drakestraße	430	51,1%	411	48,9%
Lankwitz	326	58,0%	236	42,0%
Schloßstraße	212	66,9%	105	33,1%
Albrechtstraße	465	73,0%	172	27,0%

Tabelle 5 zeigt die großen Unterschiede in der Häufigkeit von Mietwohnung und Wohneigentum in den Bezirksregionen.

Hinsichtlich der Relation Mietwohnung und Wohneigentum lagen Angaben von 4.981 Befragten vor.

Insgesamt sind in Steglitz-Zehlendorf etwa 51,5% der Wohnungen im Wohneigentum.

In der BZR Zehlendorf Südwest sind über zwei Drittel der Wohnungen im Wohneigentum, während in den innerstädtischen Bezirksregionen Schloß- und Albrechtstraße weniger als ein Drittel der Wohnungen von ihren Eigentümern „in den eigenen vier Wänden“ bewohnt werden.

Der Anteil der Mietwohnungen ist in der BZR Albrechtstraße mit 73% am höchsten.

Die **Tabellen 6a** und **6b** bieten für Miet- und Eigentumswohnungen eine grobe Schätzung des Anteils der Wohnkosten am Nettoeinkommen in den Bezirksregionen.¹

Tabelle 6a: Wohnkosten und Nettoeinkommen in Miet- und Eigentumswohnungen

Bezirksregion		Mietwohnung		Anteil Wohnkosten Netto-Ek
		n	Mean	
Schloßstraße	Kosten	177	823 €	39,7%
	Netto-EK	170	2.071 €	
Albrechtstraße	Kosten	383	747 €	37,7%
	Netto-EK	354	1.980 €	
Lankwitz	Kosten	256	747 €	40,7%
	Netto-EK	237	1.834 €	
Ostpreußendamm	Kosten	262	812 €	40,1%
	Netto-EK	237	2.024 €	
Teltower Damm	Kosten	250	858 €	40,0%
	Netto-EK	228	2.144 €	
Drakestraße	Kosten	349	894 €	42,2%
	Netto-EK	325	2.116 €	
Zehlendorf Südwest	Kosten	143	1.088 €	48,5%
	Netto-EK	124	2.245 €	
Zehlendorf Nord	Kosten	277	1.092 €	43,5%
	Netto-EK	266	2.508 €	

¹ Die in den Tabellen 6a und 6b dargestellten „Anteile Wohnkosten Netto-EK“ sind als Schätzungen nicht unproblematisch und können nur als Orientierung dienen.

Tabelle 6b: Wohnkosten und Nettoeinkommen in Miet- und Eigentumswohnungen

Bezirksregion		Wohneigentum		Anteil Wohnkosten Netto-Ek
		n	Mean	
Schloßstraße	Kosten	71	603 €	25,5%
	Netto-EK	76	2.367 €	
Albrechtstraße	Kosten	125	468 € €	20,0%
	Netto-EK	130	2.344 €	
Lankwitz	Kosten	165	560 €	24,2%
	Netto-EK	176	2.315 €	
Ostpreußendamm	Kosten	241	659 €	29,2%
	Netto-EK	265	2.257 €	
Teltower Damm	Kosten	188	612 €	23,8%
	Netto-EK	241	2.574 €	
Drakestraße	Kosten	273	701 €	27,0%
	Netto-EK	302	2.594 €	
Zehlendorf Südwest	Kosten	229	735 €	25,8%
	Netto-EK	256	2.845 €	
Zehlendorf Nord	Kosten	279	788 €	27,6%
	Netto-EK	331	2.854 €	

Der prozentuale Einkommensaufwand für die Nutzung von Wohnraum ist, im Vergleich zu selbstgenutztem Wohneigentum, für Mietwohnungen im Mittel um den Faktor 1,63 höher.

2. Barrierefreiheit und altersgerechte Wohnungsausstattungen

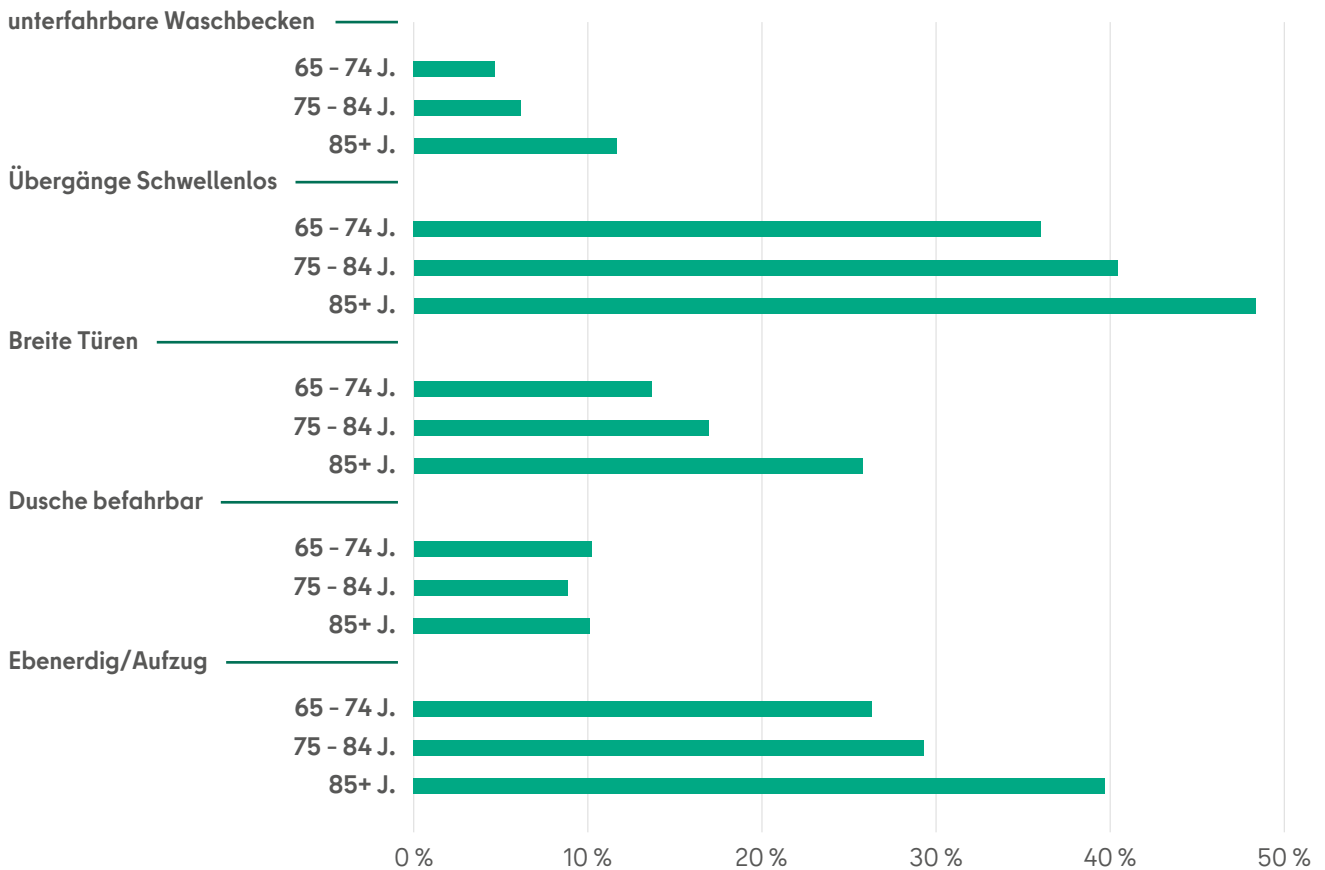
Muskelschwund, reduziertes Reaktionsvermögen, zunehmende Seh- und Hörstörungen, chronische Erkrankungen, etc. erschweren älteren Menschen die Alltagsbewältigung.

Altersgerecht ausgestattete Wohnungen können ältere Menschen in ihrer Alltagsbewältigung unterstützen (vgl. Tu et al. 2021).

Hierzu zählen unterfahrbare Waschbecken, befahrbare Duschtassen, schwellenfreie Übergänge und ggfs. breite Türen.

Ein barrierefreier Zugang und eine seniorengerechte Ausstattung der Wohnung älterer Menschen sind wichtige Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden. Ein wichtiger Faktor ist dabei die Gestaltung von Bädern und Küchen, die für alle Menschen mit eingeschränkter Mobilität zugänglich und barrierefrei nutzbar sein müssen.

Abbildung 13: Merkmale der Wohnungsausstattung differenziert nach Altersgruppen



Die **Abbildung 13** gibt an Hand von fünf Kriterien einen cursorsichen Überblick über Ausstattung und Zugang der Wohnungen in Berlin Steglitz-Zehlendorf.

Abbildung 13 zeigt einerseits, dass in allen fünf Kriterien hinsichtlich „altersgerechte Wohnungen“ erhebliche Defizite bestehen.

Andererseits ist deutlich zu erkennen, dass Wohnungen der Befragten der Altersgruppe 85+ jeweils die größten Anteile einer erforderlichen Ausstattung besitzen.

Für eine objektive Bewertung der Situation fehlt hier allerdings eine Bestandsaufnahme der Bedürftigkeit, denn nicht alle Senioren benötigen sämtliche der o. g. Vorkehrungen.

Eine altersgerecht barrierefreie Ausstattung der Wohnung kann u. U. mit Kosten verbunden sein, da z. B. spezielle Sanitär- und Bodenbeläge oder eine befahrbare Dusche eingebaut werden müssen. Dies kann für Menschen mit niedrigem Einkommen eine finanzielle Belastung darstellen und/oder es ihnen erschweren, eine barrierefreie Wohnung zu finden.

Für Senioren mit höherem Einkommen ist es dagegen oft leichter, eine barrierefreie Wohnung zu finden bzw. entsprechende Umbauten auf eigene Kosten vornehmen zu lassen.

Tabelle 7: Wohnungsausstattung nach Nettoeinkommen

Tabelle 7 zeigt die Verteilung der fünf Kriterien für eine altersgerechte Ausstattung der Wohnung im Vergleich zum Nettoeinkommen.

Netto-EK	Duschtasse befahrbar	breite Türen	Aufzug oder ebenerdig	Übergänge schwellenlos	Waschbecken unterfahrbar	n
<1.000 €	9,2%	12,7%	12,4%	39,7%	3,5%	426
1.000 - 1.999 €	9,2%	14,5%	15,3%	38,9%	5,7%	1.290
2.000 - 2.999 €	9,6%	17,7%	16,1%	41,8%	7,3%	1.089
3.000 - 3.999 €	10,5%	20,9%	15,1%	37,7%	6,7%	551
4.000+ €	16,0%	23,1%	15,5%	39,3%	7,3%	399
Mean %	10,2%	17,1%	15,2%	39,7%	6,2%	3.755

Erwartungsgemäß erfüllen Wohnungen von Befragten mit höherem Einkommen die o.g. fünf Kriterien häufiger, und es ist davon auszugehen, dass es sich dabei mehrheitlich um Eigentumswohnungen handelt, die von ihren Besitzern ohne Absprache mit einem Vermieter nach eigenen Wünschen ausgestattet werden können.

Die relativ hohen Anteile von Wohnungen mit schwellenlosen Übergängen innerhalb der Wohnung erklären sich möglicherweise allein durch die vergleichsweise geringen Kosten ihrer Herstellung.

Die Gestaltung seniorengerechter Wohnungen ist nicht nur für ältere, sondern für alle Personen mit entsprechenden Behinderungen von großer Bedeutung.

Tabelle 8: Wohnungsausstattung bei vorliegender Schwerbehinderung

Tabelle 8 zeigt jedoch, dass selbst Wohnungen für Menschen mit Behinderungen nur vereinzelt mit den entsprechenden Hilfen ausgestattet sind.

Schwerbehinderung	Duschtasse befahrbar	breite Türen	Aufzug oder ebenerdig	Übergänge schwellenlos	Waschbecken unterfahrbar	n
bis 50 %	9,0%	16,2%	12,4%	38,4%	6,6%	588
>50 bis 70 %	6,3%	16,5%	19,6%	38,4%	3,6%	363
>70 %	12,7%	25,1%	19,2%	47,2%	12,1%	354
Mean %	9,3%	18,7%	16,2%	41,0%	7,3%	1.305

Befragte mit entsprechendem Pflegegrad gaben an, hinsichtlich der fünf Kriterien in ihrer Wohnung deutlich besser ausgestattet zu sein, als Befragte mit einem anerkannten Grad der Behinderung.

Tabelle 9: Wohnungsausstattung bei vorliegendem Pflegegrad

Dies kann darauf zurück zu führen sein, dass eine anerkannte Schwerbehinderung nicht automatisch eine Pflegebedürftigkeit nach sich zieht.

Pflegegrad	Duschtasse befahrbar	breite Türen	Aufzug oder ebenerdig	Übergänge schwellenlos	Waschbecken unterfahrbar	n
Grad 1	12,7%	16,9%	18,3%	43,7%	9,9%	71
Grad 2	13,5%	24,7%	25,9%	48,2%	7,6%	170
Grad 3 - 5	22,7%	33,6%	27,3%	54,5%	19,1%	110
Mean %	16,2%	25,9%	24,8%	49,3%	11,7%	351

Unterfahrbare Wasch- und Spülbecken ermöglichen Rollstuhlfahrern und Personen mit Gehhilfen eine einfachere Nutzung.

Da manche Personen diese Hilfsmittel nicht benötigen, ist es wichtig, hier zwischen diesen beiden Gruppen zu unterscheiden. Die **Tabellen 10** und **11** zeigen, wie häufig diese bei Befragten zu finden sind, die Rollstuhl und Rollatoren in oder außerhalb ihrer Wohnung nutzen.

Tabelle 10: Wohnungsausstattung von Befragten mit Rollstuhlnutzung

Rollstuhl	Duschtasse befahrbar	breite Türen	Aufzug oder ebenerdig	Übergänge schwellenlos	Waschbecken unterfahrbar	n
nein	9,6%	15,8%	14,2%	38,6%	5,5%	4.751
ja	32,3%	37,1%	25,8%	64,5%	24,2%	62
nur draußen	20,0%	45,0%	25,0%	65,0%	30,0%	20
Mean %	9,9%	16,2%	14,4%	39,0%	5,8%	4.833

Tabelle 11: Wohnungsausstattung bei Befragten mit Rollatornutzung

Rollator	Duschtasse befahrbar	breite Türen	Aufzug oder ebenerdig	Übergänge schwellenlos	Waschbecken unterfahrbar	n
nein	9,6%	15,3%	13,6%	38,4%	5,6%	4.544
ja	15,8%	28,8%	26,5%	51,2%	13,0%	215
nur draußen	8,3%	20,0%	21,7%	40,0%	6,7%	60
Mean %	9,9%	16,0%	14,3%	39,0%	6,0%	4.819

Abbildung 14: Wohnjahre in Steglitz-Zehlendorf

Die **Abbildung 14** zeigt, dass etwa 85% der Senioren mindestens 20 Jahre in Steglitz-Zehlendorf wohnen. Die durchschnittliche Wohndauer aller Befragten liegt sogar bei etwa 40 Jahren.

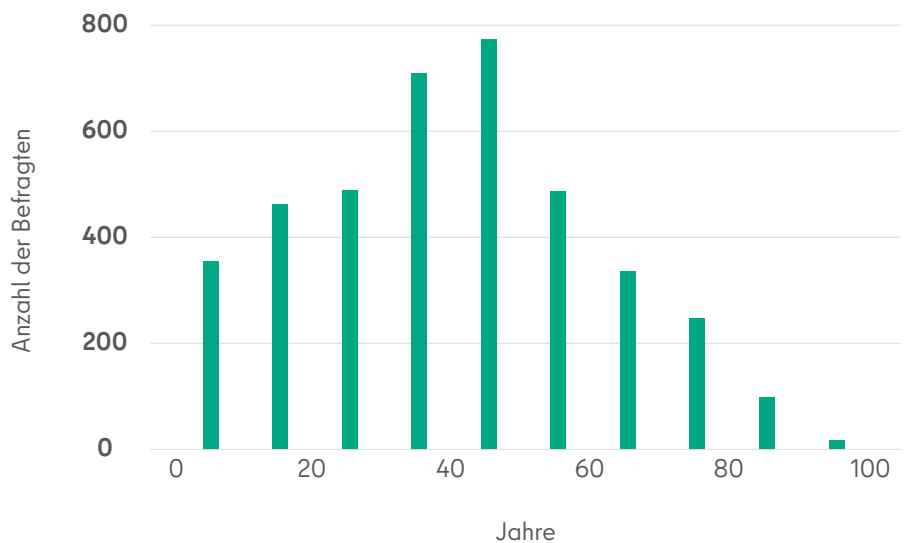
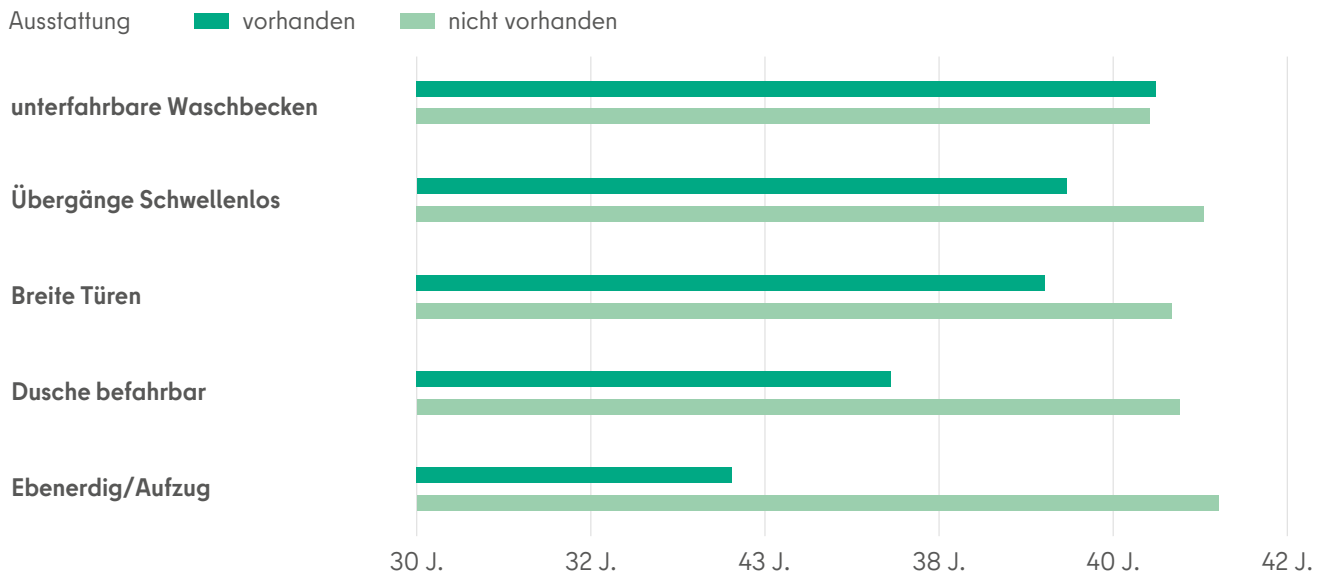
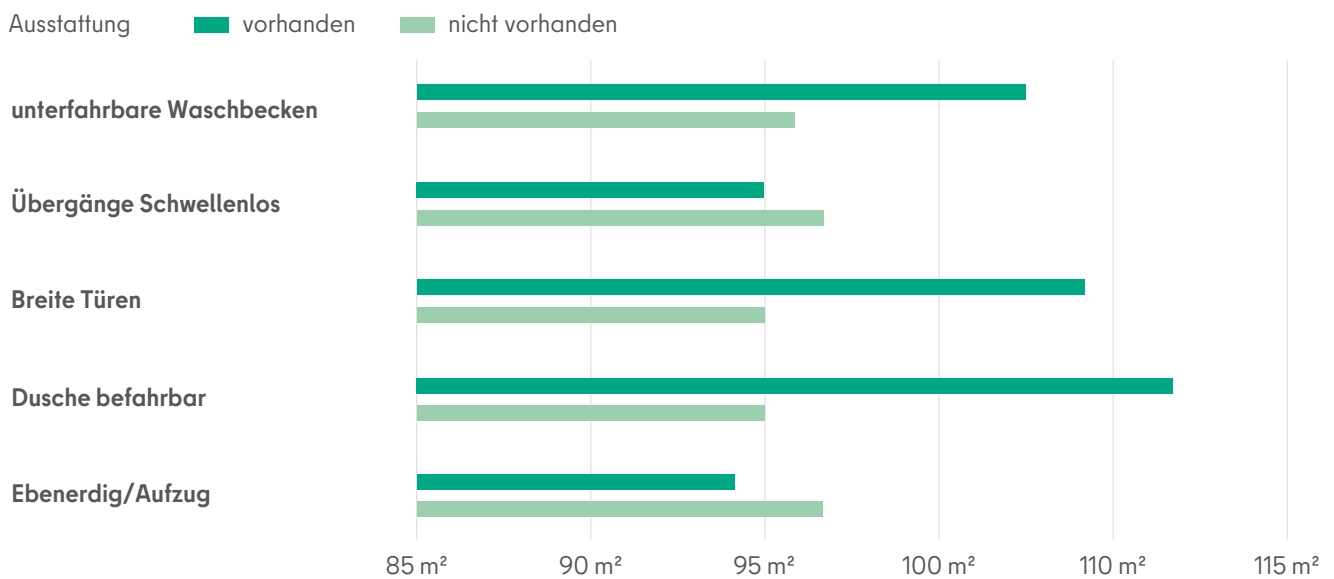


Abbildung 15: Altersgerechte Ausstattung der Wohnung vs. Wohnjahre im Bezirk



Die Analyse zeigt einen Zusammenhang zwischen der Zeit (gemessen in Jahren), die die Befragten im Bezirk wohnen und den zusätzlichen Ausstattungsmerkmalen. Obwohl in dieser Analyse nicht explizit gefragt, ist davon auszugehen, dass viele Befragte möglicherweise auch lange in der gleichen Wohnung wohnen, bei der diese Ausstattungsmerkmale nicht vorhanden sind. Senioren die in den Bezirk ziehen, achten möglicherweise auf diese Ausstattungsmerkmale. Dieses würde den Unterschied in Jahren erklären.

Abbildung 16: Altersgerechte Wohnausstattung vs. Größe der Wohnung

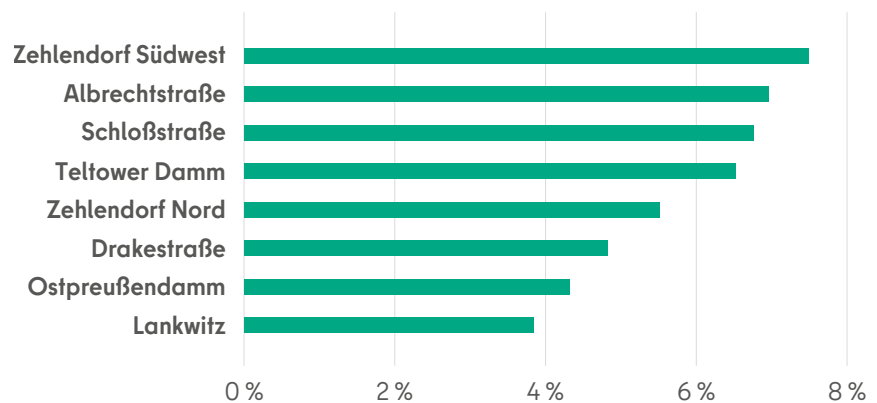


Die Analyse zeigt, dass in größeren Wohnungen deutlich häufiger unterfahrbare Wasch-/ Spülbecken, breite Zimmertüren und befahrbare Duschtassen zu finden sind.

3. Umzugswunsch

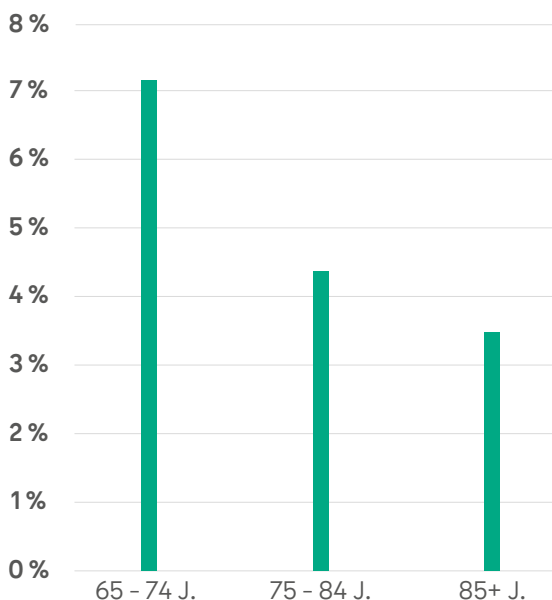
Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit möglichen Umzugswünschen der Befragten in den jeweiligen Bezirksregionen. Dabei wird näher auf das Alter der Befragten sowie deren Wohnungsausstattungen eingegangen.

Abbildung 17: Umzugswunsch nach Bezirksregion



Es ist davon auszugehen, dass die in Steglitz-Zehlendorf dokumentierten Quoten in Höhe von 5,7% bzgl. Umzugswunsch als klein zu werten sind. Am geringsten ist dieser in der Bezirksregion Lankwitz mit 3,8% und am ausgeprägtesten in der Bezirksregion Zehlendorf Südwest (7,5%).

Abbildung 18: Umzugswunsch nach Alter



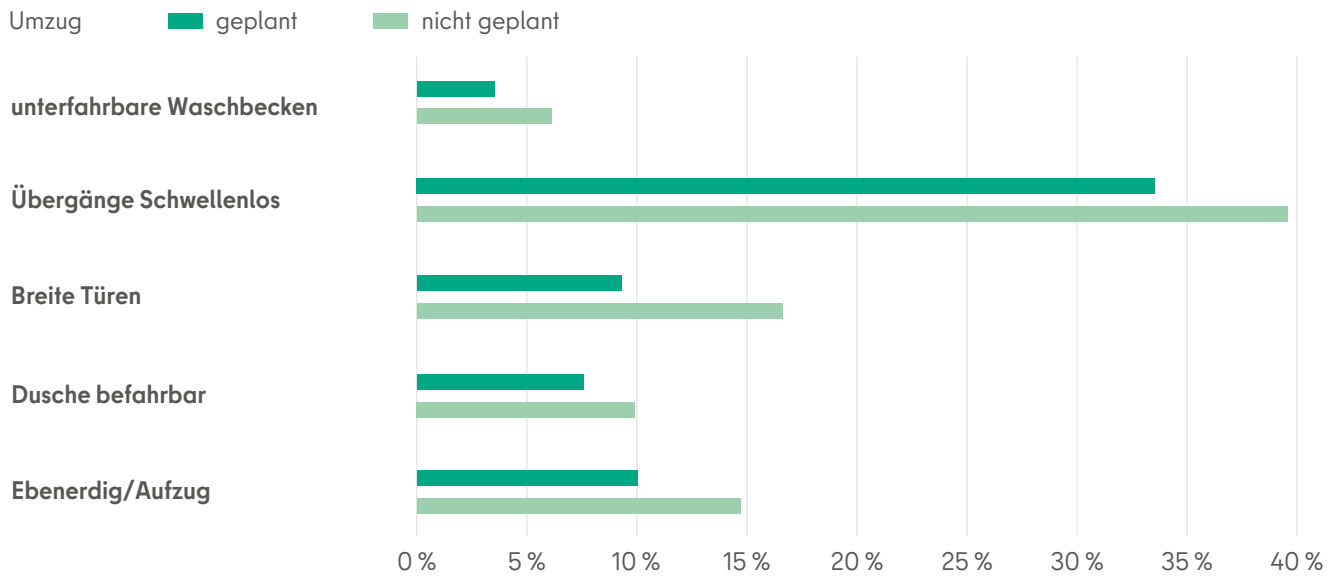
Eine weitergehende Analyse zur Aufklärung der Differenzen in den Bezirksregionen auf Basis der mit dem Fragebogen verfügbaren Kovariaten erscheint wenig sinnvoll, zumal die in **Abbildung 17** dargestellten Unterschiede lediglich hinsichtlich der größten Differenz, d.h. zwischen den BZR Lankwitz und Zehlendorf Südwest statistisch signifikant sind, während alle anderen Differenzen als zufällig gewertet werden.

Ein Umzug ist i. d. R. auch bei Mithilfe Dritter ein anstrengendes Unternehmen, das man nur realisiert, wenn es die Umstände nahelegen oder erzwingen.

Es äußerten - auch prozentual - deutlich weniger Befragte der Altersgruppe 85+ einen Umzugswunsch.

Abbildung 19 zeigt in allen fünf Kategorien, dass Bewohner mit altersgerecht ausgestatteten Wohnungen signifikant seltener einen Umzugswunsch planen als jene mit den entsprechenden Mängeln der derzeitigen Wohnung.

Abbildung 19: Umzugswunsch nach altersgerechter Ausstattung der derzeitigen Wohnung



4. Subjektives Sicherheitsgefühl am Wohnort

Im letzten Unterabschnitt dieses Kapitels geht es um das Thema Sicherheit am Wohnort.

Unabhängig von offiziellen Beschreibungen der Sicherheit in allen Berliner Bezirken, entwickeln die dort Wohnenden, aufgrund eigener Erfahrungen oder auch „vom Hörensagen“, ein subjektives Sicherheitsgefühl.

Tabelle 12: Sicherheitsgefühl in den Bezirksregionen

Die **Tabelle 12** beschreibt das Sicherheitsgefühl der Befragten in den einzelnen Bezirksregionen.

Bezirksregion	absolut sicher	ziemlich sicher	eher unsicher	sehr unsicher	n
Schloßstraße	34,7%	62,1%	2,5 %	0,6 %	793
Zehlendorf Nord	30,6%	68,2%	0,9 %	0,3 %	836
Zehlendorf Südwest	26,8%	68,5%	4,2 %	0,6 %	317
Drakestraße	26,7%	70,3%	2,6 %	0,4 %	558
Albrechtstraße	23,1%	71,0%	5,3 %	0,6 %	527
Teltower Damm	22,2%	72,7%	4,7 %	0,5 %	618
Lankwitz	21,9%	73,8 %	3,8 %	0,5 %	642
Ostpreußendamm	21,1%	71,8 %	6,5 %	0,6 %	678
Mean	25,5%	70,3 %	3,8 %	0,5 %	4.969

Hiernach ist die BZR Schloßstraße am sichersten, während die Bezirksregionen Ostpreußendamm und Lankwitz nur von gut 20 % der Befragten als „absolut sicher“ eingestuft werden.

Die Berliner Polizei beschreibt mit der nachstehenden Formel die Unsicherheit eines Bezirks durch die Häufigkeitszahl der Anzahl krimineller Delikte in Bezug auf die Einwohnerzahl.

$$HZ = \frac{\text{Anzahl krimineller Delikte eines Jahres}}{100.000 \text{ Einwohner}}$$

Abbildung 20 zeigt die polizeilich dokumentierten Straftaten in den Berliner Bezirken.

Abbildung 20: Delikte pro Tag und 100.000 Einwohner, Berlin 2020

In dieser Statistik nimmt Steglitz-Zehlendorf mit der geringsten Belastung aller Berliner Bezirke eine Sonderstellung ein, die offenbar auch die Befragten sehr positiv sehen und möglicherweise ein Teil der Erklärung für die lange Wohndauer in diesem Bezirk ist.

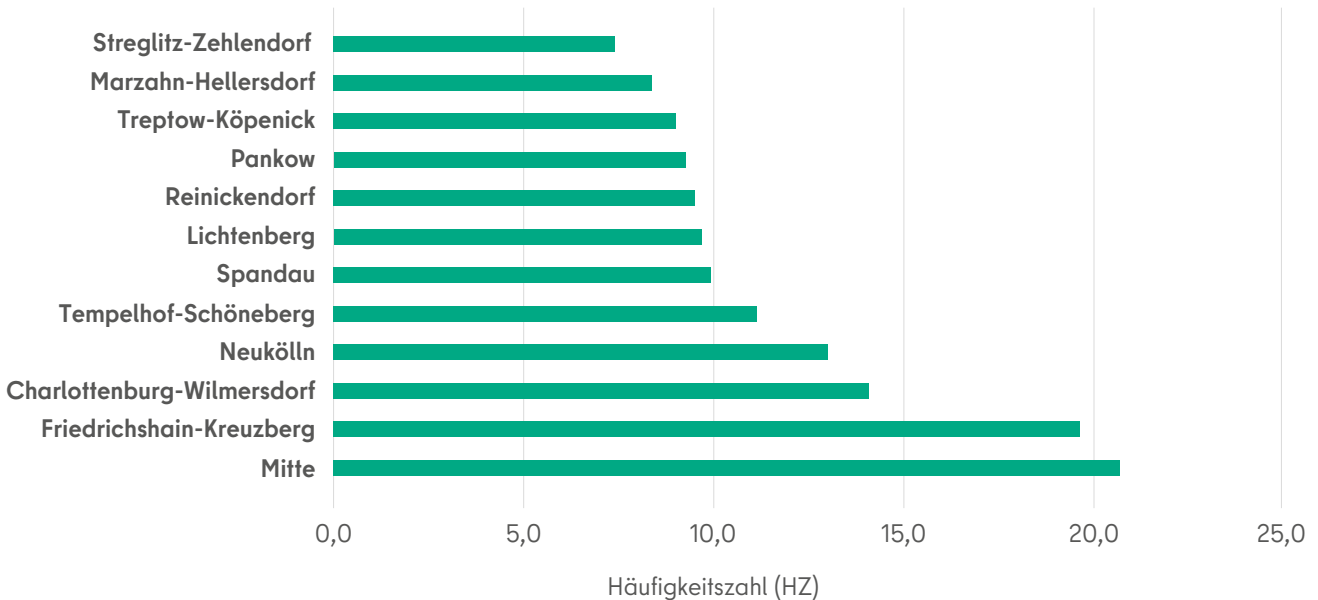


Tabelle 13: Sicherheitsgefühl vs. Alter

Tabelle 13 zeigt das Sicherheitsgefühl der Befragten in den 3 Altersklassen.

Alter	absolut sicher	ziemlich sicher	eher unsicher	sehr unsicher	n
65 - 74 J.	26,5 %	69,1 %	3,9 %	0,5 %	2.364
75 - 84 J.	23,9 %	72,0 %	3,8 %	0,4 %	2.131
85+ J.	27,6 %	68,4 %	3,2 %	0,8 %	474
Mean	25,5 %	70,3 %	3,8 %	0,5 %	4.969

Insgesamt zeigten sich geringe Unterschiede zwischen den Altersklassen hinsichtlich ihres Sicherheitsgefühls.

III. Gesundheit

1. Gesundheitliche Situation

Gesundheit ist ein wichtiges Gut – das gilt auch und in besonderem Maße für ältere Menschen. Ein guter Gesundheitszustand ermöglicht vielfältige Aktivitäten und sichert auch im höheren Alter noch eine selbstbestimmte und unabhängige Lebensführung (vgl. Dehi Aroogh et al. 2020: 68). Tendenziell verringert sich mit zunehmendem Alter die körperliche Belastbarkeit (vgl. Kluttig et al. 2020: 317). Erholungs- und Erneuerungsprozesse verlangsamen sich und gesundheitliche Einschränkungen, die beispielsweise durch Krankheiten, Verletzungen oder dauerhafte Belastungen erworben wurden, nehmen zu (vgl. Rott et al. 2012: 475).

Körperliche Beschwerden, aber auch Verlusterfahrungen und möglicherweise soziale Isolation können sich nachteilig auf die psychische Gesundheit auswirken (vgl. Glover et al. 2022: 2–3). Andererseits können über die Lebensspanne gesammelte Erfahrungen und Lebenskompetenzen emotionales Wohlbefinden fördern und die Resilienz stärken, also das Vermögen älterer Menschen, auch mit widrigen Umständen klarzukommen (vgl. Rott et al. 2012: 477–479; Welzel et al. 2021: 337–338; Simonson et al. 2022: 6–7).

1.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Im Fragebogen wurden die Senior*innen gebeten, ihren persönlichen Gesundheitszustand einzuschätzen. Die verfügbaren Antwortkategorien lauteten „rundum gesund“, „überwiegend gesund“, „eher angeschlagen“, „krank“ und „sehr krank“. Eine derartige generelle Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ist in Befragungen eine häufig eingesetzte Möglichkeit, Gesundheit ohne eine ärztliche Untersuchung zu erfassen (vgl. DeSalvo et al. 2005: 269). Ähnliche Fragen sind Bestandteil von Fragebögen zur Lebensqualität und weisen gute Zusammenhänge mit körperlicher Funktionsfähigkeit, psychischer Gesundheit und sozialer Rollenfunktion auf (vgl. Kaplan et al. 2022: 358–359).

Insgesamt berichtet die überwiegende Mehrheit der Senior*innen im Bezirk Erfreuliches über ihren Gesundheitszustand. Tabelle 14 gibt Auskunft über die Verteilung der Angaben.

Tabelle 14: Antwort auf die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand

Gesundheitszustand	Anzahl	Anteil
rundum gesund	577	11,4 %
überwiegend gesund	2.926	57,9 %
eher angeschlagen	976	19,3 %
krank	291	5,8 %
sehr krank	90	1,8 %
keine Angaben	196	3,9 %
insgesamt	5.056	100 %

Demnach fühlen sich nahezu 70 % aller Befragten rundum oder überwiegend gesund. Knapp 20 % fühlen sich eher angeschlagen und knapp 8 % krank oder sehr krank.

Abbildung 21: Subjektiver Gesundheitszustand nach soziodemografischen Merkmalen

Im Detail wurden die Aussagen der Befragten nach Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Bildungsstatus und Einkommen näher betrachtet.



Zwischen den befragten Männern und Frauen zeigen sich nur minimale Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand. Ebenso wenig unterscheiden sich Befragte mit und ohne Migrationshintergrund in ihrer subjektiven Gesundheit.

Dagegen nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil derer ab, die sich rundum gesund fühlen, und zwar von knapp 17% in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen über knapp 8% bei den 75- bis 84-Jährigen auf nur mehr 3% bei den über 85-Jährigen. Hingegen fühlen sich von den Befragten ab 85 Jahren doppelt so viele „eher angeschlagen“ und rund dreimal so viele „krank“ wie in der jüngsten Altersgruppe.

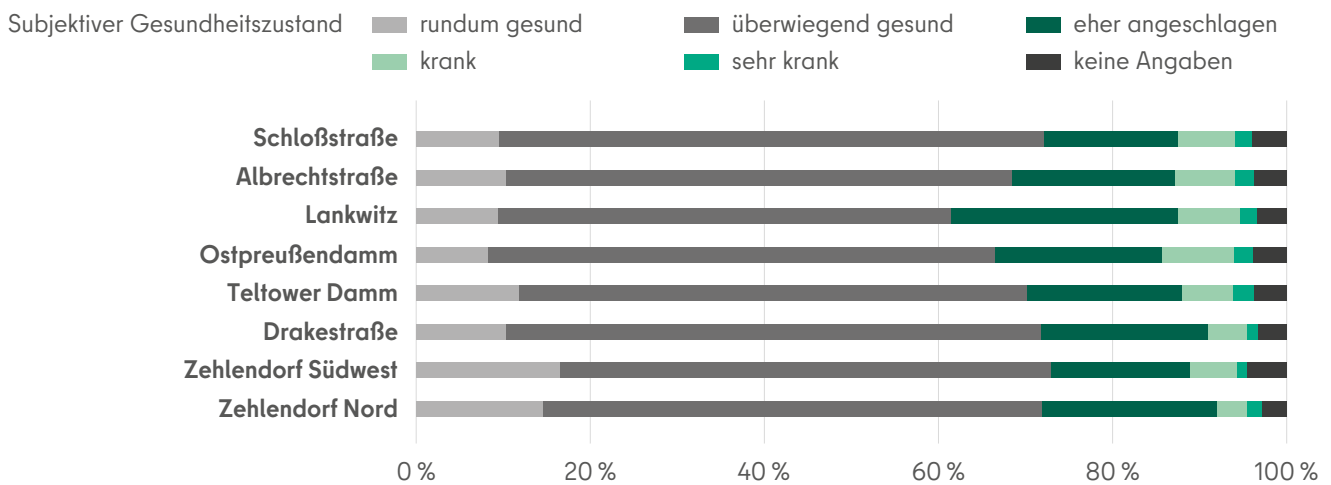
Einen deutlichen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage lassen die Befragungsergebnisse zur subjektiven Gesundheit nach Bildungsabschluss und Einkommen erkennen. Die Befragten mit hohem Bildungsabschluss geben nahezu doppelt so häufig an, sich „rundum gesund“ zu fühlen, wie Befragte mit niedrigem Bildungsabschluss. Umgekehrt bezeichnen sich von den Befragten mit niedrigen Bildungsabschlüssen im Vergleich zu den Gruppen mit mittleren und insbesondere mit höheren Bildungsabschlüssen deutlich mehr als „krank“ oder „sehr krank“.

In der Gruppe der Befragten mit dem niedrigsten Einkommen wurde der eigene Gesundheitszustand am seltensten mit „rundum gesund“ beschrieben (7%). Mit der Einkommenshöhe steigt der Anteil der Befragten, die diese Aussage für sich treffen und zwar graduell bis auf 16% bei den Befragten mit dem höchsten Einkommen. Dagegen fühlen sich Menschen mit weniger Einkommen weniger gesund, wenngleich nicht ganz konsistent über alle Einkommensgruppen hinweg.

Da es sich bei der Befragung um eine Querschnittstudie handelt, können keine Ursache-Wirkungs-Beziehungen abgeleitet, sondern lediglich Zusammenhänge aufgezeigt werden.

Abbildung 22: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bezirksregionen

Auch zwischen den Befragten aus den verschiedenen Bezirksregionen zeigen sich Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand.



In der Grafik wird erkennbar, dass die BZR Lankwitz und Ostpreußendamm etwas gegenüber dem Durchschnitt der Bezirksregionen abfallen, wobei das für Lankwitz am gravierendsten zutrifft. Hier sagen beispielsweise ein Viertel der Befragten aus, sich „eher angeschlagen“ zu fühlen, während diese Aussage in der BZR Schloßstraße nur 15% der Befragten für sich treffen.

1.2 Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen nehmen im Alter zu (vgl. Seger et al. 2020: A2094 - 2096). Uns interessierte, welche chronischen Erkrankungen die Befragten haben und wie häufig eine Kombination aus mehreren Erkrankungen ist.

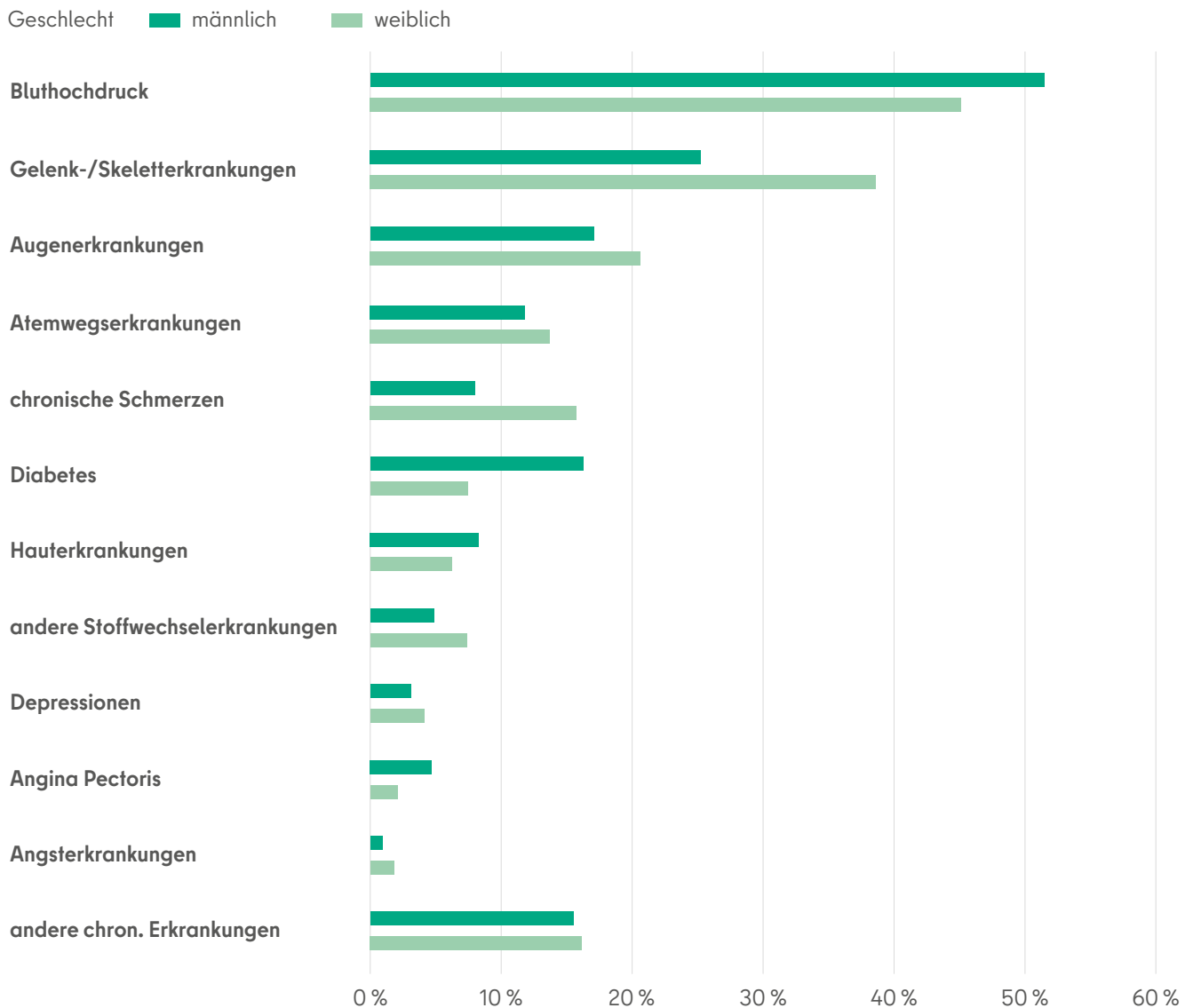
Menschen mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen gelten gemäß Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin als multimorbid (vgl. DEGAM 2017: 9). Die Multimorbidität stellt eine besondere Beeinträchtigung der Gesundheit dar, da sich hier die einzelnen Krankheiten wechselseitig beeinflussen (vgl. Seger et al. 2020: A2094 - 2096). Auch das Medikamentenregime ist besonders komplex (vgl. DEGAM 2017: 19). Daher wurde bei der Auswertung ein Schwerpunkt auf die Anzahl chronischer Erkrankungen und die Befragten mit Multimorbidität gelegt.

Es wurde gefragt, ob die Senior*innen chronische Erkrankungen haben, die ärztlich behandelt werden, und wenn ja, welche. Im Fragebogen konnten elf verschiedene chronische Erkrankungen bzw. Gruppen chronischer Krankheiten angekreuzt werden.

Abbildung 23: Chronische Erkrankungen der befragten Männer und Frauen

Zusätzlich gab es die Möglichkeit, „andere“ anzukreuzen. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich.

In **Abbildung 23** werden die erfragten chronischen Erkrankungen und ihre Verteilung bei Frauen und Männern dargestellt.

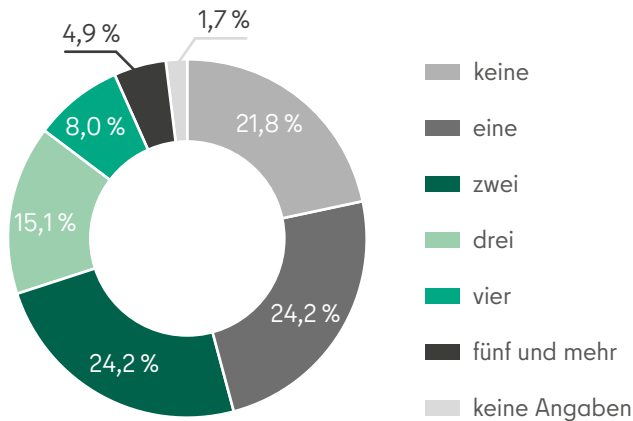


Die drei häufigsten chronischen Erkrankungen sind bei beiden Geschlechtern Bluthochdruck, den ca. die Hälfte der Befragten nennen, sowie Gelenk- oder Skeletterkrankungen und Augenerkrankungen. Jedoch geben die befragten Männer häufiger als die befragten Frauen an, unter Bluthochdruck, Diabetes, Hautkrankheiten oder Angina Pectoris zu leiden. Dagegen berichten die befragten Frauen häufiger Gelenk- oder Skeletterkrankungen sowie chronische Schmerzen als die Männer.

Von den abgefragten Kategorien chronischer Erkrankungen (einschließlich „andere“) wurden bis zu zehn verschiedene angekreuzt.

Die nachstehende **Abbildung 24** zeigt, wie sich die Anzahl chronischer Erkrankungen bei den Befragten verteilt.

Abbildung 24: Anzahl chronischer Erkrankungen



In der vorliegenden Befragung gab nur jede fünfte Person an, keine chronische Erkrankung zu haben. Etwas mehr als drei Viertel der Befragten haben mindestens eine chronische Krankheit, die einer ärztlichen Behandlung bedarf.

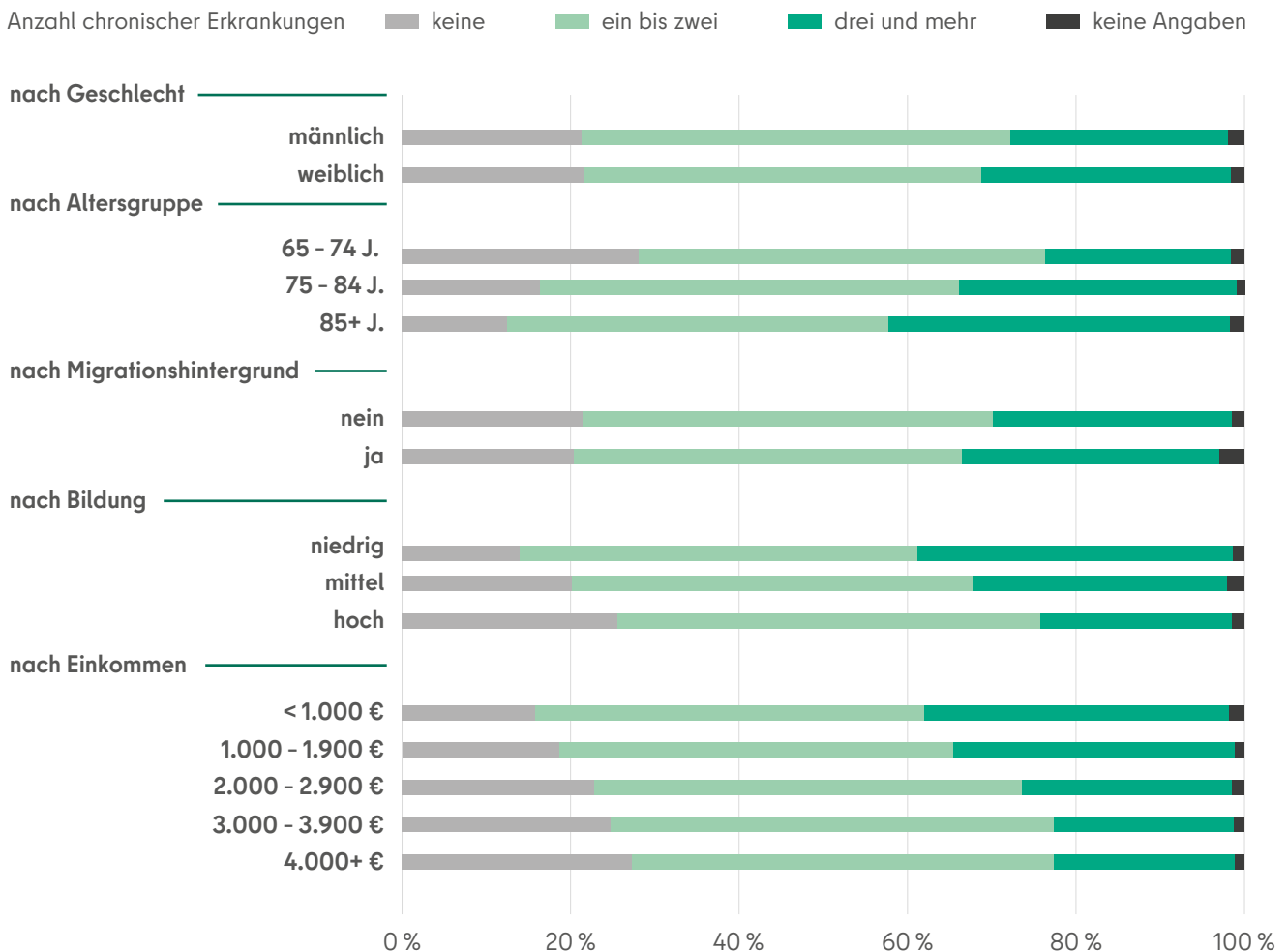
Darunter geben etwas mehr als ein Viertel der Befragten (28%) an, an drei oder mehr Erkrankungen zu leiden. Diese Befragten, die wegen drei, vier oder fünf und mehr chronischer Erkrankungen in ärztlicher Behandlung sind, werden für weitere Auswertungen zur Gruppe mit Multimorbidität zusammengefasst.

In **Abbildung 25** sind die Anteile der Befragten ohne eine chronische Erkrankung, mit ein bis zwei chronischen Erkrankungen und mit drei und mehr chronischen Erkrankungen (Multimorbide) nach soziodemografischen Merkmalen aufgeschlüsselt dargestellt.

Bei den Frauen fällt der Anteil derjenigen mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen mit 30% etwas höher aus als bei den Männern (26%).

Erwartungsgemäß steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Befragten, die angeben, unter chronischen Erkrankungen zu leiden. Im gleichen Ausmaß, in dem der Anteil der Befragten

Abbildung 25: Anzahl chronischer Erkrankungen nach soziodemografischen Merkmalen



ohne chronische Erkrankung mit dem Alter sinkt, steigt der Anteil der Befragten mit drei und mehr Erkrankungen von 22% bei den 65- bis 74-Jährigen auf 40% in der Altersgruppe ab 85 Jahren.

Die Angaben der Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht von den Befragten deutscher Herkunft in der Frage, ob sie chronische Erkrankungen haben oder Multimorbidität vorliegt.

Befragte mit niedrigem Bildungsabschluss haben häufiger und mehr chronische Erkrankungen als Befragte mit mittlerem Bildungsabschluss. Am seltensten liegen chronische Erkrankungen und insbesondere Multimorbidität bei Befragten mit hohem Bildungsabschluss vor.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität nach Netto-Einkommen. Auch hier werden die Anteile mit zunehmender Höhe des Einkommens geringer. Dabei fallen die Unterschiede zwischen den Bildungs- und Einkommensgruppen etwas geringer aus als zwischen den Altersgruppen.

Abbildung 26: Anzahl chronischer Erkrankungen nach Bezirksregionen

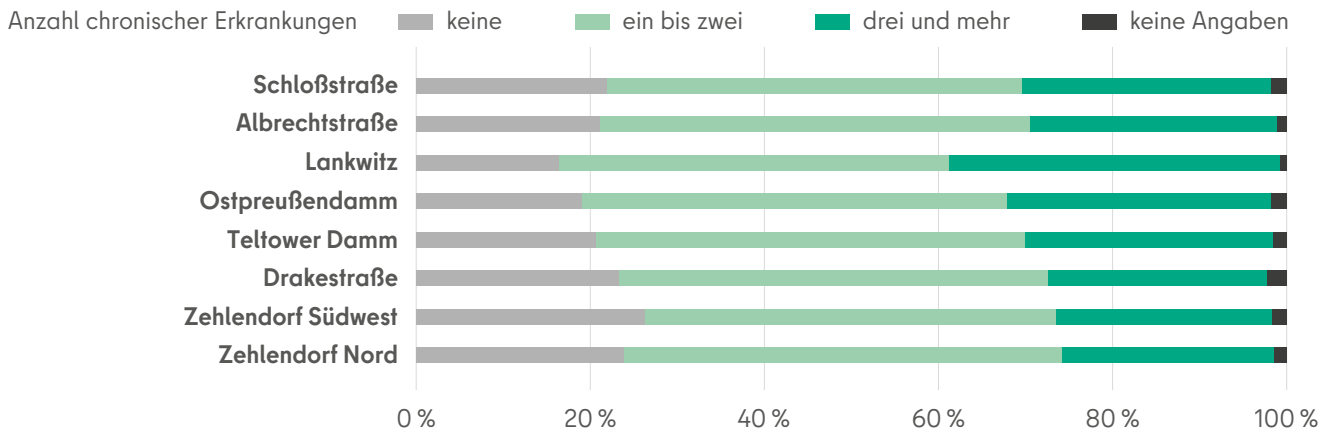
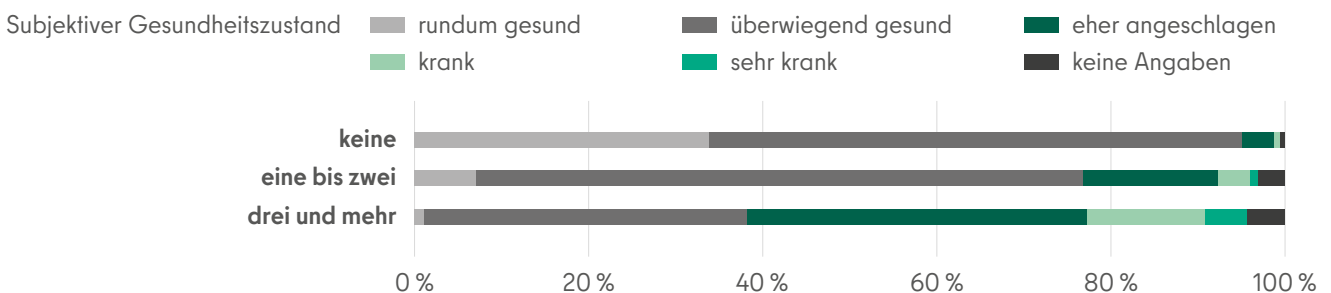


Abbildung 27: Subjektiver Gesundheitszustand nach Anzahl chronischer Erkrankungen

In der BZR Lankwitz liegt der Anteil der Befragten mit drei und mehr chronischen Erkrankungen am höchsten. Dagegen ist in der BZR Zehlendorf Südwest mit der günstigsten Sozialstruktur im Bezirk der Anteil der Befragten ohne eine behandlungsbedürftige chronische Erkrankung mit 26% am höchsten.



Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der Befragten weist einen sehr deutlichen Zusammenhang mit der Anzahl chronischer Erkrankungen auf. Während 95% der Befragten ohne chronische Erkrankung sich als „rundum gesund“ oder „überwiegend gesund“ bezeichnen, sind es nur knapp 40% der multimorbiden Befragten mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen.

1.3 Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit

Um ein genaueres Bild von weiteren gesundheitlichen Einschränkungen zu gewinnen, die bei älteren Menschen vorliegen können, wurde auch nach dem Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung und einem Pflegegrad gefragt.

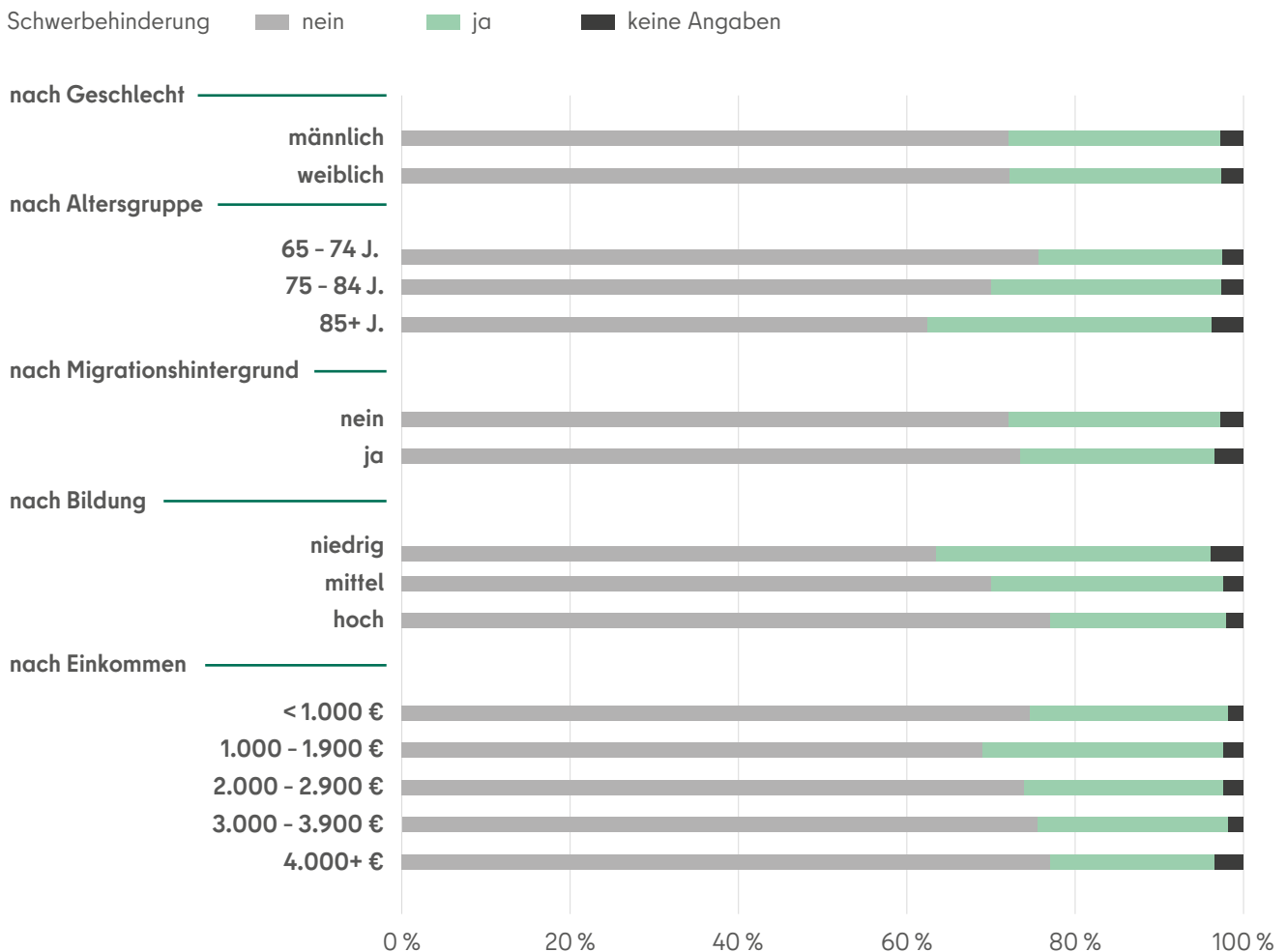
Tabelle 15 gibt über die Verteilung der Antworten Auskunft.

Sowohl die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises als auch die Anerkennung eines Pflegegrades und der damit verbundenen Leistungsansprüche sind daran geknüpft, dass die betreffenden Personen einen Antrag stellen und dieser im Ergebnis eines Begutachtungsprozesses auch bewilligt wird. Da weder das eine noch das andere stets zutrifft, ist davon auszugehen, dass der Anteil schwerbehinderter und pflegebedürftiger Personen hier etwas untererfasst ist.

Tabelle 15: Antwortverteilung auf die Fragen zu anerkannter Schwerbehinderung und anerkanntem Pflegegrad

	Schwerbehinderung		Pflegegrad	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
nein	3.644	72,1%	4.102	81,1%
ja	1.273	25,2%	370	7,3%
keine Angaben	139	2,8%	584	11,6%
Gesamt	5.056	100%	5.056	100%

Abbildung 28: Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung nach soziodemografischen Merkmalen



Der bei weitem überwiegende Teil der älteren Menschen hat keine anerkannte Schwerbehinderung. Doch immerhin ein Viertel der Befragten beantwortet die Frage mit „Ja“.

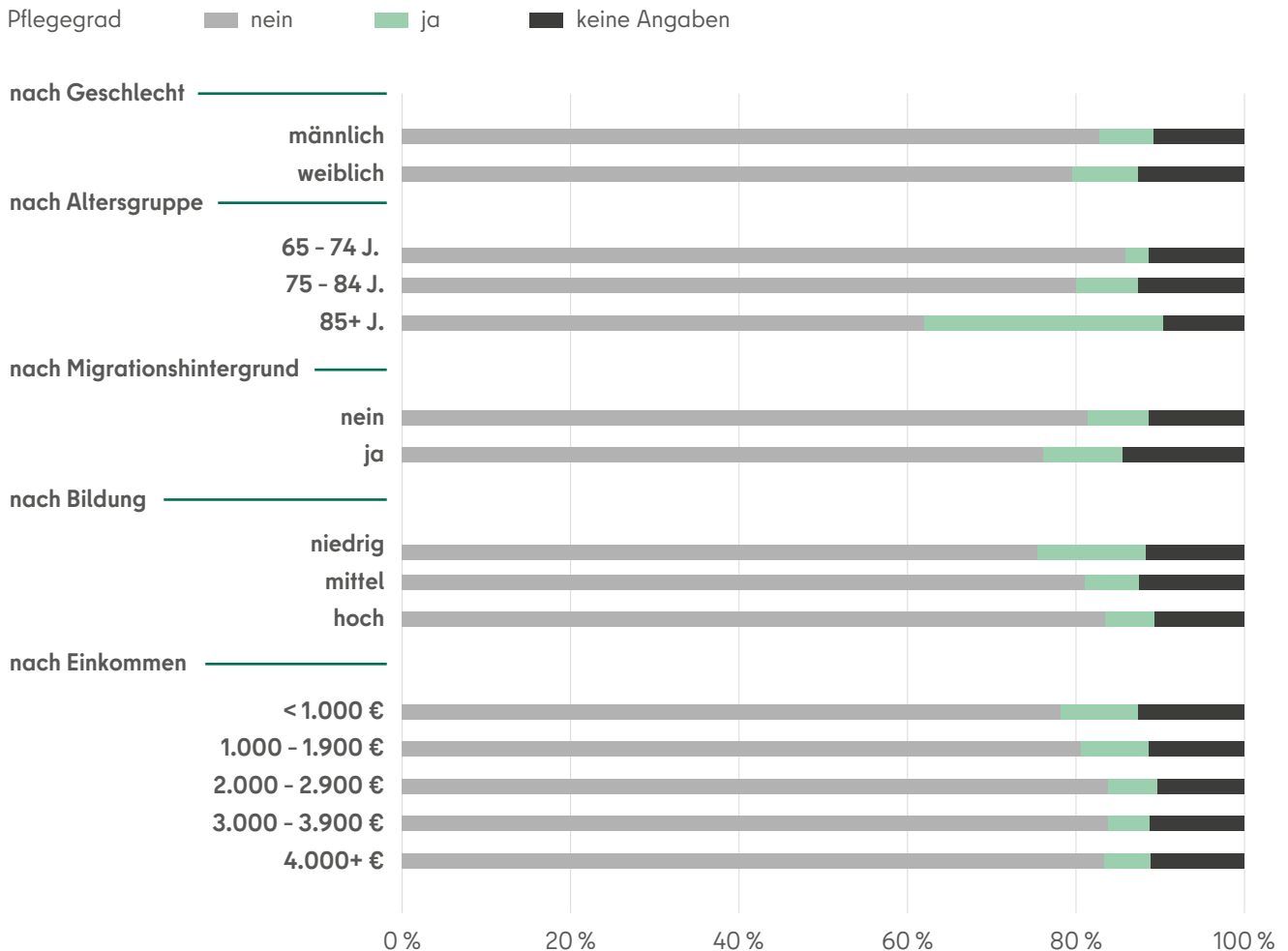
Bei rund 7% der Befragten liegt ein Pflegegrad vor. Am häufigsten wird dabei der Pflegegrad zwei angegeben. Rund 10% der Befragten machen zum Vorliegen eines Pflegegrades keine Angaben.

Die Anteile der befragten Männer und Frauen mit anerkannter Schwerbehinderung unterscheiden sich nicht. Auch die Befragten mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Vorliegens einer Schwerbehinderung (vgl. **Abbildung 28**).

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Befragten mit Schwerbehinderung von gut einem Fünftel in der jüngsten Altersgruppe auf ein Drittel der Befragten ab 85 Jahre.

Auch zwischen Bildung und Schwerbehinderung zeigt sich ein moderater Zusammenhang, wonach Befragte mit niedrigerem Bildungsabschluss häufiger eine Schwerbehinderung haben als Befragte mit höherem Bildungsabschluss. Da es sich um eine Querschnittbefragung handelt, lässt sich nicht beurteilen, ob aufgrund eines geringeren Bildungsabschlusses im Laufe des Lebens häufiger eine Schwerbehinderung erworben wird, beispielsweise aufgrund riskanterer Arbeitsbedingungen, oder ob eine schon in jungen Jahren vorliegende Schwerbehinderung die Bildungschancen beeinträchtigt hat (vgl. Mielck et al. 2012: 10 - 12).

Abbildung 29: Vorliegen einer anerkannten Pflegegrades nach soziodemografischen Merkmalen



Die Ergebnisse zum Vorliegen einer Schwerbehinderung nach Einkommen sind nicht klar zu interpretieren. Der Anteil der Befragten mit Schwerbehinderung ist in der Gruppe mit einem Netto-Einkommen zwischen 1.000 und 2.000 Euro am höchsten und sinkt dann mit steigendem Einkommen leicht ab. Jedoch haben auch in der Gruppe mit niedrigem Netto-Einkommen unter 1.000 Euro weniger Befragte eine Schwerbehinderung als in der nächsthöheren Einkommensgruppe.

Etwas mehr weibliche als männliche Befragte geben an, einen Pflegegrad zu haben.

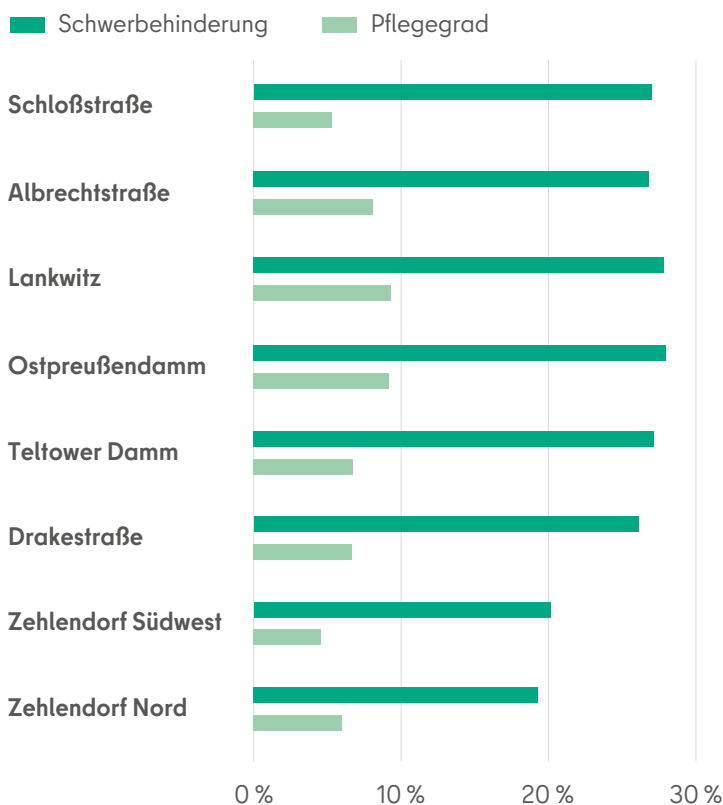
Es überrascht nicht, dass der Anteil der Menschen, die einen Pflegegrad haben, mit dem Alter deutlich zunimmt: von knapp 3% in der jüngsten Altersgruppe über 8% in der mittleren auf 28% in der Gruppe hochaltriger Befragter.

Bei den Befragten mit Migrationshintergrund ist der Anteil derjenigen mit Pflegegrad etwas höher als bei den Befragten deutscher Herkunft.

Bei niedrigem Bildungsabschluss und niedrigem Einkommen liegt der Anteil mit Pflegegrad etwas höher als bei den Befragten mit mittlerer oder hoher Bildung bzw. mittlerem oder hohem Einkommen.

Nach Bezirksregionen betrachtet, fällt auf, dass in den BZR Zehlendorf Südwest und Zehlendorf Nord mit einer günstigeren sozioökonomischen Struktur ein geringerer Anteil der Befragten eine Schwerbehinderung aufweist (um 20%). Den höchsten Anteil an befragten älteren Menschen mit Schwerbehinderung haben die BZR Lankwitz und Ostpreußendamm (28%). In den anderen Bezirksregionen liegen die Anteile mit 26-27% jedoch kaum unterhalb dieses Wertes.

Abbildung 30: Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung und eines anerkannten Pflegegrades nach Bezirksregionen



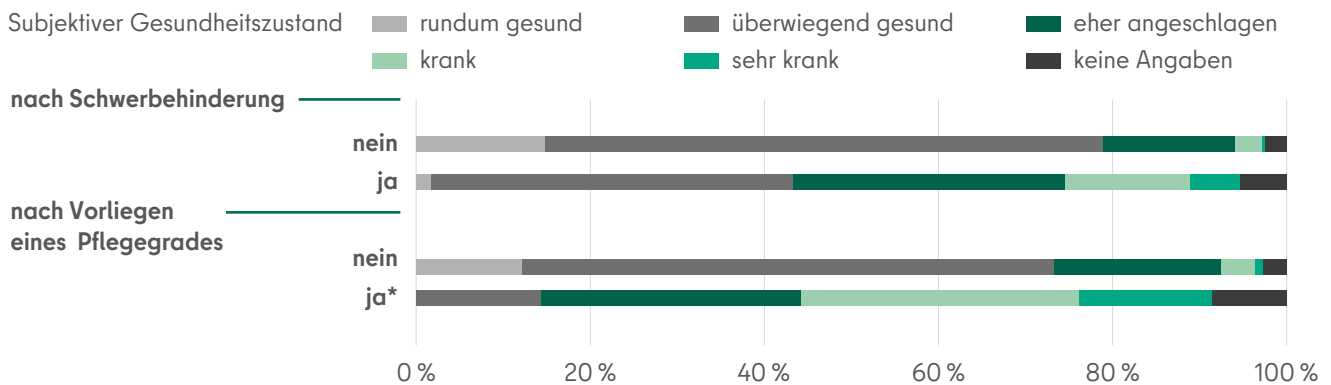
Auch die Verteilung der Befragten mit Pflegegrad in den Bezirksregionen wurde untersucht (vgl. **Abbildung 30**).

Mit knapp 5% geben die Befragten aus der BZR Zehlendorf Südwest am seltensten an, einen Pflegegrad zu haben. Der Anteil der Befragten mit Pflegegrad liegt am höchsten in der BZR Lankwitz (9,5%), dicht gefolgt von der BZR Ostpreußendamm (9,4%).

Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass die Anteile der Befragten, die keine Angaben gemacht haben, zwischen 10% und 14% liegen. In der BZR Albrechtstraße ist die jüngere Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren in der Befragung überrepräsentiert. Daher wird der Anteil älterer Menschen mit Pflegegrad hier möglicherweise unterschätzt.

Wenig überraschend ist es, dass die Befragten mit anerkannter Schwerbehinderung einen insgesamt schlechteren subjektiven Gesundheitszustand berichten. Zwar fühlen sich immerhin 41% „überwiegend gesund“, aber nahezu 57% geben an, sich „eher angeschlagen“, „krank“ oder „sehr krank“ zu fühlen. Demgegenüber fällt der Anteil der Befragten ohne anerkannte Schwerbehinderung, die sich „eher angeschlagen“, „krank“ oder „sehr krank“ fühlen, mit etwas über 18% deutlich geringer aus.

Abbildung 31: Subjektiver Gesundheitszustand nach Schwerbehinderung und Vorliegen eines Pflegegrads



*Kategorien „rundum gesund“ und „überwiegend gesund“ wegen kleiner Fallzahlen zusammengefasst

Pflegebedürftigkeit bedeutet, dass die selbstständige Lebensführung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen beeinträchtigt ist. Dies spiegelt sich auch im subjektiven Empfinden der Befragten. Unter 15% der Menschen mit Pflegegrad fühlen sich „rundum gesund“ oder „überwiegend gesund“. Fast ein Drittel von ihnen gibt an, sich „eher angeschlagen“ zu fühlen. „Krank“ oder „sehr krank“ fühlt sich knapp die Hälfte von ihnen. Von den Befragten ohne Pflegegrad geben das nur weniger als 5% an.

Die Auswertung zeigt in der kleineren Gruppe der Pflegebedürftigen eine stärkere Beeinträchtigung des subjektiven Gesundheitsempfindens an als bei den Befragten mit Schwerbehinderung.

1.4 Emotionales Wohlbefinden

Zum Gefühl, gesund zu sein, gehört es auch, sich emotional wohlfühlen. Abgefragt wurde das emotionale Wohlbefinden mit den Fragen „Ich fühle mich niedergeschlagen“, „Ich fühle mich ruhig und ausgeglichen“ und „ich fühle mich glücklich“, jeweils bezogen auf die letzten vier Wochen. Zu diesen sehr persönlichen Fragen machten nur jeweils 10% der Befragten keine Angaben. Der ganz überwiegende Teil von ihnen erteilte auch über diesen Aspekt der Gesundheit Auskunft. Obwohl die Befragten aufgefordert waren, die Belastungen der Corona-Pandemie bei der Beantwortung der Fragen „beiseite“ zu lassen, kann ein Einfluss auf das emotionale Erleben nicht gänzlich ausgeschlossen werden, da die Befragung Ende 2020 stattfand.

Sich innerhalb der letzten vier Wochen „manchmal“, „oft“ oder „immer niedergeschlagen“ gefühlt zu haben, gibt ca. ein Drittel der Befragten an. Etwas weniger als zwei Drittel hingegen sagen, sie hätten sich nur selten oder nie niedergeschlagen gefühlt.

Sich „immer“ oder „oft ruhig und ausgeglichen“ zu fühlen, gibt mit 66% zwei Drittel der Befragten an. Dagegen fühlen sich 24% von ihnen, also ein knappes Viertel, „nie“, „selten“ oder „nur manchmal ruhig und ausgeglichen“.

„Sich glücklich fühlen“ bildet in der Befragung quasi das andere Ende des emotionalen Spektrums ab, stellt also die Gegenposition zur Aussage „ich fühle mich niedergeschlagen“ dar. Im Unterschied zu den rund zwei Drittel positiven Antworten auf die beiden ersten Fragen trifft die Aussage „ich fühle mich glücklich“ nur für knapp die Hälfte der Befragten (49%) voll oder überwiegend zu. 41% stimmen nur teilweise, eher nicht oder gar nicht überein.

Abbildung 32: Emotionales Wohlbefinden nach soziodemografischen Merkmalen

Die drei Einzelfragen wurden für die weitere Auswertung zu einer Skala „emotionales Wohlbefinden“ zusammengefasst. Die Zuteilung der Befragten in drei Gruppen (niedriges, mittleres und hohes emotionales Wohlbefinden) erfolgte anhand der erreichten Skalenwerte. Dabei verteilte sich die Hälfte der Befragten (mit Angaben zu allen drei Einzelfragen) auf die Gruppe mit mittlerem emotionalem Wohlbefinden und jeweils rund ein Viertel auf die Gruppe mit niedrigem bzw. hohem emotionalem Wohlbefinden. Aufgrund fehlender Antworten in mindestens einer der drei Fragen verblieben 18% der Befragten ohne Angaben.



Die männlichen Befragten geben häufiger als die weiblichen ein hohes emotionales Wohlbefinden an. Dagegen werden die weiblichen Befragten häufiger der Gruppe mit niedrigem emotionalen Wohlbefinden zugeordnet. Sie machen auch etwas häufiger keine vollständigen Angaben zu ihrem emotionalen Wohlbefinden.

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Befragten mit hohem emotionalem Wohlbefinden ab: von 28% der Altersgruppe 65 - 74 Jahre auf 22% in der Altersgruppe 75 - 84 Jahre und auf nur noch 15% in der höchsten Altersgruppe. Die Anteile der Befragten mit niedrigem emotionalen Wohlbefinden sind über die Altersgruppen hinweg dagegen recht ähnlich. In der ältesten Altersgruppe ist auch der Anteil der Befragten mit mittlerem emotionalen Wohlbefinden gegenüber den jüngeren Befragten reduziert. Auffallend hoch ist zudem mit gut einem Drittel der Anteil der Befragten ab 85 Jahren, die mindestens eine der Fragen nicht beantwortet haben.

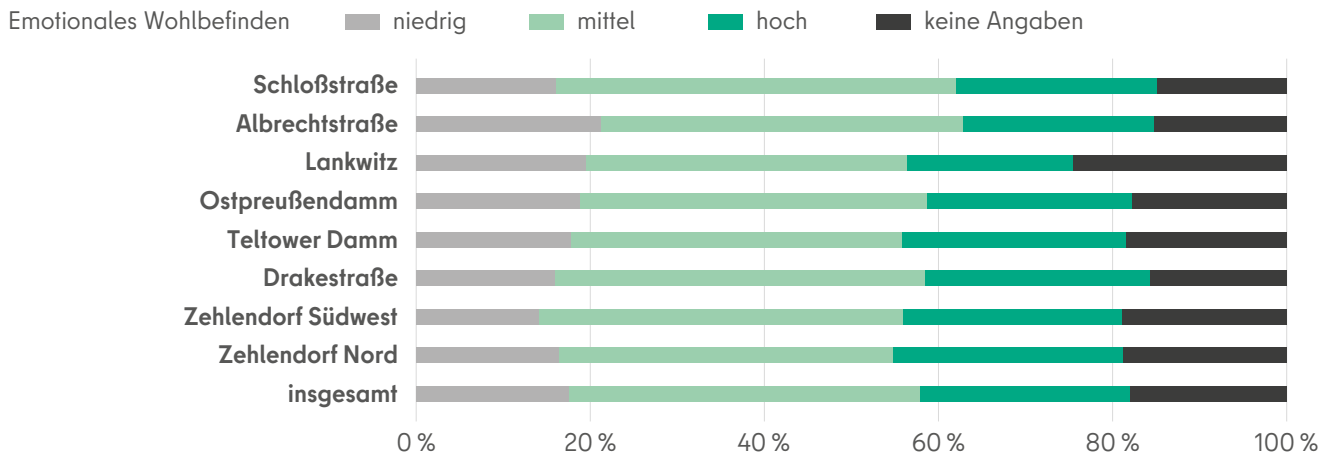
In den Einzelfragen berichten ca. 31% aus der jüngsten und 37% aus der ältesten Altersgruppe sich manchmal, oft oder immer „niedergeschlagen“ zu fühlen. Nie oder selten „ruhig und ausgeglichen“ fühlen sich 13% der Befragten aus der ältesten gegenüber 9% aus der jüngsten Altersgruppe. Ganz oder überwiegend „glücklich“ fühlen sich die Befragten der jüngsten Altersgruppe zu 54%, die Befragten ab 85 Jahren noch zu etwa einem Drittel.

Auch wenn die relativ hohen Anteile fehlender Angaben die Interpretation erschweren, sind die Altersgruppenunterschiede vor dem Hintergrund einer Pandemie, die für hochaltrige Menschen als besonders gefährlich angesehen wird, noch erfreulich gering.

Für alle drei angegebenen Gefühlslagen („niedergeschlagen“, „ruhig und ausgeglichen“ sowie „glücklich“) können im Vergleich zwischen den Befragten mit und ohne Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden. Auch im Gesamtbild der Skala „emotionales Wohlbefinden“ sind die Unterschiede relativ gering, mit einem etwas höheren Anteil Befragter mit Migrationshintergrund in der Gruppe mit niedrigem emotionalen Wohlbefinden und entsprechend einem etwas geringeren Anteil mit hohem emotionalen Wohlbefinden.

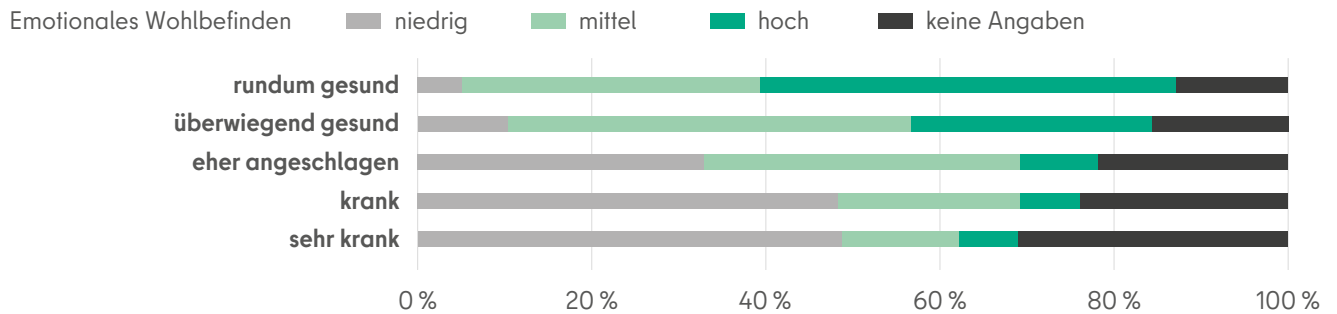
Bei niedrigem Bildungsabschluss und niedrigem Einkommen sind die Anteile der Befragten mit hohem emotionalen Wohlbefinden gegenüber den übrigen Befragten verringert. Dagegen sind die Anteile mit niedrigem emotionalen Wohlbefinden und mit fehlenden Angaben erhöht. Zwischen Befragten mit mittleren und hohen Bildungsabschlüssen sind nur geringe Unterschiede im emotionalen Wohlbefinden festzustellen. In den Einkommensgruppen ab 2.000 Euro aufwärts zeigt sich kein konsistenter Zusammenhang zwischen Einkommen und emotionalem Wohlbefinden.

Abbildung 33: Emotionales Wohlbefinden nach Bezirksregionen



Zwischen den Bezirksregionen lassen sich nur relativ geringe Unterschiede im emotionalen Wohlbefinden ausmachen. In der Bezirksregion Lankwitz (mit dem höchsten Anteil Befragter in der höchsten Altersgruppe) ist der Anteil mit hohem emotionalem Wohlbefinden am geringsten und der Anteil der Befragten ohne vollständige Angaben am höchsten. Den höchsten Anteil Befragter mit niedrigem emotionalem Wohlbefinden weist die Bezirksregion Albrechtstraße auf, den geringsten Anteil Zehlendorf Südwest.

Abbildung 34: Emotionales Wohlbefinden nach subjektivem Gesundheitszustand



Zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und dem emotionalen Wohlbefinden zeigt sich ein sehr deutlicher Zusammenhang. Von den Befragten, die sich als „rundum gesund“ einschätzen, weist fast die Hälfte ein hohes emotionales Wohlbefinden auf. Dieser Anteil sinkt bei den Befragten, die sich als „überwiegend gesund“ bezeichnen, auf gut ein Viertel und liegt bei den Befragten mit weniger gutem Gesundheitszustand bei unter 10%.

Umgekehrt haben von den Befragten, die ihren Gesundheitszustand als „eher angeschlagen“ bezeichnen, ein Drittel ein niedriges emotionales Wohlbefinden, bei den Befragten, die sich als „krank“ oder „sehr krank“ einstufen, sind es fast die Hälfte.

Mit schlechterer Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes steigt auch der Anteil der Befragten, die die Fragen zum emotionalen Wohlbefinden nicht oder nicht vollständig beantwortet haben. Deshalb kann bedauerlicherweise über das emotionale Wohlbefinden dieses Teils der Befragten keine Aussage getroffen werden.

Bemerkenswert ist, dass selbst bei denen, die angegeben hatten, „krank“ oder „sehr krank“ zu sein, noch etwa 20% der einzelnen Aussage, „glücklich“ zu sein, ganz oder überwiegend zustimmen. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass ein Teil der befragten älteren Menschen über Ressourcen verfügt, die ihnen auch bei hohen gesundheitlichen Belastungen ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit ermöglichen.

2. Gesundheitsrelevantes Verhalten

In diesem Kapitel stellen wir die Befragungs-Ergebnisse zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen vor. Dem möchten wir einen kleinen Exkurs voranstellen, der verdeutlichen soll, warum das Gesundheitsverhalten der älteren Menschen für den Bezirk von Interesse ist.

Gesundheit und Gesundheitsförderung

In den Gesundheitswissenschaften werden Gesundheit und Krankheit nicht als zwei absolute und einander entgegengesetzte Zustände verstanden. Vielmehr besteht die Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, innerhalb dessen man die eigene Position laufend verändert, je nachdem, ob Einflüsse wirken, die der Gesundheit eher zuträglich oder eher abträglich sind. In dieser Vorstellung verfügt auch ein schwerstkranker Mensch bis zum letzten Atemzug über gesunde Potentiale und ein gesunder Mensch über Krankheitsrisiken. Unser Verhalten trägt maßgeblich dazu bei, in welche Richtung auf diesem Kontinuum wir uns bewegen. Manche Verhaltensweisen

bergen das Risiko, der Gesundheit zu schaden, wie etwa der Konsum von Alkohol, sogenannter illegaler Drogen, Rauchen und ungesundes Essen, sowie ein Mangel an Bewegung. Andere Verhaltensweisen wiederum stärken unsere Gesundheit, wie ausreichende Bewegung, ausgewogene Ernährung, genügend Schlaf, Entspannung usw. Wir alle haben unseren individuellen Mix aus eher gesundheitsförderlichen und eher gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (vgl. Schmidt 2019). Noch dazu gibt es biologische und psychosoziale Schutzfaktoren wie zum Beispiel eine gute Regenerationsfähigkeit, produktive Stressbewältigung oder soziale Unterstützung, die uns trotz Belastungen und widriger Umstände vor negativen Gesundheitsfolgen bewahren können. Gleichzeitig hängen Gesundheit und Wohlbefinden stark von sozioökonomischen, gesundheits- und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen ab, da diese maßgeblich sowohl das gesundheitsrelevante Verhalten als das Gesundheits- und Krankheitsrisiko generell (etwa in Form von Umwelteinflüssen etc.) mitbestimmen.

Deshalb bedeutet Gesundheitsförderung als kommunale Aufgabe zweierlei: zum einen, Menschen dabei zu unterstützen, ihr individuelles Verhalten gesund zu gestalten (Verhaltensprävention) und zum anderen, die notwendigen Voraussetzungen für eine gesunde Lebensweise zu schaffen, z. B. durch Bereitstellen von Bewegungsflächen und -angeboten im öffentlichen Raum und kostenfreie Angebote in Freizeiteinrichtungen für Senior*innen (Verhältnisprävention). Die Unterstützung gilt hier vor allem Menschen, die wenig Ressourcen haben, um an den verfügbaren Gesundheitsangeboten (beispielsweise Fitness-Studio, Vereine) teilzunehmen. Daten zum Gesundheitsverhalten der älteren Menschen in Steglitz-Zehlendorf stellen eine wichtige Basis dar, um diese Aufgaben wahrnehmen zu können.

2.1. Konsum von gesundheitsschädigenden Substanzen

Alkohol, Nikotin und Drogen wirken ab einer bestimmten Menge direkt gesundheitsschädlich und können bei massiver Überdosierung zum Tod führen. Zudem kann bei wiederholtem Konsum eine psychische und/oder körperliche Abhängigkeit entstehen, wodurch das Konsumverhalten nicht mehr der eigenen Kontrolle unterliegt und zunehmend höhere Dosen konsumiert werden (vgl. Behrendt et al. 2022: 16 - 19).

Alkoholkonsum ist als Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen wissenschaftlich belegt. Er schädigt die Organe, insbesondere das Gehirn und die Leber und hat negative Auswirkungen auf das gesamte Nervensystem (vgl. Beck et al. 2018: 621 - 623). Langfristiger Alkoholkonsum führt neben den bekannten körperlichen Folgeerscheinungen zu einer sukzessiven Reduktion der intellektuellen Fähigkeiten, wie etwa einer Verminderung der Gedächtnisleistung, des Konzentrationsvermögens, der Entscheidungsfähigkeit und der Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen. Hinzu kommen die sozialen Wirkungen, die häufig auch Dritte betreffen, etwa im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen und häuslicher Gewalt (vgl. Friedmann et al. 2019: 142 - 144).

Die Erkrankungsrisiken nehmen mit der Menge an Alkohol zu, die jemand trinkt (vgl. Schaller et al. 2017: 52 - 55). Oberhalb einer täglichen Trinkmenge von 10 - 12 Gramm reinem Alkohol bei Frauen und 20 - 24 Gramm bei Männern wird von riskantem Konsum gesprochen (vgl. Kraus et al. 2020: 5). Die Mengen unterscheiden sich, da Männer aufgrund von Körpergröße und einem höheren Anteil an Muskelmasse und Wasser mehr Alkohol vertragen als Frauen. Es wird zudem empfohlen an mindestens zwei Tagen in der Woche überhaupt keinen Alkohol zu trinken (vgl. Fachstelle für Suchtprävention 2020: 4).

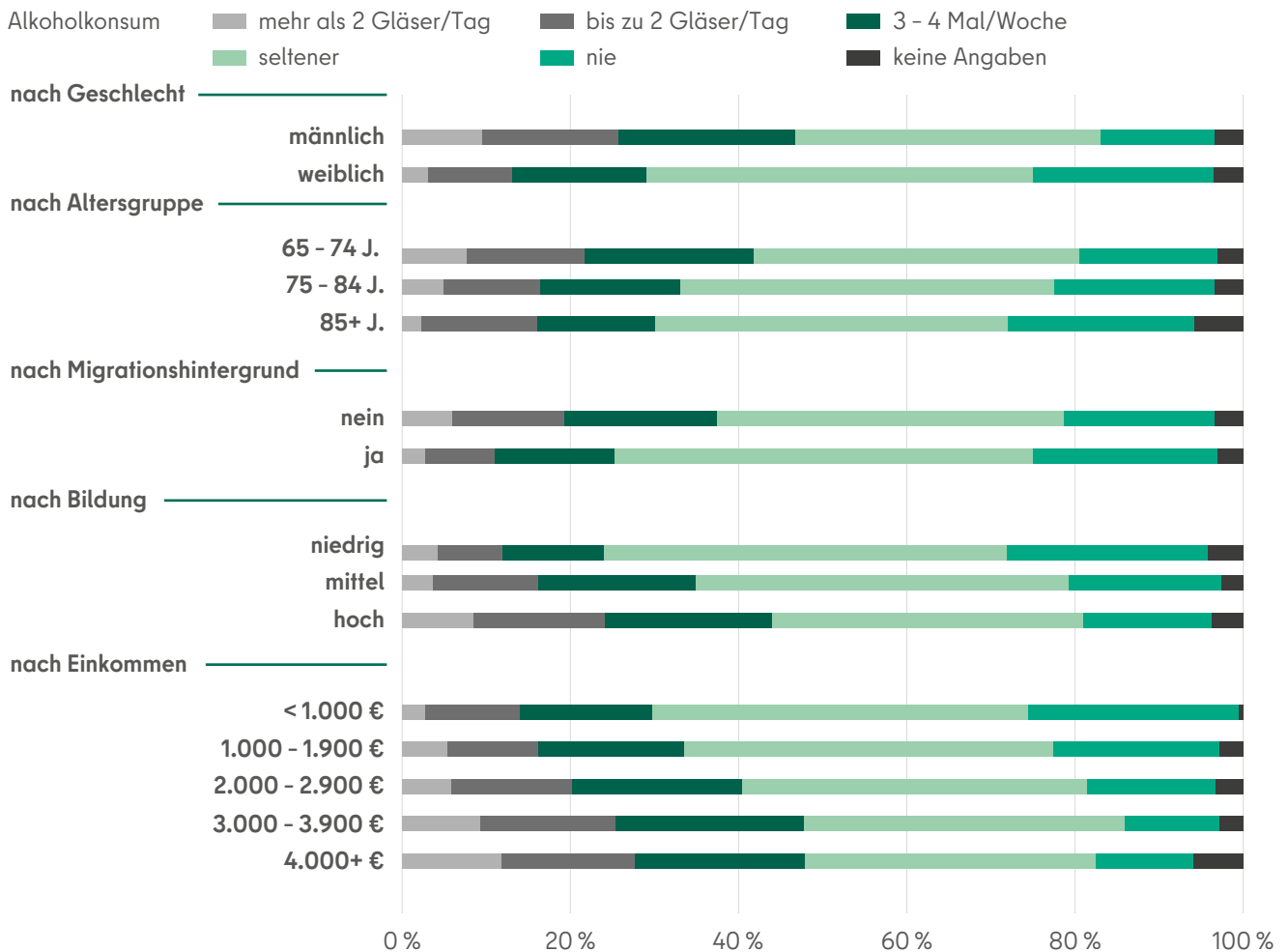
Im weltweiten Vergleich wird in Europa am meisten Alkohol getrunken, wobei Deutschland einen besonders hohen Konsum aufweist (vgl. John et al. 2019: 36 - 38). Trotz der in der Forschung belegten negativen gesundheitlichen Auswirkungen ist der Konsum von Alkohol - anders als der von illegalen Drogen - gesellschaftlich weitgehend akzeptiert und wird nicht zuletzt als Folge einer entsprechenden Bewerbung mit Genuss assoziiert.

Beim Rauchen werden viele gesundheitsschädliche und giftige Stoffe aufgenommen, durch die nicht nur die Atemwege, sondern auch viele andere Organe geschädigt werden können (vgl. Altenburg et al. 2019: 33). Rauchen gilt daher als der größte einzelne Risikofaktor für die Gesundheit und eine wesentliche Ursache vorzeitiger Sterblichkeit (vgl. Saß et al. 2015: 218). Die Lebenserwartung wird durch Rauchen um durchschnittlich zehn Jahre verkürzt. 90 % aller Lungenkrebsfälle sind durch Rauchen verursacht, aber auch die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist maßgeblich auf das Rauchen zurückzuführen (vgl. Altenburg et al. 2019: 38 - 39). Hier hat der Gesetzgeber 2007 mit dem Nichtraucherschutzgesetz eine Reihe von Maßnahmen beschlossen. Ziel war der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung - und insbesondere derer, die selbst nicht rauchen, den schädigenden Emissionen des Tabakrauchs jedoch in der Arbeitswelt und im öffentlichen Raum ausgesetzt waren.

Durch Konsum illegaler Drogen, aber auch durch missbräuchliche Medikamenteneinnahme können u. a. das Herz-Kreislauf-System, das Gehirn und das Nervensystem geschädigt werden. Es besteht nicht nur ein Abhängigkeitsrisiko mit negativen Folgen für die soziale Teilhabe, sondern auch ein erhöhtes Risiko für weitere psychische Störungen (vgl. Altenburg et al. 2019: 28 - 30).

In der Befragung wurden die Senior*innen gebeten anzugeben, ob und wenn ja, wieviel sie rauchen, wie häufig sie Alkohol trinken und ob sie in den letzten zwei Jahren Erfahrungen mit Cannabis, Kokain, Heroin, Medikamentenmissbrauch oder anderen Rauschmitteln gemacht haben.

Abbildung 35: Alkoholkonsum nach soziodemografischen Merkmalen



Die Ergebnisse zum Alkoholkonsum werden ausführlich dargestellt, weil der Konsum von Alkohol im Bezirk eine relevante Rolle spielt. Rauchen hat in der Altersgruppe ab 65 Jahren zwar eine eher geringe Bedeutung, wird aber dennoch dargestellt, da sich Unterschiede im Rauchverhalten nach Alterssubgruppen feststellen lassen. Der Konsum von Drogen wie Cannabis, Heroin, Kokain oder anderen Rauschmitteln, sowie der Missbrauch von Medikamenten wurde so selten benannt (von 0,2% bis 1,1% der Befragten), dass eine nähere Auswertung nicht sinnvoll erschien.

Befragungsergebnisse zum Alkoholkonsum

In **Abbildung 35** und **36** sind die Angaben, die die Befragten zum Konsum von Alkohol machen, dargestellt.

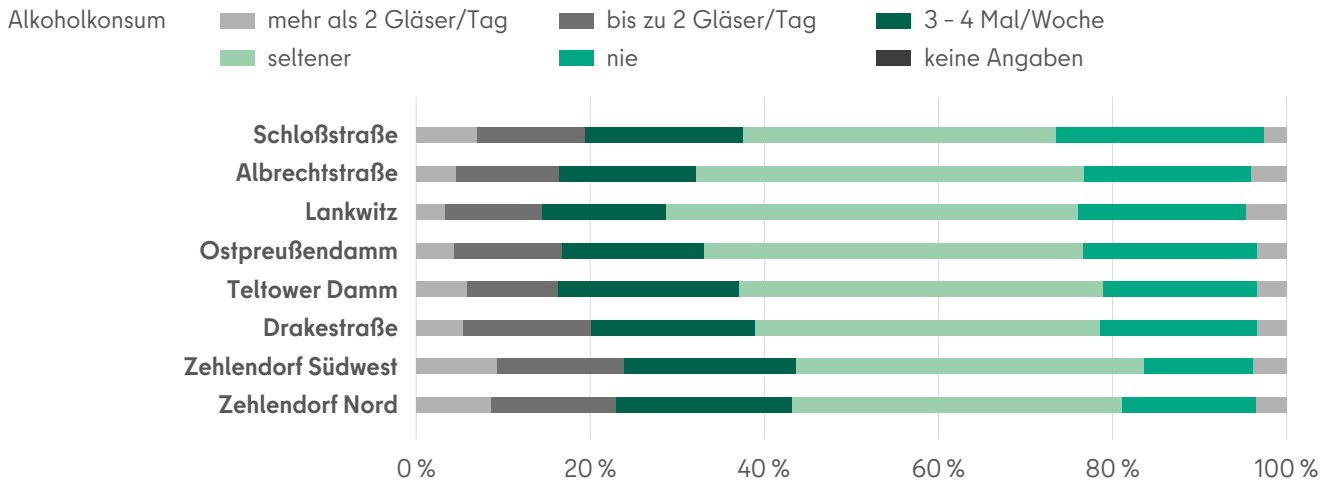
Beim Konsum von Alkohol treten deutliche Geschlechtsunterschiede zutage. Zum einen geben mehr weibliche Befragte an, nie Alkohol zu trinken (21%) als männliche (14%), zum anderen sind die Mengen geringer, was vermutlich, wie oben erwähnt, auf die stärkeren Auswirkungen von Alkohol auf den Körper von Frauen zurückzuführen ist.

Mit zunehmendem Alter sinkt der Alkoholkonsum. Unter den Befragten der höchsten Altersgruppe liegt der Teil derer, die angeben, „nie“ Alkohol zu trinken, bei 22%. Gleichzeitig ist der Anteil der Befragten, die täglich mehr als zwei Gläser trinken, deutlich geringer als in den jüngeren Altersgruppen.

Die wenigen Befragten mit Migrationshintergrund trinken eigenen Angaben zufolge weniger als Befragte ohne Migrationshintergrund.

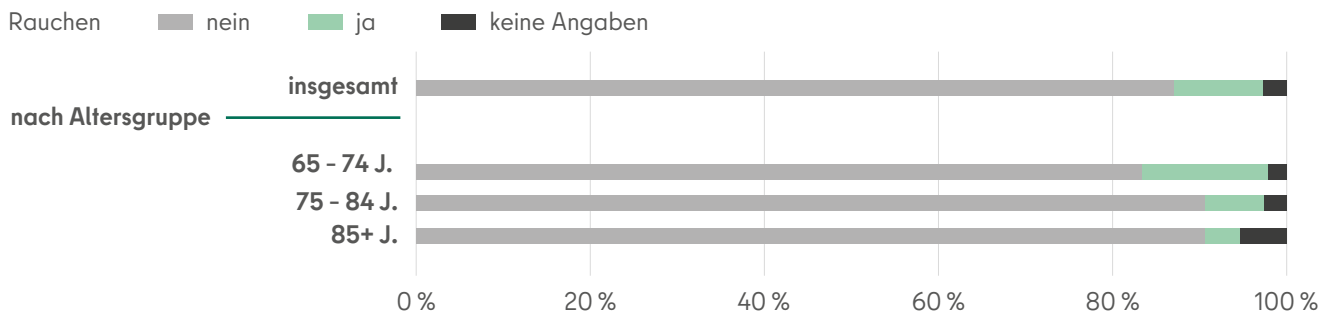
Interessant ist, dass der Konsum sowohl mit höherer Bildung als auch mit höherem Einkommen zunimmt.

Abbildung 36: Alkoholkonsum nach Bezirksregionen



Nach Bezirksregionen betrachtet, tritt dieser umgekehrte soziale Gradient ebenfalls deutlich zutage. In Zehlendorf Südwest liegt der Anteil der Befragten, die angeben, täglich mehr als zwei Gläser zu trinken mit 9,5% ziemlich genau doppelt so hoch wie in der Region Ostpreußendamm mit 4,6%. Umgekehrt geben in der Bezirksregion Schloßstraße 24% der Befragten an, niemals Alkohol zu trinken. Dies sind fast doppelt so viele wie in der Bezirksregion Zehlendorf Südwest, die mit 12,5% der Befragten die bezirkswweit niedrigste Rate an Alkoholabstinenz aufweist.

Abbildung 37: Rauchen insgesamt und nach Altersgruppe



Ergebnisse zum Rauchverhalten

Bei den Befragten im Bezirk Steglitz-Zehlendorf spielt Rauchen eine untergeordnete Rolle. Nur vergleichsweise wenige Befragte geben an, überhaupt zu rauchen (10 %), sodass eine weitere Differenzierung nach der konsumierten Menge wenig Sinn ergibt. Kaum Unterschiede zeigen sich bei der Betrachtung nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Bildung und Einkommen. Vergleicht man die Altersgruppen, so fällt auf, dass in der jüngeren Altersgruppe der Anteil der Befragten, die rauchen, höher ist als in den beiden folgenden.

2.2. Bewegungsverhalten

Bewegung wird deshalb zu den gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen gezählt, weil sie einen unverzichtbaren Beitrag zur Aufrechterhaltung der körperlichen Funktionen leistet. Regelmäßige körperliche Aktivität verringert das Risiko für zahlreiche chronisch-degenerative Erkrankungen, vor allem für Herz-Kreislauf-Krankheiten und Stoffwechselerkrankungen, die durch Übergewicht bedingt sind, aber auch für Darmkrebs, Brustkrebs und Depression (vgl. WHO 2010: 10). Ohne Bewegung verlieren wir unsere Fähigkeiten und sehen uns im Alltag mit zunehmenden Einschränkungen konfrontiert („use it, or lose it“). Insbesondere im Alter hat Bewegung einen Schutzeffekt vor der zunehmenden Anfälligkeit für chronische Erkrankungen und wirkt u. a. dem Verlust von Muskelmasse entgegen.

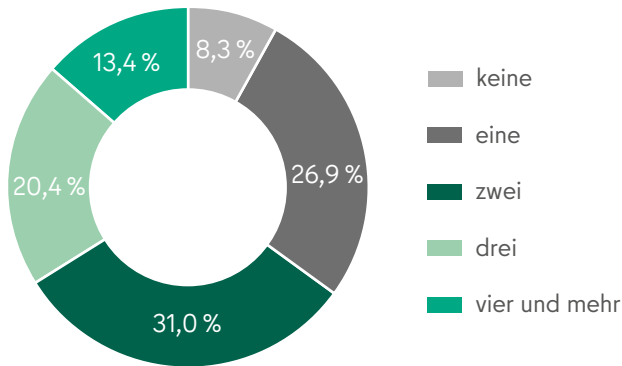
Tabelle 16: Regelmäßige gesundheitsförderliche Bewegung und Art der Bewegungsaktivitäten

Regelmäßige Bewegung	Anzahl	Anteil
ja	4.599	91,0 %
und zwar (Mehrfachantworten möglich)		
gehe spazieren	3.668	72,6 %
mache Gymnastik	1.926	38,1 %
gehe schwimmen	590	11,7 %
fahre Fahrrad	1.839	36,4 %
bin Mitglied im Sportverein/Fitnessclub	1.452	28,7 %
Sonstiges	990	19,6 %
keine Angaben	88	1,7 %

Für einen positiven Effekt auf die Gesundheit ist es wichtig, sich gesund zu bewegen (das schließt bestimmte Extremsportarten aus), dabei ein bestimmtes Anstrengungsniveau zu erreichen und dies über eine bestimmte Zeitdauer hinweg zu tun. Dabei hat die Regelmäßigkeit der Bewegung eine zentrale Bedeutung. Allgemein gilt jedoch: „Jeder noch so kleine Schritt zählt“.

Der Fragebogen enthielt die Frage, ob die Senior*innen sich regelmäßig bewegen, um etwas für die Gesundheit zu tun, und wenn ja, welche Aktivitäten sie ausüben. Zudem wurde nach Gründen gefragt, falls die Befragten sich nie oder selten fit halten.

Abbildung 38: Anzahl verschiedener Bewegungsaktivitäten



Regelmäßige Bewegung

Auf die Frage nach regelmäßiger Bewegung erhielten wir die in **Tabelle 16** gezeigte Verteilung der Antworten.

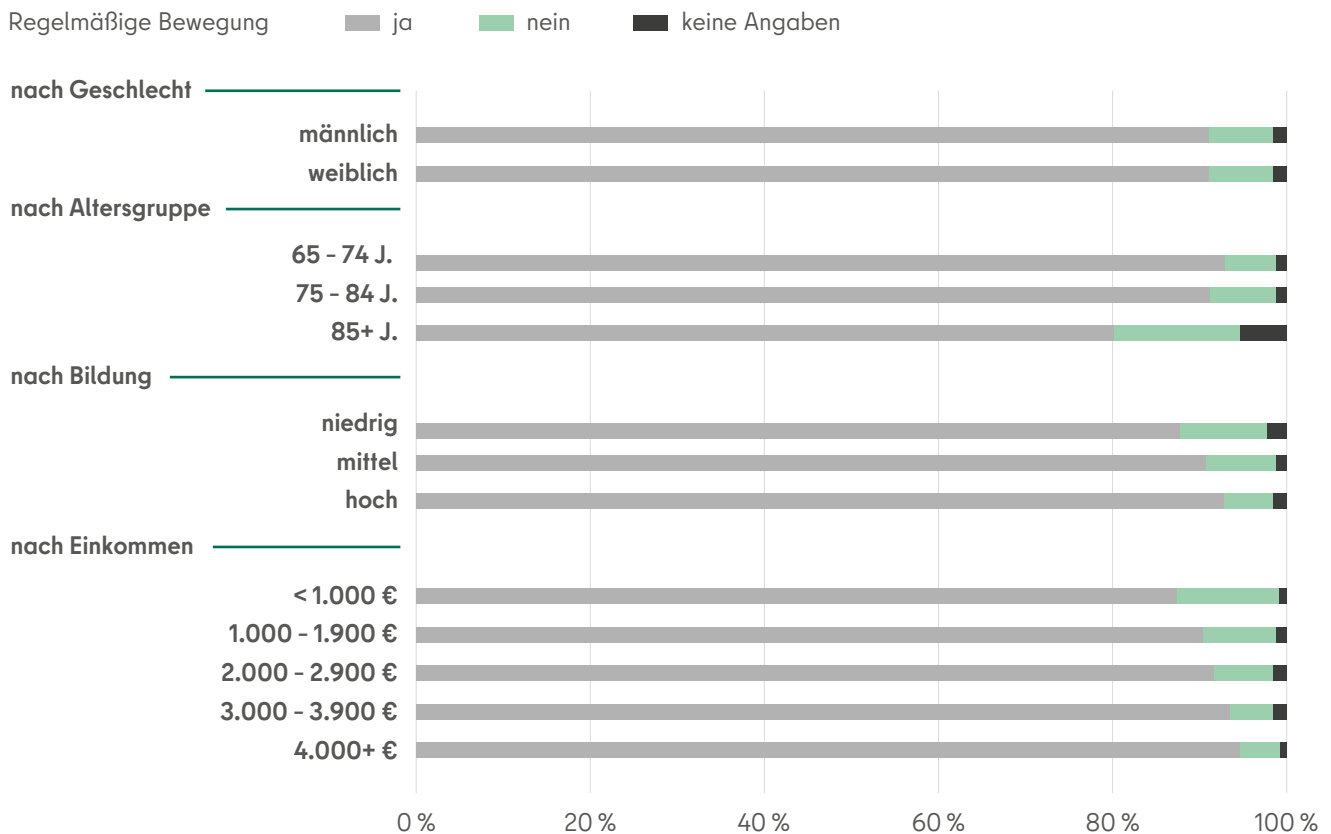
Sehr erfreulich ist, dass sich die überwältigende Mehrheit der Befragten regelmäßig bewegt.

Fast zwei Drittel der Befragten geben mehr als eine regelmäßige Bewegungsaktivität an. Jede sechste Seniorin und jeder zehnte Senior nennt sogar vier oder mehr Bewegungsaktivitäten. Die Anzahl verschiedener Bewegungsaktivitäten nimmt erwartungsgemäß mit dem Alter ab. Aber auch in der Altersgruppe ab 85 Jahren übt noch fast die Hälfte der Befragten regelmäßig mehr als eine körperliche Aktivität aus (44%).

Dabei ist „Spaziergehen“ mit über 70% die mit Abstand häufigste Art, sich regelmäßig zu bewegen. „Gymnastik machen“ und „Fahrrad fahren“ stehen zwar an zweiter und dritter Stelle der Beliebtheitskala, werden aber mit unter 40% deutlich seltener genannt.

Festgestellt werden kann auch, dass den Bewegungsaktivitäten in Eigenregie gegenüber den organisierten Bewegungsangeboten ein hoher Stellenwert zukommt. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass während der Corona-Pandemie weniger organisierte Angebote stattfinden konnten. Allerdings belegt auch die Berliner Sportstudie aus dem Jahre 2017 (vgl. Schlaaff et al. 2018: 24 - 36) den deutlich höheren Anteil an privat organisierter Bewegung gegenüber Angeboten von Vereinen und Fitnessclubs.

Abbildung 39: Regelmäßige Bewegung nach soziodemografischen Merkmalen



Alle betrachteten Untergruppen der Befragten geben zur weit überwiegenden Mehrheit an, sich regelmäßig zu bewegen, um etwas für ihre Gesundheit zu tun. Während das Gesundheitsmonitoring „Gesund älter werden“ für Berlin (vgl. SenGPG 2021: 4) berichtet, dass sich Männer über 65 Jahren mehr bewegen als Frauen², konnte dies für Steglitz-Zehlendorf nicht festgestellt werden.

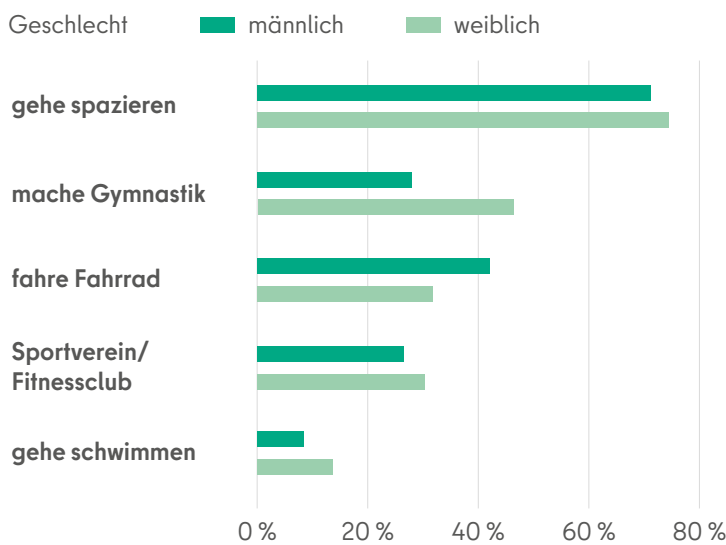
Üben in den Altersgruppen 65–74 Jahre und 75–84 Jahre noch neun von zehn Befragten regelmäßige Bewegungsaktivitäten aus, sind es in der Gruppe der über 85-Jährigen weniger, jedoch mit 80 % der Befragten immer noch die allermeisten. Zwischen den Befragten mit und ohne Migrationshintergrund konnten keine Unterschiede festgestellt werden.

Wenngleich die Unterschiede bei Betrachtung der Bildungsabschlüsse und des Netto-Einkommens gering ausfallen, so zeigt sich auch hier ein konstanter sozialer Gradient.

Bevorzugte Bewegungsarten nach Geschlecht und Einkommen

Untersucht wurde auch, ob sich die Auswahl der Bewegungsaktivitäten zwischen den verschiedenen Gruppen Befragter unterscheidet.

Abbildung 40: Art der Bewegungsaktivitäten nach Geschlecht



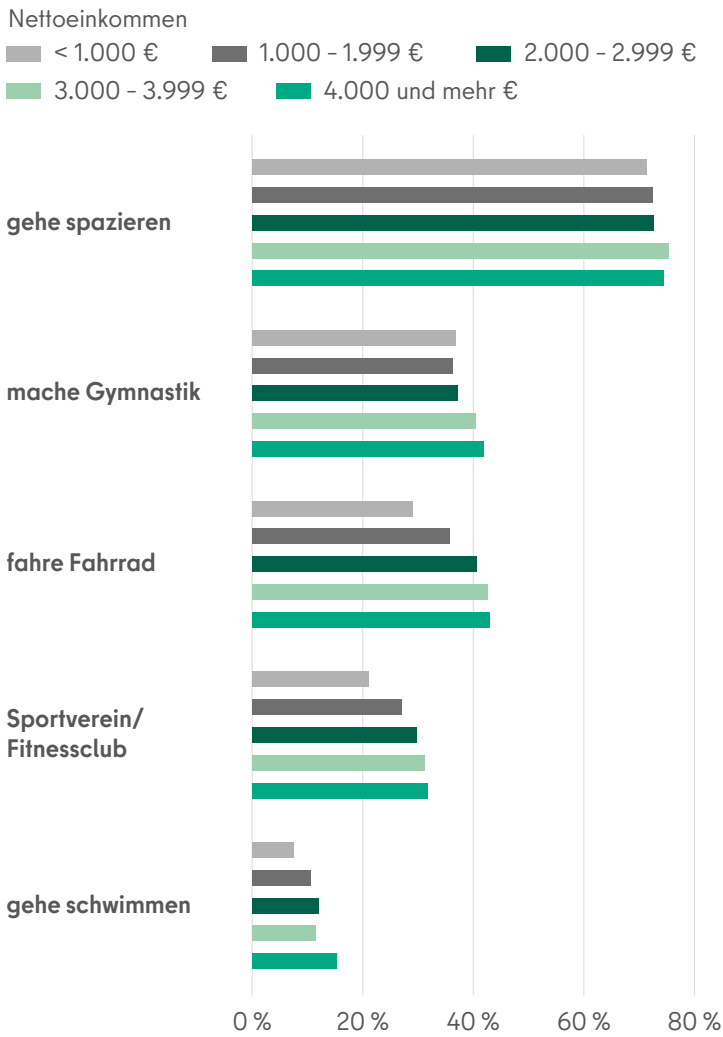
Die Betrachtung nach Geschlecht zeigt: Zwar bewegen sich Frauen und Männer ähnlich oft regelmäßig, sie geben dabei aber unterschiedlichen Bewegungsarten den Vorzug. Männer wählen deutlich seltener Gymnastik und fahren häufiger Fahrrad als Frauen. Diese sind etwas häufiger im Sportverein aktiv und gehen öfter schwimmen. Doch bei allen (kleineren) Unterschieden gibt es eine große Gemeinsamkeit: Spazierengehen ist die Bewegungsart, die von beiden Geschlechtern sehr häufig gewählt wurde (Männer 70 %, Frauen 74 %).

Zwischen den Befragten der verschiedenen Einkommensgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede, vor allem bei Aktivitäten, die mit Kosten verbunden sind. So gibt ein annähernd doppelt so hoher Anteil in der höchsten Einkommensgruppe verglichen mit der niedrigsten Einkommensgruppe Schwimmen als regelmäßige Bewegungsaktivität an. Aber auch die immer mit Beiträgen verbundene Mitgliedschaft im Sportverein/Fitnessclub und das Fahrradfahren unterscheiden sich zwischen den Einkommensgruppen sehr deutlich.

Zwischen den Befragten der verschiedenen Einkommensgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede, vor allem bei Aktivitäten, die mit Kosten verbunden sind. So gibt ein annähernd doppelt so hoher Anteil in der höchsten Einkommensgruppe verglichen mit der niedrigsten Einkommensgruppe Schwimmen als regelmäßige Bewegungsaktivität an. Aber auch die immer mit Beiträgen verbundene Mitgliedschaft im Sportverein/Fitnessclub und das Fahrradfahren unterscheiden sich zwischen den Einkommensgruppen sehr deutlich.

² Danach sind es, bezogen auf die Bevölkerung ab 65 Jahren, 67 % der Frauen und 57 % der Männer über 65 Jahren, die die Empfehlungen der WHO zur Ausdaueraktivität nicht einhalten.

Abbildung 41: Art der Bewegungsaktivitäten nach persönlichem Netto-Einkommen



Regelmäßige Bewegung und Art der Bewegung nach Bezirksregionen

Die Unterschiede zwischen den Bezirksregionen bewegen sich auf niedrigem Niveau, sind aber dennoch interessant. So geben in der Region Zehlendorf Südwest lediglich 5,2% der Befragten an, sich nicht regelmäßig zu bewegen, während dies in den Bezirksregionen Lankwitz und Ostpreußendamm mit 9,2% und 9,8% ein beinahe doppelt so hoher Anteil äußert.

Was auffällt, ist, dass sich die Bezirksregionen darin unterscheiden, welche Bewegungsaktivität am häufigsten genannt wird. Beispielsweise wird Spaziergehen in der Region Schloßstraße von 78% der Befragten, in Lankwitz hingegen nur von 67% angegeben. Beim Fahrradfahren sind es in Zehlendorf Nord 44% und in Zehlendorf Südwest 40% der Befragten, die diese Form der favorisieren, während es in Lankwitz, Albrechtstraße und Schloßstraße um die 30% sind.

Hinderungsgründe für Bewegungsaktivitäten

Danach befragt, was sie daran hindere, sich mehr zu bewegen (falls sie dies selten tun), nannten 33% der Befragten Gründe. Das ist vor dem Hintergrund, dass sich der überwältigende Anteil ja eigenen Angaben zufolge regelmäßig bewegt, ein hoher Anteil. Insgesamt kreuzten 1.687 Befragte mindestens einen der elf aufgeführten Gründe an.

Hinderungsgründe für mehr Bewegungsaktivitäten werden mit zunehmendem Alter erwartungsgemäß häufiger angegeben und auch mehr der verschiedenen Hinderungsgründe bejaht. Während drei Viertel der Befragten im Alter von 65 bis 74 Jahren keinen Hinderungsgrund für Bewegung angeben, sind es nur weniger als die Hälfte der Befragten ab

Abbildung 42: Regelmäßige Bewegung nach Bezirksregionen

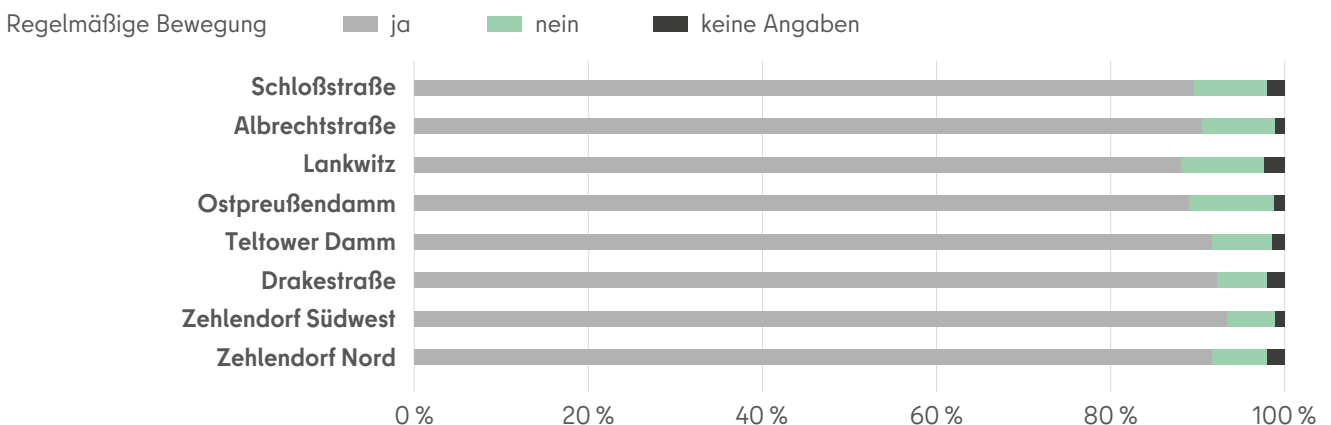
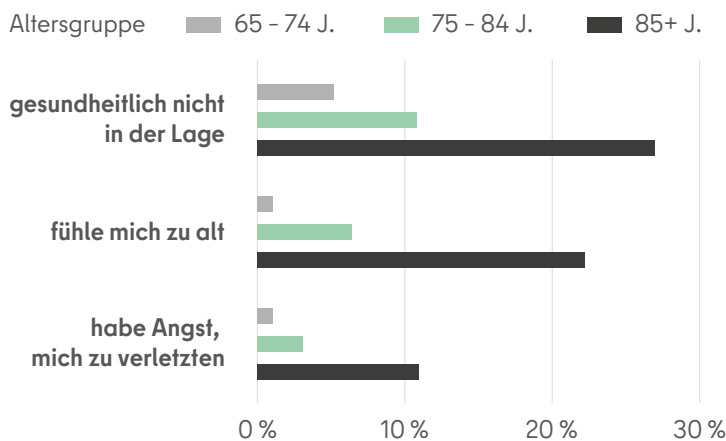


Tabelle 17: Hinderungsgründe für Bewegungsaktivitäten

Hinderungsgründe	Anzahl	Anteil
Ich bin dazu gesundheitlich nicht in der Lage	499	9,9 %
Mir fehlt die Motivation	472	9,3 %
Ich habe genug andere Freizeitaktivitäten/Hobbys	450	8,9 %
Ich fühle mich zu alt für solche Bewegungsangebote	280	5,5 %
Mit fällt es schwer, irgendwo neu dazu zu kommen/hinzugehen	274	5,4 %
Mir fehlen Menschen, die mitmachen würden	252	5,0 %
Ich fühle mich zu unsportlich, um da mitzumachen/hinzugehen	218	4,3 %
Mich fit zu halten, spielt für mich keine so große Rolle	171	3,4 %
Ich habe Angst, mich zu verletzen	154	3,1 %
In meiner Wohnumgebung finde ich keine geeigneten Bewegungsangebote	139	2,8 %
Es ist mir zu teuer	110	2,2 %
Sonstiges	232	4,6 %

Abbildung 43: Ausgewählte Hinderungsgründe, warum Befragte sich nie oder selten fit halten, nach Altersgruppen



85 Jahren (44 %). Besonders deutlich ist der Altersunterschied in der Zustimmung zu den Aussagen „Ich bin dazu gesundheitlich nicht in der Lage“, „Ich fühle mich zu alt für solche Bewegungsangebote“ und „Ich habe Angst, mich zu verletzen“ (siehe **Abbildung 43**).

Der Hinderungsgrund „zu teuer“ wird insgesamt sehr selten genannt, aber wenn, dann fast ausschließlich von Befragten mit einem Netto-Einkommen unter 2.000 Euro. Das korrespondiert mit dem oben dargestellten Ergebnis, dass Kosten verursachende Bewegungsaktivitäten seltener von Befragten mit geringem Einkommen ausgeübt werden.

Geschlechtsunterschiede fallen hingegen bei den Hinderungsgründen kaum ins Gewicht. Noch am ehesten bemerkenswert ist, dass Männer häufiger als Frauen angeben, genug andere Freizeitaktivitäten oder Hobbys zu haben (11 % vs. 7 %).

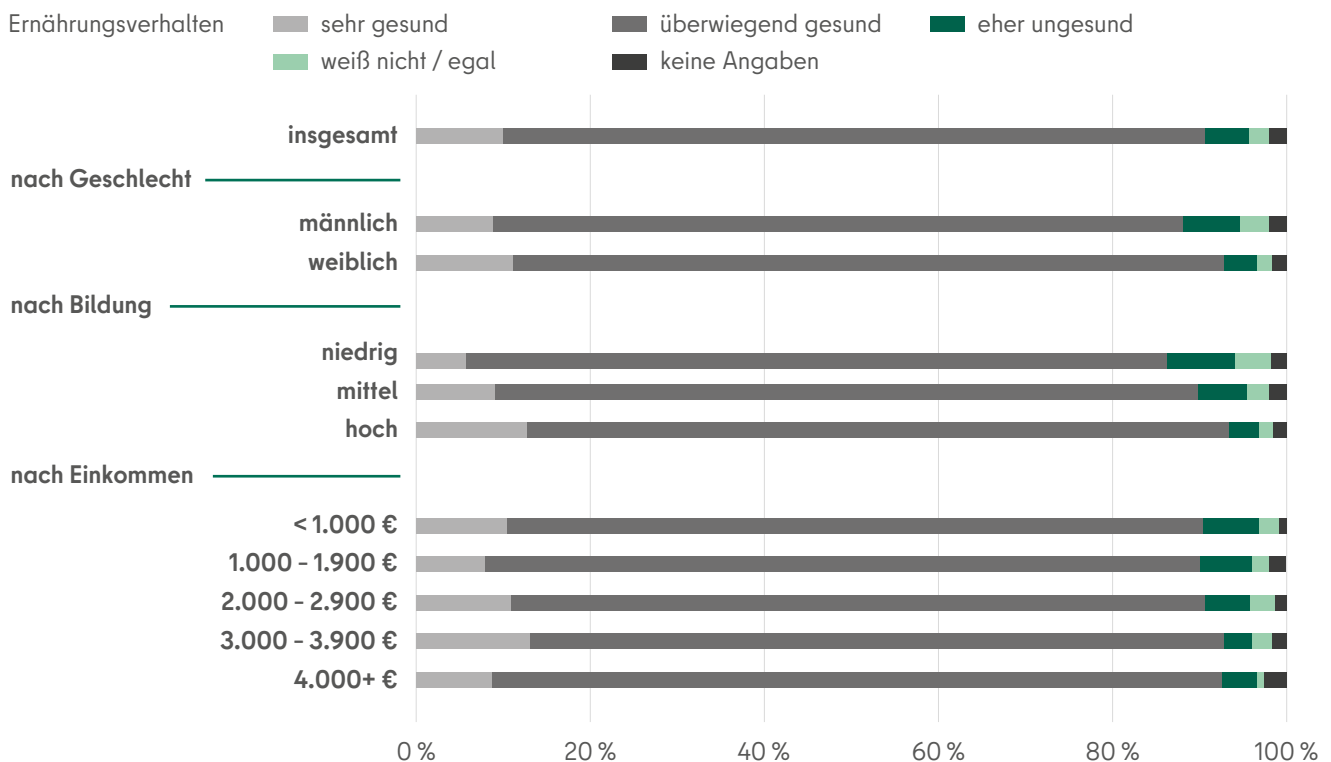
Die insgesamt seltenere Zustimmung zum Hinderungsgrund „In meiner Wohnumgebung finde ich keine geeigneten Bewegungsangebote“ variiert zwischen 1,7 % in Zehlendorf Nord und 4,3 % in der Bezirksregion Albrechtstraße.

2.3 Ernährungsverhalten

Eine ausgewogene Ernährung versorgt den Körper mit der nötigen Energie und allen wichtigen Nährstoffen und Vitaminen. Sie sorgt damit für unsere körperliche Funktionsfähigkeit und unser Wohlbefinden. Besonders Obst und (rohes) Gemüse enthalten viele wertvolle Nährstoffe (vgl. Wormer 2010). Daher empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), täglich fünf Portionen davon zu sich zu nehmen (vgl. DGE 2017).

Die Befragten wurden gebeten einzuschätzen, wie gesund sie sich ernähren und anzugeben, wie oft sie Obst oder Rohkost-Gemüse essen.

Abbildung 44: Ernährungsverhalten nach soziodemografischen Merkmalen



Die weit überwiegende Mehrheit der Befragten gibt an, sich „überwiegend gesund“ zu ernähren (80%). „Sehr gesund“ ernähren sich ungefähr doppelt so viele Befragte (10%) wie „eher ungesund“ (5%).

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern fallen in den Antwortkategorien „sehr gesund“ und „überwiegend gesund“ gemäß der auch in der Fachliteratur berichteten höheren Achtsamkeit von Frauen gegenüber ihrem Ernährungsverhalten (vgl. Richter et al. 2021: 36 – 38) aus: Von den weiblichen Befragten berichten 93% und von den männlichen 88% sich (sehr oder überwiegend) gesund zu ernähren. Die Aussage „eher ungesund“ und „weiß nicht / egal“ wurde deutlich häufiger von den befragten Männern als von den Frauen getroffen.

Nach Altersgruppen differenziert, lassen sich keine nennenswerten Unterschiede feststellen. Die in den früheren Lebensjahrzehnten herausgebildeten Ernährungsmuster scheinen relativ konstant zu bleiben.

Einen deutlichen sozialen Gradienten weisen die Antworten zum Ernährungsverhalten nach Bildungsabschluss auf. Nur 6% der Befragten mit niedrigem, aber 9% mit mittlerem und 13% mit hohem Bildungsabschluss ernähren sich den eigenen Angaben zufolge „sehr gesund“. Umgekehrt verhalten sich die Anteile der Befragten, die angaben, sich „eher ungesund“ zu ernähren: 8% mit niedrigem, 6% mit mittlerem und 3% mit hohem Bildungsabschluss. Der Eindruck wird auch dadurch untermauert, dass „weiß nicht / egal“ deutlich häufiger von den Befragten mit niedrigem Bildungsabschluss als mit hohem angegeben wird.

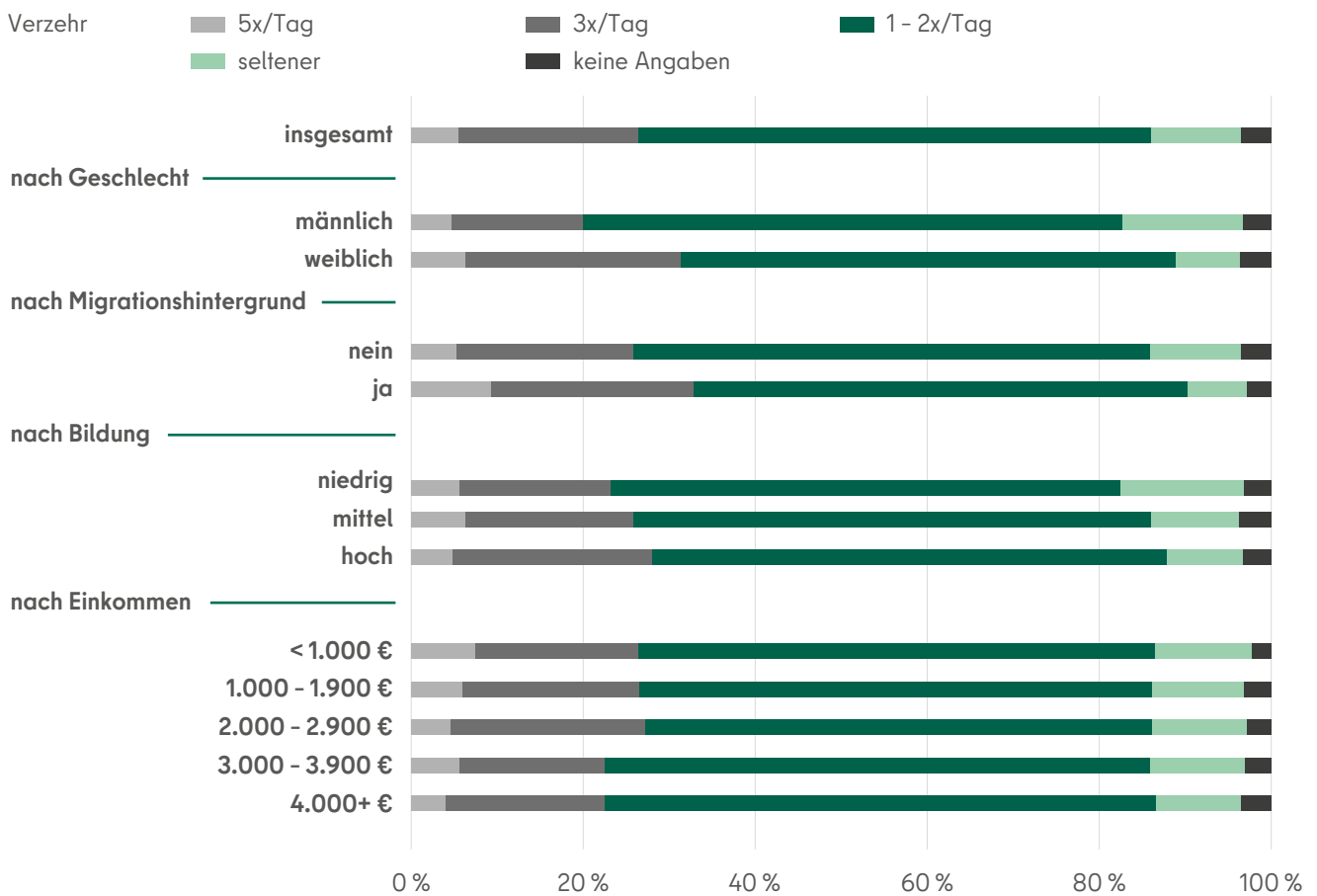
Dieser Gradient spiegelt sich hingegen kaum im Einkommen. In allen Einkommensgruppen machen die Befragten, die angaben, sich gesund zu ernähren („sehr gesund“

und „überwiegend gesund“) ca. 90 % aus. Bei den Angaben, „eher ungesund“, „weiß nicht/egal“ nehmen die Anteile mit dem Einkommen zwar tendenziell ab, befinden sich insgesamt aber auf niedrigem Niveau.

Verzehr von Obst und Gemüse

Die Angaben zum eigenen Ernährungsverhalten spiegeln sich nicht direkt im Verzehr von Obst und Gemüse wider. Nur 6 % der Befragten gibt an, fünfmal täglich Obst und Gemüse zu essen, wie es den Ernährungsempfehlungen entspräche. Dreimal täglich essen 20 % Obst und Gemüse. Mehr als die Hälfte der Befragten (60 %) gaben an, lediglich ein- bis zweimal täglich Obst und Gemüse zu essen. Der Anteil der Befragten, die angaben, noch seltener Obst und Gemüse zu essen, ist fast doppelt so hoch, wie der Anteil derer, die dies fünfmal täglich tun.

Abbildung 45: Verzehr von Obst und Gemüse nach soziodemografischen Merkmalen



Betrachtet man den Verzehr von Obst und Gemüse nach Geschlecht, fällt auf, dass etwa jede dritte Frau, aber nur jeder fünfte Mann mindestens dreimal täglich Obst und Gemüse zu sich nehmen. Auch essen mehr männliche Befragte (14 %) als weibliche (7 %) seltener als ein- bis zweimal am Tag Obst und Gemüse.

Nach Altersgruppen betrachtet, zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede. Die Befragten mit Migrationshintergrund geben von allen Subgruppen am häufigsten an, fünfmal am Tag Obst und Gemüse zu essen und am seltensten, dass sie seltener als ein- bis zweimal am Tag Obst und Gemüse verzehren.

Vergleicht man die Angaben der Befragten nach Bildungsabschluss, zeigen sich Unterschiede bei den Angaben „dreimal täglich“ und „seltener“ (als ein- bis zweimal täglich). Während der Anteil der Befragten mit niedrigem Bildungsabschluss, der angibt, dreimal täglich Obst und Gemüse zu essen, niedriger ist als mit mittlerem und höherem Abschluss, verhält es sich bei der Angabe „seltener“ umgekehrt. Diese Unterschiede wiederholen sich nicht, wenn nach Einkommensgruppen verglichen wird. Hier zeigt sich ein ziemlich ähnliches Verhalten in Bezug auf den täglichen Verzehr von Obst und Gemüse.

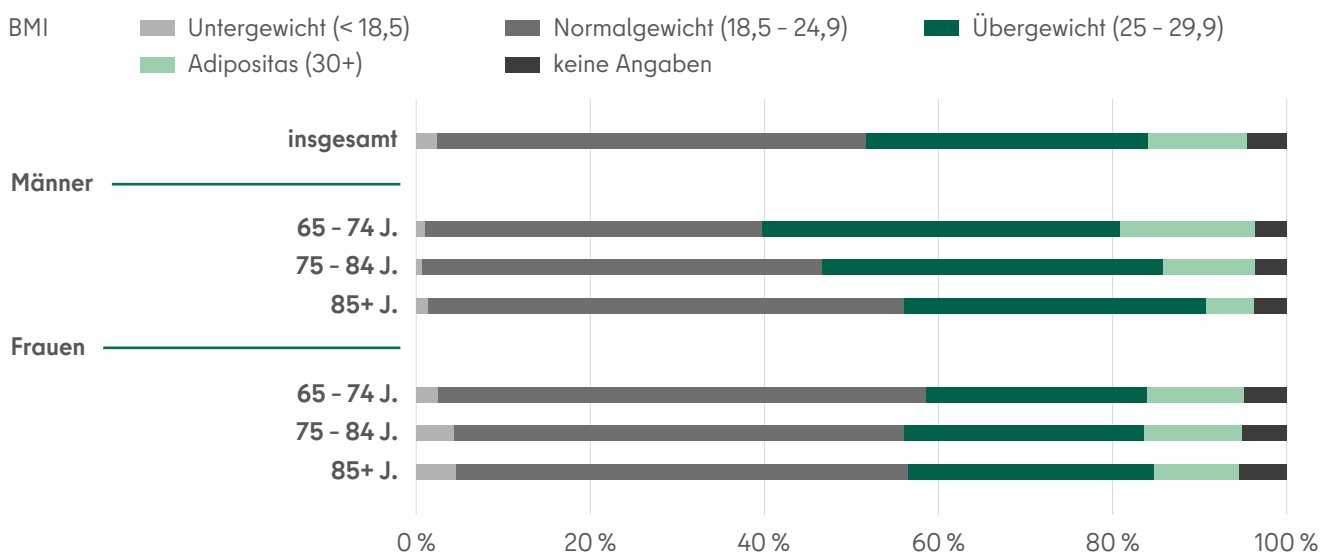
Beim Vergleich nach Bezirksregionen lassen sich keine relevanten Unterschiede im Ernährungsverhalten oder im Konsum von Obst und Gemüse feststellen.

2.4 Body Mass Index

Nimmt man dauerhaft mehr Energie auf als man verbraucht, führt das zur Gewichtszunahme. Im Zusammenspiel von übermäßiger Kalorienaufnahme und einem Mangel an körperlicher Aktivität entsteht so Übergewicht. Bei extremem Übergewicht spricht man von Adipositas. Übergewicht und Adipositas gehören – insbesondere in Kombination mit Bewegungsmangel – zu den bedeutsamsten Risikofaktoren für chronische Erkrankungen und einen frühen Tod (vgl. DGE 2008: 103 - 105; Schienkiewitz et al. 2022: 23).

Als Indikator für Unter-, Normal- und Übergewicht sowie Adipositas ist der sogenannte Body Mass Index (BMI) gebräuchlich.³ Der Auswertung hier liegt die Einteilung der WHO (vgl. WHO 2000: 21) zugrunde, die auch von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft angewendet wird (vgl. Berg et al. 2014: 15). Demnach weisen BMI-Werte unter 18,5 auf Untergewicht, Werte zwischen 18,5 und 24,9 auf Normalgewicht, Werte zwischen 25 und 29,9 auf Übergewicht, Werte von 30 und darüber auf Adipositas hin. Unberücksichtigt bleiben hier Studienergebnisse, wonach der ideale BMI mit dem Alter steigt (vgl. Corrada et al. 2010: 126 - 127; Janssen et al. 2007: 41 - 43). Danach ist in der Altersgruppe der über 65-Jährigen ein BMI zwischen 25 und 27 oder 28 in verschiedenen Studien nicht mit einer erhöhten oder sogar mit einer verringerten Mortalität verknüpft (vgl. Heiat et al. 2001).

Abbildung 46: Körpergewicht (BMI) der Männer und Frauen nach Altersgruppen

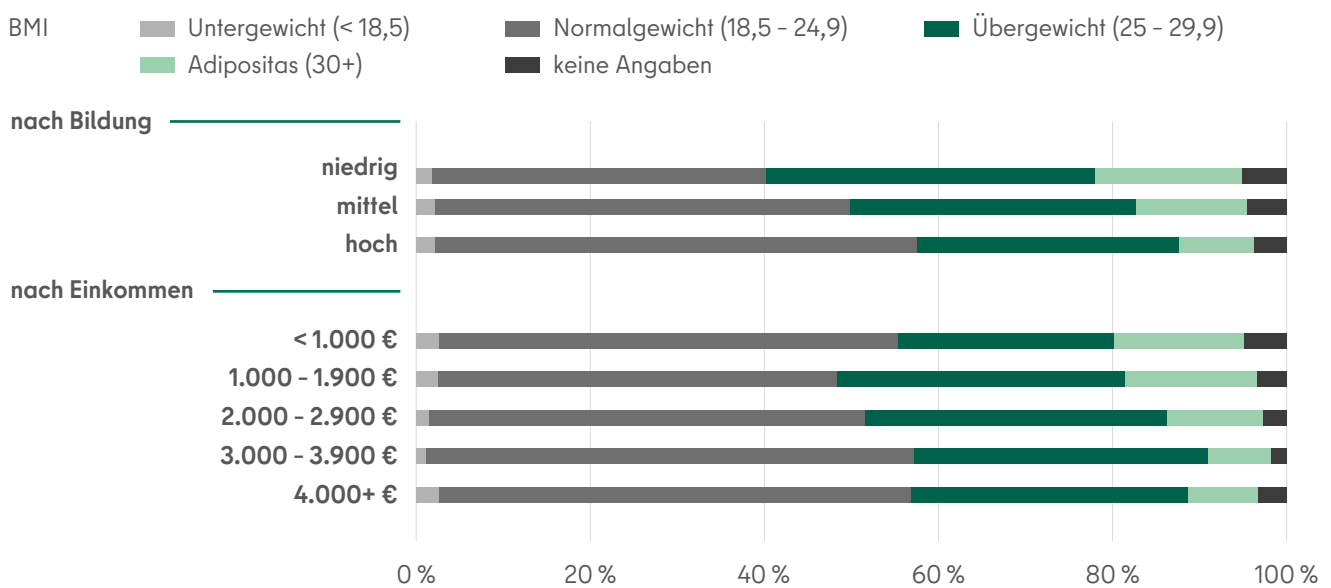


³ Der BMI wird nach folgender Formel berechnet: BMI = Körpergewicht [kg] / Körpergröße [m]²

Nahezu die Hälfte der Befragten haben Normalgewicht, etwa ein Drittel Übergewicht, knapp 12% sind adipös und etwas mehr als 2% untergewichtig. Männer sind seltener als Frauen normalgewichtig und liegen mit ihrem BMI häufiger im übergewichtigen Bereich. Allerdings gibt es kaum einen Geschlechtsunterschied im Anteil mit Adipositas (12% der Männer und 11% der Frauen).

Bei den Männern nimmt der Anteil der Normalgewichtigen kontinuierlich mit dem Alter zu. Sind es in der jüngsten Altersgruppe noch knapp 40%, so sind es bei den über 85-Jährigen ca. 55%. Dementsprechend lässt sich der gegenläufige Trend beim Anteil der Adipösen in den drei Altersgruppen erkennen. Dieser reduziert sich von ca. 15% über 11% auf knapp 6%. Für die weiblichen Befragten lässt sich ein solcher Trend nicht feststellen. Hier bleiben die Anteile über die Altersgruppen hinweg relativ konstant. Allerdings nimmt der Anteil untergewichtiger Frauen mit steigendem Alter zu.

Abbildung 47: Körpergewicht (BMI) nach Bildung und persönlichem Netto-Einkommen



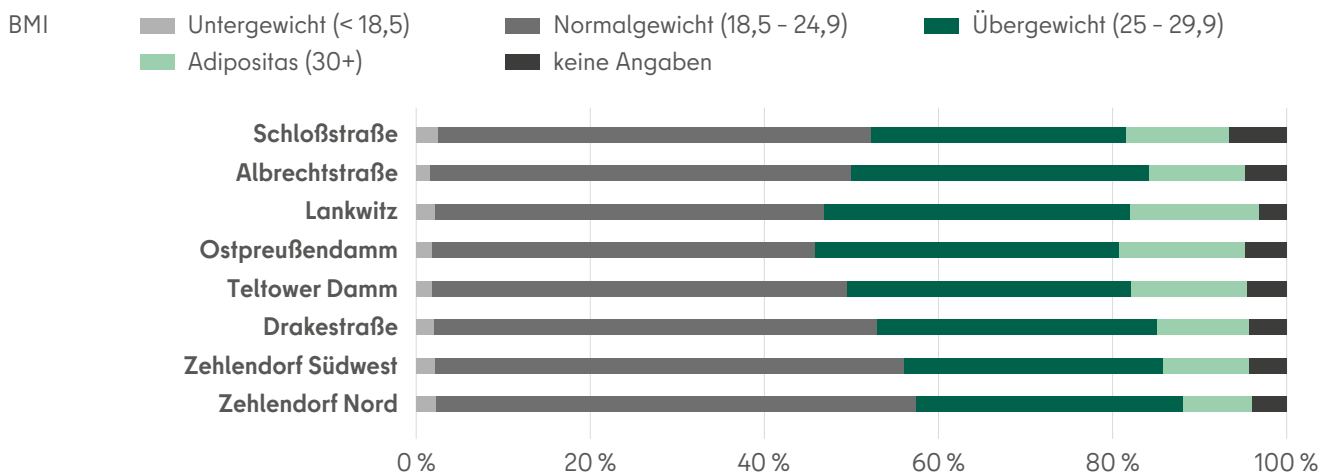
Mit höherer Bildung nimmt der Anteil Normalgewichtiger zu und der Anteil der Übergewichtigen, insbesondere aber der Adipösen, ab, so dass hier von einem sozialen Gradienten gesprochen werden kann.

Die Anteile adipöser Menschen sind in den beiden niedrigsten Einkommensgruppen am höchsten (um 15%) und in den beiden höchsten Einkommensgruppen am niedrigsten (um 7%). Darüber hinaus zeigt sich jedoch kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Einkommen und Körpergewicht.

Diese Ergebnisse stimmen mit denen für Berlin überein (vgl. SenWGPG 2021: 6-9). Danach nimmt die Prävalenz von Übergewicht mit steigendem Bildungsstatus ab. Männer und Frauen mit einer niedrigen Bildung weisen statistisch signifikant häufiger Übergewicht auf im Vergleich zu Männern und Frauen mit einer höheren Bildung (62,4% versus 39,7%). Auch die Prävalenz für Adipositas nimmt mit steigendem Bildungsstatus ab. Männer und Frauen mit einer mittleren Bildung sind signifikant häufiger adipös im Vergleich zu Männern und Frauen mit einer höheren Bildung (15,3% versus 10,4%).

Im Regionalvergleich sind die Anteile Adipöser am höchsten in den Bezirksregionen Ostpreußendamm und Lankwitz und am geringsten in den Bezirksregionen Zehlendorf Nord und Zehlendorf Südwest.

Abbildung 48: Körpergewicht (BMI) nach Bezirksregionen



2.5 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

Mit dem von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten ärztlichen Früherkennungsprogramm sollen gesundheitliche Risikofaktoren und Erkrankungen möglichst früh entdeckt werden, damit gegebenenfalls Erkrankungen vermieden oder deren Verlauf durch angemessene Behandlung günstig beeinflusst werden kann.

Die Befragten wurden gebeten anzugeben, ob sie regelmäßig an den empfohlenen ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen.

Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen

Mit knapp unter 80 % gibt eine große Mehrheit an, ärztliche Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. 18 % der Befragten unterlassen dies.

In unserer Befragung – konnten im Gegensatz zu den Ergebnissen anderer Untersuchungen (vgl. Starker et al. 2013: 860; Tillmanns et al. 2022: 78 – 79) – keine Unterschiede nach Geschlecht festgestellt werden.

Der Vergleich der Altersgruppen zeigt, dass es kaum Unterschiede zwischen den beiden jüngeren Gruppen gibt (ca. 79 %). In der höchsten Altersgruppe nimmt der Anteil der Befragten, die an ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, tendenziell etwas ab (71 %).

Die Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen ist bei den Befragten mit niedrigem Bildungsabschluss etwas höher als bei denen mit höherer Bildung. 15 % der Befragten mit niedrigem Bildungsabschluss nehmen nicht regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil, bei denen mit hohem Abschluss unterlassen dies 20 %.

Betrachtet man die Antworten nach Einkommensgruppen, so lassen sich weitere Differenzierungen vornehmen. Am höchsten ist die Inanspruchnahmen in den beiden Gruppen 1.000 – 1.999 € und 2.000 – 2.999 €. Die höchste Rate an Nicht-Inanspruchnahme findet sich bei den Befragten der niedrigsten Einkommensgruppe, obwohl die Leistung für gesetzlich Versicherte kostenlos erbracht wird.

Abbildung 49: Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nach soziodemografischen Merkmalen

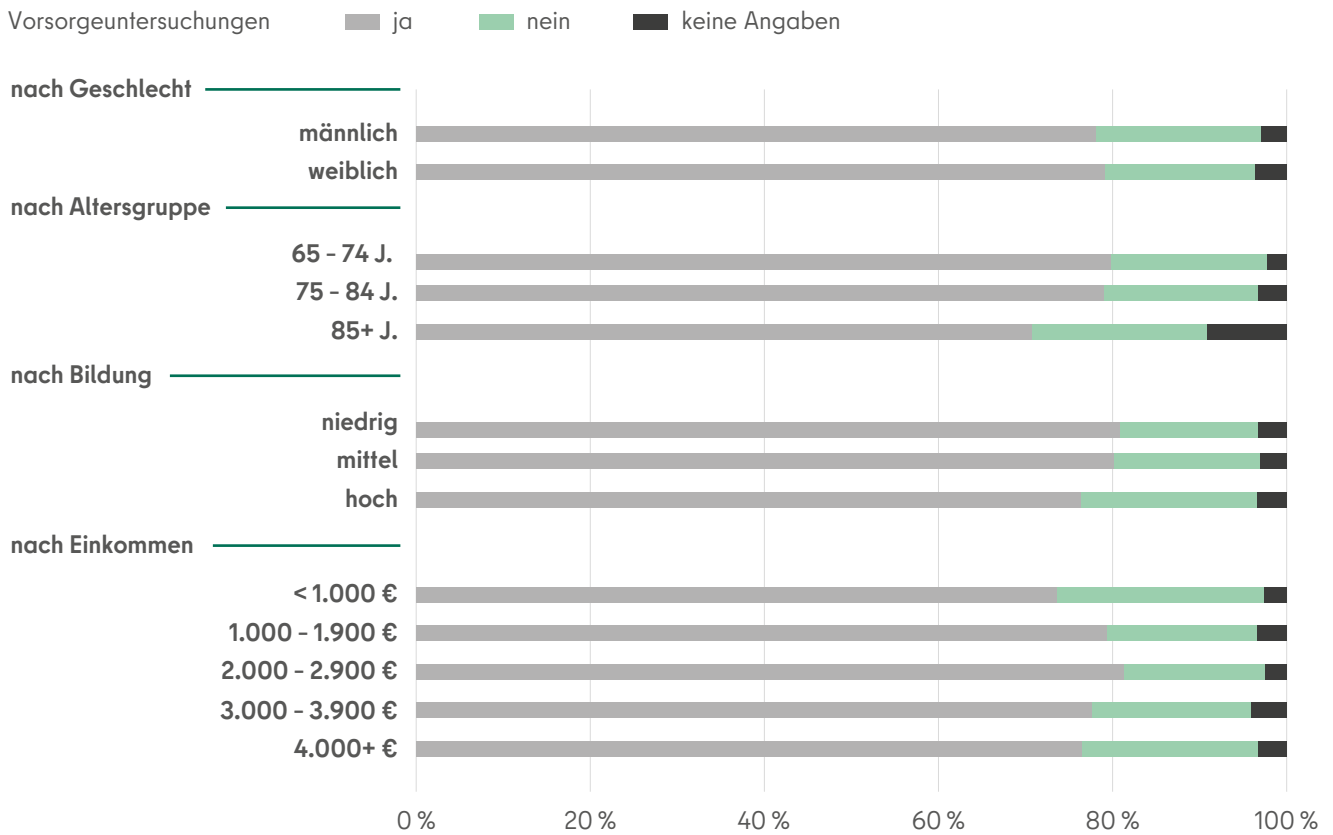
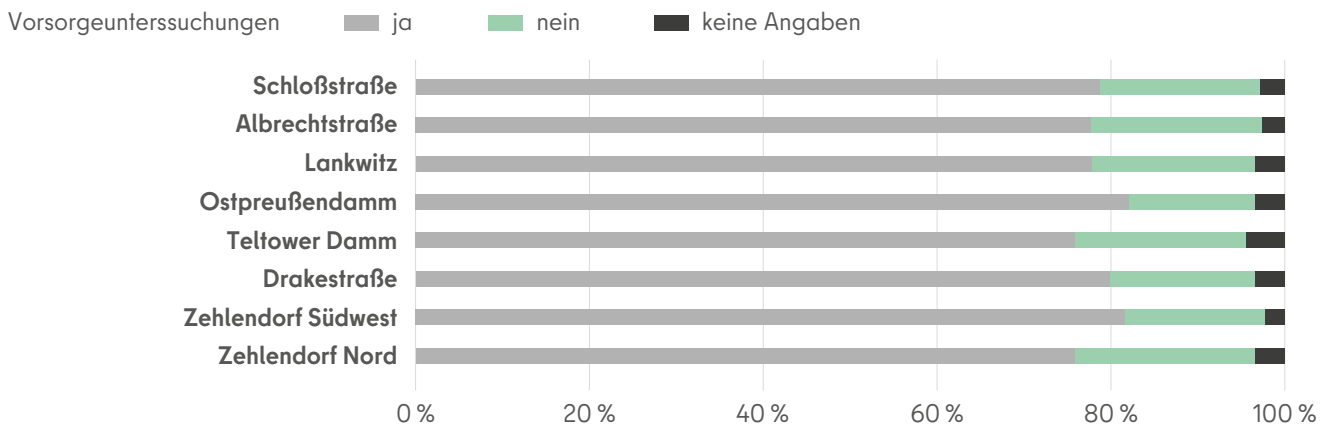


Abbildung 50: Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nach Bezirksregionen

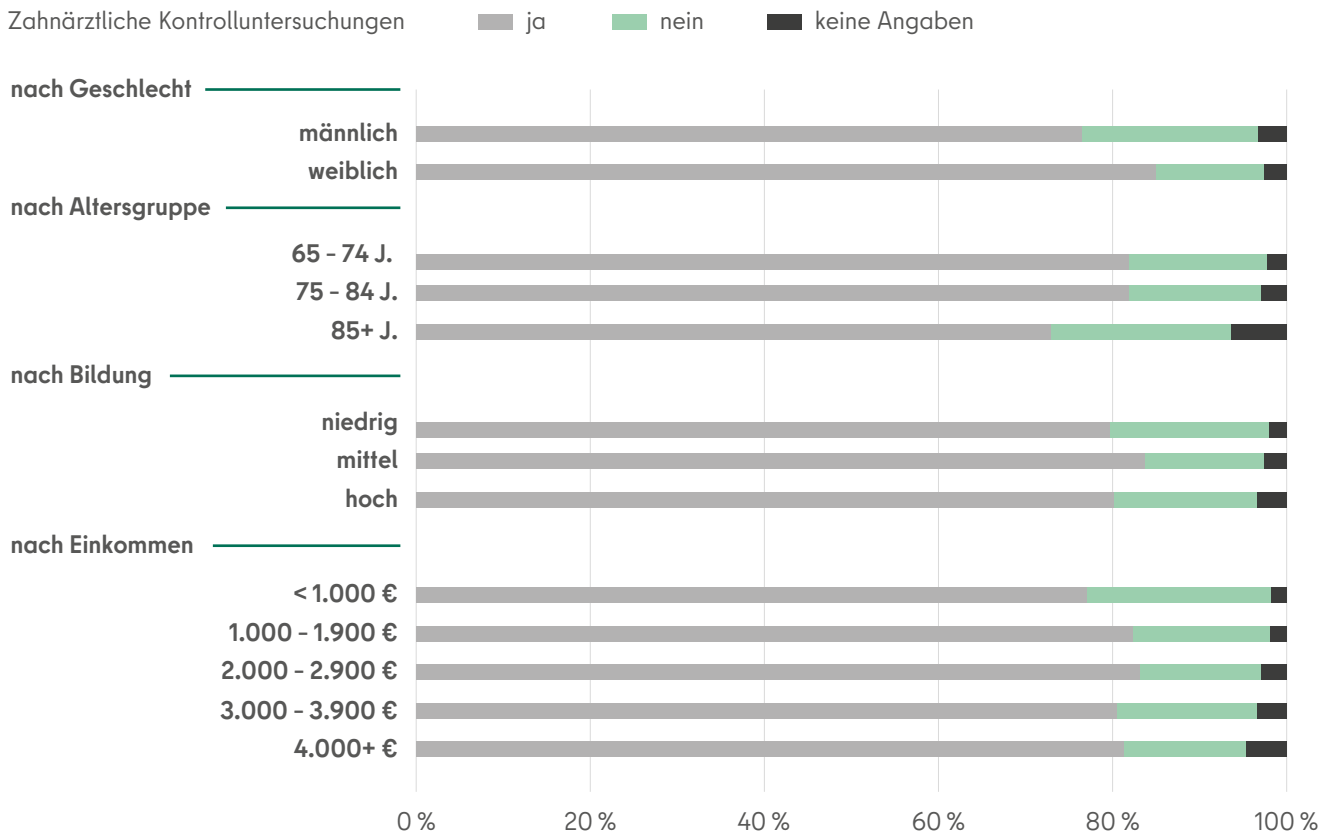


Beim Vergleich der Bezirksregionen zeigt sich, dass in der Region Ostpreußendamm der Anteil der Befragten, die angeben, eine Vorsorgeuntersuchung wahrzunehmen, am höchsten ist. Am niedrigsten ist die Inanspruchnahme bei den Befragten in der Region Teltower Damm, dicht gefolgt von Zehlendorf Südwest, einer Region, die einen überdurchschnittlich hohen sozialen Index aufweist.

Inanspruchnahme zahnmedizinischer Kontrolluntersuchungen

Regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen helfen dabei, Probleme mit der Mundgesundheit bereits im Entstehen zu erkennen und zu behandeln. Unbehandelte Gebissprobleme können das Kauen und Sprechen behindern und damit gerade im fortgeschrittenen Alter Gesundheit und Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen. Deshalb wurde erfragt, ob die Befragten regelmäßig die von den Krankenkassen empfohlenen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen (zweimal im Jahr) wahrnehmen.

Abbildung 51: Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen (2x im Jahr) nach soziodemografischen Merkmalen



Die Bereitschaft, zweimal im Jahr zur zahnärztlichen Kontrolle zu gehen, ist erfreulich hoch.

Interessanterweise gibt es dabei deutliche Unterschiede im Verhalten der Geschlechter. Wesentlich mehr weibliche Befragte als männliche nehmen diese wahr.

Bei der Betrachtung nach Altersgruppen zeigt sich eine deutliche Abnahme der Inanspruchnahme. Während bei den beiden jüngeren Gruppen 82% der Befragten regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle gehen, sind es bei der ältesten Gruppe nur noch 73%.

Bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Befragten mit niedrigem und hohem Bildungsabschluss (80%). Am häufigsten nehmen die Befragten mit mittlerem Abschluss zahnärztliche Vorsorge in Anspruch.

Beim Vergleich nach Einkommen zeigt sich eine ähnliche Verteilung wie zuvor bei der Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorge. Die höchsten Anteile finden sich in der zweiten und dritten Einkommensgruppe (ca. 82%). Auch hier fällt bei den Befragten mit dem niedrigsten Einkommen die Inanspruchnahme am geringsten aus (77%).

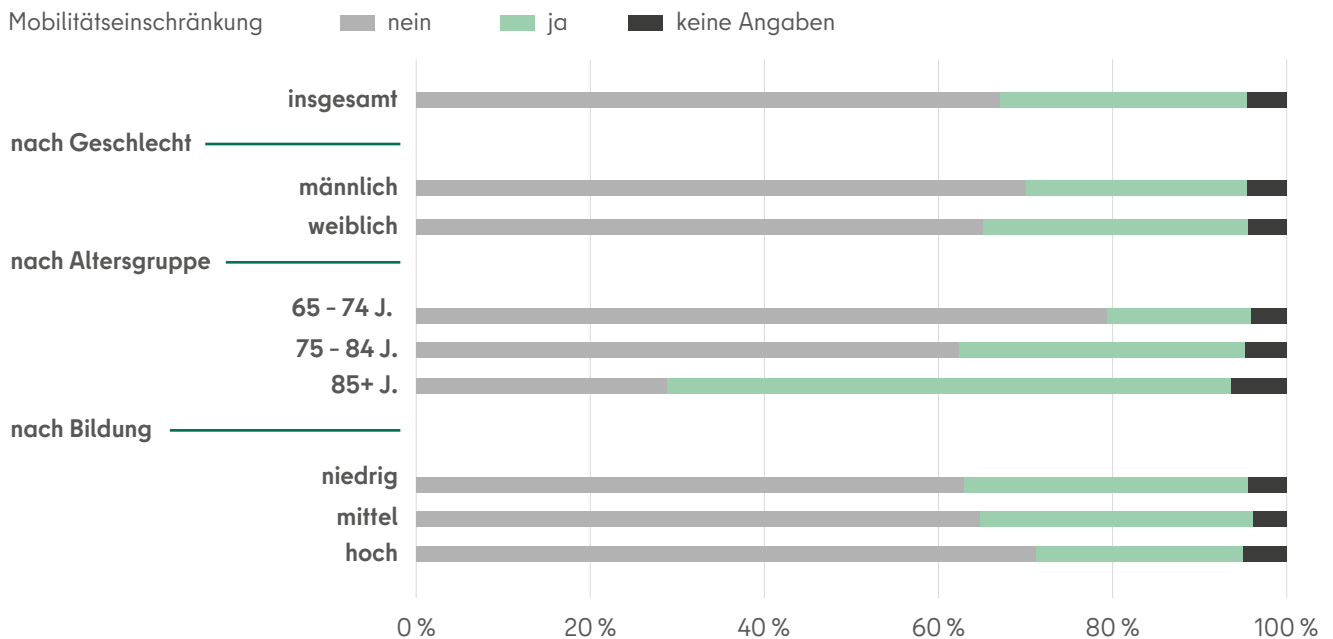
Bei der Betrachtung nach Bezirksregionen sind keine nennenswerten Unterschiede festzustellen.

3. Gesundheit und Mobilität

3.1 Mobilitätseinschränkungen

Mit zunehmendem Alter kann sich unter anderem durch den Abbau von Knochen- und Muskelmasse, eine erworbene Behinderung, durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit die Fähigkeit zur Bewegung (Mobilität) einschränken. Allerdings verhält es sich, je nach körperlicher Veranlagung und gesundheitsbezogenem Verhalten, unterschiedlich, wie mobil Menschen im höheren Alter sind.

Abbildung 52: Mobilitätseinschränkung nach soziodemografischen Merkmalen

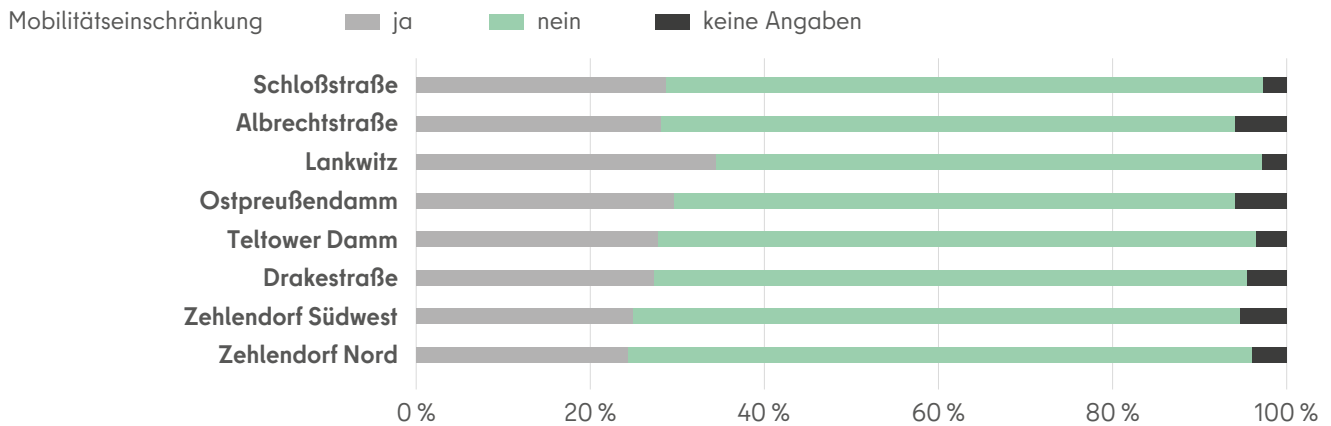


28 % der Befragten fühlen sich in ihrer Mobilität eingeschränkt.

Sich in der Mobilität eingeschränkt zu fühlen, trifft auf Frauen etwas häufiger zu als auf Männer. Erwartungsgemäß zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit dem Alter der Befragten. Sind vier von fünf Befragten der Altersgruppen von 65 bis 74 Jahre noch ohne Mobilitätseinschränkung (79%), trifft dies nur noch auf weniger als ein Drittel in der Altersgruppe ab 85 Jahren zu (29%).

Im Einklang mit den Ergebnissen zu gesundheitlichen Einschränkungen sind mehr Befragte mit niedrigem oder mittlerem Bildungsabschluss in ihrer Mobilität eingeschränkt als mit hohem Bildungsabschluss.

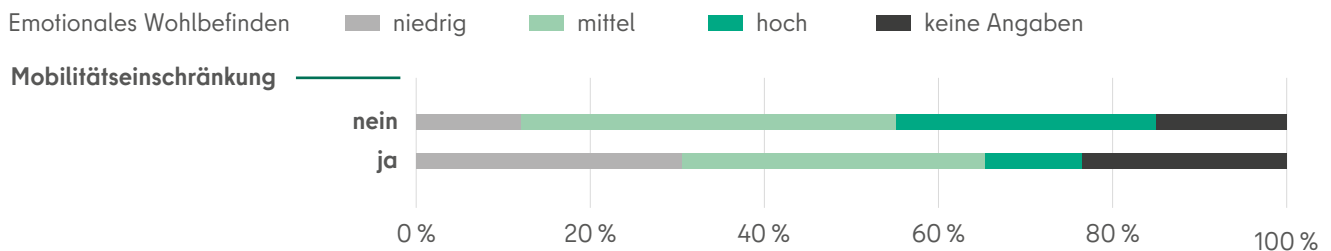
Abbildung 53: Mobilitätseinschränkung nach Bezirksregionen



Im gesamten Bezirk fühlen sich zwei Drittel aller Teilnehmer*innen der Befragung nicht mobilitätseingeschränkt. Doch auch hier ist der Blick auf die Bezirksregionen wichtig, da sich klare Unterschiede erkennen lassen. Der Anteil Befragter mit Mobilitätseinschränkung fällt in der Bezirksregion Lankwitz mit 35% besonders hoch aus, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, dass in dieser Bezirksregion auch der Anteil hochaltriger Befragter etwas höher ist als im Schnitt der Bezirksregionen (14% vs. 10%). Am geringsten ist der Anteil Befragter mit Mobilitätseinschränkung in der Bezirksregion Zehlendorf Nord mit 24%.

Abbildung 54: Emotionales Wohlbefinden bei Vorliegen einer Mobilitätseinschränkung

Verlusterfahrungen im Alltag, wie beispielsweise die zunehmend erlebte Begrenzung der eigenen Bewegungsfähigkeit, können sich auch auf die seelische Gesundheit auswirken. Deshalb wurden die Daten der Befragung auch danach betrachtet, welche Angaben Menschen mit Mobilitätseinschränkungen zu ihrem emotionalen Wohlbefinden machen.



Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen Mobilitätseinschränkungen und emotionalem Wohlbefinden ein Zusammenhang besteht. 31% der Menschen mit Mobilitätseinschränkungen geben ein niedriges emotionales Wohlbefinden an und nur 11,2% ein hohes. Allerdings sind es auch mehr als ein Drittel, die trotz Mobilitätseinschränkungen ein mittleres Wohlbefinden angeben.

Menschen ohne Mobilitätseinschränkungen geben fast zu drei Vierteln ein hohes oder mittleres Wohlbefinden an.

3.2 Erreichbarkeit des öffentlichen Nahverkehrs

Neben der (möglichst) fußläufigen Erreichbarkeit von gesundheitsrelevanten Einrichtungen, spielt für das Gefühl der An- und Einbindung auch eine Rolle, wie gut der öffentliche Nahverkehr erreichbar ist – und ob er das auch dann noch ist, wenn der eigene Gesundheitszustand sich altersbedingt verschlechtert und die zurückgelegbaren Wege zur nächsten Haltestelle damit kürzer werden.

Abbildung 55: Fußläufige Erreichbarkeit einer Bushaltestelle nach Bezirksregionen

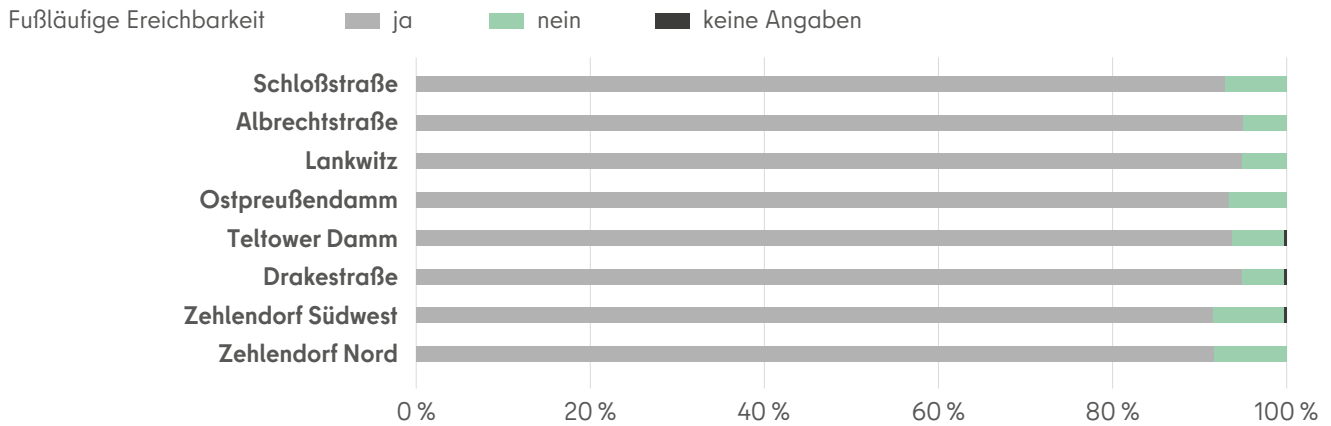
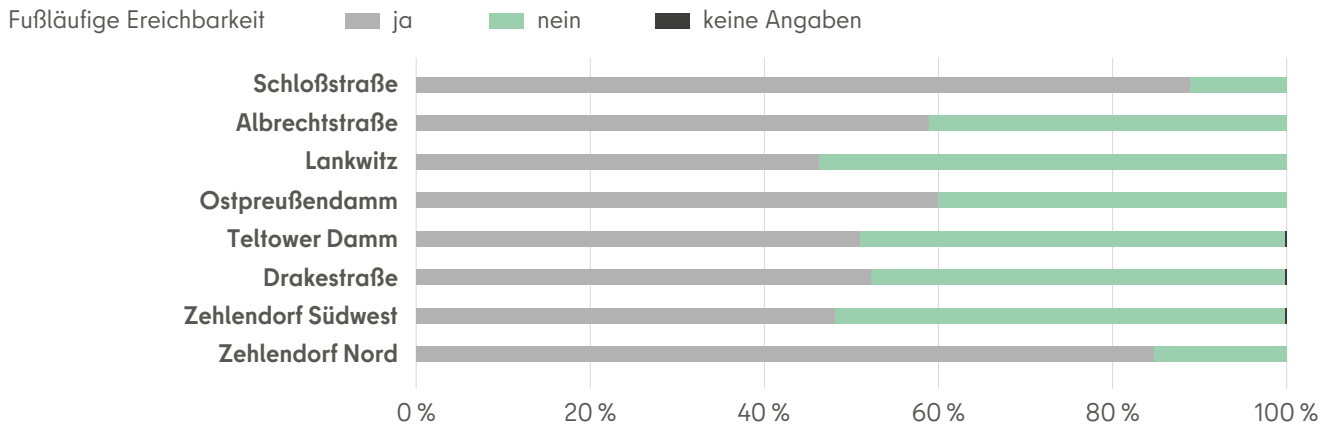


Abbildung 56: Fußläufige Erreichbarkeit eines U-/S-Bahnhofs nach Bezirksregionen

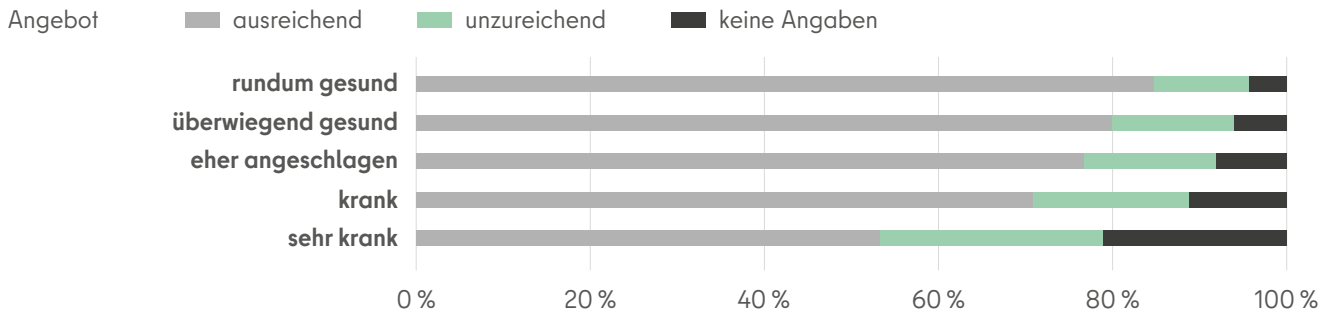
Die Erreichbarkeit der öffentlichen Verkehrsmittel wird im Bezirk Steglitz-Zehlendorf als überwiegend gut eingeschätzt. Die überwiegende Mehrheit der Befragten konstatiert die fußläufige Erreichbarkeit der Bushaltestellen, lediglich in den Bezirksregionen Zehlendorf Südwest und Zehlendorf Nord wird auf diese Frage geringfügig häufiger mit Nein geantwortet.



Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn die fußläufige Erreichbarkeit von U- und S-Bahnhöfen betrachtet wird. Hier zeigen sich starke Unterschiede im Antwortverhalten in den einzelnen Bezirksregionen. Während in den Bezirksregionen Schloßstraße und Zehlendorf Nord fast alle der Befragten die Erreichbarkeit von U- und S-Bahn als gegeben ansehen, wird diese von über 50% der Befragten in den Bezirksregionen Lankwitz und Zehlendorf Südwest verneint. Allerdings spielen neben U- und S-Bahnen auch Busse im Bezirk eine wichtige Rolle; sowie die Frage, ob die nächstgelegene Haltestelle die Menschen auch zu den für sie relevanten Zielen bringt, und ob das Verkehrsmittel auch mit gesundheitlichen Einschränkungen gut nutzbar ist. Die Ergebnisse passen ganz gut zu den Ergebnissen der Studie „Mobilität in

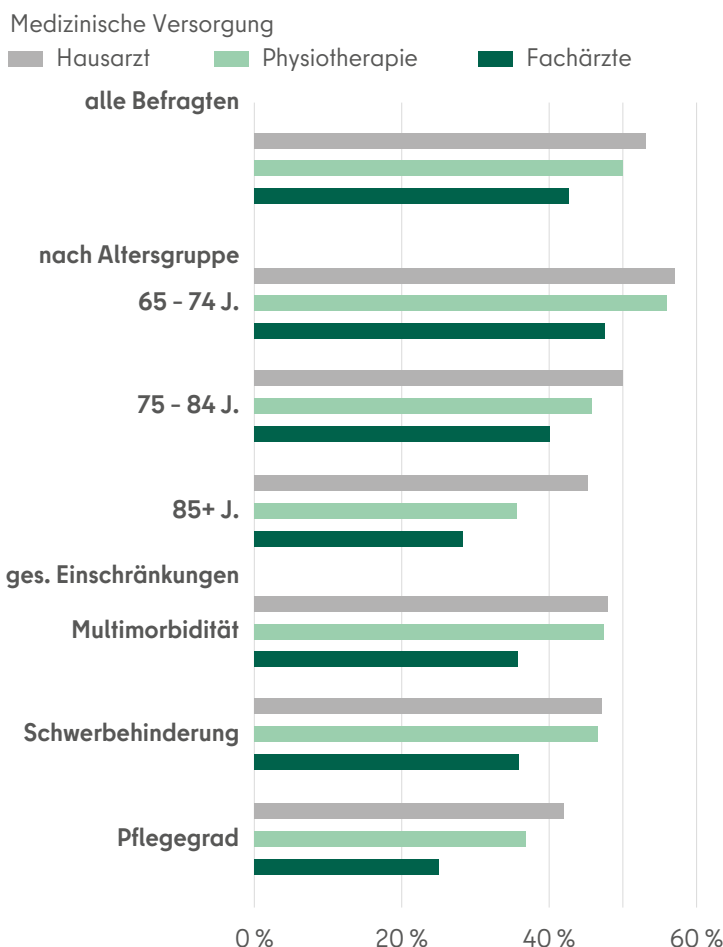
Abbildung 57: Beurteilung des Angebots öffentlicher Verkehrsmittel als ausreichend nach Gesundheitszustand

Deutschland 2018“ für Steglitz-Zehlendorf: 96 % erreichen die nächste Bushaltestelle in max. 10 Minuten, 43 % die nächste S-Bahn-Station und 22 % die nächste U-Bahn-Station (vgl. Gerike 2019: 31).



Die Frage nach der Zufriedenheit mit dem öffentlichen Nahverkehr wird jedoch – analog zur Frage nach der Erreichbarkeit der gesundheitsrelevanten Infrastruktur – in starker Abhängigkeit zum eigenen Gesundheitszustand beantwortet.

Abbildung 58: Fußläufige Erreichbarkeit von Hausarzt, Physiotherapie und Fachärzten insgesamt sowie nach Altersgruppe und nach Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen



3.3 Erreichbarkeit von gesundheitsrelevanten Einrichtungen

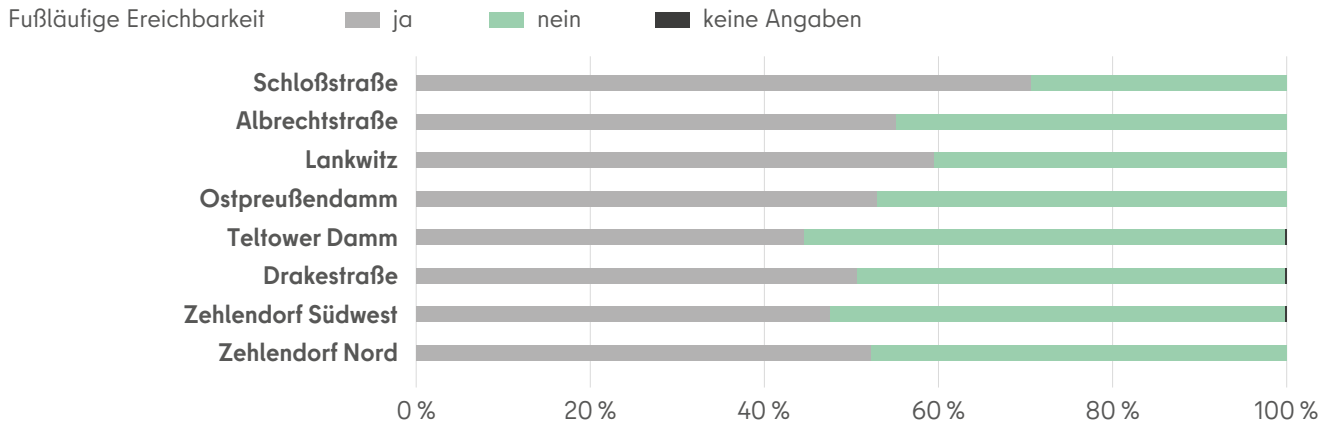
Wie hoch das Ausmaß erlebter Begrenzung der Versorgungs- und Teilhabemöglichkeiten bei eingeschränkter Mobilität ist, hängt auch davon ab, inwieweit wichtige Anlaufstellen in der näheren Wohnumgebung verfügbar sind.

Viele Menschen haben ihre/n Hausärztin/-arzt in einem anderen Bezirk und suchen diese/n auch im Alter aufgrund der gewachsenen Vertrauensbeziehung noch auf. Und dennoch nimmt für ältere Menschen die fußläufige Erreichbarkeit von Ärzten, Apotheken und Physiotherapiepraxen einen wichtigen Stellenwert ein, denn sie ermöglicht die medizinische und gesundheitliche Versorgung auch bei eingeschränkter Mobilität im Krankheits- oder Behinderungsfall. Der Siebte Altenbericht weist darauf hin, dass die Gewissheit, sich auf ein kompetentes, zuverlässiges und gut erreichbares Versorgungssystem stützen zu können, einen wichtigen Aspekt der Lebensqualität im hohen Alter darstellt. Sie gibt Sicherheit, die auch bei der emotionalen Bewältigung der körperlichen Einbußen hilfreich ist (vgl. Deutscher Bundestag 2016: 153).

Mit Multimorbidität, Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit nimmt für die Befragten auch die fußläufige Erreichbarkeit wichtiger Versorgungsinfrastruktur ab. Dies zeigt sich insbesondere für die fachärztliche Versorgung. Dies führt dazu, dass diejenigen, die am meisten darauf angewiesen sind, die Einrichtungen eher nicht aus eigener Kraft erreichen können.

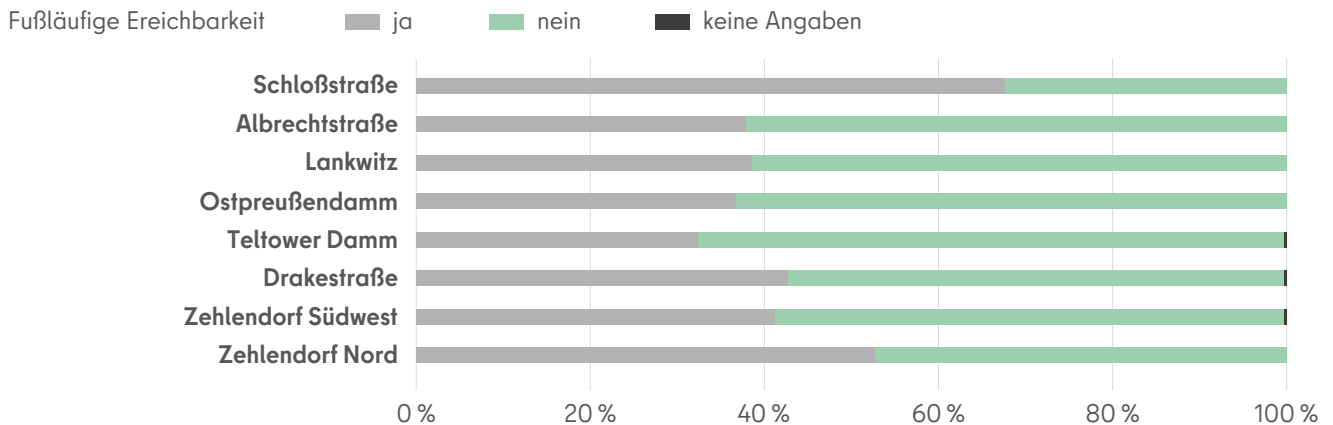
Abbildung 59: Fußläufige Erreichbarkeit einer Hausarztpraxis nach Bezirksregionen

Der Blick in die einzelnen Regionen des Bezirks zeigt, dass es Unterschiede in der Erreichbarkeit gibt.



Über die Hälfte der Befragten gibt an, eine Hausarztpraxis fußläufig erreichen zu können; lediglich in den Bezirksregionen Teltower Damm und Zehlendorf Südwest sagt die Mehrheit der Befragten, dass die fußläufige Erreichbarkeit nicht gegeben ist. Hier fällt ins Auge, dass die Bezirksregion Lankwitz, die, bezogen auf andere Indikatoren, häufig weniger günstige Werte zeigt, einen ziemlich guten Versorgungsgrad aufweisen kann. Sie befindet sich auf Platz 2 nach der Bezirksregion Schloßstraße, die eine extrem hohe Arztdichte bietet.

Abbildung 60: Fußläufige Erreichbarkeit einer Facharztpraxis nach Bezirksregionen



Ein anderes Antwortverhalten zeigt sich mit Blick auf die fachärztliche Versorgung. Hier antworten nur die Befragten der Bezirksregion Schloßstraße mehrheitlich, dass die fußläufige Erreichbarkeit gegeben ist, während in den anderen Bezirksregionen - außer Zehlendorf Nord - weit über die Hälfte der Befragten diese Frage verneint.

Hinsichtlich der fußläufigen Erreichbarkeit von Praxen der Physiotherapie zeigen sich ebenfalls differenzierte Ergebnisse. In den Bezirksregionen Schloßstraße, Albrechtstraße, Zehlendorf Nord und Drakestraße antworten mehr als 50 % der Befragten, dass physiotherapeutische Praxen fußläufig zu erreichen sind, in den anderen Bezirksregionen sind es hingegen weniger als 50 %.

Abbildung 61: Fußläufige Erreichbarkeit von Physiotherapie nach Bezirksregionen

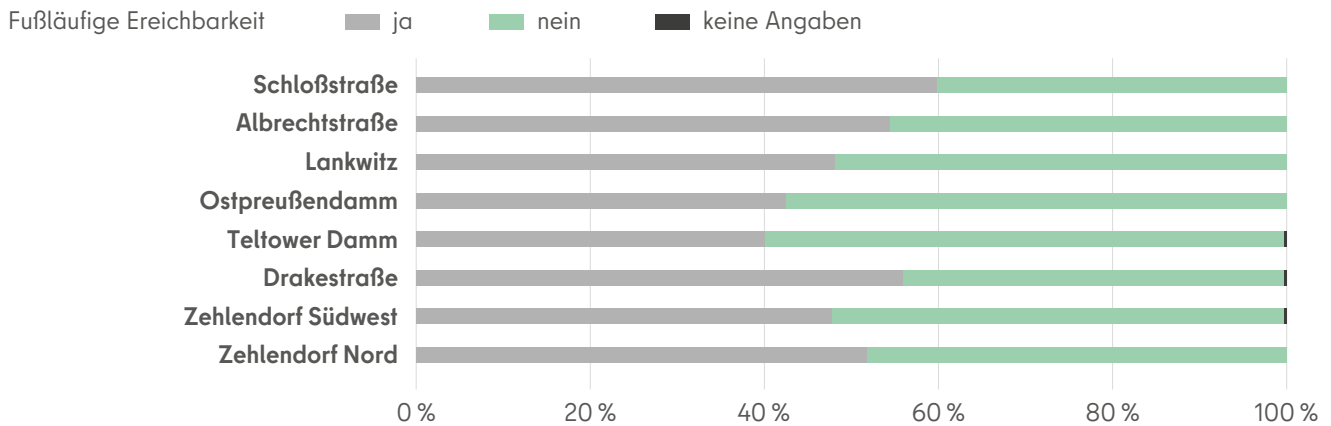


Abbildung 62: Fußläufige Erreichbarkeit einer Apotheke nach Bezirksregionen

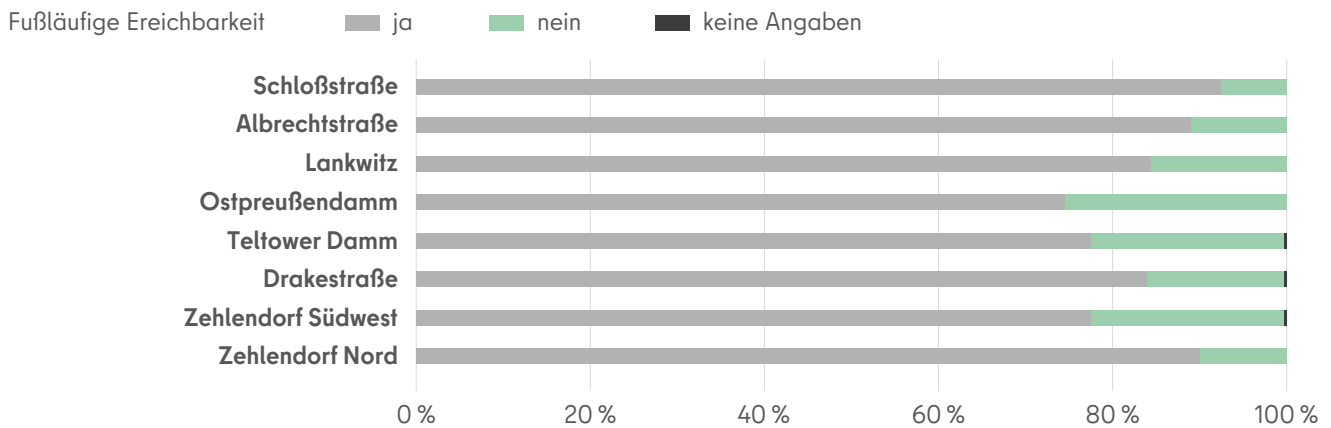
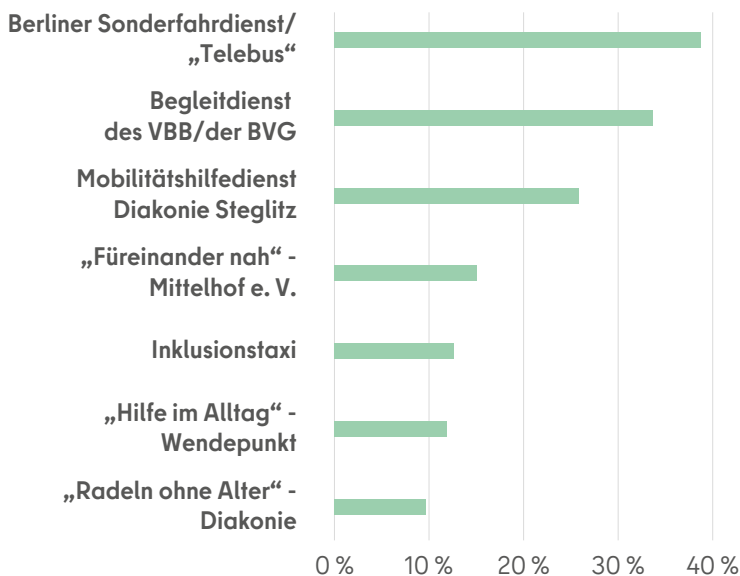


Abbildung 63: Kenntnis von Mobilitätshilfe-Angeboten



Die fußläufige Erreichbarkeit von Apotheken ist in allen Bezirksregionen überwiegend gegeben. Lediglich rund 20% der Befragten können keine Apotheke zu Fuß erreichen. In den Bezirksregionen Ostpreußendamm, Teltower Damm und Zehlendorf Südwest fallen diese Werte mit 25% bzw. 22% etwas höher aus.

3.4 Bekanntheit von Mobilitätshilfeangeboten

Gesundheits- und altersbedingte Mobilitätseinschränkungen lassen sich zu einem gewissen Grad kompensieren, wenn unterstützende Angebote verfügbar und auch bekannt sind. Daher interessierte uns, von den Senior*innen im Bezirk zu erfahren, welche der bestehenden Angebote sie kennen.

Die Abbildung zeigt, wie bekannt die unterschiedlichen Angebote bei den Befragten sind.

Dabei ist zu beachten, dass sie sich darin unterscheiden, welche Dienstleistungen sie anbieten, ob sie berlinweit agieren, bezirksweit oder lokal wie beispielsweise die Nachbarschaftshilfe „Für einander nah“. Auch die Höhe der anfallenden Kosten oder das Leistungsspektrum unterscheiden sich.

Die meisten der hier genannten Angebote bestehen in einem Begleitservice, etwa zum Einkaufen, zum Arzt oder Frisör, zu Freund*innen oder einem kulturellen Event. Manche halten darüber hinaus noch weitere Angebote zur Alltagsunterstützung vor, wie beispielsweise Einkäufe oder andere Besorgungen erledigen oder die Begleitung zu Behörden und Unterstützung bei Briefverkehr, wie das Projekt „Hilfe im Alltag“ der Wendepunkt gGmbH.

Was die Mehrzahl von ihnen nicht bietet, ist einen Transport hin zu einem bestimmten Ziel. Dies gilt jedoch nicht für die Inklusionstaxis. Sie offerieren einen barrierefreien Transport, der allerdings in der Regel kostenpflichtig ist. Bei außergewöhnlicher Gehbehinderung sind Zuschüsse möglich (vgl. InklusionsTaxi 2023). „Radeln ohne Alter“ wiederum bietet Fahrten in einer Rikscha an, ist jedoch ein eher freizeitorientiertes Angebot. Nach dem Kopenhagener Vorbild möchte es mobilitätsbeeinträchtigten Senior*innen eine kleine entlastende Auszeit gewähren, die Möglichkeit, wieder einmal „den Wind in den Haaren zu spüren“. Es gibt im Bezirk zwei Standorte – Wannsee und Zehlendorf (vgl. Radeln ohne Alter 2023).

Nicht gefragt hatten wir nach Fahrdiensten von Wohlfahrtsverbänden (meist auf Antrag) und denen von sonstigen Privatanbietern, die auch privat bezahlt werden müssen, sofern keine anerkannte Gehbehinderung oder mindestens Pflegegrad 2 vorliegen und es sich nicht um eine medizinisch notwendige Behandlung handelt. Nur in solchen Fällen ist eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse möglich (Deutsches Seniorenportal 2023).

IV. Freizeit, Teilhabe und ehrenamtliches Engagement

1. Freizeitaktivitäten

Dieses Kapitel umfasst Freizeitaktivitäten, Teilhabe und ehrenamtliches Engagement der Befragten vor Ausbruch der Pandemie und wurde im Fragebogen folgendermaßen eingeleitet:

„Auch, wenn unser Leben in den letzten Monaten stark vom Corona-Virus eingeschränkt wurde, bitten wir Sie nun, für die folgenden Fragen diesen Umstand möglichst auszublenden. Denken Sie bitte bei der Beantwortung der folgenden Fragen an Ihr Leben, wie es vor der Pandemie war.“

Die „Multiresponse“-Angaben (Anzahl der Mehrfachantworten der Befragten) die Aufschluss über Häufigkeit der angegebenen Freizeitaktivitäten geben folgendes Bild⁴.

Im Mittel gingen die Befragten 5,1 der insgesamt 13 vorgegeben Aktivitäten „häufig“ nach. In 65,1% dieser Angaben lagen Spaziergänge an erster Stelle der „Beliebtheit“.

Der Anteil der Befragten, die sich für Sportveranstaltungen interessieren, ist mit 5,7% am geringsten.

Mehr als die Hälfte der Befragten bevorzugen soziale, beziehungsweise gesellschaftliche Aktivitäten wie Besuche bei Bekannten Unternehmungen mit der Familie oder Restaurantbesuche.

Tabelle 18: Freizeitaktivitäten

Freizeitaktivitäten „häufig“	Anteil
Spaziergänge	65,1%
Familienunternehmungen	56,0%
Besuch bei Bekannten	55,3%
Sonstige Hobbies	55,2%
Restaurantbesuch	54,2%
Gartenarbeit	48,0%
Reisen	45,0%
Theater	44,6%
Shopping	26,2%
Museumsbesuch	25,2%
Ehrenamt	19,9%
Bildungsaktivitäten	10,0%
Sportveranstaltung	5,7%
Multiresponse	510,4%

25% aller Antworten nennen mit „Shopping“ eine in der Großstadt mögliche Form des Zeitvertriebs, gefolgt von nahezu gleichhäufigen Museumsbesuchen.

Weibliche Befragte zeigen insgesamt eine um 40 Prozentpunkte höhere Freizeitaktivität als männliche.

„Besuche bei Freunden“, „Theater, Kino“, „Museumsbesuche“ und „Bildung“ wurden von Frauen um etwa 10 Prozentpunkte häufiger genannt als von Männern.

Die relativ größte Abweichung ist in der Aktivität „Besuch Sportveranstaltung“ zu beobachten, die von Männern - auf insgesamt niedrigem Niveau - nahezu doppelt so häufig genannt wird wie von Frauen.

Bei Bildungsaktivitäten und Aktivitäten bei denen kommunikative Kompetenzen gefragt sind, finden sich bei Frauen durchweg höhere Werte als bei Männern.

⁴ Werte in Tabellen mit Multiresponse beziehen sich jeweils nur auf Befragte, die mindestens eine der vorgegebenen Möglichkeiten - hier die Freizeitaktivitäten - angegeben haben.

Abbildung 64: Freizeitaktivitäten nach Geschlecht

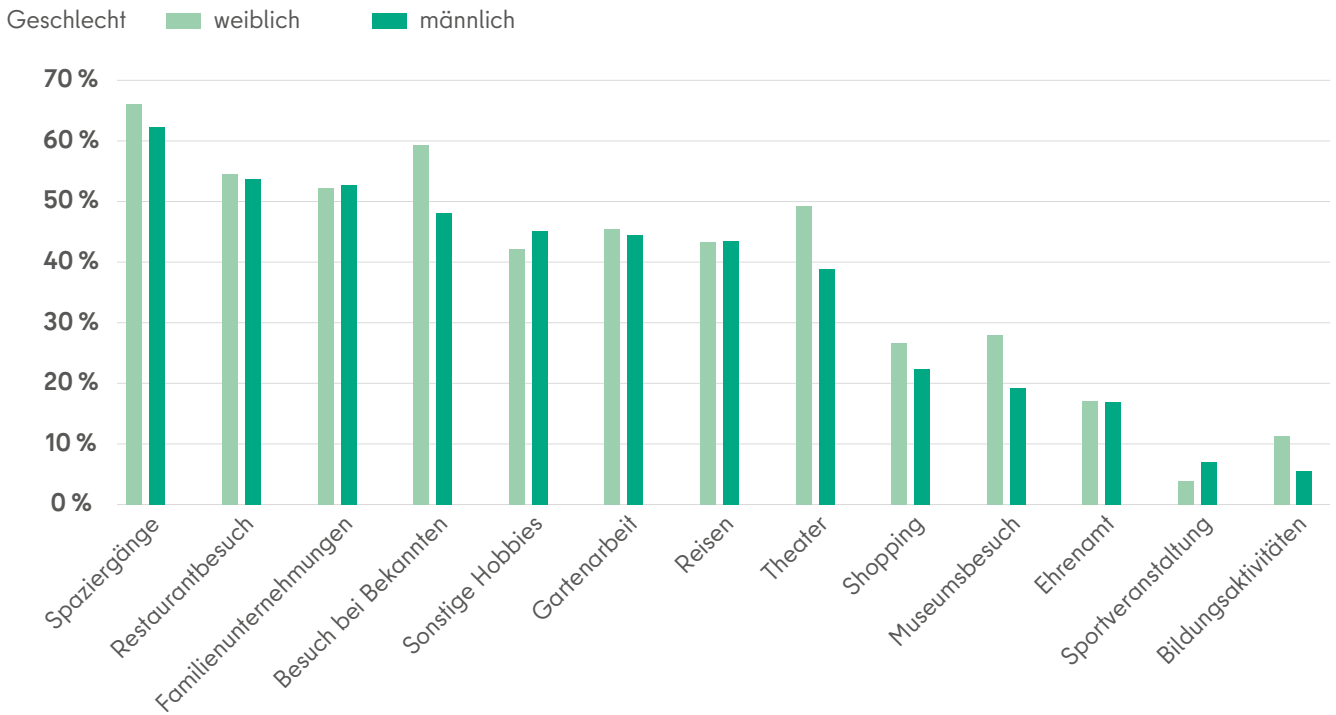
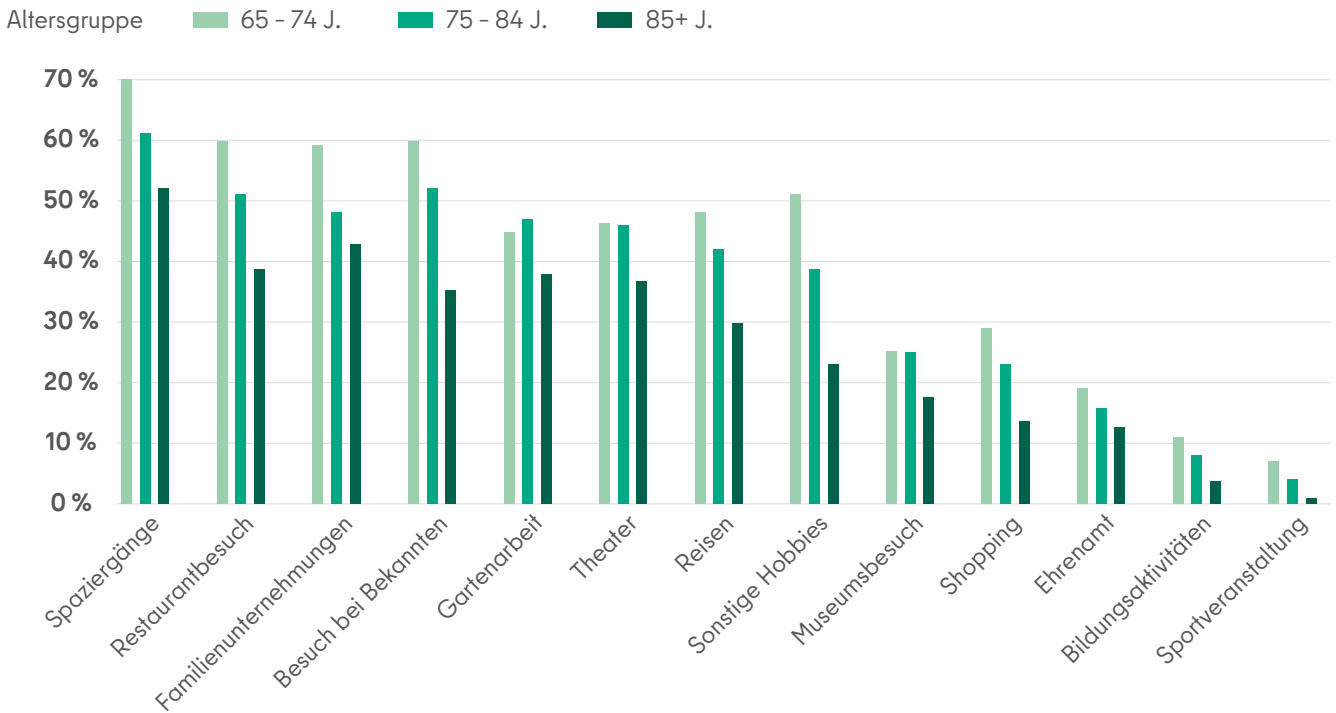


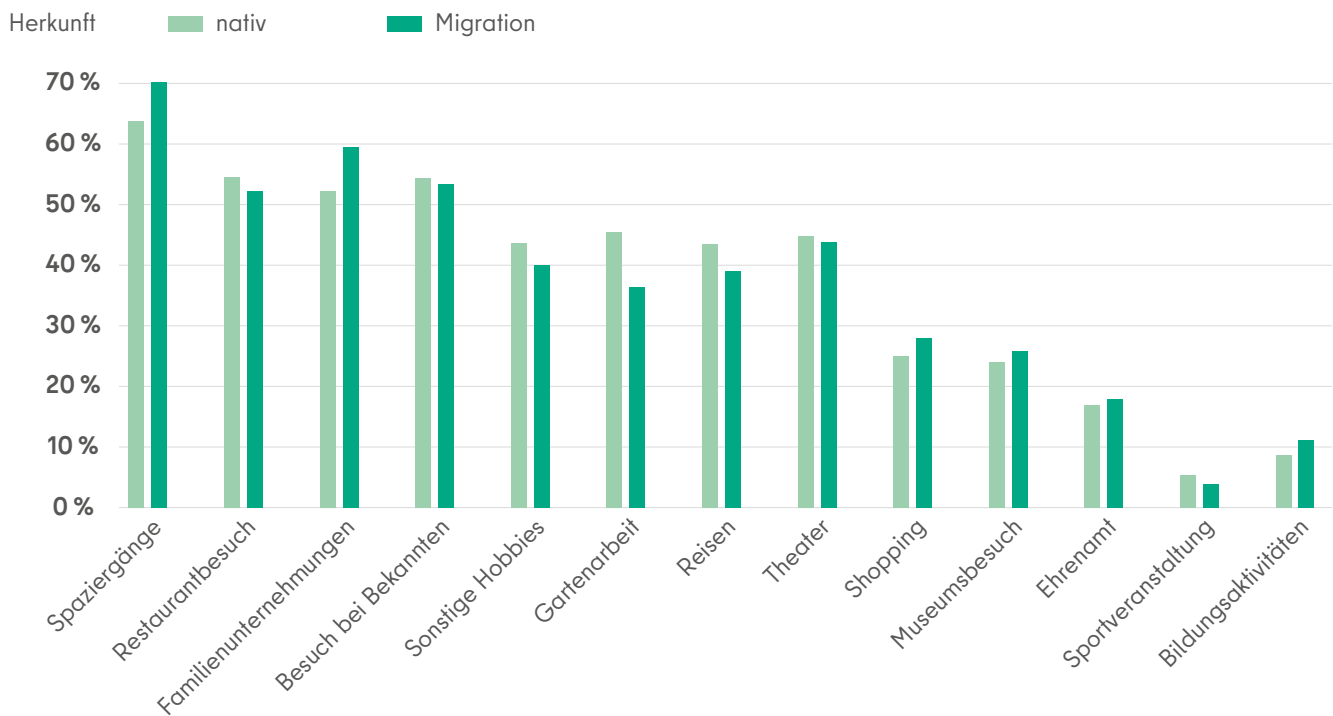
Abbildung 65: Freizeitaktivitäten nach Geschlecht und Alter



Die Rangordnungen der Aktivitäten in den drei Altersgruppen sind weitgehend identisch, aber in der quantitativen Bilanz zeigt sich ein deutlicher Rückgang aller Aktivitäten mit steigendem Alter.

Auch wenn immer noch 52 % der über 84-Jährigen „Spaziergänge/ Stadtbummel“ als beliebteste Aktivität in der Freizeit nennen, liegt dieser Wert doch deutlich unter denen der anderen Altersgruppen.

Abbildung 66: Freizeitaktivitäten nach Migration



Mit Ausnahme von „Gartenarbeit“ und „Unternehmungen mit der Familie“ stimmen Rangordnungen und Häufigkeiten der Aktivitäten beider Gruppen mit $p > 0.97$ sehr gut überein.

Hochgebildete zeigen insgesamt eine größere Freizeitaktivität als die beiden anderen Bildungsgruppen.

Theaterbesuche wurden von Hochgebildeten mit 54 % doppelt so häufig genannt wie von Befragten mit niedriger Bildung.

Hochgebildete nannten Museumsbesuche zu 33%, die Gruppe mit niedriger Bildung nur zu 11%.

Die drei Bildungsgruppen zeigen deutlich ihre unterschiedlichen Interessen hinsichtlich der Aktivitäten „Theater (Konzert, Kino)“, „Hobbys“, „Museumsbesuch“ und „Bildung“.

Es ist davon auszugehen, dass diese Differenz durch den Faktor Bildung allein nicht zu erklären ist.

Ähnliche Verhältnisse sind bei „Bildungsaktivitäten und VHS-Kurse“ zu beobachten. Im Gegensatz aber zu den Erklärungsversuchen zum „Museumsbesuch“ kommt die finanzielle Situation der Befragten hier wegen der geringen Gebühren der VHS-Kurse nur sehr bedingt als erklärender Faktor in Frage.

Abbildung 67: Freizeitaktivitäten nach Bildungsgrad

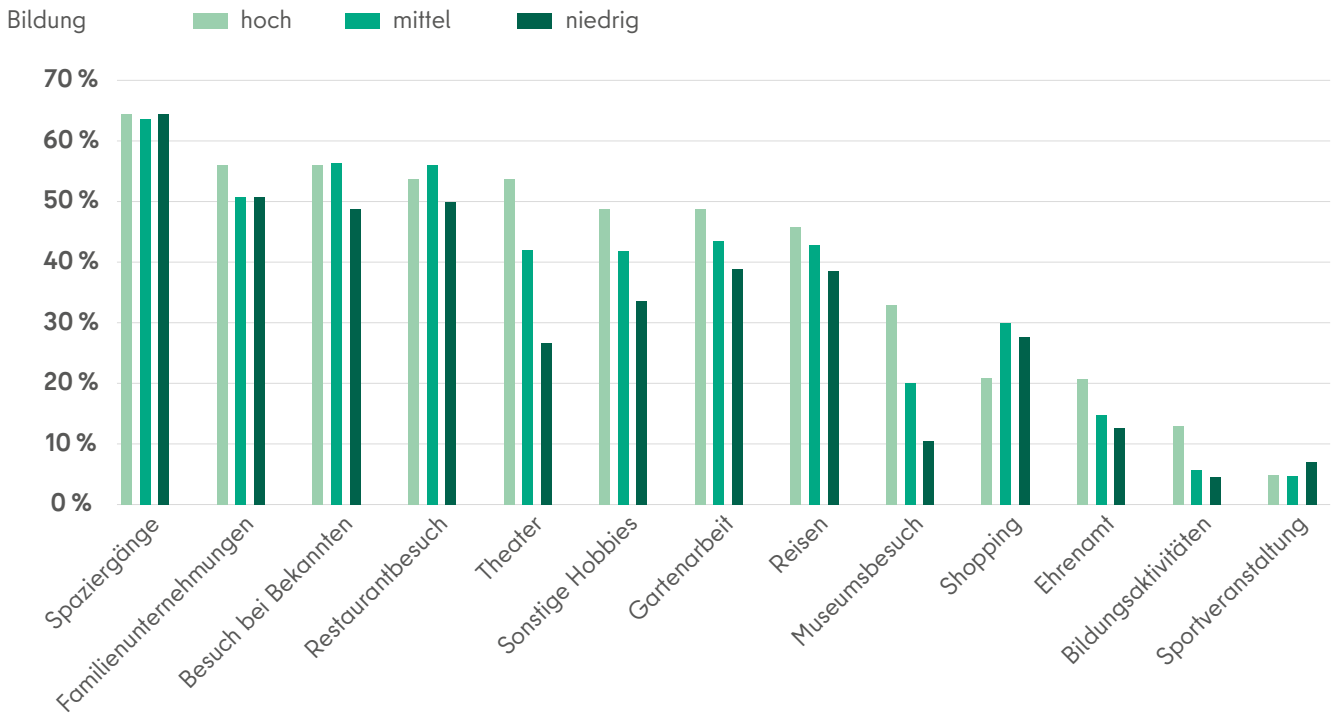


Abbildung 68: Freizeitaktivitäten nach Einkommensgruppen

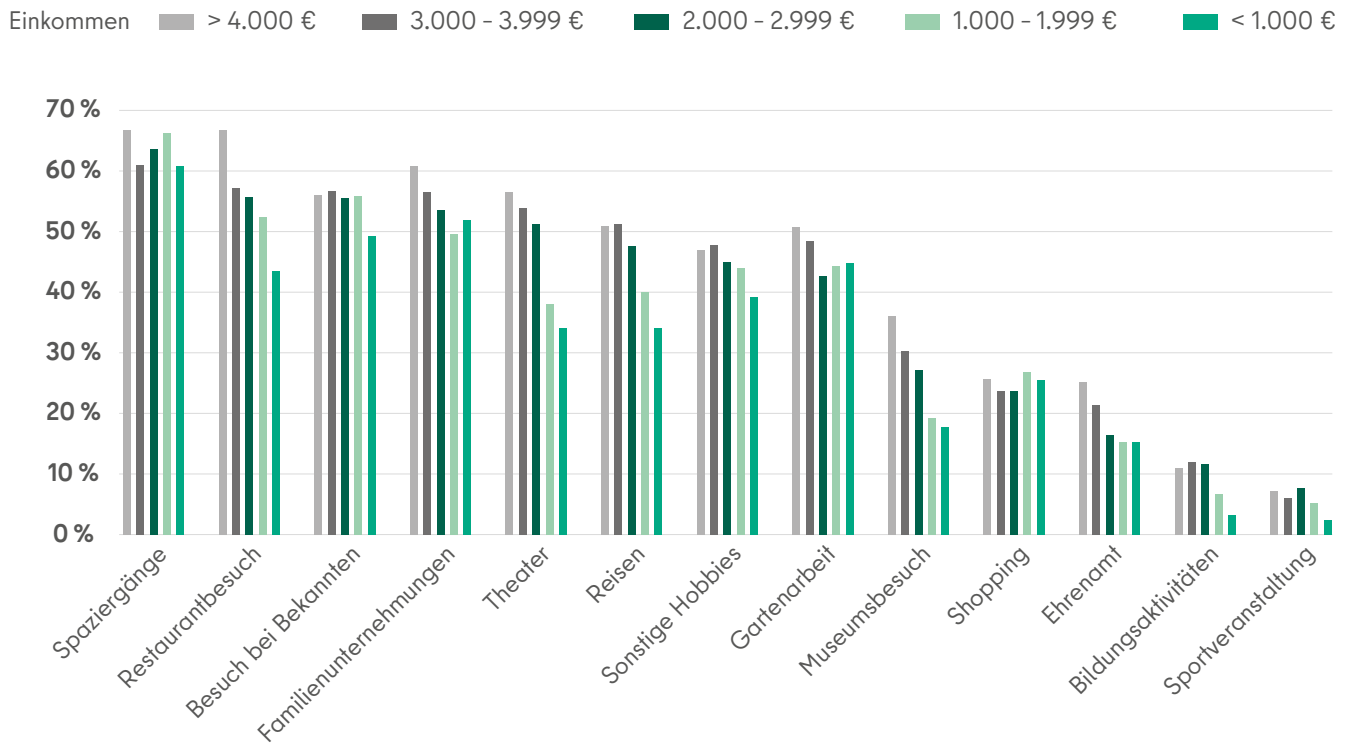
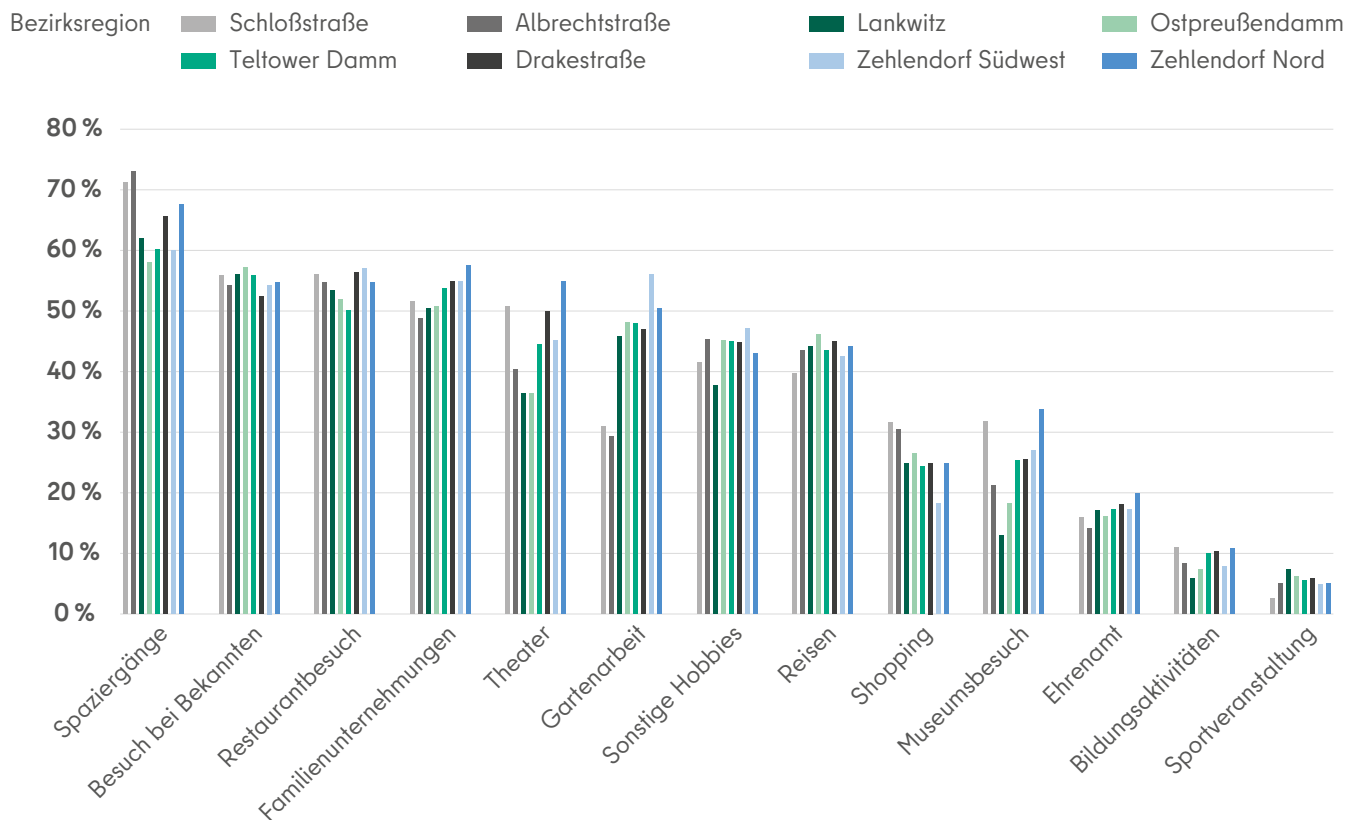


Abbildung 68 zeigt deutliche Unterschiede der Teilhabe in den fünf Einkommensgruppen bei allen mit Kosten verbundenen Aktivitäten.

Die Aktivitäten „Café-Restaurant“, „Theater“, „Reisen“ und „Museum“ wurden von der Einkommensgruppe „> 4.000 €“ mit bis zu 23 Prozentpunkten häufiger genannt als von Befragten mit einem monatlichen Nettoeinkommen „< 1.000 €“.

Abbildung 69: Freizeitaktivitäten nach Bezirksregion



Die in **Abbildung 69** sichtbaren Unterschiede in den Aktivitäten sind möglicherweise durch geografisch-städtebauliche Charakteristiken der Bezirksregionen erklärbar.

Die Bezirksregionen Schloß - und Albrechtstraße laden mit 73% offenbar eher zu „Spaziergang/Stadtbummel“ ein als die BZR Ostpreußendamm, der zu 58% genannt wurde.

Im Gegensatz zu „Spaziergang/Stadtbummel“ zeigt sich in der „Gartenarbeit“ ein umgekehrtes Profil. Hier werden die Bezirksregionen Schloß - und Albrechtstraße nur zu 29% genannt, während die Außenregionen mit bis zu 56% deutlich höher liegen.

In den von städtebaulichen Charakteristiken unabhängigen Aktivitäten „Freunde“, „Reisen“, „Ehrenamt“, „Bildung“ und „Sportveranstaltung“ unterscheiden sich die Regionen kaum.

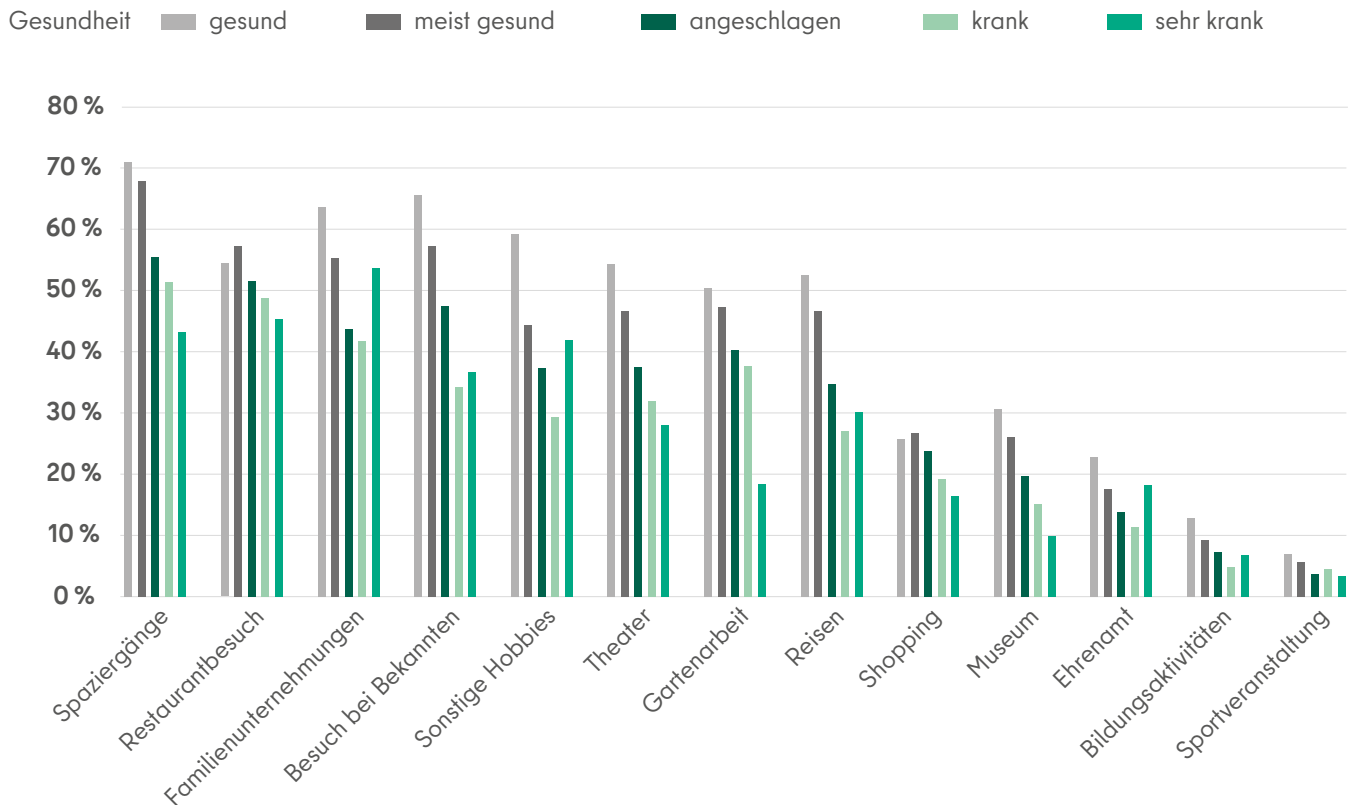
„Spaziergänge, Stadtbummel“ stehen zwar in allen Bezirksregionen mit der größten Häufigkeit aller dortigen Aktivitäten auf Platz 1, ihre Prävalenz streut jedoch um bis zu 13 Prozentpunkte zwischen 73% in der BZR Albrechtstrasse und 60% in der BZR Zehlendorf Südwest bzw. Ostpreußendamm.

Die fehlende lokale Zuordnung der Wohnungen der Befragten und der von ihnen genannten Freizeitaktivitäten erschwert die „Erklärung“.

Gartenarbeit in den Zehlendorfer Bezirksregionen (Südwest und Nord) wurde von 50 % bzw. 56 % der Befragten genannt.

Abbildung 70: Freizeitaktivität nach gesundheitlichem Befinden

Bei den sozialen Aktivitäten wie Unternehmungen mit der Familie oder Besuche bei Bekannten und Freunden sind keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Regionen feststellbar.



Sämtliche der 13 Aktivitäten setzen mentale und/oder körperliche Fitness voraus, die im Krankheitsfall unter Umständen nicht im erforderlichen Maß gegeben ist. Während die ersten vier Stufen von „gesund“ bis „krank“ gleiche Rangfolgen auf unterschiedlichem Niveau beschreiben, zeigt die Kategorie „sehr krank“ eine teilweise andere Rangfolge.

Die maximale Abnahme gesundheitsbedingter, gesellschaftlicher Teilhabe um 224 Prozentpunkte⁵ bedeutet eine Reduktion auf 61%, d.h. um mehr als ein Drittel der Teilhabe sehr kranker im Vergleich zu gesunden Senioren.

Eine Ausnahme zeigt sich in den Kategorien „Familie“, „Hobby“ und „Ehrenamt“, worin sehr kranke Befragte höhere Werte erzielten und nahezu jene der Gruppe „meist gesund“ erreichen.

Bei „sehr kranken“ Befragten wurden Aktivitäten mit der Familie mit 53% am häufigsten genannt - 45% der "sehr kranken" gehen zudem auch ins Restaurant.

⁵ (Hinweis: Die Differenzen in Prozent aller Aktivitäten wurden addiert. Daraus resultiert der hohe Wert.)

2. Informationsquellen

Tabelle 19: Info über Angebote für Generation 65+

Beziehe Info über Angebote aus	n	Anteil
Radio/Fernsehen	2.778	62 %
Zeitungen/Zeitschriften	2.692	60 %
Internet	2.181	49 %
kostenlose Bezirkszeitungen	1.855	42 %
Bekannte	1.410	32 %
Programmhefte (Bezirk, Verein)	1.017	23 %
Multiresponse		268 %
n	4.467	

Die Frage: „Wie informieren Sie sich über gesundheitliche, kulturelle und soziale Angebote für ältere Menschen“ ergab folgendes Bild (siehe **Tabelle 19**):

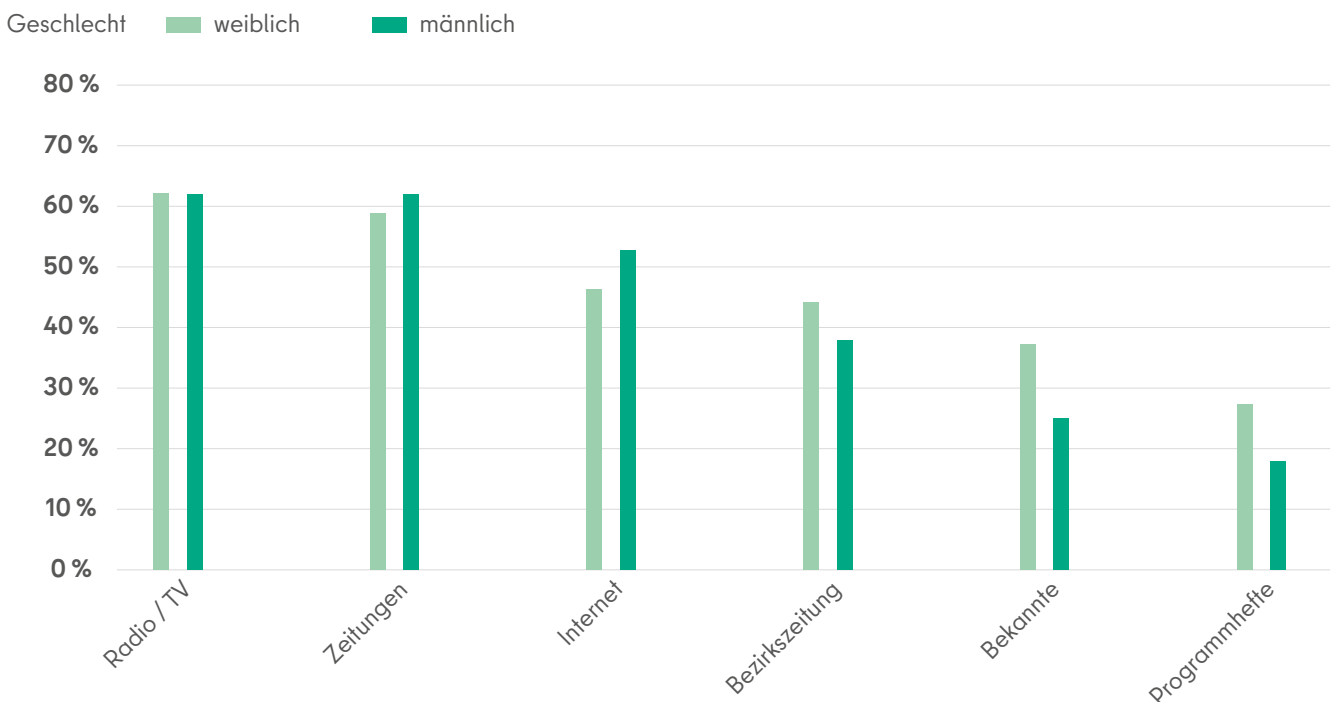
Im Mittel nutzen die Befragten etwa 2,7 der genannten Quellen. Am häufigsten wurden „Radio/Fernsehen“ und „Zeitungen/Zeitschriften“ angegeben.

Mit einem Abstand von 11 Prozentpunkten folgt mit 49% der Nennungen das Internet.

Geschlechtsspezifische Unterschiede werden in **Abbildung 71** dargestellt.

Männer beziehen ihre Informationen mit 53 % häufiger aus dem Internet als Frauen (46 %).

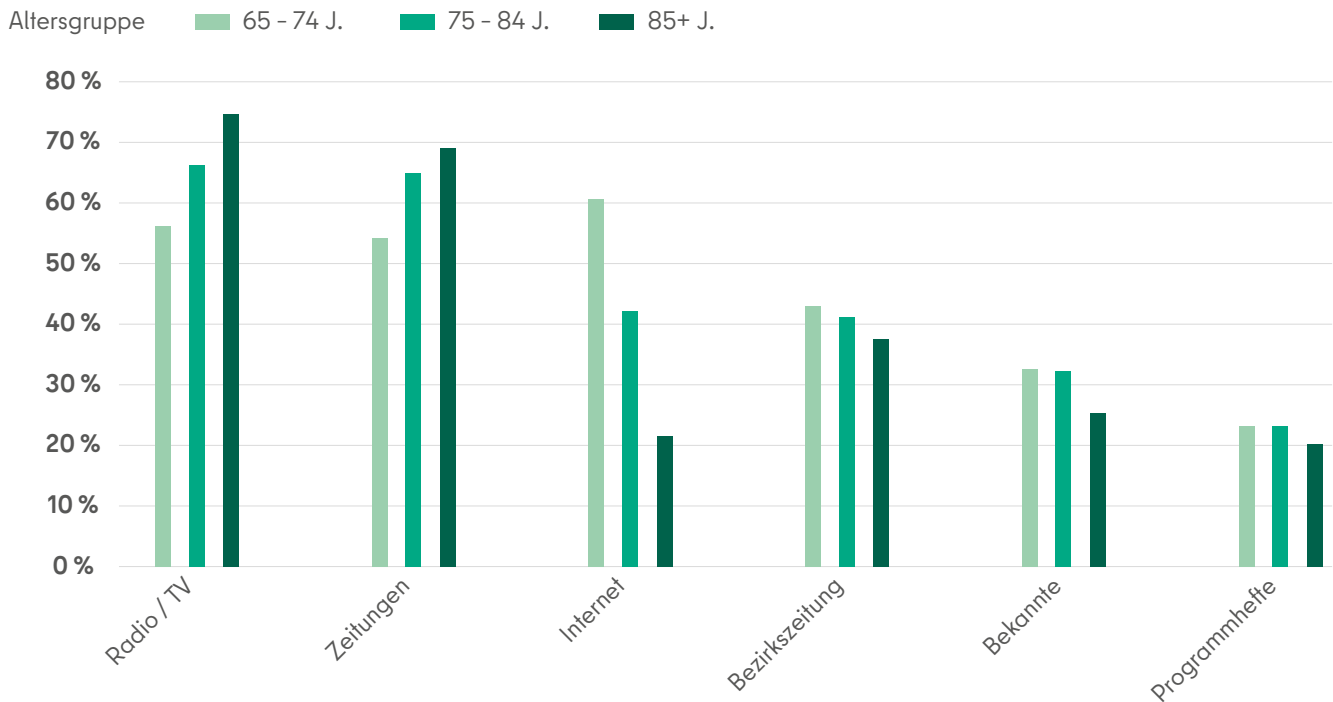
Abbildung 71: Informationsquellen nach Geschlecht



Frauen hingegen erhalten diese Informationen deutlich häufiger von Bekannten, aus kostenlosen oder den Programmheften des Bezirks.

Abbildung 72 zeigt die Wahl/Präferenz hinsichtlich der Info-Quellen in den drei Altersgruppen.

Abbildung 72: Informationsquellen nach Altersgruppen



In der Nutzung des Internets unterscheiden sich die Altersgruppen der 65-74-Jährigen und die Gruppe der über 85-Jährigen um 40 Prozentpunkte, was einen Unterschied in der Prävalenz um den Faktor 3 bedeutet.

Im Gegensatz zur altersbedingt abnehmenden Internetnutzung zeigt die Nutzung von „Radio/Fernsehen“ und „Zeitungen/Zeitschriften“ eine mit steigendem Alter deutlich zunehmende Tendenz.

Von den sechs genannten Möglichkeiten, relevante Angebote für Senioren zu finden, setzt die Nutzung des Internets eine eigene Aktivität und ein gewisses Maß an digitaler Kompetenz voraus, was vermutlich die große Differenz zwischen den Altersgruppen erklärt.

In der jüngsten Altersgruppe wurde das Internet im Multiresponse mit 60,7% am häufigsten genannt. Danach folgten die traditionellen Informationsquellen und schließlich - mit vergleichsweise geringer Häufigkeit - die lokalen Angebote.

In der ältesten Gruppe zeigt sich ein gänzlich anderes Bild. Hier liegt das Internet mit 21,2% auf dem vorletzten Platz in der Rangordnung. Radio und Fernsehen sowie Zeitungen und Zeitschriften wurden mit 74,7% bzw. 69,2% in der Altersgruppe 85+ am häufigsten genannt.

In der quantitativen Nutzung liegt die älteste Gruppe mit 2,5 Nennungen hinter den anderen Altersgruppen, die im Mittel mit 2,75 der 6 Quellen nutzen.

Abbildung 73: Informationsquellen bei vorliegendem Migrationshintergrund

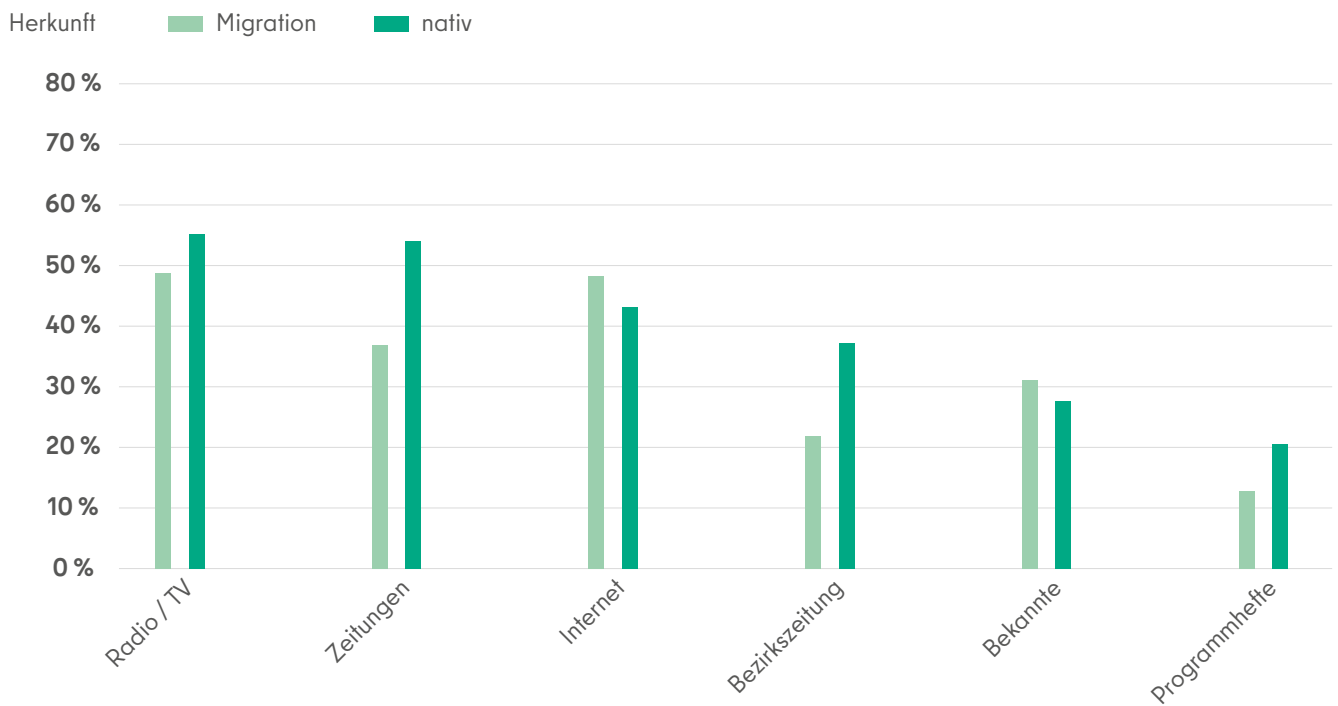
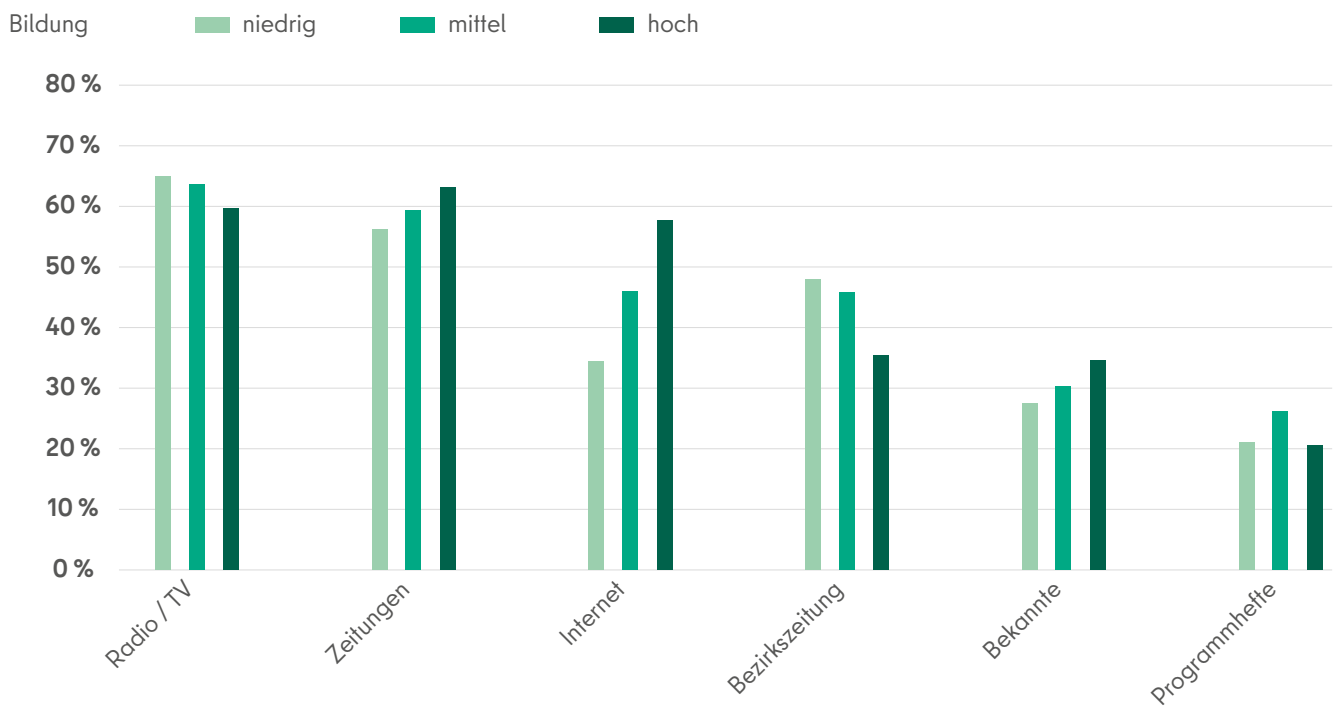


Abbildung 74: Informationsquellen nach Bildungsgrad



Die Korrelation der Nutzerprofile der jüngsten und ältesten Altersgruppe ist mit $\rho = 0,54$ deutlich kleiner als die zwischen den beiden jüngeren Gruppen, die mit $\rho = 0,97$ hinsichtlich der Nutzung der Quellen nahezu identisch erscheinen. Die Werte bedeuten, dass sich die Befragten bis zum Alter von 85 Jahren nur sehr gering in der Art und Weise unterscheiden, wie sie das Internet nutzen. Erst danach (> 85 Jahre) ändert sich das Nutzungsverhalten.

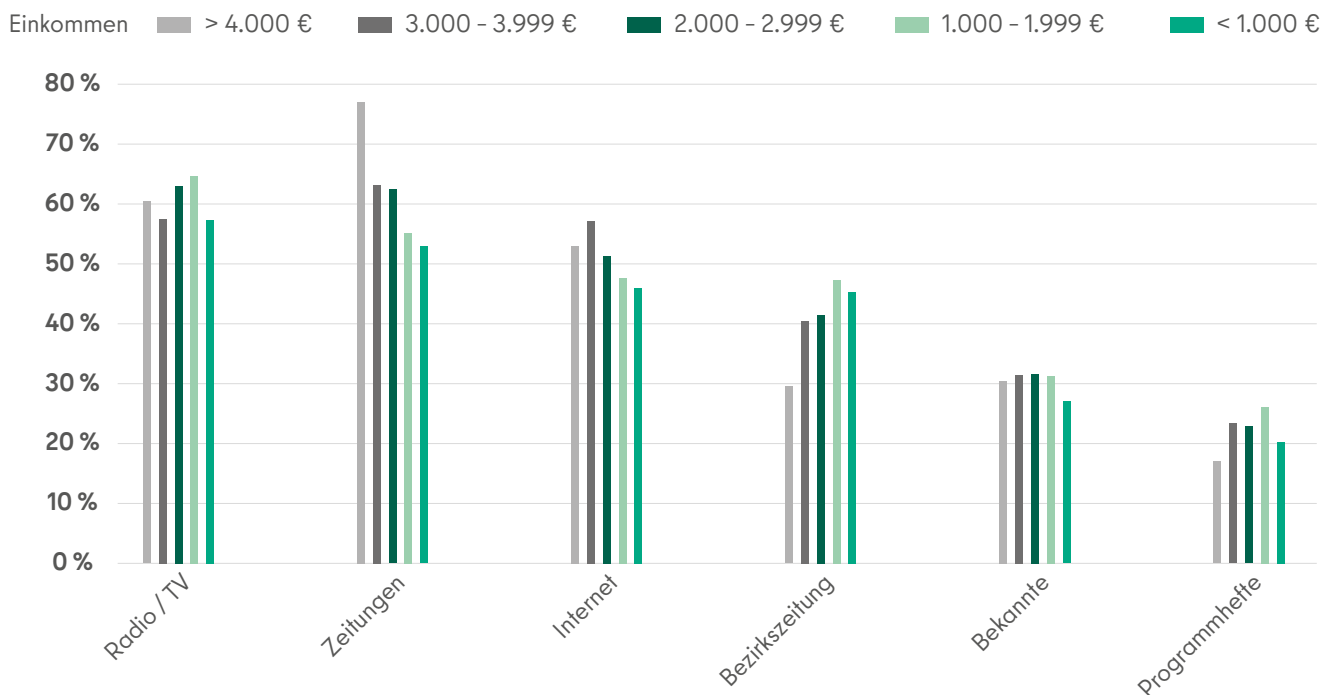
Bei der Suche nach Angeboten für Senioren stehen „Radio/TV“ für Befragte sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund an erster Stelle.

Zeitungen werden von Befragten mit Migrationshintergrund um 17 Prozentpunkte seltener herangezogen als von den Befragten ohne Migrationshintergrund, was an einer „Sprachbarriere“ liegen könnte.

Programmhefte (Bezirk oder Verein) nehmen für beide Gruppen den letzten Platz ein.

Für Befragte mit niedriger oder mittlerer Bildung stehen „Radio/TV“ als bevorzugte Info-Quellen an erster Stelle, während hochgebildete Befragte „Zeitungen“ am häufigsten genannt haben.

Abbildung 75: Informationsquellen nach Einkommensgruppen



Die Häufigkeit, das Internet bei der Suche nach diesen Angeboten zu nutzen, steigt mit dem Status der Bildung deutlich um den Faktor 1,35 bzw. 1,7.

Befragte mit niedriger Bildung haben im Mittel 2,5 der 6 Optionen genannt, während die beiden anderen Gruppen im Mittel etwa 2,7 der 6 Optionen nennen.

Die Häufigkeit, kostenlose Bezirkszeitungen bei der Suche nach diesen Angeboten zu nutzen, ist bei hochgebildeten Befragten um 12 Prozentpunkte geringer als bei den beiden anderen Gruppen.

Rangordnung und Quantität der Nutzung einschlägiger Info-Quellen stimmen in den ersten 4 Einkommensklassen sehr gut überein, während die Werte von Befragten mit einem Einkommen 4.000+ € bzgl. „Zeitungen“ und „kostenlosen Bezirkszeitungen“ um etwa 20 Prozentpunkte davon abweichen.

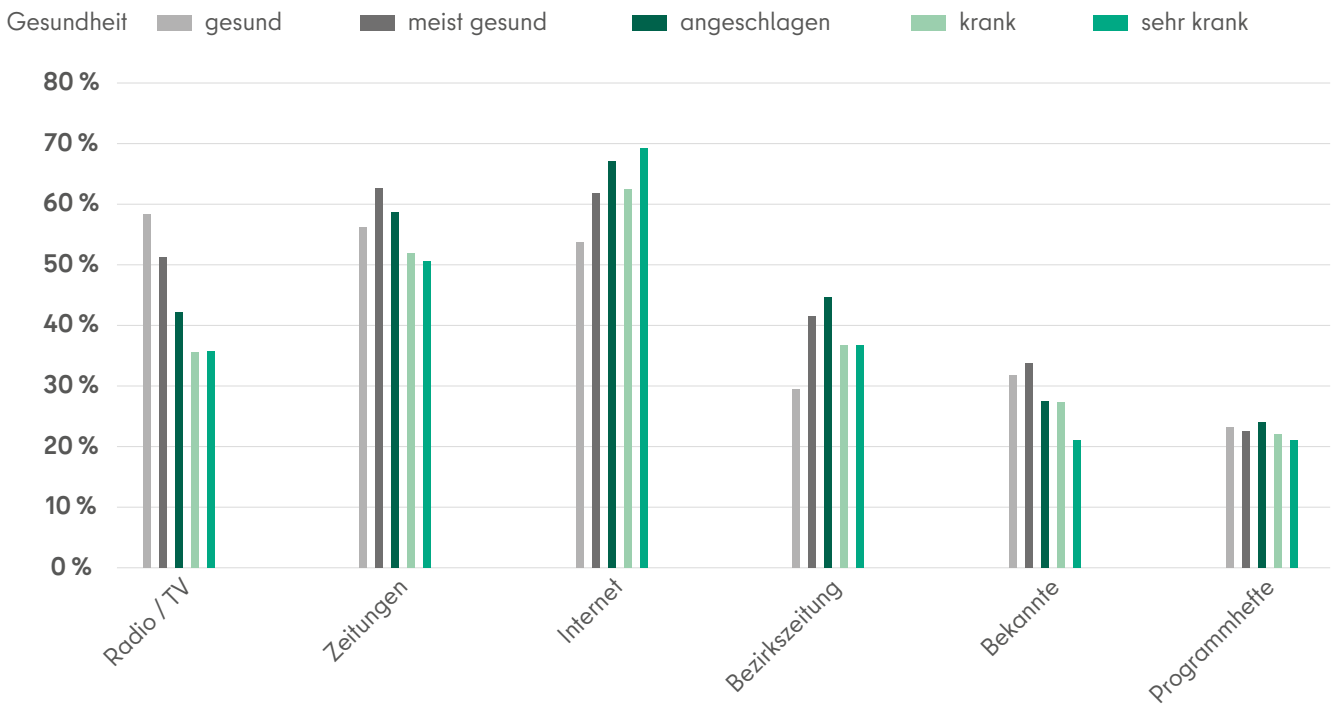
Das Internet wurde am häufigsten von Befragten mit einem Einkommen von 3.000 bis 4.000 € genannt.

Programmhefte (Bezirk, Verein) werden im Mittel nur von jedem fünften der Befragten als Quelle für spezifische Senioren-Infos genutzt.

Lediglich das Internet zeigt eine mit abnehmender Gesundheit monoton fallende Tendenz.

Abbildung 76: Informationsquellen nach gesundheitlichem Befinden

59 % der „gesunden“ Senioren nutzen hier das Internet, während nur 36 % der „sehr kranken“ Befragten darauf zurückgreifen.



„Radio/Fernsehen“ erreicht mit steigender Tendenz bei abnehmender Gesundheit mit 69 % insgesamt die höchste Rate.

Bei kostenlosen Bezirkszeitungen und Programmen von Bezirk und Vereinen fanden sich bei niedrigem Niveau nur sehr geringe Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit der Befragten.

Isolation und Einsamkeit:

Abbildung 77 beschreibt die Beziehung zwischen „Nutzung der Info-Quellen für Senioren“ und „Gefühl von Einsamkeit/Isolation“.

Die Rangordnungen der Angebotsnutzungen bzgl. „Grad der Vereinsamung“ sind identisch, aber Befragte ohne Einsamkeitserleben nutzen die Angebote deutlich seltener als jene, die sich „meistens“ oder „fast immer“ einsam fühlen.

Abbildung 77: Häufigkeit genutzter Angebote im Verhältnis zum Einsamkeitsempfinden

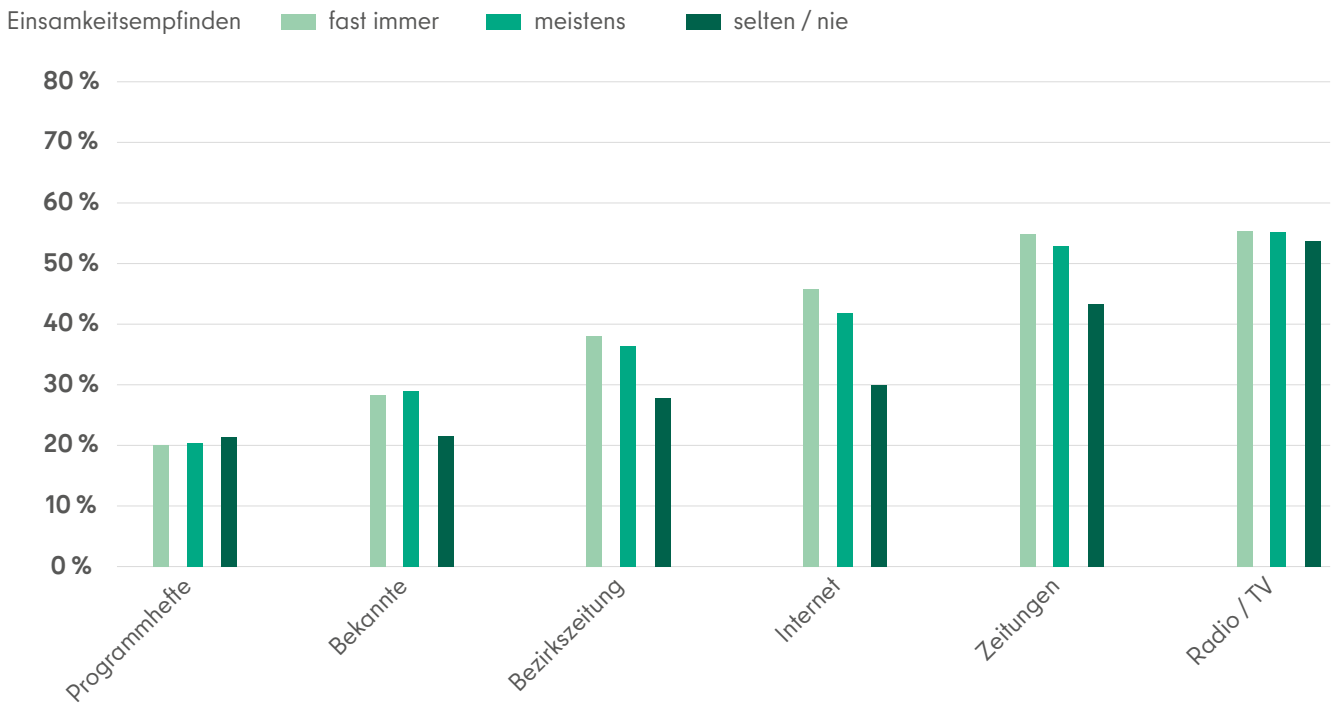
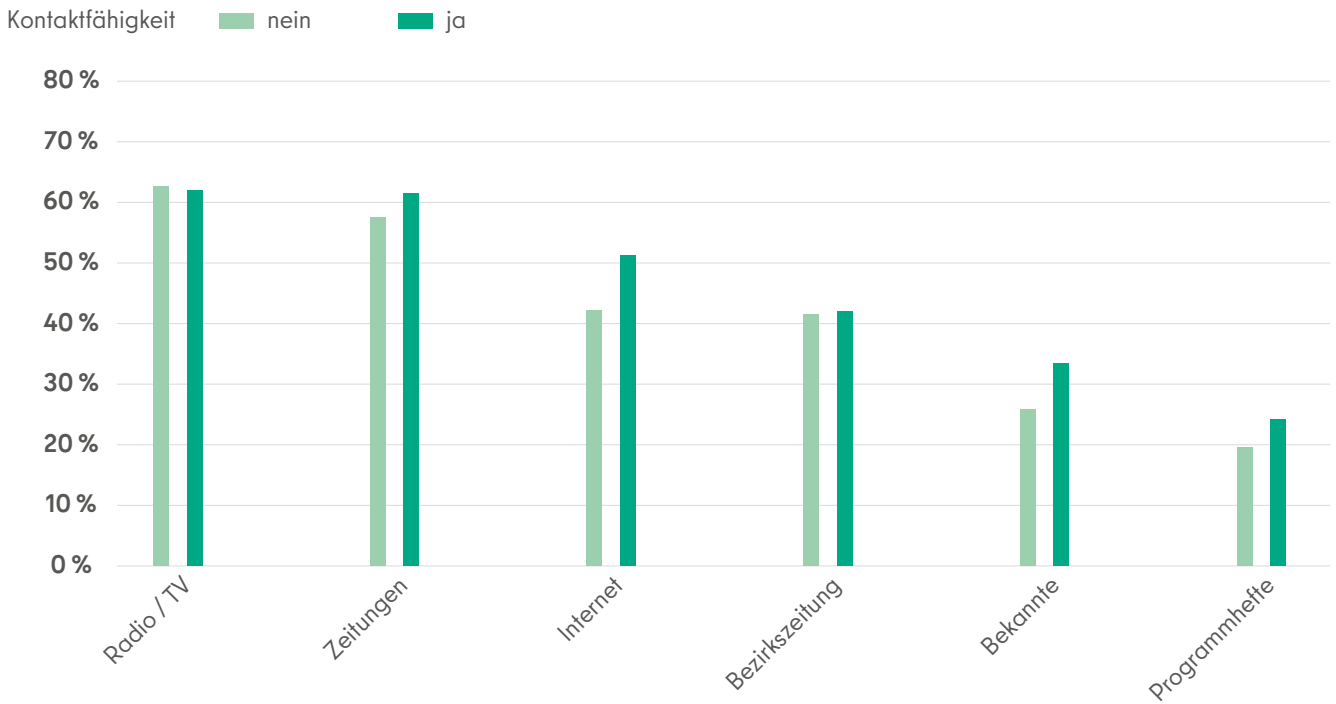


Abbildung 78: Genutzte Angebote nach Kontaktfähigkeit



Radio und Fernsehen sind in jedem Haushalt zu jeder Tag- und Nachtzeit ohne Vorbereitung bequem verfügbar und werden somit auch in allen drei Graden der Einsamkeit am meisten genutzt.

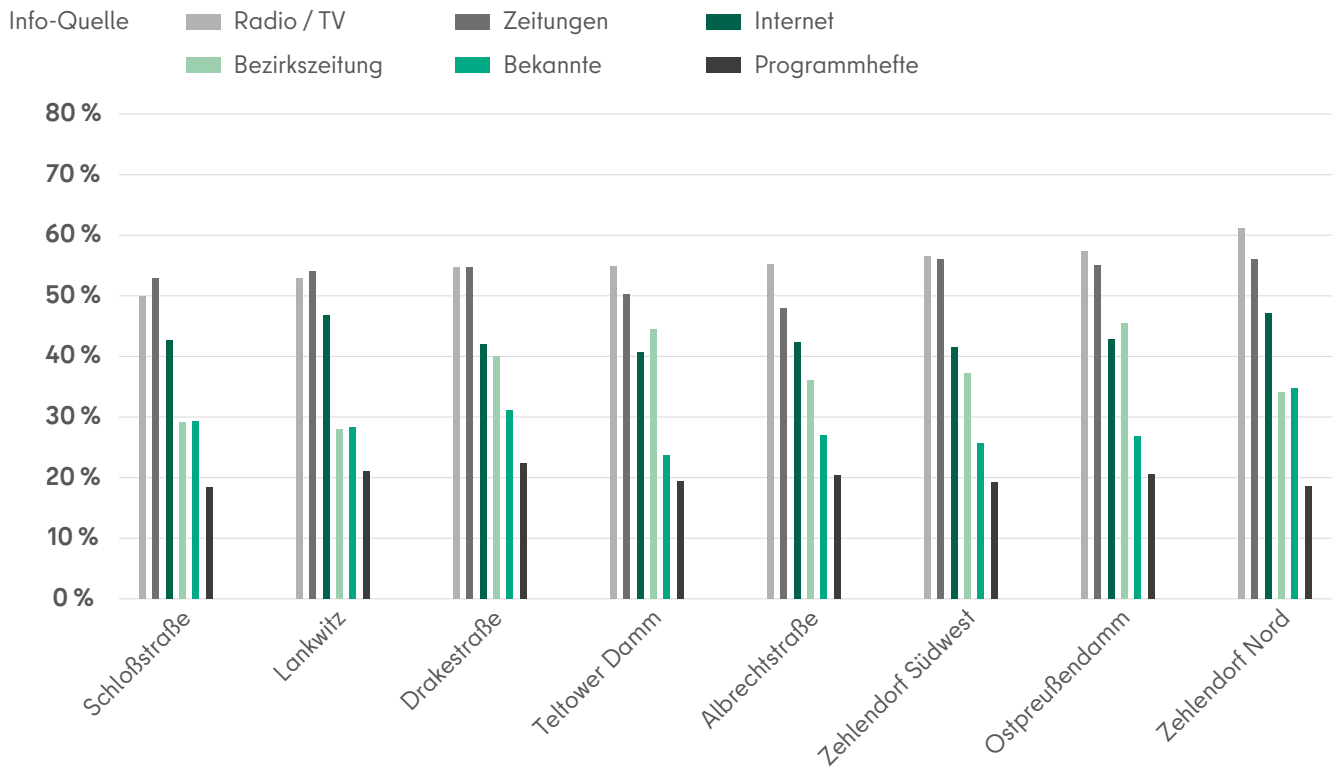
Bei gleicher Rangordnung beider Gruppen nutzen kontaktfähige Senioren Informationen über Angebote mit Ausnahme von „Radio/TV“ und „kostenlosen Bezirkszeitungen“ häufiger als kontaktschwache.

Von „Bekanntem“ holen kontaktfreudige Senioren um 8 Prozentpunkte häufiger Informationen ein als kontaktschwache.

Abbildung 79 zeigt (1) die Präferenzen bzgl. der Angebote und (2) die Besonderheit der „kostenlosen Bezirkszeitungen“⁶, die im Gegensatz zu allen anderen Optionen zwischen den Regionen stark streuen.

„Radio/TV“ und „Zeitungen/Zeitschriften“ wurden in allen Bezirksregionen am häufigsten genannt, während „Programme, Bezirk/Verein“⁷ mit nur 20% durchgehend auf dem letzten Platz liegen.

Abbildung 79: Genutzte Informationsquellen in den jeweiligen Bezirksregionen



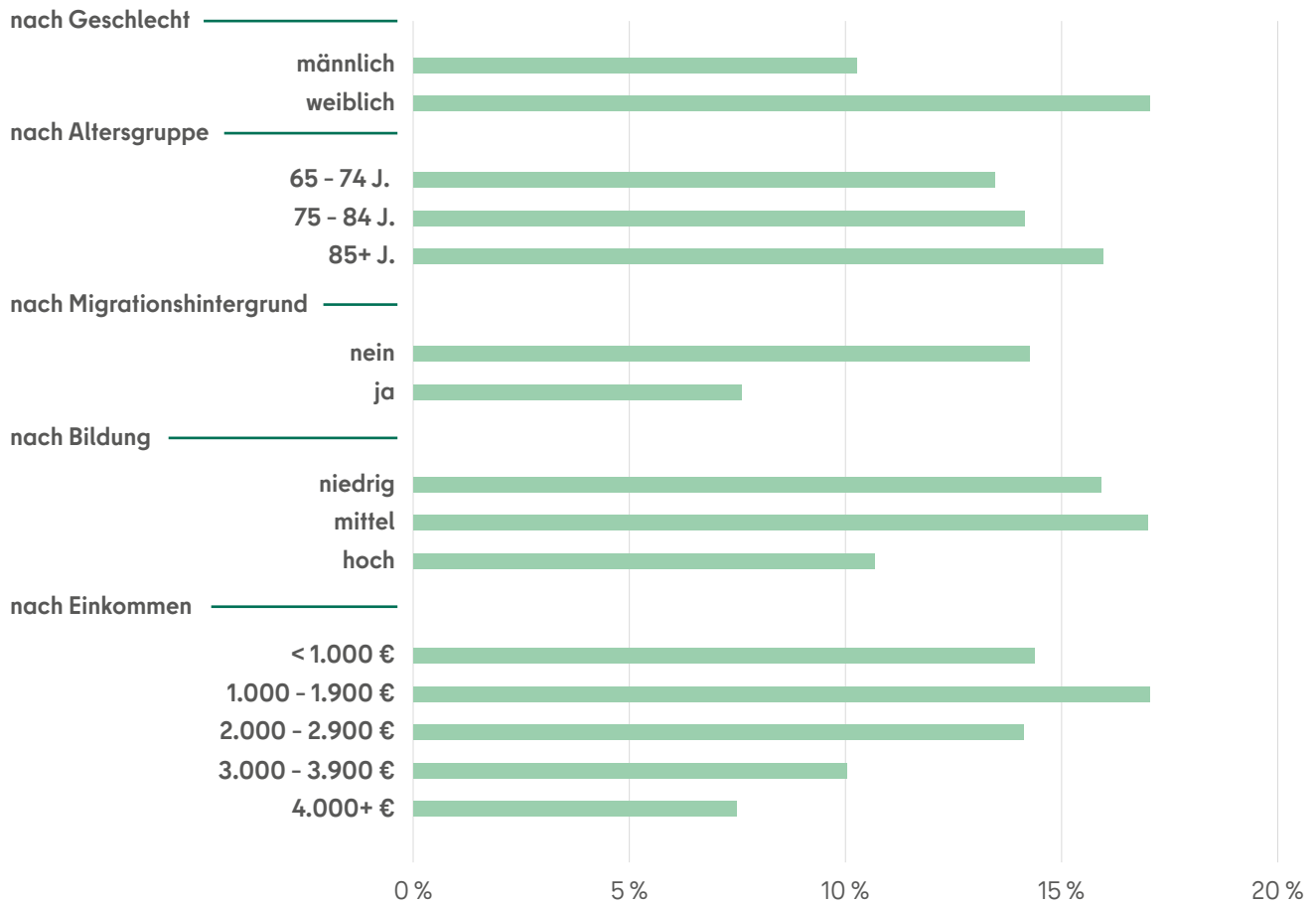
⁶ in der Grafik „Bezirkszeitung“

⁷ in der Grafik „Programmhefte“

3. Angebote der bezirklichen Freizeitstätten (FZS):

Abbildung 80: Kenntnis der Freizeitstättenangebote nach demografischen Angaben

Wie **Abbildung 80** deutlich zeigt, stehen die bezirklichen Freizeitstätten (FZS) vor der Herausforderung einer zielgruppenorientierten Kommunikation. Nur höchstens jeder fünfte der Befragten kennt die Angebote dieser Einrichtungen.



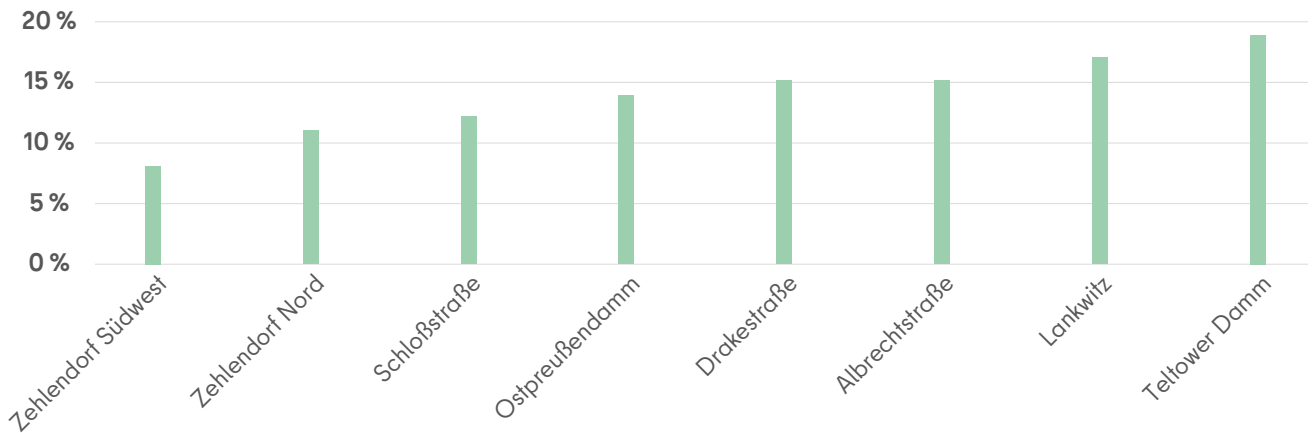
Angebote waren Frauen mit 17,1 % deutlich häufiger bekannt als Männern mit 10,3%.

Fiel in den drei Altersgruppen die Bekanntheit nur sehr gering unterschiedlich aus, waren diese Angebote bei Befragten mit niedrigem oder mittlerem Bildungsstatus deutlich bekannter als Befragten mit hohem Bildungsstatus. Hier lag der Anteil nur bei 10,7 %.

Wenig bekannt waren diese Angebote bei den Befragten mit Migrationshintergrund (7,7 %). Auch den Befragten mit einem höheren monatlichen Nettoeinkommen waren diese Angebote wesentlich seltener bekannt, als Personen mit einem geringeren Einkommen.

Abbildung 81 zeigt die geringe Bekanntheit der Angebote in den Freizeitstätten des Bezirks.

Abbildung 81: Bekanntheit der Freizeitstättenangebote in den jeweiligen Bezirksregionen



Der Unterschied von 11 Prozentpunkten zwischen dem Minimum in der BZR Zehlendorf-Südwest und dem Maximum in der BZR Teltower Damm ist gering, aber signifikant.

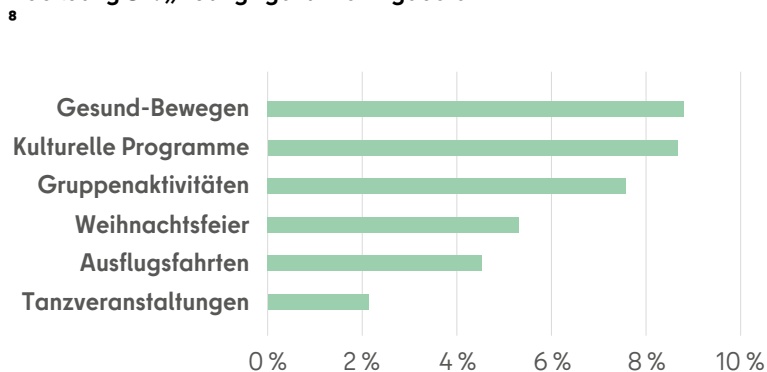
Auch in der BZR Teltower Damm kennt nur etwa jeder fünfte der Befragten diese Angebote.

Nutzung des Angebots der Freizeitstätten (FZS):

Für die Aufrechterhaltung der Angebote in den FZS spielt der Umfang des jeweiligen „Stammpublikums“ eine wichtige Rolle.

Zur besseren Übersicht werden die „häufigen“ Besuche in den FZS in **Abbildung 82** separat dargestellt.

Abbildung 82: „Häufig“ genutzte Angebote



Problematisch bei der Auswertung ist, dass häufig keine Angaben gemacht wurden. Geht man von der Annahme aus, dass die fehlenden Angaben zufällig sind (at random), sind trotzdem Auswertungen möglich, die eine Übertragung auf die Grundgesamtheit zulassen. **Abbildung 83** zeigt die geschätzten Anteile genutzter Angebote der FZS, allerdings mit der Unterstellung, dass die „Missings“ im Datensatz (bei „genutzten FZS“ sind es pro Variable ca. 3.400 von 5.056) MCAR (missing complete at random) sind. Diese Annahme ist allerdings mit einer hohen Unsicherheit behaftet.

Lässt man diese Annahme fallen, dann ergibt sich folgendes Bild (siehe **Abbildung 83**):

⁸ Gesund-Bewegen Abkürzung für Gesundheits- und Bewegungsangebote

Abbildung 83: Geschätzte Anteile „häufig“ genutzter FZS-Angebote⁹

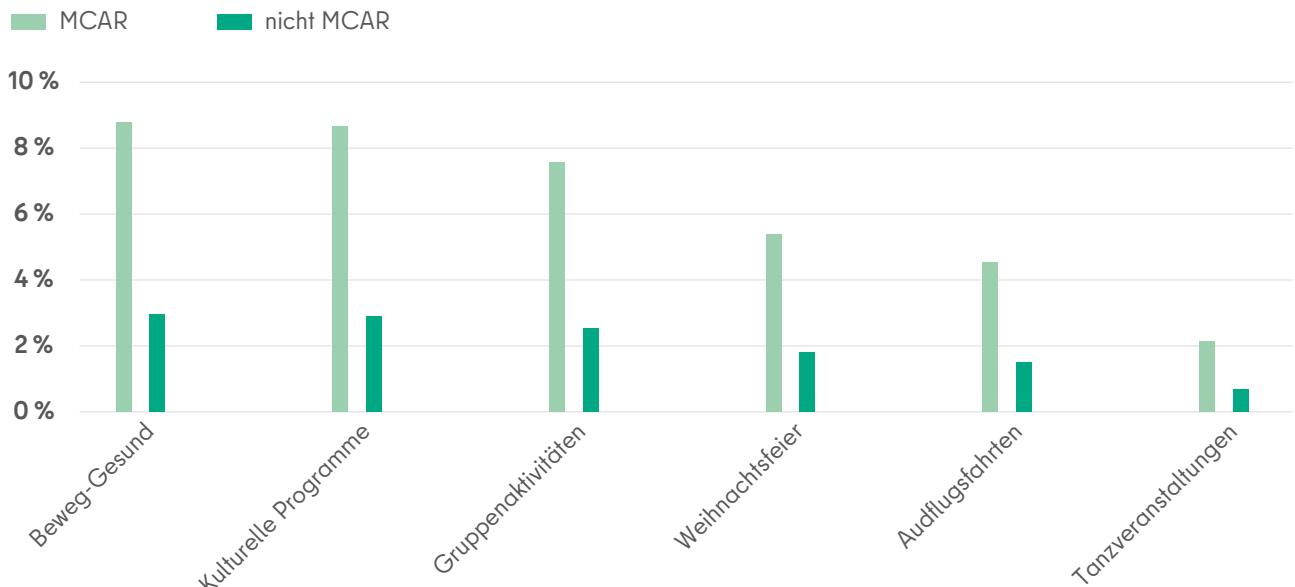


Tabelle 20: Rangfolge der genutzten Angebote

Angebote des Bezirks	genutzte Angebote	
	n	Anteil
Gesundheits- und Bewegungsangebote	150	40 %
kulturelle Programme	148	40 %
Gruppenaktivitäten	129	35 %
Weihnachtsfeiern	90	24 %
Ausflugsfahrten	77	21 %
Tanzveranstaltungen	36	10 %
Multresponse		170 %
n	630	

630 von 4.573 Befragten haben mindestens 1 und im Mittel 1,7 der 6 Angebote der FZS des Bezirks genutzt, während 3.943 Befragte keines der Angebote genutzt haben.

In der „Konkurrenz“ der Angebote liegen „Bewegung-Gesundheit“, „kulturelle Programme“ und „Gruppenaktivitäten“ weit vorn.

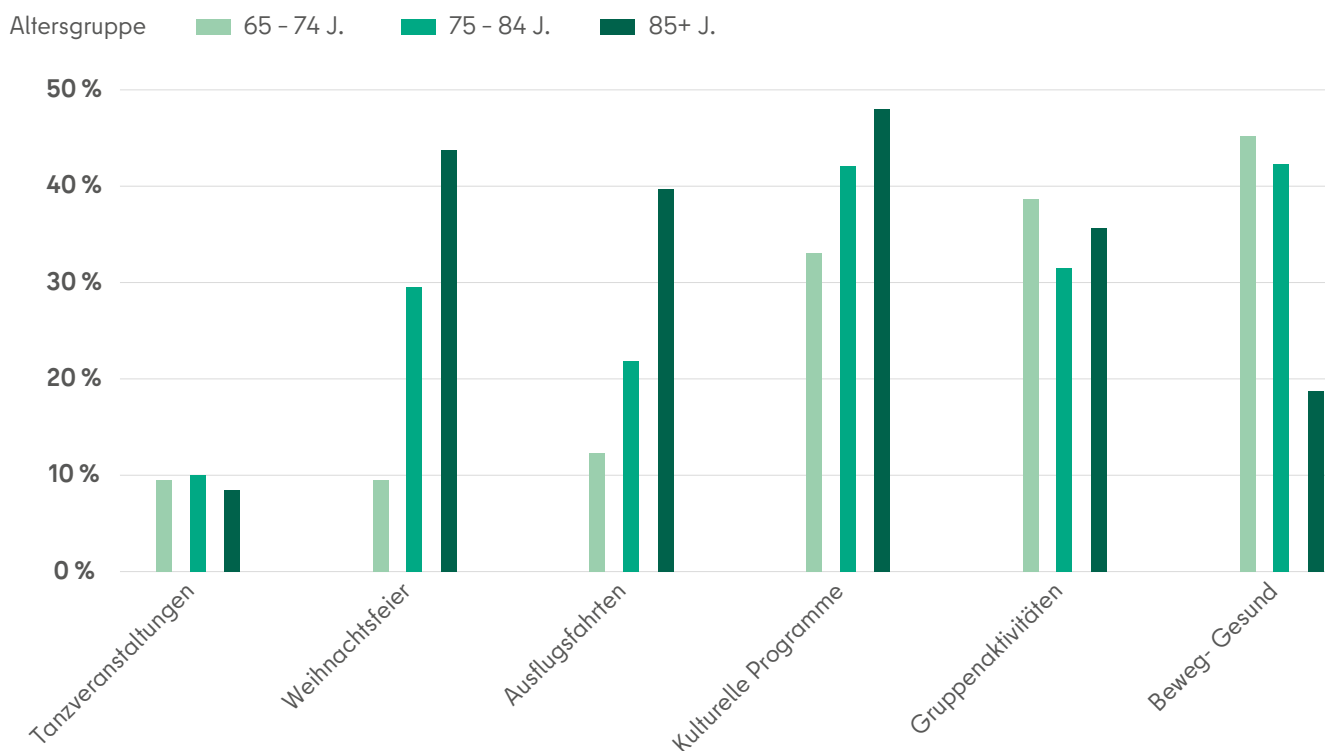
Tabelle 21 und Abbildung 84 zeigen die Unterschiede der Nutzung / Akzeptanz von Angeboten der FZS in den drei Altersklassen.

Tabelle 21: Genutzte Angebote des Bezirks nach Alter

Genutzte Angebote des Bezirks	Alter		
	65 - 74 J.	75 - 84 J.	85+ J.
Gesundheits- und Bewegungsangebote	45,2%	42,1%	18,8%
Gruppenaktivitäten	38,5%	31,6%	35,4%
kulturelle Programme	33,3%	42,1%	47,9%
Ausflugsfahrten	12,6%	21,6%	39,6%
Tanzveranstaltungen	9,6%	10,0%	8,3%
Weihnachtsfeiern	9,6%	29,5%	43,8%
Multresponse	148,8%	176,9%	193,8%
n	135	190	48

⁹ Beweg-Gesund Abkürzung für Gesundheits- und Bewegungsangebote

Abbildung 84: Akzeptanz der Freizeitstättenangebote nach Altersgruppen¹⁰



Die beiden jüngeren Altersgruppen sind mit $\rho = 0.79$ in den Rangfolgen ihrer Akzeptanz / Nutzung der Angebote sehr ähnlich, während die jüngste und die älteste Gruppe mit $\rho = 0$ vollständig unkorreliert sind.

Während zum Beispiel Weihnachtsfeiern bei der Altersgruppe 85+ den zweithöchsten Rang der Beliebtheit einnehmen¹¹, liegen diese bei der jüngsten Gruppe mit 9,6% auf dem letzten Platz.

Eine umgekehrte Relation findet sich bei der Akzeptanz in der Kategorie „Bewegung-Gesundheit“, in der die Gruppe im Alter 85+ hochsignifikant unter den beiden anderen Altersgruppen liegt.

Tabelle 22: Genutzte Angebote des Bezirks nach Bildung

Genutzte Angebote des Bezirks	Bildung		
	niedrig	mittel	hoch
kulturelle Programme	34,1%	40,0%	43,8%
Gruppenaktivitäten	36,6%	39,4%	28,1%
Gesundheits- und Bewegungsangebote	47,6%	37,0%	38,0%
Weihnachtsfeiern	32,9%	27,3%	14,9%
Ausflugsfahrten	31,7%	18,2%	17,4%
Tanzveranstaltungen	8,5%	12,1%	7,4%
Multresponse	191,4%	174,0%	149,6%
n	82	165	121

Bei Tanzveranstaltungen und weitgehend auch bei Gruppenaktivitäten sind sich alle drei Altersgruppen in ihrer Akzeptanz „einig“, das heißt sie liegen auf etwa gleichen Niveau.

¹⁰ Beweg-Gesund Abkürzung für Gesundheits- und Bewegungsangebote

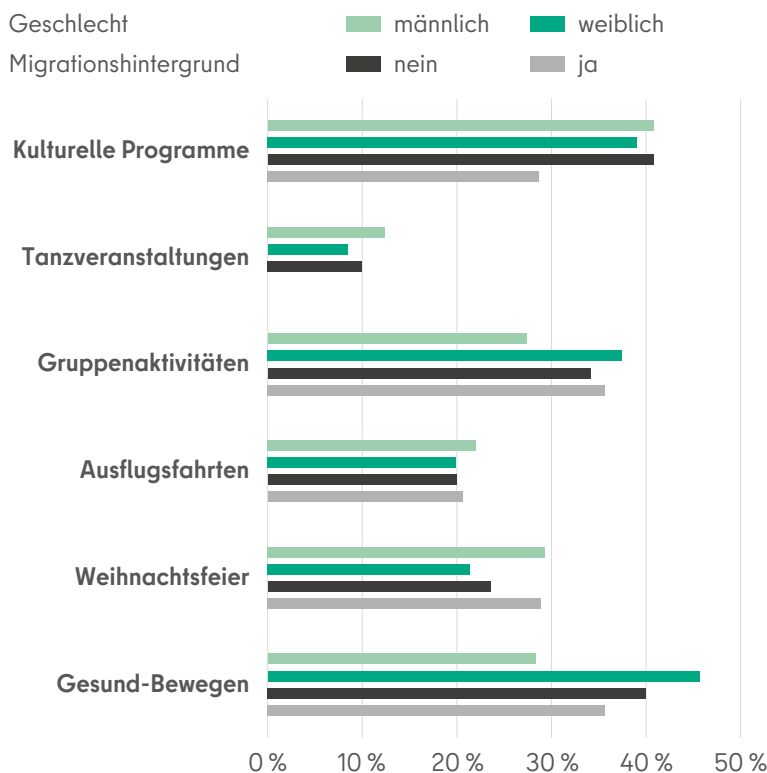
¹¹ Immer nur auf Basis der Angaben der Befragten, die mindestens eines der Angebote genutzt haben.

Ausgenommen von kulturellen Programmen zeigten höher Gebildete an den Angeboten ein durchweg geringeres Interesse als die beiden anderen Gruppen. Während höher Gebildete im Mittel etwa nur 1,5 der Angebote nutzen¹², wurden in den beiden anderen Gruppen im Mittel 1,7 bzw. 1,9 genutzte Angebote genannt.

Der größte Unterschied zwischen den Bildungsstufen zeigte sich bei Angeboten zu Weihnachtsfeiern.

Von allen dokumentierten Nutzungen der höher gebildeten Befragten entfielen lediglich 14,9% auf Weihnachtsfeiern, während diese bei niedrig gebildeten Befragten 32,9% aller Nutzungen ausmachen.

Abbildung 85: Genutzte Angebote des Bezirks vs. Geschlecht und Migration



46%/28% aller von Frauen/Männern genutzten Angebote betreffen „Gesundheit-Bewegung“.

Auch die „Gruppenaktivitäten“ rangieren bei Frauen mit 38% höher als bei Männern, bei denen sie nur mit 27% einen geringeren Rang einnehmen.

Bei Männern rangieren „Weihnachtsfeiern“ mit 29% höher als bei Frauen mit 22%.

Bei Befragten mit Migrationshintergrund rangieren „Weihnachtsfeiern“ mit 29%, höher als bei Befragten ohne Migrationsstatus.

Die offenbar mit Kosten verbundenen „Ausflugsfahrten“ werden von Befragten mit einem monatlichen Nettoeinkommen < 1.000 € um den Faktor 2 bis 3 seltener genutzt als von den finanziell besser gestellten.

Die Befragten der Einkommensklasse 4.000+ € haben im Mittel nur eines der Angebote genutzt, während die anderen Klassen im Mittel 1,5 bis 1,8 der Angebote nutzen.

Tabelle 23: Genutzte Angebote des Bezirks nach Nettoeinkommen

Angebote des Bezirks	Nettoeinkommen				
	<1000 €	1.000-1.999 €	2.000-2.999 €	3.000-3.999 €	4.000+ €
Gesundheits- und Bewegungsangebote	38,5%	36,8%	50,0%	50,0%	40,0%
kulturelle Programme	38,5%	41,9%	39,5%	50,0%	26,7%
Gruppenaktivitäten	23,1%	41,0%	28,9%	18,8%	13,3%
Weihnachtsfeiern	23,1%	24,8%	19,7%	25,0%	13,3%
Ausflugsfahrten	11,5%	22,2%	15,8%	31,3%	20,0%
Tanzveranstaltungen	19,2%	15,4%	7,9%	6,3%	0,0%
Multiresponse	153,9%	182,1%	161,8%	181,4%	113,3%

¹² Multiresponse =149,6%

Tabelle 24: Genutzte Angebote des Bezirks nach Gesundheitszustand

Angebote des Bezirks	Gesundheitszustand				
	gesund	meist gesund	angeschlagen	krank	sehr krank
Gesundheits- und Bewegungsangebote	42,5%	43,6%	28,2%	35,0%	25,0%
kulturelle Programme	33,3%	40,8%	41,0%	35,0%	62,5%
Gruppenaktivitäten	28,6%	35,5%	35,9%	30,0%	37,5%
Weihnachtsfeiern	19,0%	18,5%	23,1%	25,0%	50,0%
Ausflugsfahrten	16,7%	22,3%	30,8%	25,0%	62,5%
Tanzveranstaltungen	14,3%	6,6%	12,8%	20,0%	25,0%
Multiresponse	157,1%	167,3%	171,8%	170,0%	262,5%

„Sehr kranke“ Befragte nutzten im Mittel 2,6 der Angebote und liegen damit um den Faktor 1,5 über den anderen Befragten.

Das Nutzerprofil der „sehr kranken“ Befragten zeigt deutlich, dass diese Gruppe insbesondere die körperlich weniger anstrengenden Angebote bzgl. „kulturelle Programme“, „Ausflugsfahrten“ und „Weihnachtsfeiern“ intensiv nutzt.

Die hier genannten Angebote des Bezirks dienen auch oder gar primär dem Zweck, Menschen zusammen zu bringen, was jedoch für kontaktschwache Senioren ein Problem darstellen kann.

Tabelle 25: Genutzte Angebote des Bezirks vs. Kontaktfähigkeit

Angebote des Bezirks	Kontaktfähigkeit	
	nein	ja
kulturelle Programme	41,4%	40,3%
Gesundheits- und Bewegungsangebote	36,8%	40,7%
Gruppenaktivitäten	31,0%	35,7%
Weihnachtsfeiern	27,6%	22,1%
Ausflugsfahrten	26,4%	18,3%
Tanzveranstaltungen	12,6%	9,5%
Multiresponse	175,8%	166,6%

Insgesamt nutzten kontaktstarke und -schwache Senioren, die überhaupt ein Angebot genutzt haben, im Mittel etwa 1,7 davon.

Die Angebote „Gesundheit-Bewegung“ und „Gruppenaktivitäten“ werden von kontaktstarken Senioren häufiger als von kontaktschwachen genutzt.

Eine einheitliche Tendenz ist hier jedoch nicht zu erkennen.

Bei den Gesundheits- und Bewegungsangeboten waren vor allem Befragte aus der BZR Zehlendorf Südwest mit 60% sehr häufig vertreten.

Kulturelle Programme hingegen wurden von 65% der Befragten angegeben, die in der BZR Schloßstraße wohnen.

Am häufigsten wurden Weihnachtsfeiern in der BZR Ostpreußendamm mit 39% angegeben.

Gruppenaktivitäten waren mit 51% am beliebtesten in der BZR Teltower Damm. Auch hier waren die Fallzahlen zum Teil sehr niedrig.

Bewertung der Angebote der bezirklichen Freizeitstätten:

Die Befragten wurden gebeten, die genutzten Angebote auf einer Schulnotenskala von 1 bis 5 zu beurteilen.

Tabelle 26: Beurteilung der Angebote der FZS im Hinblick auf Alter und Geschlecht

Angebote FZS	Beurteilung der Angebote									
	65 - 74 J.		75 - 84 J.		85+ J.		männlich		weiblich	
	n	Note	n	Note	n	Note	n	Note	n	Note
Gymnastik	202	2,5	197	2,4	29	2,5	147	3,4	182	2,7
Musikdarbietung	189	2,7	188	2,5	55	2	186	2,8	244	2,4
Spielegruppen	116	2,8	135	2,9	19	2,8	109	3,6	113	3,3
Fremdsprachkurs	146	2,8	127	2,8	20	2,9	115	3,4	152	2,6
Computer, etc.	146	2,9	159	2,9	26	3,5	135	3,5	177	2,5
Vorträge	144	2,9	152	2,8	27	2,8	138	3,4	148	2,9
Gedächtnistraining	114	2,9	125	2,9	18	3,4	123	3,3	147	2,5
Kunsthandwerk	150	3	143	2,8	20	3,3	186	2,8	244	2,4
Tagesfahrten	112	3	152	2,8	40	2,6	125	3,2	168	2,5
Literatur	120	3,1	123	2,8	27	2,6	120	3,4	145	2,8
Tanzen	131	3,2	132	3,1	24	3,2	150	3	276	2,1
Info-Beratung	117	3,2	131	3	18	3,3	121	3,5	124	3
Interkult. Angebote	111	3,3	129	3,1	21	3,2	149	3,1	174	2,6
Polit. Bildung	99	3,3	121	3,3	25	3	115	3,5	142	2,5
Generationenübergreifend	99	3,3	108	3,3	15	4,1	126	3,4	132	3

Tabelle 27: Beurteilung der Angebote der FZS vs. Bezirksregion, geordnet nach der BZR Schloßstraße

Angebote FZS	BZR 1		BZR 2		BZR 3		BZR 4		BZR 5		BZR 6		BZR 7		BZR 8		M
	n	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n	N	
Gymnastik	14	2,2	71	2,7	50	2,8	58	2,4	63	2,2	80	2,7	28	2,2	64	2,1	2,4
Vorträge	14	2,2	50	2,9	52	3,2	54	3	48	2,5	57	2,9	24	2,8	33	2,6	2,8
Musikdarbietung	18	2,3	67	2,7	56	2,9	57	2,3	69	3,2	85	2,6	25	2,5	55	2,7	2,5
Spielegruppen	12	2,4	45	2,9	49	3	40	2,9	27	2,6	55	2,9	13	2,8	29	2,9	2,8
Literatur	11	2,4	37	3,1	41	3,3	37	3,1	33	2,9	50	3,1	19	2,3	42	2,5	2,8
Fremdsprachkurs	10	2,6	42	3	37	3,2	47	2,6	36	2,4	68	2,9	18	2,6	35	2,8	2,8
Kunsthandwerk	15	2,7	51	2,9	44	3,3	39	2,9	41	2,6	56	3,1	20	2,9	47	3	2,9
Gedächtnistraining	10	2,7	40	3,2	40	3,2	39	3	31	2,4	51	2,9	16	3,1	30	2,9	2,9
Tanzen	11	2,8	49	3,1	48	3,1	37	3,5	37	3	57	3,1	17	3,2	31	3,2	3,1
Polit. Bildung	12	2,8	44	3,2	35	3,7	30	3,5	31	3	43	3,3	21	3,3	29	3,2	3,3
Tagesfahrten	11	2,8	43	3,4	43	2,8	53	2,7	45	2,3	62	3	12	3,3	35	2,7	2,9
Computer, etc.	14	2,9	48	3,1	48	3,2	40	3,2	49	2,6	67	2,7	16	3,1	49	3	3,0
Info-Beratung	11	3	42	3,2	40	3,3	35	3,1	44	2,7	53	3,1	17	2,9	24	3,4	3,1
Interkult. Angebote	13	3,1	39	3,2	41	3,3	38	3,2	34	2,7	47	3,5	16	3	33	3,4	3,2
Generationenüber.	8	3,5	37	3,5	38	3,3	34	3,6	27	3,2	40	3,4	12	3,4	26	3,5	3,4
Mittelwert (M)		2,7		3,1		3,2		3,0		2,6		3,0		2,9		2,9	

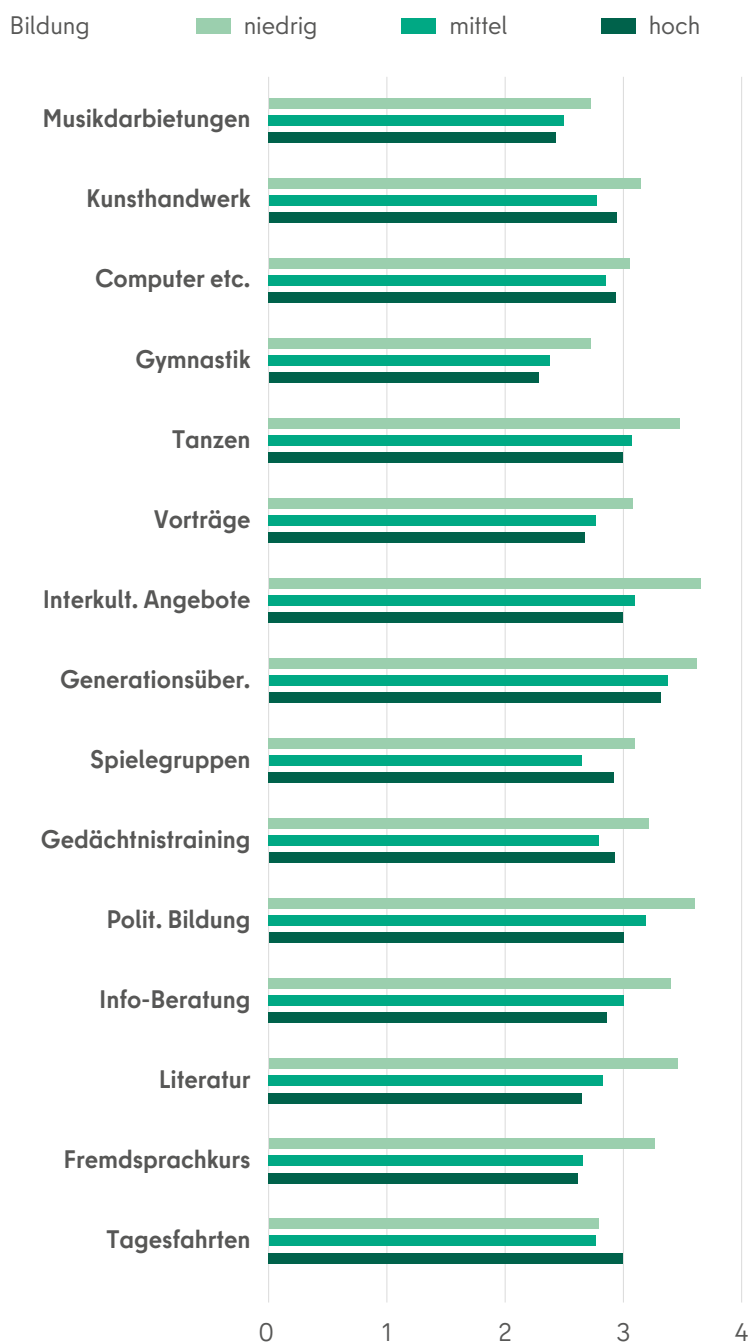
BZR 1 Schloßstraße
BZR 2 Albrechtstraße

BZR 3 Lankwitz
BZR 4 Ostpreußendamm

BZR 5 Teltower Damm
BZR 6 Drakestraße

BZR 7 Zehlendorf Südwest
BZR 8 Zehlendorf Nord

Abbildung 86: Beurteilung der Angebote der FZS des Bezirks nach Bildungsgrad



Die Bewertungen durch die jüngsten Senioren rangieren im Mittel von 2,5 für „Gymnastik“ bis 3,5 für „generationenübergreifende“ Angebote.

Sämtliche der 15 Angebote wurden von männlichen Befragten schlechter beurteilt als von weiblichen. Dieser Unterschied beträgt im Mittel 0,63 Noten-Einheiten.

Weibliche Befragte haben mit einem Mittel von 2,65 über alle 15 Angebote die besten Noten vergeben.

Die drei Altersklassen stimmen in ihren Bewertungen recht gut überein.

Die schlechtesten Benotungen erhielten die „generationenübergreifenden“ Angebote.

Abbildung 86 zeigt die Unterschiedliche Beurteilung je nach Bildungsstatus der Angebote der FZS.

Die beste Bewertung (2,3) wurde von den hochgebildeten Senioren für die Angebote „Gymnastik“ vergeben.

Insgesamt bewerteten Befragte mit geringer Bildung die Angebote tendenziell schlechter als die beiden anderen Gruppen. Die schlechtesten Bewertungen gab es hier mit 3,6 für „politische Bildung“ und das „generationenübergreifende“ Angebot sowie 3,7 für das „interkulturelle“ Angebot.

Die Bewertungen der Angebote des Bezirksamts bzgl. der Bezirksregion der Befragten sind in **Tabelle 27** zusammengefasst. Die Sortierung erfolgte auf Basis der Ordnung von „Schloßstraße“.

Tabelle 27 zeigt die unterschiedliche Beurteilung je BZR der Angebote der FZS.

In den Bezirksregionen Teltower Damm (2,6) und Schloßstraße (2,7) wurden die Angebote insgesamt am besten bewertet. Befragte aus der BZR Lankwitz vergaben mit 3,2 die schlechtesten Noten.

Die besten Noten der Angebote erhielt „Gymnastik“ (2,4) gefolgt von „Musikdarbietungen“ (2,5).

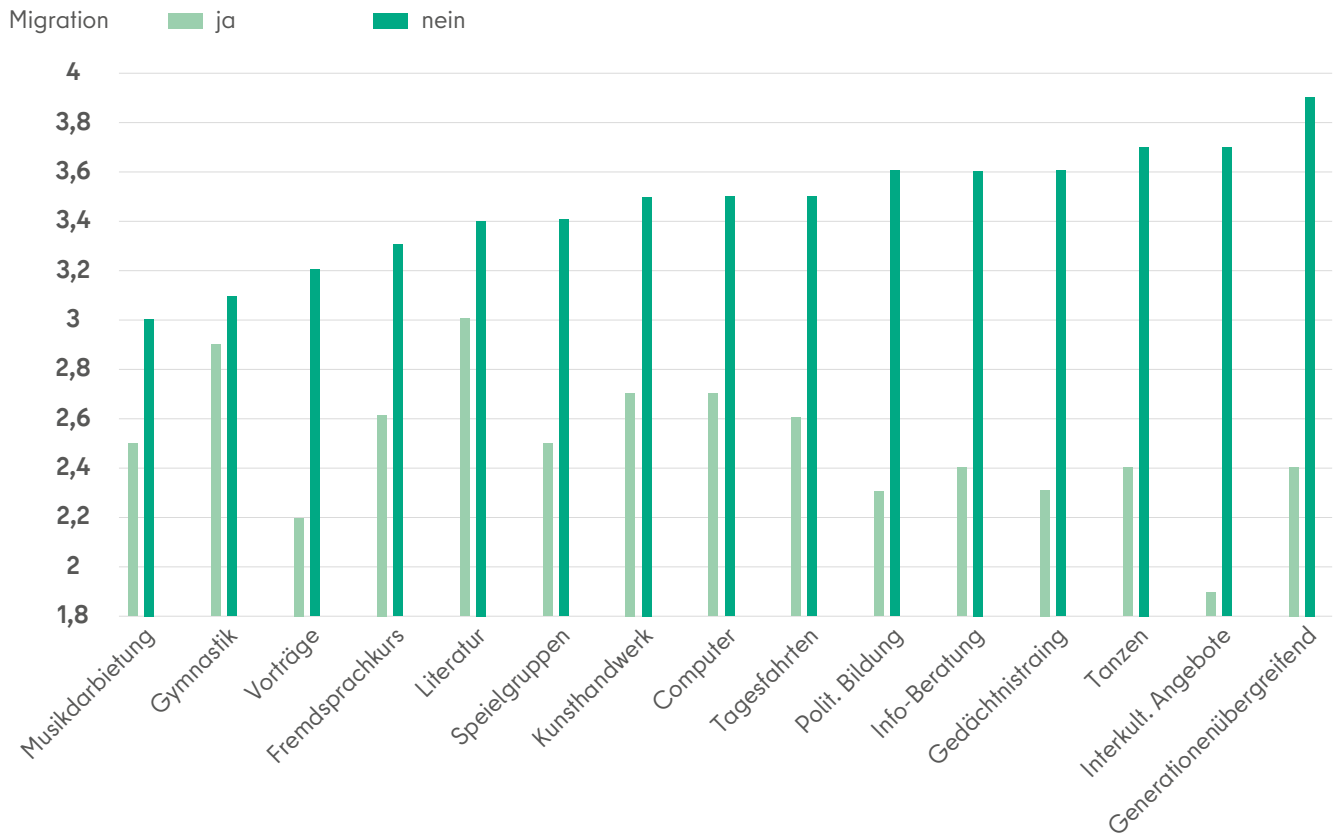
Angebote zur Gymnastik streuen weniger als die anderen Angebote.

Die kleinen Fallzahlen sowie die großen Streuungen in den Bezirksregionen zeigen, dass die Benotungen nicht auf die Gesamtheit übertragen werden können.

Beispiel: Das Angebot „Gymnastik“ wurde von Befragten der BZR Schloßstraße mit 2,2 beurteilt, das zugehörige 95%-Konfidenzintervall reicht aber von 0,2 bis 4,2.

Abbildung 87: Bewertung (nach Benotung) der Angebote in den FZS vs. Migration

In **Abbildung 87** sind die Beurteilungen der 13 Angebote durch Befragte mit beziehungsweise ohne Migrationshintergrund dargestellt.



Interkulturelle Angebote wurden von beiden Gruppen mit 1,9 bzw. 3,7 unterschiedlich bewertet.

Angebote zur Gymnastik erhielten mit 2,9 und 3,1 sehr ähnliche Noten, die wegen der großen Streuungen statistisch als gleich gelten.

4. Ehrenamt

Die Frage „Sind Sie ehrenamtlich tätig?“ beantworteten 1.012 (3.561) der Befragten mit ja (nein), was einer Prävalenz von 22,1% entspricht. D.h. etwa 22 von 100 Befragten üben mindestens eine ehrenamtliche Tätigkeit aus.

Auf Basis der Anzahl Senioren mit ehrenamtlichem Engagement¹³ in den Bezirksregionen ergibt sich folgendes (**siehe Abbildung 88**).

Die Bezirksregionen Zehlendorf-Nord und Zehlendorf-Südwest haben die höchsten Prävalenzen in Bezug auf ein ehrenamtliches Engagement, während die Bezirksregionen Ostpreußendamm, Schloßstraße und Lankwitz mit unter 20% am Ende der Skala zu finden sind.

¹³ mindestens 1 Ehrenamt

Abbildung 88: Ehrenamtliches Engagement in den jeweiligen Bezirksregionen

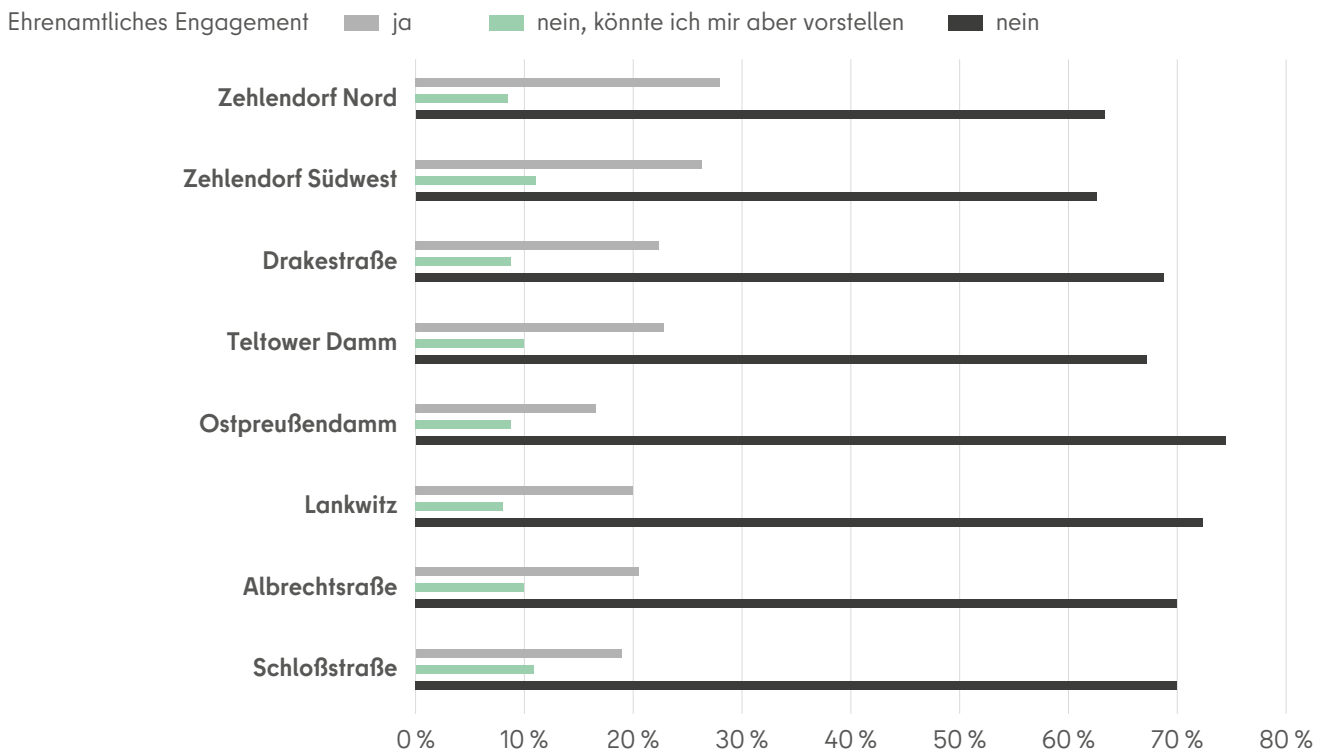
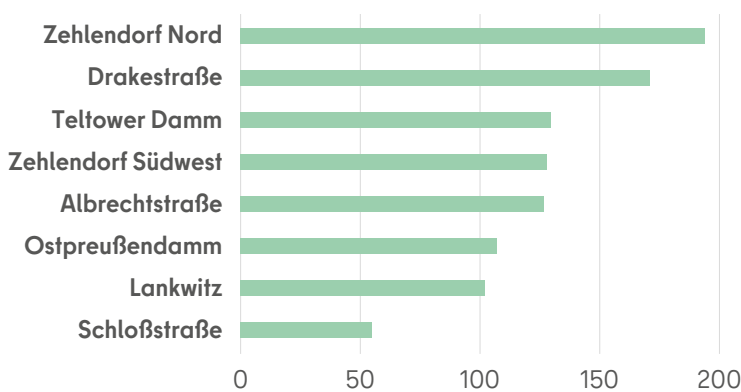


Abbildung 89: Anzahl Ehrenämter in den jeweiligen Bezirksregionen



Auf Basis der Anzahl der ausgeübten Ehrenämter ergibt sich eine gegenüber **Abbildung 88** leicht veränderte Rangfolge der Regionen hinsichtlich des Ehrenamtes.

Wie **Tabelle 28** zeigt, üben ehrenamtlich Engagierte¹⁴ im Mittel 1,52 (vgl. Zeile Multiresponse: 152,1%) Ehrenämter aus. Das bedeutet, dass, wenn sich Befragte ehrenamtlich betätigen, sie mehr als ein Ehrenamt ausüben.

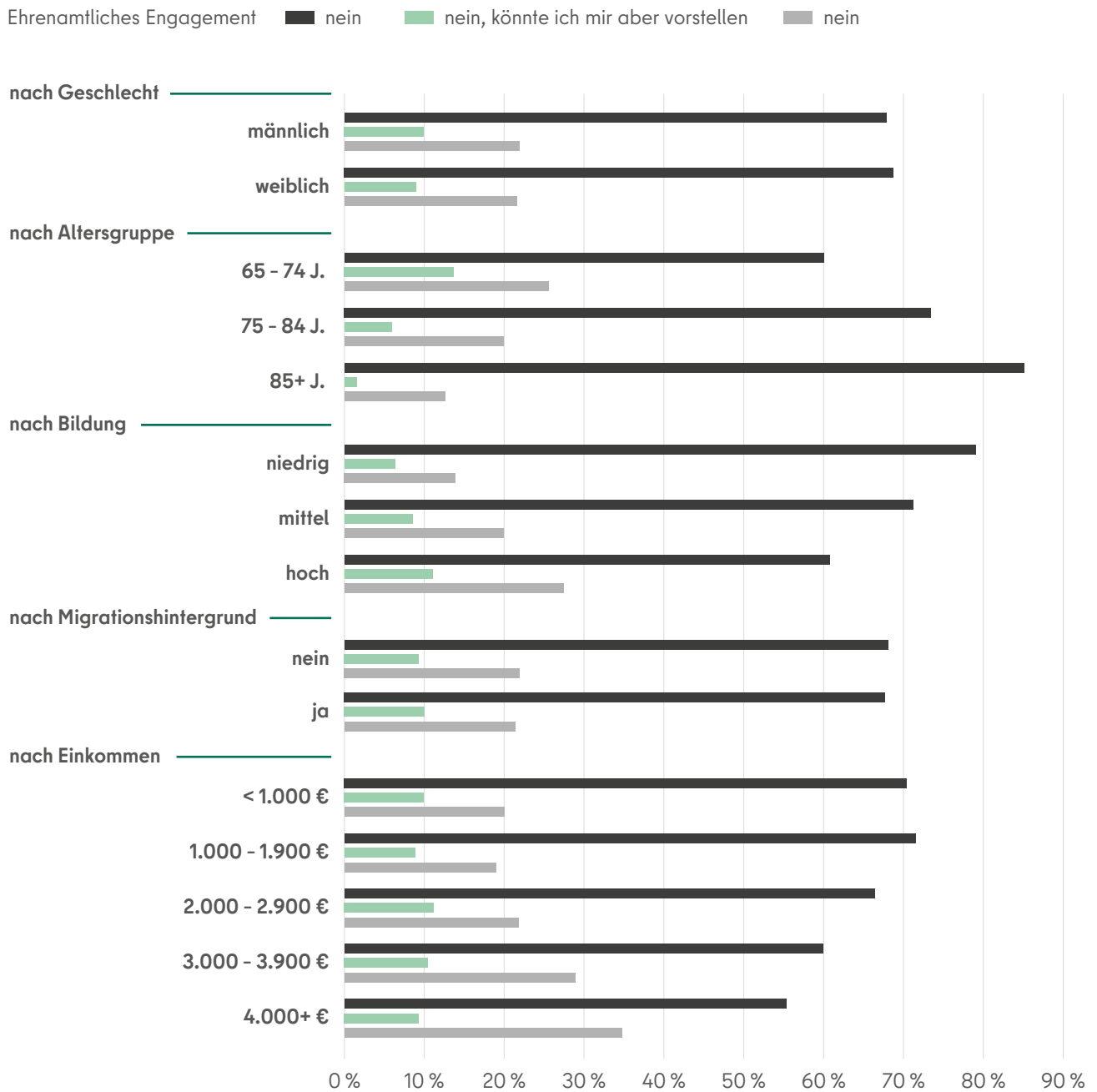
Abgesehen von der unspezifischen Alternative „Sonstiges Ehrenamt“ stehen die Ehrenämter „Religion“, „Kinder/Jugendarbeit“, „Sportverein“ und „Flüchtlingsarbeit“ auf den ersten Plätzen.

Am unteren Ende der Skala finden sich überwiegend ehrenamtliche Tätigkeiten, die ein gewisses Maß an körperlicher Fitness erfordern.

Abbildung 90 zeigt die Anteile ehrenamtlicher Tätigkeiten bezogen auf soziodemografische Merkmale.

¹⁴ d.h. jene mit mindestens einem Ehrenamt

Abbildung 90: Ehrenamt vs. soziodemografische Merkmale



Insgesamt üben 22,1% der Befragten mindestens ein Ehrenamt aus, und 9,4% äußerten „Nein, könnte ich mir aber vorstellen“.

Gut situierte, höher gebildete, jüngere Senioren engagieren sich ehrenamtlich am häufigsten.

Migrationshintergrund und Geschlecht haben keinen Einfluss auf ehrenamtliche Aktivität.

Tabelle 28: Anteil ausgeübter Ehrenämter

Ehrenamt ausgeübt	n	Anteil
Sonstiges Ehrenamt	431	33,5%
Religiöses Ehrenamt	238	18,5%
Kinder/Jugendarbeit	196	15,2%
Sportverein	183	14,2%
Flüchtlingsarbeit	155	12,0%
Besuchsdienst	100	7,8%
Interessenvertretung	98	7,6%
Politik	94	7,3%
Umwelt/Tierschutz	93	7,2%
Mitarbeit in Freizeitstätte	86	6,7%
Selbsthilfegruppe	67	5,2%
Armenhilfe/Tafel	66	5,1%
Gratulationsdienst	51	4,0%
Hospizdienst	50	3,9%
Obdachlosenhilfe	21	1,6%
Wasserrettung/DLRG	14	1,1%
Sanitätsdienst	8	0,6%
Freiwill. Feuerwehr/THW	8	0,6%
Multiresponse	152,1%	
n	1287	

Abbildung 91 zeigt die Anteile ehrenamtlicher Tätigkeiten bezogen auf Bezirksregionen.

Die Befragten der Bezirksregionen Zehlendorf-Nord und -Südwest waren mit 28% bzw. 26% ehrenamtlich am stärksten aktiv.

Den geringsten Anteil in Höhe von 17% gab es in der BZR Ostpreußendamm.

Wenngleich in der BZR Schloßstraße nur 19% der Befragten angaben, ehrenamtlich tätig zu sein, so könnten sich hier 11% der Befragten vorstellen, sich ehrenamtlich bzw. freiwillig zu engagieren.

Abbildung 92 zeigt die Anteile ehrenamtlicher Tätigkeiten bezogen auf die drei Altersgruppen.

Die Anteile in den Altersklassen können wegen der kleinen Fallzahlen nicht als für den Bezirk gültig interpretiert, sondern nur als erste Orientierung deskriptiv verwendet werden.

Die Differenzen zwischen den Altersklassen sind jedoch bei den religiösen und den sonstigen Ehrenämtern signifikant.

Ein deutlicher Zusammenhang zwischen ehrenamtlicher Aktivität und dem Alter zeigte sich beim religiösen Ehrenamt. In der jüngsten Kohorte lag dieser Anteil bei 15%, während er in den beiden folgenden Alterskohorten mit 21% bzw. 38% deutlich höher ausfällt.

Abbildung 91: Anteil Ehrenämter in den Bezirksregionen nach Altersgruppen

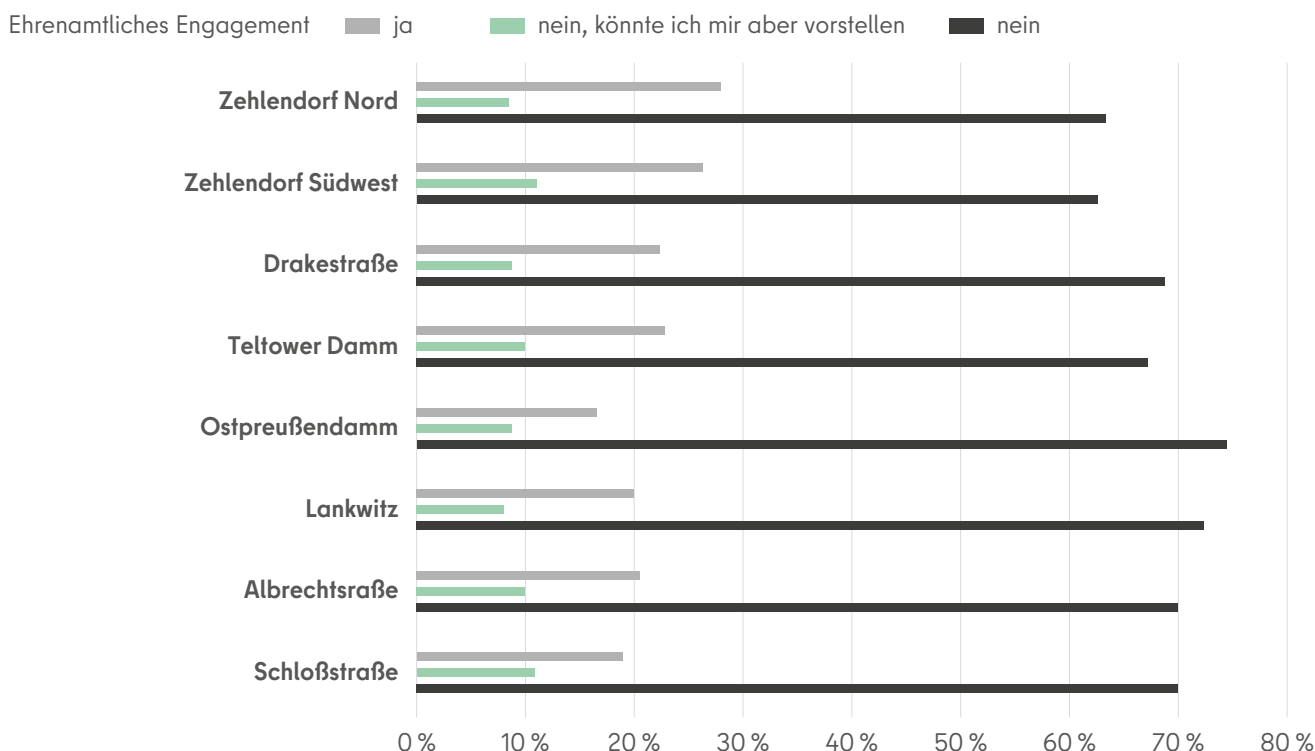


Abbildung 92: Häufigkeit Ehrenämter nach Altersgruppen

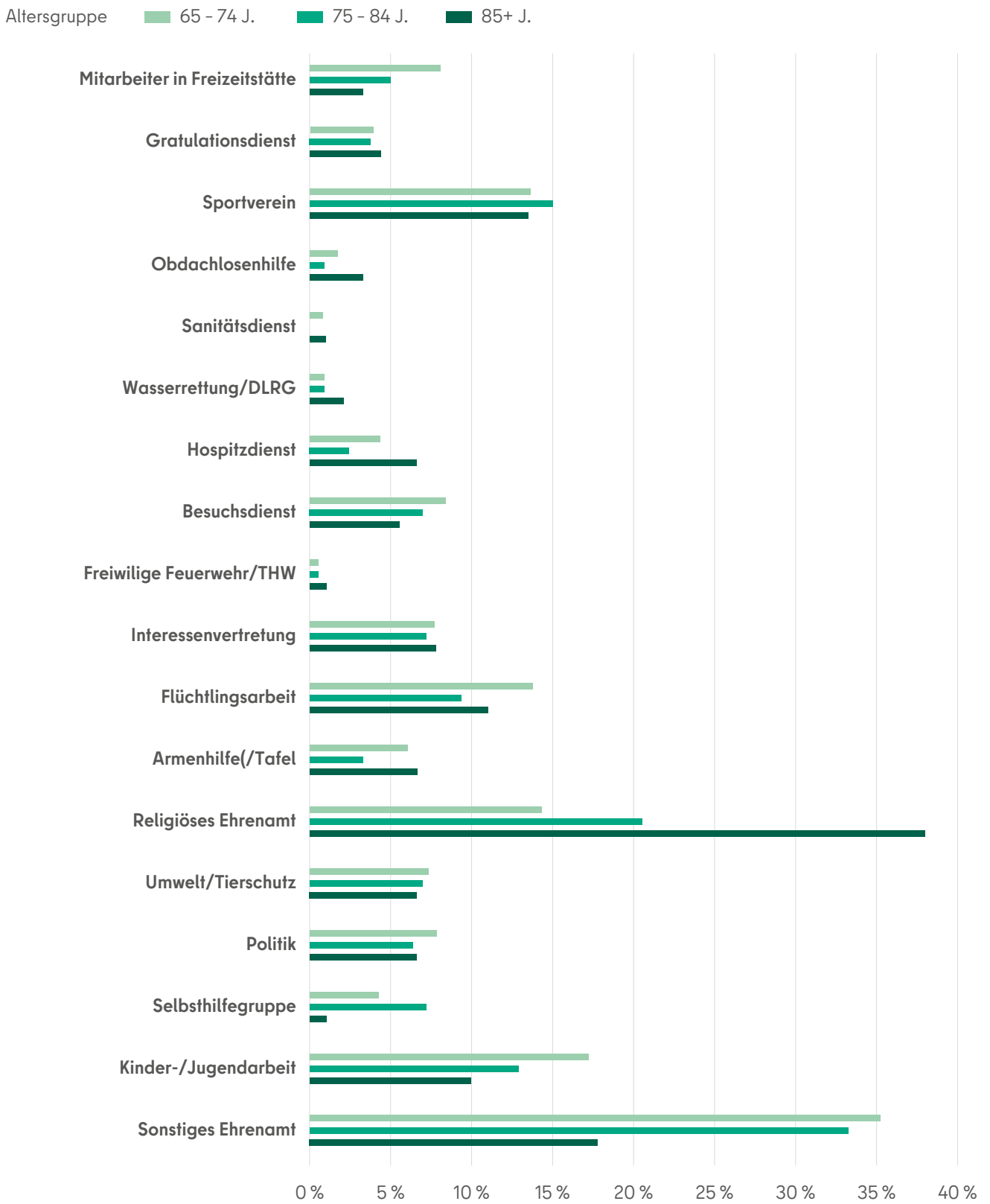


Tabelle 29: Ehrenamt vs. Geschlecht und Migrationshintergrund¹⁵

Tabelle 29 zeigt die Anteile ehrenamtlicher Tätigkeiten bezogen auf Geschlecht und Migration.

Ehrenamt ausgeübt	Geschlecht			Migration		
	männlich	weiblich	Differenz	nein	ja	Differenz
Sonstiges Ehrenamt	34,6%	32,5%	2,1%	33,5%	31,0%	2,5%
Sportverein	22,2%	7,3%	14,9%	14,4%	12,1%	2,3%
Religiöses Ehrenamt	17,5%	19,7%	-2,2%	18,2%	25,9%	-7,7%
Interessenvertretung	12,5%	3,4%	9,1%	7,6%	10,3%	-2,7%
Politik	11,0%	3,8%	7,2%	7,3%	10,3%	-3,0%
Kinder- / Jugendarbeit	10,3%	19,7%	-9,4%	15,8%	6,9%	8,9%
Flüchtlingsarbeit	9,5%	14,4%	-4,9%	12,0%	8,6%	3,4%
Umwelt/Tierschutz	8,3%	6,0%	2,3%	6,9%	12,1%	-5,2%
Selbsthilfegruppe	5,8%	4,8%	1,0%	5,2%	5,2%	0,0%
Mitarbeit Freizeitstätte	5,1%	7,9%	-2,8%	6,5%	8,6%	-2,1%
Armenhilfe/Tafel	4,6%	5,7%	-1,1%	5,3%	3,4%	1,9%
Besuchsdienst	4,1%	10,9%	-6,8%	7,5%	12,1%	-4,6%
Gratulationsdienst	2,7%	5,1%	-2,4%	4,1%	0,0%	4,1%
Hospizdienst	2,2%	5,4%	-3,2%	4,0%	1,7%	2,3%
Obdachlosenhilfe	1,9%	1,5%	0,4%	1,7%	0,0%	1,7%
Wasserrettung/DLRG	1,4%	0,9%	0,5%	1,2%	0,0%	1,2%
Freiwillige Feuerwehr/THW	1,2%	0,1%	1,1%	0,7%	0,0%	0,7%
Sanitätsdienst	0,5%	0,7%	-0,2%	0,6%	1,7%	-1,1%
Multresponse	155,4%	149,8%		152,5%	149,9%	
n	590	686		1213	58	

Migrationshintergrund und Geschlecht haben keinen Einfluss auf die Anzahl der Ehrenämter. Männer üben im Mittel etwas mehr als 1,5 ehrenamtliche Tätigkeiten aus, während Frauen diesen Wert nur leicht unterschreiten.

„Kinder- / Jugendarbeit“ wurde von den befragten Frauen, die ein Ehrenamt ausüben, deutlich häufiger genannt (19,7 %) als von Männern (10,3 %). Der Anteil ehrenamtlich Engagierter ohne Migrationshintergrund ist mit 15,8 % nahezu zweieinhalb Mal so hoch wie bei Engagierten mit Migrationshintergrund.

Gut ein Drittel der Antworten „Sonstiges Ehrenamt“ bleiben undifferenziert.

Die Profile der beiden Geschlechter unterscheiden sich mit $\rho = 0,78$ stärker als die bzgl. Migration mit $\rho = 0,90$, das bedeutet, dass die Auswahl, welche Ehrenämter ausgeübt werden, wesentlich stärker vom Geschlecht abhängt als davon, ob ein Migrationshintergrund vorliegt oder nicht.

Tabelle 30 zeigt die Anteile ehrenamtlicher Tätigkeiten bezogen auf Bildungsstatus (Sortierung nach mittlerem Bildungsstatus).

Insgesamt üben 22,1% der Befragten mindestens ein Ehrenamt aus.

¹⁵ Tabelle 29 enthält nur Werte von Befragten mit mindestens einem Ehrenamt

Tabelle 30: Ehrenamt vs. Bildung geordnet bzgl. „mittel“

Ehrenamt ausgeübt	Bildung		
	niedrig	mittel	hoch
Sonstiges Ehrenamt	29,6%	27,5%	37,5%
Religiöses Ehrenamt	29,6%	27,5%	37,5%
Kinder/ Jugendarbeit	13,8%	19,4%	19,0%
Sportverein	9,4%	17,9%	14,8%
Mitarbeit in Freizeitstätte	17,6%	13,3%	13,9%
Besuchsdienst	7,5%	9,6%	4,8%
Flüchtlingsarbeit	8,2%	9,1%	6,7%
Interessenvertretung	5,7%	7,9%	15,5%
Umwelt/Tierschutz	7,5%	7,6%	7,6%
Gratulationsdienst	8,8%	6,4%	7,1%
Politik	5,7%	6,4%	2,1%
Armenhilfe/Tafel	3,8%	5,4%	9,0%
Selbsthilfegruppen	8,8%	4,9%	4,3%
Obdachlosenhilfe	10,1%	4,2%	4,6%
Hospitzdienst	3,1%	2,0%	0,8%
Wasserrettung/DLRG	7,5%	1,5%	4,2%
Sanitätsdienst	0,6%	1,5%	0,8%
Freiwillige Feuerwehr/THW	1,3%	0,7%	0,3%
Multresponse	2,5%	0,2%	0,3%
n	181,1%	173,0%	190,8%
	159	407	714

Die in **Tabelle 30** dargestellten Anteile bewerten die 18 vorgegebenen Ehrenämter auf Basis der Häufigkeit ihrer Nennungen.

Tabelle 31 zeigt die Anteile ehrenamtlicher Tätigkeiten bezogen auf den Gesundheitsstatus.

Die hohe Prävalenz für „Sonstiges Ehrenamt“ zeigt, dass die im Fragebogen vorgelegte Auswahl von Ehrenämtern nicht vollständig ist.

Befragte, die sich als „krank“ bzw. „sehr krank“ einschätzen, gaben zu einem hohen Prozentsatz 34%, bzw. 21,4% an, dass sie ein religiöses Ehrenamt ausüben.

Befragte die sich „sehr krank“ einschätzen gaben auch häufig „Kinder- / Jugendarbeit“ und „FZS“ als ehrenamtliche Tätigkeit an. Jedoch muss man bei der Interpretation der Ergebnisse die niedrigen Fallzahlen berücksichtigen.

Beim Ehrenamt „Flüchtlingsarbeit“ zeigte sich eine bemerkenswerte Verteilung bezogen auf den Gesundheitszustand der Befragten. Das bedeutet, dass dieses am häufigsten von denjenigen als Ehrenamt genannt wurde, die sich entweder als „gesund“ (18,1%) oder als „sehr krank“ (14,4%) einschätzen.

Tabelle 32 zeigt die Anteile ehrenamtlicher Tätigkeiten bezogen auf die einzelnen Bezirksregionen.

Die Bezirksregionen Schloßstraße und Drakestraße bilden die Extreme des ehrenamtlichen Engagements.

Bei der Flüchtlingsarbeit zeigten sich in den Bezirksregionen deutliche Unterschiede. So lag dieser Anteil in der BZR Lankwitz nur bei 6,9%, hingegen in der BZR Schloßstraße bei 18,1%.

Auch beim religiösen Ehrenamt zeigten sich signifikante Unterschiede. In der BZR Zehlendorf Südwest lag der Anteil bei 23,7%. In den Bezirksregionen Ostpreußendamm und Drakestraße nur bei 16,2%.

In der BZR Teltower Damm wurden mit 20,8% Sportvereine - abgesehen von „Sonstiges Ehrenamt“ am häufigsten genannt. Hier lag der niedrigste Anteil mit 10,9% in der BZR Drakestraße.

Tabelle 31: Ehrenamt vs. Gesundheit

Ehrenamt ausgeübt	Gesundheit				
	gesund	meist gesund	angeschlagen	krank	sehr krank
Sonstiges Ehrenamt	34,7%	33,2%	36,2%	26,0%	50,0%
Flüchtlingsarbeit	18,1%	11,9%	6,6%	6,0%	14,3%
Sportverein	15,5%	15,6%	8,2%	14,0%	0,0%
Kinder- / Jugendarbeit	15,5%	15,8%	12,8%	12,0%	21,4%
Religiöses Ehrenamt	13,5%	19,0%	18,9%	34,0%	21,4%
Politik	8,8%	7,0%	8,7%	6,0%	7,1%
Besuchsdienst	8,3%	7,0%	7,7%	14,0%	0,0%
Mitarbeit in Freizeitstätte	7,8%	6,0%	5,6%	2,0%	21,4%
Interessenvertretung	7,8%	6,8%	10,2%	8,0%	14,3%
Umwelt/Tierschutz	6,7%	7,5%	7,1%	6,0%	0,0%
Armenhilfe/Tafel	5,7%	5,0%	3,6%	14,0%	0,0%
Hospizdienst	4,1%	3,6%	4,6%	0,0%	0,0%
Gratulationsdienst	3,1%	3,6%	4,1%	6,0%	7,1%
Selbsthilfegruppe	2,1%	4,6%	6,6%	12,0%	14,3%
Obdachlosenhilfe	0,5%	2,0%	1,5%	2,0%	0,0%
Wasserrettung/DLRG	0,5%	0,6%	3,6%	2,0%	0,0%
Sanitätsdienst	0,0%	0,9%	0,5%	0,0%	0,0%
Freiwillige Feuerwehr/THW	0,0%	0,6%	1,5%	0,0%	0,0%
Multresponse	152,7%	150,7%	148,0%	164,0%	171,3%
n	193	796	196	50	14

Tabelle 32: Ehrenamt vs. Bezirksregion, geordnet bzgl. „Schloßstraße“ (vertikal) und Multiresponse (horizontal)

Ehrenamt ausgeübt	BZR 1	BZR 2	BZR 8	BZR 4	BZR 3	BZR 5	BZR 7	BZR 6
Sonstiges Ehrenamt	37,5%	34,9%	36,9%	39,0%	26,9%	35,2%	24,9%	33,6%
Flüchtlingsarbeit	18,1%	11,2%	15,3%	11,0%	6,9%	12,6%	17,3%	6,6%
Religiöses Ehrenamt	18,1%	18,4%	19,5%	16,2%	20,0%	15,7%	23,7%	16,2%
Kinder- / Jugendarbeit	16,7%	13,2%	18,2%	14,0%	15,4%	13,8%	9,8%	18,8%
Sportverein	12,5%	15,8%	12,3%	16,9%	13,8%	20,8%	12,7%	10,9%
Besuchsdienst	12,5%	7,2%	6,4%	6,6%	11,5%	6,9%	5,8%	8,7%
Umwelt/Tierschutz	8,3%	9,2%	6,8%	8,8%	6,2%	5,0%	7,5%	7,0%
Politik	8,3%	7,2%	8,5%	2,2%	6,9%	5,7%	6,4%	10,9%
Armenhilfe/Tafel	6,9%	5,3%	4,7%	8,1%	6,9%	2,5%	6,4%	3,1%
Mitarbeit in Freizeitstätte	5,6%	9,9%	4,7%	7,4%	8,5%	9,4%	4,6%	5,2%
Interessenvertretung	5,6%	7,9%	11,4%	5,9%	6,2%	5,7%	8,7%	6,6%
Selbsthilfegruppe	4,2%	7,2%	4,7%	5,1%	3,8%	5,0%	4,6%	6,1%
Obdachlosenhilfe	2,8%	2,0%	3,0%	0,0%	3,8%	1,3%	0,6%	0,4%
Hospizdienst	2,8%	1,3%	4,7%	5,1%	4,6%	3,8%	6,9%	1,7%
Gratulationsdienst	1,4%	7,2%	3,4%	5,1%	6,2%	3,1%	2,9%	2,6%
Freiwillige Feuerwehr/THW	1,4%	0,7%	0,0%	0,7%	1,5%	0,6%	0,6%	0,4%
Sanitätsdienst	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%	3,8%	0,6%	0,0%	0,0%
Wasserrettung/DLRG	0,0%	2,0%	0,8%	2,9%	1,5%	1,3%	0,6%	0,0%
Multresponse	162,7%	161,3%	161,3%	155,7%	154,4%	149,0%	144,0%	138,8%
n	72	152	236	136	130	159	173	229

BZR 1 Schloßstraße BZR 3 Lankwitz BZR 5 Teltower Damm BZR 7 Zehlendorf Südwest
 BZR 2 Albrechtstraße BZR 4 Ostpreußendamm BZR 6 Drakestraße BZR 8 Zehlendorf Nord

V. Mobilität

1. Analyse Mobilitätsverhalten

Tabelle 33: In den letzten 10 Jahren geänderte Ansichten / Gewohnheiten

gerändert in den letzten 10 Jahren	Anteil
Öko-Auto wichtig	87 %
ÖPNV ok	85 %
häufiger zu Fuß	74 %
weniger unterwegs	56 %
reise weniger	54 %
häufiger ÖPNV	51 %
häufiger PKW	51 %
Radius verkleinert	45 %
häufiger Fahrrad	40 %
reise öfter	27 %
öfter unterwegs	21 %
Radius vergrößert	16 %
häufiger Taxi	9 %
Carsharing	2 %
Multiresponse	618 %

Bei den Ausführungen des nachfolgenden Kapitels ist zu beachten, dass das Thema „Mobilität“ zum einem unter dem Aspekt des gesundheitlichen Zusammenhanges (siehe Abschnitt III) ausgewertet wurde, zum anderen unter dem Aspekt, wie sich das Alltagsverhalten verändert hat und welche Auswirkungen eingeschränkte Mobilität auf das Freizeitverhalten der Befragten haben kann.

Das Kapitel „Mobilität“ wurde in der „Haushaltsbefragung von Senioren 2020“¹⁶ wie folgt eingeleitet:

„Bitte äußern Sie sich jetzt zu ihren Mobilitätsgewohnheiten. Wieder bitten wir Sie, bei der Beantwortung der Fragen Ihr Leben vor der Corona-Pandemie zu beschreiben“ und konkret hieß es:

„Wenn Sie an Veränderungen in Ihren Ansichten / Gewohnheiten denken, welche Aussage trifft in welchem Umfang zu? Denken Sie hierbei bitte an Veränderungen in den letzten 10 Jahren.“

Als Antwortmöglichkeiten standen jeweils „voll und ganz zutreffend“, „überwiegend zutreffend“, „kaum zutreffend“, und „trifft gar nicht zu“ zur Disposition.

Die Befragten haben in den letzten zehn Jahren im Mittel etwa 6,2 der 14 im Fragebogen genannten Ansichten bzw. Gewohnheiten geändert.

87 % der Befragten haben in den letzten zehn Jahren ihre Ansicht gegenüber Automobilen geändert und halten nun „Öko-Autos“ für sehr wichtig.

85 % haben in den letzten zehn Jahren ihre Meinung über den Berliner ÖPNV geändert und halten ihn nun für ausreichend.

Abbildung 93 zeigt die Änderungen der Ansichten und Gewohnheiten getrennt für die drei Altersgruppen.

Die hinsichtlich der Altersgruppe der 65 - 74-Jährigen geordneten Änderungen der Gewohnheiten / Ansichten in den letzten 10 Jahren zeigen deutliche Abweichungen zu den beiden älteren Gruppen.

Die Antwort „weniger unterwegs“ wird von den Befragten im Alter 85+ um 30 Prozentpunkte häufiger genannt als von denen der Altersgruppe zwischen 65 - 74 Jahren.

Die Optionen „fahre häufiger Rad“ und „öfter reisen“ werden von den Befragten der Kohorte 85+ deutlich seltener genannt als von den jüngeren.

¹⁶ Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf

Abbildung 93: In den letzten 10 Jahren geänderte Ansichten und Gewohnheiten nach Alter

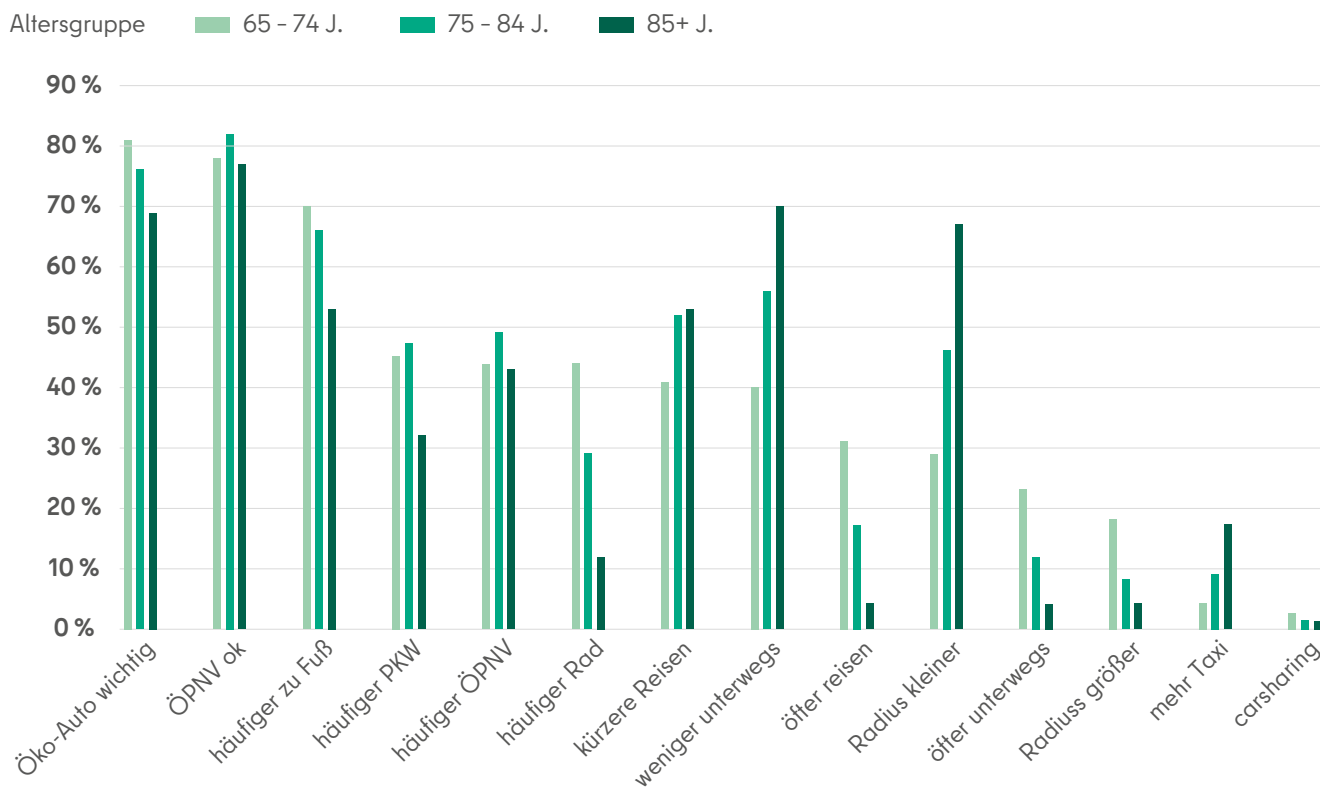


Tabelle 34: In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten/Gewohnheiten nach Bezirksregion, geordnet bzgl. Multiresponse

gerändert in den letzten 10 Jahren	BZR 8	BZR 6	BZR 4	BZR 1	BZR 7	BZR 5	BZR 2	BZR 3
ÖPNV ausreichend	81%	80%	79%	83%	77%	80%	79%	80%
Öko-Auto	80%	81%	77%	81%	83%	75%	74%	73%
häufiger zu Fuß	68%	66%	65%	72%	62%	64%	72%	68%
häufiger ÖPNV	45%	46%	42%	54%	42%	45%	54%	47%
weniger unterwegs	50%	51%	52%	46%	49%	50%	48%	50%
weniger reisen	49%	46%	45%	45%	50%	44%	45%	47%
Aktionsradius kleiner	41%	39%	42%	37%	36%	40%	40%	39%
häufiger PKW	44%	45%	51%	35%	52%	46%	36%	46%
häufiger Fahrrad	44%	35%	33%	28%	38%	38%	26%	30%
mehr reisen	22%	23%	22%	21%	24%	22%	23%	21%
mehr unterwegs	16%	18%	16%	16%	12%	16%	20%	18%
Aktionsradius größer	13%	12%	11%	12%	9%	14%	12%	13%
mehr Taxi	8%	6%	9%	10%	7%	7%	10%	7%
Carsharing	3%	2%	1%	2%	0%	1%	2%	1%
Multiresponse	563%	548%	544%	543%	542%	539%	539%	538%
n	318	642	560	681	620	837	528	794

BZR 1 Schloßstraße BZR 3 Lankwitz BZR 5 Teltower Damm BZR 7 Zehlendorf Südwest
 BZR 2 Albrechtstraße BZR 4 Ostpreußendamm BZR 6 Drakestraße BZR 8 Zehlendorf Nord

Alle Paarvergleiche der Bezirksregionen zeigen mit Korrelationen $\rho > 0.97$ eine nahezu perfekte Parallelität, d.h. die Rangordnungen der Zustimmung zu den 14 Statements stimmen in allen Regionen weitgehend überein.

Im Mittel änderten die Befragten in den letzten zehn Jahren etwa 5,5 der 14 Ansichten/ Gewohnheiten.

Tabelle 35: In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten/ Gewohnheiten nach Nettoeinkommen, geordnet bzgl. „2.000 - 2.999 €“

Tabelle 35 zeigt die Änderungen der Ansichten und Gewohnheiten in den letzten 10 Jahren getrennt nach verfügbarem Nettoeinkommen.

gerändert in den letzten 10 Jahren	Nettoeinkommen (€)				
	<1000	1.000 - 1.999	2.000 - 2.999	3.000 - 3.999	>4.000
ÖPNV ausreichend	80 %	80 %	81 %	81 %	79 %
Öko-Auto	76 %	79 %	79 %	81 %	83 %
häufiger zu Fuß	64 %	68 %	66 %	71 %	67 %
häufiger ÖPNV	44 %	46 %	49 %	49 %	43 %
weniger reisen	48 %	48 %	48 %	45 %	43 %
weniger unterwegs	59 %	51 %	47 %	43 %	44 %
Aktionsradius kleiner	41 %	41 %	44 %	46 %	49 %
häufiger PKW	29 %	34 %	38 %	42 %	41 %
häufiger Fahrrad	49 %	41 %	36 %	36 %	32 %
mehr reisen	16 %	21 %	26 %	25 %	25 %
mehr unterwegs	9 %	20 %	18 %	19 %	15 %
Aktionsradius größer	6 %	13 %	14 %	16 %	13 %
mehr Taxi	5 %	6 %	8 %	9 %	14 %
Carsharing	1 %	2 %	1 %	2 %	4 %
Multiresponse	524 %	550 %	555 %	563 %	553 %
n	543	1077	395	1283	417

Alle Paarvergleiche der Nettoeinkommen zeigen mit Korrelationen $\rho > 0.95$ eine nahezu perfekte Parallelität, das heißt die Rangordnungen der Zustimmung in den Einkommensklassen stimmen weitgehend überein.

Mit leichter Abweichung der untersten haben die Befragten aller anderen Einkommensgruppen im Mittel etwa 5,5 der 14 genannten Ansichten bzw. Gewohnheiten in den letzten zehn Jahren geändert.

Tabelle 36 zeigt die Änderungen der Ansichten und Gewohnheiten in den letzten 10 Jahren getrennt nach Gesundheitszustand.

Während die Rangfolgen benachbarter Kategorien von Gesundheit mit zu einem sehr hohen Grad ($\rho > 0.95$) übereinstimmen, zeigt sich quantitativ ein abnehmender „Trend“ mit zunehmender Krankheit.

72 % der „kranken“ und 76 % der „sehr kranken“ Befragten sind heute „weniger unterwegs“ als vor zehn Jahren.

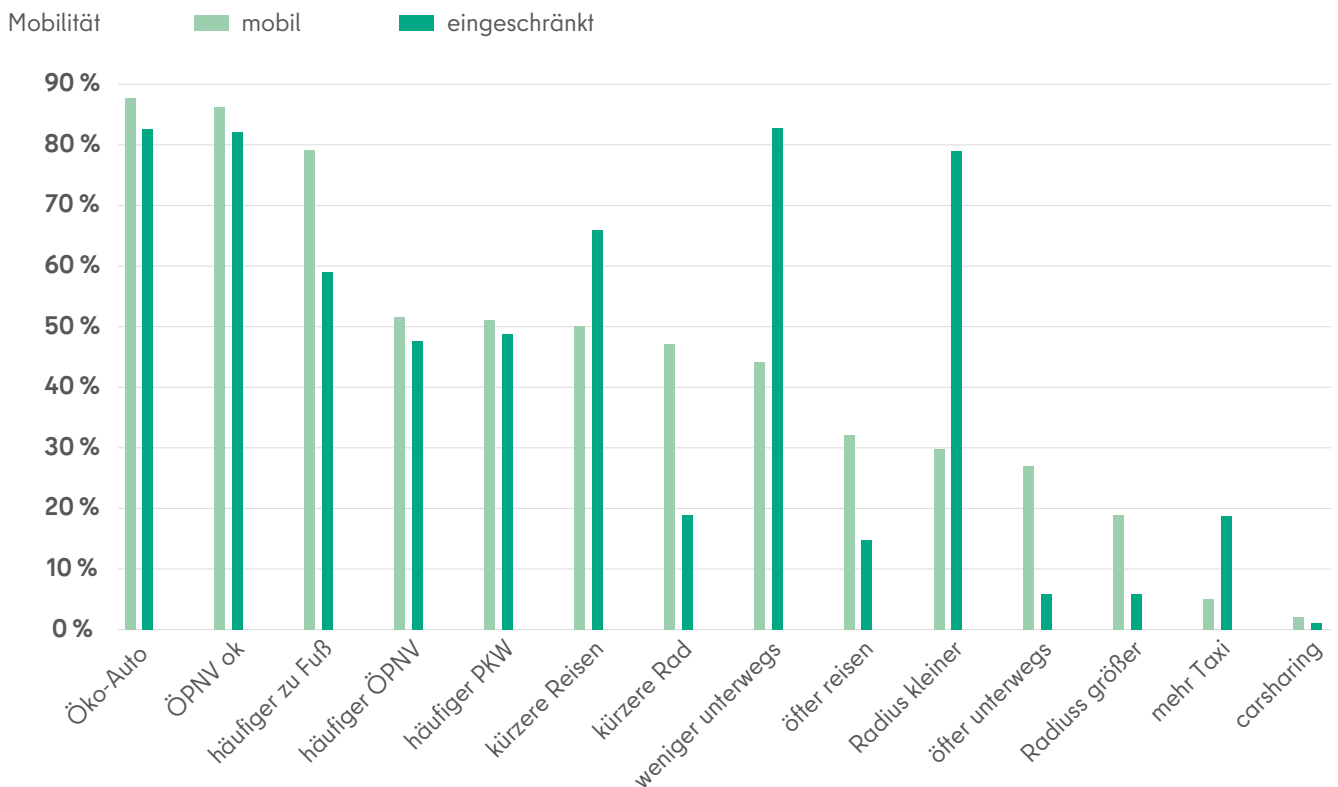
Ebenso haben 72 % der „kranken“ sowie 84 % der „sehr kranken“ Befragten heute einen „kleineren Aktionsradius“ als vor zehn Jahren.

Tabelle 36: In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten und Gewohnheiten in Relation zum Gesundheitszustand, geordnet nach dem Kriterium „gesund“

gerändert in den letzten 10 Jahren	Gesundheitszustand				
	gesund	meist gesund	angeschlagen	krank	sehr krank
ÖPNV ausreichend	86 %	81 %	78 %	73 %	58 %
Öko-Auto	85 %	79 %	75 %	66 %	74 %
häufiger zu Fuß	74 %	72 %	57 %	47 %	34 %
häufiger Fahrrad	57 %	38 %	22 %	12 %	11 %
häufiger ÖPNV	44 %	48 %	46 %	37 %	29 %
häufiger PKW	42 %	47 %	45 %	41 %	36 %
weniger reisen	37 %	46 %	51 %	52 %	41 %
mehr reisen	31 %	24 %	18 %	9 %	11 %
mehr unterwegs	28 %	19 %	9 %	4 %	2 %
weniger unterwegs	28 %	45 %	68 %	72 %	76 %
Aktionsradius größer	21 %	13 %	7 %	3 %	8 %
Aktionsradius kleiner	18 %	33 %	57 %	72 %	84 %
mehr Taxi	5 %	5 %	13 %	16 %	12 %
Carsharing	3 %	2 %	1 %	1 %	1 %
Multiresponse	557 %	550 %	546 %	505 %	477 %
n	571	2899	963	281	83

Abbildung 94: In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten und Gewohnheiten in Relation zu eingeschränkter Mobilität

Abbildung 94 zeigt die Änderungen der Ansichten und Gewohnheiten in den letzten 10 Jahren getrennt nach mobilen und in ihrer Mobilität eingeschränkten Befragten.



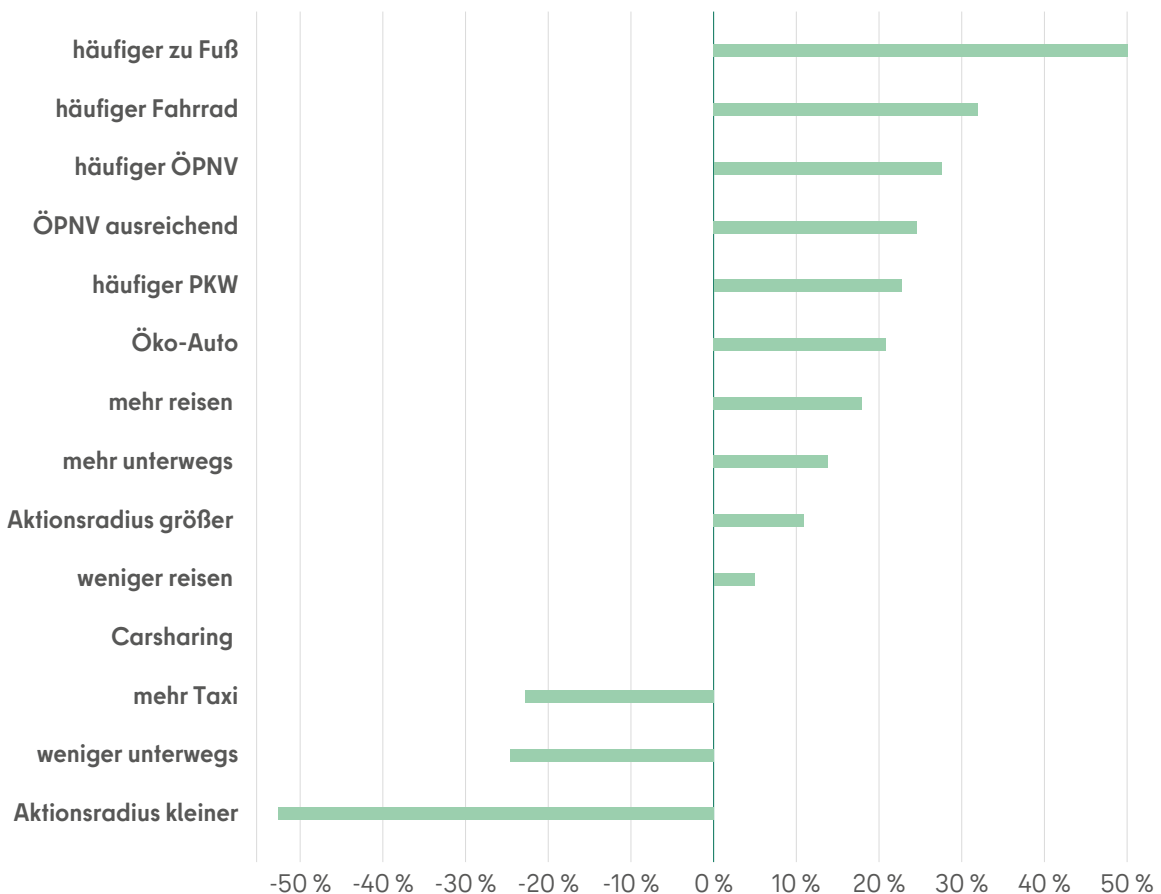
In den Antworten „fahre mehr Taxi“, „reise nicht mehr so weit“, „bin weniger unterwegs“ und „Aktionsradius kleiner“ ergaben sich bei den in der Mobilität eingeschränkten Befragten größere Häufigkeiten als bei nicht eingeschränkten.

Mit Ausnahme des marginalen „Carsharing“ haben alle anderen „optimistischen“ Änderungen deutlich größere Anteile zugunsten der mobil nicht eingeschränkten Befragten.

„Aktionsradius kleiner“ bzw. „weniger unterwegs“ nannten die in ihrer Mobilität eingeschränkten Befragten um 45% - bzw. 37 Prozentpunkte häufiger als die uneingeschränkt mobilen.

Abbildung 95: In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten und Gewohnheiten in Relation zu Rollstuhl

Abbildung 95 zeigt die Änderungen der Ansichten und Gewohnheiten in den letzten 10 Jahren getrennt nach Befragten mit und ohne Rollstuhl.



Analog zu **Abbildung 94** zeigt **Abbildung 95** die Bedeutung eingeschränkter Mobilität - Rollstuhl - hinsichtlich der Änderungen in den letzten zehn Jahren.

Die Profile von Befragten mit beziehungsweise ohne Rollstuhlbenutzung zeigen bei $p < 0.53$ eine Reihe Abweichungen von einer hypothetischen Parallelität.

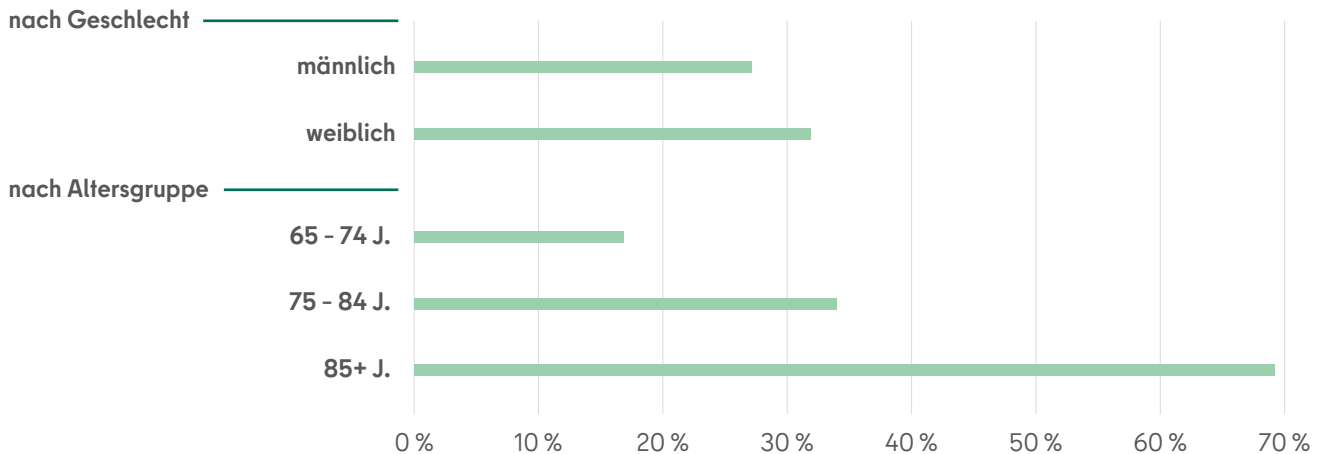
Rollstuhlbenutzer nennen um 53 Prozentpunkte häufiger einen verkleinerten Aktionsradius als Befragte ohne Rollstuhl. Personen mit Rollstuhl sind 25 Prozentpunkte weniger unterwegs und fahren um 23 Prozentpunkte häufiger Taxi.

2. Mobilitätseinschränkung

Die folgenden Analysen betrachten noch einmal explizit das Thema „eingeschränkte Mobilität“.

Abbildung 96: Eingeschränkte Mobilität vs. Geschlecht und Alter

Abbildung 96 zeigt demografische Unterschiede (Alter und Geschlecht) bei mobil eingeschränkt Befragten.



Weibliche Befragte sehen sich hochsignifikant häufiger „mobil eingeschränkt“ als männliche Befragte.

69% der Befragten im Alter 85+ aber nur 17% in der jüngsten Kategorie fühlen sich in ihrer Mobilität eingeschränkt.

Tabelle 37: Rollstuhl und Rollator Nutzung vs. Alter und Geschlecht

Tabelle 37 beschreibt demografische Unterschiede bei Befragten mit Rollator und Rollstuhlnutzung.

Alter	Rollstuhl benutzt			Rollator benutzt		
	nein	ja	draußen	nein	ja	draußen
65 - 74 J.	99,3%	0,6%	0,1%	98,4%	1,2%	0,5%
75 - 84 J.	98,7%	0,9%	0,4%	94,2%	4,4%	1,4%
85+ J.	91,4%	6,5%	2,1%	72,9%	22,5%	4,6%
n	4759	82	30	4552	217	58
Geschlecht						
männlich	98,5%	1,1%	0,4%	95,1%	3,6%	1,3%
weiblich	98,1%	1,5%	0,4%	93,7%	5,1%	1,2%
n	4729	62	20	4523	212	60

Befragte der Altersgruppe 85+ nutzen sowohl Rollstuhl als auch Rollator signifikant häufiger als die der jüngeren Altersgruppen.

Im Gegensatz zum Rollstuhl, den männliche und weibliche Befragte gleichhäufig benutzen, wird ein Rollator von Frauen häufiger benutzt als von Männern.

VI. Digitalisierung im Alter

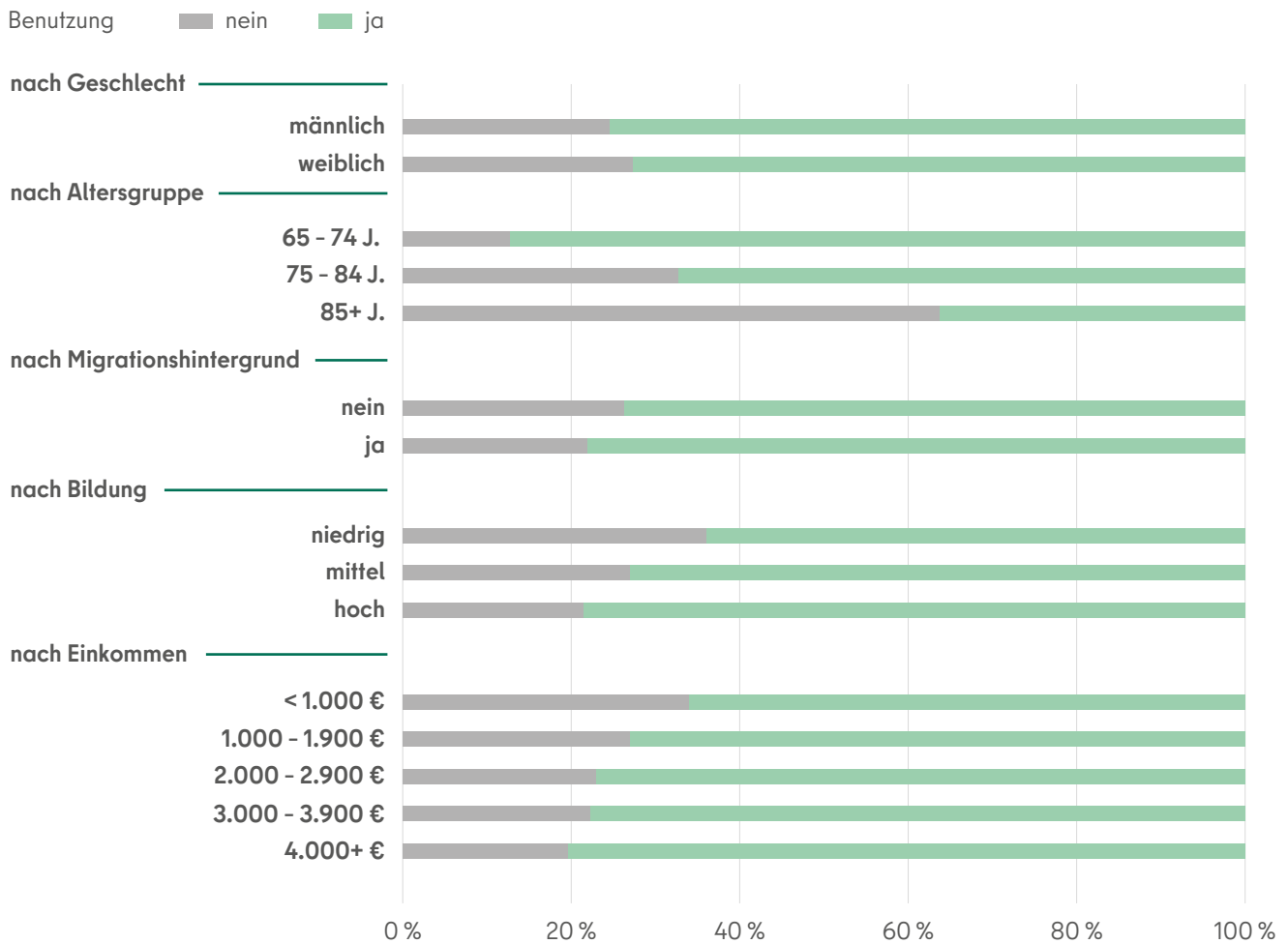
1. Besitz von digitalen Endgeräten

Smartphones:

Im Jahr 2021 besaßen 94,2% aller 14 bis 19-Jährigen in Deutschland ein Smartphone. In der Altersgruppe zwischen 20 und 40 Jahren verfügen 96% über ein Smartphone.

In Deutschland besitzen 68,2% der Senioren im Alter 70+ ein Smartphone¹⁷. Die in der Steglitz-Zehlendorfer Befragung von Senioren geschätzte Prävalenz von 74% ist mit der Statista¹⁸ Schätzung kompatibel, wenn man die 5-Jahres-Differenz mit hoher Prävalenz (87%) berücksichtigt.

Abbildung 97: Benutzung eines Smartphones der Befragten im Alter 65+



¹⁷ Anteil der Smartphone-Nutzer in Deutschland nach Altersgruppe im Jahr 2021 (kundenservice@statista.com)

¹⁸ Statista - das Statistik-Portal: Statistiken, Marktdaten & Studien

Der Besitz eines Smartphones und die damit verbundene „ständige Erreichbarkeit“ wird aber von einigen Nutzern als verpflichtende Belastung empfunden.

Abbildung 97 zeigt die Nutzung eines Smartphones nach Geschlecht, Alter, Bildung, Migrationshintergrund und Einkommen für Senioren der Alterskohorte 65+.

73,6% der Befragten sind im Besitz eines Smartphones.
Nur 36% der Befragten im Alter 85+ aber 67% bzw. 87% der jüngeren Gruppen besitzen ein Smartphone.

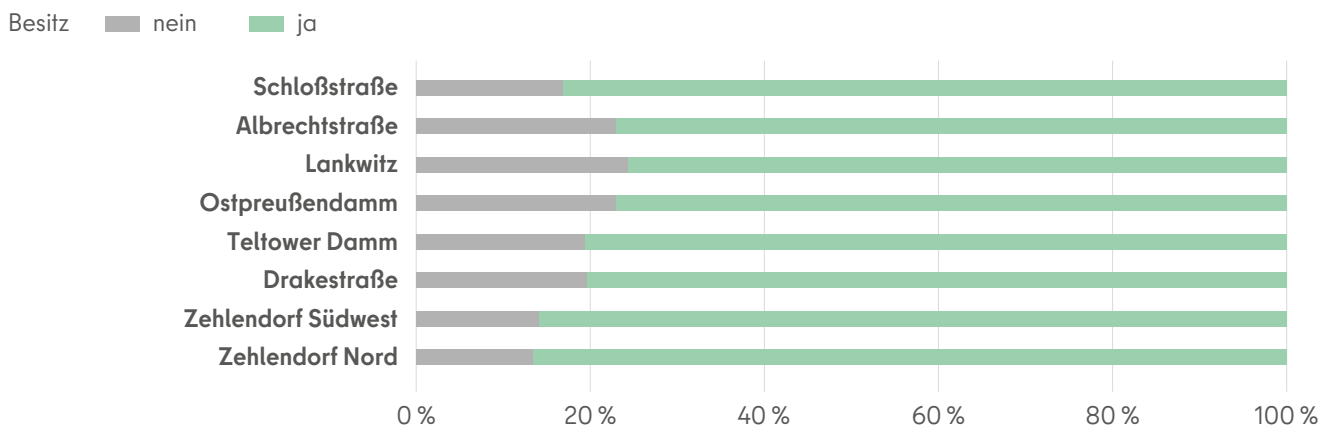
Der Besitz eines Smartphones steigt monoton mit dem Nettoeinkommen.
65,7% der Befragten mit einem monatlichen Netto-Einkommen unter 1.000 € besitzen ein Smartphone.

75,4% der Männer und 72,4% der Frauen besitzen ein Smartphone. Der gering erscheinende Unterschied ist jedoch statistisch signifikant ($p = 0.02$).

Befragte mit höherer Bildung nutzen Smartphones signifikant häufiger als andere. Die Befragten mit Migrationshintergrund nutzen Smartphones um etwa 4 Prozentpunkte häufiger als die der als die der Befragten ohne Migrationshintergrund. Dieser Unterschied ist allerdings nicht signifikant.

Insgesamt machten 4.881 der 5.056 Befragten Angaben zur Nutzung eines Smartphones.

Abbildung 98: Besitz eines Smartphones nach Bezirksregionen



Die Smartphone-Nutzungen unterscheiden sich in den Bezirksregionen um maximal 10 Prozentpunkte.

In den Bezirksregionen Lankwitz und Albrechtstraße wurden mit 75,6% und 76,7% die kleinsten Werte ermittelt. In der Bezirksregion Schloßstraße nutzen beispielsweise mehr als vier von fünf Befragten das Smartphone.

Computer, Laptops oder Tablets:

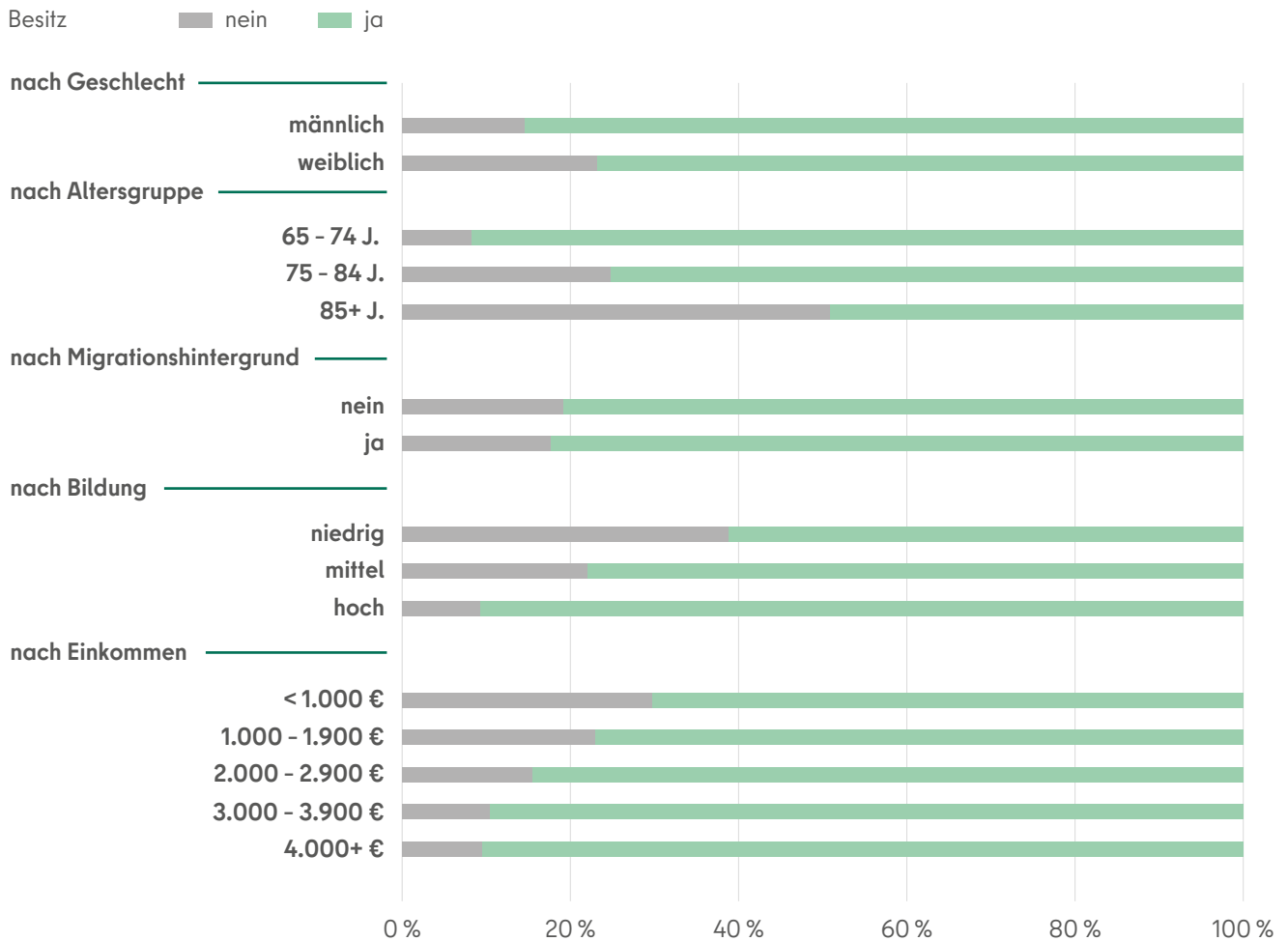
Der erste tragbare Computer kam 1975 von IBM mit einem Gewicht von stolzen 25kg auf den Markt. 1984 und 1985 folgten bereits leichtere Exemplare von Apple und Toshiba. Die wirkliche Eroberung des Marktes fand allerdings erst in den 1990er Jahren statt.

Zu dieser Zeit waren die im Jahr 2020 Befragten der Altersgruppe 85+ erst 55 und die der jüngsten in dieser Studie befragten Altersgruppe erst knapp 35 Jahre alt, was unter Umständen einige Besonderheiten in der Nutzung digitaler Techniken erklärt.

Computer und Laptops sind seit mehr als zwei Jahrzehnten auch in privater Nutzung weit verbreitet.

Abbildung 99: Besitz von Computer, Laptop oder Tablet

Abbildung 99 zeigt die Verteilung des Besitzes dieser Geräte nach soziodemografischen Merkmalen.



Mit Ausnahme vom Migrationsstatus haben sämtliche in Abbildung 100 aufgeführten Merkmale einen hochsignifikanten Impact auf die Zielgröße „Besitz eines Computers“.

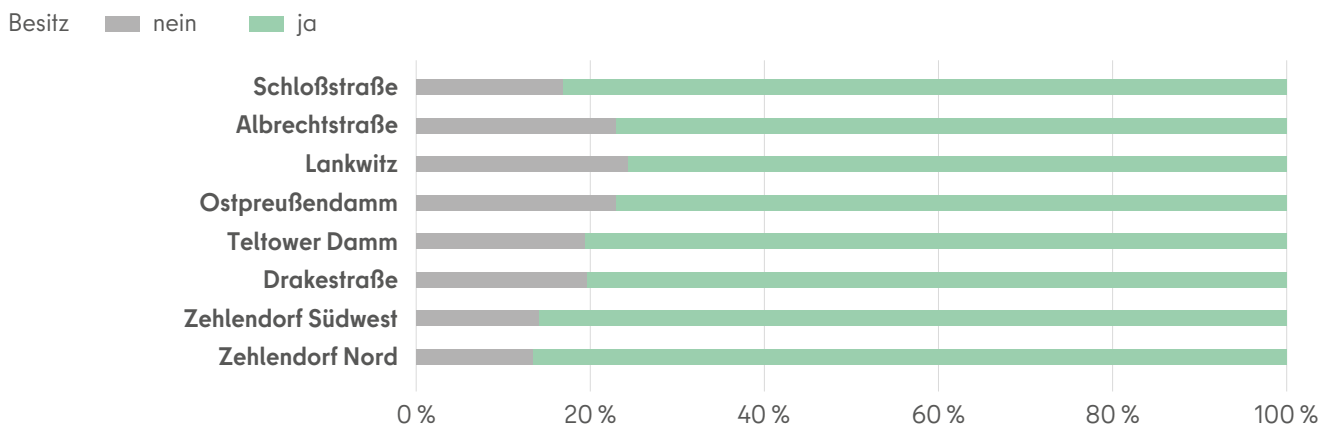
Die größten Spannen der Zielgröße werden durch Alter und Bildung erzeugt. Bei den Befragten mit hohem Bildungsniveau liegt die Nutzung bei über 90 %, insbesondere für jüngere, männliche und Hochgebildete mit höherem Einkommen.

Bezogen auf die Bezirksregionen zeigten sich folgende Werte (siehe **Abbildung 100**):

In den Bezirksregionen Zehlendorf-Nord und -Südwest ist der Besitz von Computern, Laptops oder Tablet mit über 85 % am höchsten.

Hingegen ist diese Nutzung - analog zum Besitz eines Smartphones - in den Bezirksregionen Albrechtstraße und Lankwitz um bis zu 10 Prozentpunkte geringer.

Abbildung 100: Besitz von Computer, Laptop, Tablet nach Bezirksregion



2. Nutzung des Internets

Tabelle 38: Internetnutzung vs. soziodemografische Merkmale

		Nutzung Internet	
		ja	n
Alter	65-74 J.	93,4%	2307
	75-84 J.	73,8%	2056
	85+ J.	44,2%	457
	Gesamt	80,4%	4820
Geschlecht	männlich	85,1%	2130
	weiblich	76,7%	2655
	Gesamt	80,4%	4785
Bildung	niedrig	61,0%	898
	mittel	78,3%	1741
	hoch	90,3%	2146
	Gesamt	80,5%	4785
Migration	nein	80,4%	4543
	ja	86,8%	219
	Gesamt	80,7%	4762
Netto-Einkommen	<1.000 €	73,4%	406
	1.000 - 1.999 €	76,9%	1230
	2.000 - 2.999 €	84,2%	1040
	3.000 - 3.999 €	88,9%	530
	4.000+ €	88,5%	384
	Gesamt	81,6%	3590

Tabelle 38 beschreibt die Nutzung des Internets in Bezug auf die soziodemografischen Merkmale der Befragten.

Die Altersgruppe 85+ nutzt das Internet um Faktor 2 weniger als die Gruppe „65 - 74 Jahre“.

Männer nutzen das Internet um knapp 9 Prozentpunkte häufiger als Frauen.

Befragte mit Migrationshintergrund nutzen das Internet um 6 Prozentpunkte häufiger als die Mehrheit.

Höhere Einkommen und höhere Bildung implizieren signifikant häufigere Internetnutzung.

Abbildung 101 zeigt die Internetnutzung in den Bezirksregionen.

In den Bezirksregionen Zehlendorf-Südwest und -Nord ist die Internet-Nutzung mit 86,3 % bzw. 84,5 % am höchsten.

Der Abstand zwischen Bezirksregionen Zehlendorf-Südwest und Ostpreußendamm und Albrechtstraße beträgt etwa 10 Prozentpunkte.

Abbildung 102 zeigt für Befragte mit bzw. ohne Migrationshintergrund die Nutzungshäufigkeit für ausgewählte Anlässe.

Abbildung 101: Internetnutzung in den Bezirksregionen

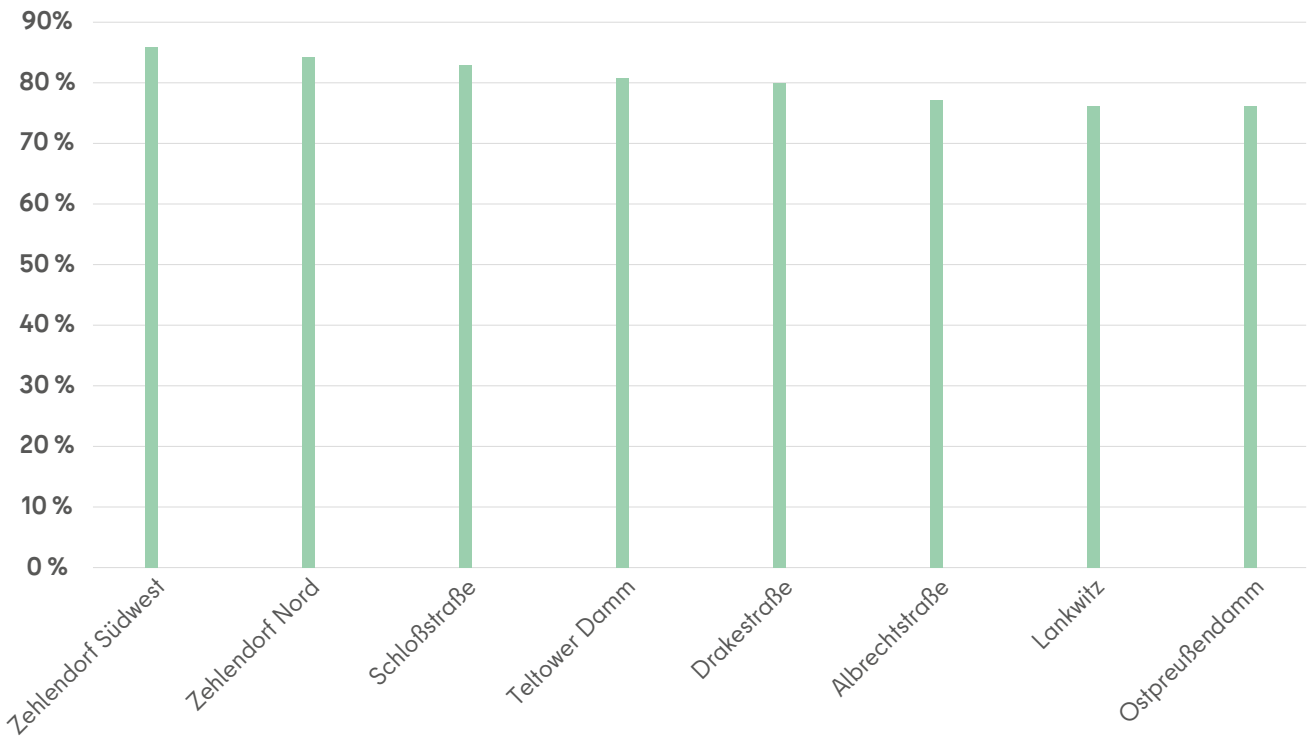
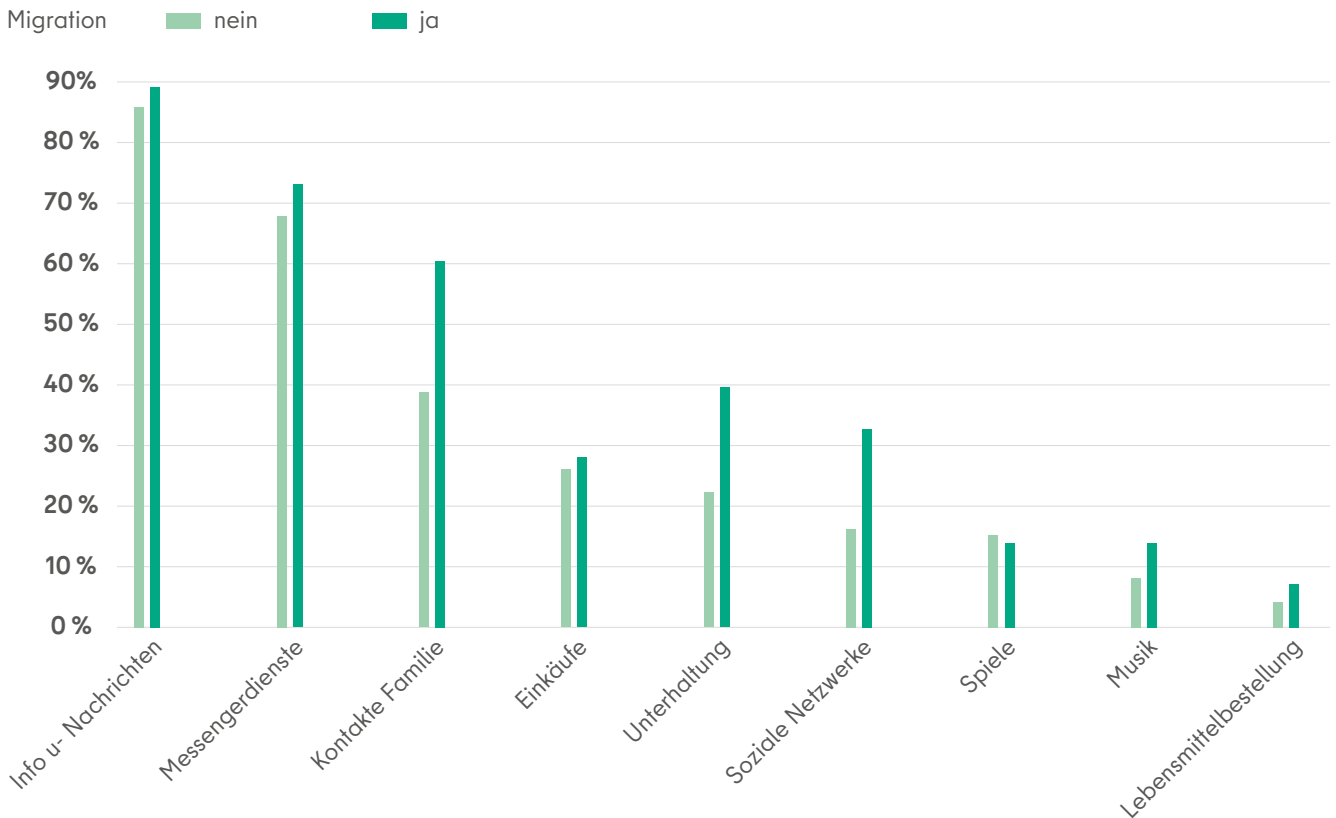


Abbildung 102: Häufigkeit ausgewählter Anlässe, in das Internet zu gehen



Befragte mit bzw. ohne Migrationshintergrund haben hinsichtlich der Anlässe, das Internet zu nutzen, unterschiedliche Präferenzen.

Mit 86% werden „Informationen/Nachrichten“ von beiden Gruppen am häufigsten gesucht, gefolgt von Messenger-Diensten mit etwa 68%.

Skypen mit Familie und Freunden wird von Befragten mit Migrationshintergrund mit über 21 Prozentpunkten häufiger genannt als von nativen Befragten.

„Musik herunterladen“, „Spiele“ und „Lebensmittelbestellungen“ werden sehr selten genannt.

Über 90% der Befragten haben das Internet noch nie für eine Lebensmittelbestellung benutzt.

Tabelle 39: Internetnutzung nach Geschlecht und Alter

Tabelle 39 zeigt Internetnutzung nach Geschlecht und Alter der Befragten.

Internetnutzung	Geschlecht		Alter		
	männlich	weiblich	65 - 74 J.	75 - 84 J.	85 J.
Info u. Nachrichten	87,7%	84,7%	91,0%	82,3%	68,4%
Messengerdienste	62,2%	73,0%	77,0%	58,4%	44,2%
Kontakte Familie	35,5%	41,2%	39,8%	37,7%	32,3%
Einkäufe	30,4%	22,6%	91,0%	82,3%	68,4%
Unterhaltung	22,3%	20,8%	25,6%	17,2%	11,4%
Soziale Netzwerke	14,5%	17,1%	19,1%	12,2%	10,2%
Musik	10,6%	6,0%	10,5%	5,5%	4,3%
Spiele	9,6%	19,4%	15,9%	13,0%	16,9%
Lebensmittelbestellung	3,4%	4,1%	3,1%	4,5%	7,2%
Multiresponse	276,2%	288,9%	373,0%	313,1%	263,3%

Die Profile der Internetnutzung beider Geschlechter sind mit $p > 0,97$ nahezu parallel. Lediglich Messenger-Dienste und Spiele werden von Frauen etwa um 11 Prozentpunkte häufiger im Internet aufgesucht als von Männern.

Der Umfang der Nutzung liegt bei Frauen um ca. 11 Prozentpunkte höher als bei Männern.

Männer und Frauen nutzen im Mittel knapp drei der neun genannten Optionen im Internet.

Die Profile der Internetnutzung bzgl. Alter sind mit $p > 0,97$ paarweise nahezu perfekt parallel.

Mit Ausnahme von „Spiele“ und „Lebensmittelbestellungen“ nehmen alle Optionen von der jüngsten zur ältesten Gruppe monoton ab.

Der Umfang der Internetnutzung ist in der Gruppe zwischen 65 - 74 Jahren mit 373 Prozentpunkten um 60 Prozentpunkte bzw. 110 Prozentpunkte größer als bei den beiden anderen Gruppen.

Während die „jüngste“ Altersgruppe im Mittel nahezu vier der Optionen nutzt, sinkt dieser Wert in den älteren Gruppen auf unter drei Optionen.

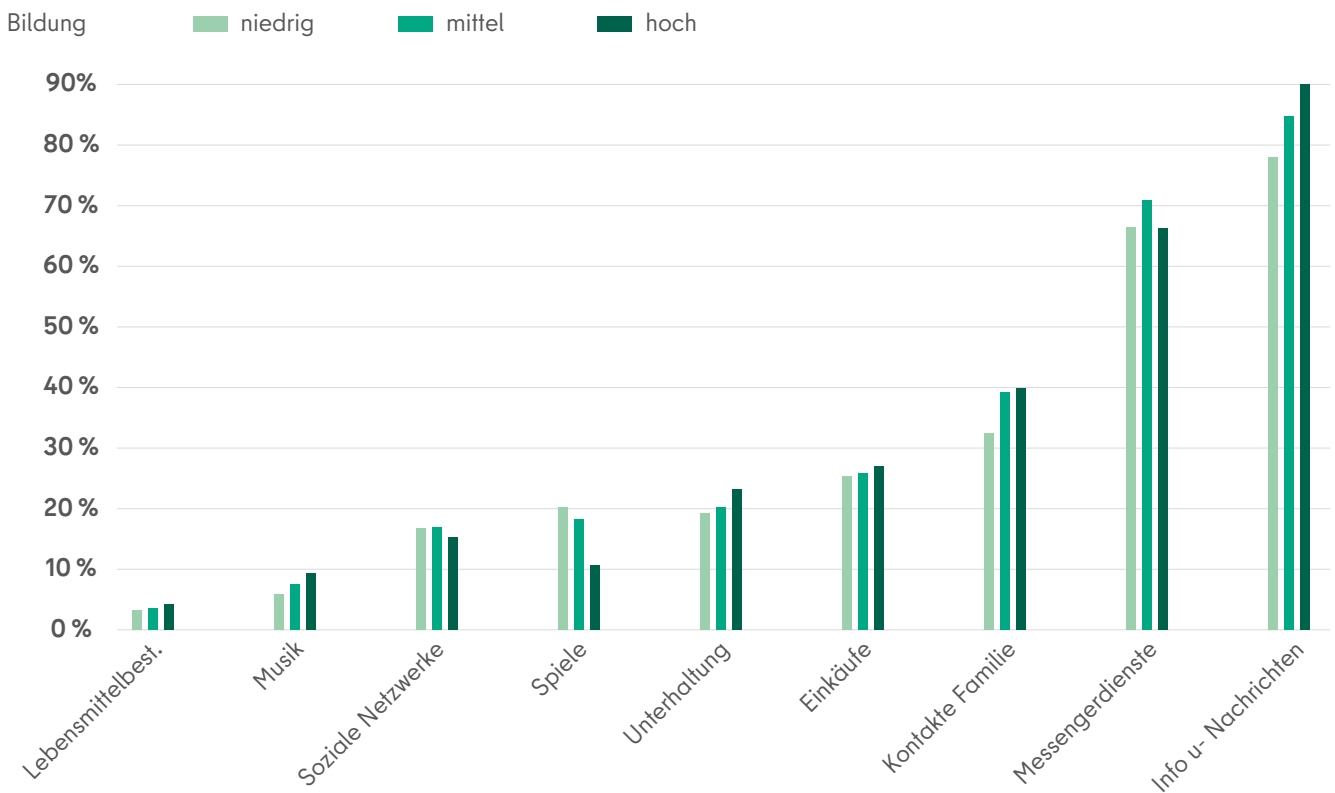
Tabelle 40: Internetnutzung vs. Migration und Nettoeinkommen, geordnet bzgl. Migration „nein“

Tabelle 41 zeigt die Internetnutzung vs. Migration und Nettoeinkommen in Bezug auf Migration.

Internetnutzung	Migration		Nettoeinkommen (€)				
	nein	ja	<1.000	1.000 - 1.999	2.000 - 2.999	3.000 - 3.999	>4.000
Info u. Nachrichten	86%	89%	83%	85%	87%	91%	86%
Messengerdienste	68%	74%	68%	71%	68%	70%	65%
Kontakte Familie	39%	61%	43%	39%	37%	36%	46%
Einkäufe	26%	28%	25%	28%	26%	29%	30%
Unterhaltung	22%	40%	20%	22%	21%	22%	20%
Soziale Netzwerke	16%	33%	22%	18%	15%	13%	16%
Spiele	15%	14%	13%	18%	14%	11%	10%
Musik	8%	14%	8%	8%	8%	9%	11%
Lebensmittelbestellung	4%	7%	2%	4%	4%	5%	2%
Multiresponse	283%	359%	283%	292%	281%	286%	285%

Abbildung 103: Internetnutzung vs. Bildung

Die Profile der Internetnutzung bzgl. Migration (ja/nein) sind mit $p > 0.95$ nahezu perfekt parallel. Mit Ausnahme von „Spiele“ sind bei Befragten mit Migrationshintergrund alle Optionen häufiger nachgefragt als bei Befragten ohne Migrationshintergrund.



Der Umfang der Nutzung liegt bei Befragten mit Migrationshintergrund um 80,3 Prozentpunkten höher als in der großen Mehrheit der Befragten ohne Migration. D.h. Befragte mit Migrationshintergrund nutzen im Mittel etwa 3,5 der 9 genannten Optionen im Internet und in der Gruppe ohne diesen Hintergrund sind es 2,8.

Die Befragten mit Migrationshintergrund haben die Option „Familie, Freunde“ 23,5 Prozentpunkte häufiger genannt als Befragte ohne Migrationshintergrund.

Große Unterschiede zeigen sich auch bei „Unterhaltung“ und „Skypen“. Es ist zu vermuten, dass wegen der Entfernungen weniger persönliche Kontakte zur Familie bestehen, und deshalb häufiger geskypet wird. Bei Unterhaltung ist zu vermuten, dass möglicherweise Angebote in der Muttersprache der Migrierten genutzt werden.

Abbildung 103 zeigt die Rangfolgen der Nutzung des Internets für drei Bildungsgrade.

Mit Ausnahme von „Spiele“, die von den Hochgebildeten statistisch signifikant seltener genannt wurden, stimmen die Rangfolgen der drei Bildungstypen perfekt überein.

Mit Ausnahme der Option „Facebook“ sind die Differenzen zwischen den Bildungsgraden „niedrig“ und „hoch“ sämtlich statistisch signifikant.

Tabelle 41 zeigt den Zweck der Internetnutzung nach Bezirksregion.

Die Profile der Internetnutzung in den Bezirksregionen sind paarweise mit $p > 0.98$ nahezu perfekt parallel. Das bedeutet, dass Vorlieben, für die das Internet genutzt wird, überall in Steglitz-Zehlendorf ähnlich ist.

Der Umfang der Nutzung bei Befragten der BZR Schloßstraße ist mit geringem Abstand am höchsten.

Im Mittel werden in allen Bezirksregionen etwa drei der neun vorgegebenen Optionen im Internet genutzt.

Tabelle 41: Zweck der Internetnutzung nach Bezirksregion, geordnet nach Schloßstraße

Internetnutzung	BZR 1	BZR 2	BZR 3	BZR 4	BZR 5	BZR 6	BZR 7	BZR 8
Info u. Nachrichten	89,4%	86,2%	83,6%	86,0%	86,6%	84,6%	83,9%	89,3%
Messengerdienste	72,5%	70,0%	69,9%	68,2%	63,8%	67,7%	65,0%	68,2%
Kontakte Familie	44,8%	35,1%	32,1%	38,4%	41,5%	35,6%	39,9%	42,6%
Einkäufe	23,0%	22,0%	24,6%	28,6%	25,9%	25,3%	33,9%	26,7%
Soziale Netzwerke	19,9%	18,5%	17,6%	15,4%	15,6%	15,1%	13,6%	14,1%
Unterhaltung	19,4%	22,1%	19,7%	22,4%	19,4%	23,2%	22,4%	21,7%
Spiele	14,9%	15,3%	20,9%	15,7%	13,6%	16,8%	12,0%	10,6%
Musik	6,6%	8,0%	9,0%	8,3%	6,1%	8,9%	8,4%	9,2%
Lebensmittelbestellung	3,3%	4,3%	6,2%	3,8%	4,1%	3,1%	3,8%	3,0%
Multiresponse	293,8%	281,5%	283,6%	286,8%	276,6%	289,3%	282,9%	285,4%
n	256	487	408	509	476	664	436	650

BZR 1 Schloßstraße BZR 3 Lankwitz BZR 5 Teltower Damm BZR 7 Zehlendorf Südwest
 BZR 2 Albrechtstraße BZR 4 Ostpreußendamm BZR 6 Drakestraße BZR 8 Zehlendorf Nord

3. Bekanntheit sozialer Netzwerke

Tabelle 42: Bekanntheit sozialer Netzwerk nach soziodemografischen Merkmalen

		Netzwerke für Sen.	
		bekannt	n
Alter	65-74 J.	6,7%	2.323
	75-84 J.	7,5%	2.045
	85+ J.	7,5%	451
	Gesamt	7,1%	4.819
Geschlecht	männlich	5,7%	2.145
	weiblich	8,3%	2.638
	Gesamt	7,2%	4.783
Bildung	niedrig	8,7%	883
	mittel	6,6%	1.734
	hoch	6,8%	2.166
	Gesamt	7,1%	4.783
Migration	nein	7,3%	4.538
	ja	2,7%	222
	Gesamt	7,1%	4.760
Netto-Einkommen	<1.000 €	7,1%	392
	1.000 - 1.999 €	8,5%	1.225
	2.000 - 2.999 €	7,0%	1.039
	3.000 - 3.999 €	6,1%	542
	4.000+ €	5,4%	392
Gesamt	7,2%	3.590	

Tabelle 42 zeigt auf, inwieweit soziale Netzwerke speziell für Senioren den Befragten bekannt sind. In **Tabelle 43** werden die Antworten nach soziodemografischen Merkmalen gegliedert.

Insgesamt kannten nur 8,3% der Frauen und 7,5% der Männer soziale Netzwerke für Senioren.

7,3% der Befragten ohne aber nur 2,7% mit Migrationshintergrund kennen diese Netzwerke.

Abgesehen von den Befragten mit einem monatlichen Nettoeinkommen unter 1.000 € nimmt der Grad der Bekanntheit sozialer Netzwerke für Senioren mit steigendem Einkommen monoton ab.

Abbildung 104 zeigt die Bekanntheit sozialer Netzwerke für Senioren nach Bezirksregionen.

Knapp 9 % der Befragten der BZR Teltower Damm und 4,6 % aus der BZR Schloßstraße kennen soziale Netzwerke für Senioren.

Abbildung 104: Internetnutzung in den Bezirksregionen

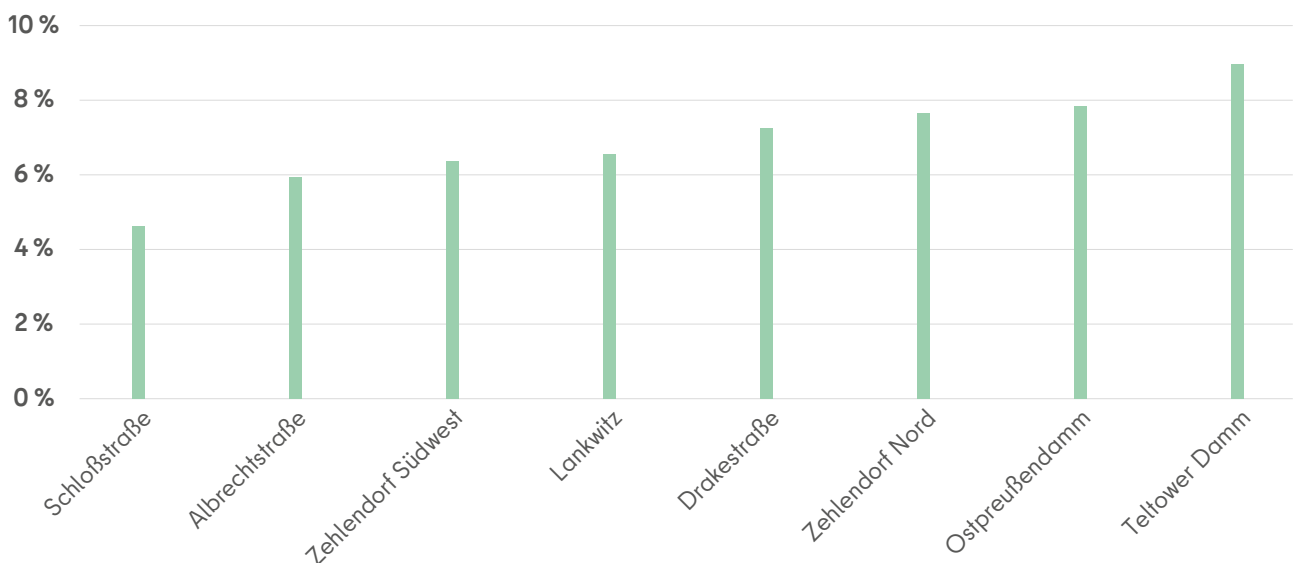


Tabelle 43: Programm Freizeitstätten im Internet finden nach soziodemografischen Merkmalen

		Wissen Sie, ...	
		ja	n
Alter	65-74 J.	44,6%	2.285
	75-84 J.	28,6%	1.983
	85+ J.	14,1%	432
	Gesamt	35,1%	4.700
Geschlecht	männlich	31,6%	2.106
	weiblich	37,9%	2.559
	Gesamt	35,1%	4.665
Bildung	niedrig	28,3%	855
	mittel	35,2%	1.686
	hoch	37,9%	2.126
	Gesamt	35,2%	4.667
Migration	nein	35,7%	4.423
	ja	24,9%	217
	Gesamt	35,2%	4.640
Netto-Einkommen	<1.000 €	31,4%	389
	1.000 - 1.999 €	37,3%	1.194
	2.000 - 2.999 €	36,6%	1.026
	3.000 - 3.999 €	41,7%	528
	4.000+ €	32,0%	381
	Gesamt	36,5%	3.518

Programme der bezirklichen Freizeitstätten im Internet finden:

Tabelle 43 zeigt die Angaben der Befragten zu Programmen der bezirklichen Freizeitstätten auf.

Mit der Frage: „Wissen Sie, wo im Internet Sie die Programme der bezirklichen Freizeitstätten finden können?“, sollte die Reichweite der Angebote für die Altersgruppe 65+ bestimmt werden.

Mit Ausnahme von „Geschlecht“ und „Migrationshintergrund“ zeigt **Tabelle 43** - parallel verschoben - dieselbe Ordnung wie **Tabelle 42**, denn nur wer das Internet nutzt, hat die Möglichkeit, dort die Angebote der Freizeitstätten zu finden.

Analog zur Prävalenz der Internetnutzung zeigt sich eine deutliche Abnahme mit steigendem Alter. Die älteste Gruppe erreicht mit 14,1% weniger als ein Drittel der Häufigkeit in der jüngsten Gruppe, in der 44,6% der Befragten angaben, die Programme der Freizeitstätten im Internet finden zu können.

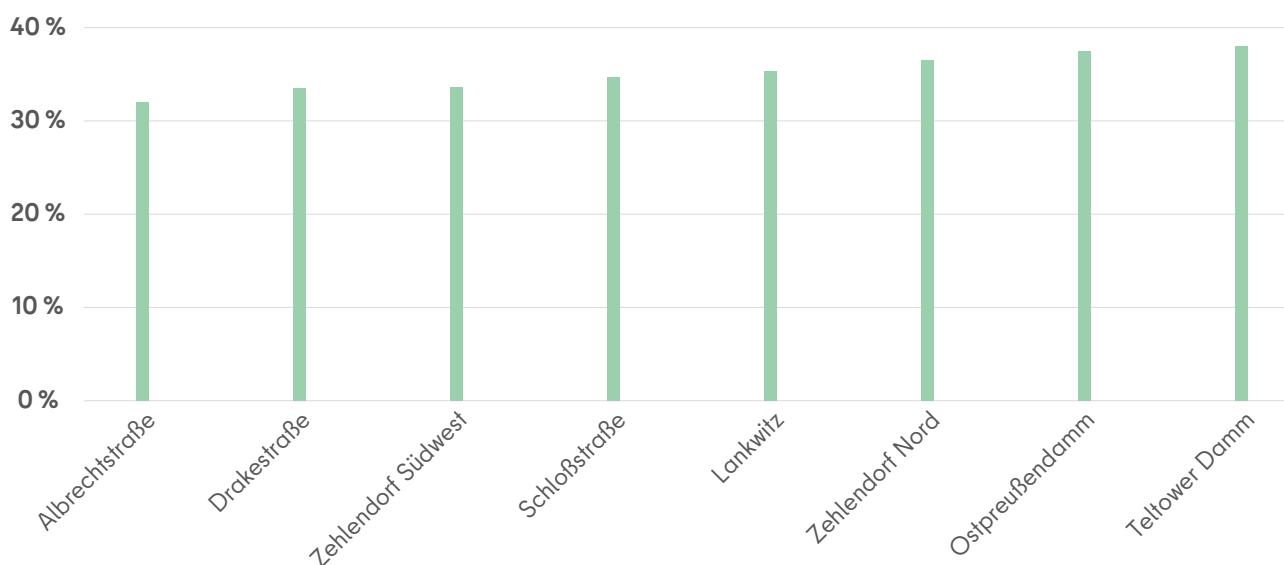
Abbildung 105 zeigt die „Freizeitstätten Angebote im Internet finden“ in den Bezirksregionen auf.

Etwa zwei Drittel der Befragten sieht sich nicht in der Lage, die Angebote der Freizeitstätten im Internet zu finden.

Die Spanne der Anteile in den Bezirksregionen beträgt lediglich etwa 6 Prozentpunkte.

38% der Befragten in der BZR Teltower Damm können Angebote der Freizeitstätten finden und liegen damit um 2,5 Prozentpunkte über dem Mittel aller Regionen (35%).

Abbildung 105: „Freizeitstätten Angebote im Internet finden“ vs. Region



VII. Einsamkeit, Isolation und soziale Kontakte

Die hier folgenden letzten Fragen zum „jetzt-und-heute“ in 2020 betreffen Gefühle der Einsamkeit und Isolation, insbesondere von alleinlebenden Menschen im höheren Alter sowie deren Minderung durch Einbindung in eine emotional gesicherte Umgebung.

- „Angenommen Sie würden schwer erkranken, an wen könnten Sie sich wenden, um Hilfe zu bekommen?“
- „Wie häufig haben Sie Kontakte zu Ihren Kindern, Verwandten, etc.?“
- „Fühlen Sie sich isoliert, außen vor oder einsam?“
- „Fällt es Ihnen leicht, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen?“

Die Befragung fand im Spätherbst 2020, also während der Corona-Pandemie statt. Die Befragten sollten bei der Beantwortung der oben aufgeführten Fragen jedoch die Besonderheiten dieser Zeit ausblenden.

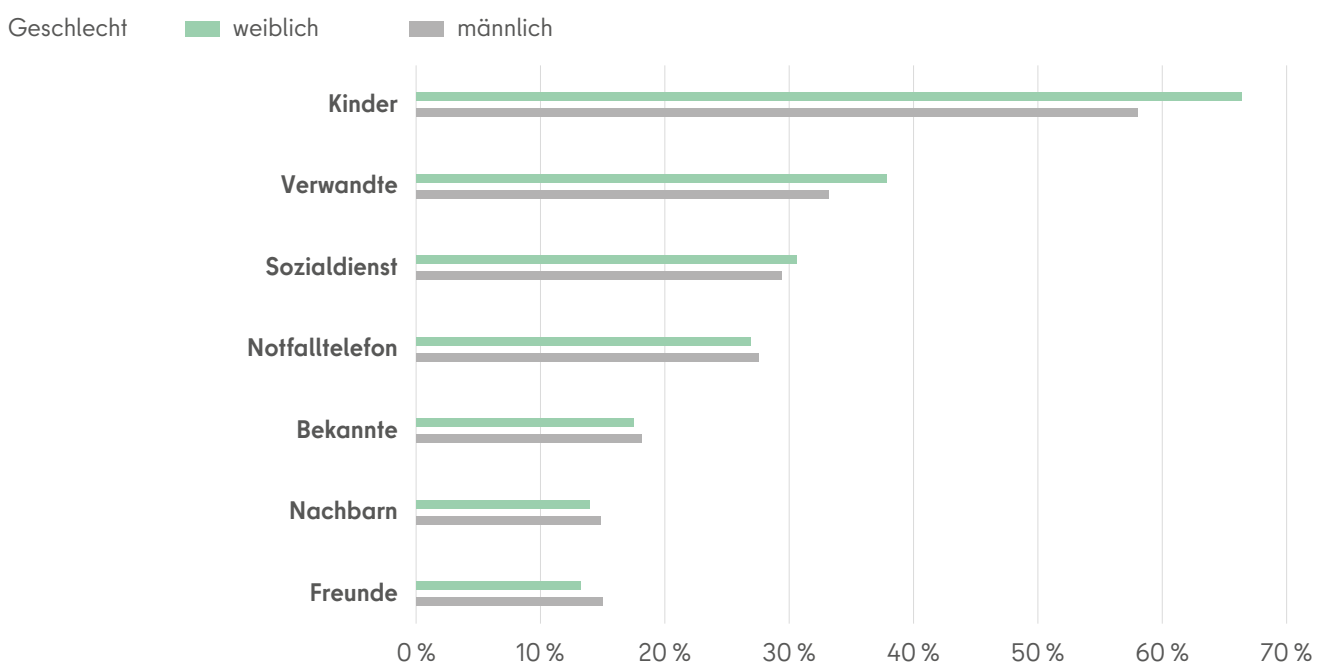
Wörtlich heißt es hierzu im Fragebogen:

- „Bitte teilen Sie uns nun mit, wie Ihre sozialen Kontakte aufgebaut sind. Wieder ist es von größter Wichtigkeit, dass Sie die Kontaktsperren während der Corona-Zeit ausblenden und Ihr Leben davor im Sinn haben, wenn Sie die Fragen beantworten.“

Die Wirkung oder Bedeutung dieser Aufforderung ist mit den vorliegenden Daten nicht abzuschätzen.

Mit den aggregierten Alternativen „ja sofort“ und „wahrscheinlich“ ergab sich für männliche und weibliche Befragte folgendes Bild (siehe **Abbildung 106**):

Abbildung 106: Angenommen Sie würden schwer erkranken, an wen würden Sie sich wenden, um Hilfe zu bekommen?



66 % der weiblichen und 58 % der männlichen Befragten mit Kindern¹⁹ wenden sich zuerst an diese.

38 % der weiblichen und 33 % der männlichen Befragten wenden sich zuerst an die Verwandten.

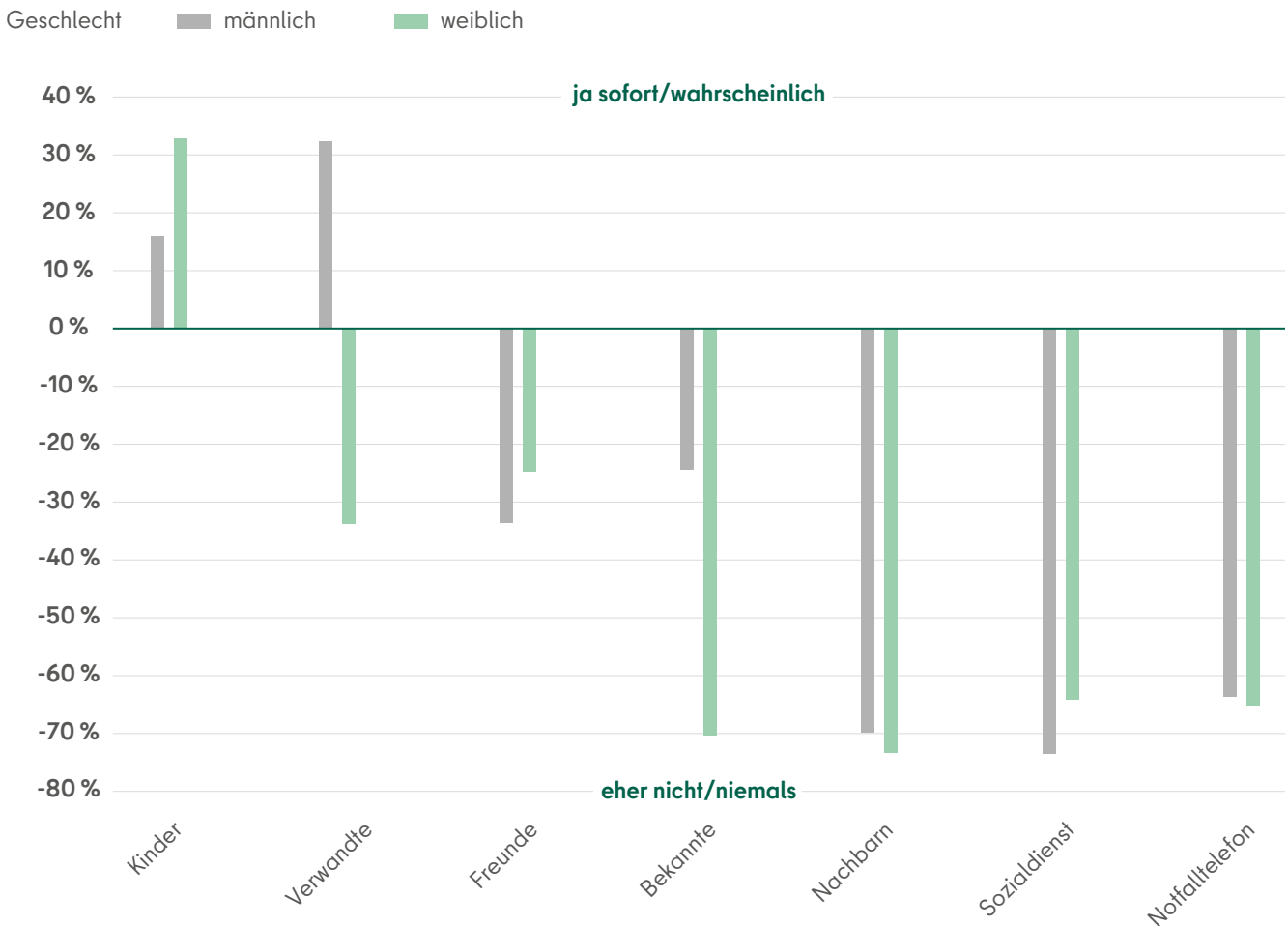
Sozialdienste und Notfalltelefon bilden mit 30 % bzw. 27% das Mittelfeld der Präferenzen, was wegen ihrer ständigen Verfügbarkeit und Vernetzung mit medizinischen Einrichtungen plausibel erscheint.

Bekannte, Freunde und Nachbarn werden in der Not nur von gut 10 % der Befragten um Hilfe gebeten. Auch diese relativ kleine Prävalenz erscheint plausibel, zumal Bekannte, Freunde und Nachbarn der Befragten in der Regel derselben Alterskohorte 65+ angehören und in ihren Möglichkeiten, selbst Hilfe zu leisten bzw. zu organisieren, entsprechend beschränkt sind.

Der traditionelle „Hausarzt“, zu dem die Befragten im Alter 65+ häufig ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben, fehlt in der Aufstellung.

Abbildung 107: Wen kontaktieren im Fall einer schweren Erkrankung in Bezug auf Differenz „ja sofort/wahrscheinlich“ - „eher nicht/niemals“

Abbildung 107 zeigt die Differenz der Häufigkeiten bzgl. („ja sofort“, „wahrscheinlich“)²⁰ und („eher nicht“, „niemals“)²¹.



¹⁹ Für diese Auswertung wurden ausschließlich Befragte mit Kindern aufgenommen

²⁰ „ja“

²¹ „nein“

Sowohl bei männlichen als auch weiblichen Befragten waren es die eigenen „Kinder“, an die sie sich im Fall einer schweren Erkrankung am ehesten wenden würden.

Bezüglich „Verwandte“ ergab sich bei männlichen Befragten eine positive, bei weiblichen eine negative Differenz zwischen „ja sofort / wahrscheinlich“ und „eher nicht / niemals“.

Alle anderen potenziellen Ansprechpartner werden von männlichen und weiblichen Befragten häufiger abgelehnt („eher nicht / niemals“) als gewünscht („ja sofort / wahrscheinlich“).

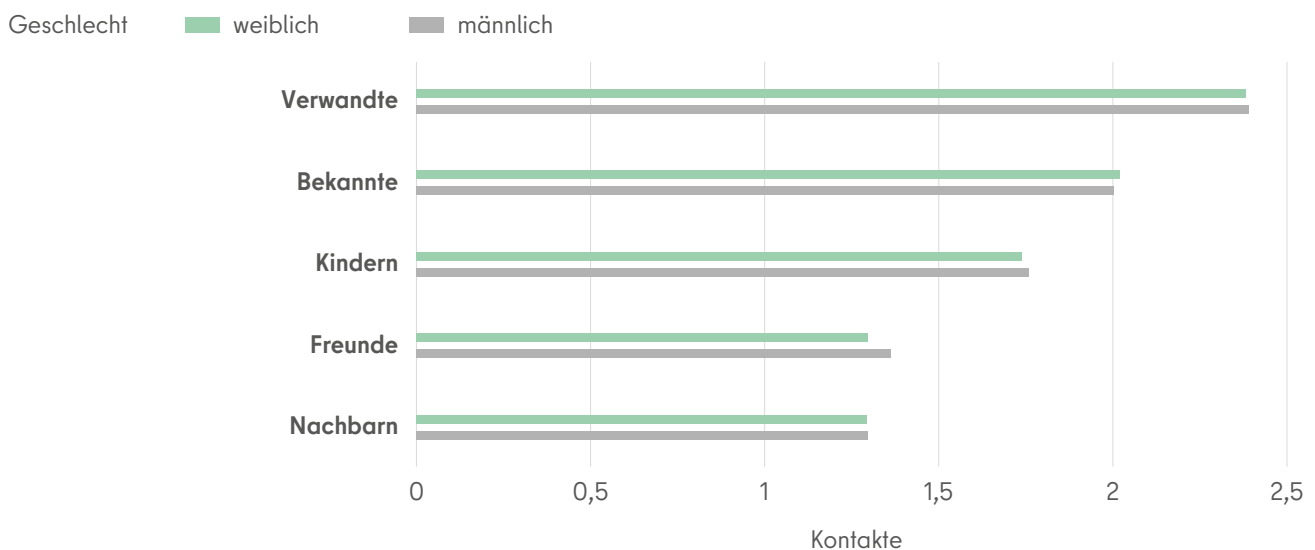
Die Alternativen „Bekannte“ und „Verwandte“ zeigen beide einen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Befragten in Höhe von etwa 45 Prozentpunkten.

1. Häufigkeit von Kontakten

Regelmäßige Kontakte mit Menschen des persönlichen Umfelds erzeugen soziale und emotionale Sicherheit und verhindern ggfs. Gefühle der Einsamkeit und Isolation.

In **Abbildung 108** ist die Anzahl der wöchentlichen Kontakte der Befragten zu ihren Kindern, Verwandten, Freunden, Bekannten und Nachbarn getrennt für Männer und Frauen dargestellt.

Abbildung 108: Wie oft haben Sie pro Woche Kontakt zu Ihren ...



Das Geschlecht der Befragten hat keinen nennenswerten Einfluss auf die Häufigkeit der Kontakte.

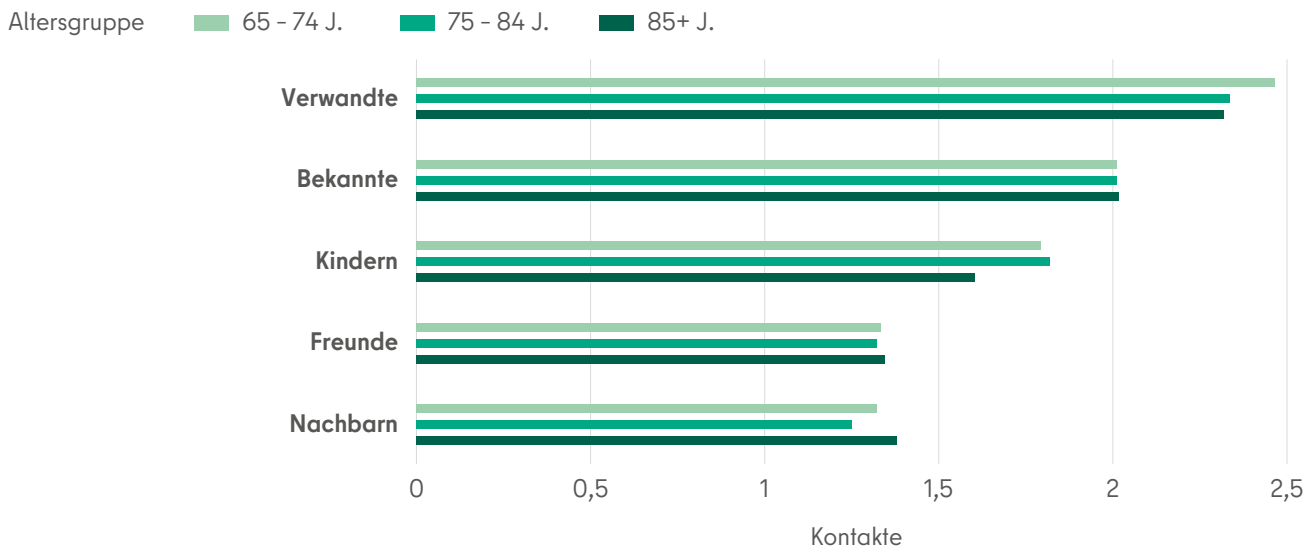
Befragte mit Kindern pflegen pro Woche etwa 1,75 Kontakte mit ihnen.

Verwandte und Bekannte werden häufiger, Freunde und Nachbarn seltener kontaktiert als die eigenen Kinder.

Mit etwa 2,4 Kontakten pro Woche stehen die Verwandten an erster Stelle. Nur etwa 1,3 wöchentliche Kontakte fanden mit Freunden und Nachbarn statt.

Abbildung 109: Kontakte pro Woche vs. Alter

In **Abbildung 110** sind die Angaben der Befragten zur Anzahl der wöchentlichen Kontakte der zu verschiedenen Personenkreisen je Altersklasse dargestellt.



Das Alter der Befragten hat keinen nennenswerten Einfluss auf die Häufigkeit der Kontakte.

Befragte mit Kindern pflegen pro Woche etwa 1,75 Kontakte mit ihnen.

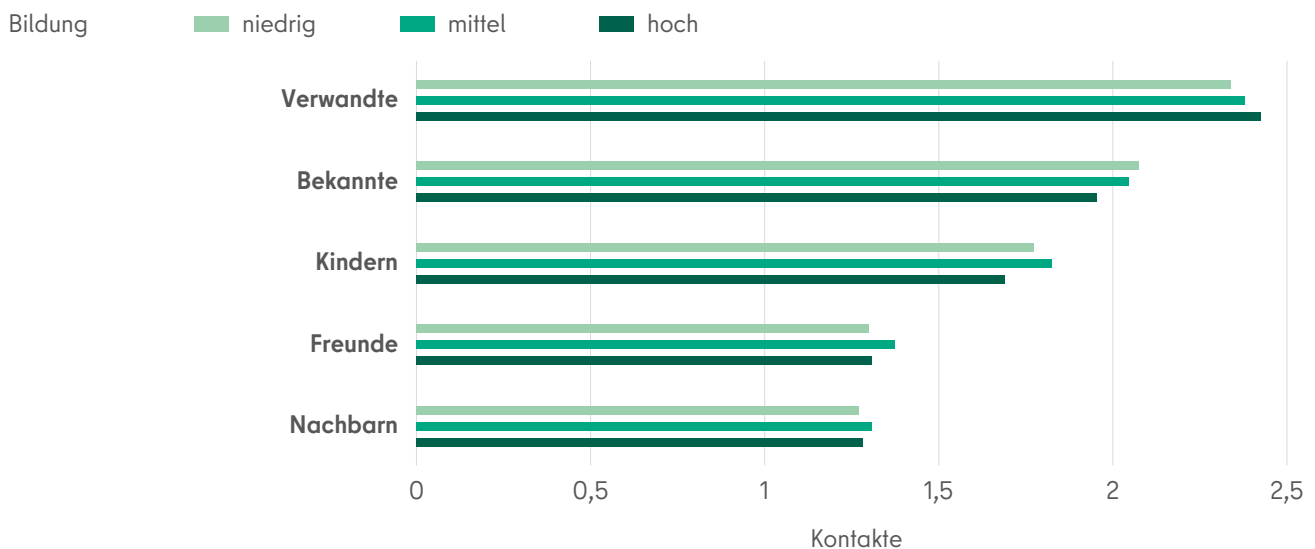
Verwandte und Bekannte werden häufiger, Freunde und Nachbarn seltener kontaktiert als die eigenen Kinder.

Mit etwa 2,3 Kontakten pro Woche stehen die Verwandten an erster Stelle.

Nur etwa 1,3 wöchentliche Kontakte fanden mit Freunden und Nachbarn statt.

Abbildung 110: Wöchentliche Kontakte mit ... vs. Bildung

In **Abbildung 110** sind die Angaben der Befragten zur Anzahl der wöchentlichen Kontakte der zu verschiedenen Personenkreisen je nach Bildungsstatus dargestellt.



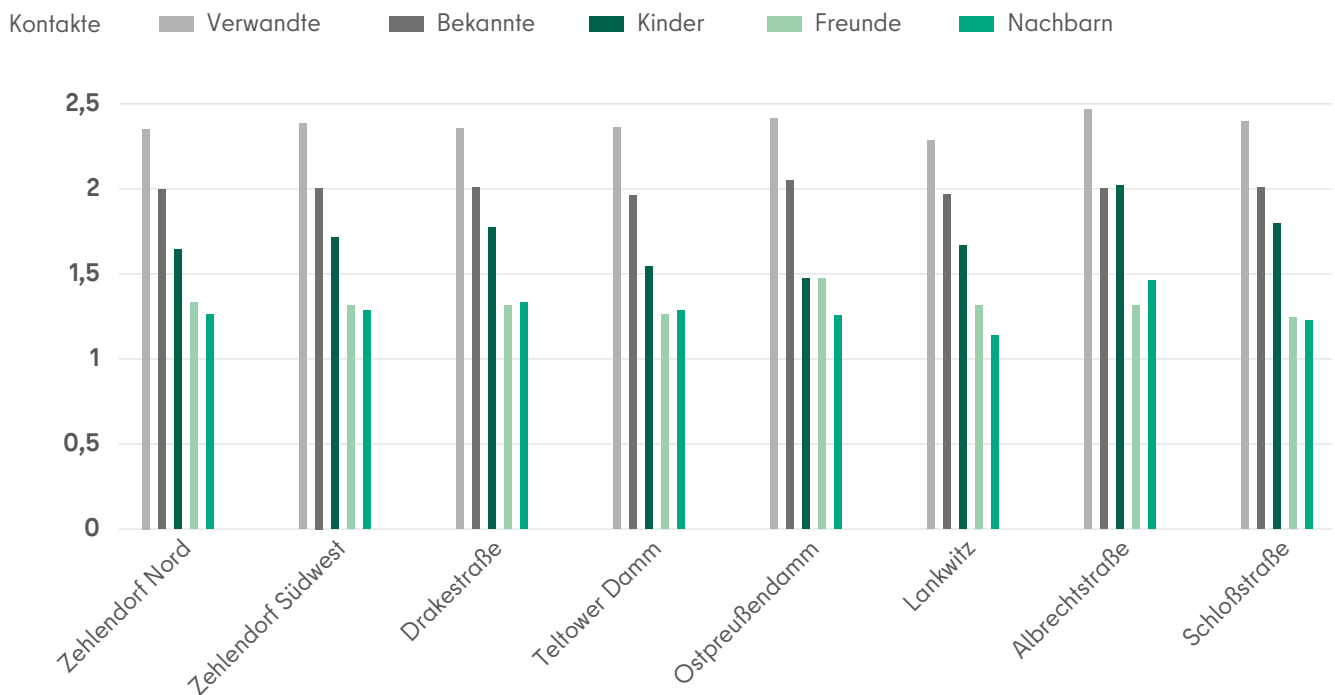
Der Bildungsstatus der Befragten ist ohne signifikanten Einfluss auf die Anzahl der Kontakte.

Wöchentliche Kontakte mit den Kindern bilden den „Mittelwert“ der 5 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

Die Varianzen innerhalb der Kontaktoptionen sind deutlich kleiner als zwischen den Optionen.

In **Abbildung 111** sind die Angaben der Befragten zur Anzahl der wöchentlichen Kontakte der zu verschiedenen Personenkreisen in den verschiedenen Bezirksregionen dargestellt.

Abbildung 111: Kontakte pro Woche vs. Bezirksregion



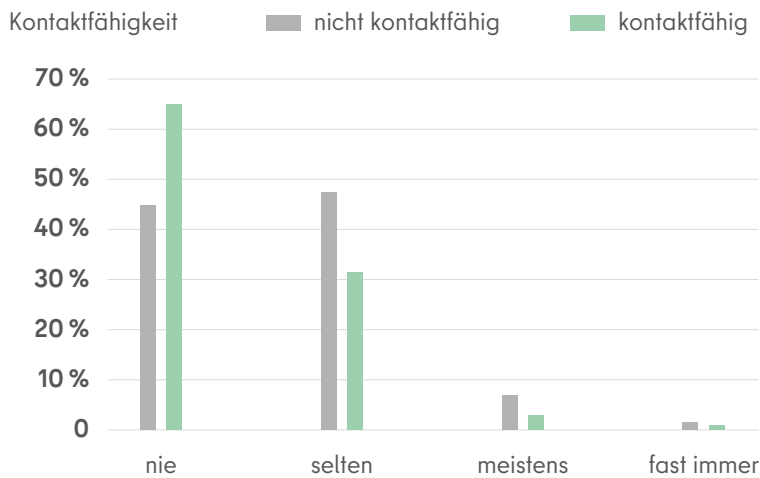
In Bezug auf erfolgte Kontakte pro Woche vs. Bezirksregion zeigte sich bezirksübergreifend folgendes Ranking:

- 2,4 bzw. 2 wöchentliche Kontakte mit Verwandten und Bekannten,
- 1,3 wöchentliche Kontakte mit Freunden und Nachbarn,
- 1,7 wöchentliche, regional stark streuende Kontakte mit den Kindern.

2. Einsamkeit und Isolation

In dem folgenden Fragebogenabschnitt wurde nach dem Grad der Einsamkeit und Isolation gefragt. Darüber hinaus wurden die befragten Senioren um die Einschätzung ihrer persönlichen Kontaktfähigkeit gebeten.

Abbildung 112: Gefühl der Isolation (Anteil in %) vs. Kontaktfähigkeit



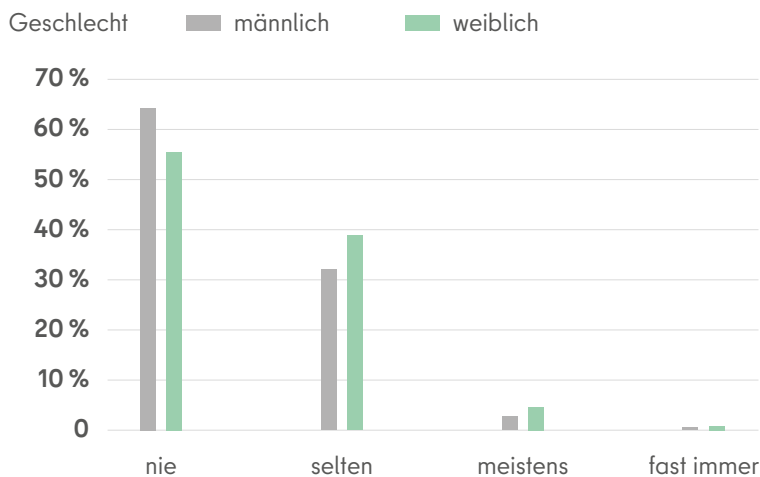
In **Abbildung 112** wurden beide Variablen miteinander in Beziehung gesetzt.

In Bezug auf das Gefühl der Isolation vs. Kontaktfähigkeit zeigte sich bezirksübergreifend folgendes Ranking:

- 73% aller Befragten hielten sich für kontaktfähig,
- 65% der kontaktfähigen und 45% der anderen Befragten erleben nie das Gefühl einer Isolation
- 3,5% der kontaktfähigen und 8,3% der anderen Befragten leiden „meistens-fast immer“ unter dem Gefühl der Isolation.

In **Abbildung 113** ist dargestellt, ob sich eher weibliche oder eher männliche Befragte „isoliert“ oder „einsam“ fühlen.

Abbildung 113: Gefühl der Isolation (Anteil in %) vs. Geschlecht



In Bezug auf das Gefühl der Isolation vs. Geschlecht zeigte sich bezirksübergreifend folgendes Ranking:

- 64% der männlichen und 55% der weiblichen Befragten erleben „nie“ das Gefühl der Isolation,
- 96% der männlichen und 94% der weiblichen Befragten fühlen sich „nie“ oder „selten“ isoliert,
- 4% der männlichen und 6% der weiblichen Befragten fühlen sich „meistens“ oder „immer“ isoliert.

In **Abbildung 114** wird der Anteil Befragter hinsichtlich Geschlechts- und Einkommensunterschieden dargestellt, die angegeben haben, sich „meistens“ oder „fast immer“ isoliert oder „einsam“ zu fühlen.

Abbildung 114: Isolation (Anteil in %) vs. Einkommen und Geschlecht

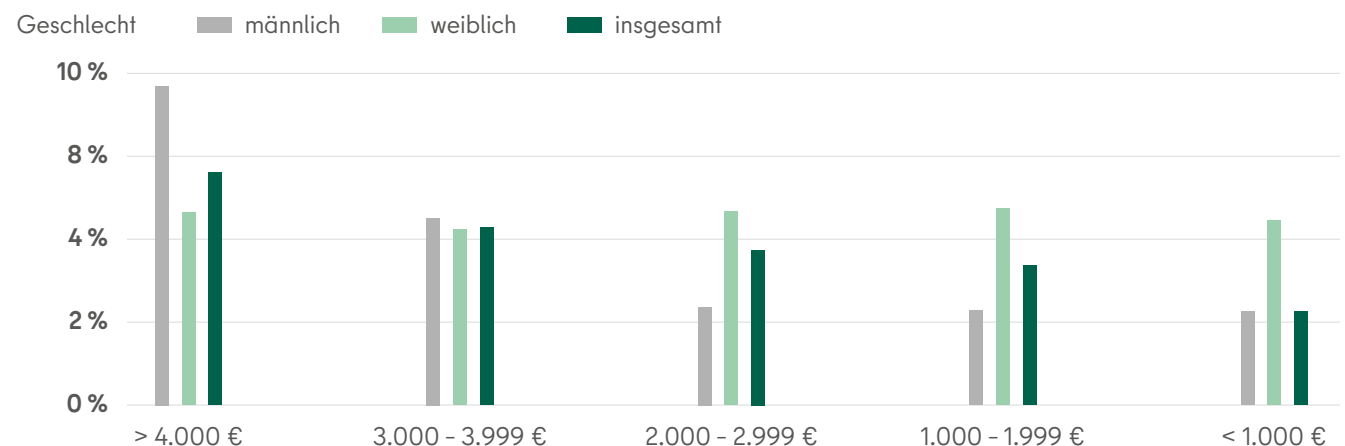
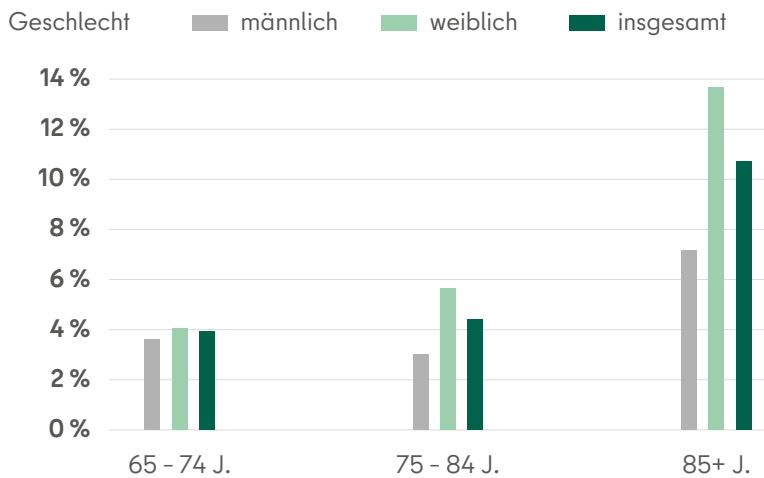


Abbildung 115: Gefühlte Isolation (Anteil in %) vs. Alter und Geschlecht



Einkommensunabhängig fühlen sich 3,7% der Männer und 5,6% der Frauen „meistens“ oder „fast immer“ isoliert²².

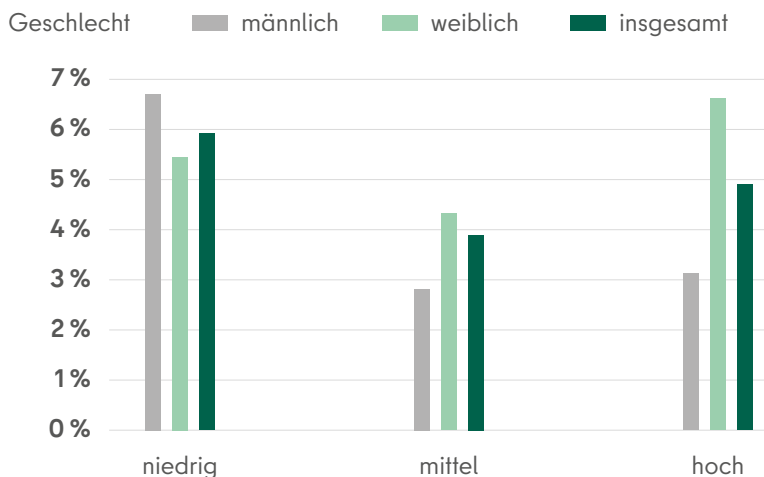
Insgesamt sinkt die Wahrscheinlichkeit des Gefühls einer „Isolation“ mit steigendem Einkommen. In deutlichem Gegensatz zu den männlichen Befragten fiel bei Frauen die Tendenz, sich isoliert zu fühlen, unabhängig vom verfügbaren Einkommen auf.

In **Abbildung 115** wird der Anteil Befragter bezogen auf Geschlechts- und Altersunterschiede dargestellt, die angegeben haben, sich „meistens“ oder „fast immer“ isoliert oder „einsam“ zu fühlen.

In Bezug auf die Gefühlte Isolation vs. Alter und Geschlecht zeigt sich folgendes Ranking:

- In der Altersgruppe „65 bis 74“ sind männliche und weibliche Befragte auf gleichem Niveau.
- In der Altersgruppe „75 bis 84“ unterscheiden sich beide Geschlechter bereits signifikant.
- In der Altersgruppe „85+“ steigen beide Prävalenzen gegenüber der mittleren Altersgruppe etwa um den Faktor 2,4. Weibliche Befragte erleben hier die Isolation nahezu doppelt so häufig wie die männlichen.

Abbildung 117: Isolation (Anteil in %) vs. Bildung und Geschlecht



In **Abbildung 116** wird der Anteil Befragter bezogen auf Geschlechts- und Bildungsunterschiede dargestellt, die angegeben haben, sich „meistens“ oder „fast immer“ isoliert oder „einsam“ zu fühlen.

Unabhängig vom Geschlecht sind die Anteile der Befragten, die sich „meistens“ oder „fast immer“ einsam oder isoliert fühlen in der Gruppe mit mittlerem Bildungsstatus am geringsten. Insgesamt war dieser bei den Männern in dieser Gruppe mit einem Anteil von unter 3% am geringsten.

Bei den befragten Frauen mit hohem Bildungsstatus und den befragten Männern mit geringem Bildungsstatus war dieser Anteil mit rund 6,6% am höchsten.

²² Die Differenz ist mit p-value = 0.002 signifikant

VIII. Zukunft und Vorsorgeverhalten

1. Zukunftserwartungen

Tabelle 44: Blick in die Zukunft

Ich blicke voller Zuversicht in eine sichere Zukunft.	10,2%
Ich bin etwas skeptisch, denke aber, alles wird gut gehen.	59,6%
Ich bin ziemlich besorgt.	28,2%
Ich habe Angst vor der Zukunft.	2,1%

Am Ende der Befragung wurden die Senioren des Bezirks Steglitz-Zehlendorf nach ihren Zukunftserwartungen, ihren Sorgen und ihrem Vorsorgeverhalten gefragt. Zunächst wurde diesen die folgende allgemeine Frage gestellt:

„Wenn Sie an Ihre Zukunft, aber auch an die Ihrer Kinder und Enkelkinder denken, wie ist Ihr Gefühl für die nächsten Jahre und Jahrzehnte?“

Insgesamt machten hierzu n = 4.689 der Befragten Angaben zu den vier Auswahlmöglichkeiten.

Deutlich wird, dass auch die Zahl derer, die zwar mit etwas Skepsis jedoch eher zuversichtlich in die Zukunft blicken, höher ist als die Zahl derjenigen die insgesamt optimistisch sind. Nur 2,1% der Befragten hatten „Angst vor der Zukunft“.

Das belegen auch die Ergebnisse aus der sogenannten Vermächtnisstudie, in der die Autoren feststellten, dass die Bewertung der persönlichen Situation oftmals positiver als die Bewertung der Zukunft im Allgemeinen dargestellt wird (vgl. Allmendinger 2017).

Tabelle 45: Gefühl für die Zukunft nach soziodemografischen Merkmalen

Wichtig ist daher, detaillierter auf die Befragten einzugehen und zu überprüfen, ob sich die gefundenen Ergebnisse nach soziodemografischen Merkmalen (Tabelle 45) und nach Bezirksregionen (Abbildung 117) unterscheiden.

		Gefühl für die Zukunft				n
		voller Zuversicht	skeptisch	besorgt	Angst vor Zukunft	
Geschlecht	männlich	11,9%	60,7%	25,8%	1,5%	2078
	weiblich	8,7%	58,6%	30,2%	2,5%	2577
	Gesamt	10,2%	59,6%	28,2%	2,1%	4655
Alter	65-74 J.	11,0%	57,1%	29,5%	2,4%	2240
	75-84 J.	9,4%	61,9%	26,9%	1,8%	2011
	85+ J.	9,4%	61,2%	27,6%	1,8%	438
	Gesamt	10,2%	59,6%	28,2%	2,1%	4689
Bildung	niedrig	9,9%	60,3%	27,4%	2,4%	849
	mittel	10,7%	60,1%	27,4%	1,8%	1695
	hoch	9,8%	59,0%	29,1%	2,1%	2111
	Gesamt	10,1%	59,6%	28,2%	2,0%	4655
Migration	nein	10,0%	59,9%	28,0%	2,1%	4418
	ja	12,6%	54,2%	30,8%	2,3%	214
	Gesamt	10,1%	59,7%	28,2%	2,1%	4632

11,9% der männlichen und 8,7% der weiblichen Befragten sehen „voller Zuversicht“ in die Zukunft. Dieser Unterschied ist mit p-value < 0.01 hochsignifikant. D.h. die in der Stichprobe berechneten Anteile sind auf die Grundgesamtheit aller Senioren des Bezirks Steglitz übertragbar.

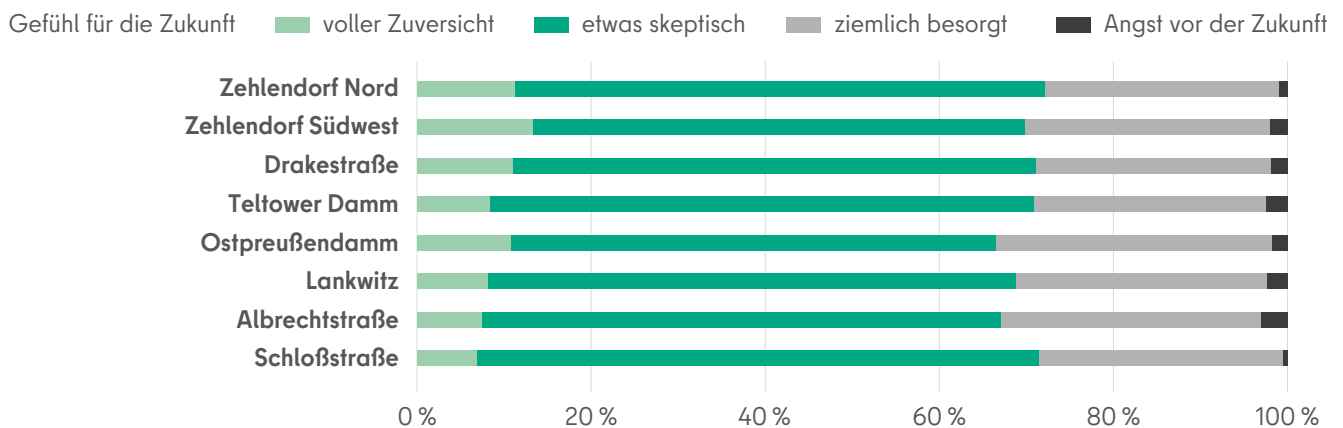
Bezogen auf die Altersgruppen war zu beobachten, dass vor allem die jüngeren Alten sehr viel häufiger angaben, „voller Zuversicht“ zu sein (11,0 %) als die älteren Alten (9,4%). Allerdings war auch der Anteil derjenigen, die „ziemlich besorgt“ waren beziehungsweise „Angst vor der Zukunft“ hatten bei den jüngeren Befragten höher.

Bezogen auf den Bildungsabschluss konnten keine großen Unterschiede beobachtet werden.

Von den Befragten mit Migrationshintergrund gaben 12,6% an, „voller Zuversicht“ zu sein. Damit war dieser Anteil um 2,6% höher als bei den Personen ohne Migrationshintergrund. Allerdings zeigte sich auch, dass der Anteil derjenigen Befragten mit Migrationshintergrund, die sich „ziemlich besorgt“ zeigten, 2,8% höher war als bei den Personen ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 117: Gefühl für die Zukunft nach Bezirksregionen

Abbildung 117 zeigt die Unterschiede beim Zukunftsgefühl bezogen auf die Bezirksregionen.



Laut **Abbildung 117** zeigten sich beim Gefühl für die Zukunft bezogen auf die Bezirksregionen in Steglitz-Zehlendorf nur sehr geringe Unterschiede. Die meisten Befragten, die „voller Zuversicht“ in die Zukunft schauen, waren in der BZR Zehlendorf Südwest (14%). Die wenigsten Befragten waren hier in der BZR Schloßstraße zu finden (7%).

Der Anteil derjenigen, die „ziemlich besorgt“ in die Zukunft schauen, war in der BZR Ostpreußendamm am höchsten. Hier lag der Anteil bei 31%. Dahinter folgten die Bezirksregionen Albrechtstraße mit 30% und Lankwitz mit 29%.

Diejenigen, die angaben, „Angst vor der Zukunft“ zu haben, waren mit 3% am häufigsten in den Bezirksregionen Teltower Damm, Lankwitz und Albrechtstraße zu finden.

2. Sorgen um die Zukunft

Um eine detaillierte Auswertung zu haben, wurden die Befragten gebeten, zu vorgegebenen Themen eine in fünf Stufen vorgegebene Wertung („wichtig“ bis „unwichtig“) abzugeben. Die Fragestellung lautete:

- „Was sind Ihrer Meinung nach die drängendsten Probleme in der Welt und in Politik und Gesellschaft?“

Vergeben Sie bitte Schulnoten: 1 = Sehr wichtig, 5 = unwichtig. Bitte jede Zeile beantworten.“

Tabelle 46: Sorgen um die Zukunft, Rangfolge der Wichtigkeit

In **Tabelle 46** wurden die Themen ihrer Bewertung entsprechend geordnet. Dabei wurde von der Bewertungsskala 1-5 der Mittelwert gebildet.

	Sorgen um Zukunft						n
	Mittelwert ²³	wichtig	2	3	4	unwichtig	
Klimawandel / Umwelt	1,44%	69,5%	20,3%	7,3%	2,2%	0,7%	4759
Radikaler Islamismus	1,45%	72,0%	17,9%	5,8%	1,8%	2,6%	4661
Rechtsextremismus	1,59%	65,5%	19,7%	8,1%	3,4%	3,3%	4692
Gesundheitssystem	1,65%	51,6%	33,8%	12,6%	1,7%	0,3%	4651
Unterhaltung	1,65%	61,7%	20,1%	11,9%	3,5%	2,8%	4566
Kriege	1,68%	55,5%	26,4%	13,6%	3,3%	1,2%	4635
Armut in der Welt	1,72%	51,4%	30,6%	14,1%	2,9%	1,1%	4677
Fremdenfeindlichkeit	1,77%	52,5%	28,0%	12,8%	3,9%	2,9%	4635
Armut - Obdachlosigkeit	1,83%	43,9%	35,0%	16,6%	3,9%	0,7%	4675
Zuwanderung Integration	1,98%	40,4%	33,1%	17,6%	5,5%	3,3%	4615
Linksextremismus	2,01%	45,2%	24,8%	17,7%	8,0%	4,3%	4564
Inklusion Behinderter	2,01%	33,5%	39,0%	21,5%	5,0%	0,9%	4558
Verkehrspolitik	2,08%	28,9%	40,7%	25,0%	4,2%	1,2%	4612
Haltung von Masttieren	2,09%	37,9%	29,8%	21,4%	7,4%	3,6%	4655
Reform öffentl. Dienst	2,23%	31,0%	29,9%	27,4%	8,5%	3,3%	4615
Globaler Handel	2,31%	20,7%	38,8%	31,2%	7,6%	1,6%	4472
Rentenreform	2,43%	26,5%	25,7%	31,1%	11,1%	5,5%	4424

Die wichtigsten Themen, über die sich die älteren Befragten des Bezirks Sorgen machen sind Klimawandel / Umwelt, Extremismus sowie die Zukunft des Gesundheitssystems und Kriege. Die Ergebnisse bestätigen, dass ältere Befragte in Deutschland bezogen auf Klimawandel und Umweltverschmutzung oft besorgt sind, da sie die Auswirkungen von Umweltproblemen in ihrem Leben und ihrer Umgebung möglicherweise bereits erlebt haben.

In den Top 5 findet man weiterhin die Themen Extremismus und Kriege. Auch hier können direkte und indirekte Erfahrungen aus Kriegsberichten bspw. von den eigenen Eltern, die möglicherweise Kriege und den Extremismus noch direkt miterlebt haben, die Ergebnisse beeinflussen. In Bezug auf Rechtsextremismus in Berlin ist es

²³ Mittelwert auf der Skala von 1 (sehr wichtig) bis 5 (unwichtig)

so, dass es in der Stadt und in ganz Deutschland in den letzten Jahren eine Zunahme von rechtsextremen Straftaten und Aktivitäten gegeben hat. Das kann Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben.

Die eigene Gesundheit rückt im Alter – bedingt durch möglicherweise eigene Erkrankungen – immer weiter in den Vordergrund. Daher ist es wichtig, dass man auf ein funktionierendes Gesundheitssystem zurückgreifen kann. Die Situation des Gesundheitssystems in Metropolen wie Berlin ist mit hoher Sicherheit besser als in strukturschwachen Regionen in der Bundesrepublik, aber auch hier gibt es bekannte Probleme wie beispielsweise lange Wartezeiten für Facharzttermine und möglicherweise auch ungleiche Verteilung von medizinischen Ressourcen zwischen Stadtteilen.

Obdachlosigkeit ist auch in Berlin ein großes Problem, und die Zahl der Menschen, die auf der Straße leben, hat in den letzten Jahren zugenommen. Dies wird auch von den Befragten wahrgenommen.

Es bestehen nur wenig Sorgen in Bezug auf die Reformen der öffentlichen Verwaltung und der Renten.

3. Vorsorge

Mit der Schlussfrage ging es um persönliche Vorsorgemöglichkeiten, die getroffen werden können. Gefragt wurde nach den folgenden Optionen:

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Testament
- Sterbeversicherung

Zunächst sollte die Befragung Aufschluss darüber geben, wie viele der Befragten eine Patientenverfügung und / oder eine Vorsorgevollmacht erlassen haben.

Beides sind rechtliche Instrumente, die dazu dienen, medizinische Wünsche und Entscheidungen im Falle von Krankheit, Unfall oder anderen unvorhergesehenen Ereignissen zu regeln.

In einer Patientenverfügung werden im Voraus medizinische Wünsche und Entscheidungen festgelegt, wie zum Beispiel die Art der medizinischen Behandlung oder Pflege, die sich die Betroffenen wünschen oder ablehnen würden, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, diese Entscheidungen selbst zu treffen.

Eine Vorsorgevollmacht hingegen ist ein Dokument, das eine ausgewählte Person ermächtigt, im Falle der Unfähigkeit der betroffenen Person, Entscheidungen für diese zu treffen. Das kann medizinische Entscheidungen betreffen, aber auch andere rechtliche, finanzielle und persönliche Angelegenheiten.

Tabelle 47 zeigt die Häufigkeit dieser Angaben bezogen auf die demografischen Merkmale.

Tabelle 47: Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

		Vorsorgevollmacht	n	Patientenverfügung	n
Geschlecht	männlich	66,9%	1991	68,5%	2027
	weiblich	71,6%	2461	73,6%	2464
	Gesamt	69,5%	4452	71,3%	4491
Alter	65-74 J.	61,9%	2152	63,9%	2147
	75-84 J.	74,5%	1912	76,9%	1945
	85+ J.	85,5%	422	82,8%	430
	Gesamt	69,5%	4486	71,3%	4522
Bildung	niedrig	67,0%	815	67,8%	822
	mittel	69,7%	1622	71,5%	1633
	hoch	70,4%	2018	72,7%	2036
	Gesamt	69,5%	4455	71,3%	4491
Migration	nein	70,2%	4230	72,1%	4269
	ja	52,9%	204	53,7%	203
	Gesamt	69,4%	4434	71,2%	4472

Tabelle 47 zeigt, dass 71,6% der Frauen und 66,9% der Männer eine Vorsorgevollmacht erteilt haben. 73,6% der Frauen und 68,5% der Männer besitzen hingegen eine Patientenverfügung.

Gemäß den Auswertungen der Umfrage nimmt die Häufigkeit von erteilten Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen mit dem Alter deutlich zu. Beim Betrachten des Merkmals „Bildung“ sind hingegen keine signifikanten Unterschiede zu beobachten.

Für Befragte mit Migrationshintergrund liegen tendenziell weniger Vorsorgevollmachten und / oder Patientenverfügungen vor.

Allgemeine Schlüsse bezüglich möglicher Kausalitäten sind auf Grund dieser Beobachtungen allerdings nicht möglich, da z. B. das Merkmal Migrationshintergrund selbst ein Konstrukt einer Reihe hier nicht verfügbarer Faktoren darstellt, die zusammen die vordergründige Bezeichnung „Migrationshintergrund“ selbst als nicht oder weniger relevant / kausal erscheinen lassen.

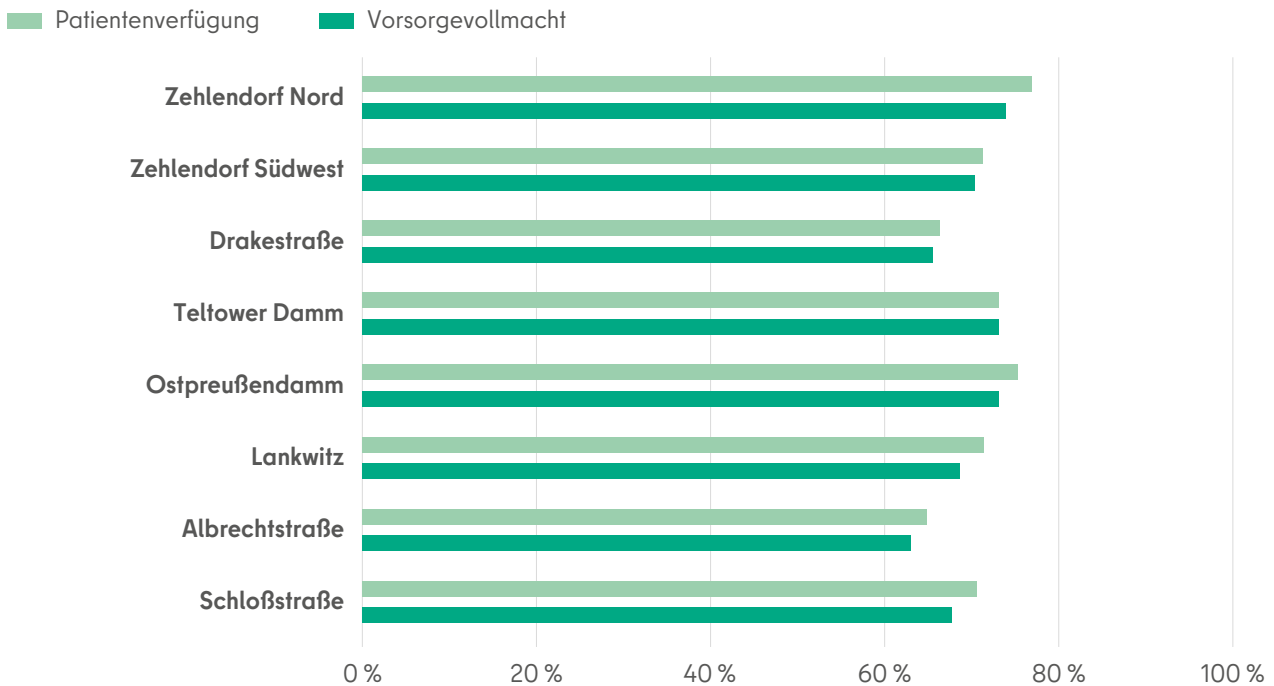
Abbildung 118 zeigt die Häufigkeit dieser Angaben bezogen auf die BZR.

In den Bezirksregionen des Bezirks Steglitz-Zehlendorf zeigten sich bei der Frage nach vorhandenen Patientenverfügungen und / oder Vorsorgevollmachten folgende Unterschiede:

Die BZR Zehlendorf Nord weist den höchsten Anteil getroffener Vorsorgemaßnahmen auf (Patientenverfügung= 77 %; Vorsorgevollmacht= 74 %). Am geringsten war dieser Anteil BZR Albrechtstraße (Patientenverfügung= 65%; Vorsorgevollmacht = 63 %).

Ein Testament und eine Sterbeversicherung dienen dazu, Vermögen und Vermögenswerte zu verwalten und zu verteilen, beziehungsweise die Kosten im Todesfall (wie Bestattungskosten und andere Verbindlichkeiten) abzudecken.

Abbildung 118: Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung nach Bezirksregion



Ein Testament ist ein schriftliches Dokument, das eine Person erstellt, um zu bestimmen, wie ihr Vermögen und ihre Vermögenswerte nach ihrem Tod verteilt werden sollen. In einem Testament können Personen zum Beispiel angeben, wer welche Vermögenswerte erhalten und / oder für die Verwaltung des Nachlasses zuständig sein soll. Ein Testament tritt nach dem Tod der Person in Kraft und kann zu Lebzeiten jederzeit geändert werden.

Eine Sterbeversicherung hingegen ist eine Vermögensvorsorge, die eine bestimmte Geldsumme auszahlt, wenn die Versicherung fällig wird, sogenannte Ablaufleistung. Diese tritt in der Regel erst nach dem Tod der Versicherten Person ein.

Diese Versicherungsleistung kann dazu verwendet werden, um Kosten im Zusammenhang mit dem Tod, wie Bestattungskosten, Rechnungen oder Schulden zu decken. Die Auszahlung erfolgt an eine oder mehrere bestimmte Personen, die als begünstigte Person in der Versicherungspolice benannt sind. Dies kann zu Lebzeiten der versicherten Person jederzeit geändert werden, jedoch ist für die Auszahlung der Ablaufleistung eine Erbberechtigung nicht zwingend erforderlich.

Tabelle 48 zeigt die Häufigkeit dieser Angaben bezogen auf die demografischen Merkmale.

69,5% der Männer und 66,5% der Frauen gaben an, ein Testament verfasst zu haben. Diese Anteile nehmen mit dem Alter²⁴ und höherer Bildung deutlich zu.

Befragte mit einem Migrationshintergrund²⁵ liegen diesbezüglich mit 47,8% um mehr als 20 Prozentpunkte unter dem Anteil bei Befragten ohne Migrationshintergrund.

²⁴ Diese laxer Sprechweise unterstellt Ergodizität.

²⁵ 4,6% der Befragten n haben einen Migrationshintergrund

Tabelle 48: Testament und Sterbeversicherung

		Testament	n	Sterbeversicherung	n
Geschlecht	männlich	69,5%	2020	25,8%	1890
	weiblich	66,5%	2391	31,0%	2217
	Gesamt	67,9%	4411	28,6%	4107
Alter	65-74 J.	61,1%	2126	22,9%	1985
	75-84 J.	73,1%	1902	32,3%	1780
	85+ J.	79,3%	415	41,6%	375
	Gesamt	67,9%	4443	28,6%	4140
Bildung	niedrig	61,1%	804	39,4%	777
	mittel	68,1%	1607	32,8%	1516
	hoch	70,6%	2001	20,4%	1817
	Gesamt	68,0%	4412	28,6%	4110
Migration	nein	68,9%	4187	28,7%	3903
	ja	47,8%	205	25,0%	192
	Gesamt	67,9%	4392	28,6%	4095

Tabelle 49: Kontingenz bzgl. Testament und Sterbeversicherung

Testament	Sterbeversicherung		Summe
	nein	ja	
nein	1078	302	1380
ja	1794	721	2515
Summe	2872	1023	3895

Anmerkung:

In **Tabelle 49** „fehlen“ 1.161 der Fälle, die keine der Fragen bzgl. Testament und Sterbeversicherung beantwortet haben und nahezu sämtlich mit „nein“ hätten antworten müssen.²⁶ Insofern beschreiben die hier geschätzten Anteile die Realität der Gesamtheit aller Senioren des Bezirks nur ungenau.

721 von 3.895 Befragten ergeben in **Tabelle 49** eine Prävalenz von 19%. Bezogen auf die gesamte Stichprobe mit 5.056 Befragten ergibt sich jedoch eine Prävalenz von nur 14%, d.h. mit den Beobachtungen in **Tabelle 49** wird die Prävalenz der Befragten, die ein Testament und eine Sterbeversicherung haben, deutlich überschätzt.

Im Gegensatz zum mutmaßlich kausalen Effekt des Alters kann die Differenz hinsichtlich eines Migrationshintergrundes ohne eine Betrachtung weiterer, sozioökonomisch relevanter Informationen dieser Gruppe, d.h. ohne eine eingehende multivariate Analyse nicht als „migrationspezifisch bedingt“ interpretiert werden.

Tabelle 49 zeigt den Zusammenhang von „Testament“ und „Sterbeversicherung“.

Folgende Ergebnisse zeigt die Tabelle:

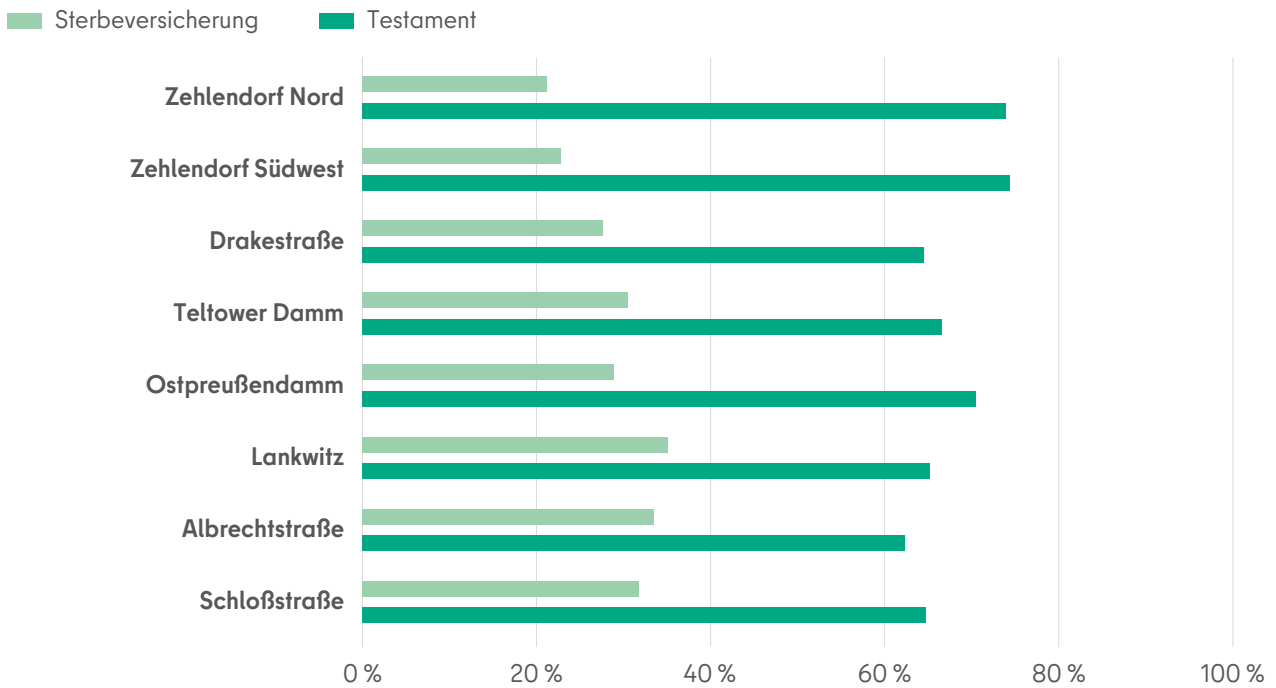
- 1.161 der 5.056 Befragten haben die Fragen bzgl. Testament und Sterbeversicherung nicht beantwortet und es ist davon auszugehen, dass dies nicht „zufällig“ erfolgte und ganz überwiegend als „nein“ zu werten ist.
- Von den 2.515 Befragten mit einem Testament haben nur 721 (28,7%) auch eine Sterbeversicherung, insgesamt haben nur 18,5% beides, d.h. Testament und Sterbeversicherung.
- 1.078 (27,7%) der Befragten haben weder ein Testament verfasst noch eine Sterbeversicherung abgeschlossen.

Abbildung 119 zeigt die Häufigkeit dieser Angaben bezogen auf die BZR.

Abbildung 119 zeigt, dass sich die Häufigkeit von Testament und Sterbeversicherung bezogen auf die Bezirksregion zum Teil stark unterscheidet.

²⁶ Es ist denkbar, dass Befragte mit Testament hierzu ebenfalls keine Angaben machen wollten, da die alle Angaben zum Fragebogen freiwillig erfolgten

Abbildung 119: Testament und Sterbeversicherung nach Bezirksregion



Während in den Bezirksregionen Zehlendorf Nord und Zehlendorf Südwest mit jeweils 74% sehr viele Befragte angaben, ein Testament zu haben, lag dieser Anteil in der BZR Albrechtstraße bei 62%. Auch in den Bezirksregionen Drakestraße, Lankwitz und Schloßstraße lag der Anteil mit jeweils 65% hier deutlich niedriger als in den Bezirksregionen Zehlendorf Nord und Zehlendorf Südwest.

Eine Sterbeversicherung war am häufigsten in den Bezirksregionen Lankwitz und Albrechtstraße mit 35% beziehungsweise 34% zu finden; den niedrigsten Anteil an Befragten mit einer Sterbeversicherung gab es wiederum in den Bezirksregionen Zehlendorf Nord (21%) und Zehlendorf Südwest (23%) (vgl. Allmendinger 2017).

Teil II:

**Aus der Studie abzuleitende
Handlungsempfehlungen**

I. Einleitung und Interpretationshinweise

Empirische Forschungsarbeiten sind häufig mit hohen methodischen Herausforderungen verbunden. So muss die Balance gehalten werden zwischen der Menge an Informationen, die von den einzelnen Befragten abverlangt werden und den Belastungen, die dabei auftreten. Es liegt auf der Hand, dass bei dieser Befragung für ältere Senioren dieses in besonderer Weise berücksichtigt werden muss, insbesondere wenn es um die **Interpretation der Ergebnisse** geht.

Der verwendete Fragebogen umfasste insgesamt 16 Seiten. Das bedeutet, dass eine längere Bearbeitungszeit für die Beantwortung aller Fragen in Kauf genommen werden musste. Für einen Teil der befragten Senioren könnte dies – insbesondere, wenn diese bereits höheren Alters gewesen waren – eine zu hohe Belastung gewesen sein. So können sogenannte **Selektionseffekte** bei der Beantwortung bestimmter Fragen oder des Fragebogens insgesamt nicht ausgeschlossen werden. Weiterhin war der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in dieser Befragung sehr gering im Vergleich zu dem Anteil in der Allgemeinbevölkerung im Bezirk Steglitz Zehlendorf. In Steglitz-Zehlendorf hatten 2020 $x\%$ der über 65-Jährigen Bewohner (x von y) einen Migrationshintergrund, während die Quote für Berlin $xy\%$ beträgt. Steglitz-Zehlendorf liegt somit diesbezüglich deutlich unter dem entsprechenden Anteil für Berlin. Von allen Befragten haben $x\%$ einen Migrationshintergrund und sind somit in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit etwa um den Faktor x unterrepräsentiert.

Das gilt auch für eine Unterrepräsentanz geringerer Bildungsschichten. Eine derartige Selektion bestimmter Personengruppen kann zu einer Verzerrung der Daten und damit zu falschen Interpretationen und Rückschlüssen führen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einem Selektionsbias.

Der Befragungszeitpunkt fiel mehr oder weniger mitten in die „Hochzeit“ der Pandemie mit Covid 19. Da dieses den Alltag – insbesondere bei den älteren Berlinern – stark beeinflusst ist gemeinhin bekannt und gut nachvollziehbar. Trotzdem waren in dieser Befragung Sachverhalte „ohne Corona“ von Interesse. So wurden die Befragten bei bestimmten Themen gebeten die Pandemie „auszublenden“. Inwieweit das von jeder teilnehmenden Person so machbar war, darüber kann man nur spekulieren. In manchen Fällen wurde sogar eine doppelte Annahme verlangt (z. B. im Abschnitt „Einsamkeit, Isolation und soziale Kontakte“: „Stellen Sie sich vor, es gäbe keine Pandemie und nun stellen Sie sich vor, sie würden ernsthaft erkranken, an wen würden Sie sich wenden?“). Gut möglich, dass nicht allen Befragten diese Annahme(n) gelingen konnte(n). Die gewonnenen Informationen können daher ebenfalls verzerrt sein. In diesem Fall spricht man von einem Informationsbias.

Schließlich bleibt auch immer die Frage, welche Information auf welche Weise ausgewertet werden. Analog zur „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland wurden im vorliegenden Bericht die Ergebnisse vorwiegend deskriptiv analysiert. Für Unterschiede zwischen Gruppen wurden einfache – sogenannte bivariate – Vergleiche gewählt. Der Vorteil dieser Methode ist, dass dieses Vorgehen in den meisten Fällen auch für weniger statistisch gebildete Personen sehr gut verständlich ist. Der nicht unerhebliche Nachteil besteht jedoch darin, dass man einen Zusammenhang fälschlicherweise einem Merkmal (Bspw. Geschlecht) zuordnet, in Wahrheit jedoch ein anderer Zusammenhang (Bspw. Alter) besteht. Es kommt zu einem Fehlschluss durch „Verwirrung“ (engl. Confounding). Man nennt diese Limitation Confoundingbias.

Das folgende Beispiel aus den Daten soll dieses verdeutlichen:

Die folgende Gegenüberstellung eines univariaten mit einem multivariaten Modell zeigt die Problematik, Empfehlungen basierend auf univariaten Modellen zu begründen.

1. Univariate Analyse: Migration → Internetnutzung

Migration ist/erscheint signifikant mit p-value = 0.02, d.h. die in der Stichprobe gefundene Differenz der Nutzung des Internets kann auf die Gesamtheit aller Senioren des Bezirks als gültig gesehen werden. Migrationshintergrund (ja/nein) erscheint als signifikante Einflussgröße für Internetnutzung.

2. Multivariates Modell: Migration+ Geschlecht + Alter + Bildung → Internetnutzung

Die Ergänzung des o.g. univariaten Modells durch die Merkmale Alter, Geschlecht und Bildung ergibt p-value = 0.89 für Migration, die somit ihre Bedeutung als Einflussgröße bezüglich Internetnutzung komplett verliert.

Im Folgenden ist die Analyse für noch weitere Variablen dargestellt. Dazu wurde eine sogenannte Baumanalyse durchgeführt:

Für den CART-Algorithmus des Baums in **Abbildung 81** standen folgende Einflussgrößen zur Disposition:

Einflussgrößen:

1. Migration (Migrationshintergrund,)
2. BZR (Bezirksregion, BZR1 Schloßstraße BZR6 Drakestraße BZR7 Zehlendorf Südwest),
3. Bildung (1=gering, 2=mittel, 3=hoch),
4. Alter (in Jahren),
5. Geschlecht,
6. Gesundheit,
7. reduzierte Mobilität,
8. Einkommen,
9. chronisch-krank (Chronische Erkrankung).

Zielvariable:

1. Internetnutzung

Von den o. g. 9 Einflussgrößen erwiesen sich lediglich „Alter“, „Bildung“, „Geschlecht“ und „BZR“ als signifikant trennende Merkmale.

- Knoten 1: 80 % aller Befragten nutzen das Internet
- Knoten 2 und 3: 61 % der Befragten im Alter ≥ 78 aber 92 % im Alter < 78 nutzen das Internet.
- Knoten 4: nur 37 % der Befragten im Alter 78+ und Bildungsstufe 1 nutzen das Internet.
- Knoten 40: nur 21 % der weiblichen Befragten im Alter ≥ 78 nutzen das Internet.

Abbildung 120: CART-Modell, Zielgröße „Internet-Nutzung“

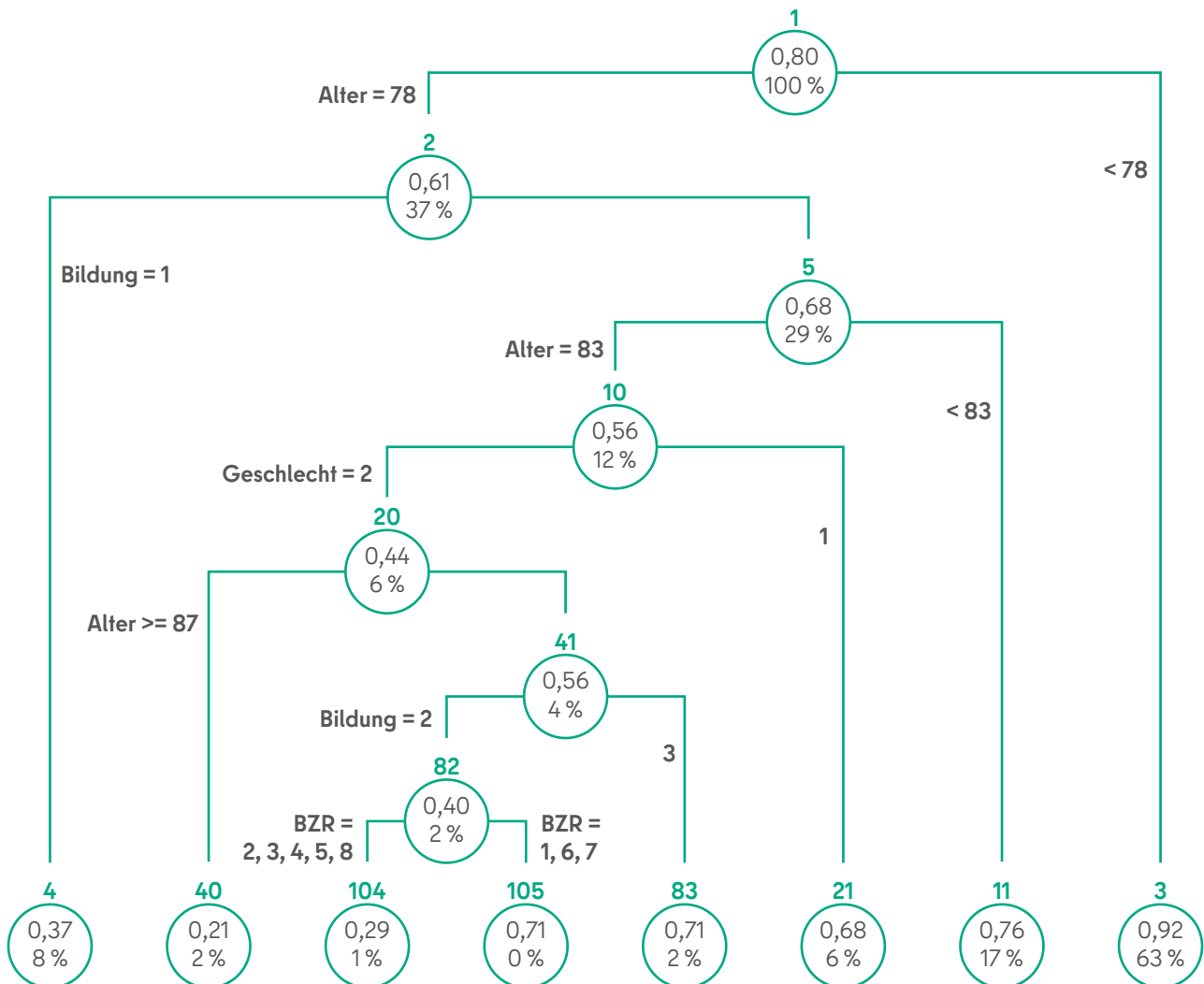
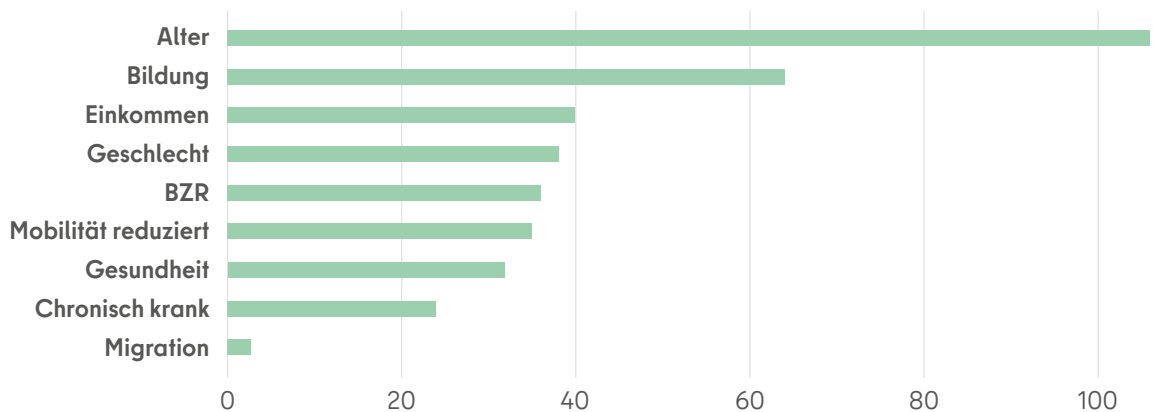


Abbildung 121: Relative Bedeutung der „Einflussgrößen“ ... (Angabe: mittlerer Abnahme der Genauigkeit)

Mit dem Verfahren „Random Forest“ können die Einflussgrößen in ein Ranking gebracht werden. Dieses ist in **Abbildung 121** dargestellt.



Das Merkmal „Migration“ ist als „Einflussgröße“ für eine Modellierung / Erklärung von „Internet-Nutzung“ ohne Bedeutung, zumal die Merkmale „Alter“, „Bildung“, „Geschlecht“ usw. als mögliche Einflussgrößen ihrerseits „Migration“ als Zielgröße statistisch erklären.

Statistische Modellierungen dienen dem Zweck, einer möglichen Kausalität möglichst nahezukommen. Es liegt auf der Hand, dass „Empfehlungen“ nur auf Basis aller verfügbaren Einflussgrößen formuliert werden sollten, d. h. nicht ohne Grund auf Basis sukzessiv-bivariater Vergleiche ausgesprochen werden dürfen.

Erklärung:

Befragte mit Migrationshintergrund sind im Mittel 2 Jahre jünger, signifikant häufiger weiblich und um 15 Prozentpunkte häufiger im höchsten Bildungsstatus vertreten als die Mehrheit der Befragten ohne Migrationshintergrund. Mit anderen Worten: Es ist nicht der Migrationshintergrund per se, sondern die ihn kennzeichnenden Merkmale Geschlecht, Alter und Bildung, die den Unterschied in der Internetnutzung beider Gruppen bedingen.

Aus diesem Grund sind in Kapitel 1 die Unterschiede der relevanten untersuchten Einflussgrößen Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, Einkommen, Migrationshintergrund und Bezirksregion dargestellt.

Selektionsbias, Informationsbias und Confoundingbias können eine systematische Verfälschung der Ergebnisse bewirken. Wie stark der Einfluss in dieser Studie ist, kann nur zum Teil erklärt werden. Aus diesem Grund erfolgte die Interpretation der Daten und die Ableitung von Empfehlungen mit großer Zurückhaltung. Empfehlungen werden nur insoweit gegeben, wie Ergebnisse dieser Studie mit denen vorangegangener Forschungsergebnisse übereinstimmen.

I. Soziodemographische Situation in Steglitz-Zehlendorf

Laut einem Bericht der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt werden eine Erhöhung des relativen Anteils der über 65-Jährigen an der gesamten Berliner Bevölkerung von 19,3% in 2015 auf 22,3% in 2030 und des Anteils der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) von 4,7% in 2015 auf 6,9% in 2030 prognostiziert (vgl. SenStadt-Um 2016). Laut der im Bericht vorliegenden Stichprobenbeschreibung sind Senioren jeglichen Alters ab 65 in der Stichprobe vertreten. Auch wenn das kein absoluter Hinweis auf Repräsentativität ist, können die Zahlen doch als belastbar angesehen werden. Wichtig ist es zu berücksichtigen, dass es sich bei dem Bezirk Steglitz Zehlendorf um den „ältesten“ Berliner Bezirk handelt. Laut Senatsverwaltung betrug das Durchschnittsalter für den Bezirk Steglitz-Zehlendorf 2017 46,2 Jahre und im Bezirk Friedrichshain Kreuzberg 37,9 Jahre (vgl. SenStadtUm 2016).

Beim Lesen des Berichts ist zu berücksichtigen, dass die meisten der Befragten deutsche Staatsbürger sind, das heißt: Der Anteil ausländischer Befragter ist unterrepräsentiert. Da der Fragebogen nur in deutscher Sprache vorlag, könnten Sprachbarrieren der Grund dafür sein. Um in Zukunft diese Gruppe auch zu berücksichtigen, wird empfohlen, die Befragung auch in anderen Sprachen anzubieten.

Über 60% der Befragten gaben an, zwischen 1.000 und 3.000 € Nettoeinkommen zu verfügen. Es darf festgehalten werden, dass dieses mit großer Sicherheit über dem durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkommen von Senioren in dieser Altersklasse für Berlin liegen dürfte. Es ist weithin bekannt, dass es sich beim Bezirk Steglitz-Zehlendorf um einen vergleichsweise wohlhabenderen Berliner Bezirk handelt. Die Ergebnisse dieses Bezirks sind daher nur eingeschränkt auf andere Berliner Bezirke übertragbar. Jedoch muss man auch berücksichtigen, dass es zwischen den einzelnen Bezirksregionen innerhalb des Bezirks Steglitz-Zehlendorf auch deutliche Unterschiede bezogen auf das verfügbare Nettoeinkommen gibt. Näheres ist in Kapitel 2 beschrieben.

Die nachfolgenden Analysen wurden in der Regel bezogen auf verschiedene Altersgruppen, auf den Bildungsstatus, auf das Vorliegen eines Migrationshintergrundes, auf die Bezirksregion und bezogen auf das Geschlecht hin ausgewertet. Die unterschiedliche Verteilung zwischen diesen Variablen beschreibt dieses Kapitel. So zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen (hohem) Bildungsstatus und (männlichem) Geschlecht. Diese Abhängigkeit gilt es auch bei den fortfolgenden Analysen und deren Interpretation in diesem Bericht immer zu berücksichtigen. So kann es sein, dass ein vermeintlicher Zusammenhang mit Geschlecht eher mit dem Bildungsstatus zusammenhängt und / oder umgekehrt.

Dieses gilt insbesondere dort, wo Unterschiede zwischen diesen Variablen vergleichsweise groß sind. Als Beispiele sind hier zu nennen: Das Vorliegen eines Migrationshintergrundes und die Altersgruppe oder auch Bildungsstatus und Bezirksregion.

Auch wenn diese Unterschiede berücksichtigt werden sollten, muss man doch festhalten, dass insgesamt die Verteilung bezogen auf Geschlecht, Bildungsstatus, Migrationshintergrund, Bezirksregion und Alter insgesamt recht ausgeglichen erscheint.

II. Wohnsituation in Steglitz-Zehlendorf

Einkommen und Vermögen

Einkommen und Vermögen sind wichtige Voraussetzungen für die Teilhabe und Integration älterer Menschen, (vgl. Berner et al. 2017). Die in diesem Bericht vorliegenden Daten zeigen die zum Teil deutlichen Unterschiede bezogen auf das Nettoeinkommen, die im Bezirk Steglitz-Zehlendorf vorliegen. Diese liegen bei zirka 700 € netto zwischen den „reicheren“ Zehlendorfer Bezirksregionen und den Bezirksregionen Lankwitz oder Albrechtstraße.

Wohnsituation von Senioren

Die Wohnsituationen von Senioren werden von verschiedenen Autoren immer wieder zurecht in den Vordergrund gestellt (vgl. Berner et al. 2017).

So fragt auch der Autor Ghosn 2012 nach dem zukünftigen Wohnen der älteren Generation in seinem Aufsatz mit der Fragestellung „Wohnen: Welche Zukunft steht unseren Eltern bevor?“ (vgl. Ghosn 2012)

Nach Angaben des Mikrozensus 2014 wohnten die meisten Menschen bis ins hohe Alter in einer privaten Wohnung. Die Zahlen liegen bei 97% bei den Befragten ab 60 Jahren und immer noch bei über 90% bei den Befragten ab 80 Jahren (vgl. Destatis 2015).

Im vorliegenden Bericht stand die Frage im Mittelpunkt, ob die Befragten zur Miete oder im eigenen Wohneigentum wohnen. Der bundesweite Trend zeigt, dass sich der Anteil der 40- bis 85-Jährigen, die in der eigenen Immobilie wohnen, von 1996 und 2014 deutlich erhöht hat (vgl. Nowossadeck et al. 2017a: 287 – 300). Der vorliegende Bericht bestätigt diesen Trend, da ca. die Hälfte der befragten Personen angaben, im Wohneigentum zu wohnen. Jedoch zeigten sich auch deutliche Unterschiede zwischen den Bezirksregionen. In Zehlendorf Südwest wohnen 2/3 der Befragten im Wohneigentum, in der Albrechtstraße sind das nicht einmal 30%. Dieser Unterschied ist eng mit dem persönlichen Wohlstand der Befragten verknüpft. Bundesweit zeigt sich der Trend, dass die monatliche prozentuale Wohnkostenbelastung des Einkommens seit 1996 zugenommen hat (vgl. Nowossadeck et al. 2017a: 287 – 300). Wohnen wird weiterhin teurer. Nicht nur in zentralen Lagen, sondern auch am Stadtrand gab es deutliche Mietpreisssteigerungen in den letzten fünf Jahren (vgl. Bölling et al. 2018).

Das bestätigen auch die Zahlen aus dem Bericht. Der Anteil der Wohnkosten am Nettoeinkommen lag bei Wohneigentum zwischen 20 und 29%, hingegen lag dieser Anteil bei Mietwohnungen zwischen 37 und 48%. Bezogen auf die soziale Ungleichheit bedeutet das, dass Personen, die in Mietwohnungen wohnen, finanziell erheblich schlechter gestellt sind, da ein höherer Anteil ihres verfügbaren Nettoeinkommens für die Wohnkosten ausgegeben werden muss. Hier sollten Initiativen ergriffen werden (bspw. Ein „Kredit für Ältere“, etc.), die es auch Älteren ermöglicht, Wohneigentum zu erwerben oder diese soziale Ungleichheit abzufedern. Beispiele aus anderen Ländern, wie die Schweiz, können hier möglicherweise als Blaupause dienen (vgl. Basel-Landschaft 2014).

Barrierefreiheit und altersgerechte Wohnungsausstattungen

Auf die Bedeutung barrierefreien Wohnens weisen Hafner und Wölfle hin, merken jedoch an, dass bis zu 50% der über 60-Jährigen alleine leben und auf eine eigenständige Haushaltsführung angewiesen sind (vgl. Hafner et al. 2007: 161 – 165).

Im Jahr 2014 waren barriere-reduzierte Wohnungen wenig verbreitet (vgl. Nowosadeck et al. 2017a: 287 - 300). Dieses gilt auch laut vorliegendem Bericht für die Befragten aus dem Bezirk Berlin Steglitz Zehlendorf. So waren schwellenlose Übergänge zu zirka 40 % in den Wohnungen vorhanden. Türschwellen sind ein großer Risikofaktor für Stürze. Stürze wiederum sind eine zentrale Gefahr für Senioren, speziell im hohen Alter (vgl. Lahmann et al. 2014; Rommel et al. 2019). Daher ist es wichtig, Risikofaktoren weitestgehend zu begrenzen. Investitionen zur Beseitigung der Türschwellen zahlen sich daher aus, da sie auf der anderen Seite Krankenhaus- und Versorgungskosten reduzieren können. Barrierefreie Elemente im Sanitärbereich sind laut vorliegendem Bericht nur sehr selten in den Wohnungen verbaut. Dabei sind unterfahrbare Waschbecken oder befahrbare Duschtassen wichtige Hilfsmittel, um so lange wie möglich in der häuslichen Umgebung bleiben zu können, auch wenn man pflegebedürftig wird.

Die Analysen haben auch gezeigt, dass Menschen im Rollstuhl oder Menschen, die auf den Rollator angewiesen sind, nur zu einem sehr geringen Teil ebenerdig wohnen oder einen verfügbaren Aufzug haben. Wie ohne dies eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich sein soll, ist schwer nachzuvollziehen und sollte als dringendes Problem erkannt werden.

Zudem hat die Analyse gezeigt, dass, unabhängig von einer altersgerechten Wohnungsausstattung, die Wohnungen vergleichsweise groß waren, in denen die Befragten wohnten. Berücksichtigt man insbesondere, dass diese Wohnungen vorwiegend von nur einer oder zwei Personen bewohnt werden, sollte überlegt werden, ob man den dort wohnenden Senioren und Junioren spezielle Angebote zum Umzug machen kann.

Umzugswunsch

Nur wenige Befragte äußerten konkret den Wunsch umzuziehen. In Lankwitz waren das gerade einmal 3,8 %, in Zehlendorf Südwest 7,5 %. Wichtig wäre es daher, attraktive Angebote für einen Umzug machen zu können.

So haben andere Studien Folgendes gezeigt: Bei Senioren sind vor allem barrierearme Wohnungen mittlerer Größe gefragt. Die älteren Berliner möchten im Durchschnitt in 23 m² kleineren Wohnungen leben. Würden und könnten sie ihrem Wunsch folgen und sich "verkleinern", so könnten hochgerechnet über 200.000 Wohnungen ab 100 m² in Berlin freiwerden (vgl. Bölting et al. 2018). Vor dem Hintergrund der Wohnungsnot in Berlin ist das ein enormes Potential und wäre sowohl für die Senioren des Bezirks als auch für größere (jüngere) Familien, die oft händeringend eine größere Wohnung suchen, eine „Win-Win“-Situation.

Eine grobe Schätzung dieser Studie zeigt, dass etwa 14,5 % der Befragten, allein in einer 3 bis 7-Zimmerwohnung leben, in denen somit etwa 1.170 Zimmer, weitgehend ungenutzt, eine Last für die Senioren 65+ und 85+ darstellen. Eine einfache Hochrechnung für 80.000 im Bezirk Steglitz-Zehlendorf lebende Senioren ergibt: etwa 11.600 Menschen über 65 Jahren leben in einer 3 bis 7-Zimmerwohnung allein mit der Last von etwa 18.720 nicht bewohnten Zimmern.

Das Bezirksamt könnte als attraktiven Programmpunkt der z.Zt. noch wenig besuchten Freizeitstätten eine generationenübergreifende „Börse“ für Wohnungstausch einrichten und unterhalten.

Auch das bundesweite Projekt „Wohnen für Hilfe“ könnte eine attraktive Möglichkeit sein, um der Wohnungsnot in Berlin entgegenzuwirken und gleichzeitig einen Weg aus der Einsamkeit für Senioren zu schaffen. Das Projekt richtet sich an Menschen, die freien Wohnraum haben und diesen einem anderen Menschen gegen Hilfeleistung zur Verfügung stellen möchten. Für den Umfang und die Art der Hilfeleistungen

vereinbaren die Beteiligten individuelle Abmachungen und können so entscheiden, wie das Zusammenleben aufgebaut sein soll. Die verschiedenen Generationen können so voneinander profitieren, indem gerade jüngere Menschen Zugang zu günstigem Wohnraum erhalten und Senioren durch das Zusammenleben und die Hilfe von Jüngeren wieder soziale Wärme finden können (Universität zu Köln 2021).

Universität zu Köln (2021): Bedarfsgemeinschaft Wohnen für Hilfe – Deutschland. Unser Leitbild, Humanwissenschaftliche Fakultät (Hrsg.), online unter: <https://www.hf.uni-koeln.de/30204> [letzter Zugriff am 17.10.2023].

Idealerweise sollten diese Angebote im Kiez erfolgen. Die Studie zeigt deutlich, dass sich die Befragten im Bezirk Steglitz Zehlendorf auch sehr sicher fühlen. Dieses subjektive Gefühl korreliert auch mit der jährlich erstellten Kriminalstatistik der Polizei Berlin, die diesen Bezirk als den sichersten aller Berliner Bezirke ausweist.

Darüber hinaus gibt es natürlich auch weitere interessante Möglichkeiten, die sich im Zuge der Digitalisierung aufgetan haben.

Eine Möglichkeit könnte der vermehrte Einbau smarter Technischer Assistenzsysteme für ältere Menschen als eine Zukunftsstrategie für die Bau- und Wohnungswirtschaft in Berlin sein (vgl. Meyer et al. 2015).

Im Märkischen Viertel Berlin können ältere Menschen im Projekt „Pflege@Quartier“ bereits von den neuen Technologien profitieren (vgl. Jachan et al. 2021; Wilkes et al. 2018).

Neben barrierefreien Wohnungen sind direkte Anbindungen an Hilfsdienste und Pflegedienste beziehungsweise Pflegeeinrichtungen interessante Optionen, die Senioren ermöglichen können, möglichst lange in ihrer eigenen Häuslichkeit zu bleiben.

III. Gesundheit

Gesundheitliche Situation

Ältere Menschen stellen keine homogene Gruppe dar. Deshalb haben wir sie nach soziodemografischen Merkmalen und der Bezirksregion betrachtet.

Dabei sind die Geschlechtsunterschiede, die wir feststellen können, insgesamt recht klein. Frauen sind etwas häufiger multimorbid und haben etwas häufiger einen Pflegegrad. Bemerkenswert ist, dass Frauen deutlich häufiger ein beeinträchtigtes emotionales Wohlbefinden haben.

Erwartungsgemäß zeigt sich mit zunehmendem Alter ein deutlicher Anstieg gesundheitlicher Einschränkungen, jedoch erfreut sich die Mehrheit der befragten älteren Menschen guter Gesundheit. Die Ergebnisse weisen auf Resilienz bei einem nicht kleinen Teil der Befragten hin, z. B. wenn die subjektive Gesundheit auch bei gesundheitlichen Einschränkungen als ganz gut beschrieben wird.

Die älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die wir in der Befragung erreichen konnten, unterscheiden sich in ihrem Gesundheitszustand kaum von denen ohne Migrationshintergrund. Nur ihr emotionales Wohlbefinden ist etwas schlechter. In größeren Studien werden dagegen höhere gesundheitliche Belastungen von Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber der einheimischen Bevölkerung in mehreren Bereichen gefunden (vgl. Klaus et al. 2017: 359–379; Nowossadeck et al. 2017b: 31–33; Kruse et al. 2016: 255).

Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass der in der Fachliteratur mehrfach beschriebene Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage (vgl. Lampert et al. 2014: 2–4; Dragano et al. 2020: 273–275) auch in der älteren Bevölkerung in Steglitz-Zehlendorf deutlich zu erkennen ist. Geringes Einkommen und insbesondere niedriger Bildungsabschluss gehen auffallend häufig einher mit einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand, einer höheren Anzahl an chronischen Erkrankungen, häufiger vorliegender Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit sowie einem geringeren emotionalen Wohlbefinden.

Auch im Vergleich der Bezirksregionen werden regional unterschiedliche Lebensverhältnisse sichtbar. Die Bezirksregionen Lankwitz und Ostpreußendamm fallen in der Befragung durch eine ungünstigere gesundheitliche Situation der älteren Menschen auf. Besonders für Lankwitz werden vergleichsweise schlechte Werte in der subjektiven Gesundheit, der Multimorbidität und dem emotionalen Wohlbefinden festgestellt. Dies passt zu den Ergebnissen des Gesundheits- und Sozialstrukturatlases 2022, der innerhalb des Bezirks Steglitz-Zehlendorf ebenfalls im Gesamtindex und in der Gesundheitsdimension für die Bezirksregion Lankwitz die ungünstigsten Werte ausweist (vgl. Zeier et al. 2022: 102).

Handlungsempfehlungen

Der insgesamt gute Gesundheitszustand kann als Ressource betrachtet werden, an der mit Angeboten zu Prävention und Gesundheitsförderung gut angesetzt werden kann. Diese sind bereits jetzt in großer Anzahl sowohl seitens des Bezirks als auch seitens freier Träger und Kirchen vorhanden. Sie sind jedoch nicht immer bekannt. Hier gilt es verstärkt Brücken zu bauen, die älteren Menschen den Zugang zu den

Angeboten erleichtern. Der jährlich stattfindende Infotag sowie die Erprobung der Berliner Hausbesuche im Bezirk sind dabei wichtige Bausteine.

Gleichzeitig ist es notwendig, bestehende Angebotslücken zu identifizieren. Dies geschieht bereits durch einen regelhaft etablierten Austausch der Anbieter (Bezirksamt, freie Träger, Kirchen und Stiftungen) im Netzwerk Runder Tisch „Gut älter werden“ und wird in naher Zukunft auch durch eine systematische Auswertung der Hausbesuche im Bezirk erfolgen können.

Es ist deutlich geworden, dass Unterstützungsbedarf vor allem dort besteht, wo sich Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen befinden. Ihren geringeren Gesundheitschancen ist durch bedarfsgerechte und niedrigschwellige Angebote entgegenzuwirken. Dabei sind sowohl Art der Kommunikation als auch Kosten von Angeboten auf Menschen abzustimmen, die einen niedrigen Bildungsabschluss haben und/oder über niedriges Einkommen verfügen. Allerdings ist es zentral, diese Bevölkerungsgruppen in die Ausgestaltung der Angebote einzubeziehen und gewahrt zu sein, dass Gesundheitsangebote nicht nur für sie, sondern auch von ihnen gemacht werden können. Die Thermometersiedlung mit ihren Kiezübungsleiter*innen und ehrenamtlichen Alltagstrainer*innen im Modellprojekt „Auch in Zukunft sicher und beweglich zu Hause“ ist hierfür ein gutes Beispiel.

Dem Wohnort kommt hierbei gerade für ältere Menschen eine zentrale Bedeutung zu. Vor allem die Bezirksregionen Lankwitz und Ostpreußendamm müssen daher eine besondere Aufmerksamkeit erhalten. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf die Schaffung von Gesundheitsangeboten, sondern bezieht sich auch auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Verhältnisse vor Ort, beispielsweise der Nutzbarkeit des öffentlichen Raumes für ein gutes soziales Miteinander und gesundheitsförderliche Aktivitäten. Durch das Quartiersmanagement in der Thermometersiedlung (ein Planungsraum in der Bezirksregion Ostpreußendamm) wurde eine wichtige Struktur geschaffen, die dem Ziel dient, die Lebensverhältnisse der Bewohner*innen durch vernetztes und beteiligungsorientiertes Handeln zu verbessern. Die Kerngruppe „Gesund älter werden in der Thermometersiedlung“ verfolgt das Anliegen durch den Aufbau von sog. Präventionsketten Gesundheitsförderung und Prävention auch für ältere Menschen zu stärken. Diese Initiativen müssen den Aufbau nachhaltiger Strukturen leisten, um auch dann noch zu wirken, wenn bestimmte Projekt-Fördermittel auslaufen.

Die Bezirksregion Lankwitz sollte im Zentrum weiterer sozialräumlich ausgerichteter und konzentrierter Anstrengungen zwischen allen relevanten Akteuren stehen. Neben den konkreten Maßnahmen braucht es Daten, die Auskunft darüber geben, wie sich die Situation entwickelt. Neben den verfügbaren statistischen Quellen wie Umweltgerechtigkeitsatlas, Monitoring Soziale Stadtentwicklung und Gesundheits- und Sozialstrukturatlas sind regelmäßige Bevölkerungsbefragungen ein hilfreiches Instrument, um die Veränderungen in der gesundheitlichen Situation älterer Menschen erkennen und auf sie reagieren zu können. Bei einer erneuten Erhebung sollte auch die Situation älterer Menschen mit Migrationshintergrund repräsentativ abgebildet sein, damit daraus Handlungsbedarfe abgeleitet werden können.

Die Ergebnisse zeigen, dass körperliches und emotionales Wohlbefinden in einer engen Wechselbeziehung stehen. Somit ist es wichtig, diesen Aspekt in der Ausgestaltung von Gesundheitsangeboten mitzudenken, beispielsweise auch dann, wenn Angebote aus Gründen des Infektionsschutzes eingeschränkt werden.

Angebote zu machen, die gezielt das seelische Wohlbefinden unterstützen und darüber hinaus auch zur Selbstfürsorge anleiten, scheint mindestens angeraten. Nach den vorliegenden Ergebnissen sind dabei insbesondere hochaltrige Menschen, Frauen, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und die Menschen in der

Bezirksregion Albrechtstraße in den Blick zu nehmen. Dabei sollte auf diejenigen besonders geachtet werden, auf die mehrere dieser Merkmale zugleich zutreffen, wie beispielsweise Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in der Region Albrechtstraße, hochaltrige Frauen etc. Sie erleben vermutlich ein besonders hohes Maß an emotionaler Belastung bei gleichzeitig geringeren Möglichkeiten der Kompensation (Intersektionalität).

Erklärung:

Ursprünglich aus den USA stammend (vgl. Hill Collins et al. 2020) ist dieser Erklärungsansatz zu den Auswirkungen gleichzeitig wirkender Dimensionen von Benachteiligung in den Sozialwissenschaften - vor allem der Geschlechter- und Rassismusforschung - recht gut etabliert (beispielsweise vgl. Schutzbach 2021). In den Gesundheitswissenschaften findet eine vorsichtige Annäherung statt (vgl. Jahn et al. 2015).

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Die Befragungsergebnisse zum Gesundheitsverhalten zeigen zum Teil, aber nicht durchgehend die aus der Literatur bekannten und erwarteten Zusammenhänge zu den betrachteten soziodemografischen Merkmalen.

Die Geschlechtsunterschiede sind bei den meisten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen eher klein. Am auffälligsten ist, dass Frauen weniger Alkohol trinken und sich gesünder ernähren als Männer. Vor allem essen sie auch häufiger Obst und Gemüse. Diese Unterschiede sind hinlänglich aus der Literatur bekannt und überraschen nicht. Entgegen sonstigen Befunden zeigt sich in unserer Befragung kein genereller Unterschied im Bewegungsverhalten der älteren Frauen und Männer in Steglitz-Zehlendorf. Zwar bevorzugen Männer etwas andere Aktivitäten als Frauen, aber die Anteile derjenigen, die sich gesundheitsförderlich bewegen, unterscheiden sich nicht. Auch beim Körpergewicht (BMI) zeigen sich insgesamt nur recht kleine Geschlechtsunterschiede. Bei den Männern nimmt der Anteil der Befragten mit Adipositas mit dem Alter ab. Dieser Effekt ist bei den Frauen nicht zu beobachten, sondern eine moderate Zunahme des Anteils untergewichtiger Frauen im höheren Alter.

Mit zunehmendem Alter nimmt erwartungsgemäß die körperliche Bewegungsaktivität ab. Aber auch gesundheitsriskantes Verhalten wie Alkoholkonsum und Rauchen zeigt sich bei den älteren Befragten seltener als bei den jüngeren. Da es sich um eine Momentaufnahme im Rahmen einer Querschnittbefragung handelt, lässt sich nicht klären, ob dies damit zusammenhängt, dass Menschen mit ungünstigerem Gesundheitsverhalten eine geringere Lebenserwartung haben und deshalb unter den hochaltrigen Befragten nicht mehr so stark vertreten sind.

Keine Zusammenhänge mit dem Alter zeigen sich bei der Ernährung. Anscheinend sind Ernährungsgewohnheiten im fortgeschrittenen Alter recht stabil.

Die Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen ist in der Altersgruppe ab 85 Jahren etwas reduziert. Eine deutlich nachlassende Inanspruchnahme gilt für die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen, die von einem Viertel der Hochaltrigen nicht mehr wahrgenommen werden. Welche Gründe dafür verantwortlich sind, ist nicht bekannt. Möglicherweise werden die Arzt- und Zahnarztbesuche als zu beschwerlich empfunden oder Risiken haben sich bereits manifestiert und erfordern ohnehin regelmäßige ärztliche Behandlungen und Kontrollen.

Zwischen den Befragten mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich in mehreren der erfragten Bereiche keine relevanten Unterschiede. Allerdings berichten die Befragten mit Migrationshintergrund – in Übereinstimmung mit der Studienlage – einen geringeren Alkoholkonsum und ein gesünderes Essverhalten. In diesen beiden Bereichen ist die kleine Gruppe der Befragten mit Migrationshintergrund von allen betrachteten Subgruppen diejenige mit dem vorbildlichsten Gesundheitsverhalten.

Betrachtet man das Gesundheitsverhalten nach Bildungsabschlüssen, zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang. Im Hinblick auf Ernährung und BMI (und in geringerem Maße auch Bewegungsverhalten) lässt sich ein sozialer Gradient ausmachen, das heißt, mehr Befragte mit niedrigerem Bildungsabschluss bewegen sich wenig, ernähren sich ungesund und sind adipös als Befragte mit hohem Bildungsabschluss. Ein umgekehrter sozialer Gradient zeigt sich beim Konsum von Alkohol, der mit höherem Bildungsabschluss ansteigt und bei sozial Bessergestellten häufiger im gesundheitlich bedenklichen Bereich liegt. Ähnliches, wenngleich auf deutlich niedrigerem Niveau, lässt sich im Hinblick auf die Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen feststellen. Sie nimmt mit der Höhe der Bildung leicht ab (von 81,1% über 80,4% auf 76,5%). Bei der Wahrnehmung zahnärztlicher Kontrollen sind die Befragten mit niedriger und hoher Bildung gleichauf, diejenigen mit mittlerer Bildung gehen am häufigsten zum Zahnarzt.

Ein gleichermaßen deutlicher Zusammenhang ist zwischen gesundheitsbezogenem Verhalten und Einkommen nicht festzustellen (außer ebenfalls beim Konsum von Alkohol). Beim Bewegungsverhalten lässt sich zumindest erkennen, dass Aktivitäten, die mit Kosten verbunden sind, von älteren Menschen mit geringem Einkommen seltener ausgeübt werden. Zudem nehmen die Befragten mit sehr geringem Netto-Einkommen von unter 1.000 Euro im Monat seltener die ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wahr.

In den Bereichen, wo zwischen den Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf relevante Unterschiede im gesundheitsbezogenen Verhalten zu erkennen sind, lassen sich diese am ehesten im Zusammenhang mit der unterschiedlichen sozialen Lage in den Regionen erklären. Damit liefern sie wichtige Hinweise, wo präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten am dringendsten angesiedelt werden sollten.

Handlungsempfehlungen

Insgesamt zeigen die Ergebnisse für unseren Bezirk, dass die überwiegende Mehrheit älterer Menschen einiges unternimmt, um die eigene Gesundheit zu erhalten und zu stärken. Den Ergebnissen sind jedoch auch Hinweise darauf zu entnehmen, wo sie durch strukturelle Maßnahmen in ihrem Bemühen, etwas für ihre Gesundheit zu tun, unterstützt werden könnten.

Insbesondere sozial benachteiligte Menschen würden von Maßnahmen der Bewegungsförderung und der Förderung einer gesunden Ernährung profitieren. Dies gilt umso mehr, als die Stärkung von Mobilität auch die Chancen auf soziale Teilhabe erhöht und sich positiv auf das seelische Wohlergehen auswirkt. Die Daten zum Bewegungsverhalten und zum Body Mass Index legen nahe, dabei verstärkt Aufmerksamkeit auf die Bezirksregionen Ostpreußendamm und Lankwitz mit einem im Bezirksvergleich niedrigeren sozioökonomischen Index zu richten.

Spaziergehen erfreut sich über alle Altersgruppen hinweg und bei beiden Geschlechtern großer Beliebtheit. Somit ist der Ausbau von Spaziergangsangeboten in Kooperation mit bezirklichen Freizeitstätten und freien Trägern und Kirchengemeinden weiterhin ein wichtiger Baustein des Maßnahmenkataloges.

Wie die Ergebnisse zeigen, werden kostenpflichtige Bewegungsangebote von Menschen mit niedrigem Einkommen seltener wahrgenommen. Da sie damit nicht nur von der gesundheitsstärkenden, sondern auch der sozialen Komponente solcher Angebote ausgeschlossen sind, ist es sinnvoll, auf eine Kostenbefreiung der Teilnehmenden hinzuwirken.

Da Bewegungsangebote in Eigenregie eine nennenswerte Rolle spielen, sollte auch der „Ertüchtigung“ des öffentlichen Raums mehr Beachtung geschenkt werden, etwa durch Nutzung von Förderprogrammen im Bereich Stadtentwicklung.

Bei den Hinderungsgründen für mehr Bewegung wurden Ängste sichtbar, die es aufzugreifen gilt. Die Zustimmung etlicher Befragter zu den Aussagen zu alt zu sein oder gesundheitlich nicht mehr in der Lage zu sein, weisen auf einen Bedarf an möglichst einfachen Bewegungsangeboten hin, die kein hohes Maß an Fitness voraussetzen, sondern sich an den verbliebenen Ressourcen orientieren und diese gezielt stärken. Da auch bereits der Weg zu einem Bewegungsangebot ein Hindernis sein kann, sind zugehende Angebote in diesen Katalog aufzunehmen. Derzeit wird in der Thermo-metersiedlung ein Modellprojekt von Bezirksamt und AOK Nordost erprobt, bei dem bewegungsaffine Ehrenamtliche zu Alltagstrainer*innen ausgebildet werden, die Senior*innen in der eigenen Häuslichkeit zu einfachen Bewegungsübungen anleiten. Die Ergebnisse – d.h. Gelingens- und Risikofaktoren – des Projektes „Auch in Zukunft sicher und beweglich zu Hause“ sind vor diesem Hintergrund besonders bedeutsam.

Im Hinblick auf Ernährung scheinen Maßnahmen angezeigt, die das Bewusstsein für die Aufnahme einer ausreichenden Menge an Vitalstoffen (also für den Konsum von Obst und Gemüse) stärken.

In der Befragung hat sich das Ernährungsverhalten als bis ins hohe Alter recht konsistent erwiesen. Es ist sehr eng mit der Biografie und letztlich der eigenen Identität verbunden. Daher sollten Maßnahmen verschiedene Ernährungsstile und -kulturen berücksichtigen, vorhandene Kompetenzen aufgreifen und behutsam erweitern.

Auch gemeinsame Aktivitäten rund ums Essen können die soziale Teilhabe stärken, aber ebenso das Selbstwirksamkeitserleben, insbesondere dann, wenn sie zum Teil selbst- oder mitorganisiert sind. Maßnahmen wie die Schaffung weiterer Lebens-Mittelpunkte (vgl. SenJustV 2022), sowie die Einrichtung von Mittagstischen insbesondere in den genannten Regionen, bieten sich vor dem Hintergrund der Ergebnisse geradezu an.

Auch im Umgang mit Alkohol zeigt sich ein Bedarf an Sensibilisierung. Hier sollten sich Maßnahmen schwerpunktmäßig an Menschen mit höherer Bildung richten. Zum einen ist eine Sensibilisierung für die körperlichen und psychischen Wirkungen von Alkohol sinnvoll. Hier sind der langsamere Abbau von Alkohol im Alter, mögliche Folgen für das Gleichgewicht (Thema Sturzprävention) und Wechselwirkungen mit Medikamenteneinnahme zu thematisieren.

Dass es jedoch nicht ausschließlich um Wissensvermittlung gehen kann, zeigt sich daran, dass es vorwiegend Menschen mit hoher Bildung sind, die mehr Alkohol trinken. Daher geht es aus unserer Sicht darum, Unterstützung anzubieten bei der Einordnung des eigenen Konsums: zwischen Genuss auf der einen Seite des Spektrums und der Betäubung schmerzhafter Gefühle wie Einsamkeit, Verlusterfahrungen, Isolation aufgrund der Pandemie auf der anderen. Wir interpretieren die Ergebnisse so, dass es für Menschen, bei denen letzteres der Fall ist, auch in sog. „besseren Gegenden“ unbedingt Angebote braucht, die der Vereinsamung entgegenwirken.

Im Hinblick auf die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen legen die Ergebnisse nahe, zwei Bevölkerungsgruppen verstärkt anzusprechen: einerseits ältere Menschen mit sehr niedrigem und Menschen mit hohem Einkommen, die – so unsere Vermutung – eher privat versichert sind, und Vorteile davon haben, selten ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Im Hinblick auf zahnärztliche Kontrolluntersuchungen legen die Ergebnisse nahe, die Inanspruchnahme durch hochaltrige Menschen zu stärken. Die Zahn- und Mundgesundheit hat Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden, den Ernährungsstatus, die Entstehung von allgemeinmedizinischen Erkrankungen und die Kommunikationsfähigkeit (vgl. Nitschke et al. 2021: 802; WHO 2022). Die Sensibilisierung von Pflegedienstenden als Multiplikator*innen, sowie von Angehörigen pflegebedürftiger Menschen wäre neben der Ansprache hochaltriger Menschen selbst, eine wichtige Maßnahme der Gesundheitsförderung im Bezirk.

Gesundheit und Mobilität

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Gesundheit, Mobilität und Lebensverhältnisse eng miteinander in Beziehung stehen. Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss weisen häufiger Mobilitätseinschränkungen auf als mit hohem (32,6 % vs. 23,6 %), Menschen, die in Lankwitz leben häufiger als solche, die in Zehlendorf Nord leben (34,6 % vs. 24,4 %).

Sie zeigen auch, dass die Mobilität und damit die Chance auf soziale Teilhabe ebenso von den Bedingungen im Wohnumfeld, wie beispielsweise der Erreichbarkeit von Ärzten und Apotheken sowie des öffentlichen Nahverkehrs bestimmt wird.

Insgesamt lassen die Befragungsergebnisse den Schluss zu, dass die Zugänglichkeit und Erreichbarkeit der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung im Bezirk Steglitz-Zehlendorf von der Gesamtheit der Befragten überwiegend positiv eingeschätzt wird, sie jedoch auch abhängt vom Gesundheitszustand, den jemand aufweist und der Bezirksregion, in der jemand wohnt. Dabei ist die Erreichbarkeit von Fachärzten deutlich geringer als die von Allgemeinmediziner*innen. Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen schätzen die Erreichbarkeit solch wichtiger Infrastruktur negativer ein als solche ohne. Dasselbe gilt für den öffentlichen Nahverkehr.

Zudem bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Bezirksregionen. Bedenklich stimmt, dass die durchaus bestehenden kompensatorischen Angebote kaum bekannt sind.

Handlungsempfehlungen

Da Mobilitätseinschränkungen mehr Menschen in benachteiligten Lebensverhältnissen betreffen, gilt es insbesondere hier Angebote zu machen, die ihnen dabei helfen, ihre Beweglichkeit zu erhalten. Hierzu gehören beispielsweise Kurse der ambulanten Sturzprävention, bei denen Gleichgewicht, Kraft und Koordinationsfähigkeit trainiert werden. Das mittlerweile recht gute Angebot an solchen Kursen bei freien Trägern, Stiftungen und in bezirklichen Freizeittätten sollte weiterausgebaut und gesichert werden, etwa durch weitere Schulung von Multiplikator*innen, wie sie die AOK Nordost anbietet, mit der der Bezirk eine Gesundheitspartnerschaft unterhält.

Die Ergebnisse zur Erreichbarkeit von Ärzt*innen, anderen gesundheitsrelevanten Versorgern und des öffentlichen Nahverkehrs sind erfreulich und bieten eine gute „Grundausstattung“. Damit auch diejenigen, die stärker beeinträchtigt sind, von diesen wichtigen Voraussetzungen zur sozialen Teilhabe profitieren können, sind jedoch weitere Anstrengungen nötig.

Lankwitz beispielsweise ist mit Allgemeinärzten und anderen gesundheitsrelevanten Einrichtungen, wie Physiotherapie und Apotheken durchaus gut versorgt. Die Schaffung von Anreizen zur Ansiedlung von Fachärzten wäre jedoch sinnvoll. Hierfür bietet sich eine Kooperation der Bereiche Gesundheit und Wirtschaftsförderung unter Einbezug der Sozialräumlichen Planungskoordination (SPK) an.

Zudem gilt es zu beachten, dass Steglitz-Zehlendorf nicht nur ein heterogener Bezirk im Hinblick auf die sozioökonomischen Lebensverhältnisse ist, er ist es auch unter dem Aspekt der Besiedlungsdichte. Wir haben es teilweise mit fast ländlichen Strukturen zu tun: wenig Menschen auf viel Raum. Entsprechend stellen sich ähnliche Herausforderungen wie in dünnbesiedelten Regionen, wenn Selbständigkeit im Alter und die Möglichkeit, möglichst lange zu Hause leben zu können, gesichert werden sollen. Wir halten es für sinnvoll, die Ansätze, die für solche Regionen entwickelt wurden, auf den Bezirk anzupassen, beispielsweise der Einsatz mobiler Krankenpfleger/innen oder die Entwicklung anderer Formen der integrierten Versorgung, in denen verschiedene Berufsgruppen zusammenarbeiten (vgl. BMFSJ 2017: 163), und von denen Gesundheitszentren eine Variante darstellen.

Die Mobilitätshilfe-Angebote haben das Potential, wichtige Unterstützungsleistungen für mobilitätseingeschränkte Menschen zu erbringen, sind aber noch zu wenig bekannt. Insofern erscheint es als Gebot der Stunde, dies zu ändern. Möglicherweise sind Angebote auch deshalb nicht so bekannt, weil deren kostenlose Nutzung an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist. Hier sollte dringend überlegt werden, den Personenkreis, der diese Angebote ohne Zusatzkosten nutzen darf, zu erweitern und die Leistungen flexibler an den Bedarf älterer Menschen anzupassen. Die zum Zweck der Corona-Schutzimpfungen bereitgestellten kostenlosen Fahrten zu den Impfzentren für mobilitätseingeschränkte Menschen sind ein hervorragendes Beispiel dafür, dass dies geht. Auch eine gesicherte ärztliche Versorgung und die Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen durch mobilitätseingeschränkte Menschen helfen – gesundheitliche, soziale und finanzielle – Folgekosten zu senken.

Wir werden auf der Grundlage dieser Ergebnisse verstärkt darauf achten, dass die Berliner Hausbesuche auch dahingehend genutzt werden, die bestehenden Mobilitätshilfe-Angebote frühzeitig und wiederholt bei Senior*innen bekannt zu machen und sie im Bedarfsfall bei der Erlangung der formalen Voraussetzungen zu unterstützen.

Wir hatten nach der Erreichbarkeit von Bushaltestellen, U- und S-Bahnhöfen gefragt. Wir können nicht sagen, ob sich die deutlich geringeren Zustimmungswerte hierzu, die Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen angeben, allein auf die Distanz zur Haltestelle/Station bezieht oder in diese Einschätzung auch andere Aspekte einfließen, wie die Aufenthaltsqualität von Haltestellen und die Zugänglichkeit der Verkehrsmittel. Wir empfehlen dringend, bei der Gestaltung der Haltestellen auf Barrierefreiheit zu achten, d. h. unter anderem ausreichend Sitzmöglichkeiten und gute Beleuchtung sowie einen sicheren Ein- und Ausstieg in die Verkehrsmittel in den Blick zu nehmen.

IV. Freizeit, Teilhabe und ehrenamtliches Engagement

Es ist wichtig, kommunale Handlungsfelder zu identifizieren, um der Alterung der Gesellschaft Rechnung zu tragen und auch älteren Menschen eine aktive Teilhabe zu ermöglichen (vgl. Oostendorp 2010).

Die befragten Berliner zeigen sich als sehr alltags- und freizeitaktiv. Im Vordergrund stehen dabei ihre sehr individuellen alltäglichen und sozialen Aktivitäten. Es muss also nicht aktiv von kommunaler Seite agiert werden, sondern es müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine freie Entfaltung älterer Menschen weiterhin ermöglicht.

Das bedeutet, dass Parks und Spazierwege in einem Zustand vorgehalten werden sollten, dass diese beliebten Freizeitaktivitäten auch weiterhin ausgeübt werden können.

Allerdings weisen Kämpers und Falk daraufhin, die Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen sozial benachteiligter, pflegebedürftiger alter Menschen im Blick zu behalten. Kommunale Räume müssen genutzt werden, auch, um soziale Ungleichheiten auszugleichen, da sozial benachteiligte ältere Menschen oftmals gesundheitlich stärker gefährdet sind, als diejenigen, die finanziell besser gestellt sind (vgl. Kämpers et al. 2013). An diesem Punkt wird noch einmal deutlich, dass eine vertiefende multivariate Analyse der Daten sinnvoll erscheinen kann, um die besonderen Probleme bestimmter vereinzelter Gruppen (z. B. älter, pflegebedürftig, finanziell benachteiligt, etc.) deutlich zu machen.

Insbesondere in den Bezirksregionen mit geringen Nettoeinkommen (Lankwitz und Albrechtstraße) sollten daher auch kostengünstige Angebote zur Teilhabe bereitgestellt werden. Denkbar wären preisliche Variationen bei Angeboten der Freizeitstätten je nach Lage.

Darüber hinaus kann auch überlegt werden, dass kostenintensivere Freizeitaktivitäten, insbesondere kulturelle Veranstaltungen bei Menschen mit geringerem Nettoeinkommen auch finanziell gefördert werden. Denkbar wären hier Gutscheine oder vergünstigte Tickets für Theater- und Kinovorstellungen. Auch Bildungsaktivitäten, wie beispielsweise VHS-Kurse werden von Menschen mit geringerem Nettoeinkommen seltener besucht und könnten noch weiter gefördert werden. Zudem wären auch kostengünstige Angebote in den Bezirksregionen mit geringem Nettoeinkommen bei den bezirklichen Freizeitstätten. Auch wenn – so betonen Muzler und Wilfing – kulturelle Mobilität im Alter herausfordernd ist, so ist sie doch auch wichtig (vgl. Muzler et al. 2009). Obwohl Bildung im Alter als sehr bedeutsam angesehen wird, zeigt die Studie, dass Bildungsangebote nur von sehr wenigen Älteren in Anspruch genommen werden. Dieses Ergebnis findet sich auch in anderen Studien (vgl. Köster 2010).

Informationsquellen

Die klassischen Informationsquellen für spezielle Angebote für Ältere sind und bleiben die altbekannten Printmedien sowie Radio und Fernsehen. Daneben wird das Internet jedoch immer wichtiger. Zwar sind auch klassische kostenlose Bezirkszeitungen für diese Altersklasse interessant, jedoch könnte überlegt werden, dass im Zuge der Digitalisierung viele dieser Informationen auch im Internet bereitgestellt werden. Da die Programmhefte von Bezirken und Vereinen nur zu einem sehr

geringen Teil genannt wurden, ist zu überlegen, ob man zukünftig diese Informationsquellen auch noch in dem bisherigen Umfang bereitstellen möchte. Dass es sich lohnen kann, die Informationsquellen gut und niederschwellig zur Verfügung zu stellen, zeigt u. a. das Programm „Aktiv im Alter“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Mit diesem wird für eine Großzahl der Senioren der Überblick über vorhandene Angebote und Engagement-Möglichkeiten verbessert. (vgl. Marzluff et al. 2010)

Angebote der bezirklichen Freizeitstätten

Die Studie hat gezeigt, dass Angebote der bezirklichen Freizeitstätten weiterhin nicht sehr bekannt erscheinen. Insbesondere Befragte mit Migrationshintergrund, mit hohem Einkommen und hohem Bildungsabschluss und insbesondere Männern sind diese Angebote weitgehend nicht bekannt. Auch zeigen sich Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirksregionen. So kannten immerhin fast 20% der Befragten der BZR Teltower Damm diese Angebote, jedoch gerade mal 8 % in der BZR Zehlendorf Südwest. Das bedeutet, dass neue Wege gefunden werden müssen, um diese Freizeitstätten bekannter zu machen. Diese sollten vor allem in den Zehlendorfer Bezirksregionen und der BZR Schloßstraße unternommen werden. Auch hier kann überlegt werden, ob mit Hilfe des Internets zukünftig besser und mehr für diese Angebote geworben werden kann, denn mittels des Internets lassen sich unter Umständen zielgerichtetere und dynamischere Angebote an Interessierte unterbreiten. Auch Anmeldung und Teilnehmerverwaltung könnte digital einfacher und schneller funktionieren und dazu beitragen, dass diese Menschen diese Angebote auch nutzen.

Die geringe Bekanntheit dieser Angebote führt dazu, dass diese Angebote bisher auch nur von einem begrenzten Personenkreis genutzt wurden. Dabei stehen Bewegungs- und Gesundheitsprogramme an erster Stelle, insbesondere bei den jüngeren Alten und bei Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss. Diese Programme erfreuen sich - sofern sie bekannt sind und genutzt werden - großer Beliebtheit. Auch kulturelle Programme und Gruppenaktivitäten werden dann vergleichsweise häufig besucht.

Zentral muss die Aufgabe sein, diese Programme bekannter zu machen, damit diese auch häufig genutzt werden und mehr Senioren soziale Teilhabe ermöglicht werden kann. Ein Ansatz dafür könnte sein, dass die vorliegende Studie gezeigt hat, dass in bestimmten Bezirksregionen bestimmte Programme und Angebote sehr bekannt sind. Möglicherweise könnten die anderen Bezirksregionen hiervon etwas lernen. Als Beispiel seien genannt: kulturelle Programme in der BZR Schloßstraße, Gruppenaktivitäten in der BZR Teltower Damm, Weihnachtsfeiern in der BZR Ostpreußendamm und Gesundheits- und Bewegungsangebote in der BZR Zehlendorf Südwest. Da diese überdurchschnittlich häufig bekannt waren, sollte überprüft werden, welche Ursachen zu dieser Bekanntheit geführt haben und diese Erkenntnisse dann möglicherweise in die anderen Bezirksregionen übertragen werden könnten. Bekanntheit und Resonanz der Angebote in den bezirklichen Freizeitstätten könnten u. U. durch gezielte Profilierung hinsichtlich Sozialstatus (Bildung, Einkommen, etc.) erhöht werden.

Auch wenn bedingt durch die geringe Bekanntheit und die geringe Nutzung nur sehr wenige Bewertungen zu den einzelnen Gruppenaktivitäten vorlagen, sollte doch folgendes festgehalten werden: alle bewegungsorientierten Programme (Yoga, Pilates, Tanzen) sowie besondere kulturelle Angebote (wie Musikdarbietungen) wurden überwiegend sehr positiv bewertet. Hier sollte das Programm weiter ausgebaut werden. Hingegen gab es eher schlechtere Bewertungen bei Computerkursen. Da Internet und Computer einen immer wichtigeren Stellenwert für die ältere Bevölkerung haben (werden), sollte überprüft werden, wie die Anforderungen und Bedürfnisse der Älteren in diesen Kursen besser erfüllt werden können. Möglicherweise müssen hier neue Lehr- und Lernkonzepte sowie -methoden getestet und erprobt werden.

Ehrenamt

Freiwilliges Engagement ist ein wichtiges Thema für ältere Menschen (vgl. Berner et al. 2017), wenngleich dieses auch nicht gerade als altersspezifisch betrachtet werden muss. Ältere zeigen zum Teil ähnliche Muster wie auch Jüngere beim ehrenamtlichen Engagement (vgl. Huth 2018). Jedoch hat gerade die Beteiligung älterer Menschen an informeller Arbeit im Verlaufe der letzten Jahre und Jahrzehnte zugenommen. In Deutschland stellt so die ältere Bevölkerung derzeit die größte Wachstumsgruppe im Bereich des freiwilligen Engagements dar (vgl. Erlinghagen 2008). Das gilt auch insbesondere für die untersuchte Personengruppe. Wichtig ist es anzuerkennen, dass bestimmte Gruppen wie beispielsweise die „jungen Alten“ der 65- bis 74-Jährigen Befragten sich zu einem nicht unerheblichen Teil ein Ehrenamt vorstellen könnte. Voraussetzung dafür ist sicherlich, dass passende Angebote gemacht werden können. Dieser Trend wird auch in bundesweiten Studien bestätigt. So äußerte eine beträchtliche Gruppe von Senioren (27 Prozent) den Wunsch, sich im Alter ehrenamtlich zu engagieren (vgl. Weiß et al. 2019).

Dabei gilt es Unterschiede in bestimmten Gruppen speziell zu berücksichtigen:

Personen aus einer niedrigeren sozialen Schicht sind seltener in Bildungsaktivitäten oder in Freiwilligenarbeit involviert als Personen aus höheren sozialen Schichten. Außerdem beteiligen sich Personen, die in wirtschaftlich benachteiligten Regionen leben, seltener an Bildungsaktivitäten oder an Freiwilligenarbeit, als Personen, die in wirtschaftlich starken Regionen leben. Diese Benachteiligungen werden stärker, wenn sich geringe individuelle Ressourcen mit schlechten wirtschaftlichen Bedingungen im Lebensraum überschneiden (vgl. Simonson et al. 2013). Das trifft auch auf die Ergebnisse in dieser Studie zu. Während nur 14 % derjenigen Befragten mit niedrigem Bildungsstatus ein Ehrenamt begleiteten, waren das 28 % derjenigen mit einem hohen Bildungsstatus. Bezogen auf die einzelnen Bezirksregionen trifft das in dieser Studie für die wirtschaftlich schwächeren Regionen Lankwitz und Albrechtstraße zu. Auch Simonson und Hagen empfehlen dazu, dass auf lokaler Ebene Maßnahmen zur Erleichterung der Beteiligung ergriffen werden sollten, um die Möglichkeiten für freiwilliges Engagement und Bildungsaktivitäten zu verbessern (vgl. Simonson et al. 2013).

Die bisherige Forschung zum Engagement hat gezeigt, dass ein hoher sozioökonomischer Status in der Regel förderlich für die Ausübung einer freiwilligen Tätigkeit ist (vgl. Simonson et al. 2017). Personen aus höheren sozialen Schichten sind deutlich häufiger und auch dauerhafter engagiert als Personen aus niedrigeren sozialen Schichten (vgl. Simonson et al. 2017).

Dabei stehen die Zugänge zu Engagement und Teilhabe in Wechselwirkung zu Dimensionen sozialer Ungleichheit auch bezogen auf das Geschlecht (vgl. Alisch 2020: 239 – 249). Zur Freiwilligenarbeit unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten wurden bereits verschiedene empirische Untersuchungen und Studien veröffentlicht. Sie unterscheiden sich in ihren Zielsetzungen, methodischen Ansätzen und in den berücksichtigten Untersuchungszeiträumen (vgl. Zierau 2001).

Auch in der vorliegenden Studie konnten deutliche Unterschiede bezogen auf das Geschlecht und in Hinblick auf spezifische Ehrenämter festgestellt werden. So waren im Sportverein dreimal mehr Männer aktiv als Frauen. Soziale Ehrenämter wie beispielsweise Kinder- und Jugendarbeit, Besuchsdienste oder Flüchtlingsarbeit waren jedoch bei Frauen deutlich häufiger genannt worden als bei Männern. Dies ist ein Hinweis darauf, dass es in diesen Altersklassen doch noch eine sehr geschlechterbezogene Zuteilung bestimmter Tätigkeiten gibt. Will man die ehrenamtliche Tätigkeit ausbauen, würde man empfehlen, die Zugänge hier noch weiter zu vereinfachen und die geschlechtsspezifischen Vorlieben aufzugreifen, anstatt diesen bei dieser Altersklasse entgegenzuwirken.

Migrationsgeschichte (vgl. Alisch 2020: 239 - 249) und sozialräumliche Ungleichheiten beeinflussen deutlich das Engagement älterer Menschen. Auch bei dieser Studie fallen einige Unterschiede deutlich auf. So ist das religiöse Ehrenamt bei Befragten mit Migrationshintergrund sehr beliebt, hingegen die Kinder- und Jugendarbeit deutlich seltener ausgeprägt als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Da Studien gezeigt haben, dass türkische Senioren im Vergleich zu einheimischen Deutschen eine geringere soziale Teilhabe aufweisen (vgl. Fietz 2019), könnten niedrigschwellige Angebote zur Aufnahme eines Ehrenamtes hier einen positiven Einfluss haben. Ein Beispiel sind hier türkische ZWAR-Netzwerke, welche bereits in der Vergangenheit Projekte umgesetzt haben und die soziale Teilhabe der Mitglieder förderten. Durch die Teilnahme an Gemeindeveranstaltungen wurden Kontakte zu Akteuren der Gemeinde geknüpft und die ehrenamtliche Arbeit gestärkt (vgl. Fietz 2019). Andere Autoren schlagen ein „kommunales Integrations-Monitoring“ vor, um ältere Personen mit Migrationshintergrund stärker in die Gesellschaft einzubinden. Die Datenlage zur Partizipation und Teilhabe älterer Migranten und Migrantinnen mittels dieser Maßnahme ist jedoch noch sehr unzureichend (vgl. Habermann et al. 2014: 76 - A66).

Eine Förderung von Aktivitäten, Teilnahme an Veranstaltungen und ehrenamtliches Engagement sollten insgesamt gefördert werden. Denn sie stehen laut Alisch in Wechselwirkung zu Engagement und Teilhabe und zu Dimensionen sozialer Ungleichheit: Sozioökonomischer Status, Bildung und Gesundheitsstatus begründen ungleiches Engagement (vgl. Alisch 2020: 239 - 240). Diesem entgegen zu wirken könnte helfen, soziale Ungleichheiten zu verringern, Teilhabe zu erhöhen und den gesellschaftlichen Gesamtzusammenhalt weiter zu verbessern.

V. Mobilität

Mobilitätsverhalten

Die Wichtigkeit der Mobilität für soziale Teilhabe im Alter wird schon seit Jahrzehnten diskutiert (vgl. Mollenkopf et al. 1996). Auch gilt sie als wichtige Voraussetzung für eine ganze Reihe von Freizeitaktivitäten (vgl. Berner et al. 2017). Zur Sicherung der Mobilität älterer Menschen empfehlen Forscher der kommunalen Verkehrsplanung neben der Mobilität zu Fuß sowie mit dem Fahrrad oder Pedelec immer auch den motorisierten Individualverkehr (MIV) und den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zu berücksichtigen (vgl. Gies 2015). Eine wissenschaftlich fundierte Analyse, welche bewegungsförderlichen Verhältnisse für Ältere tatsächlich adäquat erscheinen, bleibt jedoch schwierig. Eine vor kurzem veröffentlichte systematische Studie zu Erhebungsinstrumenten zur Erfassung der kommunalen Bewegungsumwelt älterer Menschen ergab, dass diese für den deutschsprachigen Raum nur in sehr geringem Maße vorliegen und nutzbar sind (vgl. Paulsen et al. 2022).

Die befragten Berliner Senioren gaben bei der Befragung an, dass sich ihre Mobilitätsgewohnheiten zum Teil erheblich verändert haben. Viele bevorzugten nach wie vor den eigenen PKW. Neben der Nutzungsmöglichkeit eines Pkw sind dafür eine ausreichend gute Gesundheit und natürlich eine gute Fahrkompetenz erforderlich (vgl. Mollenkopf et al. 1996). Durch das gut ausgebaute ÖPNV-System in Berlin spielt der Besitz eines eigenen PKW und die dazu notwendige Fahrtüchtigkeit eher eine untergeordnete Rolle. Speziell im Prognoseraum Steglitz verfügten mehr als 95 % der Befragten über eine fußläufig zu erreichende Bushaltestelle im direkten Wohnumfeld. Auch gaben viele Befragte an, gerne das öffentliche Nahverkehrsnetz zu nutzen. Umweltfreundliche Verkehrsmittel wurden als sehr wichtig angesehen. Dies sollte bei weiteren städteplanerischen Überlegungen Berücksichtigung finden.

Viele „jüngere Alte“ (65 - 74 Jahre) gaben an, bevorzugt jetzt auch mit dem Fahrrad unterwegs zu sein. Das bedeutet natürlich, dass auch ausreichend Fahrradwege, die zudem in einem guten Zustand sein müssen, zur Verfügung stehen.

Jedoch muss auch berücksichtigt werden, dass zunehmendes Alter genauso wie auch eine angeschlagene Gesundheit zu einem Rückgang der Mobilität allgemein führen. Dieses ist auch schon in anderen Studien beschrieben worden. Insgesamt schlagen sich die verschiedenen Voraussetzungen in einer mit zunehmenden Alter geringer werdenden Mobilität nieder (vgl. Mollenkopf et al. 1996). So gaben viele der Befragten an, dass sich ihr Wohnungsradius verkleinert hat. Das erscheint auf den ersten Blick in einer Großstadt nicht so dramatisch, daraus ist jedoch nicht automatisch abzuleiten, dass allen in Großstädten lebenden Senioren eine Teilhabe am öffentlichen Leben vereinfacht oder sogar möglich ist (vgl. Weidner et al. 2021). Insbesondere Freizeitstätten waren für viele Befragte nicht direkt zu erreichen. Hier ist zu überlegen, ob Angebote in Freizeitstätten des Bezirksamts mit einem Mobilitätsangebot verknüpft werden. Und auch wenn zwischen 7 bis 9 von 10 der Befragten Einkaufsmöglichkeiten oder einen Bäcker im direkten Umfeld hatten, so bleiben immer noch bis zu 30 % der Befragten, für die in ihrer direkten Umgebung diese Angebote nicht existieren. Inzwischen gibt es viele Serviceangebote für Lebensmittel, Getränke, etc., die bis an die Haustür liefern. Diese werden oftmals über das Internet gebucht. Da aus der Erhebung nunmehr bekannt ist, dass eine große Mehrheit der Befragten das Internet bereits nutzt, sollten Möglichkeiten geprüft werden, dass auch Ältere von diesem Service profitieren können. Dazu könnten Aufklärungskampagnen des Bezirksamts nützlich sein.

Die Studie hat gezeigt, dass viele Senioren die bereits vorhandenen Mobilitätsangebote des Bezirks nicht kennen oder auch gar nicht nutzen, obwohl sie sie kennen. Es müssen Anstrengungen unternommen werden, diese Angebote bekannter zu machen. Vielleicht ist hierzu auch das Internet ein innovativer neuer Informationskanal. Bei den bekannten, aber nicht genutzten Angeboten sollte dringend geprüft werden, ob diese an den Bedürfnissen der Bürger vorbeigehen und ggfs. angepasst werden müssen.

VI. Digitalisierung im Alter

Viele Autoren betonen die Chancen, die für Ältere in der Digitalisierung stecken (vgl. Weiß et al. 2019).

Dabei zeigt die Studie deutlich, dass die Digitalisierung im Bezirk Steglitz-Zehlendorf bei den befragten älteren Bürger bereits sehr weit verbreitet ist. Im Mittel nutzen vier von fünf Befragten das Internet, Computer, Smartphone und Co. Das Ergebnis spiegelt sich auch in den Erfahrungen anderer Studien wieder bei der Senioren an die Vielfalt des Angebots im Internet Gefallen finden (vgl. Noichl et al. 2019). Auch wenn es zwischen Bildungsstatus, Geschlecht und Alter Unterschiede gibt, so sind doch die Ergebnisse erst einmal sehr positiv zu werten, erlauben sie doch einen neuen innovativen Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe. Wie auch in anderen Studien (vgl. Seifert et al. 2015) gezeigt werden konnte, findet sich hier ein Zusammenhang zu Alter und Nutzung, wobei die jüngeren Alten die mit Abstand häufigsten Nutzer sind. Unterschiede bezogen auf das Geschlecht wurden auch in anderen Studien beobachtet (vgl. Marinescu 2004).

Im 8. Altersbericht der Bundesregierung wird vermerkt: „Personen mit [...] größeren Einkommensressourcen können digitale Möglichkeiten eher und besser nutzen als Personen mit geringeren Ressourcen“ (Deutscher Bundestag 2020: 12).

Offenbar haben hier im Bezirk, aber auch die niedrigeren Einkommensgruppen zu einem großen und überwiegenden Teil das Internet für sich erschlossen.

Bei der Nutzung des Internets ist bei Einkäufen von Waren und Lebensmitteln ein vergleichsweise großer Anteil erkennbar. Hier sind die höheren Einkommensgruppen deutlich aktiver als die niedrigeren. Dies kann mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zusammenhängen, die den höheren Einkommensgruppen grundsätzlich einen intensiveren Konsum als den niedrigeren Einkommensgruppen ermöglichen. Es kann aber auch mit einer geringeren digitalen Kompetenz zusammenhängen. Weiterführende Studien sollten hier Klarheit bringen.

Weiterhin kann unterstellt werden, dass die Pandemie noch einmal einen besonderen Beitrag zur Digitalisierung der Senioren geleistet hat. Im Achten Altersbericht der Bundesregierung heißt es dazu: „Persönliche Erfahrungen vieler und die aktuelle Berichterstattung in den Medien legen nahe, dass im Alltag vieler älterer Menschen durch die Corona-Pandemie eine Art Digitalisierungsschub mit Blick auf digitale Kommunikationsmöglichkeiten stattgefunden hat“ (Deutscher Bundestag 2020: 6).

Die Zahlen aus dem Bezirk Steglitz-Zehlendorf sprechen ebenfalls für diese These. Hier fällt der höhere Anteil von Internetnutzung durch Kommunikationssysteme wie Skype und Zoom, aber auch von Messenger-Diensten auf. Auch hier ist ein leichter Anstieg der Nutzung mit steigendem Einkommen zu verzeichnen. Auch ist ca. einem Drittel der Befragten bekannt, wo Informationen über unser bezirkliches Freizeitangebot zu finden sind. Weitere Angebote oder Plattformen für Senioren sind hingegen eher unbekannt. Nur vier bis acht Prozent der Befragten konnten hier eine Kenntnis solcher Angebote angeben.

Wichtig ist, dass die technologische digitale Entwicklung nicht „an den Senioren vorbei“ erfolgt.

So betonen Tamer et. al. die Chancen einer partizipativen Technikentwicklung im Hinblick auf die veränderten Lebenssituationen und -bedarfen von älteren Menschen und in die Wichtigkeit, zielgruppenorientierte Lösungen anzubieten (vgl. Beruchashvili 2020: 259 - 279).

Viele Autoren betonen die Chancen, die für Ältere in der Digitalisierung stecken (vgl. Weiß et al. 2019). Digitale Teilhabe in der Hochaltrigkeit wird immer wichtiger, das betont Reissmann 2022 (vgl. Reissmann et al. 2022).

Um den Anreiz zu erhöhen, könnten zahlreiche Möglichkeiten genutzt werden. So schlägt Fietkau vor, man solle mit „Quests als Gestaltungsmittel zur Motivation und Struktur außerhäuslicher Aktivitäten für Senioren“ (Fietkau 2019) mehr Senioren für das Internet gewinnen. So könnte es sich lohnen, auch ganz neue Wege in der digitalen Welt mit Senioren einzuschlagen (vgl. Fietkau 2019).

VII. Einsamkeit, Isolation und soziale Kontakte

Beziehungen innerhalb der Familie, wie auch soziale Netzwerke insgesamt sind wichtige Aspekte der Lebenswelt älterer Menschen (vgl. Berner et al. 2017), das gilt auch für die befragten Senioren aus dem Bezirk.

Zwar werden in Notfällen zuerst Kinder und Verwandte kontaktiert, doch hat die Auswertung auch gezeigt, dass diese oftmals gar nicht als „zutreffend“ genannt werden. Hier können Nachbarn, Bekannte und Freundschaften eine wichtige Ressource sein, um das soziale Netzwerk auszubauen (vgl. Berner et al. 2017). Das gilt nicht nur als „Notfallplan“, sondern als Möglichkeit gemeinsamer sozialer Teilhabe zur Erhöhung der Lebensqualität im Alter. Der Ausbau zeitgemäßer sozialer Angebote für Ältere im Bezirk Steglitz Zehlendorf sollte dabei als kommunale Aufgabe verstanden werden. Da die bestehenden Angebote bislang nur zum Teil genutzt werden oder zum Teil auch gar nicht bekannt sind, sollten mittels neuer innovativer Konzepte und unter Einsatz der Informationstechnologie neue Wege für eine soziale Integration gegangen werden. Denkbar wären dafür bspw. Ausschreibungen zu Pilotprojekten zum Ausbau sozialer Beziehungen im Alter.

Dieses nicht zuletzt, um der Einsamkeit im Alter vorzubeugen. Die vorliegende Auswertung zeigt, dass auch im Bezirk Steglitz-Zehlendorf diese Gefahr mit dem Alter zunimmt, auch Luhmann und Hawkey bestätigten in ihren Studien, dass Ältere häufiger von Einsamkeit gefährdet sind (vgl. Luhmann et al. 2016).

Ähnliches konnte in anderen Studien, auch bezogen auf das Geschlecht beobachtet werden. Oftmals sind Frauen häufiger von Einsamkeit gefährdet als Männer (vgl. Zukunftsfonds 2014).

Ob die Nutzung des Internets hier im Rahmen von sozialen Medien für Ältere helfen kann, Sozialkontakte zu verbessern oder Einsamkeit zu mildern, ist nicht ausgeschlossen. Allerdings zeigte eine Studie aus der Schweiz hierzu keinen Unterschied zwischen „Onlinern“ und „Offlinern“ (vgl. Benko 2009).

VIII. Zukunft und Vorsorgeverhalten

Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund, die eine Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung getroffen haben, war sehr gering. Es sollten Maßnahmen ergriffen werden, um diesen Anteil zu erhöhen. Vorstellbar wären Informationsbroschüren oder weitere Beratungsangebote, die mehrsprachig sind. Dieses scheint besonders wichtig, damit im Falle einer medizinischen Behandlung klare Ansprechpartner bekannt sind, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten oder Interventionen durchzuführen.

Abschließende zentrale Empfehlung

Böing und Breuer betonen die Wichtigkeit genereller Teilhabeforschung, denn dies hat den Anspruch, die Forschung zu und mit benachteiligten Personenkreisen, insbesondere älteren Menschen neu auszurichten (vgl. Böing et al. 2020).

Eine neue Ausrichtung könnte die Digitalisierung sein, denn dass die Digitalisierung von Senioren eine zentrale Aufgabe ist, hat auch die Bundesregierung als Thema im achten Altersbericht (veröffentlicht im Dezember 2019) besonders hervorgehoben. Darin heißt es z. B.: „Digitalisierung unterstützt [...] ein selbstbestimmtes Leben im Alter – ein wichtiges Handlungsfeld der Demografiestrategie der Bundesregierung.“ Ferner heißt es dort: „Es wird mit Blick auf soziale Integration auch auf die Gefahr im Hinblick auf eine Verschärfung sozialer Ungleichheiten hingewiesen, denn Personen mit besserer Bildung und größeren Einkommensressourcen können digitale Möglichkeiten eher und besser nutzen, als Personen mit geringeren Ressourcen. Gerade letztere aber laufen dadurch eher Gefahr, soziale Kontakte in der immer stärker digitalisierten Welt zu verlieren. Dem gilt entgegen zu wirken, indem gerade für diese Zielgruppe besondere Angebote zur Verfügung gestellt werden. [...] Ziel ist es, den Menschen überall in Deutschland in allen Lebensphasen gute Lebensperspektiven und Chancen auf echte Teilhabe zu eröffnen“ (Deutscher Bundestag 2020: 6–15).

Insbesondere im Hinblick auf die Studienergebnisse erscheint der Ansatz einer umfassenden Digitalisierung ein zentraler Lösungsansatz zu sein, um die Teilhabe der Senioren im Bezirk Steglitz-Zehlendorf deutlich zu verbessern.

So könnten zahlreiche kommunale Angebote, die im Augenblick nur begrenzt bekannt sind und daher auch kaum genutzt werden, wie bspw. Freizeistätten oder Mobilitätshilfen deutlich besser bekannt gemacht werden. Auch könnte durch die Möglichkeiten der Onlinebuchung etc. die Nutzung dieser Angebote vereinfacht und verbessert werden. Die Häufigkeit inner- und außerfamiliärer Kontaktaufnahme könnte dadurch deutlich erhöht und das Gefühl der Einsamkeit und Isolation deutlich vermindert werden.

Soziale digitale Netzwerke zeichnen sich durch eine hochgradige Barrierefreiheit aus. So spielt es keine Rolle, ob man auf einen Rollstuhl angewiesen ist, oder wie viel Platz man hat, um Besuch zu empfangen. Gesundheitliche und soziale Unterschiede spielen in der virtuellen Welt keine Rolle und können so die Teilhabe erleichtern bzw. ermöglichen, vorausgesetzt natürlich, dass Senioren die notwendigen Geräte besitzen und prinzipiell das Internet nutzen (können).

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen jedoch, dass diese strukturellen Voraussetzungen günstig sind. Viele Befragte nutzen Smartphone, Computer und Internet. Die Geräte und die Verbindung ins Netz sind also zu großen Teilen vorhanden. Einzelne Gruppen sind hier zwar nach wie vor unterrepräsentiert wie beispielsweise die sehr alten Befragten. Jedoch ist zu erwarten, dass sich der geringere Digitalisierungsgrad hochaltriger Menschen zukünftig in dem Maße reduzieren wird, wie die besser digitalisierte Generation nachwächst, immer vorausgesetzt, dass einmal erworbene Digitalkompetenzen auch im Alter weiter genutzt werden.

Das zentrale Stichwort ist hier „Digitale Kompetenz“. Möglicherweise ist vielen Senioren gar nicht bewusst, zu was die „digitalen Helferlein“ alles genutzt werden können und vor allem in Zukunft immer mehr Verbreitung finden werden.

Oder – vielleicht schlimmer – sie sind sich dessen bewusst, finden aber nicht in dem Maß Unterstützung, wie sie diese gerne hätten. Die eher schlechten Bewertungen der Computerkurse könnten dafür ein Hinweis sein.

Dabei sollten fortlaufend Programme angeboten werden, um die Senioren „fit für die digitale Welt“ zu machen. Die Digitalisierung der Gesellschaft ist in den letzten zehn Jahren rasant vorangeschritten. Zunehmend wird das herkömmliche Fernsehen durch die Nutzung von Mediatheken und Streamingdiensten abgelöst. Waren und Dienstleistungen werden in wachsendem Ausmaß online bestellt, und oft sind Angebote unterschiedlicher Art – auch öffentlich-rechtliche – ausschließlich online zugänglich. Bankgeschäfte und Kontakte mit Versicherungen werden verstärkt digital angeboten.

Schließlich werden die für diese Altersklasse immer wichtiger werdenden gesundheitlichen Dienstleistungen auch immer stärker digitalisiert. Zukünftig werden Telemedizin und Videosprechstunden immer wichtiger. Wearables und smarte Technologien können eine vorzeitige Verlegung in ein Pflegeheim verhindern.

Voraussetzung dafür ist, dass die notwendigen Kompetenzen umfassend erworben werden. Hierfür gilt es, neue innovative Konzepte zu entwickeln, die diese Generation auch ansprechen. Ein Vorbild dafür könnte das sehr erfolgreiche Konzept des Sportabzeichens sein, mit dem sich jahrzehntlang auch noch hochbetagtere Senioren gerne schmückten. Denkbar wäre analog dazu beispielsweise ein „digitales Sportabzeichen“ in Bronze, Silber und Gold, für das unterschiedliche Befähigungsnachweise erbracht werden müssten.

Letztendlich wäre man für die nächste Pandemie oder eine andere vergleichbare Krise gerüstet. Kontaktvermeidung käme nicht wieder sozialer Isolation gleich und auch vulnerablen Gruppen, wie Personen mit höherem Lebensalter könnte auch dann gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht werden.

Dokumentation der Datenaufbereitung

1. Daten einlesen in Stata

Die Daten liegen in einer Excel-Datei vor und enthalten 5.178 Datensätze mit je 321 Variablen. Für jede Variable werden folgende Merkmale definiert:

- Datentyp: Text (Freitextfelder) oder numerisch (alle anderen)
- Variablenname: da das -Zeichen in Stata nicht erlaubt ist und manche Variablen keinen Namen hatten, sondern nur die Spaltenbezeichnung aus Excel, werden alle Variablen neu benannt (max. 32 Zeichen)
- Variablenlabel: ausführliche Benennung der Variable zur Beschriftung von Ergebnistabellen
- Wertelabel: die möglichen Ausprägungen werden mit Text zur Beschriftung von Ergebnistabellen versehen (z. B. 0 - nein, 1 - ja). Fehlende Werte (keine Angabe) sind mit „.“ kodiert.

Etliche Fragen erlauben Mehrfachantworten. Hier ist pro Antwortmöglichkeit eine Variable gespeichert. Es bedeuten:

- 0 - nicht angekreuzt (=nein)
- 1 - angekreuzt (=ja)
- keine der Möglichkeiten ist angekreuzt (=fehlend) - letzteres allerdings nur für Fragen, bei denen mindestens eine Antwort erwartet wird (also zum Beispiel bei Einkommensquelle, aber nicht bei chronischen Erkrankungen).

Einige Variablen sind von links nach rechts kodiert, sodass die Auswertungen schlecht zu lesen sind. Diese werden umkodiert:

- Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungshäufigkeit: 4→1, 3→2, 2→3, 1→4, 0→5
- Ernährungsverhalten (hier ist die im Fragebogen vermerkte Kodierung falsch angegeben), Obst- und Gemüsekonsum: 4→1, 3→2, 2→3, 1→4
- Bio-Lebensmittel: 5→1, 4→2, 3→3, 2→4, 1→5
- Anerkennung ehrenamtlicher Tätigkeit: 2→1, 1→2, 0→3, -1→4

In 89 Fällen ist kein Alter angegeben, in 33 Fällen ein Alter unter 65 Jahren (von 22 - 64 Jahren). Diese 122 Fälle werden von der Auswertung ausgeschlossen (gelöscht), da sie nicht der Zielgruppe der Befragung zugeordnet werden können. Es verbleiben 5.056 Fälle zur weiteren Betrachtung.

2. Plausibilitätsprüfung

- Geschlecht: Zwei Personen mit Geschlechtsangabe divers und rund 50 % fehlenden Werten. Die gültigen Werte sind zum großen Teil identisch und viele darunter Nonsens-Angaben (zum Beispiel 101 Jahre alt, Einkommensquelle „Faulenzer“, monatliches Haushaltseinkommen 100.000 €, alle Rauschmittel, alle Merkzeichen Schwerbehinderung). Nach nochmaliger Überlegung werden sie nicht aus dem Datensatz ausgeschlossen, sondern alle numerischen Angaben werden auf fehlend (.p) gesetzt. Dabei werden zwei Ausnahmen für Variablen mit ansonsten im Datensatz vollständigen Angaben gemacht:
- Die Nummer der Bezirksregion (7) bleibt erhalten.
- Das Alter wird von 101 Jahre auf 99 Jahre gesetzt (höchster sonst gültiger Wert im Datensatz).

Somit bleiben die Fallzahl und die Häufigkeitsverteilungen von Bezirksregion und Alter(sgruppe) erhalten.

- Fehlende Angaben: Über den Großteil der numerischen Variablen wird gezählt, wie viele gültige Angaben pro Datensatz vorliegen. Möglich sind Werte zwischen 0 und 272, real werden Werte von 14 bis 264 erreicht. In zwei Fällen fehlen alle Angaben außer im Corona- und Soziodemografie-Teil. Insbesondere liegen keine Angaben zum Themenkreis Gesundheit vor. Sie bleiben dennoch unverändert im Datensatz, damit die Fallzahl erhalten bleibt. In den Auswertungen fallen sie dann immer unter die Rubrik „fehlend“, wie die obigen zwei Fälle auch.
- Migrationshintergrund: Insgesamt 230 Befragte haben einen Migrationshintergrund angegeben, darunter 174 eigene Migration, 30 in erster Generation und 26 in zweiter Generation.
- In den Freitextangaben zum Herkunftsland der Familie gibt es Einträge auch bei Befragten mit Migrationshintergrund „nein“ und es fehlen Angaben bei Befragten mit Migrationshintergrund „ja“. Bei allen Befragten mit Migrationshintergrund „ja“ und Angaben zum Herkunftsland ist eine ausländische Angabe eingetragen, die Angaben sind also plausibel.
- Einwanderungsjahr: Angegebene Werte von 1 bis 1900 (n=13) und 70141 (n=1) werden auf fehlend (.p) gesetzt.
- Wohndauer in Steglitz-Zehlendorf: Die Angabe 47 für das Jahr des Zuzugs (n=1) wird auf fehlend (.p) gesetzt.
- Erwerbsstatus: Die überwiegende Anzahl der Befragten ist Rentner, das gilt auch für die jüngste Altersgruppe (65 - 74 J.: 91%, 75 - 84 J.: 94%, 85+ J.: 94%) → keine weitere Zusammenfassung des Erwerbsstatus.
- Es kommen kombinierte Angaben zweier Erwerbsarten in geringer Anzahl vor, Maximum ist n=250 Rentner + Selbstständig. Da sich nicht klären lässt, ob sich beide Angaben auf die Gegenwart beziehen, bleiben die Daten unverändert.
- Einkommen: Die Variable Nettoeinkommen weist 3 extrem kleine Werte auf (16, 20, 100 €), darunter 1x keine Angabe zum Haushaltseinkommen, 2x plausible Angaben zum Haushaltseinkommen (1.900 bzw. 2.850 €).

Es gibt zahlreiche Fälle von Nettoeinkommen > Haushaltseinkommen, darunter einige mutmaßliche Tippfehler (z. B. Netto 10.000, Haushalt 1.000 €), andere mit mutmaßlicher Vertauschung (z. B. Netto 3.500, Haushalt 1.982 €).

Da sich die wahren Verhältnisse jenseits von Vermutungen nicht klären lassen, bleiben die Daten unverändert. Die Variable Haushaltseinkommen hat deutlich mehr fehlende Werte (n=2.026, 40,1%) als Nettoeinkommen (n=1.299, 25,7%) und müsste noch zur Zahl der Haushaltsmitglieder in Beziehung gesetzt werden. Daher wird nur das (persönliche) Nettoeinkommen weiterverwendet.

- Wohnen: Jeweils eine Angabe von 0 Personen im Haushalt und von 0 m² Wohnfläche werden auf fehlend (.p) gesetzt.
- Körpergröße und Gewicht: Es gibt 4 Befragte mit einer angegebenen Körpergröße < 110 cm, der nächstgrößere Wert ist 144 cm, der höchste Wert 199 cm.

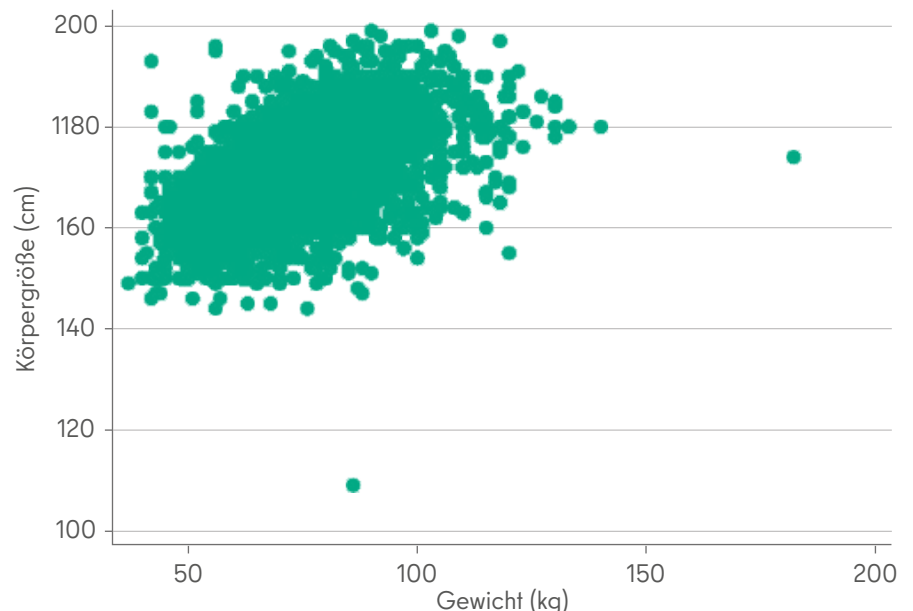
Körpergröße	Gewicht
190	86
62	62
74	64
65	84

Die Kombination 109 cm/86 kg wird für möglich erachtet und bleibt unverändert. Bei den 3 Fällen mit 62 cm/62 kg, 74 cm/67 kg und 64 cm/84 kg wird die Variable Körpergröße auf fehlend (.p) gesetzt.

In einem Fall ist bei einer Körpergröße von 175 cm ein Gewicht von 12 kg angegeben. Hier wird das Gewicht auf fehlend (.p) gesetzt.

Ein Fall mit 37 kg bei 149 cm wird für möglich erachtet und bleibt unverändert, ebenso ein Fall mit 182 kg bei 175 cm (**Abbildung 122**).

Abbildung 122: Gewicht (kg) vs. Körpergröße (cm)



Betrachtung von Alter und Geschlecht der Befragten mit extremen BMI-Werten:

- BMI<17: n=39 Fälle, darunter 28 weiblich, Größe von 149 - 196 cm, Gewicht von 37 - 56 kg, Alter von 66 - 87 Jahren
- BMI>40: n=25 Fälle, darunter 12 weiblich, Größe von 109 - 180 cm, Gewicht von 86 - 182 kg, Alter von 65 - 78 Jahren (keine Hochaltrigen)

Alle Einzelfälle erscheinen im Bereich des Möglichen und bleiben daher unverändert.

- Chronische Erkrankungen: 265 Befragte, die bei chronische Erkrankungen „nein“ angekreuzt haben, haben zwischen 1 und 4 konkret benannte chronische Erkrankungen angekreuzt. 405 Befragte, die bei chronische Erkrankungen nichts angekreuzt haben, haben zwischen 1 und 8 konkret benannte chronische Erkrankungen angekreuzt.
Die Variable Chronische_Erkrankung bleibt unverändert, weil möglicherweise die konkret abgefragten Erkrankungen von den Befragten nicht unter diesen Begriff gerechnet würden. Stattdessen wird eine neue Variable gebildet, die die Anzahl angegebener chronischer Erkrankungen in den Kategorien „mind. 1“, „keine“, „keine Angabe“ zusammenfasst.
- Pflegegrad: Für 1 Befragte mit Pflegegrad=nein und 23 Befragte mit Pflegegrad=keine Angabe ist ein konkreter Pflegegrad angegeben. In diesen 24 Fällen wird Pflegegrad auf „ja“ gesetzt. Damit haben n=370 Befragte (7,3%) einen Pflegegrad.

3. Berechnung neuer Variablen

- Altersgruppen: Einteilung: 65 - 74 Jahre (n=2.398, 47,4%), 75 - 84 Jahre (n=2.170, 42,9%), 85+ Jahre (n=488, 9,7%)
- Schulabschluss und Bildung
Zuerst werden Schulabschlüsse (linke drei Antwortmöglichkeiten Hauptschule, Mittlere Reife, Abitur) und Berufsausbildungsabschlüsse (rechte drei Antwortmöglichkeiten Hochschul-/Universitätsabschluss, Berufsausbildung, Diplom) getrennt betrachtet und dann in Kombination.
n=2.921 Befragte haben genau einen Schulabschluss angegeben → so belassen,
n=15 Befragte haben 2 oder 3 Schulabschlüsse angegeben → den höchsten ausgewählt,
n=2.116 Befragte (42%) haben keinen Schulabschluss angegeben.

höchster Schulabschluss	Frequenz	Prozent	Kumulativ
Hauptschule	679	13,43	13,43
Mittlere Reife	1.537	30,40	43,83
Abitur	722	14,28	58,11
.	2.116	41,85	99,96
.p	2	0,04	100,00
Gesamt	5.056	100,00	

Nur n=39 Befragte ohne Angabe zum Schulabschluss haben auch keinen beruflichen Abschluss angegeben, n=1.840 Befragte genau einen beruflichen Abschluss und n=237 Befragte mehr als einen beruflichen Abschluss.

Daher wird eine weitere Variable Bildung folgendermaßen berechnet:

- Der Wert von Schulabschluss wird zunächst beibehalten.
- Fehlende Angaben zum Schulabschluss werden durch gültige Angaben zur Berufsausbildung ersetzt, und zwar
 - Berufsausbildung → 1 (niedrig),
 - Diplom → 2 (mittel)
 - Hochschulabschluss → 3 (hoch)

Das ist ein konservatives Vorgehen, weil die niedrigeren Kategorien zugeordneten Personen im Zweifel höhere Schulabschlüsse haben. Unterschiede nach Bildungsgrad würden damit unterschätzt werden.

Bildungsabschluss (Schule/Beruf)	Frequenz	Prozent	Kumulativ
niedrig	940	18,59	18,59
mittel	1.826	36,12	54,71
hoch	2.249	44,48	99,19
.	39	0,77	99,96
.p	2	0,04	100,00
Gesamt	5.056	100,00	

- Migrationshintergrund ja / nein
Zusammenfassung der 3 „ja“-Kategorien, nein: 4.757 (94,1%), ja: 230 (4,5%), keine Angabe: 69 (1,4%)

- Nettoeinkommen
Das (persönliche) Nettoeinkommen wird auf drei verschiedene Arten gruppiert:

Nettoeinkommen (Kategorien Mikrozensus)	Frequenz	Prozent	Kumulativ
< 900€	337	6,67	6,67
900 - < 1.500€	686	13,57	20,23
1.500€ und mehr	2.2734	54,07	74,31
.	1.299	25,69	100,00
Gesamt	5.056	100,00	

Nettoeinkommen gruppiert	Frequenz	Prozent	Kumulativ
< 1.000€	421	8,33	8,33
1.000 - 1.999€	1.282	25,36	33,68
2.000 - 2.999€	1.081	21,38	55,06
3.000 - 3.999€	540	10,68	65,74
4.000€+	433	8,56	74,31
.	1.299	25,69	100,00
Gesamt	5.056	100,00	

Nettoeinkommen (Quintile)	Frequenz	Prozent	Kumulativ
unterstes Quintil	766	15,15	15,15
2. Quintil	784	15,51	30,66
3. Quintil	705	13,94	44,60
4. Quintil	788	15,59	60,19
oberstes Quintil	714	14,12	74,31
.	1.299	25,69	100,00
Gesamt	5.056	100,00	

- Body Mass Index (BMI)
 Bewertung gemäß Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V.:
 - < 18,5 Untergewicht
 - 18,5 - 24,9 Normalgewicht
 - 25 - 29,9 Übergewicht
 - 30 - 34,9 Adipositas Grad I
 - 30 - 39,9 Adipositas Grad II
 - >= 40 Adipositas Grad III
 Für die Datenauswertung werden die drei Adipositas-Gruppen (ab BMI=30) zusammengefasst, da sonst die Fallzahlen zu klein werden.

BMI in 4 Gruppen	Frequenz	Prozent	Kumulativ
Untergewicht	120	2,37	2,37
Normalgewicht	2.480	49,05	51,42
Übergewicht	1.635	32,34	83,76
Adipositas	583	11,53	95,29
.	238	4,71	100,00
Gesamt	5.056	100,00	

Übergewicht ja/nein	Frequenz	Prozent	Kumulativ
nein	2.600	51,42	51,42
ja	2.218	43,87	95,29
.	238	4,71	100,00
Gesamt	5.056	100,00	

- Multimorbidität
 Es sind zwischen 0 und 10 von 12 möglichen chronischen Erkrankungen angekreuzt. Gemäß AWMF-Leitlinie Multimorbidität werden 3 und mehr chronische Erkrankungen als Multimorbidität=ja kodiert (n=655, 13,0%), für alle anderen Befragten mit nein (n=4.401, 87,0%).
 3.865 Befragte (76,4%) haben mindestens eine chronische Erkrankung angegeben, 1.103 Befragte (21,8%) keine und 88 Befragte (1,7%) haben die Frage nach dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung nicht beantwortet (mit .a kodiert).
- Emotionales Wohlbefinden
 Aus den Fragenbereichen 3.3. und 3.3.1 wurden die Einzelfragen „niedergeschlagen“, „ruhig und ausgeglichen“ und „glücklich“ als diejenigen ausgewählt, die am besten das emotionale Wohlbefinden im Sinne einer Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit repräsentieren.
 Es wurde überprüft, ob sich diese drei Fragen zu einem entsprechenden Skalenwert zusammenfassen lassen. Cronbach's Alpha als Maß für die interne Konsistenz einer Skala (wird mit den Einzelfragen etwas Ähnliches erfasst?) beträgt 0,77 - ein sehr guter Wert für eine Skala aus nur 3 Items. Die Kovarianzen der Items untereinander liegen bei 40 - 50%, sie sind also nicht identisch, stehen aber miteinander in einer substanziellen Beziehung.
 Der Skalenwert „emotionales Wohlbefinden“ wird berechnet, indem die drei Itemwerte (jeweils mit einer Skala von 1 - niedrig bis 5 - hoch) addiert werden und die Summe durch 3 geteilt wird. Das Item „niedergeschlagen“ wird hierfür zuvor umgepolt. Im Resultat bedeuten hohe Skalenwerte hohes Wohlbefinden.

Die Befragten werden anhand der Skalenwerte in drei Gruppen geteilt. Für die Gruppenbildung werden Grenzwerte so gewählt, dass jeweils ca. ein Viertel der Befragten der Gruppe mit niedrigem emotionalen Wohlbefinden und mit hohem Wohlbefinden und ca. die Hälfte der Befragten der Gruppe mit mittlerem emotionalen Wohlbefinden zugeordnet wird. Die Skalenwerte für die Gruppen sind folgende:

- 1-3,33 niedriges emotionales Wohlbefinden
- 3,33-4,33 mittleres emotionales Wohlbefinden
- 4,33-5 hohes emotionales Wohlbefinden

emotionales Wohlbefinden	Frequenz	Prozent	Kumulativ
niedrig	895	17,70	17,70
mittel	2.024	40,03	57,73
hoch	1.212	32,97	81,70
.	925	18,30	100,00
Gesamt	5.056	100,00	

Mit der Skalenbildung wird in Kauf genommen, dass der Anteil der Befragten mit fehlenden Werten sich von je ca. 10% bei den Einzelfragen auf 18,3% mit fehlendem Skalenwert aufgrund von mindestens einer fehlenden Antwort in den Einzelfragen erhöht. Betrachtet man für die Befragten mit fehlendem Skalenwert die gültigen Angaben in den Einzelfragen, so weichen diese von der Gesamtverteilung der gültigen Angaben in den Einzelfragen nur in kleinerer Größenordnung ab. Es ist also nicht davon auszugehen, dass die Ergebnisse durch den höheren Anteil fehlender Skalenwerte deutlich verzerrt werden.

- Rauchen
Zusammenfassung zu Rauchen ja/nein wegen kleiner Kategorienbesetzungen (insgesamt n=523 in 4 Raucher-Kategorien, entsprechend 10,1% der Befragten).
- Hinderungsgründe für mehr Bewegung
Zählvariable für Anzahl angekreuzter Hinderungsgründe. Es sind 0 bis 9 von 12 möglichen Hinderungsgründen (einschließlich „Sonstiges“) angekreuzt. Drei und mehr Hinderungsgründe werden wegen kleiner Kategorienbesetzungen zusammengefasst (Text: Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf, QPK 5, Dr. Susanne Bettge).

Anlage Fragebogen

Die nebenstehende Zahl dient der Zuordnung zu der Bezirksregion, in der Sie leben. Diese ist Zuordnung ist eine wesentliche Grundlage für planungsrechtliche Vorhaben und erfolgt durch die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen. Eine Zuordnung zu Ihrer tatsächlichen Wohnadresse ist damit jedoch nicht möglich.

Bezirksregion:
«Bezirksre
gionName

Einleitende Fragen zur Corona-Pandemie

Wir alle wurden Anfang des Jahres vom Ausbruch der Corona-Pandemie überrascht. Hiervon ist seit März dieses Jahres das öffentliche Leben und der Alltag jeder einzelnen Person betroffen. Zu Beginn dieser Befragung möchten wir deshalb von Ihnen gerne erfahren, wie Sie diese Zeit erlebt haben, und wie Ihr Leben von der Pandemie betroffen war oder noch ist.

C1 Wie erleben Sie persönlich die Corona-Pandemie und die Einschränkungen seit März 2020?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mich kümmert das wenig | <input type="checkbox"/> Ich hatte/habe große Angst |
| <input type="checkbox"/> Ich fühle meine Gesundheit bedroht | <input type="checkbox"/> Ich hatte/habe viele Hilfsangebote |
| <input type="checkbox"/> Ich habe meine Familie vermisst | <input type="checkbox"/> Ich habe das kulturelle Angebot vermisst |
| <input type="checkbox"/> Ich habe über Telefon/Computer engen Kontakt zu meinen Lieben gehalten | <input type="checkbox"/> Ich fühlte/fühle mich einsam |

C2 Wie gehen Sie mit den wechselnden behördlichen Auflagen um, wie z.B. Abstandsgebot, Maskenpflicht, Vermeidung sozialer Kontakte und Familienfeiern etc.?

Ich halte mich an Auflagen...

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...gewissenhaft | ... wenn es nicht anders geht | ...kaum | ...gar nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C3 Wie beurteilen Sie das öffentliche Krisenmanagement und dessen Bemühungen, die Pandemie einzudämmen?

- Sehr vorbildlich – es wurde/wird meines Erachtens alles getan, was notwendig
- Zwar bemüht, aber in einigen Punkten verbesserungswürdig.
- In weiten Teilen überflüssig. Viele Einschränkungen halte ich für unnötig
- Sehr schlecht. Das öffentliche Krisenmanagement bringt nichts

Und jetzt zunächst ein paar Fragen zu Ihrer Person:

1.1 Tragen Sie hier bitte Ihr Alter ein:

--	--	--

1.1.1. Geben Sie bitte Ihr Geschlecht an:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Männlich | Weiblich | Divers |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.2. Welches ist Ihr höchster Schul- und Bildungsabschluss?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Hochschul-/Universitätsabschluss |
| <input type="checkbox"/> Mittlere Reife | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung |

2.3.1. Hiervon sind Heiz- und

Betriebskosten:

€

2.3.2. Gemessen an dem gesamten Haushalts-Netto-Einkommen aller Bewohner*Innen (s. Frage 1.4.2.)

betragen die Kosten der Unterkunft ca.

%

2.3.3. Die Wohnfläche, die meiner Haushaltsgemeinschaft zur Verfügung steht, beträgt m²

2.3.4. Die

Wohnung hat Zimmer (außer Küche, Bad und Flur).

2.3.5. Ich wohne

seit Jahren in dieser Wohnung.

2.4. Ist Ihre Wohnung barrierefrei erreichbar, d.h. ohne dass Stufen bewältigt werden müssen?

Ebenerdig erreichbar

Aufzug vorhanden

Anzahl Stufen zu meiner

Wohnung

2.4.1. Ist Ihre Wohnung seniorengerecht ausgestattet? Ja, mit... (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Befahrbare Duschtasse | <input type="checkbox"/> schwellenlose Zimmerübergänge |
| <input type="checkbox"/> befahrbare breite Zimmertüren | <input type="checkbox"/> unterfahrbare Wasch-/Spülbecken |
| <input type="checkbox"/> Aufzug oder ebenerdig | |

2.5. Beschreiben Sie bitte Ihr Wohnumfeld.

Welche der genannten Versorgungsmöglichkeiten sind für Sie **fußläufig** erreichbar?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bäcker | <input type="checkbox"/> Park/Grünfläche |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Bushaltestell |
| <input type="checkbox"/> Frisör | <input type="checkbox"/> U-/S-Bahnhof |
| <input type="checkbox"/> Einkaufsmöglichkeit | <input type="checkbox"/> Freizeitstätte |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Café/Restaurant |
| <input type="checkbox"/> Fachärzte | <input type="checkbox"/> Apotheke |

2.5.1. Wie würden Sie Ihr Sicherheitsgefühl in Ihrem Wohnumfeld beschreiben? Ich fühle mich

- eher angeschlagen
- krank
- sehr krank

3.2. Bitte tragen Sie Ihre Körpergröße ein: cm

Bitte nennen Sie uns Ihr Gewicht: Kg

3.2. Haben Sie chronische Erkrankungen, die ärztlich behandelt werden?

Ja Nein

Wenn ja, welche chronischen Krankheiten (länger als 6 Wochen) haben Sie? (Mehrfachnennungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Angina Pectoris
<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung
<input type="checkbox"/> Gelenk-/Skelett-Erkrankung
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> andere Stoffwechselerkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung
<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten
<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Angsterkrankung
<input type="checkbox"/> chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/> andere |
|---|---|

möglich)

3.3. Bitte denken Sie an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, dass...

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
Sie sich gehetzt und unter Zeitdruck fühlten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sich niedergeschlagen fühlten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sich ruhig und ausgeglichen fühlten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie jede Menge Energie verspürten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie starke körperliche Schmerzen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wegen gesundheitlicher Probleme					
- weniger geschafft haben, als Sie wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in der Art Ihrer Tätigkeit eingeschränkt waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme in Ihren sozialen Kontakten (Freunde, Bekannte, Verwandte) eingeschränkt waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3.1. Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie sich in der letzten Woche gefühlt haben. Vergeben Sie Zensuren, wie Schulnoten. **1 trifft voll und ganz zu, 5 trifft überhaupt nicht zu**, mit allen Abstufungen dazwischen.

	1	2	3	4	5
Ich kann mich heute genauso freuen wie früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich fühle mich glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich blicke mit Freude in die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4. Haben Sie eine anerkannte Schwerbehinderung (mit Ausweis)?

Ja

Nein

3.4.1. Wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung? %

3.4.2. Welche Merkzeichen enthält Ihr Schwerbehindertenausweis? (Mehrfachnennungen möglich)

G aG B BI T GI TBI RF

3.4.3. Haben Sie einen anerkannten Pflegegrad?

Nein

Ja, Pflegegrad

3.4.4. Rauchen Sie?

Mehr als 10 Weniger als 10 Weniger als 10 Noch weniger Nie
 Zigaretten/Tag Zigaretten/Tag Zigaretten/Woche

3.4.5. Nun bitten wir Sie, ehrlich über Ihr Trinkverhalten zu berichten. Noch einmal weisen wir darauf hin, dass die Befragung **absolut anonym** erfolgt und niemand eine Verbindung zwischen Ihren Antworten und Ihnen herstellen kann.

Wie häufig trinken Sie Alkohol (Bier 0,3l, Wein 0,2l, Schnaps 2 cl)?

Täglich mehr Tägl. bis zu 3-4 Mal/Woche Seltener Nie
 als 2 Gläser 2 Gläser

3.4.5.1. Haben Sie in den letzten 2 Jahren Erfahrungen gemacht mit

Cannabis? Kokain? Heroin? Medikamenten-
 missbrauch, z.B. Andere
 Diazepim, Rauschmittel?
 Amphetamin etc.?

sehr gesund überwiegend gesund eher ungesund Weiß nicht/egal

3.4.7.1. Wie oft essen Sie Obst oder Rohkost-Gemüse?

5x/Tag 3x/Tag 1-2x/Tag seltener

3.4.7.2. Wie stehen Sie zu Bio-Lebensmitteln? Ich kaufe Bio-Lebensmittel...

immer oft selten aus Prinzip nie gerne, sind mir aber zu teuer

3.4.8. Nehmen Sie regelmäßig an den empfohlenen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen teil

Ja Nein

3.4.8.1. Gehen Sie regelmäßig zu den zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen (2xJahr)

Ja Nein

3.4.9. Welche gesundheitsbezogenen Beratungsstellen im Bezirk kennen und nutzen Sie?
(Mehrfachnennungen möglich)

	Kenne und nutze ich	Kenne ich, aber nutze es NICHT																				
Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs- und Aidskranke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pflegestützpunkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Kontaktstelle Pflege Engagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Beratung in Stadtteilzentren und Freizeitstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Beratung in den Seniorentreffpunkten von AWO, DRK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Beratung in Diakonie-/Caritasstationen und Kirchengemeinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Beratungsangebote der Villa Donnersmarck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Sonstiges <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Achtung! Denken Sie nun bitte nicht mehr an das Corona-Virus.

Auch wenn unser Leben in den letzten Monaten stark vom Corona-Virus eingeschränkt wurde, bitten wir Sie nun, für die folgenden Fragen diesen Umstand möglichst auszublenden. Denken Sie bitte bei der Beantwortung der folgenden Fragen an **Ihr Leben, wie es vor der Pandemie war.**

Der Bezirk bietet Ihnen ein vielfältiges Angebot an Freizeitaktivitäten an. Um dieses Angebot auch künftig möglichst attraktiv zu halten, sind Ihre Antworten auf folgende Fragen von großer Wichtigkeit.

4.1. Wie oft unternehmen Sie in der Freizeit folgende Aktivitäten? (Bitte jede Zeile beantworten)

	Häufig	Selten	Nie
Theater, Konzert, Kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unternehmungen mit der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café-/Restaurantbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Museumsbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisen, Tagesreisen, Busfahrten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsaktivitäten, Volkshochschulkurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaziergänge, Stadtbummel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hobbys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuche bei Bekannten oder Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch öffentlicher Sportveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. Wie informieren Sie sich über gesundheitliche, kulturelle und soziale Angebote für ältere Menschen?

Kostenlose Bezirkszeitungen	Zeitungen/ Zeitschriften	Radio/Fernsehen	Programmhefte (vom Bezirk oder Verein)	Bekannte	Internet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.2 Kennen Sie die Angebote des Bezirksamtes in den Freizeitstätten, wie z.B. die Gruppenangebote in der Broschüre „Wir treffen uns“ und die Programme der einzelnen Freizeitstätten?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.2.1. Wenn ja, welche dieser Angebote in den Freizeitstätten nutzen Sie? (Bitte jede Zeile beantworten)

	Häufig	Selten	Nie
kulturelle Programme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanzveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppenaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausflugsfahrten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weihnachtsfeiern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheits- und Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Mitarbeit in einer Freizeitstätte	<input type="checkbox"/>	Hospizdienst	<input type="checkbox"/>	Religiöses Ehrenamt
<input type="checkbox"/>	Gratulationsdienst	<input type="checkbox"/>	Besuchsdienst	<input type="checkbox"/>	Umwelt/Tierschutz
<input type="checkbox"/>	Sportverein	<input type="checkbox"/>	Freiwillige Feuerwehr/THW	<input type="checkbox"/>	Politik
<input type="checkbox"/>	Obdachlosenhilfe	<input type="checkbox"/>	Interessenvertretung	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/>	Sanitätsdienst	<input type="checkbox"/>	Flüchtlingsarbeit	<input type="checkbox"/>	Kinder-/Jugendarbeit
<input type="checkbox"/>	Wasserrettung/DLRG	<input type="checkbox"/>	Armenhilfe/Tafel	<input type="checkbox"/>	Sonstiges Ehrenamt

4.4.2. Haben Sie den Eindruck, Ihre ehrenamtliche Tätigkeit wird ausreichend anerkannt und gewürdigt?

Ja	Ja, aber mehr Anerkennung wäre gut	Nein	Keine Meinung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte äußern Sie sich jetzt zu ihren Mobilitätsgewohnheiten. Wieder bitten wir Sie, bei der Beantwortung der Fragen Ihr Leben vor der Corona-Pandemie zu beschreiben.

5.1. Wenn Sie an Veränderungen in Ihren Gewohnheiten denken, welche Aussage trifft in welchem Umfang zu? Denken Sie hierbei bitte an Veränderungen in den letzten 10 Jahren.

	Voll und ganz zutreffend	Überwiegend zutreffend	Kaum zutreffend	Trifft gar nicht zu
Ich nutze meinen PKW häufiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nutze öffentliche Verkehrsmittel häufiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe häufiger zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nutze das Fahrrad häufiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fahre mehr Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Aktionsradius hat sich verkleinert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Aktionsradius hat sich vergrößert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht mehr so häufig unterwegs wie früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin viel öfter unterwegs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich reise öfter als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich reise nicht mehr so weit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nutze Angebote des Carsharing (z.B. DriveNow)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltfreundliche Antriebsarten für Autos und Busse finde ich wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot öffentlicher Verkehrsmittel halte ich für gut und ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2. Fühlen Sie sich alters- oder behinderungsbedingt in Ihrer Mobilität eingeschränkt?

Ja	Nein
----	------

5.2.1. Benutzen Sie einen Rollstuhl?

Ja

Nein

Ja, nur außerhalb der Wohnung

5.2.2. Benutzen Sie einen Rollator?

Ja

Nein

Ja, nur außerhalb der Wohnung

5.3. Kennen und nutzen Sie folgende Angebote zur Mobilitätshilfe?

	Kenne und nutze ich	Kenne aber nutze ich nicht	Mir nicht bekannt
Mobilitätshilfedienst der Diakonie Steglitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitedienst des VBB/der BVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berliner Sonderfahrdienst/„Telebus“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projekt „Hilfe im Alltag“ – Wendepunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projekt „Füreinander nah“ - Mittelhof e.V.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inklusionstaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projekt „Radeln ohne Alter“ - Diakonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auch wie Sie mit Computer und Smartphone umgehen, ist für uns von großem Interesse.

6.1. Besitzen Sie ein Smartphone?

Ja

Nein

6.1.2. Besitzen Sie einen Computer Laptop oder Tablet?

Ja

Nein

6.2. Benutzen Sie das Internet

Ja

Nein

6.2.1. Wenn ja, wofür benutzen Sie das Internet? (Bitte jede Zeile ausfüllen)

	Oft	Selten	Nie
--	------------	---------------	------------

					Mal im Jahr		
Ihren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guten Freund*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbar*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3. Haben Sie in Ihrem Bekanntenkreis auch Menschen anderer Herkunft und mit einer anderen Kultur?

- Ja

 Nein

 Nein, würde ich mir aber wünschen

7.4. Fühlen Sie sich isoliert, außen vor oder einsam?

- Fast immer

 Meistens

 Selten

 Nie

7.4.1. Fällt es Ihnen leicht, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen?

- Ja

 Nein

Nun zu unseren letzten Fragen, die Ihr Befinden, Ihre Erwartungen und Ihre Sicht auf die Zukunft betreffen.

8.1. Wenn Sie an Ihre Zukunft, aber auch an die Ihrer Kinder und Enkelkinder denken, wie ist Ihr Gefühl für die nächsten Jahre und Jahrzehnte?

- Ich blicke voller Zuversicht in eine sichere Zukunft.
- Ich bin etwas skeptisch, denke aber, alles wird gut gehen.
- Ich bin ziemlich besorgt.
- Ich habe Angst vor der Zukunft.

8.2. Was sind Ihrer Meinung nach die drängendsten Probleme in der Welt und in Politik und Gesellschaft?

Vergeben Sie bitte Schulnoten: 1 = Sehr wichtig, 5 = unwichtig. (Bitte jede Zeile beantworten)

	1	2	3	4	5
Rentenreform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuwanderung und Integration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klimawandel/Umwelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkehrspolitik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Globale Handelsbeziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsextremismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Linksextremismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdenfeindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radikaler Islamismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armut in der Welt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armut und Obdachlosigkeit in Berlin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pandemien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inklusion behinderter Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltungsbedingungen von Masttieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reform im öffentlichen Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.3 Zum Schluss wird es noch einmal sehr persönlich. Wir fragen Sie jetzt noch danach, ob und wie Sie Vorsorge getroffen haben.

Ich habe...	Ja	Nein
eine Vorsorgevollmacht erteilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Testament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Regelungen für mein Ableben getroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Literatur

Alisch, M. (2020): Freiwilliges Engagement älterer Menschen und freiwilliges Engagement für ältere Menschen, in: Aner, K., Karl, U. (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit und Alter, 2. Aufl., Kassel, Springer VS, S. 239 - 249.

Allmendinger, J. (2017): Das Land, in dem wir leben wollen. Wie die Deutschen sich Ihre Zukunft vorstellen, 1. Aufl., München, Pantheon Verlag (Hrsg.).

Altenburg, T., Weidenhammer, S., von Viereck, T. (2019): Drogen- und Suchtbericht 2019, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Berlin, S. 28 - 39, online unter: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/Service/DSB_2019_mj_barr.pdf [letzter Zugriff am 24.08.2023].

BAGSO (Hrsg.) (2014): Lokale Seniorenpolitik vor großen Herausforderungen, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (Hrsg.), Bonn, online unter: https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2014_und_aelter/BAGSO_Positionspapier_Lokale_Seniorenpolitik.pdf [letzter Zugriff am 31.08.2023].

Basel-Landschaft, K. (2014): Zwischenbericht: Massnahmenplanung Wohnen im Alter, online unter: https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/amt-fur-gesundheit/alter/publikationen/downloads-publikationen-alter/schlussbericht_massnahmenplanung_wohnen_im_alter.pdf/@@download/file/Schlussbericht_massnahmenplanung_wohnen_im_Alter.pdf [letzter Zugriff am 01.09.2023].

Beck, A., Rosenthal, A., Müller, C., Heinz, A., Charlet, K. (2018): Alkohol, in: von Heyden, M., Jungaberle, H., Majic, T., Springer Verlag GmbH (Hrsg.), Handbuch psychoaktive Substanzen, S. 621 - 623.

Behrendt, K., Backmund, M., Reimer, J. (2022): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 4, Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Hamm, S. 16 - 19, online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmedizinische_Reihe_Drogenabha%CC%88ngigkeit-BFREI.pdf [letzter Zugriff am 04.08.2023].

Benko, E. M. (2009): SAIL, Studie über das Alter, das Internet und die Lebensqualität. Die Auswirkung der Internetnutzung von Seniorinnen und Senioren auf ihre Lebensqualität. Eine österreichische Pilotstudie, Graz.

Berg, A., Bischoff, S., Colobo-Beckmann, M., Ellrott, T., Hauner, H., Heintze, C., Kanthak, U., Kunze, D., Stefan, N., Teufel, M., Wabitsch, M., Wirth, A. (2014): Interdisziplinäre Leitlinie der S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, Deutsche Adipositas-gesellschaft (Hrsg.), Martinsried, AWMF-Register Nr. 050/001, S. 15, online unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf [letzter Zugriff am 11.08.2023].

Berner, F., Mahne, K., Wolff, J. K., Tesch-Römer, C. (2017): Wandel von Teilhabe und Integration älterer Menschen – ein politikorientiertes Fazit, in: Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J., Tesch-Römer, C. (Hrsg.), Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), Springer VS, online unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/47086/ssoar-2016-mahne_et_al-Altern_im_Wandel-DEAS2014.pdf?sequence=4&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2016-mahne_et_al-Altern_im_Wandel-DEAS2014.pdf [letzter Zugriff am 12.09.2023].

Beruchashvili, T., Wiesnet, E., Jeanrenaud, Y. (2020): Interaktive Formate zur gesellschaftlichen Teilhabe von Seniorinnen und Senioren am Beispiel sozialverantwortlicher Technikgestaltung, in: Franz, H-W., Compagna, D., Gehra, W., Beck, G., Dürr, P., Wegner, M. (Hrsg.), Nachhaltig Leben und Wirtschaften. Management Sozialer Innovationen als Gestaltung gesellschaftlicher Transformation, Springer VS, S. 259 - 279.

Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf (Hrsg.) (2020): Flächennutzung in Steglitz-Zehlendorf, Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf (Hrsg.), online unter: <https://www.berlin.de/ba-steglitz-zehlendorf/ueber-den-bezirk/zahlen-und-fakten/statistische-daten/artikel.29790.php> [letzter Zugriff am 21.09.2023].

Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf (Hrsg.) (2021): Bevölkerung von Steglitz-Zehlendorf, Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf (Hrsg.), online unter: <https://www.berlin.de/ba-steglitz-zehlendorf/ueber-den-bezirk/zahlen-und-fakten/statistische-daten/artikel.29789.php> [letzter Zugriff am 21.09.2023].

BMFSFJ (Hrsg.) (2017): Siebter Altenbericht. Siebter Altenbericht Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin, S. 163, online unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7-altenbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf> [letzter Zugriff am 08.09.2023].

Böing, U., Breuer, M., Dieckmann, F., Greving, H., Roemer, A., Rohleder, C., Wevering, J. et al. (2020): Institut für Teilhabeforschung (Hrsg.), Teilhabe und Teilhabeforschung. Grundriss und Positionierung, Münster, online unter: https://katho-nrw.de/fileadmin/media/foschung_transfer/forschungsinstitute/Institut_fuer_Teilhabeforschung/1_Schrift_des_Instituts_fuer_Teilhabeforschung_2020x..pdf [letzter Zugriff am 12.09.2023].

Bölting, T., Cirkel, M., Eisele, B., Enste, P., Fiest, J., Hoffmann, S., Merkel, S. (2018): Research Report. Marktbericht Wohnen für Ältere in Berlin, in: Institut Arbeit und Technik (Hrsg.), Forschung Aktuell No. 02/2018, Gelsenkirchen, online unter: <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2018/fa2018-02.pdf> [letzter Zugriff am 08.09.2023].

Corrada, M., Paganini-Hill, A. (2010): Being overweight in adults aged 70–75 is associated with a reduction in mortality risk compared with normal BMI, in: Evid Based Med., 15(4):126–127, S. 126–127, online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4454365/pdf/nihms692412.pdf> [letzter Zugriff am 14.08.2023].

DEGAM (Hrsg.) (2017): S3-Leitlinie Multimorbidität. DEGAM-Leitlinie Nr. 20. AWMF-Register-Nr. 053–047. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg.), Berlin, S. 9–19, online unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-047l_S3_Multimorbiditaet_2018-01.pdf [letzter Zugriff am 16.08.2023].

Dehi Aroogh, M., Mohammadi Shahboulaghi, F. (2020): Social Participation of Older Adults: A Concept Analysis, in: Int J Community Based Nurs Midwifery, doi: 10.3389/fspor.2022.825224, S. 68, online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6969951/pdf/IJCBNM-8-55.pdf> [letzter Zugriff am 17.08.2023].

DeSalvo, KB., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., Muntner, P. (2005): Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis, in: J Gen Intern Med, 20:267 - 275, S. 269, online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1828094/pdf/jgi0021-0267.pdf> [letzter Zugriff am 18.08.2023].

Destatis (2015): Qualitätsbericht. Mikrozensus 2014, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden, online unter: https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/mikrozensus-2014.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff am 12.09.2023].

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, Drucksache 18/10210, Berlin, S. 153 - 163, online unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7-altenbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf> [letzter Zugriff am 06.09.2023].

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2020): Achter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Ältere Menschen und Digitalisierung, Drucksache 19/21650, Berlin, S. 6 - 12, online unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/159938/3970eeca3c3c630e359379438c6108/achter-altersbericht-langfassung-data.pdf> [letzter Zugriff am 04.09.2023].

Deutsches Seniorenportal (2023): Fahrdienste für mehr Unabhängigkeit und Mobilität im Alter, online unter: <https://www.seniorenportal.de/alltagshilfen/alltagshelden-unterstuetzen-bei-taeglichen-aufgaben-und-projekten/fahrdienste-fuer-mehr-unabhaengigkeit-und-mobilitaet-im-alter> [letzter Zugriff am 24.05.2023].

DGE (Hrsg.) (2008): Ernährungsbericht 2008, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.), Bonn, S. 103 - 105, online unter: <https://www.dge.de/fileadmin/Bilder/wissenschaft/ernaehrungsberichte/inhaltsverzeichnisse/EB-2008-Inhaltsverzeichnis.pdf> [letzter Zugriff am 11.08.2023].

DGE (Hrsg.) (2017): Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.), online unter: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/gesunde-ernaehrung/ernaehrungsempfehlung/10-regeln/10-Regeln-der-DGE.pdf> [letzter Zugriff am 21.08.2023].

Dragano, N., Reuter, M., Greiser, K.H. et al. (2020): Soziodemografische und erwerbsbezogene Merkmale in der NAKO Gesundheitsstudie, in: Springer Medizin (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt, 63:267 - 278, S. 273 - 275, online unter: <https://d-nb.info/1267846399/34> [letzter Zugriff am 13.09.2023].

Erlinghagen, M. (2008): Ehrenamtliche Arbeit und informelle Hilfe nach dem Renteneintritt. Analysen mit dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP), in: Erlinghagen, M., Hank, K. (Hrsg.), Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde, Springer VS, S. 93 - 117, online unter: <https://download.e-bookshelf.de/download/0000/0167/11/L-G-0000016711-0002371740.pdf> [letzter Zugriff am 12.09.2023].

Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (Hrsg.) (2020): Informationsblatt Alkohol, S. 4, online unter: https://www.berlin-suchtpraevention.de/wp-content/uploads/2020/05/200518_Infoblatt_Alkohol_4.Auflage_FINAL_Ansicht.pdf [letzter Zugriff am 05.09.2023].

Fietkau, J. (2019): Quests als Gestaltungsmittel zur Motivation und Struktur außerhäuslicher Aktivitäten für Senioren, in: Mensch und Computer 2019-Workshopband, S. 63 - 69.

Fietz, J., Stupp, B. (2019): Strengthening of social participation of Turkish seniors, in: Springer Medizin (Hrsg.), Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 52(4):336 - 341.

Fretschner, R. (2010): Auf der Suche nach einem neuen Selbstverständnis: Kommunale Seniorenpolitik und Altenhilfe, in: standpunkt: sozial - Hamburger Forum für Soziale Arbeit und Gesundheit, Hamburg, S. 66 - 74.

Friedmann, S., Reftenberger, M. (2019): Delikte unter Drogeneinfluss, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht, Hamm, S. 142 - 144.

Gerike, R., Hubrich, S., Ließke, F., Wittig, S., Wittwer, R. (2019): Tabellenbericht zum Forschungsprojekt „Mobilität in Städten - SrV 2018“ in Berlin (Steglitz-Zehlendorf), Technische Universität Dresden (Hrsg.), S. 31, online unter: <https://www.berlin.de/sen/uvk/mobilitaet-und-verkehr/verkehrsdaten/zahlen-und-fakten/mobilitaet-in-staedten-srv-2018/> [letzter Zugriff am 06.09.2023].

Ghosn, J., Guggisberg, B., Schmutz, V., Suter, J.-D. (2012): Wohnen: Welche Zukunft steht unseren Eltern bevor?, in: PrimaryCare, 12(3):49 - 50, online unter: https://primary-hospital-care.ch/journalfile/view/article/ezm_phc/de/pc-d.2012.09087/2788ace79edfddec9d5cc0db1285635aa05ecace/2012_03_319.pdf/rsrc/jf [letzter Zugriff am 12.09.2023].

Gies, J. (2015): Handlungsansätze in den Kommunen zur Sicherung der Mobilität älterer Menschen, In: Bracher, T. (Hrsg.), Kapitel 3.2. 6.1-Handbuch der kommunalen Verkehrsplanung, Wichmann Verlag, Berlin.

Glover, TD., Todd, J., Moyer, L. 2022: Neighborhood Walking and Social Connectedness, in: Frontiers in Sports and Active Living, doi: 10.3389/fspor.2022.825224, S. 2 - 3, online unter: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fspor.2022.825224/full> [letzter Zugriff am 17.08.2023].

Habermann, M., Stagge, M. (2014): Ältere Migranten und Migrantinnen in der kommunalen Versorgung. Eine Studie zur Entwicklung und Umsetzung niedrigschwelliger Angebote und zum kommunalen Integrationsmonitoring, in: Thieme (Hrsg.), Das Gesundheitswesen, 76(08/09):76-A66, online unter: https://www.researchgate.net/publication/265784601_Aeltere_Migranten_und_Migrantinnen_in_der_kommunalen_Versorgung_Eine_Studie_zur_Entwicklung_und_Umsetzung_niedrigschwelliger_Angbote_und_zum_kommunalen_Integrationsmonitoring [letzter Zugriff am 13.09.202].

Hafner, T., Wölfle, G. (2007): Die barrierefreie Stadt für eine alternde Gesellschaft. Von notwendigen Anpassungen im Bestand zum selbstverständlichen Bestandteil unserer Baukultur, in: Forum Wohneigentum, Zeitschrift für Wohneigentum in der Stadtentwicklung und Immobilienwirtschaft, 3:161 - 165, online unter: https://www.vhw.de/fileadmin/user_upload/08_publicationen/verbandszeitschrift/2000_2014/PDF_Dokumente/2007/FW_3_2007_Die_barrierefreie_Stadt_fuer_eine_alternde_Gesellschaft_Hafner_Woelfle.pdf [letzter Zugriff am 01.09.2023].

Heiat, A., Vaccarino, V., Krumholz, H M. (2001): An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons, in: Arch Intern Med, 161:1194 - 1203.

Hill Collins, P., Bilge, S. (2020): Intersectionality, Wiley (Hrsg.), New York.

Huth, S. (2018): Teilhabe durch Engagement - Studie zum zivilgesellschaftlichem Engagement von Schüler_innen und Studierenden unter besonderer Berücksichtigung des Engagementkontextes Hochschule, online unter: https://www.stiftung-mercator.de/content/uploads/2020/12/Teilhabe_durch_Engagement_Studie.pdf [letzter Zugriff am 12.09.2023].

InklusionsTaxi (2023): InklusionsTaxi. Taxi für alle, online unter: <http://inklusionstaxi.de/> [letzter Zugriff am 02.06.2023].

Jachan, D. E., Müller-Werdan, U., Lahmann, N. A., Strube-Lahmann, S. (2021): Smart@ home-supporting safety and mobility of elderly and care dependent people in their own homes through the use of technical assistance systems and conventional mobility supporting tools: a cross-sectional survey, in: BMC geriatrics, 21(1):1 - 10, online unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7992959/pdf/12877_2021_Article_2118.pdf [letzter Zugriff am 23.08.2023].

Jahn, I., Brand, T. (2015): Intersektionalität als Konzept zur Analyse sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten, in: Thieme (Hrsg.), Das Gesundheitswesen 2015; 77 - A29.

Janssen I., Mark, A E. (2007): Elevated body mass index and mortality risk in the elderly, in: Obes Rev, 8:41 - 59, S. 41 - 43.

John, U., Hanke, M., Freyer-Adams, J., Baumann, S., Meyer, c. (2019): Alkohol, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2019, Hamm, S. 36 - 38.

Kaplan, RM., Hays, RD. (2022): Health-related quality of life measurement in public health, in: Annual Review of Public Health, 43:355 - 373, S. 358 - 359.

Klaus, D., Baykara-Krumme, H. (2017): Die Lebenssituation von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund, in: Mahne, K., Wolff, J.K., Simonson, J., Tesch-Römer, C. (Hrsg.), Altern im Wandel: zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), Springer VS, S. 359 - 379, online unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/47086/ssoar-2016-mahne_et_al-Altern_im_Wandel-DEAS2014.pdf?sequence=4&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2016-mahne_et_al-Altern_im_Wandel-DEAS2014.pdf [letzter Zugriff am 13.09.2023].

Kluttig, A., Zschocke, J., Haerting, J. et al. (2020): Messung der körperlichen Fitness in der NAKO Gesundheitsstudie - Methoden, Qualitätssicherung und erste deskriptive Ergebnisse, in: Gesundheitsblatt, 63:312 - 321, S. 317, online unter: https://www.researchgate.net/publication/339349022_Messung_der_korperlichen_Fitness_in_der_NAKO_Gesundheitsstudie_-_Methoden_Qualitatssicherung_und_erste_deskriptive_Ergebnisse Measuring_physical_fitness_in_the_German_National_Cohort-methods_quality_as [letzter Zugriff am 17.08.2023].

Kümpers, S., Falk, K. (2013): Zur Bedeutung des Sozialraums für Gesundheitschancen und autonome Lebensgestaltung sozial benachteiligter Älterer: Befunde aus Berlin und Brandenburg, In: Vogel, C., Motel-Klingebiel, A. (Hrsg.), Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?, Springer VS, S. 81 - 97.

Kraus, L., Seitz, N.-N., Rauschert, C. (2020): Epidemiologischer Suchtsurvey Berlin 2018. Ergänzende Ergebnisse zu illegalen Drogen und substanzbezogenen Störungen, IFT Institut für Therapieforschung (Hrsg.), München, S. 5, online unter: https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Berlin.pdf [letzter Zugriff am 05.09.2023].

Kruse, A., Schmitt, E. (2016): Soziale Ungleichheit. Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter, in: Springer Medizin (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt, 59:252 - 258, S. 255, online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-015-2285-4> [letzter Zugriff am 13.09.2023].

Köster, D. (2010): Bildung im Alter als kommunale Aufgabe: Chancen einer alternierenden Gesellschaft, In: Bischof, C., Weigl, B. (Hrsg.), Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen, S. 319 - 341.

Lahmann, N. A., Heinze, C., Rommel, A. (2014): Stürze in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen 2006-2013, in: Springer Medizin (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 6(57):650 - 659.

Lampert, T., Kroll, L.E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, in: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), GBE kompakt, 5(2), S. 2 - 4, online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff am 13.09.2023].

Leitner, S. (2015): Soziale Altenarbeit. Alterssozialpolitik, Wochenschau Verlag, Schwalbach/Ts, S. 7.

Luhmann, M., Hawkey, L. C. (2016): Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age, in: Developmental psychology, 52(6):943 - 959, online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8015413/pdf/nihms-1681926.pdf> [letzter Zugriff am 12.09.2023].

Marinescu, I. L. (2004): Geschlechtsspezifische Nutzung von Neuen Medien bei Senioren. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.

Marzluff, S., Klie, T. (2010): Ältere Menschen in Kommunen - Förderung von Beteiligung und Engagement durch das Programm „Aktiv im Alter“, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Informationsdienst Altersfragen, 37(2):19 - 23, online unter: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Informationsdienst_Altersfragen/Informationsdienst_Altersfragen_Heft_02_2010_Gesellschaftliche_Partizipation_Aktives_Altern.pdf [letzter Zugriff am 01.09.2023].

Meyer, S., Heinze, R. G., Neitzel, M., Sudau, M., Wedemeier, C. (2015): Technische Assistenzsysteme für ältere Menschen - eine Zukunftsstrategie für die Bau- und Wohnungswirtschaft, Wohnen für ein langes Leben/AAL, GdW Bundesverband deutscher Wohnungs- und Immobilienunternehmen (Hrsg.), Berlin, online unter: <https://www.irbnet.de/daten/rswb/15059007713.pdf> [letzter Zugriff am 01.09.2023].

Mielck, A., Lungen, M., Siegel, M., Korber, K. (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Gütersloh, S. 10 - 12, online unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Folgen_unzureichender_Bildung_fuer_die_Gesundheit.pdf [letzter Zugriff am 07.09.2023].

Mollenkopf, H., Flaschenträger, P. (1996): Mobilität zur sozialen Teilhabe im Alter, in: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.), WZB Discussion Paper, Berlin, No. FS III 96 - 401, online unter: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/1996/iii96-401.pdf> [letzter Zugriff am 13.09.2023].

Muzler, E., Wilfing, H. (2009): Kulturelle Mobilität für alte Menschen, in: Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen und Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin (Hrsg.), Soziale Arbeit, Berlin, 58(11 - 12):454 - 460.

Naegele, G. (2013): Kommunen im demografischen Wandel - Thesen zu neuen Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik, in: Diakonie Texte 4/2013:31 - 32.

Nitschke, I., Hahnel, S. (2021): Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen: Chancen und Herausforderungen, in: Springer Medizin (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt, 64:802 - 811, S. 802, online unter: https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/211358/1/ABS_27__Nitschke1_103_2021_Article_3358.pdf [letzter Zugriff am 31.08.2023].

Noichl, S., Schroeder, U. (2019): Zu alt für Informatik?: Seniorinnen und Senioren erobern die digitale Welt, in: Davis, K., Geihs, K., Lange, M., Stumme, G. (Hrsg.), INFORMATIK 2019: 50 Jahre Gesellschaft für Informatik-Informatik für Gesellschaft, online unter: <https://dl.gi.de/server/api/core/bitstreams/48ec57ab-be00-49b8-85ba-b164b896ab12/content> [letzter Zugriff am 04.09.2023].

Nowossadeck, S., Engstler, H. (2017a): Wohnung und Wohnkosten im Alter, in: Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J., Tesch-Römer, C. (Hrsg.), Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), Springer VS, S. 287 - 300, online unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/47086/ssoar-2016-mahne_et_al-Altern_im_Wandel-DEAS2014.pdf?sequence=4&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2016-mahne_et_al-Altern_im_Wandel-DEAS2014.pdf [letzter Zugriff am 08.09.2023].

Nowossadeck, S., Klaus, D., Romeu Gordo, L., Vogel, C. (2017b): Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. Report Altersdaten 02/2017, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, S. 31 - 33, online unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/55395/ssoar-2017-nowossadeck_et_al-Migrantinnen_und_Migranten_in_der.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2017-nowossadeck_et_al-Migrantinnen_und_Migranten_in_der.pdf [letzter Zugriff am 13.09.2023].

Oostendorp, R. (2010): Aktiv im Alter in der Stadt. Kommunale Handlungsfelder als Antwort auf die Alterung der Gesellschaft, in: Standort - Zeitschrift für angewandte Geographie, 34(2):62 - 67, online unter: https://www.euskirchen.de/fileadmin/user_upload/PDF/leben_in_euskirchen/senioren/diplom_oostendorp-christaller-preis.pdf [letzter Zugriff am 01.09.2023].

Paulsen, L., Benz, L., Vonstein, C., Bucksch, J. (2022): Erhebungsinstrumente zur Erfassung der kommunalen Bewegungsumwelt älterer Menschen - eine systematische Betrachtung, in: Kirch, W. (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung, 17(2):200 - 207, online unter: <https://d-nb.info/1242714103/34> [letzter Zugriff am 13.09.2023].

Radeln ohne Alter (Hrsg.) (2023): Unsere Leitprinzipien, online unter: <https://radelnohnealter.de/leitprinzipien/> [letzter Zugriff am 25.05.2023].

Reissmann, M., Oswald, V., Zank, S., & Tesch-Römer, C. (2022): Digitale Teilhabe in der Hochaltrigkeit. (D80+ Kurzberichte, 6), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences od Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Köln, online unter: https://ceres.uni-koeln.de/fileadmin/user_upload/Bilder/Dokumente/NRW80plus_D80plus/20220404_D80_Kurzbericht-Nummer-6_Digitale-Teilhabe_April2022.pdf [letzter Zugriff am 04.09.2023].

Richter A., Schienkiewitz, A., Starker, A., Krug, S., Domanska, O., Kuhnert, R., Loss, J., Mensink, G. (2021): Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse einer Studie GEDA 2019/20 20-EHIS, in: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Journal of Health Monitoring, Berlin, 6(3):28 - 48, S. 36 - 38, online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_03_2021_GEDA_Gesundheitsfoerndes_Verhalten.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff am 21.08.2023].

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2023): PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung, online unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung> [letzter Zugriff am 05.06.2023].

Rommel, A., Kottner, J., Suhr, R., Lahmann, N. (2019): Frequency of falls among clients of home care services: the importance of care-related and social risk factors, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Springer Medizin, 52(1):3 - 9.

Rothen, H. J. (2016): Kommunale Alten- und Seniorenpolitik, Wegweiser Kommune der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 4 - 6, online unter: <https://silo.tips/download/kommunale-alten-und-seniorenpolitik> [letzter Zugriff am 05.09.2023].

Rott, C., Jopp, D.S. (2012): Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen, in: Springer Medizin (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt, 55:474 - 480, S. 475 - 479, online unter: https://www.uni-heidelberg.de/md/gero/personen/rott_jopp_2012.pdf [letzter Zugriff am 17.08.2023].

Saß, Dr. A-C., Lampert, PD Dr. T., Prütz, Dr. F., Seeling, S., Starker, A., Kroll, Dr. L E., Rommel, A., Ryl, Dr. L., Ziese, Dr. T. (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin, S. 218, online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtlD/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff am 05.09.2023].

Schaller, Dr. K., Kahnert, Dipl.-Biol. S., Mons, PD Dr. U. (2017): Alkoholatlas Deutschland 2017. Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (Hrsg.), Heidelberg, S. 52 - 55, online unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2017_Doppelseiten.pdf [letzter Zugriff am 05.09.2023].

Schienkiewitz, A., Kuhnert, R., Blume, M., Mensink, G. (2022): Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS, in: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Journal of Health Monitoring, Berlin, 7(3): 23 - 32, S. 23, online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JHealthMonit_2022_03_Gesundheitsverhalten_GEDA_2019_2020.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff am 11.08.2023].

Simonson, J., Hagen, C., Vogel, C., Motel-Klingebiel, A. (2013): Ungleichheit sozialer Teilhabe im Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Springer Medizin, 46(5):410 - 416.

Simonson, J., Hameister, N. (2017): Sozioökonomischer Status und freiwilliges Engagement, in: Simonson, J., Vogel, C., Tesch-Römer, C., Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014, Springer VS, S. 439 - 464, online unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/49240/ssoar-2017-simonson_et_al-Sozioökonomischer_Status_und_freiwilliges_Engagement.pdf?sequence=1 [letzter Zugriff am 17.08.2023].

Simonson, J., Tesch-Römer, C. (2022): Ältere Menschen in Deutschland - Verletzlichkeit, Resilienz und Teilhabe, Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Berlin, S. 6 - 7, online unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/83598/ssoar-2022-simonson_et_al-Ältere_Menschen_in_Deutschland_.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2022-simonson_et_al-Ältere_Menschen_in_Deutschland_.pdf [letzter Zugriff am 17.08.2023].

Starker, A., Saß, A.-C. (2013): Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Springer Medizin (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt, Berlin, 56:858 - 867, S. 860, online unter: https://www.gbe-bund.de/pdf/degs1_krebsfrueherkennung.pdf [letzter Zugriff am 13.08.2023].

Tillmanns, H., Schillinger, G., Dräther, H. (2022): Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch AOK-Versicherte im Erwachsenenalter (2009 - 2020). Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) im AOK-Bundesverband GBR (Hrsg.), Berlin, S. 78 - 79, online unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Ambulante_Versorgung/wido_amb_frueherkennung_bei_erwachsenen_2009_2020.pdf [letzter Zugriff am 13.08.2023].

Tu, D.-Y., Kao, F.-M., Tsai, S.-T., Tung, T.-H. (2021): Sarcopenia among the Elderly Population: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, in: healthcare 2021, 9, 650, online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8228648/pdf/healthcare-09-00650.pdf> [letzter Zugriff am 31.08.2023].

Weidner, F., Wittrahm, A. (2021): PAKT: Kompetenzerhalt und soziale Teilhabe im hohen Alter durch PAKT-Präventives Alltags-Kompetenz-Training, Weidner, F., Wittrahm, A. (Hrsg.), Lambertus-Verlag.

Weiß, C., Stubbe, J. (2019): Chancen der Digitalisierung für mehr Teilhabe und Partizipation im Alter, in: Skutta, S., Steineke, J. et al. (Hrsg.), Digitalisierung und Teilhabe. Mitmachen, mitdenken, mitgestalten!, S. 223 - 234.

Welzel, FD., Schladitz, K., Förster, F., Löbner, M., Riedel-Heller, SG. 2021: Gesundheitliche Folgen sozialer Isolation: Qualitative Studie zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen älterer Menschen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, in: Springer Medizin (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt, 64:334 - 341, S. 337 - 338, online unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7852481/pdf/103_2021_Article_3281.pdf [letzter Zugriff am 17.08.2023].

Wilkes, B., Böhm, H. (2018): Pflege@ Quartier—Die Wohnung, die auf mich aufpasst, in: Wirtschaftsinformatik & Management, Springer, 10(4):28 - 35.

World Health Organisation (WHO) (Hrsg.) (2000): Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation, in: WHO Technical Report Series 894, WHO, Geneva S. 21, online unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330> [letzter Zugriff am 11.08.2023].

World Health Organisation (WHO) (Hrsg.) (2010): Global Recommendations on Physical Activity for Health, S. 10, online unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305057/pdf/Bookshelf_NBK305057.pdf [letzter Zugriff am 24.08.2023].

World Health Organisation (WHO) (Hrsg.) (2022): Oral health: Key facts, online unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> [letzter Zugriff am 31.08.2023].

Wormer, E. (2010): Gesundheit geht durch den Magen, Lingen Verlag (Hrsg.), Köln. Zukunftsfonds (2014): Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter, Generali Zukunftsfond; Institut für Gerontologie (Hrsg.), online unter: https://www.uni-heidelberg.de/md/presse/news2014/generali_hochaltrigenstudie.pdf [letzter Zugriff am 12.09.2023].

Zeier, J., Häföler, K., Finger, J., Hermann, S. (2022): Gesundheits- und Strukturatlas. Berlin 2022, Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin (Hrsg.), Berlin, S. 102, online unter: https://www.researchgate.net/publication/360562582_Gesundheits-und_Sozialstrukturatlas_Berlin_2022 [letzter Zugriff am 13.09.2023].

Zierau, J. (2001): Genderperspektive-Freiwilligenarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit und bürgerschaftliches Engagement bei Männern und Frauen, in: Picot, S. (Hrsg.), Freiwilliges Engagement in Deutschland. Freiwilligensurvey 1999. Band 3. Frauen und Männer, Jugend, Senioren, Sport, Stuttgart, S. 15 - 110.

Abbildungsverzeichnis²⁷

Abbildung 1:	Bezirksregionen in Steglitz-Zehlendorf.....	7
Abbildung 2:	Steuerungsebenen einer integrierten Sozialplanung	10
Abbildung 3:	Verteilung des Alters der Befragten.....	17
Abbildung 4:	Persönliche Reflektion der Corona-Pandemie.....	18
Abbildung 5:	Migrationshintergrund nach Altersgruppen.....	18
Abbildung 6:	Liste der meistgenannten Herkunftsländer.....	19
Abbildung 7:	Monatliches Nettoeinkommen	19
Abbildung 8:	Geschlecht im Vergleich der Merkmale Alter, Bildung, Migration, und BZR	20
Abbildung 9:	Altersgruppen im Vergleich der Merkmale Geschlecht, Bildung, Migration, und Bezirksregion.....	21
Abbildung 10:	Bildungsstatus differenziert nach Geschlecht Alter, Migration und BZR.....	22
Abbildung 11:	Migrationshintergrund unterschieden nach Geschlecht, Alter, Bildung und Bezirksregion.....	23
Abbildung 12:	Nettoeinkommen im Vergleich zum Migrationshintergrund	23
Abbildung 13:	Merkmale der Wohnungsausstattung differenziert nach Altersgruppen	27
Abbildung 14:	Wohnjahre in Steglitz-Zehlendorf.....	29
Abbildung 15:	Altersgerechte Ausstattung der Wohnung vs. Wohnjahre im Bezirk.....	30
Abbildung 16:	Altersgerechte Wohnausstattung vs. Größe der Wohnung.....	30
Abbildung 17:	Umzugswunsch nach Bezirksregion.....	31
Abbildung 18:	Umzugswunsch nach Alter.....	31
Abbildung 19:	Umzugswunsch nach altersgerechter Ausstattung der derzeitigen Wohnung.....	32
Abbildung 20:	Delikte pro Tag und 100.000 Einwohner, Berlin 2020	33
Abbildung 21:	Subjektiver Gesundheitszustand nach soziodemografischen Merkmalen	35
Abbildung 22:	Subjektiver Gesundheitszustand nach Bezirksregionen	36
Abbildung 23:	Chronische Erkrankungen der befragten Männer und Frauen.....	37
Abbildung 24:	Anzahl chronischer Erkrankungen.....	38
Abbildung 25:	Anzahl chronischer Erkrankungen nach soziodemografischen Merkmalen	38
Abbildung 26:	Anzahl chronischer Erkrankungen nach Bezirksregionen	39
Abbildung 27:	Subjektiver Gesundheitszustand nach Anzahl chronischer Erkrankungen.....	39
Abbildung 28:	Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung nach soziodemografischen Merkmalen.....	40
Abbildung 29:	Vorliegen einer anerkannten Pflegegrades nach soziodemografischen Merkmalen.....	41
Abbildung 30:	Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung und eines anerkannten Pflegegrades nach Bezirksregionen.....	42
Abbildung 31:	Subjektiver Gesundheitszustand nach Schwerbehinderung und Vorliegen eines Pflegegrads.....	43
Abbildung 32:	Emotionales Wohlbefinden nach soziodemografischen Merkmalen	44
Abbildung 33:	Emotionales Wohlbefinden nach Bezirksregionen	45
Abbildung 34:	Emotionales Wohlbefinden nach subjektivem Gesundheitszustand	46
Abbildung 35:	Alkoholkonsum nach soziodemografischen Merkmalen	48
Abbildung 36:	Alkoholkonsum nach Bezirksregionen.....	49
Abbildung 37:	Rauchen insgesamt und nach Altersgruppe.....	50
Abbildung 38:	Anzahl verschiedener Bewegungsaktivitäten	51
Abbildung 39:	Regelmäßige Bewegung nach soziodemografischen Merkmalen	51
Abbildung 40:	Art der Bewegungsaktivitäten nach Geschlecht	52
Abbildung 41:	Art der Bewegungsaktivitäten nach persönlichem Netto-Einkommen.....	53

²⁷ Angaben in den Abbildungen wurden z.T. gerundet

Abbildung 42:	Regelmäßige Bewegung nach Bezirksregionen	53
Abbildung 43:	Ausgewählte Hinderungsgründe, warum Befragte sich nie oder selten fit halten, nach Altersgruppen.....	54
Abbildung 44:	Ernährungsverhalten nach soziodemografischen Merkmalen.....	55
Abbildung 45:	Verzehr von Obst und Gemüse nach soziodemografischen Merkmalen	56
Abbildung 46:	Körpergewicht (BMI) der Männer und Frauen nach Altersgruppen.....	57
Abbildung 47:	Körpergewicht (BMI) nach Bildung und persönlichem Netto-Einkommen.....	58
Abbildung 48:	Körpergewicht (BMI) nach Bezirksregionen	59
Abbildung 49:	Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nach soziodemografischen Merkmalen	60
Abbildung 50:	Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nach Bezirksregionen	60
Abbildung 51:	Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen (2x im Jahr) nach soziodemografischen Merkmalen	61
Abbildung 52:	Mobilitätseinschränkung nach soziodemografischen Merkmalen	62
Abbildung 53:	Mobilitätseinschränkung nach Bezirksregionen	63
Abbildung 54:	Emotionales Wohlbefinden bei Vorliegen einer Mobilitätseinschränkung.....	63
Abbildung 55:	Fußläufige Erreichbarkeit einer Bushaltestelle nach Bezirksregionen	64
Abbildung 56:	Fußläufige Erreichbarkeit eines U-/S-Bahnhofs nach Bezirksregionen.....	64
Abbildung 57:	Beurteilung des Angebots öffentlicher Verkehrsmittel als ausreichend nach Gesundheitszustand	65
Abbildung 58:	Fußläufige Erreichbarkeit von Hausarzt, Physiotherapie und Fachärzten insgesamt sowie nach Altersgruppe und nach Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen	65
Abbildung 59:	Fußläufige Erreichbarkeit einer Hausarztpraxis nach Bezirksregionen	66
Abbildung 60:	Fußläufige Erreichbarkeit einer Facharztpraxis nach Bezirksregionen.....	66
Abbildung 61:	Fußläufige Erreichbarkeit von Physiotherapie nach Bezirksregionen.....	67
Abbildung 62:	Fußläufige Erreichbarkeit einer Apotheke nach Bezirksregionen.....	67
Abbildung 63:	Kenntnis von Mobilitätshilfe-Angeboten.....	67
Abbildung 64:	Freizeitaktivitäten vs. Geschlecht.....	70
Abbildung 65:	Freizeitaktivitäten vs. Geschlecht und Alter	70
Abbildung 66:	Freizeitaktivitäten vs. Migration.....	71
Abbildung 67:	Freizeitaktivitäten vs. Bildungsgrad	72
Abbildung 68:	Freizeitaktivitäten nach Einkommensgruppen	72
Abbildung 69:	Freizeitaktivitäten nach Bezirksregion	73
Abbildung 70:	Freizeitaktivität nach gesundheitlichem Befinden.....	74
Abbildung 71:	Informationsquellen nach Geschlecht	75
Abbildung 72:	Informationsquellen nach Altersgruppen.....	76
Abbildung 73:	Informationsquellen bei vorliegendem Migrationshintergrund.....	77
Abbildung 74:	Informationsquellen nach Bildungsgrad.....	77
Abbildung 75:	Informationsquellen nach Einkommensgruppen.....	78
Abbildung 76:	Informationsquellen nach gesundheitlichem Befinden	79
Abbildung 77:	Genutzte Angebote vs. Isolation / Einsamkeit.....	80
Abbildung 78:	Genutzte Angebote nach Kontaktfähigkeit.....	80
Abbildung 79:	Genutzte Informationsquellen in den jeweiligen Bezirksregionen.....	81
Abbildung 80:	Kenntnis der Freizeitstättenangebote nach demografischen Angaben.....	82
Abbildung 81:	Bekanntheit der Freizeitstättenangebote in den jeweiligen Bezirksregionen.....	83
Abbildung 82:	„Häufig“ genutzte Angebote	83
Abbildung 83:	Geschätzte Anteile „häufig“ genutzter FZS-Angebote.....	84
Abbildung 84:	Akzeptanz der Freizeitstättenangebote nach Altersgruppen.....	85
Abbildung 85:	Genutzte Angebote des Bezirks vs. Geschlecht und Migration.....	86
Abbildung 86:	Beurteilung der Angebote der FZS des Bezirks nach Bildungsgrad	89
Abbildung 87:	Bewertung der Angebote in den FZS vs. Migration	88
Abbildung 88:	Ehrenamtliches Engagement in den jeweiligen Bezirksregionen	91
Abbildung 98:	Anzahl Ehrenämter in den jeweiligen Bezirksregionen.....	91

Abbildung 90:	Ehrenamt vs. soziodemografische Merkmale	92
Abbildung 91:	Anteil Ehrenämter in den Bezirksregionen nach Altersgruppen	93
Abbildung 92:	Häufigkeit Ehrenämter nach Altersgruppen.....	94
Abbildung 93:	In den letzten 10 Jahren geänderte Ansichten und Gewohnheiten nach Alter	99
Abbildung 94:	In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten und Gewohnheiten in Relation zu eingeschränkter Mobilität	101
Abbildung 95:	In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten und Gewohnheiten in Relation zu Rollstuhl	102
Abbildung 96:	Eingeschränkte Mobilität vs. Geschlecht und Alter.....	103
Abbildung 97:	Benutzung eines Smartphones der Befragten im Alter 65+	104
Abbildung 98:	Besitz eines Smartphones nach Bezirksregionen.....	105
Abbildung 99:	Besitz von Computer, Laptop oder Tablet	106
Abbildung 100:	Besitz von Computer, Laptop, Tablet nach Bezirksregion.....	107
Abbildung 101:	Internetnutzung in den Bezirksregionen	108
Abbildung 102:	Häufigkeit ausgewählter Anlässe, in das Internet zu gehen.....	108
Abbildung 103:	Internetnutzung vs. Bildung.....	110
Abbildung 104:	Bekanntheit sozialer Netzwerke für Senior*innen in den Bezirksregionen.....	112
Abbildung 105:	„Freizeitstätten Angebote im Internet finden“ vs. Region	113
Abbildung 106:	An wen könnten Sie sich wenden?	114
Abbildung 107:	Wen kontaktieren im Fall einer schweren Erkrankung.....	115
Abbildung 108:	Wie oft haben Sie pro Woche Kontakt zu Ihren... ..	116
Abbildung 109:	Kontakte pro Woche vs. Alter	117
Abbildung 110:	Wöchentliche Kontakte mit... vs. Bildung.....	117
Abbildung 111:	Kontakte pro Woche vs. Bezirksregion	112
Abbildung 112:	Gefühl der Isolation vs. Kontaktfähigkeit.....	119
Abbildung 113:	Gefühl der Isolation vs. Geschlecht	119
Abbildung 114:	Isolation vs. Einkommen und Geschlecht.....	119
Abbildung 115:	Gefühlte Isolation vs. Alter und Geschlecht.....	120
Abbildung 116:	Isolation vs. Bildung und Geschlecht	120
Abbildung 117:	Gefühl für die Zukunft nach Bezirksregionen.....	122
Abbildung 118:	Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung nach Bezirksregion	126
Abbildung 119:	Testament und Sterbeversicherung nach Bezirksregion.....	128
Abbildung 120:	CART-Modell, Zielgröße „Internet-Nutzung“	132
Abbildung 121:	Relative Bedeutung der „Einflussgrößen“... ..	132
Abbildung 122:	Gewicht (kg) vs. Körpergröße (cm).....	158

Tabellenverzeichnis²⁸

Tabelle 1:	Altersgruppen nach BZR	8
Tabelle 2:	Anteil Befragter nach Bezirksregionen	19
Tabelle 3:	Wohnkosten und Nettoeinkommen nach BZR	24
Tabelle 4:	Anteil Wohnkosten je Person nach Haushaltsgröße.....	24
Tabelle 5:	Anteil an Mietwohnung und Wohneigentum in den Bezirksregionen.....	25
Tabelle 6a:	Wohnkosten und Nettoeinkommen in Miet- und Eigentumswohnungen.....	25
Tabelle 6b:	Wohnkosten und Nettoeinkommen in Miet- und Eigentumswohnungen.....	26
Tabelle 7:	Wohnungsausstattung nach Nettoeinkommen	28
Tabelle 8:	Wohnungsausstattung bei vorliegender Schwerbehinderung	28
Tabelle 9:	Wohnungsausstattung bei vorliegendem. Pflegegrad.....	28
Tabelle 10:	Wohnungsausstattung von Befragten mit Rollstuhlnutzung.....	29
Tabelle 11:	Wohnungsausstattung bei Befragten mit Rollatornutzung	29
Tabelle 12:	Sicherheitsgefühl in den Bezirksregionen	32
Tabelle 13:	Sicherheitsgefühl vs. Alter.....	33
Tabelle 14:	Antwort auf die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand	34
Tabelle 15:	Antwortverteilung auf die Fragen zu anerkannter Schwerbehinderung und anerkanntem Pflegegrad.....	40
Tabelle 16:	Regelmäßige gesundheitsförderliche Bewegung und Art der Bewegungsaktivitäten.....	50
Tabelle 17:	Hinderungsgründe für Bewegungsaktivitäten.....	54
Tabelle 18:	Freizeitaktivitäten.....	69
Tabelle 19:	Info über Angebote für Generation 65+	75
Tabelle 20:	Rangfolge der genutzten Angebote	84
Tabelle 21:	Genutzte Angebote des Bezirks nach Alter, geordnet bzgl. „65 - 74 J.“	84
Tabelle 22:	Genutzte Angebote des Bezirks nach Bildung, geordnet bzgl. „mittel“	85
Tabelle 23:	Genutzte Angebote des Bezirks nach Nettoeinkommen, geordnet bzgl. „2.000 - 2.999 €“	86
Tabelle 24:	Genutzte Angebote des Bezirks nach Gesundheitszustand, geordnet bzgl. „gesund“	87
Tabelle 25:	Genutzte Angebote des Bezirks vs. Kontaktfähigkeit, geordnet bzgl. „nein“	87
Tabelle 26:	Beurteilung der Angebote der FZS im Hinblick auf Alter und Geschlecht.....	88
Tabelle 27:	Beurteilung der Angebote der FZS vs. Bezirksregion, geordnet nach der BZR Schloßstraße.....	88
Tabelle 28:	Anteil ausgeübter Ehrenämter.....	93
Tabelle 29:	Ehrenamt vs. Geschlecht und Migrationshintergrund	95
Tabelle 30:	Ehrenamt vs. Bildung geordnet bzgl. „mittel“	96
Tabelle 31:	Ehrenamt vs. Gesundheit	97
Tabelle 32:	Ehrenamt vs. Bezirksregion, geordnet bzgl. „Schloßstraße“ (vertikal) und Multiresponse (horizontal).....	97
Tabelle 33:	In den letzten 10 Jahren geänderte Ansichten / Gewohnheiten.....	98
Tabelle 34:	In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten / Gewohnheiten nach Bezirksregion, geordnet bzgl. Multiresponse	99
Tabelle 35:	In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten / Gewohnheiten nach Nettoeinkommen, geordnet bzgl. „2.000 - 2.999 €“	100

²⁸ Angaben in den Tabellen wurden z.T. gerundet

Tabelle 36: In den letzten zehn Jahren geänderte Ansichten und Gewohnheiten in Relation zum Gesundheitszustand, geordnet nach dem Kriterium „gesund“	101
Tabelle 37: Rollstuhl und Rollator Nutzung vs. Alter und Geschlecht	103
Tabelle 38: Internetnutzung vs. soziodemografische Merkmale	107
Tabelle 39: Internetnutzung nach Geschlecht und Alter.....	109
Tabelle 40: Internetnutzung vs. Migration und Nettoeinkommen, geordnet bzgl. Migration „nein“	110
Tabelle 41: Zweck der Internetnutzung nach Bezirksregion, geordnet nach Schloßstraße	111
Tabelle 42: Bekanntheit sozialer Netzwerk nach soziodemografischen Merkmalen	112
Tabelle 43: Programm Freizeitstätten im Internet finden nach soziodemografische Parameter	113
Tabelle 44: Blick in die Zukunft	121
Tabelle 45: Gefühl für die Zukunft nach soziodemografischen Merkmalen	121
Tabelle 46: Sorgen um die Zukunft, Rangfolge der Wichtigkeit.....	123
Tabelle 47: Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.....	125
Tabelle 48: Testament und Sterbeversicherung	127
Tabelle 49: Kontingenz bzgl. Testament und Sterbeversicherung	127



Impressum

Herausgeber:
Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin
14160 Berlin

Redaktion:
Abt. Bürgerdienste und Soziales
-Altenhilfekoordination-

Abteilung Jugend und Gesundheit
- Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung
und Koordination im öffentlichen Gesundheitsdienst (QPK) -

Gestaltung:
Alexander Radünz / aperçu Verlagsgesellschaft mbH
Gubener Straße 47, 10243 Berlin

Stand: Dezember 2023