



Herausgeber: Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin  
Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und  
Koordination im öffentlichen Gesundheitsdienst (QPK)

Autorinnen: Marion Mikula  
QPK 3  
Telefon: (030) 90299 1261  
E-Mail: Marion.Mikula@ba-sz.berlin.de

Dr. Susanne Bettge  
QPK 5  
Telefon: (030) 90299 5213  
E-Mail: Susanne.Bettge@ba-sz.berlin.de

Lauenburger Str. 81  
12169 Berlin

Redaktionsschluss: April 2023

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Webseite: [www.steglitz-zehlendorf.de/seniorengesundheit](http://www.steglitz-zehlendorf.de/seniorengesundheit)

# Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kooperationspartnerinnen und -partner,



Gesundheitsförderung und Prävention tragen wesentlich zu Lebensqualität und Teilhabechancen bei. Ganz gezielt möchten wir in unserem Bezirk auch die Gesundheit älterer Menschen fördern. Wir möchten sie dadurch in dem Ziel unterstützen, so lange wie möglich ein aktives und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Von Oktober bis Dezember 2020 führte das Sozialamt Steglitz-Zehlendorf eine Befragung älterer Menschen im Bezirk durch. Die Planungs- und Koordinierungsstelle im öffentlichen Gesundheitsdienst (QPK), die zu meiner Abteilung für Jugend und Gesundheit gehört, hatte hierfür Fragen zur gesundheitlichen Situation erarbeitet und deren Ergebnisse eigenständig ausgewertet.

Mit den gewonnenen Erkenntnissen aus der Befragung möchte die QPK die Rahmenbedingungen für gesundes Älterwerden im Bezirk verbessern. Dabei helfen Erkenntnisse darüber, wie gesund sich die Senior\*innen im Bezirk fühlen, wie sie sich im Hinblick auf ihre Gesundheit verhalten und wie sich eine beeinträchtigte Mobilität auf ihre Möglichkeiten auswirkt, sehr. Die Daten haben sich als wahrer Schatz herausgestellt! Sie haben einerseits die Sinnhaftigkeit von bereits eingeleiteten Projekten und Maßnahmen bestätigt und geben andererseits wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Angebote.

Allen Senior\*innen, die an der Befragung unseres Sozialamtes teilgenommen haben, möchte ich auch im Namen meiner Abteilung und der QPK herzlich danken. Sie haben sich die Zeit genommen, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen und uns auch Fragen beantwortet, die zum Teil sehr persönlich waren. Das wissen wir zu schätzen, denn ohne ihre Offenheit hätten wir keine derart differenzierte Arbeitsgrundlage erhalten. Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen! Teilen Sie uns gerne mit, welche Gedanken und Anregungen Sie zu den Berichten/Themen haben.

Herzlich, Ihre

Stadträtin für Jugend und Gesundheit



## Inhalt

1	Einführung .....	7
1.1	Methodik .....	7
1.2	Zusammensetzung und Repräsentativität der Stichprobe.....	9
2	Gesundheitliche Situation .....	17
2.1	Subjektiver Gesundheitszustand .....	17
2.2	Chronische Erkrankungen .....	21
2.3	Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit .....	26
2.4	Emotionales Wohlbefinden.....	32
2.5	Zusammenfassung.....	36
3	Gesundheitsrelevantes Verhalten .....	38
3.1	Gesundheit und Gesundheitsförderung.....	38
3.2	Konsum von gesundheitsschädigenden Substanzen.....	39
3.3	Bewegungsverhalten.....	43
3.4	Ernährungsverhalten .....	52
3.5	Body Mass Index.....	55
3.6	Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen .....	58
3.7	Zusammenfassung.....	62
4	Gesundheit und Mobilität .....	64
4.1	Mobilitätseinschränkungen.....	64
4.2	Erreichbarkeit von gesundheitsrelevanten Einrichtungen.....	66
4.3	Erreichbarkeit des öffentlichen Nahverkehrs.....	70
4.4	Bekanntheit von Mobilitätshilfeangeboten .....	72
4.5	Zusammenfassung.....	74
5	Handlungsempfehlungen .....	75
5.1	Gesundheitliche Situation .....	75
5.2	Gesundheitsrelevantes Verhalten .....	77
5.3	Gesundheit und Mobilität .....	79



# 1 Einführung

## 1.1 Methodik

### Durchführung der Befragung

Für die bezirkswerte Befragung wurden 20.000 Senior\*innen ab 65 Jahren zufällig aus dem Einwohnermelderegister ausgewählt. Diese bekamen im Oktober 2020 einen 16-seitigen Fragebogen mit insgesamt 84 Fragen mit der Post zugeschickt. Die Angeschriebenen wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Anonymisierung der Befragungsergebnisse aufgeklärt und gebeten, den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Rückumschlag zurückzusenden.

Bis einschließlich Dezember 2020 kamen 5.178 ausgefüllte Fragebögen zurück. In 33 Fällen hatten die Befragten ein Alter von unter 65 Jahren angegeben, in 89 Fällen fehlte die Angabe zum Alter der Befragten. Diese 122 Fragebögen wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Es verblieben 5.056 Fragebögen von Senior\*innen im Alter ab 65 Jahren zur Auswertung, was einer Rücklaufquote von 25,3 % entspricht. Für eine schriftliche Befragung einer zufällig ausgewählten Stichprobe ohne materielle Anreize für die Teilnahme und ohne Nachfassen ist diese Rücklaufquote als gut zu bezeichnen.<sup>1</sup>

### Datenaufbereitung und Datenauswertung

Das Einlesen und Kodieren der Daten erfolgte durch einen externen Dienstleister. Die Plausibilitätsprüfung, Datensatzaufbereitung und Auswertung der gesundheitsbezogenen Fragen wurde durchgeführt mit dem Statistikprogramm Stata 17. In Einzelfällen vorliegende Werte außerhalb des gültigen Wertebereichs wurden auf fehlend gesetzt, um zu gewährleisten, dass ausschließlich interpretierbare Antworten in die Auswertung eingehen. Wenn eine Filterfrage mit „nein“ oder gar nicht beantwortet wurde, nachfolgend aber konkrete Angaben gemacht wurden, wurde die Antwort für die Filterfrage auf „ja“ gesetzt.

Anhand der soziodemografischen Angaben der Befragten wurden Gruppen für vertiefte Auswertungen gebildet.

- Geschlecht: Neben den Antwortkategorien „männlich“ und „weiblich“ haben weniger als drei Personen als Geschlecht „divers“ angegeben. Sie wurden der Gruppe mit fehlenden Angaben zum Geschlecht zugeordnet, um bei Auswertungen

---

<sup>1</sup> Porst R: Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim 2001, S. 2. <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/files/view/eaynW2GQYJGBmvZdgOD8qV1L/how-to9rp.pdf>

## EINFÜHRUNG

nach Geschlecht die statistische Geheimhaltung (keine Offenlegung der Antworten von weniger als drei Befragten) zu wahren.

- Alter: Die Befragten wurden zu den drei Altersgruppen 65 bis 74 Jahren, von 75 bis 84 Jahren und ab 85 Jahren zusammengefasst.
- Migrationshintergrund: Aufgrund kleiner Fallzahlen wurden die abgefragten drei Einwanderungsgenerationen zur Gruppe mit Migrationshintergrund zusammengefasst und der Gruppe ohne Migrationshintergrund gegenübergestellt.
- Bildung: Die Befragten wurden anhand ihrer Angaben zu Schul- und Berufsabschlüssen in drei Gruppen eingeteilt. Bei Mehrfachangaben war der höchste Abschluss ausschlaggebend. Der Gruppe mit niedriger Bildung wurden Befragte mit Hauptschulabschluss und/oder Berufsausbildung zugeordnet, der Gruppe mit mittlerer Bildung Befragte mit mittlerer Reife und/oder jeder Form von Diplom, der Gruppe mit hoher Bildung Befragte mit Abitur und/oder Hochschulabschluss.
- Einkommen: Die Angaben zum persönlichen Nettoeinkommen wurden gruppiert in < 1.000 Euro, 1.000 bis 1.999 Euro, 2.000 bis 2.999 Euro, 3.000 bis 3.999 Euro, ab 4.000 Euro.

Für alle ausgewerteten gesundheitlichen Merkmale wurden Unterschiede zwischen den hier benannten Gruppen Befragter mittels Chi<sup>2</sup>-Test auf statistische Signifikanz geprüft. Wegen der meist großen Fallzahlen in den einzelnen Subgruppen werden teils auch kleine Unterschiede statistisch signifikant. In der Ergebnisdarstellung sind nur Unterschiede benannt und interpretiert, die sowohl statistisch signifikant sind als auch für bedeutsam gehalten werden.

### Sozialräumliche Betrachtung

Eine Auswertung der Befragung ausschließlich auf Bezirksebene wäre zu grob, um Zielgruppen und ihre Bedürfnisse und Ressourcen differenziert betrachten zu können. Deshalb wurde zusätzlich erfasst, in welcher der acht Bezirksregionen<sup>2</sup> die befragten Personen wohnen. Auf dieser sozialräumlichen Ebene wurden noch hinreichend große Fallzahlen Befragter erreicht, die auch die Betrachtung von Untergruppen erlauben. Die Nummer der Bezirksregion wurde vor dem Versand auf die Fragebögen aufgedruckt.

---

<sup>2</sup> Für Planungszwecke sind die Berliner Bezirke in sogenannte *lebensweltlich orientierte Räume* (LOR) gegliedert. Auf der kleinräumigsten Ebene werden in Steglitz-Zehlendorf 44 Planungsräume unterschieden, die sich zu 8 Bezirksregionen und 4 Prognoseräumen zusammenfassen lassen.

## 1.2 Zusammensetzung und Repräsentativität der Stichprobe

Insgesamt beantworteten 6,3 % der Menschen ab 65 Jahren im Bezirk den Fragebogen. Die Verteilung der soziodemografischen Merkmale in der Stichprobe der Befragten ist in Tabelle 1 der Bevölkerungszusammensetzung in der Altersgruppe ab 65 Jahren gegenübergestellt, damit eingeschätzt werden kann, inwieweit die Stichprobe der Befragten repräsentativ für die ältere Bezirksbevölkerung ist.

**Tabelle 1: Vergleich der Befragten mit der Bevölkerung ab 65 Jahren in Steglitz-Zehlendorf**

Bevölkerung gemäß Einwohnerregister am 31.12.2020, Personen ab 65 Jahren

	Anzahl Befragte 65+	Anteil der Befragten 65+	Bevölkerungs- zahl 65+	Bevölkerungs- anteil 65+
<b>Gesamt ab 65 Jahre</b>	5.056	100,0%	79.874	100,0%
<b>Alter</b>				
65-74 Jahre	2.398	47,4%	35.367	44,3%
75-84 Jahre	2.170	42,9%	33.690	42,2%
85+ Jahre	488	9,7%	10.817	13,5%
<b>Geschlecht</b>				
männlich	2.230	44,1%	33.861	42,4%
weiblich	2.786	55,1%	46.013	57,6%
divers/keine Angabe	40	0,8%	/	/
<b>Migrationshintergrund</b>				
nein	4.757	94,1%	69.419	86,9%
ja	230	4,5%	10.455	13,1%
keine Angabe	69	1,4%	/	/
<b>Bezirksregion</b>				
01 Schloßstraße	322	6,4%	5.035	6,3%
02 Albrechtstraße	653	12,9%	11.621	14,5%
03 Lankwitz	567	11,2%	11.169	14,0%
04 Ostpreußendamm	691	13,7%	10.167	12,7%
05 Teltower Damm	625	12,4%	9.803	12,3%
06 Drakestraße	854	16,9%	12.007	15,0%
07 Zehlendorf Südwest	535	10,6%	7.591	9,5%
08 Zehlendorf Nord	809	16,0%	12.481	15,6%
<b>Bildung*</b>				
niedrig	940	18,6%	/	/
mittel	1.826	36,1%	/	/
hoch	2.249	44,5%	/	/
keine Angabe	41	0,8%	/	/
<b>Einkommen**</b>				
< 900 Euro	337	6,7%	44.600	15,4%
900 - < 1.500 Euro	686	13,6%	59.700	20,6%
1.500 Euro und mehr	2.734	54,1%	129.700	44,8%
keine Angabe	1.299	25,7%	55.200	19,1%

\* Vergleichbare Zahlen auf Bezirksebene liegen nicht vor.

\*\* Angaben für Gesamtbevölkerung von Steglitz-Zehlendorf 2018 (Mikrozensus, n=289.200)

Annähernd die Hälfte der Befragten gehört der jüngsten der einbezogenen **Altersgruppen** von 65-74 Jahren an, rund 43 % der mittleren Altersgruppe von 75-84 Jahren und knapp 10 % der ältesten Gruppe ab 85 Jahren. Damit ist die älteste Altersgruppe ab 85 Jahren im Vergleich zur Bezirksbevölkerung etwas unterrepräsentiert.

Mehr als die Hälfte der Befragten ist weiblich, was auch dem höheren **Frauenanteil** in der älteren Bezirksbevölkerung entspricht. Der **Männeranteil** ist unter den Befragten etwas höher als in der Bezirksbevölkerung ab 65 Jahren. Nur eine kleine Minderheit hat keine Angabe zum **Geschlecht** gemacht oder sich als divers eingestuft.

Deutlich unterrepräsentiert sind Befragte mit **Migrationshintergrund**, die weniger als 5 % der Befragten ausmachen, wohingegen 13 % aller Senior\*innen ab 65 Jahren im Bezirk einen Migrationshintergrund haben.

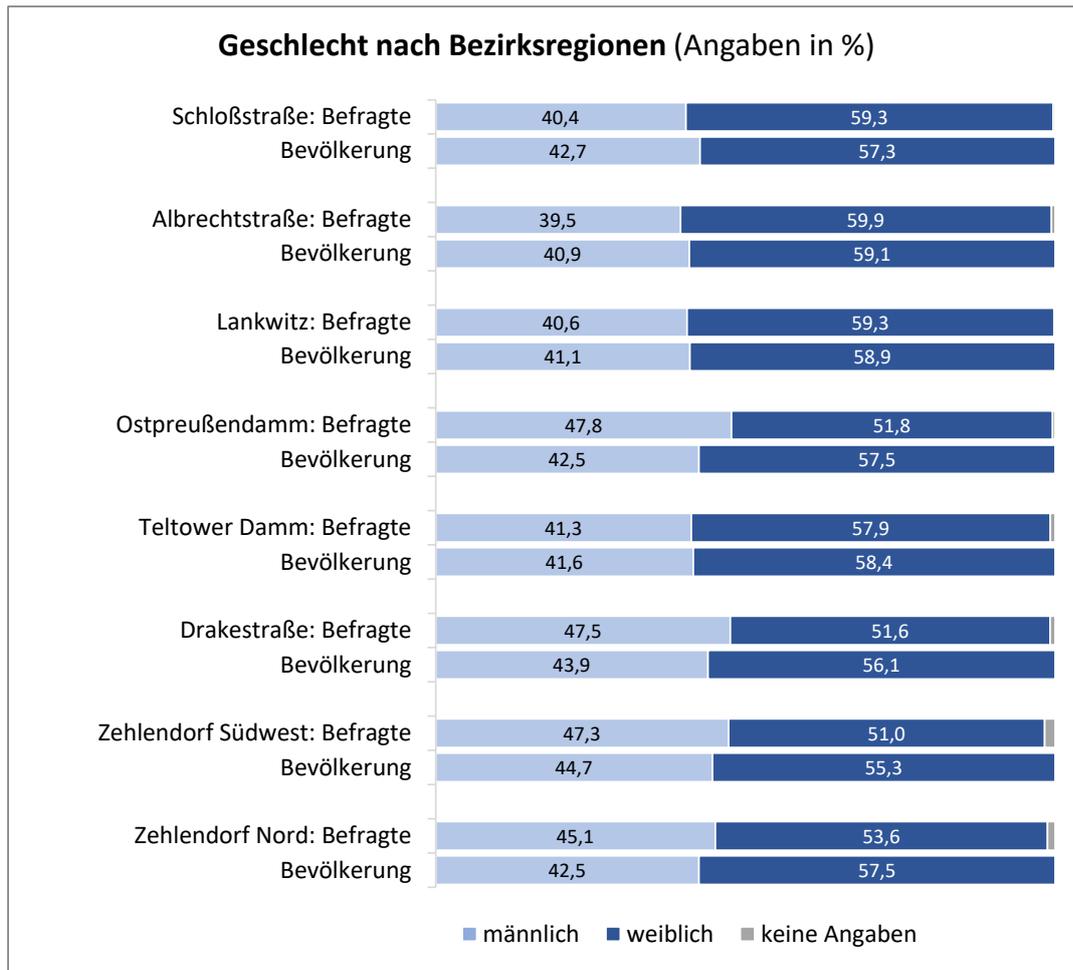
Die Angabe, in welcher **Bezirksregion** die Befragten wohnen, liegt vollständig vor, da die Fragebögen anhand der Postadresse bereits mit einer Kennzahl für die Bezirksregion versehen wurden. Der Anteil der Befragten in den acht Bezirksregionen entspricht recht gut der Bevölkerungsverteilung. So sind die Bezirksregionen Drakestraße und Zehlendorf Nord mit 17 % bzw. 16 % der Befragten entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil am stärksten in der Befragungsstichprobe vertreten und die Bezirksregion Schloßstraße am geringsten. Im Vergleich zur Bezirksbevölkerung ab 65 Jahren sind Befragte aus den Bezirksregionen Drakestraße und Zehlendorf Südwest etwas überrepräsentiert und aus den Bezirksregionen Lankwitz und Albrechtstraße etwas unterrepräsentiert.

Der Anteil der Befragten mit niedrigen Schul- und Berufsabschlüssen ist mit 19 % deutlich kleiner als die Anteile mit mittlerem oder hohem Bildungsabschluss. Vergleichbare Daten zur **Bildung** der älteren Bevölkerung auf Bezirksebene liegen nicht vor, so dass die Repräsentativität diesbezüglich nicht beurteilt werden kann.

Für die **Einkommensverteilung** liegen nur Mikrozensus-Vergleichsdaten für die Bezirksbevölkerung insgesamt vor. Zum persönlich verfügbaren Netto-Einkommen hat etwas mehr als ein Viertel der Befragten keine auswertbaren Angaben gemacht, aber auch im Mikrozensus fehlen die Angaben von 19 % der Auskunftspflichtigen. Anhand der Gegenüberstellung in Tabelle 1 zeichnet sich eine überproportionale Beteiligung älterer Menschen mit höherem Einkommen an der Befragung ab.

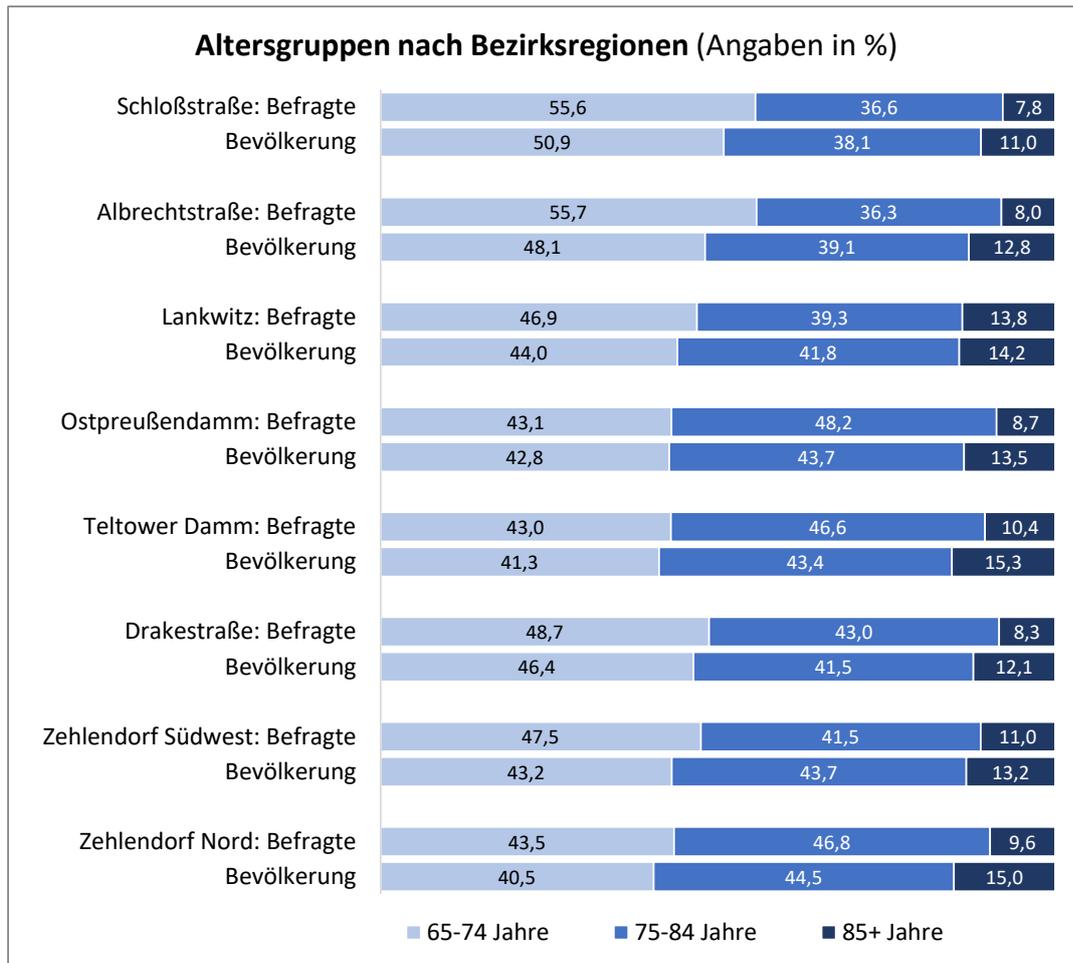
### **Repräsentativität der Stichprobe in den Bezirksregionen**

Ergänzend wurde geprüft, inwieweit die Befragungsstichprobe bezüglich jedes einzelnen soziodemografischen Merkmals für die Bevölkerung ab 65 Jahren in den acht Bezirksregionen repräsentativ ist. Nur dann können Schlussfolgerungen und Handlungsbedarfe mit Bezug zu den verschiedenen Sozialräumen des Bezirks korrekt abgeleitet werden.



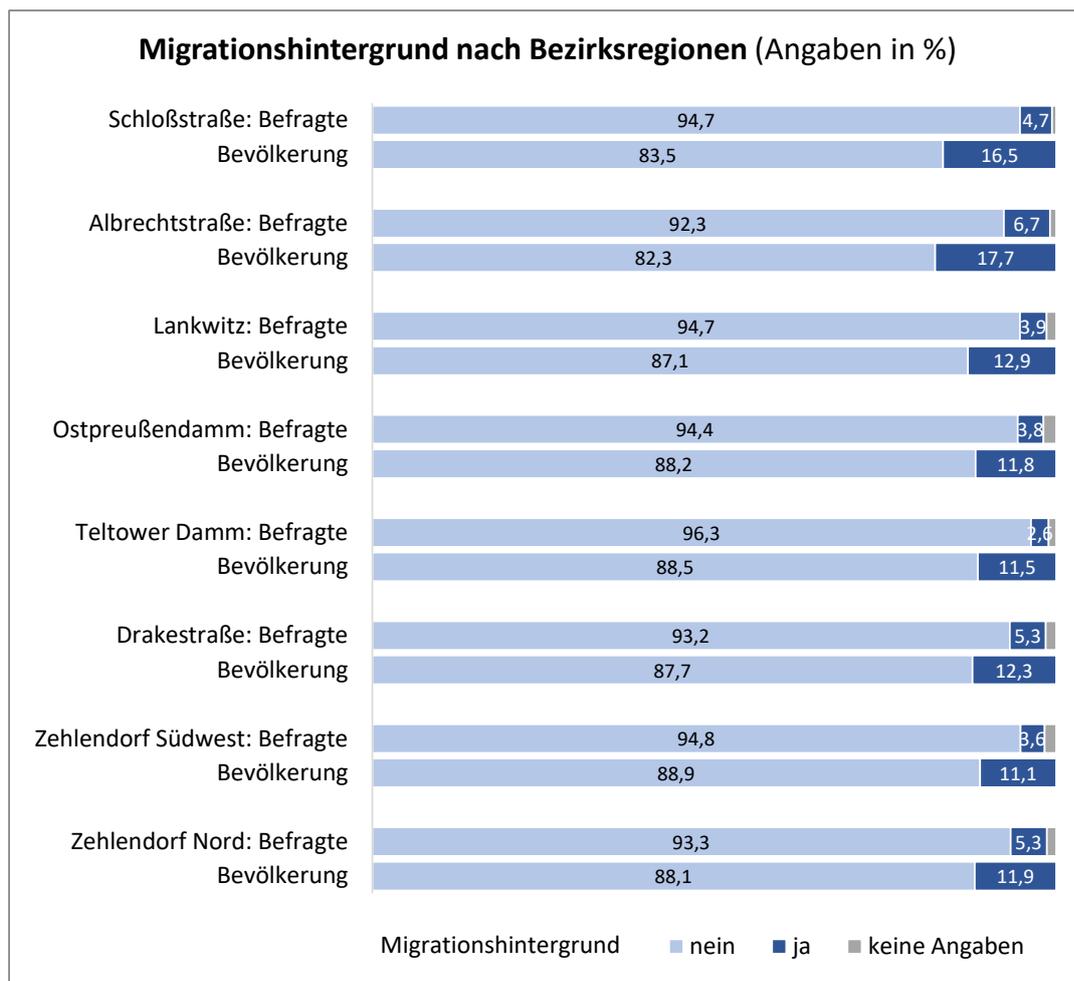
**Abbildung 1: Geschlechtsverteilung der Befragten und der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren in den Bezirksregionen**

In der Bevölkerung ab 65 Jahren liegt der Frauenanteil in allen Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf über 55 %. In der Befragungsstichprobe sind in der Bezirksregion Ostpreußendamm Männer stärker vertreten als es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht, tendenziell auch in den Bezirksregionen Drakestraße und Zehlendorf Südwest. Jedoch ist das Geschlechterverhältnis der Befragten in allen acht Bezirksregionen der Bevölkerungsverteilung hinreichend ähnlich.



**Abbildung 2: Altersverteilung der Befragten und der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren in den Bezirksregionen**

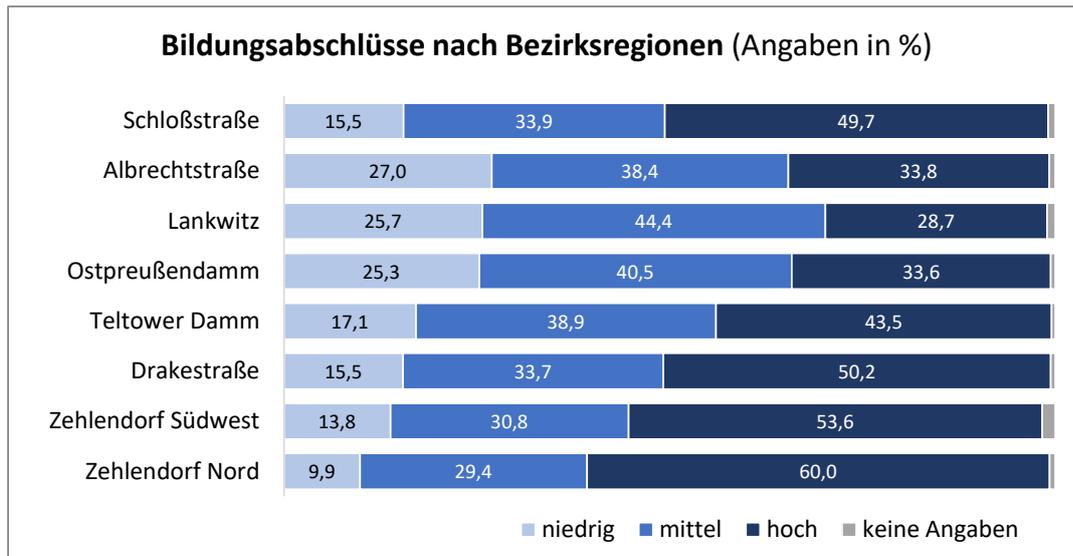
Verglichen mit der Bezirksbevölkerung im Alter ab 65 Jahren sind die Hochaltrigen ab 85 Jahren in allen Bezirksregionen in der Befragungsstichprobe weniger stark vertreten, wobei der Unterschied in der Bezirksregion Lankwitz am geringsten ist. In der Bezirksregion Albrechtstraße ist die jüngere Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren etwas überrepräsentiert. Die Verhältnisse der drei Altersgruppen in der Bevölkerung der Bezirksregionen sind jedoch in der Befragungsstichprobe insgesamt bemerkenswert gut abgebildet.



**Abbildung 3: Anteile der Befragten und der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund in den Bezirksregionen**

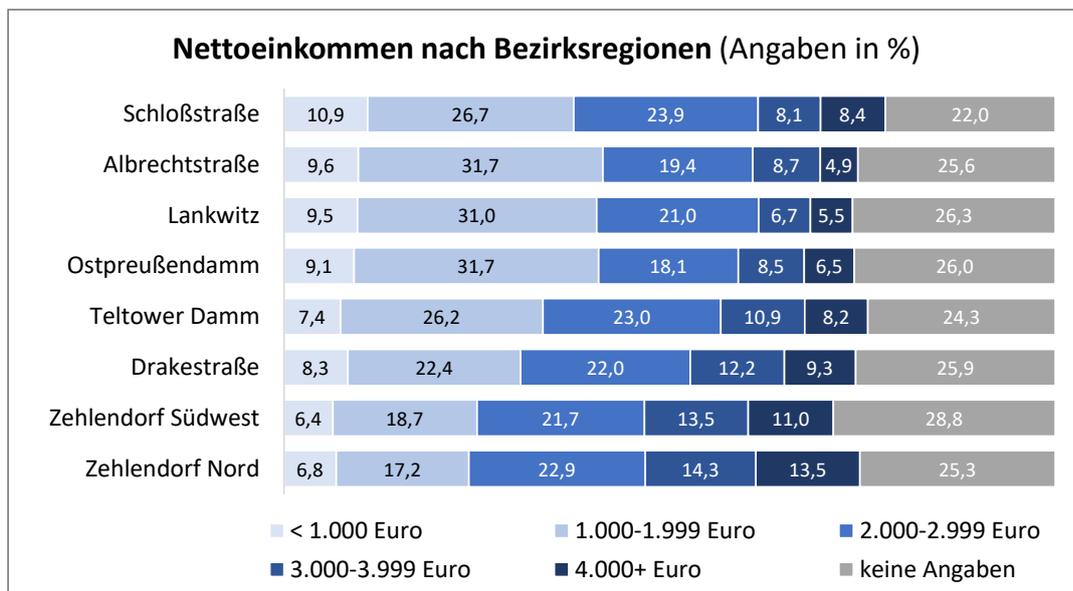
Der Anteil der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund liegt zwischen 11,1 % in der Bezirksregion Zehlendorf Südwest und 17,7 % in der Bezirksregion Albrechtstraße. Demgegenüber sind Menschen mit Migrationshintergrund in der Befragungsstichprobe in allen Bezirksregionen deutlich unterrepräsentiert, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.

Für die Bildungsabschlüsse und die Einkommenssituation auf Ebene der Bezirksregionen liegen keine Vergleichsdaten vor, sodass die Repräsentativität bezogen auf diese beiden Merkmale nicht beurteilt werden kann. Die Verteilung wird trotzdem betrachtet, um die Unterschiede bei der Beurteilung der Ergebnisse und der Ableitung von Handlungsempfehlungen berücksichtigen zu können.



**Abbildung 4: Verteilung der Bildungsabschlüsse der Befragten in den Bezirksregionen**

Sowohl in den Bildungsabschlüssen (Abbildung 4) als auch bezüglich des berichteten Nettoeinkommens (Abbildung 5) unterscheidet sich die Befragtenstichprobe in den einzelnen Bezirksregionen recht deutlich. Am günstigsten sind die Bildungs- und Einkommensverhältnisse in den Bezirksregionen Zehlendorf Südwest und Zehlendorf Nord, gefolgt von den Bezirksregionen Drakestraße, Schloßstraße und Teltower Damm. Eine vergleichsweise ungünstige Bildungs- und Einkommenssituation weisen die Befragten in den Bezirksregionen Ostpreußendamm, Albrechtstraße und Lankwitz auf.



**Abbildung 5: Einkommensverteilung der Befragten in den Bezirksregionen**

Die Rangfolge der Bezirksregionen hinsichtlich der Bildungsabschlüsse und Einkommensverteilung stimmt recht gut mit den Daten des Monitorings Soziale

Stadtentwicklung von 2021<sup>3</sup> überein. Sowohl bezüglich der Arbeitslosenquote (bezogen auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter) als auch des Transferbezugs (bezogen auf die Gesamt-Bevölkerung) ergibt sich eine fast gleiche Rangfolge der Bezirksregionen wie hinsichtlich der Bildungsabschlüsse und Einkommensgruppen in den Befragungsdaten Älterer. Auch mit den Daten des Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022<sup>4</sup> ergibt sich eine hohe Übereinstimmung, insbesondere zum Subindex II zur sozialen Lage der Bevölkerung.

### Zusammenfassung

Die Gruppe der Befragten kann hinsichtlich der Merkmale Geschlecht und Bezirksregion als repräsentativ betrachtet werden. Die interessierenden Alters- und Einkommensgruppen sind zumindest hinreichend stark vertreten, um differenzierte Auswertungen zu ermöglichen. Bei der Interpretation der Daten und der Ableitung von Handlungsempfehlungen sollte die unterproportionale Beteiligung Hochaltriger und von Menschen mit geringem Einkommen berücksichtigt werden.

Für Senior\*innen mit Migrationshintergrund konnte leider keine Repräsentativität erzielt werden. Die hier wiedergegebenen Aussagen beziehen sich also auf die 230 Befragten mit Migrationshintergrund, die den Fragebogen ausgefüllt hatten. Diese Aussagen möchten wir nicht ignorieren, denn diese Personen haben sich die Mühe gemacht, uns Antworten auf viele Fragen zu geben. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Angaben einer so kleinen Gruppe Befragter nicht auf alle älteren Menschen mit Migrationshintergrund im Bezirk verallgemeinert werden können.

---

<sup>3</sup> [https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten\\_stadtentwicklung/monitoring/de/2021/tabellen.shtml](https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/monitoring/de/2021/tabellen.shtml)

<sup>4</sup> Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin (Hrsg.): Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022, S. 102  
<https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/gesundheits-und-sozialstruktur/>

## 2 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.<sup>5</sup> Tendenziell verringert sich mit zunehmendem Alter die körperliche Belastbarkeit.<sup>6</sup> Erholungs- und Erneuerungsprozesse verlangsamen sich und gesundheitliche Einschränkungen, die beispielsweise durch Krankheiten, Verletzungen oder dauerhafte Belastungen erworben wurden, nehmen zu.<sup>7</sup>

Körperliche Beschwerden, aber auch Verlusterfahrungen und soziale Isolation können sich nachteilig auf die psychische Gesundheit auswirken.<sup>8</sup> 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.<sup>9,10,11</sup>

### 2.1 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

---

<sup>5</sup> Dehi Aroogh M & Mohammadi Shahboulaghi F: Social participation of older adults: a concept analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2020, 8(1):55–72, S. 68

<sup>6</sup> Kluttig A, Zschocke J, Haerting J et al.: Messung der körperlichen Fitness in der NAKO Gesundheitsstudie – Methoden, Qualitätssicherung und erste deskriptive Ergebnisse. *Bundesgesundheitsblatt* 2020, 63:312–321, S. 317

<sup>7</sup> Rott C & Jopp DS: Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. *Bundesgesundheitsblatt* 2012, 55:474–480, S. 475

<sup>8</sup> Glover TD, Todd J & Moyer L: Neighborhood Walking and Social Connectedness. *Frontiers in Sports and Active Living* 2022. doi: 10.3389/fspor.2022.825224, S. 2f

<sup>9</sup> Rott C & Jopp DS: Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. *Bundesgesundheitsblatt* 2012, 55:474–480, S. 477ff

<sup>10</sup> Welzel FD, Schladitz K, Förster F, Löbner M & Riedel-Heller SG: Gesundheitliche Folgen sozialer Isolation: Qualitative Studie zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen älterer Menschen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt* 2021, 64:334–341, S. 337f

<sup>11</sup> Simonson J & Tesch-Römer C: Ältere Menschen in Deutschland – Verletzlichkeit, Resilienz und Teilhabe. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen 2022, S. 6f

## GESUNDHEITLICHE SITUATION

Untersuchung zu erfassen.<sup>12</sup> Ähnliche Fragen sind Bestandteil von Fragebögen zur Lebensqualität und weisen gute Zusammenhänge mit körperlicher Funktionsfähigkeit, psychischer Gesundheit und sozialer Rollenfunktion auf.<sup>13</sup>

Insgesamt berichtet die überwiegende Mehrheit der Senior\*innen im Bezirk Erfreuliches über ihren Gesundheitszustand. Tabelle 1 gibt Auskunft über die Verteilung der Angaben.

**Tabelle 2: Antwortverteilung auf die Frage zum 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
<b>insgesamt</b>	<b>5.056</b>	<b>100,0</b>

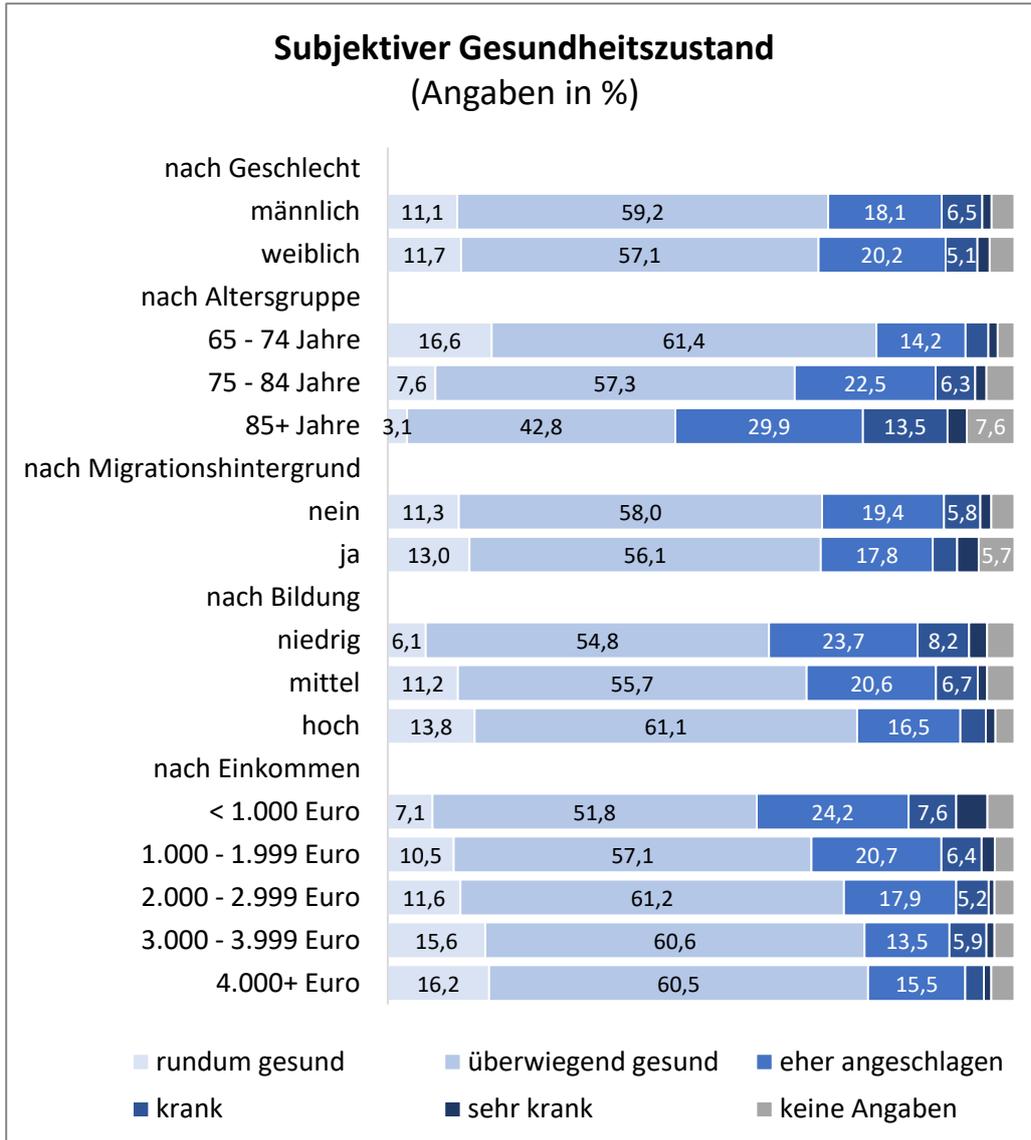
Demnach fühlen sich nahezu 70 % aller Befragten rundum oder überwiegend gesund. Knapp 20 % fühlen sich eher angeschlagen und knapp 8 % krank oder sehr krank.

### Subjektiver Gesundheitszustand nach soziodemografischen Merkmalen

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

<sup>12</sup> DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J & Muntner P: Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med 2005, 20:267-275, S. 269

<sup>13</sup> Kaplan RM & Hays RD: Health-related quality of life measurement in public health. Annual Review of Public Health 2022, 43:355-373, S. 358f



**Abbildung 6: Subjektiver Gesundheitszustand nach soziodemografischen Merkmalen**

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

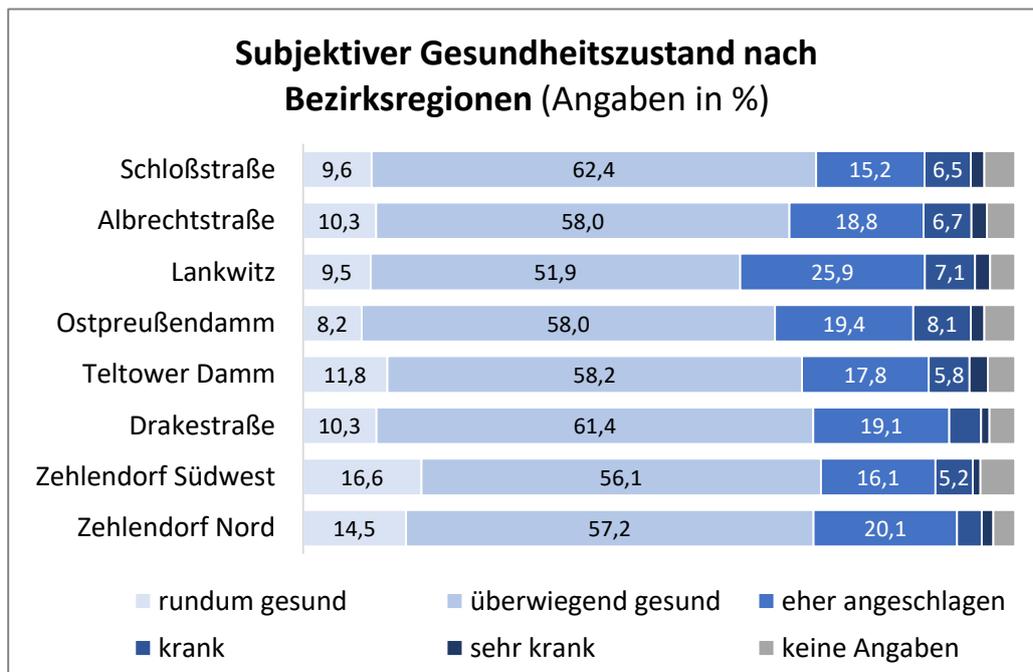
## GESUNDHEITLICHE SITUATION

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.

### Subjektiver Gesundheitszustand nach Bezirksregionen

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



**Abbildung 7: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bezirksregionen**

In der Grafik wird erkennbar, dass die Bezirksregionen 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 Bezirksregion Schloßstraße nur 15 % der Befragten für sich treffen.

## 2.2 Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen nehmen im Alter zu.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> Die Multimorbidität stellt eine besondere Beeinträchtigung der Gesundheit dar, da sich hier die einzelnen Krankheiten wechselseitig beeinflussen.<sup>16</sup> Auch das Medikamentenregime ist besonders komplex.<sup>17</sup> Daher wurde bei der Auswertung ein Schwerpunkt auf die Anzahl chronischer Erkrankungen und die Befragten mit Multimorbidität gelegt.

### Art der chronischen Erkrankungen

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. Zusätzlich gab es die Möglichkeit, „andere“ anzukreuzen. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. In der Abbildung 8 werden die erfragten chronischen Erkrankungen und ihre Verteilung bei Frauen und Männern dargestellt.

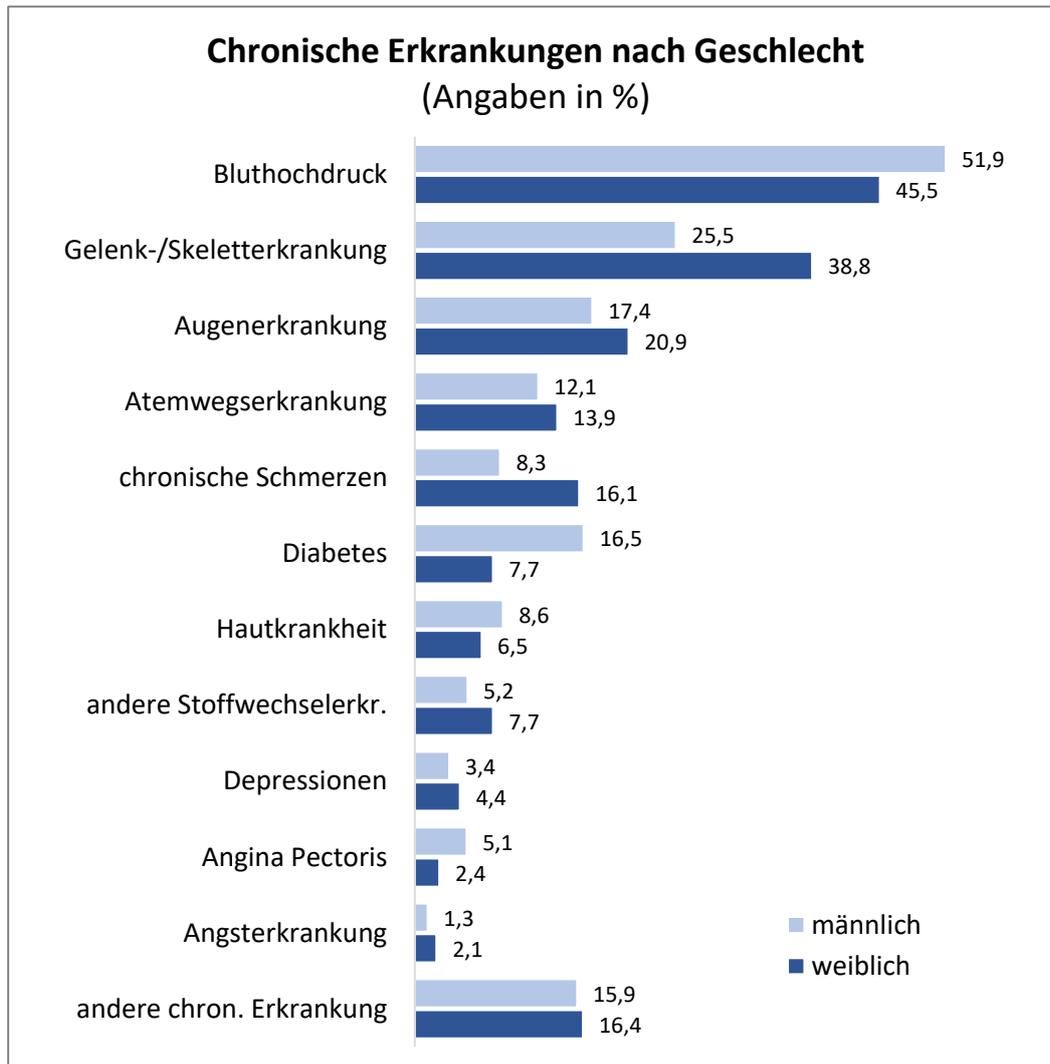
---

<sup>14</sup> Seger W & Gaertner T: Multimorbidität – Eine besondere Herausforderung. Deutsches Ärzteblatt 2020, 117(44):A2092-A2096, S. A2094 ff

<sup>15</sup> DEGAM (Hrsg.): S3-Leitlinie Multimorbidität. DEGAM-Leitlinie Nr. 20. AWMF-Register-Nr. 053-047. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017, S. 9

<sup>16</sup> Seger W & Gaertner T: Multimorbidität – Eine besondere Herausforderung. Deutsches Ärzteblatt 2020, 117(44):A2092-A2096, S. A2092 f

<sup>17</sup> DEGAM (Hrsg.): S3-Leitlinie Multimorbidität. DEGAM-Leitlinie Nr. 20. AWMF-Register-Nr. 053-047. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. 2017, S. 19

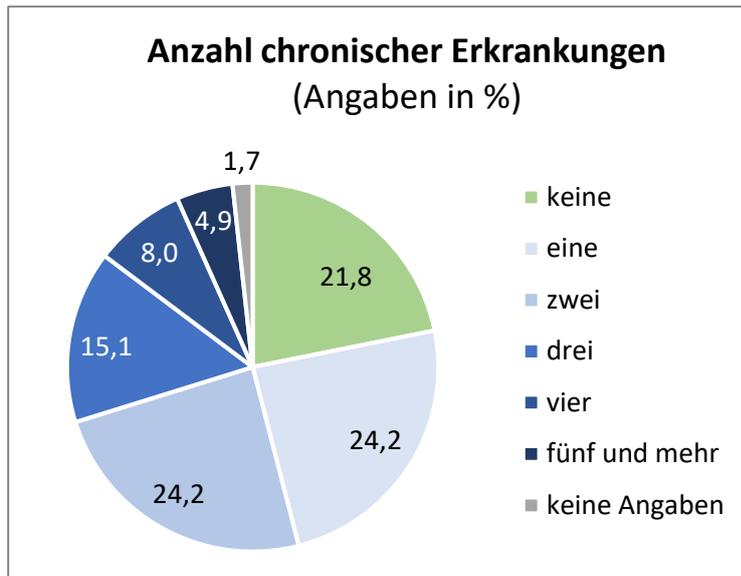


**Abbildung 8: Chronische Erkrankungen der befragten Männer und Frauen**

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.

### Anzahl chronischer Erkrankungen

Von den abgefragten Kategorien chronischer Erkrankungen (einschließlich „andere“) wurden bis zu zehn verschiedene angekreuzt. Abbildung 9 zeigt, wie sich die Anzahl chronischer Erkrankungen bei den Befragten verteilt.

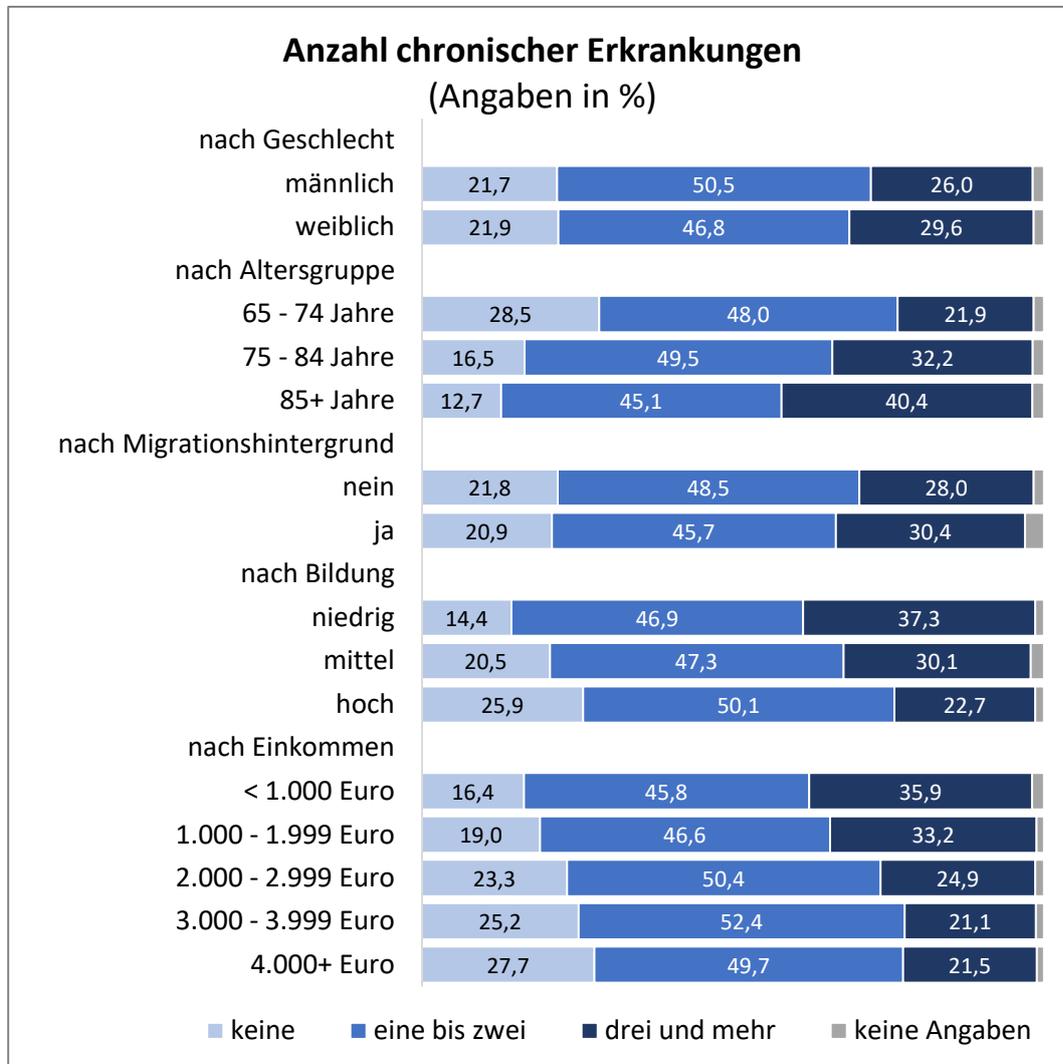


**Abbildung 9: Anzahl chronischer Erkrankungen**

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.

### Anzahl chronischer Erkrankungen nach soziodemografischen Merkmalen

In Abbildung 10 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.



**Abbildung 10: Anzahl chronischer Erkrankungen nach soziodemografischen Merkmalen**

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

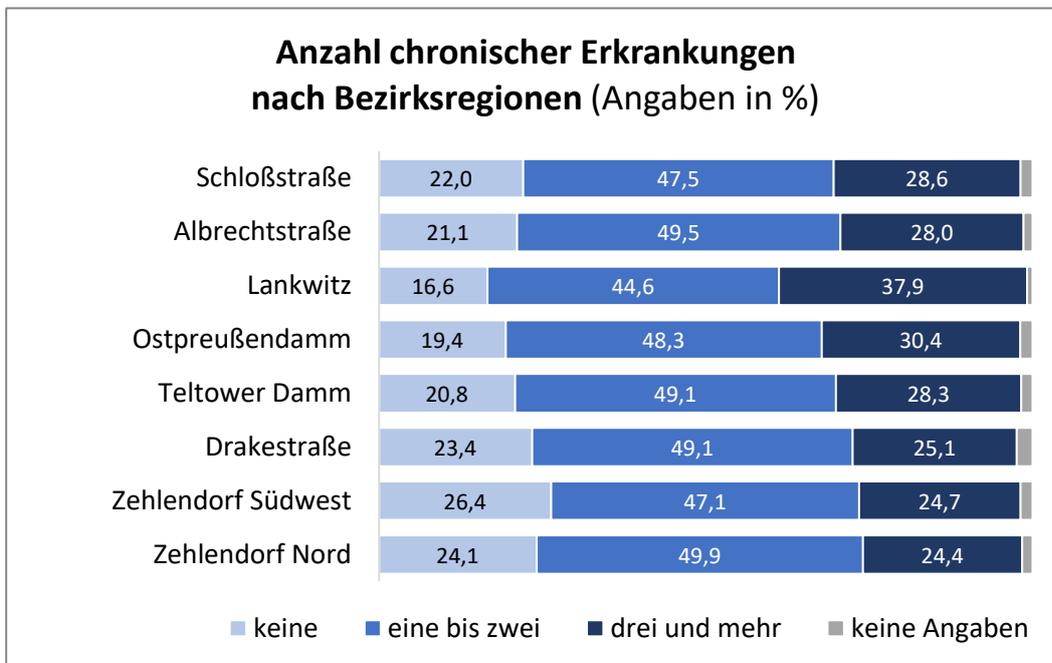
Erwartungsgemäß steigt mit zunehmendem **Alter** der Anteil der Befragten, die angeben, unter chronischen Erkrankungen zu leiden. Im gleichen Ausmaß, in dem der Anteil der Befragten ohne chronische Erkrankung mit dem Alter sinkt, steigt der Anteil der Befragten mit drei und mehr Erkrankungen von 22 % 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.

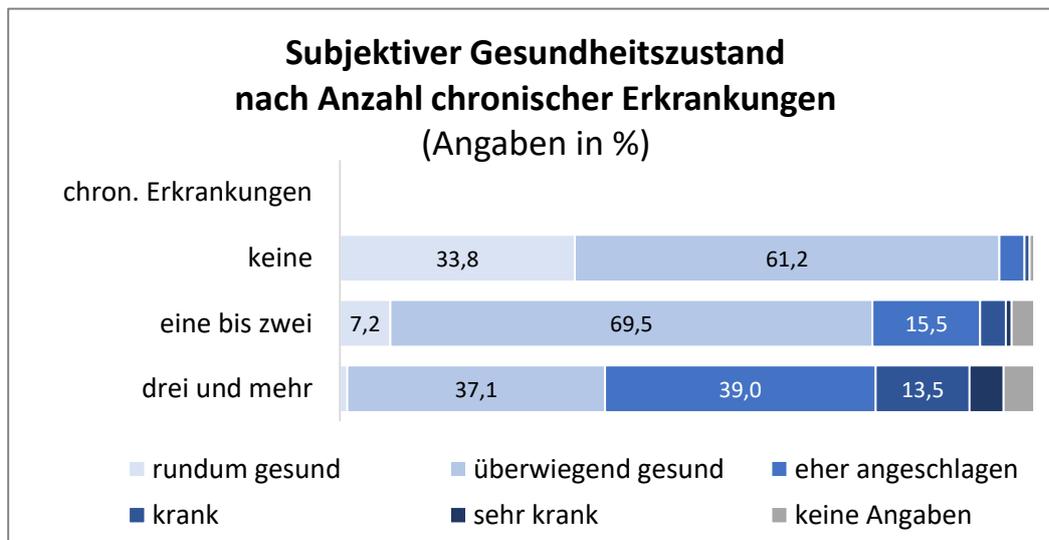
### Anzahl chronischer Erkrankungen nach Bezirksregionen



**Abbildung 11: Anzahl chronischer Erkrankungen nach Bezirksregionen**

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

## Anzahl chronischer Erkrankungen und subjektive Gesundheit



**Abbildung 12: Subjektiver Gesundheitszustand nach Anzahl chronischer Erkrankungen**

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.

### 2.3 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 2 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.

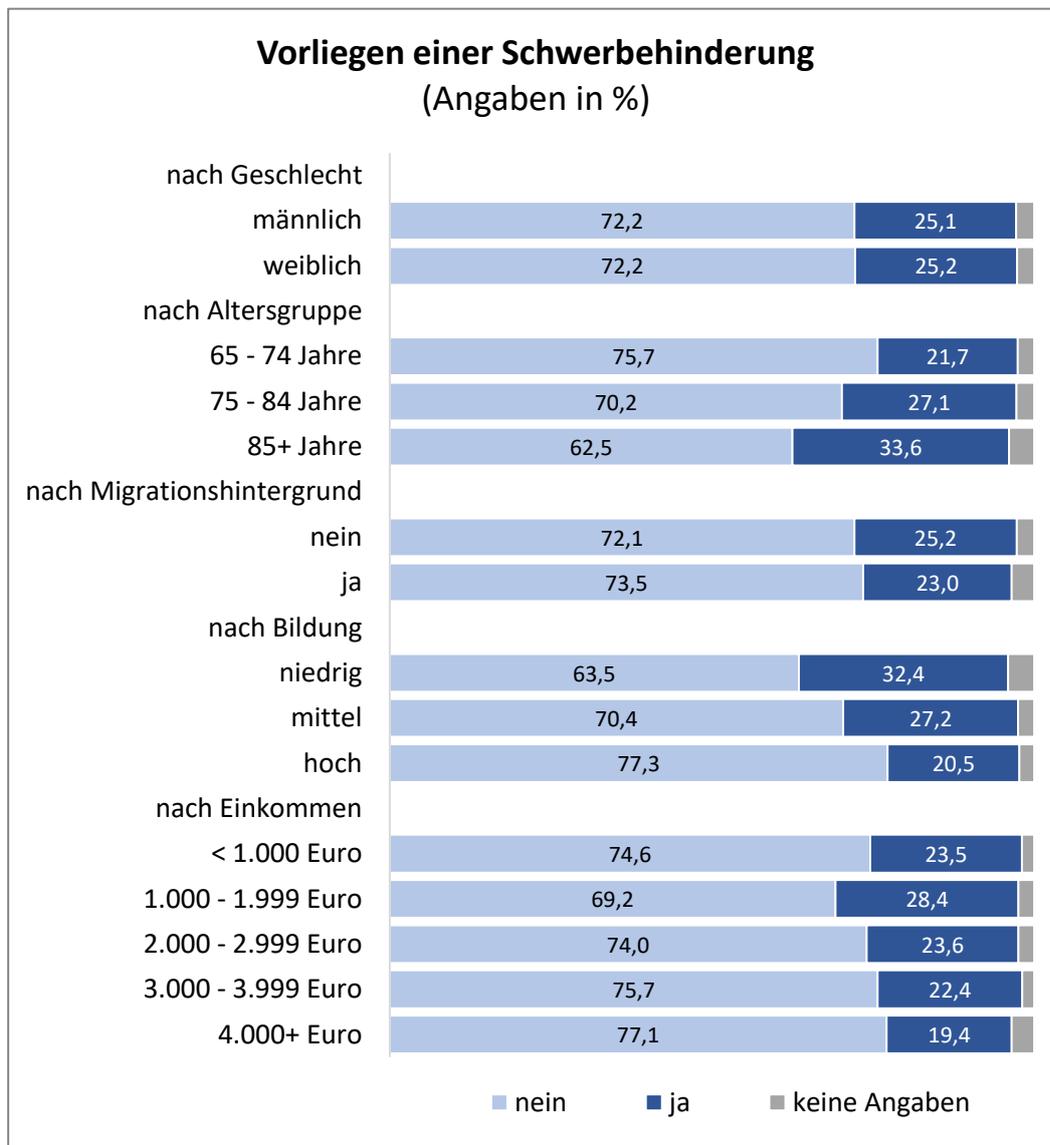
**Table 3: Answer distribution on the questions on recognized severe disability and recognized care degree**

	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
<b>insgesamt</b>	<b>5.056</b>	<b>100,0</b>	<b>5.056</b>	<b>100,0</b>

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.

**Anerkannte Schwerbehinderung nach soziodemografischen Merkmalen**



**Abbildung 13: Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung nach soziodemografischen Merkmalen**

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.

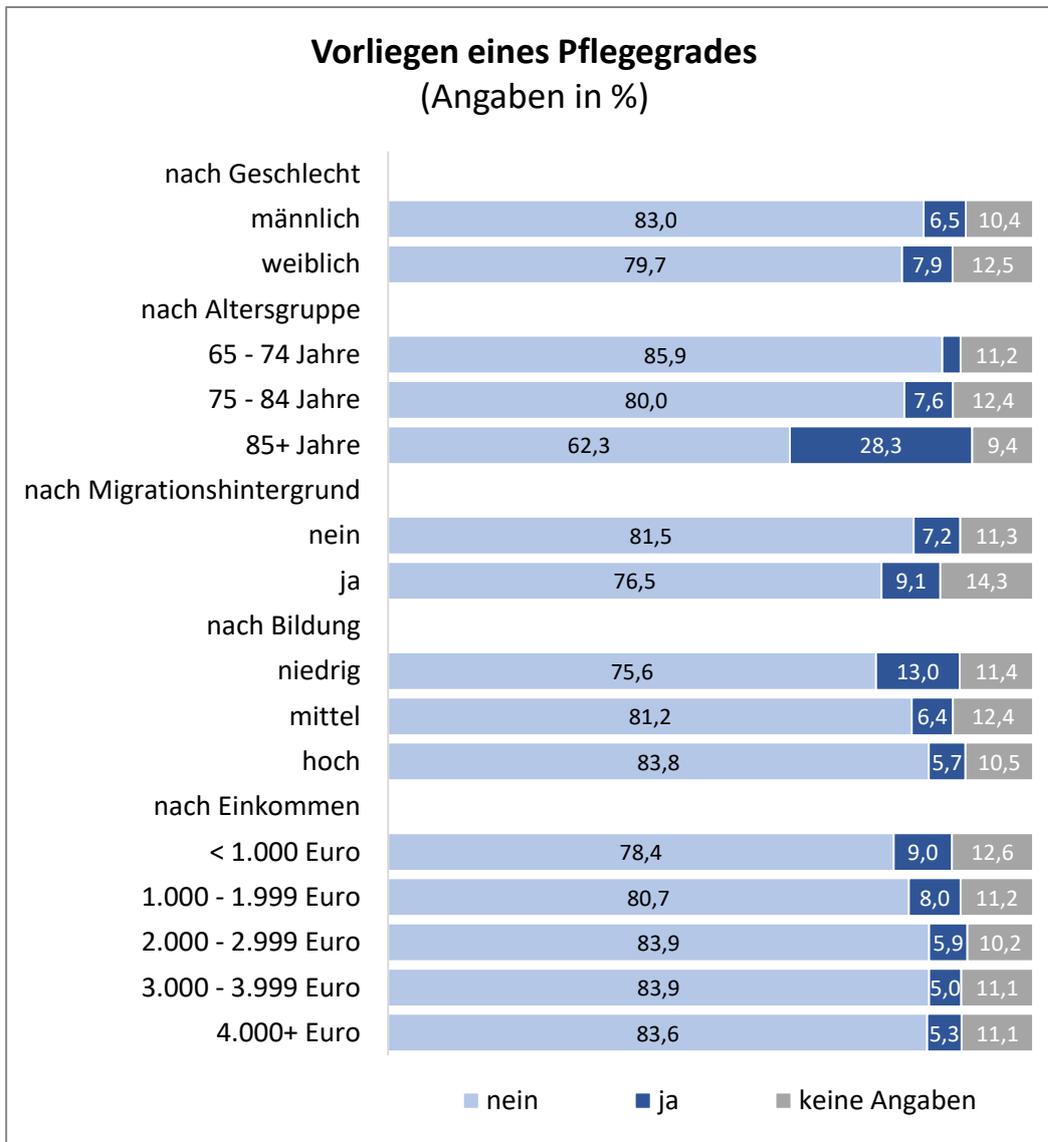
Mit zunehmendem **Alter** steigt der Anteil der Befragten mit Schwerbehinderung von gut einem Fünftel in der jüngsten Altersgruppe auf ein Drittel der Befragten ab 85 Jahre.

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.

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.

**Vorliegen eines Pflegegrades nach soziodemografischen Merkmalen**



**Abbildung 14: Vorliegen einer anerkannten Pflegegrades nach soziodemografischen Merkmalen**

## GESUNDHEITLICHE SITUATION

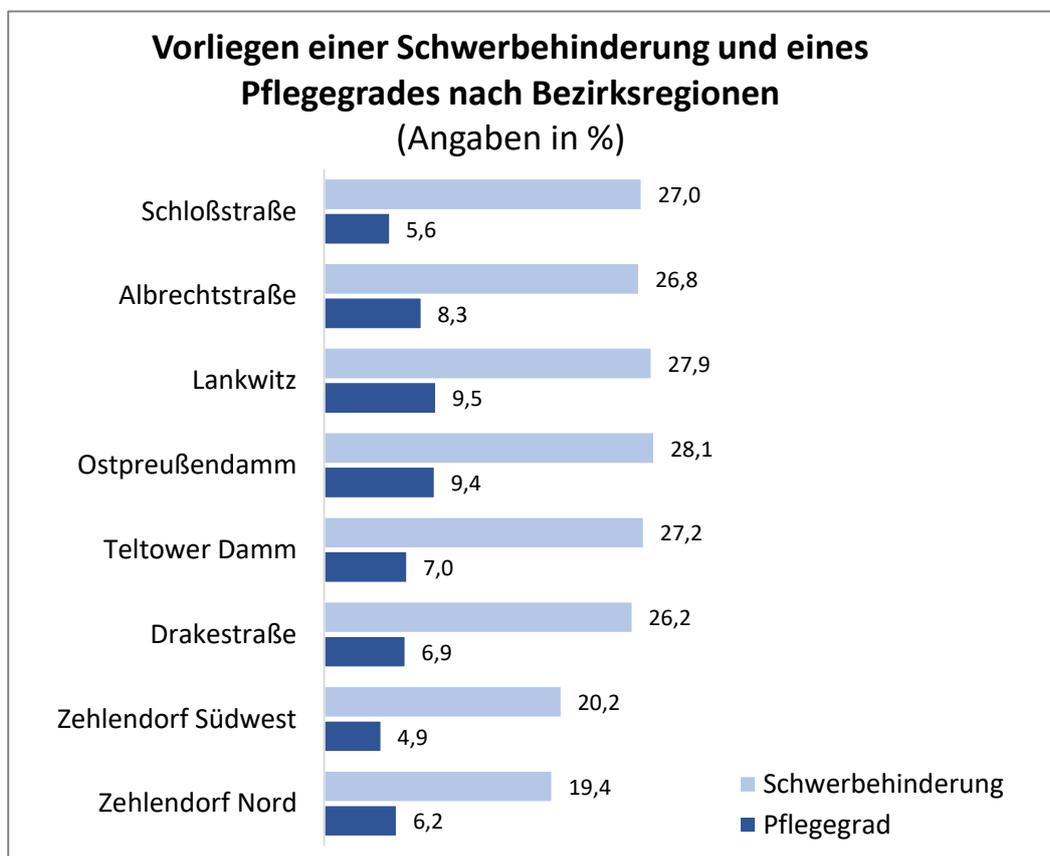
Etwas mehr **weibliche** als **männliche Befragte** geben an, einen Pflegegrad zu haben.

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 hochaltrigen Befragten.

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 höher als bei den Befragten mit mittlerer oder hoher Bildung bzw. mittlerem oder hohem Einkommen.

### Anerkannte Schwerbehinderung und Pflegegrad nach Bezirksregionen

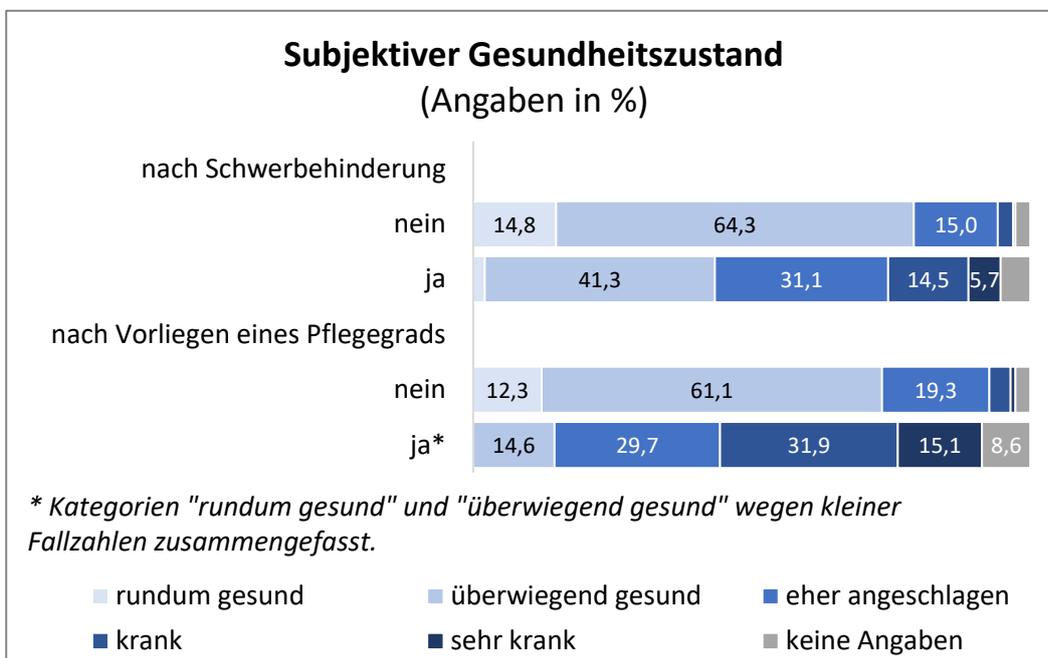


**Abbildung 15: Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung und eines anerkannten Pflegegrades nach Bezirksregionen**

Nach Bezirksregionen betrachtet, fällt auf, dass in den Regionen 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 Bezirksregionen Lankwitz und Ostpreußendamm (28 %). In den anderen Bezirksregionen liegen die Anteile mit 26-27 % jedoch kaum unterhalb dieses Wertes.

Auch die Verteilung der Befragten mit Pflegegrad in den Bezirksregionen wurde untersucht (vgl. Abb. 10). Mit knapp 5 % geben die Befragten aus der Bezirksregion Zehlendorf Südwest am seltensten an, einen Pflegegrad zu haben. Der Anteil der Befragten mit Pflegegrad liegt am höchsten in der Bezirksregion Lankwitz (9,5 %), dicht gefolgt von Ostpreußendamm (9,4 %). Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass die Anteile der Befragten, die keine Angaben gemacht haben, zwischen 10 % und 14 % liegen. In der Bezirksregion 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.

**Subjektiver Gesundheitszustand und Schwerbehinderung/Pflegegrad**



**Abbildung 16 Subjektiver Gesundheitszustand nach Schwerbehinderung und Vorliegen eines Pflegegrads**

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.

**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 sogar 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.

### 2.4 Emotionales Wohlbefinden

#### Einzelfragen zum emotionalen 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, geben 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.

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 Skalenergebnisse. 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.

Emotionales Wohlbefinden nach soziodemografischen Merkmalen

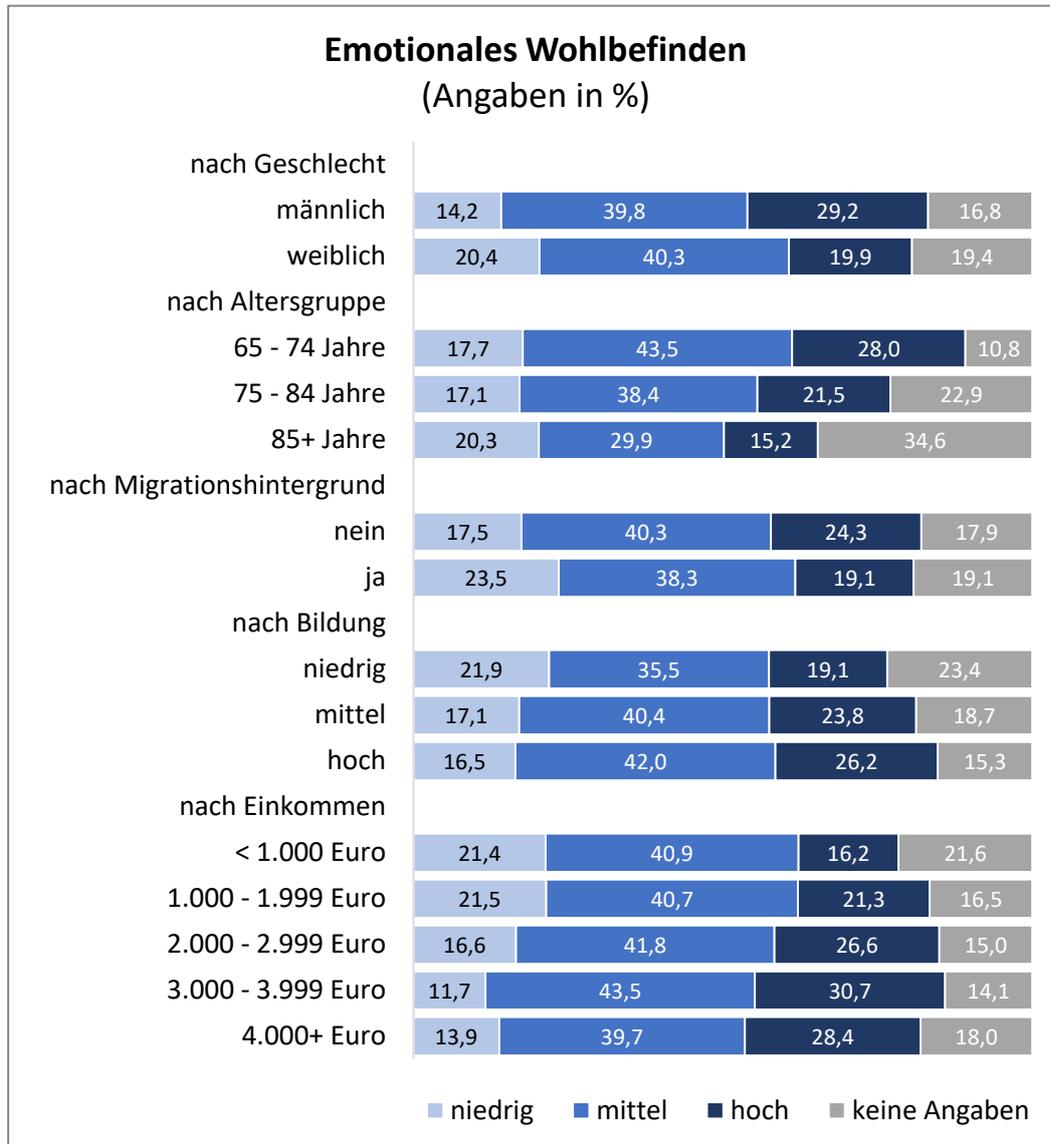


Abbildung 17: Emotionales Wohlbefinden nach soziodemografischen Merkmalen

Die **männlichen** Befragten geben häufiger als die **weiblichen** ein hohes emotionales Wohlbefinden an. Dagegen lassen sich die weiblichen Befragten häufiger der Gruppe mit niedrigem emotionalen Wohlbefinden zuordnen. 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

## GESUNDHEITLICHE SITUATION

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.

### Emotionales Wohlbefinden nach Bezirksregionen

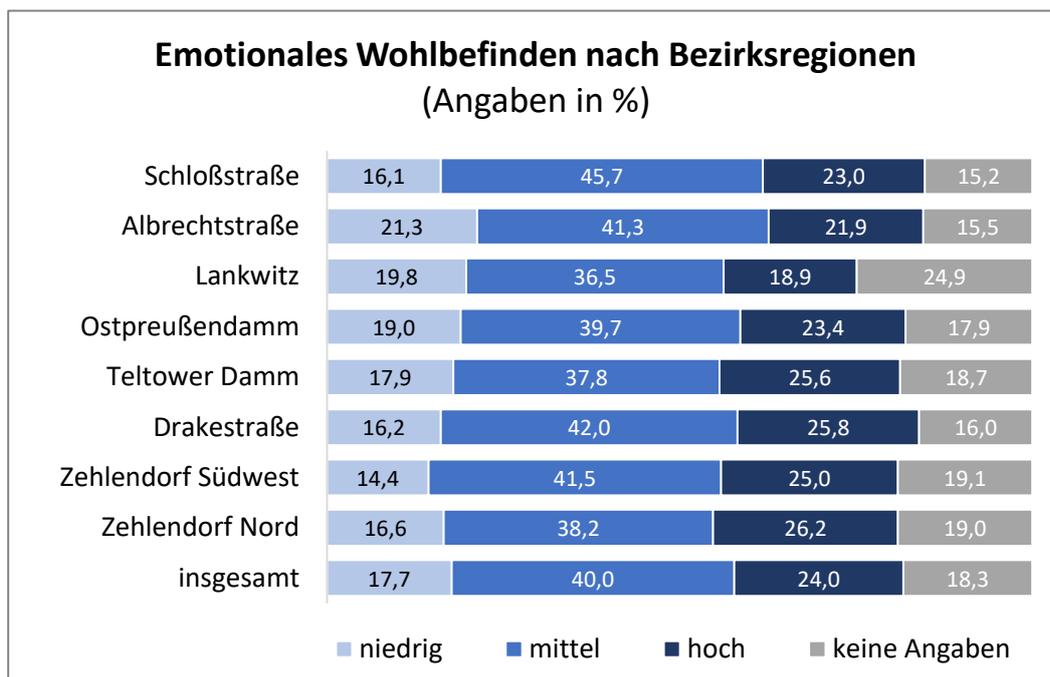


Abbildung 18: Emotionales Wohlbefinden nach Bezirksregionen

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.

### Emotionales Wohlbefinden nach subjektivem Gesundheitszustand

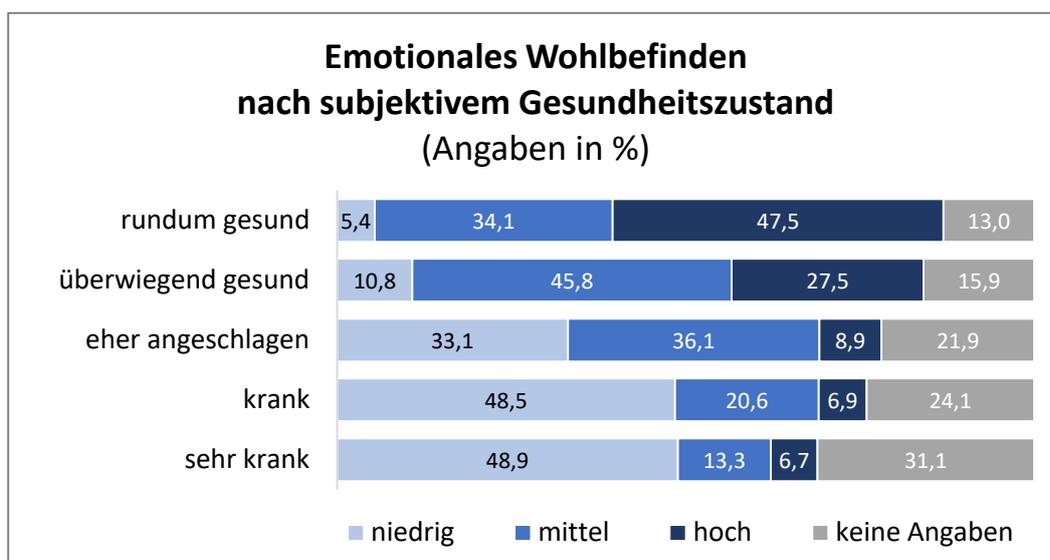


Abbildung 19: Emotionales Wohlbefinden nach subjektivem Gesundheitszustand

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.

## 2.5 Zusammenfassung

Ältere Menschen stellen keine homogene Gruppe dar. Deshalb haben wir sie nach soziodemografischen Merkmalen und der Bezirksregion betrachtet.

Dabei sind die **Geschlechts**unterschiede, die wir feststellen können, insgesamt recht klein. Frauen sind etwas häufiger multimorbid und haben etwas häufiger einen Pflegegrad. Bemerkenswert ist, dass das emotionale Wohlbefinden von Frauen deutlich häufiger beeinträchtigt ist.

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 nennenswerten 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.<sup>18,19,20</sup>

Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass der in der Fachliteratur mehrfach beschriebene Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage<sup>21,22</sup> 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.<sup>23</sup>

---

<sup>18</sup> Klaus D & Baykara-Krumme H: Die Lebenssituation von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In K Mahne, JK Wolff, J Simonson & C Tesch-Römer (Hrsg.), Altern im Wandel: zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 359-379. Wiesbaden: Springer VS 2017. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8\\_24](https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_24)

<sup>19</sup> Nowossadeck S, Klaus D, Romeu Gordo L & Vogel C: Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. Report Altersdaten 02/2017. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen 2017. S. 31ff

<sup>20</sup> Kruse A & Schmitt E: Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter. Bundesgesundheitsblatt 2016, 59:252-258, S. 255

<sup>21</sup> Lampert T & Kroll LE: Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 5(2). Berlin: Robert Koch-Institut 2014, S. 2ff

<sup>22</sup> Dragano N, Reuter M, Greiser KH et al.: Soziodemografische und erwerbsbezogene Merkmale in der NAKO Gesundheitsstudie. Bundesgesundheitsblatt 2020, 63:267-278, S. 273ff

<sup>23</sup> Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin (Hrsg.): Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022, S. 102 <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/gesundheits-und-sozialstruktur/>

## 3 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.

### 3.1 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 bestimmt maßgeblich, 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, hinreichende Entspannung usw. Wir alle leben unseren individuellen Mix aus eher gesundheitsförderlichen und eher gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen.<sup>24</sup> 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, sich individuell gesund zu verhalten (Verhaltensprävention) und zum anderen, die notwendigen Rahmenbedingungen für eine gesunde Lebensweise zu schaffen. Letzteres reicht von der Bereitstellung von Bewegungsflächen im öffentlichen Raum über kostenfreie Angebote in Freizeiteinrichtungen für Senior\*innen bis hin zum Ziel einer gesundheitsförderlichen Zusammenarbeit aller Ressorts innerhalb des Bezirksamtes (Verhältnisprävention).

---

<sup>24</sup> Vgl. dazu Schmidt B: Hauptsache gesund und kompetent!? Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Beitrag vom 4.9.2019. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/hauptsache-gesund-und-kompetent/>

Die Unterstützung gilt hier vor allem Menschen, die wenig Ressourcen haben, um an den verfügbaren Gesundheitsangeboten (beispielsweise Fitness-Studio, Vereine) teilzunehmen.

Die Daten zum Gesundheitsverhalten der älteren Menschen in Steglitz-Zehlendorf, die wir durch diese Befragung gewinnen, stellen eine wichtige Basis dar, um die genannten Aufgaben gut wahrnehmen zu können.

### 3.2 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.<sup>25</sup>

**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.<sup>26</sup> 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.<sup>27</sup>

Die Erkrankungsrisiken nehmen mit der Menge an Alkohol zu, die jemand trinkt.<sup>28</sup> Oberhalb einer täglichen Trinkmenge von 10-12 Gramm reinem Alkohol bei Frauen und 20-24 Gramm bei Männern wird von riskantem Konsum gesprochen.<sup>29</sup> 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.<sup>30</sup>

---

<sup>25</sup> Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 4, 2022, S. 16ff

<sup>26</sup> Beck A, Rosenthal A, Müller C, Heinz A & Charlet K: Alkohol. In M von Heyden, H Jungaberle, T Majic (Hrsg.), Handbuch psychoaktive Substanzen. Wiesbaden: Springer 2018, S. 621 ff.

<sup>27</sup> Friedemann S & Rettenberger M: Delikte unter Alkoholeinfluss. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2019. Lengerich: Pabst 2019, S. 142ff

<sup>28</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum: Alkoholatlas Deutschland 2017, S. 52 ff

<sup>29</sup> Kraus L, Seitz N-N & Rauschert C: Epidemiologischer Suchtsurvey Berlin 2018. München: IFT Institut für Therapieforchung 2020, S. 5

<sup>30</sup> Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH: Informationsblatt Alkohol, 2020, S. 4

Im weltweiten Vergleich wird in Europa am meisten Alkohol getrunken, wobei Deutschland einen besonders hohen Konsum aufweist.<sup>31</sup> 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.<sup>32</sup> Rauchen gilt daher als der größte einzelne Risikofaktor für die Gesundheit und eine wesentliche Ursache vorzeitiger Sterblichkeit.<sup>33</sup> 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.<sup>34</sup> 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.<sup>35</sup>

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.

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

---

<sup>31</sup> John U, Hanke M, Freyer-Adams J, Baumann S & Meyer C: Alkohol. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2019. Lengerich: Pabst 2019, S. 36ff

<sup>32</sup> Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2019. Berlin: BMG 2019, S. 33

<sup>33</sup> Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI 2015, S. 218  
[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_node.html)

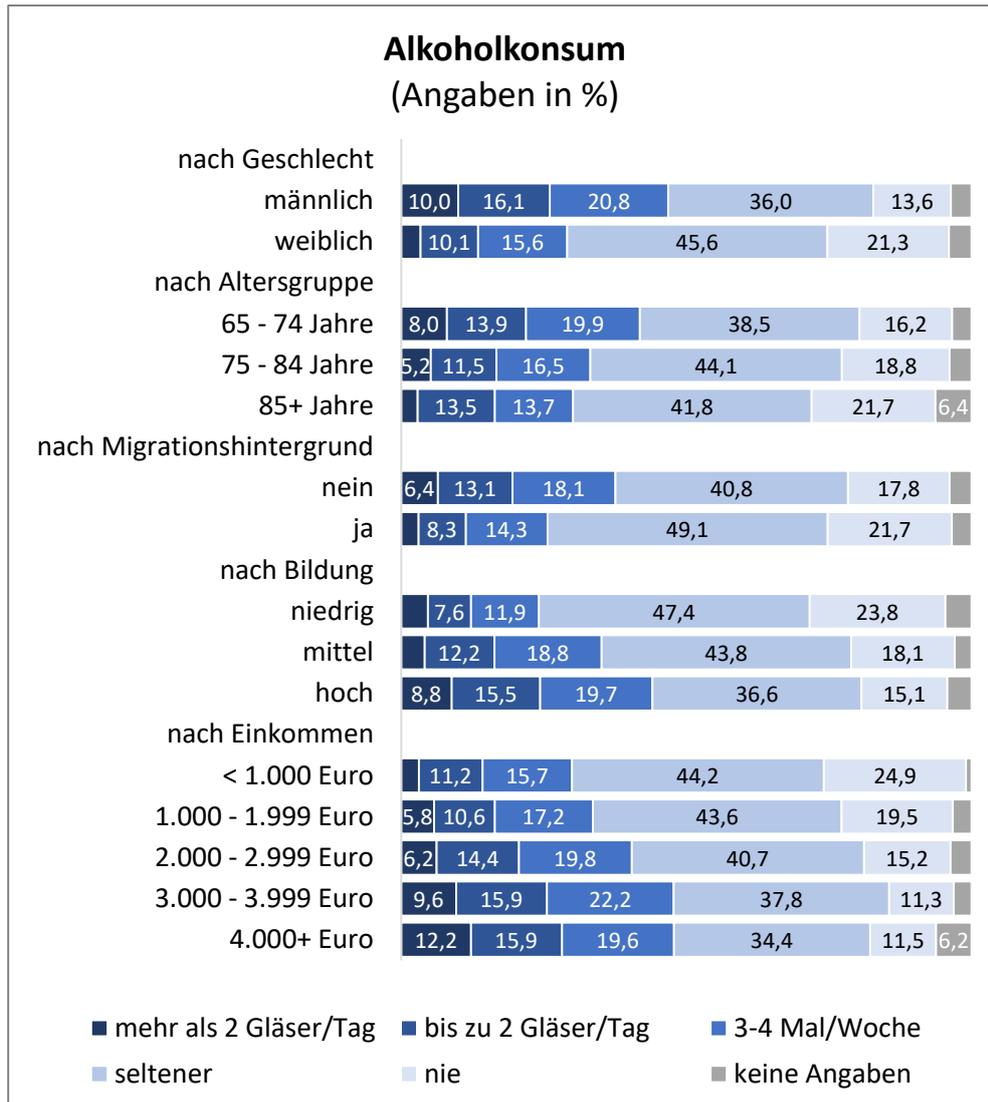
<sup>34</sup> Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2019. Berlin: BMG 2019, S. 39f

<sup>35</sup> Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2019. Berlin: BMG 2019, S. 28ff

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 20 sind die Angaben, die die Befragten zum Konsum von Alkohol machen, dargestellt.



**Abbildung 20: Alkoholkonsum nach soziodemografischen Merkmalen**

Beim Konsum von Alkohol treten deutliche **Geschlechts**unterschiede 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.

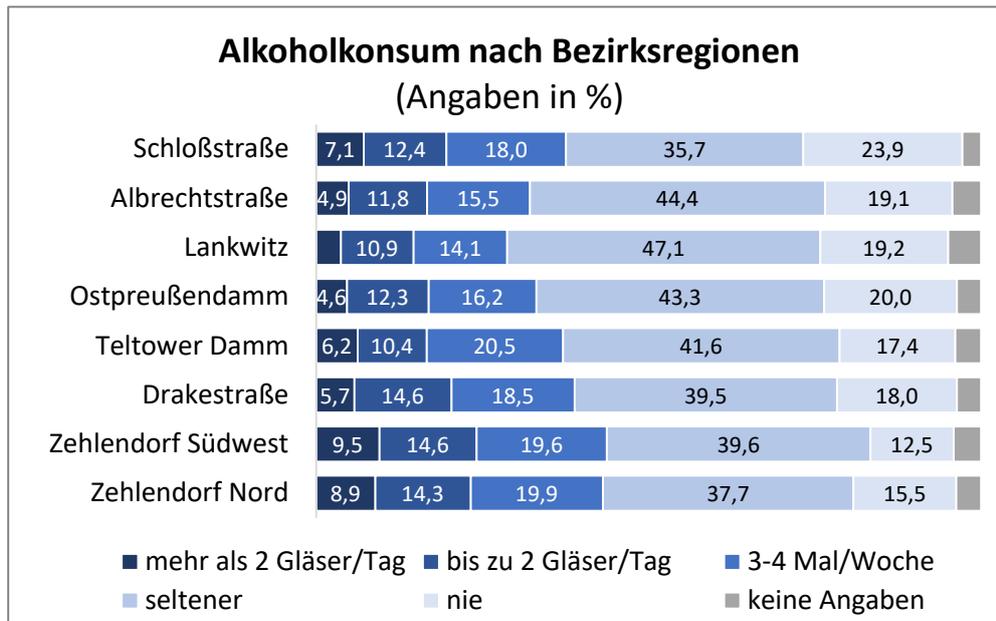
Mit zunehmendem **Alter** sinkt der Alkoholkonsum. Unter den Befragten der höchsten Altersgruppe liegt der Teil derer, die angeben, „nie“ Alkohol zu trinken, bei 22 %.

## GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN

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.

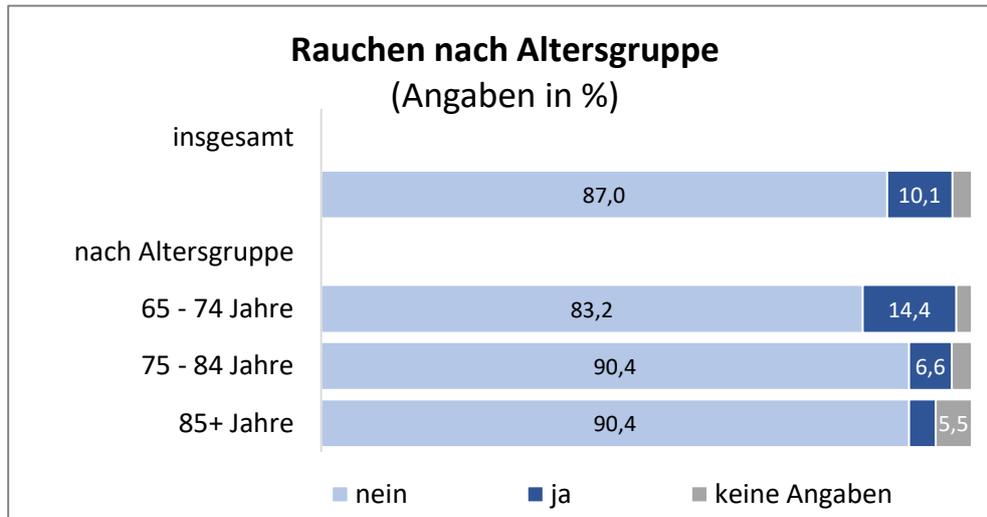
Interessant ist, dass der Konsum sowohl mit höherer **Bildung** als auch mit höherem **Einkommen** zunimmt.



**Abbildung 21: 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 bezirkswide niedrigste Rate an Alkoholabstinenz aufweist.

## Befragungsergebnisse zum Rauchverhalten



**Abbildung 22: Rauchen insgesamt und nach Altersgruppe**

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.

### 3.3 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.<sup>36</sup> 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.

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

<sup>36</sup> World Health Organization (WHO): Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010, S. 10

## GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN

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.

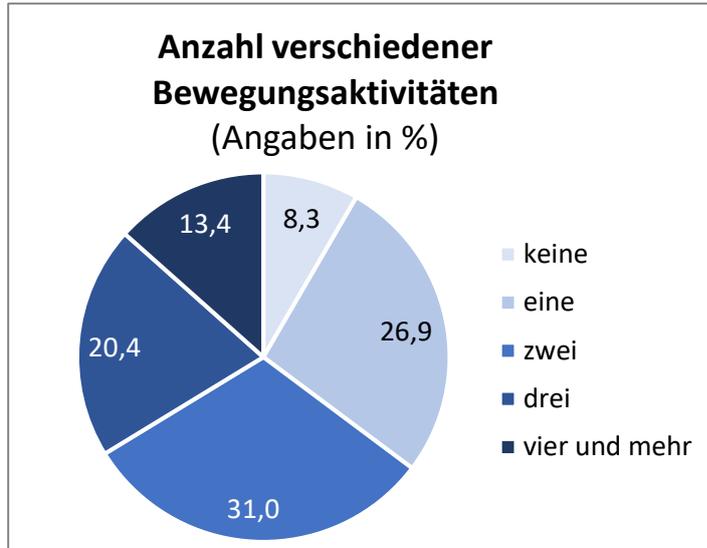
### Regelmäßige Bewegung

Auf die Frage nach regelmäßiger Bewegung erhielten wir die in Tabelle 1 gezeigte Verteilung der Antworten.

***Tabelle 4: Regelmäßige gesundheitsförderliche Bewegung und Art der Bewegungsaktivitäten***

Regelmäßige Bewegung	Anzahl	Anteil [%]
ja	4.599	91,0
und zwar (Mehrfachantworten möglich):		
gehe spazieren	3.668	72,5
mache Gymnastik	1.926	38,1
fahre Fahrrad	1.839	36,4
bin Mitglied im Sportverein/Fitnessclub	1.452	28,7
gehe schwimmen	590	11,7
Sonstiges	990	19,6
keine Angaben	88	1,7

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



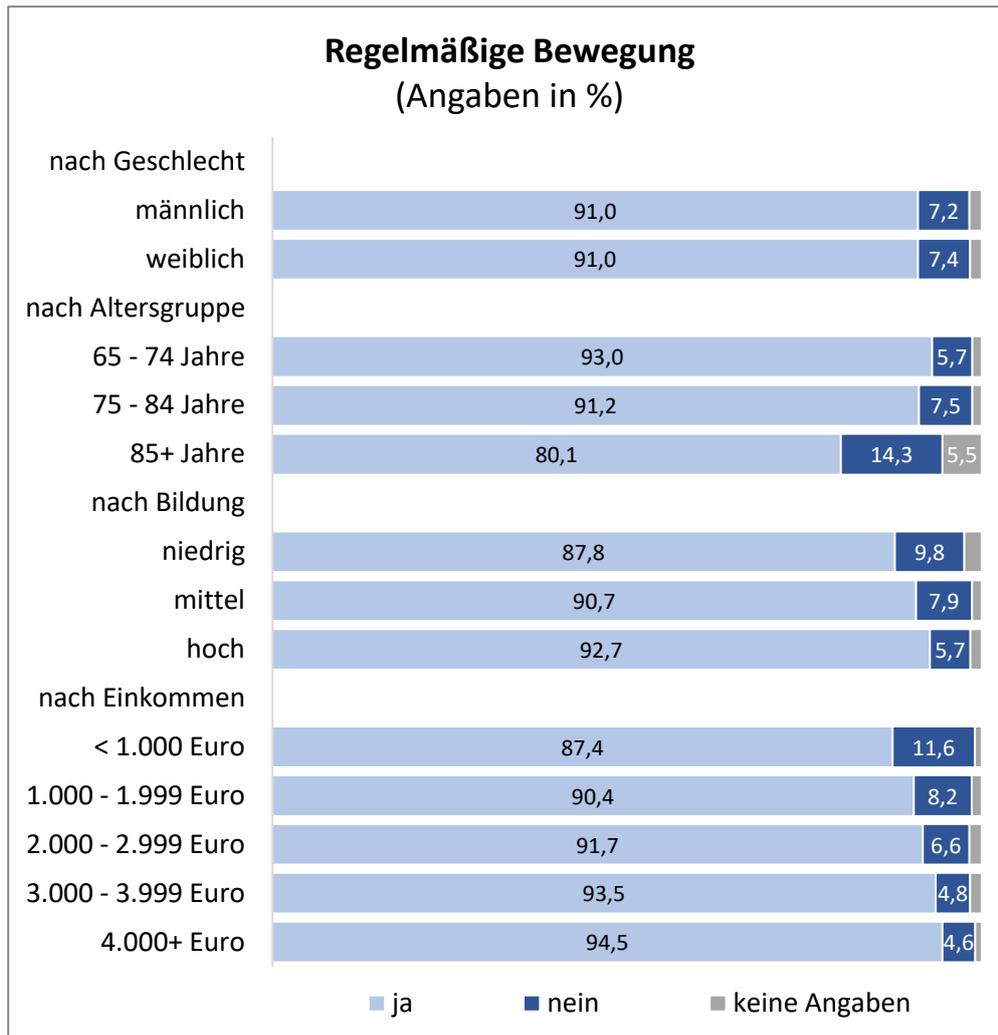
**Abbildung 23: Anzahl verschiedener Bewegungsaktivitäten**

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<sup>37</sup> den deutlich höheren Anteil an privat organisierter Bewegung gegenüber der Bewegungsausübung in Vereinen und Fitnessclubs.

<sup>37</sup> Senatsverwaltung für Inneres und Sport (Hrsg.): Sportstudie Berlin 2017. Untersuchung zum Sportverhalten. Berlin 2018, S. 24ff



**Abbildung 24: 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<sup>38</sup> berichtet, dass sich **Männer** über 65 Jahren mehr bewegen als **Frauen**<sup>39</sup>, 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 % immer noch der weitaus größte Teil von ihnen.

Zwischen den Befragten mit und ohne **Migrationshintergrund** konnten keine Unterschiede festgestellt werden.

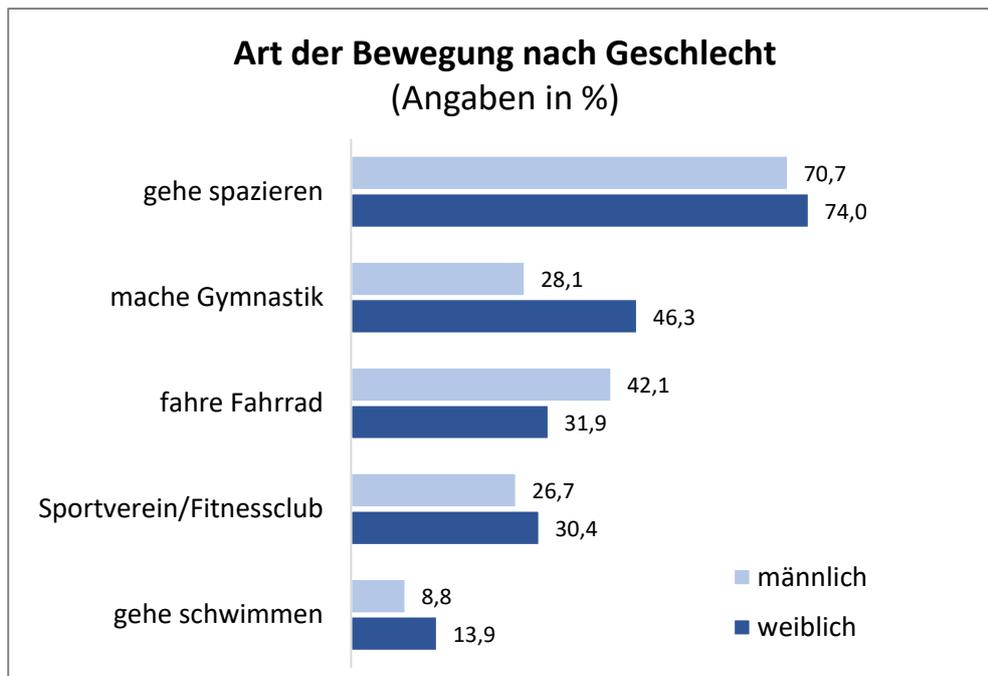
<sup>38</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (Hrsg.): Bewegung und körperliche Aktivität älterer Menschen in Berlin. Gesundheitsmonitoring Berlin „Gesund älter werden“ 2021/04, S. 4

<sup>39</sup> 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.

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

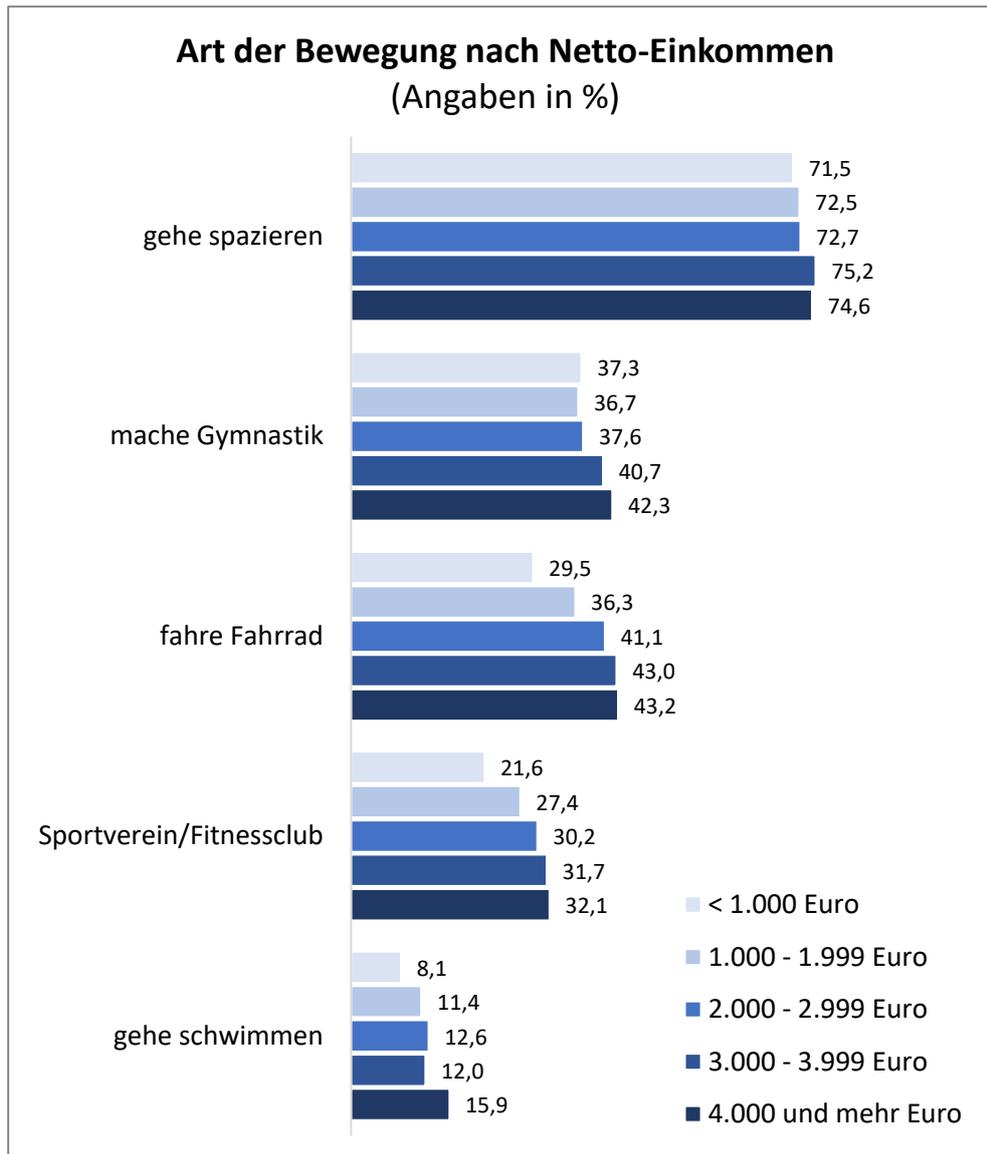
### Bevorzugte Bewegungsarten nach Geschlecht und Einkommen

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



**Abbildung 25: 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 %).



**Abbildung 26: Art der Bewegungsaktivitäten nach persönlichem Netto-Einkommen**

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.

Regelmäßige Bewegung und Art der Bewegung nach Bezirksregionen

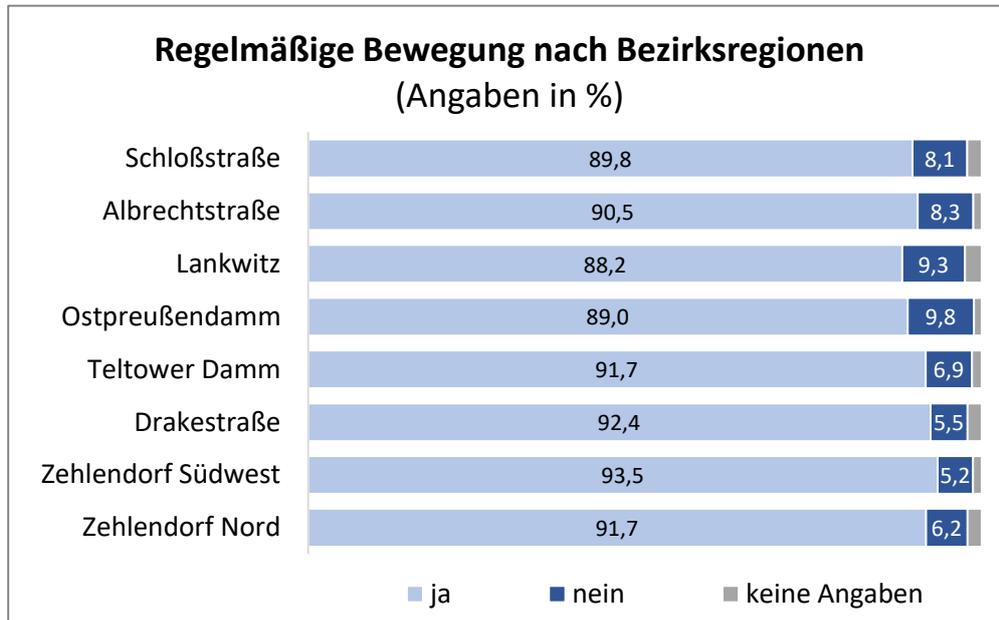


Abbildung 27: Regelmäßige Bewegung nach Bezirksregionen

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.

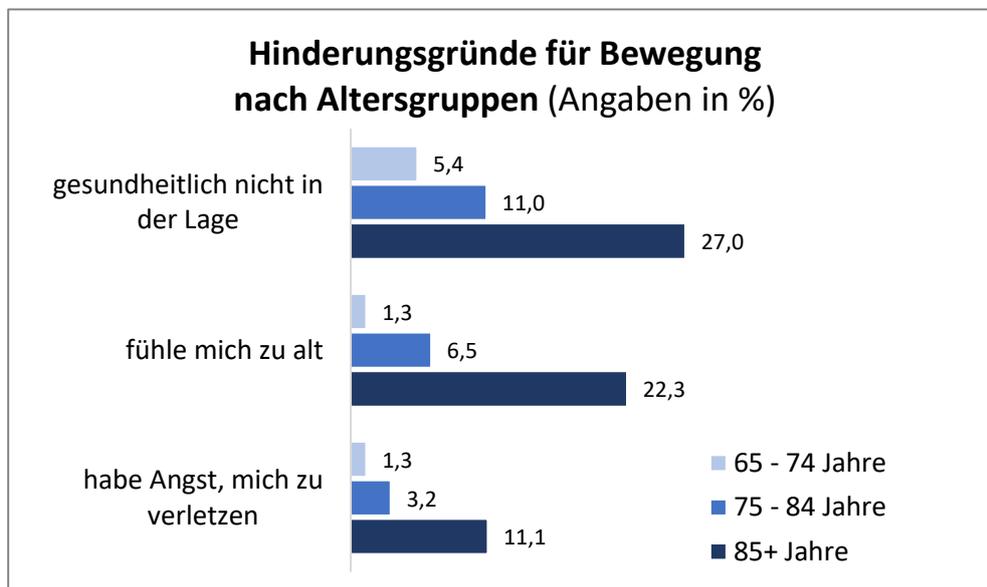
Was auffällt ist, dass sich die Bezirksregionen darin unterscheiden, welche Bewegungsaktivität am häufigsten genannt wird. Beispielsweise wird Spaziergehen in der Region Schloßstraße von 78 % der Befragten, in Lankwitz hingegen nur von 67 % angegeben. Beim Fahrradfahren sind es in Zehlendorf Nord 44 % 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

**Tabelle 5: Hinderungsgründe, warum Befragte sich nie oder selten fit halten**

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
Mir 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	3,0
In meiner Wohnumgebung finde ich keine geeigneten Bewegungsangebote	139	2,7
Es ist mir zu teuer	110	2,2
Sonstiges	232	4,6

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.



**Abbildung 28: Ausgewählte Hinderungsgründe, warum Befragte sich nie oder selten fit halten, nach Altersgruppen**

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 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 28).

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 stimmt überein 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.

### 3.4 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.<sup>40</sup> Daher empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), täglich fünf Portionen davon zu sich zu nehmen.<sup>41</sup>

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

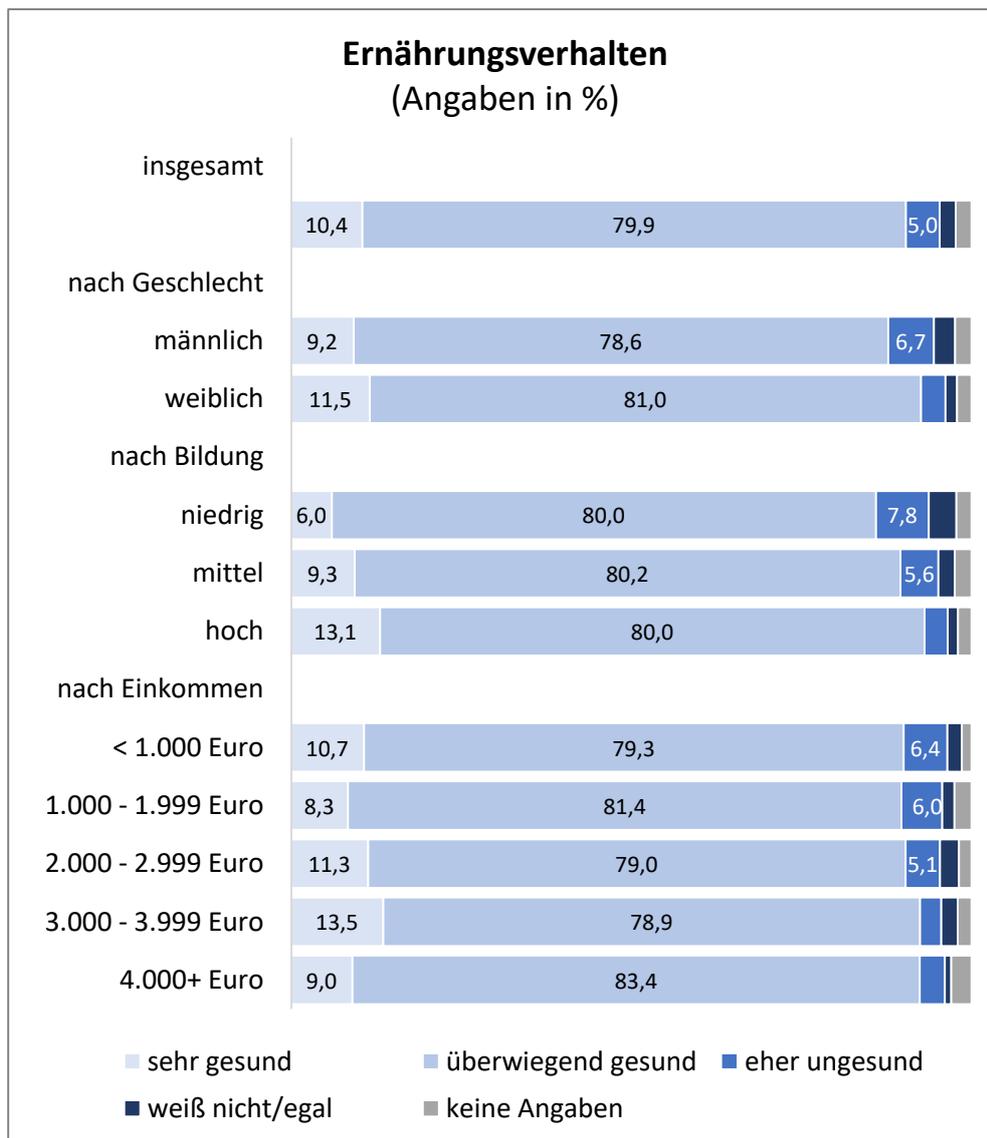


Abbildung 29: Ernährungsverhalten nach soziodemografischen Merkmalen

<sup>40</sup> Wormer EJ: Gesundheit geht durch den Magen. Köln: Lingen 2010

<sup>41</sup> <https://www.5amtag.de/>

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<sup>42</sup> 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.

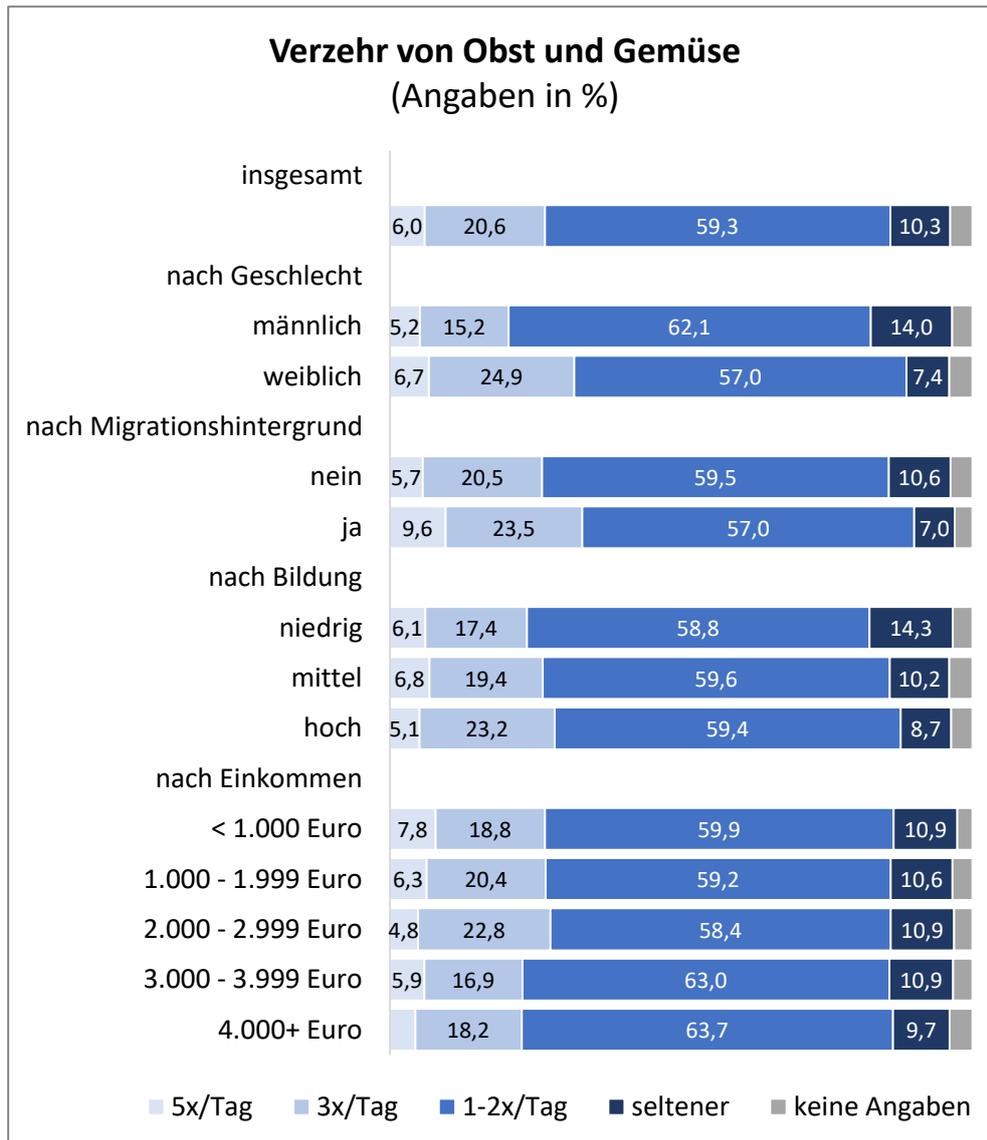
Dieser Gradient spiegelt sich hingegen kaum im **Einkommen**. In allen Einkommensgruppen machen die Befragten, die angaben, sich gesund zu ernähren („sehr gesund“ und „überwiegend gesund“) ca. 90 % aus. Bei den Angaben, „eher ungesund“, „weiß nicht/egal“ nehmen die Anteile mit dem Einkommen zwar tendenziell 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.

---

<sup>42</sup> Richter A, Schienkiewitz A, Starker A et al.: Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 2021, 6(3):28-48, S. 36ff



**Abbildung 30: 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.

### 3.5 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.<sup>43,44</sup>

Als Indikator für Unter-, Normal- und Übergewicht sowie Adipositas ist der sogenannte Body Mass Index (BMI) gebräuchlich.<sup>45</sup> Der Auswertung hier liegt die Einteilung der WHO<sup>46</sup> zugrunde, die auch von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft angewendet wird.<sup>47</sup> 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.<sup>48,49</sup> 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.<sup>50</sup>

<sup>43</sup> DGE (Hrsg.): Ernährungsbericht 2008. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. 2008, S. 103ff

<sup>44</sup> Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M & Mensink GBM: Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 2022, 7(3): 23-32, S. 23

<sup>45</sup> Der BMI wird nach folgender Formel berechnet:  $BMI = \text{Körpergewicht [kg]} / \text{Körpergröße [m]}^2$

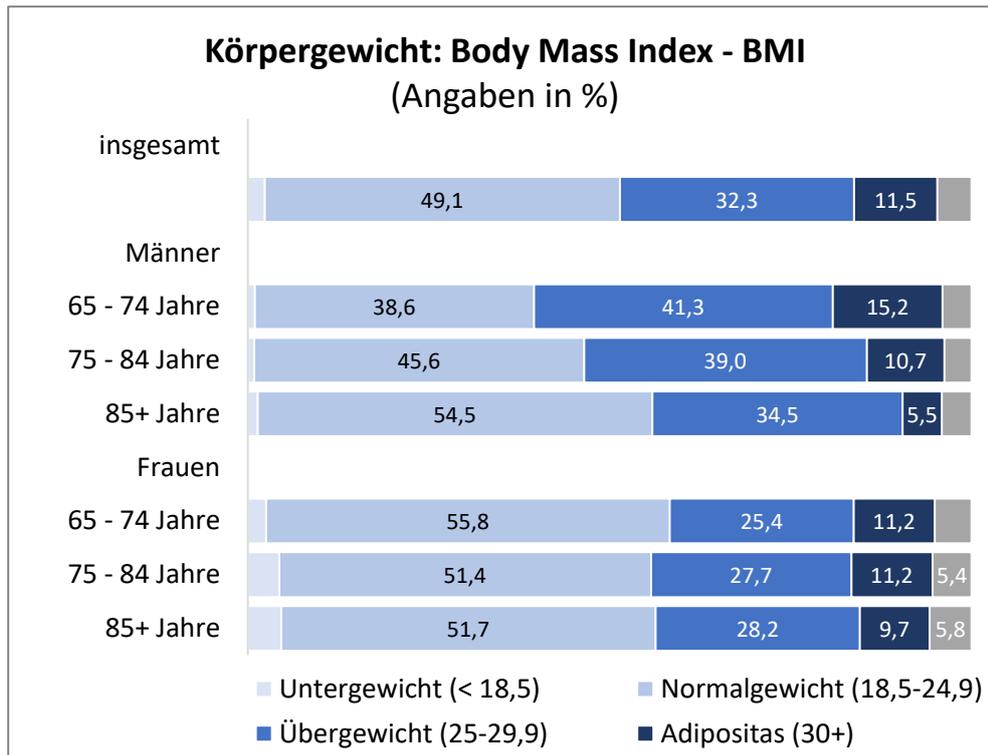
<sup>46</sup> WHO: Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report Series, 894, Genf 2000, S. 21

<sup>47</sup> Deutsche Adipositas-Gesellschaft (Hrsg.): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. AWMF-Register Nr. 050/001, 2014, S. 15

<sup>48</sup> Corrada MM & Paganini-Hill A: Being overweight in adults aged 70-75 is associated with a reduction in mortality risk compared with normal BMI. Evidence-Based Medicine 2010, 15(4):126-127

<sup>49</sup> Janssen I & Mark AE: Elevated body mass index and mortality risk in the elderly. Obes Rev 2007, 8:41-59.

<sup>50</sup> Heiat A, Vaccarino V & Krumholz HM: An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons. Arch Intern Med 2001, 161:1194-1203.

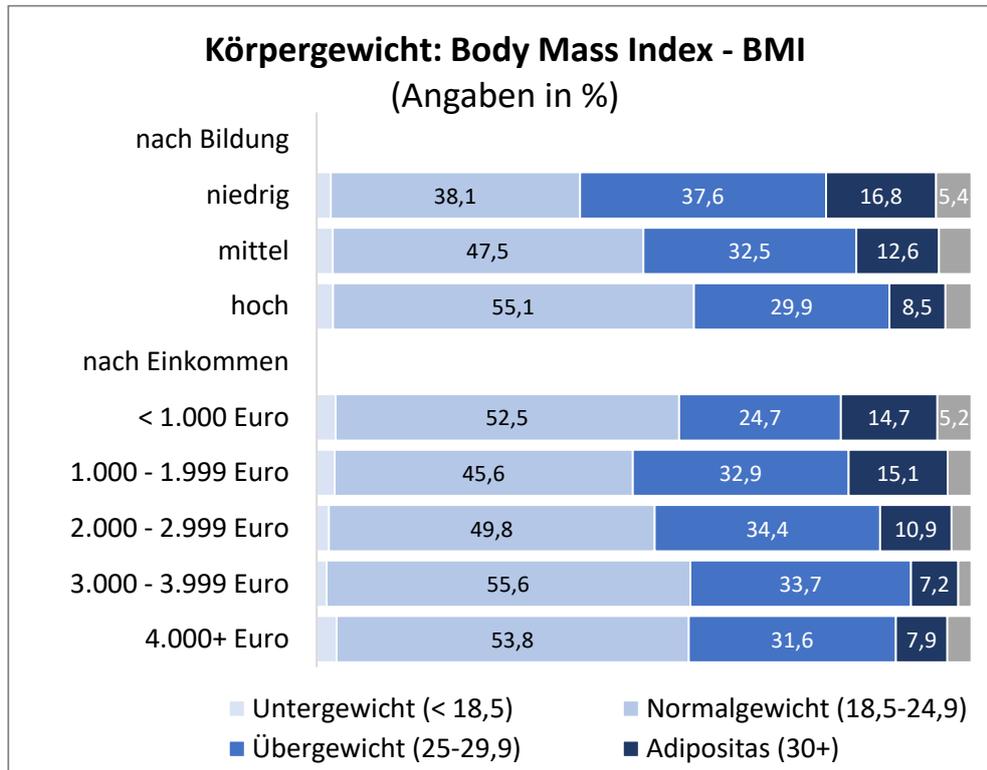


**Abbildung 31: Körpergewicht (BMI) der Männer und Frauen nach Altersgruppen**

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.

## BMI nach Bildungsabschluss und Netto-Einkommen



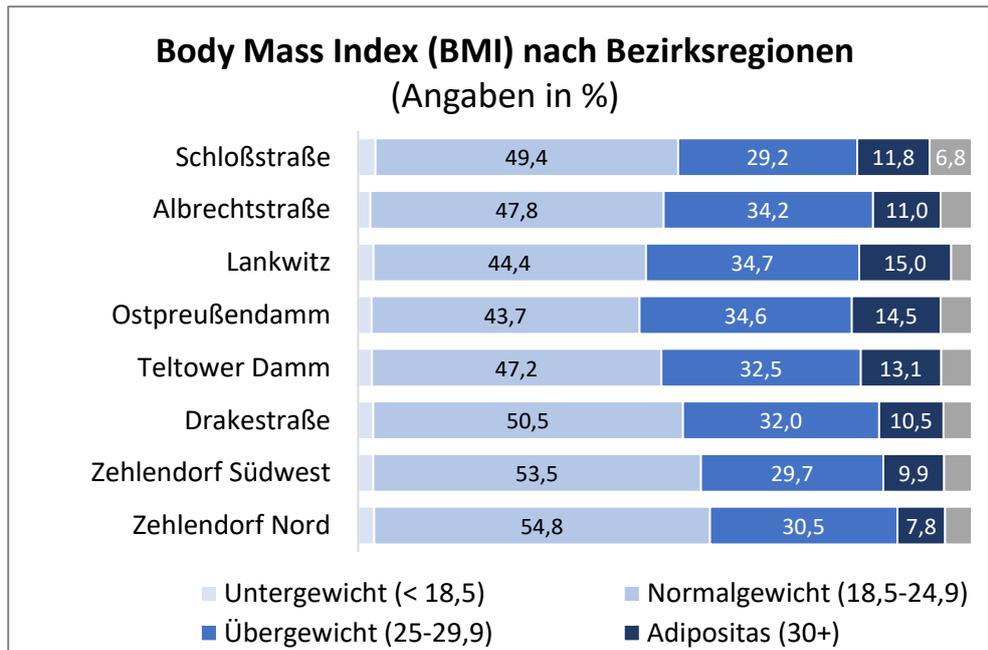
**Abbildung 32: Körpergewicht (BMI) nach Bildung und persönlichem Netto-Einkommen**

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.

Auch in Berliner Daten zeigen sich diese Unterschiede, jedoch in weit höherem Ausmaß.<sup>51</sup> Männer und Frauen mit einer niedrigen Bildung weisen darin 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 dort signifikant häufiger adipös im Vergleich zu Männern und Frauen mit einer höheren Bildung (15,3 % versus 10,4 %). Insofern ist die Situation in Steglitz-Zehlendorf weitaus günstiger.

<sup>51</sup> Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas in Berlin. Kurz informiert 2022/01, S. 6ff



**Abbildung 33: Körpergewicht (BMI) nach Bezirksregionen**

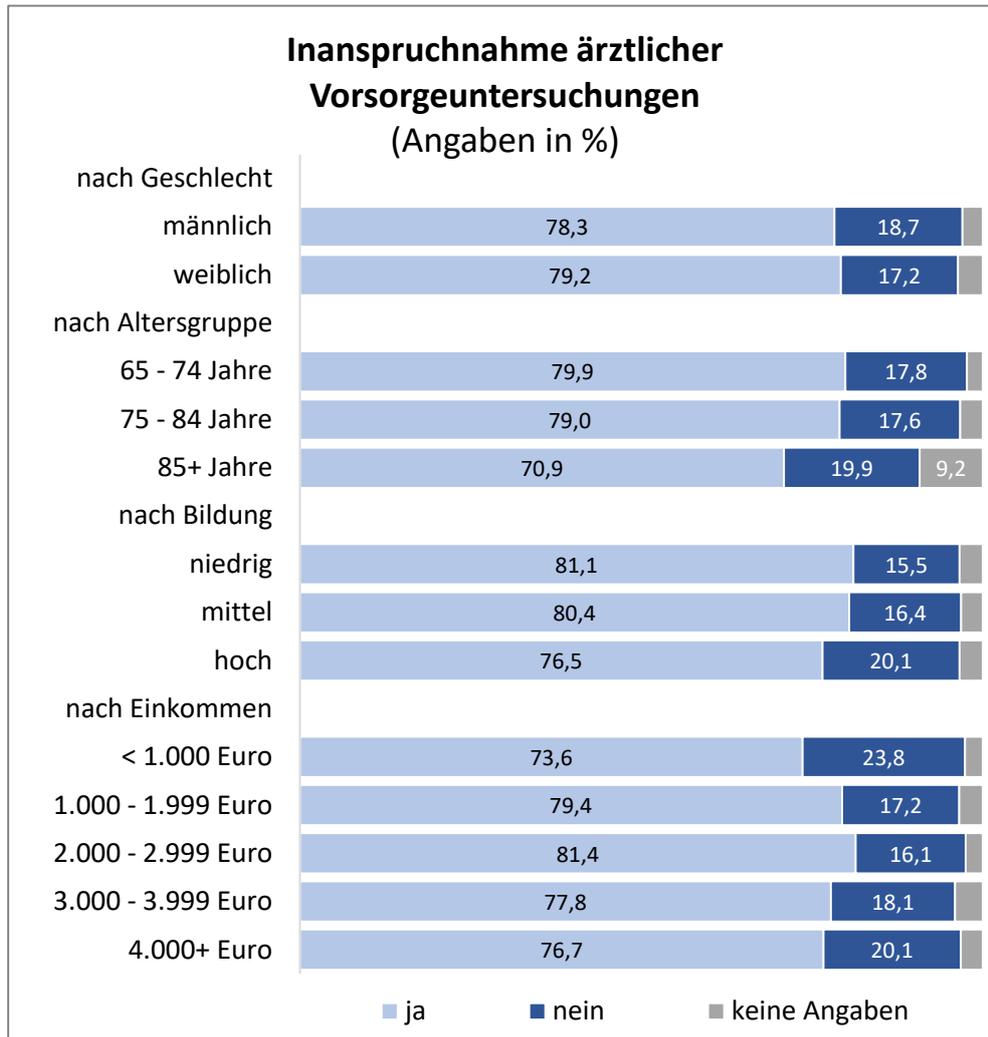
Im Regionalvergleich sind die Anteile Adipöser am höchsten in den Bezirksregionen Ostpreußendamm und Lankwitz und am geringsten in den **Bezirksregionen** Zehlendorf Nord und Zehlendorf Südwest.

### 3.6 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



**Abbildung 34: Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nach soziodemografischen Merkmalen**

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<sup>52,53</sup> – 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

<sup>52</sup> Starker A & Saß A-C: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013, 56:858-867. S. 860

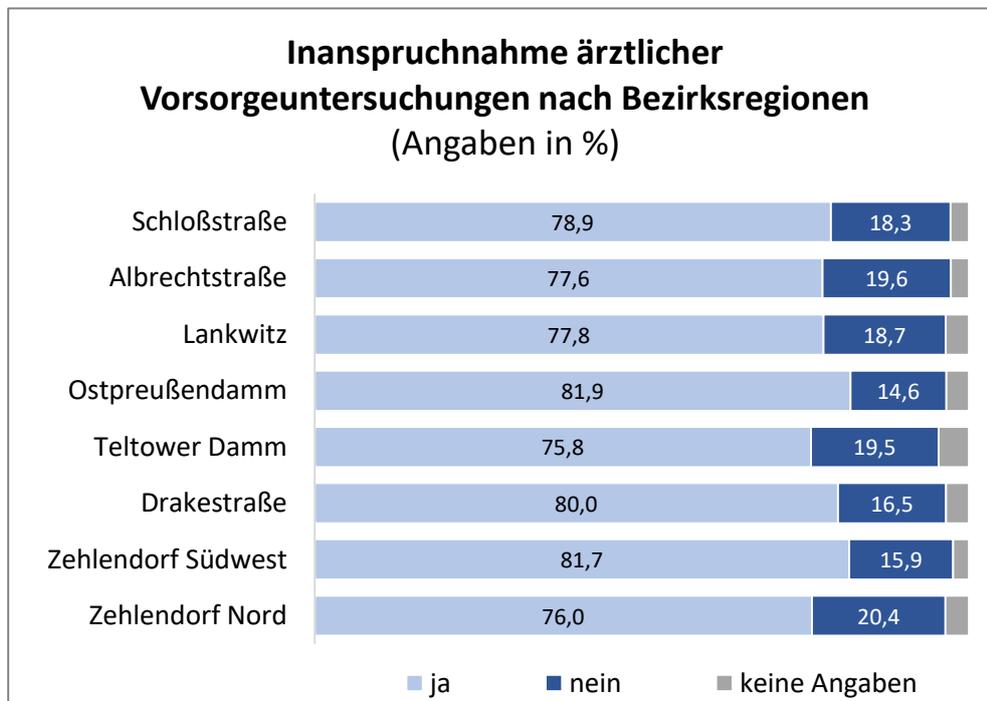
<sup>53</sup> Tillmanns H, Schillinger G & Dräther H: Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch AOK-Versicherte im Erwachsenenalter (2009-2020). Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) 2022. S. 78f

## GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN

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.



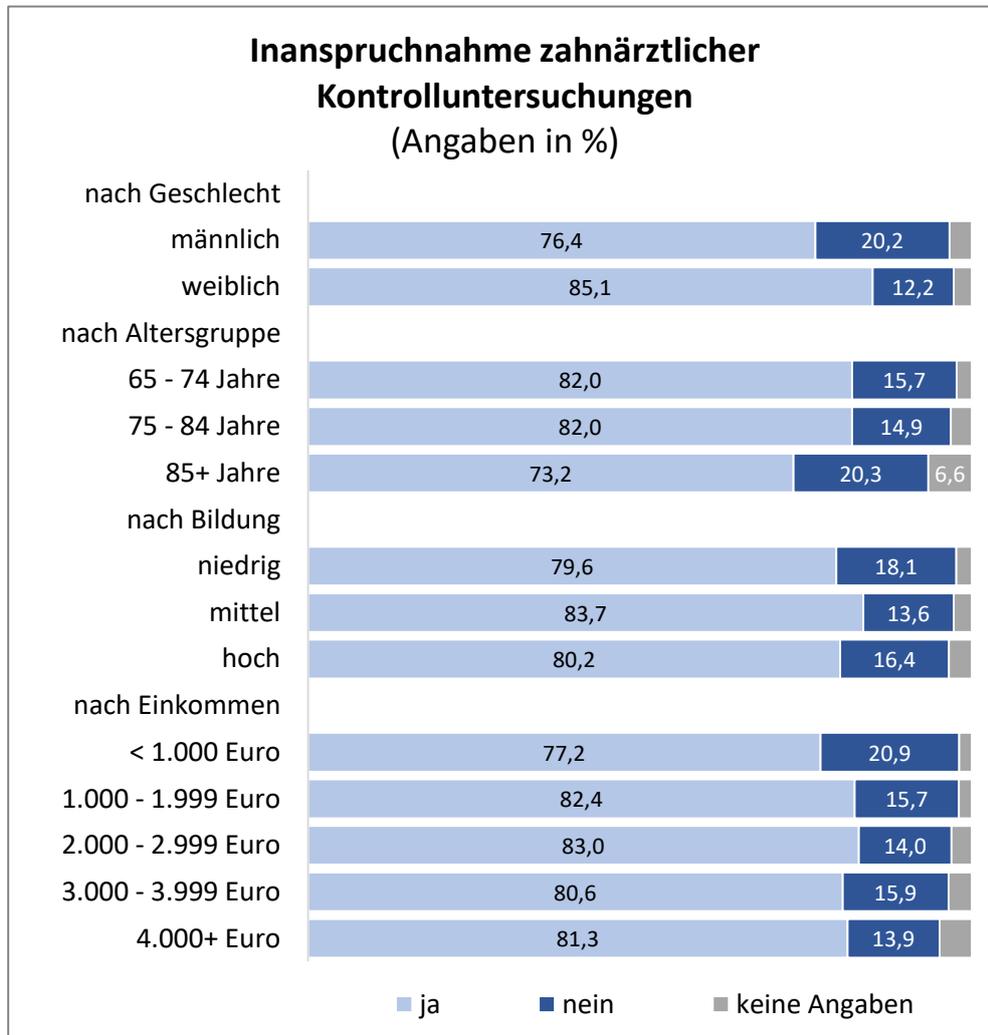
**Abbildung 35: Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nach Bezirksregionen**

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 durch (über die

Mundhöhle in den Körper eintretende) Keime Erkrankungen verursachen. Damit können sie die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen nachhaltig beeinträchtigen. Deshalb wurde erfragt, ob die Befragten regelmäßig die von den Krankenkassen empfohlenen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen (zweimal im Jahr) wahrnehmen.



**Abbildung 36: 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.

### 3.7 Zusammenfassung

Die Befragungsergebnisse zum Gesundheitsverhalten zeigen zum Teil, aber nicht durchgehend, die aus der Literatur bekannten und erwarteten Zusammenhänge zu den betrachteten soziodemografischen Merkmalen.

Die **Geschlechts**unterschiede 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; hier zeigt sich vielmehr 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, d. h. etwas 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; am häufigsten gehen diejenigen mit mittlerer Bildung zum Zahnarzt.

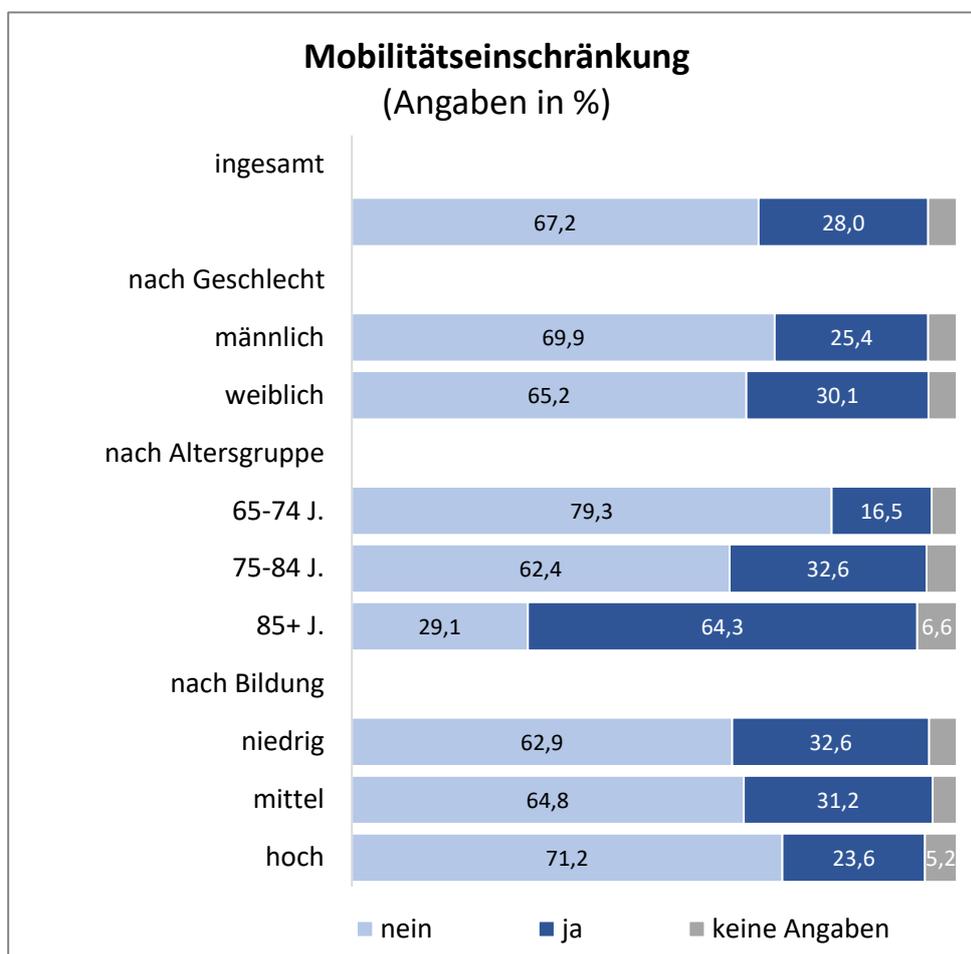
Ein gleichermaßen deutlicher Zusammenhang ist zwischen gesundheitsbezogenem Verhalten und **Einkommen** nicht festzustellen (außer ebenfalls beim Konsum von Alkohol). Beim Bewegungsverhalten lässt sich zumindest erkennen, dass Aktivitäten, die mit Kosten verbunden sind, von älteren Menschen mit geringem 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.

## 4 Gesundheit und Mobilität

### 4.1 Mobilitätseinschränkungen

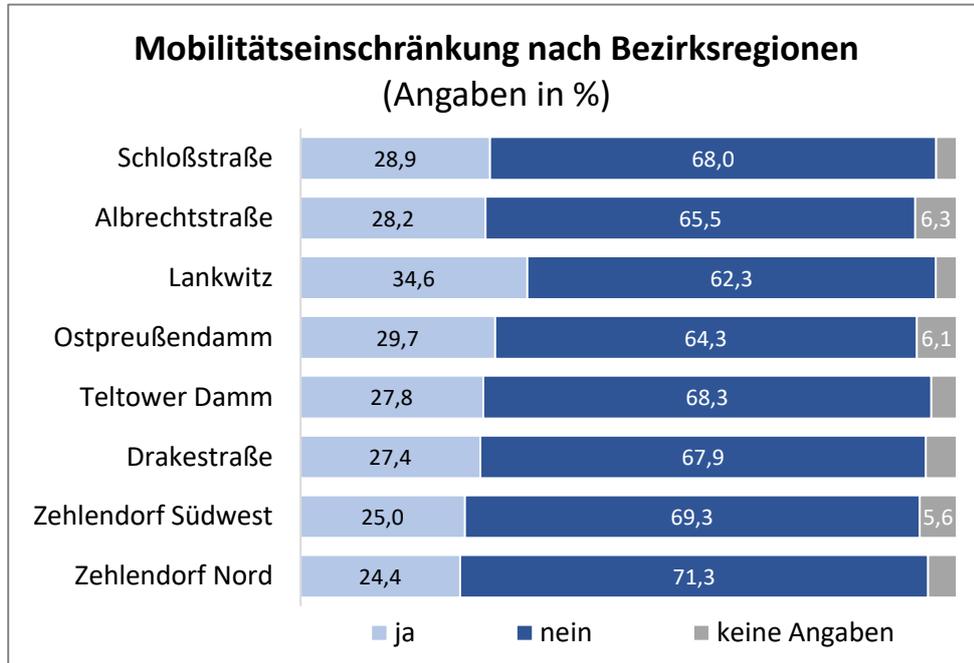
Mit zunehmendem Alter kann sich unter anderem durch den Abbau von Knochen- und Muskelmasse, eine erworbene Behinderung, durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit die Fähigkeit zur Bewegung (Mobilität) einschränken. Allerdings verhält es sich je nach körperlicher Veranlagung und gesundheitsbezogenem Verhalten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



**Abbildung 37: Mobilitätseinschränkung nach soziodemografischen Merkmalen**

28 % der Befragungsteilnehmer\*innen 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.

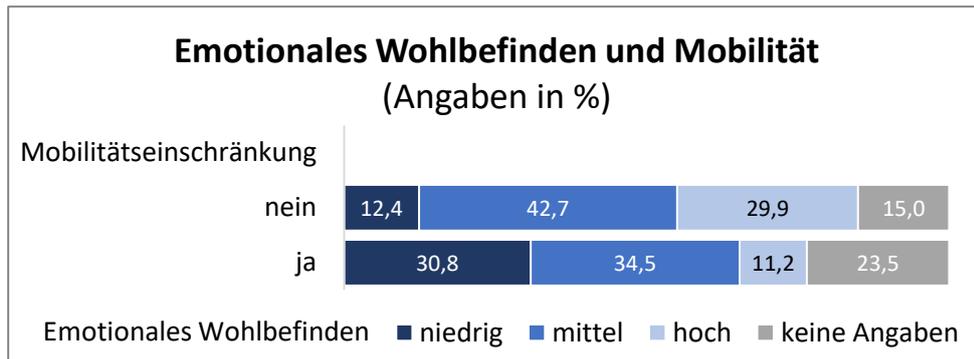


**Abbildung 38: Mobilitätseinschränkung nach Bezirksregionen**

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 %.

### Mobilität und emotionales Wohlbefinden

Verlusterfahrungen im Alltag, wie beispielsweise die erlebte Abnahme 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.



**Abbildung 39: Emotionales Wohlbefinden bei Vorliegen einer Mobilitätseinschränkung**

Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen Mobilitätseinschränkungen und emotionalem Wohlbefinden ein Zusammenhang besteht. 31 % der Menschen mit Mobilitätseinschränkung 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.

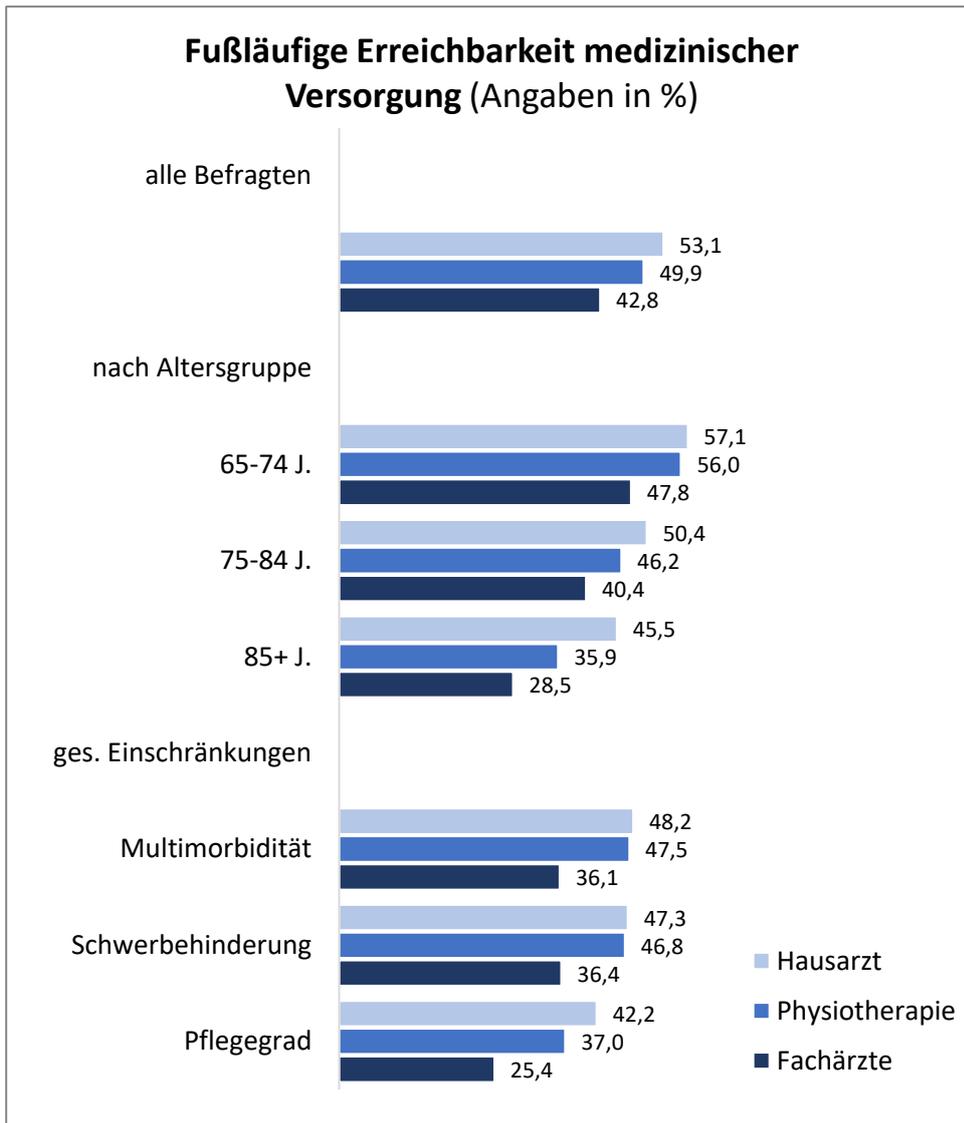
Menschen ohne Mobilitätseinschränkungen geben fast zu drei Vierteln ein hohes oder mittleres Wohlbefinden an.

## 4.2 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 gesundheitliche Versorgung im Krankheitsfall auch bei eingeschränkter Mobilität. 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.<sup>54</sup>

<sup>54</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, 2017, S. 153

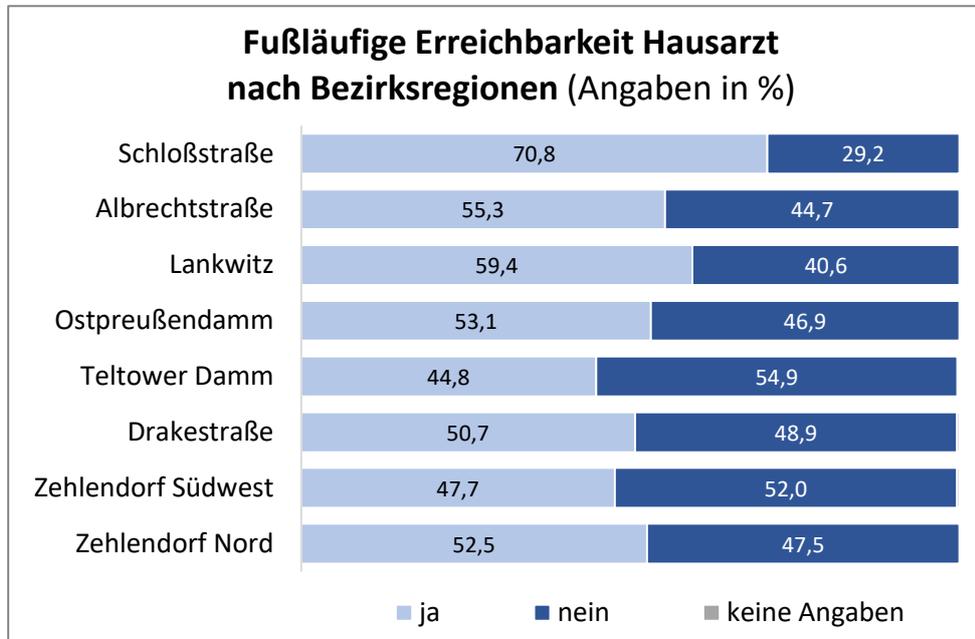


**Abbildung 40: Fußläufige Erreichbarkeit von Hausarzt, Physiotherapie und Fachärzten insgesamt sowie nach Altersgruppe und nach Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen**

Mit Multimorbidität, Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit nimmt für die Befragten auch die fußläufige Erreichbarkeit wichtiger Versorgungs-Infrastruktur 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.

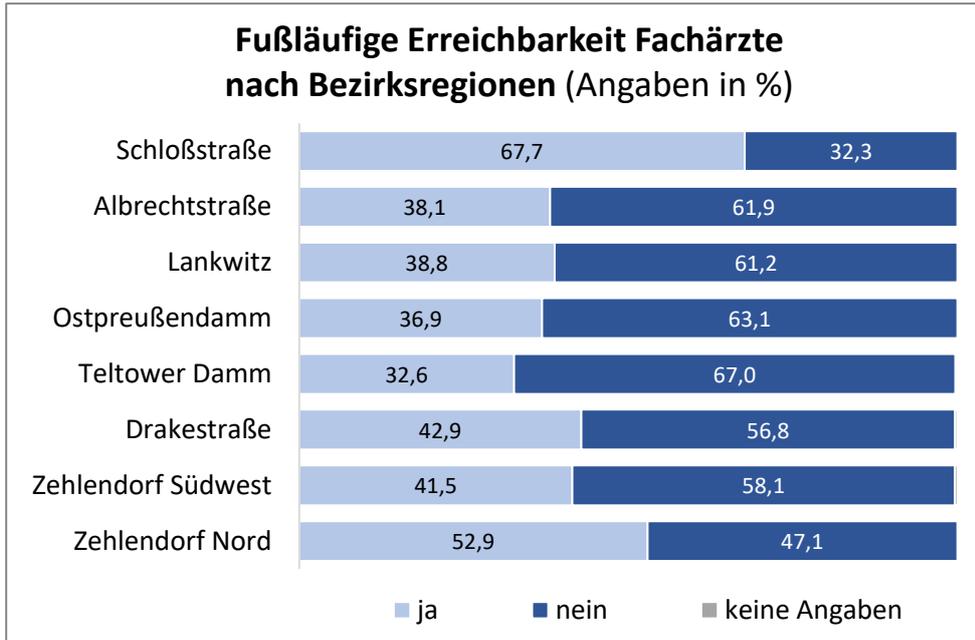
## Erreichbarkeit von Arztpraxen nach Bezirksregionen

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



**Abbildung 41: Fußläufige Erreichbarkeit einer Hausarztpraxis nach Bezirksregionen**

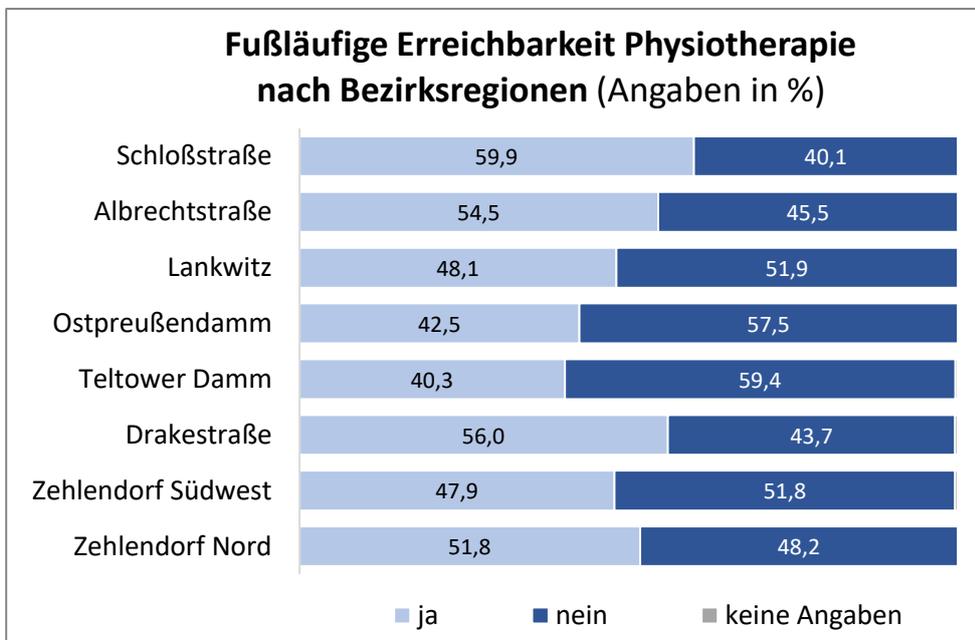
Über die Hälfte der Befragten gibt an, eine Hausarztpraxis fußläufig erreichen zu können; lediglich in den Bezirksregionen Teltower Damm und Zehlendorf Südwest sagt die Mehrheit der Befragten, dass die fußläufige Erreichbarkeit nicht gegeben ist. Hier fällt ins Auge, dass die Bezirksregion Lankwitz, 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 42: 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.

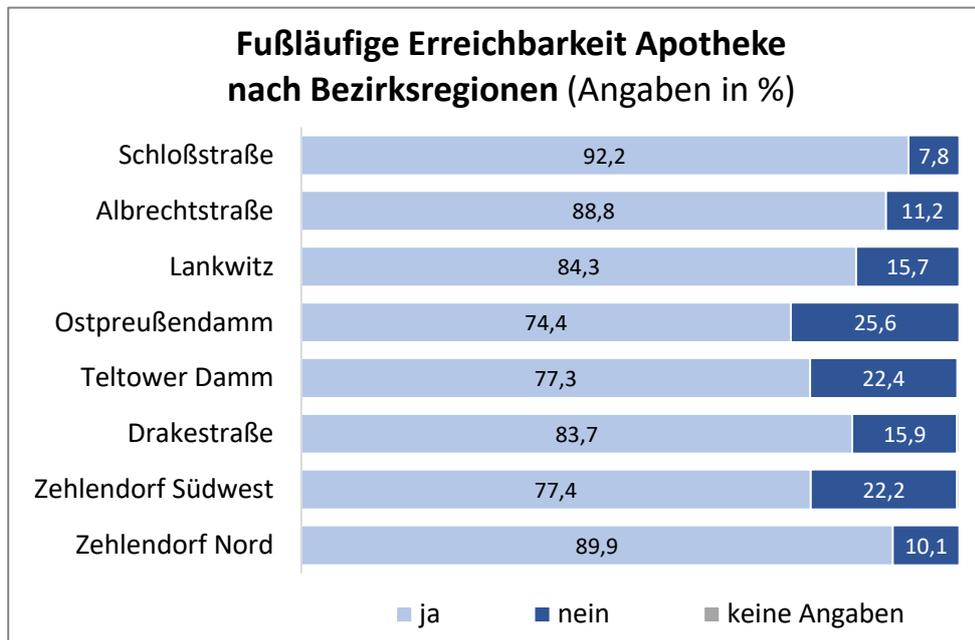
**Erreichbarkeit von Physiotherapie und Apotheken nach Bezirksregionen**



**Abbildung 43: Fußläufige Erreichbarkeit von Physiotherapie nach Bezirksregionen**

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 %.

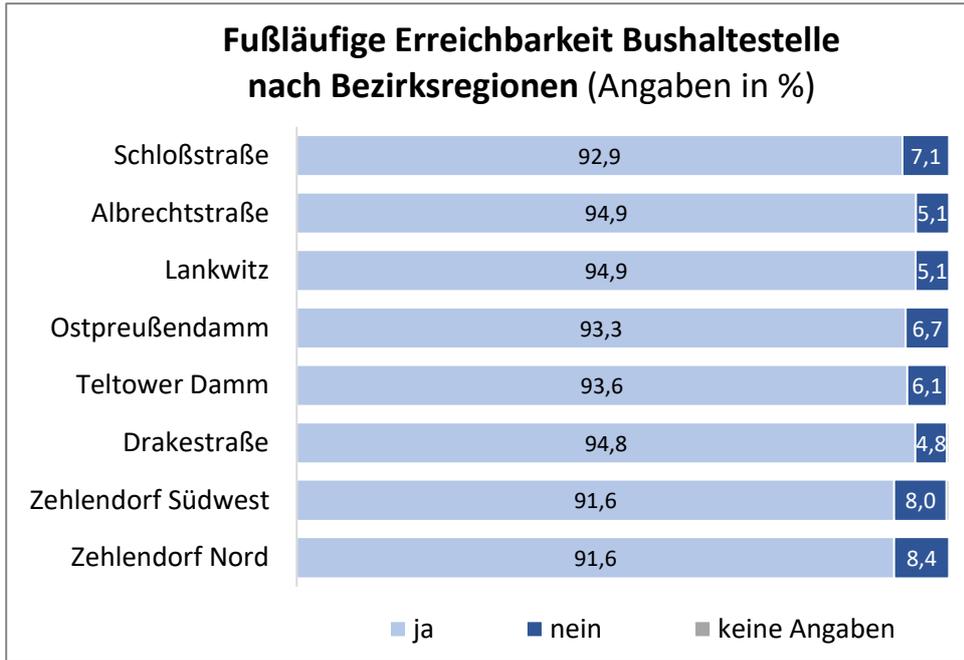


**Abbildung 44: Fußläufige Erreichbarkeit einer Apotheke nach Bezirksregionen halten, nach Altersgruppen**

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.

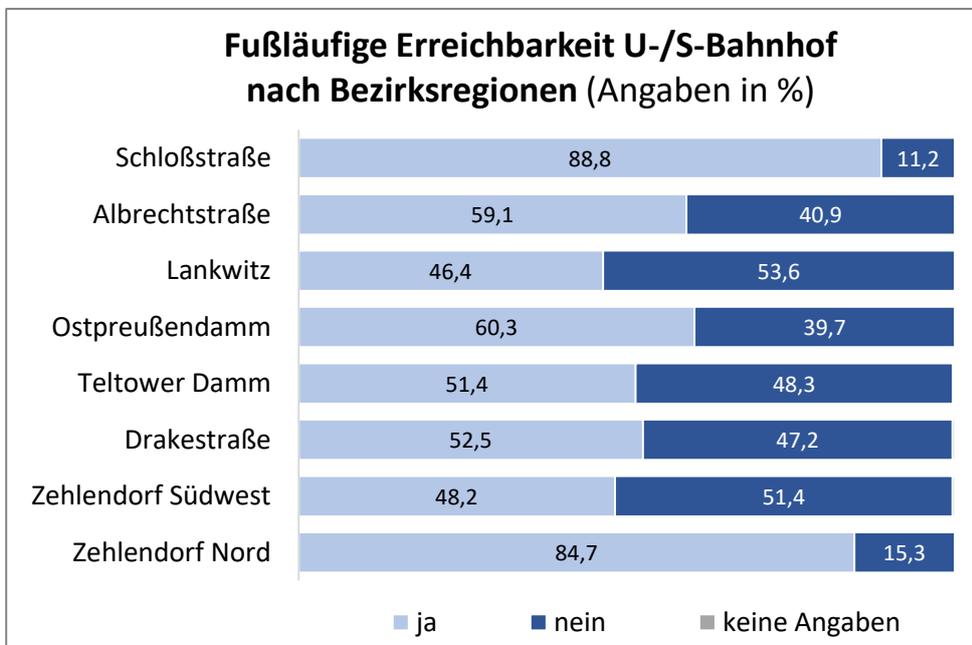
### 4.3 Erreichbarkeit des öffentlichen Nahverkehrs

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 zurücklegbaren Wege zur nächsten Haltestelle damit kürzer werden.



**Abbildung 45: Fußläufige Erreichbarkeit einer Bushaltestelle nach Bezirksregionen**

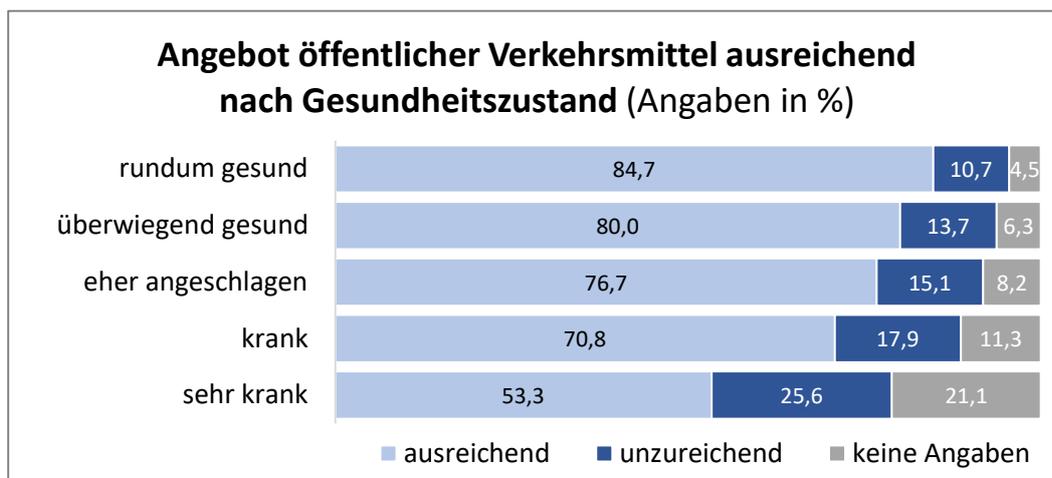
Die Erreichbarkeit der öffentlichen Verkehrsmittel wird im Bezirk Steglitz-Zehlendorf als überwiegend gut eingeschätzt. Die überwiegende Mehrheit der Befragten konstatiert die fußläufige Erreichbarkeit der Bushaltestellen, lediglich in den Bezirksregionen Zehlendorf Südwest und Zehlendorf Nord wird auf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



**Abbildung 46: Fußläufige Erreichbarkeit eines U-/S-Bahnhofs nach Bezirksregionen**

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 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.<sup>55</sup>



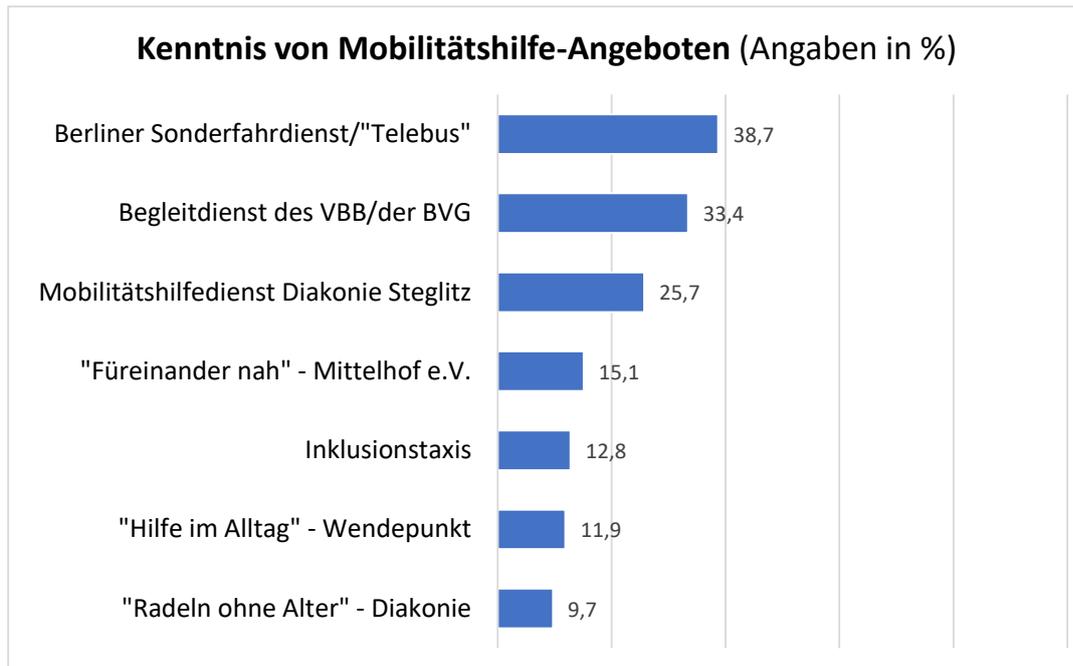
**Abbildung 47: Beurteilung des Angebots öffentlicher Verkehrsmittel als ausreichend nach Gesundheitszustand**

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.

#### **4.4 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 verfügbaren Angebote sie kennen.

<sup>55</sup> Gerike R, Hubrich S, Ließke F, Wittig S & Wittwer R: Tabellenbericht zum Forschungsprojekt „Mobilität in Städten - SrV 2018“ in Berlin (Steglitz-Zehlendorf). TU Dresden, 2019, S. 31 [https://www.berlin.de/sen/uvk/\\_assets/verkehr/verkehrsdaten/zahlen-und-fakten/mobilitaet-in-staedten-srv-2018/berlin\\_tabellen\\_steglitz-zehlendorf.pdf](https://www.berlin.de/sen/uvk/_assets/verkehr/verkehrsdaten/zahlen-und-fakten/mobilitaet-in-staedten-srv-2018/berlin_tabellen_steglitz-zehlendorf.pdf)



**Abbildung 48: Kenntnis von Mobilitätshilfe-Angeboten**

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, bezirkswest 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.<sup>56</sup> „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“. „Radeln ohne Alter“ wird im Bezirk an zwei Standorten vorgehalten – in Wannsee und Zehlendorf.<sup>57</sup>

Nicht gefragt hatten wir nach Fahrdiensten von Wohlfahrtsverbänden (meist auf Antrag) und denen von sonstigen Privatanbietern, die auch privat bezahlt werden müssen, sofern keine

<sup>56</sup> <http://inklusionstaxi.de/>

<sup>57</sup> <https://radelnohnealter.de/berlin/>

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.<sup>58</sup>

### 4.5 Zusammenfassung

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 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. Feststellen lässt sich auch, dass die bestehenden kompensatorischen Angebote noch wenig bekannt sind.

---

<sup>58</sup> <https://www.seniorenportal.de/alltagshilfen/alltagshelden-unterstuetzen-bei-taeglichen-aufgaben-und-projekten/fahrdienste-fuer-mehr-unabhaengigkeit-und-mobilitaet-im-alter>

## 5 Handlungsempfehlungen

### 5.1 Gesundheitliche Situation

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 des Runden Tisches „Gut älter werden in Steglitz-Zehlendorf“ sowie die Erprobung der Berliner Hausbesuche in der Modellregion Lankwitz 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 in Steglitz-Zehlendorf“ und wird in naher Zukunft auch durch eine systematische Auswertung der „Berliner 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 gewahr 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.

Die unmittelbare Wohnumgebung ist für ältere Menschen von zentraler Bedeutung. Vor allem die Bezirksregionen Lankwitz und Ostpreußendamm müssen besondere Aufmerksamkeit erhalten. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf die Etablierung von Gesundheitsangeboten, sondern bezieht sich auch auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Verhältnisse vor Ort, beispielsweise die 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.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Die Kerngruppe „Gesund älter werden in der Thermometersiedlung“ verfolgt das Anliegen, durch den Aufbau von sog. Präventionsketten bedarfsgerechte Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen vorzuhalten und weiterzuentwickeln. Damit diese Initiativen auch dann noch wirken, wenn bestimmte Projekt-Fördermittel auslaufen, müssen die entwickelten Strukturen nachhaltig gesichert werden.

Die Bezirksregion Lankwitz sollte im Zentrum weiterer sozialräumlich ausgerichteter und konzertierter 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.

Es erscheint notwendig, Angebote zu machen, die gezielt das seelische Wohlbefinden unterstützen und darüber hinaus auch zur Selbstfürsorge anleiten. Nach den vorliegenden Ergebnissen sind dabei hochaltrige Menschen, Frauen, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und die Menschen in der Bezirksregion Albrechtstraße vorrangig 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 hohes Maß an emotionaler Belastung bei gleichzeitig geringeren Möglichkeiten der Kompensation (Intersektionalität).<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Ursprünglich aus den USA stammend (vgl. Hill Collins P & Bilge S: Intersectionality. New York: Wiley 2020) ist dieser Erklärungsansatz zu den Auswirkungen gleichzeitig wirkender Dimensionen von Benachteiligung in den Sozialwissenschaften - vor allem der Geschlechter- und Rassismuskforschung - recht gut etabliert (beispielsweise Schutzbach F: Die Erschöpfung der Frauen. München: Droemer Knauer 2021). In den Gesundheitswissenschaften findet eine vorsichtige Annäherung statt (Jahn I & Brand T: Intersektionalität als Konzept zur Analyse sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten. Das Gesundheitswesen 2015; 77 - A29, DOI: 10.1055/s-0035-1562985)

## 5.2 Gesundheitsrelevantes Verhalten

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 in ihrem eigenen Engagement durch strukturelle Maßnahmen 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. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass sie in besonderem Maße auch von strukturellen Verbesserungen profitieren würden. Denn in unseren Auswertungen geht das unterschiedliche Ausmaß an Multimorbidität, anerkannter Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit eher mit dem Leben in unterschiedlichen Bezirksregionen als mit unterschiedlichem gesundheitsbezogenen Verhalten einher.

Spaziergehen erfreut sich über alle Altersgruppen hinweg und bei beiden Geschlechtern großer Beliebtheit. Somit ist der Ausbau von Spaziergangsangeboten in Kooperation mit bezirklichen Freizeistätten 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 möglichst 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 aufzunehmen 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 Thermometersiedlung 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.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

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 LebensMittelPunkte<sup>60</sup>, sowie die Einrichtung von Mittagstischen insbesondere in den genannten Regionen, erscheinen vor dem Hintergrund der Ergebnisse sinnvoll.

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 (erhöhte Sturzgefahr) und Wechselwirkungen mit Medikamenteneinnahme zu thematisieren.

Dass es jedoch nicht ausschließlich um Wissensvermittlung geht, 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.

Was die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen betrifft, so empfiehlt es sich, die Inanspruchnahme durch hochaltrige Menschen zu stärken. Die Zahn- und Mundgesundheit hat Einfluss auf die Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme und zur Kommunikation. Zudem können durch die

---

<sup>60</sup> <https://www.berlin.de/ernaehrungsstrategie/projekte/artikel.1251215.php>

Mundhöhle Krankheitserreger eintreten und den Allgemeinzustand verschlechtern.<sup>61,62</sup> Die Sensibilisierung von Pflegediensten als Multiplikator\*innen, sowie von Angehörigen pflegebedürftiger Menschen wäre neben der Ansprache hochaltriger Menschen selbst, eine wichtige Maßnahme der Gesundheitsförderung im Bezirk.

### 5.3 Gesundheit und Mobilität

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 Freizeitstätten sollte weiter ausgebaut 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 die 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

---

<sup>61</sup> Nitschke I & Hahnel S: Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen: Chancen und Herausforderungen. Bundesgesundheitsblatt 2021, 64:802-811. S. 802  
<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03358-1>

<sup>62</sup> World Health Organisation: Oral health. Key facts, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>. Zugegriffen: 13.12.2022

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

anderer Formen der integrierten Versorgung, in denen verschiedene Berufsgruppen zusammenarbeiten<sup>63</sup>, und von denen Gesundheitszentren eine Variante darstellen.<sup>64</sup>

Die Mobilitätshilfe-Angebote haben das Potential, wichtige Unterstützungsleistungen für mobilitätseingeschränkte Menschen zu erbringen, sind aber noch zu wenig bekannt. Möglicherweise sind Angebote auch deshalb nicht so bekannt, weil deren kostenlose Nutzung an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist. Hier sollte 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 Impfbüros 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.

---

<sup>63</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, 2017, S. 163

<sup>64</sup> <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/>

# Schlussbemerkungen

Prägend für unseren Bezirk ist, dass viele ältere Menschen hier wohnen. Somit ist es naheliegend, danach zu fragen, wie sie auch im hohen Alter gut leben können. Und danach, wie wir alle im hohen Alter hier gut leben können. Natürlich ist jeder Einzelne und jede Einzelne gut beraten, dazu nach eigenem Vermögen beizutragen. Doch auf die Gesundheit von Menschen wirken mehr Einflüsse als der eigene Lebensstil. Auch die Bedingungen vor Ort, im sozialen Nahraum, spielen eine wichtige Rolle. Hier bilden Verwaltung, freie Träger und Kirchen, sowie weitere Engagierte ein Netzwerk, das Weichen stellt, Voraussetzungen schafft, und damit die Gesundheit der Bürger\*innen ebenfalls positiv beeinflussen kann.

Die vorliegenden Daten ermöglichen einen differenzierten Blick auf die Lebenssituationen älterer Menschen im Bezirk. Sie zeigen auf, welche Ressourcen vorhanden sind und wo Handlungsbedarf besteht. Sie versetzen uns als Bezirk in die Lage, die Rahmenbedingungen für „Gutes Älter werden“ zielgenau zu verbessern, statt auf der ungewissen Grundlage von Annahmen zu agieren. Die abgeleiteten Handlungsempfehlungen skizzieren den Fahrplan für die kommenden Jahre.

Da liegt eine Menge Arbeit vor uns und nicht für alle Aufgaben ist bereits eine Lösung in Sicht. Glücklicherweise können wir als Verwaltung uns in unserem Bemühen auf ein breites Netzwerk aus freien Trägern, Kirchen, Stiftungen und Seniorenvertretung stützen, die mit einem hohen Grad an Engagement und Expertise an unserer Seite stehen. Auch Senior\*innen aus dem Bezirk verfolgen unsere Arbeit, machen uns aufmerksam auf das, was sie vermissen und auf das, was ihnen gefällt. In diesem Sinne gilt uns herzlichster Dank allen, die unseren Bezirk konstruktiv und fortwährend mitentwickeln in Richtung eines Bezirkes, der die Gesundheit älterer Menschen stärkt und fördert. Wir werden das unsere dazu beitragen.

Bezirksamt  
Steglitz-Zehlendorf

**BERLIN**



Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf  
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination  
im Öffentlichen Gesundheitsdienst (QPK)  
Tel. (030) 90 299-1261 / -5213  
[marion.mikula@ba-sz.berlin.de](mailto:marion.mikula@ba-sz.berlin.de) /  
[susanne.bettge@ba-sz.berlin.de](mailto:susanne.bettge@ba-sz.berlin.de)

© Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin  
Stand 04/2023