



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

Ältere Menschen in München - Gesundheit und Umweltbedingungen

Sonderauswertung der Studie „Älter werden in München“
Gesamtbericht

Gesundheits- und Umweltberichterstattung
der Landeshauptstadt München

Impressum

Herausgeberin

Referat für Gesundheit und Umwelt
Landeshauptstadt München
Bayerstr. 28a
80335 München
www.muenchen.de/rgu

Berichterstellung

Doris Wohlrab, Dipl. Soziologin
Nachhaltige Entwicklung, Gesundheits- und Umweltberichterstattung
gube-ne.rgu@muenchen.de
Telefon: 089 – 233 47782

Download des Berichts

<http://www.muenchen.de/gbe> (→ Veröffentlichungen)

Dank

Das Referat für Gesundheit und Umwelt dankt dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung sowie dem Sozialreferat für die Möglichkeit der gemeinsamen Nutzung der Studiendaten und für die sehr gute und kooperative Zusammenarbeit.

Stand: Juli 2015

Gesund alt werden in München

Wenngleich die Landeshauptstadt München im Vergleich zur demografischen Entwicklung auf Bundesebene und in vielen anderen Kommunen eine junge Stadt ist, wird in den nächsten Jahren besonders die Anzahl der Hochaltrigen deutlich ansteigen.

Um diesen absehbaren Entwicklungen gerecht zu werden, sind alle kommunalen Politikbereiche gefragt, im Sinne der WHO, eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik ('Health in all Policies') zu realisieren und damit zu einem 'gesunden Älterwerden' für die Münchnerinnen und Münchner der Landeshauptstadt München beizutragen.

Der vorliegende Schwerpunktbericht 'Ältere Menschen' der Gesundheits- und Umweltberichterstattung des Referates für Gesundheit und Umwelt greift dieses gesamtstädtische Anliegen in mehrfacher Hinsicht auf:

Es werden sowohl gesundheits- als auch umweltrelevante Analysen zur Situation sowie den Bedarfen älterer Menschen in München thematisiert und im Sinne einer integrierten Berichterstattung der Zusammenhang von sozialer Lage, Gesundheitszustand und Umweltbedingungen detailliert dargestellt.

Der Bericht fußt überwiegend auf Daten der aktuellen Studie 'Älter werden in München', die federführend vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung unter enger Mitwirkung des Sozialreferats durchgeführt wurde. Mit der Studie sollten vor allem die Wünsche und Bedarfe zukünftiger Generationen von Seniorinnen und Senioren eruiert werden. Deshalb wurden 55 bis 74-jährige Münchnerinnen und Münchner in einigen ausgewählten Quartieren befragt.

Die Befragungsdaten wurden dem Referat für Gesundheit und Umwelt für eigene detaillierte Analysen zur Verfügung gestellt. Diese Vorgehensweise stellt ein gelungenes Beispiel für die enge Kooperation städtischer Referate und daraus resultierender Synergieeffekte dar. Den beiden Referaten sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen in beeindruckender Form den engen Zusammenhang von sozialer Lage und dem (subjektiven) Gesundheitszustand sowie den Umweltbedingungen auf. Aufgrund der kleinräumigen Analysen werden innerstädtische Disparitäten der Gesundheits- und Lebensbedingungen von (zukünftig) älteren Münchnerinnen und Münchner sichtbar. Es zeigen sich kumulierende Belastungen in einzelnen Quartieren, die als Ausdruck mangelnder Chancengerechtigkeit hinsichtlich einer gesundheits- und lebensqualitätsfördernden Umwelt innerhalb des Stadtgebiets gelten können.

Die vorliegenden Daten weisen auf die hohe Bedeutung verhältnispräventiver Angebote im Setting Quartier hin. Dabei ist es wichtig, die Partizipation von Bürgerinnen und Bürgern bereits in der Planungsphase von Angeboten zu realisieren.

Auf Basis der Analysen kann das Referat für Gesundheit und Umwelt seine eigenen Planungen und Maßnahmen im Sinne eines 'gesunden Älterwerdens' besser an sozialräumlichen Gegebenheiten und an zielgruppenspezifischen Bedarfen ausrichten. Gleichzeitig können andere Referate die Daten nutzen, um das Thema Gesundheit im Rahmen ihrer Planungsaufgaben stärker als Querschnittsthema in der Stadt zu verankern.

Mit dem vorliegenden Bericht wird Ihnen ein hilfreiches Nachschlagewerk an die Hand gegeben, das für Sie eine anregende und gewinnbringende Lektüre sein kann.



Joachim Lorenz
Referent für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München

Inhaltsverzeichnis

A Zusammenfassung

1. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Folgerungen

B Grundlagen

2. Einführung
3. Soziodemografische Grundlagen und Entwicklungen
4. Studie 'Älter werden in München' (ÄwiM) – Grundlagen und Methodik

C Themenfelder der Leitlinie Gesundheit

5. Gesundheitliche Chancengleichheit
6. Prävention und Gesundheitsförderung
7. Gesundheitsförderliche Umwelt
8. Gesundheitliche Versorgung

D Methodik und Verzeichnisse

9. Statistik und Methodik
10. Verzeichnisse

1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Folgerungen.....	7
1.1 Gesundheitliche Chancengleichheit.....	9
1.2 Prävention und Gesundheitsförderung.....	9
1.3 Gesundheitsförderliche Umwelt	14
1.4 Gesundheitliche Versorgung.....	16
1.5 Durchgängige Ergebnisse.....	17
1.6 Folgerungen.....	18
2 Einführung.....	25
2.1 Grundlagen und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung.....	25
2.2 Inhalte und Aufbau des Berichts.....	26
3 Soziodemografische Grundlagen und Entwicklungen	30
3.1 Bevölkerung	30
3.2 Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030.....	33
4 Studie 'Älter werden in München' (ÄwiM) – Grundlagen und Methodik	39
5 Gesundheitliche Chancengleichheit.....	47
5.1 Theoretischer Hintergrund.....	47
5.2 Soziale Lage.....	47
5.3 Geschlecht	48
5.4 Migrationshintergrund	49
5.5 Menschen mit Behinderungen.....	50
5.5.1 Schwerbehindertenstrukturstatistik nach dem SGB IX.....	51
5.5.2 Studie zur Lebens- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen in München.....	53
5.5.2.1 Soziale Lage, Wohnsituation und Umweltbedingungen.....	54
5.5.2.2 Gesundheitliche Lage.....	55
5.6 Sexuelle Orientierung.....	57
5.7 Gesunde Stadt für alle	59
6 Prävention und Gesundheitsförderung.....	60
6.1 Theoretischer Hintergrund.....	60
6.2 Einkommensstruktur und Bildungsstatus.....	63
6.2.1 Einkommensstruktur	64
6.2.2 Bildungsstatus	70
6.3 Gesundheitszustand.....	72
6.3.1 Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand.....	72
6.3.2 Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand - multivariate Analyse.....	78
6.3.3 Körperliche, seelische Gesundheit und Alltagsaktivitäten.....	80
6.3.4 Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten.....	86
6.3.5 Einschränkungen bei spezifischen Tätigkeiten.....	90
6.3.6 Pflegebedürftigkeit	94
6.3.7 Besitz eines Schwerbehindertenausweises	95
6.4 Gesundheitsverhalten.....	98
6.4.1 Sportliche Aktivitäten.....	98

6.4.2	Nutzung von Fahrrädern sowie Einschränkungen beim Fahrradfahren.....	103
6.4.3	Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung.....	108
6.5	Bürgerschaftliches Engagement, soziale Netzwerke und Nachbarschaft	113
6.5.1	Bürgerschaftliches Engagement.....	113
6.5.2	Unterstützendes Netzwerk.....	119
6.5.3	Größe des Freundeskreises und Unterstützungspotenziale.....	122
6.5.4	Räumliche Nähe zu Bezugspersonen.....	126
6.5.5	Nachbarschaftliche Kontakte.....	127
6.6	Bedenken und Ressourcen hinsichtlich des Älterwerdens.....	134
6.6.1	Bedenken im Hinblick auf das Älterwerden.....	134
6.6.1.1	Einschätzungen zur finanziellen Entwicklung.....	136
6.6.1.2	Notwendigkeit zur Beantragung von Sozialleistungen im Alter.....	141
6.6.1.3	Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen bei Anspruchsberechtigung.....	147
6.6.1.4	Einsparungen bei Gesundheitsausgaben	149
6.6.2	Ressourcen im Hinblick auf das Älterwerden.....	150
6.7	Differenz von gefühltem und biologischem Alter	152
6.8	Allgemeine Zufriedenheit mit spezifischen Lebensaspekten.....	153
7	Gesundheitsförderliche Umwelt	158
7.1	Theoretischer Hintergrund	158
7.1.1	Umweltgerechtigkeit.....	158
7.1.2	Nachhaltige Entwicklung	161
7.1.3	Klimawandel.....	162
7.2	Energieeinsparpotenziale.....	166
7.3	Zufriedenheit mit den Umweltbedingungen im Wohnviertel.....	167
7.3.1	Subjektive Einschätzungen der Umweltbedingungen.....	168
7.3.2	Abgleich mit den Ergebnissen der Lärmkartierung 2012.....	173
7.4	Integrierte Betrachtung von Umweltbedingungen, sozialer Lage und subjektivem Gesundheitszu- stand auf Ebene der Untersuchungsgebiete	176
7.5	Sicherheit im öffentlichen Raum.....	180
7.6	Städtebauliche Strukturen, Infrastruktur und Aufenthaltsqualität im öffentlichen Raum.....	181
7.7	Öffentlicher Nahverkehr.....	183
7.8	Kleingärten	185
7.9	Barrierefreiheit und technische Unterstützungssysteme	189
7.9.1	Wohnungsausstattung.....	189
7.9.2	Bedarf an barrierefreien Wohnungen.....	190
7.9.3	Barrierefreiheit im öffentlichen Raum.....	193
7.9.4	Technische Unterstützungssysteme	194
8	Gesundheitliche Versorgung.....	197
8.1	Theoretischer Hintergrund.....	197
8.2	Krankenversicherungsstatus.....	197
8.3	Beurteilung der Angebotsstruktur für ältere Menschen.....	199
8.3.1	Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen.....	200
8.3.2	Nutzung von Angeboten für ältere Menschen.....	204
8.3.3	Generelle Beurteilung der Angebotsstruktur.....	207
8.3.4	Fehlende Angebote für ältere Menschen.....	209
8.3.5	Präferenz für spezifische Anbieter bei Angeboten für ältere Menschen.....	210
8.3.6	(Un-)Zufriedenheit mit der gesundheitsbezogenen Angebotsstruktur im Viertel.....	213
8.3.7	Wunsch nach generationenübergreifenden oder altersgruppenspezifischen Angeboten.....	216
8.4	Pflegerische Versorgung.....	219
8.4.1	Anforderungen an die pflegerische Versorgung.....	219
8.4.2	Einstellungen zu Pflege	223
8.4.3	Pflegepotenzial.....	227
8.4.3.1	Pflegepersonen bei eigener Pflegebedürftigkeit.....	227
8.4.3.2	Unterstützungspotenziale im Falle eigener Pflegebedürftigkeit.....	228
8.4.3.3	Beteiligung an der Pflege anderer Personen.....	229
8.4.3.4	Generelle Pflegebereitschaft.....	232
8.5	Informationsverhalten.....	236
8.6	Wünsche und Forderungen zu gesundheitsrelevanten Themenbereichen an die LH München.....	237
8.7	Ergebnisse der amtlichen Pflegestatistik 2011.....	239
8.7.1	Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen.....	240
8.7.2	Stationäre Pflege	243
8.7.3	Struktur der ambulanten Pflegedienste	244
8.7.3.1	Leistungsempfänger nach Art des Trägers und Größe der Pflegedienste	244
8.7.3.2	Struktur der Leistungsempfänger in den ambulanten Pflegediensten.....	246

8.7.3.3 Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten.....	247
8.7.4 Ambulant betreute Wohngemeinschaften.....	249
9 Statistik und Methodik.....	253
9.1 Statistische Methoden und Begriffe.....	253
9.2 Bildung der Einkommensgruppen der Haushalte	254
10 Verzeichnisse.....	255
10.1 Abbildungsverzeichnis.....	255
10.2 Tabellenverzeichnis.....	259

A

Zusammenfassung

1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Folgerungen

„Stadtgesundheit ist eine wichtige Zukunftsaufgabe.“

Strategische Leitlinie

'Sozialen Frieden durch Soziale Kommunalpolitik sichern'

Der vorliegende Gesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt 'Ältere Menschen' stellt eine umfangreiche und wichtige Datengrundlage für Planungsprozesse im Referat für Gesundheit und Umwelt sowie für andere Referate dar – im Sinne der Umsetzung von 'Health in all Policies'. Die im Bericht analysierten Daten beruhen überwiegend auf einer thematischen Sonderauswertung der Studie 'Älter werden in München' (→ Kap. 4).

Diese Zusammenfassung enthält ausgewählte Aspekte des Gesamtberichts und eine kurze Darstellung wichtiger bzw. über den gesamten Bericht hinweg durchgängiger Ergebnisse. Außerdem umfasst sie ausgewählte Folgerungen bzw. Handlungsempfehlungen, die sich aus den Datenanalysen ergeben.

Der vorliegende Gesundheitsbericht ist als **Nachschlagewerk** zu verstehen. Die interessierten Leserinnen und Leser können anhand des Inhaltsverzeichnisses und der Zusammenfassung die für sie relevanten Themenbereiche festlegen und ausführliche Analysen dazu gezielt in den jeweiligen Kapiteln des Berichts nachlesen. An manchen Stellen kann es dadurch teilweise zu Überschneidungen der Handlungsempfehlungen kommen, die sich jeweils direkt an die inhaltlichen Auswertungen anschließen, da für verschiedene Themenbereiche ähnliche Handlungsempfehlungen sinnvoll erschienen.

Demografische Grundlagen

Ende des Jahres 2013 lebten in der LH München 1,465 Mio Einwohnerinnen und Einwohner (mit Hauptwohnsitzberechtigung). Der Anteil der Seniorinnen und Senioren ab 65 Jahren lag bei 17,7% (absolut ca. 259.000). Die Anzahl der Einpersonenhaushalte bei den ab 80-Jährigen lag zu diesem Zeitpunkt bei etwa 29.000.

Der demografische Wandel in der LH München folgt nicht den üblichen, bundesweiten Entwicklungslinien. Das liegt vor allem an den hohen Zahlen von (zuwandernden) Personen in den Jahrgängen der beruflichen Qualifikation sowie der Erwerbstätigkeit. Die Bevölkerung der LH München ist deshalb im Vergleich zu ganz Bayern jung (→ Kap. 3).

Nichtsdestoweniger ist bis 2030 davon auszugehen, dass die Anzahl der Hochaltrigen ab 75 Jahren um insgesamt 31% Prozent ansteigen wird (absolut um ca. 33.500 Personen). Sie sind damit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in der LH München. Besonders stark wird die Anzahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund ansteigen.

Mit zunehmenden Alter treten vermehrt gesundheitliche Beeinträchtigungen auf und damit steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Die absolute Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe stellt eine Herausforderung für die Planung und Ausrichtung von infrastrukturellen Angeboten im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung, Beratung, Pflege und Versorgung dar.

Wichtig für die notwendigen Planungsprozesse im Gesundheits- und Sozialbereich (aber auch der Stadtentwicklung und anderer Planungsbereiche) ist darüber hinaus die Beachtung der sehr unterschiedlichen demografischen Entwicklungen in den einzelnen Stadtbezirken.

Schwerpunktbericht 'Ältere Menschen'

Die Schwerpunktsetzung dieses Gesundheitsberichts auf die Zielgruppe älter werdender Menschen erfolgte u.a. aufgrund der zu erwartenden demografischen Entwicklungen (→ Kap. 3).

Die hier vorgelegten Analysen stellen eine wichtige Basis für die vom Referat für Gesundheit und Umwelt geplante Beschlussvorlage 'Gesund alt werden' dar (→ Kap. 2).

Die vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialreferat in Auftrag gegebene, themenfeldübergreifende Studie 'Älter werden in München' liefert eine umfangreiche Datenbasis, die dem Referat für Gesundheit und Umwelt für detaillierte Auswertungen in seinem Themenbereich zur Verfügung gestellt wurde. Der vorliegende Bericht umfasst überwiegend die vom Referat für Gesundheit und Umwelt vorgenommenen Sonderauswertungen zu den Themenfeldern Gesundheit und Umweltbedingungen.

Sowohl der im April 2015 vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung dem Stadtrat vorgestellte Endbericht der Studie¹ als auch die Sonderauswertungen des Referates für Gesundheit und Um-

¹ Ausschuss für Stadtplanung und Bauordnung am 15.4.2015, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 02540; Endbericht der Studie 'Älter

welt sollen in den vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung und vom Sozialreferat gemeinsam geplanten, referatsübergreifenden Arbeitsprozess zum Aufbau einer integrierten, quartiersbezogenen Seniorenpolitik einfließen. Die differenzierten gesundheits- und umweltrelevanten Auswertungen im hier vorliegenden Bericht ermöglichen es, in diesem Prozess Gesundheit als Querschnittsthema in allen Politikfeldern aufzugreifen und entsprechend der Leitlinie Gesundheit die Forderung nach 'Health in all Policies' umzusetzen.

Inhaltliche Struktur des Berichts

Der Bericht orientiert sich inhaltlich an den Themenfeldern der Leitlinie Gesundheit²:

- Gesundheitliche Chancengleichheit (→ Kap. 5)
- Prävention und Gesundheitsförderung (→ Kap. 6)
- Gesundheitsförderliche Umwelt (→ Kap. 7)
- Gesundheitliche Versorgung (→ Kap. 8).

Studie 'Älter werden in München' – Methoden

Die Studie 'Älter werden in München' (ÄwiM) wurde vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung, in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialreferat und mit finanzieller Unterstützung der Obersten Baubehörde in Auftrag gegeben. Den Auftrag zur Durchführung erhielt das Institut Weeber + Partner gemeinsam mit Prof. Ulrich Otto³ (→ Kap. 4).

Vorrangiges Ziel der integriert ausgerichteteten Studie war es, die Lebenslagen und Bedarfe der **zukünftig älteren Münchnerinnen und Münchner** zu erfassen, d.h. deren prospektive Bedarfe zu eruieren. Aus diesem Grunde wurden nicht Hochaltrige, sondern Personen ab 55 Jahren bis einschließlich 74 Jahren befragt, die für die Auswertungen in die Gruppen der 'Jüngeren' (55-64 Jahre) und der 'Älteren' (65-74 Jahre) unterteilt wurden.

Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwiefern verschiedene städtebauliche Strukturtypen einer älter werdenden Bevölkerung die notwendigen Voraussetzungen für ein Altern in Selbständigkeit im Quartier zur Verfügung stellen können.

Auf Basis städtebaulicher und sozialer Kriterien wurden fünf Quartierstypen mit insgesamt elf kleinräumigen Untersuchungsgebieten in München ausgewählt (Karte mit den ausgewählten Untersuchungsgebieten → Kap. 4):

- Gründerzeit: Sendling, Schwabing
- 1920/50er Jahre: Ramersdorf, Laim/Kleinhadern
- Großwohnsiedlungen: Lerchenau, Neuperlach
- Neubaugebiete: Messestadt Riem, Ackermannbogen, Zentrale Bahnflächen
- Einzel- und Reihenhausbaugebiete: Obermenzing, Ostpark.

Aus diesen elf Untersuchungsgebieten wurden insgesamt fast 10.000 Personen zwischen 55 und 74 Jahren angeschrieben und gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. 2.751 Fragebögen wurden letztlich zurückgeschickt und gingen in die Auswertung ein. Das entspricht einer Rücklaufquote von 28,4%⁴.

Ergänzt wurde diese quantitative Erhebungsmethode mit qualitativen Methoden, etwa Gruppendiskussionen mit speziellen Zielgruppen (Menschen mit Demenz, ältere Menschen mit Behinderungen, ältere Alleinlebende, ältere Menschen aus der LesbianGayBisexualTransgender-Community und älteren Migrantinnen und Migranten). Darüber hinaus wurden in den Untersuchungsgebieten Stadtteilspaziergänge oder Quartiersforen durchgeführt.

Grundsätzlich wurden alle Fragestellungen differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen und Untersuchungsgebieten ausgewertet. Häufig wurde in den Auswertungen auch nach Alleinlebenden und Nicht-Alleinlebenden unterschieden.

werden in München'. www.muenchen.de/aelterwerden

2 Referat für Gesundheit und Umwelt (2010): Rundum Gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern. Im weiteren Text wird sie jeweils nur als 'Leitlinie Gesundheit' zitiert.

3 Fachhochschule St. Gallen, Leiter Kompetenzzentrum Generationen, seit 01.09.2014 Leiter Careum Forschung, Forschungsinstitut Kalaidos Fachhochschule Zürich, Department Gesundheit

4 Der Rücklauf entspricht bezüglich der Verteilung nach Geschlecht und Altersgruppen, nicht jedoch hinsichtlich des Migrationshintergrundes, relativ genau der angeschriebenen Stichprobe.

Keine Repräsentativität der Ergebnisse auf gesamtstädtischer Ebene

Aufgrund der Stichprobenauswahl in elf ausgewählten, kleinräumigen Untersuchungsgebieten können die Ergebnisse nicht als repräsentativ für die ganze LH München betrachtet werden. Prozentangaben über alle Befragten hinweg beziehen sich immer nur auf die im Rahmen der Studie befragten Personen aus den elf Untersuchungsgebieten und sind deshalb keinesfalls als Aussage für alle Münchnerinnen und Münchner interpretierbar.

Dennoch ist davon auszugehen, dass die grundsätzlichen Zusammenhänge bei Analysen nach den Standardvariablen (etwa der starke Zusammenhang des subjektiven Gesundheitszustands mit der Einkommenssituation der Haushalte) prinzipiell auch für die gesamte Stadt gelten. Bei einer stadtweiten repräsentativen Befragung würde sich deshalb wohl nichts Wesentliches an der Richtung des Zusammenhangs ändern, gegebenenfalls lediglich einzelne Prozentangaben.

1.1 Gesundheitliche Chancengleichheit

„Die Gesundheitspolitik der Landeshauptstadt München orientiert sich am WHO-Ziel 'Gesundheit für alle' und leistet einen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit für ihre Stadtbevölkerung.“

Leitlinie Gesundheit

Die gesundheitliche Lage von Individuen ist von verschiedenen Determinanten abhängig, allen voran von der sozialen Lage. Nationalität, Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung oder das Vorliegen einer Behinderung können ebenso Einfluss auf die gesundheitliche Situation von Menschen haben. In → Kap. 5 werden dazu teils theoretische, teils empirische allgemeine Grundlagen berichtet.

Der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage ist vielfach belegt. Eine schlechte Einkommenssituation ist beispielsweise mit einer deutlich reduzierten Lebenserwartung assoziiert. Die in den Geschlechterrollen enthaltenen gesellschaftlichen Anforderungen haben ebenfalls Auswirkungen auf den Gesundheitszustand bzw. das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern. Das Gesundheitsverhalten sowie der Gesundheitszustand von Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich teilweise vom Verhalten bzw. Gesundheitszustand derjenigen ohne Migrationshintergrund.

Um die Bedarfe von älter werdenden Menschen nicht-heterosexueller Orientierung besser ermitteln zu können, wurde im Rahmen der Studie 'Älter werden in München' ein spezieller Zielgruppenworkshop durchgeführt⁵.

Über die Lebenslagen und gesundheitliche Situation von Menschen mit Behinderungen ist in der Regel wenig bekannt. Deshalb werden im Bericht einige ausgewählte Ergebnisse der vom Sozialreferat in Auftrag gegebenen 'Studie zur Lebens- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen' berichtet.

1.2 Prävention und Gesundheitsförderung

„Die Landeshauptstadt München räumt der Prävention und Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert ein. [...]

Wichtige Grundprinzipien in der Gesundheitsförderung sind Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung.“

Leitlinie Gesundheit

Die Kommune wird häufig als gesundheitsförderliches Setting bezeichnet, deren Aufgabe es ist, Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit zu schaffen. Zentraler Ansatzpunkt ist dabei die Ausgestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt, die sich an konkreten sozialräumlichen Bedarfen und Strukturen orientieren sollte. Die Partizipation von Bürgerinnen und Bürgern bereits bei der Planung und Entwicklung konkreter Angebote gilt als Voraussetzung für gelingende Maßnahmen, die sich an den tatsächlichen Bedarfen der Betroffenen orientieren und die damit für sogenannte 'schwer erreichbare' Zielgruppen attraktiver sind (→ Kap. 6.1).

⁵ Unter LGBT-Gruppen werden Personen mit nicht-heteronormer sexueller Orientierung verstanden. Die Abkürzung steht im Englischen für: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/-sexual.

Subjektiver Gesundheitszustand

Die Erfassung des subjektiven, also selbst eingeschätzten Gesundheitszustands, hat sich in der Gesundheitsberichterstattung als aussagekräftiger und valider Indikator für den objektiven Gesundheitszustand erwiesen⁶. Neben einer Frage zum subjektiven Gesundheitszustand wurden noch weitere Fragen zur Einschätzung des Gesundheitszustands analysiert (z.B. Fragen zu körperlichen oder seelischen Belastungen oder Einschränkungen von Alltagsaktivitäten).

Neben bivariaten Analysen (d.h. Zusammenhangsanalysen zwischen zwei Variablen, z.B. subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht) wurde zusätzlich ein multivariates Verfahren zur Analyse herangezogen. Mit Hilfe der durchgeführten logistischen Regression wird eine abhängige Variable (in dem Fall der subjektive Gesundheitszustand) durch mehrere andere unabhängige Variablen erklärt. Ziel dieses Verfahrens ist es, den Einfluss einzelner unabhängiger Variablen (bei gleichzeitiger Kontrolle der anderen unabhängigen Variablen) einzuschätzen (→ Kap. 9.1 und Kap. 6.3).

Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht

Nach Geschlecht differenziert finden sich keine signifikanten Unterschiede des subjektiven Gesundheitszustands. Dies ergibt auch die multivariate Analyse.

Allerdings ergeben sich signifikante Unterschiede bezüglich der Mittelwerte bei allen drei Fragen nach der Anzahl von Tagen im letzten Monat mit seelischen oder körperlichen Einschränkungen und den Alltagsaktivitäten, wobei Frauen im Durchschnitt jeweils etwas höhere Werte angeben als Männer (→ Kap. 6.3).

Subjektiver Gesundheitszustand nach Altersgruppen

Der subjektive Gesundheitszustand wird von den älteren Befragten etwas schlechter angegeben als von den Jüngeren. Allerdings gibt es nur geringe Unterschiede in den Kategorien des 'schlechten'/'weniger guten' Gesundheitszustands zwischen den Altersgruppen. Jedoch beurteilen die Jüngeren ihren Gesundheitszustand häufiger als 'sehr gut' (27%) oder 'ausgezeichnet' (7%) als die Älteren (20% bzw. 4%) (→ Kap. 6.3). Im multivariaten Verfahren zeigt sich kein signifikanter Einfluss des Alters auf den subjektiven Gesundheitszustand.

Hinsichtlich der Anzahl der Tage im letzten Monat mit seelischen Beeinträchtigungen oder eingeschränkten Alltagsaktivitäten gibt es keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Dagegen geben die Älteren bei den Tagen mit körperlichen Beeinträchtigungen mit einem Mittelwert von 5,4 häufiger Beeinträchtigungen an als die Jüngeren mit einem Mittelwert von 4,5.

Einschränkungen speziell bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten werden von den Älteren ebenfalls etwas häufiger genannt. Allerdings geben selbst in der Gruppe der 55 bis 64-Jährigen bereits 11% an, hierbei 'sehr'/'eher eingeschränkt' zu sein, bei den Älteren sind dies 14%.

Differenziert nach Schwierigkeiten bei spezifischen Tätigkeiten gefragt, geben beispielsweise 32% der Älteren versus 20% der Jüngeren an, beim Laufen und Treppensteigen Probleme zu haben. Beim Heben und Tragen sind es 31% bzw. 24% und beim längeren Stehen 24% bzw. 19% der Älteren bzw. Jüngeren (→ Kap. 6.3).

Obwohl der subjektive Gesundheitszustand von den Befragten insgesamt als überwiegend gut beschrieben wird, hat auch bei den Jüngeren ein Fünftel bis ein Viertel bereits Schwierigkeiten bei spezifischen Tätigkeiten im Alltag.

Subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund

Der allgemeine subjektive Gesundheitszustand wird von Deutschen ohne Migrationshintergrund etwas besser eingeschätzt als von Deutschen mit Migrationshintergrund bzw. Ausländerinnen und Ausländern, wobei sich die beiden letztgenannten Gruppen wiederum nur unwesentlich in der konkreten Ausprägung unterscheiden. In der multivariaten Analyse sind die Unterschiede nach Migrationshintergrund nicht signifikant.

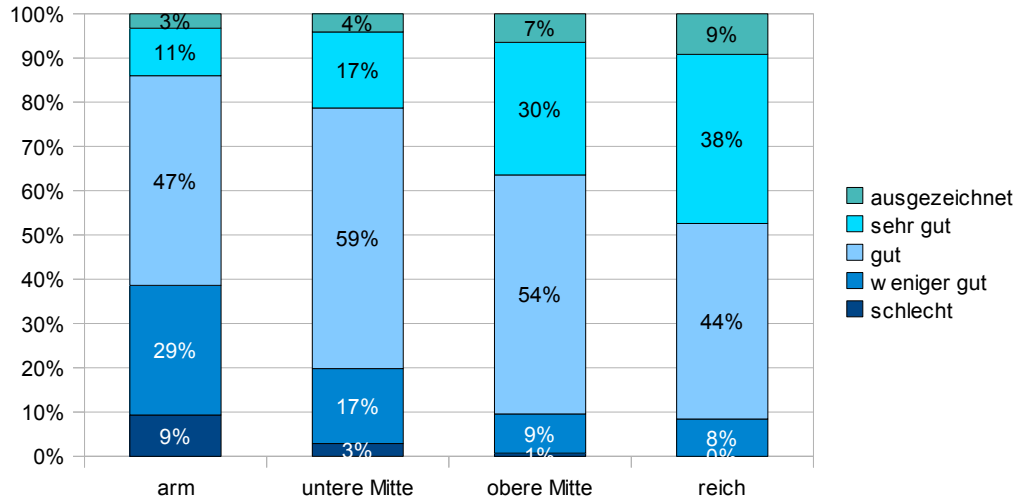
Bei der Frage nach der Anzahl der Tage mit körperlichen, seelischen und Alltagsbeeinträchtigungen zeigen sich jedoch signifikante Unterschiede, wonach Deutsche ohne Migrationshintergrund jeweils über weniger Beeinträchtigungen berichten (→ Kap. 6.3).

6 Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie 'Gesundheit in Deutschland aktuell 2009', S. 51

Subjektiver Gesundheitszustand und soziale Lage

Was den allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand betrifft, so ist den Studiendaten ein sehr deutlicher sozialer Gradient zu entnehmen. 14% der Befragten in armen Haushalten bezeichnen ihren subjektiven Gesundheitszustand als 'ausgezeichnet'/sehr gut'. Bei Personen aus der unteren Mitte sind dies 21%, aus der oberen Mitte 37% und aus reichen Haushalten 47%. Als 'schlecht'/weniger gut schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand 8% der Befragten aus reichen Haushalten ein, sowie 10% der oberen Mitte, 20% der unteren Mitte und 38% der Befragten aus armen Haushalten (→ Kap. 6.3 und zur Erläuterung der Einkommensgruppen → Kap. 9.2).

Abb. 1: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommensgruppen
in Prozent

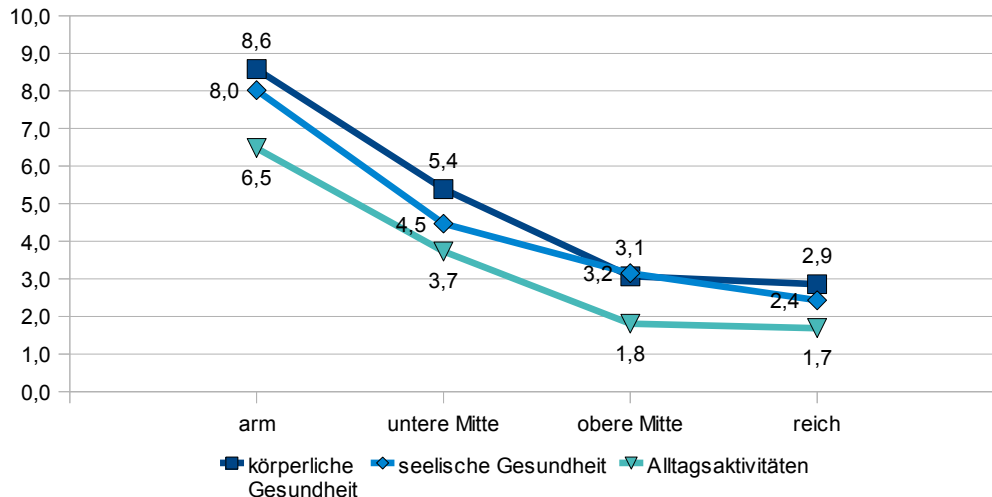


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.291, p<.001

In der multivariaten Analyse erweist sich die soziale Lage als wichtigster erklärender Einflussfaktor für den subjektiven Gesundheitszustand. Personen aus armen Haushalten haben in diesem Modell ein 4,7-fach höheres Risiko als Personen aus reichen Haushalten für einen subjektiv 'schlechten'/weniger guten Gesundheitszustand, Personen aus der unteren Mitte ein 2,1-fach höheres Risiko als Personen aus reichen Haushalten (→ Kap. 6.3).

Ebenso deutliche und in die gleiche Richtung weisende Unterschiede zeigen sich, wenn spezifisch nach der Anzahl von Tagen im letzten Monat mit Beeinträchtigungen der seelischen bzw. körperlichen Gesundheit oder Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten gefragt wird. Beispielsweise errechnet sich bei Personen aus armen Haushalten für die körperlichen Beeinträchtigungen ein Mittelwert von 8,6 Tagen, demgegenüber bei Befragten aus reichen Haushalten ein Mittelwert von 2,9 Tagen. Ähnliche Verteilungen ergeben sich für die Tage mit seelischen Beeinträchtigungen bzw. Einschränkungen der Alltagsaktivitäten (→ Kap. 6.3).

Abb. 2: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Einkommensgruppen
arithmetischer Mittelwert



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
einfaktorielle Varianzanalysen, körperlich n=241 / 957 / 654 / 234, seelisch n=243 / 949 / 647 / 233, Alltagsaktivitäten n=229 / 912 / 630 / 232, Welch-Tests $p < .001$, paarweise post-hoc Tests Tamhane

Für den Erhalt von Selbständigkeit und die Planung präventiver Angebote für ältere Menschen sind darüber hinaus Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten von besonderer Relevanz. 30% der Personen aus armen Haushalten sind dabei 'sehr'/'eher eingeschränkt' versus 4% der Personen aus reichen Haushalten (→ Kap. 6.3).

Subjektiver Gesundheitszustand in den Untersuchungsgebieten

Da die sozioökonomische Lage in einem sehr starken Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand steht, ist es nicht überraschend, dass sich dies auf Ebene der Untersuchungsgebiete ebenfalls widerspiegelt.

Die elf Untersuchungsgebiete unterscheiden sich hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Struktur deutlich voneinander. Während beispielsweise in den Untersuchungsgebieten der 1920/50er Jahre Laim/Kleinhadern und Ramersdorf der Anteil armer Haushalte bei 28% bzw. 25% liegt, liegt er in den Einfamilien-/Reihenhausgebieten am Ostpark und Obermenzing bei 7% bzw. 4%. Für den Bildungsstatus in den Untersuchungsgebieten gelten ähnliche Verteilungsmuster (→ Kap. 6.2).

Die sozioökonomischen Unterschiede in den Untersuchungsgebieten stehen in Zusammenhang mit vielen gesundheitsrelevanten Variablen. Die gesundheitsbezogenen Unterschiede zwischen den Quartieren können deshalb weniger den spezifischen städtebaulichen Strukturen der Quartiere, als vielmehr deren Sozialstruktur zugeschrieben werden.

Was die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand betrifft, so sind die Anteile von Personen mit 'schlechtem'/'weniger gutem' Gesundheitszustand besonders hoch in den Gebieten der 1920/50er Jahre Laim/Kleinhadern und Ramersdorf, gefolgt von der Messestadt Riem und der Lerchenau. Besonders hohe Anteile von Personen mit subjektiv 'ausgezeichnetem'/'sehr gutem' Gesundheitszustand und gleichzeitig geringen Anteilen mit 'schlechtem'/'weniger gutem' Gesundheitszustand lassen sich in Schwabing, in Obermenzing und im Gebiet am Ostpark feststellen (→ Kap. 6.3).

Subjektiver Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit

Je besser der subjektive Gesundheitszustand der Befragten ist, desto zufriedener sind die Befragten im Allgemeinen mit ihrem Leben. 58% der Personen mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand versus 8% der Befragten mit 'schlechtem' Gesundheitszustand sind mit ihrem Leben 'sehr zufrieden' (→ Kap. 6.8).

Gesundheitsverhalten

Sportliche Aktivitäten

Bei einer bewusst breit gefassten Definition sportlicher Aktivität, die beispielsweise Radfahren oder Wandern beinhaltet, gibt die ältere Gruppe der Befragten etwas häufiger an, 'täglich' oder 'mehrmals in der Woche' sportlich aktiv zu sein. Dies könnte unter anderem an den höheren zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen der bereits der Rentnergeneration zugehörigen Befragten liegen (→ Kap. 6.4).

Ausländerinnen und Ausländer sowie Deutsche mit Migrationshintergrund geben häufiger an, 'nie' Sport zu betreiben als Deutsche ohne Migrationshintergrund, sie betreiben jedoch auch häufiger 'täglich' Sport.

Deutliche Zusammenhänge zeigen sich hinsichtlich der Einkommensgruppen. So geben Personen aus armen Haushalten mit 16% häufiger an, 'nie' Sport zu treiben als Personen aus reichen Haushalten (3%). Auch geben sie häufiger an, 'seltener' Sport zu betreiben. Die Anteile derer, die angeben entweder 'täglich' oder 'mehrmals in der Woche' sportliche Aktivitäten auszuüben sind bei den armen Haushalten etwas geringer als bei Haushalten aus besser gestellten Einkommensgruppen. Je häufiger jedoch Personen Sport betreiben, desto besser beurteilen sie ihren subjektiven Gesundheitszustand (oder umgekehrt).

Fahrradfahren

Die Verfügbarkeit eines funktionierenden Fahrrads hängt mit der Einkommenssituation zusammen. 60% der Personen aus armen Haushalten versus 86% der Personen aus reichen Haushalten verfügen über ein solches (→ Kap. 6.4).

Das Nutzungsverhalten von Fahrrädern, d.h. die damit verbundene sportliche Aktivität, ist in den Untersuchungsgebieten teilweise sehr unterschiedlich. Während am Ackermannbogen und in Schwabing 56% bzw. 42% der Befragten '(fast) täglich' radeln, sind es in Ramersdorf und Neuperlach 20% bzw. 22%.

Generell nutzen Personen, die mit den Fahrradwegen in ihrem Viertel 'zufrieden' sind, das Fahrrad häufiger als jene Personen, die damit 'nicht zufrieden' sind. Allerdings ist die unterschiedliche Nutzung von Fahrrädern in den einzelnen Untersuchungsgebieten nicht immer direkt oder ausschließlich auf die Beurteilung der Radwegestruktur zurückzuführen. Vermutlich spielen hier weitere Aspekte, wie beispielsweise eine innerstädtische Lage, der in einem Quartier vorherrschende 'Lifestyle' oder die konkrete Entfernung der eigenen Wohnung von Angeboten der täglichen Infra- und Versorgungsstruktur oder von Kulturangeboten eine Rolle.

Unterstützende Netzwerke

Der Freundeskreis stellt aus salutogenetischer Perspektive eine wichtige Ressource für das Wohlbefinden und den subjektiven Gesundheitszustand dar. Das zeigen auch die Ergebnisse dieser Studie.

Die Größe des Freundeskreises ist in den Analysen mit höheren Unterstützungspotenzialen verbunden. 56% der Befragten mit einem (nach ihrer Einschätzung) 'großen' Freundeskreis geben an, dass es genug Menschen gäbe, die ihnen bei Problemen helfen würden. Demgegenüber stehen 24% der Personen mit 'mittlerem' und 13% der Personen mit 'kleinem' Freundeskreis, die ausreichende Unterstützung angeben.

Personen aus armen Haushalten verfügen häufiger über einen eher 'kleinen' Freundeskreis als Personen aus Haushalten der unteren bzw. oberen Mitte und reichen Haushalten. Besonders Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand geben häufig an (59%), über einen 'kleinen' Freundeskreis zu verfügen, gegenüber 35% bzw. 36% der Befragten mit 'sehr gutem' bzw. 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand (→ Kap. 6.5).

Wenngleich ein großer Freundeskreis kein Garant für verlässliche Unterstützung ist, weisen die Analysen dennoch darauf hin, dass mit der Größe des Freundeskreises auch die Einschätzung der Befragten steigt, dass sie ausreichend Menschen um sich haben, die bei Problemen für sie da sind bzw. auf die sie sich verlassen können.

Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand verfügen in geringerem Ausmaß über solche Unterstützungspotenziale als Personen mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand.

Zwar zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Größe des Freundeskreises, Frauen geben jedoch häufiger an, über ausreichend Menschen zu verfügen, die ihnen bei Problemen helfen würden als dies bei Männern der Fall ist.

Nachbarschaftliche Beziehungen

Eine weitere Ressource bei gesundheitlichen Einschränkungen sind nachbarschaftliche Beziehungen. Über alle Analysen hinweg zeigt sich, dass der Ist-Zustand der nachbarschaftlichen Beziehungen stark vom Wunsch-Zustand abweicht. Die Befragten wünschen sich deutlich engere nachbarschaftliche Beziehungen, die durch gelegentliche gegenseitige Hilfen geprägt sein sollten (→ Kap. 6.5).

Menschen mit schlechterem subjektiven Gesundheitszustand oder geringerem Einkommen beschreiben ihre aktuellen nachbarschaftlichen Beziehungen weniger unterstützend als Personen mit besserem Gesundheitszustand und höherem Einkommen. Besonders deutlich werden die Unterschiede beispielsweise zwischen Alleinlebenden mit 'schlechtem' Gesundheitszustand, von denen 26% angeben, dass ihre derzeitigen nachbarschaftlichen Beziehungen auch gelegentliche Hilfen einschließen, und Nicht-Aleinlebenden mit 'sehr gutem' Gesundheitszustand, von denen 68% über in dieser Weise unterstützende Nachbarschaften verfügen.

Erwartungen an die Zukunft

Befragte aus armen Haushalten blicken deutlich pessimistischer in die Zukunft als Befragte aus den höheren Einkommensgruppen. Sie erwarten häufiger, dass ihr Gesundheitszustand schlechter wird, äußern häufiger Angst vor Altersarmut und mehr Bedenken, dass ihre gesundheitliche Betreuung im Alter nicht ausreichend sein wird. Letzteres erachten 37% der Personen aus armen Haushalten als 'voll zutreffend' gegenüber 8% aus reichen Haushalten (→ Kap. 6.6). Vor allem Deutsche mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländer, Personen aus armen Haushalten, Befragte mit subjektiv 'schlechtem' Gesundheitszustand und Alleinlebende gehen deutlich häufiger davon aus, dass sie im Alter auf Sozialleistungen angewiesen sein werden.

Biologisches und gefühltes Alter

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie fühlen sich im Durchschnitt um etwa 7 Jahre jünger als ihr tatsächliches biologisches Alter. Die Differenz von gefühltem und biologischem Alter ist eng mit dem subjektiven Gesundheitszustand assoziiert. Während sich Personen mit subjektiv 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand im Durchschnitt um fast 11 Jahre jünger fühlen, fühlen sich Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand um etwa 3 Jahre älter als es ihrem biologischen Alter entspricht (→ Kap. 6.7).

Zufriedenheit mit dem Leben

Die jüngeren und älteren Befragten sind gleichermaßen mit ihrem Leben zufrieden. Unterschiede zeigen sich wiederum nach Einkommensgruppen und subjektivem Gesundheitszustand. 10% der Befragten aus armen Haushalten versus 45% der Befragten aus reichen Haushalten sind mit ihrem Leben 'sehr zufrieden'. 8% der Personen mit subjektiv 'schlechtem' Gesundheitszustand sind 'sehr zufrieden' mit ihrem Leben versus 58% der Personen mit 'ausgezeichnetem' subjektivem Gesundheitszustand. Alleinlebende sind weniger zufrieden mit ihrem Leben als Nicht-Aleinlebende (→ Kap. 6.8).

1.3 Gesundheitsförderliche Umwelt

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Umwelt, die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlergehen ermöglicht. Die Landeshauptstadt München handelt entsprechend dieser politischen Willenserklärung und schafft in ihrem Verantwortungsbereich Rahmenbedingungen, um die Belastung der Münchner Bevölkerung durch Einflüsse aus der Umwelt zu reduzieren und nachhaltig für eine gesundheitsförderliche Umwelt in der Stadt zu sorgen.“

Leitlinie Gesundheit

Mit den Begriffen 'Umweltgerechtigkeit' oder 'environmental justice' wird auf die ungleiche Verteilung von Lebens- und Umweltbedingungen hingewiesen, die sich auch auf den Gesundheitszustand von Menschen auswirken.

Die gemeinsame Analyse von umwelt- und gesundheitsbezogenen Daten ist Voraussetzung⁷, um Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit vorantreiben zu können. Unter dieser Prämisse wurden einige Aspekte der integrierten Studie 'Älter werden in München' ausgewertet.

Mehrfachbelastungen in Quartieren

Um sich dem Themenfeld der Umweltgerechtigkeit anzunähern und um Gesundheits- und Umweltberichterstattung zu verzahnen, wurden Fragen zur Zufriedenheit mit diversen Wohnumfeldbedingungen im eigenen Viertel mit den Analyseergebnissen zum subjektiven Gesundheitszustand und der sozialen Lage auf Ebene der Untersuchungsgebiete verschränkt.

Bei einem Vergleich der elf Untersuchungsgebiete hinsichtlich des Anteils von Personen, die mit dem allgemeinen Geräuschpegel im direkten Wohnumfeld subjektiv 'sehr'/'eher unzufrieden' sind, des Anteils an armen Haushalten und des Anteils von Personen mit 'schlechtem'/'weniger gutem' subjektivem Gesundheitszustand kristallisieren sich drei besonders belastete Quartiere heraus: Laim/Kleinhadern, Ramersdorf und die Messestadt Riem (→ Kap. 7.4).

Tab. 1: Belastende Umweltbedingungen, soziale Lage und subjektiver Gesundheitszustand nach Untersuchungsgebieten

in Prozent

Geräuschpegel: Anteil der Personen mit Einschätzung 'sehr unzufrieden'/'eher unzufrieden'

soziale Lage: Anteil der Personen in armen Haushalten

Gesundheitszustand: Anteil der Personen mit subjektivem Gesundheitszustand 'schlecht'/'weniger gut'

fette Schrift: jeweils die vier Gebiete mit den höchsten Werten

blau hinterlegt: Gebiete, die bei allen drei Aspekten zu den am höchsten belasteten Gebieten zählen

	Geräusch- pegel	soziale Lage	subjektiver Gesundheits- zustand
	'sehr'/'eher unzufrieden'	'arm'	'schlecht'/' weniger gut'
UG Sendling	26%	6%	18%
UG Schwabing	23%	6%	13%
UG Ramersdorf	30%	23%	26%
UG Laim/Kleinhadern	36%	28%	30%
UG Lerchenau	17%	15%	25%
UG Neuperlach	20%	14%	20%
UG Obermenzing	11%	4%	11%
UG Ostpark	12%	7%	12%
UG Messestadt Riem	30%	21%	28%
UG Ackermannbogen	17%	11%	19%
UG Zentr. Bahnflächen	25%	8%	15%

Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13

Barrierefreiheit

Für ein selbständiges Leben im Alter ist eine barrierefreie Wohnung und ein barrierefreier öffentlicher Raum oftmals eine notwendige Voraussetzung. Bei Personen, die in Neubaugebieten leben, sind diese Bedingungen für den Wohnbereich in deutlich höherem Ausmaß erfüllt als in anderen städtebaulichen Strukturen.

Barrieren im öffentlichen Raum (z.B. Hindernisse auf Gehwegen oder Plätzen, zu kurze Grünphasen an Ampelanlagen) werden besonders häufig von Personen mit subjektiv 'schlechtem' Gesundheitszustand wahrgenommen. So geben 30% der Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand an, dass sie 'sehr häufig' Probleme beim Queren von Straßen aufgrund zu kurzer Grünphasen haben (→ Kap. 7.9).

⁷ Nicht zuletzt aus diesem Grund ist im Referat für Gesundheit und Umwelt die Gesundheits- und Umweltberichterstattung in einem Sachgebiet zusammengefasst.

1.4 Gesundheitliche Versorgung

„Die Landeshauptstadt München nimmt ihre Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Münchner Bevölkerung wahr. [...] Dabei muss zum Einen der individuelle Zugang des Einzelnen zum Gesundheitssystem gesichert sein, zum Anderen sind die Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen stärker zu berücksichtigen.“

Leitlinie Gesundheit

Bewertungen zur gesundheitlichen Versorgungsstruktur waren nicht Schwerpunkt der Studie 'Älter werden in München'. Es wurden jedoch diverse versorgungsrelevante Aspekte in der Studie abgefragt, z.B. der Krankenversicherungsstatus, Einschätzungen zur pflegerischen Versorgung und zu Unterstützungspotenzialen sowie die Kenntnis und Nutzung von Angeboten für ältere Menschen, die (auch) gesundheitsbezogene Angebote durchführen.

Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen

Explizit erfragt wurde die Kenntnis von Beratungsangeboten, die entweder offen für ältere Menschen sind oder sich speziell an diese Zielgruppe richten, z.B. Alten- und Service-Zentren, Sozialbürgerhäuser, Nachbarschaftstreffe. Alle diese Einrichtungen bieten auch gesundheitsbezogene Angebote, Kurse oder Beratungen an.

Interessanterweise kennen die jüngeren Befragten diese Angebote jeweils tendenziell etwas häufiger, besonders gilt das für die Nachbarschaftstreffe und die Sozialbürgerhäuser. Mit Ausnahme der Sozialbürgerhäuser ist es zudem so, dass Deutsche ohne Migrationshintergrund die Angebote häufiger kennen als Ausländerinnen und Ausländer (→ Kap. 8.3).

Beurteilung der Angebotsstruktur für ältere Menschen

57% aller Befragten empfinden die Angebotsstruktur für ältere Menschen unübersichtlich ('trifft voll/'trifft eher zu'). 37% fühlen sich nicht ausreichend informiert und 76% sind der Auffassung, die Angebote sollten besser über die Stadtbezirke verteilt sein (→ Kap. 8.3).

Teilweise gibt es eine recht hohe Unzufriedenheit (von etwa der Hälfte der Befragten) beispielsweise mit den Sportangeboten im Quartier. Dies gilt vor allem für die Messestadt Riem, die Lerchenau, Laim/Kleinhadern und Ramersdorf.

Die Befragten beider Altersgruppen zeigen eine deutliche Präferenz für Angebote, die sich an mehrere Generationen wenden (90% der Jüngeren und 84% der Älteren). Dennoch geben auch 33% der jüngeren und 44% der älteren Befragten an, gerne Angebote zu nutzen, die sich an die eigene Altersgruppe wenden ('trifft voll/'trifft eher zu').

Pflegerische Versorgung

Bei der Versorgung mit stationären Pflegeeinrichtungen ist der Wunsch nach einer Einrichtung im eigenen Stadtviertel mit 41% weitaus weniger bedeutsam als dass die Einrichtung irgendwo in München liegen sollte (61%). 27% würden einen Standort im Umland von München bevorzugen. Ein Grund dafür mag auch darin liegen, dass fast die Hälfte der Befragten die Nähe zu den eigenen Kindern als wichtig bei der Auswahl eines Pflegeheims betrachtet (→ Kap. 8.4).

Fehlende Angebote aus Sicht der Befragten sind vor allem Alternativen zu Pflegeheimen, wie etwa ambulante Pflege-Wohngemeinschaften, die besonders von Frauen, der jüngeren Altersgruppe und Deutschen ohne Migrationshintergrund als denkbare Alternative beurteilt werden.

Die Unterstützungspotenziale im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit werden als durchaus begrenzt beurteilt. 60% derer, die eine Partnerin oder einen Partner haben, gehen davon aus, dass diese bzw. dieser Unterstützung leisten würde ('ja sicher'/'eher ja'). Dagegen sind 13% davon überzeugt, dass die Partnerin oder der Partner dies eher nicht ('eher nein') übernehmen wird, 17% sind sich diesbezüglich sogar sicher ('nein, sicher nicht') und weitere 10% wissen es nicht genau. Dass die eigenen Kinder oder Enkel die Pflege übernehmen werden, glauben 9% ('ja sicher') bzw. 19% ('eher ja') derjenigen, die selbst Kinder bzw. Enkel haben. Freundinnen oder Freunde, andere Verwandte oder Nachbarinnen und Nachbarn werden nur von wenigen als mögliche Unterstützungsquelle betrachtet.

Gefragt nach der generellen Bereitschaft, andere im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu unterstützen, zeigen sich ähnliche Tendenzen. Die höchste potenzielle Bereitschaft wird gegenüber eigenen Partnerinnen oder Partnern signalisiert, gefolgt von eigenen Kindern und mit deutlich weniger Zustimmung gegenüber eigenen Eltern oder Schwiegereltern. Was befreundete Personen oder Personen aus der Nachbarschaft betrifft, so zeigt sich durchaus ein Potenzial für zumindest kleinere Hilfen, die die Befragten – verbindlich mit anderen zusammen – anbieten würden.

1.5 Durchgängige Ergebnisse

Sozialer Gradient gesundheitlicher und umweltbezogener Ungleichheiten

Der soziale Gradient gesundheitlicher Ungleichheiten ist über alle Auswertungen hinweg deutlich sichtbar. Menschen mit geringerem sozioökonomischen Status schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand deutlich schlechter ein und geben im Durchschnitt mehr Tage mit körperlichen oder seelischen Belastungen an als Befragte mit einem höheren sozioökonomischen Status. Ebenso beurteilen sie ihre Wohn- und Wohnumfeldbedingungen als wesentlich schlechter. In der multivariaten Analyse erweist sich die soziale Lage als stärkster Einflussfaktor für den subjektiven Gesundheitszustand der Befragten.

Quartierspezifische Ungleichheiten - innerstädtische Disparitäten

München kann hinsichtlich der Wohn(umfeld)bedingungen, der Sozialstruktur und des subjektiven Gesundheitszustands seiner Bevölkerung keineswegs als homogen bezeichnet werden. Der unterschiedliche subjektive Gesundheitszustand der Befragten in einzelnen Quartieren ist auch Folge der unterschiedlichen Sozialstruktur und den dementsprechenden Wohnumfeldbedingungen in den einzelnen Untersuchungsgebieten. Die gesundheitsbezogenen Unterschiede in den Untersuchungsgebieten folgen demnach in der Regel den sozioökonomischen Rahmenbedingungen und sind nicht in erster Linie städtebaulichen Unterschieden zuzurechnen: Untersuchungsgebiete mit besonders hohen Anteilen von armen Haushalten weisen hohe Anteile von Personen mit subjektiv schlechtem Gesundheitszustand auf. Darüber hinaus sind dies häufig Gebiete, in denen die Wohn(umfeld)bedingungen eher schlecht eingeschätzt werden. Es ist davon auszugehen, dass hier wechselseitige Verstärkungseffekte auftreten.

Besonders die beiden Untersuchungsgebiete der 1920/50er Jahre Laim/Kleinhadern und Ramersdorf und teilweise die beiden Großwohnsiedlungen Neuperlach und Lerchenau erweisen sich bei den Auswertungen häufig als mehrfach belastete Gebiete mit kumulierenden Effekten sozialer, gesundheits- und umweltbezogener Benachteiligungen.

Die Messestadt Riem zeigt Auffälligkeiten und hebt sich in vielen Aspekten von den anderen beiden untersuchten Neubaugebieten (Ackermannbogen, Zentrale Bahnflächen) ab. Teilweise weist die Messestadt Riem ähnlich hohe Belastungen auf wie die beiden Quartiere der 1920/50er Jahre, was vorrangig auf die in der Messestadt Riem vorhandene Sozialstruktur und die sozioökonomischen Rahmenbedingungen zurückzuführen ist.

Zielgruppenspezifische Ungleichheiten

Geschlecht

Grundsätzlich sind in den analysierten Daten keine durchgängigen und immer gleichgerichteten Zusammenhänge nach Geschlecht zu erkennen. Männer und Frauen unterscheiden sich jedoch bei einigen Fragestellungen. So geben Frauen im Durchschnitt etwas mehr Tage (im letzten Monat) mit körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen an. Bei der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands zeigen sich jedoch keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede. Dies gilt auch für die multivariate Analyse zum subjektiven Gesundheitszustand.

Altersgruppen

Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Altersgruppen sind zwar vorhanden, aber nicht in allen Fragestellungen und oftmals in eher geringer Ausprägung. Dennoch zeigt sich erwartungsgemäß, dass der subjektive Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter etwas weniger gut eingeschätzt wird.

Prospektiv problematisch erscheint unter anderem, dass ein Drittel der älteren Befragten und fast die Hälfte der jüngeren Befragten ihre finanziellen Möglichkeiten für ein gutes Leben im Alter in

München als 'eher'/'sicher nicht' ausreichend erachtet.

*Migrationshintergrund*⁸

Nach wie vor bestehen soziale und gesundheitsbezogene Ungleichheiten zwischen Menschen mit bzw. ohne Migrationshintergrund. Bei einigen Fragestellungen zeigen sich höhere Belastungen bei Ausländerinnen und Ausländern und häufig auch bei Deutschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Deutschen ohne Migrationshintergrund. In der multivariaten Analyse zum subjektiven Gesundheitszustand ergibt sich für die Variable Migrationshintergrund jedoch kein signifikanter Unterschied.

Alleinlebende


Ein Vergleich von Alleinlebenden und Nicht-Alleinlebenden lässt in einigen Bereichen Benachteiligungen der Alleinlebenden erkennen. Dies ist insofern relevant, als Alleinlebende aufgrund ihrer Lebenssituation in der Regel nicht in gleichem Maße wie Nicht-Alleinlebende unmittelbar, selbstverständlich und zeitnah auf unterstützende Personen zurückgreifen können.

1.6 Folgerungen


Auf Basis der analysierten Fragestellungen ergeben sich vielfältige Hinweise auf Bedarfe und Ansatzpunkte für die zukünftige Entwicklung von konkreten Maßnahmen. Im Gesamtbericht sind den inhaltlichen Kapiteln jeweils die daraus ableitbaren Folgerungen zugeordnet (gekennzeichnet durch blaue Pfeile). Diese sind teils eher allgemein formuliert, teils beinhalten sie erste Ansatzpunkte für konkrete Maßnahmen.


Wenngleich die Auswertungen keine grundsätzlich überraschenden, neuen allgemeinen Erkenntnisse liefern, bietet der hohe Grad der Detaillierung einzelner Ergebnisse doch eine wichtige Grundlage für weitere, konkrete Schritte bei der Planung von Angeboten auf sozialräumlicher Ebene.

Zusammenfassend sind nachfolgend die wichtigsten, eher allgemein gehaltenen Folgerungen – untergliedert in sieben Handlungsfelder – aufgeführt.

 Generell kann den genannten Folgerungen für die sieben Handlungsfelder die Erkenntnis vorangestellt werden, dass sich durchgängig der starke Einfluss der sozioökonomischen Lage auf die gesundheitliche Lage und die Wohn- und Umweltbedingungen der Befragten nachweisen lässt. Über alle Handlungsfelder hinweg gilt deshalb die Empfehlung, dass für anstehende Planungen im Gesundheitsbereich eine differenzierte, quartierspezifische und kleinräumige Analyse und Herangehensweise erforderlich ist, die die konkreten sozialstrukturellen Rahmenbedingungen beachtet.

Handlungsfeld Armut und Gesundheit

 Der deutliche Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheitszustand sowie Umweltbedingungen wird über alle Bereiche hinweg deutlich. Es ist davon auszugehen, dass Altersarmut zukünftig noch bzw. wieder häufiger Thema in der kommunalpolitischen Diskussion sein wird. Besonders betroffen sind unter anderem ältere Ausländerinnen und Ausländer, aber auch zunehmend (alleinlebende) ältere Männer. Bei der Planung gesundheitsförderlicher oder präventiver Angebote sind deshalb die Erreichbarkeit dieser Zielgruppen und deren finanzielle Möglichkeiten verstärkt zu berücksichtigen.

 Die Analyseergebnisse weisen darauf hin, dass es in der LH München Quartiere gibt, die mehrfachen Belastungen unterliegen. Eine schlechtere soziale Lage, schlechtere Umweltbedingungen und ein schlechterer subjektiver Gesundheitszustand der dort ansässigen Bevölkerung führen in kleinräumigen Gebieten zu kumulierenden Effekten und sind Ausdruck von faktischer Umweltungerechtigkeit bzw. mangelnder Chancengerechtigkeit hinsichtlich einer gesundheits- und lebensqualitätsfördernden Umwelt innerhalb des Stadtgebiets. Da es in diesen Gebieten den dringendsten Handlungsbedarf gibt, müssen diese zunächst identifiziert werden, um im Anschluss passgenaue Maßnahmen planen zu können.

8 Zur Erläuterung der Definition von Menschen mit Migrationshintergrund siehe → Kap. 5.4.

Handlungsfeld Spezielle Zielgruppen

➡ Die differenzierten Analysen und Ergebnisse für unterschiedliche Zielgruppen, z.B. Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund oder Alleinlebende zeigen eindrucksvoll, dass keine der sogenannten Zielgruppen eine homogene Gruppe darstellt, sondern sehr heterogene Bedarfe und Lebenslagen vorliegen. Bei der Planung von Angeboten der Gesundheitsförderung im Quartier – unter Beteiligung der Zielgruppen – müssen deshalb jeweils passgenaue Angebote entwickelt werden müssen, die die Lebenslagen und Bedarfe sehr heterogener Beteiligter berücksichtigen.

➡ Je nach Thematik und Bedarf können spezielle Angebote für Frauen bzw. Männer sinnvoll sein. So lassen sich beispielsweise Hinweise ableiten, dass Angebote zur Wohnberatung speziell für Frauen wichtig sein könnten. Daneben verfügen alleinlebende Männer über wenig Unterstützungspotenziale in sozialen Netzwerken, was spezielle Angebote zur Förderung von Teilhabe und Begegnung für diese Zielgruppe nahelegt.

➡ Neben der interkulturellen Öffnung von Angeboten für ältere Menschen gibt es einen Bedarf nach speziellen Angeboten für ältere Migrantinnen und Migranten. Um diese Zielgruppen besser erreichen zu können, sollten Träger aus dem Migrationsbereich deshalb verstärkt gefördert werden.

➡ Angebote für ältere Menschen müssen – wie alle anderen Angebote – im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention auch für Menschen mit Behinderungen zugänglich sein, um Inklusion, Teilhabe und Teilgabe zu ermöglichen. Dabei ist sowohl auf physische als auch auf kommunikative Zugänglichkeit zu achten, z.B. Gebärdendolmetscher, Leichte Sprache, zugängliche Angebote.

➡ Die in den LesbianGayBisexualTransgender (LGBT)-Communities teilweise vorhandenen Potenziale für Unterstützungsleistungen im Alter durch soziale Netzwerke oder Nachbarschaften bedürfen einer koordinierenden Unterstützung. Neben der Öffnung vorhandener Angebote für ältere Menschen mit LGBT-Lebensweisen müssen auch spezialisierte Angebote geschaffen werden.

➡ Informationsveranstaltungen über Möglichkeiten der rechtlichen Vorsorge (z.B. Patientenverfügung, Vollmacht) können als Maßnahmen der Prävention angesehen werden. Spezielle Angebote für Alleinlebende sowie für Menschen mit Migrationshintergrund könnten nach den vorliegenden Daten eine sinnvolle Maßnahme sein.

Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung

➡ Wenngleich der subjektive Gesundheitszustand der befragten (zukünftigen) Älteren von diesen überwiegend positiv eingeschätzt wird, zeigen sich – selbst bei den Jüngeren – teilweise (deutliche) Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten. Da die Alltagsbewältigung eine wichtige Voraussetzung für ein (späteres) selbständiges Leben im Alter ist, sollten (soziale) Angebote für ältere Menschen verstärkt das Themenfeld Gesundheit aufgreifen. Insbesondere im Rahmen präventiver, niedrigschwelliger Angebote (wie etwa den präventiven Hausbesuchen) sollten systematisch gesundheitliche Einschränkungen erhoben und auf Angebote zur Förderung von gesundheitsrelevanten Alltagsaktivitäten und Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

➡ Die auf kleinräumiger Ebene nachweisbaren kumulierenden Effekte hinsichtlich sozialer Lage, Gesundheitszustand und Wohn(umfeld)bedingungen weisen auf die hohe Bedeutung der Förderung und Stärkung von Ansätzen der Verhältnisprävention hin. Konkret sind damit Maßnahmen gemeint, die dazu beitragen, gesundheitsförderliche Strukturen in sorgfältig ausgewählten Quartieren zu schaffen und weiterzuentwickeln anstelle vorrangig (oder ausschließlich) die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Individuen beeinflussen zu wollen.

Handlungsfeld Partizipation

➡ Partizipation ist bereits in der Planungsphase von Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention unerlässlich und zwar aus vielerlei Gründen: um die Angebote an den tatsächlichen Bedarfen der Zielgruppen ausrichten zu können, um der Heterogenität älterer Menschen gerecht werden zu können, um die Selbstwirksamkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erhöhen, um sogenannte schwer erreichbare Zielgruppen besser einzubinden und um Ansätze des Empowerments, der Teilhabe und Teilgabe umsetzen zu können.

Handlungsfeld Nachbarschaft

➡ Die von vielen Befragten zum Ausdruck gebrachte Diskrepanz des nachbarschaftlichen Ist- und Wunsch-Verhältnisses und die expliziten Wünsche nach engeren nachbarschaftlichen Verhältnissen mit gelegentlichen Unterstützungsleistungen sollten als wertvolles Potenzial erkannt und durch geeignete Angebotsstrukturen nachhaltig gefördert werden. Dies gilt umso mehr, als beispielsweise die (bisher in der Regel zeitlich befristet geförderten) Nachbarschaftstreffs geeignet erscheinen, dem häufig geäußerten Wunsch nach generationenübergreifenden Angeboten verstärkt Rechnung tragen zu können.

Handlungsfeld Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung

➡ Die Förderung von gesundheits- und umweltbezogener Infrastruktur sollte am Leitbild der gesundheitlichen Chancengleichheit ausgerichtet sein, d.h. mehrfach benachteiligte Quartiere sollten verstärkt mit Angeboten und Fördergeldern unterstützt werden, um Ungleichheiten mittel- und langfristig auszugleichen bzw. zu verhindern oder zu reduzieren. Eine referats- und fachübergreifend integrierte Vorgehensweise ist dabei unverzichtbar.

➡ Gesundheitsförderliche Angebote für ältere Menschen sollten verstärkt an altersgruppen-unspezifische Strukturen angedockt werden, wie z.B. Familienzentren, Nachbarschaftstreffs, Kulturzentren. Diese Vorgehensweise erleichtert es zum Einen, eine dezentrale und wohnortnahe Infrastruktur mit Gesundheitsbezug zu realisieren. Zum Anderen können so die Wünsche nach generationenübergreifenden Angeboten besser realisiert werden.

➡ Im Bereich der pflegerischen Versorgung gilt es, vor allem für die zukünftigen Generationen älterer Menschen, alternative Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zu entwickeln, die stärker im Bereich der ambulanten Versorgung angesiedelt sind, z.B. Pflege-Wohngemeinschaften.

➡ Da zukünftig voraussichtlich die Zahlen Pflegebedürftiger, von Menschen mit Demenz und von alleinlebenden älteren Menschen steigen und zusätzlich das familiäre Pflegepotenzial aus unterschiedlichen Gründen eher sinken wird, sind die Kommunen bei der Entwicklung von unterstützenden Strukturen im Rahmen der Daseinsvorsorge gefragt. Unter anderem erscheinen Angebote sinnvoll, die dazu beitragen, die durchaus vorhandenen (aber begrenzten) Unterstützungspotenziale von Verwandten, Freundinnen und Freunden sowie Nachbarinnen und Nachbarn zu koordinieren (Stichwort: Case Management).

➡ Fahrradfahren kann sowohl als Maßnahme der Gesundheitsförderung als auch der umweltverträglichen Mobilitätsförderung verstanden werden. Neben der Ausgestaltung sicherer und ausreichender Fahrradwege sollten deshalb auch Maßnahmen zur Förderung der Fahrradnutzung (bzw. zum Erlernen) bei Personen aus einkommensschwachen Haushalten entwickelt werden, die häufiger nicht über fahrtaugliche Fahrräder verfügen und dementsprechend weniger mit dem Fahrrad fahren. Integrierte, referatsübergreifende Planungen sind dabei von hoher Bedeutung.

➡ Die Schaffung von bezahlbaren, barrierefreien Wohnungen ist für die LH München angesichts der angespannten Lage auf dem Wohnungsmarkt eine große Herausforderung. Sie muss jedoch bewältigt werden, wenn die LH München eine Stadt für alle Bürgerinnen und Bürger sein möchte.

Ähnliches gilt für die Ausgestaltung einer barrierefreien Umgebung, wozu gerade bei älteren Menschen auch die Ausstattung mit einer ausreichenden Anzahl öffentlicher (und sauberer) Toiletten gehört.

Handlungsfeld Gesundheits- und Umweltberichterstattung

- ➔ Die Gesundheits- und Umweltberichterstattung muss aufgrund der unterschiedlichen Sozialstruktur in einzelnen Quartieren sowie von innerstädtischen Disparitäten in der demografischen Entwicklung verstärkt kleinräumige Analysen durchführen. Kleinräumige Analysen oder zielgruppenspezifische Analysen sind Voraussetzung für gelingende Planungsprozesse im Bereich von Gesundheit und Umwelt. Dafür gilt es geeignete Methoden und Vorgehensweisen zu entwickeln.
- ➔ Soziale Lage, gesundheitliche Lage und Umweltbedingungen stehen in einem engen Wechselverhältnis. Kumulierende Belastungen und konkrete Ansatzpunkte für darauf abzielende Maßnahmen lassen sich auf kleinräumiger Ebene nachweisen und ableiten. Die integrierte Gesundheits- und Umweltberichterstattung sollte deshalb konzeptionell intensiviert und weiter verfolgt werden.
- ➔ Die kommunale Gesundheits- und Umweltberichterstattung der LH München sollte (sozial)räumlich differenzierte, gesundheits- und umweltrelevante Datengrundlagen entwickeln und erarbeiten, die sowohl als Grundlage für Entscheidungen, z.B. im Rahmen von rechtlich vorgeschriebenen Planungsprozessen, als auch für die Planung konkreter Maßnahmen der kommunalen Daseinsvorsorge dienen können.

B

Grundlagen

2.1 Grundlagen und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung

Grundlagen der Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung ist in Bayern seit 2003 eine gesetzliche Pflichtaufgabe (Art. 10 Gesundheits- und Verbraucherschutzgesetz GDVG)⁹. Gesetzlich definierte Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist es – auf verschiedenen staatlichen Ebenen – die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung sowie die Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit zu beobachten und zu bewerten. Die gesammelten Daten sollen als fachliche Grundlage für die Planung und Durchführung von Maßnahmen dienen, u.a. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, von freiwilligen Leistungen der Kommune (Art. 10 Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz GDGV) sowie im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge (Art. 87 der Gemeindeordnung für den Freistaat Bayern GO).

Nicht zuletzt hat sich die Landeshauptstadt München durch ihren Beitritt zum Gesunde-Städte-Netzwerk zu regelmäßiger Gesundheits- und Sozialberichterstattung verpflichtet¹⁰.

Aufgaben der kommunalen Gesundheitsberichterstattung

Kommunale Gesundheitsberichterstattung leistet sowohl im Sinne einer Risikoanalyse als auch im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen Beitrag zur kommunalen Planung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen. Im Rahmen von Gesundheitsberichten werden in der Regel allgemeine Bedarfe oder Versorgungsdefizite benannt und mögliche Strategien angesprochen, ohne jedoch konkrete Maßnahmen zu erarbeiten. Dies geschieht in weiteren Planungsschritten und ist vorrangig Aufgabe der zuständigen Fachabteilungen/Fachplanungen¹¹.

Die Gesundheitsberichterstattung richtet sich deshalb in erster Linie an die Fachöffentlichkeit, aber auch an interessierte Bürgerinnen und Bürger. Gesundheitsberichterstattung trägt zudem zur Transparenz öffentlicher Verwaltungen bei und bietet damit eine von mehreren Voraussetzungen für partizipative Planungsprozesse.

Daten als Grundlage für Planungsprozesse

Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene sieht sich spezifischen Anforderungen gegenüber. So stehen gesundheitsbezogene Daten über Bürgerinnen und Bürger oftmals nur sehr begrenzt auf kommunaler oder kleinräumiger Ebene zur Verfügung. Gleichzeitig sind die Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen im Bereich der gesundheitlichen Prävention und Versorgung begrenzt, da viele Angebote in diesem Bereich über das System der Krankenversicherung finanziert werden. In der gesundheitswissenschaftlichen Theorie und Praxis kommt den Kommunen jedoch im Rahmen der Gesundheitsförderung als sogenanntes 'Setting' eine hohe Bedeutung zu. Der Settingansatz „fokussiert die Lebenswelt von Menschen und damit die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren“¹².

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung stellt in diesem Kontext Datengrundlagen für Planungen zur Verfügung. Sie liefert wichtige Hinweise auf soziale und regionale Unterschiede in der gesundheitlichen Lage bzw. Versorgung. Auf dieser Grundlage können die begrenzten kommunalen Mittel für Gesundheitsförderung und -prävention einer zielgerichteten Allokation zugeführt werden.

Die Gesundheitsberichterstattung spielt eine „nicht unerhebliche Rolle für die rationale Entscheidungsfindung“¹³ und kann insoweit zur effizienten und nachhaltigen Ausrichtung kommunaler Planungen beitragen (Stichwort 'Daten für Taten').

9 vgl. Kuhn, Joseph (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Ergebnisse aus der bayerischen Gesundheitsberichterstattung. in: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (Hrsg): Armut macht krank – Krankheit macht arm?! S. 8-15

10 Stender, Klaus-Peter/Böhme, Christa (2011): Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/Kommunalpolitische Perspektive. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 236-241, hier S. 238

11 vgl. u.a. Luthé, Ernst-Wilhelm (2010): Kommunale Gesundheitslandschaften. Teil 2. NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. S. 342-347

12 Rosenbrock, Ralf/Hartung, Susanne (2011): Settingansatz/Lebensweltansatz. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. 497-503, hier S.497

13 Süß, Waldemar (2012): Gesundheitsberichterstattung. in: Böhme, Christa et al (Hrsg): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. S. 177-186, hier S. 177

Die Gesundheits- (und Umwelt)berichterstattung liefert somit eine Datenbasis, die anderen Fachabteilungen, anderen Referaten und dem Stadtrat als Grundlage für gesundheitspolitische Diskussionen und Entscheidungen dient¹⁴: „Neben der Informations-, Monitoring- und Evaluationsfunktion soll ein Gesundheitsbericht zudem politische Handlungsempfehlungen geben und eine wichtige Entscheidungsgrundlage für eine bedarfsorientierte Gesundheitspolitik darstellen“¹⁵.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung kann sich dabei grundsätzlich auf mehrere Datenquellen stützen: amtliche Statistiken, Prozessdaten (d.h. Daten, die beispielsweise im Rahmen von gesetzlichen Aufgaben generiert werden, wie etwa die Schuleingangsuntersuchung) und eigene bzw. in Auftrag gegebene Erhebungen oder Studien.

2.2 Inhalte und Aufbau des Berichts

'Ältere Menschen' als Schwerpunkt des Berichts

Der vorliegende Bericht legt den Schwerpunkt auf 'ältere Menschen'. Mehrere Aspekte waren dafür ausschlaggebend, die im Folgenden erläutert werden:

So führen die demografischen Entwicklungen – auch in der an sich 'jungen' LH München – zu einer starken absoluten Zunahme älterer, vor allem hochaltriger Menschen in den nächsten Jahren. Die gesamte Stadtverwaltung ist angehalten, sich auf diese Entwicklungen rechtzeitig einzustellen.

Weiterhin war die Verfügbarkeit von aktuellen Daten ein wichtiges Kriterium. Die vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung in Auftrag gegebene und in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialreferat begleitete aktuelle Studie 'Älter werden in München' (ÄwiM) verfolgt einen integrierten Ansatz. Der Endbericht mit den übergreifenden Ergebnissen der Studie 'Älter werden in München' wurde dem Stadtrat im April 2015 vorgelegt¹⁶.

Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung und das Sozialreferat haben dem Referat für Gesundheit und Umwelt den Datensatz für eigene detailliertere Sonderauswertungen zur Verfügung gestellt. Die hier vorliegenden Sonderauswertungen der Studie 'Älter werden in München' zu den Themenfeldern Gesundheit und Umwelt sollen in einen gemeinsam vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung und vom Sozialreferat geplanten, referatsübergreifenden Arbeitsprozess zum Aufbau einer integrierten, quartiersbezogenen Seniorenpolitik einfließen¹⁷. Im Sinne von 'Health in all Policies' können die detaillierten, themenspezifischen Analysen des Referates für Gesundheit und Umwelt in den sich anschließenden referatsübergreifenden Arbeitsprozess einfließen.

Durch den integrierten Ansatz der Studie bot sich zudem die Möglichkeit, gesundheits- und umweltrelevante Fragestellungen gemeinsam zu analysieren. Dies trägt der in der Fachöffentlichkeit geforderten Integration von Gesundheits- und Umweltberichterstattung Rechnung.

Ergänzt wurden die Auswertungen der Studie 'Älter werden in München' in diesem Bericht um einleitende Ausführungen zur demografischen Entwicklung in der LH München (→ Kap. 3) und um Sonderauswertungen der amtlichen Pflegestatistik (→ Kap. 8.7).

Zeitgleich wird im Referat für Gesundheit und Umwelt eine Beschlussvorlage zum Thema 'Gesund alt werden' vorbereitet, für die die vorliegenden, differenzierten Analysen und Daten notwendige Grundlage sind. Außerdem konnten die Synergieeffekte im gemeinsamen Diskussionsprozess für die Erstellung dieses Berichts genutzt werden.

Perspektive München - Leitlinie Gesundheit

Die Perspektive München ist das strategische Stadtentwicklungskonzept für die gesamte LH München. In der strategischen Leitlinie 'Solidarische und engagierte Stadtgesellschaft' ist zum Themenfeld 'Gesundheit' vereinbart¹⁸:

14 Trojan, Alf/Ziese, Thomas (2011): Gesundheitsberichterstattung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 118-121

15 Szabo, Barbara/Schnabel, Florian/Gollner, Erwin (2014): Integrierte Gesundheitsberichterstattung als konzeptionelle Grundlage für intersektorale Zusammenarbeit. Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 37(1):18-21, hier S. 18

16 Ausschuss für Stadtplanung und Bauordnung am 15.4.2015; Endbericht der Studie 'Älter werden in München'. www.muenchen.de/aelterwerden

17 Bekanntgabe im Ausschuss für Stadtplanung und Bauordnung am 15.04.2015

18 http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/stadtentwicklung/pm/LL_Solidarische-und-engagierte-Stadtgesellschaft/LL_Solidarische%20und%20engagierte%20Stadtgesellschaft.pdf [10.10.2014]

Die thematische Leitlinie Gesundheit¹⁹ im Rahmen der Perspektive München wurde im Jahr 2009 vom Stadtrat verabschiedet. Die gesamte Stadtverwaltung gibt sich damit einen „verbindlichen Orientierungsrahmen für die langfristige kommunale Gesundheitspolitik“ und legt „Gesundheit als Querschnittsaufgabe“ fest²⁰.

Der vorliegende Gesundheitsbericht orientiert sich in seiner inhaltlichen Struktur an der 'Leitlinie Gesundheit'. Nach einem grundlegenden Kapitel zu allgemeinen demografischen Daten folgt ein Kapitel zu 'gesundheitlicher Chancengleichheit' (→ Kap. 5), dessen Inhalte als Querschnittsthema jeweils in den nachfolgenden Kapiteln aufgegriffen werden. In den Kapiteln 'Prävention und Gesundheitsförderung' (→ Kap. 6), 'Gesundheitsförderliche Umwelt' (→ Kap. 7) und 'Gesundheitliche Versorgung' (→ Kap. 8) werden ausgewählte Daten aus der Studie 'Älter werden in München' analysiert und dargestellt.

Integration von Gesundheits- und Umweltberichterstattung

Die Aufnahme des Themenfelds 'Gesundheitsförderliche Umwelt' weist auf die hohe Bedeutung einer Verknüpfung gesundheits- und umweltrelevanter Daten in der Berichterstattung hin. Faktoren wie Bebauungsstruktur, Verkehrsaufkommen, Angebot an Grün- und Freiflächen, Lärm und Luftqualität, Bodenversiegelung und nicht zuletzt auch klimatische Veränderungen haben Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung²¹. Die Verknüpfung der Themenfelder Gesundheit und Umwelt auf sozialräumlicher Ebene gilt inzwischen als fachlicher Standard in der integrierten Gesundheits- und Umweltberichterstattung²². Auch im Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts sollen diese Themenfelder zukünftig stärker verknüpft werden²³. Dieses Vorgehen ist nicht zuletzt der Erkenntnis geschuldet, dass „Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind“²⁴.

Beispielsweise wird für die Programme der Sozialen Stadt eine „konsequente Integration von solchen Gesundheitsaspekten [gefordert], die durch das Wohnumfeld bestimmt und daher in den Gesundheitswissenschaften als verhältnisbedingt bezeichnet werden“²⁵. Unter anderem geht es darum, Indikatoren aus den Bereichen Umwelt und Gesundheit zu entwickeln, die als sozialraumorientierte Planungsgrundlagen dienen können.

In diesem Sinne versucht der vorliegende Bericht der in der wissenschaftlichen Diskussion als 'state of the art' und inzwischen auch in der Praxis häufig realisierten Verzahnung von Umwelt- und Gesundheitsthemen Rechnung zu tragen. Das Referat für Gesundheit und Umwelt hat bereits vor Jahren dafür die strukturellen Voraussetzungen geschaffen, in dem die Gesundheits- und Umweltberichterstattung organisatorisch zusammengefasst und mit dem Themenfeld der Nachhaltigen Entwicklung verknüpft wurde.

Die Auswertungen und Ergebnisse der vorliegenden Studie 'Älter werden in München' zeigen, dass die methodische und fachliche Verzahnung von Gesundheits- und Umweltberichterstattung, die zusätzlich eng an Aspekte der Sozialberichterstattung gekoppelt ist, einen wichtigen Beitrag leisten kann, um das Ziel von „Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Ge-

19 Referat für Gesundheit und Umwelt (2010): Rundum Gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern. Im weiteren Text wird sie jeweils nur als 'Leitlinie Gesundheit' zitiert.

20 Leitlinie Gesundheit, S. 5

21 Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Referat für Gesundheit und Umwelt (2014): Leitlinie Ökologie. Teil Klimawandel und Klimaschutz. Perspektive München.

22 Süß, Waldemar (2012): Gesundheitsberichterstattung. in: Böhme, Christa et al (Hrsg): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. S. 177-186

23 Strobl, R. et al (2014): Wohnumfeld – Stolperstein oder Weg zum gesunden Altern? Bundesgesundheitsblatt 57, S. 1120-1126

24 Rosenbrock, Ralf/Hartung, Susanne (2011): Settingansatz/Lebensweltansatz. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 497-503, hier S. 497

25 Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt - Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. S. 3

sundheit²⁶ im Rahmen einer 'gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik' (WHO) erreichen zu können.

Hinweise zu Aufbau und Handhabung des Berichts

Die in diesem Bericht enthaltenen Sonderauswertungen der Studie 'Älter werden in München' liefern eine solide und sozialräumlich differenzierte Datengrundlage in elf ausgewählten, kleinräumigen Untersuchungsgebieten (Sendling, Schwabing, Ramersdorf, Laim/Kleinhadern, Lerchenau, Neuperlach, Messestadt Riem, Ackermannbogen, Zentrale Bahnflächen, Obermenzing, Ostpark). Diese Datengrundlage kann über diese Gebiete hinaus – im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik – für die gesamte LH München dazu beitragen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Münchner Bürgerinnen und Bürger 'gesund alt werden' werden können, wie es die Leitlinie Gesundheit fordert²⁷.

Auf Basis der Auswertungen werden Hinweise auf Bedarfe herausgearbeitet und an einigen Stellen auch erste Ideen für mögliche Maßnahmen entwickelt. Eine Darstellung dessen, was die LH München in diesen Bereichen bereits unternimmt, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts.

Der Bericht ist folgendermaßen untergliedert:

A Zusammenfassung

In → Kap. 1 werden die zentralen Ergebnisse und Folgerungen zusammenfassend gebündelt.

B Grundlagen

Nach der allgemeinen Einführung in → Kap. 2 werden in → Kap. 3 ausgewählte soziodemografische Entwicklungen in der LH München dargestellt, die für die Thematik 'Älter werden in München' von besonderer Relevanz sind.

In → Kap. 4 werden die (methodischen) Grundlagen der Studie 'Älter werden in München' erläutert, die Basis für den vorliegenden Bericht mit dem Themenschwerpunkt 'Ältere Menschen' ist.

C Themenfelder der Leitlinie Gesundheit

→ Kap. 5-8 folgen den Themenfeldern der Leitlinie Gesundheit:

- Gesundheitliche Chancengleichheit
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Gesundheitsförderliche Umwelt
- Gesundheitliche Versorgung.

→ Kap. 5 gibt dabei zunächst einen kurzen allgemeinen theoretischen und empirischen Überblick über relevante Dimensionen gesundheitlicher Chancengleichheit, etwa Geschlecht, Migrationshintergrund und soziale Lage.

Die → Kap. 6-8 beinhalten im Wesentlichen die vom Referat für Gesundheit und Umwelt vorgenommenen Sonderauswertungen der Studie 'Älter werden in München', untergliedert in die – an der Leitlinie Gesundheit orientierten – Themenfelder.

Zu Beginn jedes dieser Kapitel erfolgt eine kurze theoretische Einführung in das Thema. In den Unterkapiteln sind mit blauen Pfeilen



jeweils Folgerungen und mögliche Handlungsempfehlungen dargestellt, die sich aus den jeweiligen themenspezifischen Auswertungen der Studie 'Älter werden in München' ergeben.

26 Riedel, Natalie/Rüdiger, Andrea (2012): Planungsstrategische Möglichkeiten einer umwelt- und gesundheitsgerechten Planung in der Stadt – Thesen für eine Environmentally Just and Healthy Urban Governance. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 245-254, hier S. 246
27 Referat für Gesundheit und Umwelt (2010): Rundum gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern. S. 22

Folgende Handlungsfelder werden dabei unterschieden:

- HF Armut und Gesundheit
- HF Spezielle Zielgruppen
- HF Prävention und Gesundheitsförderung
- HF Partizipation
- HF Nachbarschaft
- HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung
- HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung

D Methodik und Verzeichnisse

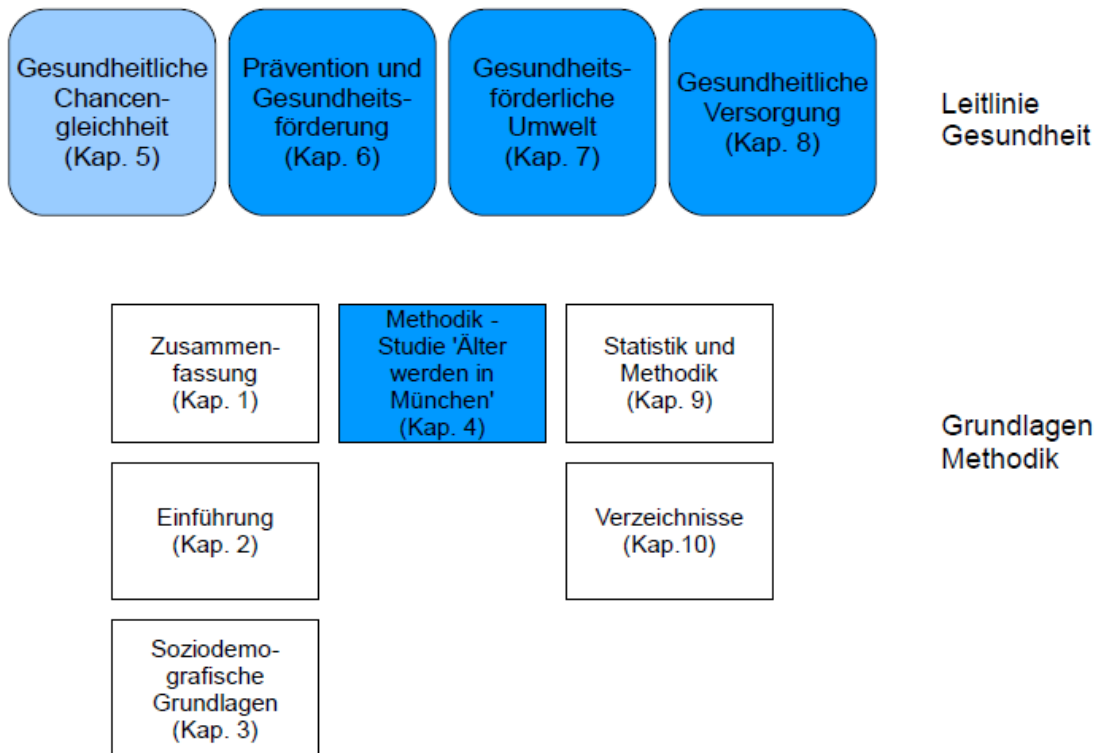
Erläuterungen zu den verwendeten statistischen Verfahren und Methoden sowie zu den Ursachen von Rundungsfehlern in grafischen Darstellungen finden sich in → Kap.9.

→ Kap. 10 beinhaltet ein Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.

Die verwendete Literatur ist jeweils im Text als Fußnote eingefügt.

Abb. 3: Inhaltlicher Aufbau des Berichts

dunkelblau: Kapitel mit Erläuterungen bzw. detaillierten Ergebnissen der Sonderauswertungen der Studie 'Älter werden in München'



Darstellung RGU-UW 13

Die einzelnen Kapitel enthalten teilweise sehr differenzierte Auswertungen zu spezifischen Fragestellungen, die als Grundlage für kommunale Planungsprozesse dienen können. Der vorliegende Bericht ist als **Nachsschlagewerk** zu verstehen und enthält deshalb an manchen Stellen eventuell Doppelungen. Für die Handhabung gilt, dass sich die Leserinnen und Leser gezielt jene Themenbereiche aussuchen können, die für sie von besonderem Interesse sind.

3 Soziodemografische Grundlagen und Entwicklungen

Zunächst werden einige grundlegende soziodemografische Daten dargestellt, die für das Themenfeld 'ältere Menschen' besonders relevant sind. Zudem wird auf die münchenspezifischen Bedingungen hingewiesen.

3.1 Bevölkerung

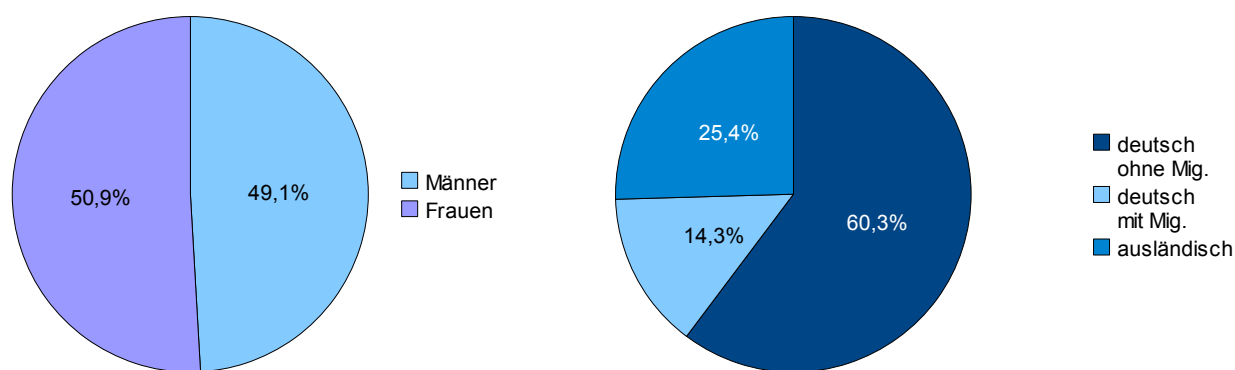
In der LH München lebten Ende Dezember 2013 etwa 1,465 Mio Einwohnerinnen und Einwohner mit Hauptwohnsitzberechtigung.

Von diesen sind 51% weiblichen und 49% männlichen Geschlechts.

Etwa 60% der Einwohnerinnen und Einwohner sind Deutsche ohne Migrationshintergrund, weitere 14% Deutsche mit Migrationshintergrund²⁸ und 25% Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit.

Abb. 4: Münchner Bevölkerung nach Geschlecht und Migrationshintergrund 2013

Anteil in Prozent



Statistisches Amt LHM, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung Dez. 2013, Darstellung RGU-UW 13

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen (bis 17 Jahre) an der Gesamtbevölkerung lag Ende 2013 bei 14,4%, der Anteil von Seniorinnen und Senioren (ab 65 Jahren) bei 17,7% und der Anteil der Hochaltrigen (ab 80 Jahre) betrug 4,2%.

Zum Vergleich: 2011 lag in Bayern der Anteil von Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre bei 16,8% und der Anteil der Seniorinnen und Senioren ab 65 Jahren bei 19,6%²⁹.

Die LH München weist demzufolge sowohl einen geringeren Anteil an Kindern und Jugendlichen als auch an Seniorinnen und Senioren auf – im Vergleich zu Bayern insgesamt.

28 Die Definition des Migrationshintergrundes für die LH München wurde am 07.10.2009 durch den Stadtrat für die LH München wie folgt beschlossen. Der Personenkreis der Menschen mit Migrationshintergrund setzt sich aus zwei Hauptgruppen zusammen:
a) Ausländerinnen und Ausländer: Dies ist ein juristischer Begriff, der definiert, dass ein Mensch keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Der Begriff sagt nichts aus über die Verweildauer in Deutschland (auch über mehrere Generationen).

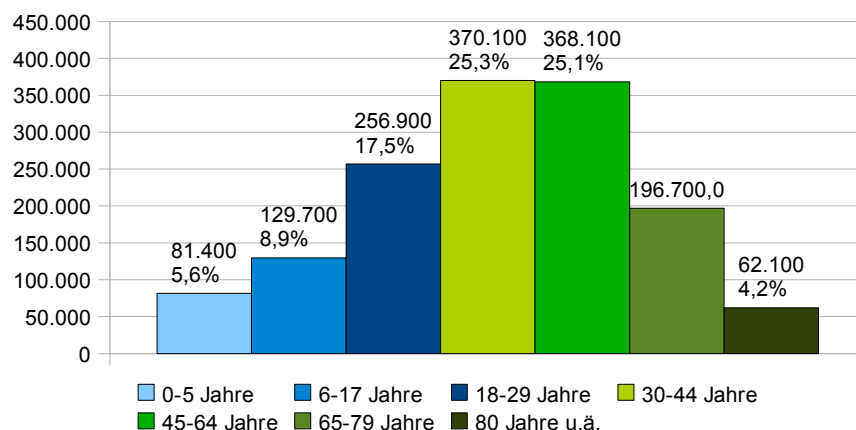
b) Deutsche mit Migrationshintergrund: Das sind Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die selbst nach 1955 zugewandert sind, sei es durch Aus- und Übersiedlung, Arbeitsmigration, Familiennachzug oder Flucht. Darüber hinaus sind es Personen, bei denen mindestens ein Elternteil nach 1955 zugewandert ist. Dazu gehören beispielsweise Kinder aus binationalen Ehen und 'Optionskinder' (ZIMAS Metadaten).

Bundesweit wird häufig das Jahr 1949 als Grundlage der Definition verwendet.

29 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2013): Statistik kommunal 2012. Bayern 09. Die Daten der ab 80-Jährigen sind der Veröffentlichung leider nicht zu entnehmen.

Abb. 5: Münchner Bevölkerung nach Altersgruppen 2013

absolute Anzahl und in Prozent



Statistisches Amt LHM, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung Dez. 2013, Berechnungen und Darstellung RGU-UW 13

Der Jugendquotient für die LH München liegt bei 24,2. Das heißt, dass etwa 24 Personen von 0-19 Jahren auf 100 Personen im arbeitsfähigen Alter von 20-64 Jahren kommen.

Der Altenquotient für München lag Ende 2013 bei 26,7³⁰. Das heißt, dass etwa 27 Personen ab 65 Jahren auf 100 Personen zwischen 20-64 Jahren entfallen³¹.

Zum Vergleich: 2011 lag der Altenquotient in Deutschland bei 33,7, in Bayern bei 31,9 und in Berlin bei 29,2³². Die LH München kann deshalb – im Vergleich zu Deutschland insgesamt – als 'junge' Stadt gelten.

Allerdings ist zu beachten, dass die Altersstruktur in den einzelnen Stadtbezirken der LH München bisweilen deutlich vom gesamtstädtischen Wert abweicht. So gibt es bezüglich des Anteils der ab 65-Jährigen eine Spannweite von etwa 11% im Stadtbezirk 2 Ludwigsvorstadt-Isarvorstadt bis zu 22% im Stadtbezirk 20 Hadern bzw. im Stadtbezirk 19 Thalkirchen-Obersendling-Forstenried-Fürstenried-Solln.

Ähnliches gilt auch für die Anteile von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit bzw. mit Migrationshintergrund. Der Anteil von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit differenziert z.B. zwischen 18% im Stadtbezirk 23 Allach-Untermenzing und 34% im Stadtbezirk 8 Schwanthalerhöhe.

Alterspyramide

Einen guten Überblick über die Altersverteilung, Staatsangehörigkeit und Geschlecht bietet die sogenannte Alterspyramide.

Deutlich erkennbar ist der ausgeprägte 'Bauch', der vorwiegend durch die – aus dem In- oder Ausland – zugewanderten (jungen) Erwachsenen in der Ausbildungsphase bzw. Studium und in den ersten Jahren der Berufstätigkeit entsteht, also Personen im Alter von etwa 20 bis 40 Jahren.

Nicht zuletzt deshalb ist in der LH München – anders als z.B. in Deutschland insgesamt und in vielen ländlichen Regionen – kein 'Kopf' erkennbar, also keine hohen Anteile der älteren Bevölkerung. Auch in dieser Darstellung zeigt sich, dass München als vergleichsweise 'junge' Stadt bezeichnet werden kann.

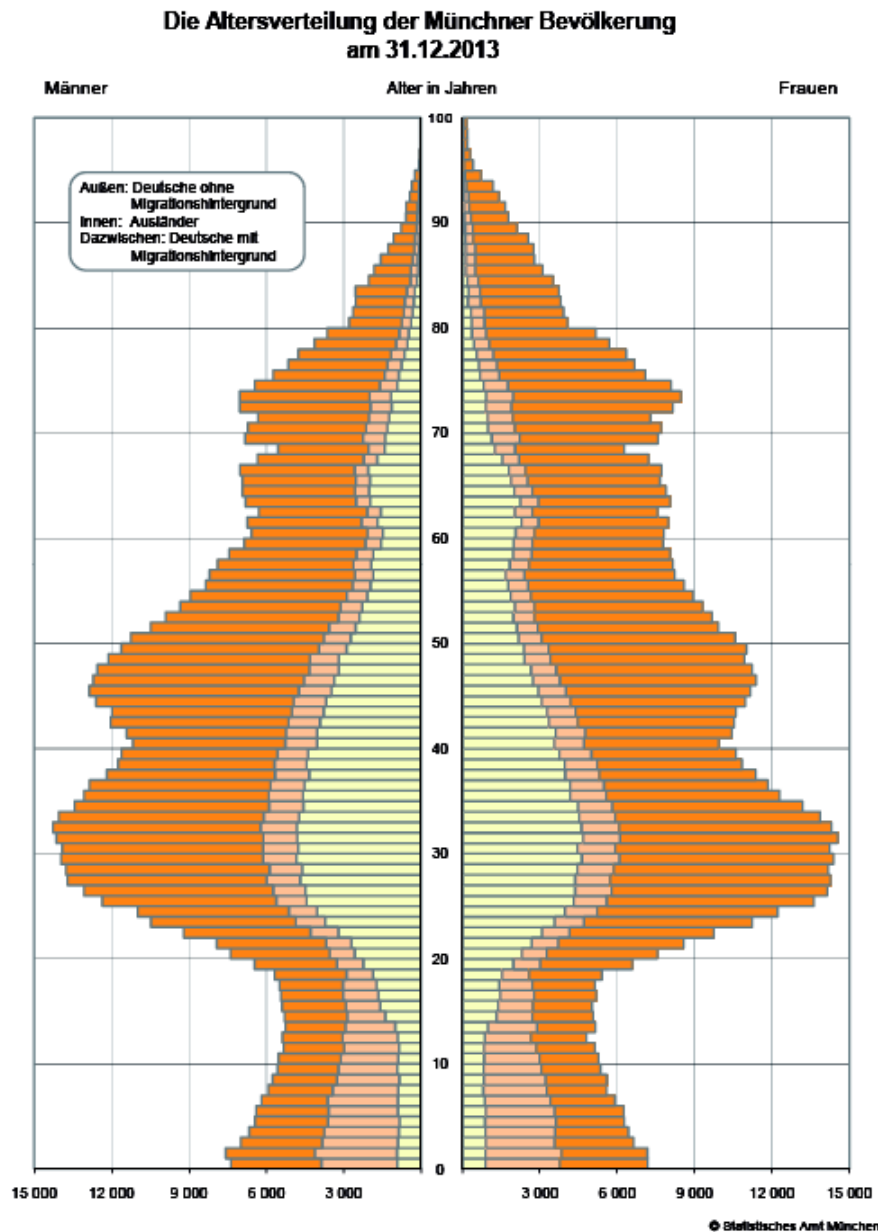
30 Statistisches Amt LHM, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung Dez. 2013, Berechnungen RGU-UW 13

31 Der Jugend- und Altenquotient ist nicht einheitlich definiert. Hier wurde wegen der Vergleichbarkeit mit den bundes- und bayernweiten Daten die Altersgrenze bei 20 Jahren festgelegt.

32 GeroStat Statistisches Informationssystem des Deutschen Zentrums für Altersfragen. <http://www.gerostat.de/de/index.html> [19.2.2014]; vgl. auch Münchner Statistik 2. Quartalsheft 2013

Abb. 6: Münchner Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund 2013

absolute Anzahl



Statistisches Amt LHM³³

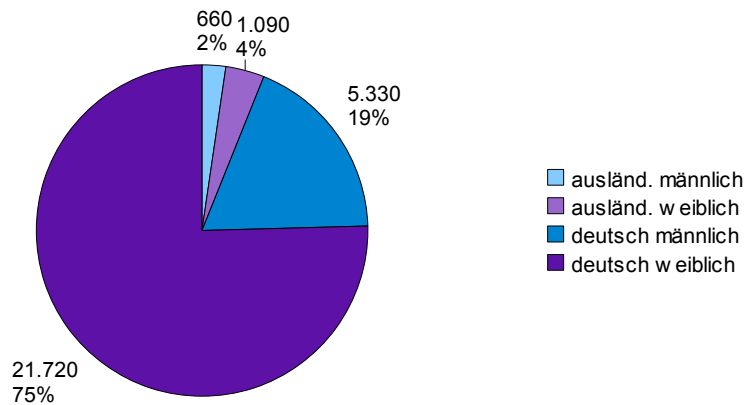
Alleinlebende Ältere

Für kommunale Planungen ist die Anzahl der alleinlebenden Hochaltrigen ab 80 Jahren von besonderer Relevanz, da für diese Altersgruppe mit erhöhtem Pflegebedarf bzw. Multimorbidität zu rechnen ist. Ende 2013 lebten fast 29.000 ab 80-Jährige alleine in ihrer Wohnung. Etwa 80% davon sind weiblich. Bisher sind nur ca. 6% dieser hochaltrigen Einpersonenhaushalte Ausländerinnen und Ausländern zuzuordnen.

33 <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtfinfos/Statistik/Bev-lkerung/Bev-lkerungsbestand.html> [16.04.2013]

Abb. 7: Alleinlebende ab 80 Jahren nach Geschlecht und Nationalität 2013

absolute Anzahl, relativer Anteil in Prozent



Statistisches Amt LHM, ZIMAS, Privathaushalte, Hauptwohnsitzbevölkerung, Einpersonenhaushalte Dez. 2013, Berechnungen und Darstellung RGU-UW 13, Anzahlen auf eine Stelle gerundet

3.2 Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030

Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung geht in seiner Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030³⁴ von einem kontinuierlichen Anstieg der wohnberechtigten³⁵ Bevölkerung aus:

- absoluter Anstieg der Wohnberechtigten um etwa 214.000 Personen von 1,439 Mio im Jahr 2011 auf etwa 1,651 Mio im Jahr 2030
- Wachstum um 14,9% Prozent in diesem Zeitraum bei einer jährlichen Wachstumsrate von 0,73%.

Grundsätzlich ist die Bevölkerungsentwicklung in der LH München auch weiterhin insbesondere durch die hohen Zuwanderungen in den Jahrgängen der beruflichen Qualifikation und Erwerbstätigkeit geprägt. Auch in der Bevölkerungsprognose fällt der – im Vergleich zu Deutschland – ausgeprägte 'Bauch' in der Altersgruppe der ca. 20 bis 40-Jährigen besonders auf. In der nachfolgenden Abbildung ist die Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 anschaulich dargestellt.

34 Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2012): Demografiebericht München – Teil 1. Analyse und Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030; Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2013): Demografiebericht München – Teil 2. Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 für die Stadtbezirke.

Hinweis: Die Ergebnisse der am 11.03.2015 im Ausschuss für Stadtplanung und Bauordnung bekannt gegebenen neuen Bevölkerungsprognose 2013 bis 2030 konnten für die vorliegende Bekanntgabe noch nicht berücksichtigt werden.

35 Der Begriff der Wohnberechtigten umfasst sowohl Haupt- als auch Nebenwohnsitzberechtigte.

Abb. 8: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München

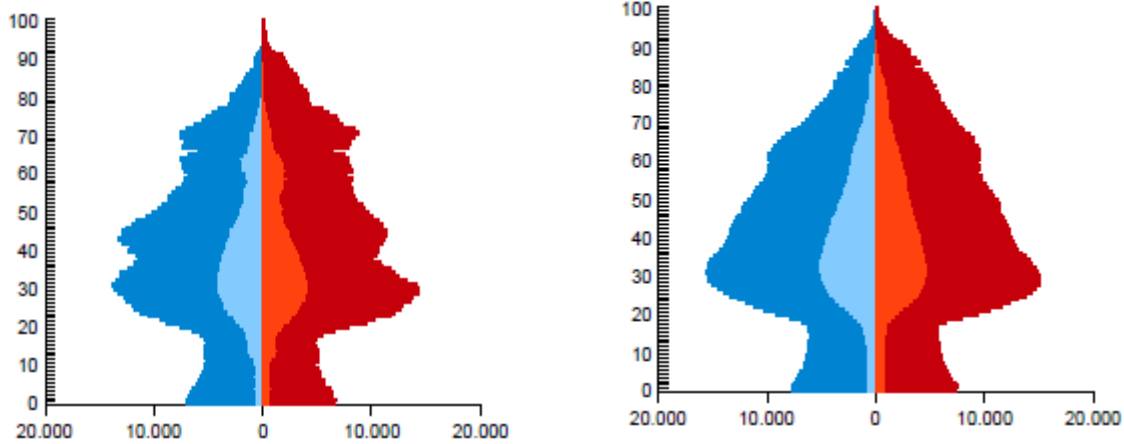
absolute Anzahl nach Altersjahren

blau: Männer bzw. rot: Frauen

dunkle Farbe: Deutsche bzw. hellere Farbe: Ausländerinnen und Ausländer

München 2011

München Planungsprognose 2030



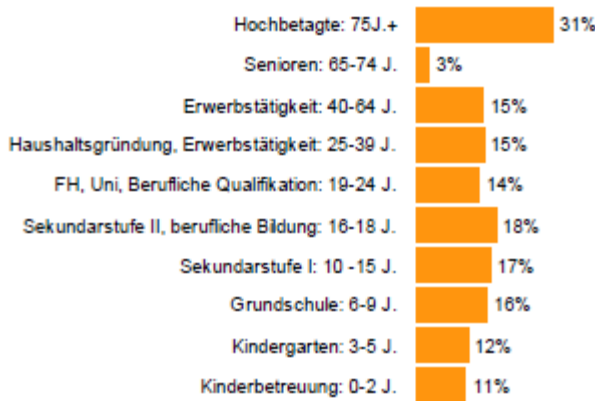
Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2012): Demografiebericht München – Teil 1. Analyse und Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030, Abbildung S. 32; Grafik: Plan I/22; Daten: ZIMAS-Datenbank, GENESIS-Datenbank, 12. koordinierte Vorausberechnung: mittlere Bevölkerung, obere Variante; LHM Planungsprognose 2011-2030, Wohnberechtigte

Die prozentualen Veränderungen in den einzelnen Altersgruppen sind in der nächsten Abbildung dargestellt. Die Hochbetagten (hier 75 Jahre und älter) sind die am stärksten wachsende Altersgruppe in der LH München mit einem Anstieg um 31%, d.h. absolut um ca. 33.500 Personen. Die Anzahl der Seniorinnen und Senioren (65 bis 74 Jahre) bleibt hingegen im gleichen Prognosezeitraum auf annähernd gleichem Niveau.

Abb. 9: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München für spezifische Altersgruppen

Entwicklung in Prozent

Planungsprognose



Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2012): Demografiebericht München – Teil 1. Analyse und Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030, Abbildung S. 35; Grafik: Plan I/22; Daten: LHM Bevölkerungsprognose 2011-2030

Was die Altersstruktur der Bevölkerung betrifft, so bleibt – trotz der zahlenmäßig starken Zunahme Hochbetagter – der Anteil der Seniorinnen und Senioren ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung auf gleichbleibendem Niveau (17,7% im Jahr 2011 versus 17,6% im Jahr 2030). Auch der Altenquotient (Anzahl der ab 65-Jährigen im Verhältnis zu 100 Personen zwischen 20 und 64 Jahren) ändert sich kaum (26,6 im Jahr 2011 versus 26,5 im Jahr 2030). Grund hierfür ist wiederum vor allem der starke Zuzug jüngerer Bevölkerungsgruppen.

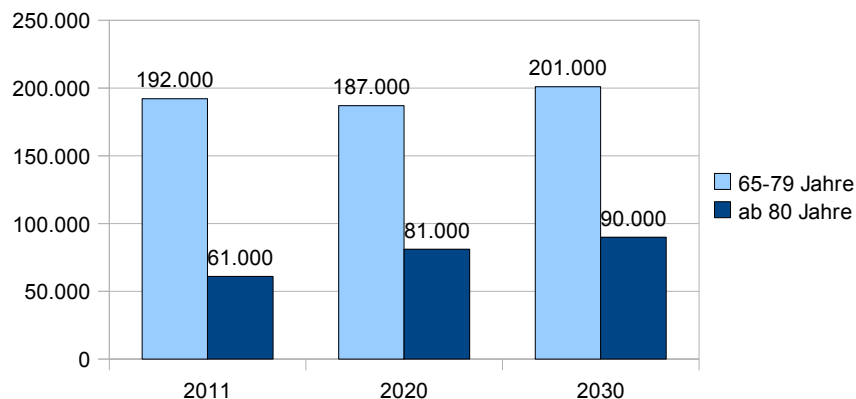
Ein noch differenzierterer Blick auf die Prognose zeigt, dass die Anzahl der 65 bis 79-Jährigen von

2011 bis 2030 nur geringfügig von etwa 192.000 auf 201.000 Wohnberechtigte ansteigt, was einem Wachstum von 4,5% entspricht.

Die Anzahl der ab 80-Jährigen hingegen steigt um 46,7% von etwa 61.000 im Jahr 2011 auf etwa 90.000 im Jahr 2030.

Abb. 10: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München: Entwicklung der Anzahl älterer Wohnberechtigter

absolute Anzahl



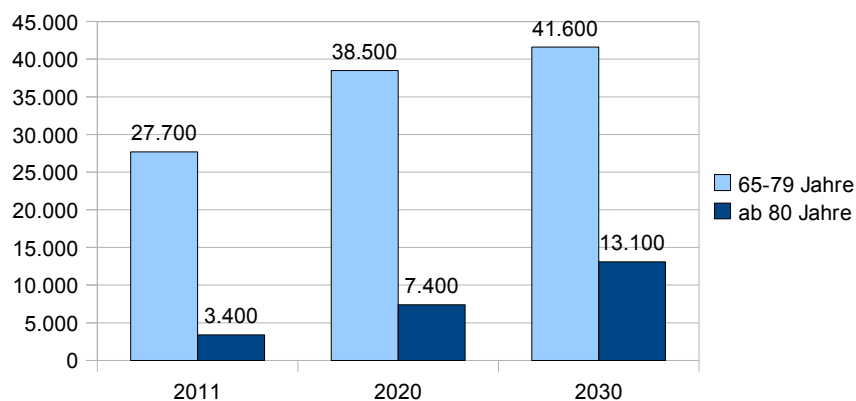
Planungsprognose 2011 bis 2030, Referat für Stadtplanung und Bauordnung, Wohnberechtigte, gerundete Daten
Berechnungen und Darstellung RGU-UW 13

Hinzuweisen ist an dieser Stelle auf den starken Anstieg der Zahl älterer Wohnberechtigter ab 65 Jahren ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Hier wird ein absoluter Zuwachs um etwa 24.000 Wohnberechtigte prognostiziert, was einem relativen Anstieg von etwa 76% entspricht.

Werden lediglich die hochaltrigen Ausländerinnen und Ausländer ab 80 Jahren betrachtet, ist erkennbar, dass diese Gruppe besonders stark wächst, von etwa 3.400 im Jahr 2011 auf voraussichtlich 13.100 im Jahr 2030.

Abb. 11: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München: Entwicklung der Anzahl älterer Wohnberechtigter ohne deutsche Staatsangehörigkeit

absolute Anzahl



Planungsprognose 2011 bis 2030, Referat für Stadtplanung und Bauordnung, Wohnberechtigte, gerundete Daten
Berechnungen und Darstellung RGU-UW 13

Entwicklungen in den Stadtbezirken

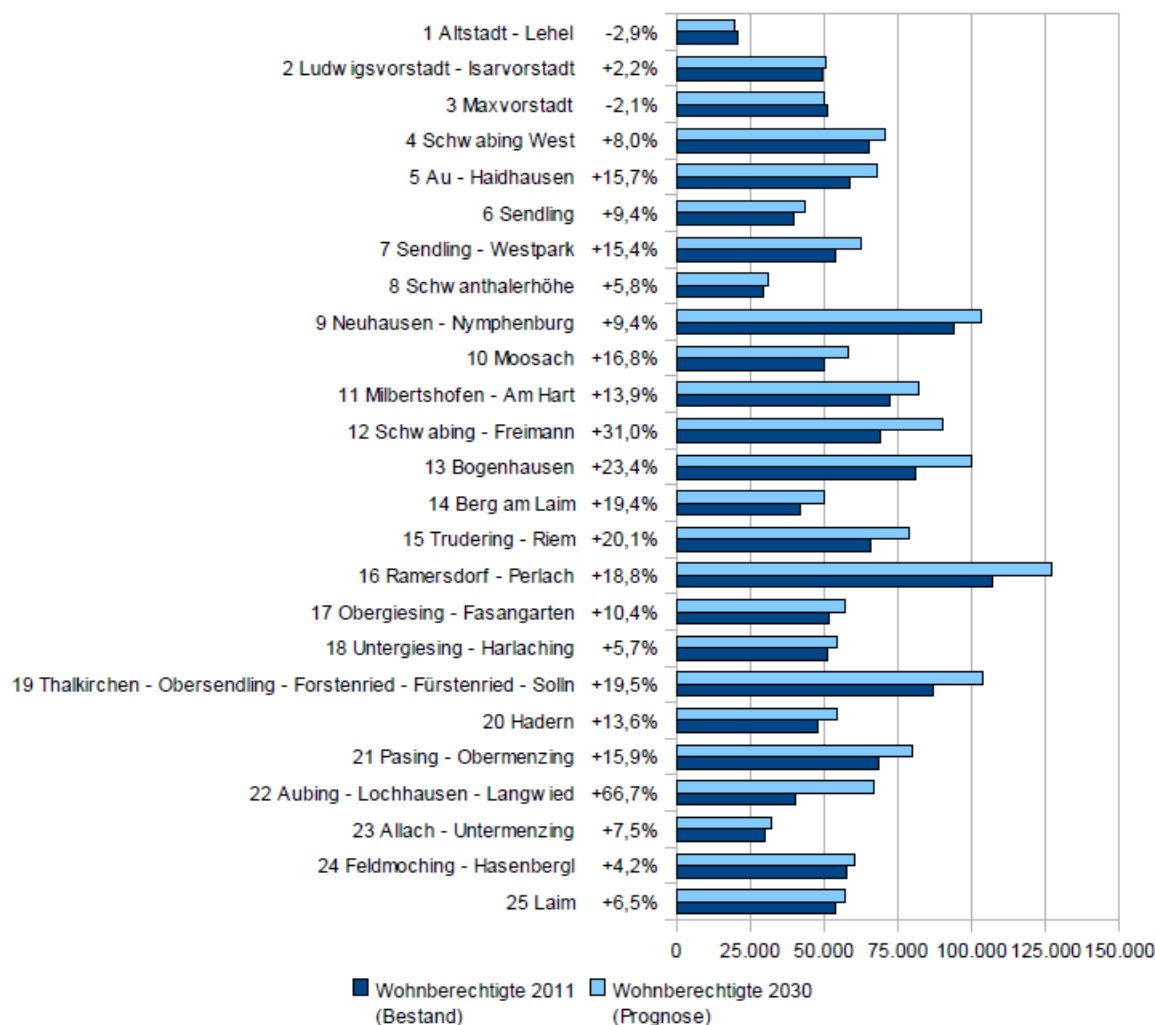
Die gesamtstädtische Entwicklung ist von den stadtbezirksspezifischen Entwicklungen zu unterscheiden. Auf Ebene der einzelnen Stadtbezirke gibt es teilweise deutliche Unterschiede, was die Altersstruktur im Jahr 2011 sowie die Veränderungen bis zum Jahr 2030 betrifft. Dies gilt sowohl für die Bevölkerungsentwicklung insgesamt als auch für spezifische Altersgruppen³⁶. So wird sich z.B. der heute noch recht hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen im Stadtbezirk 15 Trudering-Riem (mit dem Neubaugebiet Messestadt Riem) im Laufe der Zeit aufgrund der normalen Altersungsprozesse deutlich reduzieren. Dagegen wird sich im Stadtbezirk 22 Aubing-Lochhausen-Langwied im Zuge der Bebauungen im neuen Stadtteil Freiham der Anteil von jungen Eltern und Kindern in den nächsten 20 Jahren deutlich erhöhen.

Für eine solide Einschätzung der Entwicklung der einzelnen Stadtbezirke ist es wichtig, neben den relativen auch die absoluten Zuwächse zu betrachten. Darüber hinaus sollte zur Abschätzung der sozialen und demografischen Entwicklung und Dynamik in einem Stadtbezirk auch die Entwicklung einzelner Altersgruppen bzw. der Altersstruktur insgesamt betrachtet werden. Ein hoher relativer Zuwachs in einem Stadtbezirk mit einer geringeren Einwohnerzahl im Basisjahr muss aus planerischer Perspektive anders interpretiert werden als ein vergleichsweise geringer relativer Zuwachs in einem Stadtbezirk mit hoher Bevölkerungszahl im Ausgangsjahr. Für Planungen zur gesundheitsbezogenen Versorgung sind diese Analysen unabdingbare Voraussetzung.

36 Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2013): Demografiebericht München – Teil 2. Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 für die Stadtbezirke.

Abb. 12: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München: Entwicklung der Wohnberechtigten in den Stadtbezirken

absolute Anzahl und relative Entwicklung in Prozent



Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2013): Demografiebericht München – Teil 2. Kleinräumige Bevölkerungsprognose für die Stadtbezirke 2011 bis 2030, Abbildung S. 8

Menschen mit Demenz: aktuelle Schätzung und Prognose

Auf Basis einer aktuellen Veröffentlichung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft kann die Anzahl von Menschen mit Demenzerkrankungen in der LH München zum aktuellen Zeitpunkt in etwa geschätzt und für die Zukunft prognostiziert werden³⁷. Die Berechnungen beruhen auf altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten³⁸.

Für Ende des Jahres 2013 ergibt sich auf dieser Basis für die LH München eine geschätzte Zahl von 22.100 Personen mit einer Demenzerkrankung, davon etwa 7.200 Männer und 14.900 Frauen. Die höhere absolute Anzahl von Frauen ist vorwiegend auf deren höhere Lebenserwartung zurückzuführen.

Unter der Annahme gleichbleibender Prävalenzraten ergibt eine Hochrechnung³⁹ für das Jahr

37 Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2014): Das Wichtigste 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [03.07.2014]; vgl. auch Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2014): Gesundheitsreport Bayern 03/2014.

38 Die Prävalenzraten sind nach Geschlechtern getrennt für die folgenden Altersgruppen angegeben bzw. wurden danach berechnet: 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 Jahre und älter. Datengrundlage für die Schätzung 2013 sind die Einwohnerdaten des Statistischen Amtes der LHM, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung Dez. 2013. Berechnungen RGU-UW 13

39 Hochrechnung auf Basis der Bevölkerungsprognose des Referats für Stadtplanung und Bauordnung (2012): Demografiebericht München – Teil 1. Analyse und Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030. Die Daten wurden von PLAN differenziert für weitere Berechnungen zur Verfügung gestellt. Berechnungen RGU-UW 13

2030 eine geschätzte Zahl von etwa 28.600 Menschen (10.200 Männer und 18.500 Frauen)⁴⁰ mit einer Demenzerkrankung. Das entspricht einer relativen Zunahme von fast 30% (von 2013 bis 2030)⁴¹.

➡ Die Beobachtung und Analyse unterschiedlicher demografischer Entwicklungen in den einzelnen Stadtbezirken im Rahmen der Gesundheits- und Umweltberichterstattung und deren Berücksichtigung bei der Planung quartiersspezifischer, gesundheitsförderlicher Angebote für spezifische Zielgruppen (z.B. Altersgruppen, Migrationshintergrund) ist deshalb von hoher Relevanz.

(HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung)

➡ Die starke zahlenmäßige Zunahme Hochaltriger stellt aufgrund der damit zu erwartenden absoluten Zunahme von beispielsweise multimorbiden Personen eine Herausforderung für die Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Versorgungsstruktur sowie für die Ausrichtung präventiver Angebote dar.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Angesichts des deutlichen Anstiegs der Anzahl älterer Bürgerinnen und Bürger ohne deutsche Staatsangehörigkeit (bzw. mit Migrationshintergrund) kommt der interkulturellen Öffnung der vorhandenen Angebote sowie der Schaffung zielgruppenspezifischer Angebote im Bereich der Prävention und Gesundheitsvorsorge und dem Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung eine besondere Bedeutung zu.

(HF Spezielle Zielgruppen)

➡ Die zu erwartende Zunahme der Anzahl von Menschen mit einer Demenzerkrankung (mit dementsprechendem Pflegebedarf) muss in der Planung von Angeboten der Prävention, Beratung, Unterstützung und Versorgung sowie in der Ausbildung im Bereich von Gesundheit, Pflege und Sozialem mit bedacht werden.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

40 Die Gesamtsumme und Einzelsummen stimmen aufgrund von Rundungsfehlern nicht ganz überein.

41 Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit kommt auf Basis von Bevölkerungsprognosen des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung und eigener Berechnungen auf eine ähnlich hohe, geschätzte Anzahl von 30.300 Menschen mit einer Demenzdiagnose, allerdings für das Jahr 2032. Gesundheitsreport Bayern 3/2014: Demenzerkrankungen – Update 2014.

4 Studie 'Älter werden in München' (ÄwiM) – Grundlagen und Methodik

Die Studie 'Älter werden in München' (ÄwiM) wurde vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialreferat in Auftrag gegeben und von der Obersten Baubehörde des Freistaates Bayern finanziell unterstützt. Die Ergebnisse wurden dem Stadtrat im April 2015 bekanntgegeben und sind als Lang- und Kurzfassung zugänglich⁴².

Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung und das Sozialreferat haben es dem Referat für Gesundheit und Umwelt ermöglicht, die im Rahmen der Studie erhobenen Daten differenziert für seine Bedarfe auszuwerten. Der vorliegende Beitrag beruht im Wesentlichen auf diesen Sonderauswertungen durch die Gesundheits- und Umweltberichterstattung des Referates für Gesundheit und Umwelt.

Die detaillierten Auswertungen der Studienergebnisse finden sich vor allem in den → Kap. 6, 7 und 8, die an den Themenfeldern der Leitlinie Gesundheit orientiert sind: 'Prävention und Gesundheitsförderung', 'Gesundheitsförderliche Umwelt' und 'Gesundheitliche Versorgung'.

Wie bereits aufgezeigt, unterliegt die LH München nicht den Entwicklungen des 'klassischen' demografischen Wandels, dennoch ist von einer absoluten Zunahme der Anzahl älterer Menschen (v.a. Hochaltriger) auszugehen. Ziel der Studie 'Älter werden in München' war es, eine prospektive Fragestellung zu verfolgen: es sollten die Lebenslagen und vor allem die zu erwartenden Bedarfe zukünftiger Seniorinnen und Senioren in der LH München eruiert werden. Besonderes Augenmerk kam den Lebensbedingungen von älteren Menschen in unterschiedlichen städtebaulichen Strukturtypen zu. Diese spielten bei der Auswahl der konkreten Untersuchungsgebiete deshalb eine große Rolle.

Den Auftrag zur Durchführung der Studie erhielt das Institut Weeber+Partner aus Stuttgart, gemeinsam mit Prof. Dr. Ulrich Otto⁴³.

Altersgruppen

Befragt wurden Personen zwischen 55 und 74 Jahren in 11 ausgewählten Untersuchungsgebieten. In den Auswertungen werden die Befragten jeweils in zwei Altersgruppen differenziert: die 'jüngere' Gruppe (55-64 Jahre) und die 'ältere' Gruppe (65-74 Jahre).

Auswahl der Untersuchungsgebiete

Auf Basis städtebaulicher und sozialer Kriterien wurden fünf Quartierstypen mit insgesamt elf kleinräumigen Untersuchungsgebieten (Quartieren) ausgewählt.

Tab. 2: Quartierstypen und ausgewählte Untersuchungsgebiete

Quartierstyp	Untersuchungsgebiet
Gründerzeit	Sendling, Schwabing
1920/50er Jahre	Ramersdorf, Laim/Kleinhadern
Großwohnsiedlung	Lerchenau, Neuperlach
Neubaugebiet	Messestadt Riem, Ackermannbogen, Zentrale Bahnflächen
Einzel- und Reihenhausbau	Obermenzing, Ostpark

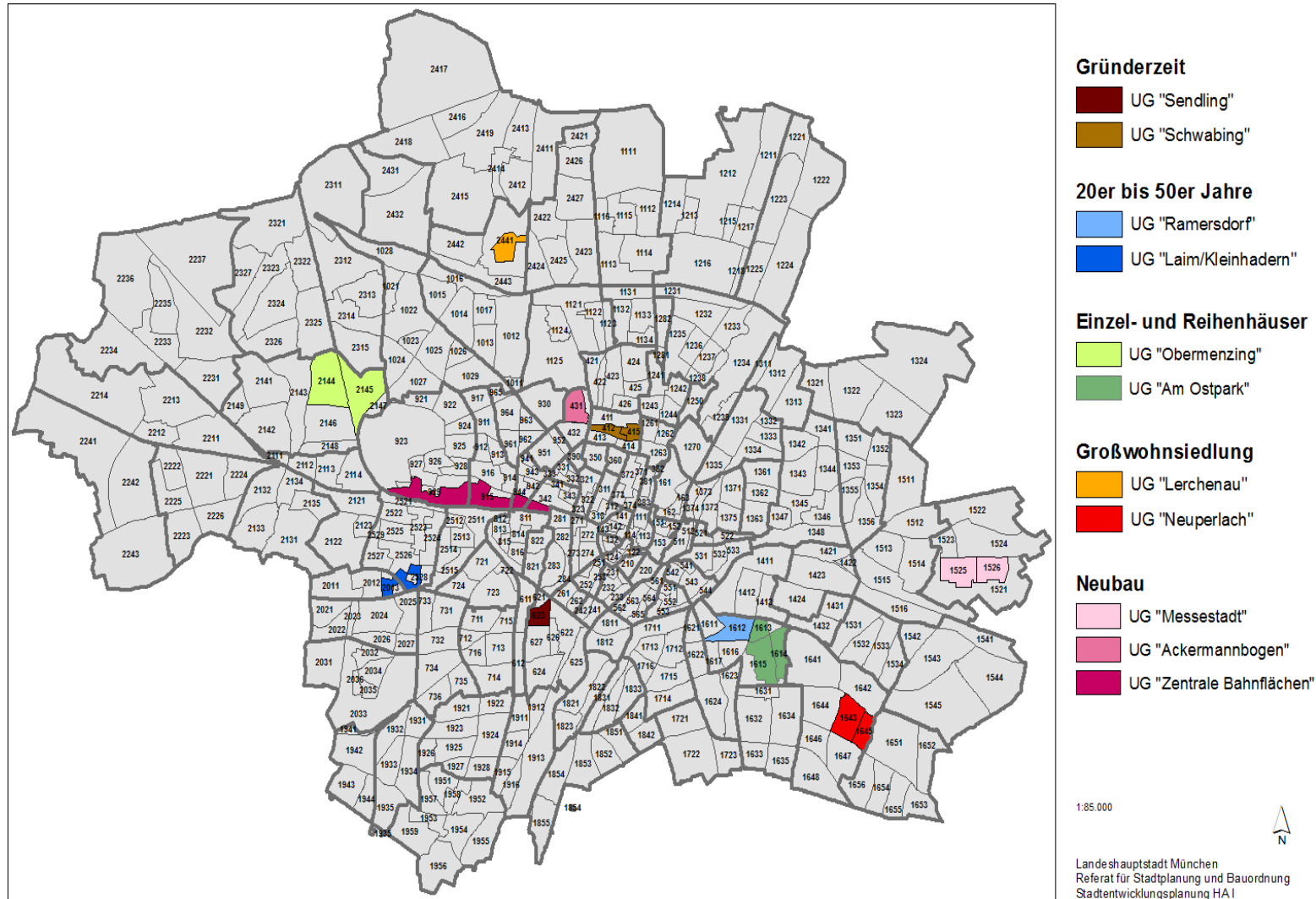
Die konkreten Untersuchungsgebiete sind sehr kleinteilig, z.B. umfasst das Untersuchungsgebiet 'Sendling' nicht den gesamten Stadtbezirk, sondern das in der nachfolgenden Abbildung gekennzeichnete kleinräumige Quartier (farblich markiert). Die ausgewählten Untersuchungsgebiete umfassen in der Regel etwa ein bis drei Stadtbezirksviertel.

42 Ausschuss für Stadtplanung und Bauordnung vom 15.04.2015; Die Berichte sind unter folgendem Link abrufbar: www.muenchen.de/aelterwerden

43 Fachhochschule St. Gallen, Kompetenzzentrum Generationen, seit 01.09.2014 Leiter Careum Forschung, Forschungsinstitut Kallidos Fachhochschule Zürich, Department Gesundheit

Abb. 13: Ausgewählte Untersuchungsgebiete der Studie 'Älter werden in München'

Untersuchungsgebiete "Älter werden in München"



Beschreibung der Stichprobe

Mit Hilfe des Statistischen Amtes der LH München wurden in den elf Untersuchungsgebieten zunächst alle Haushalte mit mindestens einer Person zwischen 55 und 74 Jahren gelistet (Stand April 2013)⁴⁴. Wenn in einem Haushalt mehr als eine Person dieser Altersgruppe zugeordnet werden konnte, wurde davon nur eine Person zufällig für die Teilnahme ausgewählt. Da pro Quartierstyp etwa 2.000 Haushalte kontaktiert werden sollten, wurden in einigen Untersuchungsgebieten alle Haushalte, die die Kriterien erfüllten, ausgewählt, in anderen Quartieren wurde eine Stichprobe der relevanten Haushalte gezogen⁴⁵.

Rücklaufquote

Insgesamt erhielten 9.703 Personen ein Schreiben des Oberbürgermeisters mit der Bitte um Rücksendung des Fragebogens.

Den Onlinefragebogen nutzten 5,5% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Die bereinigte Rücklaufquote beträgt 28,4%, d.h. die Rückmeldungen von 2.751 Personen gingen in die Auswertungen ein. Die Rücklaufquoten in den einzelnen Untersuchungsgebieten differieren deutlich (zwischen 19,8% im Untersuchungsgebiet Ramersdorf und 42,6% am Ackermannbogen).

Vergleich der angeschriebenen und realisierten Stichprobe

Die soziodemografischen Merkmale der realisierten und für die weiteren Berechnungen verwendeten (Netto)Stichprobe sind nachfolgend dargestellt.

Die realisierte Stichprobe entspricht in vielen Merkmalen relativ genau der angeschriebenen Stichprobe⁴⁶, sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Untersuchungsgebieten. Am genauesten gilt dies hinsichtlich des Geschlechts. Die ältere Altersgruppe hat etwas häufiger teilgenommen und ist damit leicht überrepräsentiert. Deutsche mit Migrationshintergrund sind – wie erfahrungsgemäß in vielen anderen Studien – unterrepräsentiert⁴⁷.

Darüber hinaus hat die Stichprobenziehung, die auf Ebene der Haushalte erfolgte, eine weitere methodische Konsequenz. Da im Falle eines Haushaltes, der zwei Personen von 55 bis 74 Jahren umfasste, nur eine der beiden Personen angeschrieben wurde, hatten Personen aus Einpersonenhaushalten eine höhere Chance in die Stichprobe zu kommen und sind folglich etwas überrepräsentiert.

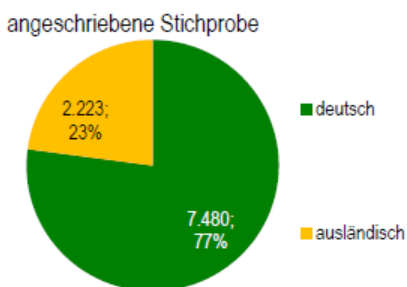
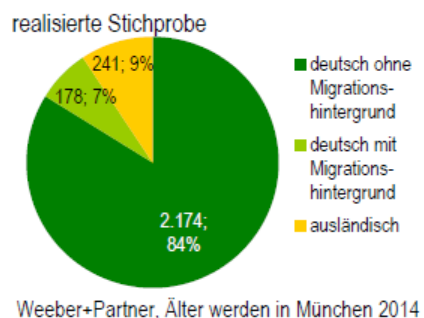
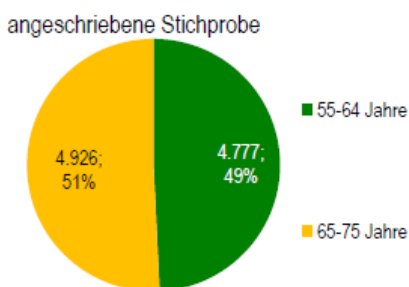
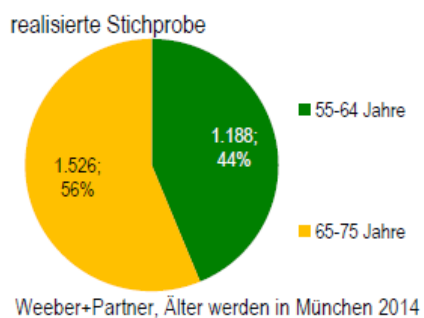
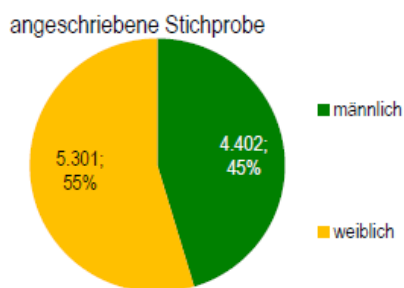
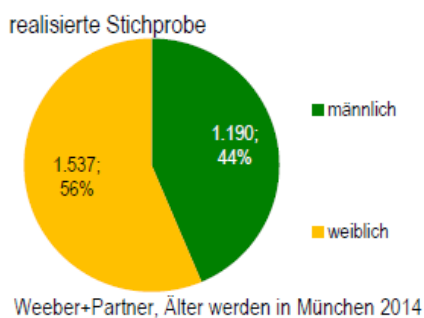
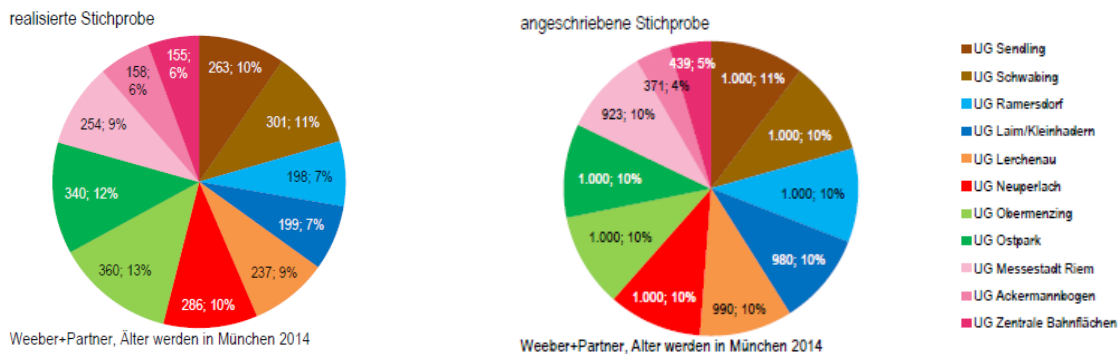
44 Aufgrund der geringen zeitlichen Versetzung des Zeitpunkts der Stichprobenziehung und des tatsächlichen Befragungszeitpunkts wurden faktisch auch einige 75-Jährige befragt und einige 55-Jährige gelangten nicht in die Stichprobe.

45 siehe Endbericht der Studie 'Älter werden in München', www.muenchen.de/aelterwerden

46 siehe dazu Endbericht der Studie 'Älter werden in München', www.muenchen.de/aelterwerden

47 Da die realisierte Stichprobe im Hinblick auf Geschlecht und Altersgruppen relativ genau der angeschriebenen Stichprobe entspricht und die Fragestellungen in der Regel nach den relevanten Kategorien (insbesondere auch Migrationshintergrund) differenziert ausgewertet wurden, wurde auf eine Gewichtung der Stichprobe für die Auswertungen verzichtet.

Abb. 14: Merkmale der realisierten und angeschriebenen Stichprobe
Anzahl und in Prozent⁴⁸



Grafiken: Weeber+Partner, Studie 'Älter werden in München'⁴⁹

48 In den Grafiken des durchführenden Instituts wird die ältere Altersgruppe immer als Gruppe der 65 bis 75-Jährigen angegeben – aufgrund der bereits beschriebenen Effekte des unterschiedlichen Zeitpunkts der Stichprobenziehung und des Befragungszeitpunktes.

49 siehe dazu Endbericht der Studie 'Älter werden in München', www.muenchen.de/aelterwerden

Aussagekraft und Repräsentativität der Ergebnisse

Es war nicht Ziel der Studie, repräsentative Aussagen über alle 55 bis 74-Jährigen in der LH München zu erzielen. Die Studie verfolgte hingegen vor allem zwei Anliegen:

- Wissen über die zu erwartenden Bedarfe zukünftiger Seniorinnen und Senioren in verschiedenen Lebenslagen zu gewinnen
- Aussagen über einige, auf Basis städtebaulicher Kriterien ausgewählte Quartierstypen und Untersuchungsgebiete hinsichtlich deren Ressourcen und Risiken für eine älter werdende Zielgruppe zu treffen.

Da es sich nicht um eine Stichprobe der gesamten Münchner Bevölkerung handelt, sondern ausschließlich Bürgerinnen und Bürger im Alter von 55 bis 74 Jahren in den ausgewählten Untersuchungsgebieten befragt wurden, können Angaben, die sich auf die gesamte (realisierte) Stichprobe beziehen, nicht als repräsentativ für die gesamte LH München gelten.

Angaben zu Verteilungen bestimmter Ergebnisse in der Gesamtgruppe beziehen sich ausschließlich auf alle im Rahmen der Studie befragten Personen. Sie dienen dazu, die Ergebnisse (z.B. der jeweiligen Untersuchungsgebiete) in Relation zueinander zu setzen. Sie geben jedoch keine Auskunft über die tatsächliche Verteilung bestimmter Merkmale in der LH München insgesamt.

Die Auswertungen auf Ebene der Untersuchungsgebiete können als aussagekräftig angenommen werden. Soweit die Fallzahlen Auswertungen auf kleinräumiger Ebene sinnvoll ermöglichen, werden die Auswertungen differenziert nach Untersuchungsgebieten dargestellt.

Allerdings ist davon auszugehen, dass inhaltliche Zusammenhänge, z.B. die Abhängigkeit des subjektiven Gesundheitszustands von der Einkommensgruppe, im gesamten Stadtgebiet gelten. Ob auf gesamtstädtischer Ebene bei einer tatsächlich repräsentativ durchgeführten bzw. realisierten Erhebung die prozentualen Verteilungen jeweils etwas höher oder geringer ausfallen würden, ist für die grundsätzlichen Zusammenhänge nicht von hoher Bedeutung und ebenso wenig für die daraus abzuleitenden Bedarfe oder Handlungsempfehlungen.

Methodenmix

Der umfangreiche quantitative Fragebogen wurde durch qualitative Methoden ergänzt, um tiefergehende Aussagen zu einzelnen Untersuchungsgebieten und zu spezifischen Zielgruppen zu erhalten, die im Rahmen der quantitativen Befragung aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht erfasst werden konnten. Es fanden Zielgruppenforen statt mit Menschen mit Demenz, älteren Menschen mit Behinderungen, älteren Alleinlebenden, älteren Personen mit nicht-heteronormativer sexueller Orientierung (LGBT Lebensweisen⁵⁰) und älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Außerdem wurden in den Untersuchungsgebieten Stadtteilspaziergänge oder Quartiersforen durchgeführt und insgesamt etwa 50 leitfadengestützte Experteninterviews geführt.

Auswertung der Daten

Die Auswertungen wurden zunächst auf Basis aller Befragten durchgeführt. Eine Analyse im Hinblick auf statistisch signifikante Gruppenunterschiede erfolgt standardmäßig anhand der Variablen Geschlecht, Altersgruppe, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen der Haushalte (arm – untere Mitte – obere Mitte – reich, → Kap. 6.2) und Untersuchungsgebieten. Die Unterschiede werden in der Regel explizit dargestellt.

Bei manchen Fragestellungen werden zusätzliche Auswertungen nach dem Bildungsstatus, Status alleinlebend/nicht-alleinlebend oder dem subjektiven Gesundheitszustand der Befragten vorgenommen.

In einigen Fällen wird – aufgrund der Fülle der Daten – auf eine ausführliche Darstellung der standardmäßig durchgeführten Differenzierungen verzichtet und lediglich auf einige besonders relevante Aspekte oder Unterschiede verwiesen.

Statistische Methoden

Die verwendeten statistischen Methoden sind am Ende des Berichts erläutert (→ Kap. 9).

An dieser Stelle soll lediglich auf mögliche Rundungsdifferenzen in Diagrammen hingewiesen werden, die dazu führen, dass eine Summe beispielsweise 101% anstelle von 100% ergibt.

50 LGBT steht für Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender

Relevanz der Daten für die Gesundheits- und Umweltberichterstattung

Trotz der methodisch bedingten Einschränkungen bieten die mit dieser Befragung gewonnenen Daten und Ergebnisse eine wichtige Grundlage für die kommunale Gesundheits- und Umweltberichterstattung. Dies gilt umso mehr, als die vorliegende Studie durch ihren Quartiersbezug Ansatzpunkte für konkrete sozialräumliche Maßnahmen gibt – anders als stadtweite Befragungen, wie sie in der Gesundheitsberichterstattung sonst oft üblich sind. Außerdem können gesundheitsbezogene Daten mit Hilfe der Studie um Einschätzungen zu subjektiven Umweltbelastungen ergänzt werden. Damit kann der fachlichen Forderung nach integrierter Berichterstattung Rechnung getragen werden.

C

Themenfelder der Leitlinie Gesundheit

5 Gesundheitliche Chancengleichheit

„Die Gesundheitspolitik der Landeshauptstadt München orientiert sich am WHO-Ziel 'Gesundheit für alle' und leistet einen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit für ihre Stadtbevölkerung.“

Leitlinie Gesundheit

5.1 Theoretischer Hintergrund

„Die Landeshauptstadt München beachtet bei allen gesundheitspolitischen Konzepten die Bedeutung von sozialer Lage, kultureller Herkunft, Aufenthaltsstatus, Lebensphase und Lebenssituation, Minderheitenstatus, Alter, Geschlecht und sexueller Identität.“

Leitlinie Gesundheit

Gesundheit wird durch verschiedenste Determinanten bestimmt⁵¹. Soziale Ungleichheiten werden häufig nach *vertikalen* (i.d.R. Einkommen, Bildung, Berufsstatus) und *horizontalen* Ungleichheiten (i.d.R. Geschlecht, Migrationshintergrund, Alter, sexuelle Orientierung) unterschieden. Zunehmend werden auch ungleiche Umweltbedingungen (z.B. Wohnumfeld, Lärm) als Einflussfaktoren – im Sinne von Umweltgerechtigkeit – für gesundheitliche Ungleichheiten untersucht⁵².

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass mit sozialen Ungleichheiten jeweils ein relatives Verhältnis bezeichnet wird, diese also nicht als absolut zu verstehen sind⁵³.

Gesundheitspolitik muss in allen politischen Bereichen ihren festen Platz haben. Deshalb müssen die Bereiche Stadtentwicklung, Soziales, Umwelt, Gesundheit, Bildung, Kultur, Wirtschaft, Verkehr und Arbeit ihr Handeln hinsichtlich ihres Einflusses auf gesundheitliche Chancengleichheit überprüfen und sich an dieser Zielsetzung orientieren.

Die klassischen Themenfelder und Determinanten von sozialer Ungleichheit bzw. Chancengleichheit werden anschließend kurz und allgemein umrissen. Im weiteren Bericht werden diese jeweils in den konkreten inhaltlichen Kapiteln aufgegriffen und spezielle Ergebnisse im Hinblick auf die Befragten der Studie 'Älter werden in München' berichtet, sofern dazu Datenanalysen möglich waren. Differenzierte Auswertungen sind in der Regel für die Kategorien Geschlecht, Migrationshintergrund und soziale Lage möglich, nicht jedoch für die Merkmale sexuelle Orientierung und Behinderung. Aus diesem Grunde sind die Erläuterungen zu diesen beiden Merkmalen etwas ausführlicher.

5.2 Soziale Lage

„Mit jeder Stufe, die man weiter oben auf der sozialen Leiter steht, werden die Chancen auf ein langes und gesundes Leben besser“⁵⁴.

Der enge Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage auf individueller Ebene ist vielfach belegt⁵⁵. Es zeigt sich, dass Einkommen, Bildung und Beruf die Lebenserwartung (als einen wichtigen Indikator für Gesundheit) deutlich beeinflussen. So zeigen Analysen des Robert Koch-Instituts (RKI) auf Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP), dass Frauen und Männer mit geringerem Einkommen eine deutlich niedrigere, durchschnittliche Lebenserwartung haben als wohlhabendere Frauen und Männer. Die Chance, 65 Jahre oder älter zu werden, erhöht sich mit steigendem Einkommen kontinuierlich. Die vom Robert Koch-Institut berechnete mittlere Lebenserwartung bei Geburt unterscheidet sich bei Frauen aus der untersten und obersten Einkommens-

51 Trojan, Alf/Suß, Waldemar (2011): Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Healthy Public Policy. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S.133-136; Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2011): Determinanten von Gesundheit. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 45-48

52 siehe u.a. Mielck, Andreas/Heinrich J. (2001): Environmental Justice (Umweltbezogene Gerechtigkeit): Faire Verteilung von Umweltbelastungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen. http://www.apug.nrw.de/pdf/Mielck_Env_Justice.pdf [22.05.2014]

53 Mielck, Andreas (2011): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 510-515

54 spectra 81. Juli 2010. hrsg. vom Bundesamt für Gesundheit der Schweizerischen Eidgenossenschaft. S. 2. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de> [13.05.2014]

55 Robert Koch-Institut (2014): GBE Kompakt 2/2014. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Kümpers, Susanne (2012): Sozial bedingte Ungleichheit im Alter. Forum Public Health 20(74):4-5

kategorie um etwa 8,4 Jahre, bei Männern sogar um 10,8 Jahre. Weitere Prädiktoren für ein erhöhtes Mortalitätsrisiko sind u.a. ein niedriges Bildungsniveau, ein niedriger Berufsstatus und Partnerlosigkeit.

Nicht zuletzt aufgrund des vielfach belegten Zusammenhangs von Gesundheitszustand und sozialer Lage hat die WHO im Jahr 2005 die Kommission 'Soziale Determinanten der Gesundheit' initiiert und in der Folge u.a. drei globale Handlungsempfehlungen zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit benannt:

- Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen
- Bekämpfung ungerechter Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen
- Messung der gesundheitlichen Ungleichheit als Basis für effektive Maßnahmen⁵⁶.

Insbesondere den letzten Punkt greift der hier vorliegende Bericht auf und kann damit als Grundlage für die Entwicklung effektiver Maßnahmen dienen.

Seit langem ist bekannt, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, die vor allem eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens Einzelner im Blick haben, benachteiligte Zielgruppen häufig nicht oder nur bedingt erreichen und damit die Schere gesundheitlicher Ungleichheit weiter öffnen⁵⁷. Darüber hinaus tragen diese Angebote dazu bei, die Verantwortung (und damit Schuld) für gesundheitliche Beeinträchtigungen am Individuum festzumachen ('blaming the victim') und insofern tendenziell den Einfluss der sozioökonomischen Lebensbedingungen zu ignorieren⁵⁸. Anstelle der in der Prävention und Gesundheitsförderung häufig üblichen Angebote mit Komm-Struktur und Ausrichtung auf das individuelle Verhalten wird deshalb zur Gesundheitsförderung bei benachteiligten Gruppen empfohlen, aufsuchende Dienste und integrierte Programme anzubieten. Der sogenannte Setting- oder Lebensweltansatz gilt als besonders geeignet, um „sozial benachteiligte Menschen und Gruppen in ihrem Alltag und ihrer Lebenswelt nachhaltig zu erreichen und zu beteiligen über einen nicht-diskriminierenden und nicht-stigmatisierenden Zugang im Setting“⁵⁹.

In §20 SGB V 'Prävention und Selbsthilfe' ist ein erster Ansatzpunkt enthalten, da hier Leistungen der primären Prävention der Krankenkassen vorgesehen sind, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ erbringen sollen.

5.3 Geschlecht

Die Unterscheidung von 'sex' als biologischem Geschlecht und 'gender' als sozial und kulturell konstruierter Geschlechterrolle ist Grundlage der Geschlechterforschung und der Prinzipien des Gender Mainstreamings⁶⁰. Die in den Geschlechterrollen enthaltenen gesellschaftlichen Anforderungen haben Auswirkungen auf die Gesundheit von Männern und Frauen und bedingen auch ihre gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Ziel ist es, mögliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Voraussetzungen, Belastungen und Ressourcen, Lebensstile und Lebensbedingungen zu analysieren. Des Weiteren sollten Maßnahmen auf ihre unterschiedlichen Beteiligungschancen und deren Auswirkungen auf Männer und Frauen überprüft werden.

Es ist beispielsweise bekannt, dass Männer eine geringere Lebenserwartung als Frauen haben und sie für präventive Angebote schwieriger zu gewinnen sind als Frauen⁶¹. In einer gemeinsamen Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts wird dargelegt, dass bei Frauen häufiger mehrere Diagnosen vorliegen

56 spectra 81. Juli 2010. hrsg. vom Bundesamt für Gesundheit der Schweizerischen Eidgenossenschaft. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de> [13.05.2014], S. 2f

57 Kaba-Schönstein, Lotte/Gold, Carola (2011): Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 276-285

58 vgl. Mielck, Andreas (2012): Armut und Gesundheit in München. in: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (Hrsg): Armut macht krank – Krankheit macht arm?! S. 16-21

59 Kaba-Schönstein, Lotte/Gold, Carola (2011): Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 276-285, hier S. 278

60 Altgeld, Thomas/Maschewsky-Schneider, Ulrike/Köster, Monika (2011): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 96-99

61 Faltermaier, Toni (2011): Männliche Identität und Gesundheit: Bedarf, theoretische Perspektiven und Ansätze für eine männerspezifische Gesundheitsförderung. in: BZgA (Hrsg): Gesundheit von Jungen und Männern. Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung. S. 29-43

als bei Männern⁶².

Als mögliche Ursachen für geschlechtsspezifische Unterschiede bei Prävalenzen bestimmter Erkrankungen werden unter anderem die höhere Lebenserwartung von Frauen genannt sowie sozialstrukturelle Unterschiede von Frauen und Männern.

Nach wie vor liegt die mittlere Lebenserwartung von Frauen in Deutschland bzw. Bayern höher als die von Männern⁶³. In der Dreijahresperiode 2009/2011 lag diese in Bayern für Frauen bei 83,1 Jahren, für Männer bei 78,3 Jahren.

5.4 Migrationshintergrund

Die Anzahl älterer Migrantinnen und Migranten steigt, auch in der LH München. Das Wissen um deren spezifische gesundheitliche Risiken und Ressourcen sowie um mögliche Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Angeboten wird deshalb umso wichtiger.

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten ist inzwischen zwar etwas besser, jedoch nicht auf allen staatlichen Ebenen. Insbesondere auf der kommunalen Ebene liegen hierzu nur wenige Daten vor. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt und sinnvollerweise eine differenzierte Analyse von Migrationsgruppen erfolgen müsste, da sich Zugewanderte (oder deren Nachkommen) aus unterschiedlichen Ländern hinsichtlich des Bildungsabschlusses, der beruflichen Tätigkeiten, der finanziellen Lage und damit auch des Gesundheitszustands deutlich unterscheiden⁶⁴. Ebenso ist festzustellen, dass gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund oftmals eher durch die soziale Lage als durch das Merkmal Migrationshintergrund zu erklären sind⁶⁵. Die nicht einheitliche Definition bzw. Erhebung des Migrationshintergrundes kommt bei der Analyse von Daten erschwerend hinzu⁶⁶.

Aus wissenschaftlichen Studien ist bekannt, dass Alterungsprozesse bei manchen Gruppen von Migrantinnen und Migranten – aufgrund schlechterer Arbeits- und Lebensbedingungen – etwa fünf bis zehn Jahre früher einsetzen⁶⁷. Schlechte Arbeitsbedingungen, geringe Entlohnung, niedrige Bildungsabschlüsse, ungünstige Wohnverhältnisse, migrationsspezifische Belastungen (z.B. post-traumatische Belastungsstörungen nach Flucht und Vertreibung oder Bilanzierungskrisen im späteren Lebensalter hinsichtlich des eigenen Migrationserfolges) sowie kulturelle und sprachliche Zugangsbarrieren zum medizinischen Versorgungssystem können sich hier gegenseitig verstärken.

Beispielsweise nehmen Migrantinnen und Migranten seltener an Vorsorgeuntersuchungen oder Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teil, nutzen als erste Anlaufstelle häufiger hausärztliche Angebote, Rettungsstellen, Krankenhäuser oder Notaufnahmen und dies auch häufiger an Wochenenden oder in den Abendstunden⁶⁸. Arbeitsunfälle treten bei Migrantinnen und Migranten ebenfalls vermehrt auf, da sie häufiger in Berufszweigen mit erhöhtem Unfallrisiko beschäftigt sind. Bei ausländischen Seniorinnen und Senioren sind wegen der vergleichsweise stärker belas-

62 Böhme, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. hier S. 30ff

63 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2014): Gesundheitsreport Bayern 02/2014; Zur Erläuterung: mittlere Lebenserwartung = wie viele Lebensjahre ein heute geborenes Kind zu erwarten hätte.

64 Borde, Theda/Blümel, Stephan (2011): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 255-262

65 Kuhn, Joseph (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Ergebnisse aus der bayerischen Gesundheitsberichterstattung. in: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (Hrsg): Armut macht krank – Krankheit macht arm?! S. 8-15

66 Die Definition des Migrationshintergrundes für die LH München wurde am 07.10.2009 durch den Stadtrat für die LH München wie folgt beschlossen. Der Personenkreis der Menschen mit Migrationshintergrund setzt sich aus zwei Hauptgruppen zusammen:
a) Ausländerinnen und Ausländer: Dies ist ein juristischer Begriff, der definiert, dass ein Mensch keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Der Begriff sagt nichts aus über die Verweildauer in Deutschland (auch über mehrere Generationen).
b) Deutsche mit Migrationshintergrund: Das sind Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die selbst nach 1955 zugewandert sind, sei es durch Aus- und Übersiedlung, Arbeitsmigration, Familiennachzug oder Flucht. Darüber hinaus sind es Personen, bei denen mindestens ein Elternteil nach 1955 zugewandert ist. Dazu gehören beispielsweise Kinder aus binationalen Ehen und 'Optionskinder' (ZIMAS Metadaten). Bundesweit wird häufig das Jahr 1949 als Grundlage der Definition verwendet.

67 zu Folgendem siehe: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. S. 208ff; Deutscher Verein (2001): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund. https://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2010/pdf/DV%2033-10-nicht%20druckbar.pdf [11.12.2014]

68 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. S. 237f; Kohls, Martin (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. hrsg. vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. S. 10ff; Borde, Theda/Blümel, Stephan (2011): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 255-262

teten Berufsbiografien auch die Sterberisiken höher als bei der deutschen Vergleichsgruppe.

Neben den sprachlichen Barrieren kommt auf Seiten der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen auch ein Mangel an Wissen über kulturspezifische Besonderheiten im Krankheitsverständnis und den Umgang mit Krankheiten hinzu⁶⁹. So zeigte sich z.B. in einer qualitativen Studie, dass türkische Patientinnen und Patienten eine Erkrankung häufig erst als solche anerkennen, wenn diese einer ärztlichen Behandlung bedarf, z.B. durch Medikamente oder andere medizinische Therapien. Darüber hinaus werden Erkrankungen teilweise als göttliche Prüfung wahrgenommen, was durchaus zu einer sehr hohen Motivation zur aktiven Bewältigung der Erkrankung führen kann⁷⁰. Darüber hinaus verfügen Migrantinnen und Migranten oftmals über vielfältige gesundheitliche Ressourcen, z.B. unterstützende soziale Netzwerke und tragfähige familiäre Strukturen⁷¹. Inzwischen gibt es einige Studien und Erkenntnisse darüber, welche Zugangswege bei präventiven Angeboten für Migrantinnen und Migranten besonders vielversprechend sind. So gelten beispielsweise die Vermittlung durch vertraute Bezugspersonen, die Wohnortnähe der Angebote oder die persönliche Ansprache als wichtige Faktoren. Es gilt aber auch, Migrantinnen und Migranten nicht als einheitliche Gruppe zu begreifen, sondern beispielsweise auf Basis modellhafter Präventionstypen, die in qualitativen Studien eruiert wurden, individuell sinnvolle Zugangswege zu identifizieren⁷².

Die teilweise vorhandenen Ungleichheiten und Benachteiligungen von Migrantinnen und Migranten wurden auch im Zielgruppenforum der Studie 'Älter werden in München' deutlich. So wurde von den Diskussionsteilnehmerinnen und Diskussionsteilnehmern häufig auf die finanziell schwierige Lage älterer Migrantinnen und Migranten hingewiesen. Beispielsweise wurde das Fehlen kostengünstiger Mittagsangebote genannt, die soziale Kontakte im Viertel erleichtern würden. Die hohen Mieten in München wurden ebenfalls als problematisch angesehen, insbesondere wenn ältere Menschen dadurch erneut zu einem Verlassen ihrer 'Heimat' gezwungen sind, was zu einem Aufbrechen eventuell negativer Migrationserfahrungen führen kann.

5.5 Menschen mit Behinderungen

Das Thema Inklusion von Menschen mit Behinderungen erhielt in den letzten Jahren aufgrund der UN-Behindertenrechtskonvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) eine neue Relevanz und eine stärker menschenrechtsorientierte Ausrichtung. In vielen Städten werden derzeit Aktionspläne zur Umsetzung der UN-BRK erarbeitet. Die LH München hat ihren Aktionsplan 2013 dem Stadtrat vorgelegt und arbeitet derzeit an der Umsetzung der geplanten Maßnahmen⁷³.

In der im Jahr 2009 in Deutschland in Kraft getretenen UN-Behindertenrechtskonvention wird das Thema Gesundheit und Rehabilitation in den Artikeln 25 und 26 explizit und in weiteren Artikeln implizit aufgegriffen. Die UN-BRK fordert unter anderem die Zugänglichkeit von medizinischen Einrichtungen und Informationen für Menschen mit Behinderungen (Art. 9), den Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten (Art. 25), die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sowie des öffentlichen Gesundheitswesens in gleicher Qualität und Breite wie für andere Menschen (Art. 25), gemeindenahere Angebote der gesundheitlichen Versorgung (Art. 25), Habilitations- und Rehabilitationsmaßnahmen zur Förderung der körperlichen, geistigen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten sowie zur Teilhabe an allen Lebensaspekten (Art. 26) und die Verfügbarkeit von unterstützenden Geräten und Technologien (Art. 26).

Die Datenlage zur (gesundheitsbezogenen) Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen ist

69 vgl. Yilmaz-Aslan, Y. et al (2013): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46(4):346-352

70 Yilmaz-Aslan, Y. et al (2013): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46(4):346-352

71 Borde, Theda/Blümel, Stephan (2011): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 255-262

72 Olbermann, Elke (2013): Verbesserung der Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund durch lebensweltorientierte Gestaltung von Zugangswegen. Gesundheitswesen. Online Publikation. <http://dx.doi.org/10.1055/s-033-1334942> [06.11.2014]

73 www.muenchen-wird-inklusive.de; Beschluss des Kinder- und Jugendhilfeausschusses, des Sozialausschusses, des Ausschusses für Bildung und Sport, des Verwaltungs- und Personalausschusses, des Gesundheitsausschusses, des Kulturausschusses, des Ausschusses für Stadtplanung und Bauordnung, des Kreisverwaltungs Ausschusses, des Kommunalausschusses und des Ausschusses für Arbeit und Wirtschaft in der gemeinsamen Sitzung, Sitzungsvorlage Nr. 08-14/V 12112 vom 2.7.2013

auf der kommunalen Ebene meist sehr schlecht. Auch hier stellt die nicht einheitliche Definition und Erfassung des Merkmals Behinderung ein zusätzliches Problem dar. Nicht zuletzt deshalb hat das Sozialreferat eine bundesweit in ihrer Breite bisher einmalige 'Studie zur Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen' veranlasst und die Ergebnisse dem Stadtrat Anfang 2014 vorgelegt⁷⁴.

Zunächst wird die Situation von Menschen mit Behinderungen in der LH München anhand der Schwerbehindertenstrukturstatistik (SGB IX) dargestellt. Danach werden einige ausgewählte Ergebnisse der eben genannten Studie berichtet.

Beide Datengrundlagen umfassen nicht ausschließlich ältere Menschen. Die Schwerbehindertenstrukturstatistik umfasst Menschen mit Behinderungen ab der Geburt bis ins hohe Lebensalter. Wenn möglich, wurden die Ergebnisse altersgruppenspezifisch dargestellt.

In der 'Studie zur Lebens- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen in der LH München' wurden erwachsene Menschen mit Behinderungen zwischen 18 und 64 Jahren befragt. Einige ausgewählte Ergebnisse werden dennoch berichtet, da mit zunehmendem Alter der Anteil von Schwerbehinderten steigt und grundsätzlich davon auszugehen ist, dass viele in der Studie gefundenen Problemlagen in ähnlicher Weise für ältere Menschen mit Behinderungen gelten.

5.5.1 Schwerbehindertenstrukturstatistik nach dem SGB IX

Das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) stellt auf Antrag und nach Überprüfung das Vorliegen einer Behinderung fest und stellt bei Vorliegen einer Schwerbehinderung (ab Grad der Behinderung GdB von 50) einen Schwerbehindertenausweis aus.

Menschen mit einem festgestellten GdB ab 30 sind in der sogenannten Schwerbehindertenstrukturstatistik (Strukturstatistik SGB IX) erfasst⁷⁵. Neben dem Grad der Behinderung, dem Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit sind dort auch Ursachen und Art der Behinderung abgebildet.

An dieser Stelle muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Schwerbehindertenstrukturstatistik nur Personen erfasst, die über das eben dargestellte Verfahren die Anerkennung ihrer Behinderung erreicht haben. Personen mit einem ähnlichem Ausmaß von Beeinträchtigungen, die keinen Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt haben, sind folglich nicht erfasst. Es ist bekannt, dass insbesondere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen häufiger keinen Schwerbehindertenausweis beantragen und deshalb in der Schwerbehindertenstrukturstatistik seltener erfasst sind⁷⁶.

Die Schwerbehindertenstrukturstatistik weist für Ende 2013 etwa 117.500 Personen mit einer Schwerbehinderung (GdB ab 50) aus. Das entspricht 8,0% der Bevölkerung Münchens.

Werden die in der Statistik ausgewiesenen Personen mit einem GdB ab 30, die Schwerbehinderten gleichgestellt sind, hinzu addiert, so erhöht sich die Anzahl auf etwa 148.000, was einer Quote von 10,1% der Münchner Bevölkerung entspricht.

Tab. 3: Menschen mit (Schwer-)Behinderung in der LH München 2013

Anzahl und Quote

	Anzahl	Anteil an der Gesamtbevölkerung (Quote)
Menschen mit Behinderung ab GdB 30	147.813	10,1
<i>davon Schwerbehinderte ab GdB 50</i>	<i>117.448</i>	<i>8,0</i>

Strukturstatistik SGB IX, Stand Dez. 2013, Zentrum Bayern Familie und Soziales ZBFS

Anteil (Quote) an der Gesamtbevölkerung berechnet auf Basis von Daten des Statistischen Amtes der LHM, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung Dez. 2013, Berechnungen RGU-UW 13

74 Beschluss des Sozialausschusses vom 27.03.2014 (SB) 'Ergebnisse der Studie zur Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der LHM', Vorlage Nr. 08-14/V 14074; Berichte abrufbar unter: <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/studie-arbeits-lebenssituation.html> [23.10.2014]

75 SGB IX, §2 (3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

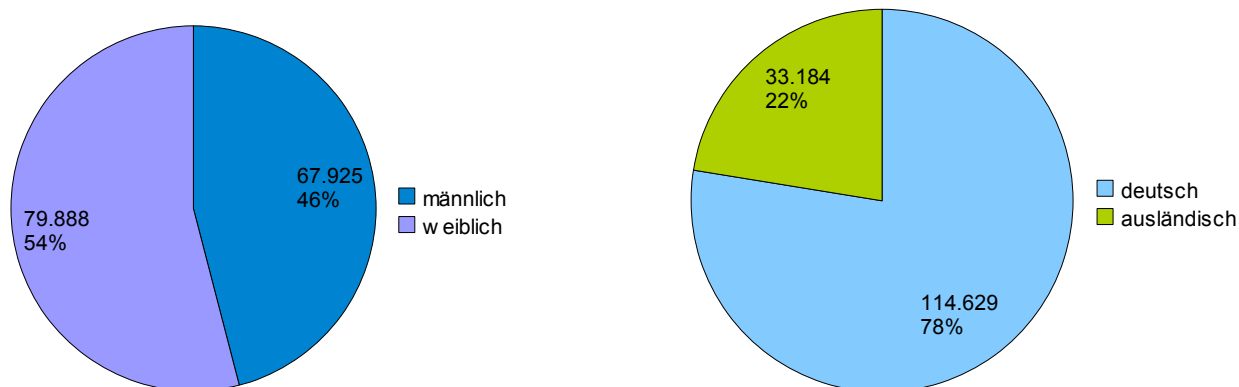
76 vgl. Sozialreferat (2014): Studie zur Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Landeshauptstadt München. Endbericht Teil 1: Arbeitssituation. S. 22ff

Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Altersgruppen

Von den Personen mit einem GdB ab 30 sind 54% weiblich und 46% männlich; 22% haben keine deutsche Staatsangehörigkeit⁷⁷. Damit liegt der Anteil von Frauen um etwa 3% höher als in der Gesamtbevölkerung. Der Anteil von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit liegt etwa 3% unter dem entsprechenden Anteil in der Gesamtbevölkerung der LH München.

Abb. 15: Menschen mit Behinderung ab GdB 30 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit in der LH München 2013

Anzahl und Anteil in Prozent

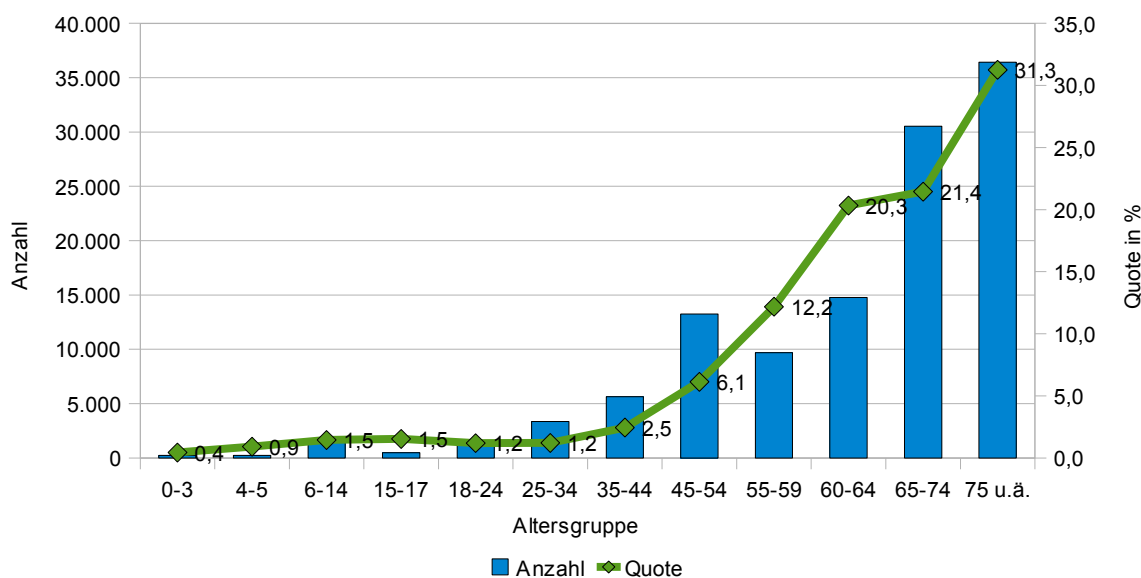


Strukturstatistik SGB IX, Stand Dez. 2013, Zentrum Bayern Familie und Soziales ZBFS, Berechnungen RGU-UW 13

Sowohl die absolute Anzahl als auch die relativen Anteile von Schwerbehinderten (ab GdB 50) steigen mit dem Alter deutlich an. Während die Quote bei den 18 bis 24-Jährigen beispielsweise bei 1,2 % liegt, steigt diese bei den 55 bis 59-Jährigen auf 12,2% an und liegt bei den ab 75-Jährigen bei 31,3%.

Abb. 16: Menschen mit Schwerbehinderung ab GdB 50 nach Altersgruppen in der LH München 2013

Anzahl und Quote (in Prozent) an der Gesamtbevölkerung



Strukturstatistik SGB IX, Stand Dez. 2013, Zentrum Bayern Familie und Soziales ZBFS
 Anteil an der Gesamtbevölkerung berechnet auf Basis von Daten des Statistischen Amtes LHM, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung
 Dez. 2013, Berechnungen RGU-UW 13

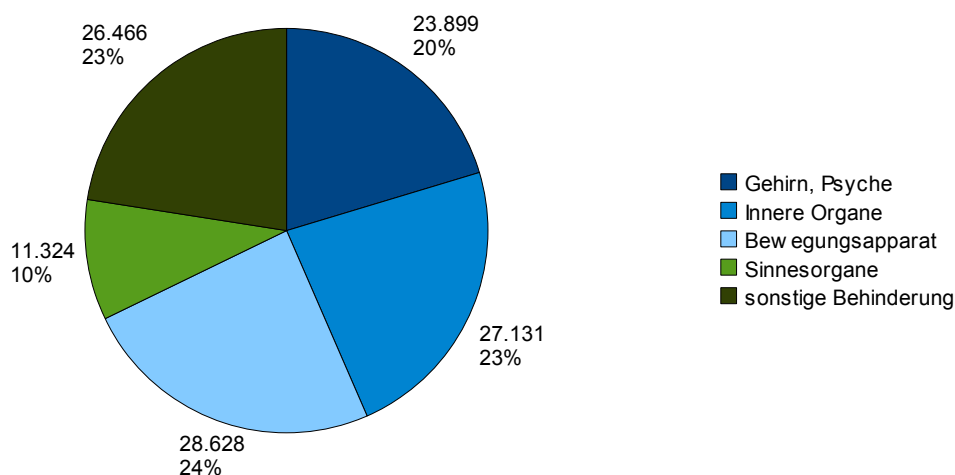
⁷⁷ Das Merkmal 'Migrationshintergrund' wird in der Schwerbehindertenstrukturstatistik nicht erhoben.

Art der Behinderung

In der Schwerbehindertenstrukturstatistik werden die Behinderungen nach 'Art der Hauptbehinderung' unterschieden. Die Behinderungen können folgenden Funktionsbereichen zugeordnet werden: 24% Bewegungsapparat, 23% Innere Organe, 20% Gehirn/Psyché, 10% Sinnesorgane und 23% sonstige Behinderungsarten.

Abb. 17: Menschen mit Schwerbehinderung ab GdB 50 nach Art der Hauptbehinderung in der LH München 2013

Anzahl und Anteil in Prozent



Strukturstatistik SGB IX, Stand Dez. 2013, Zentrum Bayern Familie und Soziales ZBFS, Berechnungen RGU- UW 13

Entgegen der allgemeinen Wahrnehmung ist der Anteil der angeborenen Behinderungen sehr gering. Von den etwa 117.500 Schwerbehinderten liegt nur bei etwa 4.500 Personen (3,8%) eine angeborene Behinderung vor. Unfälle (in den Bereichen Arbeit, Verkehr, häusliches Umfeld) sind Ursache von etwa 1,8% der Behinderungen und auf den Bereich Kriegs-/Wehr-/Zivildienst entfallen etwa 0,5%. Die meisten Behinderungen (etwa 94%) haben andere Ursachen (vor allem Krankheiten) und diese Behinderungsformen werden mit zunehmendem Alter häufiger.

5.5.2 Studie zur Lebens- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen in München

Im Auftrag des Sozialreferats hat das SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Dr. Andreas Sagner) in den Jahren 2011 bis 2013 eine Studie zur Lebens- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen in der LH München durchgeführt. Neben der Auswertung sekundärstatistischer Daten wurde eine repräsentativ ausgerichtete Befragung von Münchner Bürgerinnen und Bürgern mit Schwerbehinderung zwischen 18 und 64 Jahren durchgeführt. Ergänzt wurden diese Zugangsweisen durch Sozialraumbefragungen und Experten-/Gruppeninterviews, u. a. mit Menschen mit Behinderungen, sowie durch eine nicht repräsentative Angehörigenbefragung⁷⁸.

Die Befragung wurde vom Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) unterstützt. Über ein geschichtetes Auswahlverfahren⁷⁹ wurden insgesamt etwa 6.200 Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung von 18 bis 64 Jahren ausgewählt und über das ZBFS angeschrieben. 1.739 Personen haben an der Befragung teilgenommen, was einer Rücklaufquote von 28% entspricht.

78 Sozialreferat (2014): Studie zur Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Landeshauptstadt München. Endbericht Teil 1: Arbeitssituation; Sozialreferat (2014): Studie zur Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Landeshauptstadt München. Endbericht Teil 2: Allgemeine Lebenssituation; Sozialreferat (2014): Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Landeshauptstadt München. Kurzbericht zur Studie 2013. www.muenchen.de/soz, <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/studie-arbeits-lebenssituation.html>

79 Unter anderem wurde bei der Stichprobenziehung darauf geachtet, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung in ausreichender Anzahl vertreten waren, um später – in den gewichteten Auswertungen – auch Aussagen über diese Gruppe treffen zu können. Siehe zum methodischen Vorgehen: Sozialreferat (2014): Studie zur Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Landeshauptstadt München. Endbericht Teil 2: Allgemeine Lebenssituation

Nachfolgend sollen einige ausgewählte Ergebnisse im Hinblick auf die Themenfelder Gesundheit und Umweltbedingungen dargestellt werden. Selbst wenn sich die Ergebnisse nicht explizit (oder ausschließlich) auf ältere Menschen mit Behinderungen beziehen, ergeben sich daraus wichtige Hinweise für die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen, da viele Problemlagen in der Regel für ältere Menschen mit Behinderungen ähnlich sind. Für ausführliche Ergebnisse sei auf die beiden umfangreichen Endberichte sowie den Kurzbericht verwiesen⁸⁰.

5.5.2.1 Soziale Lage, Wohnsituation und Umweltbedingungen

Haushaltstypen und Wohnform

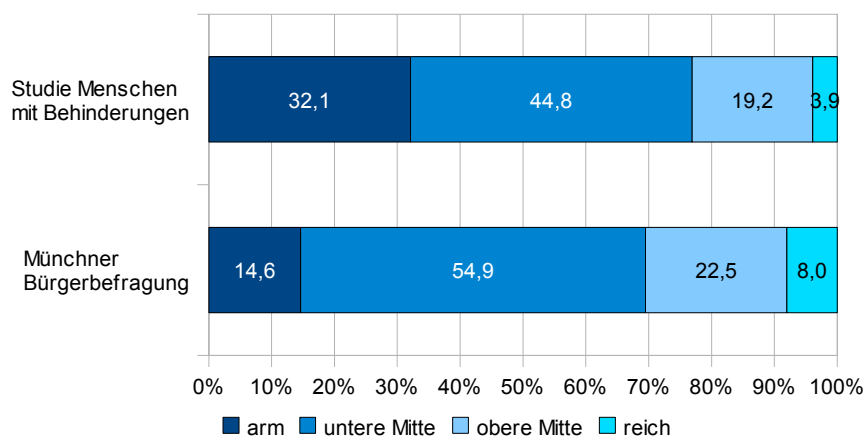
Zwei Fünftel der Befragten gaben an, alleine zu leben. Besonders häufig gilt das für Menschen mit einer psychischen Behinderung. Eine institutionelle Versorgung gaben weniger als 4% an. Allerdings lebte ein Viertel der Befragten mit einer geistigen Behinderung in einer institutionellen Einrichtung.

Wirtschaftliche Lage

Wie im Armutsbericht der LH München wurden die Haushalte der befragten Bürgerinnen und Bürger mit Schwerbehinderungen anhand ihres bedarfsgewichteten Nettoäquivalenzeinkommens in vier Gruppen eingeteilt (arme Haushalte – untere Mitte – obere Mitte – reiche Haushalte)⁸¹.

Während im Armutsbericht 2011 der LH München auf Basis von Daten der Münchner Bürgerinnen- und Bürgerbefragung 15% der Haushalte als arm bewertet wurden, sind es bei der Befragung von Menschen mit Schwerbehinderung mit 32% der befragten Haushalte deutlich mehr. Das Armutsrisiko in dieser Gruppe ist demnach doppelt so hoch. Noch höher ist das Risiko bei den befragten Ausländerinnen und Ausländern mit Schwerbehinderung. Personen, die institutionell versorgt werden, sind sogar zu 98% den armen Haushalten zuzurechnen.

Abb. 18: Einkommensposition der Haushalte von Menschen mit Schwerbehinderung im Vergleich zur Münchner Bürgerinnen- und Bürgerbefragung
in Prozent



Studie Menschen mit Behinderungen n=1.472, Bürgerbefragung n=9.813
SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung, Studie zur Lebens- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen, Darstellung RGU-UW 13

Barrierefreiheit der Wohnungen

Zwar benötigt die Hälfte der befragten Menschen mit Schwerbehinderung keine besonderen baulichen Vorkehrungen in ihrer Wohnung. Ein Drittel der Befragten aber bewertet ihre derzeitige Wohnsituation als nicht bzw. nur teilweise barrierefrei. Je schlechter die finanzielle Lage der Per-

80 abrufbar über www.muenchen.de/soz, <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/studie-arbeits-lebenssituation.html>

81 Ausführliche Erläuterung zur Berechnungsweise siehe Sozialreferat (2014): Studie zur Lebens- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen. Endbericht Teil 2: Allgemeine Lebenssituation. S. 103ff und Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011.

Als 'arm' gilt ein Haushalt, wenn das Einkommen weniger als 60% des Nettoäquivalenzeinkommens beträgt (bei einem Einpersonenhaushalt sind dies weniger als 1.000 Euro). Die 'untere Mitte' entspricht einem Nettoäquivalenzeinkommen von 60% bis unter 120%, die 'obere Mitte' zwischen 120% und unter 200%. Als 'reich' gilt ein Haushalt, wenn das Einkommen mehr als 200% des Nettoäquivalenzeinkommens umfasst (bei einem Einpersonenhaushalt ist dies ab 3.334 Euro der Fall). (siehe auch → Kap. 9.2)

son, desto häufiger wird die Wohnung als überhaupt nicht barrierefrei eingestuft.

Mobilitätshemmnisse im öffentlichen Raum

Die UN-Behindertenrechtskonvention definiert Behinderung in der Präambel als Resultat einer Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.

Barrieren im öffentlichen Raum begrenzen in diesem Sinne in mehrfacher Hinsicht die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen. Barrierefreie Lebensräume sind eine wichtige Voraussetzung, damit Bürgerinnen und Bürger „ihr Leben gemäß ihren Fähigkeiten selbstbestimmt gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilhaben“ können⁸². Durch Barrieren werden Menschen mit spezifischen Beeinträchtigungen nicht nur grundsätzlich daran gehindert, an bestimmten Veranstaltungen und Aktivitäten teilzunehmen, sie schränken darüber hinaus die alltägliche Mobilität ein und können damit generell Ursache für einen Bewegungsmangel werden. Ein – auch aus dem Bereich von Seniorinnen und Senioren bekanntes – Hindernis stellen fehlende öffentliche Toiletten dar. In der Befragung bewerten 43% die fehlenden öffentlichen Toiletten als Problem. Die zu kurzen Grünphasen bei Ampelanlagen stellen für ein weiteres Drittel ein großes Problem dar.

5.5.2.2 Gesundheitliche Lage

Beeinträchtigungen aufgrund der Behinderung

45% der Befragten fühlen sich durch ihre Behinderung im Alltag 'sehr stark'/'stark' beeinträchtigt. Etwa 17% geben an, 'gar nicht'/'kaum' beeinträchtigt zu sein. Besonders häufig beeinträchtigt fühlen sich Personen mit einer Sinnesbehinderung. Erwartungsgemäß wird das Ausmaß an Beeinträchtigung umso höher eingeschätzt, je höher die Pflegebedürftigkeit der Befragten ist.

Allgemeiner Unterstützungsbedarf

Etwa 7% sind bei Aktivitäten außerhalb der eigenen Wohnung 'immer' auf eine Unterstützungsperson angewiesen. Ein weiteres Drittel benötigt zumindest 'manchmal' Begleitung. Besonders hoch ist der ständige Begleitbedarf bei Personen mit einer geistigen Behinderung (30%) oder Körperbehinderung (11%).

Subjektiver Gesundheitszustand

Etwa 24% der befragten Schwerbehinderten bezeichnen ihren subjektiven Gesundheitszustand als 'sehr gut'/'gut'.

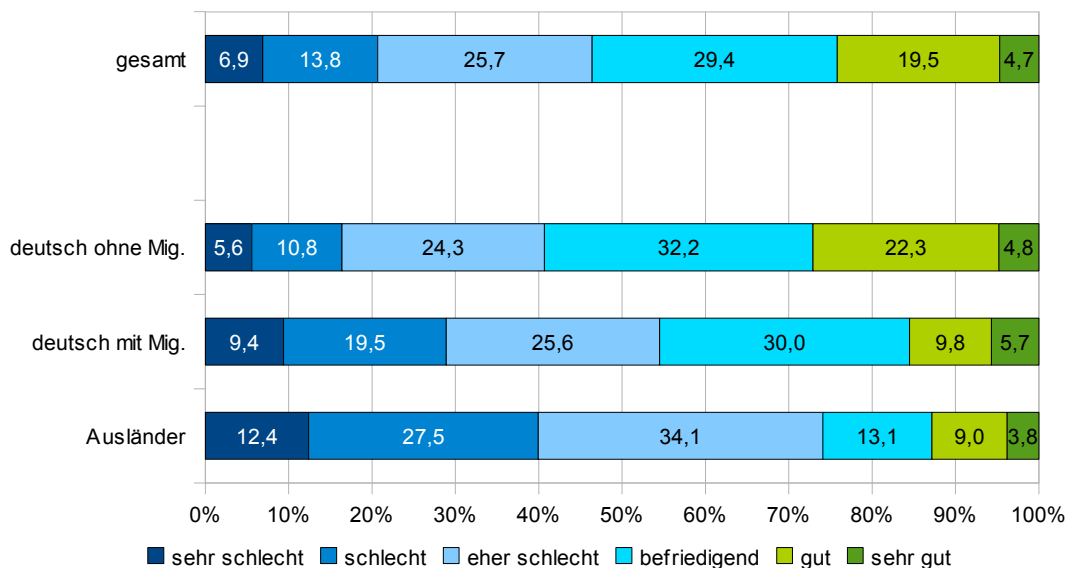
Personen mit einer körperlichen oder psychisch-seelischen Behinderung schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter ein als Personen mit anderen Behinderungsarten.

Besonders schlecht stufen Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit ihren Gesundheitszustand ein. Während hier fast 40% ihren Gesundheitszustand als 'sehr schlecht'/'schlecht' bewerten, sind es bei Deutschen ohne Migrationshintergrund mit etwa 16% deutlich weniger.

82 Kliemke, Christa (2012): Barrierefreiheit in der Stadtplanung. in: Böhme, Christa et al (Hrsg): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. 103-115, hier S. 103

Abb. 19: Subjektiver Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen nach Migrationshintergrund

in Prozent



gesamt n=1.294, dt. ohne Mig. n=986, dt. mit Mig. n=134, Ausländer n=174

SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung, Studie zur Lebens- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen, Darstellung RGU-UW 13

Assistenzbedarf

'Täglichen' Assistenzbedarf haben etwa 14% der Befragten. Besonders häufig (46%) geben Menschen mit geistiger Behinderung an, 'täglich' Unterstützung zu benötigen.

Die Studie ergibt in diesem Zusammenhang, dass etwa ein Viertel der Personen mit Assistenzbedarf diesen ihrer Ansicht nach nicht ausreichend decken kann. Besonders gilt dies für alleinlebende Menschen mit Behinderungen, von denen die Hälfte angibt, im Alltag nicht genügend Unterstützung zu erhalten. Als Grund werden vor allem die fehlenden finanziellen Ressourcen für Assistenzkräfte aufgeführt.

Beratungsangebot

Obwohl sich viele der Befragten positiv über die Beratungsangebote in der LH München äußern, weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es Verbesserungspotenziale im Hinblick auf das Wissen um Beratungsangebote gibt. In besonderem Maße gilt dies für Menschen mit Migrationshintergrund.

Ärztliche Versorgung

Barrierefreie Zugänglichkeit zum ärztlichen Versorgungssystem hat mehrere Facetten. Je nach Art und Ausprägung der Behinderung sind die Anforderungen sehr unterschiedlich. Neben physischer Barrierefreiheit geht es z.B. bei Menschen mit geistiger Behinderung oder psychisch beeinträchtigten Personen auch um kommunikative Anforderungen (z.B. 'Leichte Sprache').

Obwohl in Art 9 (a) der UN-Behindertenrechtskonvention der gleichberechtigte Zugang zu medizinischen Einrichtungen und Informationen explizit gefordert wird, ist dies nicht immer gegeben.

Probleme ('einmal'/'öfter') mit der ärztlichen Versorgung geben die Befragten beispielsweise in folgenden Bereichen an:

- 35% bei der Verschreibung von medizinisch-therapeutischen Leistungen
- 35% bei der Verständigung und Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt – besonders häufig (55%) geben dies Menschen mit einer Hörbehinderung an
- 33% im menschlichen Umgang mit der Ärztin oder dem Arzt
- 20% bezüglich der fehlenden Bereitschaft zur behinderungsspezifischen Wissensaneignung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte
- 17% bezüglich der barrierefreien Erreichbarkeit der Praxis oder Klinik – besonders häufig (48%) nennen dies Personen, die ein Hilfsmittel zur Fortbewegung außer Hause benötigen
- 14% der befragten Frauen geben Probleme bei der Untersuchung durch eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen an.

➔ Die Zugänglichkeit von medizinischen, präventiven und sonstigen gesundheitsbezogenen Angeboten für Menschen mit Behinderungen muss nicht zuletzt aufgrund der UN-BRK sichergestellt werden. Dabei geht es nicht nur um physische Barrierefreiheit, z.B. von Arztpraxen, gynäkologischen Untersuchungsstühlen oder Untersuchungsstühlen in zahnärztlichen Praxen, sondern auch um die Beseitigung kommunikativer Barrieren, z.B. durch den Einsatz von Gebärdendolmetscherinnen und Gebärdendolmetschern, geeignete Schriftgröße bei Flyern oder die Verwendung von 'Leichter Sprache'. Ebenso könnten Hausbesuche bei Personen mit großen Mobilitätseinschränkungen oder besonderen psychischen Beeinträchtigungen zum Abbau von Barrieren hilfreich sein.
(*HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Prävention und Gesundheitsförderung*)

5.6 Sexuelle Orientierung

Die Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen der LH München hat sich seit ihrer Einrichtung im Jahr 2002 mehrfach mit gesundheitsrelevanten Themen befasst⁸³. Bereits im Jahr 2003 wurde eine breit angelegte Befragung von lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgener (LGBT⁸⁴) Bürgerinnen und Bürgern verschiedener Altersgruppen durchgeführt⁸⁵.

Dabei gaben etwa 73% der befragten Personen an, dass sie ihren körperlichen Gesundheitszustand als 'sehr gut'/'gut' einschätzten. Weitere 23% bezeichneten diesen als 'durchschnittlich' und etwa 4% als 'schlecht'/'sehr schlecht'.

Da in der Befragung auch das Thema Altern und Wünsche hinsichtlich der Versorgung im Alter aufgegriffen werden konnte, wurde im Jahr 2005 das Vernetzungsgremium Altenhilfe etabliert und in der Folge Planungen der Münchner Aidshilfe für eine Wohneinrichtung für ältere schwule Senioren mit und ohne HIV unterstützt.

Auch die Zielgruppe 'Transgender' wird im Bereich der gesundheitlichen Versorgung in den letzten Jahren zunehmend wahrgenommen. So greift beispielsweise das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit in der Zeitschrift 'spectra' das Thema der (sexuellen) Gesundheit von Transmenschen explizit auf⁸⁶.

Grundsätzlich muss für den Themenbereich der sexuellen Orientierung älterer Menschen von einer schlechten Datenlage im Hinblick auf gesundheitliche Belange ausgegangen werden. Die Gewinnung von soliden Daten zur gesundheitlichen Situation dieser Zielgruppe ist insofern schwierig, als z.B. bei repräsentativen Erhebungen zum gesundheitlichen Zustand Erwachsener – selbst wenn die sexuelle Orientierung erhoben würde – Auswertungen dieser Zielgruppe aufgrund der geringen Fallzahlen in der Regel keine aussagekräftigen und validen Ergebnisse liefern würden.

Im Rahmen der vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialreferat in Auftrag gegebenen Studie 'Älter werden in München' wurde deshalb eine andere Zugangsweise gewählt. Um die Zielgruppe zu erreichen, wurden qualitative Verfahren eingesetzt, u.a. ein Zielgruppenforum in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, zu dem Vertreterinnen und Vertreter dieser Zielgruppe eingeladen wurden⁸⁷.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wiesen u.a. auf die stark wirksame Altersdiskriminierung vor allem in der schwulen Community hin. Gerade dort sind Rollenvorgaben und Männlichkeitskonstruktionen (z.B. Unverwundbarkeit, körperliche Attraktivität, Leistungsfähigkeit, Konkurrenzorientierung) besonders wirksam⁸⁸. Allerdings wurden auch Ressourcen gesehen, da ältere Schwule – anders als viele heterosexuelle Männer ihrer Generation – häufig über Jahrzehnte selbständig ihren Haushalt geführt haben und diese Fähigkeiten gute Voraussetzungen für ein selbständiges Leben im Alter darstellen.

Die vorhandenen Unterstützungspotenziale in den sozialen Netzwerken im Falle einer eigenen

83 Landeshauptstadt München Direktorium (2012): 10 Jahre Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen.

84 LGBT steht für Menschen mit nicht-normativer-heterosexueller Orientierung: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual

85 Landeshauptstadt München Direktorium (2004): Unter'm Regenbogen. Lesben und Schwule in München.

86 spectra 101. Nov. 2013. hrsg. vom Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Eidgenossenschaft. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de> [13.05.2014]

87 vgl. Endbericht der Studie 'Älter werden in München', www.muenchen.de/aelterwerden

88 Faltermaier, Toni (2011): Männliche Identität und Gesundheit: Bedarf, theoretische Perspektiven und Ansätze für eine männerspezifische Gesundheitsförderung. in: BZgA (Hrsg): Gesundheit von Jungen und Männern. Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung. S. 29-43

Pflegebedürftigkeit wurden kontrovers diskutiert. Einerseits wurde auf starke Isolationstendenzen bei älteren Lesben und Schwulen hingewiesen, andererseits wurden Beispiele für enge soziale Netzwerke genannt, die auch bei schwerer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zumindest einige Unterstützung bieten können.

Gentrifizierungsprozesse, d.h. die Verdrängung von Mitgliedern der Communities aus ihren klassischen Wohngebieten und das Wegbrechen zielgruppenspezifischer kommerzieller Angebote (z.B. Lesben-/Schwulenkneipen), wie etwa im Glockenbackviertel, wurden insbesondere im Hinblick auf den Verlust der sozialen Ressourcen im Falle von Hilfebedürftigkeit kritisch betrachtet.

Die Notwendigkeit von Treffpunkten und Beratungsangeboten, die dazu beitragen, die sozialen Netzwerke älterer Personen mit LGBT Lebensweisen zu stärken, wurde betont.

Die Alten- und Service-Zentren (ASZ) wurden – mit Ausnahme eines Alten- und Service-Zentrums, das sich speziell an diese Zielgruppe gewendet – nicht als geeignete Treffpunkte gesehen, da das Publikum (nicht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) in der Regel nicht sehr offen gegenüber Homosexuellen sei.

Auch die oft jahrzehntelangen Diskriminierungserfahrungen und deren Auswirkungen auf heute ältere Schwule und Lesben wurden angesprochen⁸⁹.

Zukünftig könnten vielleicht mehr Lesben und Schwule verstärkt eigene familiäre Netzwerke aufbauen, da der Wunsch nach eigenen Kindern und die gesellschaftliche Akzeptanz dieser Wünsche zunimmt.

Als problematisch wird die rechtliche Lage von Paaren erachtet, die nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben, da es teilweise Probleme oder Unklarheiten in Bezug auf die Rechte der Partnerin oder des Partners, z.B. im Krankheits- oder Todesfall, gibt.

Im Bereich der stationären pflegerischen Versorgung werden noch deutliche Verbesserungspotenziale bei der Ausbildung des Personals gesehen. Angst vor Diskriminierung wurde vor allem im Hinblick auf andere Bewohnerinnen und Bewohner (weniger in Bezug auf Pflegekräfte) geäußert, da diese noch einer Generation angehören, die wenig Akzeptanz für gleichgeschlechtliche Lebensweisen aufbringt.

Einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Zielgruppenforums sehen Wohngemeinschaften im Alter als eine gute Lösung an. Allerdings traten hier Unterschiede in den Einschätzungen zu Tage, wonach sowohl Wohngemeinschaften nur mit Lesben oder Schwulen als auch Wohngemeinschaften mit Personen außerhalb der Communities bzw. generationenübergreifende Angebote präferiert wurden.

Dass das Thema Gesundheit (im Alter) in den Communities zunehmend präsenter ist, erläuterte ein Mitarbeiter des Schwulen Kommunikations- und Kulturzentrums München e.V. (SuB) im Rahmen einer Veranstaltung des Gesundheitsbeirates des Referates für Gesundheit und Umwelt⁹⁰. Seit einiger Zeit wird dort eine Vortragsreihe mit gesundheitsrelevanten Themen für schwule Männer angeboten, die sich sehr hoher Beliebtheit erfreut.

➡ In den Communities sind teilweise hohe Potenziale für Unterstützungsleistungen im Alter vorhanden. Es werden allerdings Strukturen und Angebote benötigt, die es ermöglichen, diese Potenziale zu nutzen. Beispielsweise könnten hier koordinierende Stellen, im Sinne eines Case Managements sinnvoll sein, um die vorhandenen Potenziale zu aktivieren und zu koordinieren.

(HF Spezielle Zielgruppen, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➡ Neben der Öffnung vorhandener Angebote für ältere Menschen für diese Zielgruppen erscheint es wichtig, auch spezielle Angebote zur Verfügung zu stellen, um bei spezifischen Belangen und Sozialisationserfahrungen ältere Menschen mit LGBT Lebensweisen adäquat unterstützen zu können.

(HF Spezielle Zielgruppen, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

89 Zur Historie vgl. u.a. Sigusch, Volkmar (2010): Homosexuelle zwischen Verfolgung und Emanzipation. Aus Politik und Zeitgeschichte 15-16/2010. S. 3-7; Erst 1994 wurde der sogenannte 'Homosexuellenparagraf' §175 Strafgesetzbuch in Deutschland gestrichen.

90 Veranstaltung im Referat für Gesundheit und Umwelt am 09.07.2014

5.7 Gesunde Stadt für alle

„Gesunde Stadt

München schützt und fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden der Stadtbevölkerung im Zusammenwirken von individueller und kommunaler Verantwortung. Gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitsbereich engagiert sich München für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung, in der sowohl der individuelle Zugang der Einzelnen zum Gesundheitssystem gesichert ist als auch die Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen berücksichtigt sind.“

Strategische Leitlinie
'Solidarische und engagierte Stadtgesellschaft'

Zusammenfassend soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Berücksichtigung der Bedarfe und Lebenslagen spezieller Zielgruppen im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung bereits in einer der strategischen Leitlinien der Perspektive München explizit ausgeführt ist. In der Leitlinie 'Solidarische und engagierte Stadtgesellschaft'⁹¹ wird neben Aspekten des sozialen Ausgleichs, der Teilhabe und der Chancengerechtigkeit auch das gemeinsame Bekenntnis zu einer 'Gesunden Stadt' postuliert. Die LH München ist Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk, dessen Grundidee es ist, 'Gesundheit für alle' zu fördern⁹².

91 Strategische Leitlinie 'Solidarische und engagierte Stadtgesellschaft'. Stand April 2013; <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/Stadtentwicklung/Perspektive-Muenchen/Strategische-Leitlinien.html> [10.10.2014]

92 <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/>

6 Prävention und Gesundheitsförderung

„Die Landeshauptstadt München räumt der Prävention und Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert ein. [...] Wichtige Grundprinzipien in der Gesundheitsförderung sind Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung.“

Leitlinie Gesundheit

Nach einleitenden Begriffserklärungen und Hinweisen auf die Rolle von Kommunen im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung werden Ergebnisse der Studie 'Älter werden in München' dargestellt, die im weitesten Sinne diesem Themenfeld der Leitlinie Gesundheit zugeordnet werden können.

Nach einem kurzen theoretischen Hintergrund (→ Kap. 6.1) werden zunächst Auswertungen zur Einkommens- und Bildungsstruktur der Befragten dargelegt (→ Kap. 6.2), die auch für alle nachfolgenden Kapitel von Relevanz sind. Ähnliches gilt für die Auswertungen der Fragestellungen zum subjektiven Gesundheitszustand der Befragten, die sich direkt anschließen (→ Kap. 6.3).

6.1 Theoretischer Hintergrund

„Die Landeshauptstadt München orientiert sich an einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff, der die körperliche, seelische und soziale Dimension einschließt.“

Leitlinie Gesundheit

Gesundheit

„Gesundheit ist kein eindeutig definierbares Konstrukt“⁹³. Es lassen sich verschiedene konzeptionelle Zugänge unterscheiden:

- Gesundheit als Abgrenzung zu Krankheit, d.h. als Abwesenheit von Krankheit (biomedizinische Perspektive)
- Gesundheit als Funktionsbeschreibung, d.h. als Leistungs- und Arbeitsfähigkeit bzw. Fähigkeit, gesellschaftliche Rollen zu erfüllen (soziologische Perspektive)
- Gesundheit als Wertaussage, d.h. Gesundheit gilt als hoher (Richt)Wert.

Die WHO-Definition von Gesundheit beschreibt sie als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“⁹⁴.

Diese Definition geht über ein rein biomedizinisches Modell hinaus, da es auch geistiges und soziales Wohlbefinden beinhaltet. Die Definition der WHO wird aber durchaus kritisch gesehen. Zum Einen, weil die Utopie des vollständigen Wohlbefindens als unrealistisch betrachtet wird. Zum Anderen, weil mit dieser Wertsetzung einem allgemeinen Gesundheitszwang ('Healthismus') Vorschub geleistet werden könnte.

Für den Bericht wird – wie in der Leitlinie Gesundheit – ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff verwendet, der die körperliche, seelische und soziale Dimension einschließt.

Prävention und Gesundheitsförderung

Mit Prävention sind Interventionen gemeint, die zur Vermeidung und Verringerung von Krankheiten sowie zur Reduzierung deren negativer Auswirkungen beitragen können⁹⁵. Unterschieden wird in diesem Kontext die – am Individuum ansetzende – Verhaltensprävention und die – am Kontext und an Strukturen ansetzende – Verhältnisprävention. Verhältnisprävention umfasst u.a. die Initiierung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Settings in der Kommune.

Dieser Ansatz wird im Bereich der gesetzlichen Leistungen der Krankenkassen in § 20 SGB IX nur bedingt umgesetzt, da etwa vier Fünftel der Präventionsausgaben in Angebote der Individualprävention fließen und benachteiligte Gruppen bekanntermaßen über diese Kommstruktur nur unzureichend erreicht werden⁹⁶.

93 Hurrelmann, Klaus/Franzkowiak, Peter (2011): Gesundheit. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S.100-105, hier S. 100

94 hier zitiert nach: Hurrelmann, Klaus/Franzkowiak, Peter (2011): Gesundheit. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S.100-105, hier S. 101

95 Franzkowiak, Peter (2011): Prävention und Krankheitsprävention. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 437-447

96 Altgeld, Thomas (2011): Gesundheitliche Chancengleichheit. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leit-

Unter Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta werden Prozesse und Maßnahmen verstanden, die Menschen – im Sinne des Empowerments – befähigen sollen, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und außerdem dazu beitragen sollen, die Determinanten von Gesundheit zu verändern⁹⁷. Gesundheitsförderung orientiert sich am salutogenetischen Modell und fördert daher Ressourcen und Potenziale auf individueller, sozialer und struktureller Ebene⁹⁸. Der individuelle Lebensstil und das Gesundheitsverhalten werden ebenso betrachtet wie die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Im Fokus gesundheitsförderlicher Strategien liegt die Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit.

Kommune als gesundheitsförderliches Setting

Eine der wichtigsten Aufgaben von Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene ist es, die Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit zu schaffen⁹⁹. Unter gesundheitlicher Chancengleichheit wird das Recht „zur Herstellung gleicher Chancen, gesund zu werden und gesund zu bleiben“ verstanden¹⁰⁰. Da die Gesundheit einer Person neben dem individuellen Verhalten (Lebensstil) in deutlich höherem Ausmaß von sozioökonomischen Faktoren (Lebensbedingungen) abhängig ist, werden mit Ansätzen auf der Verhaltensebene häufig nur die Folgen, nicht aber die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten angegangen. Deshalb wird in der Gesundheitsforschung den strukturellen Verhältnissen, d.h. Ansätzen der Verhältnisprävention in konkreten Settings (oft auch in Kombination mit Angeboten der Verhaltensprävention), eine zunehmend höhere Relevanz zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheiten eingeräumt¹⁰¹. Die Kommunen sind hierbei „zentrale Akteure der Gesundheitsförderung“¹⁰². Dies gilt u.a. im Aufgabenbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), der als sogenannte 'dritte' Säule im Gesundheitswesen (neben stationärer und ambulanter Versorgung)¹⁰³ wichtige Aufgaben im Feld der Bevölkerungsmedizin, der Prävention und der Gesundheitsförderung wahrnimmt (z.B. Infektionsschutz, kinder- und jugendärztlicher Dienst, Medizinaufsicht, Sozialmedizin, Umwelthygiene). Dies gilt aber auch bei Leistungen der kommunalen Daseinsvorsorge im Gesundheits- und Sozialbereich.

Die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ('Healthy Public Policy') gilt seit der Ottawa-Charta von 1986 als zentrale Strategie zur Ausgestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt auf kommunaler Ebene. Sie beinhaltet eine integrierte Sichtweise und Verankerung des Themas Gesundheit in allen politischen Ressorts¹⁰⁴. Das Thema Gesundheit ist implizit bereits in vielen Politik- und Planungsbereichen enthalten, z.B. Sozialplanung, Stadtentwicklungsplanung, Schulentwicklungsplanung, Verkehrsplanung, Wirtschaftsförderung, Kulturförderung. Die LH München hat sich zudem als Mitglied im Gesunden Städte-Netzwerk dazu bekannt, im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, Gesundheitsförderung als Entscheidungskriterium bei allen öffentlichen Planungen zu etablieren¹⁰⁵.

begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 110-114

- 97 Kaba-Schönstein, Lotte (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 145-150; siehe auch Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37
- 98 Franke, Alexa (2011): Salutogenetische Perspektive. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 487-490
- 99 spectra 100. September 2013. hrsg. vom Bundesamt für Gesundheit der Schweizerischen Eidgenossenschaft. S. 2. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de> [13.05.2014]
- 100 Altgeld, Thomas (2011): Gesundheitliche Chancengleichheit. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 110-114, hier S. 110
- 101 spectra 100. September 2013. hrsg. vom Bundesamt für Gesundheit der Schweizerischen Eidgenossenschaft. S. 2. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de> [13.05.2014]; Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2011): Determinanten von Gesundheit. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 45-48
- 102 Stender, Klaus-Peter/Böhme, Christa (2011): Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/Kommunalpolitische Perspektive. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 236-241, hier S. 236
- 103 Zu den Aufgaben des ÖGD vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.117.1507> [18.12.2014]; https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1105 [18.12.2014]; Klemperer, David (2014): Sozialmedizin – Public Health - Gesundheitswissenschaften. hier S. 350ff
- 104 Trojan, Alf/Süß, Waldemar (2011): Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Healthy Public Policy. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S.133-136
- 105 Stender, Klaus-Peter/Böhme, Christa (2011): Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/Kommunalpolitische Perspektive. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 236-241; vgl. auch Leitlinie Gesundheit

Die Notwendigkeit der Berücksichtigung konkreter sozialräumlicher Bezüge bei der fachlichen Ausrichtung von präventiven Angeboten bzw. Angeboten der Gesundheitsförderung gilt inzwischen als unumstritten¹⁰⁶. Die Gemeinwesenorientierung ist den Ansätzen der Gesundheitsförderung immanent.

Die Kommune hat hierbei eine umfassende Steuerungs- und Planungsverantwortung. Sie stellt selbst ein solches Setting dar und sie verfügt über weitere gestaltbare Settings und vielfältige politische Gestaltungsmöglichkeiten in verschiedenen Politikfeldern¹⁰⁷. Den konkreten Lebens- und Kontextbedingungen in Quartieren einer Kommune kommt dabei eine besonders hohe Bedeutung zu.

Partizipation und Empowerment

Die Partizipation von Bürgerinnen und Bürgern bei der Ausgestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt und bei konkreten Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung wird in zunehmendem Maße als wichtige Voraussetzung für Wirksamkeit und Erfolg der Interventionen erachtet¹⁰⁸.

Wenn Angebote tatsächlich partizipativ geplant werden, dann werden die sogenannten 'Zielgruppen' – für die andere vermeintlich adäquate (evidenzbasierte) Angebote planen – zu 'Partnerinnen und Partnern' im gesamten Prozess¹⁰⁹. Die im Gesundheitswesen Tätigen sind damit weniger in der Expertenrolle, als vielmehr anwaltschaftlich und unterstützend tätig.

Oder anders ausgedrückt: „Ein frühzeitiger Einbezug der Menschen, mit denen gearbeitet werden soll, muss schon bei der Problemdefinition der Goldstandard für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden“¹¹⁰. Damit wird nicht nur die Handlungsfähigkeit der Beteiligten, sondern auch die Chance einer weiteren Teilnahme an den umgesetzten Maßnahmen erhöht.

Empowerment im Sinne der Befähigung zur Selbstorganisation und zur Veränderung der eigenen Lebensbedingungen ist ein weiteres wichtiges Element in diesem Zusammenhang. Anstelle auf klassische, tendenziell paternalistische und hierarchisch ausgerichtete Beratungsangebote und Maßnahmen zu setzen, wird – im Sinne des 'Community Organizing'¹¹¹ – die Selbstwirksamkeit von Bürgerinnen und Bürgern (im Quartier) gefördert. Der Ansatz des 'Community Organizing' verändert das hierarchische Machtverhältnis von Bürgerinnen und Bürgern zu Verwaltung, Politik und Trägern von Angeboten. 'Community Organizing' kann somit im Kontext der Verhältnisprävention verortet werden und bewirkt für den Bereich der Gesundheitsförderung eine Abkehr von fall-/individuumsbezogenen Leistungen hin zu Leistungen und Veränderungen im konkreten Lebens- und Sozialraum¹¹².

Gesundheitsförderung bei älteren Menschen

Mit zunehmendem Alter steigen die Inzidenz- und Prävalenzraten vieler Krankheitsgruppen deutlich an. Neben körperlichen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Muskel- oder Skeletterkerkrankungen sind es auch psychische Beeinträchtigungen wie Demenzen

106 Weyers, Simone (2013): Einstellungen, Sozialräume und Wandlungsprozesse. Chancen für zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung 8:219-220

107 Rosenbrock, Rolf (2014): Soziale Lage und Gesundheit. Vortrag auf der Tagung des Deutschen Vereins 'Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im inklusiven Sozialraum'. <http://www.deutscher-verein.de/03-events/2014/materialien/dokumentation-f-4430-14-aufgaben-des-offentlichen-gesundheitsdienstes-im-inkluisiven-sozialraum/P1%20Vortrag%20Rosenbrock.pdf> [07.10.2014]

108 Bunge, Christiane/Hornberg, Claudia (2012): Umweltgerechtigkeit als Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 35(2):61-64

109 Mielck, Andreas (2014): Wer möchte schon gerne 'Zielgruppe' sein? Impulse für Gesundheitsförderung 84:2-3, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. www.gesundheit-nds.de; Altgeld, Thomas (2014): Respekt als Leitbild der Gesundheitsförderung. Impulse für Gesundheitsförderung 84:4-5, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

110 Altgeld, Thomas (2014): Respekt als Leitbild der Gesundheitsförderung. Impulse für Gesundheitsförderung 84:4-5, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., hier S. 5

111 Unter 'Community Organizing' (CO) wird der Aufbau und die Entwicklung von BürgerInnen-Organisationen verstanden, die eine doppelte Zielsetzung haben:
- die Veränderung von Machtbeziehungen, so dass die Menschen, die weder über Institutionen noch viel Geld über Medien verfügen, sich nicht mehr als ohnmächtig erfahren und den Inhabern von Machtpositionen „auf gleicher Augenhöhe“ gegenüber treten;
- die konkrete Verbesserung der Lebenslage von Menschen aus den mittleren und unteren Schichten vor allem im lokalen Zusammenhang.
<http://www.fo-co.info/organizing/internationale-wurzeln-von-alinsky-zu-obama.html> [18.12.2014]

112 Trojan, Alf/Süß, Waldemar (2011): Gemeindeorientierung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 93-95

oder Depressionen¹¹³. Je älter die Personen sind, desto häufiger liegen mehrere Erkrankungen (Multimorbidität) gleichzeitig vor.

Viele ältere Menschen erfreuen sich jedoch bester Gesundheit oder sind nur leicht beeinträchtigt. Die heutige Kohorte älterer Menschen ist deutlich gesünder als jene vor 20 Jahren ('Kompressionsthese'). Dennoch ist auch für ältere Menschen aus vielen Studien der Zusammenhang von sozialer Lage und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bekannt¹¹⁴.

Obwohl die Datenlage zur gesundheitlichen Situation älterer Migrantinnen und Migranten grundsätzlich verbesserungsbedürftig ist, wird davon ausgegangen, dass der Gesundheitszustand älterer Migrantinnen und Migranten aus den klassischen Anwerbeländern aufgrund jahrelanger körperlich belastender Arbeitsbedingungen häufig schlechter ist¹¹⁵.

Prävention und Gesundheitsförderung im Alter können einen Beitrag leisten, älteren Menschen so lange wie möglich ein selbständiges Leben zu ermöglichen. Als Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte gelten¹¹⁶:

- Erhaltung und Förderung physischer, psychischer, kognitiver, alten- bzw. altersgerechter Fähigkeiten
- Erhaltung und Förderung einer selbständigen, sozial integrierten und selbstverantwortlichen Lebensführung
- sowie deren Wiederherstellung.

Im Sinne eines Risikofaktorenmodells geht es zunächst darum, Risikofaktoren zu minimieren, z.B. Bewegungsmangel, Fehlernährung, Rauchen, Nicht-Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Darüber hinaus sollen gemäß einer salutogenetischen Perspektive gesundheitsförderliche Ressourcen gestärkt werden, z.B. Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugungen, soziale Netzwerke.

Relevante Themen- und Handlungsfelder sind dementsprechend:

- Förderung von Bewegung und körperlicher Aktivität im Alter
- Erhalt von Mobilität und Selbständigkeit und Vermeidung von Stürzen
- Verbesserung der bedarfsgerechten Ernährungsversorgung und Vermeidung von Fehlernährung
- Förderung der psychischen Gesundheit
- Förderung von Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe
- ressourcenorientierte Früherkennung von Funktionseinbußen.

Die nachfolgenden Sonderauswertungen der Studie 'Älter werden in München' liefern – trotz der Eingrenzung auf elf ausgewählte Untersuchungsgebiete – eine Datengrundlage für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die es Münchnerinnen und Münchnern ermöglichen soll, 'gesund alt zu werden'¹¹⁷.

6.2 Einkommensstruktur und Bildungsstatus

Bevor auf die konkreten Fragestellungen und Ergebnisse der Studie 'Älter werden in München' zum Themenfeld Gesundheit und Umweltbedingungen eingegangen wird, werden zentrale Aspekte der sozialen Lage analysiert. Es ist vielfach nachgewiesen, dass die soziale Lage in engem Zusammenhang mit Gesundheitsindikatoren steht (z.B. subjektiver Gesundheitszustand → Kap 6.3 und Gesundheitsverhalten → Kap 6.4)¹¹⁸. Einkommen und Bildung sind wichtige Determinanten

113 Flor, Wiebke (2011): Alter(n) und Gesundheitsförderung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 19-24

114 Flor, Wiebke (2011): Alter(n) und Gesundheitsförderung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 19-24

115 Olbermann, Elke (2010): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Migrantinnen und Migranten: Ausgewählte Projektergebnisse. Informationsdienst Altersfragen 37(6):3-8; Ozankan, Murat (2010): Ein junges Gesicht der Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten – Zum Stellenwert muttersprachlicher gerontopsychiatrischer Behandlungsangebote. Informationsdienst Altersfragen 37(6):16-21

116 Flor, Wiebke (2011): Alter(n) und Gesundheitsförderung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 19-24

117 Referat für Gesundheit und Umwelt (2010): Rundum gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern. S. 22

118 Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37

für den Gesundheitszustand von Bürgerinnen und Bürgern, deshalb werden nachfolgend zunächst Analysen zur Einkommensstruktur und zum Bildungsstatus der in der Studie Befragten vorgestellt.

Da zudem davon auszugehen ist, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner in den städtebaulich sehr unterschiedlichen Untersuchungsgebieten hinsichtlich ihrer sozialen Lage deutlich unterscheiden und sich diese Differenzen bei den gesundheits- und umweltbezogenen Fragestellungen widerspiegeln, werden die Unterschiede in der sozialen Lage in den einzelnen Untersuchungsgebieten an dieser Stelle etwas ausführlicher dargestellt.

Alle nachfolgenden Auswertungen der Studie 'Älter werden in München' werden deshalb – wenn es die Fallzahlen ermöglichen – auf Ebene der Untersuchungsgebiete dargestellt. So können wichtige Ansatzpunkte für sozialräumlich orientierte Handlungsansätze auf kommunaler Ebene entwickelt werden.

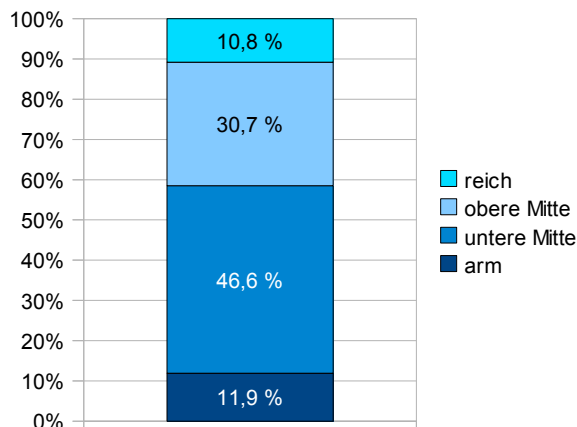
6.2.1 Einkommensstruktur

Zur Klassifizierung der Haushalte wurde – wie im Münchner Armutsbericht 2011 – das Nettoäquivalenzeinkommen der Haushalte berechnet und in vier Gruppen eingeteilt: arme Haushalte – untere Mitte – obere Mitte – reiche Haushalte¹¹⁹. Die Berechnungsweise folgt damit der aktuellen OECD-Skala zur Bestimmung der relativen Armut¹²⁰. Die Berechnung erfolgt über die Ermittlung des bedarfsgewichteten Nettoäquivalenzeinkommens.

Für die LH München bedeutet das: Ein Einpersonenhaushalt gilt dann als arm, wenn er weniger als 1.000 Euro bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen zur Verfügung hat. Die Haushalte der unteren Mitte verfügen über ein bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen zwischen 1.000 Euro und weniger als 2.000 Euro, die der oberen Mitte zwischen 2.000 Euro und weniger als 3.334 Euro. Ein Haushalt gilt dann als reich, wenn ihm 3.334 Euro oder mehr zur Verfügung stehen (ausführliche Erläuterung → Kap. 9.2).

Insgesamt wurden mit dieser Methodik 11,9% der Haushalte der in dieser Studie Befragten den armen Haushalten zugeordnet, weitere 46,6% der unteren Mitte, 30,7% der oberen Mitte und 10,8% den reichen Haushalten.

Abb. 20: Einkommenssituation der Haushalte
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.326

Zum Vergleich die Daten aus dem Münchner Armutsbericht 2011: Für die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahren wird dort ein Anteil von 14,6% von Personen in armen Haushalten ausgewiesen¹²¹.

Allerdings muss hier nochmals der Hinweis gemacht werden, dass Aussagen über alle Befragten der Studie 'Älter werden in München' aufgrund der Stichprobenauswahl (in elf Untersuchungsge-

119 siehe dazu differenzierte Erläuterungen: Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011. S. 26ff und S. 137

120 <http://de.wikipedia.org/wiki/Äquivalenzeinkommen> [18.08.2014]

121 Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011. S. 30

bierte) nicht als repräsentativ für alle Münchnerinnen und Münchner (von 55 bis 74 Jahren) gelten können.

Einkommensposition spezifischer Einpersonenhaushalte

Im Folgenden werden aufgrund methodischer Überlegungen nur die Einpersonenhaushalte für eine differenzierte Darstellung der Einkommenssituation nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund herangezogen. Differenzierungen nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund sind methodisch deshalb nur für Einpersonenhaushalte sinnvoll, da sonst eine eindeutige Zuordnung des Haushalts nicht möglich ist. Wenn beispielsweise in einem der zufällig ausgewählten Haushalte eine 62-Jährige Frau mit einem 68-Jährigen Mann zusammenlebt und in der Stichprobe nur die Frau angeschrieben wurde, würde hier eine Zuordnung des gesamten Haushalts zur Kategorie Geschlecht 'weiblich' bzw. Altersgruppe '55-64 Jahre' erfolgen.

Werden folglich die Befragten betrachtet, die als Einpersonenhaushalt identifiziert wurden, werden signifikante Unterschiede nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund sichtbar.

- Geschlecht

Alleinlebende Männer (18%) haben in dieser Studie ein höheres Armutsrisiko als alleinlebende Frauen (12%). Allerdings sind alleinlebende Männer (17%) auch häufiger den reichen Haushalten zuzuordnen als alleinlebende Frauen (6%).

Im Münchner Armutsbericht liegt der Anteil von Frauen (ab 18 Jahren) in armen Einpersonenhaushalten mit 18% höher als der von Männern mit 15%¹²². Allerdings zeigt sich auch dort die Entwicklung, dass Altersarmut „zunehmend auch ein männliches Geschlecht“ annimmt und beim Bezug von Grundsicherung im Alter inzwischen deutsche Männer relativ stärker betroffen sind als deutsche Frauen¹²³. Als mögliche Gründe werden vom Sozialreferat unter anderem vermutet, dass Frauen der jüngeren Rentengenerationen durch gestiegene Frauenerwerbstätigkeit inzwischen mehr Rentenansprüche erworben haben oder sie bei Versterben des Ehepartners höhere Versorgungsansprüche geltend machen können als männliche Ehepartner, wenn deren Frauen (mit geringeren eigenen Renten) versterben.

- Altersgruppen

Die Unterschiede nach Altersgruppen sind ebenfalls signifikant, in ihrer konkreten Ausprägung fallen sie jedoch eher gering aus. Die alleinlebenden 55 bis 64-Jährigen sind mit 15% in etwa dem gleichem Ausmaß von Armut betroffen wie die alleinlebenden 65 bis 74-Jährigen (14%). Die Jüngeren (vor Beginn des Renteneintrittsalters) sind jedoch häufiger den reichen Haushalten zuzuordnen (14% versus 7% der Älteren). Von der jüngeren Altersgruppe sind darüber hinaus 49% der unteren Mitte und 23% der oberen Mitte zuzuordnen, bei der älteren Gruppe sind dies 59% bzw. 21%.

Wird innerhalb der beiden Altersgruppen noch zusätzlich nach Geschlecht differenziert, zeigt sich außerdem, dass der Anteil von Männern von 55 bis 64 Jahren in armen Einpersonenhaushalten mit 20% höher ist als der Anteil der Männer von 65 bis 74 Jahren mit 16%. Die Armutsbetroffenheit von Frauen in Einpersonenhaushalten liegt mit jeweils 12% für die beiden Altersgruppen demnach niedriger als bei Männern¹²⁴.

Die alleinlebenden Männer aus der jüngeren Altersgruppe sind folglich bereits vor dem Rentenalter die am stärksten von (Alters-)Armut betroffene Gruppe im Altersgruppen- und Geschlechtervergleich.

Im Münchner Armutsbericht wurde für die ab 65-Jährigen in Einpersonenhaushalten (d.h. bezüglich der Altersgruppe nicht ganz vergleichbar mit der Gruppe der 65 bis 74-Jährigen aus der Studie 'Älter werden in München') folgende Einkommensverteilung ermittelt: 19% der Befragten waren den armen Haushalten zuzurechnen, 70% der unteren Mitte, weitere 9% der oberen Mitte und 2% den reichen Haushalten¹²⁵.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass in der Stichprobe der Studie 'Älter werden in München' Personen aus armen (Einpersonen-)Haushalten womöglich leicht unterrepräsentiert sind (wenn

122 Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011. S. 32

123 Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011. S. 83

124 Altersgruppen: alleinlebende Männer n=325, p<.01, alleinlebende Frauen n=690, p<.01

125 Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011. S. 34

die gesamte LH München als Bezugsgröße herangezogen wird) und – durch die spezifische Auswahl der Untersuchungsgebiete – Personen mit Einkommen der oberen Mitte bzw. aus reichen Haushalten überrepräsentiert sind.

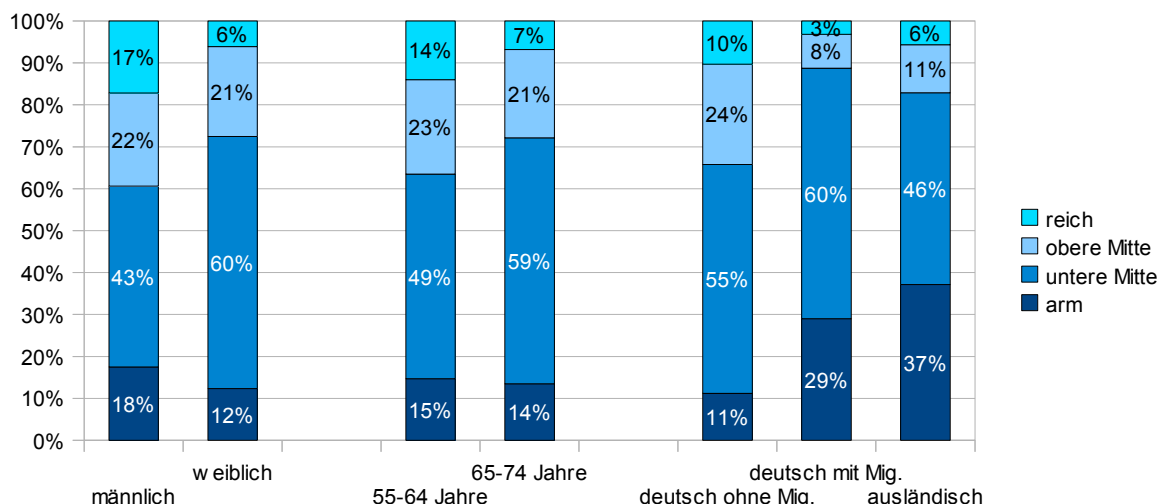
- Migrationshintergrund

Alleinlebende ausländische Bürgerinnen und Bürger (37%) und alleinlebende Deutsche mit Migrationshintergrund (29%) sind deutlich stärker von Armut betroffen als alleinlebende Deutsche ohne Migrationshintergrund (11%)¹²⁶.

Die höhere Armutsbetroffenheit von ausländischen Haushalten, insbesondere von älteren Haushalten, wird im Münchner Armutsbericht 2011 ebenfalls sehr deutlich belegt¹²⁷.

Abb. 21: Einkommenssituation von Einpersonenhaushalten nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund

in Prozent, nur alleinlebende Befragte (Einpersonenhaushalte)



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 Geschlecht n=1.015, p<.001, Altersgruppen n=1.020, p<.001, Migrationshintergrund n=959, p<.001

Weitere Differenzierungen

Die Analysen nach Quartierstyp, Untersuchungsgebieten sowie die Unterschiede zwischen Alleinlebenden und Nicht-Alleinlebenden wurden hingegen auf Basis aller Befragten vorgenommen. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Einkommensposition von Alleinlebenden, nach Quartierstyp und nach Untersuchungsgebieten.

- Alleinlebende

Alleinlebende sind häufiger (14%) den armen Haushalten zuzuordnen als Nicht-Alleinlebende (10%). Auch der Anteil der Alleinlebenden in der unteren Mitte (55%) ist deutlich höher als der Vergleichswert bei den Nicht-Alleinlebenden (40%).

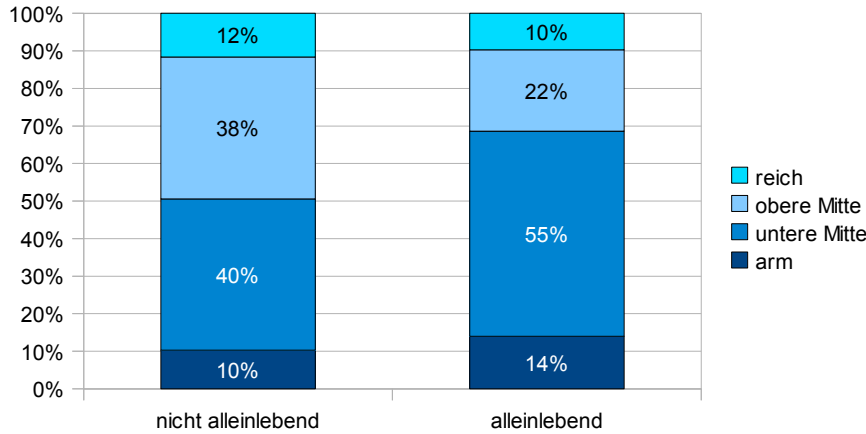
Zum Vergleich: Im Münchner Armutsbericht werden 19% der Personen ab 65 Jahren in Einpersonenhaushalten den armen Haushalten zugerechnet¹²⁸.

126 Aufgrund der teilweise zu geringen Fallzahlen können hier keine zusätzlichen Auswertungen nach Geschlecht durchgeführt werden.

127 Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011. S. 33 und S. 83

128 Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011. S. 34

Abb. 22: Einkommenssituation der Haushalte von Alleinlebenden
in Prozent



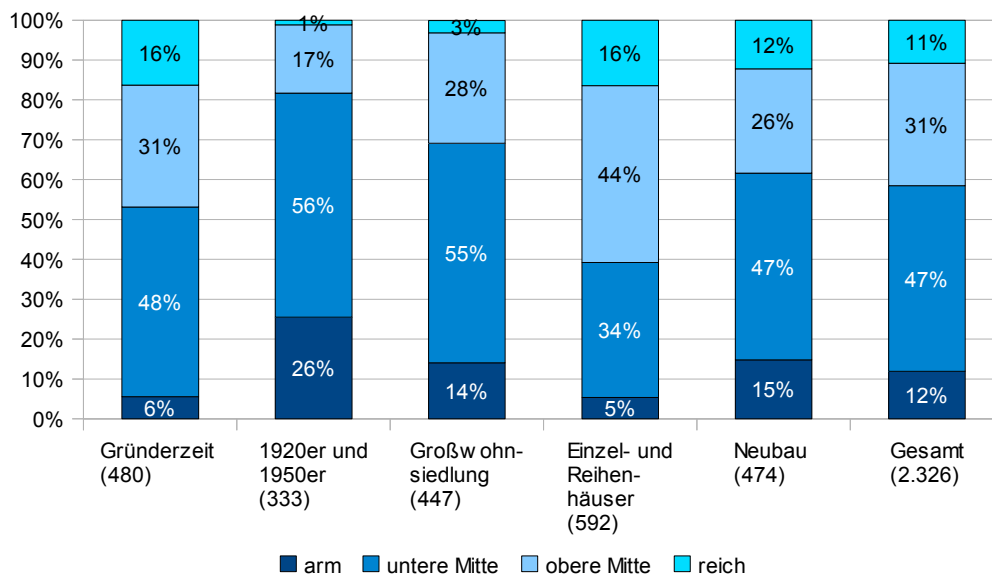
Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.326, p<.001

Die zusätzlich nach Geschlecht durchgeführten Analysen mit den hier vorliegenden Studiendaten zeigen, dass alleinlebende Männer mit 18% am stärksten von Armut betroffen sind, gegenüber jeweils 12% der alleinlebenden bzw. nicht-alleinlebenden Frauen und 9% der nicht-alleinlebenden Männer¹²⁹.

- Quartierstyp

Jeweils 16% der Befragten in Haushalten der Gründerzeit bzw. aus Einzel- und Reihenhausegebieten sind den reichen Haushalten zuzuordnen. Besonders viele Personen in armen Haushalten finden sich in den 1920/50er Jahre Gebieten (26%). Der Anteil armer Haushalte in diesen Gebieten ist fünfmal so hoch wie in den Einzel-/Reihenhausegebieten (mit 5%).

Abb. 23: Einkommenssituation der Haushalte nach Quartierstyp
in Prozent, Anzahl in Klammern¹³⁰



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.326, p<.001

129 Alleinlebende: Männer n=1.021, p<.001, Frauen n=1.291, p<.001

130 Das n für die einzelnen Quartierstypen wird an dieser Stelle benannt, da bei den Angaben zum Einkommen insgesamt häufiger fehlende Werte zu verzeichnen sind.

- Untersuchungsgebiete

Unterschiede zeigen sich nicht nur nach Quartierstyp, sondern teilweise auch zwischen den konkreten Untersuchungsgebieten innerhalb eines Quartierstypus.

Die höchsten Anteile armer Haushalte sind in den beiden 1920/50er Jahre Gebieten Laim/Kleinhadern (28%) und Ramersdorf (23%) zu beobachten, gefolgt von der Messestadt Riem (21%).

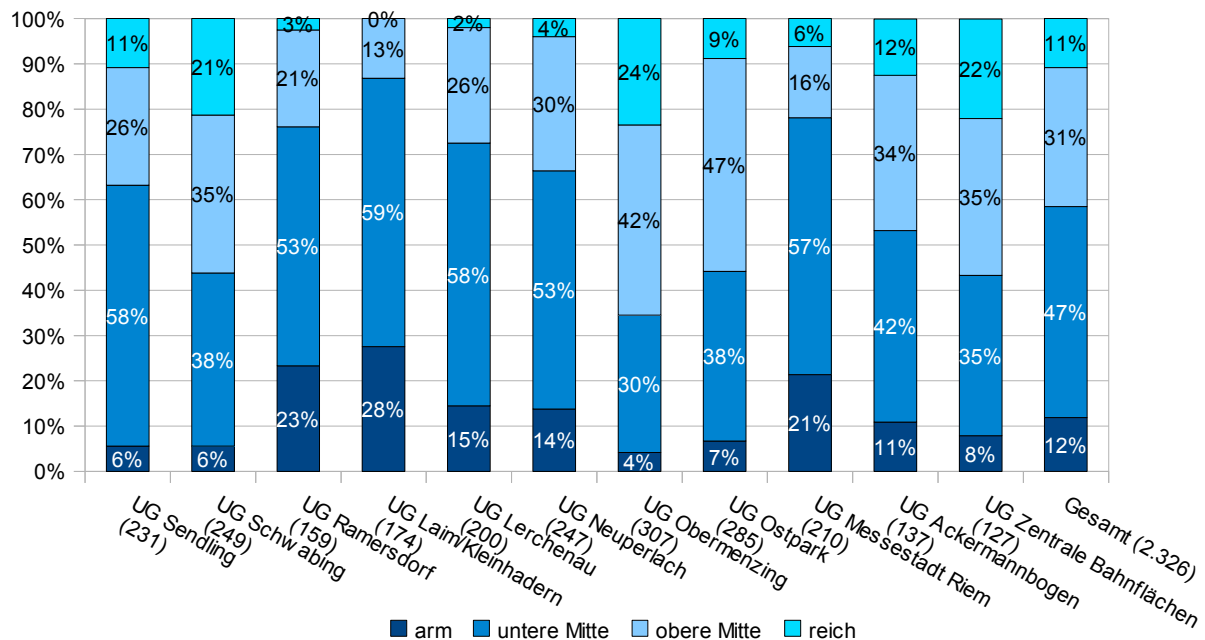
Werden die armen Haushalte und Haushalte der unteren Mitte gemeinsam betrachtet, schieben sich noch die Untersuchungsgebiete Sendling, die Lerchenau und Neuperlach deutlich nach vorne.

Innerhalb der Einzel-/Reihenhausgebiete zeigen sich wiederum Unterschiede zwischen Obermenzing und Ostpark, mit einem deutlich höheren Anteil reicher Haushalte in Obermenzing. Im Vergleich der Gründerzeitgebiete sind in Schwabing höhere Anteile von reichen Haushalten bzw. Haushalte der oberen Mitte zu konstatieren als in Sendling.

Auffällig ist die Messestadt Riem, die sich hinsichtlich des Anteils an armen und reichen Haushalten deutlich vom Ackermannbogen und den Zentralen Bahnflächen (als weitere Neubaugebiete) unterscheidet und von der Einkommensstruktur eher Ramersdorf gleicht. Das Gebiet der Zentralen Bahnflächen (als eines der Neubaugebiete) wiederum gleicht in dieser Hinsicht eher Schwabing (als Gründerzeitgebiet) und weist einen ebenso hohen Anteil an reichen Haushalten auf.

Abb. 24: Einkommenssituation der Haushalte nach Untersuchungsgebieten

in Prozent, Anzahl in Klammern¹³¹



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.326, p<.001

Vergleich mit den Daten des Monitorings des Sozialreferats

Ein Blick auf die Daten des Monitorings des Sozialreferats 2013 unterstreicht die eben genannten Unterschiede in den ausgewählten Untersuchungsgebieten. Beispielhaft wird an dieser Stelle die Karte mit dem Indikator 'Soziale Herausforderungen' dargestellt. Der Indikator umfasst mehrere Einzelvariablen (z.B. Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld II an der erwerbsfähigen Bevölkerung, Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter an der Gruppe der über 64-Jährigen) und weist demnach auf besonders (un)belastete Gebiete im Stadtgebiet hin.

Die räumliche Unterteilung erfolgt anhand der Planungsregionen des Sozialreferats.

Die in der Studie 'Älter werden in München' untersuchten Untersuchungsgebiete liegen in folgenden Planungsregionen:

131 Das n für die einzelnen Untersuchungsgebiete wird an dieser Stelle benannt, da bei den Angaben zum Einkommen insgesamt recht hohe fehlende Werte zu verzeichnen sind.

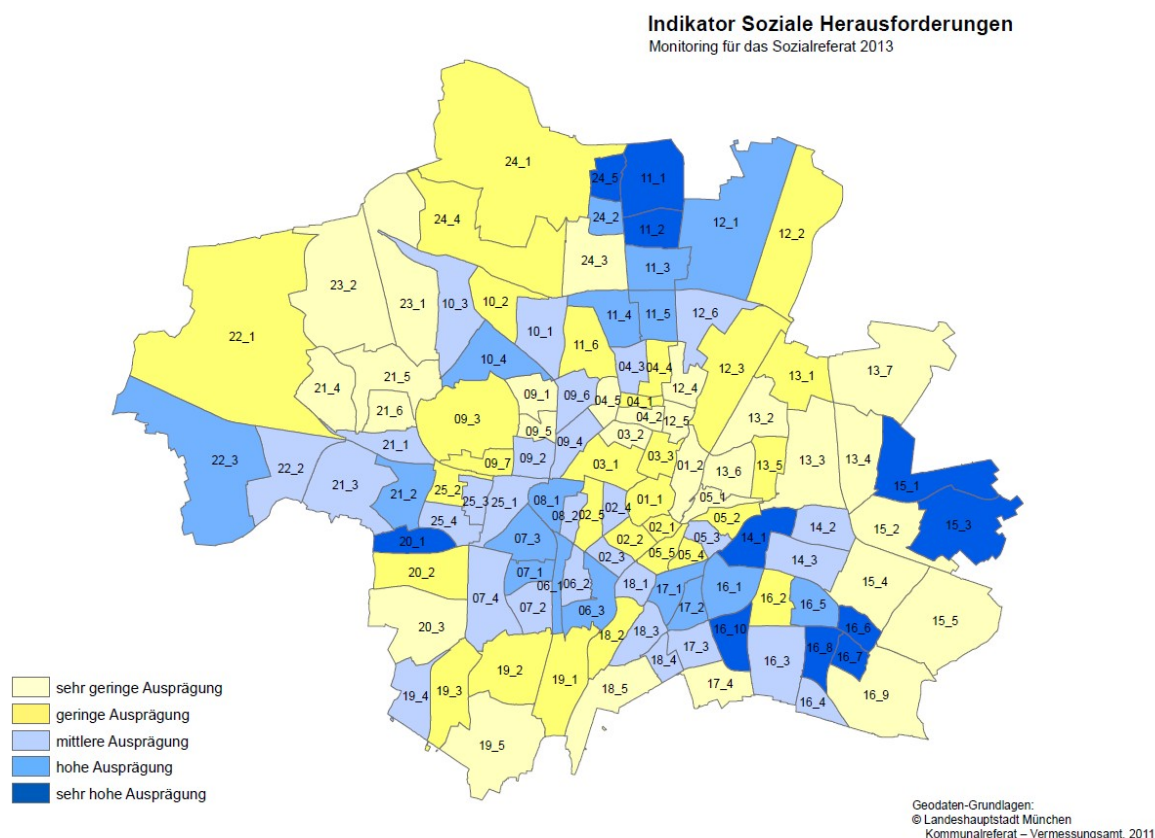
Tab. 4: Monitoring des Sozialreferats – Zuordnung der Untersuchungsgebiete der Studie ÄwiM zu den Planungsregionen des Sozialreferats

Quartierstyp	Untersuchungsgebiet ÄwiM	Planungsregion Sozialreferat
Gründerzeit	Sendling	6_2
	Schwabing	4_1
1920/50er Jahre	Ramersdorf	16_1
	Laim/Kleinhadern	20_1 und 25_4
Großwohnsiedlung	Lerchenau	24_4
	Neuperlach	16_7
Neubaugebiet	Messestadt Riem	15_3
	Ackermannbogen	4_5
	Zentrale Bahnflächen	3_1 und 9_2 und 9_4 und 9_7
Einzel- und Reihenhausbau	Obermenzing	21_5
	Ostpark	16_2

Darstellung RGU-UW 13

Die Karte zeigt, dass die in der Studie 'Älter werden in München' untersuchten kleinräumigen Untersuchungsgebiete hinsichtlich ihrer Einkommensstruktur weitgehend mit dem Indikator Soziale Herausforderungen des Monitorings des Sozialreferats in Übereinstimmung stehen.

Abb. 25: Indikator Soziale Herausforderungen aus dem Monitoring des Sozialreferats



Monitoring für das Sozialreferat 2013¹³²

132 Sozialreferat (2014). <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Leitung-und-Zentrale/Sozialplanung/monitoring.html> [01.12.2014]

An dieser Stelle ist der Hinweis angebracht, wonach die LH München im Rahmen einer aktuellen Untersuchung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung im Vergleich mit anderen Großstädten vergleichsweise wenig Segregationstendenzen aufweist¹³³. Untersucht wurden dazu die Anteile von Niedriglohnbezieherinnen und Niedriglohnbezieher auf kleinräumiger Ebene. Die Ursachen werden sowohl der generell guten wirtschaftlichen Situation in der LH München als auch einer Wohnungsbaupolitik zugeschrieben, die auf eine soziale Mischung der Gebiete ausgerichtet ist.

➡ Die Ergebnisse der Studie 'Älter werden in München', wonach die jüngere Altersgruppe bereits in gleichem Maße von Armut betroffen ist wie die ältere Altersgruppe und die Analysen im Münchner Armutsbericht 2011 zur Armutsbetroffenheit der älteren Bevölkerung sowie die zukünftig wirksame Absenkung des Rentenniveaus lassen erwarten, dass das Thema 'Altersarmut' für die zukünftige Generation Älterer wieder von zunehmender Bedeutung sein wird. Dabei wird das Thema Altersarmut nicht mehr vorrangig ein Problem von Frauen sein, auch ältere (alleinlebende) Männer sind in zunehmendem Maße betroffen. Nach wie vor sind ältere Menschen mit Migrationshintergrund und Alleinlebende besonders hohen Armutsrisiken ausgesetzt. Diese Erkenntnisse bzw. Verschiebungen müssen bei der Ausgestaltung von neuen Angeboten beachtet werden bzw. vorhandene Angebote dementsprechend angepasst werden.
(*HF Armut und Gesundheit, HF Spezielle Zielgruppen*)

➡ Die finanziellen Ressourcen von den in dieser Studie befragten Münchnerinnen und Münchnern sind über die untersuchten Stadtgebiete unterschiedlich verteilt. Damit sind die Möglichkeiten, gesundheitliche Angebote privat zu finanzieren ebenfalls nicht gleich verteilt. Es ist deshalb wichtig, (kostengünstige) kommunale Angebote im Gesundheitsbereich gezielt im Stadtgebiet zu planen.
(*HF Armut und Gesundheit*)

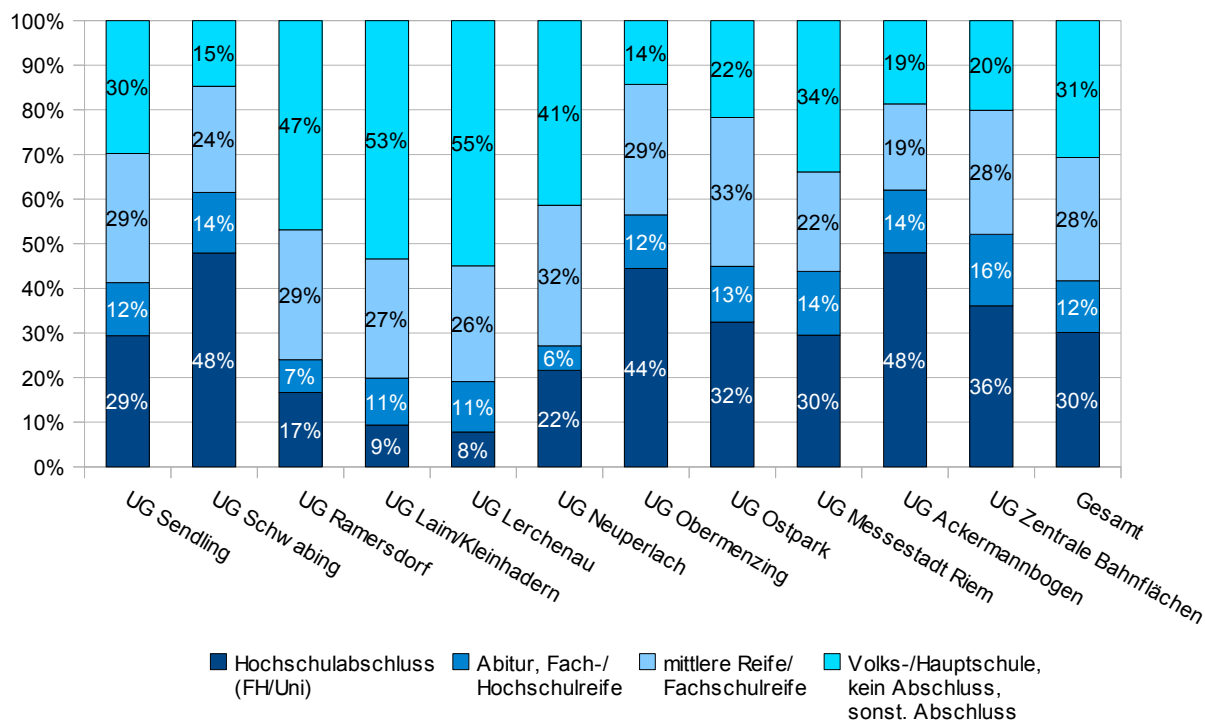
6.2.2 Bildungsstatus

Die Anteile von Personen mit verschiedenen Bildungsabschlüssen sind über die einzelnen Untersuchungsgebiete ungleich verteilt. Die höchsten Anteile von Personen mit Hochschulabschluss finden sich in Schwabing (48%), am Ackermannbogen (48%), in Obermenzing (44%) und in den Zentralen Bahnflächen (36%). Die Untersuchungsgebiete mit den höchsten Anteilen von Personen mit Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss¹³⁴ sind die Lerchenau (55%), Laim/Kleinhadern (53%), Ramersdorf (47%) und Neuperlach (41%).

133 vom Berge, Philipp et al (2014): Wie sich Menschen mit niedrigen Löhnen in Großstädten verteilen. IAB Kurzbericht 12/2014. hrsg. vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

134 In der Regel wurde für die Auswertungen - aufgrund geringer Fallzahlen in der Kategorie 'sonst. Abschluss' (51 Personen) - diese Gruppe zur Kategorie 'Volks-/Hauptschule/kein Abschluss' hinzugerechnet. Dies erschien auch insofern gerechtfertigt, da sich die Verteilungen dieser beider Gruppen in vielen Variablen nicht oder nur geringfügig unterscheiden.

Abb. 26: Bildungsabschluss nach Untersuchungsgebiet
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.646, p<.001

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass sich der aus vielen Studien bekannte Zusammenhang von Bildungsstatus und Einkommensposition der Haushalte auch in dieser Studie zeigt¹³⁵. So haben beispielsweise 70% der Personen aus reichen Haushalten einen Hochschulabschluss, während 48% der Personen aus armen Haushalten der Kategorie Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss zuzuordnen sind. Oder anders formuliert: 25% der Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen sind den reichen Haushalten zuzuordnen, gegenüber 1% der Personen mit Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss. Dagegen sind Personen aus der zuletzt genannten Gruppe (Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss) zu 19% den armen und zu 61% den Haushalten der unteren Mitte zuzuordnen.

Da sich in den Untersuchungsgebieten deutliche Unterschiede der Einkommensverteilung bzw. der Bildungsabschlüsse zeigen und gesundheitliche Unterschiede stark von Einkommen und Bildung abhängig sind, ist davon auszugehen, dass die im weiteren Verlauf berichteten gesundheitlichen Unterschiede in den Quartieren nicht vorrangig auf Quartierseffekte, sondern auf die sozialen Unterschiede in den Quartieren zurückzuführen sind. Das heißt, gesundheitliche Unterschiede in den Quartieren spiegeln die Einkommens- und soziale Struktur eines Quartiers wider. In gewisser Weise handelt es sich hierbei um den sogenannten Matthäus-Effekt ('wer hat, dem wird gegeben'): Wer ein hohes Einkommen und gute Bildung hat, hat eine bessere Gesundheit. Wer ein hohes Einkommen und gute Bildung hat, kann sich eine Wohnung in einer guten Gegend leisten und ist demzufolge geringeren Umweltbelastungen ausgesetzt, was wiederum der Gesundheit zuträglich ist. Ein hohes Einkommen ermöglicht es ebenso, sich zusätzlich privat mit weiteren Gesundheits- und Unterstützungsleistungen zu versorgen.

Der Bildungsstatus ist außerdem in engem Zusammenhang mit dem Konzept der 'Health Literacy' (Gesundheitskompetenz) zu sehen. Unter Gesundheitskompetenz wird die „Fähigkeit von Individuen verstanden, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln“¹³⁶. Dieses Konzept umfasst die Vorstellung, dass durch Gesundheitskompetenzen die Ressourcen von Individuen gestärkt werden, um mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erhalten.

135 Bildungsstatus und Einkommensgruppen n=2.257, p<.001

136 Abel, Thomas et al (2011): Health Literacy/Gesundheitskompetenz. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 337-340, hier S. 337

„Die Landeshauptstadt München unterstützt Maßnahmen und Angebote, die zum Ziel haben, die Gesundheitskompetenzen der Stadtbevölkerung zu stärken und diese zu verantwortlichem gesundheitsförderlichen Verhalten zu befähigen.“

Leitlinie Gesundheit

➔ Die Bildungsressourcen und damit die Gesundheitskompetenzen der befragten Münchnerinnen und Münchner sind nicht gleichmäßig über die Untersuchungsgebiete verteilt. Bei der Planung von gesundheitsbezogenen Angeboten ist davon auszugehen, dass die Zugangsweisen und Beteiligungsformen dementsprechend passgenau geplant werden müssen.
(HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

„Nur durch eine enge Verzahnung der Bereiche Gesundheit, Bildung und Soziales können Voraussetzungen für gleiche Gesundheits- und Teilhabechancen geschaffen werden.“

Leitlinie Gesundheit

➔ Zwar werden die Grundlagen für die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen ('Health Literacy') in den ersten Lebensjahren geschaffen, in der Jugendphase weiter gestärkt und im Erwachsenenalter ausgebaut, aber inzwischen ist auch die Lernfähigkeit älterer Menschen vielfach belegt. Deshalb können und sollten – neben der bereits genannten angepassten Entwicklung von Maßnahmen – auch in der Erwachsenenbildung die Gesundheitskompetenzen älterer Menschen gestärkt werden.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

6.3 Gesundheitszustand

Aufgrund der Themenvielfalt der Studie und eines begrenzten Fragebogenumfangs war es nicht möglich, den Gesundheitszustand so detailliert zu erheben wie dies im Rahmen einer eigenen Erhebung der Gesundheits- und Umweltberichterstattung möglich gewesen wäre¹³⁷.

Dennoch eignen sich die enthaltenen Fragestellungen sehr gut, um einen Überblick über den (subjektiven) Gesundheitszustand der 55 bis 74-Jährigen in den elf Untersuchungsgebieten zu erhalten. Vor allem gelingt es durch den integrierten Ansatz, Aspekte aus den Bereichen Soziales, Gesundheit und Umwelt miteinander in Beziehung zu setzen und damit dem Ziel einer integrierten Gesundheits- und Umweltberichterstattung näher zu kommen.

6.3.1 Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand

Die Erfassung des subjektiven, also selbst eingeschätzten Gesundheitszustands, hat sich in der Gesundheitsberichterstattung als aussagekräftiger und valider Indikator für den objektiven Gesundheitszustand erwiesen¹³⁸. Außerdem ist bekannt, dass eine gute subjektive Gesundheit insofern bedeutsam ist, als „ältere Personen mit guter subjektiver Gesundheit mit geringerer Wahrscheinlichkeit funktionale und kognitive Beeinträchtigungen entwickeln“¹³⁹.

Die Befragten wurden deshalb gebeten, eine subjektive Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands abzugeben. Hierzu wurden vier Items aus einem bewährten Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verwendet ('Healthy Days Measure Core Module' HRQOL-4)¹⁴⁰.

Die darin enthaltene Frage zum allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand entspricht einer Frage aus einem ebenfalls sehr häufig eingesetzten Instrument, der SF36 (Shortform Gesundheitsfragebogen) zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität¹⁴¹.

137 siehe u.a. Referat für Gesundheit und Umwelt (2000): Münchner Gesundheitsmonitoring 1999; Referat für Gesundheit und Umwelt (2007): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004. Die Gesundheit von Frauen und Männern verschiedener Lebensalter.

138 Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie 'Gesundheit in Deutschland aktuell 2009', S. 51

139 Flor, Wiebke (2011): Alter(n) und Gesundheitsförderung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 19-24, hier S. 20

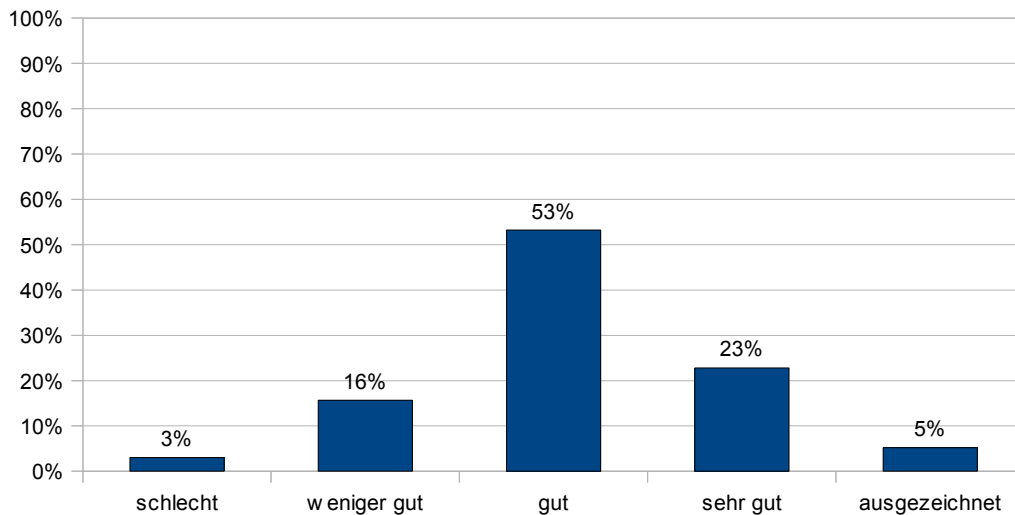
140 U.S. Department of Health and Human Services (2000): Measuring Healthy Days. Population Assessment of Health-Related Quality of Life. <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf> [28.05.2014]; http://www.cdc.gov/hrqol/hrqol14_measure.htm [19.05.2014]

141 Kurth, Bärbel-Maria/Ravens-Sieberer, Ulrike (2011): Gesundheitsbezogene Lebensqualität. in: Bundeszentrale für gesundheitli-

Eine so vorgenommene subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands entspricht eher – als vermeintlich objektive Befunde (wie etwa Bluthochdruck auf Basis vorgegebener Schwellenwerte) – dem Gesundheitsverständnis der WHO bzw. dem wissenschaftlichen Diskurs, wonach Gesundheit und Krankheit nicht als Gegenpole, sondern als Kontinuum gedacht werden (salutogenetischer Ansatz)¹⁴².

In dieser Form nach ihrem allgemeinen subjektivem Gesundheitszustand gefragt¹⁴³, schätzen etwa 4/5 der Befragten ihren Gesundheitszustand als mindestens 'gut' (oder besser, d.h. 'sehr gut' oder 'ausgezeichnet') ein. Weitere 16% sehen ihren Gesundheitszustand als 'weniger gut' und 3% als 'schlecht' an.

Abb. 27: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.692

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht.

Signifikante Unterschiede ergeben sich nach Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Bildungsstatus, Untersuchungsgebieten und bei Alleinlebenden.

- Altersgruppen

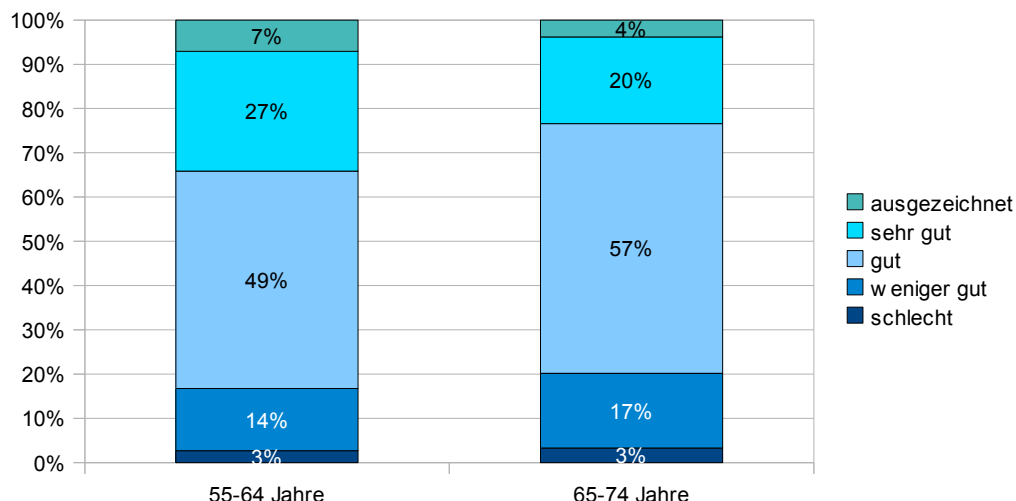
Erwartungsgemäß gibt es Unterschiede in der Einschätzung des eigenen subjektiven Gesundheitszustands nach Altersgruppen. Auffallend ist jedoch, dass die Anteile der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als 'schlecht' oder 'weniger gut' beurteilen, bei beiden Altersgruppen fast gleich hoch sind. Die jüngere Gruppe schätzt ihren Gesundheitszustand jedoch häufiger als 'ausgezeichnet' oder 'sehr gut' ein.

che Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 125-128

142 Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37; Franke, Alexa (2011): Salutogenetische Perspektive. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 487-490

143 Frage: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?
Antwortkategorien: ausgezeichnet – sehr gut – gut – weniger gut – schlecht

Abb. 28: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Altersgruppen
in Prozent

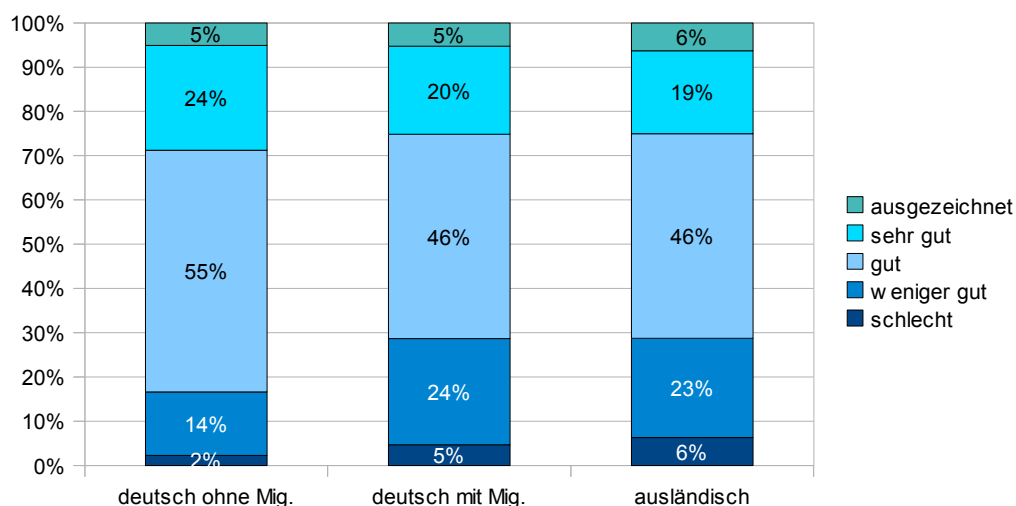


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.663, p<.001

- **Migrationshintergrund**

Die generelle Tendenz zeigt, dass Deutsche ohne Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand geringfügig besser beurteilen, vor allem aber seltener angeben, dieser sei 'schlecht' oder 'weniger gut'. Insgesamt sind 2% bzw. 14% der Befragten ohne Migrationshintergrund der Meinung, ihr Gesundheitszustand sei 'schlecht' bzw. 'weniger gut', während dies bei Deutschen mit Migrationshintergrund 5% bzw. 24% sind und bei ausländischen Befragten 6% ('schlecht') bzw. 23% ('weniger gut').

Abb. 29: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.547, p<.001

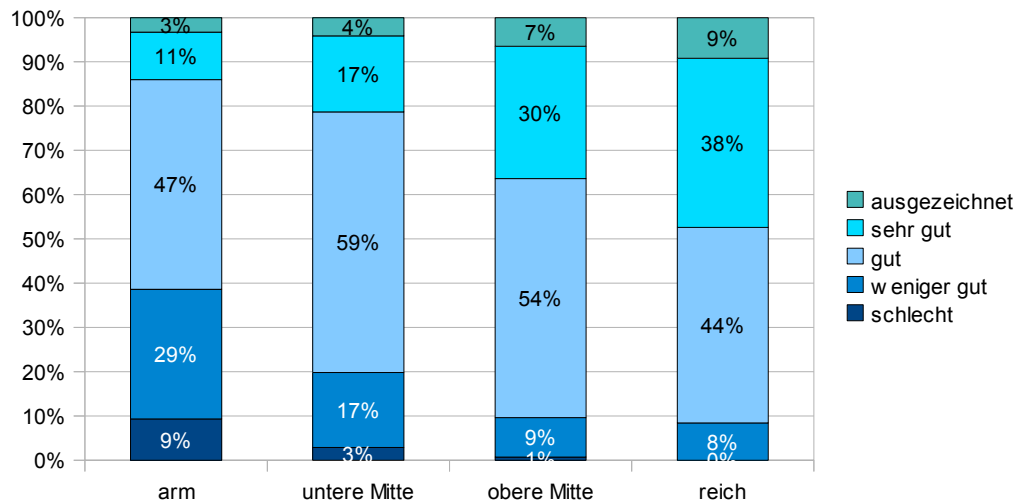
Werden diese Analysen zusätzlich nach Geschlecht differenziert, zeigt sich, dass signifikante Unterschiede nach Migrationshintergrund nur bei den Frauen, nicht jedoch bei den Männern gefunden werden können, d.h. die Unterschiede in der Gesamtgruppe beruhen vor allem auf den Unterschieden bei den Frauen¹⁴⁴. Konkret bedeutet dies: Von den ausländischen Frauen geben 8% bzw. 25% an, dass ihr subjektiver Gesundheitszustand 'schlecht' bzw. 'weniger gut' ist, gegenüber 4% bzw. 28% der Frauen mit Migrationshintergrund und 2% bzw. 15% der Frauen ohne Migrationshintergrund.

¹⁴⁴ Migrationshintergrund: Männer n=1.128, nicht sig., Frauen n=1.405 p<.001

- Einkommensgruppen

Es zeigt sich ein klarer sozialer Gradient in der Beurteilung des eigenen subjektiven Gesundheitszustands. Während 9% bzw. 29% der Befragten aus armen Haushalten ihre Gesundheit als 'schlecht' bzw. 'weniger gut' bezeichnen, sind es bei Personen aus reichen Haushalten 0% bzw. 8%. Dementsprechend bezeichnen 14% der Personen aus armen Haushalten ihren Gesundheitszustand als 'sehr gut'/'ausgezeichnet', gegenüber 47% der Befragten aus reichen Haushalten.

Abb. 30: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommensgruppen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.291, p<.001

Diese Ergebnisse bestätigen den in vielen Studien belegten Zusammenhang zwischen sozialer Lage und subjektivem Gesundheitszustand¹⁴⁵. In der Regel wird davon ausgegangen, dass dieser Zusammenhang zwar generell in beide Richtungen verlaufen kann. Der Ansatz, wonach 'Armut krank macht' gilt in der Regel jedoch als erklärungskräftiger als der Ansatz 'Krankheit macht arm'. Die Ergebnisse der bereits dargestellten Studie zur Lebens- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderungen (→ Kap. 5.5) zeigen jedoch auf, dass für bestimmte Lebenslagen auch der zweite Erklärungsansatz im Vordergrund stehen kann.

- Bildungsstatus

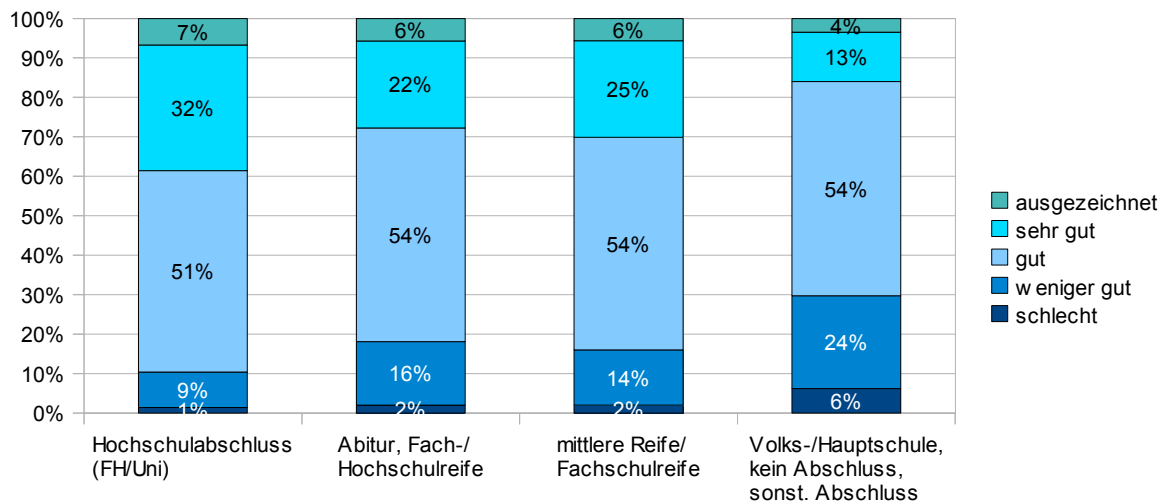
Deutliche Zusammenhänge von Bildung und subjektivem Gesundheitszustand sind in vielen Studien nachgewiesen, u.a. auch in den Daten der GEDA-Studie 2009 ('Gesundheit in Deutschland aktuell') des Robert Koch-Instituts, wonach der subjektive Gesundheitszustand älterer Befragter umso besser ist, je höher deren Bildungsgrad ist¹⁴⁶.

In dieser Erhebung befindet etwas mehr als die Hälfte der Befragten aus allen Bildungskategorien ihren Gesundheitszustand als 'gut'. Unterschiede zeigen sich in den Bereichen der subjektiv 'sehr guten'/'ausgezeichneten' bzw. 'weniger guten'/'schlechten' Gesundheit: Personen mit einem niedrigeren Bildungsstatus schätzen ihren Gesundheitszustand häufiger als 'weniger gut'/'schlecht' ein und Personen mit höherem Bildungsstatus geben häufiger einen 'sehr guten'/'ausgezeichneten' Gesundheitszustand an.

145 Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37; Auch in der Stuttgarter Bürgerbefragung zeigte sich dieser Zusammenhang: Erb, Jodok (2010): Wie die Stuttgarter ihren Gesundheitszustand einschätzen. Ergebnisse der Bürgerumfrage 2009. Statistik und Informationsmanagement. Monatsheft 1/2010. http://service.stuttgart.de/lhs-services/komunis/documents/8553_1_Wie_die_Stuttgarter_2009_ihren_Gesundheitszustand_einschaetzen.PDF [29.09.2014]

146 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Die Jungen Alten – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. hier S. 36

Abb. 31: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsstatus
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.593, p<.001

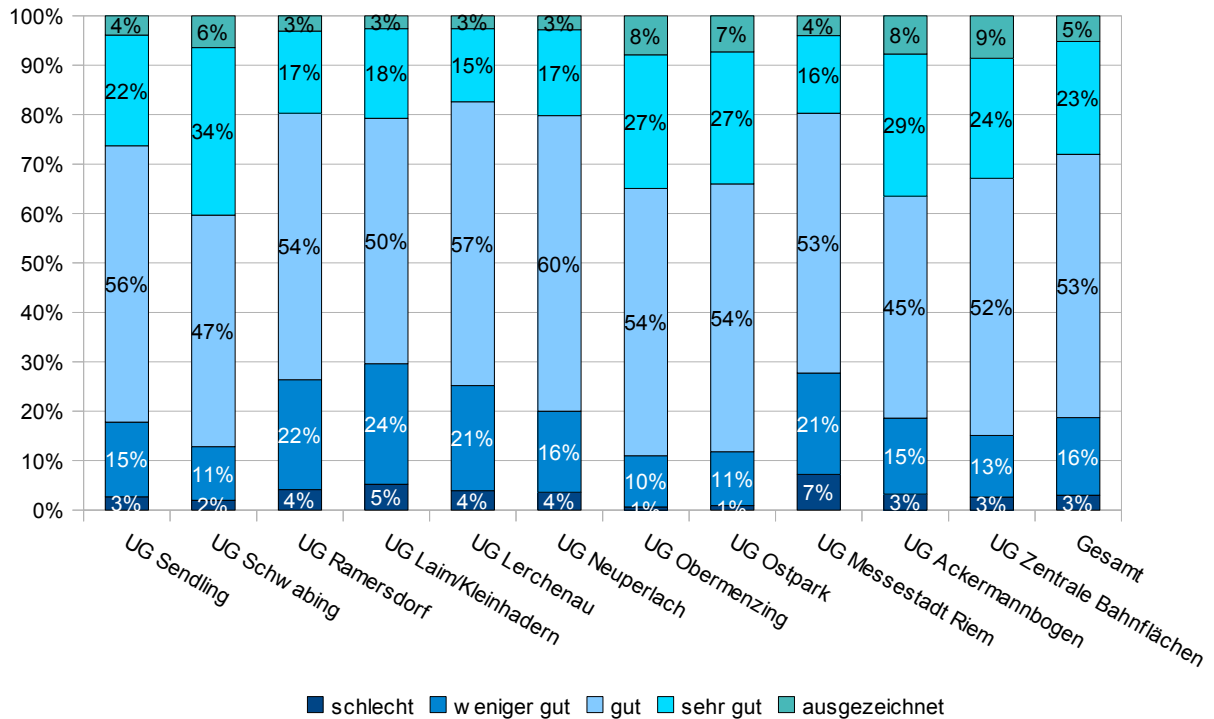
- **Untersuchungsgebiete**

Befragte aus den Untersuchungsgebieten Ostpark und Obermenzing (Einfamilien-/Reihenhausquartiere), aus dem Gründerzeitgebiet Schwabing und aus den beiden Neubaugebieten Zentrale Bahnflächen und Ackermannbogen schätzen ihre Gesundheit am besten ein. Besonders hohe Werte in den Kategorien 'weniger gut' oder 'schlecht' geben Befragte in den 1920/50er Jahre Gebieten Ramersdorf und Laim/Kleinhadern an.

Innerhalb der drei Neubaugebiete sind die Angaben der Befragten im Untersuchungsgebiet Mesststadt Riem auffällig, da die Befragten dort Angaben machen, die eher den Befragten des Quartierstypus der 1920/50er Jahre gleichen.

Die Unterschiede in der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands zwischen den Untersuchungsgebieten spiegeln die bereits aufgezeigten Unterschiede in der sozialen Lage wider.

Abb. 32: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Untersuchungsgebieten
in Prozent

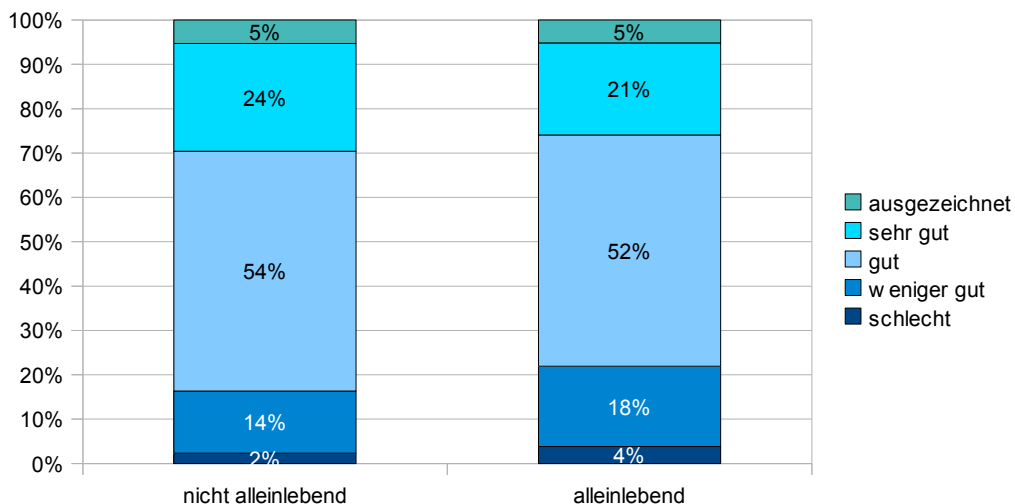


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW
n=2.692, p<.001

- **Alleinlebende**

Es gibt zwar statistisch signifikante, jedoch in der Ausprägung sehr geringe Unterschiede in der Einschätzung des allgemeinen subjektiven Gesundheitszustands von alleinlebenden und nicht-alleinlebenden Befragten. 22% der Alleinlebenden versus 16% der Nicht-Alleinlebenden bezeichnen ihren Gesundheitszustand als 'weniger gut'/'schlecht'.

Abb. 33: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand bei Alleinlebenden
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.653, p<.01

➡ Ein großer Teil der Befragten verfügt über einen mindestens guten subjektiven Gesundheitszustand und damit auch über vielfältige gesundheitliche Ressourcen. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Ressourcen sind jedoch ungleich verteilt. Auch in dieser Studie zeigt sich ein sehr deutlicher sozialer Gradient der gesundheitlichen Ungleichheit¹⁴⁷. Hier gilt es geeignete Maßnahmen zu entwickeln, um den gesundheitlichen Ungleichheiten (z.B. nach Einkommensgruppen, Migrationshintergrund) entgegen zu wirken.
(HF Armut und Gesundheit, HF Spezielle Zielgruppen)

➡ Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können als Beitrag zur Ressourcenstärkung zukünftig älterer Menschen betrachtet werden. Sie können insbesondere für Personen aus den Altersgruppen der jüngeren Befragten (55 bis 64 Jahre), die zum großen Teil noch im Berufsleben stehen, eine passende Angebotsform darstellen.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➡ Da die gesundheitliche Situation von Individuen stark von deren sozialer Lage abhängig ist, sind für die kommunale Gesundheits- und Umweltberichterstattung – mangels kleinräumig zur Verfügung stehender offizieller statistischer Gesundheitsdaten – selbst erhobene Daten zur sozialen und gesundheitlichen Lage auf regionaler Ebene deshalb besonders bedeutsam, wenn es beispielsweise darum geht, für Planungsprozesse geeignete Gebiete differenzierter zu analysieren und dort konkrete Angebote (unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern) zu planen (z.B. Soziale Stadt).
(HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung)

6.3.2 Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand - multivariate Analyse

In den vorangegangenen Kapiteln wurden jeweils die Zusammenhänge einer abhängigen Variable und einer unabhängigen Variable dargestellt (bivariate Analysen). Um den Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen (gleichzeitig) auf die abhängige Variable (hier: subjektiver Gesundheitszustand) zu analysieren, wurde das Verfahren der logistischen Regression gewählt. In diesem statistischen Verfahren wird der Einfluss jeder Variable jeweils unter Kontrolle der anderen Variablen im Modell analysiert. Die Auswahl des Regressionsverfahrens wird dabei vom Skalenniveau der abhängigen Variable bestimmt (in diesem Fall ist die abhängige Variable kategorial bzw. maximal ordinal skaliert → Kap. 9).

Im nachfolgenden Modell wird von der theoretischen Annahme ausgegangen, dass die unabhängigen Variablen einen (kausalen) Einfluss auf die abhängige Variable, d.h. den subjektiven Gesundheitszustand, haben.

Die ursprünglich in fünf Kategorien erfasste abhängige Variable 'subjektiver Gesundheitszustand' wurde zu diesem Zweck in zwei dichotome Kategorien unterteilt, indem die ursprünglichen Kategorien 'schlecht'/'weniger gut' zusammengefasst wurden und ebenso die drei restlichen Kategorien 'gut'/'sehr gut'/'ausgezeichnet'.

Als unabhängige Variablen gingen in das Modell folgende Variablen ein¹⁴⁸:

- Geschlecht (männlich – weiblich)
- Migrationshintergrund (deutsch ohne Migrationshintergrund – deutsch mit Migrationshintergrund – ausländisch)
- subjektive Einschätzung des Freundeskreises (groß – mittel – klein)
- Alter (als metrische Variable)
- Einkommensgruppe (arm – untere Mitte – obere Mitte – reich)
- Lebensform (alleinlebend – nicht-alleinlebend)
- sportliche Aktivität (täglich/mehrmals in der Woche – 1 mal in der Woche/1-3 mal im Monat).

147 Mielck, Andreas (2011): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 510-525

148 Die Variable Bildungsabschluss wurde aufgrund theoretischer Überlegungen und der hohen Korrelation mit dem Einkommen nicht in das Modell aufgenommen. Wird das Modell jedoch unter Einbezug der Bildungsvariable berechnet, dann zeigt sich, dass Personen mit Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss ein um etwa 2,0-fach höheres Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand haben als Personen mit einem Hochschulabschluss FH/Uni. Gleichzeitig wird der Einfluss der Variable Einkommensgruppe etwas geringer und Personen aus armen Haushalten haben dann ein etwa 3,4-fach höheres Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand als Personen aus reichen Haushalten. Die Güte des Modell insgesamt wäre mit einem R^2 (Nagelkerke)=.154 etwas besser als in der hier gewählten Variante ohne Bildungsvariable.

Ergebnis der logistischen Regression

- Die Variablen Geschlecht, Alter (metrisch), Migrationshintergrund und Lebensform (alleinlebend – nicht-alleinlebend) haben in diesem Modell keinen signifikanten Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand.
- Signifikante Zusammenhänge des subjektiven Gesundheitszustands zeigen sich jedoch mit der sozioökonomischen Position des Haushalts (Einkommensgruppe), der subjektiv eingeschätzten Größe des eigenen Freundeskreises sowie der sportlichen Aktivität der Befragten.
- Den größten Einfluss hat die sozioökonomische Lage der Befragten. Personen aus armen Haushalten haben in diesem Modell ein 4,7-fach höheres Risiko als Personen aus reichen Haushalten für einen subjektiv 'schlechten'/'weniger guten' Gesundheitszustand. Personen aus der unteren Mitte ein 2,1-fach höheres Risiko als Personen aus reichen Haushalten.
- Außerdem haben Personen mit einem von ihnen selbst als 'klein' eingeschätzten Freundeskreis ein 1,7-fach höheres Risiko für einen 'schlechten'/'weniger guten' Gesundheitszustand als Personen mit einem großen Freundeskreis.
- Das Risiko für einen 'schlechten'/'weniger guten' Gesundheitszustand ist für Personen, die 'selten'/'nie' Sport treiben, 2,5-mal so hoch wie für Personen die 'täglich'/'mehrmals in der Woche' Sport treiben.

Tab. 5: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand – Ergebnis der logistischen Regression

OR¹⁴⁹: Odds Ratio, 95%-KI: 95%-Konfidenzintervall, Ref.: Referenzgruppe, Fettdruck: signifikantes Ergebnis

	Gesundheitszustand 'schlecht/weniger gut' OR (95%-KI)	p-Wert
Einkommensgruppe		
arm	4,68 (2,70-8,13)	<.001
untere Mitte	2,13 (1,29-3,50)	.003
obere Mitte	1,05 (0,61-1,79)	.868
reich	Ref.	
Größe des Freundeskreises		
klein	1,66 (1,08-2,56)	.021
mittel	1,11 (0,71-1,72)	.648
groß	Ref.	
Sportliche Aktivitäten		
seltener/nie	2,50 (1,88-3,32)	<.001
1 mal in der Woche/1-3 mal im Monat	1,16 (0,86-1,57)	.337
täglich/mehrmals in der Woche	Ref.	
Alter (metrisch)	1,02 (1,00-1,04)	.074
Geschlecht		
weiblich	1,07 (0,83-1,37)	.619
männlich	Ref.	
Migrationshintergrund		
ausländisch	1,20 (0,81-1,78)	.362
deutsch mit Migrationshintergrund	1,50 (0,98-2,30)	.063
deutsch ohne Migrationshintergrund	Ref.	
Lebensform		
alleinlebend	1,25 (0,98-1,61)	.076
nicht-alleinlebend	Ref.	

Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Logistische Regression n=2.090, Nagelkerkes R²=.139, 95%-KI auf zwei Kommastellen gerundet

149 Das Odds Ratio (Chancenverhältnis) gibt ein relatives Risiko an. Das heißt, dass die relative Chance für ein bestimmtes Ereignis für eine Gruppe (im Vergleich zu einer anderen) jeweils um ein x-faches höher, niedriger oder gleich ist.

6.3.3 Körperliche, seelische Gesundheit und Alltagsaktivitäten

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie wurden gebeten, anzugeben, an wie vielen Tagen im letzten Monat ihre körperliche Gesundheit bzw. seelische Gesundheit nicht gut war und an wie vielen Tagen sie Einschränkungen bei ihren Alltagsaktivitäten hatten. Verwendet wurde das 'Healthy Days Core Module' HRQOL-4¹⁵⁰.

Jeweils 44% der Befragten gaben für den letzten Monat an, an keinem Tag wegen körperlicher oder seelischer Beschwerden beeinträchtigt gewesen zu sein. 70% gaben an, dass sie keine Einschränkung in ihren Alltagsaktivitäten hatten. 6,3% der Befragten hatten an allen 30 Tagen des letzten Monats körperliche Beschwerden, 2,8% an allen 30 Tagen seelische Beschwerden und 4,8% an allen 30 Tagen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten.

Der Mittelwert (arithmetisches Mittel) liegt mit 4,85 bei den körperlichen Beschwerden etwas höher als bei den seelischen (4,30) und den Angaben zur Anzahl der Tage mit Einschränkungen der Alltagsaktivitäten (3,26).

Tab. 6: Tage mit körperlichen oder seelischen Beschwerden oder mit Einschränkungen der Alltagsaktivitäten im letzten Monat

arithmetischer Mittelwert, Anteil in Prozent

	n	arith. Mittelwert	Anteil der Befragten ohne Tage mit Beschwerden	Anteil der Befragten mit 30 Beschwerdetagen
körperliche Gesundheit	2.434	4,85	43,5%	6,3%
seelische Gesundheit	2.401	4,30	44,3%	2,8%
Einschränkung Alltagsaktivitäten	2.321	3,26	69,7%	4,8%

Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13

Hinweis zur hier gewählten grafischen Darstellungsweise der nachfolgenden Mittelwertvergleiche: In der nachfolgenden Darstellung von Gruppenunterschieden hinsichtlich der Frage nach der Anzahl von Tagen mit spezifischen Beeinträchtigungen im letzten Monat wurde zur grafischen Darstellung von Mittelwertvergleichen verschiedener Gruppen (z.B. nach Geschlecht, Migrationshintergrund) ein Liniendiagramm verwendet. Diese eher unkonventionelle Vorgehensweise wurde bewusst gewählt, um die Unterschiede zwischen den abgebildeten Gruppen übersichtlich und optisch besser nachvollziehbar darstellen zu können. Die Linien dienen einzig und allein als optisches Hilfsmittel. Es soll damit kein zeitlicher oder inhaltlicher Verlauf dargestellt werden.

- Geschlecht

Obwohl sich bei der allgemeinen Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben haben, finden sich bei einem Vergleich der Mittelwerte in dieser Fragestellung zwischen den Geschlechtern für alle drei Aspekte signifikante Unterschiede. Frauen geben im Durchschnitt etwas mehr Tage mit körperlichen Beschwerden, mit seelischen Beschwerden und mehr Tage mit Beeinträchtigungen im Alltag an als Männer.

150 Healthy Days Core Module HRQOL-4, http://www.cdc.gov/hrqol/hrqol14_measure.htm [19.05.2014];

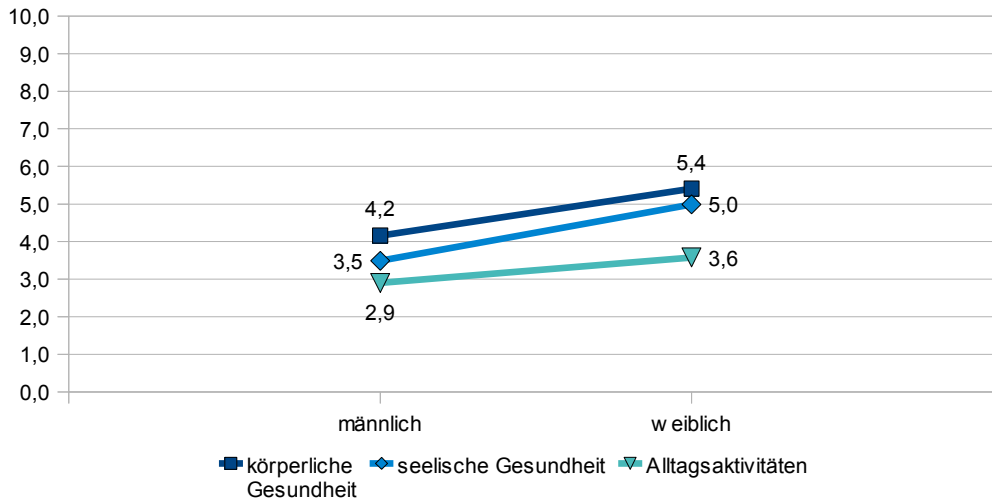
Fragen: Wenn Sie jetzt einmal an ihre körperliche Gesundheit denken: An wie vielen Tagen im letzten Monat war Ihre körperliche Gesundheit nicht gut (z.B. aufgrund von Krankheiten oder Unfällen)?

Wenn Sie jetzt einmal an Ihre seelische Gesundheit denken: An wie vielen Tagen im letzten Monat war Ihre seelische Gesundheit nicht gut (z.B. Stress, Depressionen, Stimmung allgemein)?

Wenn Sie jetzt einmal an Ihre Alltagsaktivitäten denken: An wie vielen Tagen im letzten Monat hatten Sie Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (z.B. sich selbst versorgen, arbeiten gehen, sich erholen)?

Die Befragten sollten jeweils die genaue Anzahl der Tage angeben.

Abb. 34: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Geschlecht
arithmetischer Mittelwert



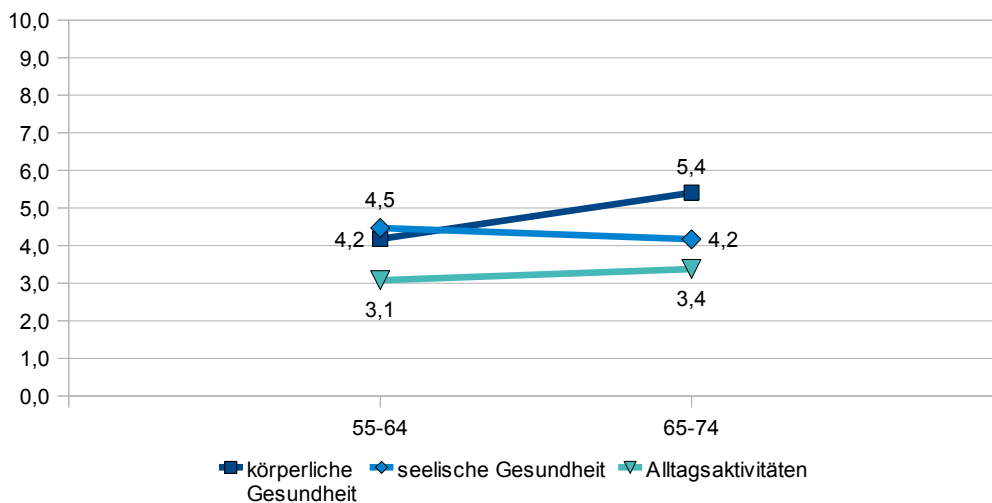
Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
T-Tests, körperlich n=1.083 / 1.337, p<.001, seelisch n=1.701 / 1.318, p<.001, Alltagsaktivitäten n=1.043 / 1.266, p<.05

- Altersgruppen

Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der seelischen Beschwerden und der Alltagsbeeinträchtigungen.

Erwartungsgemäß geben Personen aus der älteren Altersgruppe jedoch im Durchschnitt signifikant mehr Tage mit körperlichen Beschwerden (MW=5,4) an als Personen aus der jüngeren Altersgruppe (MW 4,2).

Abb. 35: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Altersgruppen
arithmetischer Mittelwert



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
T-Tests, körperlich n=1.080 / 1.338, p<.001, seelisch und Alltagsaktivitäten jeweils nicht sig.

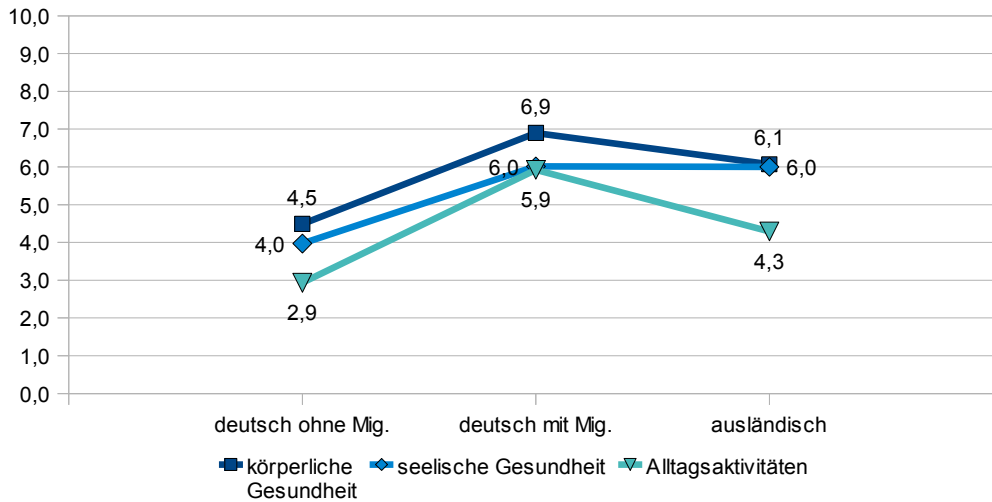
- Migrationshintergrund

Bei allen drei Fragestellungen ergeben sich grundsätzlich signifikante Unterschiede, die im Detail jedoch differenziert betrachtet werden müssen.

Bei den ersten beiden Fragestellungen (körperliche und seelische Beeinträchtigungen) unterscheiden sich Deutsche ohne Migrationshintergrund jeweils signifikant von Deutschen mit Migrationshintergrund und von Ausländerinnen und Ausländern. Die Unterschiede zwischen Deutschen mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländer sind für diese beiden Aspekte nicht signifikant.

Bei der Frage nach der Einschränkung der Alltagsaktivitäten ist nur der Unterschied zwischen Deutschen ohne Migrationshintergrund (MW=2,9) und Deutschen mit Migrationshintergrund (MW=5,9) signifikant. Die Unterschiede zwischen Deutschen ohne Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländern sind ebenso wenig signifikant wie die Unterschiede zwischen Deutschen mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländern.

Abb. 36: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Migrationshintergrund
arithmetischer Mittelwert

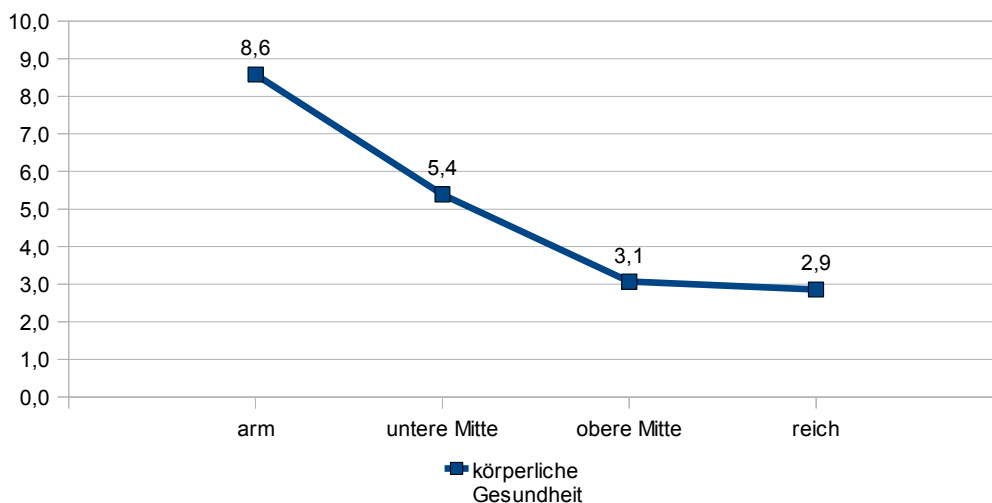


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
einfaktorielle Varianzanalysen, Welch-Tests $p < .001$, körperlich $n=1.947 / 152 / 216$, seelisch $n=1.920 / 151 / 212$, Alltagsaktivitäten
 $n=1.861 / 145 / 206$, paarweise post-hoc Tests Tamhane

- Einkommensgruppen

Bei der Frage nach körperlichen Beeinträchtigungen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen – mit Ausnahme des Vergleichs zwischen Haushalten der oberen Mitte und der reichen Haushalte. Während Personen aus armen Haushalten im letzten Monat im Durchschnitt 8,6 Tage mit körperlichen Beschwerden angeben, sind es bei Personen aus Haushalten der unteren Mitte 5,4 und bei Personen aus Haushalten der oberen Mitte 3,1 bzw. 2,9 bei reichen Haushalten.

Abb. 37: Tage mit körperlichen Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Einkommensgruppen
arithmetischer Mittelwert

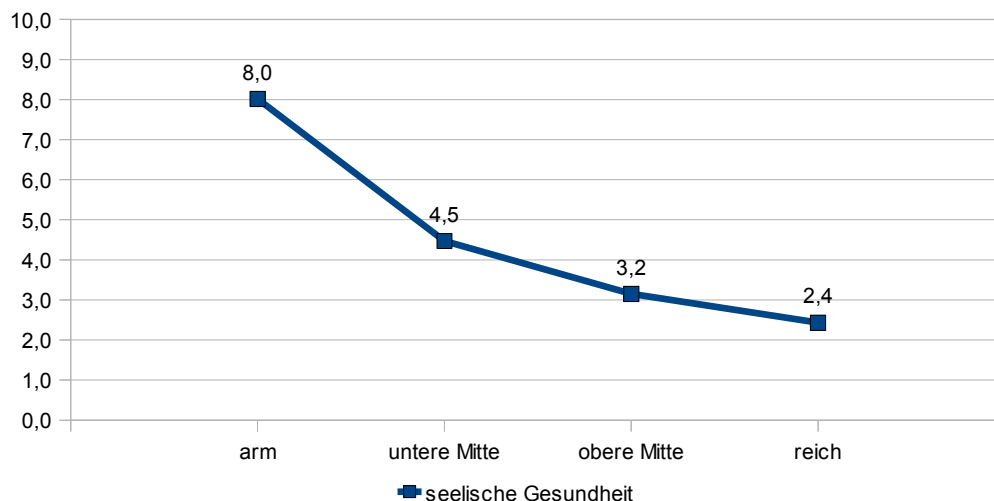


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
einfaktorielle Varianzanalyse, $n=241 / 957 / 654 / 234$, Welch-Test $p < .001$, paarweise post-hoc Tests Tamhane

Auch bei der Frage nach seelischen Beeinträchtigungen ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen – mit Ausnahme des Vergleichs zwischen Haushalten der oberen Mitte und der reichen Haushalte. Während Personen aus armen Haushalten im Durchschnitt 8,0 Tage im letzten Monat mit seelischen Beschwerden angeben, sind es bei Personen aus Haushalten der unteren Mitte 4,5 und bei Personen aus Haushalten der oberen Mitte 3,2 bzw. 2,4 bei reichen Haushalten.

Abb. 38: Tage mit seelischen Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Einkommensgruppen

arithmetischer Mittelwert

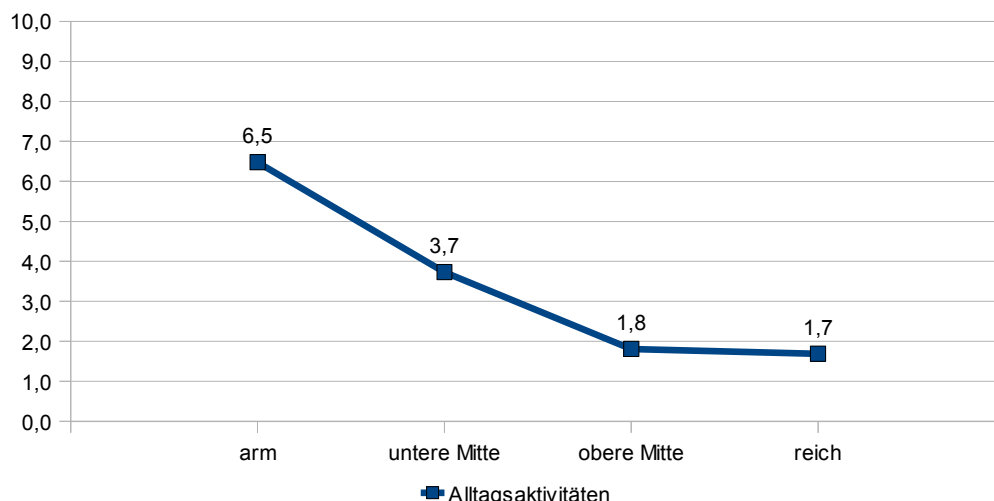


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 einfaktorielle Varianzanalyse, n=243 / 949 / 647 / 233, Welch-Test p<.001, paarweise post-hoc Tests Tamhane

Signifikante Unterschiede nach Einkommensgruppen zeigen sich auch bezüglich der Tage mit Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten – erneut mit Ausnahme des direkten Vergleichs zwischen Haushalten der oberen Mitte und den reichen Haushalten. Personen aus armen Haushalten sind in dieser Hinsicht ebenfalls deutlich stärker belastet.

Abb. 39: Tage mit Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten im letzten Monat nach Einkommensgruppen

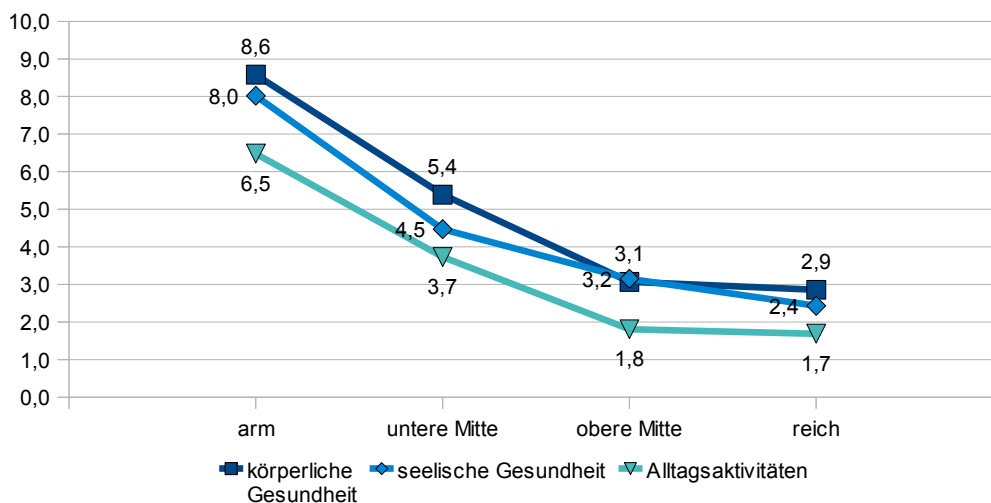
arithmetischer Mittelwert



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 einfaktorielle Varianzanalyse, n=229 / 912 / 630 / 232, Welch-Test p<.001, paarweise post-hoc Tests Tamhane

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht noch einmal den Zusammenhang von Einkommenssituation und Beeinträchtigungen der seelischen, körperlichen Gesundheit sowie der Alltagsaktivitäten über alle drei Fragestellungen hinweg.

Abb. 40: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Einkommensgruppen
arithmetischer Mittelwert



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
einfaktorielle Varianzanalysen, körperlich n=241 / 957 / 654 / 234, seelisch n=243 / 949 / 647 / 233, Alltagsaktivitäten n=229 / 912 / 630 / 232, Welch-Tests $p < .001$, paarweise post-hoc Tests Tamhane

- **Bildungsstatus¹⁵¹**

Bei allen drei Fragestellungen (körperliche Gesundheit, seelische Gesundheit und Alltagsaktivitäten) ergeben sich signifikante Unterschiede nach Bildungsstatus. Bei allen Items geben Personen mit Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss im Durchschnitt deutlich mehr Tage mit Beschwerden an als Personen mit Hochschulabschluss, Abitur oder mittlerer Reife. Die Unterschiede von Personen mit Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss gegenüber den anderen Bildungsabschlüssen sind in allen drei Aspekten signifikant. Andere Unterschiede, etwa zwischen Personen mit Hochschulabschluss und Personen mit Abitur sind nicht für alle drei Aspekte signifikant.

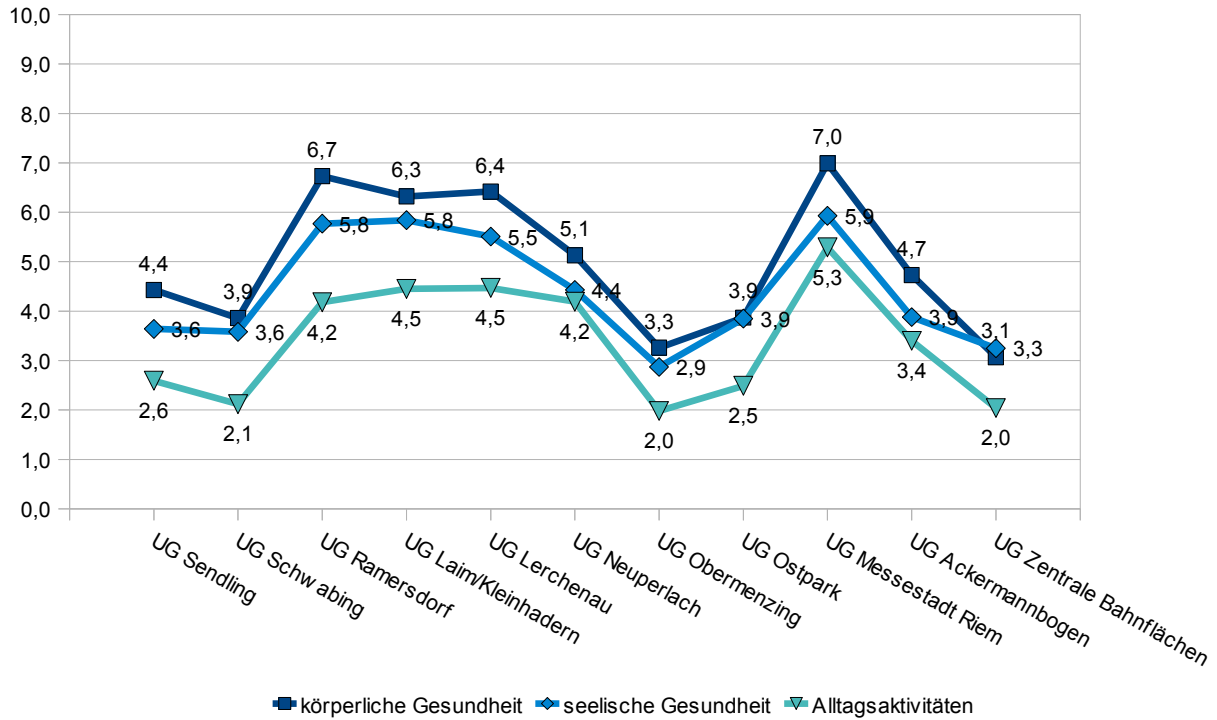
- **Untersuchungsgebiete**

Für die elf Untersuchungsgebiete lassen sich bei den drei Fragestellungen grundsätzlich signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgebieten nachweisen. Allerdings ist nicht jeder einzelne Unterschied zwischen den Untersuchungsgebieten signifikant. Anhand der nachfolgenden Abbildung lassen sich die Quartiere mit vergleichsweise besonders hohen subjektiven Belastungsangaben der Befragten identifizieren.

Die Gebiete mit besonders hohen Belastungen, wie etwa Ramersdorf, Laim/Kleinhadern, die Lerchenau und die Messestadt Riem entsprechen weitgehend den Gebieten mit besonders hohen Anteilen armer Haushalte.

¹⁵¹ einfaktorielle Varianzanalysen, n=659 bis 726, Welch-Tests $p < .001$, paarweise post-hoc Tests Tamhane

Abb. 41: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Untersuchungsgebieten
arithmetischer Mittelwert

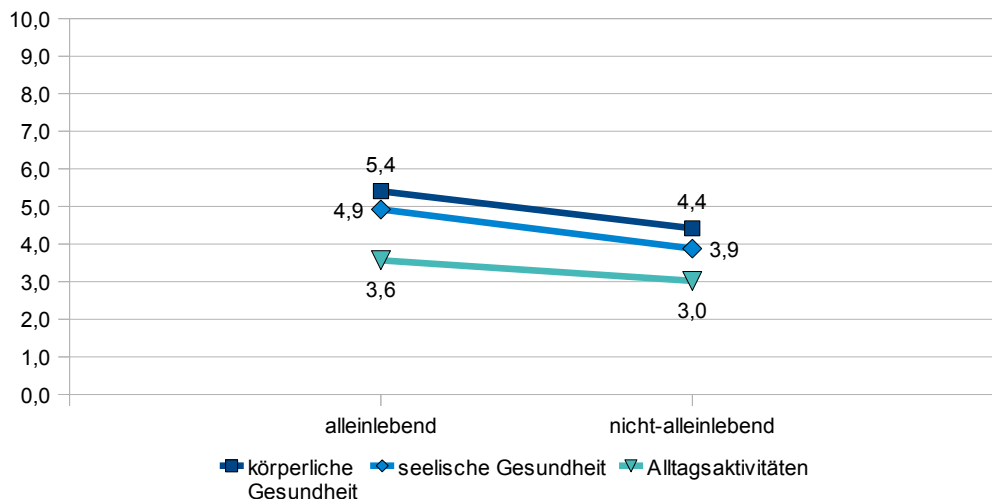


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
einfaktorielle Varianzanalysen, Welch-Tests $p < .001$, n zwischen 136 bis 321, paarweise post-hoc Tests Tamhane

- **Alleinlebende**

Alleinlebende geben sowohl mehr Tage mit körperlichen als auch seelischen Beeinträchtigungen an als Nicht-Alleinlebende. Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten.

Abb. 42: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat bei Alleinlebenden
arithmetischer Mittelwert



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
T-Tests, körperlich $n=972 / 1.430$, $p < .01$, seelisch $n=956 / 1.417$, $p < .001$, Alltagsaktivitäten nicht sig.

➡ Bei der Einschätzung des allgemeinen subjektiven Gesundheitszustands ergeben sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht. Anders ist dies bei der Frage nach der Anzahl von Tagen mit körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen sowie Beeinträchtigungen im Alltag im letzten Monat, wonach Frauen jeweils etwas häufiger Beeinträchtigungen angeben. Diese Ergebnisse sind generell bei der Planung von Angeboten, insbesondere aber bei der Planung geschlechtsspezifischer Angebote zu beachten.
(HF Spezielle Zielgruppen)

➡ Das Ergebnis, wonach Deutsche mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländer in der Regel deutlich höhere Beeinträchtigungen angeben, sollte bei der Planung von Angeboten für diese Zielgruppe bzw. bei der interkulturellen Öffnung von Angeboten beachtet werden.
(HF Spezielle Zielgruppen)

➡ Die teilweise deutlichen Unterschiede in den Untersuchungsgebieten liefern eine wichtige Planungsgrundlage für die Ausrichtung und Steuerung von Angeboten der Gesundheitsförderung. In prospektiver und planerischer Hinsicht sind dabei vor allem die Einschränkungen bei den Alltagsaktivitäten von hoher Relevanz, da Selbständigkeit in höherem Alter vor allem von den vorhandenen Alltagskompetenzen abhängig ist. Letzteres ist für die Gruppe der Alleinlebenden besonders bedeutsam.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

6.3.4 Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten

Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen, Reparaturen) durch körperliche oder psychische Beschwerden sind ein wichtiger Faktor bei der Frage, wie gut es Seniorinnen oder Senioren gelingt bzw. gelingen kann, in ihrer eigenen Wohnung selbstständig alt zu werden. Diese Arten von Beeinträchtigungen haben direkten Einfluss auf die Gesundheit, wenn beispielsweise eine ausgewogene Ernährung nicht mehr sichergestellt ist, weil die Betroffenen sich nicht regelmäßig frisches Obst oder Gemüse besorgen können oder wenn die Unfall-/Sturzgefahr bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, etwa beim Treppen steigen oder Fenster putzen, sehr hoch ist.

Gleichzeitig stellen diese Bereiche Ansatzpunkte dar, die durch geeignete zugehende Angebote frühzeitig erfasst werden können und denen durch geeignete adäquate Maßnahmen (z.B. Sturzprophylaxe) oder unterstützende Dienste wirksam begegnet werden kann.

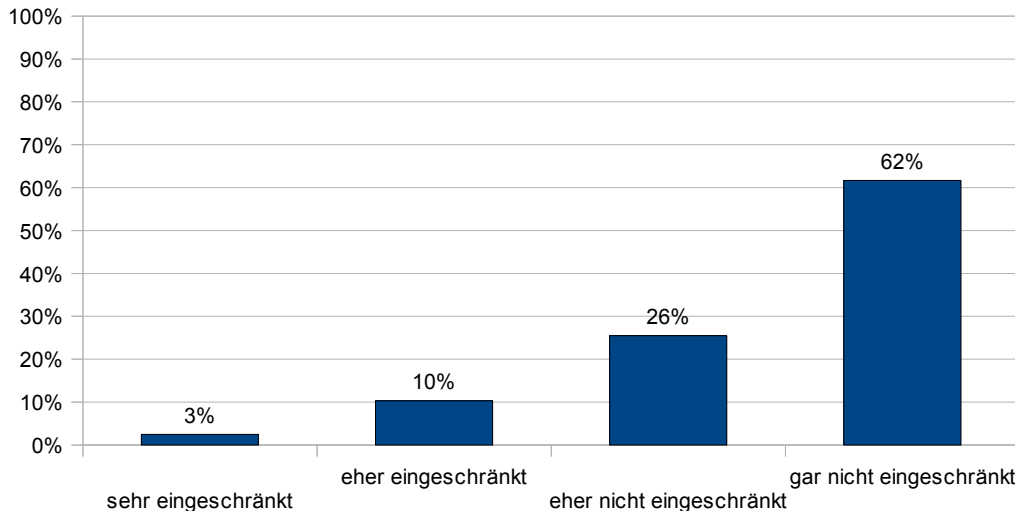
Der Wunsch nach mehr Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich wurde beispielsweise auch im Rahmen einer Interviewstudie der Charité Berlin mit älteren Migrantinnen und Migranten festgestellt¹⁵².

Von den Befragten der Studie 'Älter werden in München' geben 3% an, bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten 'sehr eingeschränkt' zu sein, 10% sind 'eher eingeschränkt', weitere 26% 'eher nicht eingeschränkt' und mehr als 3/5 der Befragten (62%) sind 'gar nicht eingeschränkt'¹⁵³.

152 Pflegesituation von älteren türkeistämmigen Migranten und Migrantinnen in Berlin. Kerninformation zur ZQP Studie. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment04.pdf> [27.11.2014]

153 Frage: Sind Sie durch körperliche oder psychische Beschwerden bei Ihren hauswirtschaftlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen, kleinere Reparaturen)?
Antwortkategorien: sehr eingeschränkt – eher eingeschränkt – eher nicht eingeschränkt – gar nicht eingeschränkt

Abb. 43: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.706

Statistisch signifikante Unterschiede liegen bei den Variablen Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Untersuchungsgebieten und für Alleinlebende vor¹⁵⁴.

- Geschlecht¹⁵⁵

Die befragten Frauen geben etwas häufiger (15%) als Männer (10%) an, Einschränkungen ('sehr'/'eher eingeschränkt') bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zu haben.

- Altersgruppen¹⁵⁶

Erwartungsgemäß weisen Befragte der jüngeren Altersgruppe weniger Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auf. Allerdings ist bemerkenswert, dass schon in dieser Altersgruppe mehr als ein Zehntel (11%) 'sehr'/'eher eingeschränkt' ist. 70% der Jüngeren geben an, keinerlei Einschränkungen ('gar nicht eingeschränkt') zu haben. Bei den Älteren sind es mit 56% weniger, die 'gar keine' Einschränkungen verspüren. Dagegen geben 14% der Älteren an 'sehr'/'eher eingeschränkt' zu sein.

- Migrationshintergrund¹⁵⁷

Ausländerinnen und Ausländer (20%) und Deutsche mit Migrationshintergrund (21%) geben häufiger an, 'sehr'/'eher eingeschränkt' zu sein als Deutsche ohne Migrationshintergrund (11%).

154 Für die Auswertungen nach Unterschieden auf Basis der Standardvariablen wurden die Kategorien 'sehr eingeschränkt' und 'eher eingeschränkt' zusammengefasst.

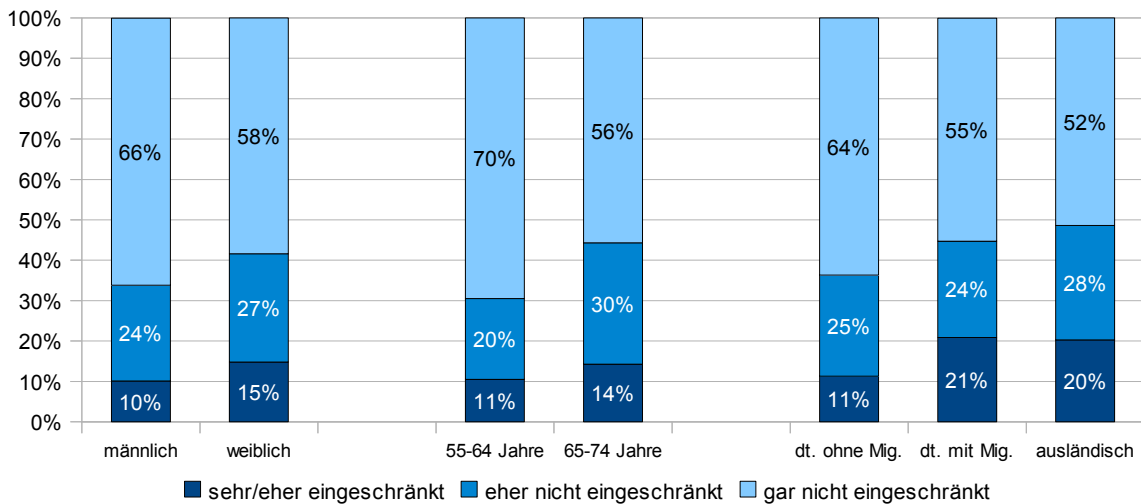
155 Geschlecht n=2.689, p<.001

156 Altersgruppen n=2.679, p<.001

157 Migrationshintergrund n=2.563, p<.001

Abb. 44: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 Geschlecht: n=2.689, p<.001; Altersgruppen: n=2.679, p<.001; Migrationshintergrund: n=2.563, p<.001

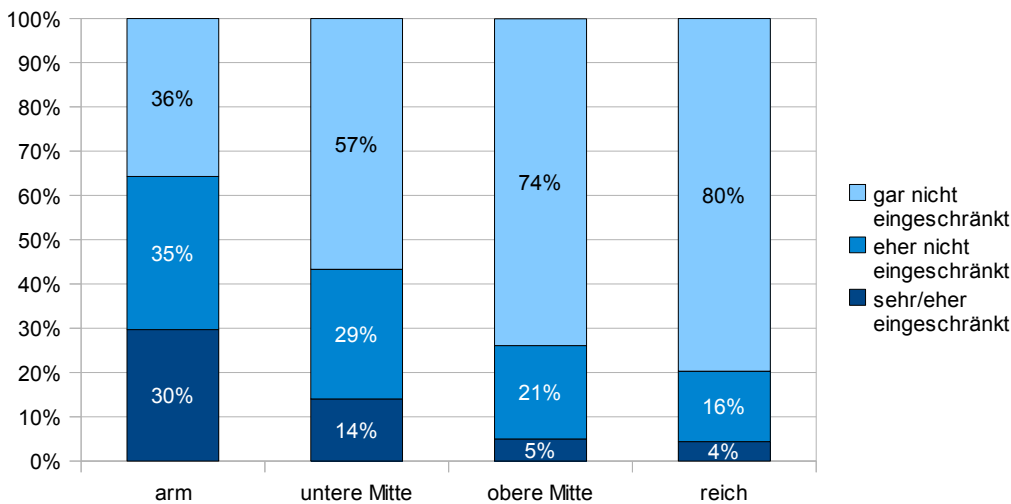
- Einkommensgruppen

Ein deutlicher Zusammenhang ergibt sich für die Einkommensgruppen der Haushalte. In den armen Haushalten sind etwa 30% der Befragten bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten 'sehr'/'eher eingeschränkt', in den reichen Haushalten etwa 4%.

Dies ist umso prekärer, da Personen in armen Haushalten in der Regel nicht in der Lage sind, diese Tätigkeiten (z.B. Putzen, kleinere Reparaturen) gegen Bezahlung von anderen erledigen zu lassen.

Abb. 45: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nach Einkommensgruppen

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 n=2.307, p<.001

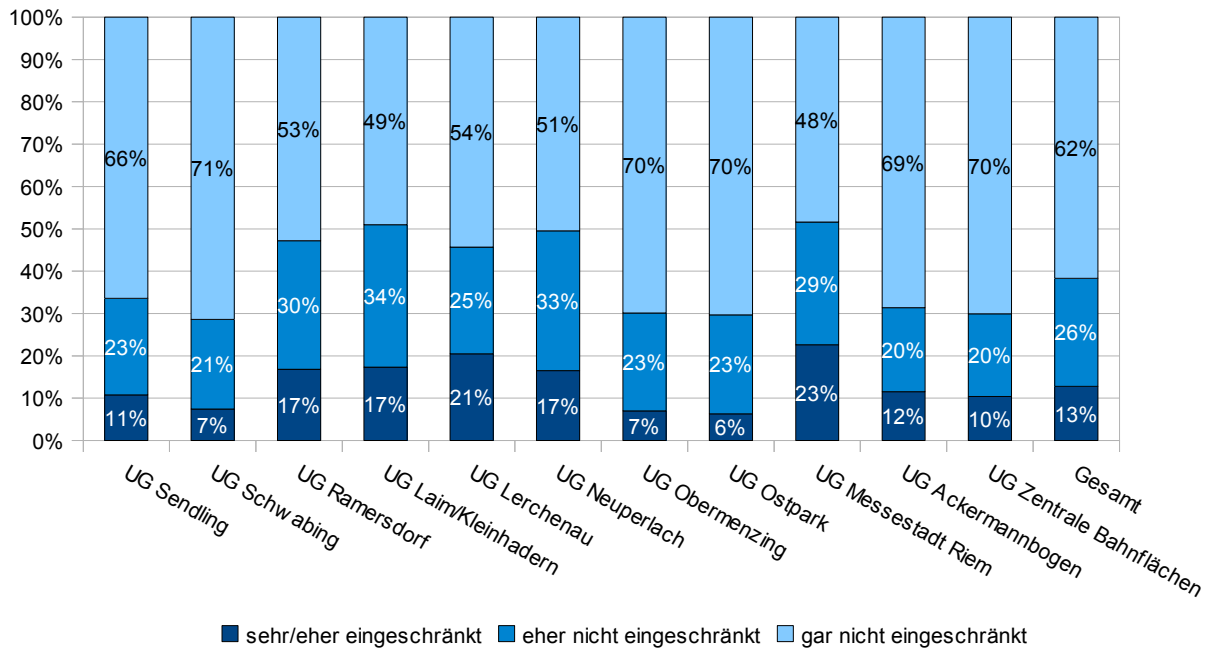
- Untersuchungsgebiete

Bewohnerinnen und Bewohner in Gebieten der Gründerzeit und der Einzel- und Reihenhäuser geben signifikant weniger Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten an als Bewohnerinnen und Bewohner in Großwohnsiedlungen und Quartieren der 1920/50er Jahre. Dazwischen liegen die Neubaugebiete. So geben etwa 21% der Befragten aus der Lerchenau und jeweils 17% aus Laim/Kleinhadern, Neuperlach und Ramersdorf an, 'sehr'/'eher eingeschränkt' zu sein, gegenüber 6% im Ostpark bzw. jeweils 7% in Obermenzing oder Schwabing.

Innerhalb eines Quartiertypus unterscheidet sich die Messestadt Riem abermals von den anderen beiden Neubaugebieten. In der Messestadt Riem geben 23% an, dass sie 'sehr'/'eher eingeschränkt' sind, am Ackermannbogen hingegen 12% und in den Zentralen Bahnflächen 10%.

Abb. 46: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nach Untersuchungsgebieten

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.706, p<.001

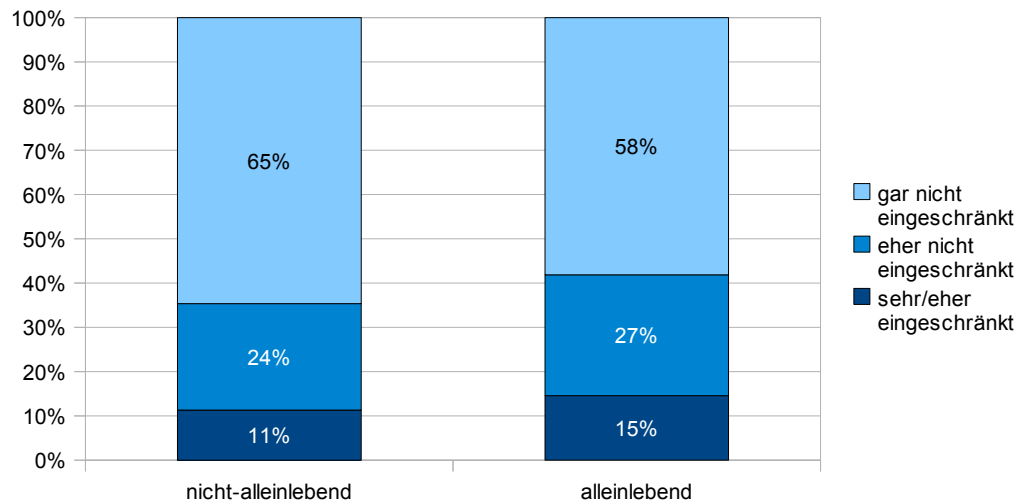
- Alleinlebende

Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sind dann besonders relevant, wenn die eigenen Defizite nicht durch eine andere Person ausgeglichen werden können. Es ist anzunehmen, dass ältere Menschen, die alleine leben, weniger Möglichkeiten haben, bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten schnell und unmittelbar auf die Unterstützung einer zweiten Person zurückzugreifen. Je nach Tätigkeit ist die Gefahr von Unfällen (z.B. beim Fenster putzen) oder körperlichen Beschwerden (z.B. beim Heben schwerer Gegenstände ohne Unterstützung) dadurch höher. Die Situation von alleinlebenden Seniorinnen und Senioren ist deshalb in diesem Zusammenhang von hoher Relevanz.

Die vorliegenden Befragungsdaten zeigen, dass Alleinlebende bei der Ausführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten etwas häufiger 'sehr'/'eher eingeschränkt' sind als Personen, die nicht alleine leben.

Differenziert nach Geschlechtern unterschieden, ergeben sich jedoch keine Unterschiede zwischen Alleinlebenden und Nicht-Alleinlebenden.

Abb. 47: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bei Alleinlebenden
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.666, $p < .01$

➡ Viele der befragten (zukünftig) Älteren verfügen bezüglich ihrer alltäglichen Aufgaben im hauswirtschaftlichen Bereich über große Ressourcen bzw. sind in dieser Hinsicht nicht eingeschränkt. Das gilt aber nicht für alle. Besonders hohe Einschränkungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zeigen sich bei Deutschen mit Migrationshintergrund bzw. Ausländerinnen und Ausländern. Alleinlebende sind in diesem Zusammenhang insofern als besonders vulnerable Gruppe anzusehen, da sie im Alltag nicht rasch auf die Unterstützung einer anderen Person zurückgreifen können.

Für diese Gruppen erscheinen deshalb zugehende und niederschwellige Angebote besonders wichtig, um Unterstützung und präventive Angebote (z.B. Sturzprophylaxe) anbieten oder organisieren zu können.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Da die Einschränkungen bei Personen aus armen Haushalten besonders hoch sind, ist das Vorhandensein von erschwinglichen hauswirtschaftlichen Unterstützungsleistungen für Seniorinnen und Senioren besonders wichtig. Dies wäre ein wichtiger Beitrag zur Prävention und zur Vermeidung von individuellen und gesellschaftlichen Folgekosten, wenn dadurch Unfälle, dauerhafte körperliche Beschwerden oder Pflegebedürftigkeit vermieden oder verzögert werden können.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

6.3.5 Einschränkungen bei spezifischen Tätigkeiten

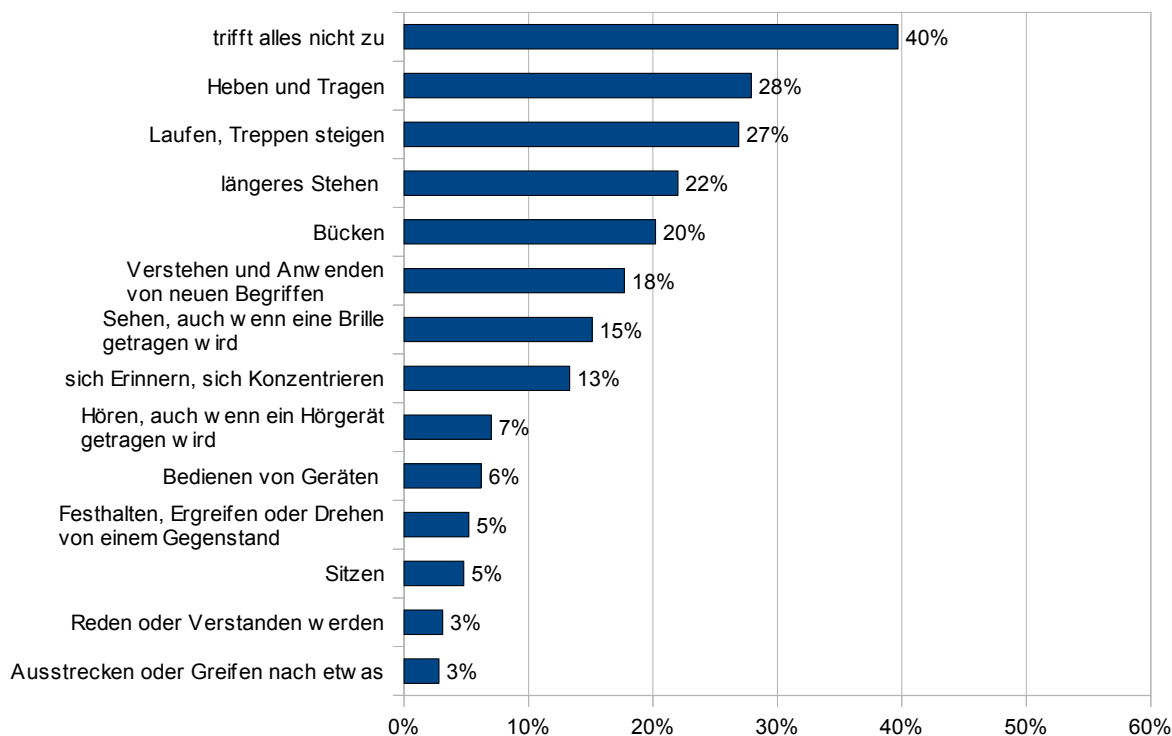
Selbständigkeit im Alter ist u.a. davon abhängig, inwieweit körperliche oder geistige Fähigkeiten Alltagsaktivitäten beeinträchtigen. Um Möglichkeiten einer selbständigen Lebensführung besser abschätzen zu können, wurden einige Tätigkeiten spezifisch erfragt. Die Befragten wurden deshalb gebeten, differenziert anzugeben, bei welchen Tätigkeiten (z.B. Treppen steigen, Bücken, Bedienen von Geräten) sie Schwierigkeiten haben¹⁵⁸.

40% der Befragten geben an, bei keiner der aufgezählten Tätigkeiten Schwierigkeiten zu verspüren ('trifft alles nicht zu'). Am häufigsten werden Probleme im körperlichen Bereich genannt, z.B. beim Heben/Tragen (28%), beim Laufen/Treppen steigen (27%), beim längeren Stehen (22%) und Bücken (20%). Einschränkungen im Bereich der geistigen Fähigkeiten oder der Sinnesorgane folgen, wobei 18% der Befragten Schwierigkeiten beim Verstehen und Anwenden von Begriffen äußern und 13% beim Erinnern und Konzentrieren.

158 Frage: Haben Sie Schwierigkeiten bei einer von den folgenden Tätigkeiten?
Mehrfachantwort

Abb. 48: Einschränkungen bei spezifischen Tätigkeiten

in Prozent, Mehrfachantwort



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.708

Da die Beeinträchtigungen bei alltäglichen Bewegungen, Aufgaben und Aktivitäten im Hinblick auf präventive oder gesundheitsförderliche Aspekte und Maßnahmen besonders relevant sind, wurden die Unterschiede auf Basis der Standardvariablen jeweils einzeln auf das Vorliegen von signifikanten Unterschieden berechnet. Die Darstellung in den nachfolgenden Diagrammen beruht jedoch auf der Auswertung als Mehrfachantwort.

- Geschlecht¹⁵⁹

Es gibt teilweise signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, allerdings sind diese oftmals eher gering.

Frauen geben etwas häufiger Probleme beim Sehen, Laufen/Treppen steigen, Sitzen, Festhalten, längerem Stehen, Heben/Tragen an.

Männer geben etwas häufiger Probleme beim Erinnern und Reden an, geben aber auch etwas häufiger an, dass alles nicht zutreffend sei, d.h. sie in keinem Bereich Probleme haben.

Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich beim Hören, Ausstrecken, Bücken, Bedienen von Geräten und Verstehen.

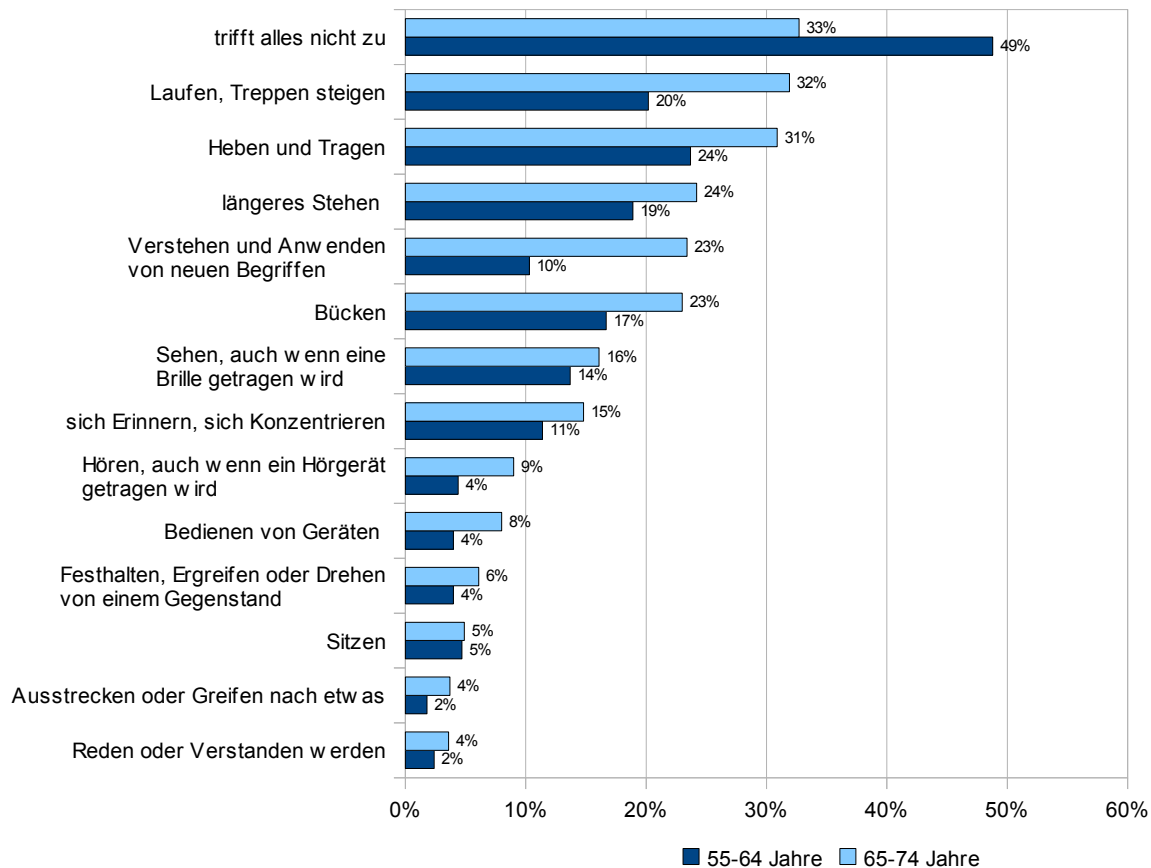
- Altersgruppen¹⁶⁰

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Regel signifikant, außer bei den Kategorien Sehen, Sitzen und Reden. Jeweils fast ein Drittel der Älteren hat Schwierigkeiten beim Laufen/Treppensteigen oder Heben/Tragen. Beides sind Tätigkeitsbereiche, die bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben, also bei der Alltagsbewältigung, eine große Rolle spielen.

159 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Tätigkeiten weisen jeweils einen Signifikanzwert von mindestens $p < .05$ auf.

160 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Tätigkeiten weisen jeweils einen Signifikanzwert von mindestens $p < .05$ auf.

Abb. 49: Einschränkungen bei spezifischen Tätigkeiten nach Altersgruppen
in Prozent, Mehrfachantwort



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
55-64 Jahre n=1.171, 65-74 Jahre n=1.507, Gesamt n=2.678

- **Migrationshintergrund¹⁶¹**

Teilweise ergeben sich signifikante Unterschiede nach Migrationshintergrund, wonach in der Regel Deutsche ohne Migrationshintergrund weniger Einschränkungen angeben. Dies gilt für die Kategorien Sehen, Laufen/Treppen steigen, Festhalten von Gegenständen, längeres Stehen, Heben/Tragen, Bücken und Verstehen. Deutsche ohne Migrationshintergrund geben häufiger als Deutsche mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländer an, in keinen Bereichen Probleme zu haben.

Die Unterschiede sind nicht signifikant in den Kategorien Hören, Sitzen, Erinnern, Reden, Ausstrecken und Bedienen von Geräten.

- **Einkommensgruppen¹⁶²**

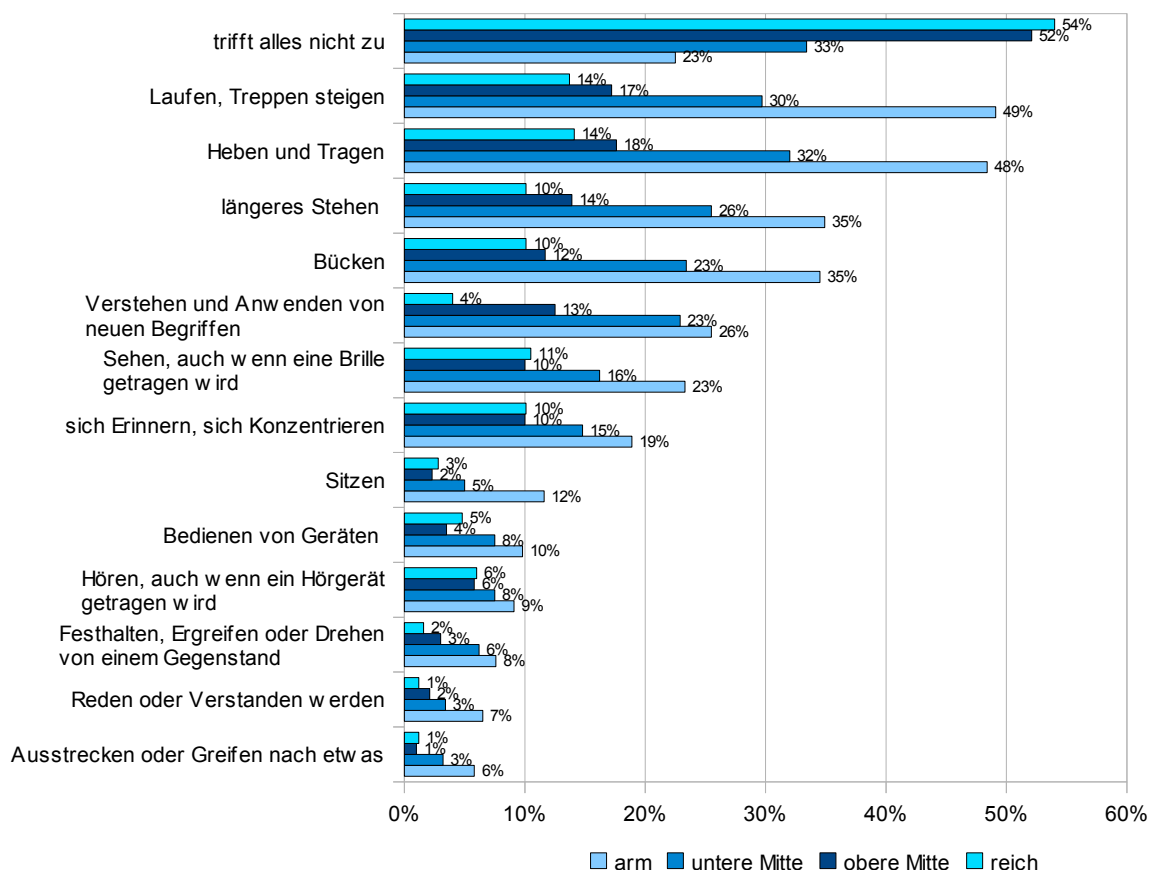
Die gesundheitlichen Einschränkungen bei den abgefragten Tätigkeiten von Personen aus armen Haushalten sind deutlich höher als in den Vergleichsgruppen. Diese Unterschiede sind bei allen Tätigkeiten (bis auf das Hören) auch statistisch signifikant.

Besonders hohe Belastungen der armen Haushalte zeigen sich beispielsweise beim Laufen/Treppen steigen, Heben/Tragen, längerem Stehen und Bücken. Der Anteil von Befragten in armen Haushalten liegt hier teilweise um bis zu dreimal höher als in den reichen Haushalten. Die Hälfte der Personen in armen Haushalten gibt an, Probleme beim Laufen/Treppen steigen sowie Heben/Tragen zu haben.

161 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Tätigkeiten weisen jeweils einen Signifikanzwert von mindestens $p < .05$ auf.

162 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Tätigkeiten weisen jeweils einen Signifikanzwert von mindestens $p < .05$ auf.

Abb. 50: Einschränkungen bei spezifischen Tätigkeiten nach Einkommensgruppen
in Prozent, Mehrfachantwort



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
arm n=275, untere Mitte n=1.067, obere Mitte n=710, reich n=248, Gesamt n=2.300

- Untersuchungsgebiete¹⁶³

Zwischen den Untersuchungsgebieten gibt es teilweise statistisch signifikante Unterschiede, die eine Gesamttendenz erkennen lassen. Die Befragten in den Quartieren der 1920/50er Jahre sowie in den Großwohnsiedlungen geben deutlich mehr Einschränkungen an als Befragte in Gebieten der Gründerzeit, der Einzel-/Reihenhausgebiete sowie der Neubaugebiete. Hinzu kommt wiederum die Sonderstellung der Messestadt Riem, die innerhalb der Neubaugebiete deutlich abweicht und häufig ähnliche Werte aufweist wie die Befragten in den Untersuchungsgebieten der 1920/50er Jahren und den Großwohnsiedlungen.

- Alleinlebende¹⁶⁴

Zwischen Alleinlebenden und Nicht-Aleinlebenden gibt es ebenfalls teilweise signifikante Unterschiede.

Alleinlebende geben jeweils häufiger Probleme an beim Sehen, Laufen/Treppen steigen, Sitzen, längerem Stehen, Heben/Tragen, Bücken.

Fortbewegung außer Hause

Etwa 5,5% der Befragten (entspricht etwa 150 Personen) geben darüber hinaus an, zur Fortbewegung außer Hause 'immer'/'manchmal' ein Hilfsmittel (wie etwa Rollstuhl, Rollator oder Gehstock) zu benötigen¹⁶⁵.

163 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Tätigkeiten weisen jeweils einen Signifikanzwert von mindestens $p < .05$ auf.

164 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Tätigkeiten weisen jeweils einen Signifikanzwert von mindestens $p < .05$ auf

165 Frage: Benötigen Sie zur Fortbewegung außer Hauses einen Rollstuhl, einen Rollator oder ein anderes Hilfsmittel (z.B. Gehstock)?
Antwortkategorien: ja, immer – ja, manchmal – nein, nie

➔ Die Daten weisen darauf hin, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung, also die Förderung gesundheitlicher Ressourcen, für ältere Menschen wichtig sind. Denn obwohl nur bei wenigen der Befragten eine Pflegestufe vorliegt, sind die gesundheitlichen Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten teilweise doch bereits sehr deutlich ausgeprägt, bei den Älteren erwartungsgemäß stärker als bei den Jüngeren.

Deshalb kommt den in der Leitlinie Gesundheit genannten aufsuchenden, gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten (wie z.B. den präventiven Hausbesuchen) eine besondere Bedeutung zu, wenn es darum geht, auch gesundheitliche Aspekte (neben z.B. sozialen Aspekten) frühzeitig zu erfassen, um die Ressourcen älterer Menschen möglichst lange zu erhalten¹⁶⁶.

Ein Beispiel sind geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, mit denen anfänglichen Problemen beim Gehen oder Treppen steigen oftmals erfolgreich entgegengewirkt werden kann bzw. weitere Beeinträchtigungen oder gar Unfälle vermieden werden können.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➔ Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung stehen in engem Zusammenhang mit der Einkommensgruppe der Befragten. Personen mit geringem Einkommen sind deutlich weniger in der Lage, sich notwendige Hilfen gegebenenfalls einzukaufen. Für diese Zielgruppen ist es besonders wichtig, geeignete und kostengünstige Unterstützungsangebote und gesundheitsförderliche Maßnahmen zu entwickeln bzw. anzubieten.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Armut und Gesundheit)

➔ Im wissenschaftlichen Diskurs ist die hohe Bedeutung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen bei Menschen mit deutlich eingeschränkter Gesundheit bzw. bereits vorhandenem Pflegebedarf, d.h. besonders vulnerablen Gruppen, unumstritten – wenngleich derartige Maßnahmen in der Praxis bisher nur begrenzt umgesetzt werden¹⁶⁷. Ziel der gesundheitsförderlichen Maßnahmen in diesen Bereichen ist es, die verbliebenen Gesundheitspotenziale zu mobilisieren und Selbständigkeit zu erhalten. Hier gilt es, in der Praxis verstärkt geeignete Maßnahmen zu entwickeln und zu etablieren.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➔ Beratung und (finanzielle) Unterstützung zur barrierefreien Ausgestaltung der eigenen Wohnung ist angesichts dieser Ergebnisse von hoher Relevanz, damit Seniorinnen und Senioren in der LH München auch zukünftig noch selbständig in ihrem zu Hause leben können.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

6.3.6 Pflegebedürftigkeit

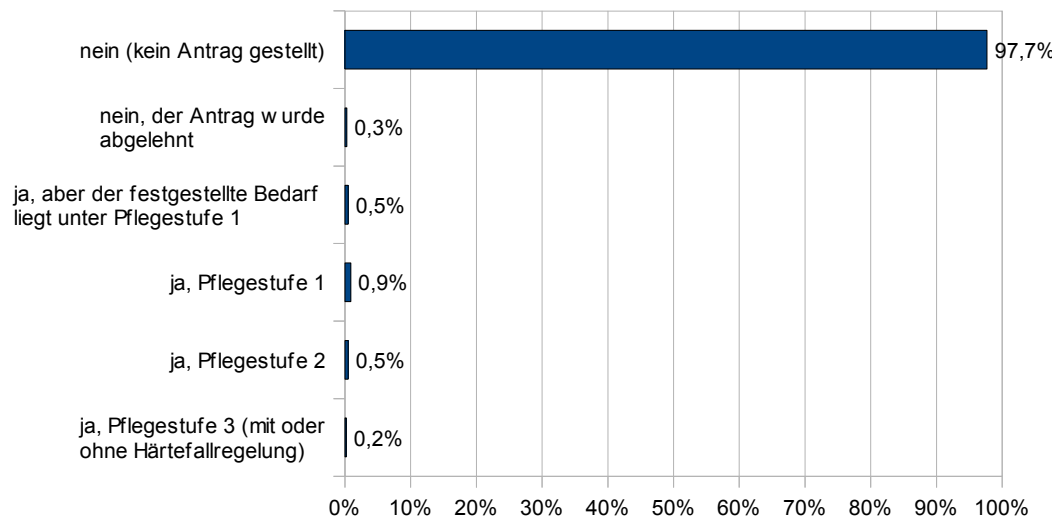
Insgesamt geben etwa 2% der Befragten (ca. 50 Personen) an, dass bei ihnen eine Pflegebedürftigkeit vorliegt¹⁶⁸. Aufgrund dieser geringen absoluten Anzahl können keine differenzierten Auswertungen nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund oder Untersuchungsgebieten durchgeführt werden.

166 Leitlinie Gesundheit, S. 22

167 Schaeffer, Doris (2011): Gesundheitsförderung in Pflege. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 263-264

168 Frage: Wurde bei Ihnen selbst eine Pflegedürftigkeit (Pflegestufe nach der Pflegeversicherung) festgestellt?
Antwortkategorien: nein (kein Antrag gestellt) – nein, der Antrag wurde abgelehnt – ja, aber der festgestellte Bedarf liegt unter Pflegestufe 1 (sog. Pflegestufe 0) – ja, Pflegestufe 1 – ja, Pflegestufe 2 – ja, Pflegestufe 3 (mit oder ohne Härtefallregelung)

Abb. 51: Eigene Pflegebedürftigkeit
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.643

6.3.7 Besitz eines Schwerbehindertenausweises

Das Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises alleine gibt noch keinen Hinweis auf die Art der zugrundeliegenden Behinderung bzw. auf die konkreten Bedarfe der betreffenden Personen. Es kann sich um dauerhafte körperliche Beeinträchtigungen handeln, Sinnesbehinderungen, chronische Erkrankungen oder psychische Beeinträchtigungen. Dementsprechend unterschiedliche Anforderungen haben die betroffenen Personen beispielsweise an ihr Wohnumfeld oder im Bereich der Kommunikation.

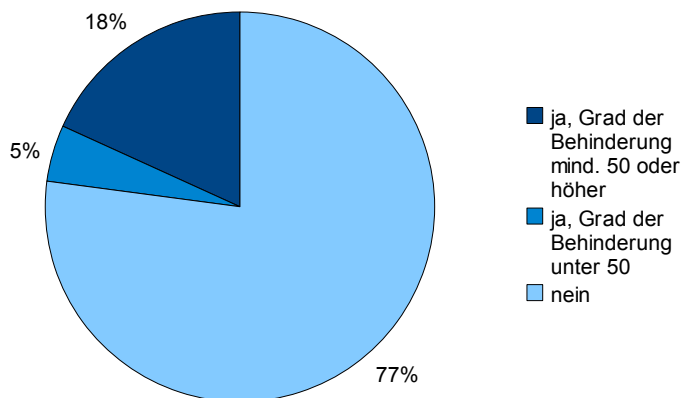
Wenngleich nicht alle Menschen mit Behinderungen einen Schwerbehindertenausweis besitzen, ist die Frage nach dem Besitz eines Schwerbehindertenausweises dennoch eine vergleichsweise verlässliche Möglichkeit, das Vorliegen einer Behinderung in einem Fragebogen objektiv und vergleichbar abzufragen.

18% der Befragten geben an, einen Schwerbehindertenausweis mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 zu besitzen, weitere 5% besitzen einen Schwerbehindertenausweis mit einem GdB unter 50. 77% der Befragten haben keine festgestellte Schwerbehinderung.

Auf Basis der Daten des Zentrums Bayern Familie und Soziales (ZBFS) zur Schwerbehindertenstrukturstatistik von 2013 liegt der tatsächliche Anteil von Schwerbehinderten ab GdB 50 an allen ab 55 bis 74-Jährigen in der LH München bei 18,7% – in der vorliegenden Studie 'Älter werden in München' in dieser Altersgruppe bei 18,2%¹⁶⁹, d.h. auf fast identischem Niveau.

169 Strukturstatistik SGB IX, Stand 31. Dezember 2013, Zentrum Bayern Familie und Soziales ZBFS; Anteil an der Gesamtbevölkerung berechnet auf Basis von Daten des Statistischen Amtes LHM, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung Dez. 2013, Berechnungen RGU-UW 13

Abb. 52: Besitz eines Schwerbehindertenausweises
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.696

Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund, jedoch nach Geschlecht, Altersgruppen, Einkommensgruppen und Untersuchungsgebieten.

- Geschlecht¹⁷⁰

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind zwar signifikant, aber in ihrer konkreten Ausprägung eher gering. Während insgesamt 21% der Männer einen Schwerbehindertenausweis (GdB ab 50 oder GdB unter 50) besitzen, gilt dies für 25% der Frauen.

- Altersgruppen¹⁷¹

Ähnliches gilt für die Altersgruppen mit zwar statistisch signifikanten, aber in der Ausprägung eher geringen Unterschieden. 21% der jüngeren Befragten (55-64 Jahre) besitzen einen Schwerbehindertenausweis (GdB ab 50 oder GdB unter 50), gegenüber 25% der Älteren (65-74 Jahre).

- Einkommensgruppen

Hier zeigt sich eine deutliche Tendenz, wonach der Anteil der Personen mit anerkannter Schwerbehinderung (GdB ab 50 oder GdB unter 50) mit der Einkommenshöhe deutlich abnimmt. 31% der Personen aus armen Haushalten haben eine anerkannte Schwerbehinderung, gegenüber 13% aus reichen Haushalten.

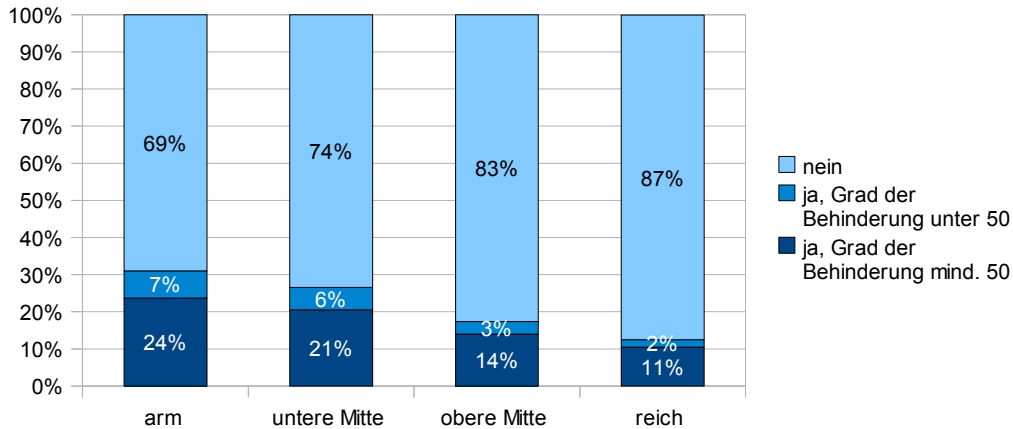
Das entspricht auch den Ergebnissen der 'Studie zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der LH München'. Das Vorliegen einer Schwerbehinderung bereits im erwerbsfähigen Alter stellt ein deutliches Armutsrisiko für die betroffenen Personen und Haushalte dar¹⁷².

170 Geschlecht n=2.679, p<.05

171 Altersgruppen n=2.667, p<.05

172 Sozialreferat (2014): Studie zur Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Landeshauptstadt München. www.muenchen.de/soz

Abb. 53: Besitz eines Schwerbehindertenausweises nach Einkommensgruppen
in Prozent

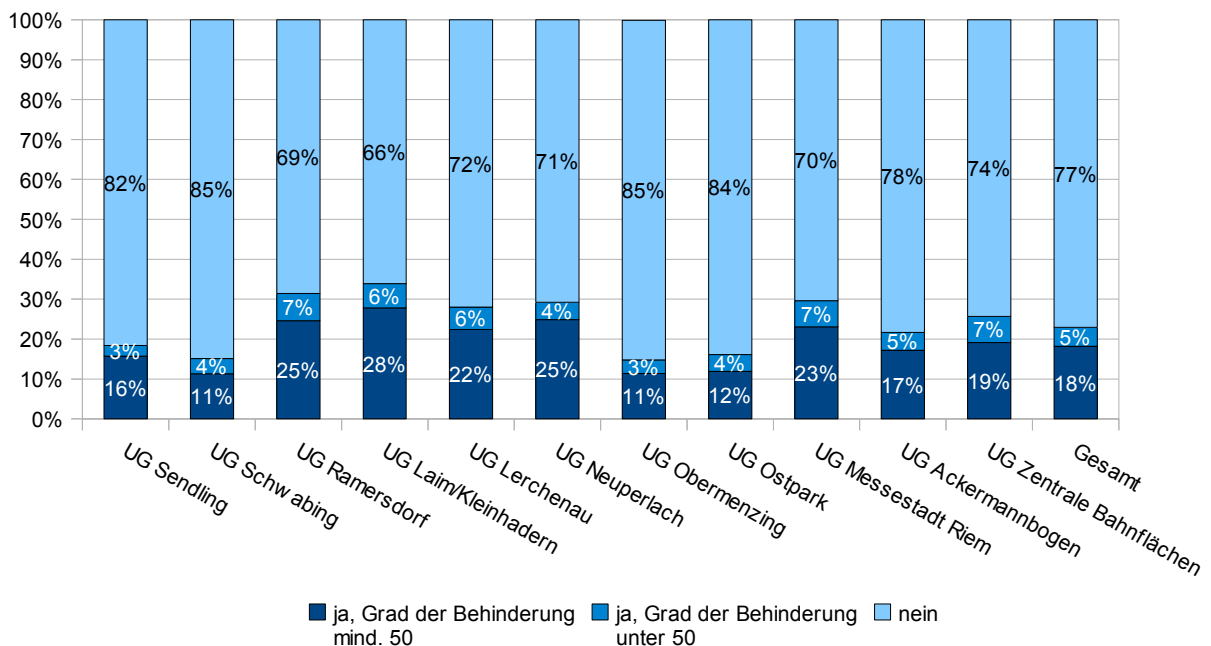


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.297, p<.001

- Untersuchungsgebiete

Zwischen den Untersuchungsgebieten gibt es signifikante Unterschiede. In den Gebieten der 1920/50er Jahren (Laim/Kleinhadern und Ramersdorf) und in den Großwohnsiedlungen (Neuperlach und Lerchenau) ist der Anteil von Personen, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen, deutlich höher als in den Gründerzeitgebieten Sendling und Schwabing sowie in den Einzel-/Reihenhausgebieten Ostpark und Obermenzing. In der Messestadt Riem ist der Anteil von Personen mit Schwerbehindertenausweis höher als in den beiden anderen Neubaugebieten am Ackermannbogen oder den Zentralen Bahnflächen¹⁷³.

Abb. 54: Besitz eines Schwerbehindertenausweises nach Untersuchungsgebieten
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.696, p<.001

173 Da nur Personen in Privathaushalten befragt wurden, können die Unterschiede in den sehr kleinräumigen Untersuchungsgebieten nicht auf Bewohnerinnen und Bewohner von zufällig dort ansässigen Einrichtungen der Behindertenhilfe oder großen stationären Pflegeeinrichtungen zurückgeführt werden.

6.4 Gesundheitsverhalten

Das individuelle Gesundheitsverhalten und die Lebensweise einer Person haben Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand. Unter Gesundheitsverhalten ('health behavior') werden Verhaltensweisen subsumiert, „die nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird“¹⁷⁴. Darunter verstanden werden u.a. Bewegung, Ernährung, Schlaf, Risikoverhaltensweisen, Umgang mit Stress, Inanspruchnahme von Vorsorgemöglichkeiten.

Ein Ziel von Maßnahmen zur Stärkung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise kann die Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens sein. Im Sinne des Empowermentgedankens geht es u.a. darum, die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der Personen zu erhöhen.

Die Abhängigkeit des individuellen Gesundheitsverhaltens von der sozialen Lage und dem Bildungsstatus ist vielfach belegt¹⁷⁵.

6.4.1 Sportliche Aktivitäten

Sportliche Aktivitäten gelten nicht nur als gesundheitsförderliches Verhalten, sie stellen im Sinne der Salutogenese eine Ressource dar. Sportliche Betätigung findet in Form von organisierten Vereinsaktivitäten statt, umfasst aber auch Aktivitäten im Alltag.

Sportliche Aktivitäten können dazu beitragen, das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Adipositas zu reduzieren. Adipositas wiederum ist umso häufiger, je geringer der Bildungsstand oder Sozialstatus ist und bei Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit wird ebenfalls häufiger Adipositas festgestellt¹⁷⁶.

Es ist vielfach nachgewiesen, dass Bewegungsförderung im Alter wichtig ist, um die Selbständigkeit im Alter möglichst lange erhalten zu können. Erfolgversprechend sind Ansätze, die einen Bezug zum Alltagsleben haben, im sozialen Nahfeld angesiedelt und zusätzliche Zugangsbarrieren (wie etwa weite Anfahrtswege oder hohe Kosten) vermeiden¹⁷⁷.

Bei der in der Studie verwendeten Fragestellung zu sportlicher Aktivität wurde bewusst ein eher weit gefasster Begriff von sportlichen Aktivitäten gewählt¹⁷⁸.

Die in der Studie 'Älter werden in München' in den Untersuchungsgebieten befragten Münchnerinnen und Münchner sind sportlich tendenziell aktiver als die im Rahmen des Deutschen Alterssurveys 2008 befragten 55 bis 69-Jährigen. Dort gibt etwa die Hälfte an, weniger als einmal wöchentlich sportlich aktiv zu sein zu sein¹⁷⁹.

Von den hier Befragten geben 7% an, 'nie' Sport (z.B. Schwimmen, Radfahren, Wandern) zu machen und weitere 14% tun dies 'selten'. Immerhin 13% der Befragten treiben täglich Sport, weitere 38% mehrmals in der Woche. Über die Hälfte ist demnach mindestens mehrmals in der Woche sportlich aktiv.

174 Faltermaier, Toni (2011): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 311-314, hier S. 311

175 siehe z.B. spectra 100. September 2013. S. 23. hrsg. vom Bundesamt für Gesundheit der Schweizerischen Eidgenossenschaft. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de> [13.05.2014]

176 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011): Gesundheit und Migration. Bayerischer Bericht. S. 18f

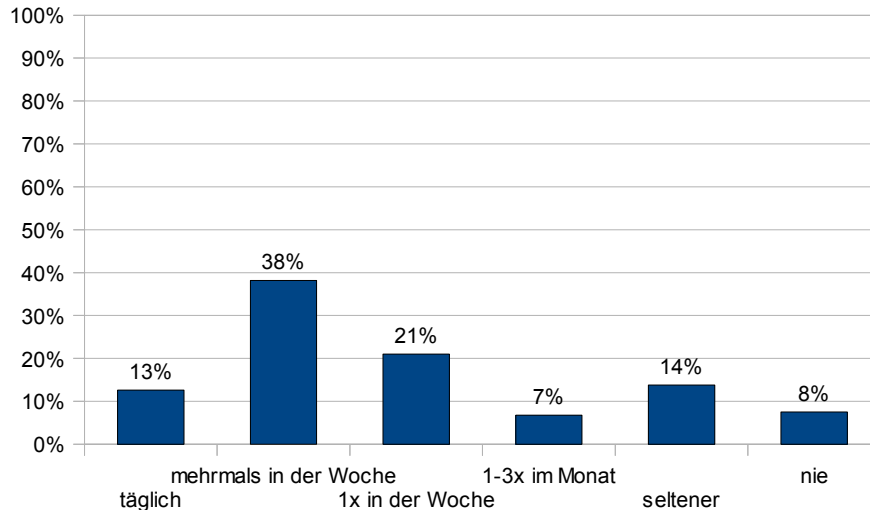
177 Geuter, Gunnar (2012): Bewegungsförderung und Gesundheit im Alter. Forum Public Health. 20(74):9-11

178 Frage: Wie oft treiben Sie Sport (z.B. Schwimmen, Dauerlauf, Radfahren, Gymnastik, Fitnessstudio, Wandern oder dergleichen)?

Antwortkategorien: täglich – mehrmals in der Woche – 1x in der Woche – 1-3x im Monat – seltener – nie

179 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Die Jungen Alten – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. hier S. 118; Allerdings sind die Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Antwortkategorien nur bedingt vergleichbar.

Abb. 55: Sportliche Betätigung
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.708

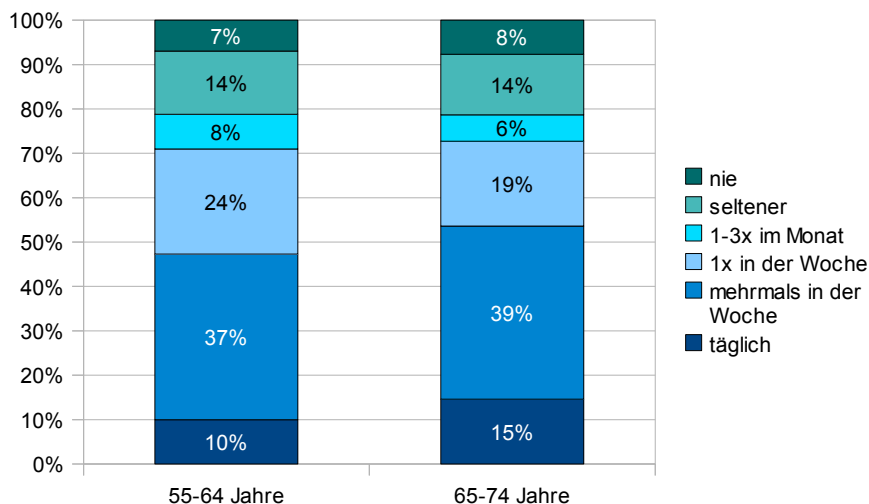
Statistisch signifikante Unterschiede ergeben sich nicht nach Geschlecht, jedoch nach Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Bildungsstatus, Untersuchungsgebieten und für Alleinlebende.

- Altersgruppen

Etwas überraschend mag das Ergebnis erscheinen, dass die älteren Seniorinnen und Senioren (65-74 Jahre) sich häufiger sportlich betätigen als die Jüngeren (55-64 Jahre). Während etwa 10% bzw. 37% der jüngeren Befragten 'täglich' bzw. 'mehrmals in der Woche' Sport treiben, geben dies in der älteren Gruppe jeweils 15% bzw. 39% an. Beide Gruppen geben zu fast identischen Anteilen an, dass sie 'selten' bzw. 'nie' Sport treiben.

Möglicherweise ist dieser Effekt zumindest teilweise auf die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen zurückzuführen (die ältere Gruppe ist in der Regel bereits im Ruhestand) und die bewusst breit gefasste Definition von sportlicher Betätigung in der Fragestellung.

Abb. 56: Sportliche Betätigung nach Altersgruppen
in Prozent

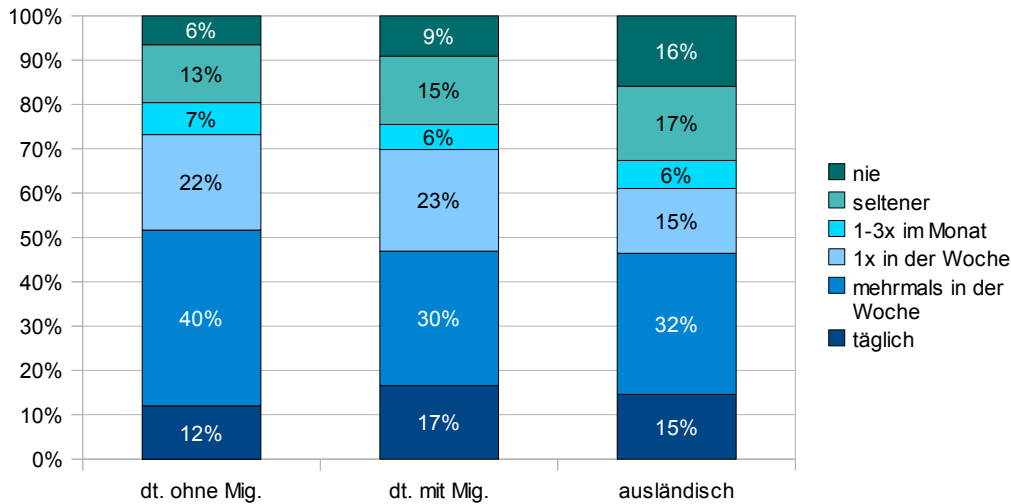


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.680, p<.01

- **Migrationshintergrund**

Deutsche ohne Migrationshintergrund treiben etwas seltener 'täglich' Sport als Deutsche mit Migrationshintergrund oder Ausländerinnen und Ausländer. Gleichzeitig geben Ausländerinnen und Ausländer mit 16% jedoch deutlich häufiger an, 'nie' Sport zu treiben als Deutsche mit Migrationshintergrund (9%) oder Deutsche ohne Migrationshintergrund (6%). Da Ausländerinnen und Ausländer und Deutsche mit Migrationshintergrund auch häufiger angeben, 'seltener' als 1-3 mal im Monat Sport zu treiben als Deutsche ohne Migrationshintergrund, weisen die Ergebnisse darauf hin, dass diese beiden Gruppen insgesamt gesehen weniger sportlich aktiv sind als Deutsche ohne Migrationshintergrund.

Abb. 57: Sportliche Betätigung nach Migrationshintergrund
in Prozent

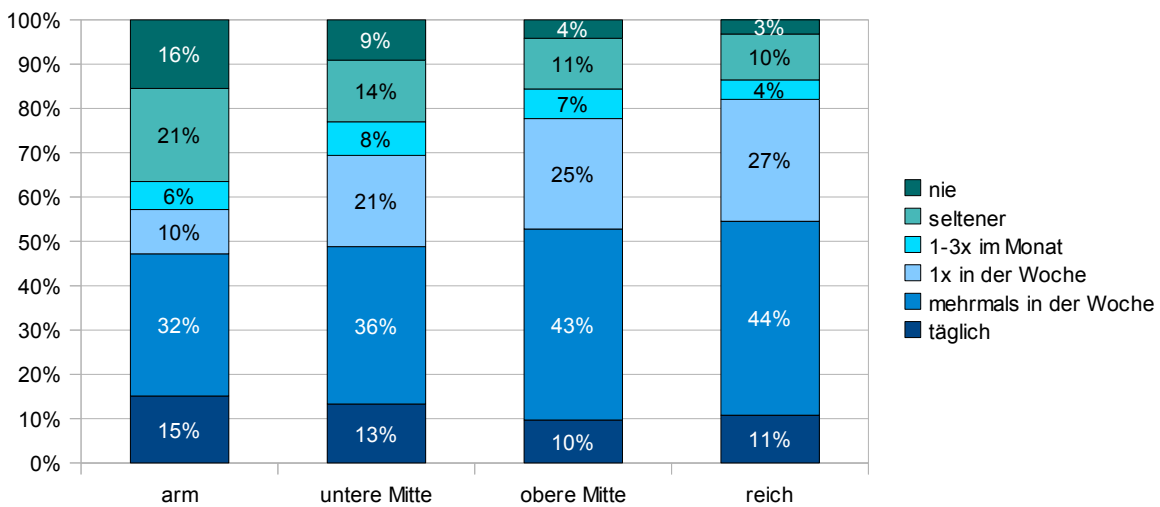


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.560, p<.001

- **Einkommensgruppen**

Es zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient. Bei Zusammenfassung der Kategorien 'nie'/'seltener' treiben Befragte aus armen Haushalten deutlich weniger Sport (37%) als Befragte aus Haushalten der unteren Mitte (23%), der oberen Mitte (15%) und aus reichen Haushalten (13%).

Abb. 58: Sportliche Betätigung nach Einkommensgruppen
in Prozent



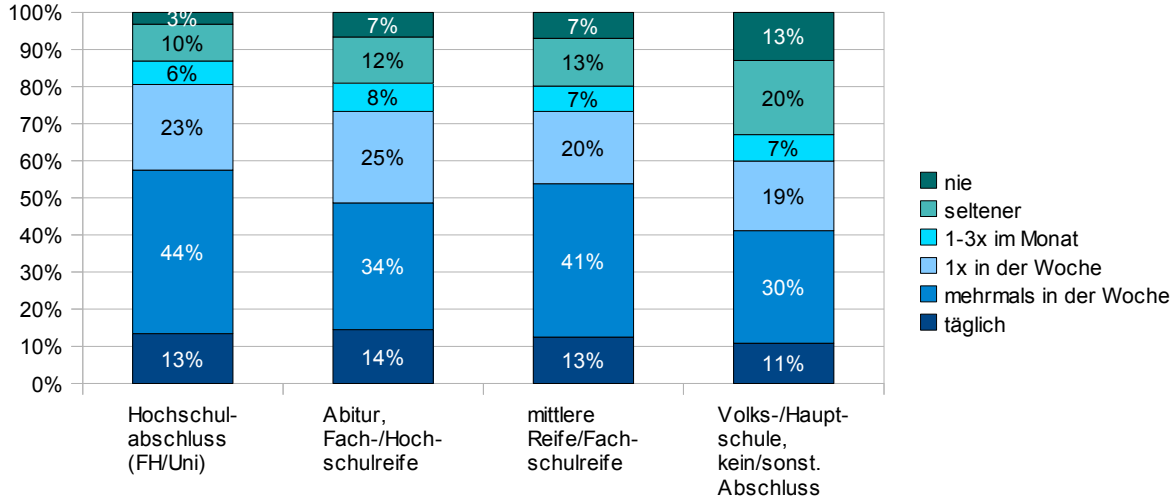
Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.303, p <.001

- **Bildungsstatus**

Befragte mit Hochschulabschluss treiben insgesamt gesehen häufiger Sport als Personen mit niedrigerem Bildungsstatus. Während sich Befragte aus allen Bildungsgruppen in der Kategorie der 'täglichen' sportlichen Aktivität stark ähneln, sind die Unterschiede in den Kategorien 'seltener' bzw. 'nie' größer.

Abb. 59: Sportliche Betätigung nach Bildungsstatus

in Prozent



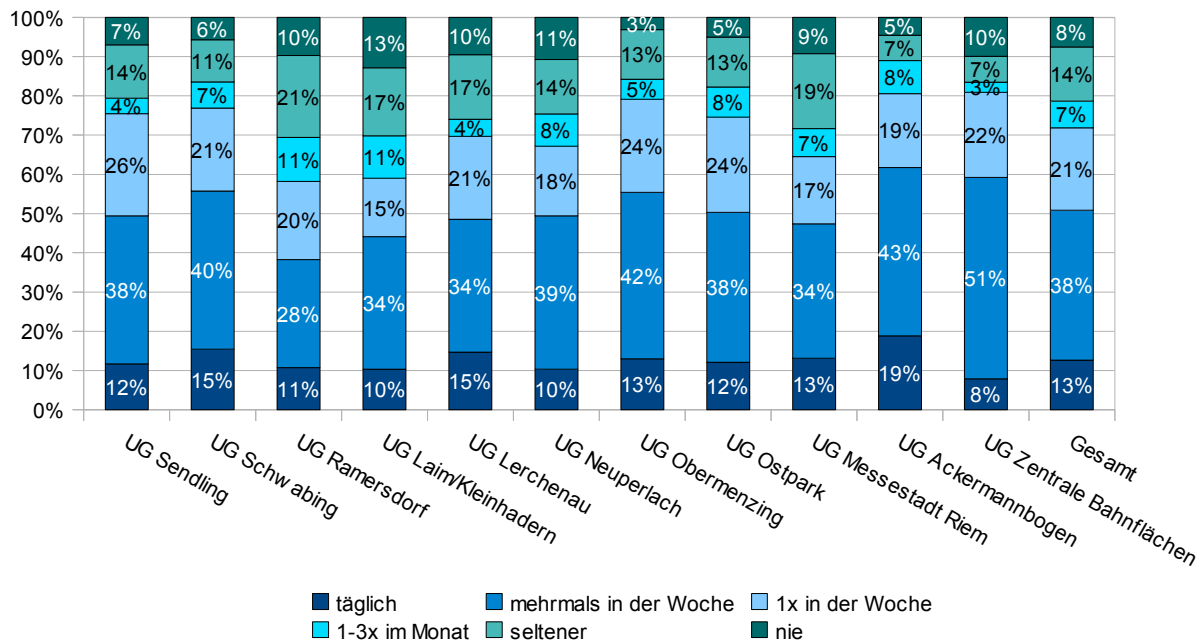
Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13 n=2.612, p<.001

- **Untersuchungsgebiete**

Besonders regelmäßig sportlich aktiv ('täglich'/'mehrmals in der Woche') sind Befragte aus dem Ackermannbogen, den Zentralen Bahnflächen, Schwabing und Obermenzing. 'Nie' oder 'seltener' sportlich aktiv sind Befragte aus Ramersdorf, Laim/Kleinhadern und der Messestadt Riem.

Abb. 60: Sportliche Betätigung nach Untersuchungsgebieten

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13 n=2.708, p<.001

- Alleinlebende¹⁸⁰

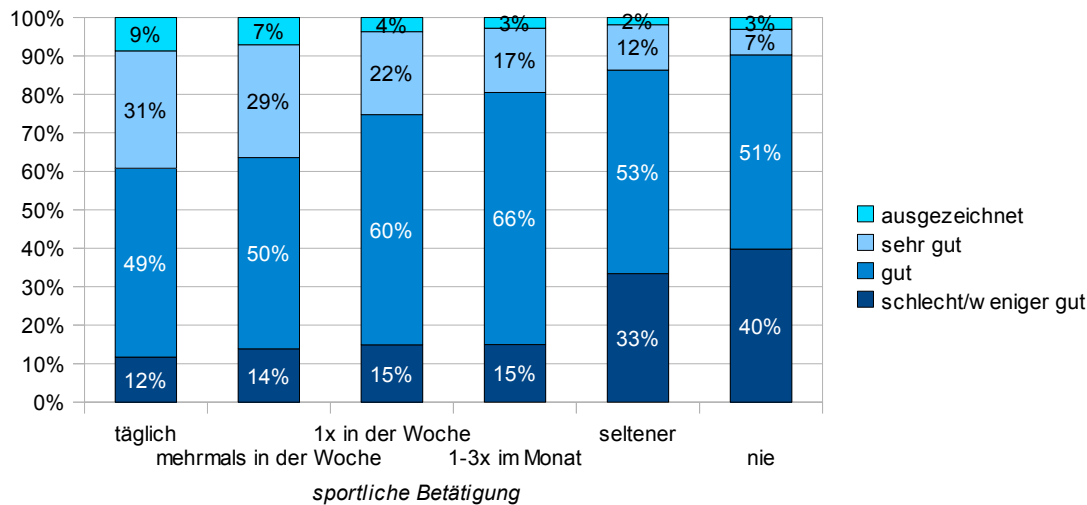
Die Unterschiede zwischen Alleinlebenden und Nicht-Alleinlebenden sind zwar statistisch signifikant, in der konkreten Ausprägung jedoch sehr gering. Alleinlebende geben etwas häufiger (10%) als Nicht-Alleinlebende (6%) an, dass sie 'nie' Sport betreiben. 'Täglich' Sport betreiben sie gleichermaßen häufig (Alleinlebende 13% versus Nicht-Alleinlebende 12%).

Sportliche Betätigung und subjektiver Gesundheitszustand

Personen, die häufiger Sport treiben, fühlen sich subjektiv gesünder. Während 40% der Personen, die 'täglich' Sport betreiben, ihren Gesundheitszustand als 'sehr gut'/'ausgezeichnet' einstufen, sind es 10% bei den Personen, die 'nie' Sport machen.

Je weniger Sport die Befragten treiben, umso häufiger bezeichnen sie ihren subjektiven Gesundheitszustand als 'schlecht'/'weniger gut'. Natürlich kann ein schlechter Gesundheitszustand auch ein Grund für eine geringere sportliche Betätigung sein.

Abb. 61: Subjektiver Gesundheitszustand nach Ausmaß der sportlichen Betätigung
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.658, p<.001

Zufriedenheit mit dem Sportangebot im Viertel und sportliche Betätigung

Über alle Befragten hinweg gilt, dass Personen, die mit dem Sportangebot in ihrem Viertel 'zufrieden' sind, auch häufiger Sport betreiben¹⁸¹. So treiben beispielsweise 61% derer, die mit den Sportangeboten in ihrem Viertel 'zufrieden' sind, mindestens 'mehrmals in der Woche' Sport, gegenüber 44% derer, die 'nicht zufrieden' mit dem Sportangebot sind.

Mit Blick auf die Zufriedenheit mit dem Sportangebot in den einzelnen Untersuchungsgebieten (→ Kap. 8.3.6) scheint dieser generelle Zusammenhang jedoch nicht auf Ebene eines jeden einzelnen Quartiers zu gelten.

➡ Die teilweise deutlichen Unterschiede zwischen den kleinräumigen Untersuchungsgebieten legen nahe, dass im Bereich des Sports verstärkt verhältnispräventive Angebote in spezifischen, quartiersbezogenen Settings initiiert werden sollten (z.B. Angebote zur Bewegung im öffentlichen Raum).

(HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➡ Menschen mit niedrigerem Bildungsstatus, geringerem Haushaltseinkommen und Ausländerinnen und Ausländer geben besonders häufig an, 'nie' Sport zu treiben. Für diese Zielgruppen sollten verstärkt Angebote entwickelt werden.

Um nicht an den Bedarfen der Zielgruppen vorbei zu planen, sollte die Entwicklung passender Angebote zur sportlichen Betätigung unter Partizipation von Bürgerinnen und Bürgern erfolgen. Nur so können Wünsche, Bedarfe, Anregungen und kreative Ansätze eruiert und entwickelt werden. Schließlich geht es darum, Sport- bzw. Bewegungsangebote zu konzipieren, die den favorisierten

180 Alleinlebende n=2.670, n<.05

181 Zufriedenheit mit Sportangeboten und sportliche Aktivität n=1.741, p<.001

Bewegungsformen der Beteiligten entsprechen und sich gut in deren Alltag einfügen. Der Bedarf an Angeboten für ältere Personen mit geringem Einkommen ist sehr hoch und kostengünstige/kostenlose Angebote erscheinen deshalb sehr wichtig.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Partizipation, HF Armut und Gesundheit)

➡ Die Bereitstellung geschlechtsspezifischer Angebotsformen kann prinzipiell für viele ältere Menschen sinnvoll sein. Geschlechtsspezifische Angebote scheinen jedoch besonders für Menschen mit Migrationshintergrund (insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund) wichtig zu sein¹⁸². Außerdem gibt es Hinweise, wonach bewegungsinactive Männer besser über konkrete, zielgruppenspezifische Angebote erreicht werden können¹⁸³.
(HF Spezielle Zielgruppen)

6.4.2 Nutzung von Fahrrädern sowie Einschränkungen beim Fahrradfahren

Das Fahrradfahren stellt eine aktive sportliche Bewegung dar, sei es im Alltag oder explizit als Sport. Darüber hinaus ist es eine umweltschonende Alternative zum Autofahren, d.h. es ist eine Maßnahme zur Reduzierung der Schadstoffemissionen im öffentlichen Raum bzw. der Förderung von umweltverträglicher Mobilität.

Vorhandensein eines funktionierenden Fahrrads

80% der Befragten verfügen über ein funktionierendes Fahrrad, das bedeutet gleichzeitig, dass dies bei einem Fünftel nicht der Fall ist¹⁸⁴.

Signifikante Unterschiede ergeben sich nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen und Untersuchungsgebieten.

- Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund¹⁸⁵

Männer verfügen häufiger (85%) als Frauen (75%) über ein funktionsfähiges Fahrrad.

Gleiches gilt für Befragte der jüngeren Altersgruppe, die häufiger (85%) als Ältere (76%) über ein funktionierendes Fahrrad verfügen.

Deutsche ohne Migrationshintergrund (81%) besitzen ebenfalls häufiger als Deutsche mit Migrationshintergrund (71%) bzw. Ausländerinnen und Ausländer (71%) ein Fahrrad.

- Einkommensgruppen

Während 60% der Personen aus armen Haushalten im Besitz eines Fahrrads sind, sind es in den beiden oberen Einkommensgruppen 87% bzw. 86%. 40% der Personen aus armen Haushalten verfügen demnach über kein funktionierendes Fahrrad – obwohl gerade diese Gruppe angesichts ihrer finanziellen Lage vermutlich verstärkt auf kostengünstige Mobilitätsalternativen angewiesen ist.

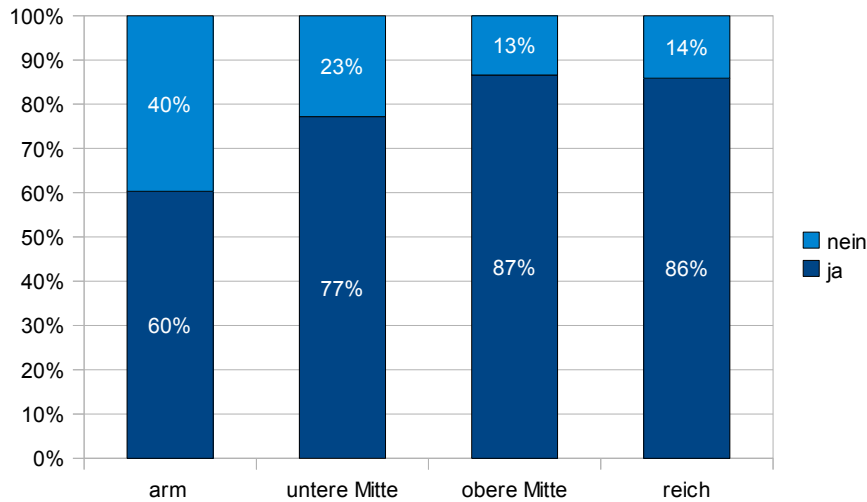
182 So zeigte beispielsweise eine qualitative Studie auf, dass z.B. türkische Frauen mit Migrationshintergrund Bewegungsangebote im Rahmen von Diabetesprogrammen nicht wahrgenommen haben, da diese gemischtgeschlechtlich angeboten wurden. vgl. Yilmaz-Aslan, Y. et al (2013): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46(4):346-352; vgl. auch Olbermann, Elke (2010): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Migrantinnen und Migranten: Ausgewählte Projektergebnisse. Informationsdienst Altersfragen 37(6):3-8; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011): Gesundheit und Migration. Bayerischer Bericht. S. 50ff

183 Allmer, Henning et al (2014): Zugangswege zu bewegungs- und sportinaktiven Älteren. Gesundheitswesen. Online-Publikation. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1333715>

184 Frage: Haben Sie...
Antwortvorgabe: ein funktionierendes Fahrrad?
Antwortkategorien: ja – nein

185 Geschlecht n=2.663, p<.001; Altersgruppen n=2.652, p<.001; Migrationshintergrund n=2.540, p<.001

Abb. 62: Vorhandensein eines funktionsfähigen Fahrrads nach Einkommensgruppen
in Prozent

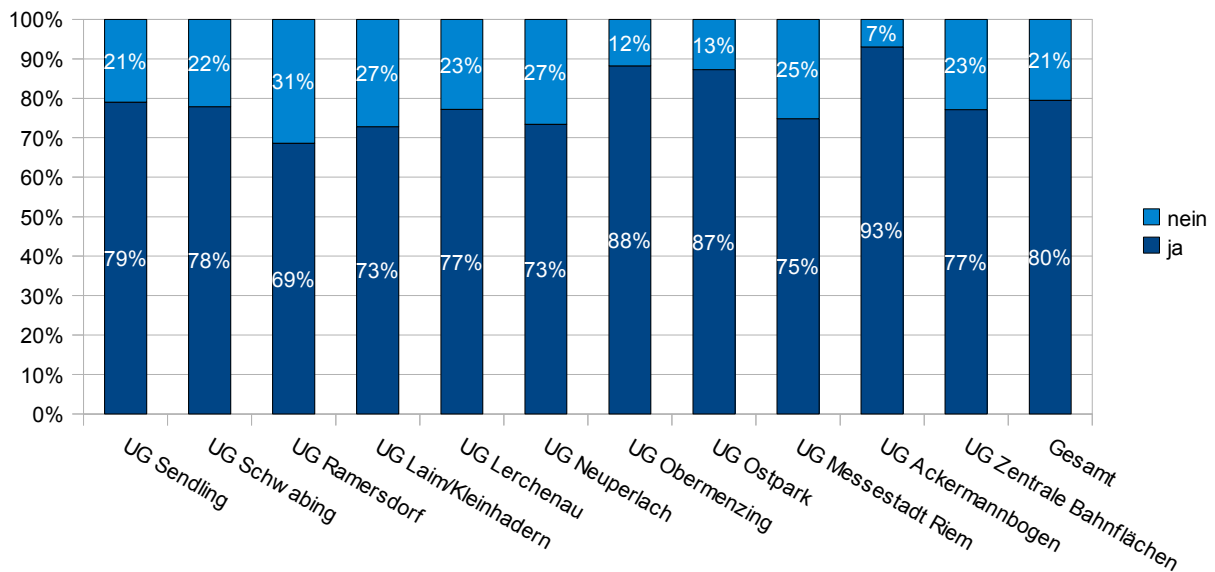


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.278, p<.001

- **Untersuchungsgebiete**

Teilweise lassen sich größere Unterschiede im Hinblick auf die Ausstattung mit funktionsfähigen Fahrrädern in den einzelnen Untersuchungsgebieten ablesen. Während 7% der Befragten am Ackermannbogen angeben, kein funktionstaugliches Fahrrad zu haben, sind es in Ramersdorf beispielsweise 31%.

Abb. 63: Vorhandensein eines funktionsfähigen Fahrrads nach Untersuchungsgebieten
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.685, p<.001

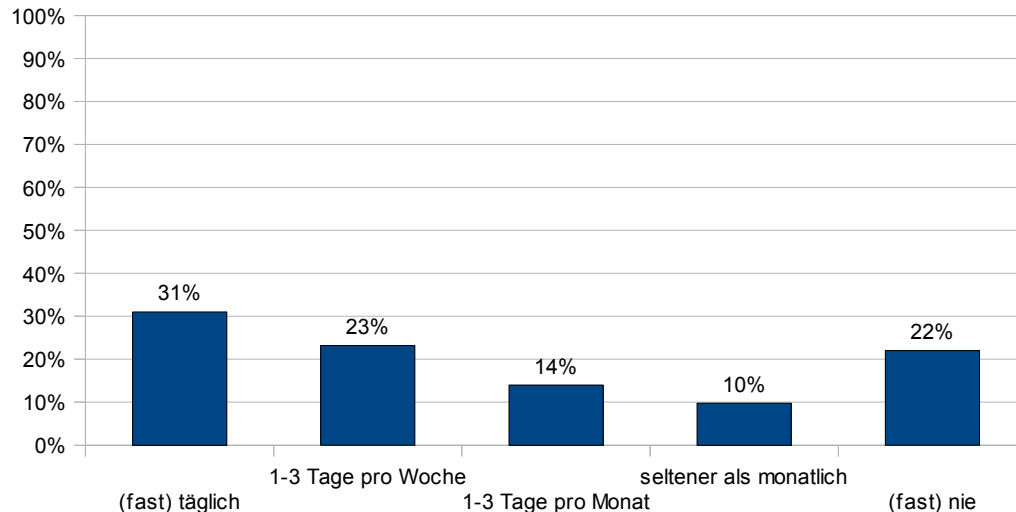
Nutzung des Fahrrads

Bezogen auf alle Befragten, geben 31% der Befragten an, '(fast) täglich' mit dem Fahrrad zu fahren. Weitere 23% tun dies '1-3 Tage pro Woche' und 14% '1-3 Tage pro Monat'. 10% fahren 'seltener als monatlich' mit dem Rad und 22% '(fast) nie'¹⁸⁶.

186 Frage: Wenn Sie außer Haus unterwegs sind, wie bewegen Sie sich fort? Denken Sie dabei an die letzten 3 Monate.
Antwortvorgabe: Fahrrad – zu Fuß – Auto, als SelbstfahrerIn (und weitere)
Antwortkategorien: (fast) täglich – 1-3 Tage pro Woche – 1-3 Tage pro Monate – seltener als monatlich – (fast) nie.

Abb. 64: Fahrradfahren

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.355

Was das Fahrradfahren betrifft, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund.

Es zeigen sich jedoch Unterschiede nach Geschlecht, Altersgruppen, Einkommensgruppen und Untersuchungsgebieten.

- Geschlecht¹⁸⁷

Männer fahren tendenziell etwas mehr Fahrrad als Frauen. So fahren mit 30% der Männer und 32% der Frauen beide Geschlechter zwar in etwa gleicher Häufigkeit '(fast) täglich' mit dem Rad. Allerdings geben 26% der Frauen an, '(fast) nie' mit dem Fahrrad zu fahren, gegenüber 17% bei den Männern.

- Altersgruppen¹⁸⁸

Jeweils 31% der jüngeren und älteren Altersgruppe fahren '(fast) täglich' mit dem Fahrrad. Deutlichere Unterschiede zeigen sich aber hinsichtlich der Personen, die '(fast) nie' Rad fahren (18% der Jüngeren versus 25% der Älteren).

- Einkommensgruppen¹⁸⁹

Was die '(fast) tägliche' Nutzung betrifft, so sind Personen aus Haushalten der unteren Mitte mit 33% die Spitzenreiter, gefolgt von 28% aus der oberen Mitte und jeweils 26% der Personen aus reichen bzw. armen Haushalten. 34% der Befragten aus armen Haushalten benutzen das Fahrrad jedoch '(fast) nie', gegenüber 23% aus den Haushalten der unteren Mitte, 20% der oberen Mitte und 18% der Personen aus reichen Haushalten.

- Untersuchungsgebiete

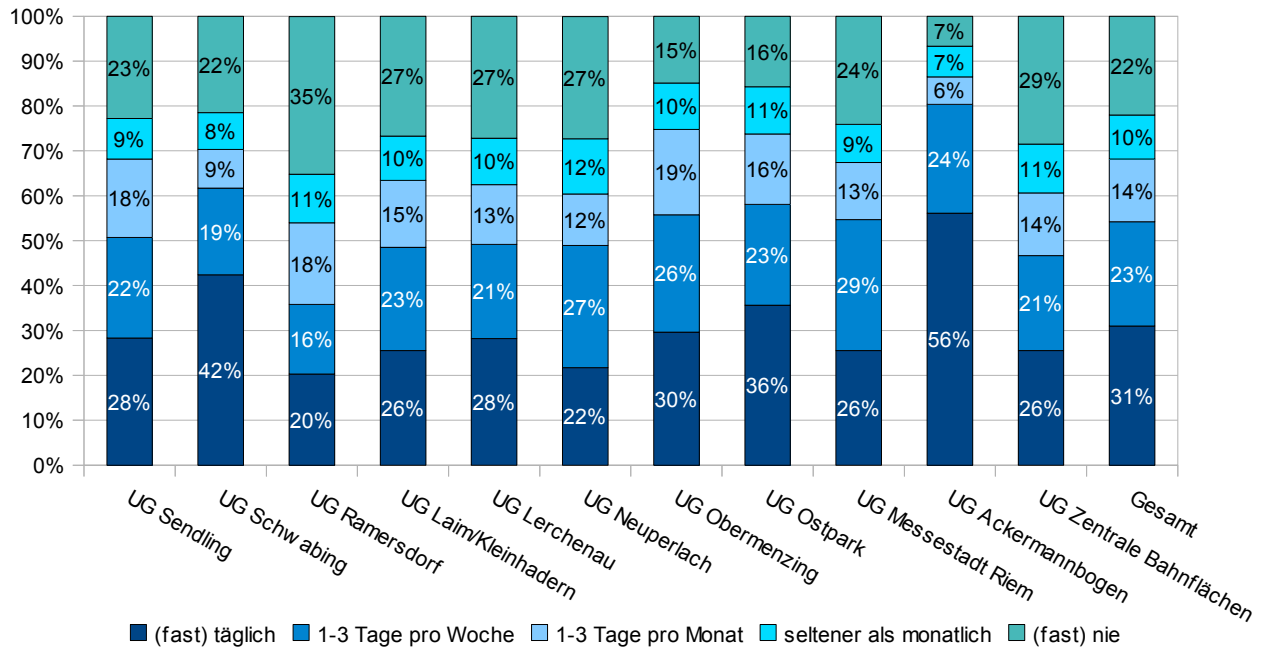
56% der Befragten aus dem Untersuchungsgebiet Ackermannbogen radeln '(fast) täglich', ebenso 42% der Befragten aus Schwabing und 36% aus dem Untersuchungsgebiet Ostpark. Weniger geradelt ('(fast) täglich') wird in Ramersdorf (20%) und Neuperlach (22%). 35% der Befragten aus Ramersdorf geben darüber hinaus an, '(fast) nie' zu radeln, gegenüber 7% aus dem Ackermannbogen.

187 Geschlecht n=2.339, p<.001

188 Altersgruppen n=2.330, p<.001

189 Einkommensgruppen n=2.017, p<.001

Abb. 65: Fahrradfahren nach Untersuchungsgebieten
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.355, p<.001

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle ergänzt, dass 35% '(fast) täglich' öffentliche Verkehrsmittel und 27% '(fast) täglich' das Auto benutzen. Die eigenen Füße zur Fortbewegung nutzen 73% '(fast) täglich', 18% '1-3 Tage pro Woche' und 5% '1-3 Tage pro Monat'. 2% geben an, '(fast) nie' zu Fuß zu gehen.

Zufriedenheit mit den Fahrradwegen im Viertel und Nutzung des Fahrrads

Interessant ist die Frage, ob die Beurteilung der Fahrradwege im eigenen Viertel (→ Kap. 7.6) mit der Häufigkeit der Nutzung eines Fahrrads in Zusammenhang gebracht werden kann¹⁹⁰. Die Daten jedenfalls legen nahe, dass Personen, die mit den Wegen zum Fahrradfahren in ihrem Viertel aktuell 'zufrieden' sind, deutlich häufiger mit dem Fahrrad fahren. So radeln beispielsweise 37% derer, die mit den Fahrradwegen in ihrem Viertel 'zufrieden' sind, '(fast) täglich'. Bei den Unzufriedenen sind es mit 27% weniger.

Die unterschiedliche Nutzungshäufigkeit in den Untersuchungsgebieten lässt sich jedoch nicht durchgängig direkt mit einer höheren Zufriedenheit mit den Fahrradwegen in Verbindung bringen. Es ist zu vermuten, dass auch andere Aspekte eine Rolle spielen, wie etwa eine innerstädtische Lage, die konkrete Entfernung von Wohnung und Angeboten der Nahversorgung, Kultur, Gesundheit oder ähnliches.

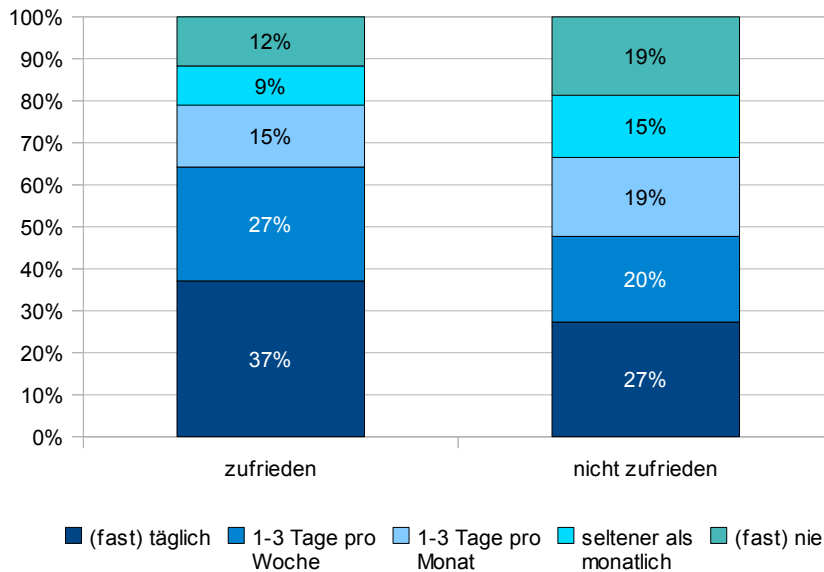
190 Frage: Uns interessiert, mit welchen Angeboten Sie in Ihrem Viertel zufrieden sind. Dabei möchten wir Sie bitten, sich auch vorzustellen, Sie wären um einige Jahre älter – wären Sie dann mit den Angeboten im Viertel, so wie sie momentan sind, auch noch zufrieden?

Antwortvorgabe: Gute Wege zum Radfahren

Antwortkategorien: zufrieden – nicht zufrieden

Die Fallzahlen sind zu gering, um diese Analysen noch auf Ebene der elf Untersuchungsgebiete durchzuführen.

Abb. 66: Fahrradfahren nach Zufriedenheit mit den Wegen zum Fahrradfahren
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=1.966, p<.001

Einschränkungen beim Fahrradfahren

Mögliche Unsicherheiten beim Fahrradfahren auf der Straße oder auf baulich nicht getrennten Fahrradwegen stellen nicht nur für ältere Menschen eine Barriere dar, für ältere Menschen gilt dies aber in verstärktem Maße. Deshalb wurde um eine Einschätzung der Befragten zu spezifischen Schwierigkeiten im Verkehrsalltag gebeten¹⁹¹.

Insgesamt geben 29% der Befragten an, dass sie 'sehr'/'eher häufig' solche Probleme haben (d.h. Unsicherheiten beim Fahrradfahren oder auf auf baulich nicht getrennten Fahrradwegen). 28% haben 'nie' Probleme damit.

Auf Basis der Fragestellung kann nicht eindeutig unterschieden werden, ob die Unsicherheiten alters- oder gesundheitsbedingt oder vorrangig den baulichen Gegebenheiten geschuldet sind. Eine differenzierte Auswertung nach Altersgruppen und Gesundheitszustand liefert hier jedoch Hinweise.

Differenziert nach Altersgruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede¹⁹². Deutliche (signifikante) Unterschiede zeigen sich jedoch nach dem subjektiven Gesundheitszustand¹⁹³. Während 22% der Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand 'sehr häufig' Unsicherheiten angeben, sind es bei Personen mit 'sehr gutem' bzw. 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand 8% bzw. 9%. Das bedeutet, die Unsicherheiten sind wahrscheinlich eher eine Folge eingeschränkter körperlicher, visueller oder geistiger Fähigkeiten als mit dem Alter einhergehende Beeinträchtigungen.

Auch wenn sich aus der Fragestellung keine konkreten Hinweise auf die Notwendigkeit spezifischer baulicher Verbesserungen ergeben, ist davon auszugehen, dass insbesondere für gesundheitlich bereits leicht eingeschränkte Personen die bauliche Gestaltung von Fahrradwegen von hoher Relevanz ist, um weiterhin diese Alltagsaktivität sicher ausüben zu können.

191 Frage: Wie häufig erleben Sie die folgenden Schwierigkeiten im Verkehrsalltag?
Antwortkategorie: Unsicherheit beim Fahrradfahren auf der Straße oder auf baulich nicht getrennten Fahrradwegen
Antwortkategorien: sehr häufig – eher häufig – eher selten – nie

192 Altersgruppen n=2.442, nicht sig.

193 subjektiver Gesundheitszustand n=2.525, p<.001

➡ Inaktivität und Immobilität können gesundheitliche Folgen nach sich ziehen, wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Adipositas. Mobilität ist zudem Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Gesundheitsförderung älterer Menschen kann durch eine geeignete Entwicklung der Nahverkehrsstruktur, z.B. durch Förderung des Radverkehrs, fußgänger- und radfahrerfreundliche Ausgestaltung des öffentlichen Raums und einer guten Ausstattung mit Geh- und Radwegen, vorangebracht werden¹⁹⁴.

Solche und ähnliche Maßnahmen stellen gleichzeitig eine Brücke von Gesundheitsförderung und nachhaltiger Stadtentwicklung dar. So kann die Förderung von umweltverträglicher Mobilität unter anderem einen Beitrag zur Reduktion der Folgen des Klimawandels leisten.

Es ist davon auszugehen, dass insbesondere für gesundheitlich bereits leicht eingeschränkte Personen die adäquate bauliche Gestaltung von Fahrradwegen eine wichtige Voraussetzung ist, um weiterhin diese Alltagsaktivität sicher ausüben zu können.

Für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Mobilitätseinschränkungen oder Sinnesbeeinträchtigungen ist eine geeignete Nahverkehrsstruktur eine wichtige Voraussetzung für Teilhabe und Wohlbefinden.

Maßnahmen zur Förderung des Fahrradfahrens sind insofern als Ansatzpunkte für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Umwelt zu verstehen.

Eine integrierte, referatsübergreifende Vorgehensweise ist dabei von hoher Bedeutung.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Angesichts des Ergebnisses, wonach gerade Personen aus einkommensschwachen Haushalten häufig nicht über ein funktionsfähiges Fahrrad verfügen, sollte überlegt werden, welche Maßnahmen und Unterstützungsangebote (z.B. auch Fahrradkurse) entwickelt werden können, um für diese Zielgruppe einerseits zur individuellen Gesundheitsförderung und andererseits auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zur Förderung umweltverträglicher Mobilität beitragen zu können.

(HF Armut und Gesundheit)

➡ Da Personen, die die Fahrradwege in ihrem Viertel häufiger positiv beurteilen, auch häufiger Fahrrad fahren, kann davon ausgegangen werden, dass durch einen Ausbau und die gute Ausgestaltung von Fahrradwegen das Fahrradfahren durchaus gefördert werden kann.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

6.4.3 Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung

Zum eigenen Gesundheitsverhalten gehört auch die Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben. Wenn Menschen durch einen Unfall, eine Behinderung oder eine Erkrankung ihre eigenen gesundheitlichen Belange nicht mehr selbst regeln können, werden andere Personen diese Aufgaben übernehmen (müssen). Mit einer Vorsorgevollmacht, einer Patientenverfügung und Betreuungsverfügung können Bürgerinnen und Bürger im Vorfeld Einfluss darauf nehmen, wer in so einem Fall (auch gesundheitliche) Entscheidungen fällt, die möglichst weitgehend den eigenen Wünschen und dem eigenen Willen entsprechen.

Kenntnis über Vorsorgemöglichkeiten

Die grundsätzliche Kenntnis über Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung ist insgesamt recht hoch – auch wenn an dieser Stelle nicht eruiert werden konnte, wie detailliert das Wissen jeweils ist¹⁹⁵. So geben mit 5% (Vorsorgevollmacht), 2% (Patientenverfügung) bzw. 5% (Betreuungsverfügung) nur recht wenige der Befragten an, dass sie nicht wissen, um was es sich jeweils handelt.

Dennoch gibt es stärkere Informationsdefizite bei Personen aus armen Haushalten, von denen je-

194 Klein, Günter (2012): Nachhaltige Entwicklung moderner Mobilität – eine Illusion? Prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 35:2, S. 39-45

195 Frage: Haben Sie eine oder mehrere der folgenden schriftlichen Vollmachten oder Verfügungen erteilt?

Antwortvorgaben: Vorsorgevollmacht – Patientenverfügung – Betreuungsverfügung

Antwortkategorien: ja – nein, will es aber bald – nein, ich muss noch überlegen – nein, habe ich auch nicht vor – weiß nicht, was das ist

weils zwischen 10-13% angeben, alle drei Vorsorgemöglichkeiten nicht zu kennen ('weiß nicht, was das ist'). Im Vergleich dazu sind es bei Personen aus reichen Haushalten maximal 3%, die diese Möglichkeiten nicht kennen¹⁹⁶.

Ausländerinnen und Ausländer und Deutsche mit Migrationshintergrund sind schlechter informiert (10-15% 'weiß nicht, was das ist') als Deutsche ohne Migrationshintergrund (maximal 3%)¹⁹⁷.

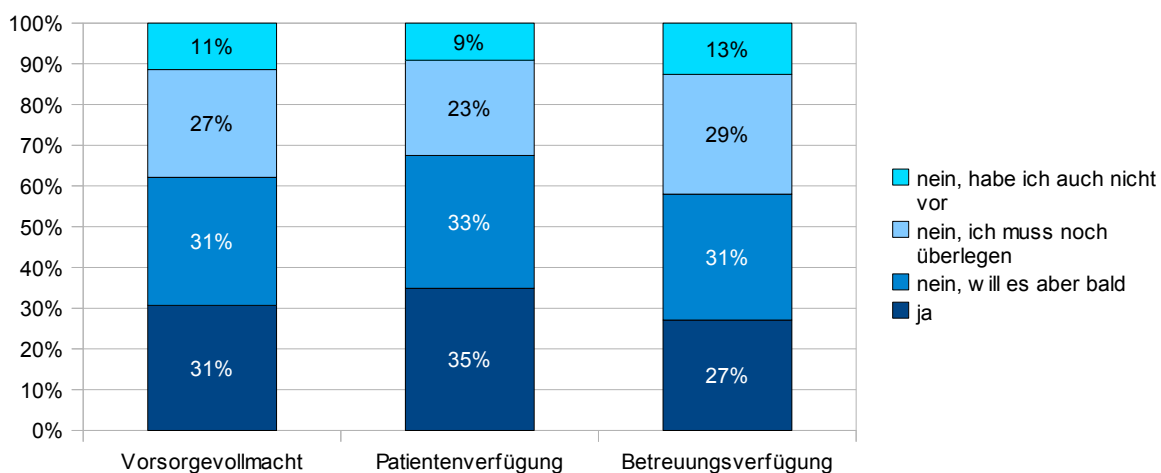
Gebrauch von Vorsorgemöglichkeiten

Für die weiteren Analysen wurden jene Personen ausgeschlossen, die angegeben haben, diese Vorsorgemöglichkeiten gar nicht zu kennen ('weiß nicht, was das ist').

Jeweils etwa ein Zehntel der Befragten gibt an, diese Instrumente für sich nicht nutzen zu wollen ('nein, habe ich auch nicht vor'): Vorsorgevollmacht (11%), Patientenverfügung (9%), Betreuungsverfügung (13%).

Am häufigsten geben die Befragten an, eine Patientenverfügung ausgefüllt zu haben (35%), gefolgt von der Vorsorgevollmacht (31%) und der Betreuungsverfügung (27%). Jeweils etwa ein Drittel gibt an, diese Art der Vorsorgemöglichkeiten zumindest bald in Angriff nehmen zu wollen ('nein, ich will es aber bald').

Abb. 67: Besitz einer Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.490 / 2.610 / 2.421

Differenzierte Analysen zur Vorsorgevollmacht

Die nachfolgenden Differenzierungen werden beispielhaft für die Fragestellung nach einer Vorsorgevollmacht ausgeführt, da sie häufig als die grundlegendste Vorsorgemöglichkeit gilt.

Dabei ergeben sich signifikante Unterschiede nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen und Untersuchungsgebieten sowie nach dem subjektiven Gesundheitszustand und für Alleinlebende.

- Geschlecht¹⁹⁸

Mit 30% bzw. 31% haben Männer und Frauen gleichermaßen häufig eine Vorsorgevollmacht erteilt ('ja'). Für die Zukunft geben Männer jedoch häufiger (15%) als Frauen (9%) an, dass sie dies nicht vorhaben ('nein, habe ich auch nicht vor').

- Altersgruppen¹⁹⁹

Erwartungsgemäß ist der Anteil von Befragten, die bereits eine Vorsorgevollmacht besitzen, in der älteren Gruppe mit 38% deutlich höher als bei den Jüngeren mit 22%. Gleichzeitig haben 15% der Jüngeren und 9% der Älteren nicht vor ('nein, habe ich auch nicht vor'), eine Vorsorgevollmacht für sich auszustellen.

196 Einkommensgruppen n= 2.226 / 2.281 / 2.177, Signifikanzwert jeweils p<.001

197 Migrationshintergrund n= 2.473 / 2.524 / 2.408, Signifikanzwert jeweils p<.001

198 Geschlecht n=2.469, p<.001

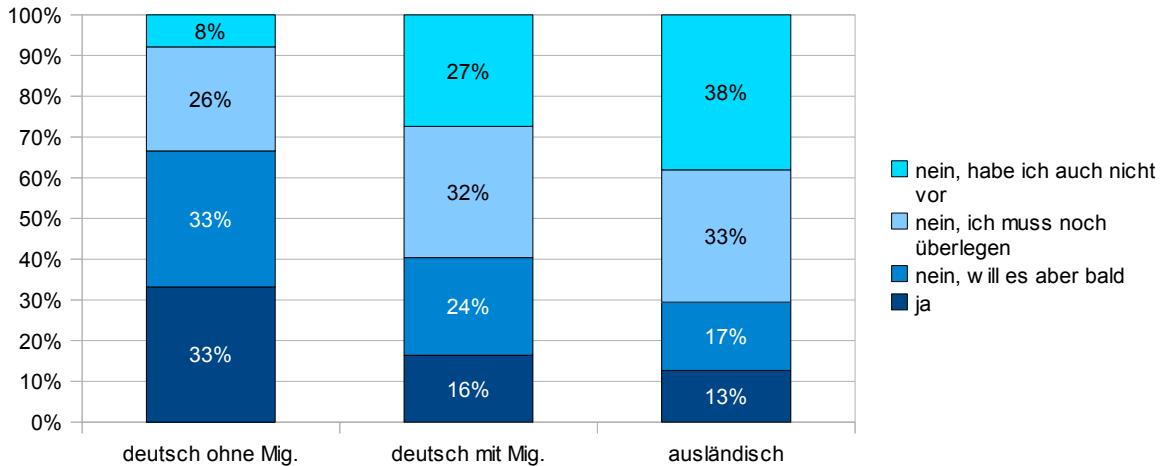
199 Altersgruppen n=2.460, p<.001

- Migrationshintergrund

13% der Ausländerinnen und Ausländer besitzen eine Vorsorgevollmacht und 38% dieser Gruppe plant nicht, diese Vorsorgemöglichkeit zu nutzen. 16% der Deutschen mit Migrationshintergrund besitzen bereits eine Vorsorgevollmacht, während 27% dies nicht planen. Anders bei Deutschen ohne Migrationshintergrund, von denen 33% bereits eine Vorsorgevollmacht haben und deutlich weniger (8%) dies nicht planen.

Abb. 68: Vorsorgevollmacht nach Migrationshintergrund

in Prozent



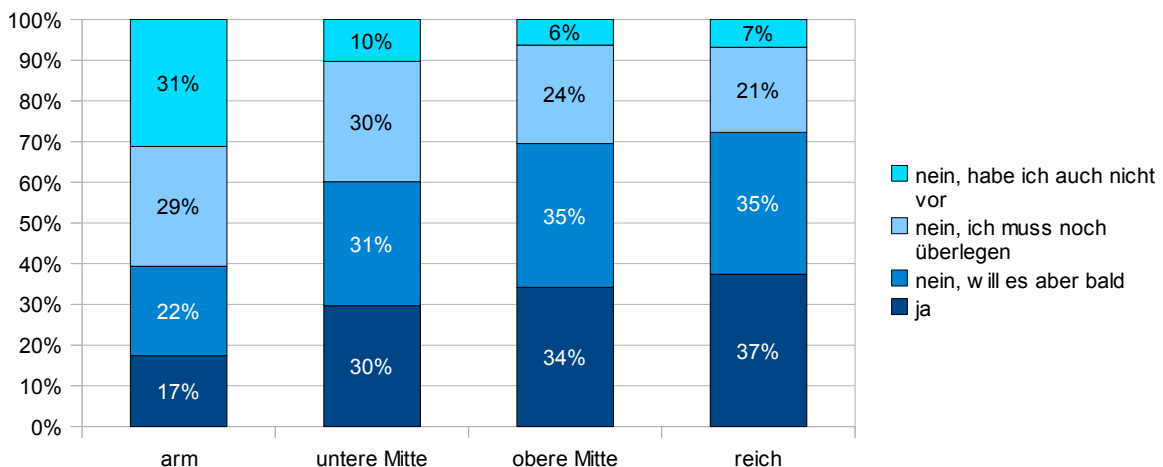
Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.354, p<.001

- Einkommensgruppen

Personen aus armen Haushalten besitzen seltener eine Vorsorgevollmacht (17%) als Personen aus reichen Haushalten (37%). Sie geben auch in deutlich höherem Ausmaß an, diese auch zukünftig nicht für sich erteilen zu wollen (31% der Personen aus armen versus 7% der Personen aus reichen Haushalten).

Abb. 69: Vorsorgevollmacht nach Einkommensgruppen

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.121, p<.001

- Untersuchungsgebiete²⁰⁰

Die höchsten Anteile von Personen, die eine Vorsorgevollmacht besitzen, finden sich im Untersuchungsgebiet am Ackermannbogen (35%), in Obermenzing (34%) und in der Lerchenau bzw. Neuperlach (jeweils 33%). Die geringsten Anteile verzeichnet Ramersdorf (24%) und die Messe-

²⁰⁰ Untersuchungsgebiete n=2.490, p<.001

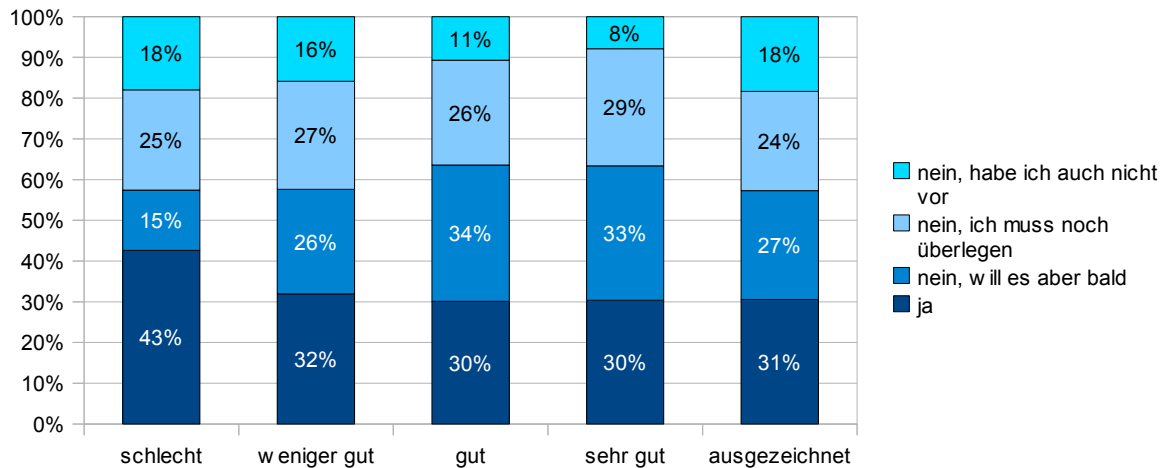
stadt Riem (26%). Die höchsten Anteile von Personen, die diese Möglichkeit für sich auch zukünftig nicht in Betracht ziehen wollen ('nein, habe ich auch nicht vor'), sind in Laim/Kleinhadern (21%), Ramersdorf (19%) und der Messestadt Riem (17%) zu verzeichnen.

- subjektiver Gesundheitszustand

Besonders für Personen mit subjektiv 'schlechtem' Gesundheitszustand könnte es von großem Interesse sein, dass sie ihre gesundheitlichen (und anderen) Belange in ihrem Sinne geregelt haben möchten, sollten sie dies einmal nicht mehr selbst tun können.

Tatsächlich haben 43% der Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand bereits eine Vorsorgevollmacht erteilt, gegenüber jeweils etwa knapp einem Drittel der Personen, die ihren subjektiven Gesundheitszustand besser einschätzen. Gleichzeitig geben jedoch 18% der Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand an, dass sie dies nicht vorhaben ('nein, habe ich auch nicht vor').

Abb. 70: Vorsorgevollmacht nach subjektivem Gesundheitszustand
in Prozent

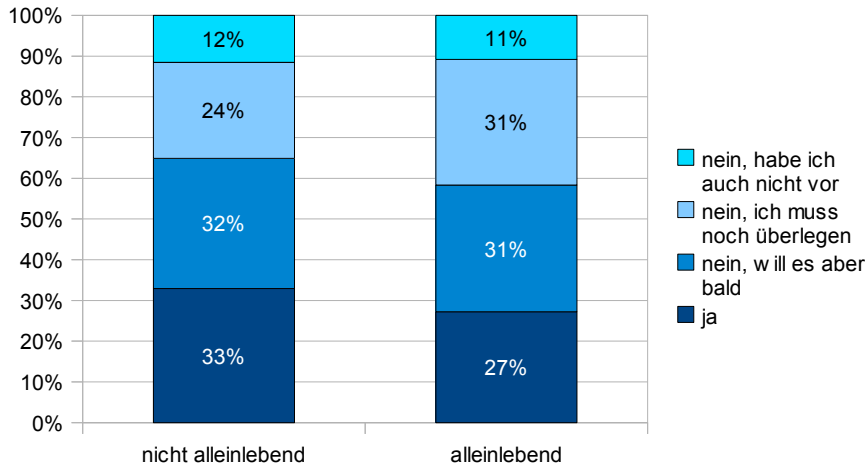


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.440, p<.001

- Alleinlebende

Auch bei Alleinlebenden könnte angenommen werden, dass sie ein besonderes Interesse haben, für den Fall vorzusorgen, wenn sie ihre Angelegenheiten nicht mehr alleine regeln können. Entgegen dieser Erwartungen ist jedoch der Anteil von Personen, die bereits eine Vorsorgevollmacht ausgestellt haben, bei den Alleinlebenden niedriger (27%) als bei den Nicht-Alleinlebenden (33%). Dieses Vorhaben zukünftig anzugehen, lehnen beide Gruppen zu fast gleichen Anteilen (11% versus 12%) ab.

Abb. 71: Vorsorgevollmacht bei Alleinlebenden
in Prozent

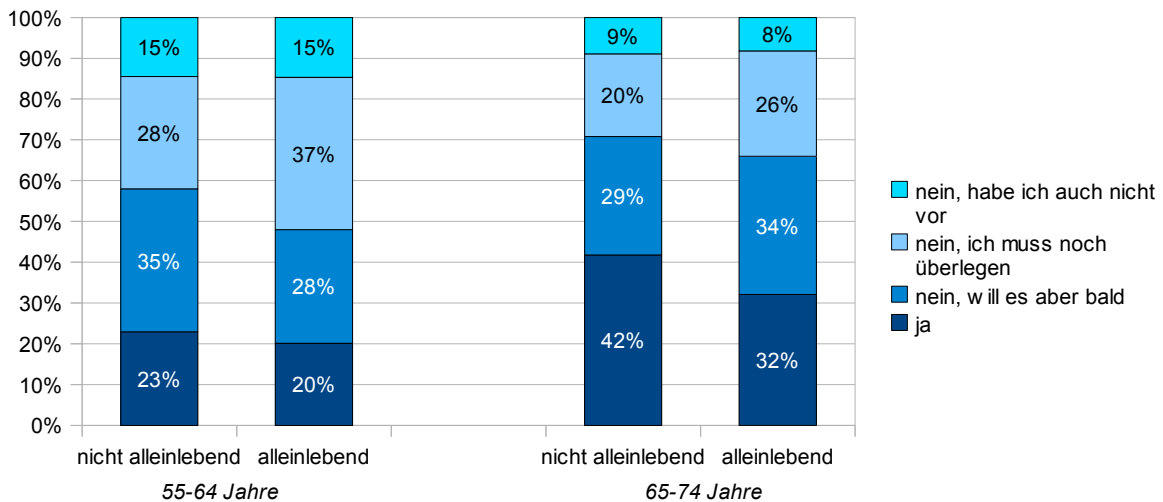


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.455, p<.001

Werden diese Zusammenhänge getrennt für die beiden Altersgruppen analysiert, so zeigt sich, dass innerhalb der Gruppe der Jüngeren die Alleinlebenden etwas seltener bereits eine Vorsorgevollmacht erteilt haben (20%) als die Nicht-Alleinlebenden (23%). Die Älteren besitzen insgesamt zwar häufiger eine Vorsorgevollmacht, aber die Unterschiede zwischen den Alleinlebenden und den Nicht-Alleinlebenden fallen hier besonders hoch aus. Gerade die Alleinlebenden der älteren Gruppe haben im Vergleich zu den Nicht-Alleinlebenden dieser Altersgruppe deutlich weniger häufig eine Vorsorgevollmacht ausgestellt (32% versus 42%).

Ein möglicher Grund mag darin liegen, dass es für Alleinlebende schwieriger sein könnte, eine Vertrauensperson zu bestimmen, wenn beispielsweise keine Partnerin bzw. kein Partner oder keine eigenen Kinder für die Übernahme dieser Aufgaben zur Verfügung stehen. Insofern wäre es nachvollziehbar, dass Alleinlebende – mangels Optionen oder mangels Informationen über Alternativen – von dieser Vorsorgemöglichkeit weniger Gebrauch machen.

Abb. 72: Vorsorgevollmacht bei Alleinlebenden nach Altersgruppen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
55-64 Jahre n=1.084, p<.01, 65-74 Jahre n=1.344, p<0.01

➡ Die deutlichen Unterschiede nach Einkommensgruppen, Migrationshintergrund und teilweise nach Untersuchungsgebieten legen es nahe, gezielte Maßnahmen zur Information über rechtliche Vorsorge für diese Personengruppen, auch regionalspezifisch, durchzuführen. Es gilt, speziell ältere Migrantinnen und Migranten und ältere Menschen mit geringem Einkommen über diese Möglichkeiten zu informieren.

Zu überlegen ist auch, das Thema Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung grundsätzlich häufiger bei gesundheitsbezogenen und sozialen Angeboten für ältere Menschen zu thematisieren.

(HF Spezielle Zielgruppen, HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Armut und Gesundheit)

➡ Für Alleinlebende sollten darüber hinaus vielleicht spezielle Angebote gemacht werden, die auch explizit als Angebote für Alleinlebende angekündigt werden. Es ist anzunehmen, dass diese Zielgruppe oftmals besser im Rahmen einer Gruppe von Personen in ähnlicher Lebenslage informiert werden kann, weil sie sich dort vertrauensvoll über die spezifischen Konstellationen in ihrer Lebenssituation austauschen können. In diesen Veranstaltungen könnte gezielter auf die Lebenslage von Alleinlebenden eingegangen und mit ihnen gemeinsam erarbeitet werden, welche Optionen sie im Hinblick auf Vorsorgemöglichkeiten haben, wenn die üblichen Vertrauenspersonen (eigene Partnerin oder eigener Partner, Kinder, Verwandte) für die Übernahme dieser Aufgaben nicht zur Verfügung stehen.

(HF Spezielle Zielgruppen, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

6.5 Bürgerschaftliches Engagement, soziale Netzwerke und Nachbarschaft

Bürgerschaftliches Engagement kann eine wichtige Unterstützung für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sein, es kann aber auch zum gesundheitlichen Wohlbefinden der Engagierten beitragen. Für das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen ist nicht zuletzt deren Einbindung in soziale Netzwerke von hoher Relevanz²⁰¹. Das Gefühl, gebraucht zu werden, spielt dabei eine nicht unwesentliche Rolle²⁰².

Personen, die einem zur Seite stehen, wenn Probleme auftreten, sind für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine wichtige Ressource (salutogenetischer Ansatz)²⁰³. Sie haben eine „wesentliche Bedeutung bei der besseren Bewältigung von Krankheiten (kurative und rehabilitative Wirkung) und bei der Förderung von Gesundheit auf individueller Ebene und in lokalen Lebenszusammenhängen“²⁰⁴.

Die soziale Unterstützung ist nicht nur eine Frage der Größe des sozialen Netzwerkes, sondern vor allem auch dessen Qualität²⁰⁵. Sie kann inhaltlich verschiedene Aspekte umfassen, u.a. Bereitstellung von Informationen, instrumentelle oder finanziell Unterstützung, emotionale Unterstützung. Nicht zuletzt ist Einsamkeit im Alter ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen wie Depressionen oder in manchen Fällen suizidales Verhalten²⁰⁶.

Im Bereich der Unterstützung und Versorgung von pflegebedürftigen Personen werden die sozialen Netzwerke in Zukunft voraussichtlich insofern an sozialpolitischer Bedeutung gewinnen, als aufgrund demografischer Entwicklungen mit einer Zunahme fehlender verwandtschaftlicher oder sozialer Unterstützungspotenziale zu rechnen ist und diese Entwicklung in der Regel ein Mehr an notwendigen professionellen und sozialstaatlichen Maßnahmen zur Folge hat.

6.5.1 Bürgerschaftliches Engagement

„Weitere Strategien zur Verringerung von Zugangsbarrieren sind stadtteil- bzw. sozialraumbezogene Ansätze, die an der Lebenswelt der Bevölkerung und insbesondere an ihrer Bereitschaft anknüpfen, selbst in ihrem direkten Umfeld tätig zu werden.“

Leitlinie Gesundheit

Auf die Frage, ob sie sich in den letzten 12 Monaten ehrenamtlich oder freiwillig engagiert haben,

201 vgl. Stiehr, Karin (2011): Gesundes Altern durch bürgerschaftliches Engagement. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesund-des-alters-durch-buergerschaftliches-engagement [06.11.2014]

202 Lehr, Ursula (2012): Prävention – eine Notwendigkeit in einer Gesellschaft des langen Lebens. *Forum Public Health* 20(74):2-4

203 Mattig, Thomas (2014): Das Dilemma der Gesundheitsförderung. *Impulse für Gesundheitsförderung* 84:3-4, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

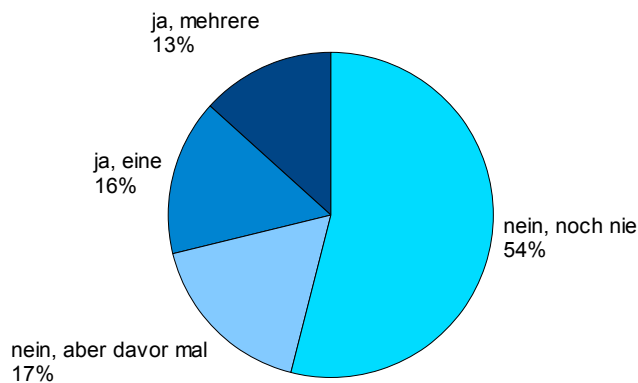
204 Trojan, Alf/Süß, Waldemar (2011): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. S. 501-503, hier S. 501

205 Franzkowiak, Peter (2011): Soziale Unterstützung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. S. 516-520

206 Erlemeier, Norbert (2010): Suizidalität alter Menschen. Entstehungsbedingungen und präventive Strategien. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*. 33(2):50-53

geben 13% der in dieser Studie Befragten an, dass sie sich für 'mehrere' solcher Tätigkeiten engagieren, 16% gehen 'einer' solchen Tätigkeit nach, 17% waren zwar nicht in den letzten 12 Monaten, aber 'davor schon einmal' ehrenamtlich aktiv und 54% berichten, 'noch nie' ehrenamtlich aktiv gewesen zu sein²⁰⁷.

Abb. 73: Ehrenamtliches Engagement
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.675

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht, Altersgruppen und für Alleinlebende.

Dagegen sind die Unterschiede nach Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Bildungsstatus, Untersuchungsgebieten und subjektivem Gesundheitszustand signifikant.

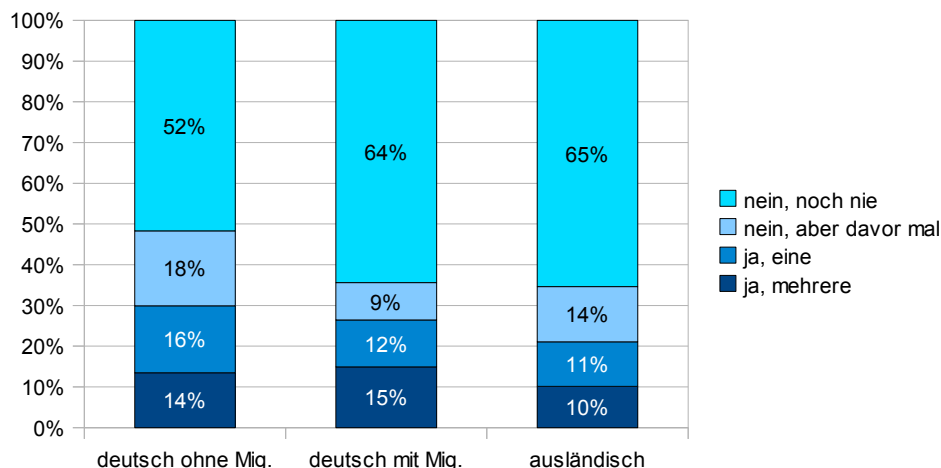
- Migrationshintergrund

Deutsche mit und ohne Migrationshintergrund gleichen sich stark in ihrem Engagement ('ja, eine'/'ja, mehrere'), lediglich Ausländerinnen und Ausländer weisen hier etwas geringere Werte auf. Deutliche Unterschiede zeigen sich in der Kategorie 'nein, noch nie'. Während 52% der Deutschen ohne Migrationshintergrund dies angeben, sind es 64% der Deutschen mit Migrationshintergrund und 65% der Ausländerinnen und Ausländer.

Offen bleibt an dieser Stelle die Frage, ob Befragte mit Migrationshintergrund ein ähnliches Verständnis von 'ehrenamtlichen' oder 'freiwilligen' Tätigkeiten haben wie Befragte ohne Migrationshintergrund und Unterschiede im angegebenen Engagement (d.h. Antwortverhalten) eventuell zumindest teilweise auf ein unterschiedliches Begriffsverständnis zurückgeführt werden können.

207 Frage: Wir interessieren uns für all Ihre ehrenamtlichen oder freiwilligen Tätigkeiten, die Sie für einen Verein oder für eine Organisation ausüben – egal ob unbezahlt oder gegen geringe Aufwandsentschädigung. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere solche Tätigkeiten ausgeführt?
Antwortkategorien: ja, mehrere – ja, eine – nein, aber davor mal – nein, noch nie

Abb. 74: Ehrenamtliches Engagement nach Migrationshintergrund
in Prozent

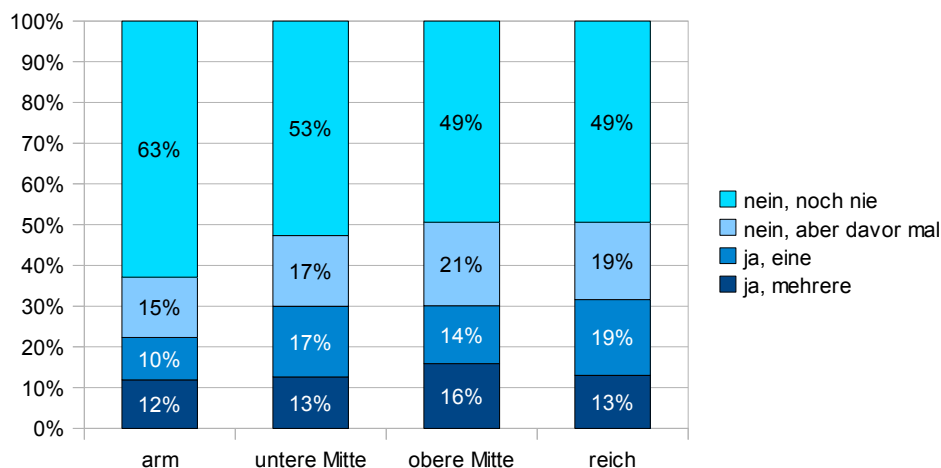


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.537, p<.001

- Einkommensgruppen

Bei den Einkommensgruppen zeigen sich vor allem große Unterschiede bei den Personen, die sich noch nie engagiert haben: jeweils 49% der Personen aus reichen Haushalten und Haushalten der oberen Mitte, 53% der unteren Mitte und mit 63% ein deutlich höherer Anteil der Personen aus armen Haushalten haben sich 'noch nie' engagiert.

Abb. 75: Ehrenamtliches Engagement nach Einkommensgruppen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.277, p<.01

- Bildungsstatus²⁰⁸

Personen mit Hochschulabschluss engagieren sich am häufigsten (18% 'ja, mehrere'), gefolgt von Befragten mit Abitur (16%), mittlerer Reife (12%) und Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss (9%). Von den Befragten mit Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss waren 65% 'noch nie' ehrenamtlich engagiert, gegenüber 46% der Personen mit Hochschulabschluss.

- Untersuchungsgebiete

Werden die einzelnen Untersuchungsgebiete betrachtet, so zeigen sich teilweise deutliche und interessante Unterschiede. Während beispielsweise 23% der Befragten am Ackermannbogen angegeben, sogar 'mehrere' ehrenamtliche Tätigkeiten in den letzten 12 Monaten ausgeübt zu haben, sind es mit 7% deutlich weniger in den Zentralen Bahnflächen und jeweils 9% in Laim/Kleinha-

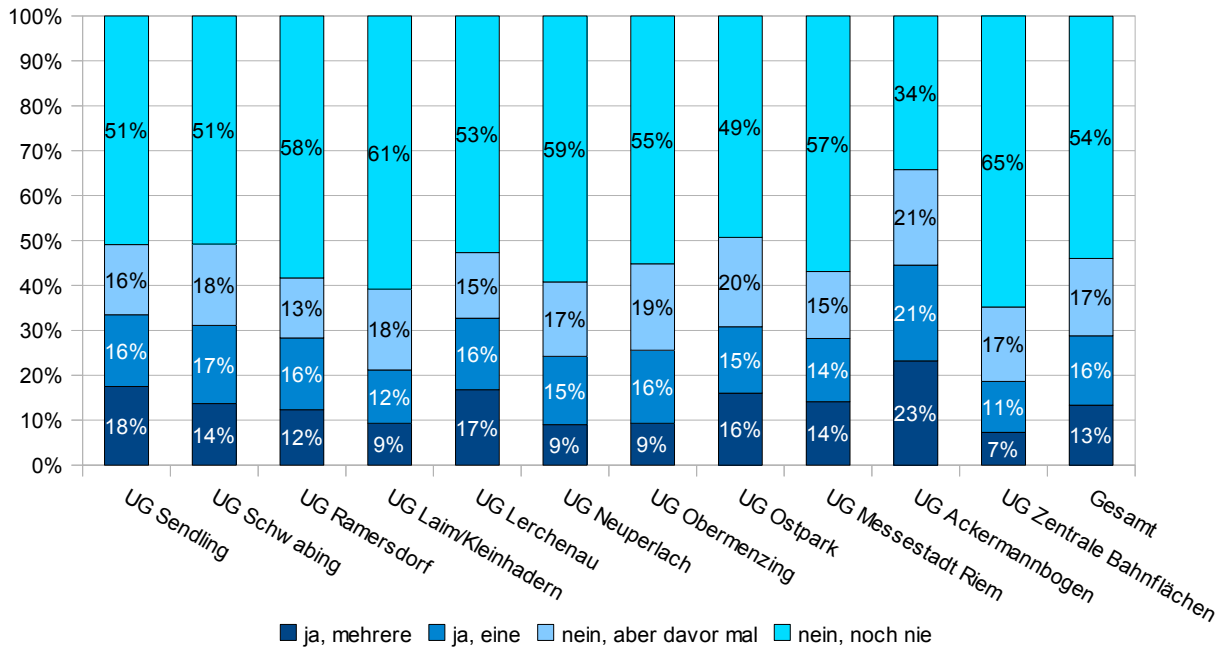
208 Bildungsstatus n=2.583, p<.001

dern, Neuperlach und Obermenzing.

Das hohe Engagement bzw. der geringe Anteil von Personen, die noch nie ehrenamtlich engagiert waren, lässt sich im im Untersuchungsgebiet am Ackermannbogen vermutlich auf den dort sehr aktiven Nachbarschaftstreff (inklusive Cafeteria) und die stark genossenschaftlich geprägte Bau- und Wohnstruktur zurückführen.

Abb. 76: Ehrenamtliches Engagement nach Untersuchungsgebieten

in Prozent

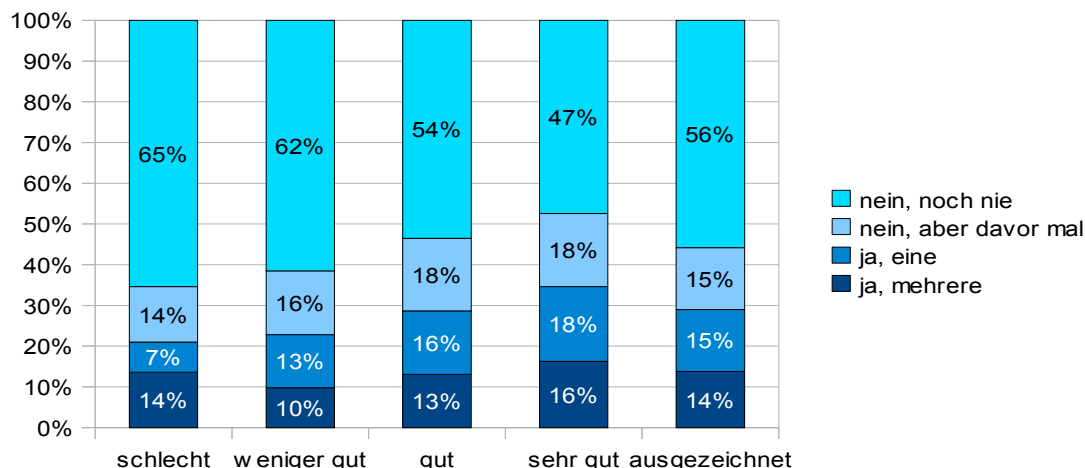


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.675, p<.001

- subjektiver Gesundheitszustand

Unterschiede zeigen sich ebenfalls, wenn der subjektive Gesundheitszustand in die Analysen einbezogen wird. Interessant ist an dieser Stelle, dass Personen mit 'schlechtem' oder 'weniger gutem' Gesundheitszustand zwar öfter 'noch nie' engagiert waren, aber in ähnlicher Weise mehrfach ('ja, mehrere') engagiert sind wie Personen mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand. Dieses Ergebnis zeigt zunächst, dass sich auch gesundheitlich beeinträchtigte Personen in hohem Maße engagieren. Und es ist vielleicht auch als Hinweis darauf zu interpretieren, dass Bürgerschaftliches Engagement für Personen mit schlechterem Gesundheitszustand eine wichtige (salutogenetische) Ressource darstellt. Bürgerschaftliches Engagement kann dazu beitragen, dass sich Personen trotz eigener Einschränkungen in ihrem Engagement für andere (Aspekt der Teilgabe) als selbstwirksam und kompetent erleben können (Stichwort Teilgabe).

Abb. 77: Ehrenamtliches Engagement nach subjektiven Gesundheitszustand
in Prozent

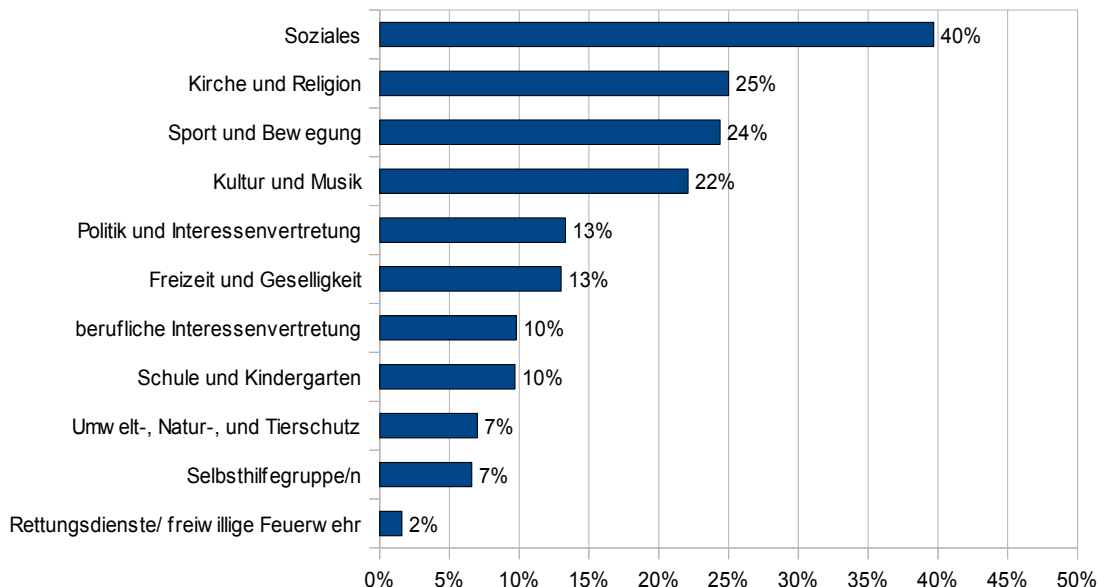


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.623, p<.01

Bereiche des ehrenamtlichen Engagements

Von den Personen, die angeben, in den letzten Monaten 'eine' oder 'mehrere' ehrenamtliche Tätigkeiten ausgeführt zu haben, engagieren sich die meisten im sozialen Bereich (40%)²⁰⁹. 25% sind beispielsweise im Bereich Kirchen und Religion aktiv, weitere 24% im Bereich von Sport und Bewegung, 7% in Selbsthilfegruppen, 7% im Umwelt- oder Tierschutz und 2% bei Rettungsdiensten/freiwilliger Feuerwehr.

Abb. 78: Bereiche des ehrenamtlichen Engagements
Mehrfachnennung, in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=1.206

209 Frage: In welchen der folgenden Bereiche sind Sie aktiv engagiert (z.B. im Verein, einer Initiative, einer Selbsthilfegruppe)?
Antwortvorgaben: Sport und Bewegung – Schule und Kindergarten – Freizeit und Gesellschaft – Kirche und Religion – Kultur und Musik – Soziales – Politik und Interessenvertretung – berufliche Interessenvertretung – Rettungsdienste/freiwillige Feuerwehr – Umwelt, Natur- und Tierschutz – Selbsthilfegruppe/n

„In der Gesundheitsförderung kommt der Beteiligung der Betroffenen bei der Planung und Durchführung von Projekten und Maßnahmen ein hoher Stellenwert zu (Partizipation). Geeignete Maßnahmen und Strategien sollen die Betroffenen in die Lage versetzen, ihre Interessen selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten (Empowerment).“

Leitlinie Gesundheit

➔ Die Möglichkeit, sich ehrenamtlich zu engagieren, bedeutet in der Regel ein gewisses Maß an Teilhabe an der Gesellschaft. Seit längerem wird vor allem im Kontext der Debatte um Inklusion der Begriff der Teilgabe in die Diskussion eingebracht²¹⁰. Neben dem Recht auf Teilhabe an der Gesellschaft geht es um die Anerkennung dessen, dass Menschen mit Behinderungen (oder Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen) einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten und das Wissen um Wege, wie sie durch 'Teilgabe' aktiv an der Gestaltung der Gesellschaft mitwirken können. Menschen mit Beeinträchtigungen können so die ihnen oft zugewiesene Rolle der Hilfeempfängerinnen bzw. Hilfeempfänger verlassen und in der Rolle von Gebenden wichtige gesellschaftliche Beiträge leisten. Das hohe Engagement gesundheitlich Benachteiligter in dieser Studie unterstützt diese Überlegungen.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass durchaus Potenzial bzw. Bereitschaft zu bürgerschaftlichem Engagement bei den in der Studie Befragten vorhanden ist. Diese Ressourcen gilt es bei Maßnahmen zur Ausgestaltung von gesundheitsförderlichen Settings aufzugreifen. Nicht zuletzt deshalb, weil Partizipation und Empowerment der Beteiligten wichtige Voraussetzungen für das Gelingen solcher Maßnahmen sind²¹¹.

Besonders stark wird diese Perspektive in Projekten des 'Community Organizing' realisiert.

Es gilt darauf zu achten, sozialelektive Beteiligungsformen zu vermeiden und zielgruppenspezifische, niederschwellige Angebots- und Partizipationsformen zu entwickeln.

In diesem Sinne sollten gerade für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen bzw. mit anderen sozialen Benachteiligungen Möglichkeiten geschaffen werden, wie sich diese Gruppen an der Gesellschaft aktiv beteiligen können und ihren Beitrag zu einem gelingenden Miteinander leisten können (Teilgabe), sofern sie dies möchten.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Spezielle Zielgruppen, HF Nachbarschaft)

➔ Werden Empowerment und Partizipation bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen wirklich ernst genommen, bedeutet das auch, Fördergelder nicht ausschließlich oder vorrangig für vorab von Professionellen entwickelte Maßnahmen auszugeben, die dann lediglich noch 'an' den Bürgerinnen und Bürgern umgesetzt werden. Vielmehr geht es darum, ausreichende Ressourcen zur Verfügung zu stellen, damit Bürgerinnen und Bürger selbst (gegebenenfalls mit Unterstützung Professioneller) die passenden Maßnahmen im Sozialraum entwickeln können.

(HF Partizipation, HF Nachbarschaft)

➔ Selbsthilfegruppen gelten inzwischen längst und unumstritten als wichtige Angebotsform – auch im gesundheitlichen Bereich – jenseits von staatlichem oder marktwirtschaftlichem Geschehen²¹². Selbsthilfeaktivitäten sind jedoch auf unterstützende Rahmenbedingungen angewiesen, um gleichermaßen für alle Zielgruppen zugänglich sein zu können.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

210 vgl. Dörner, Klaus (2010): Bürgergesellschaft, Selbsthilfe und Sozialraumorientierung. Vortrag. <http://www.dag-shg.de/data/Dokumentationen/2010/DAGSHG-Jahrestagung-10-Plenarvortrag-Doerner.pdf> [21.01.2015]; ;siehe auch beispielsweise ein Seminarangebot zu Inklusion durch Teilgabe. <http://bcis-bildung.de/?event=inklusion-durch-teilgabe-2> [27.08.2014]

211 Bunge, Christiane (2012): Potenziale für mehr Umweltgerechtigkeit – Handlungsfelder und Instrumente einer integrierten Strategie. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 175-189

212 Trojan, Alf/Kofahl, Christopher (2011): Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 491-496

6.5.2 Unterstützendes Netzwerk

Das Vorhandensein eines unterstützenden Netzwerks gilt ebenfalls als Ressource im Sinne des salutogenetischen Modells. Die Befragten wurden deshalb um eine Einschätzung zu verschiedenen Aspekten von Unterstützung und Netzwerkressourcen gebeten²¹³.

Etwa ein Viertel der Befragten gibt an ('trifft voll zu'), dass

- sie genug Menschen haben, die ihnen helfen würden, wenn sie Probleme haben (24%)
- es genug Menschen gibt, denen sie sich eng verbunden fühlen (24%).

Und ein weiteres Fünftel ist der Überzeugung, dass sie

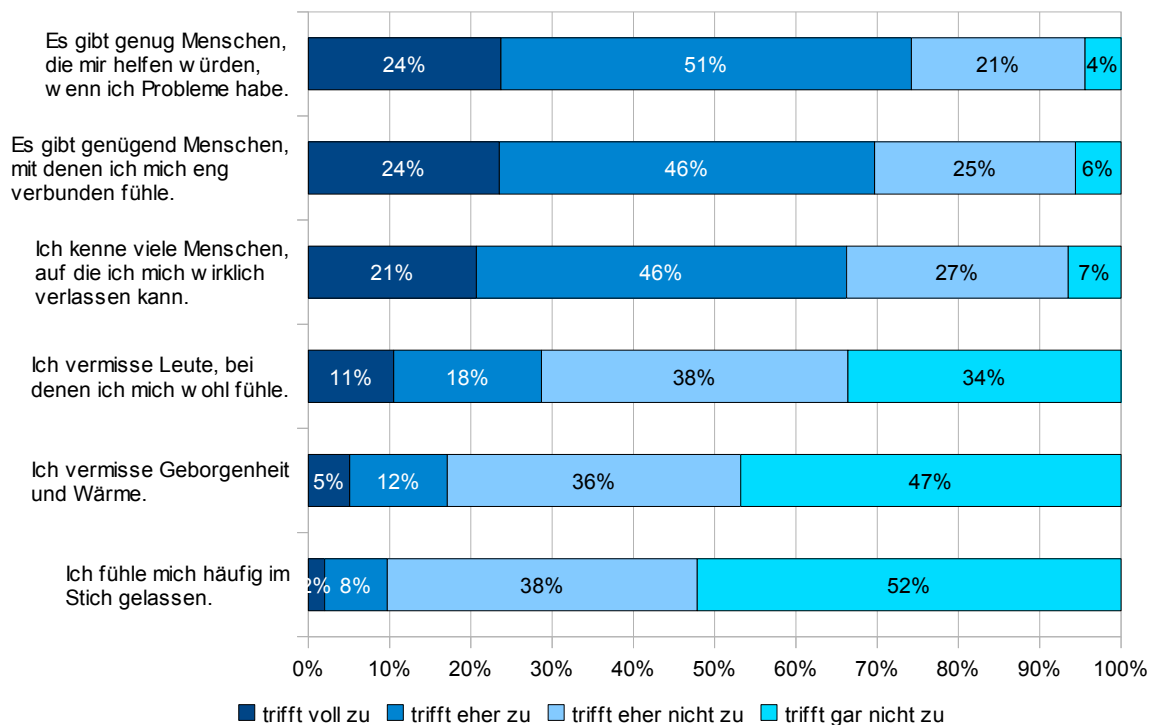
- viele Menschen kennen, auf die sich verlassen können (21%).

Diese Personen verfügen demnach über ein vergleichsweise hohes Potenzial an sozialen Ressourcen in ihrem Netzwerk.

Demgegenüber steht jedoch jeweils ein Viertel bis ein Drittel der Befragten, für die dies 'gar nicht'/'eher nicht' zutrifft. Hier fehlt es an sozialen Ressourcen.

Darüber hinaus geben 10% der Befragten an ('trifft voll'/'eher zu'), dass sie sich häufig im Stich gelassen fühlen. Und weitere 17% vermissen ('trifft voll'/'eher zu') Geborgenheit und Wärme. 29% ('trifft voll'/'eher zu') vermissen Menschen, bei denen sie sich wohlfühlen.

Abb. 79: Ressourcen im sozialen Netzwerk
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.476 / 2.544 / 2.495 / 2.496 / 2.457 / 2.431

Unterstützung durch andere in Problemlagen

Beispielhaft werden die folgenden Analysen für das Item 'Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe' durchgeführt.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung dieses Items nach Altersgruppen, Migrationshintergrund, Bildungsstatus und Untersuchungsgebieten und für Alleinlebende.

²¹³ Frage: Im Folgenden geht es um die Beziehungen zu anderen Menschen. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die Aussagen auf Sie zutreffen. Wenn Sie nicht ganz sicher sind, wählen Sie die Antwort, die Ihrer Meinung am nächsten kommt.
Antwortkategorien: trifft voll zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu – weiß nicht
Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angekreuzt hatten.

Signifikante Unterschiede liegen vor nach Geschlecht, Einkommensgruppen und subjektivem Gesundheitszustand.

- Geschlecht²¹⁴

Männer verfügen in der Regel über weniger verbindliche soziale Netzwerke und suchen in Problemsituation seltener soziale Unterstützung. Häufig sind ihre sozialen Netzwerke über die Beziehungsarbeit ihrer Partnerinnen vermittelt²¹⁵.

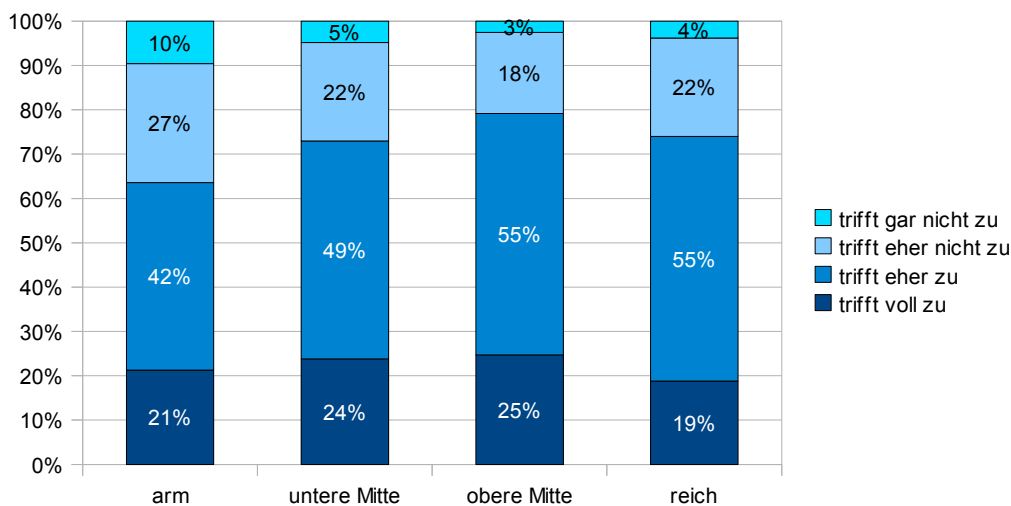
Auch die Studiendaten lassen erkennen, dass Frauen über höhere Unterstützungspotenziale in Problemlagen verfügen als Männer. 28% der Frauen gegenüber 18% der Männer sind der Ansicht, es 'trifft voll zu', dass es genug Menschen gibt, die ihnen helfen würden, wenn sie Probleme hätten. Für 5% der Frauen bzw. 4% der Männer ist diese Aussage jedoch 'gar nicht zutreffend'.

- Einkommensgruppen

Die signifikanten Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen verlaufen nicht einheitlich in eine Richtung. Insgesamt betrachtet verfügen Personen aus armen Haushalten jedoch über besonders wenig Unterstützungspotenzial. 10% der Personen aus armen Haushalten schätzen ihr Unterstützungspotenzial in dieser Hinsicht als 'gar nicht' ausreichend ein und weitere 27% als 'eher nicht' ausreichend, gegenüber 5% bzw. 22% der Personen in Haushalten der unteren Mitte, 3% bzw. 18% der oberen Mitte und 4% bzw. 22% der Personen in reichen Haushalten.

Abb. 80: Vorhandensein von unterstützenden Personen nach Einkommensgruppen
in Prozent

Item: „Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe“



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.128, p<.001

- subjektiver Gesundheitszustand

Während 2% der Personen mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand angeben, sie hätten nicht genügend Personen, die ihnen bei Problemen helfen würden ('trifft gar nicht zu'), sind es bei Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand mit 13% deutlich mehr. Oder anders ausgedrückt: Das Unterstützungspotenzial ist bei Personen mit subjektiv 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand deutlich höher (41% 'trifft voll zu') als bei Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand (27%) oder mit 'weniger gutem' Gesundheitszustand (19%).

Dennoch gibt es bei Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand durchaus Ressourcen im sozialen Netzwerk, denn immerhin geben insgesamt 63% an, dass Menschen vorhanden sind, die ihnen bei Problemen helfen würden ('trifft eher'/'trifft voll zu') – wenngleich diese Ressourcen mit insgesamt 82% bei Personen mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand deutlich höher ausgeprägt sind.

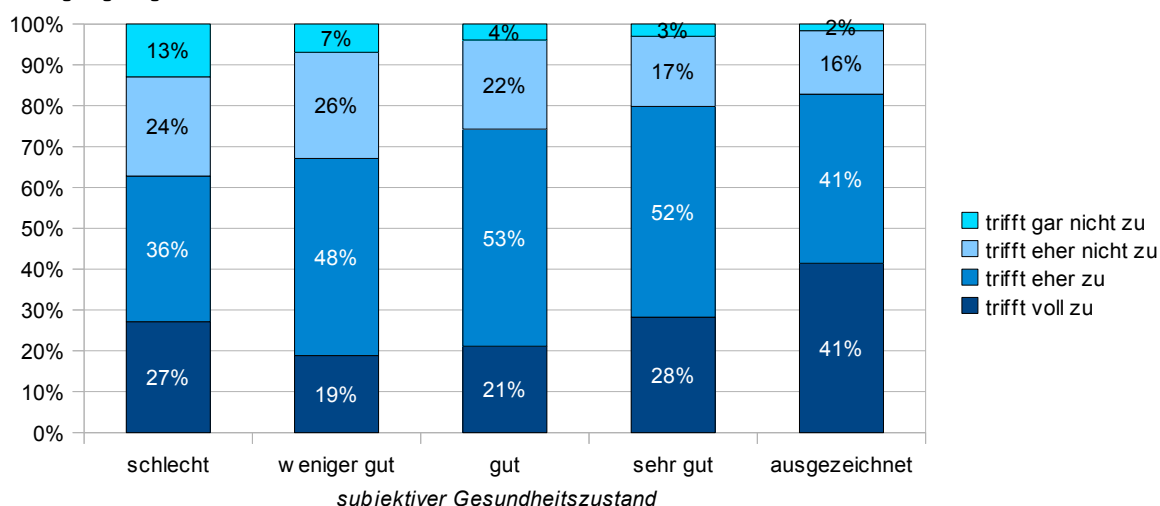
214 Geschlecht n=2.458, p<.001

215 Faltermaier, Toni (2011): Männliche Identität und Gesundheit: Bedarf, theoretische Perspektiven und Ansätze für eine männerspezifische Gesundheitsförderung. in: BZgA (Hrsg): Gesundheit von Jungen und Männern. Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung. S. 29-43

Abb. 81: Vorhandensein von unterstützenden Personen nach subjektivem Gesundheitszustand

in Prozent

Item: „Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe“



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.428, p<.001

Schätzung für die gesamte LH München

Auch wenn die Ergebnisse aus methodischen Gründen nicht als repräsentativ für alle Münchnerinnen und Münchner zwischen 55 und 74 Jahren gelten können, erscheint es an dieser Stelle sinnvoll, eine ungefähre Schätzung vorzunehmen, wie hoch die absolute Anzahl von Personen in etwa sein könnte, deren Ressourcen im sozialen Netzwerk besonders gering sind.

Werden beispielsweise die 4,4% der Befragten aus allen Untersuchungsgebieten, die angeben, dass sie nicht ('trifft gar nicht zu') über genug Personen verfügen, die ihnen helfen würden, wenn sie Probleme haben, als Basis genommen und auf die 55 bis 74-Jährigen in der gesamten LH München hochgerechnet, so ergeben sich geschätzt fast 13.000 Personen in dieser Altersgruppe, für die diese Aussage gelten würde²¹⁶.

Bei der Frage nach dem Vorhandensein von Menschen im Umfeld, auf die sich die Befragten wirklich verlassen können, geben über alle Untersuchungsgebiete hinweg 6,5% der Befragten an, dass dies 'gar nicht zutrifft'. Das entspricht einer für die gesamte LH München geschätzten Anzahl von 19.000 Personen zwischen 55 und 74 Jahren.

Diese (groben und nur eingeschränkt gültigen) Schätzungen zeigen, dass – obwohl die relativen Anteile mit 4,4% bzw. 6,5% bei diesen Fragestellungen vielleicht zunächst gering und vernachlässigbar erscheinen – innerhalb der LH München eine geschätzte absolute Anzahl von Personen (in der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren) in Größe einer Kleinstadt vorhanden ist, deren soziales Netzwerk ihnen keine oder nur geringe Unterstützung bietet.

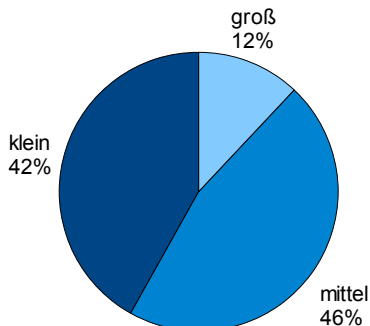
➡ Für Planungen im Bereich gesundheitlicher Prävention oder Versorgung und von sozialen Hilfen sind diese Zahlen höchst relevant, insbesondere da davon auszugehen ist, dass nicht nur unter den 55 bis 74-Jährigen Personen mit prekären sozialen Netzwerken zu finden sind, sondern auch verstärkt bei der Gruppe der Hochaltrigen. Hier gilt es mit adäquaten, zugehenden, niedrigschwelligen und präventiven Angeboten diese Personen gezielt zu unterstützen. (HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Nachbarschaft, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

216 Datengrundlage für die Schätzung: LHM Statistisches Amt, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung, Stand Dez. 2013

6.5.3 Größe des Freundeskreises und Unterstützungspotenziale

Die Angaben zur Größe des Freundeskreises stellen eine subjektive Einschätzung der Befragten dar²¹⁷. 12% besitzen nach eigener Einschätzung einen 'großen', 46% einen 'mittleren' und 42% einen eher 'kleinen' Freundeskreis.

Abb. 82: Subjektive Einschätzung der Größe des Freundeskreises
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.647

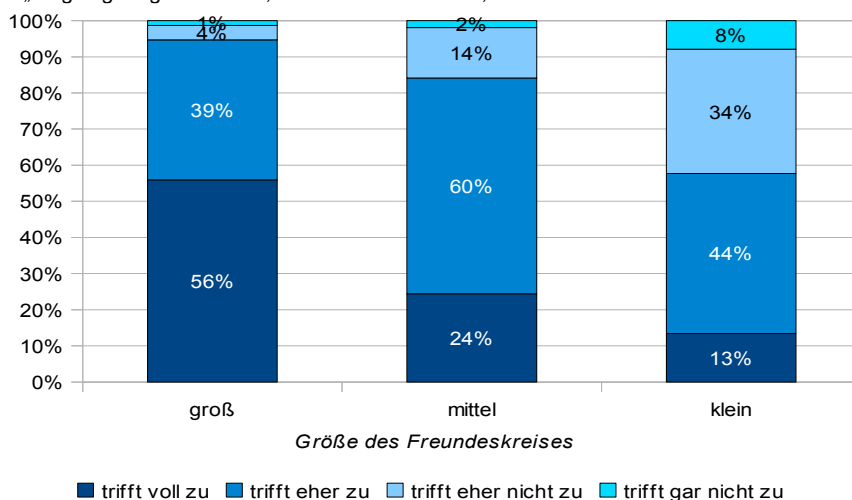
Größe des Freundeskreises und Unterstützungspotenziale

Zwar ist ein großer Freundeskreis keine Garantie für ausreichende Unterstützung im Notfall. Und ein kleiner Freundeskreis bedeutet nicht zwangsweise, dass die Unterstützung unzureichend ist. Allerdings weisen die weiteren Analysen doch auf einen deutlichen Zusammenhang hin, wonach ein größerer Freundeskreis die Chancen auf Unterstützung erhöht.

Die drei nachfolgenden Berechnungen bzw. Abbildungen zeigen, dass Personen mit einem großen Freundeskreis häufiger über ausreichend Menschen verfügen, die ihnen bei Problemen helfen würden. Sie stimmen auch deutlich häufiger der Aussage zu, dass sie viele Menschen kennen, auf die sie sich verlassen können. Und sie fühlen sich seltener im Stich gelassen.

Abb. 83: Unterstützung bei Problemen nach Größe des Freundeskreises
in Prozent

Item: „Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe.“

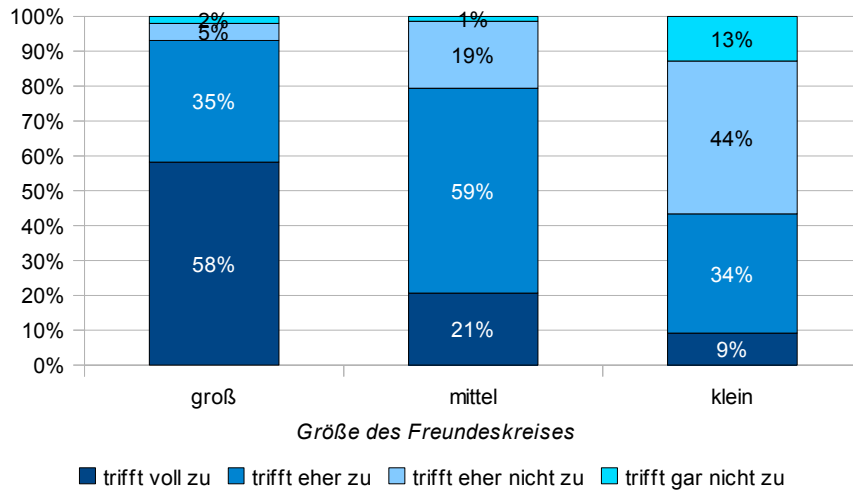


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.410, p<.001

217 Frage: Wie groß ist Ihr Freundeskreis am Ort?
Antwortkategorien: groß – mittel – klein – weiß nicht
Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angekreuzt hatten.

Abb. 84: Verlässlichkeit des sozialen Netzwerkes nach Größe des Freundeskreises
in Prozent

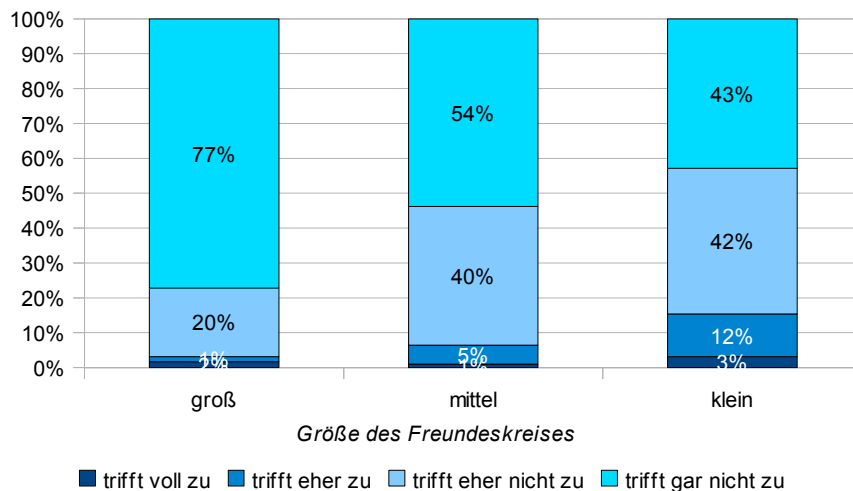
Item: „Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich verlassen kann.“



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.431, p<.001

Abb. 85: Gefühle des im Stich gelassen Werdens nach Größe des Freundeskreises
in Prozent

Item: „Ich fühle mich häufig im Stich gelassen.“



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.364, p<.001

Größe des Freundeskreis differenziert nach spezifischen Zielgruppen

Die Größe des Freundeskreises ist demnach in der Regel ein deutlicher Hinweis auf vorhandene oder aktivierbare Unterstützungspotenziale, z.B. im Krankheitsfall oder bei anderen Problemen. Und kleinere Netzwerke sind insofern vulnerabler, als bereits der Ausfall einzelner Personen eine starke Lücke im Netzwerk bedeuten kann.

Ergeben sich folglich Hinweise auf Unterschiede in der Größe des Freundeskreises bei spezifischen Zielgruppen, kann dies zumindest als Hinweis auf möglicherweise unzureichende Unterstützungspotenziale interpretiert werden.

Es zeigen sich bei diesen Analysen keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht und Altersgruppen. Dagegen sind die Unterschiede nach Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Untersuchungsgebieten und für Alleinlebende signifikant, ebenso bezüglich des subjektiven Gesundheitszustands.

- Migrationshintergrund²¹⁸

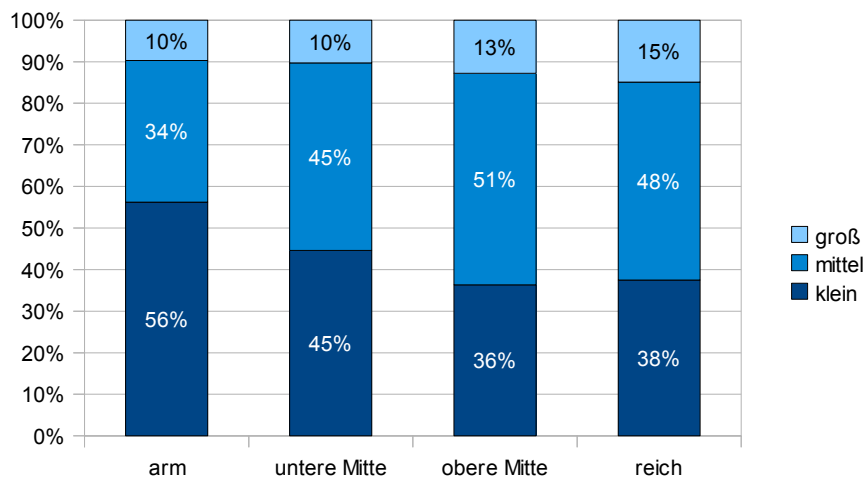
Nach Migrationshintergrund differenziert lassen sich signifikante Unterschiede nachweisen, die jedoch keine einheitliche Richtung erkennen lassen. Deutsche mit Migrationshintergrund (57%) und Ausländerinnen und Ausländer (52%) geben häufiger einen 'kleinen' Freundeskreis an als Deutsche ohne Migrationshintergrund (40%). Deutsche ohne Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländer geben mit 13% bzw. 12% jeweils häufiger an, einen 'großen' Freundeskreis zu besitzen als Deutsche mit Migrationshintergrund (7%).

- Einkommensgruppen

Personen aus armen Haushalten geben deutlich häufiger (56%) als beispielsweise Personen aus reichen Haushalten (38%) an, einen 'kleinen' Freundeskreis zu haben. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass es für Personen aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischen Status schwieriger sein könnte, für sich ausreichend Unterstützung, z.B. bei Krankheit, zu organisieren. Hinzu kommt, dass es für diese Haushalte schwerer ist, professionelle – und damit meist zusätzlich selbst zu finanzierende – Hilfen zu organisieren.

Abb. 86: Subjektive Einschätzung der Größe des Freundeskreises nach Einkommensgruppen

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.250, p<.001

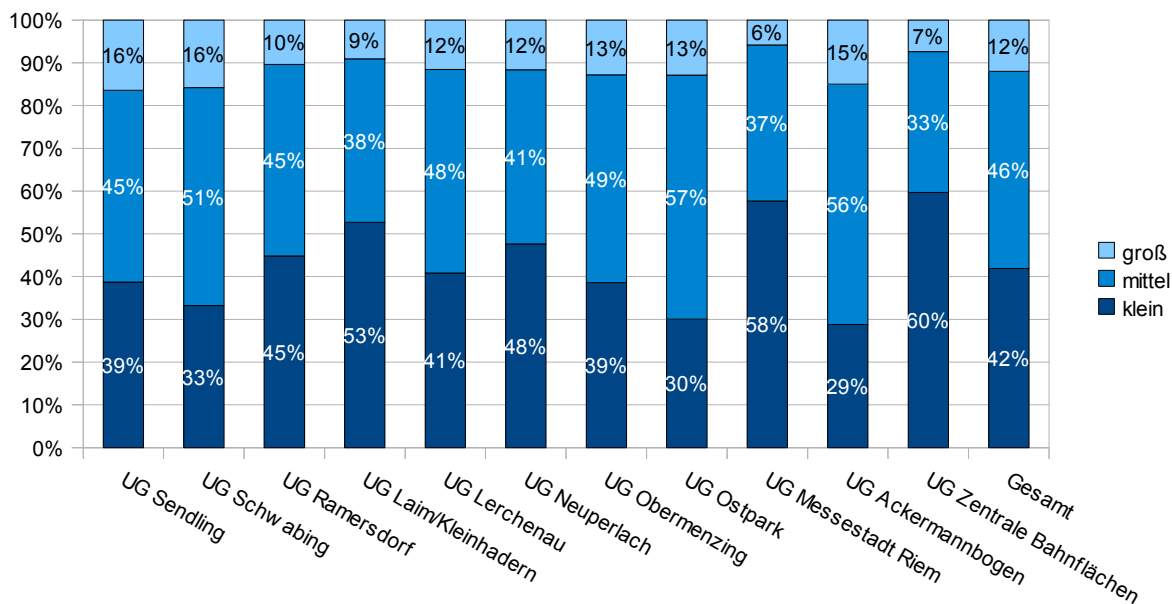
- Untersuchungsgebiete

Es zeigen sich signifikante Unterschiede in den Untersuchungsgebieten, die teilweise die sozialen Unterschiede in den Quartieren widerspiegeln. So geben beispielsweise Personen im Untersuchungsgebiet Laim/Kleinhadern oder in Neuperlach vergleichsweise häufig an, 'kleine' Freundeskreise zu haben. Besonders auffällig sind die Messestadt Riem (als bereits länger bestehendes Neubaugebiet) und die Zentralen Bahnflächen (als eher junges Neubaugebiet), da in beiden Gebieten häufiger 'kleine' Freundeskreise angegeben werden. Ist dies in den Zentralen Bahnflächen noch über die kurze Wohndauer zu erklären, ist dieses Ergebnis für die bereits länger bestehende Messestadt Riem vielleicht doch überraschend. Zumal sich im Neubaugebiet am Ackermannbogen die Situation anders darstellt und die Bewohnerinnen und Bewohner dort häufig 'größere' Freundeskreise besitzen. Letzteres ist vermutlich zumindest teilweise auf den hohen Anteil an genossenschaftlichen Wohnformen am Ackermannbogen zurückzuführen.

218 Migrationshintergrund n=2.504, p<.001

Abb. 87: Subjektive Einschätzung der Größe des Freundeskreises nach Untersuchungsgebieten

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.647, <.001

- **Alleinlebende²¹⁹**

Alleinleben bedeutet zwar nicht, dass Menschen über keinerlei nahe Familienangehörige verfügen, die als Unterstützungspotenzial aktiviert werden können. Für Alleinlebende ist dennoch davon auszugehen, dass soziale Netzwerke, insbesondere Freundinnen und Freunde in unmittelbarer räumlicher Nähe, von besonderer Bedeutung sind, da sie in der Regel nicht zeitnah auf eine Partnerin oder einen Partner zurückgreifen können, wenn Hilfe akut benötigt wird.

Die Unterschiede zwischen Alleinlebenden und Nicht-Alleinlebenden bezüglich der Größe des Freundeskreises sind statistisch zwar signifikant, in der Ausprägung jedoch eher gering. 11% der Alleinlebenden versus 13% der Nicht-Alleinlebenden geben an, einen 'großen' Freundeskreis zu haben. 45% der Alleinlebenden versus 40% der Nicht-Alleinlebenden haben einen 'kleinen' Freundeskreis.

Werden diese Analysen zusätzlich nach Geschlecht differenziert, so zeigen sich bei den Frauen keine signifikanten Unterschiede, bei den Männern hingegen schon²²⁰. 51% der alleinlebenden Männern verfügen über einen 'kleinen' Freundeskreis, während dies bei den nicht-alleinlebenden Männern mit 41% deutlich weniger sind. D.h. alleinlebende Männer befinden sich in einer besonders prekären Lage.

- **subjektiver Gesundheitszustand**

Wie bereits aufgezeigt, ist ein größerer Freundeskreis tendenziell mit einem Mehr an Unterstützungspotenzial, z.B. im Krankheitsfall, verbunden. Werden der Gesundheitszustand und die Größe des Freundeskreises gemeinsam betrachtet, zeigt sich eine deutliche Tendenz: je schlechter der subjektive Gesundheitszustand der Personen, desto häufiger geben diese an, einen 'kleinen' Freundeskreis zu besitzen und verfügen damit in der Regel über geringere soziale Ressourcen, auch bei der Bewältigung eventueller Erkrankungen.

Ob es sich dabei um einen kausalen Zusammenhang handelt bzw. in welche Richtung der Zusammenhang verläuft, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Es kann sowohl sein, dass Personen mit schlechterem Gesundheitszustand Freundschaften verlieren oder Personen mit einem kleineren Freundeskreis häufiger krank werden.

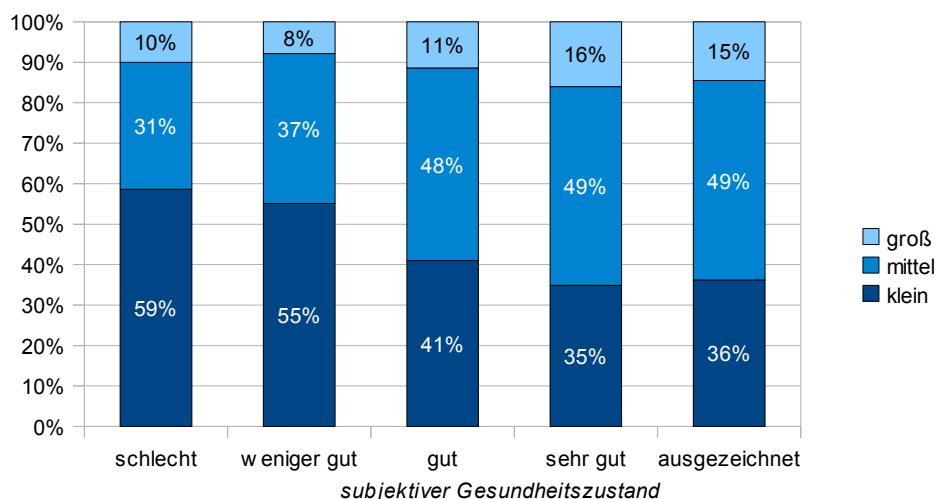
Aus planerischer Sicht ist das Ergebnis – unabhängig von kausalen Zusammenhängen – insofern relevant, als angenommen werden kann, dass Personen mit schlechterem Gesundheitszustand über weniger Ressourcen und Unterstützungspotenzial in ihren sozialen Netzen verfügen.

219 Alleinlebende n=2.606, p<.05

220 Alleinlebende und Geschlecht: weiblich n=1.460, nicht sig., männlich n=1.130, p<.05

Abb. 88: Subjektive Einschätzung der Größe des Freundeskreises nach subjektivem Gesundheitszustand

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.593, p<.001

➔ Für die Gesundheits- und Sozialplanung bedeuten diese Ergebnisse, dass Personen mit geringeren Unterstützungspotenzialen vermutlich häufiger auf professionelle Unterstützungsangebote angewiesen sind (vgl. auch → Kap. 6.5.2), die teilweise über das System der Krankenversicherung oder den Gesundheitsmarkt, teilweise aber auch als Daseinsvorsorge von den Kommunen, z.B. im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder vielfältigen sozialen und präventiven Angeboten, gewährleistet werden müssen. Besonders gilt dies für Personen mit geringem Einkommen und mit schlechterem Gesundheitszustand.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Nachbarschaft)

➔ Da Männer über weniger Unterstützungspotenziale verfügen als Frauen (vgl. auch → Kap. 6.5.2), sollte bei der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Angeboten diesem Aspekt eine wichtige Bedeutung zukommen. Dies gilt umso mehr für alleinlebende Männer. Hier sollten verstärkt Angebote zur Förderung von Teilhabe und Begegnung für alleinlebende Männer angeboten werden.

(HF Spezielle Zielgruppen, HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Nachbarschaft)

6.5.4 Räumliche Nähe zu Bezugspersonen

Ob andere Personen unterstützend zur Seite stehen, wenn Hilfe benötigt wird, hängt unter anderem auch von deren Wohnort ab, d.h. der Entfernung zur hilfebedürftigen Person. Aus diesem Grund wurden die Befragten um eine Angabe gebeten, wie weit entfernt bestimmte Personen (z.B. eigene Kinder, eigene Eltern) wohnen²²¹.

Zwischen 74% und 90% der Befragten haben ihre Eltern (Mutter bzw. Vater) bzw. ihre Schwiegereltern bereits verloren oder haben diese aus sonstigen Gründen nicht (z.B. weil sie gar nicht verheiratet sind). 30% geben an, dass sie kein Kind haben und weitere 55% keine Enkelkinder²²². Von allen Befragten gibt etwa die Hälfte (49%) an, dass das am nächsten wohnende Kind entweder im gleichen Stadtviertel, zumindest jedoch in München lebt²²³. Bei weiteren 21% lebt dieses je-

221 Frage: Wie weit wohnen nachfolgende Personen zur Zeit von Ihnen entfernt?

Antwortkategorien: habe ich nicht – in meinem Wohnviertel – in München, nicht in meinem Viertel – außerhalb Münchens, innerhalb von 2 Stunden erreichbar – weiter entfernt als 2 Stunden – weiß nicht

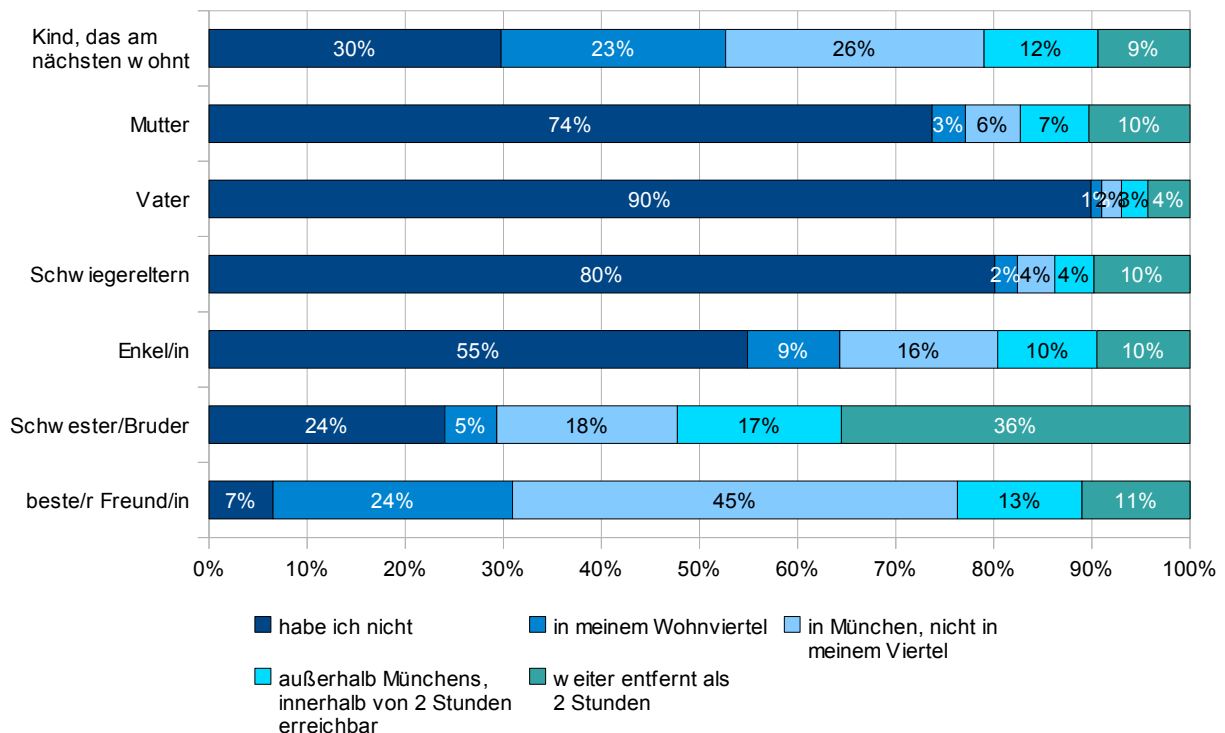
Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

222 Teilweise kann dies auch darauf zurückzuführen sein, dass die Methodik der Stichprobenziehung zu einer Überrepräsentation von Haushalten Alleinlebender führt. Allerdings ist diese Haushaltsform nicht zwingend mit Kinderlosigkeit verbunden, sondern kann andere Gründe haben, z.B. Tod der Partnerin oder des Partners, Scheidung. Tatsächlich geben 43% der derzeit alleinlebenden Befragten an, keine Kinder zu haben versus 21% der Nicht-Alleinlebenden.

223 Wird die Analyse auf diejenigen Personen beschränkt, die Kinder haben, so geben 70% der Befragten mit Kindern an, dass das am nächsten wohnende Kind in München lebt.

doch nicht in München. Insgesamt 23% der Befragten habe eine Schwester oder einen Bruder in München.

Abb. 89: Räumliche Nähe zu Bezugspersonen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n jeweils zwischen 2.161 und 2.534

Räumliche Nähe von verwandten oder nahestehenden Personen ist noch kein Garant für Unterstützung, aber eine förderliche Rahmenbedingung. Immerhin hat die Hälfte der Befragten Kinder in erreichbarer Nähe (d.h. innerhalb Münchens).

➔ Wenngleich etwa die Hälfte der Befragten ein Kind hat, das in München lebt, hat die andere Hälfte der in dieser Studie Befragten entweder gar keine Kinder oder diese leben außerhalb Münchens oder weiter entfernt. Diese Personen werden im Alter voraussichtlich stärker auf kommunale Begleit- und Unterstützungsstrukturen angewiesen sein.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Nachbarschaft)

6.5.5 Nachbarschaftliche Kontakte

Neben Familie und Freundeskreis sind auch die nachbarschaftlichen Kontakte ein wichtiges Element der sozialen Einbindung von Bürgerinnen und Bürgern. Nachbarschaftliche Kontakte können eine wichtige Ressource sein oder auch eine Quelle von Konflikten.

Nachbarschaften lassen sich über die Kategorien der räumlichen Nähe, der sozialen Interaktion und der Heterogenität beschreiben²²⁴. „Nachbarschaft ist als ein Gefüge sozialer Beziehungen von Bewohnerinnen und Bewohnern in einer Region zu sehen, die in überschaubarer Nähe leben und in gewissem Umfang an gleichen Einrichtungen partizipieren“²²⁵.

Nachbarschaft gilt als der dritte Sozialraum (zwischen dem privaten und öffentlichen Raum) mit mittelgradigen Verantwortlichkeiten. Dieser dritte Sozialraum ist besonders relevant für z.B. Alleinstehende, belastete Familien und generell für die Integration und Teilhabe von Personen, die Un-

224 BZgA (Hrsg) (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Band 36, hier S. 64

225 Kawachi, I./Berkmann L.F. (2003): Neighborhoods and Health., hier zitiert nach: BZgA (Hrsg) (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Band 36, S. 22

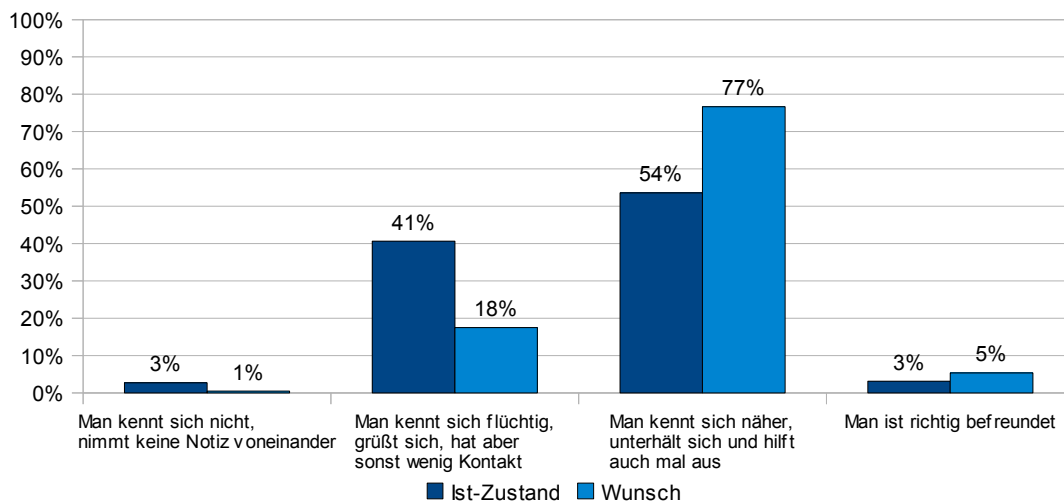
terstützung benötigen²²⁶. Denn der dritte Sozialraum „bietet das Potenzial für Hilfebedarf, der den Einzelnen überfordert, ebenso wie für alle Prozesse von Solidarität oder Integration, die über den familiären Bereich hinausreichen“²²⁷.

Nachbarschaften bieten „ideale Bedingungen zur Primärprävention und [...] zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“²²⁸. Sie können Quelle für salutogenetische Prozesse sein, indem sie das Gefühl von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit erhöhen.

Um die Nachbarschaftskontakte differenzierter zu erfassen, wurde nicht nur der aktuelle Ist-Zustand, sondern auch der Soll-Zustand (der Wunsch, wie es sein sollte) erfragt²²⁹.

Die nächste Abbildung zeigt, dass sich viele der Befragten eigentlich ein anderes Verhältnis zu ihren Nachbarinnen und Nachbarn wünschen als es derzeit der Fall ist. Gewünscht wird ein deutlich engeres Verhältnis mit Aspekten einer stärkeren nachbarschaftlichen Unterstützung. So wünschen sich 77%, dass man sich näher kennt und sich manchmal aushilft, aber nur 54% haben derzeit ein dementsprechendes nachbarschaftliches Verhältnis. Den Wunsch nach richtigen Freundschaften mit den eigenen Nachbarinnen und Nachbarn äußern hingegen sehr wenige (5%).

Abb. 90: Nachbarschaftliche Kontakte – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Ist-Zustand n=2.585, Wunsch n=2.624

Was den Ist- und Wunsch-Zustand der nachbarschaftlichen Beziehungen betrifft, so ergeben sich interessante Ergebnisse, wenn die Analysen nach unterschiedlichen Zielgruppen differenziert werden. Es werden nur einige ausgewählte signifikante Ergebnisse berichtet²³⁰.

- Altersgruppen

Die Älteren geben signifikant häufiger (58%) an, aktuell ein eher engeres Verhältnis zu den Nachbarinnen und Nachbarn zu haben ('man kennt sich näher, unterhält sich und hilft auch mal aus') als die jüngere Altersgruppe (49%)²³¹.

Was den Wunsch-Zustand betrifft, so zeigen sich nur leicht signifikante und in der konkreten Ausprägung nur geringe Unterschiede, wonach sich beispielsweise die Jüngeren etwas häufiger (7%)

226 Dörner, Klaus (o.J.): Nachbarschaft ist die Lebendigkeit des Sozialraums. <http://www.koordinationsstelle-pflege-wgs-hamburg.de/index.php/alt-werden-im-quartier-dokumentation.html> [06.11.2014]

227 BZgA (Hrsg) (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Band 36, hier S. 66

228 BZgA (Hrsg) (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Band 36, hier S. 65

229 Frage: (Wunsch) Sagen Sie uns bitte, welches Verhältnis Sie persönlich am liebsten zu Ihren Nachbarn hätten? (Ist-Zustand) Und wie ist es in der Nachbarschaft tatsächlich?

Antwortkategorien: Man kennt sich nicht, nimmt keine Notiz voneinander. - Man kennt sich nur flüchtig, grüßt sich, hat sonst wenig Kontakt. - Man kennt sich näher, unterhält sich und hilft auch mal aus. - Man ist richtig befreundet.

230 Die nachfolgend genannten n-Angaben beziehen sich jeweils auf die Auswertung der gesamten Frage (d.h. alle vier Antwortkategorien, differenziert nach den genannten Variablen). In den Diagrammen ist jedoch aus Platzgründen jeweils nur das Item 'Man kennt sich näher, unterstützt sich und hilft auch mal aus' dargestellt.

231 Altersgruppen Ist-Zustand n=2.554, p<.001

als Ältere (4%) eine Freundschaft ('man ist richtig befreundet') wünschen würden²³². Beide äußern aber gleichermaßen häufig (jeweils etwa drei Viertel der Befragten) den Wunsch nach einem näheren Kennen und gelegentlichem Aushelfen. Insbesondere bezüglich dieses Wunsches besteht eine hohe Diskrepanz zum Ist-Zustand.

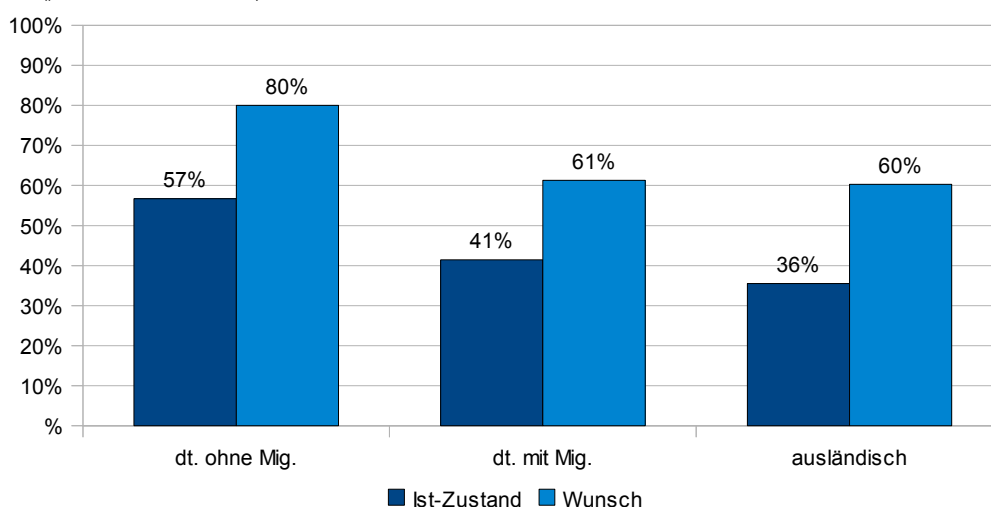
- Migrationshintergrund

Ausländerinnen und Ausländer (36%) und Deutsche mit Migrationshintergrund (41%) geben weniger häufig als Deutsche ohne Migrationshintergrund (57%) an, ein Verhältnis zu ihren Nachbarinnen und Nachbarn zu haben, das gelegentliches Aushelfen mit einschließt²³³. Hier gibt es signifikante Unterschiede, wonach sich Deutsche ohne Migrationshintergrund ein solches Verhältnis deutlich häufiger (80%) wünschen als Deutsche mit Migrationshintergrund (61%) oder Ausländerinnen und Ausländer (60%)²³⁴. Allerdings ist die Diskrepanz zwischen Ist- und Wunsch-Zustand über alle drei Gruppen hinweg gleichermaßen hoch.

Abb. 91: Nachbarschaftliche Kontakte nach Migrationshintergrund – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch

in Prozent

Item: „Man kennt sich näher, unterhält sich und hilft auch mal aus.“



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Ist-Zustand n=2.445, p<.001, Wunsch n=2.479, p<.001

- Einkommensgruppen

Insgesamt zeigt sich bei allen Einkommensgruppen eine deutliche Diskrepanz von Ist-Zustand und Wunsch, wonach ein engerer Kontakt zu Nachbarinnen und Nachbarn gewünscht wird. Sozio-ökonomisch benachteiligte Gruppen, besonders Personen aus armen Haushalten, geben jedoch deutlich weniger häufig an, dass ihr aktuelles nachbarschaftliches Verhältnis auch von gelegentlichen Hilfestellungen geprägt ist. Was den Wunschzustand betrifft, so wünschen sich Personen aus armen Haushalten zwar vergleichsweise weniger (62%) häufig als Personen aus reichen Haushalten (82%) ein nachbarschaftliches Verhältnis, das auch gegenseitige gelegentliche Hilfen einschließt. Die Diskrepanz von Ist- und Wunsch-Zustand ist jedoch in dieser Gruppe ähnlich hoch wie bei den anderen Einkommensgruppen.

232 Altersgruppen Wunsch n=2.589, p<.05

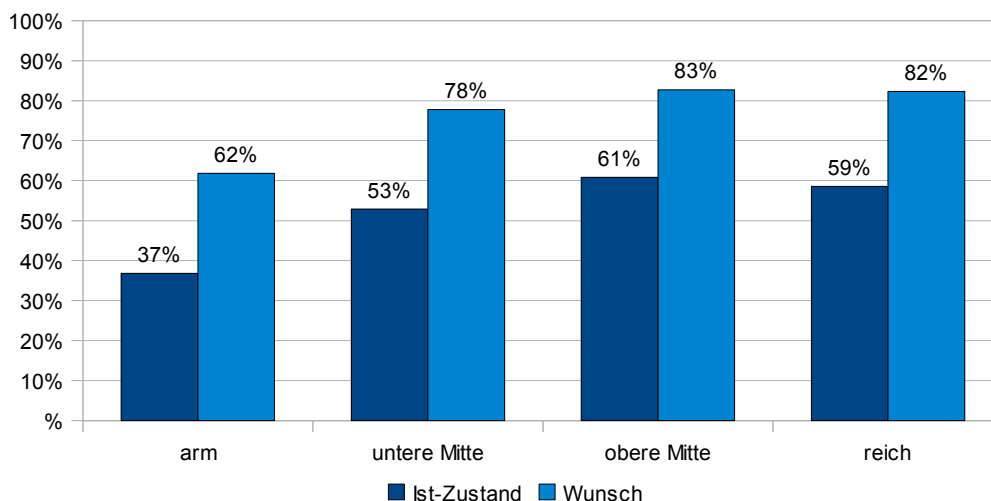
233 Migrationshintergrund Ist-Zustand n=2.445, p<.001

234 Migrationshintergrund Wunsch n=2.479, p<.001

Abb. 92: Nachbarschaftliche Kontakte nach Einkommensgruppen – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch

in Prozent

Item: „Man kennt sich näher, unterhält sich und hilft auch mal aus.“



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Ist-Zustand n=2.189, p<.001, Wunsch n=2.225, p<.001

- Untersuchungsgebiete²³⁵

Die höchsten Werte des Ist-Zustandes hinsichtlich unterstützender nachbarschaftlicher Beziehungen ('man kennt sich näher, unterhält sich und hilft sich auch mal aus') lassen sich im Untersuchungsgebiet am Ackermannbogen finden, mit bekanntermaßen hohen Anteilen genossenschaftlicher Wohnformen und dem Nachbarschaftscafé. In den Einzel- und Reihenhausgebieten Obermenzing und Ostpark pflegen die Bewohnerinnen und Bewohner ebenfalls eher engere nachbarschaftliche Beziehungen mit gelegentlichen Unterstützungsleistungen. Das könnte zumindest teilweise an der längeren Wohndauer liegen²³⁶. In den Untersuchungsgebieten der 1920/50er Jahre, v.a. in Laim/Kleinhadern, hingegen herrschen eher losere Beziehungen in der Nachbarschaft vor ('man kennt sich flüchtig, grüßt sich, hat aber sonst wenig Kontakt'). Häufiger lose Verbindungen werden auch im noch sehr jungen Neubaugebiet Zentrale Bahnflächen genannt. Die Diskrepanz zwischen Ist- und Wunsch-Zustand ist in allen Untersuchungsgebieten deutlich ausgeprägt.

- Alleinlebende

Die nachbarschaftlichen Beziehungen von Alleinlebenden sind signifikant häufiger weniger eng als die von Nicht-Alleinlebenden. So geben 47% der Alleinlebenden an, dass 'man sich kennt, unterhält und manchmal aushilft', gegenüber 58% der Nicht-Alleinlebenden. Hingegen zeigen sich bezüglich des Wunsch-Zustandes keine Unterschiede dieser beiden Gruppen, d.h. beide wünschen sich gleichermaßen stark (jeweils etwa drei Viertel der Befragten) einen engeren Kontakt mit gelegentlichen Hilfen.

Damit ist die Diskrepanz von Ist-Zustand und Wunsch gerade bei Alleinlebenden besonders hoch, d.h. Alleinlebende schaffen es offensichtlicher weniger, ihre Wünsche hinsichtlich nachbarschaftlicher Beziehungen zu realisieren als Nicht-Alleinlebende – obwohl gerade sie darauf tendenziell eher angewiesen sind.

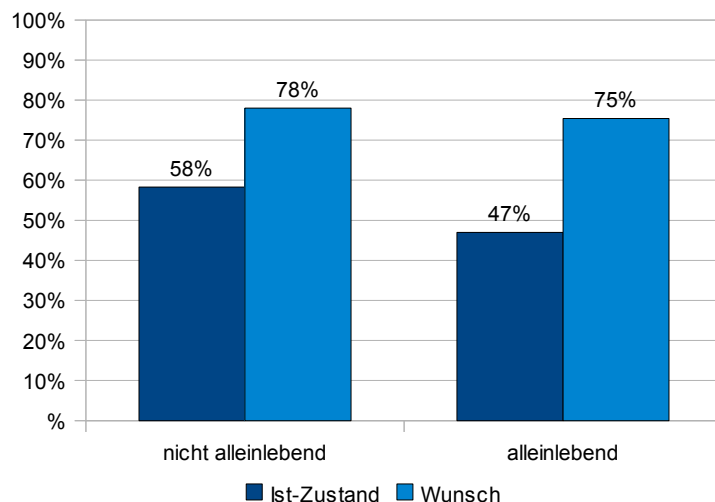
235 Die Analysen auf Ebene der Untersuchungsgebiete müssen aufgrund der geringen Zellbesetzungen sehr vorsichtig interpretiert werden.

236 vgl. Endbericht der Studie 'Älter werden in München', www.muenchen.de/aelterwerden

Abb. 93: Nachbarschaftliche Kontakte bei Alleinlebenden – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch

in Prozent

Item: „Man kennt sich näher, unterhält sich und hilft auch mal aus.“



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Ist-Zustand n=2.542, p<.001, Wunsch n=2.581, nicht sig.

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich, wenn die Befragten nach der Größe ihres Freundeskreises differenziert betrachtet werden. Personen mit kleinem Freundeskreis geben signifikant seltener an, dass ihre nachbarschaftlichen Beziehungen von gelegentlichen Hilfen geprägt sind²³⁷. Der Wunsch danach ist aber auch bei ihnen sehr hoch.

- subjektiver Gesundheitszustand

Gesundheitlich benachteiligte Personen (subjektiver Gesundheitszustand 'schlecht') geben bei der Frage nach den aktuellen nachbarschaftlichen Beziehungen weniger häufig (36%) nachbarschaftliche Beziehungen mit gelegentlichen Hilfen an als beispielsweise Personen mit 'sehr gutem' (62%) oder 'ausgezeichnetem' (54%) Gesundheitszustand.

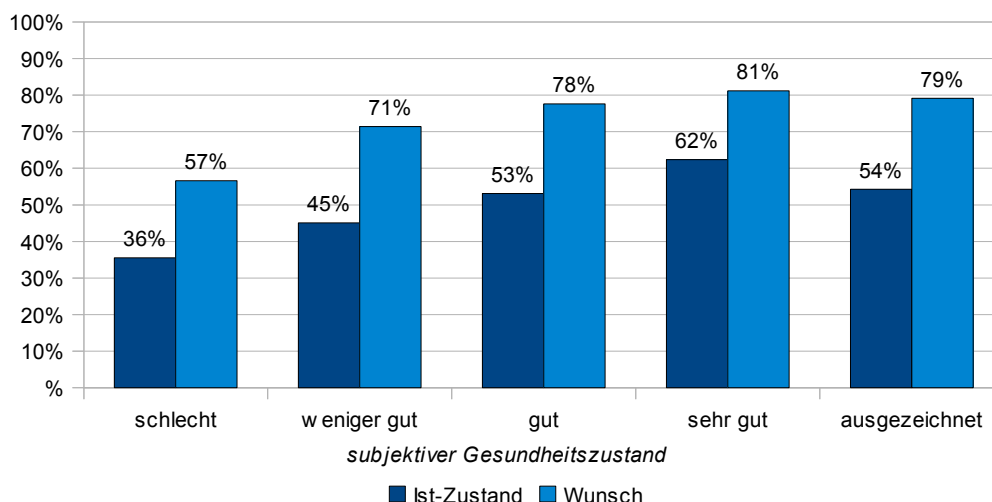
Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand wünschen sich zwar nicht so häufig wie Personen mit besserem Gesundheitszustand einen engeren Kontakt. Die Diskrepanz zwischen Ist-Zustand und Wunsch klafft jedoch in ähnlicher Weise auseinander.

237 Größe des Freundeskreises: Ist-Zustand n=2.502, p<.001

Abb. 94: Nachbarschaftliche Kontakte nach subjektivem Gesundheitszustand – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch

in Prozent

Item: „Man kennt sich näher, unterhält sich und hilft auch mal aus.“



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Ist-Zustand n=2.534, p<.001, Wunsch n=2.572, p<.001

Bei einer Analyse der Fragestellung zum Ist-Zustand ('man kennt sich näher, unterhält sich und hilft sich auch mal aus') unter Berücksichtigung der beiden Variablen 'subjektiver Gesundheitszustand' und 'alleinlebend' zeigen sich die größten Unterschiede zwischen Nicht-Alleinlebenden mit 'sehr gutem' Gesundheitszustand (68%) und Alleinlebenden mit 'schlechtem' Gesundheitszustand (26%)²³⁸. Das heißt Alleinlebende mit 'schlechtem' Gesundheitszustand haben im Vergleich besonders geringe Ressourcen in ihrer Nachbarschaft, was gegenseitige Hilfen betrifft. Sie sind demnach in mehrfacher Hinsicht als besonders vulnerable Gruppe anzusehen.

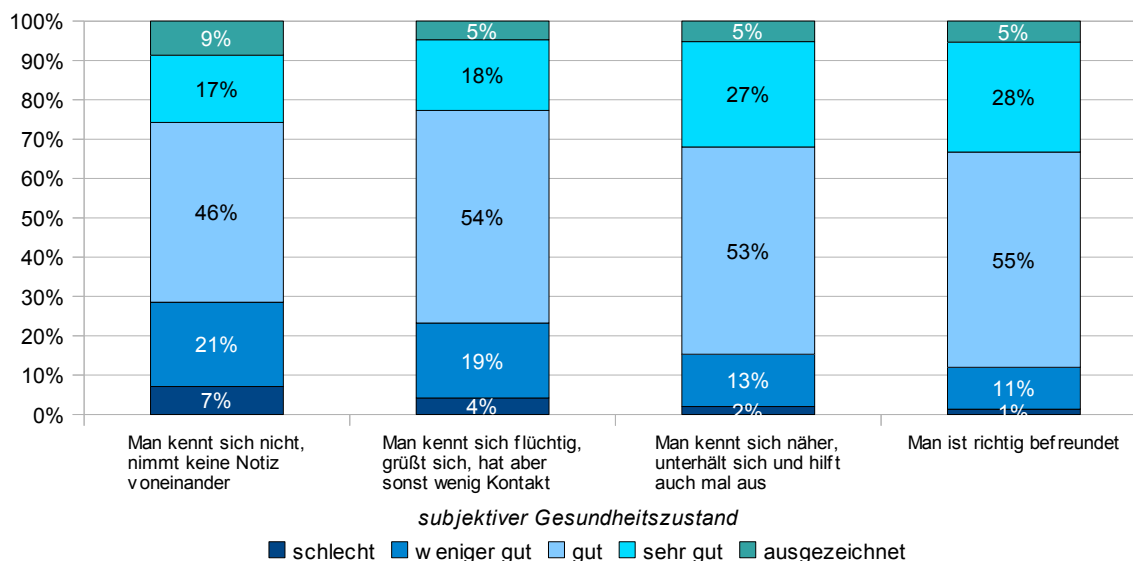
Eine Umkehrung der Fragestellung in die Richtung, ob der Ist-Zustand, also die Nähe zu Nachbarinnen bzw. Nachbarn in Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand zu sehen ist, bringt ebenfalls interessante Ergebnisse. Je flüchtiger die nachbarschaftlichen Beziehungen, desto höher ist der Anteil von Personen mit 'schlechtem' oder 'weniger gutem' subjektiven Gesundheitszustand bzw. desto niedriger ist auch der Anteil von Personen mit 'sehr gutem' Gesundheitszustand²³⁹. Es ist folglich nicht unplausibel, anzunehmen, dass enge nachbarschaftliche Kontakte zum (subjektiv) gesundheitlichen Wohlbefinden von Menschen beitragen können.

238 Die Daten müssen aufgrund teilweise geringer Zellbesetzungen vorsichtig interpretiert werden. Sie sollen aber der Illustration von Mehrfachbenachteiligungen bzw. kumulierenden Effekten dienen.
Gesundheitszustand und alleinlebend n=2.497, p<.001

239 Der Anteil von Personen mit subjektiv 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand folgt dieser Logik nicht.

Abb. 95: Nachbarschaftliche Kontakte - Gesundheitszustand nach Ist-Zustand der nachbarschaftlichen Kontakte

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Ist-Zustand n=2.534, p<.001

➔ Wenn Freundeskreise fehlen oder klein sind und es Anhaltspunkte dafür gibt, dass besonders soziökonomisch und gesundheitlich beeinträchtigte Personen sowie Alleinlebende auf weniger Unterstützungspotenziale zurückgreifen können, und außerdem der Wunsch nach engeren nachbarschaftlichen Kontakten bei vielen der Befragten vorhanden ist, kommt dem Aufbau von nachbarschaftlichen Strukturen eine besonders große Bedeutung zu. Die Entwicklung und Förderung eines gesundheitsförderlichen Gemeinwesens, Maßnahmen zur Quartiersentwicklung oder eine örtliche Teilhabeplanung können dabei wichtige Ansatzpunkte sein.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Partizipation, HF Nachbarschaft)

➔ Der große Wunsch nach engeren und teils auch unterstützenderen nachbarschaftlichen Beziehungen und die hohe Diskrepanz zur Ist-Situation zeigen die Notwendigkeit, nachbarschaftliche Beziehungen nachhaltiger und verstärkt über alle Quartiere in der LH München hinweg zu initiieren.
Die städtisch geförderten Nachbarschaftstreffs sind eine Möglichkeit, die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner nach intensiveren Beziehungen zu ihren Nachbarinnen und Nachbarn zu fördern. Dies gilt umso mehr, als es sich dabei um generationenübergreifende Angebote handelt, die besonders hohen Anklang bei den befragten (zukünftigen) Seniorinnen und Senioren finden (→ Kap. 8.3.7). Gleichzeitig eröffnen diese Einrichtungen vielfältige Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements und der sozialen Teilhabe und Teilgabe.
Dass die Förderung nachbarschaftlicher Beziehungen durch gezielte Planungen gelingen kann, zeigen die Ergebnisse am Ackermannbogen mit dem gut funktionierenden Nachbarschaftstreff. Wobei darauf hingewiesen werden muss, dass Strategien, die in 'mittelschichtsgeprägten' Gebieten wie dem Ackermannbogen gut funktionieren, nicht unbedingt auf Gebiete mit deutlich anderer Sozialstruktur zu übertragen sind und deshalb verschiedene Modelle der Mitwirkung von Bewohnerinnen und Bewohnern entwickelt werden müssen²⁴⁰.
(HF Partizipation, HF Nachbarschaft)

➔ Als Erfolgsformel für Nachbarschaftsinitiativen gilt: „Selbständig handeln, entscheiden, selbst Aufgaben bewältigen und Betroffene zu Akteuren machen.“²⁴¹. Die Ausgestaltung von (gesundheitsförderlichen) Angeboten im Setting Quartier sollte deshalb unter Beteiligung der

240 vgl. BZgA (Hrsg) (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Band 36, hier S. 63ff; Dabei wird auch auf eine von der Universität Kansas entwickelte 'community tool box' hingewiesen, die als Grundlage für solche Prozesse verwendet werden kann. <http://ctb.ku.edu/en/toolkits>

241 www.gesundheit-nds.de/CMS/stories/PDFs/2013-01-12%20Nachbarschaft%20und%20Gesundheit%20Richter-Kornweitze_W%C3%A4chter%282/%29.pdf [06.11.2014]

Bewohnerinnen und Bewohner vor Ort erfolgen.
(HF Partizipation, HF Nachbarschaft, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➡ Die Ergebnisse zeigen aber auch: Nachbarschaftliche Beziehungen – und damit eventuell verbundene Hilfen – können kein Ersatz für Freundschaften sein. Dennoch sind Nachbarschaften eine wichtige Ressource für das Wohlbefinden. Deshalb sollte bei gesundheitsförderlichen Angeboten auf Ebene der Quartiere verstärkt das Thema Nachbarschaft aufgegriffen werden.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Nachbarschaft)

➡ Eine Möglichkeit zur Förderung nachbarschaftlicher Kontakte ist auch die Idee eines 'Restaurants im Viertel', das in Frankfurt initiiert wurde. Bürgerschaftlich engagierte Personen kochen zusammen mit Profiköchen ein 3-Gänge-Menü. An diesem Menü können Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers teilnehmen und müssen dafür nur eine geringe Eigenbeteiligung (etwa 4 Euro) aufbringen²⁴². Vielleicht könnte auch für die LH München über ein solches Angebote nachgedacht werden.

(HF Nachbarschaft, HF Armut und Gesundheit)

6.6 Bedenken und Ressourcen hinsichtlich des Älterwerdens

„Die Landeshauptstadt München richtet ihre Angebote zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention vor allem auf die Menschen aus, die von gesundheitlicher und sozialer Benachteiligung betroffen sind; diese werden gezielt unterstützt und in ihren Ressourcen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil gestärkt.“

Leitlinie Gesundheit

Für solide Planungen im Gesundheits- und Sozialbereich ist nicht zuletzt auch das Wissen um die Ängste und Bedenken, vor allem aber um die Ressourcen von älteren Menschen von hoher Relevanz.

6.6.1 Bedenken im Hinblick auf das Älterwerden

Die Befragten wurden gebeten, ihre Bedenken hinsichtlich des eigenen Älterwerdens zum Ausdruck zu bringen²⁴³.

Das Älterwerden wird erwartungsgemäß von vielen mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands verbunden. Etwa drei Viertel der Befragten stimmen dieser Aussage 'voll'/'eher zu'. Etwa gleiche Werte gelten für die Angst, pflegebedürftig bzw. dement zu werden oder auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Angst vor einer nicht ausreichenden gesundheitlichen Betreuung äußern mehr als die Hälfte und Angst vor Altersarmut etwas weniger als die Hälfte der Befragten.

242 <http://www.frankfurter-verband.de/restaurant-im-viertel.html> [19.03.2015]

243 Frage: Wir alle werden einmal älter. Da gibt es Hoffnungen und Bedenken. Was bedeutet das Älterwerden für Sie persönlich? Älterwerden bedeutet für mich.....

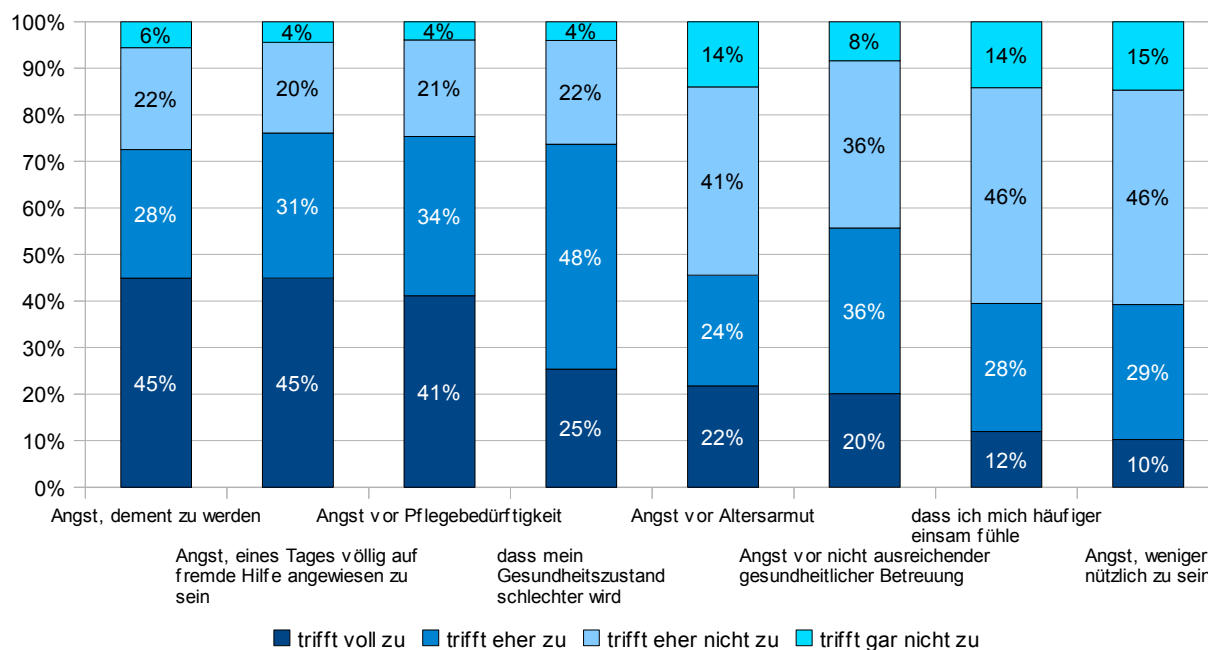
Antwortvorgaben: Angst davor, dement zu werden – dass ich mich häufiger einsam fühle – Angst vor Pflegebedürftigkeit – Angst, eines Tages völlig auf fremde Hilfe angewiesen zu sein – Angst vor nicht ausreichender gesundheitlicher Betreuung – Angst vor Altersarmut – dass mein Gesundheitszustand schlechter wird – Angst weniger nützlich zu sein

Antwortkategorien: trifft voll zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu – weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

Abb. 96: Bedenken hinsichtlich des Älterwerdens

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 n=2.512 / 2.493 / 2.546 / 2.484 / 2.520 / 2.499 / 2.508 / 2.431

An dieser Stelle werden nur wenige ausgewählte Ergebnisse differenziert dargestellt. Für alle acht Items gibt es signifikante Unterschiede nach Einkommensgruppen der Haushalte. Personen aus armen Haushalten äußern bezüglich aller acht Items deutlich stärkere Ängste und Bedenken²⁴⁴.

Personen aus armen Haushalten befürchten doppelt so häufig wie Personen aus reichen Haushalten (41% versus 20%), dass mit dem Älterwerden der Gesundheitszustand schlechter wird ('trifft voll zu').

Außerdem geben 37% ('trifft voll zu') der Personen aus armen Haushalten an, mit dem Älterwerden die Angst vor einer nicht ausreichenden gesundheitlichen Betreuung zu verbinden, gegenüber 8% der Befragten aus reichen Haushalten. Diesbezügliche Bedenken äußern Frauen häufiger als Männer, Personen mit niedrigerem Bildungsstatus ebenfalls häufiger als solche mit höheren Bildungsabschlüssen und Alleinlebende häufiger als Nicht-Alleinlebende²⁴⁵.

Erwartungsgemäß äußern Befragte aus armen Haushalten deutlich häufiger Angst vor Altersarmut als Befragte aus Haushalten mit höherem Einkommen.

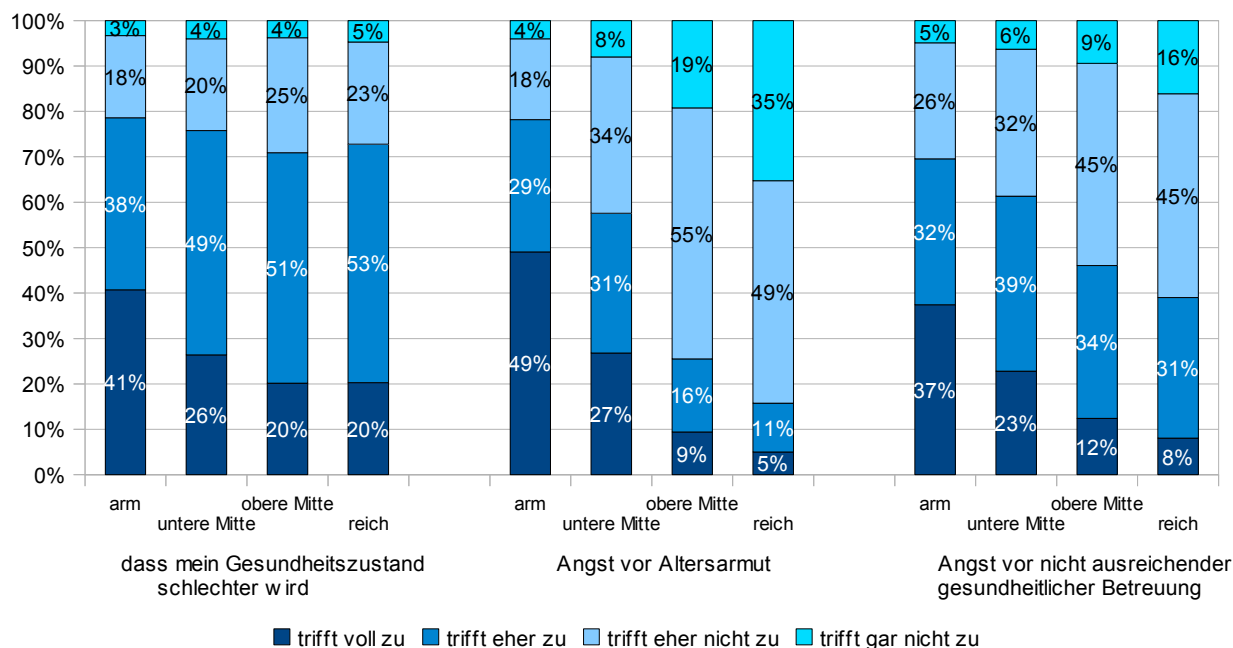
Personen aus armen Haushalten äußern zudem signifikant häufiger Ängste, später einmal völlig auf fremde Hilfe angewiesen zu sein (63% 'trifft voll zu') als Personen aus reichen Haushalten (33%). Frauen äußern dies ebenso häufiger (51%) als Männer (37%) und Alleinlebende häufiger (48%) als Nicht-Alleinlebende (42%)²⁴⁶.

244 Die Ergebnisse zu den Einkommensgruppen sind jeweils signifikant bei einem Signifikanzwert von mindestens $p < .001$.

245 Mit einem Signifikanzwert von jeweils mindestens $p < .01$.

246 Mit einem Signifikanzwert von jeweils mindestens $p < .01$.

Abb. 97: Bedenken hinsichtlich des Älterwerdens nach Einkommensgruppen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Gesundheitszustand n=2.129, p<.001, Altersarmut n=2.161, p<.001, gesundheitliche Betreuung n=2.144, p<.001

➔ Die von den Befragten in armen Haushalten deutlich zum Ausdruck gebrachten Bedenken hinsichtlich der Entwicklung ihres Gesundheitszustands im Alter sowie der eigenen gesundheitlichen Versorgung im Alter, weisen auf die hohe Bedeutung der allgemeinen, sozialen Beratungsangebote für ältere Menschen (z.B. Bezirkssozialarbeit, Alten- und Service-Zentren, präventive Hausbesuche) hinsichtlich des Themenbereichs Gesundheit hin. Diese Einrichtungen kommen mit Befragten aus einkommensschwächeren Haushalten oftmals wegen finanzieller und sozialer Bedarfe in Kontakt oder werden von diesem Personenkreis teilweise sogar aktiv aufgesucht. Damit bietet sich diesen Einrichtungen die Chance, das Thema Gesundheit, das eng mit der finanziellen Lage verknüpft ist, verstärkt aufzugreifen.
(HF Armut und Gesundheit, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

6.6.1.1 Einschätzungen zur finanziellen Entwicklung

In einer weiteren Frage wurden die subjektiven Erwartungen zur zukünftigen finanziellen Situation detaillierter eruiert, z.B. ob die Rente im Alter voraussichtlich ausreichen wird oder die Kosten für eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung bezahlt werden könnten²⁴⁷.

Etwa die Hälfte (51%) der befragten Seniorinnen und Senioren geht davon aus ('trifft voll zu'/'eher zu'), dass ihre Rente im Alter nicht ausreichen wird. Allerdings ist etwas über ein Viertel (27%) 'trifft voll zu'/'eher zu') davon überzeugt, dass das eigene Vermögen ausreichend sein wird. Größere Erbschaften erwarten nur wenige und Unterstützung von den Kindern erwarten ebenfalls nur sehr wenige.

41% sind sich sicher ('trifft voll zu'), dass sie die anfallenden Kosten für eine Pflegeeinrichtung nicht bezahlen könnten, weitere 28% erachten dies als 'eher' zutreffend, insgesamt also fast 70% der Befragten.

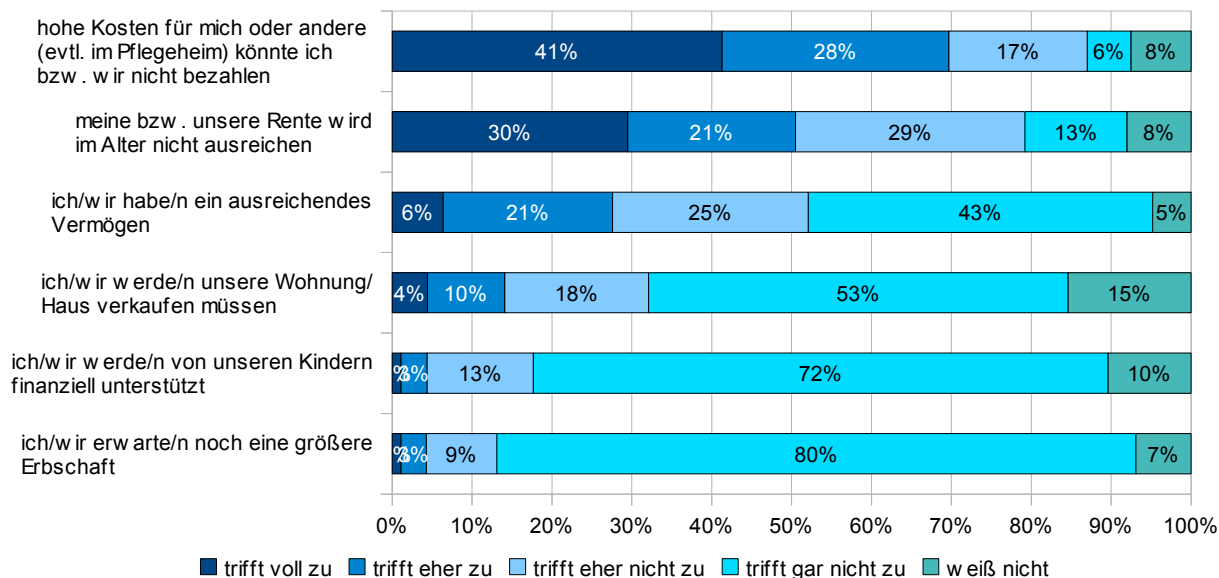
247 Frage: Wenn Sie an die finanzielle Zukunft Ihres Haushaltes im Alter denken – was trifft für Sie zu?

Antwortvorgaben: meine bzw. unsere Rente wird im Alter nicht ausreichen – hohe Kosten für mich oder andere (evt. im Pflegeheim) könnte ich bzw. wir nicht bezahlen – ich/wir erwarten noch eine größere Erbschaft – ich/wir haben ausreichendes Vermögen – ich/wir werden unsere Wohnung/Haus verkaufen müssen – ich/wir werden von unseren Kindern finanziell unterstützt

Antwortkategorien: trifft voll zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu – weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter Einschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

Abb. 98: Einschätzungen zur zukünftigen finanziellen Situation des Haushalts
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.529 / 2.521 / 2.432 / 2.235 / 2.336 / 2.376

Eine differenziertere Analyse der Fragestellung nach den finanziellen Möglichkeiten zur Übernahme der Kosten für eine Pflegeeinrichtung ergibt keine signifikanten Unterschiede nach Altersgruppen. Dagegen liegen signifikante Ergebnisse für die Variablen Geschlecht, Migrationshintergrund, Alleinlebende und subjektiver Gesundheitszustand vor.

Frauen schätzen ihre finanzielle Lage deutlich schlechter ein als Männer. Fast die Hälfte (47%) geht davon aus, dass sie die Kosten für eine Pflegeeinrichtung nicht ('trifft voll zu') übernehmen könnten (gegenüber 34% der Männer)²⁴⁸.

Deutsche mit Migrationshintergrund (58%) und Ausländerinnen und Ausländer (60%) geben ebenfalls häufiger an, dass sie die Kosten nicht ('trifft voll zu') übernehmen könnten als Deutsche ohne Migrationshintergrund (38%)²⁴⁹.

Für Alleinlebende (50%) versus Nicht-Alleinlebende (35%) gilt dieser Zusammenhang ebenso, sie schätzen ihre finanziellen Ressourcen dafür schlechter ein²⁵⁰.

Besonders schlecht beurteilen Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand ihre diesbezüglichen Ressourcen (77% 'trifft voll zu') versus 30% mit 'sehr gutem' bzw. 33% mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand²⁵¹.

Wie zu erwarten, hängt die Fähigkeit zur zukünftigen Übernahme eventuell anfallender Kosten für eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung eng mit der Einkommenssituation der Haushalte zusammen.

Alarmierend sind die Daten insofern, als sogar insgesamt über die Hälfte der Befragten aus Haushalten der oberen Mitte davon ausgeht, dass ihre Mittel sicher (19% 'trifft voll zu') bzw. wahrscheinlich nicht (36% 'trifft eher zu') ausreichen werden, um die Kosten für eine Pflegeeinrichtung übernehmen zu können. Von den befragten Personen aus armen Haushalten gehen 92% davon aus, dass ihre Mittel nicht reichen werden ('trifft eher/voll zu').

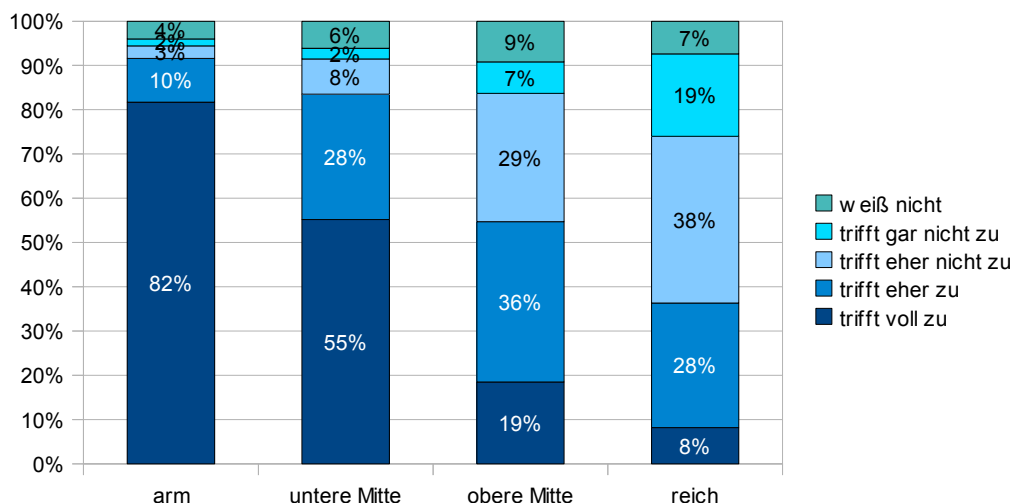
248 Geschlecht n=2.512, p<.001

249 Migrationshintergrund n=2.402, p<.001

250 Alleinlebende n=2.495, p<.001

251 subjektiver Gesundheitszustand n=2.482, p<.001

Abb. 99: Einschätzung der finanziellen Möglichkeiten zur zukünftigen Übernahme eventueller Kosten für eine Pflegeeinrichtung nach Einkommensgruppen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.174, p<.001

Dauerhaftes Ausreichen der finanziellen Mittel, um später gut leben zu können

12% der Befragten können für sich noch nicht abschätzen, ob ihre finanziellen Mittel dauerhaft ausreichen werden, um später gut leben zu können²⁵². 9% der Befragten gehen davon aus, dass ihre finanziellen Möglichkeiten sicher ('ja, sicher') ausreichen werden, um in späteren Jahren einigermaßen gut leben zu können, weitere 39% gehen eher ('eher ja') davon aus. Hingegen verneinen 25% eher ('eher nein') und 15% sicher ('nein, sicher nicht') diese Frage.

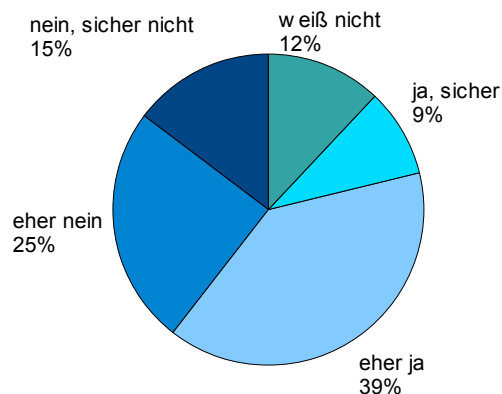
Oder anders formuliert: Zwei Fünftel der befragten (zukünftigen) Seniorinnen und Senioren gehen davon aus, dass sie angesichts der ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel (eher) kein gutes Leben im Alter in ihrer Stadt haben werden. Hinzu kommen noch jene 12%, die dies für sich noch nicht abschätzen können.

252 Frage: Gehen Sie davon aus, dass Ihre finanziellen Möglichkeiten dauerhaft ausreichen werden, um in München auch in späteren Jahren noch einigermaßen gut leben zu können?
Antwortkategorien: ja, sicher – eher ja – eher nein – nein, sicher nicht – weiß nicht
Die Analysen erfolgten unter Einschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

Abb. 100: Dauerhaftes Ausreichen der finanziellen Möglichkeiten für ein gutes Leben in München

in Prozent

Frage: 'Gehen Sie davon aus, dass Ihre finanziellen Möglichkeiten dauerhaft ausreichen werden, um in München auch in späteren Jahren noch einigermaßen gut leben zu können?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.672

Signifikante Unterschiede ergeben sich bei dieser Fragestellung nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Untersuchungsgebieten, für Alleinlebende und nach subjektivem Gesundheitszustand.

- Geschlecht²⁵³ und Alleinlebende²⁵⁴

Frauen gehen etwas häufiger (16% versus 13% der Männer) davon aus, dass ihre Mittel 'sicher nicht' reichen werden.

20% der Alleinlebenden versus 11% der Nicht-Alleinlebenden schätzen ihr Situation diesbezüglich als schlecht ein ('nein, sicher nicht').

- Altersgruppen und Migrationshintergrund

Die jüngere Altersgruppe hat hinsichtlich dieser Fragestellung etwas größere Bedenken als die ältere Gruppe. 17% der Jüngeren versus 13% der Älteren gehen davon aus, dass ihnen die finanziellen Mittel im Alter 'sicher nicht' für ein einigermaßen gutes Leben ausreichen werden.

Noch deutlichere Unterschiede ergeben sich bei dieser Fragestellung in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund. 26% der Ausländerinnen und Ausländer, 24% der Deutschen mit Migrationshintergrund und 13% der Deutschen ohne Migrationshintergrund geben an, 'sicher nicht' über ausreichende Mittel für ein gutes Leben im Alter zu verfügen.

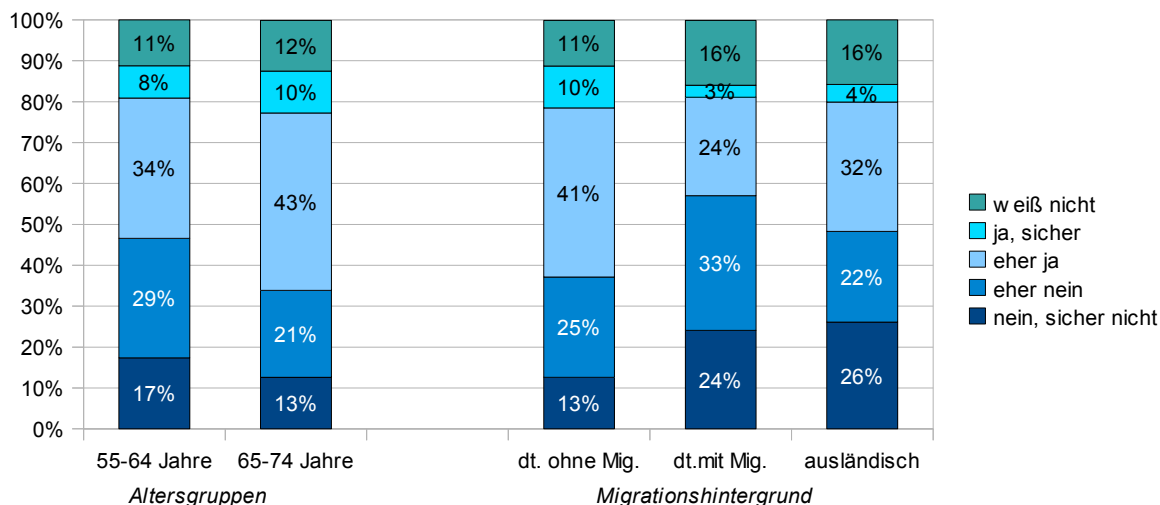
253 Geschlecht n=2.653, p<.001

254 Alleinlebende n=2.633, p<.001

Abb. 101: Dauerhaftes Ausreichen der finanziellen Möglichkeiten für ein gutes Leben in München nach Alter und Migrationshintergrund

in Prozent

Frage: 'Gehen Sie davon aus, dass Ihre finanziellen Möglichkeiten dauerhaft ausreichen werden, um in München auch in späteren Jahren noch einigermaßen gut leben zu können?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 Altersgruppen n=2.641, p<.001, Migrationshintergrund n=2.532, p<.001

- Einkommensgruppen²⁵⁵

Erwartungsgemäß zeigen sich signifikante Unterschiede nach Einkommensgruppen. Während nur 3% der Personen in reichen Haushalten der Überzeugung sind, dass die eigenen Mittel für ein gutes Leben im Alter 'sicher nicht' ausreichen werden, sind es bei Personen aus armen Haushalten mit 40% deutlich mehr. Weitere 29% der Personen in armen Haushalte gehen davon aus, dass die Mittel eher nicht ('eher nein') genügen werden. Prekär scheint an dieser Stelle, dass selbst bei den Haushalten der unteren Mitte 18% davon ausgehen, dass ihre Mittel 'sicher nicht' reichen werden und weitere 32% davon eher nicht ('eher nein') ausgehen. Hinzu kommen 15% in dieser Gruppe, die die Lage für sich noch nicht einschätzen können.

- Untersuchungsgebiete

Diese Einschätzungen spiegeln sich auf Ebene der sozialstrukturell unterschiedlichen Quartiere wider. Die Befragten aus den Untersuchungsgebieten Ramersdorf und Laim/Kleinhadern sind in Bezug auf ihre Ressourcen für ein späteres gutes Leben am skeptischsten, gefolgt von der Mesestadt Riem.

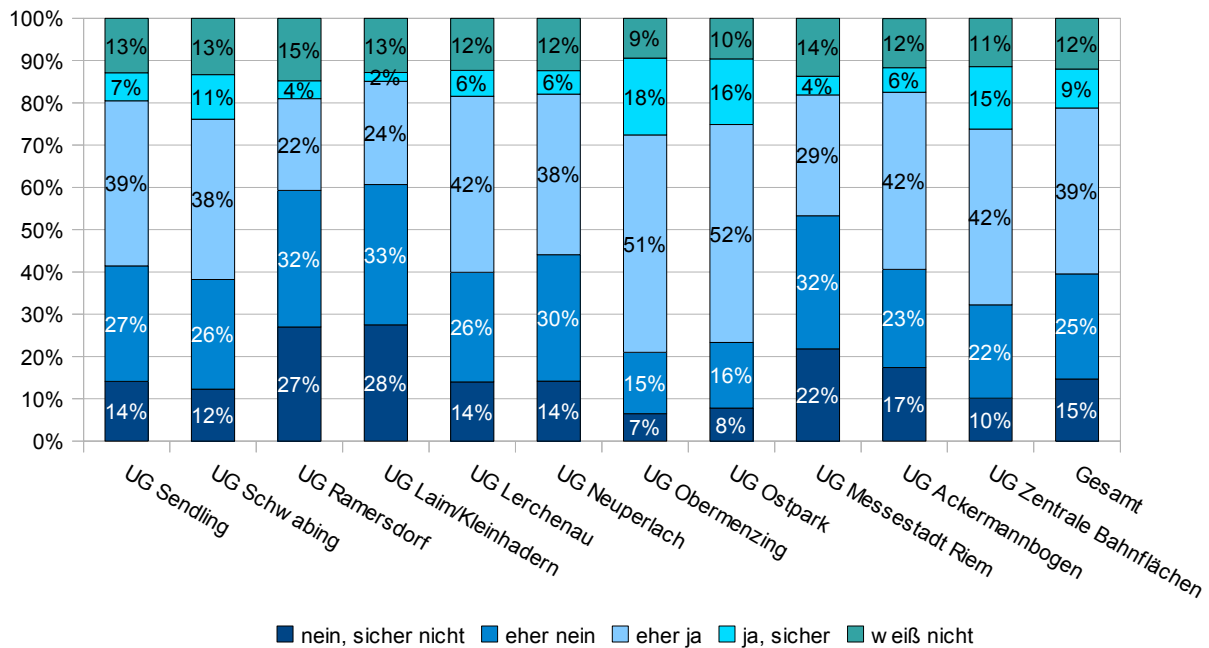
Wesentlich optimistischer hingegen sind die Befragten aus den Untersuchungsgebieten Obermenzing, Ostpark, den Zentralen Bahnflächen und Schwabing.

255 Einkommensgruppen n=2.274, p<.001

Abb. 102: Dauerhaftes Ausreichen der finanziellen Möglichkeiten für ein gutes Leben in München nach Untersuchungsgebieten

in Prozent

Frage: 'Gehen Sie davon aus, dass Ihre finanziellen Möglichkeiten dauerhaft ausreichen werden, um in München auch in späteren Jahren noch einigermaßen gut leben zu können?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 Untersuchungsgebiete n=2.672, p<.001

- subjektiver Gesundheitszustand²⁵⁶

Während 46% der Personen mit 'schlechtem' und 22% der Personen mit 'weniger gutem' Gesundheitszustand 'sicher nicht' mit dauerhaft ausreichenden finanziellen Mitteln rechnen, sind es 7% der Personen mit subjektiv 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand.



In Anbetracht des besorgniserregend hohen Anteils von zwei Fünfteln der in dieser Studie befragten (zukünftigen) Seniorinnen und Senioren, die davon ausgehen, dass ihre finanziellen Mittel zukünftig 'eher'/'sicher nicht' ausreichen werden, um ein gutes Leben im Alter in ihrer Stadt führen zu können, ist die gesamte Stadtverwaltung aufgefordert, hier geeignete Maßnahmen zu treffen. Es gilt, die Stadt für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger altersgerecht zu gestalten und durch geeignete Maßnahmen ein städtisches Umfeld zu schaffen, das sich nicht vorrangig an den Interessen zahlungskräftiger Bewohnerinnen und Bewohner orientiert, sondern auch für andere Personengruppen ausreichende Möglichkeiten zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben bietet.

(HF Armut und Gesundheit, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

6.6.1.2 Notwendigkeit zur Beantragung von Sozialleistungen im Alter

Bevor auf die Ergebnisse der Studie 'Älter werden in München', d.h. auf die von den Befragten geäußerten Befürchtungen und Einschätzungen eines möglicherweise notwendigen Bezugs von Sozialhilfeleistungen im Alter eingegangen wird, soll kurz die Entwicklung der Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII in der LH München skizziert werden.

256 subjektiver Gesundheitszustand n=2.622, p<.001

Zunahme von Altersarmut in der LH München

Anhand der Entwicklung der Grundsicherungsleistungen im Alter (und bei Erwerbsminderung)²⁵⁷ in der LH München über die letzten Jahre hinweg, lassen sich deutliche Tendenzen einer zunehmenden Altersarmut ablesen²⁵⁸. Die absolute Anzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung stieg damit kontinuierlich seit dem Jahr 2005 an. Auch die Dichte (Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher je 2.000 Menschen im Alter von 65 Jahren) der Grundsicherung im Alter stieg von 2007 bis 2011 an²⁵⁹.

Ende 2013 verzeichnete das Sozialreferat insgesamt 16.773 Personen mit Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung, wovon 13.228 (78,9%) Grundsicherung im Alter empfangen, d.h. diese Personen sind mindestens 65 Jahre alt.

Tab. 15: Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2013

Anzahl und in Prozent

Die Empfänger/innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach Altersgruppen
(Stand: jeweils Jahresende)

Merkmale	Empfänger/innen					
	2012	2013	davon im Alter von... bis unter... Jahre			
			18-65		65 und älter	
			absolut	in %	absolut	in %
Deutsche	10 079	10 553	2 514	23,8	8 039	76,2
männlich	4 701	4 992	1 330	26,6	3 662	73,4
weiblich	5 378	5 561	1 184	21,3	4 377	78,7
Ausländer/innen	5 846	6 220	1 031	16,6	5 189	83,4
männlich	2 560	2 828	505	17,9	2 323	82,1
weiblich	3 286	3 392	526	15,5	2 866	84,5
Zusammen	15 925	16 773	3 545	21,1	13 228	78,9
männlich	7 261	7 820	1 835	23,5	5 985	76,5
weiblich	8 664	8 953	1 710	19,1	7 243	80,9

Quelle: LH München, Sozialreferat, Amt für soziale Sicherung.

© Statistisches Amt München

Tabelle/Grafik: Münchner Statistik. 3. Quartalsheft, S. 37

Die Bezugsquote insgesamt (bezogen auf die Münchner Hauptwohnsitzbevölkerung) betrug im Jahr 2013 damit 1,3%. Die Quote für Grundsicherungsleistungen im Alter (bezogen auf alle ab 65-Jährigen) lag bei 5,1%.

War bis zum Jahr 2007 die Bezugsquote von Grundsicherungsleistungen im Alter bei Frauen etwas höher als bei Männern, übersteigt die Bezugsquote von Männern inzwischen deutlich die der Frauen (2013: Frauen 4,9% versus Männer 5,4%). Die Bezugsquote von älteren Ausländerinnen und Ausländern liegt über der Quote von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, wobei in dieser Gruppe die Bezugsquote bei Frauen höher ist.

Altersarmut stellt folglich ein zunehmendes Problem in der LH München dar, wobei vor allem ältere Ausländerinnen und Ausländer und in zunehmendem Maße auch Männer stärker davon betroffen sind²⁶⁰.

Der nachfolgenden Grafik aus dem Monitoring 2013 des Sozialreferats ist die Verteilung des Anteils von Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfängern im Alter über die Pla-

257 Grundsicherung im Alter können Personen ab 65 Jahren (d.h. im gesetzlichen Rentenalter) beantragen, deren eigenes Einkommen nicht für den notwendigen Lebensunterhalt ausreicht. Grundsicherung bei Erwerbsminderung können Personen von 18 bis 64 Jahren erhalten, die dauerhaft erwerbsgemindert sind und die von ihren Einkünften ihren Lebensunterhalt nicht finanzieren können.

258 siehe Lugauer, Monika (2014): Zahl der Grundsicherungsempfänger steigt stetig. Münchner Statistik 3. Quartalsheft. S. 33-37; Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011, S.81ff

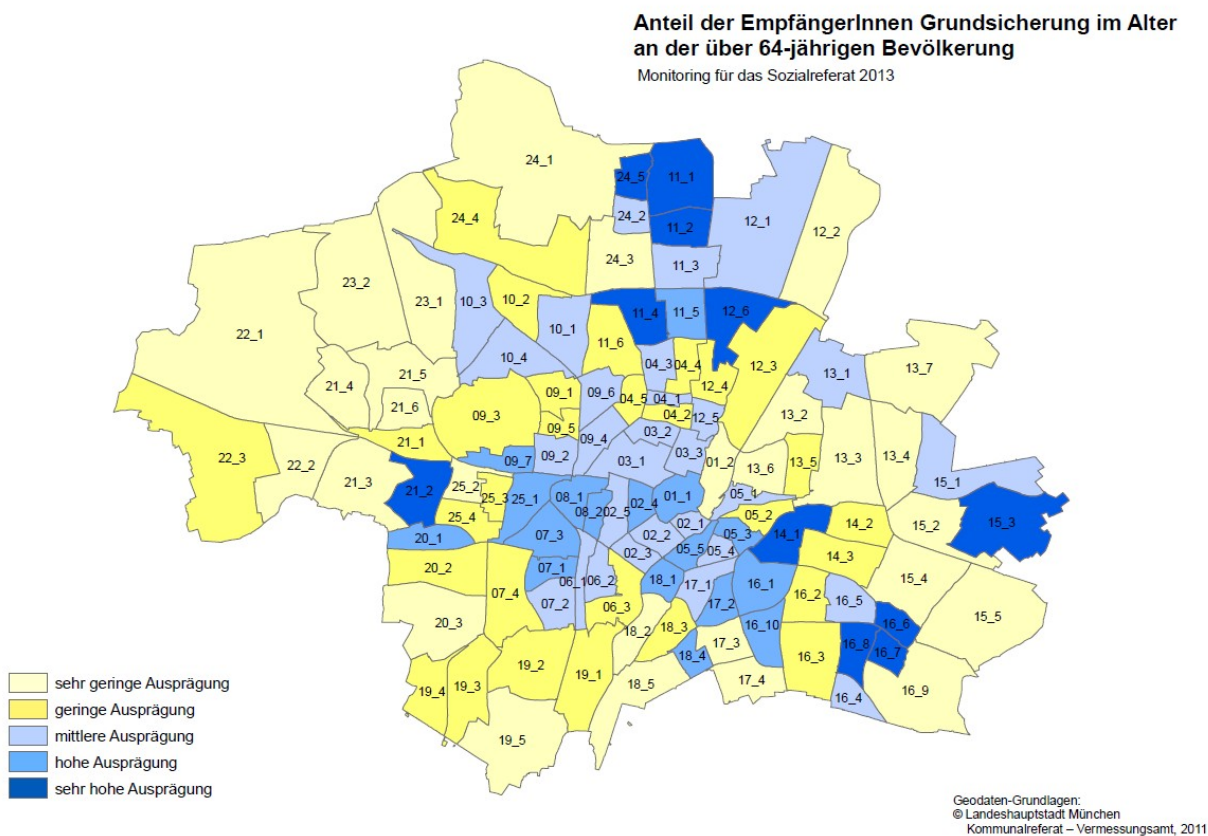
259 Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011, S. 81

260 vgl. auch Sozialreferat (2012): Münchner Armutsbericht 2011, S. 83

nungsregionen des Sozialreferats zu entnehmen. Die räumlichen Disparitäten und damit ungleichen Lebensbedingungen älterer Menschen in unterschiedlichen Quartieren der LH München kommen darin sichtbar zum Ausdruck und werden im nachfolgenden Abschnitt anhand der Auswertungen der Studie 'Älter werden in München' noch einmal verdeutlicht.

Abb. 103: Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherungsleistungen im Alter nach Planungsregionen - Monitoring 2013 des Sozialreferats

Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter



Monitoring 2013 des Sozialreferats, Grafik: S-Z-SP

Ergebnisse der Studie 'Älter werden in München' – voraussichtliche Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen

Um eine mögliche Zunahme der Altersarmut – unabhängig von den tatsächlichen Leistungsdaten – über die Befragung der Studie 'Älter werden in München' abschätzen zu können, wurden die Befragten gebeten, mitzuteilen, ob sie ihrer Einschätzung nach voraussichtlich in späteren Jahren einmal Sozialleistungen vom Staat benötigen werden²⁶¹.

19% können dies für sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht einschätzen ('weiß nicht'). Über die Hälfte (53%) hält es für 'eher'/'sehr unwahrscheinlich', 13% für 'sehr wahrscheinlich' und weitere 16% für 'eher wahrscheinlich', dass sie später Sozialleistungen vom Staat benötigen werden²⁶².

261 Frage: Denken Sie, Sie werden in späteren Jahren einmal Sozialleistungen vom Staat benötigen?

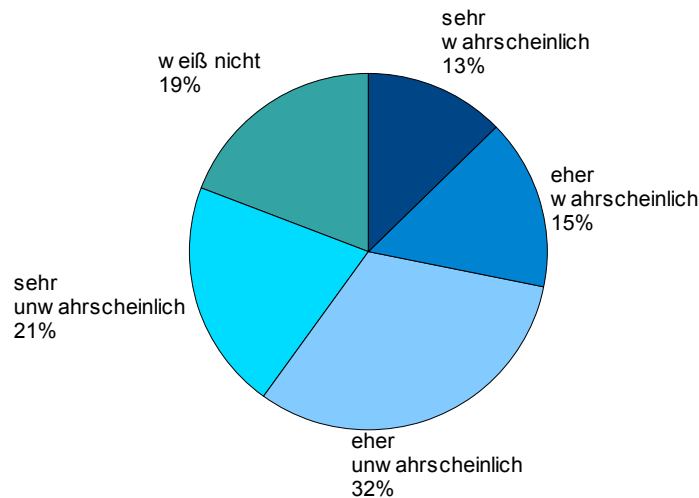
Antwortkategorien: sehr wahrscheinlich – wahrscheinlich – eher unwahrscheinlich – sehr unwahrscheinlich – weiß nicht
Bei dieser Frage wurden Personen, die 'weiß nicht' angaben, bewusst mit in die weiteren Analysen aufgenommen.

262 Wird nur der Personenkreis betrachtet, der aktuell keine Sozialhilfeleistungen bezieht, so reduziert sich der Anteil derer, die 'sehr wahrscheinlich' mit einem späteren Sozialhilfebezug rechnen. Dieser liegt dann bei 8% und für 'eher wahrscheinlich' ergeben sich 16%.

Abb. 104: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren

in Prozent

Frage: 'Denken Sie, Sie werden in späteren Jahren einmal Sozialleistungen vom Staat benötigen?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.691

Signifikante Unterschiede in den Einschätzungen ergeben sich nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Untersuchungsgebieten sowie für Alleinlebende und nach subjektivem Gesundheitszustand.

- Geschlecht²⁶³

Frauen geben häufiger an, dass sie noch nicht einschätzen können, ob sie später Sozialleistungen in Anspruch nehmen müssen. Männer erachten es häufiger für 'sehr unwahrscheinlich'. Es zeigen sich jedoch keine relevanten Unterschiede in den Kategorien 'sehr'/'eher wahrscheinlich'.

- Altersgruppen²⁶⁴

Es gibt nur geringfügige Unterschiede zwischen den Altersgruppen. 12% der Älteren versus 14% der Jüngeren halten es für 'sehr wahrscheinlich', dass sie später Sozialleistungen in Anspruch nehmen müssen. Dazu passt, dass die Älteren dies mit 23% für 'sehr unwahrscheinlich' erachten, bei den Jüngeren gilt das für 18%. Gleichzeitig geben 18% der Älteren und 21% der Jüngeren an, dies nicht einschätzen zu können ('weiß nicht').

- Migrationshintergrund

Deutliche und hoch signifikante Unterschiede zeigen sich nach Migrationshintergrund. Während 10% bzw. 15% der Deutschen ohne Migrationshintergrund einen späteren Sozialleistungsbezug für 'sehr wahrscheinlich' bzw. 'eher wahrscheinlich' erachten, sind dies bei Deutschen mit Migrationshintergrund 29% bzw. 19% und bei Ausländerinnen und Ausländern 31% bzw. 19%.

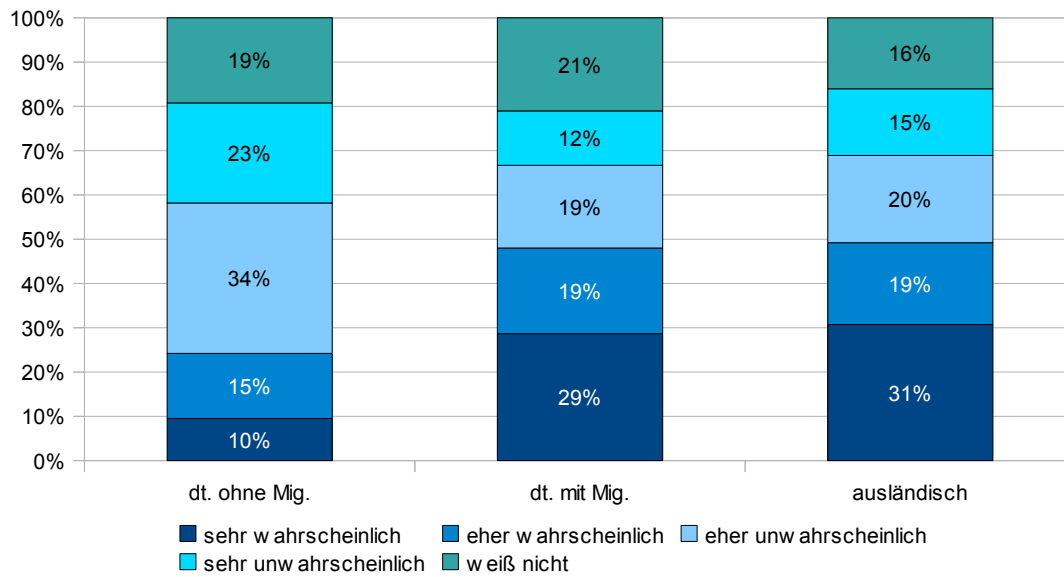
263 Geschlecht n=2.671, p<.001

264 Altersgruppen n=2.659, p<.05

Abb. 105: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren nach Migrationshintergrund

in Prozent

Frage: 'Denken Sie, Sie werden in späteren Jahren einmal Sozialleistungen vom Staat benötigen?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.548, p<.001

- Einkommensgruppen

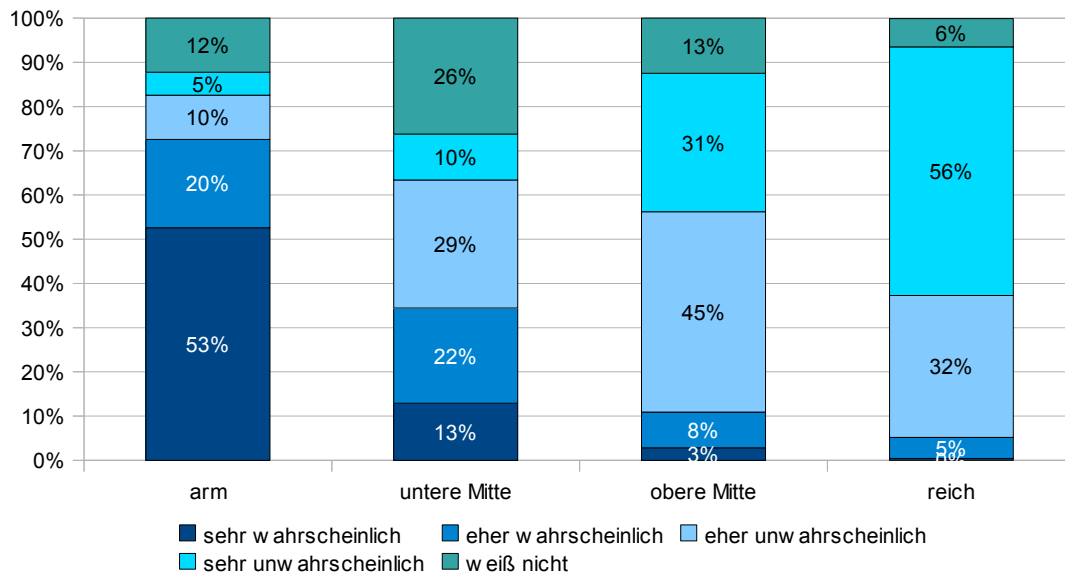
Aus naheliegenden Gründen treten die deutlichsten Unterschiede bei der Differenzierung nach Einkommensgruppen hervor. Während über die Hälfte (53%) der Befragten aus armen Haushalten ihrer Einschätzung nach später 'sehr wahrscheinlich' auf Sozialleistungen angewiesen sein werden (und weitere 20% es als 'eher wahrscheinlich' erachten), sind es bei Personen aus reichen Haushalten 0%, die dies als 'sehr wahrscheinlich' einschätzen.

Besonders problematisch ist, dass auch bei den Befragten aus Haushalten der unteren Mitte bereits 13% bzw. weitere 22% angeben, dass sie dies als 'sehr' oder 'eher wahrscheinlich' einschätzen und bei weiteren 26% in dieser Gruppe die Unsicherheit ('weiß nicht') besonders hoch ist. D.h. insgesamt gehen drei Fünftel der Personen aus der unteren Mitte für sich zum Befragungszeit nicht davon aus, dass sie ohne Sozialleistungen im Alter auskommen werden, während die anderen zwei Fünftel diese Sicherheit für sich haben ('eher'/'sehr unwahrscheinlich').

Abb. 106: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren nach Einkommensgruppen

in Prozent

Frage: 'Denken Sie, Sie werden in späteren Jahren einmal Sozialleistungen vom Staat benötigen?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.291, p<.001

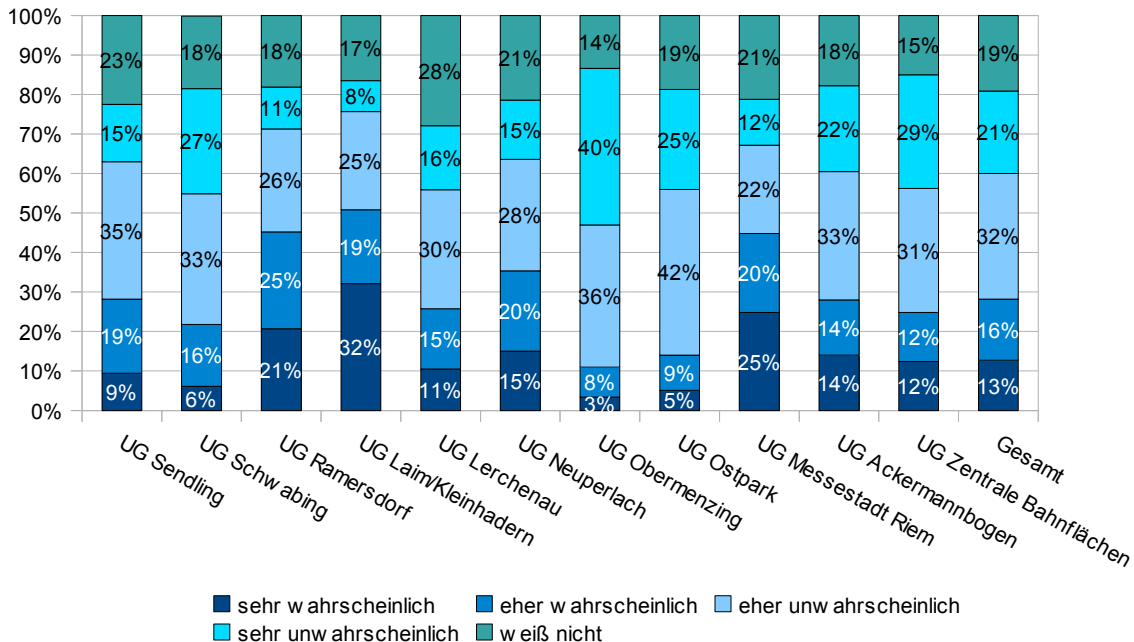
- Untersuchungsgebiete

Die Unterschiede zwischen den Untersuchungsgebieten folgen erneut im Wesentlichen den bereits bekannten sozialstrukturellen Unterschieden. Besonders pessimistisch schätzen Befragte aus Laim/Kleinhadern, der Messestadt Riem und Ramersdorf ihre Lage ein.

Abb. 107: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren nach Untersuchungsgebieten

in Prozent

Frage: 'Denken Sie, Sie werden in späteren Jahren einmal Sozialleistungen vom Staat benötigen?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.691, p<.001

- Alleinlebende²⁶⁵

Alleinlebende gehen doppelt so häufig (18%) wie Nicht-Alleinlebende (9%) davon aus ('sehr wahrscheinlich'), dass sie später Sozialleistungen benötigen werden.

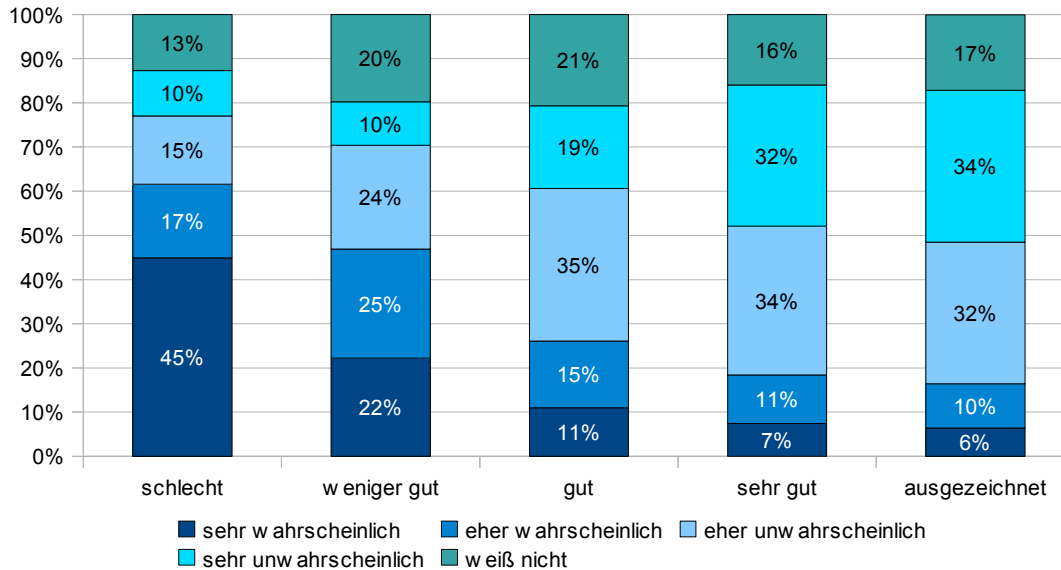
- subjektiver Gesundheitszustand

Auch hier zeigt sich der enge Zusammenhang von gesundheitlicher und sozialer Lage. 45% der befragten Personen mit subjektiv 'schlechtem' Gesundheitszustand halten es für 'sehr wahrscheinlich', dass sie später Sozialleistungen benötigen werden. Bei Personen mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand sind dies mit 6% sehr viel weniger.

Abb. 108: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren nach subjektivem Gesundheitszustand

in Prozent

Frage: 'Denken Sie, Sie werden in späteren Jahren einmal Sozialleistungen vom Staat benötigen?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13 n=2.638, p<.001



Diese Ergebnisse weisen erneut auf die hohe Bedeutung von ergänzenden, kostenlosen bzw. kostengünstigen Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie von unterstützenden Angeboten bei bereits bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen hin. Besonders unter Alleinlebenden, Menschen mit Migrationshintergrund, zunehmend auch (jüngeren, alleinlebenden) Männern und den bereits gesundheitlich eingeschränkten Personen gehen viele davon aus, dass sie später Sozialleistungen beanspruchen müssen. Damit sind deren Möglichkeiten zur Finanzierung zusätzlicher Angebote im Gesundheitsbereich oder im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe stark beschränkt.

(HF Armut und Gesundheit)

6.6.1.3 Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen bei Anspruchsberechtigung

Besonders bei älteren Menschen wird oft von einer hohen Schamschwelle ausgegangen, die anspruchsberechtigte Personen daran hindert, die ihnen zustehenden Sozialleistungen zu beantragen. Deshalb wurden die Befragten um eine Einschätzung gebeten, ob sie bei Vorliegen der Voraussetzungen, einen Antrag auf Sozialleistungen stellen würden²⁶⁶.

Immerhin 40% der hier Befragten würden 'selbstverständlich' einen Antrag stellen (bzw. haben

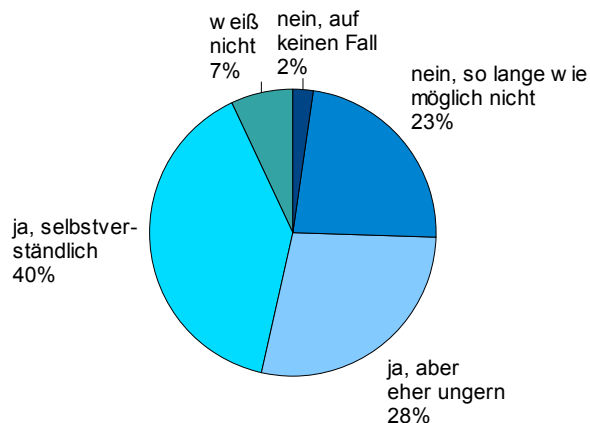
265 Alleinlebende n=2.651, p<.001

266 Frage: Wenn Sie einmal Anspruch auf Sozialleistungen haben sollten (oder bereits haben): Stellen Sie einen Antrag? Antwortkategorien: ja, selbstverständlich – ja, aber eher ungern – nein, so lange wie möglich nicht – nein, auf keinen Fall – weiß nicht
Befragte, die 'weiß nicht' angegeben hatten, wurden hier bewusst mit in die Analysen einbezogen.

diesen gestellt), wenn bei ihnen die Voraussetzungen dafür vorliegen. Weitere 28% würden Leistungen beantragen, aber 'eher ungern'. Fast ein Viertel (23%) würde es 'so lange wie möglich nicht tun', 2% (exakt: 2,3%) würden auf 'keinen Fall' einen Antrag stellen (bzw. tun dies nicht) und 7% sind sich in der Einschätzung unsicher ('weiß nicht')²⁶⁷.

Abb. 109: Bereitschaft zur Beantragung von Sozialleistungen bei Anspruchsberechtigung
in Prozent

Frage: 'Wenn Sie einmal Anspruch auf Sozialleistungen haben sollten (oder bereits haben): Stellen Sie einen Antrag?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.675

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich nach Migrationshintergrund. Signifikant sind die Ergebnisse nach Geschlecht und Altersgruppen.

- Geschlecht²⁶⁸

Männer geben etwas häufiger (44%) an, dass sie 'selbstverständlich' einen Antrag stellen würden als Frauen (36%).

- Altersgruppen

Interessant sind die Unterschiede nach Altersgruppen im Hinblick auf das Verhalten zukünftiger Generationen älterer Menschen. Tatsächlich gibt es signifikante, jedoch geringe, Unterschiede, wonach die Jüngeren tendenziell eher als die Älteren bereit sind, ihre Ansprüche zu realisieren. Während 2% der Jüngeren einen Antrag kategorisch ('nein, auf keinen Fall') ablehnen, sind es bei den Älteren 3%. Selbstverständlich beantragen würden 42% der Jüngeren und 38% der Älteren.

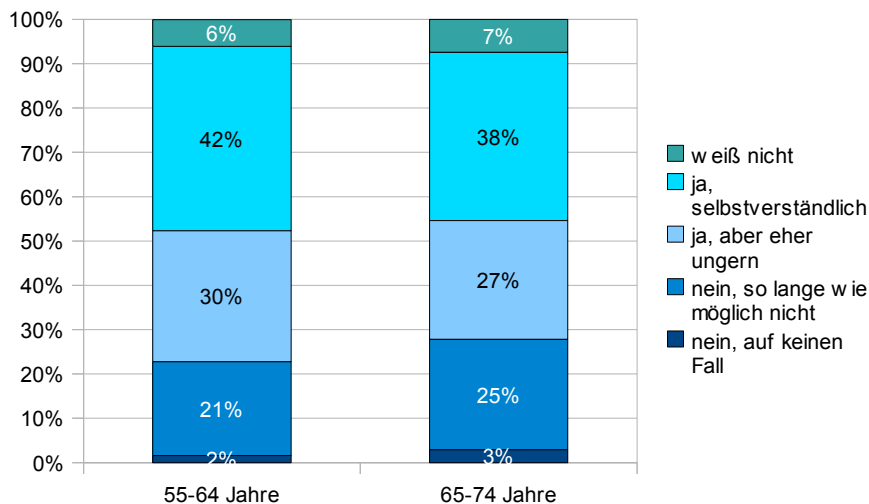
267 Im Endbericht der Studie 'Älter werden in München' wurden diese Analysen unter Ausschluss der Personen durchgeführt, die derzeit bereits Sozialleistungen beziehen. Die Ergebnisse unterscheiden sich nur unwesentlich in den prozentualen Anteilen, z.B. 42% 'ja, selbstverständlich' und 30% 'ja, aber eher ungern'.

268 Geschlecht n=2.654, p<.001

Abb. 110: Bereitschaft zur Beantragung von Sozialleistungen bei Anspruchsberechtigung nach Altersgruppen

in Prozent

Frage: 'Wenn Sie einmal Anspruch auf Sozialleistungen haben sollten (oder bereits haben): Stellen Sie einen Antrag?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.642, p<.01

Bei einer ausschließlichen Betrachtung der Personen, die explizit den aktuellen Bezug von Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld, Grundsicherung) oder Wohngeld verneint haben und einer differenzierten Analyse nach Einkommensgruppen, zeigt sich, dass insbesondere Personen aus den armen Haushalten deutlich mehr Vorbehalte (oder evt. Scham) bezüglich einer Antragstellung haben (21% 'ja, selbstverständlich' bzw. 40% 'nein, so lange wie möglich nicht') als Personen aus reichen Haushalten (46% bzw. 23%)²⁶⁹.

➡ Angesichts der offensichtlich besonders bei Personen aus einkommensschwachen Haushalten vorhandenen Vorbehalte bzw. (Scham-)Schwellen bei der Antragstellung von berechtigten Sozialleistungen, kommt präventiven und aufsuchenden Angebotsformen ein hohes Gewicht zu. Dies gilt umso mehr als mit einer Zunahme von Altersarmut zu rechnen ist. Vielleicht wäre es sinnvoll, über eine öffentlichkeitswirksame Kampagne zur Reduktion dieser Vorbehalte nachzudenken, die nicht die Hilfebedürftigkeit (oder Schamgefühle) der betreffenden Personen, sondern deren Recht auf ein menschenwürdiges Leben im Alter in den Vordergrund stellt (mensenrechtliche Orientierung).
(HF Armut und Gesundheit, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Wichtig erscheinen in diesem Zusammenhang zugehende Angebote, die jene Personengruppe erreichen, die es für sich gänzlich ablehnt, Sozialleistungen zu beantragen bzw. die es lange hinauszögert. Es ist davon auszugehen, dass dieser Personenkreis nicht aktiv bei kommunalen Stellen oder Beratungsstellen von Wohlfahrtsverbänden oder kirchlichen Trägern Unterstützung und Rat sucht.
(HF Armut und Gesundheit, HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

6.6.1.4 Einsparungen bei Gesundheitsausgaben

Die derzeitige und vor allem die zukünftige finanzielle Situation von Seniorinnen und Senioren kann Auswirkungen auf ihre gesundheitliche Versorgung haben.

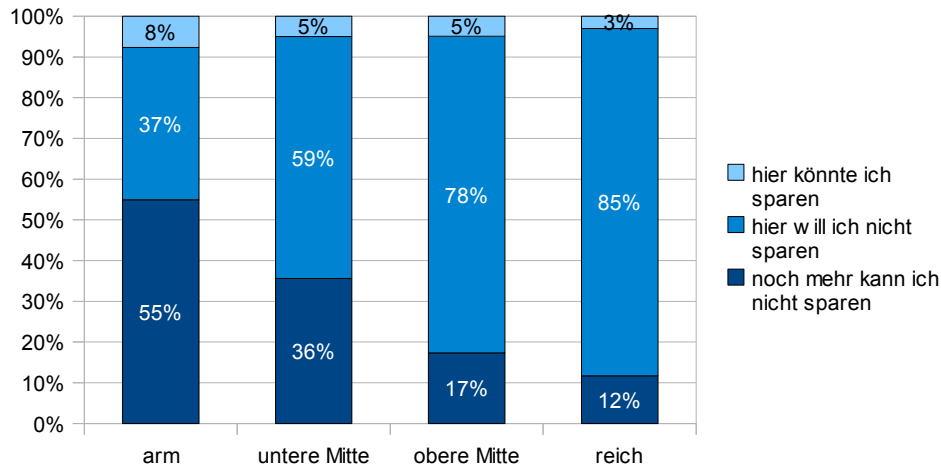
Diverse gesetzliche Änderungen haben dazu beigetragen, dass insbesondere gesetzlich Versicherte oftmals einen Teil ihrer Gesundheits-/Krankheitsausgaben selbst übernehmen müssen (z.B. unterstützende Mittel bei Erkältungen). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden deshalb gefragt, ob sie im Bereich Gesundheit (z.B. Medikamente, Arztkosten) sparen würden bzw. könnten, wenn dies im Alter notwendig wäre²⁷⁰.

269 Einkommensgruppen n=941, p<.01

270 Frage: Wenn Sie im Alter sparen müssen oder müssten: Woran würden Sie sparen?

Über die Hälfte der Befragten (55%) aus armen Haushalten gibt an, hier nicht weiter sparen zu können, gegenüber etwas mehr als einem Zehntel der Befragten (12%) aus reichen Haushalten. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch für die Frage nach möglichen Einsparungen im Bereich Sport/Fitness.

Abb. 111: Einsparungen bei Gesundheitsausgaben nach Einkommensgruppen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.015, p<.001

➔ Die Ergebnisse unterstreichen erneut die Bedeutung kostenloser bzw. kostengünstiger Angebote im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung.
(HF Armut und Gesundheit, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

6.6.2 Ressourcen im Hinblick auf das Älterwerden

Salutogenetische Ansätze in der Gesundheitsforschung betonen die Notwendigkeit, sich nicht ausschließlich mit den krankmachenden Faktoren bzw. Krankheiten zu befassen, sondern die Widerstandsressourcen von Menschen in den Fokus zu nehmen. Ein wichtiger Aspekt im Modell der Salutogenese ist das sogenannte Kohärenzgefühl, „eine Grundüberzeugung, dass das Leben sinnvoll ist und dass man es meistern kann, auch wenn es manchmal schwierig ist“²⁷¹. Neben den bereits dargestellten Bedenken, wurden die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer nach Ressourcen und Hoffnungen im Hinblick auf das eigene Älterwerden gefragt²⁷².

92% der Befragten verbinden mit dem Älterwerden die Erwartung, weiterhin in der Lage zu sein, neue Dinge zu lernen (43% 'trifft voll zu' bzw. 49% 'trifft eher zu'). Alterungsprozesse werden folglich nicht automatisch mit dem Gefühl eines Status Quo oder gar eines kognitiven Abbaus bzw. eines Verlusts von Lernfähigkeit assoziiert. 89% gehen davon aus, weiterhin glücklich zu sein (37% 'trifft voll zu' bzw. 52% 'trifft eher zu'). Eine deutliche Mehrheit freut sich explizit auf die Zeit des Älterwerdens (23% 'trifft voll zu' bzw. 38% 'trifft eher zu').

Antwortvorgabe: Gesundheit (z.B. Medikamente, Arztkosten)

Antwortkategorien: hier könnte ich sparen – hier will ich nicht sparen – noch mehr kann ich nicht sparen – habe hier keine Ausgaben

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'habe hier keine Ausgaben' angegeben hatten.

271 Franke, Alexa (2011): Salutogenetische Perspektive. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 487-490, hier S. 488

272 Frage: Wir alle werden einmal älter. Da gibt es Hoffnungen und Bedenken. Was bedeutet das Älterwerden für Sie persönlich? Älterwerden bedeutet für mich.....

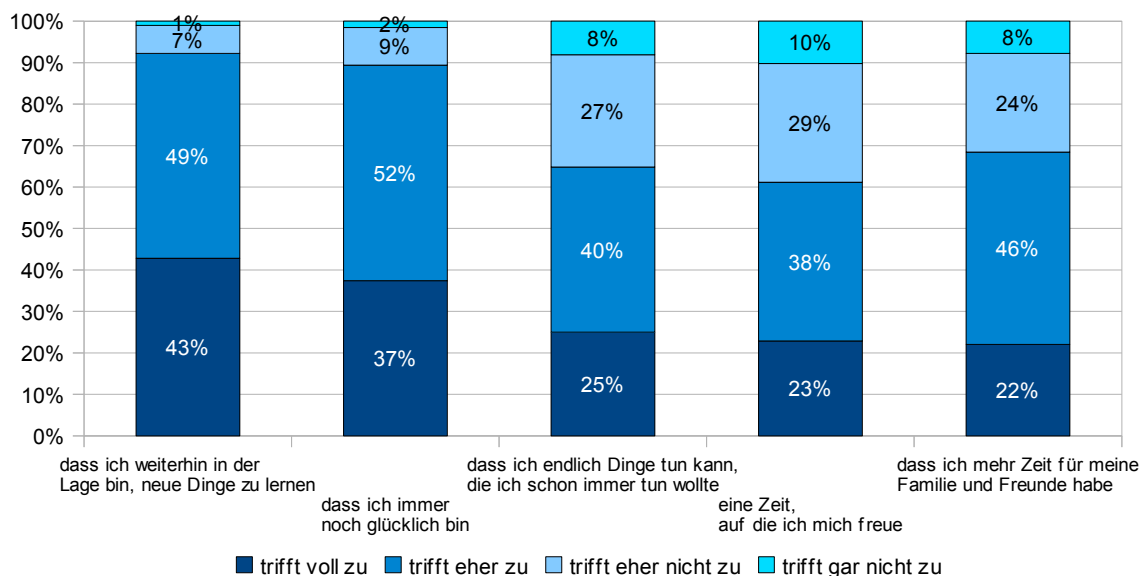
Antwortvorgaben: dass ich immer noch glücklich bin – dass ich weiterhin in der Lage bin, neue Dinge zu lernen – dass ich endlich Dinge tun, die ich schon immer tun wollte – dass ich mehr Zeit für meine Familie und Freunde habe – eine Zeit, auf die ich mich freue

Antwortkategorien: trifft voll zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu – weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

Abb. 112: Ressourcen und Hoffnungen hinsichtlich des Älterwerdens

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.573 / 2.444 / 2.493 / 2.284 / 2.483

Angesichts der Datenfülle werden nur ausgewählte differenzierte Analysen dargestellt.

- Altersgruppen

Die jüngeren Befragten geben signifikant häufiger an, dass Älterwerden für sie bedeutet, weiterhin neue Dinge lernen zu können (48% 'trifft voll zu' gegenüber 39% der Älteren)²⁷³. In ähnlicher Weise stimmen die Jüngeren (die oft noch im Arbeitsleben stehen) häufiger zu (31% 'trifft voll zu'), endlich Dinge tun zu können, die sie schon immer tun wollten (gegenüber 20% der Älteren)²⁷⁴. Und sie freuen sich dementsprechend häufiger darauf, mehr Zeit für Familie und Freunde zu haben²⁷⁵.

- Migrationshintergrund

Bezüglich der oben genannten Items gibt es nur bei einer Frage einen signifikanten Unterschied nach Migrationshintergrund. Deutsche mit Migrationshintergrund stimmen häufiger (19%) als Ausländerinnen und Ausländer (14%) und Deutsche ohne Migrationshintergrund (9%) nicht zu ('trifft gar nicht zu'), dass das Älterwerden für sie eine Zeit sei, auf die sie sich freuen²⁷⁶.

- Einkommensgruppen

Befragte aus den besser situierten Haushalten sind häufiger der Auffassung ('trifft voll zu'), auch im Alter immer noch glücklich zu sein (reiche Haushalte 43%, arme Haushalte 33%)²⁷⁷. Sie fühlen sich häufiger in der Lage ('trifft voll zu'), weiterhin neue Dinge lernen zu können (reiche Haushalte 54%, arme Haushalte 39%)²⁷⁸. Und Älterwerden bedeutet für sie häufiger ('trifft voll zu'), Dinge tun zu können, die sie schon immer tun wollten (reiche Haushalte 34%, arme Haushalte 17%)²⁷⁹.

- Alleinlebende

Sowohl bei Alleinlebenden (87%) als auch bei Nicht-Alleinlebenden (92%) ist jeweils ein hoher Anteil der Befragten der Überzeugung ('trifft voll'/eher zu'), im Alter immer noch glücklich zu sein. Der Anteil derer, die davon voll überzeugt sind ('trifft voll zu'), ist bei den Alleinlebenden jedoch geringer (32% versus 41% der Nicht-Alleinlebenden)²⁸⁰. Beide freuen sich aber gleichermaßen auf die

273 Altersgruppen: Neues lernen können n=2.542, p<.001

274 Altersgruppen: Dinge tun können, die man immer tun wollte n=2.466, p<.001

275 Altersgruppen: mehr Zeit für Familie n=2.453, p<.001

276 Migrationshintergrund: Zeit, auf die man sich freut n=2.163, p<.01

277 Einkommensgruppen: im Alter noch glücklich sein n=2.093, p<.001

278 Einkommensgruppen: Neues lernen können n=2.205, p<.001

279 Einkommensgruppen: Dinge tun können, die man immer tun wollte n=2.138, p<.001

280 Alleinlebende: im Alter noch glücklich sein n=2.412, p<.001

se Zeit²⁸¹.

➡ Viele der Befragten freuen sich auf das Älterwerden und gehen davon aus, weiter glücklich zu sein. Angebote, die weniger die negativen Folgen des Alters bzw. Möglichkeiten zu deren Verhinderung betonen, sondern vielmehr die positiven Visionen ansprechen, könnten deshalb von einigen als attraktivere Angebotsformen wahrgenommen werden.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➡ Das Älterwerden ist für die Befragten nicht nur oder vorrangig mit negativen, sondern durchaus mit vielen positiven Erwartungen assoziiert, die als wichtige Ressource für das eigene Wohlbefinden dienen. Diese positiven Erwartungen sollten bei der Planung von Angeboten genutzt werden und sie können einen Beitrag zum Erhalt bzw. zur Förderung der Gesundheit leisten. Angebote der Gesundheitsförderung können dann besonders wirksam sein, wenn sie die Beteiligten in Planungsprozesse einbeziehen und ihre Ressourcen, z.B. die Lust Neues zu lernen, in die Ausgestaltung von konkreten Angeboten einbeziehen.
(HF Partizipation)

6.7 Differenz von gefühltem und biologischem Alter

Der Kohärenzsinn ist ein wichtiger Aspekt im Modell der Salutogenese²⁸². Es handelt sich um eine sowohl kognitiv als auch affektiv-motivationale Grundeinstellung, von der abhängig ist, wie gut Menschen vorhandene Ressourcen für den Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens nutzen können. Ein Aspekt des Kohärenzsinn ist das Gefühl der Bewältigbarkeit von Anforderungen des Lebens.

Die nachfolgend analysierte Frage zur Differenz von gefühltem und biologischem Alter kann vielleicht in diesem Kontext interpretiert werden. Personen, die sich jünger fühlen als sie sind, verfügen entweder über mehr subjektive oder objektive Ressourcen für die individuellen Alterungsprozesse oder/und sie erleben Alterungsprozesse möglicherweise als eher bewältigbar.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie wurden gebeten, neben ihrem biologischem Alter anzugeben, wie alt sie sich fühlen²⁸³.

Durchschnittlich geben die Befragten in dieser Studie an, sich um fast 7 Jahre jünger zu fühlen (MW= -6,9) als es ihrem tatsächlichen Alter entspricht.

In der Generali Altersstudie fühlten sich zum Vergleich die 70 bis 74-Jährigen um fast 10 Jahre jünger²⁸⁴.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Einkommensgruppen.

Dagegen sind Unterschiede nach Altersgruppen und insbesondere nach subjektivem Gesundheitszustand festzustellen.

- Altersgruppen

Zwischen den Altersgruppen sind signifikante, aber in der Ausprägung eher geringe Unterschiede festzustellen, wonach sich die Älteren durchschnittlich um ein gutes Jahr mehr jünger fühlen als sie sind (MW= -7,5) als die jüngere Gruppe (MW= -6,3)²⁸⁵.

- subjektiver Gesundheitszustand

Die Differenz von biologischem und gefühltem Alter steht in engem Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand. Je besser der subjektive Gesundheitszustand, umso jünger (als ihr tatsächliches Alter) fühlen sich die Befragten. Während sich Personen mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand durchschnittlich um 10,8 Jahre jünger fühlen als ihr biologisches Alter und Personen mit 'sehr gutem' bzw. 'gutem' Gesundheitszustand um 9,3 bzw. 7,4 Jahre jünger, fühlen sich

281 Alleinlebende: sich auf die Zeit freuen n=2.257, nicht sig.

282 BZgA (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. hier S. 28ff

283 Frage: Einmal abgesehen von Ihrem tatsächlichem Alter: Wie alt fühlen Sie sich?

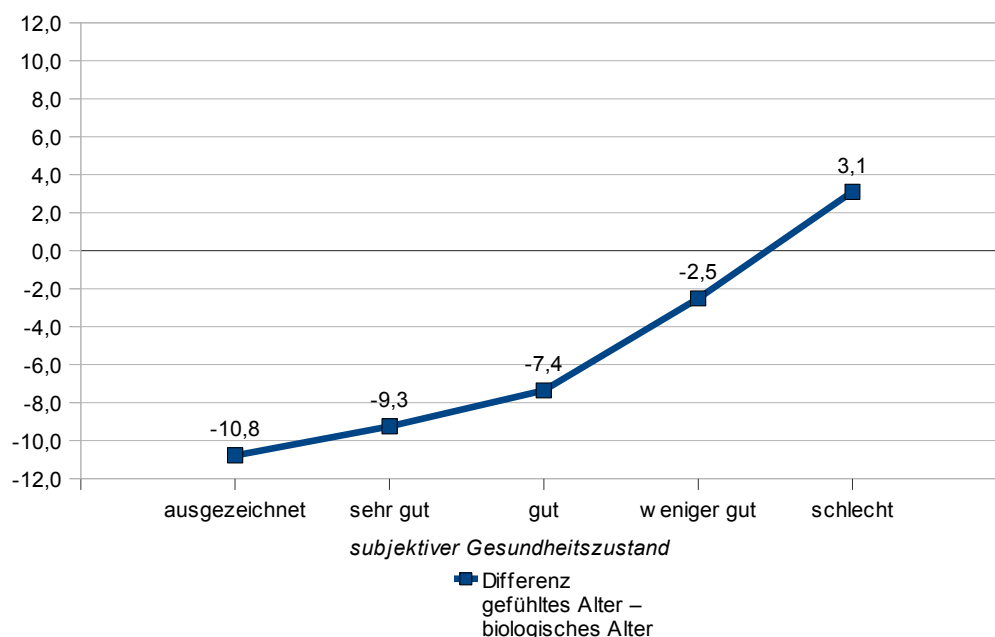
284 Generali Deutschland (2012): Pressemitteilung vom 28.11.2012 'Generali Altersstudie: Ältere fühlen sich zehn Jahre jünger und wollen lebenslang unabhängig bleiben. www.generali-deutschland.de

285 Altersgruppen T-Test p<.001

Personen mit 'weniger gutem' Gesundheitszustand dagegen mit durchschnittlich 2,5 Jahren nicht mehr so viel jünger und Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand empfinden sich im Schnitt sogar um 3,1 Jahre älter als ihr biologisches Alter.

Abb. 113: Differenz des gefühlten und biologischen Alters nach subjektivem Gesundheitszustand

arithmetischer Mittelwert aus der Differenz: gefühltes Alter – biologisches Alter²⁸⁶



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 einfaktorielle Varianzanalyse, Welch-Test $p < .001$, $n = 67 / 377 / 1.286 / 565 / 131$
 paarweise post-hoc Tests Tamhane jeweils mindestens signifikant mit $p < .01$ (mit Ausnahme des Mittelwertunterschieds von 'sehr gut' und 'ausgezeichnet' mit einem $p > .05$ nicht signifikant)

6.8 Allgemeine Zufriedenheit mit spezifischen Lebensaspekten

An dieser Stelle wird auf die allgemeine Zufriedenheit der befragten Bürgerinnen und Bürger eingegangen²⁸⁷.

29% der Befragten geben an, mit ihrem Leben alles in allem 'sehr zufrieden' zu sein. Nur 1% sind damit 'sehr unzufrieden', weitere 7% 'eher unzufrieden'.

Mit ihren Wohnverhältnissen sind fast zwei Fünftel (39%) 'sehr zufrieden', ein Zehntel (11%) ist damit 'sehr'/eher unzufrieden'.

Die geringste Zufriedenheit bzw. die größte Unzufriedenheit bringen die Befragten bei den Items 'finanzielle Lage' und 'Gesundheitszustand' zum Ausdruck. 8% sind mit der finanziellen Lage 'sehr unzufrieden' und weitere 20% 'eher unzufrieden'. Und 4% sind mit ihrem Gesundheitszustand 'sehr unzufrieden' und 18% 'eher unzufrieden'.

²⁸⁶ Ein Wert mit negativem Vorzeichen zeigt an, dass sich die Befragten jünger fühlen als ihrem biologischen Alter entspricht.

²⁸⁷ Frage: Wie zufrieden sind Sie.....

Antwortvorgaben: alles in allem mit Ihrem Leben? – mit Ihrem Gesundheitszustand? – mit Ihrer Bewältigung des Alltags? – mit sich selbst? – mit Ihren persönlichen Beziehungen? – mit Ihren Wohnverhältnissen? – mit Ihrer finanziellen Lage?

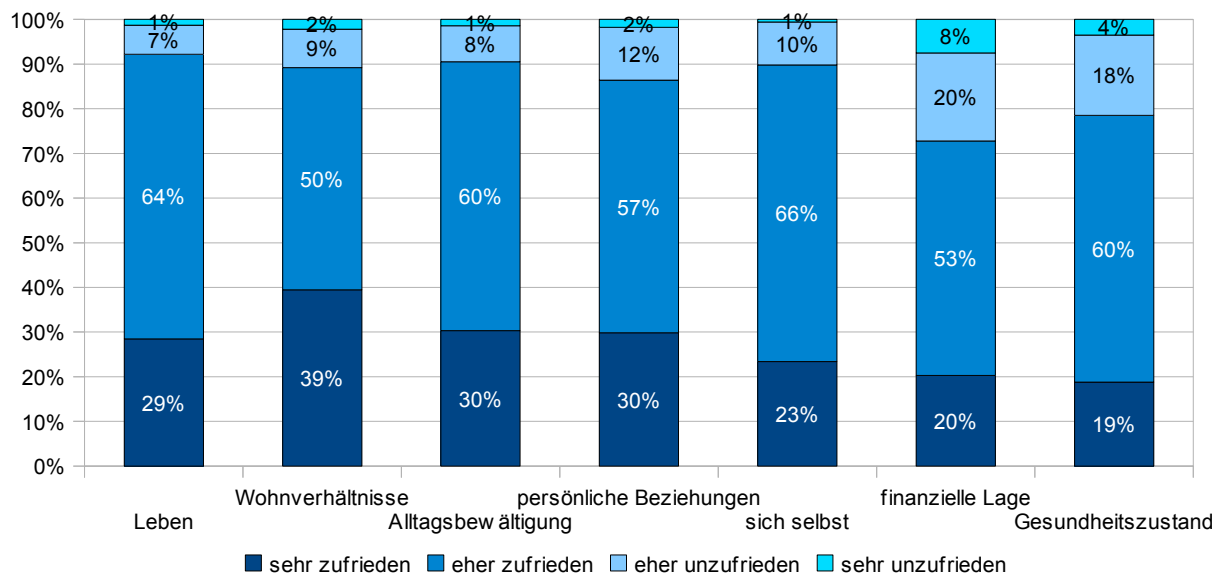
Antwortkategorien: sehr zufrieden – eher zufrieden – eher unzufrieden – sehr unzufrieden – weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

Abb. 114: Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten

in Prozent

Frage: 'Wie zufrieden sind Sie....?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 n=2.653 / 2.661 / 2.649 / 2.581 / 2.642 / 2.664 / 2.675

Aufgrund der Fülle von Daten kann nicht detailliert jedes Item nach den üblichen Kategorien differenziert betrachtet werden.

Deshalb werden nur knapp die Ergebnisse für das Item der allgemeinen Lebenszufriedenheit ('alles in allem mit Ihrem Leben') berichtet, da diese Aussage gewissermaßen als Fazit der anderen Aspekte betrachtet werden kann.

Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht und Altersgruppen²⁸⁸.

Signifikante Unterschiede zeigen sich bei den Merkmalen Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Untersuchungsgebieten, für Alleinlebende und nach subjektivem Gesundheitszustand.

- Migrationshintergrund

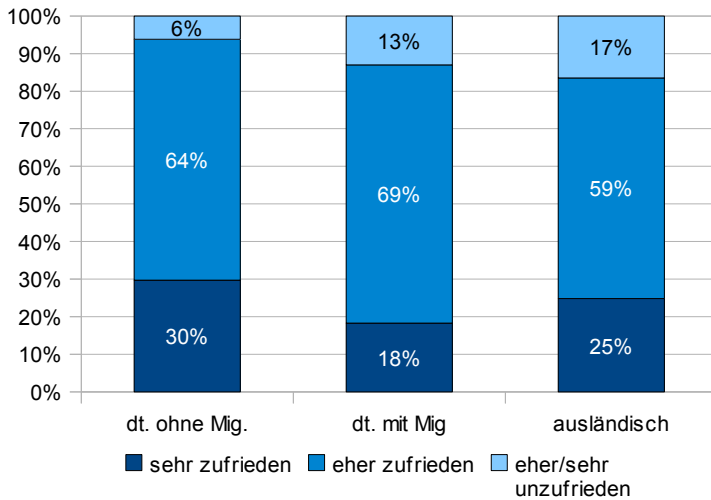
Deutsche ohne Migrationshintergrund sind seltener (6%) unzufrieden ('eher'/'sehr unzufrieden') mit ihrem Leben als Deutsche mit Migrationshintergrund (13%) und Ausländerinnen und Ausländer (17%). Interessanterweise sind aber Deutsche ohne Migrationshintergrund (30%) und Ausländerinnen und Ausländer (25%) vergleichsweise zufriedener ('sehr zufrieden') mit ihrem Leben als Deutsche mit Migrationshintergrund mit 18%.

288 Für diese Auswertungen wurden – wegen geringer Fallzahlen bei einigen der differenzierten Auswertungen – die Kategorien 'sehr unzufrieden' und 'eher unzufrieden' zusammengefasst.

Abb. 115: Zufriedenheit mit dem Leben nach Migrationshintergrund

in Prozent

Frage: 'Wie zufrieden sind Sie.... alles in allem mit Ihrem Leben?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.507, p<.001

- Einkommensgruppen

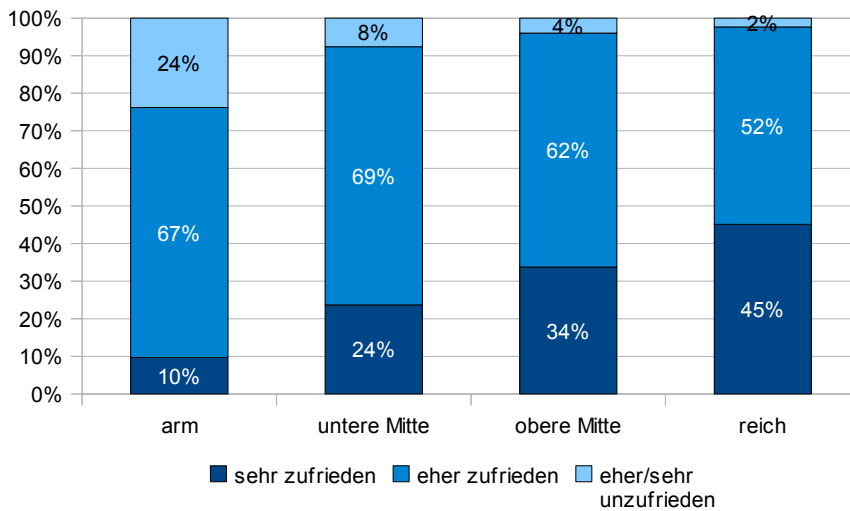
Sehr deutliche Zusammenhänge zeigen sich hinsichtlich der finanziellen Lage der Haushalte und der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

10% der Befragten aus armen Haushalten sind mit ihrem Leben 'sehr zufrieden', gegenüber 24% der Befragten aus der unteren Mitte, 34% aus der oberen Mitte und 45% aus den reichen Haushalten. Entsprechend sind 2% der Personen aus reichen Haushalten 'eher'/'sehr unzufrieden' mit ihrem Leben gegenüber 24% der Befragten aus armen Haushalten.

Abb. 116: Zufriedenheit mit dem Leben nach Einkommensgruppen

in Prozent

Frage: 'Wie zufrieden sind Sie.... alles in allem mit Ihrem Leben?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.260, p<.001

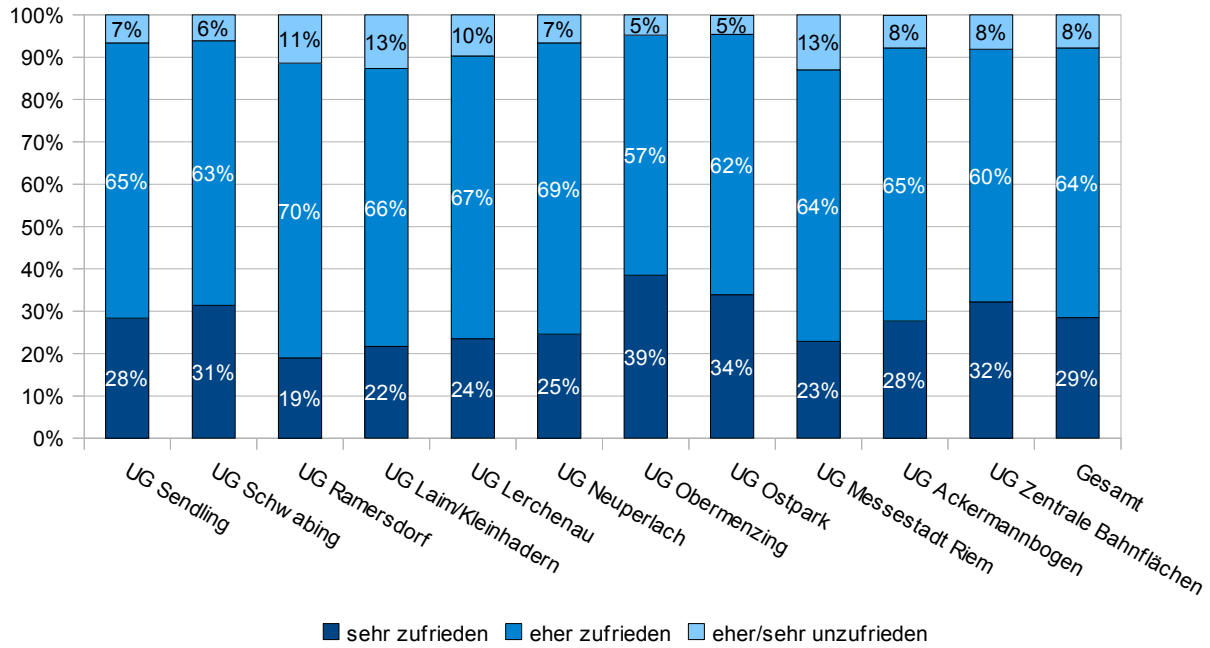
- Untersuchungsgebiete

Am zufriedensten mit ihrem Leben ('sehr zufrieden') sind die Befragten aus den Untersuchungsgebieten Obermenzing (39%), Ostpark (34%), Zentrale Bahnflächen (32%) und Schwabing (31%). Besonders hohe Anteile von Unzufriedenen ('eher'/'sehr unzufrieden') sind in Laim/Kleinhadern, der Messestadt Riem und in Ramersdorf festzustellen.

Abb. 117: Zufriedenheit mit dem Leben nach Untersuchungsgebieten

in Prozent

Frage: 'Wie zufrieden sind Sie.... alles in allem mit Ihrem Leben?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.653, p<.001

- **Alleinlebende**

Nicht-Alleinlebende sind häufiger 'sehr zufrieden' (33%) mit ihrem Leben als Befragte, die alleine leben (22%)²⁸⁹.

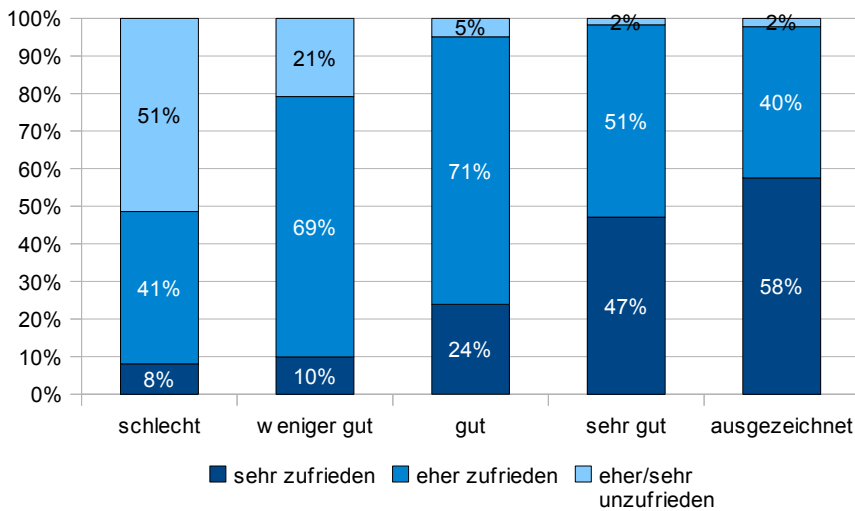
- **subjektiver Gesundheitszustand**

Etwa die Hälfte (51%) der Personen mit (subjektiv) 'schlechtem' Gesundheitszustand ist mit ihrem Leben 'eher/sehr unzufrieden'. Dagegen kommen nur jeweils 2% der Personen mit 'ausgezeichnetem' bzw. 'sehr gutem' Gesundheitszustand zu diesem Urteil.

Abb. 118: Zufriedenheit mit dem Leben nach subjektivem Gesundheitszustand

in Prozent

Frage: 'Wie zufrieden sind Sie.... alles in allem mit Ihrem Leben?'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.602, p<.001

²⁸⁹ Alleinlebende n=2.616, p<.001

➔ Angebote im sozialen Bereich verfolgen vielfältige Ziele. Die Sicherstellung der finanziellen Versorgung ist dabei häufig ein wichtiges Ziel. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass dies jedoch alleine nicht ausreichend ist, um ein zufriedenes Leben zu führen. Die allgemeine Lebenszufriedenheit der Befragten ist in hohem Maße durch ihren Gesundheitszustand bedingt²⁹⁰. Die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen sollte deshalb ein wichtiges Anliegen von sozialen Angeboten sein, ebenso wie die Beachtung finanzieller Aspekte und die Stärkung sozialer Ressourcen ein Anliegen von Angeboten der Gesundheitsförderung sein sollte.
(*HF Armut und Gesundheit, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung*)

290 Im Endbericht der Studie 'Älter werden in München' erweist sich der subjektive Gesundheitszustand in einer multivariaten Analyse als wichtiger Faktor im Hinblick auf die allgemeine Lebenszufriedenheit. www.muenchen.de/aelterwerden

7 Gesundheitsförderliche Umwelt

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Umwelt, die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlergehen ermöglicht. Die Landeshauptstadt München handelt entsprechend dieser politischen Willenserklärung und schafft in ihrem Verantwortungsbereich Rahmenbedingungen, um die Belastung der Münchner Bevölkerung durch Einflüsse aus der Umwelt zu reduzieren und nachhaltig für eine gesundheitsförderliche Umwelt in der Stadt zu sorgen.“

Leitlinie Gesundheit

7.1 Theoretischer Hintergrund

7.1.1 Umweltgerechtigkeit

Es ist vielfach belegt, dass der Sozialstatus von Menschen maßgeblich darüber entscheidet, welchen Umwelteinwirkungen, wie z.B. Umweltschadstoffen oder verkehrlichen Belastungen, und damit gesundheitlichen Risiken, sie ausgesetzt sind. Umweltbelastungen und Umweltressourcen sind sozialräumlich ungleich verteilt und Personen mit niedrigerem Sozialstatus leben häufiger in Quartieren mit höheren Belastungen²⁹¹.

In etwas anders akzentuierter Form wird dieser Zusammenhang in ökogerontologischen Ansätzen thematisiert²⁹². Umwelanforderungen und Kompetenzen älterer Menschen stehen in einem Wechselverhältnis. Kumulierende negative Effekte gelten in diesem Modell als umso wahrscheinlicher, wenn individuelle Kompetenzen und Anpassungsfähigkeiten im Alter abnehmen und Umwelanforderungen in bestimmten teilräumlichen Gebieten besonders hoch sind.

Die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse ist nicht nur im Grundgesetz Art. 72 Abs. 2 verankert, sondern auch in Art. 3 Abs. 2 der Bayerischen Verfassung. Im Raumordnungsgesetz auf Bundesebene ist die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse ebenfalls festgeschrieben (§1 Abs. 2 ROG)²⁹³. Auf Ebene des Freistaates Bayern ist dieser Grundsatz in Art. 5 Abs. 1 des Bayerischen Landesplanungsgesetzes (BayLplG) verankert. Der Freistaat verpflichtet sich, „gleichwertige Lebens- und Arbeitsbedingungen in allen Teilräumen zu schaffen und zu erhalten“. Als Leitmaßstab der Landesplanung nach Art. 5 Abs. 2 wird die „nachhaltige Raumentwicklung, die die wirtschaftlichen, ökologischen und sozialen Belange des Raums in Einklang bringt und zu einer dauerhaften, großräumig ausgewogenen Ordnung führt“ begründet. Auch auf Ebene der Bauleitplanung und im Baugesetzbuch (BauGB) gibt es Vorgaben und Grundsätze zur Beachtung umwelt- und gesundheitsbezogener Belange²⁹⁴. In der Leitlinie Gesundheit verpflichtet sich die gesamte Stadtverwaltung dem Ziel zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Umwelt²⁹⁵.

In diesem Kontext ist an der Schnittstelle von Umwelt-, Sozial- und Gesundheitspolitik das Konzept der Umweltgerechtigkeit bzw. 'environmental justice' angesiedelt. Nicht zuletzt deshalb ist dies ein Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung²⁹⁶. Relevante Faktoren sind hier u.a. Wohnbedingungen und Wohnausstattung, Lärmbelastung, Schadstoffbelastung im Innen- sowie Außenraum, Versorgung mit Grünflächen, Nahversorgungsstruktur, subjektives Sicherheitsempfinden im Quartier, Gestaltungs- und Nutzungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum, Sitzgelegenheiten in Grünanlagen, öffentliche Toiletten oder der Zugang zu Bewegungsangeboten. Diese gelten als verhältnisbedingte Gesundheitsaspekte²⁹⁷, die für die Lebensbedingungen von Bürger-

291 siehe u.a. Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt - Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. S. 3

292 vgl. zum Überblick Peter, Andreas (2009): Stadtquartiere auf Zeit. Lebensqualität im Alter in schrumpfenden Städten. hier S. 55ff

293 Bunge, Christiane (2012): Potenziale für mehr Umweltgerechtigkeit – Handlungsfelder und Instrumente einer integrierten Strategie. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 175-189

294 Löhr, Rolf-Peter (2012): Das Recht der kommunalen Bauleitplanung und gesundheitliche Belange. in: Böhme, Christa et al (Hrsg): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. S. 37-48

295 Referat für Gesundheit und Umwelt (2010): Rundum Gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern.

296 siehe zu Folgendem Bunge, Christiane/Hornberg, Claudia (2012): Umweltgerechtigkeit als Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 35(2):61-64

297 Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt - Ein Plädoyer für eine stärkere Integration; Lehr, Ursula (2012): Prävention – eine Notwendigkeit in einer Gesellschaft des langen Lebens. Forum Public Health 20(74):2-4

rinnen und Bürgern in konkreten Quartieren von hoher Relevanz sind. Generell geht es dabei um die Wechselwirkungen von Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage.

Derartige Überlegungen und Analysen sind im Rahmen von Diskussionsprozessen um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu sehen²⁹⁸. Der Gesundheitszustand von Personen wird zum einen als Resultat von sozialen Ungleichheiten betrachtet und zum anderen gilt Gesundheit als Basis für die Verwirklichung von Lebenszielen und für die Teilhabe an der Gesellschaft und stellt damit eine Voraussetzung für soziale Chancengerechtigkeit dar. Das Prinzip der Chancengleichheit wurde bereits von John Rawls in seiner Theorie der Gerechtigkeit formuliert. Ebenso wird Bezug genommen auf die Ansätze von Amartya Sen und Martha Nussbaum zu Verwirklichungschancen bzw. zum Capability Approach²⁹⁹.

Grundsätzlich wird in Erklärungsmodellen zum Zusammenhang von sozialer Lage, Umweltbedingungen und Gesundheit meist eine multimodale Wechselbeziehung unterstellt. Neben individuellen Faktoren (wie etwa Copingstrategien zum Umgang mit Stress, Gesundheitsverhalten) und sozialen Faktoren (wie etwa Einkommen, soziale Netzwerke) werden auch Umweltbedingungen (wie etwa Luft- und Lärmbelastung, Versorgung mit wirtschaftlicher, sozialer, medizinischer, kultureller Infrastruktur, Wohnbedingungen) als relevante Faktoren für den Gesundheitszustand betrachtet³⁰⁰. Gesundheit ist dabei als Querschnittsthema zu sehen und wird in wesentlichem Maße von Einflussfaktoren außerhalb des klassischen Gesundheitswesens beeinflusst³⁰¹.

Umweltgerechtigkeit oder Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit werden auch im Zusammenhang mit dem Begriff der Nachhaltigkeit diskutiert. In der Leipzig Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt (2007) wird betont, „dass alle Dimensionen einer nachhaltigen Entwicklung gleichzeitig und gleichgewichtig zu berücksichtigen (sind). Hierzu zählen wirtschaftliche Prosperität, sozialer Ausgleich und gesunde Umwelt. Gleichzeitig sind die kulturellen und gesundheitlichen Erfordernisse zu beachten“³⁰².

Der Begriff der Umwelt wird nicht ausschließlich biologisch-physisch gedacht, sondern auch psychosozial. Das bedeutet, dass sowohl subjektive Umweltfaktoren (wie etwa Sicherheitsempfinden) einbezogen werden als auch soziale und kulturelle Bedingungen auf räumlicher Ebene betrachtet werden³⁰³. Hinzu kommt ein starker Fokus auf Ressourcen: es sollen nicht nur belastende Umweltbedingungen, sondern auch die Ressourcen für Gesundheit auf sozialräumlicher Ebene identifiziert werden.

Methodisch und fachlich fundierte Ansatzpunkte hierfür gibt es bereits. Berlin ist dabei, im Rahmen einer integrierten Betrachtungsweise 'Umweltgerechtigkeit im Land Berlin' darzustellen und auf dieser Basis Maßnahmen abzuleiten³⁰⁴. In einem Forschungsprojekt des Deutschen Instituts für Urbanistik zur 'Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum' werden unter anderem geeignete Indikatoren und Handlungsempfehlungen erarbeitet. In den Programmen der Sozialen Stadt wurden anfangs selten, zwischenzeitlich häufiger, gesundheitsförderliche und umweltspezifische Belange in Prozesse der Quartiersentwicklung aufgenommen.

Für eine umwelt- und gesundheitsgerechte Stadtentwicklung müssen deshalb Maßstäbe und Kriterien zur Beurteilung aktueller und künftiger Umweltbelastungen entwickelt werden. Diese sollten

298 Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37

299 Ziel des Capability Approaches ist es u.a. den Wohlstand einer Gesellschaft nicht nur monetär zu bemessen, sondern Aspekte eines guten, gelingenden Lebens sowie Gerechtigkeitsaspekte mit aufzunehmen.

300 Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37

301 Kilian, Holger (2014): Der ÖGD als koordinierender Akteur? Möglichkeiten und Grenzen bei der Gestaltung kommunaler (Inklusions-)Strategien. Vortrag auf der Tagung des Deutschen Vereins 'Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im inklusiven Sozialraum'.

302 Leipzig Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt (2007)

303 Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37

304 Klimeczek Heinz-Josef (o.J): Umweltgerechtigkeit im Land Berlin. https://www.berlin.de/imperia/md/content/balichtenberghohen-schoenhausen/europa/pa1_klimeczek.pdf?start&ts=1252060422&file=pa1_klimeczek.pdf [22.05.2014]

in Planungsprozessen bereits im Vorfeld (unter Partizipation von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern) beachtet werden. Gegebenenfalls sollten Kompensationsleistungen definiert und initiiert werden³⁰⁵. Dabei ist zu bedenken, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Umwelt- und Wohnfeldbedingungen sowie der Prävention im Gesundheitsbereich nicht nur direkt den Bewohnerinnen und Bewohnern dienen, sondern auch zur Aufwertung von Stadtvierteln beitragen können.

Zunehmend werden Aspekte von Umweltgerechtigkeit in Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen bei Planungsprozessen diskutiert oder sogenannte Health Impact Assessments (HIA) durchgeführt. Mit deren Hilfe werden in anderen Ländern (z.B. Großbritannien, Niederlande, USA) bereits seit einiger Zeit gesundheitliche Wirkungsbilanzen von Planungen erstellt³⁰⁶. Dabei werden sowohl Gesundheitsrisiken als auch Gesundheitsressourcen in die Analysen einbezogen. Alternativ könnten in den Umweltverträglichkeitsprüfungen (UVP) gesundheitliche Belange (Schutzgut 'Mensch') stärker berücksichtigt werden. In den letzten Jahren ist diese Thematik zunehmend im Hinblick auf die Erarbeitung von 'Fachplänen Gesundheit' aufgegriffen worden³⁰⁷. Durch geeignete kleinräumige Daten und Kartendarstellungen sollen solide Planungsgrundlagen geschaffen werden, die es ermöglichen, gesundheitsrelevante Aspekte in räumlichen Planungsprozessen stärker zu berücksichtigen bzw. diese mit umweltrelevanten Daten zu verknüpfen.

Unabdingbare Grundlage hierfür auf kommunaler Ebene ist eine strukturell integrierte Gesundheits- und Umweltberichterstattung, die es ermöglicht, auf Basis geeigneter Daten aussagekräftige Indikatoren zu entwickeln, um Mehrfachbelastungen von Bewohnerinnen und Bewohnern zu identifizieren³⁰⁸. Dabei gilt es, sowohl die sozialräumliche Verteilung von umweltbezogenen und gesundheitlichen Risiken als auch die (salutogenen) Ressourcen in der Umwelt darzustellen. Eine integrierte Berichterstattung (z.B. die Gesundheits- und Umweltberichterstattung des Referates für Gesundheit und Umwelt oder die Stadtteilstudie des Referats für Stadtplanung und Bauordnung) ist dabei ein wichtiges Instrument zur Identifikation und Analyse besonders gefährdeter Gebiete und zur Analyse von Ressourcen im Sozialraum sowie zur datenfundierten Ausrichtung konkreter Planungen.

Da Maßnahmen dort besonders notwendig erscheinen, wo mehrfach belastete Personengruppen wohnen, ist eine „räumlich eindeutige Analyse der Lebenswelten vor allem für die Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen von zentraler Bedeutung“³⁰⁹. Bei der Entwicklung, Initiierung und Förderung konkreter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ist darüber hinaus die Ausrichtung am Konzept des 'Empowerments' wichtig. Empowermentstrategien zielen darauf ab, „dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen“³¹⁰. Dies gilt auch für umweltbezogene Veränderungen.

Was die Entwicklung konkreter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung betrifft, so erscheint es nur bedingt sinnvoll, ausschließlich Strategien zur Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens zu unterstützen, wenn Personen vielfältigen negativen Umweltbelastungen und schlechten Wohnbedingungen sowie sozialen Problemlagen im Quartier ausgesetzt sind. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass kumulative Effekte entstehen. Mit Maßnahmen, die am Individuum ansetzen, wird den Personen darüber hinaus die alleinige Verantwortung für ihren Gesundheitszustand zu-

305 Riedel, Natalie/Rüdiger, Andrea (2012): Planungsstrategische Möglichkeiten einer umwelt- und gesundheitsgerechten Planung in der Stadt – Thesen für eine Environmentally Just and Healthy Urban Governance. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 245-254

306 Bunge, Christiane/Hornberg, Claudia (2012): Umweltgerechtigkeit als Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 35(2):61-64; Linden, Susanne/Töppich, Jürgen (2011): Health Impact Assessment (HIA)/Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 331-336; Fehr, Rainer (2012): Gesundheitliche Wirkungsbilanzen (Health Impact Assessment, HIA). in: Böhme, Christa et al (Hrsg): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. S. 187-198

307 siehe u.a. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen LZG.NRW (2012): Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen. Ein fiktionaler Bericht. https://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/2012_druckfrisch/fachplan_gesundheit_healthhausen_lzg-nrw_2012.pdf [03.09.2014]

308 Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt - Ein Plädoyer für eine stärkere Integration; In der LHM kann die Stadtteilstudie als Ansatz einer integrierten Berichterstattung gelten: Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2010): Münchner Stadtteilstudie 2009.

309 Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37, hier S. 28

310 Brandes, Sven/Stark, Wolfgang (2011): Empowerment/Befähigung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 57-60

geschoben ('blaming the victim'). Vielmehr gilt es, die Umweltbelastungen zu reduzieren und gesundheitsförderliche Settings/Quartiere zu entwickeln.

7.1.2 Nachhaltige Entwicklung

„Die Landeshauptstadt München verpflichtet sich in ihrer Gesundheitspolitik dem Ziel der Nachhaltigkeit.“

Leitlinie Gesundheit

„Nachhaltige Entwicklung ist Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können“³¹¹.

Nachhaltige Entwicklung betrifft dabei insbesondere die drei Dimensionen Ökonomie, Ökologie und Soziales.

Der Diskurs um Nachhaltigkeit verfolgt seit jeher einen systemischen Ansatz und betrachtet die Wechselwirkungen verschiedener Entwicklungen und Maßnahmen. Dazu gehört auch der Aspekt des sozialen Friedens, d.h. des Ausgleichs von Interessen zwischen jetzigen und späteren Generationen, aber auch zwischen verschiedenen Gruppen im Hier und Heute sowie die systemischen Wechselwirkungen auf globaler Ebene zwischen Ökonomie, Ökologie und Sozialem.

Es gibt Ansätze im Nachhaltigkeitsdiskurs (insbesondere von Michael Marmot), die die gerechte Verteilung gesundheitlicher Chancen als einen Aspekt sozialer Gerechtigkeit betrachten. Die Debatte um soziale Gerechtigkeit und um adäquate Mittel und Wege, wie diese herzustellen ist, ist ein breiter Diskussionsstrang im Kontext der sozialen Nachhaltigkeit³¹².

Wie wichtig die Dimension des Sozialen ist, zeigt sich u.a. in einer der strategischen Leitlinien der Perspektive München 'Sozialen Frieden durch Soziale Kommunalpolitik sichern'. Stadtgesundheit wird darin als eine wichtige Aufgabe der Kommunalpolitik verstanden.

„Stadtgesundheit ist eine wichtige Zukunftsaufgabe.“

Strategische Leitlinie

'Sozialen Frieden durch Soziale Kommunalpolitik sichern'

Zugang zu Grün- und Erholungsflächen als ein Aspekt von Nachhaltigkeit

Im Nachhaltigkeitsbericht des Referates für Gesundheit und Umwelt wurden deshalb Indikatoren entwickelt, die es erlauben, die Prozesse in der LH München im Hinblick auf Nachhaltigkeit zu beobachten und zu beurteilen³¹³.

„Grünflächen haben eine positive Wirkung auf das geistige und körperliche Wohlbefinden. Sie haben eine beruhigende Wirkung, fördern die Erholung sowie den Abbau von Stress.“

Leitlinie Ökologie

Die Relevanz des Themas Nachhaltigkeit für die Gesundheits- und Umweltberichterstattung zeigt sich beispielhaft an einem Indikator des städtischen Nachhaltigkeitsberichts. Das Angebot an Erholungsfläche pro Einwohner stellt einen von 25 Indikatoren zur Entwicklung von Nachhaltigkeit in München dar³¹⁴. Erholungsflächen sind nicht nur wichtig für das Stadtklima, sie sind außerdem Lebensraum für Pflanzen und Tiere und dienen der Gesundheitsförderung und Erholung. Die Erholungsfläche pro Einwohner nimmt dabei in den letzten Jahren ab.

Auf kleinräumiger Ebene wird in der Münchner Stadtteilstudie 2009³¹⁵ der Aspekt der Versorgung mit Grün- und Freiflächen mit Hilfe einer kartografischen Darstellung ebenfalls aufgegriffen. Deutlich werden auch in dieser Studie die regionalen Disparitäten innerhalb des Stadtgebietes.

Manche der in der Studie 'Älter werden in München' ausgewählten Gebiete korrespondieren mit den in der Stadtteilstudie unterdurchschnittlich versorgten Gebieten, so z.B. die Untersuchungsge-

311 Brundtland Bericht von 1987, zitiert nach: Trojan, Alf/Süß, Waldemar (2011): Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 384-387, hier S. 384

312 Waldbauer, Julia (2014): Sind gerechte Gesellschaften gesünder? Ist eine gesunde auch eine faire Gesellschaft? Und was bedeutet dies für eine nachhaltige Public Health-Praxis? in: Info_Dienst für Gesundheitsförderung. 02/2014. S. 4-5

313 Referat für Gesundheit und Umwelt (2014): Nachhaltigkeitsbericht München 2014

314 Referat für Gesundheit und Umwelt (2014): Nachhaltigkeitsbericht München 2014, Indikator 9

315 Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2010): Münchner Stadtteilstudie 2009. S. 31

bierte Sendling, Schwabing, Laim/Kleinhadern, Neuperlach und die Zentralen Bahnflächen. Die ungleiche Verteilung von Gesundheits- und Umweltbelastungen (z.B. subjektive Lärmbelastung) oder gesundheitsförderlichen Ressourcen (z.B. Beurteilung der Grünflächen) in den elf Untersuchungsgebieten wird anhand der Studienergebnisse (→ Kap. 7.3 und 7.4) deutlich. Die ungleiche Verteilung von Ressourcen ist ein Aspekt der eben dargestellten Diskussion um Chancengerechtigkeit bzw. Umweltgerechtigkeit und kann als eine der Voraussetzungen für das Erreichen von sozialer Nachhaltigkeit interpretiert werden.

7.1.3 Klimawandel

„Das Gesundheitssystem, aber auch jeder und jede Einzelne, müssen sich auf die Folgen des Klimawandels vorbereiten.“

Leitlinie Ökologie

In Folge des Klimawandels ist mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Bevölkerung und spezifischen Belastungen des Gesundheitswesens zu rechnen, vor allem durch Hitzewellen³¹⁶. In städtischen Ballungsräumen tritt aufgrund der hohen Bebauungsdichte und dem hohen Versiegelungsgrad ein 'Wärmeineffekt' im Vergleich zum Umland auf. Deshalb sind Städte besonders sensibel gegenüber Auswirkungen des Klimawandels³¹⁷.

Tendenziell sind ältere und chronisch kranke Menschen diesbezüglich besonders vulnerabel³¹⁸. Da sich diese Gruppen häufig vorwiegend in ihren Wohnungen (bzw. teilweise in stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen) aufhalten, sind das Raumklima und die bauliche Struktur hier von besonderer Bedeutung. Auch alleinlebende ältere Menschen gelten als Risikogruppe, vor allem, wenn sie nicht in der Lage sind, in Hitzeperioden durch Verhaltensänderungen (z.B. verstärkte Flüssigkeitszufuhr) auf das im Alter in der Regel verminderte Durstgefühl adäquat zu reagieren. Oftmals können sie aufgrund schlechter Wohnbedingungen (z.B. unzureichend isolierte Wohnungen) den klimatischen Veränderungen auch weniger gut begegnen.

So konnte beispielsweise in einem europäischen Städtevergleich nachgewiesen werden, dass Hitzewellen wie im Jahr 2003 insbesondere die Sterblichkeit von älteren Frauen sowie die Sterblichkeit infolge von Atemwegserkrankungen deutlich erhöhen³¹⁹. Die Hitzewelle im Jahr 2003 wird für etwa 35.000 Todesfälle in 12 Ländern Europas verantwortlich gemacht.

Mehrere Wirkungskomplexe sind für die klimatologischen Belange von Relevanz³²⁰.

Die besonders in Städten dichte und hohe Bebauung hat eine Oberflächenvergrößerung durch nicht-natürliche Materialien zur Folge und führt dadurch zu Veränderungen des Energie- und Wärmehaushalts. Die aufgenommene Sonnenenergie kann nicht durch Verdunstung von Wasser schnell wieder freigesetzt werden, sondern sie wird zunächst in den Materialien gespeichert und erwärmt damit zeitnah oder zeitlich verzögert (z.B. nachts) die Luft. Zwar spenden hohe Bauten auch Schatten, aber insgesamt trägt die Oberflächenvergrößerung und der hohe Versiegelungsgrad in der Stadt zu einer deutlichen Temperaturerhöhung bei. Dazu kommt es durch die baulichen Strukturen zu schlechterer Durchlüftung und stärkerer Hitzeentwicklung. Der beschriebene Wärmeineffekt bewirkt in München eine mittlere Temperaturdifferenz von 2-3°C im Vergleich zum Umland, nachts sogar bis zu 10°C³²¹.

Hohe Temperaturen im Sommer, insbesondere nachts, führen zu verminderter Regeneration der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Schlaf dadurch teilweise massiv beeinträchtigt sein kann. Bei besonders vulnerablen Gruppen erhöht sich das Risiko für Kreislaufprobleme, Schwindel oder Dehydratation bis hin zur Exsikkose und Verwirrheitszuständen.

316 Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Referat für Gesundheit und Umwelt (2014): Leitlinie Ökologie. Teil Klimawandel und Klimaschutz. Perspektive München. S. 29ff

317 Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt - Ein Plädoyer für eine stärkere Integration; Katzschner, Antja/Bruse, Michael (2012): Stadtklima und soziale Vulnerabilität. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 99-112

318 Blättner, Beate et al (2012): Prävention hitzebedingter Gesundheitsrisiken. Auf den Klimawandel angemessen reagieren. Prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung 35(2):35-38

319 D'Ippoliti, Daniela et al (2010): The impact of heat waves on mortality in 9 European Cities: results from the EuroHEAT project. Environmental Health 9:37. 37. <http://www.ehjournal.net/content/9/1/37>

320 Katzschner, Antja/Bruse, Michael (2012): Stadtklima und soziale Vulnerabilität. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 99-112

321 Beschluss des Umweltausschusses (VB) am 02.12.2014: Anpassung an den Klimawandel – Klimafunktionskarte der Landeshauptstadt München. 14-20 / V 01810

Anpassungserfordernisse betreffen nicht nur Veränderungen des individuellen Verhaltens, sondern auch Strategien zur Adaption der medizinischen und pflegerischen Versorgungsstruktur, bauliche Veränderungen im Bereich des thermischen Verhaltens von Gebäuden sowie Überlegungen im Bereich von Stadtplanung und Bauen.

Bei Planungsprozessen können beispielsweise auf Basis von Klimafunktionskarten bestehende Problemgebiete identifiziert werden. Mögliche Kompensationsmaßnahmen in diesen Gebieten sind z.B. kleinräumige Verschattungsmaßnahmen oder gezielte Informationen älterer Menschen vor Ort durch ansässige Beratungsstellen im Falle von akuten Hitzewellen³²².

Erste Erfahrungen zeigen jedoch, dass im Rahmen von Hitzewarnsystemen zwar stationäre Einrichtungen noch einigermaßen gut erreicht werden können, aber im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung die Einflussmöglichkeiten deutlich begrenzter sind³²³. Vor allem ältere alleinlebende Personen werden durch Hitzewarnungen oft nicht erreicht. In der Region Kassel wird deshalb im Projekt PräKom (Prävention hitzebedingter Gesundheitsrisiken alter Menschen in der Kommune) ein Netzwerk Hitzeprävention aufgebaut, das vor allem alleinlebende Hochaltrige im Fokus hat³²⁴.

In Neubaugebieten kann mit Hilfe des Wissens um stadtklimatische Effekte frühzeitig darauf geachtet werden, dass z.B. Pflegeeinrichtungen nicht in Gebieten mit erhöhtem Überwärmungspotenzial geplant werden.

Durch den Klimawandel werden für die LH München folgende thermische Veränderungen erwartet: Anstieg der Durchschnittstemperatur, Zunahme der Anzahl der Hitzetage, höhere Extremwerte, Zunahme der Nächte >20°C. Durch den Wärmeinseleffekt ist die LH München besonders betroffen³²⁵. Auf Basis erster Analysen wird in der LH München mit zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch den Klimawandel gerechnet, besonders bei älteren Menschen und Kindern. Bei älteren Menschen wird vor allem von einer Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgegangen³²⁶. Ebenfalls wird mit einer Zunahme von Allergien oder Infektionskrankheiten gerechnet, da sich die Vegetationsperiode verschiebt und sich zum Teil die Blühphasen der allergenen Pflanzen verändern.

Um diesen Entwicklungen frühzeitig mit Anpassungsmaßnahmen zumindest besser vorbereitet entgegen treten zu können, wird die Erarbeitung von Klimafunktionskarten inzwischen in vielen Städten vorangetrieben, um mögliche Problemlagen zu identifizieren und sie bei Stadtplanungsprozessen zu beachten³²⁷. Berlin hat hier beispielsweise einen Stadtentwicklungsplan Klima aufgelegt, besonders gefährdete Gebiete identifiziert und einen Maßnahmenplan erarbeitet³²⁸. Die LH München hat im Dezember 2014 ebenfalls eine Stadtklimaanalyse/Klimafunktionskarte dem Stadtrat vorgelegt. Sie dient als eine Grundlage für Maßnahmen zur Klimaanpassung³²⁹.

Nachfolgend sei beispielhaft eine Karte der aktuellen Stadtklimaanalyse dargestellt. Diese zeigt die simulierte Lufttemperatur in 2m Höhe um 14 Uhr an einem wolkenlosen Sonnentag.

Die Daten- und Kartenbasis der Stadtklimaanalyse erlaubt grundsätzlich eine Verschneidung rele-

322 Katzschner, Antja/Bruse, Michael (2012): Stadtklima und soziale Vulnerabilität. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 99-112

323 Blättner, Beate et al (2012): Prävention hitzebedingter Gesundheitsrisiken. Auf den Klimawandel angemessen reagieren. Prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung 35(2):35-38

324 vgl. u. a. <http://gesundheitsamt.stadt-kassel.de/miniwebs/gesund/15417/index.html> [24.04.2015]; Heckenhan, Markus/Müller, Karin (2015): Kommunale Gesundheitsförderung in Kassel – Möglichkeiten und Grenzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Kuhn, Joseph/Heyn, Martin (Hrsg): Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. S. 61-66

325 Beschluss des Umweltausschusses (VB) am 02.12.2014: Anpassung an den Klimawandel – Klimafunktionskarte der Landeshauptstadt München. 14-20 / V 01810

326 Beschluss des Umweltausschusses (VB) am 02.12.2014: Anpassung an den Klimawandel – Klimafunktionskarte der Landeshauptstadt München. 14-20 / V 01810

327 Katzschner, Antja/Bruse, Michael (2012): Stadtklima und soziale Vulnerabilität. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 99-112

328 http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/stadtentwicklungsplanung/download/klima/STEP_Klima_Karten.pdf [20.05.2014]; Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin (2011): Stadtentwicklungsplan Klima.

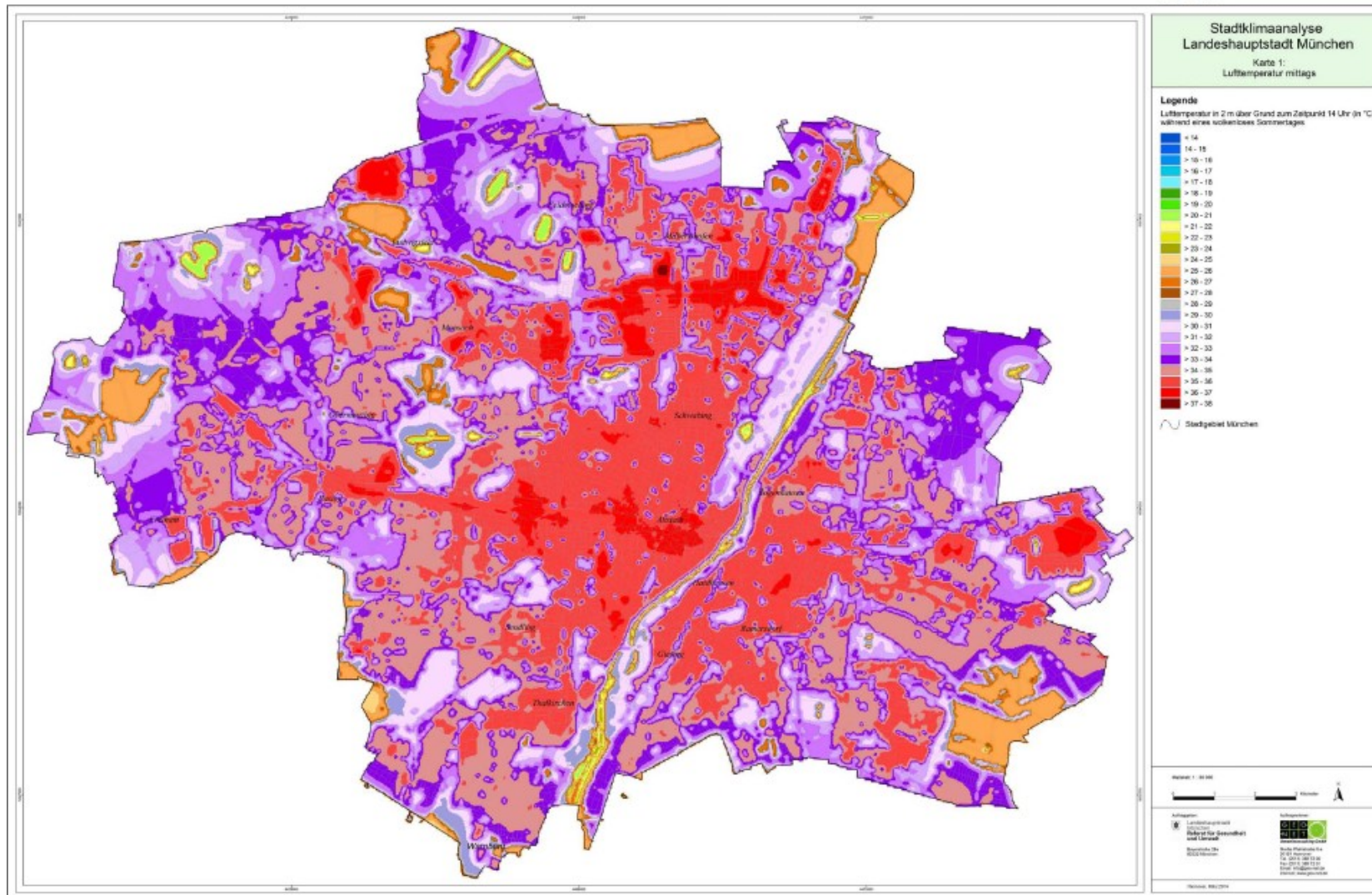
http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/stadtentwicklungsplanung/download/klima/step_klima_broschuere.pdf [20.05.2014]; Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt (2014): Klimaanpassung für Berlin. Maßnahmen und Beispiele. http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/stadtentwicklungsplanung/download/klima/klimaanpassung_broschuere.pdf [20.05.2014]

329 Beschluss des Umweltausschusses (VB) am 02.12.2014: Anpassung an den Klimawandel – Klimafunktionskarte der Landeshauptstadt München. 14-20 / V 01810

vanter Aspekte. So können beispielsweise stationäre Pflegeeinrichtungen in der Klimafunktionskarte verortet werden oder eine Verschneidung mit Gebieten mit besonders hohen Anteilen Hochaltriger vorgenommen werden.

Abb. 119: Stadtklimaanalyse: Lufttemperatur um 14 Uhr an einem wolkenlosen Sommertag

Anlage 1



Referat für Gesundheit und Umwelt³³⁰

330 siehe dazu: <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Stadtklima/Stadtklimaanalyse.html> [18.02.2015]

➔ Dem öffentlichen Gesundheitsdienst wird in Zukunft aufgrund der zu erwartenden Folgen des Klimawandels bzw. der Anpassung an den Klimawandel eine wichtigere Rolle zukommen, so z.B. im Bereich der Prävention von möglichen gesundheitlichen Risiken für bestimmte Zielgruppen durch sich verändernde klimatische Bedingungen.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➔ Die Klimafunktionskarte kann zukünftig auch bei der Planung von Angeboten im Gesundheits-, Pflege- oder Sozialbereich herangezogen werden, z.B. wenn es um Standorte für stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Wohnformen für Menschen mit Behinderungen, Schulen oder Kindergärten oder ähnliche Angebote geht.

(HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

7.2 Energieeinsparpotenziale

Für eine nachhaltige Entwicklung und den Klimaschutz ist die Nutzung vorhandener Energieeinsparpotenziale ein wichtiges Themenfeld.

Zwar zielte die in der Studie 'Älter werden in München' aufgenommene Frage zu finanziellen Einsparpotenzialen zunächst in eine andere Richtung, da eruiert werden sollte, wo die Befragten für sich finanzielle Einsparmöglichkeiten sehen, wenn im Alter das Geld knapp würde. Die vorgegebenen Antwortvorgaben lassen jedoch vorsichtige Schlussfolgerungen auf eine mehr oder weniger vorhandene Bereitschaft zum Energiesparen zu³³¹.

Dass etwa zwei Drittel der Personen in armen Haushalten auf die Frage, wo sie einsparen könnten, wenn sie im Alter sparen müssen/müssten, keine Möglichkeiten sehen bei den Energiekosten zu sparen, überrascht nicht. Dennoch sieht fast ein Drittel noch Möglichkeiten zu sparen. Nur 4% der Personen in armen Haushalten geben an, hier nicht sparen zu wollen.

Größeres Einsparpotenzial gibt es dagegen in den Haushalten der oberen Mitte bzw. den reichen Haushalten. Obwohl hier jeweils 41% bzw. 49% angeben, dass sie einsparen könnten, ist bei diesen Haushalten der Anteil derjenigen, die angeben, im Bereich der Energiekosten gar nicht einsparen zu wollen, sehr hoch (obere Mitte 22%, reiche Haushalte 27%).

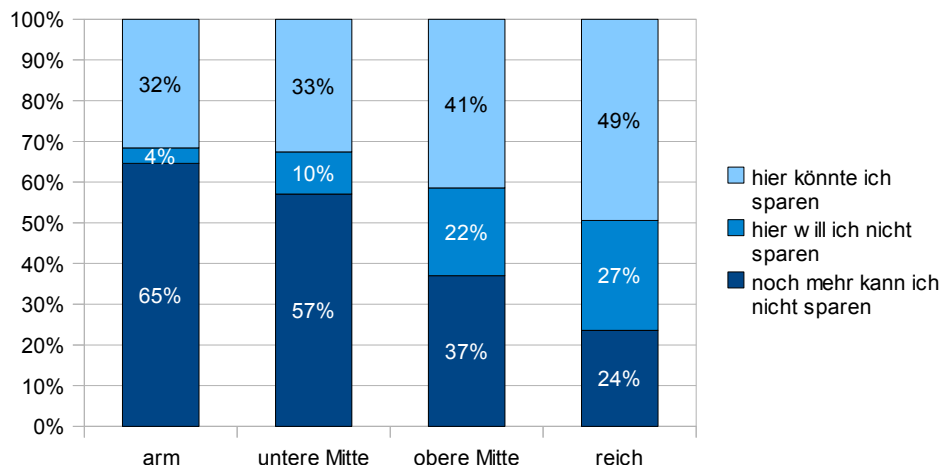
331 Frage: Wenn Sie im Alter sparen müssen oder müssten: Woran würden Sie sparen?

Antwortvorgabe: Energiekosten

Antwortkategorien: hier könnte ich sparen – hier will ich nicht sparen – noch mehr kann ich nicht sparen – habe hier keine Ausgaben

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'habe hier keine Ausgaben' angegeben hatten.

Abb. 120: Einsparmöglichkeiten bei den Energiekosten nach Einkommensgruppen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.115, p<.001

➔ Möglichkeiten zur Energieeinsparung gibt es zwar grundsätzlich bei Personen aller Einkommensgruppen, vor allem aber bei Haushalten der oberen Mitte oder reichen Haushalten scheint noch hohes Potenzial vorhanden zu sein, bisher energiesparunwillige oder nicht-informierte Personen von der Sinnhaftigkeit energiesparenden Verhaltens zu überzeugen.
(HF Spezielle Zielgruppen)

7.3 Zufriedenheit mit den Umweltbedingungen im Wohnviertel

„Die Landeshauptstadt München gestaltet in ihrem Verantwortungsbereich die Lebensbedingungen so, dass eine gesundheitsförderliche Lebensweise der Stadtbevölkerung erleichtert und unterstützt wird.“

Leitlinie Gesundheit

Integrierte Gesundheits- und Umweltberichterstattung

Die Studie 'Älter werden in München' ermöglicht durch ihren integrierten Ansatz eine enge Verzahnung von Gesundheits- und Umweltaspekten in der kommunalen Berichterstattung.

In den nachfolgenden Abschnitten werden zunächst die in der Studie erhobenen Daten dargestellt, die sich auf die Umweltbedingungen der Befragten in den Untersuchungsgebieten beziehen. Im Anschluss daran werden Bezüge zum gesundheitlichen Wohlbefinden der Befragten und deren sozialer Lage aufgezeigt. Schließlich werden anhand der Daten kumulierende Belastungen in sozialräumlicher Hinsicht aufgezeigt (→ Kap. 7.4).

Anhand der analysierten Daten lässt sich zeigen, dass sich – im Hinblick auf Umweltgerechtigkeit – die einzelnen Untersuchungsgebiete deutlich unterscheiden. Es lassen sich Gebiete identifizieren, die in mehrfacher Hinsicht belastet sind und in Relation zu den anderen Untersuchungsgebieten vergleichsweise schlechtere Umwelt- und Lebensbedingungen aufweisen.

Umweltgerechtigkeit auf Quartiersebene

Gesundheitsförderliche bzw. gesundheitsschädliche Umwelt- und Lebensbedingungen ('environmental goods'/environmental bads³³²) zeigen sich insbesondere auf Quartiersebene, u.a. Lärmbelastung, Luftqualität, Zustand von Straßen und Wegen sowie von Grünanlagen. Neben den konkreten Umweltbelastungen geht es auch um die Bedingungen und Voraussetzungen für alltägliche, gesundheitsförderliche Aktivitäten, wie z.B. zu Fuß einkaufen oder Spazierengehen in Grünanlagen. Die öffentlichen Freiräume und Parkanlagen wurden in den letzten Jahren zunehmend als wichtiger Baustein der (generationenübergreifenden) Gesundheitsförderung erkannt und in verschiedenen Städten im Rahmen von Sportentwicklungsplanungen systematisch integriert³³³.

332 Claßen, Thomas/Heiler, Angela/Brei, Björn (2012): Urbane Grünräume und gesundheitliche Chancengleichheit – längst nicht alles im grünen Bereich. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 113-123

333 Baumgarten, Heiner (2012): Gesundheit und Freiraumplanung – am Beispiel der Stadt Hamburg. in: Böhme, Christa et al (Hrsg):

Der Straßenverkehr ist im urbanen Raum eine der Hauptquellen für Lärmbelastungen und Luftschadstoffe (u.a. Feinstaub und Stickoxide)³³⁴.

Unabhängig von 'objektiven' Lärm- oder Emissionswerten ist für das gesundheitliche Wohlbefinden von Bürgerinnen und Bürgern die subjektive Einschätzung dieser Wohnumfeldbedingungen von Bedeutung. Die Belastungen sind sozialräumlich unterschiedlich verteilt und Bevölkerungsgruppen mit schlechterer sozialer Lage sind in der Regel stärker betroffen als andere.

Was die Lärmbelastung betrifft, so zeigen aktuelle Ergebnisse der GEDA-Studie 2012 (Gesundheit in Deutschland aktuell) des Robert Koch-Instituts, dass Personen in Großstädten stärker von subjektiven Lärmbelastungen betroffen sind als beispielsweise Personen in ländlichen Gebieten³³⁵. Neben dem Straßenverkehrslärm spielt deutschlandweit vor allem der Lärm durch Nachbarinnen und Nachbarn, gefolgt von Lärm durch Flugverkehr und Schienenverkehr, die größte Rolle. Personen, die noch im Arbeitsleben stehen, fühlen sich dabei stärker belastet als Seniorinnen und Senioren, die, so die These, aufgrund der mit zunehmendem Alter abnehmenden Hörfähigkeit weniger subjektive Belastungen äußern und zudem in der Regel nicht mehr den Mehrfachbelastungen in Job und Familie oder sonstigem zusätzlichen Stress ausgesetzt sind.

7.3.1 Subjektive Einschätzungen der Umweltbedingungen

Die Befragten der Studie 'Älter werden in München' wurden deshalb gebeten, ihre subjektiven Einschätzung zu nachfolgenden Themenfeldern in ihrem Wohnviertel abzugeben³³⁶, u.a. zu

- Luftqualität
- Geräuschpegel (allgemein)³³⁷
- Zustand von Grünanlagen und Parks
- Zustand von Straßen und Wegen.

Keine signifikanten Unterschiede in den Einschätzungen der Befragten ergeben sich hinsichtlich der vier Themenfelder nach der Variable Geschlecht.

Dagegen gibt es teilweise signifikante Unterschiede nach Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen und den Untersuchungsgebieten.

- Altersgruppen

Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung des Zustands von Straßen und Wegen sowie des Zustands der Grünanlagen bei den beiden untersuchten Altersgruppen. Die ältere Gruppe ist bezüglich des Geräuschpegels und der Luftqualität in ihrem Wohnviertel etwas zufriedener³³⁸ (signifikantes Ergebnis, aber prozentual nur sehr geringe Unterschiede).

- Migrationshintergrund

Es zeigen sich signifikante Unterschiede in der Einschätzung des Zustands von Straßen und Wegen sowie der Grünanlagen dahingehend, dass Ausländerinnen und Ausländer jeweils zufriedener sind als Deutsche mit bzw. ohne Migrationshintergrund³³⁹. Beispielsweise geben 53% der Ausländerinnen und Ausländer an, mit dem Zustand der Grünanlagen und Parks 'sehr zufrieden' zu sein gegenüber 48% der Deutschen mit und 41% der Deutschen ohne Migrationshintergrund. Bei Straßen und Wegen ist es ähnlich: 46% der Ausländerinnen und Ausländer sind 'sehr zufrieden' gegenüber 35% der Deutschen mit und 30% der Deutschen ohne Migrationshintergrund.

Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. 75-83

334 Gaffron, Philine (2012): Straßenverkehr, sozialräumliche Umweltaspekte, gesundheitliche Kosten und die Rolle der kommunalen Verkehrsplanung. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 255-270

335 Niemann, Hildegard et al (2014): Lärmbelastigung – Ergebnisse der GEDA-Studie 2012. GBE Kompakt 5(4).

336 Frage: Wie zufrieden sind Sie in Ihrem direkten Wohnumfeld mit...

Antwortvorgaben: Luftqualität – Geräuschpegel – Zustand von Grünanlagen und Parks – Zustand von Straßen und Wegen
Antwortkategorien: sehr zufrieden – eher zufrieden – sehr unzufrieden – weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

337 In der Studie war es nur möglich, das Thema Lärm allgemein, nicht jedoch detailliert, abzufragen. Deshalb wurden keine weiteren Differenzierungen nach Verkehrslärm, Gewerbelärm, Lärm durch Nachbarschaft oder ähnliches vorgenommen.

338 Altersgruppen: Luftqualität n=2.582, p<.01, Lärm n=2.641, p<.001

339 Migrationshintergrund: Grünanlagen n=2.503, p<.05, Straßen und Wege n=2.507, p<.001

- Einkommensgruppen

In allen Kategorien zeigen sich signifikante Unterschiede nach Einkommensgruppen, wonach Personen aus armen Haushalten unzufriedener mit den genannten Qualitäten sind als Personen aus reichen Haushalten³⁴⁰.

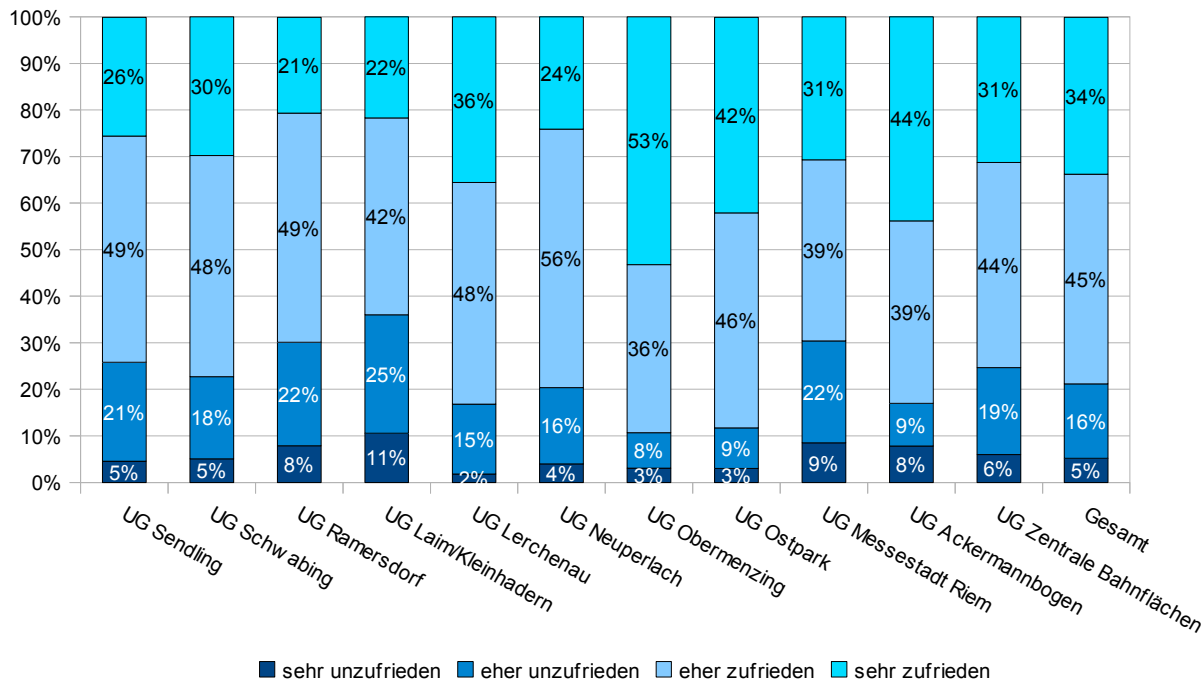
Besonders deutlich sind die Unterschiede beim Geräuschpegel. Während 11% der Befragten aus armen Haushalten mit dem Geräuschpegel im Wohnviertel 'sehr unzufrieden' und weitere 23% 'eher unzufrieden' sind, sind in reichen Haushalten 4% der Personen mit der Situation 'sehr unzufrieden' und weitere 15% 'eher unzufrieden'. Dagegen sind 42% der Befragten aus reichen Haushalten mit dem Geräuschpegel 'sehr zufrieden' gegenüber 21% der Befragten aus armen Haushalten.

- Untersuchungsgebiete

In den Abbildungen sind zunächst jeweils die subjektiven Belastungen und Einschätzungen der Befragten zum Geräuschpegel, zur Luftqualität, zum Zustand von Grünanlagen sowie zum Zustand von Straßen und Wegen in den Untersuchungsgebieten dargestellt. In einem nächsten Schritt werden Mehrfachbelastungen in den Untersuchungsgebieten aufgezeigt.

Was den Geräuschpegel betrifft, so sind Befragte aus den Untersuchungsgebieten Laim/Kleinhadern, der Messestadt Ost und Ramersdorf besonders häufig unzufrieden ('sehr'/'eher unzufrieden'). Deutlich weniger Belastungen werden hingegen in der Lerchenau, in Obermenzing und am Ostpark berichtet.

Abb. 121: Subjektive Einschätzung des Geräuschpegels im Wohnviertel nach Untersuchungsgebieten
in Prozent



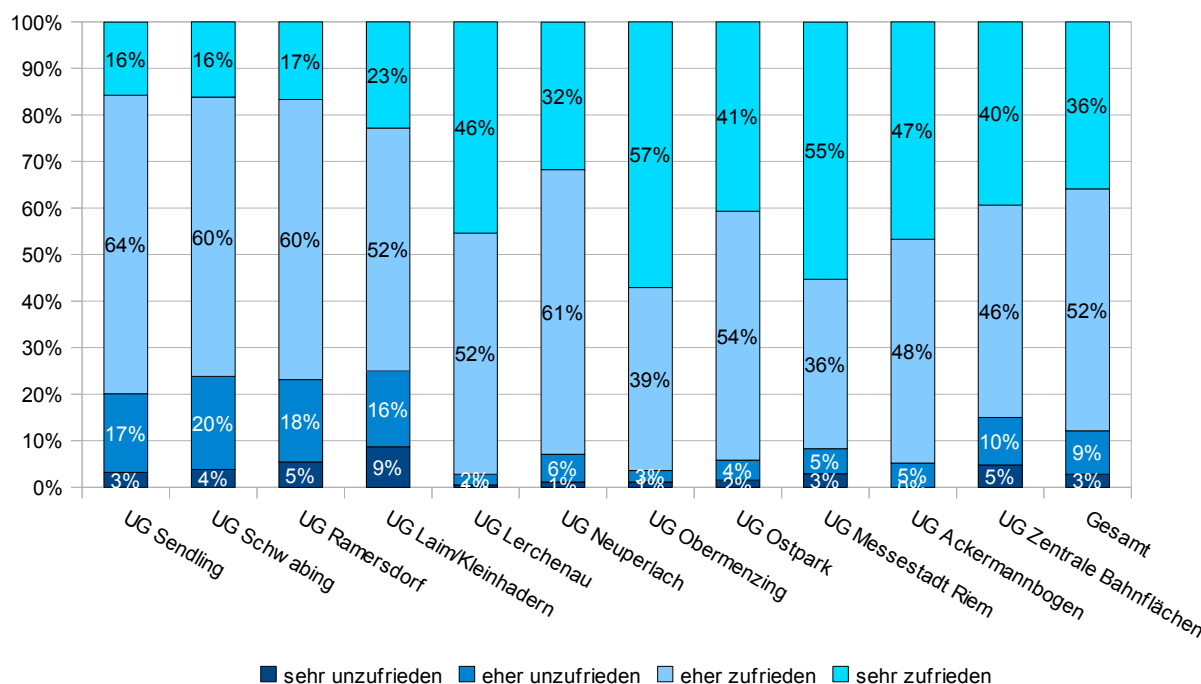
Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.673, p<.001

Die Luftqualität wird von den Befragten in der Lerchenau, in Obermenzing, am Ostpark, aber auch in Neuperlach, am Ackermannbogen und in der Messestadt Riem vergleichsweise gut eingeschätzt. Es gibt dort wenige Befragte, die hier 'sehr'/'eher unzufrieden' sind. Anders dagegen Befragte aus den 1920/50er Jahre Gebieten Ramersdorf und Laim/Kleinhadern sowie aus den untersuchten Gründerzeitgebieten Schwabing und Sendling, die vermutlich aufgrund des dort höheren Verkehrsaufkommens bei der Luftqualität deutlich mehr Unzufriedenheit zum Ausdruck bringen.

340 Einkommensgruppen: Grünanlagen n=2.251, p<.05, Straßen und Wege n=2.250, p<.01, Luftqualität n=2.226, p<.05, Geräuschpegel n=2.274, p<.001

Abb. 122: Subjektive Einschätzung der Luftqualität im Wohnviertel nach Untersuchungsgebieten

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.614, p<.001

Grünanlagen und Parks sind nicht nur wichtige klimaökologische Ausgleichsräume³⁴¹ (→ Kap. 7.1.3), sondern auch Orte der Bewegung und Begegnung für unterschiedliche Alters- und Zielgruppen³⁴². Um die Grünanlagen auch im Alter gut nutzen zu können, müssen spezifische Anforderungen erfüllt sein, wie etwa ausreichende Sitzgelegenheiten, öffentliche Toiletten und Beleuchtung bei Dunkelheit (z.B. von Parkanlagen). Attraktive Grünanlagen können für Seniorinnen und Senioren eine wichtige salutogenetische Ressource zur Gesundheitsförderung darstellen, wenn diese für Spaziergänge, Bewegung und soziale Begegnungen genutzt werden können. Gut erreichbare und attraktive urbane Grünflächen aktivieren zu einem Mehr an körperlicher Bewegung und fördern die soziale Integration³⁴³ und können so Orte verstärkter interkultureller Begegnungen sein. Der Aufenthalt bzw. die Bewegung in Grünräumen kann stressreduzierende und damit blutdrucksenkende sowie gewichtsregulierende Wirkungen erzeugen und das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität erhöhen³⁴⁴.

Insgesamt sind mit dem Zustand von Grünanlagen und Parks viele der Befragten 'sehr'/'eher zufrieden'. Besonders selten kritisiert wird er von Befragten aus dem Ackermannbogen, den Zentralen Bahnflächen, Obermenzing, Ostpark und der Lerchenau. Befragte aus den Untersuchungsgebieten Sendling, Schwabing, Ramersdorf, Laim/Kleinhadern und Neuperlach äußern dagegen vergleichsweise mehr Unzufriedenheit ('sehr'/'eher unzufrieden'). Interessant ist an dieser Stelle die Messestadt Riem, da hier zwar 56% der Befragten 'sehr zufrieden' (dritthöchster Wert) sind, aber gleichzeitig 10% 'sehr'/'eher unzufrieden' sind.

Eine Erklärung könnte sein, dass in der Messestadt Riem mit dem ehemaligen Park der Bundesgartenschau und dem Riemer See zwar eine sehr große Grün- und Freizeitfläche zur Verfügung steht und deshalb viele der Befragten durchaus 'sehr zufrieden' sind, aber ein Teil der Befragten

341 Claßen, Thomas/Heiler, Angela/Brei, Björn (2012): Urbane Grünräume und gesundheitliche Chancengleichheit – längst nicht alles im grünen Bereich. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 113-123

342 Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung BMVBS (2009): Neue Freiräume für den urbanen Alltag.

343 vgl. hierzu z.B. die Interkulturellen Gärten, <http://urbane-gaerten-muenchen.de/> [04.09.2014]; Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Referat für Umwelt und Gesundheit (2014): Leitlinie Ökologie. S. 27

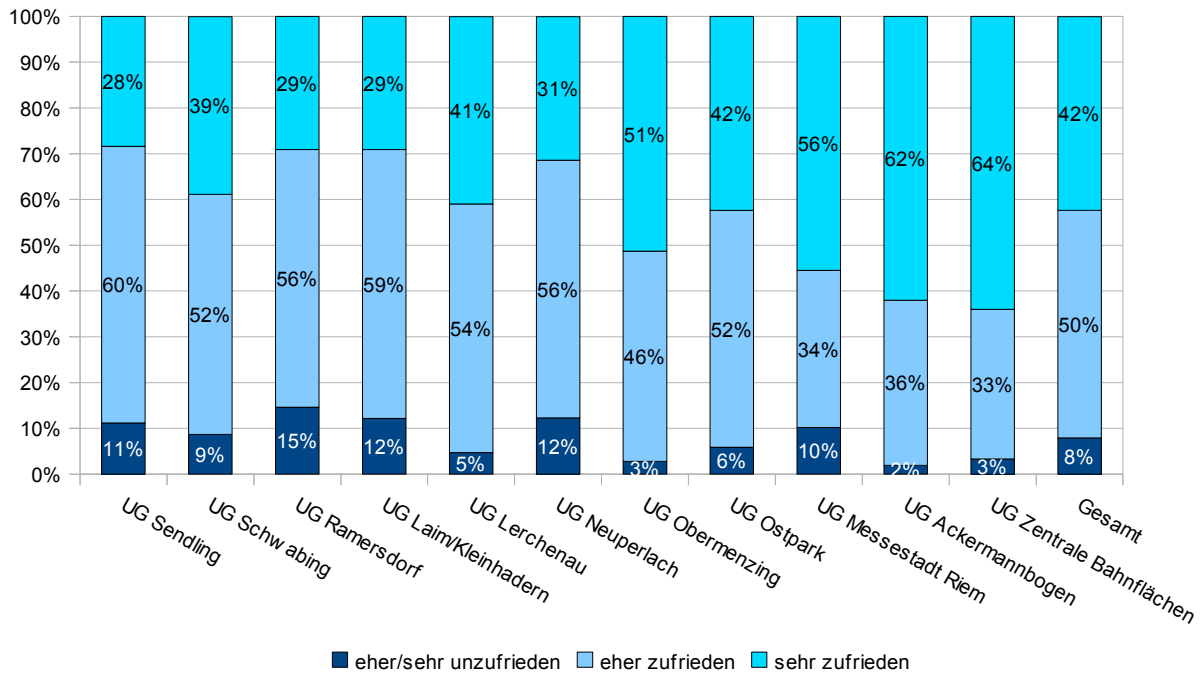
344 Claßen, Thomas/Heiler, Angela/Brei, Björn (2012): Urbane Grünräume und gesundheitliche Chancengleichheit – längst nicht alles im grünen Bereich. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 113-123

mit dem derzeitigen Zustand dieser Grünanlage eventuell unzufrieden ist.

Abb. 123: Subjektive Einschätzung des Zustands von Grünanlagen und Parks im Wohnviertel nach Untersuchungsgebieten

in Prozent

Zusammenfassung der Kategorien 'sehr unzufrieden' und 'eher unzufrieden' wegen zu geringer Fallzahlen



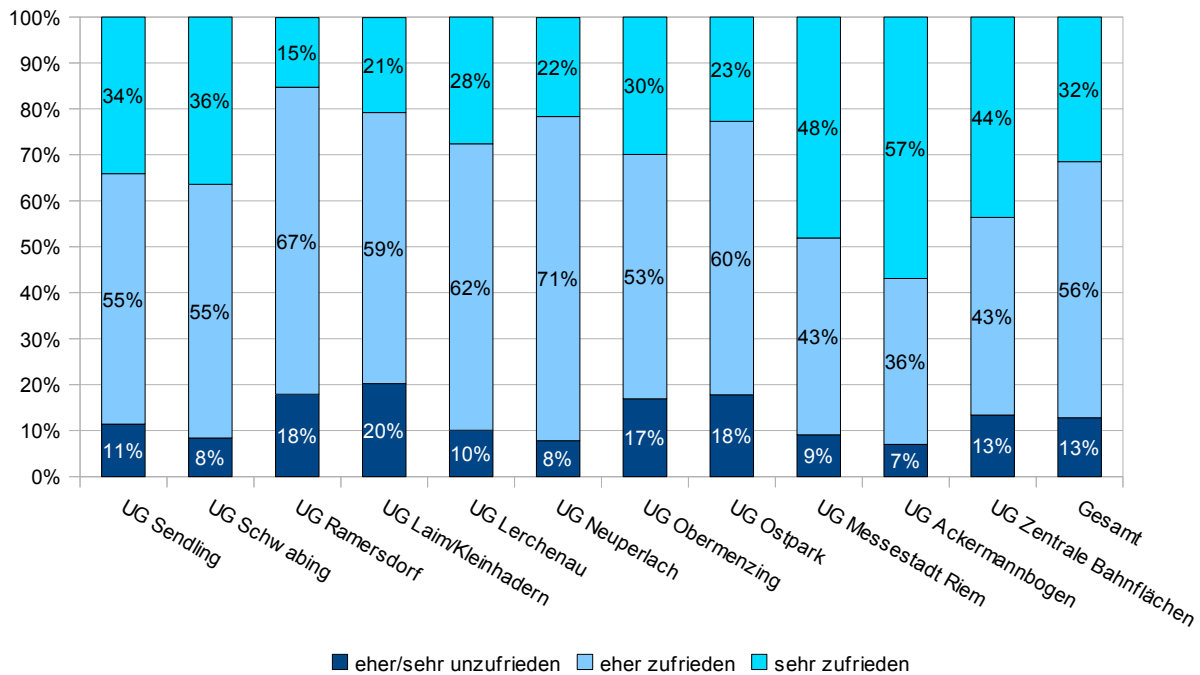
Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 n=2.644, p<.001

Die Einschätzungen zum Zustand von Straßen und Wegen unterscheiden sich deutlich auf Ebene der Untersuchungsgebiete. Während Befragte aus dem Ackermannbogen, der Messestadt Riem, Sendling und Schwabing häufig zufrieden bzw. vergleichsweise seltener unzufrieden sind, wird dies in den 1920/50er Jahre Gebieten Ramersdorf und Laim/Kleinhadern und den Einzel-/Reihenhausegebieten Obermenzing und am Ostpark kritischer gesehen.

Abb. 124: Subjektive Einschätzung des Zustands von Straßen und Wegen nach Untersuchungsgebieten

in Prozent

Zusammenfassung der Kategorien 'sehr unzufrieden' und 'eher unzufrieden' wegen zu geringer Fallzahlen



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.646, p<.001

Mehrfachbelastungen in Untersuchungsgebieten

Die einzelnen Untersuchungsgebiete sind in den unterschiedlichen Kategorien Geräuschpegel, Luftqualität, Zustand von Grünanlagen sowie Straßen und Wegen nach subjektiver Einschätzung der Befragten nicht in gleichem Maße belastet.

In der nächsten Tabelle sind mit fester Schrift jeweils die Untersuchungsgebiete hervorgehoben, die in der jeweiligen Kategorie die vier höchsten Werte an Unzufriedenheit erreicht haben. Demnach gibt es zwei Untersuchungsgebiete, die jeweils in allen vier Kategorien von den Befragten vergleichsweise negativ eingeschätzt werden (blau hinterlegt): Ramersdorf und Laim/Kleinhadern.

D.h. innerhalb der in dieser Studie ausgewählten elf Untersuchungsgebiete sind diese beiden Untersuchungsgebiete hinsichtlich der vier dargestellten Problemlagen aus Sicht der Befragten am stärksten belastet.

Tab. 7: Subjektive Einschätzung von Geräuschpegel, Luftqualität, Zustand von Grünanlagen und Straßen im Wohnviertel nach Untersuchungsgebieten

Umweltbedingungen: Anteil der Personen mit Einschätzung 'sehr unzufrieden' und 'eher unzufrieden'

fette Schrift: jeweils die vier Gebiete mit den höchsten Werten

blau hinterlegt: Gebiete, die bei allen Aspekten zu den am höchsten belasteten Gebieten zählen

	Geräusch- pegel 'sehr'/'eher unzufrieden' ³⁴⁵	Luft 'sehr'/'eher unzufrieden'	Grün- anlagen 'sehr'/'eher unzufrieden'	Straßen/ Wege 'sehr'/'eher unzufrieden'
UG Sendling	26%	20%	11%	11%
UG Schwabing	23%	24%	9%	8%
UG Ramersdorf	30%	23%	15%	18%
UG Laim/Kleinhadern	36%	25%	12%	20%
UG Lerchenau	17%	3%	5%	10%
UG Neuperlach	20%	7%	12%	8%
UG Obermenzing	11%	4%	3%	17%
UG Ostpark	12%	6%	6%	18%
UG Messestadt Riem	30%	8%	10%	9%
UG Ackermannbogen	17%	5%	2%	7%
UG Zentr. Bahnflächen	25%	15%	3%	13%

Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13

7.3.2 Abgleich mit den Ergebnissen der Lärmkartierung 2012

Alle fünf Jahre werden für die LH München im Rahmen der Lärminderungsplanung Lärmkartierungen durchgeführt, die als Grundlage für die städtischen Lärmaktionspläne dienen³⁴⁶.

Hierbei werden jeweils für die Lärmarten Straßenverkehr (Hauptstraßen > 4.000 Kfz/Tag), Schienenverkehr (Trambahn/oberirdische U-Bahn sowie Gewerbe (IVU-Anlagen)) Hausmaximalpegel für die Wohngebäude sowie flächendeckende Schallimmissionspläne berechnet³⁴⁷.

Für einen Abgleich der oben dargestellten subjektiven Einschätzungen des Geräuschpegels in den elf Untersuchungsgebieten der Studie 'Älter werden in München' wurde diese (objektive) Lärmkartierung für den Hauptstraßenverkehr (LDEN, gewichteter Mittelwert über 24 h) in den jeweiligen Gebieten herangezogen³⁴⁸.

Beim Vergleich dieser Ergebnisse müssen jedoch die Unterschiede der Ermittlungsmethoden berücksichtigt werden:

Bei der Abfrage nach der subjektiven (Un)zufriedenheit mit dem Geräuschpegel im Fragebogen der Studie 'Älter werden in München' wurde nicht nach unterschiedlichen Lärmquellen differenziert, d.h. hier wurde nicht explizit abgefragt, durch welche Lärmarten sich die Unzufriedenheit ergibt (z.B. Verkehrslärm, Freizeitlärm, Gewerbelärm).

In der objektiven Lärmkartierung des Straßenverkehrs wurden bei der Berechnung nur diejenigen Straßen berücksichtigt, die eine tägliche Verkehrsstärke von mindestens 4.000 Fahrzeugen innerhalb von 24 Stunden aufweisen. Der Lärm von Nebenstraßen wurde folglich in der Lärmkartierung nicht erfasst.

Für den Vergleich wurde aus der objektiven Lärmkartierung jeweils der Anteil der Personen aus den Untersuchungsgebieten der Studie 'Älter werden in München' ermittelt, die dauerhaft (24 Stunden-Wert LDEN) einem Hauptstraßenverkehrslärm von mehr als 65 Dezibel (dB(A)) ausge-

345 Durch Zusammenfassung der Kategorien 'sehr unzufrieden' und 'eher unzufrieden' ergibt sich für die Messestadt Riem ein Anteil von 30%, während in der differenzierten Abbildung (Säulendiagramm) die Summe der beiden Kategorien (wegen Rundungsfehlern) 31% ergibt.

346 <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Laerm/Laermminderungsplanung.html> [13.02.2015]

347 <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Laerm/Laermminderungsplanung/-Laermkartierung.html>

348 Lärmkartierung 2012 des Landesamtes für Umwelt (Berechnungsgrundlagen aus dem Jahr 2011)

setzt sind³⁴⁹.

Tab. 8: Subjektive Einschätzung des Geräuschpegels und objektive Ergebnisse der Lärmkartierung 2012

Geräuschpegel subjektiv: Anteil der Befragten mit Einschätzung 'sehr unzufrieden' und 'eher unzufrieden' (Studie 'Älter werden in München')

Lärmkartierung 2012: Anteil der Personen mit einem Mittelungspegel über 65dB(A) (Hauptstraßenlärm) an der Gesamtbevölkerung im Untersuchungsgebiet

rot=vier höchste Werte, gelb=mittlere Werte, grün=vier niedrigste Werte (subjektiver Geräuschpegel) bzw. Wert 0,0 (objektive Lärmkartierung)

fett gedruckt: Untersuchungsgebiete, die sowohl bei der subjektiven Einschätzung des Geräuschpegels als auch in der objektiven Lärmkartierung zu den vier Gebieten mit der am höchsten bewerteten Belastung gehören

	Geräuschpegel subjektiv 'sehr'/'eher unzufrieden' ³⁵⁰	Lärmkartierung 2012 Hauptstraßenlärm LDEN >65dB(A)
UG Sendling	26%	8,7%
UG Schwabing	23%	9,0%
UG Ramersdorf	30%	16,5%
UG Laim/Kleinhadern	36%	10,5%
UG Lerchenau	17%	0,0%
UG Neuperlach	20%	0,5%
UG Obermenzing	11%	1,5%
UG Ostpark	12%	0,5%
UG Messestadt Riem	30%	0,0%
UG Ackermannbogen	17%	0,0%
UG Zentr. Bahnflächen	25%	5,6%

Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Lärmkartierung 2012 des Landesamtes für Umwelt (Berechnungsgrundlagen aus dem Jahr 2011), Berechnungen RGU-UW 13

Die Tabelle und die nachfolgende Kartendarstellung zeigen, dass die objektiven Lärmdaten der Lärmkartierung 2012 in der Regel gut mit den subjektiv bewerteten Belastungen durch den Geräuschpegel der Befragten in der Studie 'Älter werden in München' übereinstimmen³⁵¹.

Die Gebiete Laim/Kleinhadern, Ramersdorf und Sendling gehören sowohl bei der subjektiven Einschätzung des Geräuschpegels als auch bei den objektiven Daten der Lärmkartierung jeweils zu den vier Gebieten mit den am höchsten bewerteten Belastungen.

Eine deutliche Abweichung ergibt sich für die Messestadt Riem. Während hier die subjektive Belastung durch den Geräuschpegel von den Befragten vergleichsweise sehr hoch eingeschätzt wird, ergibt sich auf Basis der Lärmkartierung keine erhöhte objektive Belastung durch Straßenverkehrslärm.

Ein Grund hierfür könnte in den Lärmarten liegen, die in der Lärmkartierung nicht erfasst wurden, die jedoch von den Befragten in ihre subjektive Beurteilung mit einbezogen wurden, wie z.B. Nachbarschaftslärm, Nebenstraßen, Eisenbahn- oder Fluglärm.

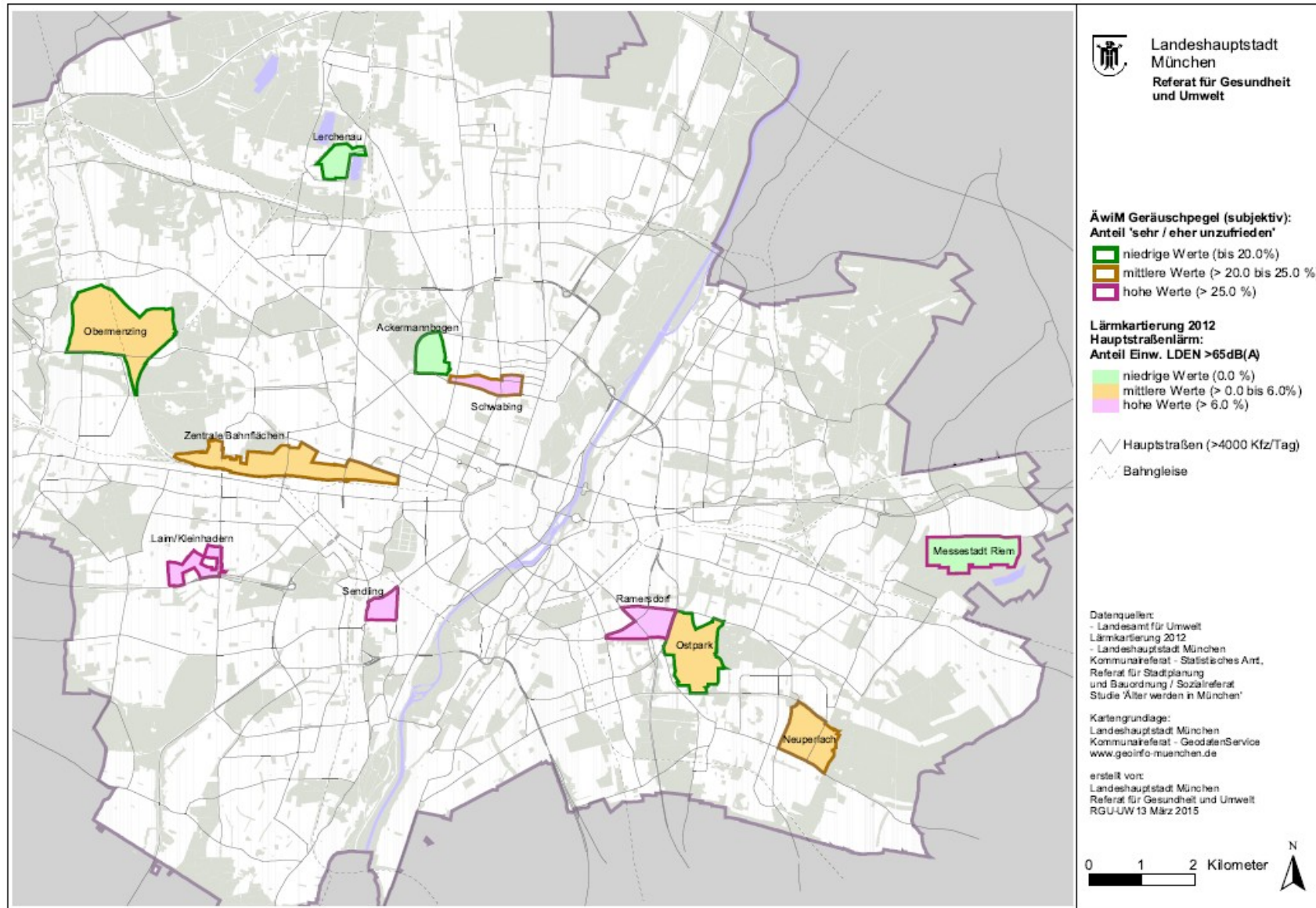
Wegen fehlender Abschirmung unterliegt das UG Riem wie auch das UG Zentrale Bahnflächen einer hohen Lärmbelastung durch Eisenbahnverkehr (Fernreisezüge, S-Bahnen, Güterzüge), die in den verwendeten Daten nicht erfasst wurde.

349 Um den Anteil zu berechnen, wurden dem Erhebungszeitpunkt der Lärmkartierung entsprechend die Einwohnerzahlen Stand 2011, ZIMAS, Statistisches Amt LHM, zugrunde gelegt.

350 Durch Zusammenfassung der Kategorien 'sehr unzufrieden' und 'eher unzufrieden' ergibt sich für die Messestadt Riem ein Anteil von 30%, während in der differenzierten Abbildung (Säulendiagramm) die Summe der beiden Kategorien (wegen Rundungsfehlern) 31% ergibt.

351 Für das Untersuchungsgebiet 'Zentrale Bahnflächen' muss darauf hingewiesen werden, dass die jeweils zugrunde liegende Einwohnerzahl aufgrund des unterschiedlichen Datenstandes deutlich voneinander abweicht (4.594 in 2011 und 8.531 in 2013). Grund hierfür ist, dass in diesem Neubaugebiet zwischen dem Erhebungszeitpunkt der Lärmkartierung 2011 und dem Befragungszeitpunkt der Studie 'Älter werden in München' viele neue Wohnungen entstanden sind und dementsprechend die Einwohnerzahl stark angestiegen ist.

Abb. 125: Vergleich der subjektiven und objektiven Lärmbelastung für die elf Untersuchungsgebiete
 Anteile der Bevölkerung/Befragten in Prozent



7.4 Integrierte Betrachtung von Umweltbedingungen, sozialer Lage und subjektivem Gesundheitszustand auf Ebene der Untersuchungsgebiete

„Die Landeshauptstadt München ergreift Maßnahmen vor allem dort, wo sich soziale und umweltbedingte Benachteiligungen und Risiken häufen, um die Belastungen der Bevölkerung zu verringern und damit ihre gesundheitlichen Chancen zu verbessern.“

Leitlinie Gesundheit

München ist zwar insgesamt eine reiche Stadt, es zeigen sich jedoch deutliche innerstädtische Disparitäten und soziale Ungleichheiten in Bezug auf die soziale Lage, Gesundheits- und Umweltbedingungen. Der hohe Zuzug, der begrenzte Wohnraum und die damit einhergehenden steigenden Mieten sind trotz gegensteuernder Maßnahmen der Verwaltung (z.B. der 'Münchner Mischung' bei der Planung von Neubaugebieten³⁵²) mit Verdrängungsprozessen (Stichwort 'Gentrifizierung') verbunden. Menschen mit geringem Einkommen müssen häufig aufgrund von Sanierungsvorhaben ihre Wohnungen bzw. Wohngebiete verlassen und werden häufig nur dort bezahlbaren Wohnraum finden, wo Sozial- und Infrastruktur und damit die Wohnumfeld- und Umweltbedingungen (z.B. Lärm, Verkehr, Grünflächenversorgung) vergleichsweise schlechter sind.

Da das Thema Lärmbelastung für das gesundheitliche Wohlbefinden von hoher Relevanz ist und bei diesem Aspekt (Geräuschpegel) die höchsten Werte an subjektiver Unzufriedenheit in den Untersuchungsgebieten festzustellen sind (→ Kap. 7.3), wird dieser Aspekt für die nachfolgenden Analysen stellvertretend als Indikator für Umweltbedingungen verwendet.

Das Item **Geräuschpegel** wird anhand des Anteils der Personen aufgenommen, die im direkten Wohnumfeld damit subjektiv 'sehr'/'eher unzufrieden' sind.

Als Indikator für die **soziale Lage** wird der Anteil von Personen in armen Haushalten in die Darstellung aufgenommen.

Der Indikator für den subjektiven **Gesundheitszustand** geht als Anteil der Personen ein, die ihren subjektiven Gesundheitszustand mit 'schlecht'/'weniger gut' angeben.

In der nachfolgenden Tabelle sind jeweils die vier Untersuchungsgebiete mit fetter Schrift hervorgehoben, die die höchsten Belastungen aufweisen. Blau hinterlegt sind Gebiete, die bei allen Items zu diesen vier Gebieten zählen.

Die beiden Untersuchungsgebiete der 1920/50er Jahre Laim/Kleinhadern und Ramersdorf und die Messestadt Riem sind bei allen drei Indikatoren unter den Gebieten mit den jeweils vier höchsten Werten. In diesen Gebieten kumulieren die Problemlagen in den Bereichen Umweltbedingungen, Gesundheit und soziale Lage.

Die Untersuchungsgebiete Obermenzing und Ostpark hingegen sind die beiden Gebiete, die in allen drei Kategorien zu den vier am wenigsten belasteten Gebieten zählen.

352 Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2012): Wohnen in München V. Wohnungsbauoffensive 2012-2016.

Tab. 9: Belastende Umweltbedingungen, soziale Lage und subjektiver Gesundheitszustand nach Untersuchungsgebieten

in Prozent

Geräuschpegel: Anteil der Personen mit Einschätzung 'sehr unzufrieden'/'eher unzufrieden'

soziale Lage: Anteil der Personen in armen Haushalten

Gesundheitszustand: Anteil der Personen mit subjektivem Gesundheitszustand 'schlecht'/'weniger gut'

fette Schrift: jeweils die vier Gebiete mit den höchsten Werten

blau hinterlegt: Gebiete, die bei allen drei Aspekten zu den am höchsten belasteten Gebieten zählen

	Geräusch- pegel	soziale Lage	subjektiver Gesundheits- zustand
	'sehr'/'eher unzufrieden' ³⁵³	'arm'	'schlecht'/ 'weniger gut'
UG Sendling	26%	6%	18%
UG Schwabing	23%	6%	13%
UG Ramersdorf	30%	23%	26%
UG Laim/Kleinhadern	36%	28%	30%
UG Lerchenau	17%	15%	25%
UG Neuperlach	20%	14%	20%
UG Obermenzing	11%	4%	11%
UG Ostpark	12%	7%	12%
UG Messestadt Riem	30%	21%	28%
UG Ackermannbogen	17%	11%	19%
UG Zentr. Bahnflächen	25%	8%	15%

Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13

„Die Landeshauptstadt München konzentriert ihre Maßnahmen vor allem dort, wo sich Umweltbelastungen für die Bevölkerung häufen und mit Gesundheitsrisiken einhergehen.“

Leitlinie Gesundheit

➔ Zwar lässt diese Art der Darstellung keine Aussagen über kausale Zusammenhänge zu. Aus anderen Studien ist jedoch bekannt, dass sowohl Lärm als auch die soziale Lage direkte (und indirekte) Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben und andererseits ein schlechter Gesundheitszustand sowie eine möglicherweise damit verbundene eingeschränkte Erwerbsfähigkeit zu finanziellen Einbußen führt.

Für kommunale Planungen ist die Klärung von Kausalitäten gleichwohl nur bedingt relevant. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es Gebiete gibt, die mehrfach belastet sind. Es gibt deutliche Hinweise auf mangelnde Chancengerechtigkeit bei Umwelt und Gesundheit innerhalb des Stadtgebiets. Wenn Gebiete mit kumulierenden Belastungen identifiziert werden können, gibt es dort folglich den dringlichsten Handlungsbedarf.

(*HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung, HF Armut und Gesundheit*)

➔ Die sozialräumlichen Analysen zeigen, dass Maßnahmen zur Verringerung der umweltbezogenen Unterschiede auf kleinräumiger Ebene initiiert werden müssen³⁵⁴.

Da umweltbedingte Belastungen und Ressourcen im Sinne einer gesundheitsbezogenen Chancengerechtigkeit in den Quartieren sehr ungleich verteilt sind, stellen Maßnahmen der Verhältnisprävention im Setting (Quartier) wichtige Ansatzpunkte im Sinne der Herstellung von Chancengerechtigkeit bei Umwelt und Gesundheit bzw. der Beseitigung/Abmilderung von Umweltunge-

353 Durch Zusammenfassung der Kategorien 'sehr unzufrieden' und 'eher unzufrieden' ergibt sich für die Messestadt Riem ein Anteil von 30%, während in der differenzierten Abbildung (Säulendiagramm) die Summe der beiden Kategorien (wegen Rundungsfehlern) 31% ergibt.

354 vgl. hierzu u.a. Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37

rechtigkeit oder gesundheitsbezogenen oder sozialen Ungleichheiten dar. Maßnahmen zur Verhaltensprävention auf individueller Ebene reichen keineswegs aus bzw. verändern nicht die eigentlichen Ursachen. Sozialraumbezogene Maßnahmen und Vorgehensweisen müssen Maßnahmen zur Prävention auf individueller Ebene zwingend ergänzen³⁵⁵.
(*HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung*)

➡ Gesetzlich vorgeschriebene Luftreinhaltepläne und Lärmaktionspläne sollen grundsätzlich die Belastungen der Bevölkerung reduzieren. Da es hier jedoch vorrangig um die Einhaltung bestimmter Grenz-/Schwellenwerte geht, die für alle Bewohnerinnen und Bewohner gleichermaßen gelten, sind sozialräumliche Unterschiede oder die besondere Vulnerabilität spezifischer Zielgruppen (z.B. älterer Menschen) bei der Beurteilung oder Planung von Schutzmaßnahmen nur von bedingtem Interesse.

Auf Basis der vorliegenden Daten lassen sich jedoch – innerhalb der elf Untersuchungsgebiete – durchaus Quartiere identifizieren, die im Hinblick auf den Gesundheitszustand sowie auf die vorliegenden Umweltbedingungen als mehrfach benachteiligte Quartiere gelten können. Durch gezielte Maßnahmen sollte versucht werden, in den benachteiligten Quartieren zur ganzheitlichen Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt (Setting) beizutragen.
(*HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung, HF Prävention und Gesundheitsförderung*)

➡ Bei Planungsprozessen muss darauf geachtet werden, dass im Sinne der Herstellung eines Mehr an Umweltgerechtigkeit bereits aktuell stark benachteiligte Gebiete nicht zusätzlich belastet und unvermeidbare Umweltbelastungen gleichmäßiger auf die städtischen Teilräume verteilt werden bzw. benachteiligte Gebiete mit ausgleichenden Maßnahmen aufgewertet werden.
(*HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung*)

„Die Landeshauptstadt München übernimmt die Rolle der Koordination und Moderation und entwickelt gemeinsam mit Akteurinnen und Akteuren vor Ort adäquate nachhaltige Versorgungsstrukturen für eine bedarfsgerechte Versorgung von behandlungs- und hilfebedürftigen Personen.“

Leitlinie Gesundheit

➡ Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in besonders belasteten Stadtgebieten erfordern einen integrierten, koordinierten und partizipativen Ansatz (z.B. in Gebieten der Sozialen Stadt). Gesundheits-, Bildungs-, Kultur-, Sport-, Umwelt-, Sozial- und Stadtplanung sind hier gemeinsam gefordert³⁵⁶.
(*HF Partizipation, HF Prävention und Gesundheitsförderung*)

➡ Bei der Planung von Angeboten im Sozialraum ist es wichtig, den unterschiedlichen Anforderungen spezifischer Zielgruppen (z.B. Geschlecht, Migrationshintergrund, Altersgruppen, soziale Lage, Bildungsniveau) Rechnung zu tragen. Ähnlich wie im Bereich des 'Gender Planning'³⁵⁷ gilt es, die jeweiligen Sichtweisen und Anforderungen der genannten Zielgruppen bei Planungen für Stadtteile, öffentliche Räume, Verkehrswege oder Infrastruktur zu berücksichtigen und zu überprüfen, ob die Planungen in diesem Sinne zu einer gerechten und zielgruppenspezifischen Angebotsstruktur führen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Maßnahmen, die sich pauschal an alle wenden, „zu einer Vergrößerung [...] der gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen, weil mit derartigen Maßnahmen zumeist die mittleren und oberen Statusgruppen erreicht werden“³⁵⁸. Zielgruppengerechte Maßnahmen können nur gelingen, wenn umfangreiche, wirksame und

355 vgl. etwa Hamburg, wo das Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement in das Fachamt Sozialraummanagement eingegliedert ist. Lorentz, Christian et al (2014): Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) am Beispiel Hamburgs. Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 37(1):8-11

356 Bolte, Gabriele et al (2012): Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 15-37; siehe auch: Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/> [05.09.2014]

357 Altgeld, Thomas/Maschewsky-Schneider, Ulrike/Köster, Monika (2011): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 96-99

358 Mielck, Andreas (2011): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 510-515, hier S. 514

nachhaltige Partizipationsmöglichkeiten der Betroffenen gewährleistet sind.
(HF Spezielle Zielgruppen, HF Partizipation)

➡ Die durch den spezifischen quartiersbezogenen Ansatz der Studie 'Älter werden in München' ermöglichten Analysen auf Ebene konkreter sozialräumlicher Quartiere zeigen deutlich, dass Umweltbelastungen und Ressourcen in der LH München nicht gleich verteilt sind. Es werden kumulierende Effekte sichtbar. In Gebieten mit vergleichsweise hohen Umweltbelastungen, leben besonders viele Personen in prekären sozialen Lagen und Personen, die ihren Gesundheitszustand besonders schlecht einschätzen.

Um das Ziel „Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit“³⁵⁹ erreichen zu können, muss Gesundheits- und Umweltberichterstattung eng verzahnt sein. Konkret heißt das, dass Gesundheits- und Umweltberichterstattung fachlich nicht getrennt konzipiert und durchgeführt werden kann. Auf diese Weise können beispielsweise Indikatoren für eine integrierte Berichterstattung entwickelt werden. Auch der Bezug zur Sozial- und Armutsberichterstattung (oder Bildungsberichterstattung) ist hier wichtig, um Informationen über die soziale Lage spezifischer Zielgruppen auf kleinräumiger Ebene in die integrierte Gesundheits- und Umweltberichterstattung einfließen zu lassen. Eine solide Datenbasis ist Grundlage für Entscheidungen zur Auswahl von Quartieren und zur Förderung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Setting Quartier.
(HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung)

➡ Kommunale Gesundheits- und Umweltberichterstattung sollte (auch) stadtteilbezogen ausgerichtet werden. Geeignete Methoden, Instrumente und Verfahren müssen entwickelt werden, um Aussagen zum Gesundheitszustand und umweltbezogenen Belastungen auf kleinräumiger Ebene machen zu können. Die in der Studie 'Älter werden in München' gewählte Vorgehensweise einer gezielten Auswahl einzelner Quartiere sollte im Rahmen einer integrierten Gesundheits- und Umweltberichterstattung fortgeführt werden. Gesundheits- und Umweltberichterstattung muss um kleinräumige Analysen und zielgruppenspezifische Stichproben (z.B. Migrantinnen und Migranten) ergänzt werden.

(HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung)

„Die Landeshauptstadt München schöpft den Gestaltungsspielraum der kommunalen Selbstverwaltung bei gesetzlichen Vergaben in Überprüfungs- und Genehmigungsverfahren optimal zum Zweck der Verringerung von Umweltbelastungen aus.“

Leitlinie Gesundheit

➡ Die kommunale Gesundheits- und Umweltberichterstattung der LH München sollte (sozial)räumlich differenzierte, gesundheits- und umweltrelevante Datengrundlagen entwickeln und erarbeiten, die sowohl als Grundlage für Entscheidungen, z.B. im Rahmen von rechtlich vorgeschriebenen Planungsprozessen, als auch für die Planung konkreter Maßnahmen der kommunalen Daseinsvorsorge dienen können.

(HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung)

„Die gesamte Stadtentwicklungsplanung der Landeshauptstadt München verpflichtet sich dem Ziel der Schaffung und Erhaltung eines möglichst gesundheitserhaltenden und -förderlichen Wohn- und Arbeitsumfeldes für ihre Bevölkerung. Die demografische Entwicklung sowie die unterschiedliche Nutzung durch einzelne Zielgruppen sind dabei besonders zu berücksichtigen.“

Leitlinie Gesundheit

➡ Für die vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung geplanten 'Handlungsräume' ist es wünschenswert, wie bereits in der Sozialen Stadt³⁶⁰, das Thema Gesundheitsförderung als Querschnittsthema zu verankern und mit anderen Handlungsfeldern zu verzahnen.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

359 Riedel, Natalie/Rüdiger, Andrea (2012): Planungsstrategische Möglichkeiten einer umwelt- und gesundheitsgerechten Planung in der Stadt – Thesen für eine Environmentally Just and Healthy Urban Governance. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 245-254, hier S. 246
360 Leitprojekt der Leitlinie Gesundheit, S. 38

➔ Die sozialraumbezogenen Ergebnisse, die umwelt- und gesundheitsbezogene Belastungen bestimmter Quartiere sichtbar werden lassen, weisen erneut auf die Bedeutung des Setting-Ansatzes als Kernstrategie der Gesundheitsförderung hin³⁶¹. Voraussetzung ist – in gesundheitlicher und umweltbezogener Hinsicht – die Identifizierung besonders belasteter Quartiere in der LH München, um dort unter Beteiligung der Betroffenen Maßnahmen zur Gestaltung des Umfelds anzustoßen und damit zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen und zum Abbau von Chancenungleichheiten beizutragen.
(*HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung*)

7.5 Sicherheit im öffentlichen Raum

Die Sicherheit in der eigenen Wohnung und im öffentlichen Raum ist nicht nur, aber besonders für Seniorinnen und Senioren ein wichtiges Anliegen und ein Aspekt (unter vielen) einer gesundheitsförderlichen Umwelt. Deshalb wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um ihre subjektive Einschätzung gebeten, inwiefern sie sich auch bei Dunkelheit in ihrem Viertel wohlfühlen³⁶².

Signifikante Unterschiede zeigen sich nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen und Untersuchungsgebieten³⁶³.

Es seien nur einige Beispiele genannt:

Frauen fühlen sich unsicherer bei Dunkelheit als Männer und verneinen häufiger (28%) die Aussage, dass sie sich auch bei Dunkelheit in ihrem Viertel sicher fühlen ('trifft gar nicht'/'eher nicht zu') als Männer (16%). In ähnlicher Weise gilt das für Ältere (27%) im Vergleich zur Gruppe der Jüngeren (19%).

Personen aus reichen Haushalten fühlen sich besonders sicher und stimmen zu 8% dieser Aussage nicht zu ('trifft gar nicht'/'trifft eher nicht') zu. Anders als Personen aus armen Haushalten, die zu 32% dieser Aussage nicht zustimmen können, d.h. sie fühlen sich (eher) nicht sicher.

Ausländerinnen und Ausländer fühlen sich hingegen sicherer und stimmen der Aussage, sich auch bei Dunkelheit im Viertel sicher zu fühlen, seltener nicht zu (18%) ('trifft gar nicht'/'trifft eher nicht') als Deutsche mit Migrationshintergrund (30%) und Deutsche ohne Migrationshintergrund (23%).

Zwischen den Untersuchungsgebieten zeigen sich deutliche Unterschiede in den subjektiven Einschätzungen. Besonders unsicher fühlen sich Befragte in Neuperlach, Laim/Kleinhadern, Ramersdorf und der Messestadt Riem. Vergleichsweise sicher fühlen sich dagegen Befragte aus Sendling, Schwabing, dem Ackermannbogen und Obermenzing.

361 Sterdt, Elena/Walter, Ulla (2012): Ansätze und Strategien von Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. in: Böhme, Christa et al (Hrsg): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. S. 27-36

362 Frage: Wenn Sie an Ihr jetziges Wohnviertel denken: Welche Aussagen treffen zu?

Antwortvorgabe: Ich fühle mich in meinem Viertel auch bei Dunkelheit sicher.

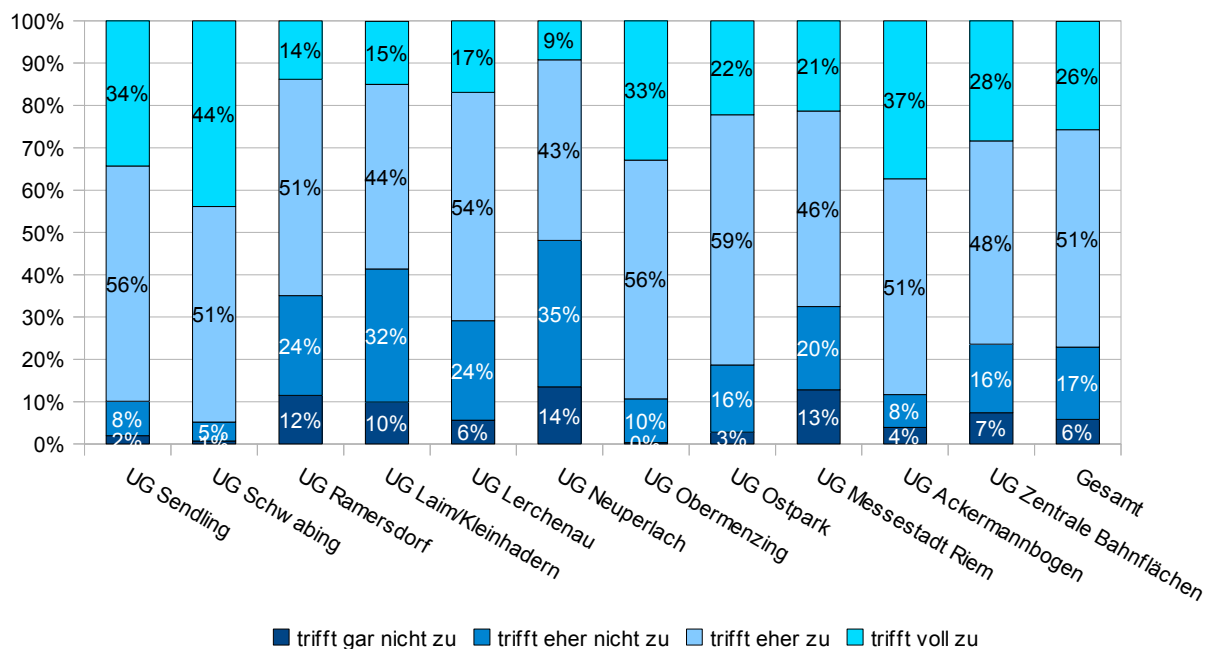
Antwortkategorien: trifft voll zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu – weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

363 Signifikanzwert jeweils mindestens $p < .01$

Abb. 126: Sicherheitsempfinden im Wohnviertel auch bei Dunkelheit nach Untersuchungsgebieten

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.568, p<.001

7.6 Städtebauliche Strukturen, Infrastruktur und Aufenthaltsqualität im öffentlichen Raum

Die städtebaulichen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen eines Quartiers können – ebenso wie Lärm- und Luftbelastung – als Aspekte einer gesundheitsförderlichen Umwelt betrachtet werden. So kann sich beispielsweise das Vorhandensein bzw. Fehlen von (sauberen) Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien auf die Alltagsaktivität von Seniorinnen und Senioren auswirken. Als gesundheitsförderliche Maßnahmen für ältere Menschen im Quartier werden beispielsweise genannt: verkehrsberuhigte Straßen, sichere Straßenübergänge, ausreichend lange grüne Ampelphasen, ausreichend (beschattete) Sitzmöglichkeiten entlang alltäglicher Bewegungsrouten³⁶⁴.

In einer weiteren Frage wurden die Befragten deshalb gebeten, mit einem '+' oder '-' Zeichen mehrere Aspekte ihres Wohnviertels für den aktuellen Zeitpunkt zu beurteilen: Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum – Fußwegeverbindungen – Wege zum Radfahren – Wege zum Spaziergehen – Grünanlagen und Plätze zum Aufenthalt im Freien – Geschäfte zum täglichen Einkauf³⁶⁵.

Die Unterschiede bei den oben genannten Fragestellungen sind, differenziert nach Untersuchungsgebieten, immer statistisch signifikant. Nachfolgend werden jeweils die drei Untersuchungsgebiete genannt, in denen der Anteil der Unzufriedenen ('-' Angabe) am höchsten ist:

- Geschäfte zum täglichen/häufigen Einkauf: Messestadt Riem (48%), Ramersdorf (36%), Lerchenau (33%)
- Grünanlagen, Plätze zum Aufenthalt im Freien: Sendling, Laim/Kleinhadern, Neuperlach (jeweils 15%)
- Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum: Laim/Kleinhadern (46%), Neuperlach (42%), Obermenzing und Sendling (40%)
- Fußwegeverbindungen: Obermenzing (9%), Ramersdorf (8%), Ackermannbogen (7%)

364 Sterdt, Elena/Walter, Ulla (2012): Ansätze und Strategien von Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. in: Böhme, Christa et al (Hrsg): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. S. 27-36

365 Frage: Uns interessiert, mit welchen Angeboten Sie in Ihrem Viertel zufrieden sind. Dabei möchten wir Sie bitten, sich auch vorzustellen, Sie wären um einige Jahre älter – wären Sie dann mit den Angeboten im Viertel, so wie sie momentan sind, auch noch zufrieden?

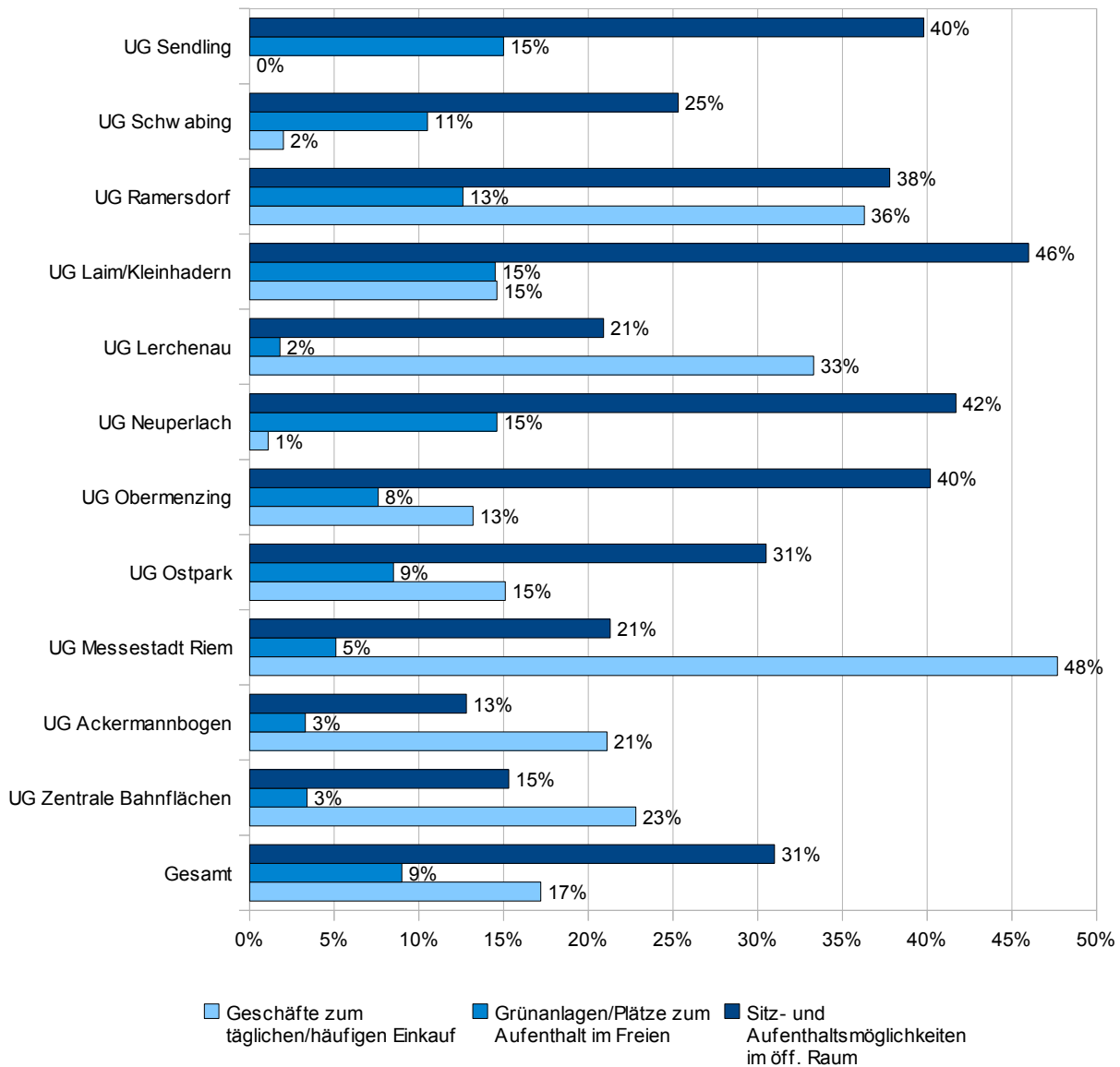
Antwortvorgaben: (siehe Text oben)

Antwortkategorien: aktuell + (zufrieden) – (nicht zufrieden), wenn ich älter bin + (zufrieden) – (nicht zufrieden), x (brauche ich nicht)

An dieser Stelle wurden nur die aktuellen Einschätzungen ausgewertet.

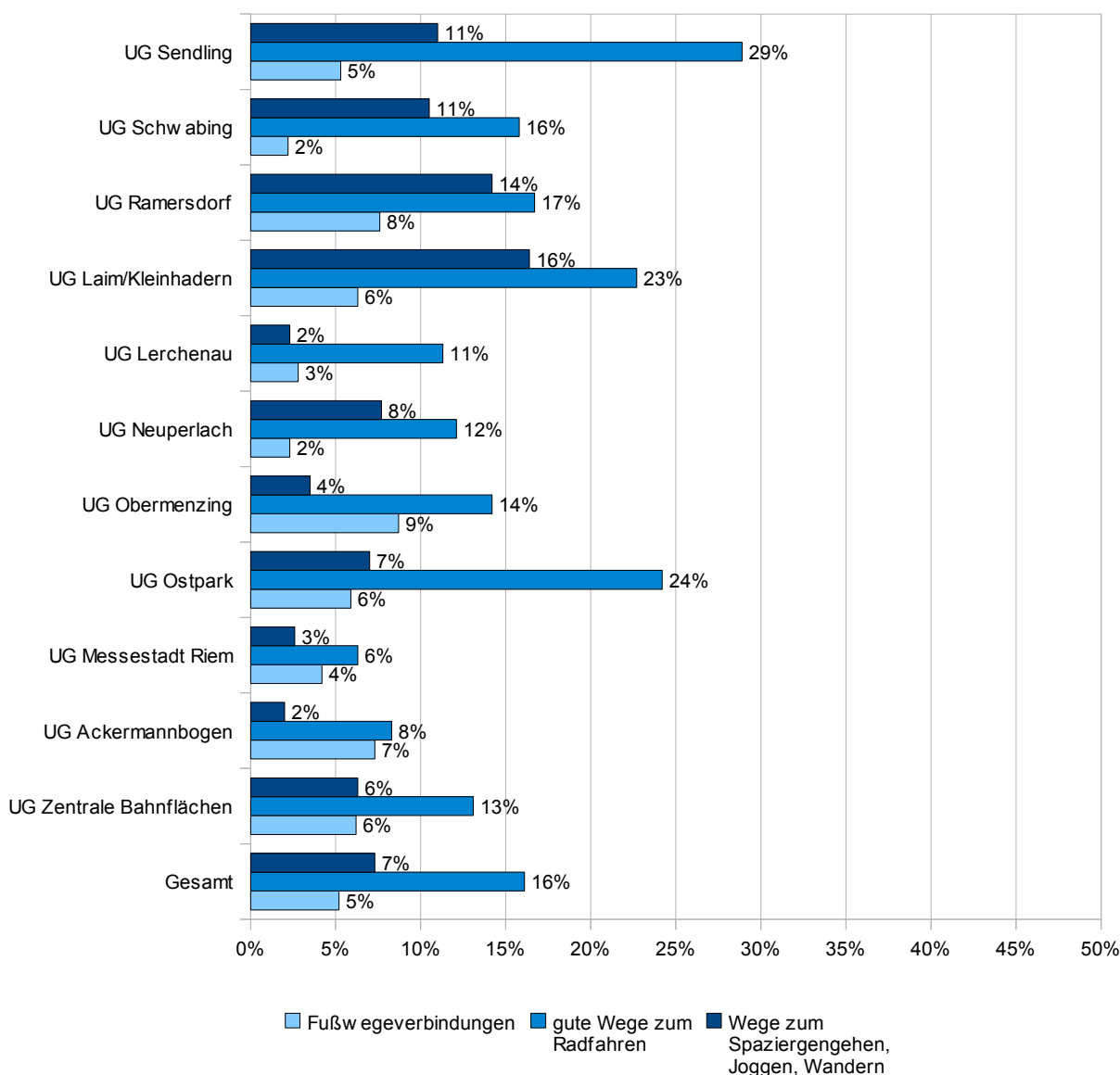
- Wege zum Radfahren: Sendling (29%), Ostpark (24%), Laim/Kleinhadern (23%)
- Wege zum Spaziergehen: Laim/Kleinhadern (16%), Ramersdorf (14%), Sendling und Schwabing (jeweils 11%).

Abb. 127: Unzufriedenheit mit der aktuellen Angebotsstruktur (Geschäfte des täglichen Einkaufs, Grünanlagen, Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten) nach Untersuchungsgebieten in Prozent, nur 'nicht zufrieden'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 Geschäfte des täglichen Einkaufs n=2.644, p<.001, Grünanlagen n=2.516, p<.001, Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten n=2.090, p<.001

Abb. 128: Unzufriedenheit mit der aktuellen Angebotsstruktur (Fußwegeverbindungen, gute Wege zum Fahrradfahren, Wege zum Spaziergehen) nach Untersuchungsgebieten
in Prozent, nur 'nicht zufrieden'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Fußwegeverbindungen n=2.519, p<.01, gute Wege zum Radfahren n=2.182, p<.001, Wege zum Spaziergehen n=2.514, p<.001

➔ Im Sinne einer stadtteilorientierten Gesundheitsplanung und der Ausgestaltung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten in Quartieren sollten Aspekte wie die Qualität der Fußwegeverbindungen oder von Fahrradwegen, die Sicherheit im öffentlichen Raum oder das Vorhandensein von Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum in (referatsübergreifende) Planungsprozesse einbezogen werden.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

7.7 Öffentlicher Nahverkehr

Im Hinblick auf das Älterwerden und eventuelle körperliche Einschränkungen wird eine gute Anbindung an den ÖPNV zunehmend wichtiger.

Unzufriedenheit mit dem Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln

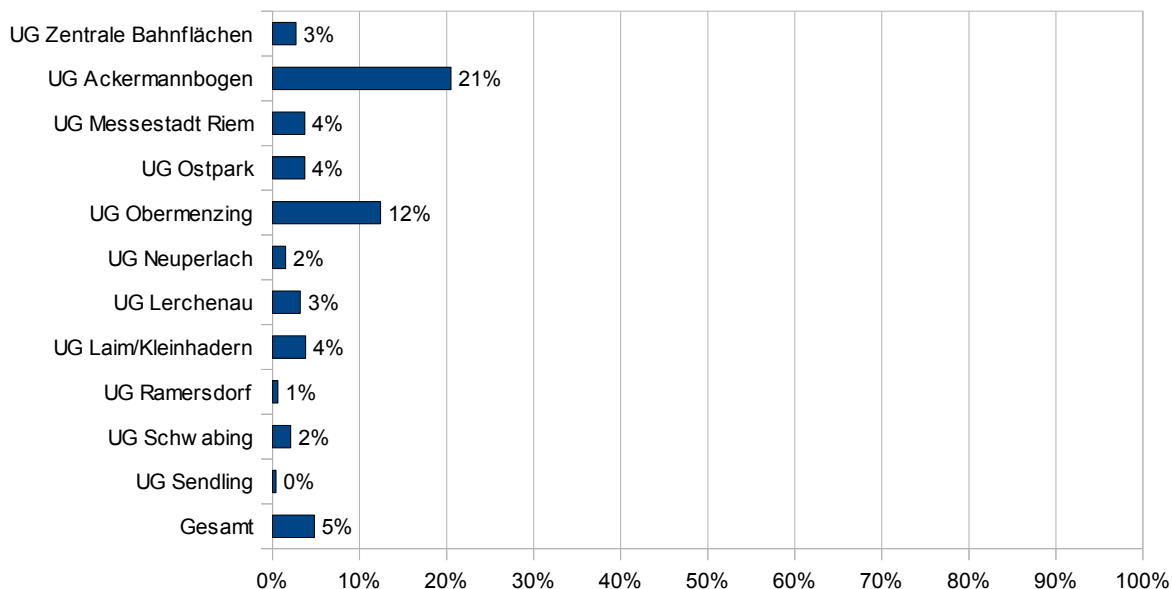
Über alle Untersuchungsgebiete hinweg sind 5% der Befragten aktuell 'nicht zufrieden' mit dem Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln in ihrem Viertel. D.h. dass 95% aller Befragten mit dem

diesem Angebot in ihrem Viertel zufrieden sind³⁶⁶. Mit Blick auf das Älterwerden sagen dies jedoch 5% weniger.

In fast allen Untersuchungsgebieten liegt der Anteil der Unzufriedenen unter 5%. Es gibt aber zwei Ausnahmen: das Neubaugebiet am Ackermannbogen mit 21% Unzufriedenen und das Einfamilien-/Reihenhausgebiet Obermenzing mit 12%.

Abb. 129: Unzufriedenheit mit der aktuellen Angebotsstruktur im öffentlichen Nahverkehr nach Untersuchungsgebieten

in Prozent, nur 'nicht zufrieden'



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 öffentlicher Nahverkehr n=2.584, p<.001

Differenziert nach dem subjektivem Gesundheitszustand der Befragten zeigt sich, dass Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand deutlich häufiger 'nicht zufrieden' mit dem Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln in ihrem Viertel sind als Personen, die ihren Gesundheitszustand besser beurteilen³⁶⁷. Es ist davon auszugehen, dass dieser Personenkreis jedoch in besonderem Maße auf eine gute öffentliche Verkehrsanbindung angewiesen ist.

Handhabung des öffentlichen Nahverkehrs

Um den öffentlichen Nahverkehr nutzen zu können, ist es wichtig, dass dessen Handhabung einfach und pragmatisch möglich ist. Aus diesem Grund wurden die Befragten gebeten, anzugeben, ob sie Probleme haben, sich mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurechtzufinden³⁶⁸. 6% der Befragten geben an, 'sehr häufig' Probleme zu haben, weitere 10% 'eher häufig'. Die Hälfte (51%) hat 'eher selten' Schwierigkeiten und 33% erleben dies 'nie'.

366 Frage: Uns interessiert, mit welchen Angeboten Sie in Ihrem Viertel zufrieden sind. Dabei möchten wir Sie bitten, sich auch vorzustellen, Sie wären um einige Jahre älter – wären Sie dann mit den Angeboten im Viertel, so wie sie momentan sind, auch noch zufrieden?

Antwortvorgaben: Angebot öffentlicher Nahverkehr - Busse und Bahnen)

Antwortkategorien: aktuell + (zufrieden) – (nicht zufrieden), wenn ich älter bin + (zufrieden) – (nicht zufrieden) , x (brauche ich nicht)

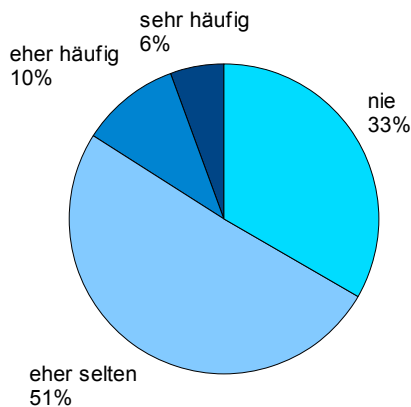
367 Gesundheitszustand n=2.557, p<.05

368 Frage: Wie häufig erleben Sie folgende Schwierigkeiten im Verkehrsalltag?

Antwortvorgabe: Zurechtfinden mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Antwortkategorien: sehr häufig – eher häufig – eher selten – nie

Abb. 130: Schwierigkeiten beim Zurechtfinden mit öffentlichen Verkehrsmitteln
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.623

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht. Anders als vielleicht erwartet, gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Deutsche mit Migrationshintergrund (6%) und Deutsche ohne Migrationshintergrund (5%) geben in etwa gleichem Ausmaß 'sehr häufige' Probleme an, dagegen berichten Ausländerinnen und Ausländer deutlich öfter (13%) von 'sehr häufigen' Schwierigkeiten³⁶⁹. Auch Personen mit 'schlechtem' subjektivem Gesundheitszustand berichten tendenziell von häufigeren Problemen³⁷⁰.

➡ Mit Blick auf das Älterwerden ist eine gute Anbindung an den ÖPNV wichtig und – zumindest in den hier untersuchten Gebieten – bereits zum jetzigen Zeitpunkt nicht immer gegeben. Auch die Handhabung des ÖPNV kann bei zunehmenden Einschränkungen (z.B. Sehfähigkeit, kognitive Fähigkeiten) zu einem Problem werden, weshalb die leichte Benutzbarkeit und Übersichtlichkeit hier wichtig sind.
(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

7.8 Kleingärten

Bewegungsmöglichkeiten und Beschäftigung in einem eigenen Garten oder Schrebergarten können ebenfalls als gesundheitsförderliche Umweltressource betrachtet werden³⁷¹. Die vielfältigen urbanen Gartenprojekte, z.B. interkulturelle Gärten, sind zudem Orte des sozialen Miteinanders, der sozialen Teilhabe und der sozialen Anerkennung³⁷². Insbesondere gemeinschaftliche Gartenprojekte bieten den Beteiligten die Möglichkeit, ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen in ein gemeinschaftliches Projekt einzubringen und somit – unabhängig von Geschlecht, Nationalität oder sozialer Lage – einen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Sie sind nicht selten Orte zur Generierung sozialer Netzwerkbeziehungen.

Auf die Frage, ob sie einen Schrebergarten besitzen³⁷³, gaben 6% an, über einen solchen zu verfügen. Weitere 21% verneinten, da sie einen eigenen Garten an der Wohnung bzw. am Haus haben. 16% hätten gerne einen Schrebergarten, 58% lehnen dies für sich ab.

369 Migrationshintergrund n=2.481, p<.001

370 subjektiver Gesundheitszustand n=2.576, p<.001

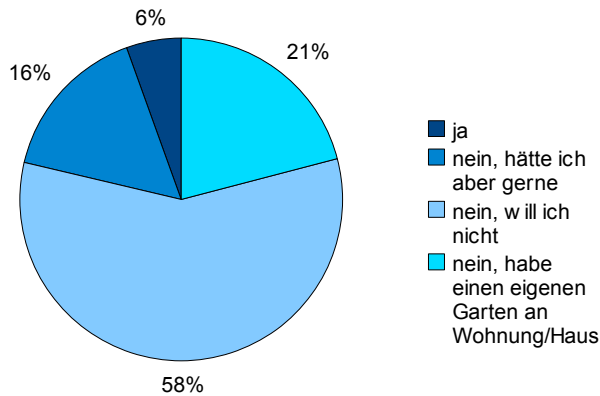
371 Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Referat für Gesundheit und Umwelt (2014): Leitlinie Ökologie. S. 23

372 Müller, Christa (2012): Interkulturelle Gärten und ihr Beitrag zur Umweltgerechtigkeit. in: Bolte, Gabriele et al (Hrsg): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. S. 353-356

373 Frage: Haben Sie eine Parzelle in einer Kleingartensiedlung (Schrebergarten)?

Antwortkategorien: ja – nein, hätte ich aber gerne – nein, will ich nicht – nein, habe einen eigenen Garten an der Wohnung/Haus

Abb. 131: Besitz eines Kleingartens
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.751

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht. Signifikante Unterschiede gibt es hingegen nach Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen und Untersuchungsgebieten.

- Altersgruppen³⁷⁴

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen betreffen vor allem die Gruppen jener, die gerne einen Schrebergarten hätten. Das trifft auf 22% der Jüngeren gegenüber 10% der Älteren zu. Außerdem lehnen 62% der Älteren für sich einen Schrebergarten generell ab, bei den Jüngeren sind dies 54%.

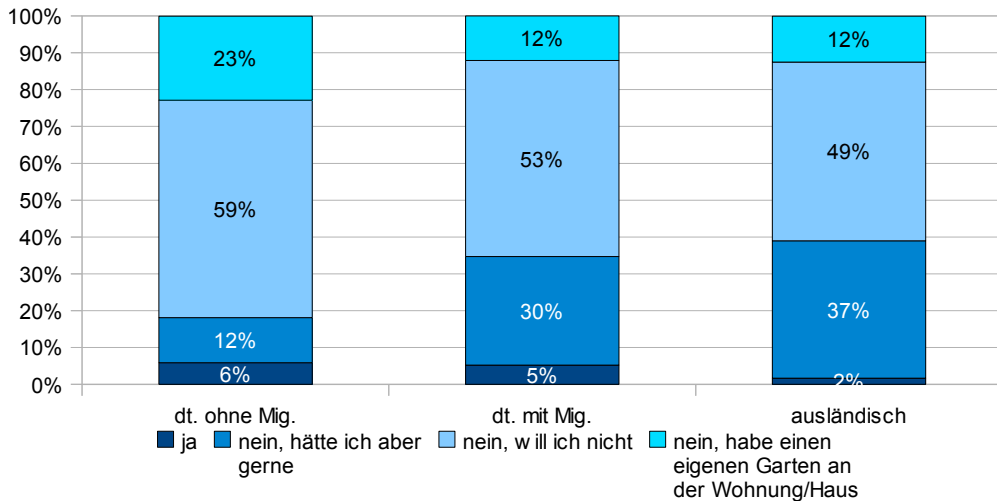
- Migrationshintergrund

Die Unterschiede nach Migrationshintergrund fallen in mehrerer Hinsicht deutlich aus. Deutsche ohne Migrationshintergrund sind häufiger (23%) Besitzer eines eigenen Gartens an Wohnung bzw. Haus als Deutsche mit Migrationshintergrund bzw. Ausländerinnen und Ausländer (jeweils 12%). Deutsche mit und ohne Migrationshintergrund besitzen mit 6% bzw. 5% etwas häufiger einen Schrebergarten als Ausländerinnen und Ausländer mit 2%. Besonders auffällig ist das hohe Interesse von Ausländerinnen und Ausländern (37%) bzw. Deutschen mit Migrationshintergrund (30%) an einer Kleingartenparzelle, gegenüber 12% der Deutschen ohne Migrationshintergrund.

374 Altersgruppen n=2.651, p<.001

Abb. 132: Besitz eines Kleingartens nach Migrationshintergrund

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.539, p<.001

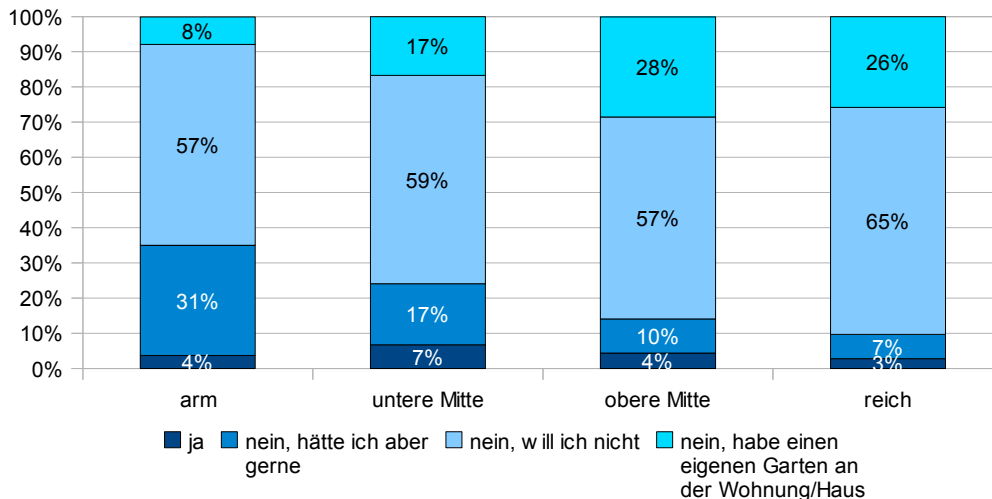
- Einkommensgruppen

Nach Einkommensgruppen differenziert zeigen sich erwartungsgemäß große Unterschiede bezüglich des Besitzes eines eigenen Gartens am Haus bzw. der eigenen Wohnung. Der Kleingartenbesitz ist über die Einkommensgruppen hinweg relativ gleich verteilt, nur Personen aus Haushalten der unteren Mitte weisen hier leicht höhere Werte auf.

Interessant sind vor allem die Anteile derer, die keinen Kleingarten haben, aber gerne einen hätten. Personen aus reichen Haushalten (die dementsprechend häufiger über einen eigenen Garten am Haus verfügen) geben zu 7% an, dass sie gerne einen Kleingarten hätten, dagegen wünschen sich fast ein Drittel (31%) der Befragten aus armen Haushalten einen Kleingarten.

Abb. 133: Besitz eines Kleingartens nach Einkommensgruppen

in Prozent



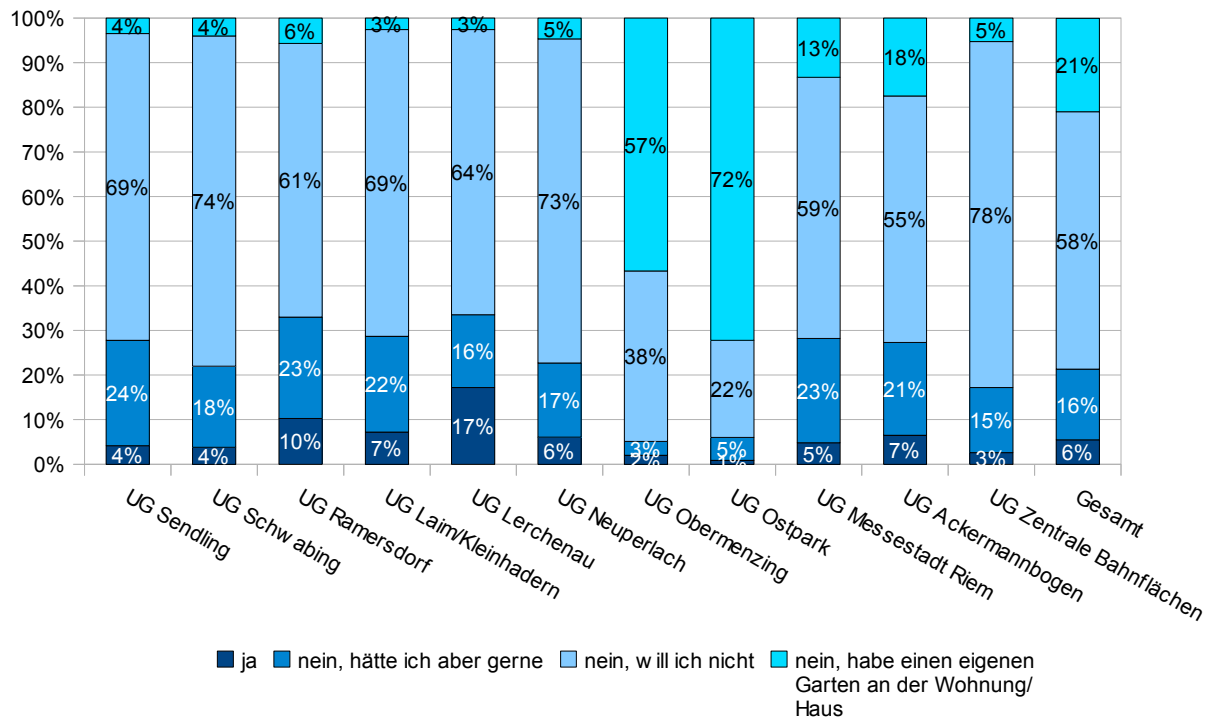
Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.276, p<.001

- Untersuchungsgebiete

Die Unterschiede in den Untersuchungsgebieten spiegeln vorrangig die städtebaulichen Strukturen wider. Befragte in Einfamilien-/Reihenhausgebieten haben zu einem hohen Anteil eigene Gärten am Haus bzw. an der Wohnung (Ostpark 72% und Obermenzing 57%), weit dahinter gefolgt von den Neubaugebieten (Ackermannbogen 18% und Messestadt Riem 13%). Kleingartenbesitzerinnen und Kleingartenbesitzer finden sich besonders häufig in der Lerchenau (17%) und Ramersdorf (10%). Der Wunsch nach einem eigenen Schrebergarten ist mit Ausnahme der Einfamili-

en-/Reihenhausgebiete durchaus relevant und liegt zwischen 15% in den Zentralen Bahnflächen und 24% in Sendling.

Abb. 134: Besitz eines Kleingartens nach Untersuchungsgebieten
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.658, p<.001

➡ Der Wunsch nach einem Schrebergarten ist besonders hoch bei Migrantinnen und Migranten und Personen aus armen Haushalten.

Wie die bisherigen Erfahrungen mit bestehenden interkulturellen Gärten zeigen, kann durch deren Förderung nicht nur das interkulturelle Miteinander, sondern auch die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten gefördert werden.

Da es sich bei Personen aus einkommensschwachen Gruppen in der Regel um Personen mit höheren gesundheitlichen Problemen und weniger Bewegung handelt, kann durch eine verstärkte kostengünstige Vergabe von Schrebergärten hier vielleicht ein Ansatzpunkt zur Gesundheitsförderung für einkommensschwache Personen im Quartier eröffnet werden.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Nachbarschaft)

➡ Da auch die jüngere Altersgruppe häufiger Interesse an einem Kleingarten kundtut, könnte verstärkt über 'geteilte' Verantwortungen für generationenübergreifende Kleingärten nachgedacht werden. Dies würde es älteren Personen ermöglichen, (weiterhin) an Gartenarbeiten beteiligt zu sein, wenn sie durch andere Personen bei den Arbeiten entlastet würden. Zudem könnten so Kontakte verschiedener Generationen und Kulturen ermöglicht werden.

(HF Spezielle Zielgruppen, HF Nachbarschaft)

7.9 Barrierefreiheit und technische Unterstützungssysteme

„In den Bereichen Wohnen und Wohnumfeld ist der Ausbau von Sicherheitsmaßnahmen für ältere und alte Menschen notwendig. Hier stehen Bauräger und -gesellschaften mit ihren technischen Berufsgruppen sowie die öffentliche Verwaltung in der Pflicht, barrierefreies Bauen und Wohnen als Standard zu entwickeln.“

Leitlinie Gesundheit

Mit zunehmenden körperlichen Beeinträchtigungen wird die Barrierefreiheit der eigenen Wohnung sowie des Wohnumfelds wichtiger. Zum Einen, um innerhalb der Wohnung alle wichtigen alltags- und gesundheitsrelevanten Aktivitäten bewältigen zu können (z.B. Hygiene, Ernährung). Zum Anderen ist die Barrierefreiheit der eigenen Wohnung, vor allem die Möglichkeit, diese selbständig verlassen zu können, eine wichtige Voraussetzung, um überhaupt am öffentlichen Leben teilnehmen zu können. Nach Verlassen der Wohnung sind die barrierefreien Umweltbedingungen im öffentlichen Raum eine weitere Voraussetzung, um alltägliche Dinge (wie etwa Einkaufen) oder Freizeitaktivitäten (wie etwa den Besuch kultureller Veranstaltungen) selbständig erledigen zu können. Auch technische Unterstützungssysteme, sogenanntes Ambient Assisted Living (AAL), werden zunehmend als unterstützende Hilfsmittel (innerhalb und außerhalb der Wohnung) diskutiert. Dies gilt insbesondere auch für die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen³⁷⁵.

Neben der Verfügbarkeit von barrierefreien Wohnungen oder deren Finanzierbarkeit ist die Bereitschaft zu individueller Wohnmobilität, d.h. die Umzugsbereitschaft (zukünftig) älterer Bürgerinnen und Bürger im Sinne einer primärpräventiven Maßnahme von Relevanz. Die COMPASS-Versichererbefragung³⁷⁶ ergab unter anderem, dass jüngere Seniorinnen und Senioren, Personen mit höherer Bildung und vor allem Frauen eine höhere individuelle Umzugsbereitschaft aufweisen³⁷⁷. Ausführliche Ergebnisse zur individuellen Wohnmobilität sind im Endbericht der Studie 'Älter werden in München' vorhanden und werden deshalb an dieser Stelle nicht dargestellt.

7.9.1 Wohnungsausstattung

In einer allgemeinen Frage nach der Wohnungsausstattung wurden mehrere Aspekte untersucht. Die Befragten sollten angeben, ob bestimmte Eigenschaften auf ihre Wohnung zutreffen³⁷⁸. Neben konkreten Aspekten der Barrierefreiheit ist auch die weitere Ausstattung der Wohnung aus gesundheitlicher Perspektive relevant (z.B. Vorhandensein einer Zentralheizung). Einige besonders relevante Aspekte und Analysen werden herausgegriffen.

Nur etwa die Hälfte der Befragten gibt an, dass ihre Wohnung – auch im Hinblick auf das Älterwerden – bezahlbar sei. Etwa zwei Fünftel (39%) haben eine Wohnung, die mit dem Aufzug erreichbar ist und ein Fünftel (20%) verfügt über eine Wohnung, die auch im Inneren barrierefrei ist. Fast ein Zehntel (9%) gibt an, dass die derzeitige Wohnung im Hinblick auf das Älterwerden eigentlich zu groß ist. 5% befinden ihre Wohnung als zu klein. Nur wenige verfügen nicht über eine Zentralheizung und ein sehr geringer Anteil verfügt nur über ein WC außerhalb der Wohnung.

375 Schmidt-Ohlemann, Matthias (2015): Gesundheit und Rehabilitation in einem inklusiven Gesundheitswesen. in: Degener, Theresia/Diehl, Elke (Hrsg): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. S. 204-216

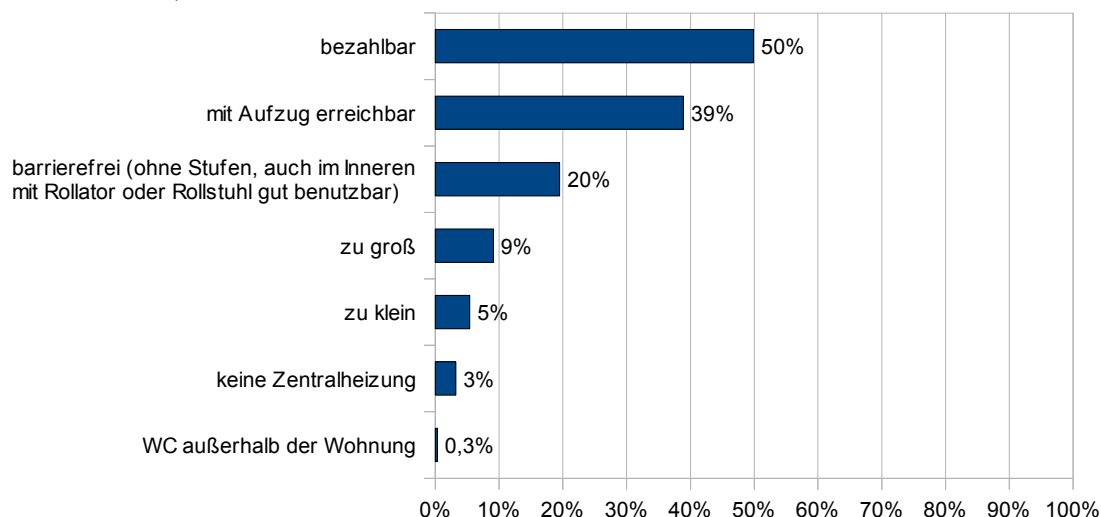
376 Eine Befragung von Personen mit privater Krankenversicherung im Jahr 2009/2010 mit dem Themenschwerpunkt Unterstützungsbedarf im Falle von Pflegebedürftigkeit.

377 Teti, Andrea et al (2012): Prädiktoren individueller Wohnmobilität älterer Frauen und Männer. Ergebnisse einer bundesweiten Studie zu Bedürfnisse im Fall einer Pflegebedürftigkeit. Prävention und Gesundheitsförderung. 4:278-284

378 Frage: Treffen folgende Eigenschaften – auch im Hinblick auf das Älterwerden – auf Ihre Wohnung/Haus zu? Antwortkategorien (Mehrfachantworten): u.a. bezahlbar – mit Aufzug erreichbar – barrierefrei (ohne Stufen, auch im Inneren mit Rollator oder Rollstuhl gut nutzbar) – zu groß – zu klein – keine Zentralheizung – WC außerhalb der Wohnung

Abb. 135: Ausstattung der Wohnung im Hinblick auf das Älterwerden

Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.691

Aus städteplanerischer Sicht ist an dieser Stelle vor allem das Ergebnis erwartbar, wonach in den Neubaugebieten die höchsten Anteile von Personen zu finden sind, die angeben, dass ihre Wohnung barrierefrei ist (z.B. 64% Zentrale Bahnhöfe, 58% Ackermannbogen, Messestadt Riem 44%) und in den anderen städtebaulichen Typen hingegen deutlich niedrigere Werte genannt werden (z.B. 3% Ramersdorf, 5% Ostpark, 6% Laim/Kleinhadern)³⁷⁹.

7.9.2 Bedarf an barrierefreien Wohnungen

Die Barrierefreiheit der Wohnung wurde in einer weiteren Frage noch detaillierter untersucht. Es wurde erhoben, ob die Befragten derzeit eine barrierefreie Wohnung benötigen oder bereits über eine solche verfügen³⁸⁰. Bei dieser Fragestellung geben 45% der Befragten an, dass sie keine bräuchten, weitere 16% sind der Ansicht, dass ihre Wohnung barrierefrei ist. 2% der Befragten bräuchten aktuell eine barrierefreie Wohnung, finden jedoch keine. Weitere 2% bräuchten eine, suchen jedoch nicht. 28% gehen davon aus, dass sie zukünftig auf eine barrierefreie Wohnung angewiesen sein werden.

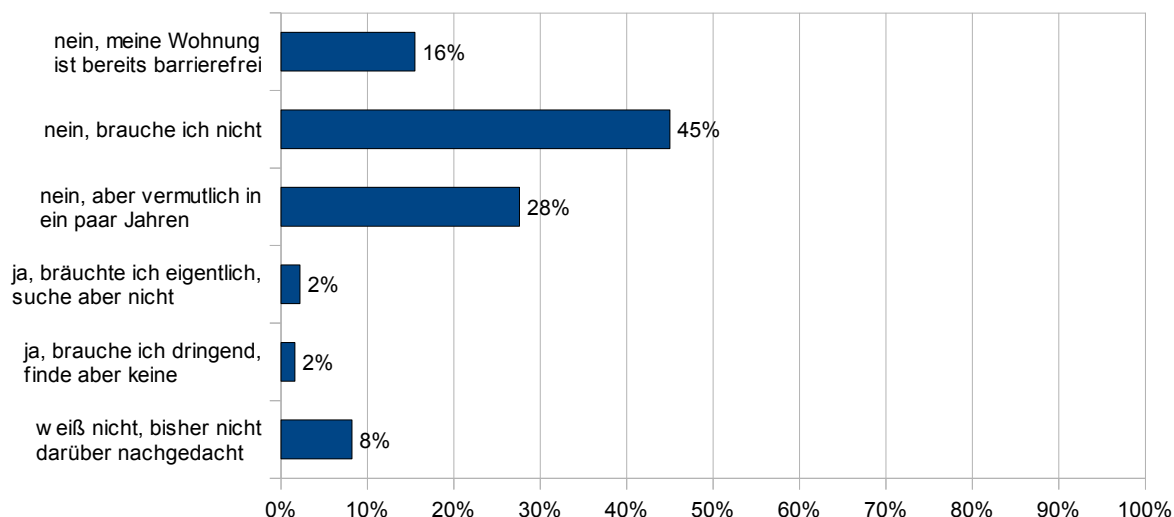
Interessant ist, dass sich nur 8% dazu bisher noch keine Gedanken gemacht haben. Das zeigt, dass sich auch die Gruppe der Jüngeren, d.h. die zukünftigen Seniorinnen und Senioren, doch zunehmend mit dieser in der Öffentlichkeit inzwischen häufig präsenten Thematik beschäftigen.

379 Quartier n=2.692, p<.001

380 Frage: Benötigen Sie derzeit eine barrierefreie Wohnung (ohne Stufen, mit Aufzug erreichbar, auch im Inneren mit Rollator oder Rollstuhl gut benutzbar)?

Antwortkategorien: ja, brauche ich dringend, finde aber keine – ja, bräuchte ich eigentlich, suche aber nicht – nein, aber vermutlich in ein paar Jahren – nein, brauche ich nicht – nein, meine Wohnung ist bereits barrierefrei – weiß nicht, bisher nicht darüber nachgedacht

Abb. 136: Aktuelle Notwendigkeit einer barrierefreien Wohnung
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.654

Für die nachfolgenden Auswertungen wurden aufgrund der geringen Fallzahlen die Kategorien 'ja, brauche ich dringend, finde aber keine' und 'ja, bräuchte ich eigentlich, suche aber nicht' zusammengefasst.

Signifikante Unterschiede ergeben sich nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen und Untersuchungsgebieten³⁸¹. Nachfolgend werden nur einige ausgewählte Daten und Ergebnisse berichtet.

Die Einschätzungen der Geschlechter differieren vor allem dahingehend, dass Frauen häufiger der Meinung sind, in ein paar Jahren eine barrierefreie Wohnung zu benötigen als Männer. Erwartungsgemäß gehen die älteren Befragten häufiger davon aus, in ein paar Jahren Bedarf an einer barrierefreien Wohnung zu haben.

Ausländerinnen und Ausländer geben häufiger als Deutsche mit oder ohne Migrationshintergrund an, bereits jetzt eine barrierefreie Wohnung zu brauchen. Für Personen aus armen Haushalten gilt dies ebenso häufiger wie für Befragte aus den höheren Einkommensgruppen.

Interessant sind insbesondere die Unterschiede nach Untersuchungsgebieten. Während Befragte in den Neubaugebieten besonders häufig angeben, bereits eine barrierefreie Wohnung zu haben (Messestadt Riem 36%, Ackermannbogen 48%, Zentrale Bahnflächen 58%)³⁸² sind dies in den Einfamilien-/Reihenhausgebieten deutlich weniger (Ostpark 3%, Obermenzing 11%). Ähnliches gilt für die Untersuchungsgebiete der 1920/50er Jahre (Laim/Kleinhadern 5%, Ramersdorf 2%). Die Großwohnsiedlung Neuperlach nimmt hier mit 15% eine mittlere Position ein.

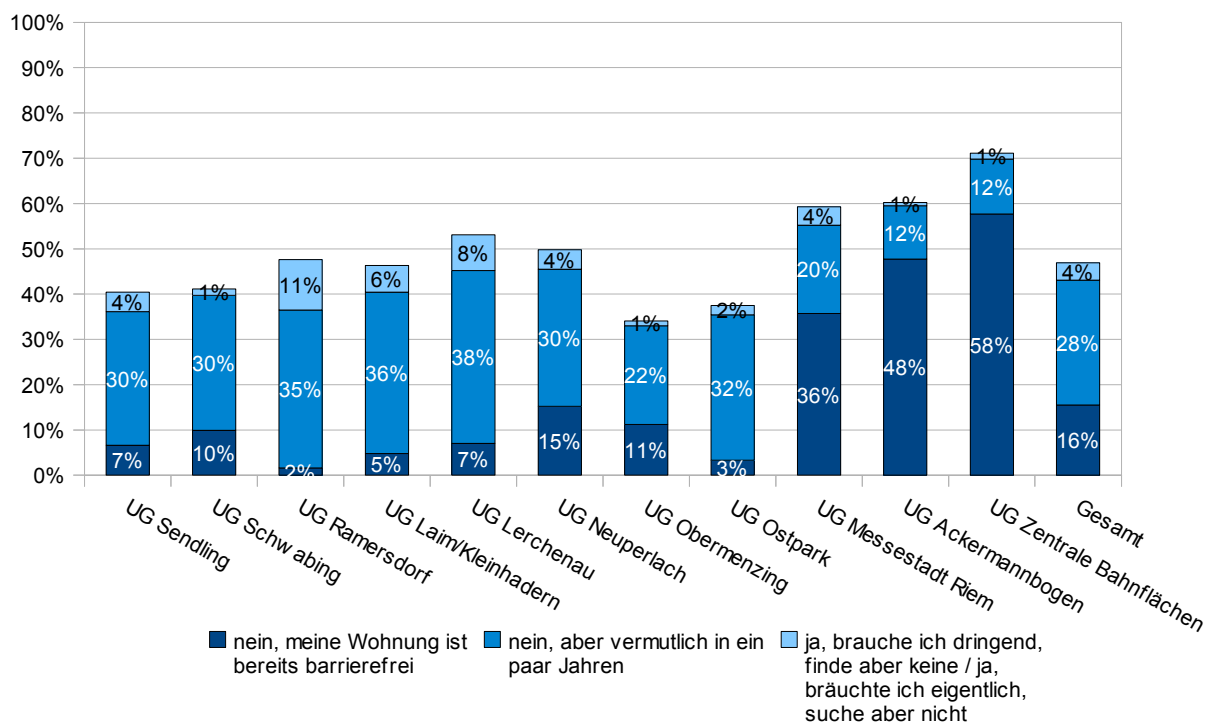
Den größten aktuellen Bedarf nach einer barrierefreien Wohnung formulieren Befragte aus den Untersuchungsgebieten Ramersdorf (11%), der Lerchenau (8%) sowie Laim/Kleinhadern (6%).

³⁸¹ Jeweils mit einem Signifikanzwert von mindestens $p < .05$.

³⁸² Die scheinbare Diskrepanz in den Prozentangaben zu den Aussagen auf Ebene der Untersuchungsgebiete zur Wohnungsausstattung (\rightarrow 7.9.1) liegt vermutlich an der Fragestellung und den vorgegebenen Antwortoptionen. In der vorherigen Frage gaben beispielsweise 64% der Befragten in den Zentralen Bahnflächen an, ihre Wohnung sei barrierefrei, während bei der Frage nach der aktuellen Notwendigkeit einer barrierefreien Wohnung in den Zentralen Bahnflächen mit 58% weniger der Befragten angeben, ihre Wohnung sei bereits barrierefrei ('nein, meine Wohnung ist bereits barrierefrei'). Allerdings gab es bei der zweiten Fragestellung auch die Option mit 'nein, brauche ich nicht' zu antworten. D.h. ein Teil der Personen, die über eine barrierefreie Wohnung verfügen, könnte auch diese Antwortoption genutzt haben.

Abb. 137: Aktuelle Notwendigkeit einer barrierefreien Wohnung nach Untersuchungsgebieten

in Prozent³⁸³



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.654, p<.001

➔ Während in den Neubaugebieten, auch angesichts aktueller gesetzlicher Vorgaben, inzwischen Barrierefreiheit im Wohnungsbau häufig realisiert wird, gibt es in anderen städtebaulichen Strukturtypen noch hohen Nachbesserungsbedarf.
(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➔ Die Bereitstellung und Versorgung mit barrierefreien Wohnungen, insbesondere im geförderten Wohnungsbau bzw. für niedrigere Einkommensgruppen, ist wichtig im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention, Selbständigkeit im Alter und Teilhabe am öffentlichen Leben.
(HF Armut und Gesundheitsförderung)

➔ Vor dem Hintergrund des angespannten Wohnungsmarktes in München und des mit 9% doch relevanten Anteils (zukünftig) Älterer, die ihre Wohnung mit Blick auf das Älterwerden als zu groß befinden, sollten verstärkt Möglichkeiten des Wohnungstausches für ältere Menschen erprobt werden.
(HF Spezielle Zielgruppen, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➔ Angesichts des oben zitierten Ergebnisses der COMPASS-Studie, wonach beispielsweise bei Frauen eine höhere Umzugsbereitschaft im Falle einer möglichen Pflegebedürftigkeit vorliegt, erscheint es sinnvoll, in der Wohnberatung gezielt geschlechtsspezifische Angebote anzubieten und zu erproben. Zum Einen, um die offensichtlich weniger umzugsbereiten Männer für das Thema Barrierefreiheit zu sensibilisieren und zum Anderen, um die eher umzugsbereiten Frauen mit den notwendigen fachlichen Informationen und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten zu versorgen.
(HF Spezielle Zielgruppen)

383 Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind nur drei Antwortkategorien dargestellt.

7.9.3 Barrierefreiheit im öffentlichen Raum

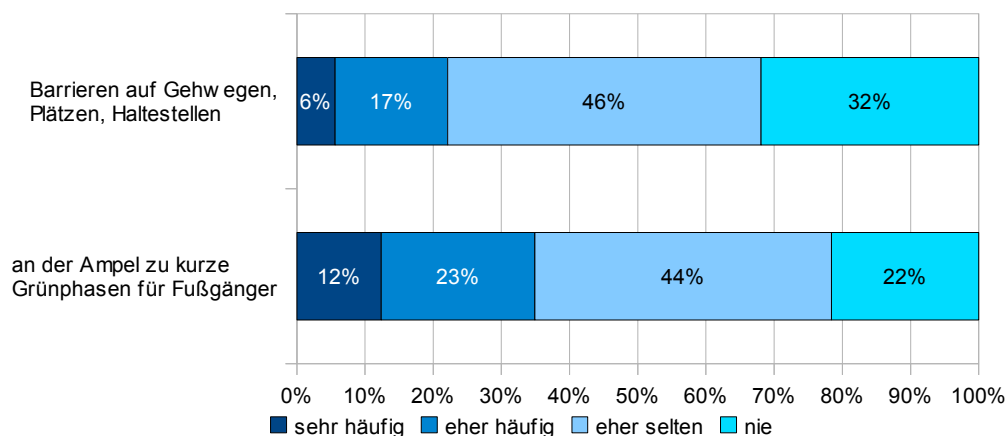
„Um die Mobilität alter Menschen zu erhalten, und deren Isolation zu verhindern, müssen Verkehrswege und -infrastruktur noch mehr als bisher auf sie ausgerichtet werden.“

Leitlinie Gesundheit

Schwierigkeiten für Seniorinnen und Senioren im Verkehrsalltag können vielfältiger Natur sein. Zugänglichkeit und Barrierefreiheit des öffentlichen Raums sind für viele Personengruppen wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Länge der grünen Ampelphasen ist beispielsweise immer wieder ein Thema, das in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert wird.

Etwa 23% der Befragten geben an, dass sie 'sehr'/'eher häufig' Probleme mit Barrieren auf Wegen, Plätzen oder Haltestellen erleben und insgesamt 35% benennen 'sehr'/'eher häufig' Probleme mit zu kurzen Grünphasen an den Ampeln für Fußgängerinnen und Fußgänger³⁸⁴.

Abb. 138: Probleme mit Barrieren auf Gehwegen, Plätzen, Haltestellen und zu kurzen Grünphasen an Ampeln
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Barrieren n=2.573, Ampel n=2.614

Bei beiden Fragen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede nach Altersgruppen.

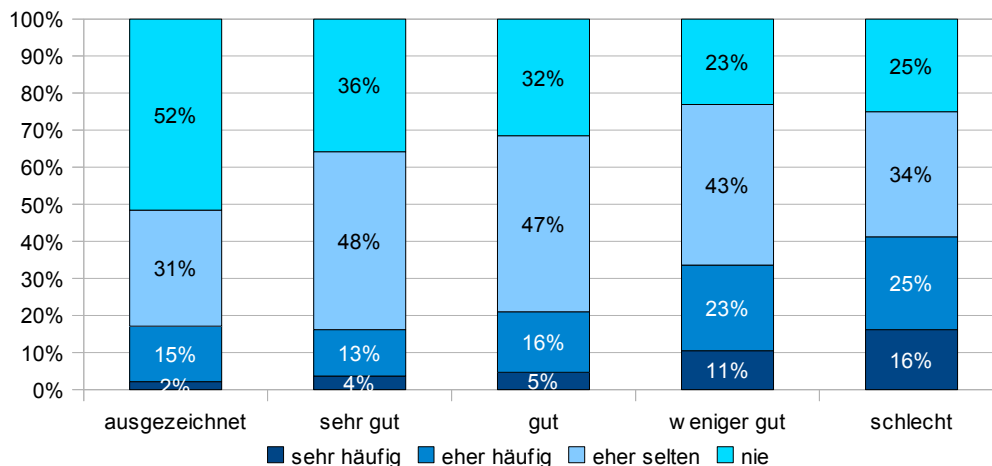
Da sich die Fragen allgemein auf die LH München beziehen, sind Auswertungen auf Quartiersebene nicht sinnvoll.

Allerdings ergeben sich deutliche Unterschiede nach dem subjektivem Gesundheitszustand. Während 2% der Befragten mit einem subjektiv als 'ausgezeichnet' eingeschätzten Gesundheitszustand 'sehr häufig' Probleme mit Barrieren auf Wegen und Plätzen angeben, sind es 16% der Befragten mit 'schlechtem' Gesundheitszustand.

384 Frage: Wie häufig erleben Sie folgende Schwierigkeiten im Verkehrsalltag?
Antwortvorgaben: Barrieren und Hindernisse auf Gehwegen, Plätzen, Haltestellen (Treppen, Bordsteine, zugeparkte Gehwege) – an der Ampel zu kurze Grünphasen für Fußgänger
Antwortkategorien: sehr häufig – eher häufig – eher selten – nie

Abb. 139: Probleme mit Barrieren auf Gehwegen, Plätzen, Haltestellen nach subjektivem Gesundheitszustand

in Prozent

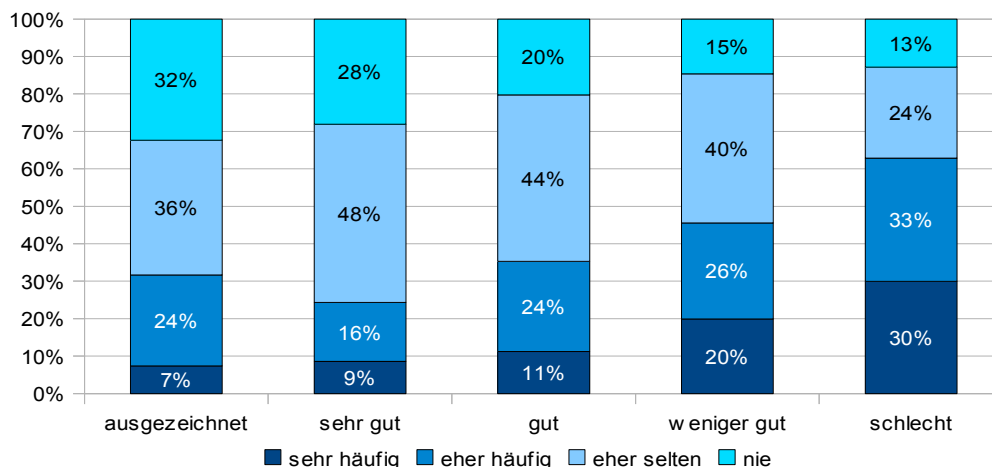


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.526, p<.001

Bei der Frage nach zu kurzen Grünphasen an Ampeln für Fußgängerinnen und Fußgängern zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede nach dem subjektiven Gesundheitszustand der Befragten. Auch 7% der Befragten mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand geben an, dass sie 'sehr häufig' Schwierigkeiten mit zu kurzen Grünphasen der Ampeln haben, weitere 24% haben hier 'eher häufig' Probleme. Deutlich mehr Probleme haben Befragte mit 'schlechtem' Gesundheitszustand. Von diesen erleben 30% 'sehr häufig' und 33% 'eher häufig' Schwierigkeiten mit den zu kurzen Grünphasen. D.h. fast 2/3 dieser Gruppe haben 'sehr'/'eher häufig' Probleme damit.

Abb. 140: Probleme mit zu kurzen Grünphasen an Ampeln nach subjektivem Gesundheitszustand

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.567, p<.001

➡ Die Beseitigung von Barrieren im öffentlichen Raum und der Ausgleich von Interessen motorisierter und nicht-motorisierter Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer ist und bleibt ein Thema für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

7.9.4 Technische Unterstützungssysteme

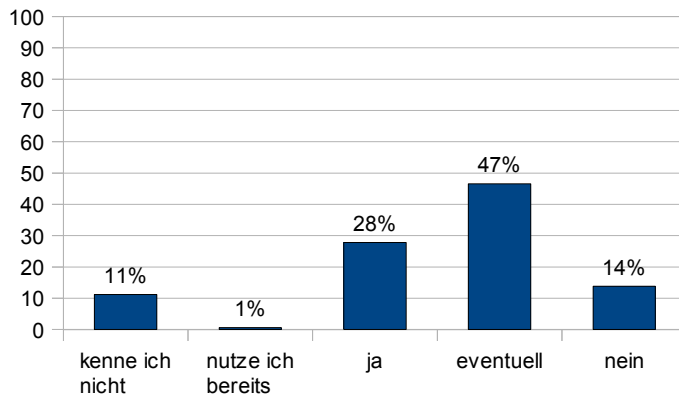
Technische Unterstützungssysteme, sogenanntes AAL (Ambient Assistend Living), können die Selbständigkeit im Alter unterstützen. Für ältere, mobilitätseingeschränkte Personen können z.B.

weite Wege zur Hausarztpraxis zumindest teilweise verringert oder vermieden werden, etwa durch Telemonitoring in der hausärztlichen Versorgung³⁸⁵.

Die Frage, ob aktuell bereits technische Unterstützungssysteme (wie z.B. Teleüberwachung des Blutdrucks, Sturzerkennung, Ortungssysteme, Rufbereitschaft, automatische Herdabschaltung) genutzt werden oder ob dies für die Befragten prinzipiell vorstellbar wäre, ergibt, dass nur etwa ein Zehntel diese Art von Hilfsmitteln gar nicht kennt³⁸⁶.

Von den restlichen nutzen es aktuell sehr wenige (unter 1%). Über ein Viertel (28%) wäre interessiert daran, diese Form von Unterstützung zu nutzen, weitere 47% können es sich 'eventuell' vorstellen und 14% lehnen dies generell ('nein') für sich ab.

Abb. 141: Bereitschaft zur Nutzung technischer Unterstützungssysteme
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.686

Es ergeben sich signifikante Unterschiede nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen und subjektivem Gesundheitszustand³⁸⁷.

- **Geschlecht³⁸⁸**

Männer signalisieren dabei etwas häufiger eine klare Bereitschaft ('ja') zu einer möglichen Nutzung von technischer Unterstützung. Frauen geben häufiger an, diese 'eventuell' nutzen zu wollen.

- **Altersgruppen**

Die Altersgruppen unterscheiden sich bei dieser Fragestellung lediglich insofern, als die Jüngeren häufiger (32%) ein deutlicheres Interesse signalisieren als die Älteren (25%), während die Älteren häufiger ein 'eventuelles' Interesse kundtun. Unterschiede zeigen sich weder bezüglich der grundsätzlichen Nicht-Kenntnis noch bezüglich der generellen Ablehnung.

385 Libbe, Jens (2012): Medizinische Versorgung als Teil der Infrastrukturplanung. in: Böhme, Christa et al (Hrsg): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. S. 117-128

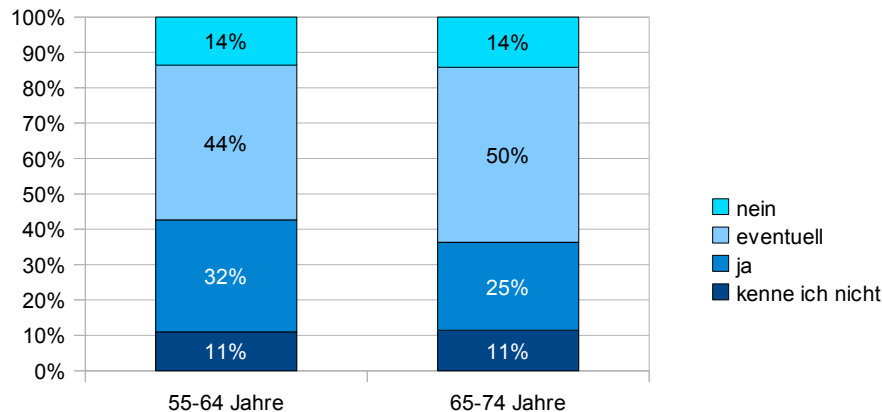
386 Frage: Es gibt heute viele technische Geräte, die selbständiges Wohnen erleichtern (wie Teleüberwachung des Blutdrucks, Sturzerkennung, Ortungssysteme, Rufbereitschaft, automatische Herdabschaltung – sogenanntes Ambient Assisted Living). Wären Sie gegebenenfalls interessiert, diese Technologien zu nutzen?
Antwortkategorien: nutze ich bereits – ja – eventuell – nein – kenne ich nicht

387 Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen aktueller Nutzerinnen und Nutzer wurden diese von den nachfolgenden Analyse ausgeschlossen. Insgesamt gaben nur 16 der Befragten an, bereits aktuell ein solches System zu nutzen, überwiegend aus der älteren Altersgruppe.

388 Geschlecht n=2.649, p<.05

Abb. 142: Bereitschaft zur Nutzung technischer Unterstützungssysteme nach Altersgruppen

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.637, p<.01

- Migrationshintergrund³⁸⁹

Ausländerinnen und Ausländer lehnen solche Unterstützungssysteme häufiger ab als Deutsche mit oder ohne Migrationshintergrund. Deutsche mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländer geben häufiger an, diese Angebote nicht zu kennen.

- Einkommensgruppen³⁹⁰

Personen aus armen Haushalten geben sehr viel häufiger an, diese Angebote nicht zu kennen. Sie lehnen eine Nutzung ('nein') auch deutlich häufiger ab als Befragte aus anderen Einkommensgruppen.

- subjektiver Gesundheitszustand³⁹¹

Personen mit subjektiv 'schlechtem'/'weniger gutem' Gesundheitszustand geben am häufigsten an, solche Unterstützungssysteme gar nicht zu kennen. Vielleicht sind deshalb Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand auch seltener als die anderen Befragten bereit ('ja'), diese auch zu nutzen. Allerdings zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede bei der generellen Ablehnung ('nein') einer Nutzung.

Im Großen und Ganzen ist bei den hier befragten zukünftigen Seniorinnen und Senioren eine recht hohe Offenheit gegenüber technischen Unterstützungssystemen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung bzw. Unterstützung der Selbständigkeit vorzufinden.

➡ Diese Ergebnisse könnten vielleicht für städtische Wohnungsbaugesellschaften ein Anknüpfungspunkt sein, um älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen einen längeren Verbleib in der eigenen Wohnungen zu ermöglichen, indem Wohnungen für diese Zielgruppe gezielt mit AAL-Elementen ausgestattet werden.
(HF Spezielle Zielgruppen, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Da sich insgesamt etwa drei Viertel der Befragten (mindestens eventuell) vorstellen können, solche Unterstützungssysteme zu nutzen, wäre es sinnvoll, verstärkt darüber zu informieren bzw. diese Aspekte bei allgemeinen Informationsveranstaltungen zum Thema Wohnen im Alter mit zu berücksichtigen. Da vor allem auch gesundheitlich beeinträchtigte Personen am wenigsten Kenntnis über diese Angebote haben, sollten auch diese stärker informiert werden.
(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

389 Migrationshintergrund n=2.522, p<.001

390 Einkommensgruppen n=2.270, p<.001

391 Gesundheitszustand n=2.616, p<.01

8 Gesundheitliche Versorgung

„Die Landeshauptstadt München nimmt ihre Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Münchner Bevölkerung wahr. [...]

Dabei muss zum Einen der individuelle Zugang des Einzelnen zum Gesundheitssystem gesichert sein, zum Anderen sind die Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen stärker zu berücksichtigen.“

Leitlinie Gesundheit

Für die Gesundheits- und Umweltberichterstattung sind nicht nur die gesundheitliche Situation, Prävention und Gesundheitsförderung (→ Kap. 6) oder die Wohn-/Umweltbedingungen (→ Kap. 7) von Münchnerinnen und Münchnern von Interesse, sondern auch die gesundheitliche Versorgung.

Bewertungen zur gesundheitlichen Versorgungsstruktur waren nicht Schwerpunkt der Studie 'Älter werden in München'. Allerdings wurde u.a. die Kenntnis von Beratungsangeboten erfragt, die entweder offen für ältere Menschen sind oder sich speziell an diese Zielgruppe richten, z.B. Alten- und Service-Zentren, Sozialbürgerhäuser, Nachbarschaftstreffs.

Neben weiteren Auswertungen der Studie 'Älter werden in München', z.B. zur Beurteilung der gesundheitsbezogenen Angebots- und Unterstützungsstrukturen in der LH München, werden aufgrund des Schwerpunkts 'Ältere Menschen' detaillierte Sonderauswertungen von Daten der amtlichen Pflegestatistik (→ Kap. 8.7) dargestellt.

8.1 Theoretischer Hintergrund

Das System der Gesundheitsversorgung umfasst vielfältige Angebotsstrukturen, wie etwa stationäre und ambulante Angebote im medizinischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Spektrum sowie den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Dazu kommen begleitende Unterstützungsstrukturen, wie etwa Beratungsangebote oder Selbsthilfeeinrichtungen³⁹². In der Studie 'Älter werden in München' wurden aufgrund der integrierten Herangehensweise nur einige Aspekte der gesundheitlichen Versorgung aufgegriffen.

8.2 Krankenversicherungsstatus

Von den in der Studie 'Älter werden in München' befragten Münchnerinnen und Münchnern geben 72,5% an, dass sie gesetzlich versichert sind, weitere 27,2% sind privat versichert (12,1% privat versichert ohne Beihilfeberechtigung und 15,1% privat versichert mit Beihilfeberechtigung) und weitere 0,2% (n=6) haben keine Krankenversicherung³⁹³.

Der Anteil der Privatversicherten in der Münchner Bürgerinnen- und Bürgerbefragung 2010 lag im Vergleich dazu insgesamt bei etwa 20%³⁹⁴. Der Anteil der Privatversicherten unter den 55 bis 74-jährigen Befragten in der Bürgerinnen- und Bürgerbefragung lag bei 27,8% und entspricht damit fast exakt dem Anteil der Befragten in der Studie 'Älter werden in München'³⁹⁵.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Altersgruppen³⁹⁶.

Signifikante Unterschiede ergeben sich nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Bildungsstatus und Untersuchungsgebieten.

- Geschlecht³⁹⁷

Frauen sind häufiger gesetzlich versichert: 80% der Frauen versus 64% der Männer.

- Migrationshintergrund

Deutsche ohne Migrationshintergrund sind häufiger (31%) privat versichert als die beiden anderen

392 Leitlinie Gesundheit, S. 29ff

393 Frage: Sind Sie krankenversichert?

Antwortkategorien: ja, gesetzlich – ja, privat ohne Beihilfeberechtigung – ja, privat und beihilfeberechtigt – nein

394 Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat (2011): Münchner Bürgerinnen- und Bürgerbefragung 2010. Soziale Entwicklung und Lebenssituation der Münchner Bürgerinnen und Bürger.

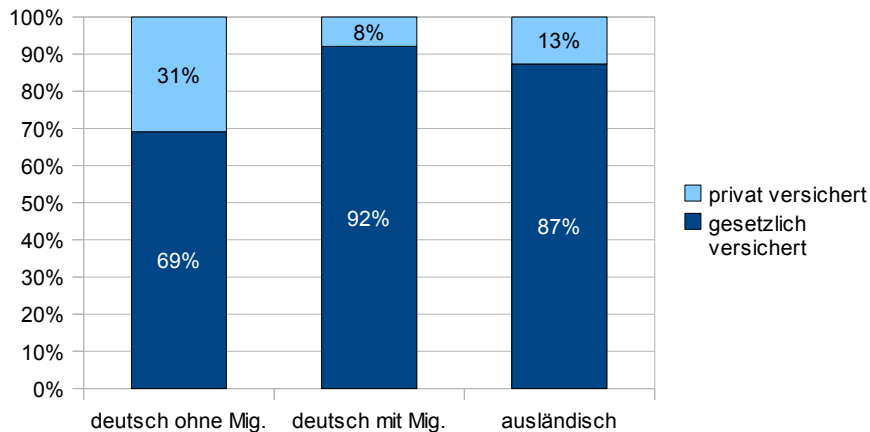
395 Sonderauswertung der Bürgerbefragung 2010 durch S-Z-SP

396 Für die Berechnung möglicher signifikanter Unterschiede wurden die Personen ohne Krankenversicherung – aufgrund zu geringer Fallzahlen - aus der Analyse ausgeschlossen und alle privat Versicherten in einer Gruppe zusammengefasst. Insgesamt waren in der Stichprobe nur 0,2%, d.h. 6 Personen enthalten, die angeben, nicht krankenversichert zu sein.

397 Geschlecht n=2.698, p<.001

Gruppen (8% der Deutschen mit Migrationshintergrund und 13% der Ausländerinnen und Ausländer).

Abb. 143: Krankenversicherungsschutz nach Migrationshintergrund
in Prozent

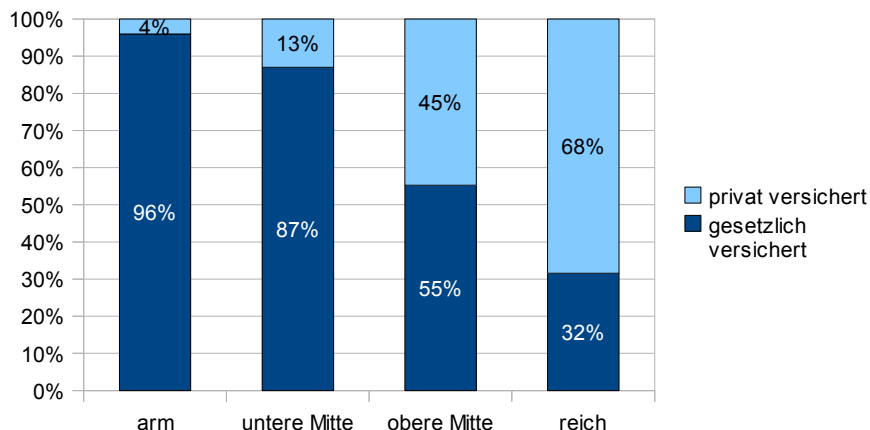


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.566, p<.001

- Einkommensgruppen

Einen starken Zusammenhang gibt es erwartungsgemäß bezüglich der Einkommenssituation der befragten Personen, wonach Personen in armen Haushalten fast immer (96%) gesetzlich versichert, während Personen aus reichen Haushalten mehrheitlich (68%) privat versichert sind.

Abb. 144: Krankenversicherungsschutz nach Einkommensgruppen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.300, p<.001

- Bildungsstatus³⁹⁸

Entsprechend den Unterschieden zwischen den Einkommensgruppen zeigt sich auch im Hinblick auf die Bildungsabschlüsse eine ähnliche Tendenz. 48% der Befragten mit Hochschulabschluss sind privat versichert, gegenüber 28% der Personen mit Abitur/Fachhochschulreife, 23% der Personen mit mittlerer Reife/Fachschulreife und 12% der Befragten mit Volks-/Hauptschule/kein Abschluss/sonst. Abschluss.

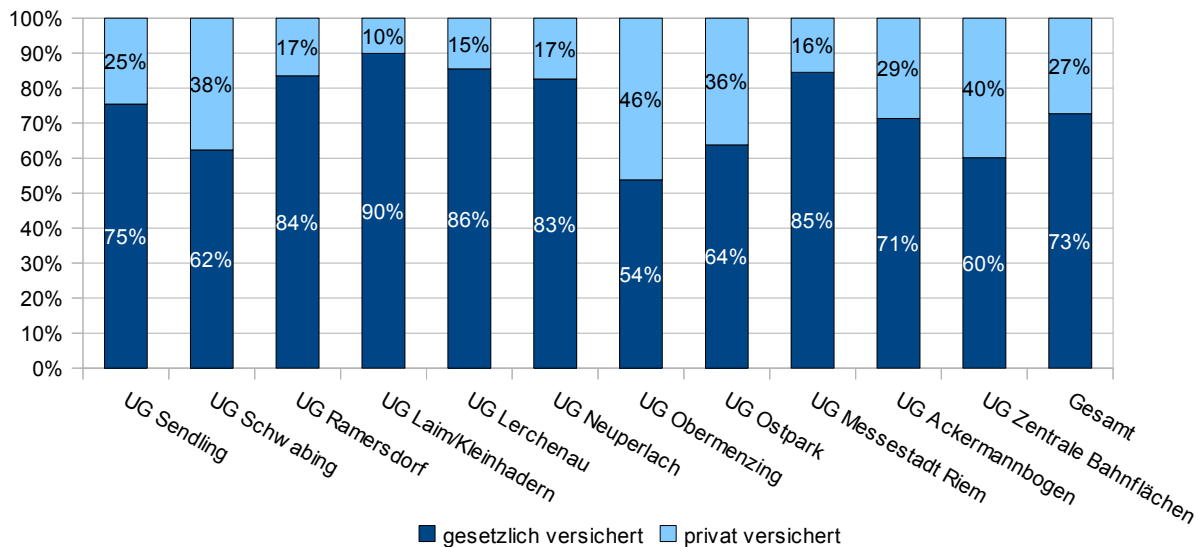
398 Bildungsstatus n=2.618, p<.001

- Untersuchungsgebiete

Es existieren deutliche Unterschiede in den einzelnen Untersuchungsgebieten, was die Art des Krankenversicherungsschutzes betrifft. Generell folgt die Verteilung des Krankenversicherungsschutzes den bekannten sozialen Unterschieden in den elf Untersuchungsgebieten. Wie bei vielen Auswertungen ist hier erneut die Messestadt Riem auffällig, die innerhalb der Neubaugebiete den höchsten Anteil an gesetzlich Versicherten aufweist.

Abb. 145: Krankenversicherungsschutz nach Untersuchungsgebieten

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.715, p<.001

„Die Landeshauptstadt München sichert einen zukunftsfähigen Öffentlichen Gesundheitsdienst.“

Leitlinie Gesundheit

➔ Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst kommt grundsätzlich eine wichtige Rolle bei der Versorgung von Personen zu, die nur unzureichenden Zugang zum Gesundheitssystem haben (Stichwort 'Daseinsvorsorge'). Zwar gibt es in der hier untersuchten Stichprobe nur wenig Personen ohne Krankenversicherungsschutz, was vor allem der Stichprobenziehung über das Einwohnermeldeamt geschuldet ist, da Personen ohne Krankenversicherungsschutz häufig keinen Wohnsitz haben. Unabhängig davon aber hat die Kommune und der Öffentliche Gesundheitsdienst hier eine wichtige Aufgabe, auch für diese Personengruppen eine medizinische Versorgung zu ermöglichen.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Spezielle Zielgruppen)

8.3 Beurteilung der Angebotsstruktur für ältere Menschen

Viele der bestehenden, speziellen Beratungsangebote für ältere Menschen, aber auch generationenübergreifende Angebote wie die Sozialbürgerhäuser oder die Nachbarschaftstreffs, bieten vielfältige Angebote der Gesundheitsförderung an (z.B. Bewegungsangebote, Informationsangebote). Sie bieten zudem Raum für Selbsthilfegruppen (z.B. von pflegenden Angehörigen, Menschen mit Depressionen) oder tragen mit ihren Angeboten im Bereich der Begegnung und des bürgerschaftlichen Engagements zum psychischen Wohlbefinden älterer Menschen bei.

So beschreibt beispielsweise das Sozialreferat vier Hauptziele der Arbeit in den Alten- und Service-Zentren, die alle – einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff folgend – deutlichen oder mindestens impliziten Gesundheitsbezug aufweisen: Stärkung und Erhalt der Selbständigkeit, Unterstützung beim Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung, Stärkung und Erhalt der psychischen und physischen Gesundheit, Vermeidung von Vereinsamung, Isolation und Ausgrenzung³⁹⁹.

399 <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/ASZ.html> [10.10.2014]

Prävention, mit dem Ziel der Erhaltung von Selbständigkeit und Lebensqualität älterer Menschen ist zudem eines von sechs Handlungsfeldern des aktuellen Seniorenpolitischen Konzepts des Sozialreferats⁴⁰⁰.

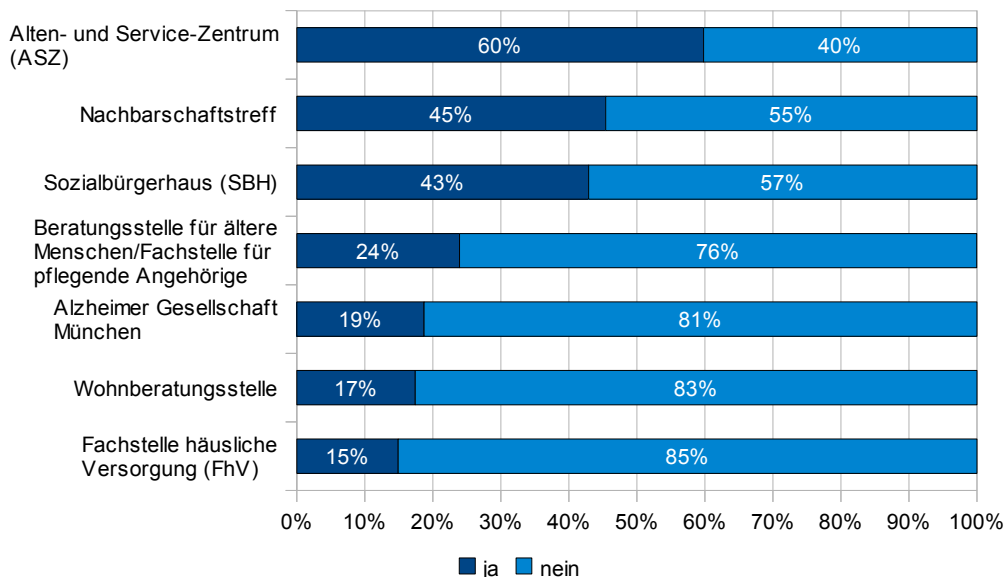
Mit Hilfe mehrerer Fragestellungen wurden Informationen darüber eingeholt, wie die befragten (zukünftigen) Seniorinnen und Senioren die Angebotsstruktur (v.a. im Bereich Beratung) für ältere Menschen in der LH München beurteilen.

8.3.1 Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen

Die Kenntnis von speziellen Angeboten für ältere Menschen ist eine, wenngleich nicht ausreichende Voraussetzung, damit die Angebote auch genutzt werden können. Darüber hinaus ist es von Bedeutung, wie die Angebotsstruktur für ältere Menschen in München grundsätzlich beurteilt wird.

Die Alten- und Service-Zentren sind etwa 60% der Befragten bekannt, gefolgt von den Nachbarschaftstreffs (45%) und den Sozialbürgerhäusern (43%)⁴⁰¹. Die Beratungsstellen für ältere Menschen/Fachstellen für pflegende Angehörige, die Alzheimer Gesellschaft München, die Wohnberatungsstelle und die Fachstellen für häusliche Versorgung kennen deutlich weniger. Bei diesen Einrichtungen handelt es sich jedoch um sehr spezifische Anlaufstellen, die jeweils nur in speziellen Lebenslagen oder mit sehr konkreten Anliegen aufgesucht werden.

Abb. 146: Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n jeweils zwischen 2.395 und 2.523

- **Altersgruppen**

Bei einigen der aufgeführten Angebote handelt es sich explizit um Angebote, die sich speziell oder vorrangig an ältere Menschen werden, andere sind für diese Zielgruppe zumindest offen.

Die Unterschiede in der Kenntnis zwischen den Altersgruppen sind teilweise vorhanden, teilweise gibt es jedoch keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Signifikant sind die Unterschiede für die folgenden Angebotsarten: Sozialbürgerhaus, Alzheimer Gesellschaft und Nachbarschaftstreff.

Interessanterweise ist es jeweils die jüngere Altersgruppe, die diese Einrichtungen häufiger kennt.

400 Sozialreferat (2012): Seniorenpolitisches Konzept des Sozialreferats 2011. Situation und Perspektive der Altenhilfe in München II. Beschluss des Sozialausschusses vom 12.01.2012 (Vorlage Nr. 08-14 / V 07945)

401 Frage: Wenn Sie Hilfe brauchen, gibt es viele Beratungs- und Begegnungsangebote auch für Ältere: Kennen Sie die zuständigen Stellen und haben Sie diese vielleicht schon genutzt?

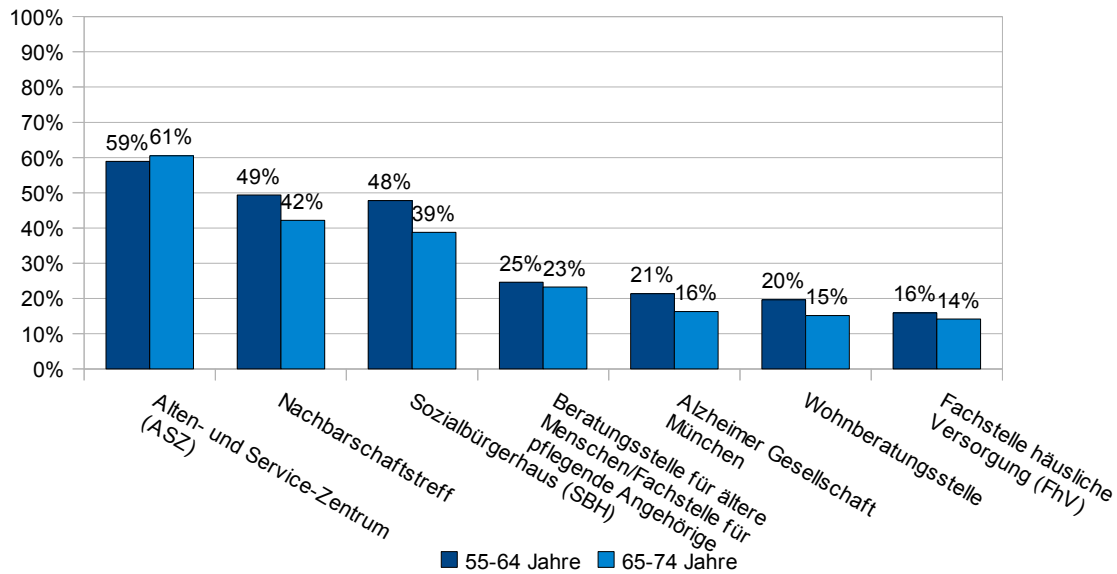
Antwortkategorien: kenne ich: ja – nein

habe ich schon genutzt: ja, in den letzten 12 Monaten – ja, früher mal – nein, noch nie

Abb. 147: Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen nach Altersgruppen

in Prozent

Personen, die 'ja' angekreuzt haben



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 ASZ n=2.493, nicht sig., Nachbarschaftstreff n=2.411, p<.001, SBH n=2.413, p<.001, Beratungsstelle für ältere Menschen/Fachstellen für pflegende Angehörige n=2.374, nicht sig., Alzheimer Gesellschaft München n=2.369, p<.001, Wohnberatungsstelle n=2.374, nicht sig., Fachstelle häusliche Versorgung n=2.377, nicht sig.

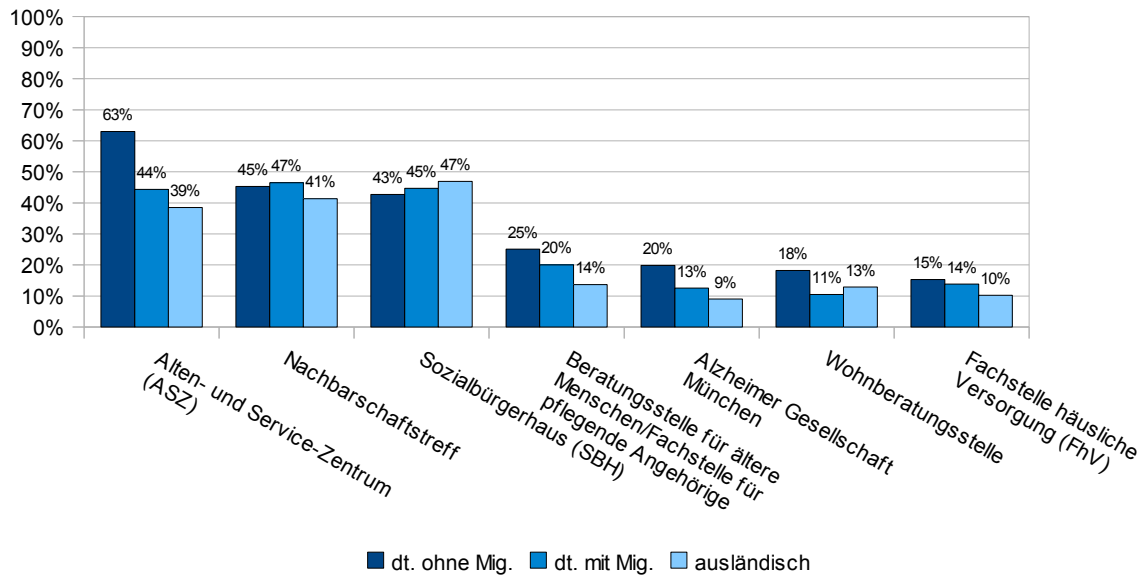
- **Migrationshintergrund**

Nach Migrationshintergrund analysiert, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Kenntnis von Sozialbürgerhäusern, Fachstellen für häusliche Versorgung und Nachbarschaftstreffs. Dagegen gibt es signifikante Unterschiede bei den Alten- und Service-Zentren, der Alzheimer Gesellschaft, den Beratungsstellen für ältere Menschen/Fachstellen für pflegende Angehörige und der Wohnberatungsstelle. Und zwar jeweils in die Richtung, dass Deutsche mit Migrationshintergrund oder Ausländerinnen und Ausländer die Angebote weniger häufig kennen.

Als Beispiel seien die Alten- und Service-Zentren als sozialräumlich stark differenziertes Angebot für ältere Menschen genannt. Während 63% der Deutschen ohne Migrationshintergrund diese kennen, sind es mit 44% bei Deutschen mit Migrationshintergrund und 39% bei Ausländerinnen und Ausländer in diesen beiden Gruppen deutlich weniger.

Abb. 148: Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen nach Migrationshintergrund
in Prozent

Personen, die 'ja' angekreuzt haben



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
ASZ n=2.387, p<.001, Nachbarschaftstreff n=2.305, nicht sig., SBH n= 2.309, nicht sig., Beratungsstelle für ältere Menschen/Fachstellen für pflegende Angehörige n=2.273, p<.01, Alzheimer Gesellschaft München n=2.271, p<.001, Wohnberatungsstelle n=2.277, p<.05, Fachstelle häusliche Versorgung n=2.279, nicht sig.

- Einkommensgruppen

Nach Einkommensgruppen differenziert zeigen sich je nach Angebotsart deutliche Unterschiede. Für die Wohnberatungsstelle und die Fachstelle häusliche Versorgung ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen.

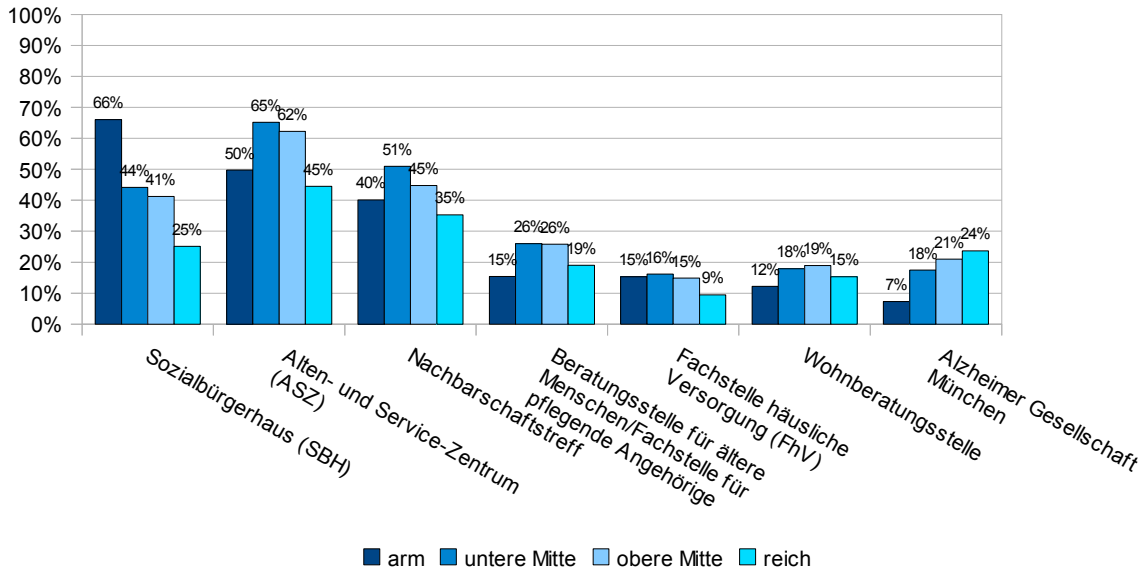
Signifikante Unterschiede gibt es bei den Sozialbürgerhäusern, Alten -und Service Zentren, den Nachbarschaftstreffs und den Beratungsstellen für ältere Menschen/Fachstellen pflegende Angehörige und der Alzheimer Gesellschaft München.

Die Sozialbürgerhäuser sind – aus nachvollziehbaren Gründen – häufiger bekannt bei Personen aus armen Haushalten und Haushalten der unteren Mitte. Die Alten- und Service-Zentren, die Nachbarschaftstreffs, die Beratungsstellen für ältere Menschen/Fachstellen für pflegende Angehörige und die Alzheimer Gesellschaft hingegen sind eher bei Personen aus den Haushalten der unteren und oberen Mitte und im Falle der Alzheimer Gesellschaft auch besonders bei den reichen Haushalten bekannt.

Abb. 149: Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen nach Einkommensgruppen

in Prozent

Personen, die 'ja' angekreuzt haben



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 SBH n=2.093, p<.001, ASZ n=2.155, p<.001, Nachbarschaftstreff n=2.094, p<.001, Beratungsstellen für ältere Menschen/Fachstellen für pflegende Angehörige n=2.068, p<.01, Fachstelle häusliche Versorgung n=2.068, nicht sig., Wohnberatungsstelle n=2.062, nicht sig., Alzheimer Gesellschaft München n=2.062, p<.001

• Untersuchungsgebiete

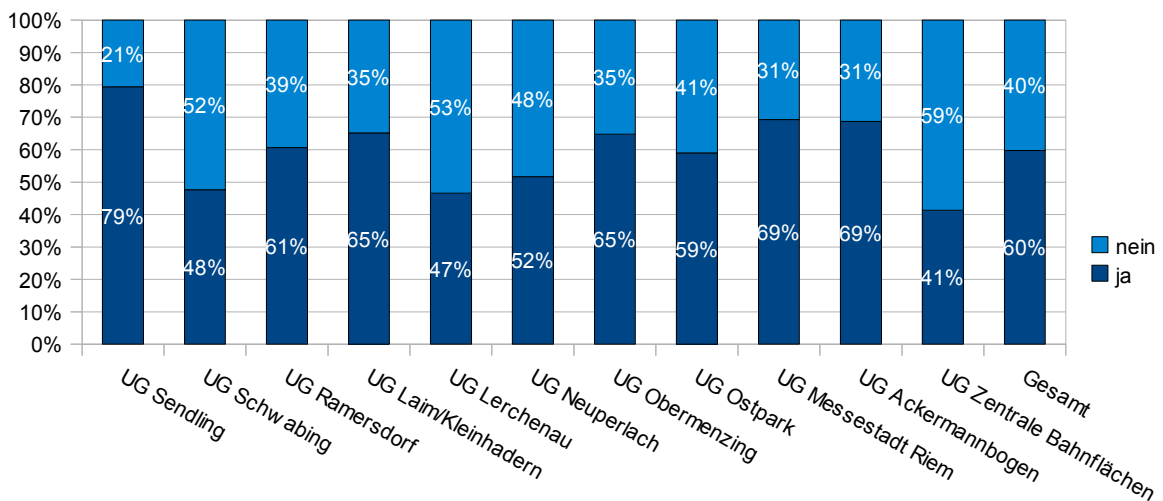
Teilweise gibt es deutliche Unterschiede in der Kenntnis der Angebote in den Untersuchungsgebieten.

Beispielhaft seien hier lediglich die Alten- und Service-Zentren dargestellt. Während im Untersuchungsgebiet Sendling 79% der Befragten die Alten- und Service-Zentren kennen, sind es in den Zentralen Bahnflächen 41% der befragten Bürgerinnen und Bürger.

Die Kenntnis der Alten- und Service-Zentren in den kleinräumigen Untersuchungsgebieten ist sicherlich im Kontext der örtlichen Angebotsstruktur zu sehen. So gibt es beispielsweise im Untersuchungsgebiet Sendling ein seit vielen Jahren ansässiges Alten- und Service-Zentrum, dagegen gibt es dieses Angebot nicht im Untersuchungsgebiet Zentrale Bahnflächen.

Abb. 150: Kenntnis der Alten- und Service-Zentren nach Untersuchungsgebieten

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 n=2.523, p<.001

➔ Sowohl aus sozialräumlicher als auch zielgruppenspezifischer Perspektive gibt es durchaus noch Informationsbedarf über die vorhandenen Angebote für ältere Menschen.

Die Ergebnisse zeigen, dass weiterhin zielgruppenspezifische Informationswege (→ Kap. 8.5) entwickelt werden müssen, um beispielsweise Migrantinnen und Migranten besser zu erreichen. Darüber hinaus liefern die Ergebnisse wichtige Anhaltspunkte für einzelne Quartiere, in denen der Bekanntheitsgrad bestimmter Einrichtungen noch verbessert werden kann.

Und schließlich erscheint es sinnvoll, bestimmte Angebote, deren Kenntnis in Zusammenhang mit der Einkommensgruppe steht, gezielter bekannt zu machen, z.B. die Nachbarschaftstreffe und die Alzheimer Gesellschaft verstärkt bei Personen aus armen Haushalten.

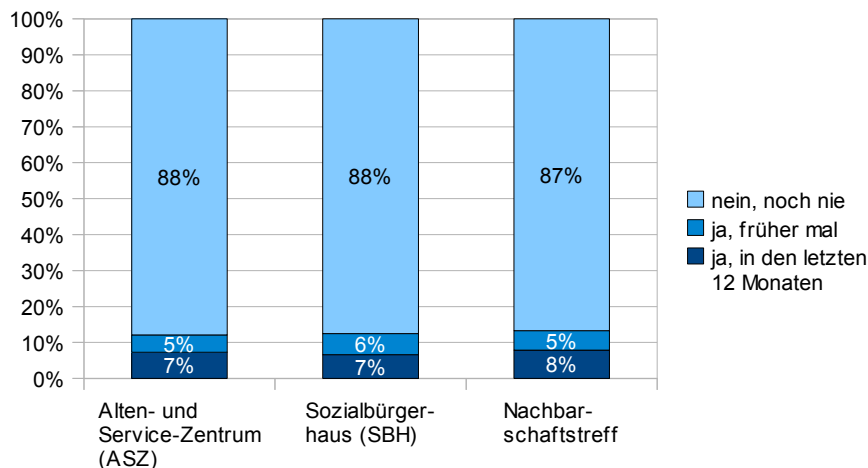
(HF Spezielle Zielgruppen, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

8.3.2 Nutzung von Angeboten für ältere Menschen

Neben der Kenntnis der Angebote wurde auch deren Nutzung erhoben⁴⁰². Da in der gesamten Stichprobe nur ein sehr geringer Anteil (2%) der befragten Personen selbst aktuell pflegebedürftig ist und lediglich weitere 4% derzeit als Hauptpflegeperson für eine andere Person fungieren, ist es nicht verwunderlich, dass manche der aufgeführten Angebote für ältere Menschen nur selten genutzt werden. Die Fachstellen häusliche Versorgung, die Beratungsstellen für ältere Menschen/Fachstellen für pflegende Angehörige, die Alzheimer Gesellschaft München und die Wohnberatungsstelle werden derzeit jeweils von 1% bis 2% der Befragten genutzt. Es handelt sich dabei jedoch um sehr spezifische Beratungsstellen, die sich an Menschen in speziellen Lebenslagen wenden.

Überraschender ist eventuell das Ergebnis, dass auch die Alten- und Service-Zentren in den letzten Monaten lediglich von insgesamt etwa 7% der in dieser Studie Befragten genutzt wurden. Ähnliche Nutzungshäufigkeiten gelten für die Sozialbürgerhäuser (7%) oder die Nachbarschaftstreffe (8%). Wobei die Sozialbürgerhäuser zu den Stellen zu zählen sind, die in der Regel nur bei speziellen Lebenslagen, insbesondere finanziellen Notlagen, aufgesucht werden. Die Alten- und Service-Zentren und die Nachbarschaftstreffe hingegen sind offene Angebote, die vor allem Möglichkeiten zur Begegnung, Beratung und zum ehrenamtlichen Engagement bieten.

Abb. 151: Nutzung von Angeboten für ältere Menschen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
ASZ n=2.006, SBH n=1.910, Nachbarschaftstreff n=1.942

Wenn ausschließlich die Gruppe derjenigen betrachtet wird, die angibt, das jeweilige Angebot zu kennen, liegt die Nutzungshäufigkeit in den letzten 12 Monaten etwas höher: Für die Alten- und Service-Zentren bei 11%, die Sozialbürgerhäuser bei 14% und die Nachbarschaftstreffe bei 15%⁴⁰³.

402 Frage: Wenn Sie Hilfe brauchen, gibt es viele Beratungs- und Begegnungsangebote auch für Ältere: Kennen Sie die zuständigen Stellen und haben Sie diese vielleicht schon genutzt?

Antwortkategorien: kenne ich: ja – nein

habe ich schon genutzt: ja, in den letzten 12 Monaten – ja, früher mal – nein, noch nie

403 ASZ n=1.319, SBH n=903, Nachbarschaftstreff n=953

Signifikante Unterschiede ergeben sich nach den Variablen Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Untersuchungsgebieten sowie für Alleinlebende und nach subjektivem Gesundheitszustand.

- Geschlecht⁴⁰⁴

Frauen nutzen die Alten- und Service-Zentren häufiger (10% 'in den letzten 12 Monaten') als Männer (4%). Frauen besuchen ebenfalls öfter einen Nachbarschaftstreff (9% 'in den letzten 12 Monaten' versus 6% der Männer). Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich bei der Nutzung der Sozialbürgerhäuser nach Geschlecht.

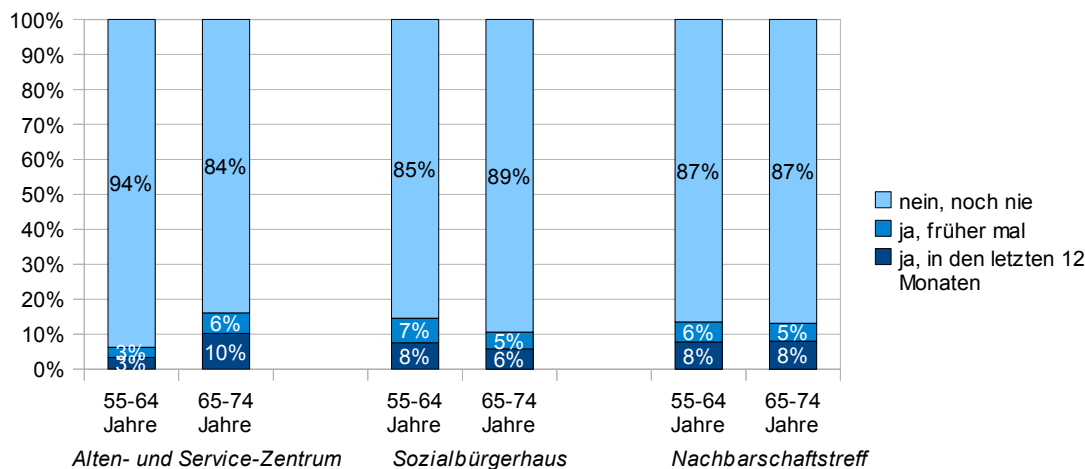
- Altersgruppen

Die Alten- und Service-Zentren sind für die ältere Altersgruppe attraktiver. 10% der älteren Gruppe versus 3% der jüngeren Altersgruppe haben die Alten- und Service-Zentren in den letzten 12 Monaten genutzt. Dagegen nutzen die Jüngeren etwas häufiger (8%) die Sozialbürgerhäuser als die Älteren (6%). Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen gibt es hinsichtlich der Nutzung der Nachbarschaftstreffs (jeweils 8%).

Im Vergleich der beiden 'offenen' Angebote Alten- und Service-Zentren und Nachbarschaftstreffs und einer differenzierten Betrachtung der beiden Altersgruppen, zeigt sich – bei insgesamt geringer Nutzung für beide Angebote – jedoch eine deutliche Tendenz, wonach die jüngere Gruppe eher Nachbarschaftstreffs nutzt (8% der Jüngeren haben in den letzten 12 Monaten einen Nachbarschaftstreff genutzt, dagegen haben nur 3% der Jüngeren ein Alten- und Service-Zentrum besucht) und die ältere Gruppe etwas häufiger ein Alten- und Service-Zentrum besucht (10% der Älteren haben ein solches in den letzten 12 Monaten genutzt während 8% der Älteren einen Nachbarschaftstreff besucht haben).

Abb. 152: Nutzung von Angeboten für ältere Menschen nach Altersgruppen

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13 ASZ n=1.984, p<.001; SBH n=1.893, p<.05, Nachbarschaftstreff n=1.922, nicht sig.

- Migrationshintergrund⁴⁰⁵

Nach Migrationshintergrund gibt es keine signifikanten Unterschiede in der Nutzung der Alten- und Service-Zentren und der Nachbarschaftstreffs. Dagegen zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Nutzung der Sozialbürgerhäuser.

19% der Ausländerinnen und Ausländer haben in den letzten 12 Monaten ein Sozialbürgerhaus aufgesucht und 14% der Deutschen mit Migrationshintergrund gegenüber 5% der Deutschen ohne Migrationshintergrund. Dieses Ergebnis ist wahrscheinlich größtenteils auf die unterschiedliche soziale Lage zurückzuführen.

404 Geschlecht ASZ n=1.993, p<.001; SBH n=1.897, nicht sig.; Nachbarschaftstreff n=1.929, p<.001

405 Migrationshintergrund ASZ n=1.905, nicht sig.; SBH n=1.817, p<.001; Nachbarschaftstreff n=1.843, nicht sig.

- Einkommensgruppen⁴⁰⁶

Zwar weisen die Ergebnisse bei den Alten- und Service-Zentren in die Richtung, wonach diese von Personen aus armen Haushalten geringfügig häufiger genutzt werden, sie sind aber nicht signifikant⁴⁰⁷. Ebenfalls nicht signifikant sind die Ergebnisse für die Nachbarschaftstreffe, erwartungsgemäß jedoch für die Nutzung der Sozialbürgerhäuser. 36% der Personen aus armen Haushalten haben in den letzten 12 Monaten ein Sozialbürgerhaus aufgesucht, gegenüber 4% der unteren Mitte und noch geringeren Anteilen bei den beiden Einkommensgruppen darüber.

- Alleinlebende⁴⁰⁸

Alleinlebende nutzen die Alten- und Service-Zentren häufiger (11% 'in den letzten 12 Monaten') als Nicht-Alleinlebende (5%). Ähnliches gilt für die Sozialbürgerhäuser (10% versus 4%) und die Nachbarschaftstreffe (10% versus 6% der Nicht-Alleinlebenden).

- Untersuchungsgebiete⁴⁰⁹

In den untersuchten Gebieten zeigen sich deutliche Unterschiede in der Nutzung der drei Angebotsformen, was vermutlich teilweise auf das Vorhandensein bzw. auf die konkrete Entfernung zu den jeweiligen Angeboten zurückzuführen ist. Die Alten- und Service-Zentren werden am häufigsten ('in den letzten 12 Monaten') von Befragten aus der Messestadt Riem (17%), dem Ackermannbogen (11%) und Obermenzing (10%) genutzt. Die Sozialbürgerhäuser werden besonders häufig in Laim/Kleinhadern (19%) und in der Messestadt Riem (17%) aufgesucht. Die Nachbarschaftstreffe finden besonders hohen Zulauf am Ackermannbogen (37%), den Zentralen Bahnflächen (14%) und der Messestadt Riem (12%), d.h. in den Neubaugebieten, in denen Nachbarschaftstreffe üblicherweise als Standardangebot installiert und eingerichtet werden.

- subjektiver Gesundheitszustand⁴¹⁰

Differenziert nach dem subjektiven Gesundheitszustand der Befragten, der hier wegen der teilweise geringen Fallzahlen in drei Stufen zusammengefasst wurde ('schlecht'/'weniger gut' – 'gut' – 'sehr gut'/'ausgezeichnet'), zeigen sich für die Alten- und Service-Zentren und die Sozialbürgerhäuser signifikante Unterschiede, wonach jeweils Personen mit 'schlechtem'/'weniger gutem' Gesundheitszustand etwas häufiger erreicht werden als Personen mit 'sehr gutem'/'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand. Bei den Nachbarschaftstreffe zeigen sich keine Unterschiede.

„Die Landeshauptstadt München bietet selbst und in Kooperation mit freien Trägern und Initiativen ein breites Spektrum an Informationen, Beratungen, Sport- und Bewegungsprogrammen, Gesundheitschecks u.a.m. an, die allen Menschen in München offen stehen. Wo möglich, werden diese wohnortnah in Schulen, Mütter-, Stadtteil- sowie Alten- und Service-Zentren zur Verfügung gestellt.“

Leitlinie Gesundheit



Vor allem die Alten- und Service-Zentren und die Nachbarschaftstreffe sind stark dezentral ausgerichtet und in vergleichsweise hoher Anzahl weitläufig über das gesamte Stadtgebiet verteilt. Sie sprechen aufgrund ihrer konzeptionellen Ausrichtung teilweise unterschiedliche Zielgruppen älterer Menschen an. Die Nachbarschaftstreffe haben eine stark generationenübergreifende Ausrichtung, die Alten- und Service-Zentren sind altershomogener ausgerichtet. In beiden Einrichtungen werden vielfältige Angebote, z.B. Beratung, Bewegung und Teilhabe, vorgehalten. Sie tragen damit zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung der Münchnerinnen und Münchner bei. Als kommunal geförderte wohnortnahe Angebote sind sie deshalb wichtige Einrichtungen, wenn es darum geht, den in der Leitlinie Gesundheit benannten Ausbau präventiver Angebote für ältere Menschen voranzubringen, der vorrangig an den vorhandenen, dezentralen Strukturen ansetzen soll.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Nachbarschaft)

406 Einkommensgruppen ASZ n=1.731, nicht sig.; SBH n=1.656, p<.001; Nachbarschaftstreffe n=1.681, nicht sig.

407 Die Unterschiede sind nur dann signifikant, wenn für die Nutzungsvariable ein ordinales Skalenniveau angenommen wird. Dennoch sind die Unterschiede in der konkreten Ausprägung gering. vgl. Endbericht der Studie 'Älter werden in München'. www.mu- enchen.de/aelterwerden

408 Alleinlebende ASZ n=1.979, p<.001; SBH n=1.885, p<.001; Nachbarschaftstreffe n=1.919, p<.01

409 Untersuchungsgebiete ASZ n=2.006, p<.001; SBH n=1.910, p<.001; Nachbarschaftstreffe n=1.942, p<.001

410 subjektiver Gesundheitszustand ASZ n=1.964, p<.001; SBH n=1.871, p<.001; Nachbarschaftstreffe n=1.904, nicht sig.

„Die Regionalisierung sozialer Arbeit und die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung sollen mit den bestehenden Einrichtungen sowie notwendigen ergänzenden Projekten im Sinne einer integrierten Stadtteilentwicklung bürgernah weiterentwickelt werden. Hierbei sind wie auch bei der Förderung der Potenziale der Selbsthilfe, der sozialen Netzwerke und bestehenden Einrichtungen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit zu beachten.“
Strategische Leitlinie
'Stadtteile durch Stadtentwicklung stärken'

➔ Die Anbindung gesundheitsförderlicher Angebote an bestehende, wohnortnahe Einrichtungen ist nicht nur deshalb geboten, weil dadurch (teure) Doppelstrukturen vermieden werden. Wohnortnahe Angebote sind für ältere Menschen auch eine wichtige Voraussetzung für die Erreichbarkeit. Gesundheitsförderliche Maßnahmen finden dann nicht in Sondereinrichtungen statt, sondern an den 'normalen' (inkluisiven) Treffpunkten älterer Menschen in ihrem Sozialraum. Aufgrund des an anderer Stelle ausgeführten stark ausgeprägten Wunsches zukünftig älterer Menschen verstärkt generationenübergreifende Angebote (→ Kap. 8.3.7) wahrnehmen zu wollen, sollte überlegt werden, wie gesundheitsbezogene Angebote beispielsweise an Nachbarschaftstreffs ausgebaut werden könnten.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➔ Die Nachbarschaftstreffs werden besonders häufig in hier untersuchten Neubaugebieten genutzt. Das könnte zumindest teilweise an den Förderbedingungen liegen, wonach bei Neubaugebieten grundsätzlich eine Bedarfsprüfung stattfindet und in der Regel Nachbarschaftstreffs eingerichtet werden. Da die Nachbarschaftstreffs insbesondere für Männer und Alleinlebende vergleichsweise attraktiv sind, sollte auch in Bestandsgebieten ein stärkerer Ausbau ermöglicht werden.
(HF Nachbarschaft, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

8.3.3 Generelle Beurteilung der Angebotsstruktur

Wenngleich in der Studie 'Älter werden in München' keine expliziten Fragestellungen zur geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Angebotsstruktur für ältere Menschen enthalten sind, wurde im Rahmen der Studie jedoch eine allgemeine Einschätzung der Beratungs- und Angebotsstruktur für ältere Menschen von den Befragten erbeten⁴¹¹.

Ein großer Teil der Befragten (68%) hält das Angebot für ältere Menschen in München für ausreichend ('trifft voll/'eher zu'). Allerdings geben ebenfalls 68% an, es fehle insgesamt an Unterstützungsmöglichkeiten für ältere Menschen ('trifft voll/'eher zu')⁴¹².

Diese Diskrepanz in den Aussagen kann nicht vollends geklärt werden. Mehrere Erklärungsmöglichkeiten kommen in Frage. Besonders plausibel erscheint, dass es sich um einen methodischen Effekt handelt. Es könnte sein, dass die Reihenfolge der Items im Fragebogen Auswirkungen hatte. Das Item 'Es gibt ausreichend Angebote für ältere Menschen' stand an erster Stelle bei dieser Frage, das Item 'Es fehlt insgesamt an Unterstützungsmöglichkeiten für ältere Menschen' an vorletzter Stelle. Folglich könnte die erste Einschätzung der Befragten noch von einem überwiegenden Gefühl einer ausreichenden Angebotsstruktur geprägt gewesen sein. Nachdem sie sich jedoch eingehender mit möglichen Angebotslücken für spezifische Zielgruppen befasst hatten, könnte sich die individuelle Gesamteinschätzung durchaus verändert haben.

Es wäre auch denkbar, dass die Frage nach fehlenden Unterstützungsmöglichkeiten – aus Sicht von Bürgerinnen und Bürgern – vielleicht tendenziell eher zustimmend beantwortet wird, da Be-

411 Frage: Wenn Sie ganz generell über die Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen nachdenken – wie schätzen Sie das Angebot ein?

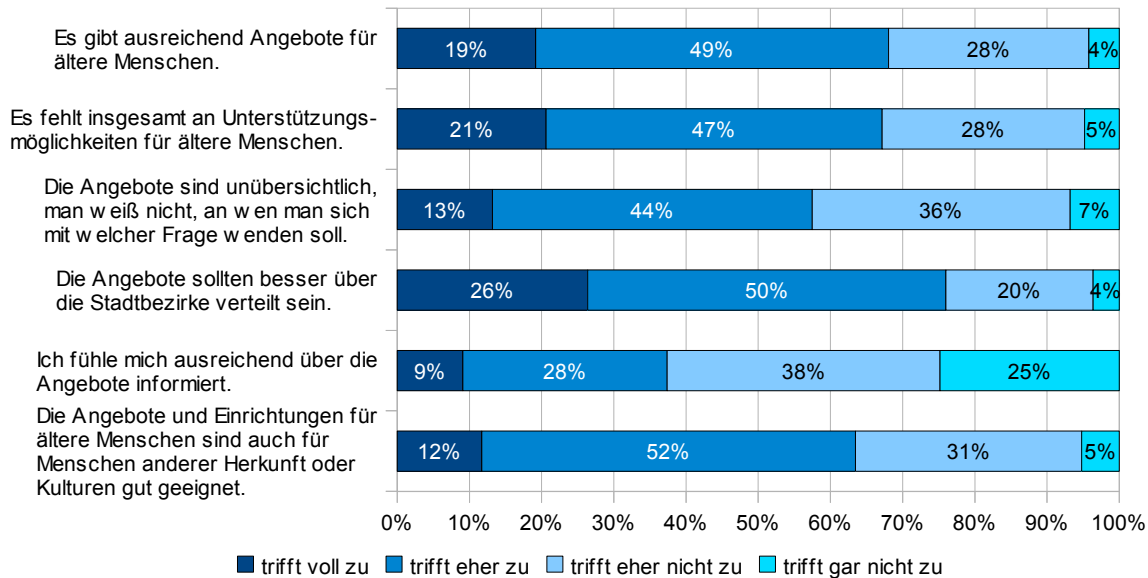
Antwortvorgaben: Es gibt ausreichend Angebote für ältere Menschen. - Die Angebote sind unübersichtlich, man weiß nicht, an wen man sich mit welcher Frage wenden soll. - Die Angebote und Einrichtungen für ältere Menschen sind auch für Menschen anderer Herkunft und Kulturen gut geeignet. - Die Angebote sollten besser über die Stadtbezirke verteilt sein. - Es fehlt insgesamt an Unterstützungsmöglichkeiten für ältere Menschen. - Ich fühle mich ausreichend über die Angebote informiert. - Es fehlen spezielle Angebote für ältere Menschen anderer Herkunft/Kulturen. - Es fehlen Angebote für ältere Menschen mit Behinderungen. - Es fehlen Angebote für Menschen mit Demenz. - Es fehlt an Alternativen zu Pflegeheimen (z.B. Pflegewohngemeinschaften).
Antwortkategorien: trifft voll zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu – weiß nicht
Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

412 Noch differenzierter analysiert bedeutet das: 14% der Personen, die das Angebot als ausreichend ('trifft voll zu') erachten, sind davon überzeugt ('trifft voll zu'), dass es dennoch an Unterstützungsmöglichkeiten fehlt.

fragte in der Regel nicht dazu beitragen möchten, dass die Stadt ihre Anstrengungen und Aufwendungen in diesen Bereichen zurückfährt oder einstellt. Auch sind beide Fragen sehr global formuliert und damit schwieriger zu beurteilen als konkrete Angebotslücken für verschiedene Zielgruppen. Und schließlich ist das erste Item breiter formuliert ('Angebote'), während das andere Item ('Unterstützungsmöglichkeiten') stärker mit Blick auf bedürftige Zielgruppen formuliert ist.

Unabhängig von diesen Globalbeurteilungen, geben 57% an, dass sie das Angebot als unübersichtlich empfinden und man nicht wisse, an wen man sich mit welcher Frage wenden könne. Und 76% sind der Auffassung, dass die Angebote besser über die Stadtbezirke verteilt sein sollten ('trifft voll zu'/'trifft eher zu'). Weitere 63% fühlen sich nicht ausreichend informiert über die Angebote ('trifft eher nicht zu'/'trifft gar nicht zu').

Abb. 153: Beurteilung der Angebotsstruktur für ältere Menschen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n zwischen 975 und 1.779

Im Folgenden werden nur besonders interessante Differenzierungen dargestellt⁴¹³.

Die älteren Befragten erachten das Angebot häufiger als ausreichend. Sie unterscheiden sich in ihrem Urteil von der jüngeren Altersgruppe jedoch nicht bei der Fragestellung nach fehlenden Unterstützungsangeboten.

Dass insgesamt Unterstützungsangebote fehlen, wird von Personen aus armen Haushalten und von Personen mit schlechterem subjektiven Gesundheitszustand häufiger als zutreffend erachtet. Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand geben deutlich häufiger an, dass die Angebote unübersichtlich sind und man nicht wisse, an wen man sich wenden soll, als Personen mit besserem Gesundheitszustand.

Besonders Personen aus armen Haushalten geben häufiger an, dass die Angebote besser über die Stadtbezirke verteilt sein sollten. Noch viel stärker gilt dies für Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand. 70% dieser Gruppe stimmen hier zu ('trifft voll zu') gegenüber 22% der Personen mit 'sehr gutem' bzw. 10% der Personen mit 'ausgezeichnetem' Gesundheitszustand. Teilweise kann dies vermutlich auf die mit einem schlechteren Gesundheitszustand häufig verbundene eingeschränkte Mobilität zurückgeführt werden. Interessanterweise gibt es bei diesem Item keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Ausländerinnen und Ausländer und Deutsche mit Migrationshintergrund fühlen sich häufiger nicht ausreichend informiert.

413 Die Ergebnisse sind jeweils statistisch signifikant mit einem Signifikanzwert von mindestens $p < .01$.

8.3.4 Fehlende Angebote für ältere Menschen

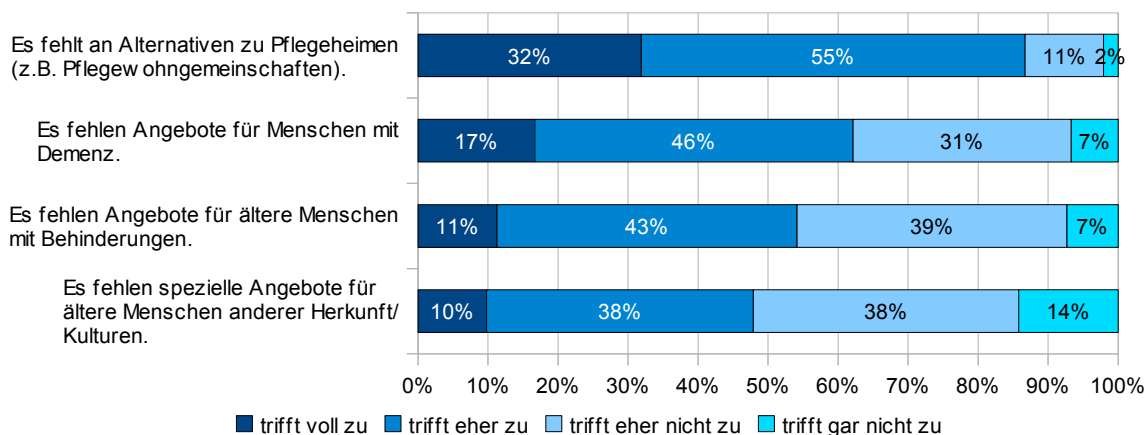
Konkreter nach fehlenden Angeboten befragt, vermissen 87% der Befragten (jeweils 'trifft voll/eher zu') Alternativen zu Pflegeheimen (z.B. Pflegewohngemeinschaften), 63% sind der Auffassung, dass Angebote für Menschen mit Demenz fehlen, 54% sind dieser Einschätzung hinsichtlich der Zielgruppe älterer Menschen mit Behinderungen und 48% geben an, dass Angebote für ältere Menschen anderer Herkunft fehlen.

An dieser Stelle kann nur auf einige wenige inhaltlich besonders interessante Differenzierungen eingegangen werden⁴¹⁴.

Dass Alternativen zu Pflegeheimen fehlen, wird von Personen mit 'schlechtem' Gesundheitszustand häufiger zustimmend beantwortet. Gleiches gilt für Alleinlebende, Frauen und die jüngere Altersgruppe.

Ausländerinnen und Ausländer sind häufiger als Deutsche mit und ohne Migrationshintergrund der Meinung, dass Angebote für Menschen anderer Herkunft fehlen.

Abb. 154: Fehlende Angebote für ältere Menschen in der LH München
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n zwischen 788 und 1.263

Weitere, offen erfragte Bedarfe

In einer offenen Frage hatten die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer die Gelegenheit, selbst weitere konkrete Bedarfe im Bereich Unterstützung, Beratung und Pflege anzugeben⁴¹⁵.

Von dieser Möglichkeit machten etwa 370 Befragte Gebrauch. Die Antworten wurden vom durchführenden Institut in Kategorien zusammengefasst. Unter anderem wurden folgende Anregungen genannt:

Besonders wichtig ist aus Sicht der Befragten eine zentrale Informationsstelle, die unabhängig und kompetent berät. Auch Möglichkeiten zu Begegnung und Aktivität wurden häufig genannt. Alternative Wohnformen fungieren an dritter Stelle. Neben einer zentralen Anlaufstelle werden dezentrale Angebote auf Stadtteilebene vermisst. Ebenfalls genannt wurden zugehende Dienste, die Beratung zu Hause anbieten, mehr Unterstützung für Menschen mit Demenz, Förderung der Nachbarschaftshilfe, bezahlbare Pflegeplätze und mehr/besseres Pflegepersonal.

414 Die Ergebnisse sind jeweils statistisch signifikant mit einem Signifikanzwert von mindestens $p < .05$.

415 Frage: Welche Angebote zur Unterstützung, Beratung, Begegnung und Pflege älterer Menschen fehlen in München?

Tab. 10: Fehlende Angebote zur Unterstützung, Beratung, Begegnung und Pflege
 offene Frage, Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle, kategorisierte Vorschläge

kategorisierte Vorschläge	Prozent der Fälle
zentrale, unabhängige und bessere Info zu Angeboten	24%
Treffpunkte, Aktivitäten und Kontakte, Ausflüge	18%
alternatives/betreutes/Generations-Wohnen (bezahlbar) anbieten	15%
Beratung und Angebote für Ältere (auf Stadtteilebene)	9%
mehr bezahlbare Alten- und Pflegeheimplätze und (Pflege-)Dienste	7%
mehr Beratung/Betreuung zu Hause anbieten	6%
individuelle Beratung und Betreuung	6%
mehr/besseres Pflegepersonal und Sozialarbeit	6%
Unterstützung und Angebote für Demenzerkrankte und Angehörige	5%
Förderung und Vermittlung von Ehrenamt und Nachbarschaftshilfen	5%
Altengerechtigkeit und Unterstützung im Alltag (barrierefrei)	5%
Mobilitätsservice und -beratung für nicht mobile Menschen	3%
Beratungen und Angebote für Ausländerinnen und Ausländer	3%
Beratung für Sozialhilfe, bei geringem Einkommen, Rente, Grundsicherung	2%
Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und Kranke	2%
mehr Barrierefreiheit, Behindertengerechtigkeit bei Kulturveranstaltungen	2%
Palliativzentren, Hospiz, Pflegeheime für psychisch Kranke	1%
Sonstiges	12%

Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 Kategorisierung der Antworten durch Weeber + Partner
 n=372

8.3.5 Präferenz für spezifische Anbieter bei Angeboten für ältere Menschen

Für manche Zielgruppen oder bei manchen Fragestellungen kann es eine große Rolle spielen, wer der Träger der Einrichtung ist, bei der Bürgerinnen und Bürger Unterstützung oder Rat suchen.

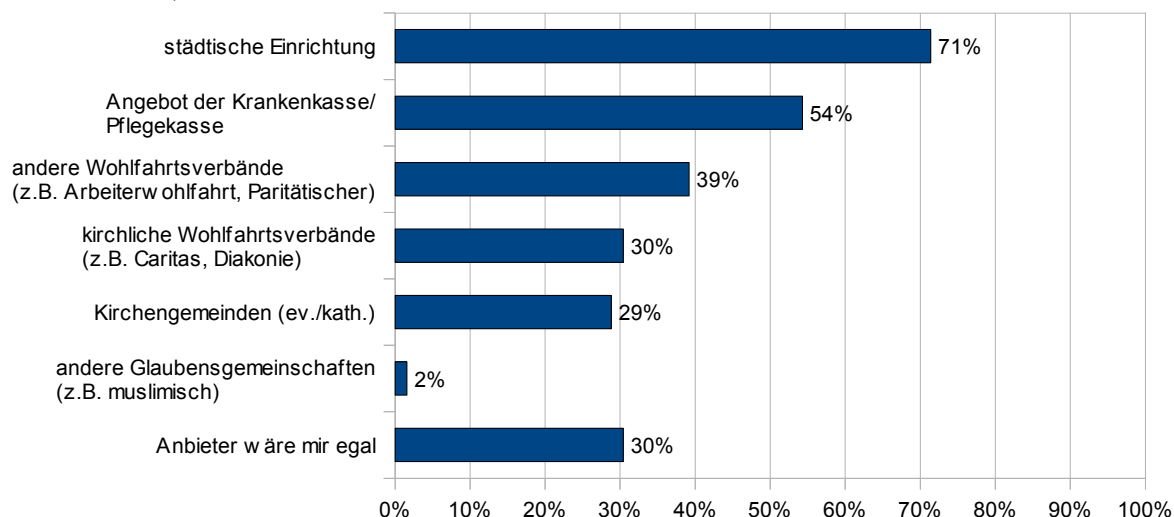
Ganz allgemein wurden die Befragten um eine Einschätzung gebeten, welche Art des Trägers sie bei Angeboten gerne nutzen würden⁴¹⁶.

Es zeigt sich eine Präferenz für städtische Angebote. 71% der Befragten geben an, gerne eine städtische Einrichtung nutzen zu wollen, gefolgt von Angeboten der Krankenkassen/Pflegekassen (54%), Wohlfahrtsverbänden (39%), kirchlichen Wohlfahrtsverbänden (30%), Kirchengemeinden (29%) und Angeboten anderer Glaubensgemeinschaften (2%). Fast einem Drittel (30%) wäre der Anbieter egal.

⁴¹⁶ Frage: Beratungs- und Unterstützungsleistungen für ältere Menschen werden von ganz unterschiedlichen Organisationen bzw. Trägern angeboten. Wenn Sie Beratung oder Unterstützung bräuchten, welches Angebot würden Sie gerne nutzen?
 Antwortkategorien: städtische Einrichtung – Kirchengemeinden (ev./kath.) – andere Glaubensgemeinschaften (z.B. muslimisch) – kirchliche Wohlfahrtsverbände (z.B. Caritas, Diakonie) – andere Wohlfahrtsverbände (z.B. Arbeiterwohlfahrt, Paritätischer, Rotes Kreuz) – Angebote der Krankenkasse/Pflegekasse – Anbieter wäre mir egal – weiß nicht
 Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

Abb. 155: Präferenz spezifischer Anbieter bei Angeboten für ältere Menschen

Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.501

Differenziert nach den üblichen Kategorien zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede nach Altersgruppen. Dagegen sind nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Untersuchungsgebieten und subjektivem Gesundheitszustand teilweise signifikante Unterschiede vorhanden⁴¹⁷. Es werden nur ausgewählte Ergebnisse berichtet.

- Geschlecht

Männer präferieren städtische Einrichtungen etwas häufiger als Frauen. Sonst zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede nach Geschlecht.

- Migrationshintergrund

Deutsche mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländer präferieren Angebote von anderen Glaubensgemeinschaften häufiger und Angebote christlicher Kirchengemeinden und kirchlicher und anderer Wohlfahrtsverbände weniger häufig. Als Beispiel sei die Präferenz für kirchliche Wohlfahrtsverbände genannt: Deutsche ohne Migrationshintergrund (32%), Deutsche mit Migrationshintergrund (26%) und Ausländerinnen und Ausländer (21%).

Deutsche ohne Migrationshintergrund favorisieren andere Wohlfahrtsverbände häufiger im Vergleich zu Deutschen mit Migrationshintergrund bzw. Ausländerinnen und Ausländer. Keine Unterschiede zeigen sich zwischen diesen Gruppen in Bezug auf die städtischen Einrichtungen und Angebote der Krankenkassen/Pflegekassen.

- Untersuchungsgebiete

Quartierspezifisch gibt es bei der Einschätzung der Angebote von Kirchengemeinden (oder kirchlichen Wohlfahrtsverbänden) deutliche Unterschiede, wonach beispielsweise in Obermenzing und am Ostpark jeweils 37% sowie in der Lerchenau 35% gerne Angebote von Kirchengemeinden nutzen würden, in Laim/Kleinhadern dagegen mit 19% weniger, ebenso in Sendling mit 21% und in Ramersdorf mit 22%. Eventuell sind diese Unterschiede auf die örtliche Angebotsstruktur zurückzuführen, d.h. ob dort ein kirchlicher Träger bereits aktiv und bekannt ist.

- Einkommensgruppen und subjektiver Gesundheitszustand

Personen mit schlechtem, aber auch mit besonders gutem subjektivem Gesundheitszustand bringen geringere Präferenzen für Angebote der Kirchengemeinden (ähnlich auch für kirchliche Wohlfahrtsverbände) zum Ausdruck. Gleiches gilt auch für Personen aus finanziell schlechter gestellten Haushalten (d.h. geringerem Einkommen) im Vergleich zu Personen mit höherem Einkommen. Personen aus armen Haushalten, Haushalten der unteren und oberen Mitte haben eine stärkere Präferenz für Angebote der Krankenkassen/Pflegekassen als Personen aus reichen Haushalten.

417 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Gruppen weisen jeweils einen Signifikanzwert von mindestens $p < .05$ auf.

➡ Da gerade Personen mit schlechterem Gesundheitszustand angeben, die Angebotsstruktur sei unübersichtlich, ist zu überlegen, mit welchen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und Informationen diese Gruppen noch besser oder gezielter erreicht werden können. Außerdem können die Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass besonders belastete Personen mit der Fülle des Angebots tendenziell überfordert sind und deshalb mehr Unterstützung bei der Suche und Auswahl nach geeigneten und passenden Angeboten benötigen, z.B. mehr Beratung im Sinne eines Case Managements⁴¹⁸.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Eine gleichmäßige Verteilung der Angebote über die Stadtbezirke hinweg ist besonders für Personen mit schlechtem Gesundheitszustand wichtig. Gesundheitliche Ungleichheiten und mögliche innerstädtische Disparitäten in der Versorgungsstruktur gesundheitsbezogener Angebote sollten deshalb bei zukünftigen Planungen von Angeboten mit Gesundheitsbezug Beachtung finden. Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffes betrifft dies nicht nur explizit gesundheitsbezogene Angebote, sondern beispielsweise auch Angebote wie die Alten- und Service-Zentren, Nachbarschaftstreffs oder weitere generationenübergreifende Angebote, wie etwa Familienzentren oder Kulturzentren.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Nachbarschaft)

➡ Bei der Planung von Angeboten mit Gesundheitsbezug sollte auf ein passendes Verhältnis von zentralen und dezentralen sowie zugehenden Angeboten geachtet werden, da die Befragten – auch in der offenen Frage – sowohl einen Mangel an einer zentralen Anlaufstelle äußern, als auch an dezentralen Angeboten auf Stadtteilebene. Deshalb sollten Planungen die konkrete Bedarfs- und Versorgungsstruktur auf Stadtteilebene berücksichtigen.

(HF Gesundheits- und Umweltberichterstattung, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

„Die Landeshauptstadt München wird der Vielfalt der Bedürfnisse und Bedarfe im Gesundheitsbereich gerecht, in dem die Grundsätze der allgemeinen Gleichstellung, insbesondere die Strategien des Gender Mainstreaming sowie der interkulturellen Öffnung in den Strukturen und Angeboten umgesetzt werden.“

Leitlinie Gesundheit

➡ Die Schaffung und Fortentwicklung von speziellen und adäquaten Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund sowie die zielgruppenspezifischen Zugangsweisen und Wege der Information (z.B. mehrsprachige Informationsmaterialien⁴¹⁹) sind weiterhin ein wichtiges Thema, um Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu Angeboten zu erleichtern. Die Kooperation mit relevanten Akteuren aus dem Migrationsbereich (Communities) ist dabei unerlässlich.

In Planungsprozessen für gesundheitsbezogene Angebote sollte berücksichtigt werden, welche Träger (staatlich/kommunal, religiöse Orientierung) bei (welchen) Migrantinnen und Migranten am ehesten auf Akzeptanz stoßen.

Es sollte verstärkt geprüft werden, welche Möglichkeiten genutzt werden können, um gesundheitsbezogene Angebote bei Trägern aus dem Migrationsbereich anbieten zu können.

Gleichzeitig kommt der interkulturellen Öffnung bestehender Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung, -prävention und -versorgung sowie der für ältere Menschen relevanten Bereiche der offenen Altenhilfe und der ambulanten bzw. (teil)stationären pflegerischen Angebote eine hohe Bedeutung zu.

(HF Gesundheitsförderung und Prävention, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Um passgenaue Angebote zu entwickeln, ist es grundsätzlich wichtig, die Zielgruppen bei der Planung, Durchführung und Evaluation gesundheitsrelevanter Maßnahmen einzubeziehen. Nur so können Konzepte des Empowerments und Angebote im Sinne des Capability Ap-

418 Eine kurze Erläuterung des Begriffes Case Management findet sich in: Luthé, Ernst-Wilhelm (2010): Kommunale Gesundheitslandschaften. Teil 2. NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. S. 342-347

419 Borde, Theda/Blümel, Stephan (2011): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 255-262

proaches, die sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der Beteiligten orientieren, realisiert und umgesetzt werden⁴²⁰.
(HF Partizipation)

8.3.6 (Un-)Zufriedenheit mit der gesundheitsbezogenen Angebotsstruktur im Viertel

„Die Landeshauptstadt München ermöglicht allen Menschen, die in München wohnen, den Zugang zu einer umfassenden und adäquaten gesundheitlichen Prävention und Versorgung“

Leitlinie Gesundheit

Die Zufriedenheit mit gesundheitsrelevanten Angeboten im Viertel wurde ebenfalls untersucht, konkret das Angebot an Gesundheitsdienstleistern, Sportangeboten und Beratungsangeboten⁴²¹.

Unzufriedenheit mit dem Angebot an Gesundheitsdienstleistern im Viertel

Es ist bekannt, dass besonders für Personen aus einkommensschwachen Haushalten die Hausärztinnen oder Hausärzte erste Anlaufstelle für gesundheitliche Belange sind und die wohnortnahe Versorgung mit hausärztlichen Praxen gerade für diese benachteiligte Gruppe deshalb von besonderer Bedeutung ist⁴²².

Es gibt deutliche Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit gesundheitsbezogenen Angeboten im eigenen Viertel zwischen den elf Untersuchungsgebieten. Während nicht einmal 1% der Befragten in Schwabing mit dem Angebot an Gesundheitsdienstleistern (z.B. Arztpraxen, Apotheken, Physiotherapie) unzufrieden sind, sind es fast die Hälfte (47%) der Personen aus der Messestadt Riem, gefolgt von einem Fünftel (20%) in den Zentralen Bahnflächen.

420 Mattig, Thomas (2014): Das Dilemma der Gesundheitsförderung. Impulse für Gesundheitsförderung 84:3-4, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

421 Frage: Uns interessiert, mit welchen Angeboten Sie in Ihrem Viertel zufrieden sind. Dabei möchten wir Sie bitten, sich auch vorzustellen, Sie wären um einige Jahre älter – wären Sie dann mit den Angeboten im Viertel, so wie sie momentan sind, auch noch zufrieden?

Antwortvorgaben: Gesundheits-Dienstleister (z.B. Ärzte, Apotheken, Optiker, Physiotherapie) – Sportangebote (z.B. Sportverein, Fitnessstudio) – Beratungsangebote (Soziales, Pflege usw.)

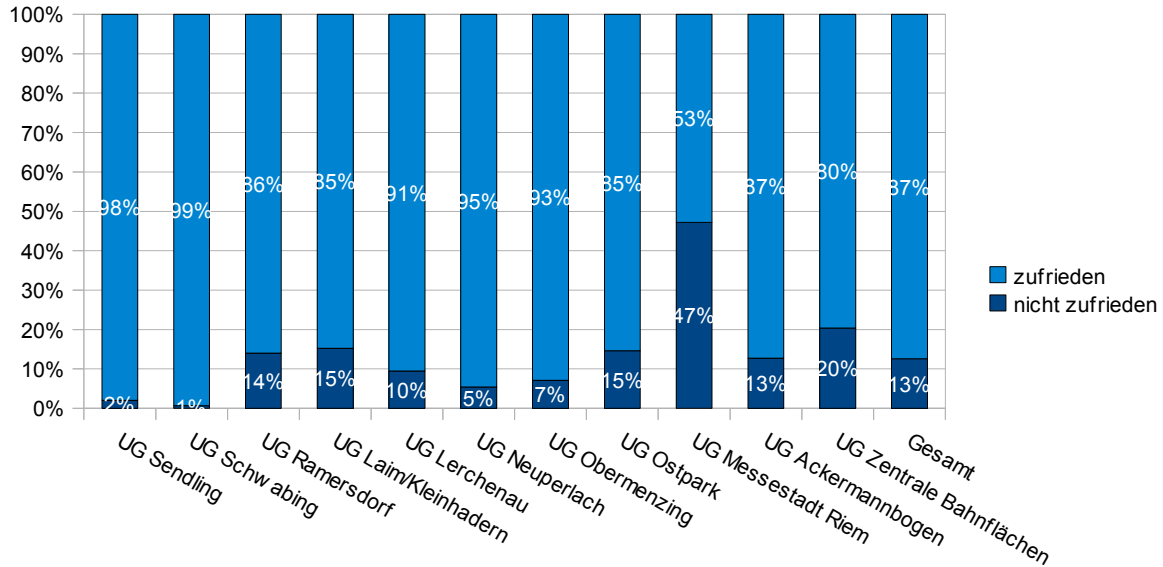
Antwortkategorien: aktuell + (zufrieden) – (nicht zufrieden) / wenn ich älter bin + (zufrieden) – (nicht zufrieden) / x (brauche ich nicht)

An dieser Stelle wurden nur die aktuellen Einschätzungen ausgewertet.

422 Libbe, Jens (2012). Medizinische Versorgung als Teil der Infrastrukturplanung. in: Böhme, Christa et al (Hrsg): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. S. 117-128

Abb. 156: Unzufriedenheit mit dem Angebot an Gesundheitsdienstleistern im Viertel nach Untersuchungsgebieten

in Prozent⁴²³



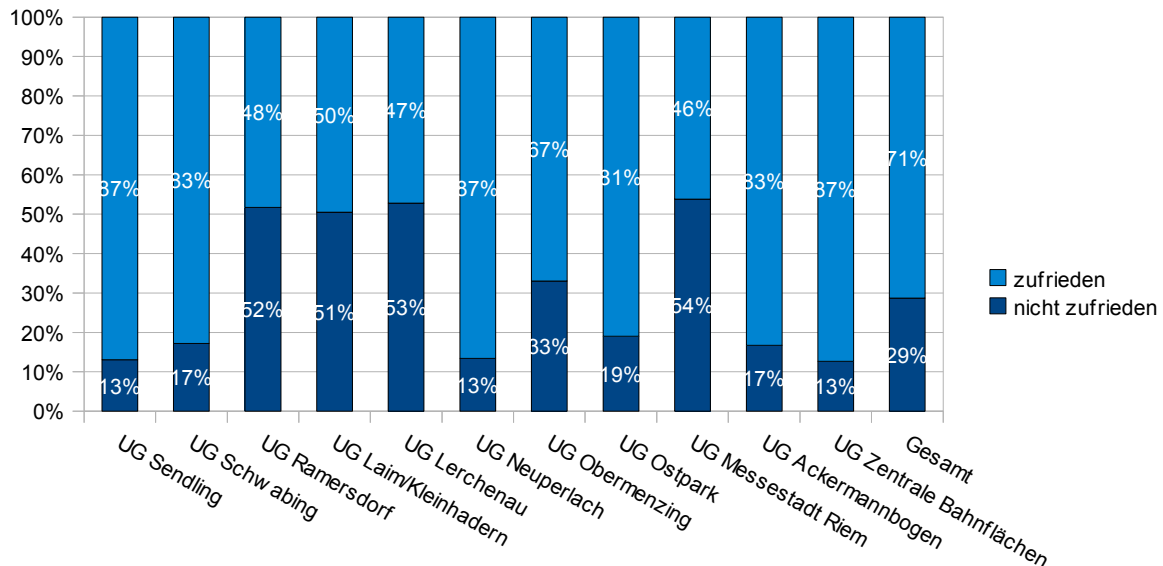
Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.584, p<.001

Unzufriedenheit mit den Sportangeboten im Viertel

Was die Sportangebote betrifft, so gibt zwar ein gutes Viertel der befragten 55 bis 74-Jährigen an, dass sie Sportangebote in ihrem Viertel gar nicht bräuchten. Von den restlichen wird teilweise jedoch eine hohe Unzufriedenheit mit dem Angebot geäußert. Dies gilt insbesondere für Befragte aus der Messestadt Riem (54%), der Lerchenau (53%), Ramersdorf (52%) und Laim/Kleinhadern (51%)

Abb. 157: Unzufriedenheit mit den Sportangeboten im Viertel nach Untersuchungsgebieten

in Prozent⁴²⁴



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=1.760, p<.001

Unzufriedenheit mit den Beratungsangeboten im Viertel

Fast 30% der Befragten geben an, aktuell keine Beratungsangebote zu benötigen. Es zeigt sich aber quartiersspezifisch durchaus eine deutliche Unzufriedenheit mit dem Beratungsangebot. Be-

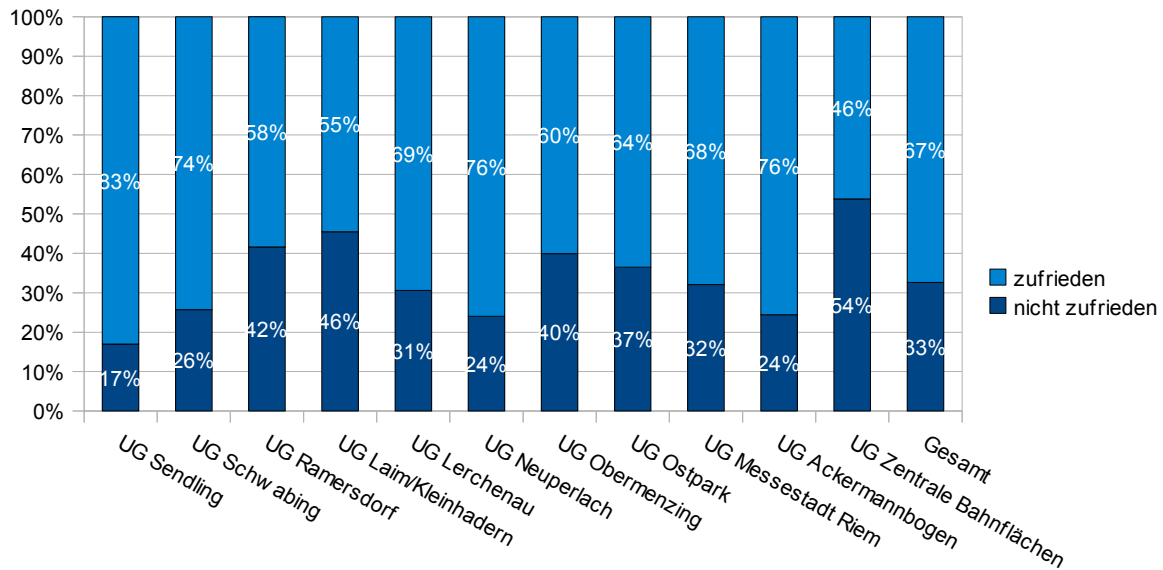
423 Die Analyse erfolgte unter Ausschluss der Personen, die 'brauche ich nicht' angegeben hatten.

424 Die Analyse erfolgte unter Ausschluss der Personen, die 'brauche ich nicht' angegeben hatten.

sonders hoch ist diese beispielsweise bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Zentralen Bahnflächen (54%), in Laim/Kleinhadern (46%), Ramersdorf (42%) und Obermenzing (40%).

Abb. 158: Unzufriedenheit mit Beratungsangeboten im Viertel nach Untersuchungsgebieten

in Prozent⁴²⁵



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=1.504, p<.001

➔ Bei den genannten Untersuchungsgebieten mit hohen Anteilen von Unzufriedenheit bezüglich der Beratungsstruktur wäre es sinnvoll, das vorhandene Angebot noch einmal konkret in den jeweiligen Untersuchungsgebieten zu überprüfen und gemeinsam mit Bürgerinnen und Bürgern vor Ort zu eruieren, ob das Angebot generell nicht ausreicht, ob eventuell die Ausrichtung der vorhandenen Angebote den Bedarfen angepasst werden muss oder ob (vielleicht im Falle erst vor kurzem bezogener Neubaugebiete) eventuell noch Informationen über die Angebote im weiteren Umfeld fehlen.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➔ Die teilweise hohen Anteile von Unzufriedenen mit den Sportangeboten lassen vermuten, dass zumindest ein Teil dieser Personen sich gerne mehr sportlich betätigen würde und sich damit für die eigene Gesundheit engagieren möchte. Insbesondere in den Untersuchungsgebieten mit einem hohen Anteil Unzufriedener könnte vor Ort mit den Bürgerinnen und Bürgern noch einmal detailliert erörtert und gemeinsam erarbeitet werden, für welche Zielgruppen (z.B. ältere Migrantinnen und Migranten, jüngere Ältere) welche Angebote bei welchen Einrichtungen (z.B. Sportvereine, Alten- und Service-Zentren, Nachbarschaftstreffs, Volkshochschule, Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum) ausgebaut werden können bzw. wie das bestehende Angebot angepasst werden kann.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➔ Es scheint so, als sei es in den Neubauvierteln (besonders den eher dezentral gelegenen Gebieten) nicht so gut gelungen, diese als Standorte für medizinische Anbieter zu etablieren, die als freie Marktteilnehmerinnen und Marktteilnehmer agieren. Diese siedeln sich aus wirtschaftlichen Gründen weniger in den Außengebieten, sondern vielmehr zentral bzw. in Gebieten mit eher guter Einkommensstruktur an.

Da das Item sehr breit formuliert war ('Gesundheitsdienstleister, z.B. Ärzte, Apotheken, Optiker, Physiotherapie') muss an dieser Stelle offen bleiben, in welchen Bereichen die Befragten die größten Probleme sehen.

Andererseits ist zu bedenken, dass die medizinische Versorgung in der Großstadt – im Vergleich

⁴²⁵ Die Analyse erfolgte unter Ausschluss der Personen, die 'brauche ich nicht' angegeben hatten.

zu ländlichen Regionen oder Flächenlandkreisen – nicht nur hinsichtlich der Breite des Angebots, sondern auch der raschen Erreichbarkeit mit dem ÖPNV, auf sehr hohem Niveau liegt. Bei der Einschätzung der Befragten handelt es sich deshalb eher nicht um eine Unterversorgung, sondern um wahrgenommene und auch tatsächlich vorhandene stadträumliche Disparitäten in der Versorgung.

Ferner ist darauf hin zu weisen, dass die Kommune, z.B. bei der Ansiedlung von Arztpraxen, über keine Steuerungsmöglichkeiten verfügt. Hier legt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns den Zuschnitt der Planungsbereiche und die Verhältniszahlen (Arzt-Einwohner-Verhältnis)⁴²⁶ für die Bedarfsplanung bei der ärztlichen Versorgung fest.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

„Die Landeshauptstadt München trägt mit eigenen Angeboten und Zuschüssen dazu bei, dass allen Bürgerinnen und Bürgern eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zur Verfügung steht, wo möglich und notwendig wohnortnah und niederschwellig.“

Leitlinie Gesundheit

➔ Wenngleich innerstädtische Disparitäten der ärztlichen Versorgung nicht mit einer medizinischen Unterversorgung gleichzusetzen sind und die Kommune die freie Standortwahl von auf dem Gesundheitsmarkt agierenden Angeboten nicht unmittelbar beeinflussen kann, kann sie mit eigenen komplementären Angeboten, wie etwa Gesundheitsberatungsstellen, im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge in bestimmten Gebieten unterstützend und beratend tätig werden.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

8.3.7 Wunsch nach generationenübergreifenden oder altersgruppenspezifischen Angeboten

Im Hinblick auf mögliche gesellschaftliche Veränderungen – und damit Kohorteneffekte – ist das Wissen um die Anforderungen und Wünsche der zukünftigen Seniorinnen und Senioren zur Ausgestaltung von Angeboten für diese Zielgruppe wichtig. Interessant ist in diesem Zusammenhang u.a. Frage, ob sie sich eher Angebote für die eigene Altersgruppe oder generationenübergreifende Angebote wünschen⁴²⁷.

Ein großer Teil der Befragten nutzt gerne Angebote, die sich an mehrere Generationen richten. Fast 90% der Befragten stimmen dem zu ('trifft voll'/eher zu'). 3% lehnen dies explizit ab ('trifft gar nicht zu').

19% geben an, nicht gerne Angebote zu nutzen, die sich vor allem an die eigene Altersgruppe wenden ('trifft gar nicht zu'), etwa 40% nutzen diese gerne ('trifft voll'/eher zu').

Ein Viertel der Befragten lässt sich einer Gruppe zuordnen, die beides wünscht, d.h. die sowohl generationenübergreifende als auch altersgruppenspezifische Angebote gerne nutzt ('trifft voll'/eher zu').

426 vgl. <http://www.kvb.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung-ab-2013/> [21.10.2014]

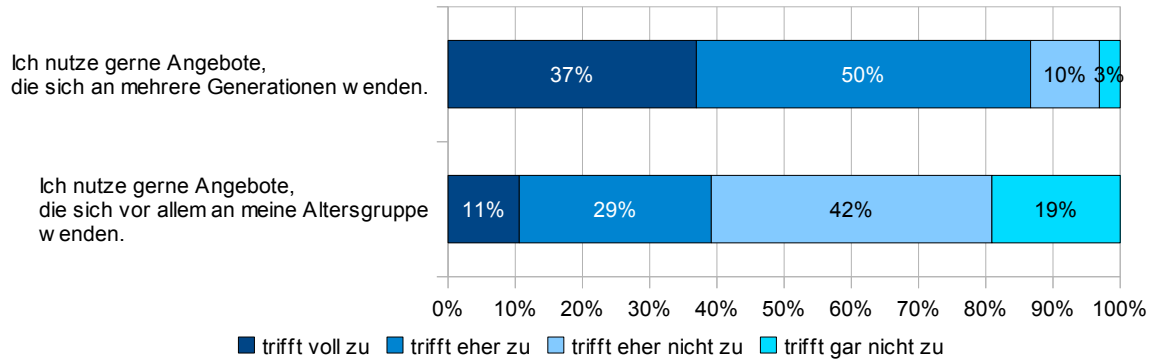
427 Frage: Manche Menschen nutzen lieber Angebote, die sich vor allem an Personen aus ihrer Altersgruppe wenden. Andere nutzen lieber Angebote, die sich an mehrere Generationen wenden. Wie ist das bei Ihnen?

Antwortvorgaben: Ich nutze gerne Angebote, die sich vor allem an meine Altersgruppe wenden. - Ich nutze gerne Angebote, die sich an mehrere Generationen wenden.

Antwortkategorien: trifft voll zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu – weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

Abb. 159: Wunsch nach generationenübergreifenden oder altersgruppenspezifischen Angeboten
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.352 / 2.017

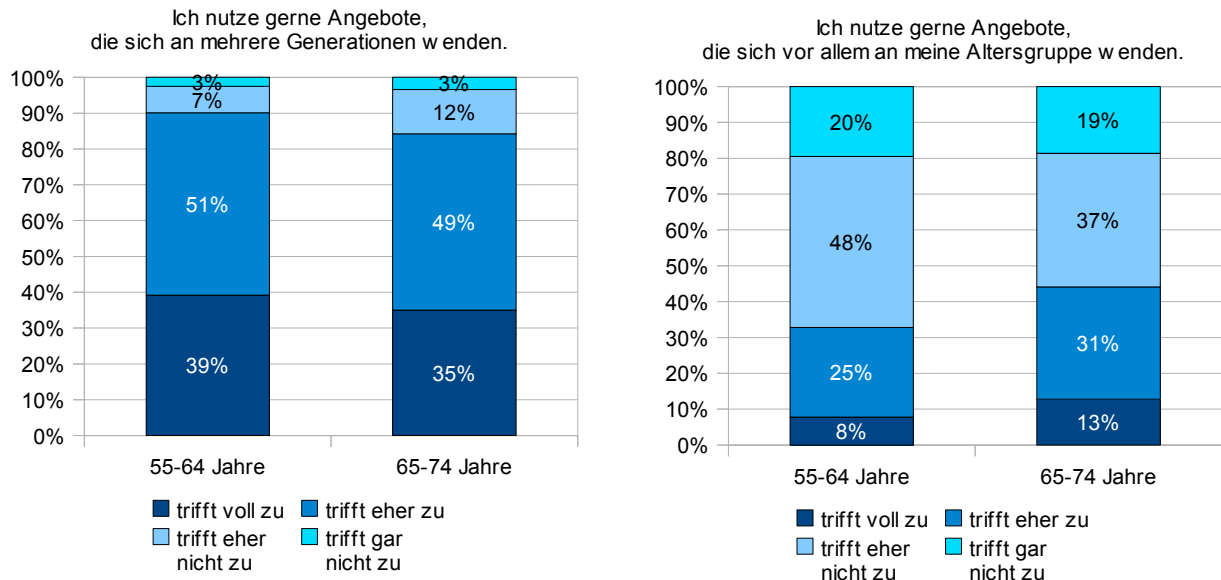
• Altersgruppen

Differenziert nach Altersgruppen zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede. Grundsätzlich weisen die Ergebnisse darauf hin, dass sowohl die Jüngeren (d.h. die zukünftige Generation der Seniorinnen und Senioren) als auch die Älteren eine deutliche Präferenz für generationenübergreifende Angebote zum Ausdruck bringen. Wenngleich es in beiden Altersgruppen auch Personen gibt, die gerne altersgruppenspezifische Angebote wahrnehmen.

Dabei präferiert die jüngere Altersgruppe generationenübergreifende Angebote etwas häufiger ('trifft voll zu'/'eher zu') und lehnt altersgruppenspezifische Angebote häufiger ab ('trifft gar nicht zu'/'eher nicht zu').

Selbst wenn vielleicht ein Teil der Jüngeren seine Präferenzen mit zunehmenden Alter noch verändert, weisen diese Daten darauf hin, dass zukünftige Ältere – stärker als die derzeitige Generation der Seniorinnen und Senioren – eher generationenübergreifende Angebote präferieren werden.

Abb. 160: Wunsch nach generationenübergreifenden oder altersgruppenspezifischen Angeboten nach Altersgruppen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
Angebote für mehrere Generationen: n=2.322, p<001; Angebote für die eigene Altersgruppe: n=1.993, p<.001

- Migrationshintergrund⁴²⁸

Signifikante Unterschiede nach Migrationshintergrund zeigen sich nicht hinsichtlich der Präferenz für generationenübergreifende Angebote. Es gibt aber Unterschiede bezüglich der Einschätzung von Angeboten für die gleiche Altersgruppe. Diese werden von Ausländerinnen und Ausländern etwas häufiger präferiert (16% 'trifft voll zu') als von Deutschen mit Migrationshintergrund (13%) im Vergleich zu Deutschen ohne Migrationshintergrund (10%).

- subjektiver Gesundheitszustand⁴²⁹

An dieser Stelle seien noch einige interessante Ergebnisse berichtet, die für die Ausrichtung von gesundheitsbezogenen Angeboten von Relevanz sein können.

Personen mit subjektiv 'schlechtem' Gesundheitszustand präferieren deutlich häufiger (37%) als Personen mit 'sehr gutem' (6%) bzw. 'ausgezeichnetem' (7%) Gesundheitszustand Angebote, die sich vor allem an die eigene Altersgruppe werden. Dennoch nutzen auch sie gerne Angebote für mehrere Generationen (36%), aber nicht so häufig wie Personen mit 'sehr gutem' (46%) oder 'ausgezeichnetem' (52%) Gesundheitszustand.

Ein Grund hierfür könnte beispielsweise sein, dass sich gesundheitlich beeinträchtigte Personen bei Angeboten für mehrere Generationen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen eher ausgeschlossen fühlen bzw. die eigenen Einschränkungen stärker wahrgenommen werden und deshalb der Wunsch nach altersgruppenspezifischen Angeboten bei diesem Personenkreis stärker ausgeprägt ist.

➡ Obwohl nicht spezifisch nach gesundheitsbezogenen Angeboten gefragt wurde, sondern ganz allgemein nach generationenübergreifenden bzw. altersgruppenspezifischen Angeboten, zeigen die Ergebnisse grundsätzliche Präferenzen (zukünftig) älterer Menschen auf, die auch bei der Ausgestaltung gesundheitsbezogener Angebote konzeptionell beachtet und diskutiert werden sollten.

Für die konkrete Ausgestaltung im gesundheitlichen Bereich muss deshalb – je nach Art des Angebots und unter Beteiligung der Betroffenen – überprüft werden, ob jeweils altersgruppenspezifische oder generationenübergreifende Angebote sinnvoll erscheinen bzw. entwickelt werden können.

Insbesondere für Personen mit deutlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Einschränkungen sollte der Wunsch nach altersgruppenspezifischen bzw. generationenübergreifenden Angeboten berücksichtigt werden und passgenaue Angebote entwickelt werden. Es sollte jeweils genau analysiert werden, bei welchen Angeboten und Inhalten ein altersgruppenspezifisches Angebot bzw. ein generationenübergreifendes Angebot die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen besser trifft.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Das hohe Interesse der Befragten nach generationenübergreifenden Angeboten legt nahe, die bereits bestehenden generationenübergreifenden Angebotsformen, z.B. Nachbarschaftstreffe oder Familienzentren, noch stärker für ältere Menschen zu öffnen und diese in die vorhandenen Angebote einzubinden.

Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwiefern an diesen Stellen verstärkt gesundheitsförderliche Angebote aus- bzw. aufgebaut werden können.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Nachbarschaft)

428 Migrationshintergrund: Angebote für mehrere Generationen: n=2.219, nicht sig.; Angebote für die eigene Altersgruppe: n=1.919, p<.01

429 subjektiver Gesundheitszustand: Angebote für mehrere Generationen: n=2.302, p<.001; Angebote für die eigene Altersgruppe: n=1.978, p<.001

8.4 Pflegerische Versorgung

Zwar sind nur etwa 2% der hier befragten Personen zum Untersuchungszeitpunkt pflegebedürftig, dennoch aber ist diese Thematik – mit Blick auf die prospektiven Bedarfe zukünftiger Älterer – von hoher Relevanz. Dies gilt umso mehr als die Gruppe der Hochaltrigen (und damit häufiger auch Pflegebedürftigen) in der LH München die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahren darstellt (→ Kap. 3).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in mehreren Fragen gebeten, ihre Wünsche, Vorstellungen und Bedarfe zur Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit zu benennen.

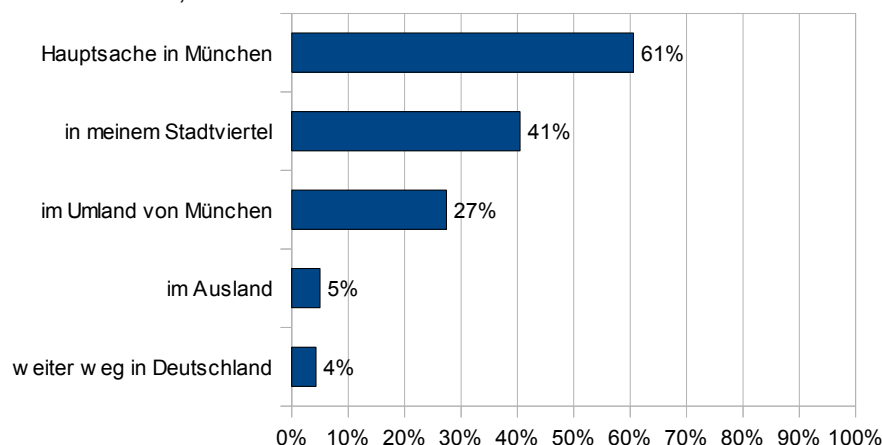
8.4.1 Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Eine für kommunale Planungen wichtige Frage ist beispielsweise, inwieweit sich Seniorinnen und Senioren eine quartiersnahe pflegerische Versorgung wünschen. Gefragt wurde zunächst, wo sich – im Falle der individuellen Notwendigkeit – eine stationäre Pflegeeinrichtung befinden sollte⁴³⁰. Es gibt die in der Fachdiskussion sowie von der Kommunalpolitik oft geäußerte These, dass ältere Menschen sich in der Regel eine Pflegeeinrichtung in unmittelbarer Wohnumgebung, d.h. im eigenen Stadtviertel, wünschen.

Die Ergebnisse sind insofern interessant, als das eigene Viertel zwar bedeutsam ist, aber nicht in dem Ausmaß, wie dies häufig vermutet wird. Für 41% der Befragten wäre es wichtig, dass das Pflegeheim in ihrem Viertel liegt. Viel wichtiger (61%) jedoch wäre es den Befragten, dass die Einrichtung in München ist. Und mehr als ein Viertel (27%) wünscht sich sogar ein Pflegeheim im Umland von München, weitere 4% an anderer Stelle in Deutschland und 5% im Ausland.

Abb. 161: Wünsche an den Standort einer stationären Pflegeeinrichtung

Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.304

Nachfolgend werden nur einige relevante Unterschiede benannt.⁴³¹

Es sind keine relevanten Unterschiede nach Geschlecht festzustellen.

Die älteren Befragten geben etwas häufiger an, dass die Pflegeeinrichtung in München sein sollte als die jüngeren Befragten. Die Jüngeren hingegen geben etwas häufiger an, dass die Einrichtung innerhalb Deutschlands oder im Ausland sein sollte.

Ausländerinnen und Ausländern ist eine Einrichtung im eigenen Stadtviertel vergleichsweise weniger wichtig als Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Deutschen mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländern ist hingegen eine Einrichtung im Ausland wichtiger. Und Deutsche ohne Migrationshintergrund geben häufiger das Umland von München als präferierten Standort an.

430 Frage: Auch wenn Sie es sich zur Zeit noch nicht vorstellen können: Falls es zuhause nicht mehr geht und Sie ein Pflegeheim brauchen, wo sollte sich das Heim befinden?

Antwortkategorien: in meinem Stadtviertel – Hauptsache in München – im Umland von München – weiter weg in Deutschland – im Ausland – weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

431 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Gruppen weisen jeweils einen Signifikanzwert von mindestens $p < .05$ auf.

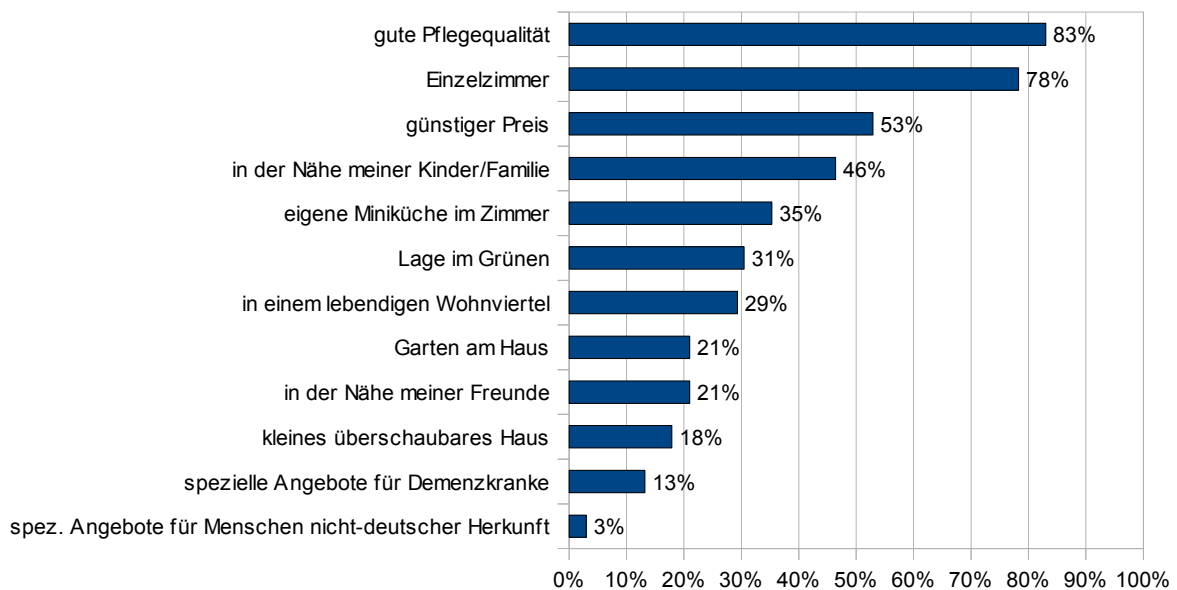
Personen aus armen sowie reichen Haushalten ist das Vorhandensein einer Pflegeeinrichtung im eigenen Viertel jeweils etwas weniger wichtig als Personen aus den anderen beiden Einkommensgruppen.
 Eine Einrichtung im eigenen Stadtviertel wäre besonders häufig Befragten aus dem Ackermannbogen und Schwabing wichtig.

Weitere Anforderungen an eine stationäre Pflegeeinrichtung

Neben dem konkreten Standort wurden auch Wünsche zu inhaltlichen Anforderungen an eine Pflegeeinrichtung abgefragt⁴³².

Am wichtigsten ist den Befragten eine gute Pflegequalität (83%) und ein Einzelzimmer (78%). Den günstigen Preis nennen mehr als die Hälfte (53%) aller Befragten⁴³³, gefolgt von der Nähe zur eigenen Familie (46%).

Abb. 162: Wünsche an eine stationäre Pflegeeinrichtung
 Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 n=2.663

Im Folgenden werden aufgrund der Datenmenge lediglich besonders interessante Unterschiede nach Geschlecht, Nationalität und Einkommensgruppen dargestellt⁴³⁴.

Frauen sind ein Garten an der Pflegeeinrichtung, ein Einzelzimmer und spezielle Angebote für Demenzkranke jeweils etwas wichtiger als Männern.

Ausländerinnen und Ausländern ist die Nähe zur eigenen Familie bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung wichtiger (59%) als Deutschen mit Migrationshintergrund (50%) und Deutschen ohne Migrationshintergrund (45%). Der günstige Preis ist für Deutsche mit Migrationshintergrund (60%) bzw. Ausländerinnen und Ausländer (61%) wichtiger als für Deutsche ohne Migrationshintergrund (52%). Einzelzimmer sind Deutschen ohne Migrationshintergrund (81%) wichtiger als Deutschen mit Migrationshintergrund (74%) und Ausländerinnen und Ausländern (64%). Und schließlich sind Ausländerinnen und Ausländern spezielle Angebote für Menschen nicht-deutscher Herkunft deutlich wichtiger (19%) als Deutschen mit (8%) bzw. Deutschen ohne (1%) Migrationshintergrund.

Bezüglich der sozioökonomischen Situation zeigen sich erwartbare Ergebnisse: Für Personen aus

432 Frage: Und falls Sie ein Pflegeheim brauchen, was wäre Ihnen besonders wichtig? Bitte lesen Sie zuerst alle Antworten und kreuzen Sie dann maximal 5 Antworten an.

Antwortkategorien: in der Nähe meiner Kinder/Familie – in der Nähe meiner Freunde – günstiger Preis – Lage im Grünen – in einem lebendigen Wohnviertel – gute Pflegequalität – Garten am Haus – Einzelzimmer – kleines überschaubares Haus – eigene Miniküche im Zimmer – spezielle Angebote für Demenzkranke – spezielle Angebote für Menschen nicht-deutscher Herkunft oder Kulturen

433 In einer repräsentativen Befragung von privat Versicherten wurden die Kosten sogar von mehr als zwei Drittel der Befragten über 40-Jährigen als wichtig bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung benannt. Kuhlmei, Adelheid et al (2010): COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. Informationsdienst Altersfragen. 37(4):4-11

434 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Gruppen weisen jeweils einen Signifikanzwert von mindestens $p < .05$ auf.

armen Haushalten ist der günstige Preis von höherer Relevanz (67%) als für Personen aus reichen Haushalten (20%). Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse: je höher das Einkommen, umso häufiger äußern die Befragten den Wunsch nach einer Einrichtung in einem lebendigen Stadtviertel, nach einem Einzelzimmer, nach einer kleinen, überschaubaren Einrichtung und nach der Nähe zu eigenen Freundinnen und Freunde.

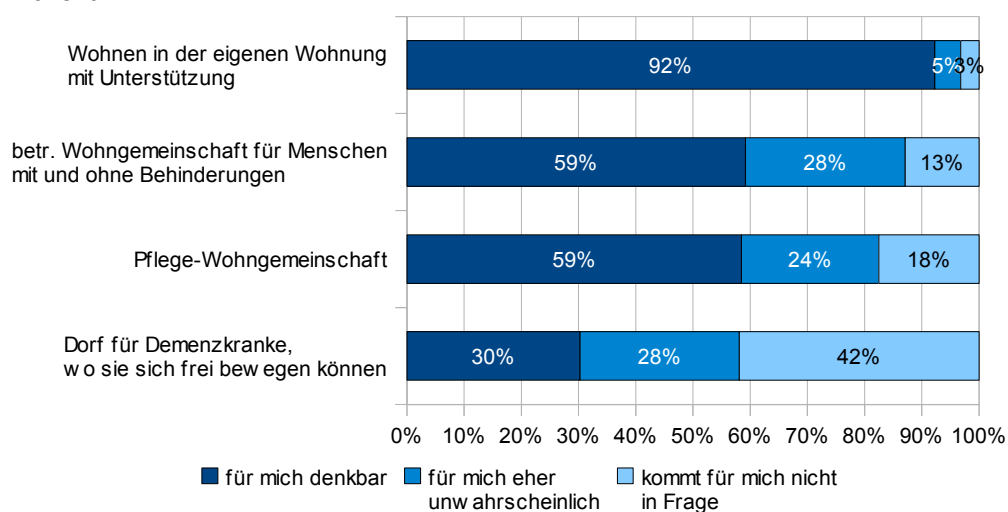
Die in dieser Frage von allen Befragten geäußerte hohe Bedeutung der Nähe zur eigenen Familie (46%) kann auch ein Grund dafür sein, warum sich die Befragten nicht in dem Maße, wie vielleicht erwartet, ein Pflegeheim im eigenen Stadtviertel wünschen bzw. sogar das Umland von München präferieren.

Alternative Pflegeformen

In den letzten Jahren hat sich die Angebotslandschaft im Bereich der pflegerischen Versorgung stark ausdifferenziert. Insbesondere Alternativen zu klassischen stationären Angeboten wurden entwickelt und finden zunehmend Anklang in der Bevölkerung. Aus diesem Grund wurden die (zukünftigen) Seniorinnen und Senioren gebeten, alternative pflegerische Versorgungsangebote zu beurteilen⁴³⁵.

Der Verbleib in der eigenen Wohnung ist nach wie vor die Versorgungsform, die für die meisten am attraktivsten erscheint (92%). Die Akzeptanz von wohngemeinschaftsähnlichen Versorgungsformen (Pflege-Wohngemeinschaft bzw. Wohngemeinschaft von Menschen mit und ohne Behinderungen) ist mit 59% ebenfalls sehr hoch ('für mich denkbar'). Fast ein Drittel (30%) erachtet für sich das Leben in einem Dorf für Demenzkranke, in dem sie sich frei bewegen können, als denkbare Alternative.

Abb. 163: Beurteilung alternativer Pflegeformen
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.597 / 2.016 / 2.204 / 1.643

Wiederum werden nur einige ausgewählte interessante Gruppenunterschiede berichtet. Pflege-Wohngemeinschaften werden signifikant häufiger von Frauen, von der jüngeren Altersgruppe und von Deutschen ohne Migrationshintergrund als denkbar erachtet. Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich hier zwischen Alleinlebenden und Nicht-Alleinlebenden.

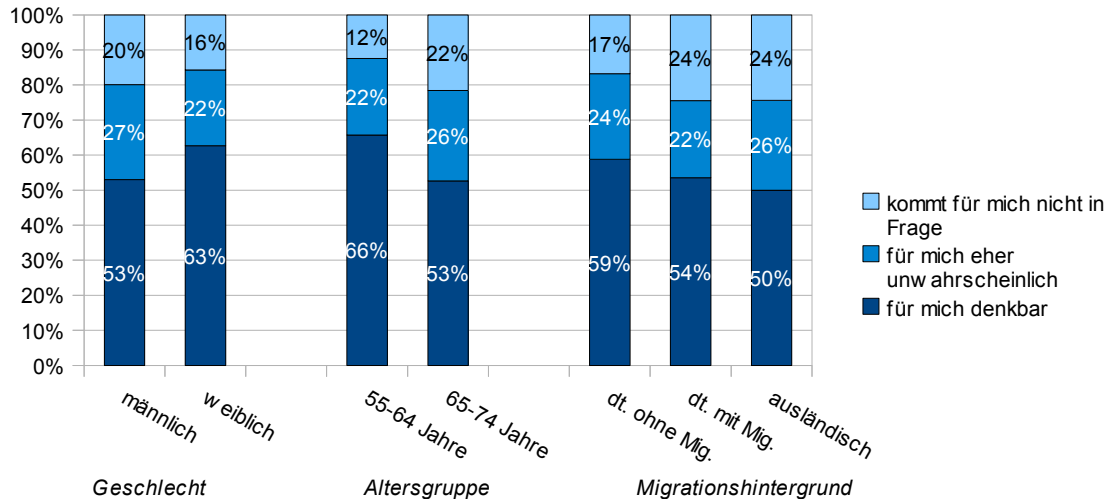
435 Frage: Für ältere Menschen mit Pflegebedarf oder Menschen mit Behinderungen gibt es es mittlerweile nicht nur (Pflege-)Heime, sondern auch Pflege- und Unterstützungsformen. Wie beurteilen Sie folgende Angebote für sich selbst?

Antwortvorgaben: Pflege-Wohngemeinschaft (etwa 8-10 Pflegebedürftige in familienähnlicher Wohnung mit Gemeinschaftsraum, jeder hat sein Zimmer, für Pflege ist rund um die Uhr gesorgt) – Wohnen in der eigenen Wohnung, bei Bedarf kommt ein Pflegedienst – ein Dorf nur für Demenzkranke, wo sie sich ganz frei bewegen können – Betreute Wohngemeinschaft von Menschen mit und ohne Behinderungen

Antwortkategorien: kommt für mich nicht in Frage – für mich eher unwahrscheinlich – für mich denkbar – weiß nicht
Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

Abb. 164: Beurteilung von Pflege-Wohngemeinschaften nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 Geschlecht n=2.188, p<.001, Altersgruppen n=2.184, p<.001, Migrationshintergrund n=2.083, p<.05

Die Option des Wohnens in der eigenen Wohnung mit Unterstützung bei Bedarf durch einen ambulanten Pflegedienst ergibt keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht, Altersgruppen und für Alleinlebende.

Wenngleich diese Option die insgesamt am stärksten präferierte ist, ist es doch so, dass Ausländerinnen und Ausländer hier etwas mehr Vorbehalte ('kommt für mich nicht in Frage') haben (7%) als Deutsche ohne Migrationshintergrund (3%) und Deutsche mit Migrationshintergrund (4%)⁴³⁶.

Das Leben in einem Dorf für Demenzkranke ist für die jüngere Gruppe häufiger eine vorstellbare Option ('für mich denkbar': 35% der Jüngeren versus 26% der Älteren). Gleichzeitig lehnt dies fast die Hälfte der Älteren kategorisch ab ('kommt nicht in Frage': 47% gegenüber 37% der Jüngeren)⁴³⁷. Weder für Geschlecht, Migrationshintergrund noch für Alleinlebende lassen sich signifikante Unterschiede feststellen.

Die Versorgung in einer betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit und ohne Behinderungen findet ebenfalls in der jüngeren Altersgruppe mehr Anklang ('für mich denkbar': 63% der Jüngeren versus 55% der Älteren)⁴³⁸. Diese Wohnform ist für Deutsche ohne Migrationshintergrund (60%) und interessanterweise für Ausländerinnen und Ausländer (56%) eher denkbar als für Deutsche mit Migrationshintergrund (48%)⁴³⁹.

Weiterhin wurde explizit danach gefragt, ob betreutes Wohnen (mit Rufbereitschaft und Dienstleistungen im Haus) für die derzeitigen bzw. zukünftigen Seniorinnen und Senioren eine mögliche Option darstellt⁴⁴⁰.

Eine verschwindend geringe Anzahl der Befragten lebt bereits derzeit in einer solchen Einrichtung/Angebotsform (n=5). Vorstellbar ist dies jedoch für etwa 16% ('zukünftig ja') bzw. 54% ('eventuell ja'). 'Eher nicht' vorstellbar ist es für 21% und 'auf keinen Fall' möchten dies 10% der Befragten. Dabei zeigen sich lediglich sehr geringe Unterschiede zwischen den Altersgruppen, wobei dies die jüngere Altersgruppe etwas häufiger für sich ablehnt ('eher nicht'/'auf keinen Fall')⁴⁴¹.

436 Migrationshintergrund n=2.371, p<.01

437 Altersgruppen n=1.624, p<.001

438 Altersgruppen n=1.992, p<.01

439 Migrationshintergrund n=1.920, p<.01

440 Frage: Es gibt ja mittlerweile ganz unterschiedliche Wohnformen, auch für das selbstbestimmte Leben im Alter. Leben Sie derzeit in einer der folgenden Wohnformen? Oder kommen solche Wohnformen gegebenenfalls zukünftig für Sie infrage?

Antwortvorgaben: Betreutes Wohnen mit Rufbereitschaft und Dienstleistungen im Haus (z.B. auch Altenwohnanlagen, Wohnen mit Service, Wohnresidenz)

Antwortkategorien: bereits derzeit - zukünftig ja - eventuell ja - eher nicht - auf keinen Fall - weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

441 Altersgruppen n=2.022, p<.05

➡ Für die kommunalen Planungen sind die dargestellten Ergebnisse insofern von hoher Relevanz, da nicht davon ausgegangen werden muss, dass sich alle älteren Münchnerinnen und Münchner entweder in ihrem eigenen Stadtviertel oder in München einen Pflegeplatz wünschen. Mehr als ein Viertel kann sich gut vorstellen, später eine Einrichtung im Münchner Umland oder noch weiter entfernt zu nutzen. Von Relevanz bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung sind u.a. auch die Nähe zur eigenen Familie, die Kosten und die Pflegequalität.
(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Ebenfalls planungsrelevant ist das Ergebnis, wonach bei der jüngeren Altersgruppe, d.h. den zukünftigen Älteren, eine deutlich höhere Zustimmung zur Versorgung in Pflege-Wohngemeinschaften, einem Dorf für Demenzerkrankte oder einem Leben in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit und ohne Behinderungen festzustellen ist. Da sich die höhere Zustimmung der Jüngeren konsistent über alle drei dieser innovativen Wohnformen erstreckt, ist davon auszugehen, dass es sich dabei tatsächlich um einen Kohorteneffekt handelt und wenigstens ein Teil der Jüngeren diese Einstellung auch im Alter beibehalten wird.
(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

„Für Menschen, die in Einrichtungen wie Alten- und Pflegeheimen oder in Behinderteneinrichtungen leben, sind präventive Angebote zugänglich zu machen. Hier stehen nicht nur Bewegungs- und Ernährungsangebote im Fokus, sondern auch präventive medizinische Maßnahmen, wie z.B. Zahnprophylaxe und fachärztliche Vorsorgeuntersuchungen.“

Leitlinie Gesundheit

➡ Obwohl der Verbleib in der eigenen Wohnung, d.h. ambulante Versorgungsformen im Falle von Pflegebedürftigkeit präferiert wird und tatsächlich auch die Mehrheit Pflegebedürftiger zu Hause versorgt wird, sollten neben präventiven Angeboten für diese (ambulant versorgte) Zielgruppe auch präventive Maßnahmen für Menschen in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe (also in stationärer Versorgung), wie in der Leitlinie Gesundheit ausgeführt, nicht vergessen werden.
(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Das Ergebnis, wonach die Kosten für eine stationäre Pflegeeinrichtung für Deutsche mit Migrationshintergrund bzw. Ausländerinnen und Ausländer sehr wichtig sind, kann mit der sozioökonomischen Situation in Zusammenhang stehen. Es kann jedoch auch Folge von falschen Vorstellungen oder fehlenden Informationen über die Angebote sein. Der Fachtag 'Eingewandert – alt geworden – hier geblieben', der vom Sozialreferat und dem AK Interkulturelle Altenarbeit im November 2012 veranstaltet wurde, ließ erkennen, dass Ausländerinnen und Ausländer häufig unzureichend über die anfallenden Kosten und Möglichkeiten der Kostenübernahme bei einer stationären Versorgung informiert sind. Es war einigen der beteiligten Ausländerinnen und Ausländer beispielsweise nicht bekannt, dass diese Kosten bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen von staatlicher Seite im Rahmen der Hilfe zur Pflege übernommen werden. Es erscheint daher notwendig, diese Zielgruppen über die Communities verstärkt über die Kosten, inkl. der Finanzierungsmöglichkeiten (z.B. Pflegeversicherungsleistungen, Sozialhilfe), sowie die Grenzen der finanziellen Pflichten von Familienangehörigen bei einer Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung zu informieren.
(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

8.4.2 Einstellungen zu Pflege

Aus gesundheitspolitischer Sicht sind die persönlichen Einstellungen zum Themenkomplex Pflege wichtig. Sie geben Hinweise darauf, wie Menschen sich ihre eigene pflegerische Versorgung vorstellen. Darüber hinaus lassen sich eventuell Hinweise auf das Pflegebereitschaftspotenzial zukünftiger Generationen ablesen.

Aus anderen Studien ist beispielsweise bekannt, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund (Frauen jeweils noch stärker) hohen Wert auf die Körperpflege durch gleichgeschlechtliche Pflege

gekräfte legen oder etwa auf das Ausziehen von Straßenschuhen vor Betreten der Wohnräume⁴⁴². Ebenso ist bekannt, dass die Akzeptanz ambulanter Pflegeeinrichtungen höher ist, wenn diese muttersprachlich und kultursensibel ausgerichtet sind⁴⁴³. Insbesondere die Kommunikation in der eigenen Muttersprache gewinnt nicht zuletzt dann an Bedeutung, wenn aufgrund kognitiver Einschränkungen die sprachlichen Kommunikationsmöglichkeiten ohnedies eingeschränkt sind und die emotionale Bedeutung von Sprache oder Sprachmelodien (bzw. damit verbundenen Heimatgefühlen oder Gefühlen von Geborgenheit) steigt. Und schließlich gibt es innerhalb der großen Gruppe von Migrantinnen und Migranten wiederum deutliche Unterschiede, z.B. ob aus dem Herkunftsland überhaupt Erfahrungen mit professionellen Pflegeanbietern vorhanden sind oder ob es sich um eine Migrationsgruppe handelt, bei der beispielsweise viele Mitglieder im deutschen Pflegesystem beruflich tätig sind und dieses daher bekannt ist.

Bei den Fragestellungen zu diesem Themenfeld lag in der Studie 'Älter werden in München' der Fokus darauf, wie Angebote für Migrantinnen und Migranten ausgestaltet sein müssen bzw. worin sie sich von Personen ohne Migrationshintergrund in ihren Einstellungen zum Thema Pflege unterscheiden⁴⁴⁴.

Grundsätzlich hohe Zustimmung bei den Befragten gibt es beispielsweise bei der Einschätzung, dass erwachsene Kinder aufgrund familiärer und beruflicher Verpflichtungen keine Zeit für die Pflege ihrer Eltern aufbringen könnten. Auch die Notwendigkeit spezieller Dienste für Menschen nicht-deutscher Herkunft wird von vielen der Befragten als wichtig erachtet.

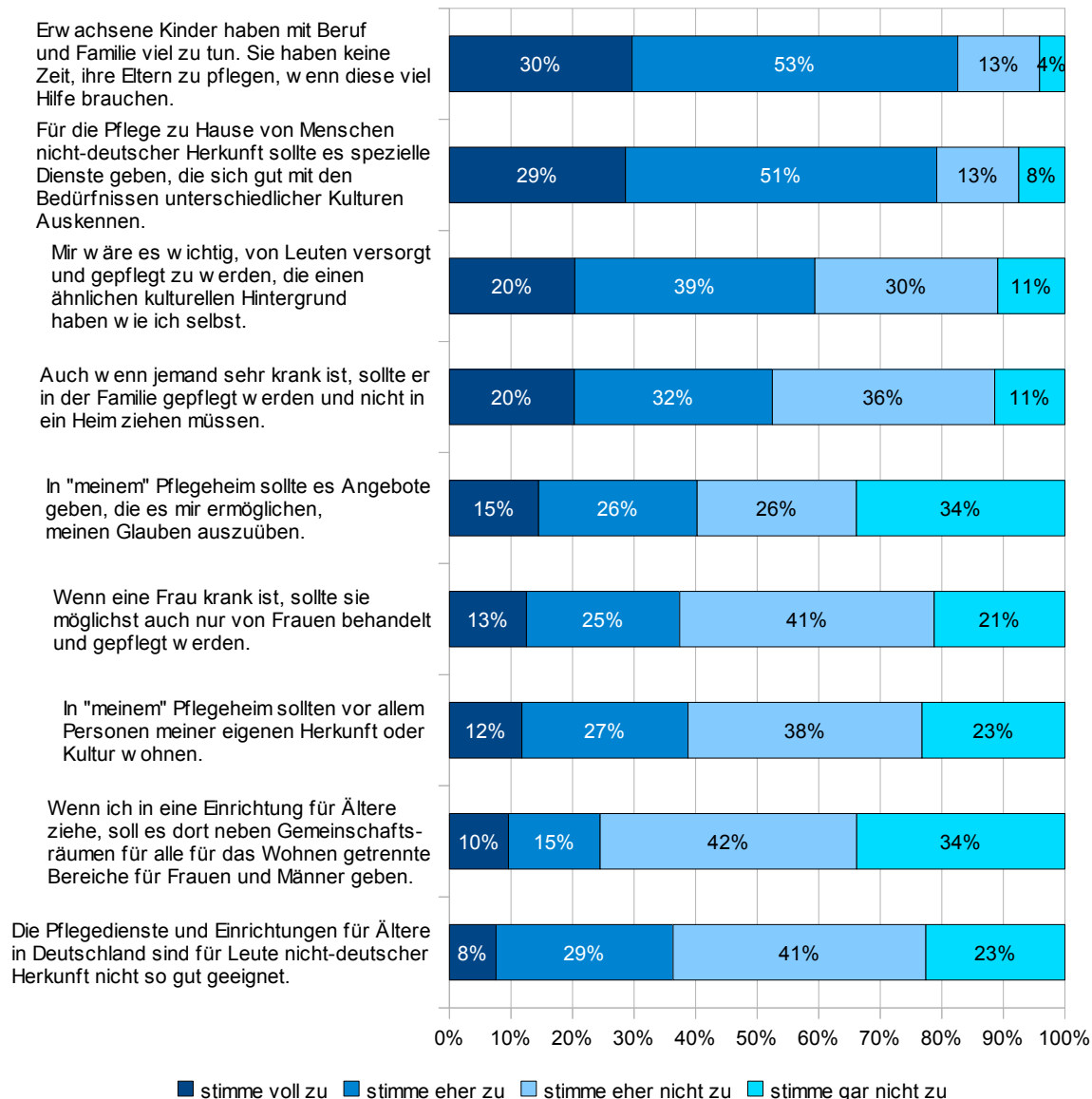
442 Pflegesituation von älteren türkeistämmigen Migranten und Migrantinnen in Berlin. Kerninformation zur ZQP Studie. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment04.pdf> [27.11.2014]

443 Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment00.pdf> [27.11.2014]

444 Frage: Einstellungen zu Pflege: Wie denken Sie über folgende Sätze?

Antwortkategorien: trifft voll zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu – weiß nicht
Die Analysen erfolgten unter Ausschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

Abb. 165: Einstellungen zu Pflege
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=1.283 bis 2.434

Im Folgenden werden nur einige wenige besonders interessante Unterschiede und Ergebnisse zwischen spezifischen Subgruppen dargestellt, insbesondere die Unterschiede nach Migrationshintergrund.

- **Geschlecht**

Männer sind häufiger (57%) der Meinung ('stimme voll/'eher zu') als Frauen (49%), dass auch sehr kranke Personen in der Familie gepflegt werden und nicht ins Heim ziehen sollten⁴⁴⁵. Frauen sind etwas häufiger (40%) der Meinung ('stimme voll/'eher zu'), dass Frauen möglichst nur von Frauen gepflegt werden sollten als Männer (34%)⁴⁴⁶.

- **Migrationshintergrund**

Ausländerinnen und Ausländer stimmen der Aussage häufiger (66%) 'voll/'eher zu', dass sehr kranke Menschen zu Hause gepflegt werden und nicht ins Heim sollten als Deutsche mit Migrationshintergrund (61%) und Deutsche ohne Migrationshintergrund (50%)⁴⁴⁷.

445 Geschlecht n=2.352, p<.001

446 Geschlecht n=2.250, p<.01

447 Migrationshintergrund n=2.246, p<.001

Der Aussage, dass erwachsene Kinder mit Beruf/Familie viel zu tun hätten und deshalb keine Zeit haben, ihre Eltern zu pflegen, stimmen jeweils 83% der Deutschen ohne und mit Migrationshintergrund 'voll'/'eher zu', bei den Ausländerinnen und Ausländern sind es mit 76% etwas weniger⁴⁴⁸. Deutsche mit Migrationshintergrund stimmen häufiger (51%) der Aussage 'voll'/'eher zu', dass Frauen möglichst von Frauen gepflegt werden sollten als Ausländerinnen und Ausländer (45%) und Deutsche ohne Migrationshintergrund (35%)⁴⁴⁹; speziell Frauen mit Migrationshintergrund bzw. Ausländerinnen sogar zu 52% bzw. 48%⁴⁵⁰.

Deutsche mit Migrationshintergrund wünschen auch häufiger (38% 'stimme voll'/'eher zu'), dass es in einer Einrichtung getrennte Wohnbereiche für Männer und Frauen geben sollte, als Ausländerinnen und Ausländer (33%) und Deutsche ohne Migrationshintergrund (22%)⁴⁵¹.

44% der Ausländerinnen und Ausländer sind der Meinung ('stimme voll'/'eher zu'), dass die Pflegedienste und Einrichtungen für ältere Menschen für Personen nicht-deutscher Herkunft nicht so gut geeignet sind, gegenüber 39% der Deutschen mit Migrationshintergrund und 35% der Deutschen ohne Migrationshintergrund⁴⁵².

Der Aussage, dass es für die ambulante Pflege von Menschen nicht-deutscher Herkunft spezielle Dienste geben sollte, die sich mit den Bedürfnissen unterschiedlicher Kulturen auskennen, stimmt insgesamt eine große Mehrheit (79%) zu ('trifft voll'/'eher zu'). Deutsche ohne Migrationshintergrund tun dies häufiger (83%) als Deutsche mit Migrationshintergrund (65%) und Ausländerinnen und Ausländer (64%)⁴⁵³.

Der Wunsch, dass in einem Pflegeheim vor allem Personen der eigenen Herkunft oder Kultur wohnen sollten, wird von 40% der Deutschen ohne Migrationshintergrund geäußert ('stimme voll'/'eher zu'), gegenüber 28% der Deutschen mit Migrationshintergrund und 32% der Ausländerinnen und Ausländer⁴⁵⁴.

Bei der Aussage, ob es wichtig wäre von Leuten gepflegt zu werden, die einen ähnlichen kulturellen Hintergrund haben, gibt es keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund. Gleiches gilt für die Aussage, dass es im eigenen Pflegeheim die Möglichkeit zur Ausübung des eigenen Glaubens geben sollte.

- Einkommensgruppen

Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen gibt es beispielsweise bei der Frage, ob kranke Menschen in der Familie und nicht im Heim gepflegt werden sollten. Personen aus armen Haushalten sind häufiger (71%) der Auffassung ('stimme voll'/'eher zu'), dass kranke Menschen zu Hause und nicht im Heim gepflegt werden sollten als Personen aus reichen Haushalten (48%)⁴⁵⁵.

➡ Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Überzeugung, wonach kranke Menschen zu Hause in der Familie gepflegt werden sollten, bei Menschen mit Migrationshintergrund noch deutlicher ausgeprägt ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Deutsche mit Migrationshintergrund bzw. Ausländerinnen und Ausländer formulieren jedoch keine grundsätzlich anderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung, lediglich die Intensität des Wunsches ist in manchen Bereichen unterschiedlich. Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich des Wunsches nach einer pflegerischen Versorgung von Frauen durch weibliche Pflegekräfte. Diese Präferenzen sollten bei der Ausrichtung von Angeboten berücksichtigt werden.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Spezielle Zielgruppen)

➡ Der Bedarf von speziellen ambulanten Pflegediensten für Menschen nicht-deutscher Kulturen oder Herkunft wird von vielen und in hohem Maße geäußert. Allerdings schätzen Ausländerinnen und Ausländer selbst diesen Bedarf geringer ein als beispielsweise Deutsche ohne Migrationshintergrund. Gleichzeitig sind Ausländerinnen und Ausländer häufiger der Meinung, dass die bestehenden Angebote für diese Zielgruppe nur bedingt geeignet sind. Eine mögliche Interpretation der Ergebnisse ist, dass von (einer Gruppe von) Personen mit Migrationshintergrund einerseits spezielle Pflegedienste gewünscht werden, es aber andererseits auch darum

448 Migrationshintergrund n=2.255, p<.01

449 Migrationshintergrund n=2.149, p<.001

450 Migrationshintergrund, nur weiblich n=1.269, p<.001

451 Migrationshintergrund n=2.203, p<.001

452 Migrationshintergrund n=1.204, p<.05


453 Migrationshintergrund n=1.976, p<.001

454 Migrationshintergrund n=2.308, p<.001

455 Einkommensgruppen n=2.018, p<.001

geht, vorhandene Angebote besser auf diese Zielgruppe auszurichten bzw. zu öffnen. Insofern gilt es, bei der Planung von Angeboten diese heterogenen Wünsche bzw. Aspekte (z.B. als Folge von unterschiedlichen Migrationserfahrungen der ersten, zweiten oder dritten Generation von Migrantinnen und Migranten oder unterschiedlicher Sprachkompetenzen) gleichermaßen zu berücksichtigen.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Spezielle Zielgruppen)

 In einer qualitativ angelegten Studie der Universität Bielefeld 'Gesundheit und Pflege zu Hause' – 'Saba (evde sağlık ve bakım)' wurde die Interventionsmethode 'Storytelling' als unterstützender und selbsthilfeorientierter Ansatz für türkische pflegende Angehörige erprobt. Diese Form des 'Geschichtenerzählens' motiviert die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von ihren Erfahrungen zu berichten. Storytelling stellt nach Ansicht der Autorinnen und Autoren einen 'kulturell angepassten Interventionsansatz' dar⁴⁵⁶. Ähnliche Ansätze könnten eventuell auch in München erprobt werden, und zwar nicht lediglich zur Unterstützung pflegender Angehöriger, sondern generell im Feld der Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Migranten.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Spezielle Zielgruppen)

8.4.3 Pflegepotenzial

Für kommunale Planungen ist das Wissen über das vorhandene Pflegepotenzial (im familiären Umfeld) wichtig. Je weniger familiäre Pflege geleistet wird, desto stärker sind professionelle Angebote notwendig, sei es von Seiten der Pflegekassen oder der Kommune.

8.4.3.1 Pflegepersonen bei eigener Pflegebedürftigkeit

Wie bereits ausgeführt, geben insgesamt nur etwa 2% der Befragten (ca. 50 Personen) an, dass bei ihnen zum Befragungszeitpunkt eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Die nachfolgenden Angaben zur Pflegeperson bei eigener Pflegebedürftigkeit sind aufgrund der geringen Fallzahlen (n=48) sehr vorsichtig zu interpretieren. Die Befragten konnten im Rahmen einer Mehrfachnennung ankreuzen, durch wen sie aktuell unterstützt oder gepflegt werden⁴⁵⁷.

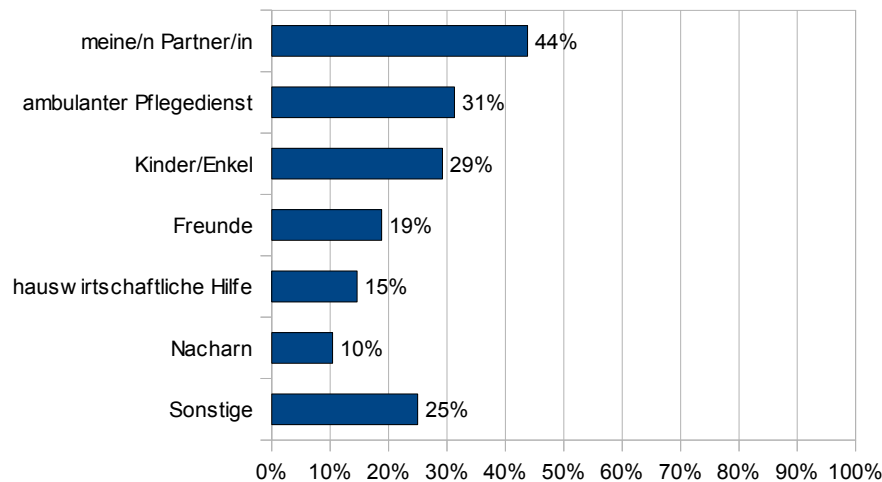
Die meisten (44%) der aktuell Gepflegten werden von der eigenen Partnerin oder dem eigenen Partner betreut, 29% von Kindern oder Enkelkindern. Fast ein Drittel (31%) nutzt ambulante Pflegedienste. 19% geben an, dass Freundinnen oder Freunde bzw. bei weiteren 10% Nachbarinnen oder Nachbarn involviert sind. Eine Unterstützung durch eine Pflegekraft aus dem Ausland wurde von keiner der befragten Personen angegeben. Und nur selten (n<5) ist ein ehrenamtlicher Besuchsdienst oder weitere Verwandte, die im Haus wohnen, in die Pflege eingebunden.

456 Glodny, S./ Yilmaz-Azlan, Y./ Razum, O. (2011): Storytelling als Intervention. Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 44(1):19-26, hier S. 24

457 Frage: Wenn Sie pflegebedürftig sind – durch wen werden Sie derzeit unterstützt oder gepflegt?

Antwortvorgaben (Mehrfachantwort): meine/n Partnerin – Kinder/Enkel – andere Verwandte, die bei mir wohnen – hauswirtschaftliche Hilfe – Freunde – ehrenamtlicher Besuchsdienst – ambulanter Pflegedienst – (Pflege-)Kraft aus dem Ausland, die bei mir wohnt – Sonstige

Abb. 166: Pflegepersonen bei eigener Pflegebedürftigkeit
Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=48

8.4.3.2 Unterstützungspotenziale im Falle eigener Pflegebedürftigkeit

Bei der Auswertung der Frage danach, wer bei einer eventuellen eigenen Pflegebedürftigkeit als mögliche unterstützende Person in Frage käme, wurden jeweils die Befragten ausgeschlossen, die angaben, dass sie nicht über eine Person aus der genannten Gruppe verfügen⁴⁵⁸.

Im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit, gehen die Befragten am ehesten davon aus, dass ihre Partnerin oder ihr Partner die Pflege übernehmen würde. Danach folgen Kinder/Enkelkinder. Nur wenige gehen davon aus, dass die Pflege vom Freundeskreis, sonstigen Verwandten oder Nachbarinnen bzw. Nachbarn übernommen wird.

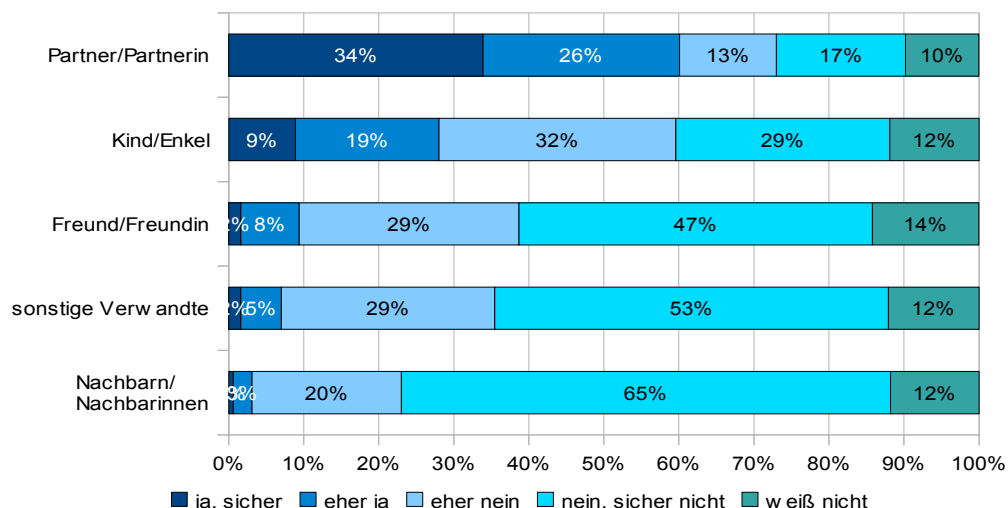
Selbst bei Vorhandensein einer Partnerin bzw. eines Partners, gehen nicht alle, sondern lediglich drei Fünftel (60%) der Befragten davon aus, dass die Partnerin oder der Partner die Pflege ('ja sicher'/'eher ja') übernehmen würde. 30% gehen davon aus, dass dies nicht ('eher nein'/'nein, sicher nicht') der Fall sein wird und weitere 10% geben hier 'weiß nicht' an.

458 Frage: Wenn Sie einmal selbst umfangreiche Pflege zuhause bräuchten: Gehen Sie davon aus, dass....

Antwortvorgaben: dies Ihr Partner/Ihre Partnerin übernehmen würde? – dies ein Kinder oder ein Enkel/eine Enkelin übernehmen würde? – dies sonstige Verwandte übernehmen würden? – dies ein Freund/eine Freundin übernehmen würde? – dies Nachbarn übernehmen würden?

Antwortkategorien: habe ich nicht – ja, sicher – eher ja – eher nein – nein, sicher nicht – weiß nicht

Abb. 167: Einschätzung, wer die eigene Pflege übernehmen würde
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=1.944 / 1.966 / 2.232 / 2.048 / 2.261

Auf Basis differenzierterer Auswertungen des durchführenden Instituts⁴⁵⁹ zeigt sich, dass insgesamt lediglich 31% (etwa ein Drittel) der Befragten davon ausgehen, dass sie sicher ('ja, sicher') auf irgendeine Person aus den oben genannten Gruppen zurückgreifen könnten, die die Pflege übernehmen würde. Weitere 30% gehen davon aus, dass sie eher ('eher ja') eine solche Person hätten. Besonders interessant erscheint an dieser Stelle, dass bei den befragten Frauen mit 25% und bei den Alleinlebenden mit 10% diese Werte ('ja, sicher') noch einmal deutlich niedriger liegen, d.h. recht viele der Befragten gehen nicht davon aus, dass sicher irgendeine Person die eigene Pflege übernehmen würde.

➡ Angesichts der Tatsache, dass die Anzahl älterer Alleinlebender in einer Großstadt wie München deutlich steigt, ergeben sich hier durchaus dringende kommunale Handlungsbedarfe. So könnte es beispielsweise sinnvoll sein, im Austausch mit anderen Großstädten mehr über eventuell bereits erprobte Modelle zu erfahren oder einen Erfahrungsaustausch in Gang zu setzen, wie dort mit dem sinkenden (familiären) Pflegepotenzial umgegangen wird und welche Modelle (beispielsweise des Case Managements) dort erprobt werden, um Alleinlebende besser unterstützen zu können⁴⁶⁰.

(HF Spezielle Zielgruppen, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

8.4.3.3 Beteiligung an der Pflege anderer Personen

Wie an anderer Stelle ausgeführt, sind nur etwa 2% der Befragten selbst pflegebedürftig. Die Beteiligung von Familienangehörigen, Freundinnen und Freunden bzw. Bekannten an der Pflege anderer Personen ist ein wichtiger Baustein in der pflegerischen Versorgungsstruktur.

Zum Befragungszeitpunkt waren etwa 10% der Befragten an der Pflege einer anderen Person beteiligt. 4% geben an, die Hauptpflegeperson zu sein⁴⁶¹.

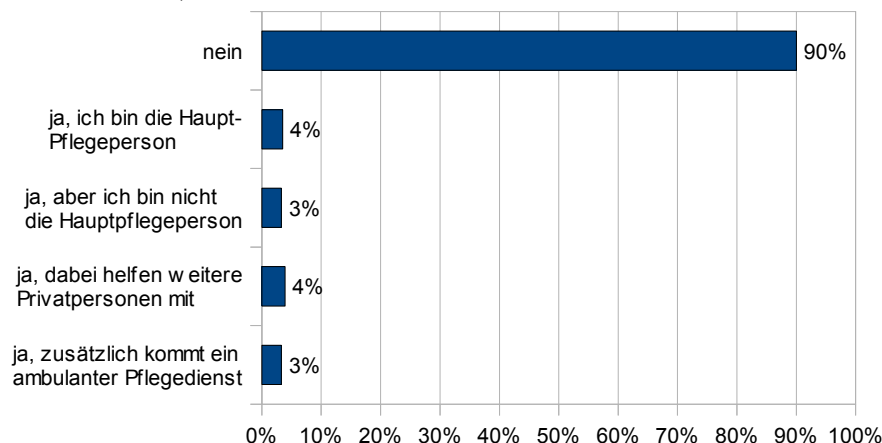
459 Zur Berechnungsweise siehe Endbericht der Studie 'Älter werden in München'. www.muenchen.de/aelterwerden.

460 Siehe auch das Projekt/Schulungsprogramm der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zur Unterstützung alleinlebender Menschen mit Demenz. <http://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/projekte/projekt-allein-lebende-demenzranke.html> [19.02.2015]

461 Frage: Sind Sie aktuell an der häuslichen Pflege einer pflegebedürftigen/behinderten Person aktiv beteiligt?

Antwortvorgaben (Mehrfachantwort): nein – ja, ich bin die Hauptpflegeperson – ja, aber ich bin nicht die Hauptpflegeperson – ja, dabei helfen weitere Personen mit – ja, zusätzlich kommt ein ambulanter Pflegedienst

Abb. 168: Aktuelle Beteiligung an der Pflege einer anderen Person
Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle

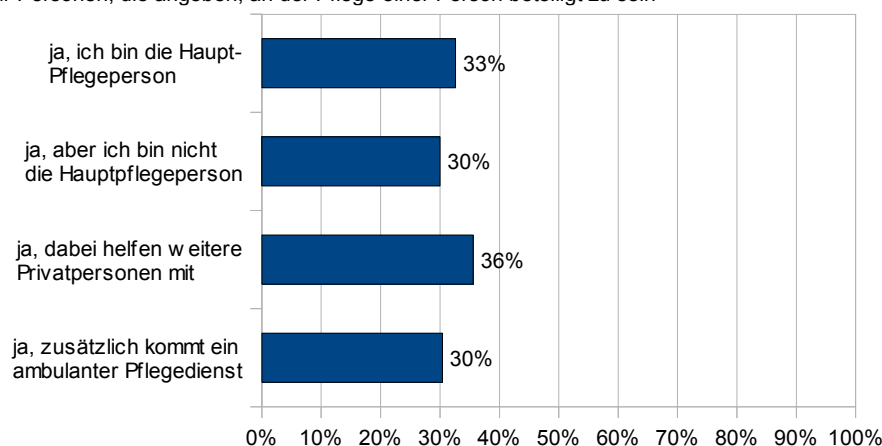


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.688

Werden nur jene Personen in die Analyse eingeschlossen, die aktuell selbst an der Pflege einer anderen Person beteiligt sind, zeigt sich folgendes Bild. Ein Drittel (33%) gibt an, als Hauptpflegeperson involviert zu sein. Weitere 36% werden dabei von anderen Privatpersonen unterstützt und 30% von einem ambulanten Pflegedienst.

Abb. 169: Ausmaß des Engagements von Personen, die an der Pflege einer anderen Person aktuell beteiligt sind

Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle
nur Personen, die angeben, an der Pflege einer Person beteiligt zu sein



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=270

Nachfolgend sind einige interessante Unterschiede bezüglich der üblicherweise differenzierten Subgruppen dargestellt. Zunächst wird jeweils angegeben, wie viele der Befragten überhaupt an der Pflege einer anderen Person beteiligt sind. Für die Analysen zum Ausmaß der Beteiligung wurden dann jeweils nur jene Personen einbezogen, die derzeit aktuell pflegen.

Männer und Frauen geben gleichermaßen häufig an, aktuell nicht an der Pflege einer anderen Person beteiligt zu sein⁴⁶². Wenn sie dies jedoch sind, sind Frauen häufiger (39%) als Männer (22%) als Hauptpflegeperson engagiert⁴⁶³.

Befragte der älteren Gruppe sind aktuell etwas weniger an der Pflege einer anderen Person beteiligt⁴⁶⁴. Wenn sie beteiligt sind, geben Befragte aus der älteren Gruppe (65 bis 74 Jahre) häufiger an, die Hauptpflegeperson zu sein (41%) versus 25% der jüngeren Gruppe⁴⁶⁵.

Zwischen Deutschen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich keine relevanten Unterschiede.

462 Geschlecht n=2.668, nicht sig.

463 an Pflege beteiligt: Geschlecht n=268, p<.01

464 Altersgruppen n=2.655, p<.001

465 an Pflege beteiligt: Altersgruppen n=266, p<.01

Es gibt signifikante Unterschiede bei der Einbindung von Alleinlebenden und Nicht-Alleinlebenden in aktuelle Pflegeaktivitäten, diese sind jedoch sehr gering: 92% der Alleinlebenden und 89% der Nicht-Alleinlebenden pflegen aktuell nicht⁴⁶⁶. Wenn Alleinlebende in Pflege eingebunden sind, sind sie seltener als Hauptpflegeperson engagiert, aber immerhin geben 21% der engagierten Alleinlebenden an, derzeit Hauptpflegeperson einer anderen Person zu sein versus 38% der Nicht-Alleinlebenden⁴⁶⁷.

Personen aus reichen Haushalten geben häufiger (93%) als Personen aus armen Haushalten (85%) an, dass sie aktuell nicht an der Pflege einer anderen Person beteiligt sind⁴⁶⁸. Werden nur die Personen betrachtet, die aktuell pflegen, so zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Beziehung zu den gepflegten Personen

Aus gesundheits- und sozialplanerischer Perspektive auf kommunaler Ebene, aber auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, ist es wichtig zu wissen, auf welchen Personenkreis sich die Pflegebereitschaft der Bevölkerung erstreckt⁴⁶⁹.

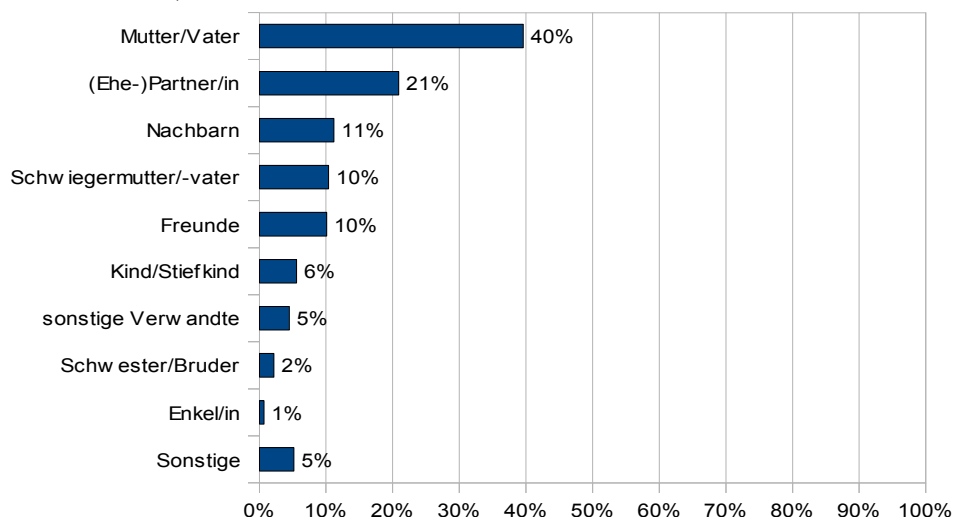
Es ist darauf hinzuweisen, dass nachfolgende Daten aufgrund der geringen Fallzahlen nur sehr vorsichtig zu interpretieren sind.

Von den Befragten, die derzeit aktiv in die Pflege einer anderen Person eingebunden sind, geben 40% an, dass sie die eigene Mutter bzw. den eigenen Vater pflegen und 10% die Schwiegermutter bzw. den Schwiegervater. Ein weiteres Fünftel (21%) pflegt die Ehepartnerin oder den Ehepartner, 6% das eigene Kind und 1% das Enkelkind.

Interessant ist, dass jeweils etwa ein Zehntel aktiv mit in die Pflege von benachbarten oder befreundeten Personen eingebunden ist.

Abb. 170: Beziehung zur aktuell gepflegten Person

Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13 n=268

Die weiteren Differenzierungen müssen aufgrund der geringen Fallzahlen erneut sehr vorsichtig interpretiert werden⁴⁷⁰. Es werden nur einige besonders interessante Ergebnisse berichtet.

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich lediglich signifikante Unterschiede bei den Schwiegereltern, wobei Männer etwas häufiger angeben, diese derzeit zu pflegen⁴⁷¹.

Es zeigen sich Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Während von den Älteren 33% die eigene Partnerin oder den eigenen Partner pflegen, sind es in der jüngeren Gruppe mit 11% deutlich weniger⁴⁷². Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, da mit steigendem Alter das Risiko einer Pflegebedürftigkeit steigt. Dagegen sind die Jüngeren häufiger in die Pflege der eigenen Eltern

466 Alleinlebende n=2.651, p<.01

467 an Pflege beteiligt: Alleinlebende n=267, p<.01

468 Einkommensgruppen n=2.286, p<.01

469 Frage: In welcher Beziehung steht die pflegebedürftige Person zu Ihnen?

Antwortvorgaben (Mehrfachantwort): (Ehe-)Partner/in – Mutter/Vater – Kind/Stiefkind – Enkel/in – Schwiegermutter/-vater – Schwester/Bruder – sonstige Verwandte – Freunde – Nachbarn – Sonstige

470 Insbesondere werden Unterschiede nach Migrationshintergrund aufgrund der geringen Fallzahlen nicht berichtet.

471 Schwiegereltern: Geschlecht n=266, p<.001

472 (Ehe)partner/in: Altersgruppen n=264, p<.001

(53%) eingebunden als die Älteren (22%), bei denen die Eltern vermutlich öfter bereits verstorben sind⁴⁷³.

Alleinlebende sind aus naheliegenden Gründen weniger in die Pflege von (Ehe-)Partnerinnen oder (Ehe-)Partnern bzw. von Schwiegereltern eingebunden. Statt dessen pflegen sie häufiger Personen aus dem Freundeskreis und der Nachbarschaft⁴⁷⁴.

8.4.3.4 Generelle Pflegebereitschaft

In einer weiteren Frage sollte die generelle Bereitschaft zur Pflege einer anderen Person eruiert werden⁴⁷⁵. Die Analysen erfolgten bewusst für alle Personen, die geantwortet haben, ungeachtet dessen, ob sie tatsächlich eine Partnerin oder einen Partner, Kinder oder Geschwister haben. Dieser Weg wurde deshalb gewählt, weil die grundsätzlichen Bereitschaften bzw. Einstellungen zur Pflege analysiert werden sollten, die darüber Auskunft geben können, inwieweit verwandtschaftliche oder nicht-verwandtschaftliche Beziehungen als verpflichtend erlebt werden⁴⁷⁶.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bereitschaft, hauptverantwortlich für die Pflege einer anderen Person zur Verfügung zu stehen, erwartungsgemäß am höchsten gegenüber den eigenen, direkten Familienangehörigen ist (d.h. Partnerin oder Partner mit 51% oder Kinder mit 37%). Schon bei den eigenen Eltern oder Schwiegereltern geben nur noch wenige (8%) an, dass sie als Hauptpflegeperson fungieren würden, bei den Geschwistern sinkt der Anteil auf 5%.

So gut wie keine Bereitschaft, in der Funktion als Hauptpflegeperson tätig zu werden, gibt es im Hinblick auf Freundinnen und Freunde (2%) oder Nachbarinnen und Nachbarn (1%).

Allerdings ist das Potenzial für die Übernahme von ergänzenden Hilfen im Falle der Pflegebedürftigkeit im eigenen Freundeskreis oder in der Nachbarschaft durchaus hoch. Kleinere Hilfen für Freundinnen und Freunde können sich 43% der Befragten vorstellen, für Nachbarinnen und Nachbarn 48%. Bei Freundinnen und Freunden würde sich darüber hinaus fast ein Viertel (22%) bereit erklären, verbindlicher zur Verfügung zu stehen, wenn die Unterstützung gemeinsam mit mehreren Helferinnen und Helfern gewährleistet wird.

Interessant ist, dass die Übernahme von Pflegeaufgaben für Geschwister von 20% generell abgelehnt wird, bei Freundinnen und Freunden hingegen mit 15% sogar weniger der Befragten dies generell nicht möchten.

473 Mutter/Vater: Altersgruppen n=264, p<.001

474 (Ehe)partner/in: Alleinlebende n=265, p<.001; Schwiegereltern: Alleinlebende: n=265, p<.05; Freunde: Alleinlebende n=265, p<.05; Nachbarn: Alleinlebende n=265, p<.05

475 Frage: Wenn eine der nachfolgenden Personen in nächster Zeit gepflegt werden müsste, wären Sie prinzipiell bereit, sich an der Versorgung zu beteiligen und in welcher Intensität?

Antwortvorgaben: (Ehe-)Partner – Eltern/Schwiegereltern – Kinder – Geschwister – Freunde – Nachbarn

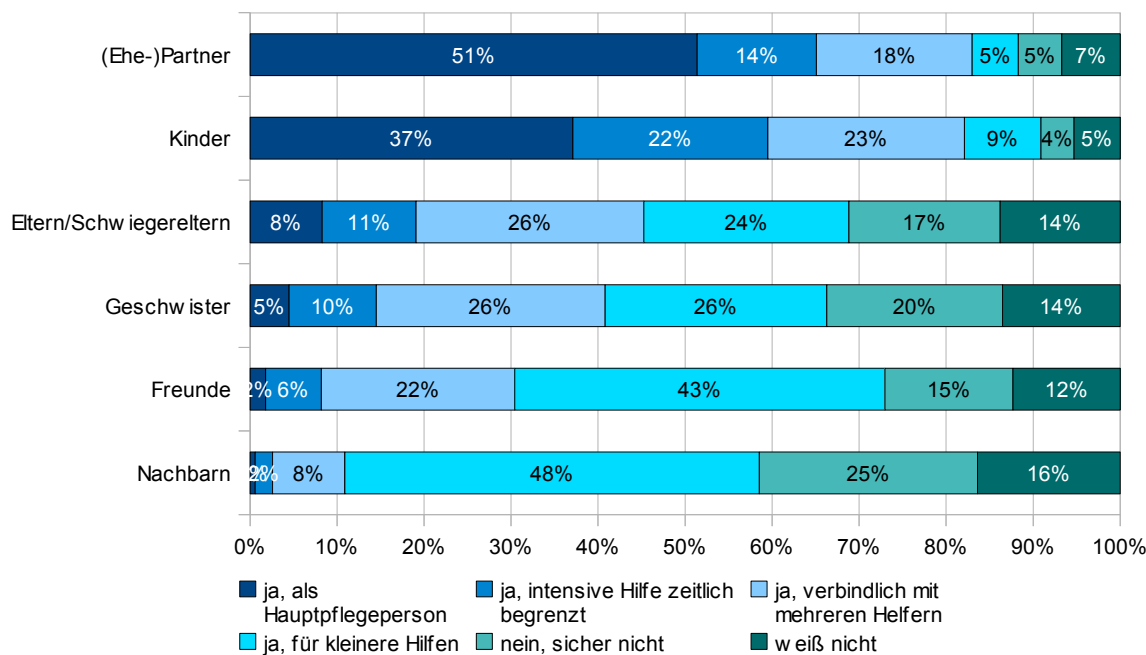
Antwortkategorien: ja, als Hauptpflegeperson - ja, intensive Pflege zeitlich begrenzt – ja, verbindlich mit mehreren Helfern – ja, für kleinere Hilfen – nein, sicher nicht – weiß nicht

Die Analysen erfolgten unter bewusst unter Einschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten.

476 In der Langfassung des Berichts zur Studie 'Älter werden in München' wurden die Personen ausgeschlossen, die an anderer Stelle im Fragebogen angegeben hatten, nicht über eine Partnerin bzw. einen Partner, ein Kind etc. zu verfügen. Die Ergebnisse sind von der Tendenz jedoch identisch.

Abb. 171: Generelle Bereitschaft zur Übernahme von pflegerischen Aufgaben bei anderen Personen

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
 n=1.884 / 1.673 / 933 / 1.697 / 2.228 / 2.249⁴⁷⁷

Von den differenzierteren Analysen werden an dieser Stelle nur einige besonders relevante benannt. Die Analysen erfolgten bewusst unter Einschluss der Personen, die 'weiß nicht' angegeben hatten sowie für alle alle Personen, die geantwortet haben, ungeachtet dessen, ob sie tatsächlich Partnerinnen und Partner, Kinder oder Geschwister haben.

- Geschlecht

Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Bereitschaft, die eigene (Ehe-)Partnerin oder den eigenen (Ehe-)Partner zu pflegen⁴⁷⁸. Aber anders als vielleicht erwartet, sind die befragten Männer sogar etwas häufiger (53%) als Frauen (49%) dazu bereit, ihre Partnerin oder ihren Partner als Hauptverantwortlicher zu pflegen. Frauen geben auch häufiger an, dies 'sicher nicht' tun zu wollen (8% versus 3% der Männer).

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es bei der Bereitschaft zur Pflege von Eltern/Schwiegereltern oder der eigenen Kinder.

Zur Pflege der eigenen Geschwister sind Frauen tendenziell etwas häufiger bereit, wobei beide Geschlechter hier nur selten als Hauptpflegeperson zur Verfügung stehen möchten, sondern eher bereit für zeitlich begrenzte Hilfen, kleinere Hilfen oder Unterstützung in Kooperation mit anderen Helferinnen und Helfern wären⁴⁷⁹.

Für die Pflege von Freundinnen und Freunden⁴⁸⁰ signalisieren beide Geschlechter durchaus Unterstützungsbereitschaft in einem System von Helferinnen und Helfern oder für kleinere Hilfen, Frauen jedoch häufiger. Und bei Nachbarinnen und Nachbarn⁴⁸¹ wird durchaus Bereitschaft für kleinere Hilfen signalisiert, auch hier wiederum von Frauen häufiger.

477 Die teilweise deutlich von der Gesamtzahl der im Rahmen der Studie Befragten abweichenden n sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass Personen, die beispielsweise keine (Ehe-)Partnerin bzw. keinen (Ehe-)Partner oder Eltern (mehr) haben, diese Frage gar nicht beantwortet haben.

478 Geschlecht: (Ehe-)Partnerin n=1.872, p<.001

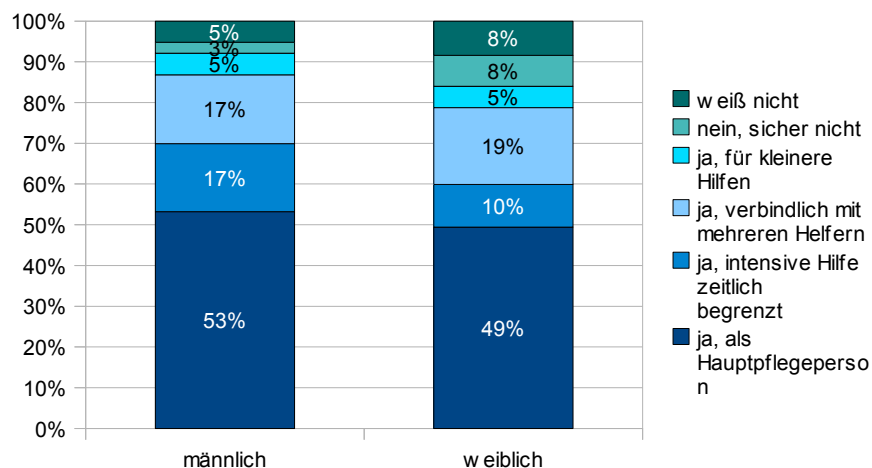
479 Geschlecht: Geschwister n=1.689, p<.05

480 Geschlecht: Freude n=2.215, p<.01

481 Geschlecht: Nachbarn n=2.235, p<.001

Abb. 172: Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben bei der Pflege der eigenen (Ehe-)Partnerin oder des eigenen (Ehe-)Partners nach Geschlecht

in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=1.872, p<.001

- Altersgruppen

Die älteren Befragten geben deutlich häufiger (56%) an, dass sie als Hauptpflegeperson für ihre Partnerin oder ihren Partner fungieren würden als die Jüngeren (46%)⁴⁸². Dagegen wären die Jüngeren eher bereit, ihre eigenen Kinder als Hauptpflegeperson zu pflegen (40% versus 35% der Älteren)⁴⁸³.

Die Älteren lehnen es häufiger explizit ab ('nein, sicher nicht'), sich bei den eigenen Eltern/Schwiegereltern, den Geschwistern oder Freundinnen und Freunden an der pflegerischen Versorgung zu beteiligen⁴⁸⁴.

- Migrationshintergrund

Es gibt keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund bei der Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben bei der Pflege von (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partnern. Ausländerinnen und Ausländer wären in stärkerem Ausmaß (48%) als Deutsche mit (39%) und Deutsche ohne Migrationshintergrund (36%) bereit, bei den eigenen Kindern die Hauptverantwortung im Pflegefall zu übernehmen⁴⁸⁵.

- Einkommensgruppen

Personen aus armen Haushalten (51%), aus Haushalten der unteren Mitte (51%) und Haushalten der oberen Mitte (52%) sind deutlich häufiger bereit, die Hauptverantwortung für die (Ehe-)Partnerin oder den (Ehe-)Partner im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu übernehmen als Personen aus reichen Haushalten (42%)⁴⁸⁶. Letztere sind eher zu zeitlich begrenzten Hilfen oder zu Hilfen in Kooperation mit anderen Helferinnen und Helfern bereit.

Ähnliches gilt von der Tendenz auch für die Übernahme von Tätigkeiten bei der Pflege von Eltern/Schwiegereltern oder Kindern⁴⁸⁷.

Die geringere Bereitschaft von Personen aus reichen Haushalten zur Übernahme von umfangreichen Aufgaben als Hauptpflegeperson könnte unter anderem darin begründet sein, dass für Personen mit hohem Einkommen die finanziellen Verluste bei (teilweiser) Aufgabe der Berufstätigkeit zugunsten der häuslichen Pflege meist besonders hoch wären. Und es bei diesen Personen häufig finanziell rentabler ist, die eigene Berufstätigkeit fortzuführen und professionelle Pflege für einen pflegebedürftigen Angehörigen zu organisieren. Außerdem ist es für diese Gruppe aufgrund der vorhandenen finanziellen Mittel grundsätzlich leichter möglich, sich diese Leistungen zusätzlich zu besorgen.

482 Altersgruppen: (Ehe-)Partner n=1.869, p<.001

483 Altersgruppen: Kinder n=1.660, p<.001

484 Altersgruppen: Eltern/Schwiegereltern n=924, p<.001; Geschwister n=1.677, p<.001; Freunde n=2.207, p<.001

485 Migrationshintergrund: Kinder n=1.595, p<.05

486 Einkommensgruppen: (Ehe-)Partner n=1.579, p<.001

487 Einkommensgruppen: Eltern/Schwiegereltern n=807, p<.001; Kinder n=1.445, p<.01

- Alleinlebende

Die Bereitschaft bei Freundinnen und Freunden Aufgaben im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu übernehmen ist bei Alleinlebenden tendenziell etwas ausgeprägter⁴⁸⁸. Allerdings sind auch hier sehr wenige 3% bereit, als Hauptpflegeperson zu fungieren (gegenüber 1% der Nicht-Alleinlebenden). Aber 26% der Alleinlebenden versus 20% der Nicht-Alleinlebenden wären bereit, verbindlich mit mehreren Helferinnen und Helfern Aufgaben zu übernehmen. Alleinlebende lehnen es etwas weniger häufig (12%) generell ab, sich bei Freundinnen und Freunden überhaupt zu beteiligen, als Nicht-Alleinlebende (17%).

➡ Erwartungsgemäß weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es bei der Pflegebereitschaft eine deutliche Abstufung gibt, wonach die Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben bei der Pflege enger Verwandter, vor allem der (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner, der eigenen Kinder, gefolgt von Eltern/Schwiegereltern, deutlich höher ist als bei nicht-verwandten Personen. Dabei ist es aber keinesfalls selbstverständlich, dass Pflege in hoher Intensität für enge Verwandte übernommen wird, sollte diese in nächster Zeit notwendig werden. Die eigene (Ehe-)Partnerin oder den eigenen (Ehe-)Partner würde nur etwa die Hälfte als Hauptpflegeperson unterstützen und selbst bei der älteren Gruppe, die nicht mehr berufstätig ist, ist es nur etwas mehr als die Hälfte. Allerdings können hier bereits eigene körperliche Beeinträchtigungen eine gewisse Rolle spielen.

Für kommunale Planungen heißt das, dass komplementäre Versorgungsstrukturen im Bereich der pflegerischen Versorgung wichtig sind und so ausgestaltet sein sollten, dass sie es älteren Menschen ermöglichen, ihre Bereitschaft zur Übernahme von begrenzten, kleineren Hilfen in einem Verbund von Helferinnen und Helfern einzubringen. Case Management könnte hier eine geeignete Form sein, um Hilfenetze von Beginn an zu etablieren oder in Umbruchphasen zu stabilisieren und die Ressourcen der Beteiligten schonend zu organisieren.

Besonders wichtig könnten unterstützende und koordinierende Angebote bei der Pflege von Freundinnen und Freunden oder Nachbarinnen und Nachbarn sein, da hier eine (überraschend) hohe Bereitschaft zur Übernahme von begleitenden und unterstützenden Aufgaben in begrenztem und überschaubarem Maße abgeleitet werden kann. Diese ist umso höher, je enger das Verhältnis zu den Nachbarinnen und Nachbarn ist⁴⁸⁹. Dieses Potenzial bei den Befragten wird allerdings häufig mit bestimmten Bedingungen verknüpft. Der Ausgestaltung und Unterstützung von geteilten Pflegearrangements, z.B. durch Case Management bei professionellen Dienstleistern oder Beratungsstellen, kommt deshalb zukünftig hohe Bedeutung zu.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Interessant und gesundheits-/sozialpolitisch hoch relevant ist ebenso, dass Frauen offensichtlich zukünftig nicht (mehr) so leicht der ihnen zugeschriebenen Rolle der häuslich Pflegenden nachkommen wollen. Die von ihnen geäußerte Bereitschaft zur Übernahme von pflegerischen oder unterstützenden Aufgaben ist teilweise sogar geringer als die von Männern, jedenfalls aber nicht – wie vielleicht immer noch erwartet oder unterstellt – deutlich höher als die des anderen Geschlechts. Es könnte aber auch sein, dass die Bereitschaft bei Männern gestiegen ist. Davon unabhängig ist zu konstatieren, dass auch Männer durchaus Bereitschaft zur Übernahme von pflegerischen Aufgaben und Unterstützung signalisieren. Dies sollte bei der Planung von Angeboten berücksichtigt werden, z.B. in Form spezieller Pflegekurse oder Angehörigengruppen für pflegende Männer und verstärkter Information über begleitende und unterstützende ehrenamtliche Hilfen.

(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Wenngleich in sozialpolitischen Debatten oftmals die – nicht zuletzt einsparungsorientierte – These bzw. der Wunsch formuliert wird, dass ehrenamtlich Engagierte und nachbarschaftliche Bezüge die familiären Bezüge, z.B. im Bereich der unterstützenden Begleitung von Pflegebedürftigen, ersetzen könnten, zeigen die Daten, dass diese Hoffnungen so nicht erfüllt werden. Freundschaftliche oder nachbarschaftliche Beziehungen – und damit eventuell verbundene Hilfen – können kein Ersatz für Familien sein. Und auch die Potenziale an innerfamiliärer Unterstützung im Pflegefall sind durchaus begrenzt. Komplementäre Unterstützung durch professio-

488 Alleinlebende: Freunde n=2.206, p<.001

489 vgl. Endbericht der Studie 'Älter werden in München', www.muenchen.de/aelterwerden

nelle und ehrenamtliche Angebote werden deshalb wohl an Bedeutung gewinnen.
(HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

8.5 Informationsverhalten

„Das Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München informiert auf Internetseiten, in Broschüren und Veranstaltungen über wichtige Gesundheitsthemen und -aktionen für alle Bevölkerungsgruppen und baut diese Informationsangebote kontinuierlich aus.“
Leitlinie Gesundheit

Das Wissen darüber, welche Wege und Medien ältere Menschen nutzen, um sich zu informieren, ist wichtig, um Informationen über gesundheitsbezogene Angebote an die gewünschte Zielgruppe zu bringen.

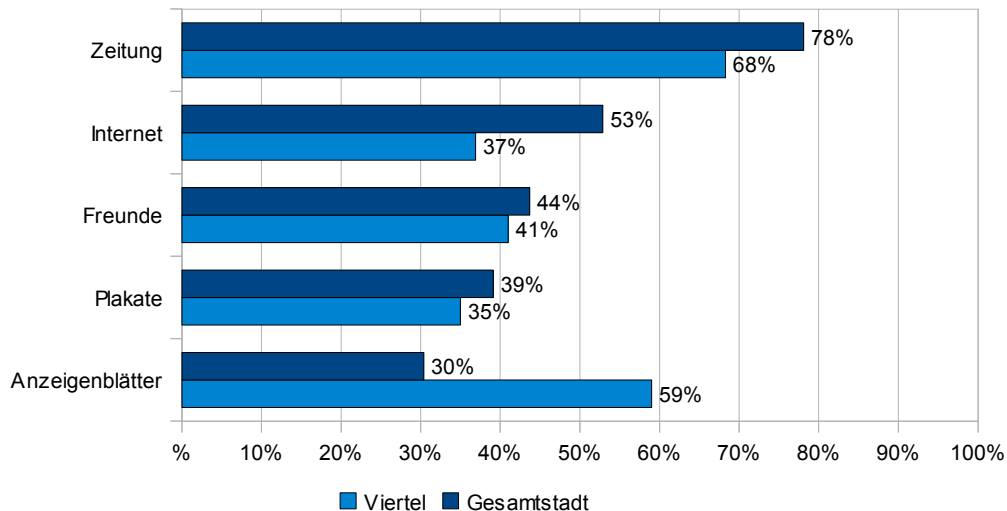
Für den pflegerischen Bereich ist aus einer Studie der Charité Berlin beispielsweise bekannt, dass bei türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten mit Pflegebedarf ein hohes Informationsdefizit über die Leistungen der Pflegeversicherung vorliegt⁴⁹⁰. Eine weitere Studie ergab, dass Informationsvermittlung über muttersprachige Presse oder Fernsehkanäle oder über Migrantenorganisationen/Communities und religiöse Gemeinden zweckmäßig sein kann⁴⁹¹.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie wurden gefragt, wie sie sich über kulturelle und soziale Angebote informieren, die in ihrem Viertel bzw. in der Gesamtstadt angeboten werden⁴⁹².

Überwiegend informieren sich die Befragten per Zeitung über das Geschehen im Viertel (68%) bzw. der Gesamtstadt (78%). Aber auch das Internet ist von hoher Relevanz, vor allem bei Angeboten auf gesamtstädtischer Ebene (53%). Für das Geschehen im Viertel sind die örtlichen Anzeigenblätter eine wichtige Informationsquelle, die von 59% der Befragten genutzt werden. Freundinnen und Freunde sind ebenfalls eine relevante Informationsquelle.

Abb. 173: Informationsverhalten über kulturelle und soziale Angebote im Viertel oder der Gesamtstadt

Mehrfachantwort, in Prozent der Fälle



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.663 / 2.517

Differenzierte Analysen spezieller Zielgruppen lassen Hinweise auf Unterschiede im Informationsverhalten zu⁴⁹³.

490 Pflegesituation von älteren türkeistämmigen Migranten und Migrantinnen in Berlin. Kerninformation zur ZQP Studie. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment04.pdf> [27.11.2014]

491 Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment00.pdf> [27.11.2014]

492 Frage: Wie informieren Sie sich über kulturelle und soziale Angebote und über das örtliche Geschehen?

Antwortvorgaben (Mehrfachantwort): Zeitung – Anzeigenblätter – Internet – Plakate – Freunde

jeweils bezogen auf: in Ihrem Viertel – in der Gesamtstadt

493 Die als signifikant benannten Unterschiede zwischen den analysierten Tätigkeiten weisen jeweils einen Signifikanzwert von min-

Frauen informieren sich über Angebote im Viertel und in der Gesamtstadt häufiger als Männer über den Freundeskreis, nutzen das Internet weniger als Informationsquelle, dafür häufiger Anzeigenblätter.

Die älteren Befragten informieren sich über Angebote im Viertel und in der Gesamtstadt häufiger über die Zeitung als die Jüngeren und weniger als Jüngere über Plakate oder Freundinnen und Freunde. Deutlich häufiger informieren sich die jüngeren Befragten über das Internet.

Ausländerinnen und Ausländer nutzen die Zeitung zur Information über stadtweite Angebote weniger, dafür Anzeigenblätter und den Freundeskreis häufiger. Bei der Suche nach Angeboten im Viertel nutzen Ausländerinnen und Ausländer häufiger Plakate. Bezüglich der Internetnutzung sind keine Unterschiede erkennbar⁴⁹⁴.

Personen aus armen Haushalten nutzen zur Information über stadtweite Angebote die Zeitung etwas seltener als Personen aus reichen Haushalten und auch seltener den Freundeskreis. Sowohl für stadtweite als auch viertelspezifische Angebote nutzen Personen aus armen Haushalten seltener das Internet als Personen aus Haushalten mit höherem Einkommen. Dagegen nutzen sie deutlich öfter Anzeigenblätter, um sich über Angebote im Viertel bzw. der Gesamtstadt zu informieren.

Personen mit schlechterem Gesundheitszustand nutzen das Internet deutlich seltener und den Freundeskreis etwas weniger zur Informationsgewinnung als Personen mit besserem Gesundheitszustand, dafür nutzen sie Anzeigenblätter tendenziell etwas häufiger.

➡ Um ältere Menschen und Menschen mit (gesundheitlichen) Benachteiligungen über konkrete Angebote gezielt zu informieren, ist auf Basis dieser Daten nach wie vor die Zeitung ein wichtiges Informationsmedium, insbesondere die lokalen Anzeigenblätter.

Das Internet ist inzwischen eine wichtige Informationsquelle, stärker bei Männern als bei Frauen. Im Sinne eines Kohorteneffekts kann jedoch auf eine zukünftig stärkere Nutzung des Internets durch die älteren Generationen geschlossen werden. Noch wird es aber insbesondere von den sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen weniger häufig genutzt.

Die Unterschiede im Informationsverhalten müssen bei entsprechenden Maßnahmen berücksichtigt werden.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund ganz gut über Anzeigenblätter erreicht werden können und sie zudem viele Informationen über Freundinnen und Freunde erhalten. Da sie darüber hinaus vergleichsweise häufiger Informationen von Plakaten nutzen, könnte verstärkt darüber nachgedacht werden, ob, wie und wo Plakataktionen (mehrsprachig) zu gesundheitsrelevanten oder sozialen Themen erfolgreich sein könnten. Neben Arztpraxen mit einem hohem Anteil von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund oder Apotheken, kommen auch Treffpunkte, gut frequentierte Gaststätten oder Einrichtungen der Migrant*innencommunities in Betracht, um hier gezielt Informationen zu verbreiten.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung, HF Spezielle Zielgruppen)

8.6 Wünsche und Forderungen zu gesundheitsrelevanten Themenbereichen an die LH München

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie wurden zu Ende des Fragebogens gebeten, anzugeben, in welchen Bereichen die LH München sich besonders engagieren sollte⁴⁹⁵. Einige Aspek-

destens $p < .05$ auf.

494 Diese Ergebnisse decken sich nur teilweise mit einer Studie zum Informationsverhalten von türkisch-, russisch- und deutschsprachigen Personen, in der beispielsweise festgestellt wurde, dass die beiden zuerst genannten Gruppen sich deutlich häufiger über die Zeitung informieren, während Deutsche sich häufiger über das Internet informieren. vgl. Walter, Ulla et al (2014): Gesundheits- und Präventionsverhalten von Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Gesundheitswesen. Online-Publikation. <http://dx.doi.org/10.1555/s-033-1343461>;

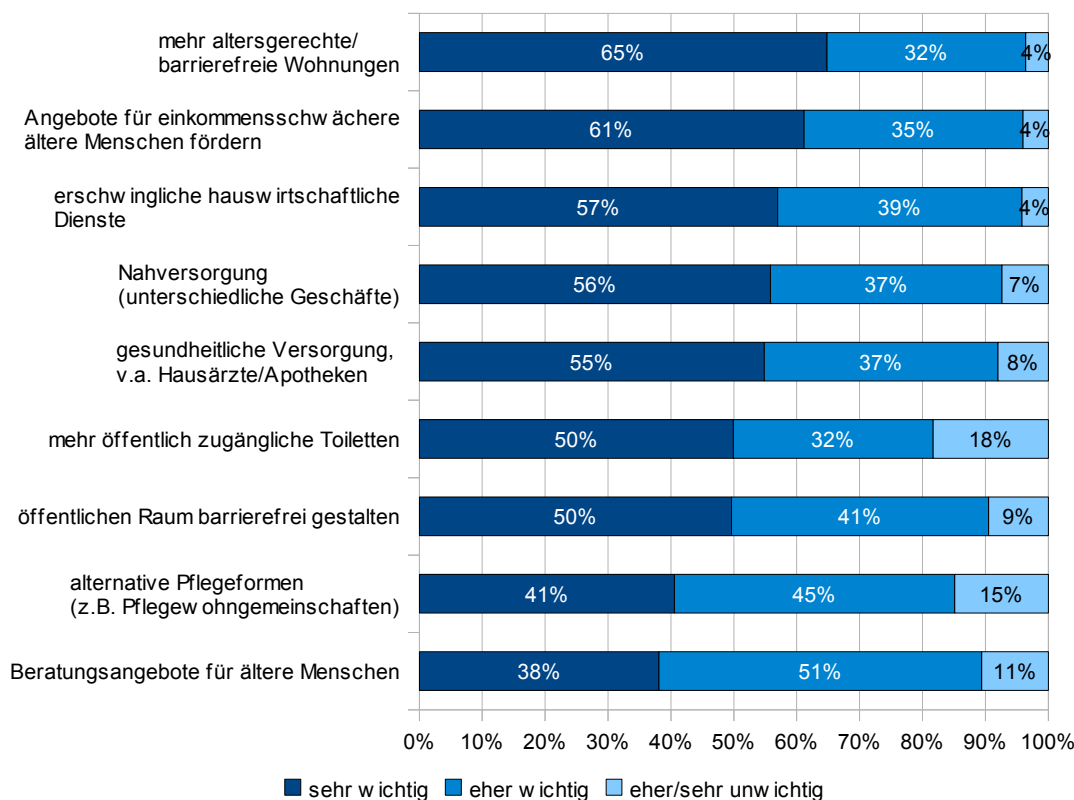
Die Nutzung muttersprachlicher Medien zur Vermittlung von Informationen, z.B. zu Leistungen der Pflegeversicherung, wird ebenfalls empfohlen. Schaffranke, Dorte/Schwenzer, Viktoria (o.J.): Interkulturelle Altenhilfe in Berlin. Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älterer Migrantinnen und Migranten. http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/publikationen/ikoe/gutachten_interkulturelle_altenpflege_2014_11_12_zusammenfassung.pdf?start&ts=1416487123&file=gutachten_interkulturelle_altenpflege_2014_11_12_zusammenfassung.pdf [11.12.2104]

495 Frage: Was sollte die Stadt München vor allem tun oder fördern, damit man hier auch im Alter noch gut leben kann? Antwortkategorien: sehr wichtig – eher wichtig – eher unwichtig – sehr unwichtig

te, die für die gesundheitliche Versorgung von älteren Menschen besonders relevant sind, seien hier herausgegriffen.

An erster Stelle steht der Wunsch nach mehr altersgerechten Wohnungen, der von etwa zwei Dritteln (65%) der Befragten als 'sehr wichtig' erachtet wird. Fast genauso wichtig (61%) ist den Befragten die Förderung von Angeboten für einkommensschwächere ältere Menschen. Der Einsatz der LH München für erschweringliche hauswirtschaftliche Dienste wird von 57% der Befragten als 'sehr wichtig' benannt und ähnlich hoch auch die Nahversorgungsstruktur (56%). Die gesundheitliche Versorgung stellt ebenfalls für mehr als die Hälfte (55%) ein 'sehr wichtiges' Anliegen dar. Und jeweils 50% betrachten die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raums und die Schaffung von mehr öffentlich zugänglichen Toiletten als 'sehr wichtig'. Die Förderung alternativer Pflegeformen sowie von Beratungsstellen für ältere Menschen benennen jeweils etwa zwei Fünftel als 'sehr wichtiges' Anliegen.

Abb. 174: Wünsche nach Förderung durch die Stadt München
in Prozent



Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.572 bis 2.623

Teilweise lassen sich bei diesen Fragen Differenzierungen nach Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund, Einkommensgruppen, Bildungsstatus und Untersuchungsgebieten nachweisen. An dieser Stelle sollen nur einige der signifikanten Unterschiede beispielhaft erwähnt werden⁴⁹⁶.

Mehr altersgerechte Wohnungen werden häufiger von Personen aus armen Haushalten und von Frauen genannt. Der Wunsch nach alternativen Pflegeformen wird häufiger von Frauen und von der jüngeren Altersgruppe als 'sehr wichtig' bezeichnet.

Erschweringliche hauswirtschaftliche Dienste werden von Frauen, der jüngeren Altersgruppe und Personen mit geringerem Haushaltseinkommen als wichtiger erachtet.

Die gesundheitliche Versorgung erscheint wichtiger aus der Sicht von Frauen, der älteren Altersgruppe und viel wichtiger aus der Sicht von Personen mit geringerem Haushaltseinkommen.

Beratungsangebote für ältere Menschen erachten Frauen, Ausländerinnen und Ausländern bzw. Deutsche mit Migrationshintergrund und Personen mit geringerem Haushaltseinkommen häufiger

⁴⁹⁶ Die Ergebnisse sind signifikant mit einem Signifikanzwert von jeweils mindestens $p < .05$.

als sehr wichtig.

Mehr öffentliche Toiletten erscheinen wichtiger aus Sicht von Frauen, der älteren Altersgruppe und Personen mit geringerem Haushaltseinkommen.

Offene Frage zu konkreten Bedarfen und Vorschlägen

Etwa 400 der 2.751 Befragten haben darüber hinaus in einer offenen Frage konkrete Vorschläge und Wünsche an die LH München geäußert. Beispielhaft seien hier einzelne Anregungen genannt. Wohnortnahe Angebote für ältere Menschen, sei es Nahversorgung, pflegerische Angebote, Angebote für Menschen mit Demenz oder betreutes Wohnen werden in mehreren Statements gewünscht.

Finanzielle Aspekte werden angesprochen, z.B. Maßnahmen zur Begrenzung bzw. Regelung der hohen Mietkosten sowie zur Bereitstellung kostengünstiger Angebote der Teilhabe für sozial schwächere ältere Menschen, z.B. kulturelle Angebote, Mittagstische.

Mehrfach wird der Wunsch nach einem Mehr an generationenübergreifenden Angeboten geäußert, z.B. Pflegeheime neben Kindergärten, Mehrgenerationenwohnen, Begegnungsmöglichkeiten für Jung und Alt.

Niederschwellige Angebote, wie Hausbesuche, Einkaufsservice und Reparaturservice werden ebenso vorgeschlagen wie Maßnahmen zur Reduktion von Isolationstendenzen bei Alleinlebenden.

Auch der Wunsch nach Lotsen bzw. einer zentralen Anlaufstelle für die Belange von Seniorinnen und Senioren wird geäußert.

Was den öffentlichen Raum betrifft, werden neben öffentlichen Toiletten mehr Sitzgelegenheiten gewünscht sowie mehr Sicherheit im öffentlichen Raum.

➡ Das Vorhandensein bzw. das Wissen um die Lage öffentlicher Toiletten ist vor allem für ältere Menschen mit (teilweise) zunehmenden Inkontinenzproblemen eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Teilhabe am öffentlichen Leben. Die Mobilität und damit die körperliche Bewegung im öffentlichen Raum wird bei Fehlen dieser Angebote deutlich eingeschränkt. Die Versorgung mit (sauberen) öffentlichen, auch barrierefreien Toiletten oder/und z.B. breit angelegte Aktionen, die Toiletten in Gaststätten oder öffentlichen Gebäuden erkennbar für Passantinnen und Passanten zugänglich machen, sollten der LH München deshalb ein großes Anliegen sein, wenn sie eine 'altersfreundliche' Kommune sein möchte.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung, HF Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung)

➡ Der von den Befragten formulierte Bedarf nach erschwinglichen hauswirtschaftlichen Diensten ist insofern bedeutsam, als der Bedarf an Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich bei älteren Menschen in der Regel den ersten Unterstützungsbedarf darstellt, der im Alterungsprozess auftritt. Wenn Seniorinnen und Senioren hier nicht auf für sie erschwingliche Angebote zurückgreifen können, steigt die Gefahr von Haushaltsunfällen und damit verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

➡ Die Förderung von barrierefreiem Wohnraum ist nicht nur für ältere Menschen ein wichtiges Anliegen. Barrierefreier Wohnraum ist eine von mehreren Voraussetzungen für ein selbständiges Leben im Alter und die Teilhabe an der Gesellschaft.

(HF Prävention und Gesundheitsförderung)

8.7 Ergebnisse der amtlichen Pflegestatistik 2011

Die Auswertungen der Studie 'Älter werden in München' werden an dieser Stelle durch (Sonder-)auswertungen der amtlichen Pflegestatistik ergänzt, da diese Daten bei einem Schwerpunktthema zum Thema 'Ältere Menschen' von besonderer Relevanz sind⁴⁹⁷.

Im Rahmen der amtlichen Statistik (die sogenannte Pflegestatistik) über Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär) sowie Pflegeleistungsempfänger werden Daten von Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege sowie von Trägern der Pflegeversicherung erhoben und zusammen-

⁴⁹⁷ Nachfolgend wird auf die Verwendung der weiblichen Form verzichtet, da dies die Verständlichkeit des Textes angesichts der sehr komplexen Zahlen und der notwendigen korrekten Begrifflichkeiten stark beeinträchtigen würde.

gefasst. Es handelt sich damit um eine Vollerhebung, d.h. um aussagekräftige, zuverlässige Daten, deren Erhebung im zweijährigen Turnus erfolgt.

8.7.1 Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen

Im Vergleich zur letzten Erhebung des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung aus dem Jahr 2009 stieg die Anzahl der Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung in der LH München bis Ende 2011 leicht um 515 Personen (d.h. um 2,1%) an, von 24.613 auf 25.128 Personen⁴⁹⁸.

Die Anzahl der Leistungsempfänger, die (auch) durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, blieb auf gleichem Niveau (7.591 im Jahr 2009 versus 7.622 im Jahr 2011). Die Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen stieg geringfügig um 48 Personen (etwa 0,8%) an, von 6.159 im Jahr 2009 auf 6.207 Personen im Jahr 2011. Die Anzahl der Empfänger von Pflegegeld nahm um 436 Personen (etwa 4,0%) zu, von 10.863 im Jahr 2009 auf 11.299 im Jahr 2011.

Der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege an allen Leistungsempfängern (stationäre Quote) lag 2011 bei etwa 25%. Das bedeutet, dass 75% aller Pflegebedürftigen zu Hause mit Hilfe von Angehörigen oder/und ambulanten Pflegediensten versorgt wurden.

Tab. 11: Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der LH München 2011
Anzahl

Leistungsempfänger insgesamt 25.128	
zu Hause versorgt 18.921 (75%)	in Pflegeeinrichtungen vollstationär versorgt 6.207 (25%)
nur durch Angehörige 11.299	zusammen mit oder nur von ambulanten Pflege- diensten 7.622

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2011
Berechnung und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

498 Die aktuell vorliegenden Daten der Pflegestatistik 2013 konnten bis zur Fertigstellung dieses Berichts leider nicht mehr eingearbeitet werden.

Tab. 12: Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der LH München im zeitlichen Vergleich von 2009 und 2011

Anzahl und Anteil

	Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung			
	2009 ⁴⁹⁹		2011 ⁵⁰⁰	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Pflegegeld ⁵⁰¹	10.863	44%	11.299	45%
ambulante Pflege	7.591	31%	7.622	30%
vollstationäre Pflege	6.159	25%	6.207	25%
Gesamt	24.613	100%	25.128	100%

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2011; Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2010): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2009
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

Während folglich die Gesamtzahl der Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der LH München von 2009 bis 2011 um 2,1% anstieg, ist für ganz Bayern ein Anstieg um 3,4% (um etwa 10.900 Personen von 318.479 im Jahr 2009 auf 329.341 im Jahr 2011) zu verzeichnen. Im Landkreis München stieg die Anzahl um 278 Personen (d.h. um etwa 4,1%) an, von 6.779 Personen im Jahr 2009 auf 7.057 Personen im Jahr 2011⁵⁰².

Entwicklung von 1999 bis 2011

Bei einer Betrachtung der Entwicklung seit der ersten amtlichen Pflegestatistik im Jahr 1999, lässt sich konstatieren, dass sich die Gesamtanzahl der Leistungsempfänger in München nach wie vor nicht wesentlich verändert hat. Allerdings zeigt sich seit 1999 eine Verschiebung zwischen den Leistungsbereichen. So stieg die Anzahl der Leistungsempfänger, die durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, seit 1999 kontinuierlich an. Dagegen sank die Anzahl der reinen Pflegegeldempfänger langsam und stetig, mit Ausnahme des Jahres 2011⁵⁰³. Im Bereich der vollstationär versorgten Leistungsempfänger blieb die absolute Anzahl über die Jahre hinweg insgesamt weitgehend stabil. Diese Entwicklung erscheint zunächst überraschend, da sich die Anzahl der Hochaltrigen (ab 80 Jahre) in der LH München im gleichen Zeitraum um fast 24% erhöht hat, von etwa 49.000 Personen im Jahr 1999 auf etwa 61.000 im Jahr 2011. Eine höhere Anzahl von Pflegebedürftigen wäre dementsprechend zu erwarten gewesen. Allerdings weisen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes darauf hin, dass sich die altersspezifischen Pflegequoten sowie die gesamte Pflegequote seit 1999 verringert hat⁵⁰⁴. Dies wird vor allem auf einen verbesserten Gesundheitszustand in der Bevölkerung zurückgeführt. Diese Erkenntnisse sowie die vergleichsweise junge Altersstruktur in der LH München können die gleichbleibende Anzahl der Pflegebedürftigen in der LH München zumindest teilweise plausibilisieren. Womöglich könnte auch ein negatives Wanderungssaldo älterer (pflegebedürftiger) Einwohner dabei von Relevanz sein.

Die stationäre Quote, d.h. der Anteil der Personen in vollstationärer Pflege an allen Pflegebedürftigen, änderte sich in der LH München seit 1999 kaum, sie pendelte zwischen 23,5% und maximal 25,0%⁵⁰⁵.

499 In der Pflegestatistik von 2009 wird darauf hingewiesen, dass seit dem Jahr 2009 die Berechnungsweise zur Ermittlung der stationär versorgten Leistungsempfänger verändert wurde. Leistungsempfänger der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) werden nicht mehr als stationäre Leistungsempfänger aufgeführt, da sie in der Regel Pflegegeld oder ambulante Sachleistungen beziehen und dementsprechend bereits ausgewiesen sind.

500 Die Anzahl der Pflegegeldempfänger wird nach Angaben des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung in der Pflegestatistik 2011 aufgrund veränderter Abläufe, insbesondere einer großen Pflegekasse, etwas zu hoch ausgewiesen und damit ist ein Vergleich zum Vorjahr nur eingeschränkt möglich.

501 In der Kategorie 'Pflegegeld' befinden sich nur jene Leistungsempfänger, die ausschließlich Pflegegeld beziehen. Personen, die sogenannte Kombinationsleistungen beziehen (d.h. Pflegegeld und ambulante Sachleistungen) sind der Kategorie 'ambulante Pflege' zugeordnet.

502 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2011 sowie die dementsprechenden Veröffentlichungen der vorherigen Jahre

503 Dies kann jedoch zumindest teilweise Resultat der veränderten Abläufe bei der Datenerhebung sein.

504 Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und Ländern.

505 Aufgrund der für die Pflegestatistik 2009 erstmalig vorgenommenen veränderten Zuordnung der Leistungsempfänger in teilstationärer Pflege hat sich damit auch die Datenbasis für die Berechnung der stationären Quote ab 2009 leicht verändert.

Tab. 13: Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der LH München im zeitlichen Verlauf von 1999 bis 2011

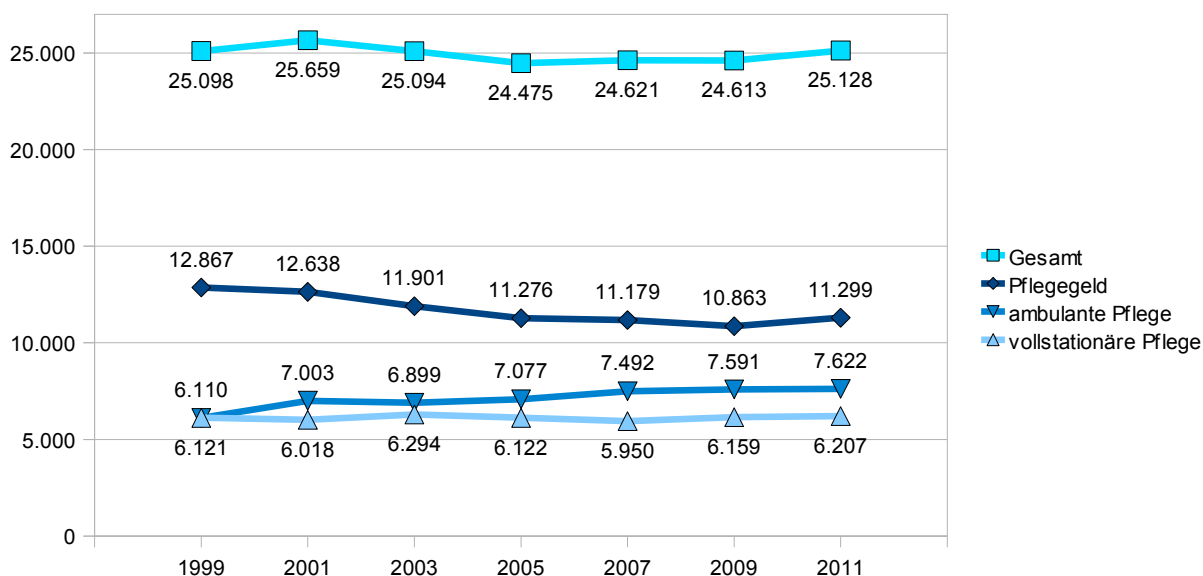
Anzahl

	1999	2001	2003	2005	2007	2009 ⁵⁰⁶	2011 ⁵⁰⁷
Pflegegeld ⁵⁰⁸	12.867	12.638	11.901	11.276	11.179	10.863	11.299
ambulante Pflege	6.110	7.003	6.899	7.077	7.492	7.591	7.622
vollstationäre Pflege	6.121	6.018	6.294	6.122	5.950	6.159	6.207
Gesamt	25.098	25.659	25.094	24.475	24.621	24.613	25.128

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2011 sowie die dementsprechenden Veröffentlichungen der vorherigen Jahre; außerdem Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, www.regionalstatistik.de
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

Abb. 175: Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der LH München im zeitlichen Verlauf von 1999 bis 2011

Anzahl



Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2011 sowie die dementsprechenden Veröffentlichungen der vorherigen Jahre; außerdem Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, www.regionalstatistik.de
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

Kennzahlenvergleiche mit anderen Regionen und Städten

Ein Kennzahlenvergleich mit anderen Regionen und Städten bringt weitere interessante Ergebnisse hervor.

Der Anteil der Leistungsempfänger in vollstationären Pflegeeinrichtungen (stationäre Quote) lag in der LH München im Jahr 2011 mit 25% niedriger als im Landkreis München (41%) oder in Bayern insgesamt (32%). Die LH München wies damit eine ähnliche stationäre Quote wie der Stadtstaat Berlin auf.

Die Belegungsquote der vollstationären Pflegeeinrichtungen lag mit 89% in der LH München zwi-

506 In der Pflegestatistik von 2009 wird darauf hingewiesen, dass ab dem Jahr 2009 die Berechnungsweise zur Ermittlung der stationär versorgten Leistungsempfänger leicht verändert wurde. Leistungsempfänger der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) werden nicht mehr als vollstationäre Leistungsempfänger aufgeführt, da sie in der Regel Pflegegeld oder ambulante Sachleistungen beziehen und dementsprechend ausgewiesen sind.

507 Die Anzahl der Pflegegeldempfänger wird nach Angaben des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung in der Pflegestatistik 2011 aufgrund veränderter Abläufe, insbesondere einer Pflegekasse, zu hoch ausgewiesen und damit ist ein Vergleich zum Vorjahr nur eingeschränkt möglich.

508 In der Kategorie 'Pflegegeld' befinden sich nur jene Leistungsempfänger, die ausschließlich Pflegegeld beziehen. Personen, die sogenannte Kombinationsleistungen beziehen (d.h. Pflegegeld und ambulante Sachleistungen) sind der Kategorie 'ambulante Pflege' zugeordnet.

schen der bayernweiten Quote von 84% und der höheren Quote von 94% im Landkreis München.

Tab. 14: Kennzahlenvergleich der Pflegestatistik 2011 mit anderen Regionen und Städten

Anzahl	LH München	Landkreis München	Bayern	Deutschland ⁵⁰⁹	Berlin ⁵¹⁰	Hamburg	Bremen
Anzahl der Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen insgesamt	25.128	7.057	329.341	2.501.441	107.917	47.207	22.178
Anteil der Leistungsempfänger in vollstationärer Pflege an allen Leistungsempfängern (stationäre Quote)	25%	41%	32%	30%	25%	32%	28%
Belegungsquote der vollstationären Plätze in Pflegeeinrichtungen	89%	94%	84%	88%	-	-	-
verfügbare Plätze in Pflegeeinrichtungen für vollstationäre Pflege	6.981	3.056	125.131	841.575	-	-	-

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2011; Statistisches Bundesamt (2013). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

8.7.2 Stationäre Pflege

Die Anzahl der zur Verfügung stehenden vollstationären Pflegeplätze (Dauer- und Kurzzeitpflege) stieg in der LH München von 2009 bis 2011 geringfügig um 21 Plätze an⁵¹¹. Die Belegungsquote lag wie bereits 2009 auch im Jahr 2011 bei 89%.

Tab. 15: Anzahl und Belegungsquote der vollstationären Pflegeplätze in der LH München 2009 und 2011

Anzahl und Belegungsquote

	2009	2011
verfügbare Plätze in Pflegeeinrichtungen für vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege	6.960	6.981
Pflegeleistungsempfänger in Pflegeeinrichtungen in vollstationärer Dauer- oder Kurzzeitpflege	6.159	6.207
Belegungsquote in Prozent ⁵¹²	89%	89%

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2011 sowie die dementsprechenden Veröffentlichungen der vorherigen Jahre; Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

509 Die Daten auf Bundesebene liegen in der Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes teilweise in anderer Form vor und wurden deshalb der Vorgehensweise zur Berechnung in der LHM bzw. in Bayern angepasst. Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse

510 Die Daten zu den Städten Berlin, Hamburg und Bremen sind dem Ländervergleich der Pflegestatistik entnommen. Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. Angaben zu verfügbaren Plätzen in vollstationären Pflegeeinrichtungen sind dieser Veröffentlichung nicht zu entnehmen.

511 An dieser Stelle sei auf den 'Marktbericht Pflege' hingewiesen. Das Sozialreferat führt jährlich selbst eine Abfrage der stationären und teilstationären Einrichtungen durch und erhebt dabei u.a. die aktuelle Platzzahl. http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/fachinformationen-pflege/marktbericht_pflege.html [22.12.2014]

512 Zur Berechnung der Belegungsquoten wurden jeweils nur die verfügbaren vollstationären Plätze (Dauer- und Kurzzeitpflege) sowie die Leistungsempfänger in vollstationärer Pflege herangezogen, d.h. verfügbare Tagespflegeplätze und Leistungsempfänger auf Tagespflegeplätzen sind nicht enthalten.

Die Struktur der Leistungsempfänger in stationären Pflegeeinrichtungen (Dauer-, Kurzzeit- sowie teilstationäre Pflege) unterscheidet sich deutlich von der Struktur der von ambulanten Pflegediensten versorgten Leistungsempfänger (→ Kap. 8.7.3.2). Der Anteil von Leistungsempfängern mit höheren Pflegestufen ist in den stationären Pflegeeinrichtungen erwartungsgemäß deutlich höher.

Tab. 16: Struktur der Leistungsempfänger in Pflegeeinrichtungen in der LH München 2011
Anzahl und Anteil von Leistungsempfängern in Dauer-, Kurzzeit- und teilstationärer Pflege

	Anzahl	Anteil an Gesamt
Pflegestufe 1	2.389	37%
Pflegestufe 2	2.634	41%
Pflegestufe 3	1.409	22%
ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe	29	< 0,5%
Gesamt	6.461	100%

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2011
Prozentangaben wurden gerundet, es kann zu Rundungsfehlern kommen
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

In den 63 Pflegeeinrichtungen (voll- und teilstationär) waren im Jahr 2011 insgesamt etwa 5.050 Beschäftigte tätig⁵¹³.

8.7.3 Struktur der ambulanten Pflegedienste

Im Bereich der stationären Versorgung sind im Entgeltsatz alle Leistungen erhalten, also pflegerische Versorgung, sonstige Betreuung, aber auch Lebensunterhaltsleistungen. Finanziert werden diese Leistungen einerseits über das SGB XI (Pflegeversicherung), über eigene finanzielle Mittel der Bewohner (die Lebensunterhaltsleistungen) bzw. wenn diese nicht selbst übernommen werden können, greift hier das SGB XII (Hilfe zur Pflege).

Ambulante Pflegedienste finanzieren sich dagegen sowohl aus Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung) als auch nach dem SGB V (Krankenversicherung). Sollten zusätzlich notwendige Versorgungsleistungen durch den ambulanten Pflegedienst nicht aus eigenen Mitteln finanziert werden können, besteht auch hier die Möglichkeit eines Antrags auf Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII (Hilfe zur Pflege).

Auf Basis einer beim Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung angeforderten Sonderauswertung der Pflegestatistik 2011 lassen sich folgende Aussagen über die Situation der ambulanten pflegerischen Versorgung in der LH München treffen⁵¹⁴.

8.7.3.1 Leistungsempfänger nach Art des Trägers und Größe der Pflegedienste

In der LH München wurden zum Erhebungszeitpunkt (Dezember 2011) 7.622 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung von ambulanten Pflegediensten versorgt⁵¹⁵. In der LH München werden dabei über die Hälfte der Pflegebedürftigen von Pflegediensten in privater Trägerschaft versorgt und gut ein Drittel von Trägern der freien Wohlfahrtspflege. In Bayern hingegen ist das Verhältnis umgekehrt.

513 Unter Beschäftigte fallen alle Personen, die in einem Arbeitsverhältnis mit einem Pflegedienst bzw. einer Pflegeeinrichtung stehen und mindestens teilweise Leistungen nach dem SGB XI erbringen.

514 Das Sozialreferat hat eine Sonderauswertung des Datensatzes der amtlichen Pflegestatistik 2011 zu den ambulanten Diensten durchführen lassen. Die Berechnungen und Darstellung erfolgte durch S-I-LP und RGU-UW 13. Die Grunddaten sind veröffentlicht in: Statistisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2011.

515 Erfasst sind hier alle Personen, die (auch) durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, d.h. auch jene Personen, die zusätzlich von Angehörigen versorgt werden.

Tab. 17: Leistungsempfänger in ambulanter pflegerischer Versorgung durch einen Pflegedienst nach Art des Trägers 2011

Anzahl und Anteil

	LH München		zum Vergleich: Bayern	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
private Träger	4.092	53,7	27.569	37,5
Träger der freien Wohlfahrtspflege	2718	35,7	41.390	56,3
sonstige gemeinnützige Träger	812	10,7	4.109	5,6
öffentliche Träger	-	-	391	0,5
Summe	7.622	100,0	73.459	100,0

Statistisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung der Pflegestatistik 2011, Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

Dementsprechend hoch (71%) ist in der LH München auch der Anteil an privaten Trägern an allen 213 ambulanten Pflegediensten im Jahr 2011. 21% der ambulanten Dienste sind in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege und 8% in sonstiger gemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der ambulanten Dienste in privater Trägerschaft in Bayern liegt zum Vergleich bei 56%.

Leistungsempfänger je Pflegedienst

Durchschnittlich (arithmetisches Mittel) versorgt ein ambulanter Pflegedienst in der LH München 36 Pflegebedürftige. Bei den privaten Trägern beträgt der Durchschnitt 27 Pflegebedürftige und bei den Trägern der freien Wohlfahrtspflege 60 Pflegebedürftige. Der Median⁵¹⁶ liegt bei 28. Der größte Pflegedienst versorgte 163 Pflegebedürftige.

Etwa 17% der ambulanten Pflegedienste versorgen bis maximal 10 Pflegebedürftige, weitere 22% der Dienste versorgen jeweils 11-20 Pflegebedürftige, 27% der Dienste versorgen jeweils 21-40 Pflegebedürftige, 22% der Dienste jeweils 41-70 Pflegebedürftige und ca. 12% der Dienste 71 oder mehr Pflegebedürftige.

Die Daten weisen darauf hin, dass es in der LH München eine Vielzahl an kleineren oder mittelgroßen Pflegediensten gibt. Darüber hinaus gibt es auch mehrere größere Dienste, die jeweils eine große Anzahl an Pflegebedürftigen unterstützen.

In der nachfolgenden Abbildung ist anhand der sogenannten Lorenzkurve ablesbar, wie viel Prozent der Pflegebedürftigen von wie viel Prozent der Pflegedienste versorgt werden. Würde sich genau eine Diagonale ergeben, entspräche dies einer Gleichverteilung, d.h. jeder Dienst versorgt genau gleich viele Pflegebedürftige. Je weiter sich die Kurve von der Diagonale entfernt (d.h. sich nach unten wölbt), desto ungleicher die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die ambulanten Dienste.

Konkret heißt das beispielsweise:

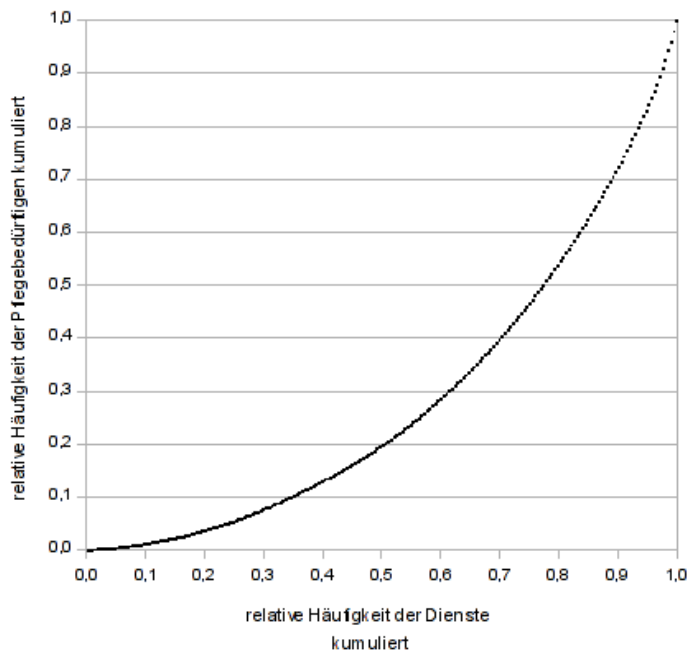
50% der ambulanten Dienste (ablesbar auf der X-Achse bei 0,5) versorgen etwa 20% aller Pflegebedürftigen (ablesbar auf der Y-Achse bei 0,2).

70% der ambulanten Dienste (ablesbar auf der X-Achse bei 0,7) versorgen etwa 40 % aller Pflegebedürftigen (ablesbar auf der Y-Achse bei 0,4). Oder anders herum: Die restlichen 30% der Dienste versorgen 60% aller Pflegebedürftigen.

516 Der Median ist der mittlere Wert der Daten, d.h. über und unter dem Median liegen jeweils die Hälfte der Werte.

Abb. 176: Struktur der ambulanten Pflegedienste in der LH München 2011

Lorenzkurve: kumulierte relative Häufigkeiten



Statistisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung der Pflegestatistik 2011, Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

Diese Grafik ist hilfreich im Hinblick auf Diskussionen zu möglichen Auswirkungen von Fluktuationen bei den ambulanten Pflegediensten. Wenn in einer Kommune beispielsweise eine Vielzahl kleinerer Dienste vorhanden ist, die jedoch nur einen geringen Teil der Pflegebedürftigen versorgen und die Fluktuation bei den kleineren Diensten hoch ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Pflegebedürftigen von anderen Diensten weiter versorgt werden können. Problematischer wäre es hingegen, wenn beispielsweise nur wenige große Dienste existieren, die einen großen Teil der Pflegebedürftigen versorgen und von diesen Diensten einer plötzlich dem Markt verloren gehen würde.

8.7.3.2 Struktur der Leistungsempfänger in den ambulanten Pflegediensten

Fast 60% der Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen, die durch einen ambulanten Pflegedienst in der LH München versorgt wurden, erhielten im Jahr 2011 Leistungen der Pflegestufe 1. Etwa 12% der von ambulanten Diensten versorgten Personen waren der Pflegestufe 3 zugeordnet.

Im Vergleich zu Bayern ist der Anteil von Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 1 in den ambulanten Pflegediensten der LH München etwas höher. Die Pflegedienste in der LH München versorgten Ende 2011 auch 55 sogenannte 'Härtefälle' (Pflegestufe 3 mit besonderen Aufwendungen), wobei 40 dieser Personen den jüngeren Pflegebedürftigen bis 59 Jahre zuzurechnen sind.

Tab. 18: Leistungsempfänger in ambulanter pflegerischer Versorgung durch einen Pflegedienst nach Pflegestufen 2011

Anzahl und Anteil

	LH München		zum Vergleich: Bayern	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Pflegestufe 1	4.502	59,1	39.406	53,6
Pflegestufe 2	2.211	29,0	23.903	32,5
Pflegestufe 3	854	11,2	9.878	13,4
mit Härtefall	55	0,7	272	0,4
Summe	7.622	100,0	73.459	100,0

Statistisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung der Pflegestatistik 2011, Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

Ein großer Teil (etwa drei Fünftel) der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen ist der Gruppe der Hochaltrigen ab 80 Jahren zuzurechnen.

Es gab Ende 2011 jedoch etwa 130 Kinder und Jugendliche bis 14 Jahre, die von ambulanten Pflegediensten versorgt wurden.

Tab. 19: Leistungsempfänger in ambulanter pflegerischer Versorgung durch einen Pflegedienst nach Altersgruppen 2011

Anzahl und Anteil

Altersgruppen	LH München		zum Vergleich: Bayern	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
0-14	132	1,7	750	1,0
15-59	682	8,9	5.051	6,9
60-64	208	2,7	1.881	2,6
65-69	383	5,0	2.742	3,7
70-74	637	8,4	6.433	8,8
75-79	849	11,1	10.347	14,1
80-84	1.370	18,0	16.256	22,1
85-89	1.709	22,4	17.734	24,1
90-94	1.244	16,3	9.612	13,1
95 und mehr	408	5,4	2.653	3,6
Summe	7.622	100,0	73.459	100

Statistisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung der Pflegestatistik 2011, Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

8.7.3.3 Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten

In den 213 ambulanten Pflegediensten in der LH München waren Ende 2011 insgesamt 5.132 Personen beschäftigt, wobei etwa ein Drittel (32%) Vollzeitbeschäftigte waren. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten ist deutschlandweit sehr unterschiedlich (Deutschland: 27%, Bayern 38%, Hamburg 29%, Berlin 22%). Der Anteil der geringfügig Beschäftigten lag in der LH München mit 34% höher als in den eben genannten Vergleichsregionen⁵¹⁷.

Bei 18% der ambulanten Pflegedienste in der LH München lag der Anteil von geringfügig Beschäftigten bei 0,0%, weitere 29% der Dienste gaben maximal 25,0% geringfügig Beschäftigte an, 37% der Dienste hatten einen Anteil von geringfügig Beschäftigten zwischen 25,1-50,0% und bei 16% der Dienste lag der Anteil an geringfügig Beschäftigten über 50,0%.

⁵¹⁷ Die Daten zu den Städten Berlin, Hamburg und Bremen sind dem Ländervergleich der Pflegestatistik entnommen. Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige

Tab. 20: Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten nach Beschäftigungsverhältnis 2011

Anzahl und Anteil

	LH München	
	Anzahl	Anteil in %
Vollzeit	1.651	32,2
Teilzeit >50%	1.153	22,5
Teilzeit =<50%	508	9,9
geringfügig	1.767	34,4
sonstige	53	1,0
Summe	5.132	100,0

Statistisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung der Pflegestatistik 2011, Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

Von allen Beschäftigten waren 2011 etwa 15% staatlich anerkannte Altenpfleger und fast 30% Krankenpfleger. 20 Beschäftigte hatten einen pflegewissenschaftlichen Abschluss.

Tab. 21: Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten nach Berufsabschlüssen 2011

Anzahl und Anteil

	LH München	
	Anzahl	Anteil in %
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	776	15,1
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	240	4,7
Krankenschwester, Krankenpfleger	1.495	29,1
Krankenpflegehelfer/in	275	5,4
Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	220	4,3
Heilerziehungspfleger/in; Heilerzieher/in; Heilerziehungspflegehelfer/in, Heilpädagoge/in	21	0,4
Ergotherapeut/in, Physiotherapeut/in, Krankengymnast/in	10	0,2
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	72	1,4
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	38	0,7
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss, Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	9	0,2
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer FH oder Universität	20	0,4
sonstiger pflegerischer Beruf	511	10,0
Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	13	0,3
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	63	1,2
sonstiger Berufsabschluss	859	16,7
ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	510	9,9
Summe	5.132	100,0

Statistisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung der Pflegestatistik 2011, Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

Die durchschnittliche Anzahl (arithmetisches Mittel) der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten in der LH München lag bei 24, der Median⁵¹⁸ bei 14. Etwa ein Drittel der Dienste hatte maximal 10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, weitere zwei Fünftel der Dienste hatten zwischen 11 und 25 Beschäftigten, etwa 15% zwischen 26 und 50 und ca. 10% der Dienste 51 oder mehr Be-

518 Der Median ist der mittlere Wert der Daten, d.h. über und unter dem Median liegen jeweils die Hälfte der Werte.

schäftigte. Der größte Pflegedienst beschäftigt mehr als 200 Mitarbeiter.

Von den insgesamt 5.132 Beschäftigten arbeitet mehr als ein Fünftel ausschließlich (d.h. zu 100%) im SGB XI Bereich, d.h. sie verrichten ausschließlich Leistungen im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung. Bei einem weiteren Fünftel betragen die SGB XI Leistungen weniger als 25% des Arbeitsanteils. Hier werden folglich auch Leistungen nach dem SGB V verrichtet.

Tab. 22: Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten nach Arbeitsanteil für den Pflegedienst (SGB XI) 2011

Anzahl und Anteil

	Anzahl	Anteil in %
unter 25%	979	19,1
25% bis unter 50%	295	5,7
50% bis unter 75%	1.376	26,8
75% bis unter 100%	1.396	27,2
100%	1.086	21,2
Summe	5.132	100,0

Statistisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung der Pflegestatistik 2011, Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste
Berechnungen und Darstellung S-I-LP und RGU-UW 13

8.7.4 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Als Alternative zur stationären pflegerischen Versorgung und der ambulanten Versorgung in der eigenen Wohnung durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste werden seit einigen Jahren zunehmend ambulant betreute Wohngemeinschaften von Pflegebedürftigen genutzt⁵¹⁹. Das Bayerische Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung weist für die LH München Ende 2013 insgesamt 39 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 259 verfügbaren Plätzen aus⁵²⁰.

519 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2014): Pressemitteilung vom 20.02.2014 'Anzahl der ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Bayern auch 2013 gestiegen' (38/2014/54/K)

520 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2014): Einrichtungen für ältere Menschen in Bayern 2012 und ambulant betreute Wohngemeinschaften in Bayern 2013.

D

Methodik und Verzeichnisse

9 Statistik und Methodik

9.1 Statistische Methoden und Begriffe

Im Folgenden werden die bei der Auswertung der Studie 'Älter werden in München' angewandten statistischen Methoden kurz erläutert. Im Text wird lediglich ein Hinweis auf die verwendeten Methoden und entsprechenden Kennzahlen gegeben.

Rundungsfehler

In den Diagrammen und Tabellen werden in der Regel gerundete Prozentangaben (ohne Kommastellen) angegeben. Deshalb kann es in einigen Fällen zu Rundungsfehlern kommen. Beispielsweise könnten sich in der Summe in Tabellen oder Grafiken tatsächlich 99% oder 101% anstelle von 100% ergeben.

Signifikanztests

Mit Hilfe von Signifikanztests wird überprüft, ob z.B. ein Unterschied zwischen Männern und Frauen nicht nur in der Stichprobe, sondern auch in der Grundgesamtheit – mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit – vorliegt, d.h. dass die Unterschiede in der Stichprobe nicht zufällig zustande gekommen sind⁵²¹. Der resultierende Signifikanzwert des Tests (p-Wert) wird nach verschiedenen Signifikanzniveaus eingestuft: Ein Ergebnis mit $p < .05$ gilt als signifikantes, mit $p < .01$ als sehr signifikantes und mit $p < .001$ als hoch signifikantes Ergebnis. Das heißt, dass die genannten Unterschiede mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit (zu 95% bzw. 99% bzw. 99,9%) nicht zufällig zustande gekommen sind, sondern tatsächlich auch in der Grundgesamtheit vorliegen.

Wenn nicht anders angegeben, wurden die Unterschiede auf Basis von Kreuztabellen mit dem Chi-Quadrat-Test geprüft.

Effektstärke

Anders als im Endbericht⁵²² des Auftragnehmers der Studie 'Älter werden in München' wurde in diesem Bericht auf die Angabe von Effektstärken, d.h. Aussagen über die Stärke des Zusammenhangs, verzichtet. Es wurden folglich signifikante Ergebnisse berichtet, unabhängig von deren Effektstärke.

Mittelwertvergleich T-Test

Zum Vergleich der Mittelwerte kann ein T-Test durchgeführt werden, wenn die unabhängige Variable nur zwei Ausprägungen hat und die abhängige Variable metrisch skaliert ist.

Beispiel: Der Mittelwert der durchschnittlichen Tage mit körperlichen Beschwerden im letzten Monat wird für Männer und Frauen verglichen. Hier wurden T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Im Text werden dazu folgende Angaben gemacht:

Verfahren: T-Test; Signifikanzwert (p-Wert Angabe) und Angaben zur Fallzahl (n).

Varianzanalyse

Mit Hilfe einer Varianzanalyse können Mittelwertvergleiche von metrischen abhängigen Variablen durchgeführt werden, wenn die unabhängige Variable mehr als zwei Ausprägungen besitzt.

Beispiel: Der Mittelwert der durchschnittlichen Tage mit körperlichen Beschwerden im letzten Monat wird für die vier Einkommensgruppen (arm, untere Mitte, obere Mitte, reich) verglichen.

Eine klassische einfaktorielle Varianzanalyse (oneway ANOVA) setzt Homogenität der Varianzen in den Gruppen voraus. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann zur Überprüfung signifikanter Unterschiede auf den robusteren Welch-Test zurückgegriffen werden. Die Testwerte geben zunächst an, ob überhaupt Unterschiede zwischen den Subgruppen vorliegen. Mit einem post-hoc Test Verfahren (Tamhane) wird in einem nächsten Schritt paarweise überprüft, zwischen welchen Subgruppen signifikante Unterschiede vorliegen.

Im Text werden dazu folgende Angaben gemacht:

Verfahren: einfaktorielle Varianzanalyse, gegebenenfalls auch Welch-Test; Signifikanzwert des ANOVA Verfahrens bzw. des Welch-Tests: p-Wert Angabe; Angabe zum zusätzlichen post-hoc Test Verfahren: Tamhane; Angaben zur Fallzahl: in der Regel in der Form: $n=x$ bis $n=y$ (kleinste

521 Kuhn, Joseph/Bolte, Gabriele (2011): Epidemiologie und Sozialepidemiologie. in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 61-64

522 Endbericht der Studie 'Älter werden in München', www.muenchen.de/aelterwerden

und größte Fallzahl der Subgruppen).

Hinweis zur hier gewählten grafischen Darstellungsweise der Mittelwertvergleiche

In einigen Fällen (z.B. bei der Darstellung der Mittelwerte der Frage nach der Anzahl der körperlichen Beschwerden im letzten Monat) wurde zur grafischen Darstellungen von Mittelwertvergleichen verschiedener Gruppen (z.B. Untersuchungsgebiete, Geschlecht) ein Liniendiagramm verwendet (→ z.B. Kap. 6.3.3). Diese Vorgehensweise zur grafischen Darstellung entspricht nicht den üblichen Konventionen, wird aber dennoch in manchen Fällen praktiziert.

Diese Darstellungsform wurde gewählt, um die Unterschiede, z.B. in den Untersuchungsgebieten oder nach Geschlecht, hinsichtlich mehrerer Fragestellungen (Anzahl der Tage mit körperliche, seelischen oder Alltagsbeschwerden) übersichtlich und optisch gut nachvollziehbar darstellen zu können. Die Linien dienen einzig und allein als grafisches Hilfsmittel. Es soll damit kein zeitlicher oder inhaltlicher Verlauf dargestellt werden.

Multivariate Verfahren - Regressionsanalysen

Mit sogenannten multivariaten statistischen Verfahren soll eine abhängige Variable durch mehrere andere unabhängige Variablen erklärt werden. Je nach Skalenniveau der abhängigen Variablen kommen dabei unterschiedliche Methoden zum Einsatz. Ist die abhängige Variable dichotom skaliert (z.B. Gesundheitszustand 'schlecht' versus Gesundheitszustand 'gut'), wird eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Ist die abhängige Variable (annähernd) metrisch skaliert (z.B. Anzahl der Tage mit seelischen Beschwerden im letzten Monat), kann eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt werden. Ziel dieser Verfahren ist es, den Einfluss der einzelnen unabhängigen Variablen (bei Kontrolle der anderen unabhängigen Variablen) einzuschätzen.

9.2 Bildung der Einkommensgruppen der Haushalte

Zur Bestimmung der Einkommensgruppen der Haushalte in der Studie 'Älter werden in München' wurde das gleiche Verfahren wie im Münchner Armutsbericht 2011 herangezogen⁵²³. Diese Berechnungsweise folgt der aktuellen OECD-Skala⁵²⁴.

Zunächst wird das sogenannte Nettoäquivalenzeinkommens eines Haushalts berechnet. In einem von der OECD festgelegten Berechnungsverfahren wird das gesamte verfügbare Nettoeinkommen eines Haushalts mit Bedarfsgewichten der Haushaltsmitglieder versehen. Beispielsweise erhält die erste Person ein Bedarfsgewicht von 1,0 und ein Kind ab 14 Jahren ein Bedarfsgewicht von 0,5. Damit soll den Einspareffekten von größeren Haushalten Rechnung getragen werden. Die Einteilung der Haushalte in die vier Kategorien 'arm', 'untere Mitte', 'obere Mitte' und 'reich' erfolgte ebenfalls anhand der von der OECD festgelegten Kriterien und auf Basis des in der letzten Münchner Bürgerinnen- und Bürgerbefragung 2010 ermittelten durchschnittlichen Medianeinkommens.

Beispielhaft bedeutet das für einen Einpersonenhaushalt in München:

- arm: weniger als 60% des bedarfsgewichteten Medianeinkommens, d.h. weniger als 1.000 Euro
- untere Mitte: zwischen 60% und unter 120% des bedarfsgewichteten Medianeinkommens, d.h. zwischen 1.000 Euro und weniger als 2.000 Euro
- obere Mitte: zwischen 120% und unter 200% des bedarfsgewichteten Medianeinkommens, d.h. zwischen 2.000 Euro und weniger als 3.334 Euro
- reich: mehr als 200% des bedarfsgewichteten Medianeinkommens, d.h. mehr als 3.334 Euro

523 Sozialreferat LH München (2011): Münchner Armutsbericht 2011, vor allem S. 29ff

524 <http://de.wikipedia.org/wiki/Äquivalenzeinkommen> [18.08.2014]

10 Verzeichnisse

10.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommensgruppen.....	11
Abb. 2: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Einkommensgruppen.....	12
Abb. 3: Inhaltlicher Aufbau des Berichts.....	29
Abb. 4: Münchner Bevölkerung nach Geschlecht und Migrationshintergrund 2013.....	30
Abb. 5: Münchner Bevölkerung nach Altersgruppen 2013.....	31
Abb. 6: Münchner Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund 2013.....	32
Abb. 7: Alleinlebende ab 80 Jahren nach Geschlecht und Nationalität 2013.....	33
Abb. 8: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München	34
Abb. 9: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München für spezifische Altersgruppen	34
Abb. 10: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München: Entwicklung der Anzahl älterer Wohnberechtigter	35
Abb. 11: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München: Entwicklung der Anzahl älterer Wohnberechtigter ohne deutsche Staatsangehörigkeit.....	35
Abb. 12: Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030 München: Entwicklung der Wohnberechtigten in den Stadtbezirken.....	37
Abb. 13: Ausgewählte Untersuchungsgebiete der Studie 'Älter werden in München'	40
Abb. 14: Merkmale der realisierten und angeschriebenen Stichprobe	42
Abb. 15: Menschen mit Behinderung ab GdB 30 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit in der LH München 2013.....	52
Abb. 16: Menschen mit Schwerbehinderung ab GdB 50 nach Altersgruppen in der LH München 2013.....	52
Abb. 17: Menschen mit Schwerbehinderung ab GdB 50 nach Art der Hauptbehinderung in der LH München 2013.....	53
Abb. 18: Einkommensposition der Haushalte von Menschen mit Schwerbehinderung im Vergleich zur Münchner Bürgerinnen- und Bürgerbefragung.....	54
Abb. 19: Subjektiver Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen nach Migrationshintergrund.....	56
Abb. 20: Einkommenssituation der Haushalte	64
Abb. 21: Einkommenssituation von Einpersonenhaushalten nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund.....	66
Abb. 22: Einkommenssituation der Haushalte von Alleinlebenden.....	67
Abb. 23: Einkommenssituation der Haushalte nach Quartierstyp.....	67
Abb. 24: Einkommenssituation der Haushalte nach Untersuchungsgebieten	68
Abb. 25: Indikator Soziale Herausforderungen aus dem Monitoring des Sozialreferats.....	69
Abb. 26: Bildungsabschluss nach Untersuchungsgebiet	71
Abb. 27: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand.....	73
Abb. 28: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Altersgruppen.....	74
Abb. 29: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund.....	74
Abb. 30: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommensgruppen.....	75
Abb. 31: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsstatus.....	76
Abb. 32: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Untersuchungsgebieten.....	77
Abb. 33: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand bei Alleinlebenden.....	77
Abb. 34: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Geschlecht	81
Abb. 35: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Altersgruppen.....	81
Abb. 36: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Migrationshintergrund	82
Abb. 37: Tage mit körperlichen Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Einkommensgruppen.....	82
Abb. 38: Tage mit seelischen Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Einkommensgruppen.....	83
Abb. 39: Tage mit Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten im letzten Monat nach Einkommensgruppen.....	83
Abb. 40: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Einkommensgruppen.....	84
Abb. 41: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat nach Untersuchungsgebieten	85
Abb. 42: Tage mit Beeinträchtigungen im letzten Monat bei Alleinlebenden	85
Abb. 43: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten.....	87
Abb. 44: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund.....	88
Abb. 45: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nach Einkommensgruppen.....	88
Abb. 46: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nach Untersuchungsgebieten.....	89
Abb. 47: Einschränkungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bei Alleinlebenden.....	90
Abb. 48: Einschränkungen bei spezifischen Tätigkeiten.....	91
Abb. 49: Einschränkungen bei spezifischen Tätigkeiten nach Altersgruppen	92
Abb. 50: Einschränkungen bei spezifischen Tätigkeiten nach Einkommensgruppen	93

Abb. 51: Eigene Pflegebedürftigkeit.....	95
Abb. 52: Besitz eines Schwerbehindertenausweises.....	96
Abb. 53: Besitz eines Schwerbehindertenausweises nach Einkommensgruppen.....	97
Abb. 54: Besitz eines Schwerbehindertenausweises nach Untersuchungsgebieten.....	97
Abb. 55: Sportliche Betätigung.....	99
Abb. 56: Sportliche Betätigung nach Altersgruppen.....	99
Abb. 57: Sportliche Betätigung nach Migrationshintergrund.....	100
Abb. 58: Sportliche Betätigung nach Einkommensgruppen.....	100
Abb. 59: Sportliche Betätigung nach Bildungsstatus.....	101
Abb. 60: Sportliche Betätigung nach Untersuchungsgebieten.....	101
Abb. 61: Subjektiver Gesundheitszustand nach Ausmaß der sportlichen Betätigung.....	102
Abb. 62: Vorhandensein eines funktionsfähigen Fahrrads nach Einkommensgruppen.....	104
Abb. 63: Vorhandensein eines funktionsfähigen Fahrrads nach Untersuchungsgebieten.....	104
Abb. 64: Fahrradfahren.....	105
Abb. 65: Fahrradfahren nach Untersuchungsgebieten.....	106
Abb. 66: Fahrradfahren nach Zufriedenheit mit den Wegen zum Fahrradfahren.....	107
Abb. 67: Besitz einer Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung.....	109
Abb. 68: Vorsorgevollmacht nach Migrationshintergrund.....	110
Abb. 69: Vorsorgevollmacht nach Einkommensgruppen.....	110
Abb. 70: Vorsorgevollmacht nach subjektivem Gesundheitszustand.....	111
Abb. 71: Vorsorgevollmacht bei Alleinlebenden.....	112
Abb. 72: Vorsorgevollmacht bei Alleinlebenden nach Altersgruppen.....	112
Abb. 73: Ehrenamtliches Engagement.....	114
Abb. 74: Ehrenamtliches Engagement nach Migrationshintergrund.....	115
Abb. 75: Ehrenamtliches Engagement nach Einkommensgruppen.....	115
Abb. 76: Ehrenamtliches Engagement nach Untersuchungsgebieten.....	116
Abb. 77: Ehrenamtliches Engagement nach subjektivem Gesundheitszustand.....	117
Abb. 78: Bereiche des ehrenamtlichen Engagements.....	117
Abb. 79: Ressourcen im sozialen Netzwerk.....	119
Abb. 80: Vorhandensein von unterstützenden Personen nach Einkommensgruppen.....	120
Abb. 81: Vorhandensein von unterstützenden Personen nach subjektivem Gesundheitszustand.....	121
Abb. 82: Subjektive Einschätzung der Größe des Freundeskreises.....	122
Abb. 83: Unterstützung bei Problemen nach Größe des Freundeskreises.....	122
Abb. 84: Verlässlichkeit des sozialen Netzwerkes nach Größe des Freundeskreises.....	123
Abb. 85: Gefühle des im Stich gelassen Werdens nach Größe des Freundeskreises.....	123
Abb. 86: Subjektive Einschätzung der Größe des Freundeskreises nach Einkommensgruppen.....	124
Abb. 87: Subjektive Einschätzung der Größe des Freundeskreises nach Untersuchungsgebieten.....	125
Abb. 88: Subjektive Einschätzung der Größe des Freundeskreises nach subjektivem Gesundheitszustand.....	126
Abb. 89: Räumliche Nähe zu Bezugspersonen.....	127
Abb. 90: Nachbarschaftliche Kontakte – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch.....	128
Abb. 91: Nachbarschaftliche Kontakte nach Migrationshintergrund – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch.....	129
Abb. 92: Nachbarschaftliche Kontakte nach Einkommensgruppen – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch.....	130
Abb. 93: Nachbarschaftliche Kontakte bei Alleinlebenden – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch.....	131
Abb. 94: Nachbarschaftliche Kontakte nach subjektivem Gesundheitszustand – Gegenüberstellung von Ist-Zustand und Wunsch.....	132
Abb. 95: Nachbarschaftliche Kontakte - Gesundheitszustand nach Ist-Zustand der nachbarschaftlichen Kontakte.....	133
Abb. 96: Bedenken hinsichtlich des Älterwerdens.....	135
Abb. 97: Bedenken hinsichtlich des Älterwerdens nach Einkommensgruppen.....	136
Abb. 98: Einschätzungen zur zukünftigen finanziellen Situation des Haushalts.....	137
Abb. 99: Einschätzung der finanziellen Möglichkeiten zur zukünftigen Übernahme eventueller Kosten für eine Pflegeeinrichtung nach Einkommensgruppen.....	138
Abb. 100: Dauerhaftes Ausreichen der finanziellen Möglichkeiten für ein gutes Leben in München.....	139
Abb. 101: Dauerhaftes Ausreichen der finanziellen Möglichkeiten für ein gutes Leben in München nach Alter und Migrationshintergrund.....	140
Abb. 102: Dauerhaftes Ausreichen der finanziellen Möglichkeiten für ein gutes Leben in München nach Untersuchungsgebieten.....	141
Abb. 103: Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherungsleistungen im Alter nach Planungsregionen - Monitoring 2013 des Sozialreferats.....	143
Abb. 104: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren.....	144

Abb. 105: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren nach Migrationshintergrund.....	145
Abb. 106: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren nach Einkommensgruppen.....	146
Abb. 107: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren nach Untersuchungsgebieten.....	146
Abb. 108: Einschätzung der Notwendigkeit des Bezugs von Sozialleistungen in späteren Jahren nach subjektivem Gesundheitszustand.....	147
Abb. 109: Bereitschaft zur Beantragung von Sozialleistungen bei Anspruchsberechtigung.....	148
Abb. 110: Bereitschaft zur Beantragung von Sozialleistungen bei Anspruchsberechtigung nach Altersgruppen.....	149
Abb. 111: Einsparungen bei Gesundheitsausgaben nach Einkommensgruppen.....	150
Abb. 112: Ressourcen und Hoffnungen hinsichtlich des Älterwerdens.....	151
Abb. 113: Differenz des gefühlten und biologischen Alters nach subjektivem Gesundheitszustand.....	153
Abb. 114: Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten.....	154
Abb. 115: Zufriedenheit mit dem Leben nach Migrationshintergrund.....	155
Abb. 116: Zufriedenheit mit dem Leben nach Einkommensgruppen.....	155
Abb. 117: Zufriedenheit mit dem Leben nach Untersuchungsgebieten.....	156
Abb. 118: Zufriedenheit mit dem Leben nach subjektivem Gesundheitszustand.....	156
Abb. 119: Stadtklimaanalyse: Lufttemperatur um 14 Uhr an einem wolkenlosen Sonnentag.....	165
Abb. 120: Einsparmöglichkeiten bei den Energiekosten nach Einkommensgruppen.....	167
Abb. 121: Subjektive Einschätzung des Geräuschpegels im Wohnviertel nach Untersuchungsgebieten....	169
Abb. 122: Subjektive Einschätzung der Luftqualität im Wohnviertel nach Untersuchungsgebieten.....	170
Abb. 123: Subjektive Einschätzung des Zustands von Grünanlagen und Parks im Wohnviertel nach Untersuchungsgebieten.....	171
Abb. 124: Subjektive Einschätzung des Zustands von Straßen und Wegen nach Untersuchungsgebieten	172
Abb. 125: Vergleich der subjektiven und objektiven Lärmbelastung für die elf Untersuchungsgebiete	175
Abb. 126: Sicherheitsempfinden im Wohnviertel auch bei Dunkelheit nach Untersuchungsgebieten	181
Abb. 127: Unzufriedenheit mit der aktuellen Angebotsstruktur (Geschäfte des täglichen Einkaufs, Grünanlagen, Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten) nach Untersuchungsgebieten.....	182
Abb. 128: Unzufriedenheit mit der aktuellen Angebotsstruktur (Fußwegeverbindungen, gute Wege zum Fahrradfahren, Wege zum Spaziergehen) nach Untersuchungsgebieten.....	183
Abb. 129: Unzufriedenheit mit der aktuellen Angebotsstruktur im öffentlichen Nahverkehr nach Untersuchungsgebieten.....	184
Abb. 130: Schwierigkeiten beim Zurechtfinden mit öffentlichen Verkehrsmitteln.....	185
Abb. 131: Besitz eines Kleingartens.....	186
Abb. 132: Besitz eines Kleingartens nach Migrationshintergrund.....	187
Abb. 133: Besitz eines Kleingartens nach Einkommensgruppen.....	187
Abb. 134: Besitz eines Kleingartens nach Untersuchungsgebieten.....	188
Abb. 135: Ausstattung der Wohnung im Hinblick auf das Älterwerden.....	190
Abb. 136: Aktuelle Notwendigkeit einer barrierefreien Wohnung	191
Abb. 137: Aktuelle Notwendigkeit einer barrierefreien Wohnung nach Untersuchungsgebieten.....	192
Abb. 138: Probleme mit Barrieren auf Gehwegen, Plätzen, Haltestellen und zu kurzen Grünphasen an Ampeln.....	193
Abb. 139: Probleme mit Barrieren auf Gehwegen, Plätzen, Haltestellen nach subjektivem Gesundheitszustand.....	194
Abb. 140: Probleme mit zu kurzen Grünphasen an Ampeln nach subjektivem Gesundheitszustand.....	194
Abb. 141: Bereitschaft zur Nutzung technischer Unterstützungssysteme	195
Abb. 142: Bereitschaft zur Nutzung technischer Unterstützungssysteme nach Altersgruppen.....	196
Abb. 143: Krankenversicherungsschutz nach Migrationshintergrund	198
Abb. 144: Krankenversicherungsschutz nach Einkommensgruppen.....	198
Abb. 145: Krankenversicherungsschutz nach Untersuchungsgebieten.....	199
Abb. 146: Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen.....	200
Abb. 147: Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen nach Altersgruppen	201
Abb. 148: Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen nach Migrationshintergrund	202
Abb. 149: Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen nach Einkommensgruppen	203
Abb. 150: Kenntnis der Alten- und Service-Zentren nach Untersuchungsgebieten	203
Abb. 151: Nutzung von Angeboten für ältere Menschen.....	204
Abb. 152: Nutzung von Angeboten für ältere Menschen nach Altersgruppen	205
Abb. 153: Beurteilung der Angebotsstruktur für ältere Menschen.....	208
Abb. 154: Fehlende Angebote für ältere Menschen in der LH München.....	209
Abb. 155: Präferenz spezifischer Anbieter bei Angeboten für ältere Menschen.....	211
Abb. 156: Unzufriedenheit mit dem Angebot an Gesundheitsdienstleistern im Viertel nach Untersuchungsgebieten.....	214

Abb. 157: Unzufriedenheit mit den Sportangeboten im Viertel nach Untersuchungsgebieten.....	214
Abb. 158: Unzufriedenheit mit Beratungsangeboten im Viertel nach Untersuchungsgebieten.....	215
Abb. 159: Wunsch nach generationenübergreifenden oder altersgruppenspezifischen Angeboten.....	217
Abb. 160: Wunsch nach generationenübergreifenden oder altersgruppenspezifischen Angeboten nach Altersgruppen.....	217
Abb. 161: Wünsche an den Standort einer stationären Pflegeeinrichtung	219
Abb. 162: Wünsche an eine stationäre Pflegeeinrichtung.....	220
Abb. 163: Beurteilung alternativer Pflegeformen.....	221
Abb. 164: Beurteilung von Pflege-Wohngemeinschaften nach Geschlecht, Altersgruppen und Migrationshintergrund.....	222
Abb. 165: Einstellungen zu Pflege	225
Abb. 166: Pflegepersonen bei eigener Pflegebedürftigkeit.....	228
Abb. 167: Einschätzung, wer die eigene Pflege übernehmen würde.....	229
Abb. 168: Aktuelle Beteiligung an der Pflege einer anderen Person.....	230
Abb. 169: Ausmaß des Engagements von Personen, die an der Pflege einer anderen Person aktuell beteiligt sind.....	230
Abb. 170: Beziehung zur aktuell gepflegten Person.....	231
Abb. 171: Generelle Bereitschaft zur Übernahme von pflegerischen Aufgaben bei anderen Personen	233
Abb. 172: Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben bei der Pflege der eigenen (Ehe-)Partnerin oder des eigenen (Ehe-)Partners nach Geschlecht	234
Abb. 173: Informationsverhalten über kulturelle und soziale Angebote im Viertel oder der Gesamtstadt....	236
Abb. 174: Wünsche nach Förderung durch die Stadt München.....	238
Abb. 175: Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der LH München im zeitlichen Verlauf von 1999 bis 2011	242
Abb. 176: Struktur der ambulanten Pflegedienste in der LH München 2011.....	246

10.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Belastende Umweltbedingungen, soziale Lage und subjektiver Gesundheitszustand nach Untersuchungsgebieten	15
Tab. 2: Quartierstypen und ausgewählte Untersuchungsgebiete	39
Tab. 3: Menschen mit (Schwer-)Behinderung in der LH München 2013	51
Tab. 4: Monitoring des Sozialreferats – Zuordnung der Untersuchungsgebiete der Studie ÄwiM zu den Planungsregionen des Sozialreferats	69
Tab. 5: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand – Ergebnis der logistischen	79
Tab. 6: Tage mit körperlichen oder seelischen Beschwerden oder mit Einschränkungen der Alltagsaktivitäten im letzten Monat	80
Tab. 7: Subjektive Einschätzung von Geräuschpegel, Luftqualität, Zustand von Grünanlagen und Straßen im Wohnviertel nach Untersuchungsgebieten	173
Tab. 8: Subjektive Einschätzung des Geräuschpegels und objektive Ergebnisse der Lärmkartierung 2012	174
Tab. 9: Belastende Umweltbedingungen, soziale Lage und subjektiver Gesundheitszustand nach Untersuchungsgebieten	177
Tab. 10: Fehlende Angebote zur Unterstützung, Beratung, Begegnung und Pflege	210
Tab. 11: Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der LH München 2011	240
Tab. 12: Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der LH München im zeitlichen Vergleich von 2009 und 2011	241
Tab. 13: Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der LH München im zeitlichen Verlauf von 1999 bis 2011	242
Tab. 14: Kennzahlenvergleich der Pflegestatistik 2011 mit anderen Regionen und Städten	243
Tab. 15: Anzahl und Belegungsquote der vollstationären Pflegeplätze in der LH München 2009 und 2011	243
Tab. 16: Struktur der Leistungsempfänger in Pflegeeinrichtungen in der LH München 2011	244
Tab. 17: Leistungsempfänger in ambulanter pflegerischer Versorgung durch einen Pflegedienst nach Art des Trägers 2011	245
Tab. 18: Leistungsempfänger in ambulanter pflegerischer Versorgung durch einen Pflegedienst nach Pflegestufen 2011	247
Tab. 19: Leistungsempfänger in ambulanter pflegerischer Versorgung durch einen Pflegedienst nach Altersgruppen 2011	247
Tab. 20: Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten nach Beschäftigungsverhältnis 2011	248
Tab. 21: Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten nach Berufsabschlüssen 2011	248
Tab. 22: Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten nach Arbeitsanteil für den Pflegedienst (SGB XI) 2011	249

