

Gesunde Kommune Puchheim

Bedarfsanalyse zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen

- Abschlussbericht -

Name: Christoph Geigl, M.A.
Prof. Dr. Christian Janßen, M.A.

Adresse: Hochschule München
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
Am Stadtpark 20, 81243 München

E-mail: christoph.geigl@hm.edu
christian.janssen@hm.edu

München, den 02.12.2019



INHALTSVERZEICHNIS

1	EINFÜHRUNG	4
1.1	Problemstellung	5
1.2	Zielsetzung	6
1.3	Methodisches Vorgehen	7
2	AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND	8
2.1	Gesundheit	9
2.2	Gesundheitsförderung	10
2.3	Senior*innen	12
2.4	Setting Kommune	16
3	DATEN UND METHODEN	19
3.1	Sekundärdatenanalyse	19
3.1.1	Gesundheitsrelevante Angebote und Maßnahmen: Datenanalyse	20
3.1.2	Gesundheitsrelevante Struktur- und Sozialdaten: Datenanalyse	21
3.2	Qualitative Analyse	23
3.2.1	Datenerhebung	23
3.2.2	Datenauswertung	29
3.3	Quantitative Analyse	40
3.3.1	Datenerhebung	41
3.3.2	Datenauswertung	46
4	ERGEBNISSE	51
4.1	Sekundärdatenanalyse	51
4.1.1	Gesundheitsrelevante Angebote	51
4.1.2	Gesundheitsrelevante Struktur- und Sozialdaten	56
4.2	Qualitative Analyse	77
4.2.1	Besondere Merkmale	77
4.2.2	Gesundheitsbezogene Ressourcen	79
4.2.3	Gesundheitsbezogene Belastungen	81
4.2.4	Förderliche Faktoren	85
4.2.5	Hinderliche Faktoren	90
4.2.6	Entwicklungsmöglichkeiten	94
4.3	Quantitative Analyse	97
4.3.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	97
4.3.2	Health Locus of Control	110
4.3.3	Beschwerden-Liste	114
4.3.4	Mobilität	116
4.3.5	Soziale Unterstützung	116



4.3.6	GRABE-Risikofaktoren	117
4.3.7	Angebote in Puchheim	119
4.3.8	Soziodemographische Daten	126
5	DISKUSSION	130
5.1	Sekundärdatenanalyse	130
5.1.1	Gesundheitsrelevante Angebote	130
5.1.2	Gesundheitsrelevante Struktur- und Sozialdaten	131
5.2	Qualitative Analyse	135
5.2.1	Besondere Merkmale	135
5.2.2	Gesundheitsbezogene Ressourcen	137
5.2.3	Gesundheitsbezogene Belastungen	137
5.2.4	Förderliche Faktoren	138
5.2.5	Hinderliche Faktoren	139
5.2.6	Entwicklungsmöglichkeiten	139
5.3	Quantitative Analyse	140
5.3.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	140
5.3.2	GRABE-Risikofaktoren	141
5.3.3	Angebote in Puchheim	142
6	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	144
	LITERATURVERZEICHNIS	146
	ANHANG	158

1 EINFÜHRUNG

Die Stadt Puchheim beabsichtigt die Entwicklung eines Konzeptes zur gesundheitlichen Förderung ihrer Bevölkerung, um ihre Weiterentwicklung als eine soziale und die Lebensqualität ihrer Einwohner*innen fördernden Stadt zu unterstützen. Dabei soll kommunale Gesundheitsförderung regionale Barrieren und soziale Ungleichheiten abbauen, um allen Menschen einen bedarfsorientierten Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen zu gewähren. Insgesamt soll die gesundheitliche Chancengerechtigkeit auf kommunaler Ebene erhöht und bestehende Unterschiede angeglichen werden. Damit stehen die gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit der Stadt Puchheim sowohl im regionalen wie auch im überregionalen Kontext im Fokus.

Da Gesundheitsförderung einen großen Teil kommunaler Entwicklung umfasst und die Kommune somit vor große Herausforderungen stellt, wurde entschieden, sich zuerst auf eine der drei Zielgruppen „Kinder und Jugendliche“, „Erwachsene“ und „Senior*innen“ zu fokussieren. Zu erwartende Entwicklungen zeigen für die Stadt Puchheim in den kommenden Jahren eine deutliche absolute Zunahme älterer Menschen (ab 65 Jahre) und dabei eine besonders starke Zunahme Hochaltriger (Menschen ab 80 Jahre) (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018g, 2018h). Aufgrund dieser Entwicklungstendenzen hat sich die Stadt Puchheim zur Durchführung einer Bedarfsanalyse zur Gesundheitsförderung bei Senior*innen ab 65 Jahre entschieden.

Die Analyse der gesundheitlichen Ausgangssituation stellt im Rahmen der kommunalen Gesundheitsplanung einen wichtigen ersten Schritt dar. In der Bedarfsanalyse werden Informationen über die gesundheitliche Situation und die gesundheitsbezogenen Voraussetzungen älterer Menschen auf wissenschaftlicher Basis analysiert. Damit soll die Bedarfsanalyse als Arbeitsgrundlage für die Optimierung bisher bestehender Angebote sowie zur Entwicklung neuer gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen in der Stadt Puchheim dienen. Die vorliegende Bedarfsanalyse zeigt gesundheitsbezogene Bedarfe und Problemlagen auf, um somit auf Grundlage einer wissenschaftlich fundierten Datenlage in weiteren Entwicklungsschritten gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen ressourcenschonend und ergebnisorientiert planen, durchführen und evaluieren zu können.

1.1 Problemstellung

Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, in der die Kommune eine entscheidende Steuerungs- und Vermittlungsfunktion innehat. Kommunen verfügen über einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen, da sie über Möglichkeiten verfügen die Lebensbedingungen der Bürger*innen maßgebend mitzugestalten. Die Gesundheitsförderung erfordert auf kommunaler Ebene ein Zusammenspiel von Gesellschaft, Politik, Wirtschaft und Wissenschaft sowie von Interessensgruppen und Betroffenen (vgl. Heyn 2017, S. 1). Aufgrund der hohen gesundheitlichen Relevanz der kommunalen Lebenswelt nimmt die bedarfsorientierte und zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle ein. Vor allem sozial benachteiligte und gesundheitlich besonders belastete Menschen können durch einen kommunalen Setting-Ansatz ohne Stigmatisierung erreicht werden (vgl. BMU 2016, S. 32). In allen Lebensphasen wird Gesundheit durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, die in wechselseitigem Verhältnis zueinanderstehen. Im Alter ergibt sich jedoch ein besonderer Bedarf an Gesundheitsförderung, da erhöhte Gesundheitsrisiken meist durch schwierige Lebenslagen (Armut, Vereinsamung und Zunahme von körperlichen Beeinträchtigungen) verschärft werden. Dabei sind erhöhte gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter und eine frühe Sterblichkeit häufig auf eine lebenslange andauernde Benachteiligung zurückzuführen. Zudem sind benachteiligte, von Armut betroffene ältere Menschen oftmals kaum über Angebote der Gesundheitsförderung und Unterstützung im Alltag informiert (vgl. BZgA 2015, S. 4–5).

Die kommunale Ebene ist in besonderer Weise von verschiedenen Veränderungen und Tendenzen der Bevölkerungsentwicklung betroffen. Vor allem Alterung und Migration wirken sich kontinuierlich auf die Bevölkerungsstruktur aus. Vor diesem Hintergrund sehen sich Kommunen mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Die Gesundheit älterer Menschen ist dabei von wesentlicher Bedeutung, da sie sich auf verschiedene soziale, kulturelle und wirtschaftliche Bereiche auswirkt. Die Bevölkerungsentwicklung jeder Kommune verläuft sehr spezifisch, jede Kommune weist dabei besondere Strukturmerkmale auf. Je früher sich Kommunen auf ihre jeweiligen spezifischen Gegebenheiten einstellen, desto besser sind sie in der Lage, angemessen auf wahrscheinliche Auswirkungen zu reagieren (vgl. Kuhlmann 2009, S. 5).

Häufig greifen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Setting Kommune zu kurz. Die Gründe hierfür liegen oft unter anderem in einer nicht ausreichenden Soziallagensensibilität, einer zu großen Fokussierung auf Verhaltenstrainings und Eigenverantwortung sowie einer zu geringen Einbindung der Gesundheitsförderung in zentrale Politikbereiche. Zudem werden auf kommunaler Ebene meist nur kurzfristige Aktionen und befristete Projekte mit zu geringer Reichweite und ohne ausreichende theoretische und empirische Grundlage aufgelegt. Dadurch bleiben vorhandene Ressourcen und Potenziale oftmals ungenutzt (vgl. Borrmann 2014, S. 4).

Kommunale Gesundheitsförderung adressiert häufig Zielgruppen oder Handlungsfelder, die einen relativ geringen Bedarf aufweisen oder denen bereits in angemessenem Rahmen gesundheitliche Förderung zukommt. Somit werden letztlich die Zielgruppen nicht oder nicht hinreichend erreicht, die auf gesundheitliche Förderung am dringlichsten angewiesen wären (vgl. Bär 2011, S. 4; Bräunling 2017, S. 4; Borrmann 2014, S. 4). Gleichwohl sind Kommunen besonders geeignet, um gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen an den Lebenswelten und Bedürfnissen der Menschen zu orientieren und örtliche Ressourcen zur Förderung der Gesundheit zu bündeln. Auf kommunaler Ebene können Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zielgruppengenaу und evidenzbasiert auf den tatsächlichen Bedarf zugeschnitten werden, um ein gesundes und selbstbestimmtes Leben im Alter zu fördern (vgl. Kuhlmann 2009, S. 24). Es gibt vielversprechende Ansatzmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung wie den individuellen Lebensstil, persönliche Ressourcen und soziale Teilhabe, um den Gesundheitszustand, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden in positivem Maße beeinflussen zu können (vgl. Flor 2015, S. 13).

1.2 Zielsetzung

Die Stadt Puchheim plant mit Unterstützung durch das AOK-Förderprogramm „Gesunde Kommune“ ein Konzept zur gesundheitlichen Förderung der Stadtbevölkerung. Bei diesem Vorhaben wird die Stadt Puchheim von der Hochschule München wissenschaftlich begleitet und unterstützt. Zu diesem Zweck wird zunächst eine Bedarfsanalyse bei der Zielgruppe Senior*innen ab 65 Jahre durchgeführt. Die Bedarfsanalyse dient der wissenschaftlich fundierten Informationsgewinnung über die gesundheitsbezogene Ausgangssituation für die Entwicklung und Umsetzung gesundheitsfördernder

Maßnahmen. Demnach liefert die Bedarfsanalyse Erkenntnisse, um eine bedarfsorientierte, effektive und überprüfbare gesundheitliche Förderung der Zielgruppe zu gewährleisten. Als Ergebnis der Bedarfsanalyse wird ein umfassendes und relevantes Bild der gesundheitlichen Situation der Zielpopulation angestrebt. Dabei sollen Problemfelder, Bedarfe und Hemmnisse für die Gesundheit in der Zielpopulation dargestellt werden, um einen Ausgangspunkt für bedarfsorientierte Empfehlungen zur Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen zu erhalten.

1.3 Methodisches Vorgehen

Im ersten Antragszeitraum erfolgt eine Bedarfsanalyse bei der Zielgruppe Senior*innen ab 65 Jahre. Das Arbeitsprogramm der Bedarfsanalyse gliedert sich in drei Schritte: Zuerst erfolgt anhand von bereits vorhandenen Sekundär- bzw. Verwaltungsdaten eine IST-Analyse. Im zweiten Schritt wird mittels Fokusgruppen und Expert*innen-Interviews die empirische Grundlage für eine qualitativ fundierte SOLL-Analyse geschaffen, die in einem dritten Schritt anhand einer quantitativen Bevölkerungsbefragung bei der Zielpopulation auf ihre Repräsentativität überprüft werden soll. Die Ergebnisse aus allen drei Arbeitsschritten werden in dem vorliegenden Bericht zusammengefasst, der somit auch als Beispiel für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung für weitere Zielgruppen wie z. B. Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene, Menschen im mittleren Lebensalter) dienen kann. Letztendlich sollen mit Berichten dieser Art die Maßnahmenplanung, -umsetzung und -evaluation im Bereich der Gesundheitsförderung auf eine wissenschaftliche Basis gestellt werden, um ihren gesamtgesellschaftlichen Nutzen zu steigern.

2 AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND

Diese Bedarfsanalyse greift eine wesentliche Herausforderung im Zuge des demographischen Wandels auf: In den kommenden Jahrzehnten steigt aufgrund der ansteigenden Lebenserwartung die Anzahl älterer Menschen, die vermehrt von gesundheitlichen Belastungen betroffen sind. Altersbedingt nehmen körperliche und kognitive Einschränkungen, chronische Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen zu (vgl. RKI 2015, S. 410–516). Diese Entwicklung geht mit neuen Anforderungen an die gesundheitlichen Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen einher und erfordert kommunale Lösungsansätze, um eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der Lebensbedingungen für ältere Menschen zu ermöglichen. Dahingehend wird im nationalen Gesundheitsziel »Gesund älter werden« des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Anpassung der Gesundheitsförderung an die Bedürfnisse älterer Menschen gefordert (vgl. BMG 2012, S. 11).

Der Gesundheitsförderung bei älteren Menschen kommt eine hohe Bedeutung zu, da sich die Gesundheit auch im höheren Alter noch wirksam verbessern lässt. Es ist beispielsweise möglich, einen Großteil der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu vermeiden, ihr Auftreten zu hinauszuzögern oder ihre Folgen zu verringern (vgl. BMG 2012, S. 11). Der Gesundheitszustand wird maßgeblich vom sozialen Status, den allgemeinen Lebensbedingungen und den Lebenschancen beeinflusst. Dabei sind Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sozial ungleich verteilt. Dieser Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird als gesundheitliche Ungleichheit bezeichnet. Der Begriff »Gesundheitliche Ungleichheit« beschreibt eine gesellschaftspolitisch bedeutsame Herausforderung, die soziale Unterschiede in der Gesundheit beschreibt. In einem Wohlfahrtsstaat, der auf Chancengerechtigkeit und Solidarität basiert, zeigt sich gesundheitliche Ungleichheit als schwerwiegende Erscheinungsform sozialer Ungleichheit (vgl. Richter und Hurrelmann 2009).

Soziale Ungleichheit umfasst vertikale und horizontale Dimensionen: Während mit vertikalen Ungleichheiten somit Klassengegensätze oder Schichtunterschiede gemeint sind, häufig operationalisiert durch Einkommen, Bildung und Beruf, werden Unterschiede wie Alter, Geschlecht, Familienstand oder Migrationshintergrund als horizontale Ungleichheiten bezeichnet (vgl. Janßen 2019, S. 103).

Nachfolgend werden als Arbeitsgrundlage wesentliche Begrifflichkeiten zur kommunalen Gesundheitsförderung bei älteren Menschen beschrieben, die dieser Bedarfsanalyse zugrunde liegen. Zunächst werden die Bedeutungen der Begriffe Gesundheit (Kapitel 2.1) und Gesundheitsförderung (Kapitel 2.2) dargestellt, bevor anschließend die Begriffe Senior*innen (Kapitel 2.3) und das Setting Kommune (Kapitel 2.4) betrachtet werden.

2.1 Gesundheit

Gesundheit ist ein vielschichtig geprägter Begriff, dessen Bedeutung von historischen Umständen, dem kulturellen Verständnis und der disziplinären Ausrichtung abhängt (vgl. Pförtner 2013, S. 17), und dementsprechend gibt es auch keine allgemein gültige Definition von Gesundheit (vgl. Franke 2012, S. 24–25). Dennoch hat sich in den Gesundheitswissenschaften überwiegend ein multidimensionales Verständnis von Gesundheit etabliert, das Gesundheit als einen ganzheitlichen Zustand beschreibt, der körperliche, psychische und soziale Aspekte umfasst (vgl. Pförtner 2013, S. 20–21).

Aaron Antonovsky (1987) prägte vor diesem Hintergrund das Rahmenkonzept der Salutogenese, das sich auf Determinanten und Wechselwirkungen zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit bezieht (vgl. Antonovsky 1987). In seinem Modell der Salutogenese beschreibt er ein Rahmenkonstrukt, das dynamische Gegebenheiten und Wechselbeziehungen benennt, die zur Entstehung und dem Erhalt von Gesundheit führen. Dabei beschäftigt er sich insbesondere damit, wie *"Menschen trotz einer Vielzahl von gefährdenden und belastenden Faktoren im mikrobiologischen, biochemischen, psychologischen und sozialen Bereich gesund bleiben und Störungen ihrer Gesundheit erfolgreich ausgleichen können"* (Richter und Hurrelmann 2016, S. 11). Gesundheit ist demnach als dynamische Balance zwischen Anforderungen und Belastungen zu verstehen, die von individuellen Handlungsressourcen beeinflusst wird. Eine derartige Sichtweise unterstreicht die Bedeutsamkeit gesundheitsförderlicher Verhältnisse in der sozialen Lebenswelt und individueller Bewältigungsmöglichkeiten (vgl. Gerlinger 2016, S. 96).

Diesem Gesundheitsverständnis entsprechend beurteilen Menschen ihre eigene Gesundheit nicht ausschließlich auf Grundlage von objektiv-medizinisch diagnostizierten Erkrankungen, sondern unter Berücksichtigung von subjektiven Aspekten, wie etwa

dem Vergleich mit dem Gesundheitszustand Gleichaltriger. Oftmals bewerten Menschen ihre eigene Gesundheit noch als gut, obwohl sie von Erkrankungen betroffen oder in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Der subjektive und objektive Gesundheitszustand sind meist nicht deckungsgleich, wodurch sich die Selbsteinschätzung der Gesundheit als ein wichtiger Faktor in der Gesundheitsforschung etabliert hat (vgl. RKI 2015, S. 410–411).

Ein dementsprechendes Verständnis von Gesundheit lässt sich beispielsweise über Gesundheitsindikatoren der Sterblichkeit (Mortalität), Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) und gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen. Dabei bilden die Mortalitätsindikatoren eher quantitative Dimensionen des Gesundheitsbegriffs ab, dazu zählen etwa die altersbezogene Lebenserwartung oder Sterblichkeitsziffern. Morbiditätsindikatoren messen die Krankheitshäufigkeit und -schwere sowie krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der physischen und sozialen Funktionen, dies umfasst etwa die Häufigkeit (auch Prävalenz genannt) chronischer Erkrankungen. Die Eindimensionalität von Mortalitäts- und Morbiditätsindikatoren hat zur Entwicklung und Etablierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als weiteren bedeutenden und akzeptierten Gesundheitsindikator geführt. Indizes der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes auf Grundlage repräsentativer Bevölkerungsbefragungen (vgl. Schumacher 1996, S. 198). Die Lebensqualität bildet das Zusammenwirken körperlicher, sozialer, mentaler und verhaltensbezogener Komponenten des Wohlbefindens ab. Dieser individuell erlebte Gesundheitszustand kann z.B. über das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gemessen werden (vgl. Morfeld et al 2011).

2.2 Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung wurde 1986 von der WHO eingeführt und bezeichnet Strategien und Maßnahmen, durch die Gesundheitsressourcen und -potenziale gestärkt werden sollen. Er berücksichtigt im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses neben dem Gesundheitsverhalten auch die Gesundheitsverhältnisse. Während das Gesundheitsverhalten durch selbstbestimmtes Handeln bedient werden kann, können die Gesundheitsverhältnisse durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung gesellschaftlicher Lebensbedingungen angesprochen werden. In der Ge-

sundheitsförderung ist der Setting-Ansatz von zentraler Bedeutung, um eine Ausrichtung auf gesundheitsrelevante Lebenswelten (Quartier, Kommune etc.) zu gewährleisten. Dabei ist die enge Beteiligung und aktive Einbindung der Zielpopulation vor Ort ein wichtiges Element, um gesundheitsförderliche Strategien und Maßnahmen bedarfsorientiert auszurichten. So kann es gelingen, Bevölkerungsgruppen anzusprechen, die bislang von gesundheitsförderlichen Strategien und Maßnahmen weitestgehend ausgeklammert wurden (vgl. RKI 2015, S. 241).

Gesundheitsförderung bemüht sich, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Dadurch sollen alle Menschen befähigt werden, ihr Gesundheitspotenzial auszuschöpfen (vgl. WHO 1986, S. 2). Letztlich zielt Gesundheitsförderung auf einen kontinuierlichen Prozess ab, um *"allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen"* (WHO 1986, S. 1).

Als Grundlage und Anknüpfungspunkte für eine integrierte Zusammenarbeit zur Gesundheitsförderung in der Kommune dienen u. a.¹:

- das Städtebauförderungsprogramm Soziale Stadt, mit dem die Bundesregierung seit 1999 Stabilisierung und Aufwertung städtebaulich, wirtschaftlich und sozial benachteiligter und strukturschwacher Stadt- und Ortsteile unterstützt.
- das Präventionsgesetz (PrävG) zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, das die Krankenkassen ab dem Jahr 2016 verpflichtet deutlich mehr Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen zu erbringen. Dabei wird das Setting Kommune bereits in der Begründung des Regierungsentwurfs zu § 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) als Lebenswelt erwähnt (vgl. BMU 2016, S. 33–34).

¹ Überblick nach Heyn (2017).

- die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), die im Jahr 2016 verabschiedet und im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention beschlossen wurden. Sie dienen *„der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“* (NPK 2016, S 5).
- der Ansatz der Präventionskette, in dem Kommunen ressort- und lebensphasenübergreifend integrierte Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln. Präventionsketten verfolgen das Ziel, die Ressourcen und Kompetenzen aller öffentlichen und gesellschaftlichen Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen zu bündeln und deren Angebote aufeinander abzustimmen (vgl. Block und Bräunling 2014, S. 4).

2.3 Senior*innen

Bei der Betrachtung der Zielgruppe der Senior*innen ist es zunächst sinnvoll das Alter als Lebensphase für diese Gruppe zu definieren: In der Soziologie wird der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand als Alter definiert. Die Medizin befasst sich vorrangig mit spezifischen Alterserscheinungen, die schon weit vor dem Eintritt in das Rentenalter auftreten können. Die Gerontologie, die sich mit dem Altern der Menschen befasst, verwendet häufig die chronologische Altersgrenze von 60 oder 65 Jahren (vgl. Flor 2015, S. 13). Für die vorliegende Bedarfsanalyse wurde die Zielgruppe anhand des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf Senior*innen ab 65 Jahre festgelegt.

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wird der Lebensabschnitt Alter immer länger. Deshalb wird das Alter häufig in ein drittes und viertes Lebensalter oder auch in die jungen Alten (65 bis 79 Jahre) und die Hochbetagten (ab 80 Jahre) eingeteilt. Zu berücksichtigen bleibt, dass chronologische Altersgrenzen nicht festlegen, ab wann bestimmte Entwicklungen wie gesundheitliche Einschränkungen sicher eintreten. Trotzdem ist die Wahrscheinlichkeit für Menschen ab 80 Jahren signifikant erhöht, unter körperlichen, kognitiven und/oder psychischen Beeinträchtigungen zu leiden (vgl. Flor 2015, S. 13).

Ältere Menschen bilden eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichsten Ansprüchen und Bedürfnissen. Zur Beurteilung der Lebenssituation älterer Menschen sind beispielsweise Faktoren wie soziale Lage, Bildung, Migrationshintergrund und Geschlecht bedeutsam. Auch die Selbstwahrnehmung und -einschätzung, die in dieser Lebensphase sehr weit auseinanderliegen können, spielen eine wichtige Rolle (vgl. Gold et al. 2014, S. 2). Aufgrund verschiedener Lebenssituationen älterer Menschen lassen sich Gruppen bilden, für die spezifische Aspekte zur bedarfsorientierten Gesundheitsförderung besonders bedeutsam sind. Beispielhaft wären hier die Gruppen gesunder älterer Menschen oder ältere Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen zu nennen (vgl. Dean und Holstein 1991, S. 343–344). Aufgrund der Heterogenität der Gruppe der Senior*innen ist es wichtig einen spezifischen und niedrigschwelligen Zugang der Gesundheitsförderung zu wählen. Beispielsweise können je nach Gesundheitszustand und Lebenssituation, entweder Komm- oder Bringstrukturen geeigneter sein. Entsprechend sind bei der Gestaltung des Zugangs zu Angeboten und Maßnahmen spezifische Bedarfe zu berücksichtigen, die für die Akzeptanz und Inanspruchnahme des Angebots zur Gesundheitsförderung von entscheidender Bedeutung sein können (vgl. Kuhlmann 2009, S. 10).

Der besondere Unterstützungsbedarf der Zielgruppe der Senior*innen hängt damit zusammen, dass mit zunehmendem Alter die Gesundheitsrisiken durch schwierige Lebenslagen ansteigen. So können der Ausstieg aus dem Erwerbsleben, das Nachlassen von körperlicher Leistungsfähigkeit und schwere Schicksalsschläge zu starken psychischen Belastungen sowie zu Rückzug und Einsamkeit führen. Die Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Alter und einer frühen Sterblichkeit liegen häufig an lebenslanger Benachteiligung. Ein erschwerter Zugang zu ökonomischen und kulturellen Ressourcen, geringfügige gesellschaftliche Teilhabe und eine dauerhafte ungesunde Lebensweise beeinträchtigen ein gesundes Leben im Alter. Meist sind sozial benachteiligte und von Armut betroffene Menschen nicht oder unzureichend über Angebote der Gesundheitsförderung und Unterstützung im Alltag informiert. Außerdem wirken Sprachprobleme, niedrige Bildung und Einsamkeit abträglich. In sozial benachteiligten Quartieren verstärken sich problematische Lebenslagen und belastende Wohnsituationen oftmals gegenseitig und stellen damit eine besondere Herausforderung für die kommunale Gesundheitsförderung dar (vgl. BZgA 2015, S. 4–5).

Trotz der besonderen Bedarfe von Senior*innen ist Alter nicht per se mit Krankheit, Einschränkung oder Gebrechlichkeit gleichzusetzen. Diese traditionellen Verknüpfungen sind längst überholt, denn sehr viele ältere Menschen können ein aktives Leben ohne Beeinträchtigungen führen (vgl. Sammet et al. 2015, S. 18). Dieser Umstand lässt sich durch den Vergleich zwischen der allgemeinen Lebenserwartung und der gesunden Lebenserwartung belegen. Mit gesunder Lebenserwartung ist die Zahl der Jahre gemeint, in denen der Mensch in sehr gutem oder gutem allgemeinen Gesundheitszustand lebt. Die allgemeine Lebenserwartung² von Männern ab 65 Jahre liegt im Durchschnitt bei 15,7 Jahren, wovon 13,6 Jahre in relativer Gesundheit verbracht werden. Bei Frauen ab 65 Jahre liegt die allgemeine Lebenserwartung im Durchschnitt bei 19,3 Jahren, davon 16,4 Jahre in relativer Gesundheit. Unterschiede in der Lebenserwartung zeigen sich jedoch nicht nur nach Geschlecht, sondern auch nach der sozialen Lage. Die gesunde Lebenserwartung ab 65 Jahre beträgt in der Einkommensgruppe, die unter 60 Prozent des durchschnittlichen Einkommens liegt, 10,5 Jahre bei den Männern und 13,4 Jahre bei den Frauen. Die gesunde Lebenserwartung ab 65 Jahre in der Einkommensgruppe, die bei über 150 Prozent des durchschnittlichen Einkommens liegt, beträgt hingegen bei den Männern 16,4 Jahre und bei den Frauen 18,4 Jahre. Damit liegt die Differenz zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe in der Lebenserwartung ab 65 Jahre durchschnittlich bei 5,9 Jahren bei den Männern und 5 Jahren bei den Frauen (vgl. Lampert 2009, S. 130–131). Dies verdeutlicht den dringlichen Bedarf, gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen auf sozial benachteiligte Gruppen zu richten, da hier ein besonders großes Potenzial zur Gesundheitsförderung besteht.

Das eine aktive und bewusste Lebensweise einen positiven Effekt auf die Lebenserwartung und die Lebensqualität hat, ist zahlreich belegt (siehe Manini et al. 2006; Chipperfield 2008; Woodcock et al. 2011). Sie stellt einen wichtigen Faktor dar, um etwa die Mobilität zu bewahren und altersbedingte Gesundheitsprobleme zu vermeiden oder zu verzögern. Vor allem körperliche Aktivität unterstützt ein gesundes Altern, eine selbstständige Lebensführung und eine Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (vgl. Sammet et

² Nach den Daten des sozioökonomischen Panels und Sterbetafeln im Zeitraum 1995 bis 2005

al. 2015, S. 19). Sie wirkt „*biologischen Alterungsprozessen entgegen, senkt das Sturzrisiko sowie Depressionen und hilft, die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems zu erhalten*“ (Sammet et al. 2015, S. 19).

Die Lebenszufriedenheit älterer Menschen kann zudem erheblich durch die gesellschaftliche Wahrnehmung und Deutung von Alt werden und Alt sein beeinflusst werden. Damit stellt die Entwicklung und Etablierung positiver Altersbilder eine gesellschaftliche Herausforderung dar, die hohes Potenzial zur Gesundheitsförderung in sich birgt. Es sind Altersbilder notwendig, die den Fokus auf positive Aspekte des Alterns legen wie beispielsweise im Lebenslauf entwickelte Kompetenzen oder Entwicklungspotenziale im Alter. Die Potenziale älterer Menschen sind sehr vielseitig, etwa im Bereich von Kreativität, Bildung oder Mentoring. Eine Reduzierung auf Altersbilder, die gesundheitliche Einschränkungen und Verluste hervorheben, kann dazu führen, dass vorhandene Ressourcen und Potenziale nicht ausgeschöpft werden (vgl. Gold et al. 2014, S. 2). Ein positives Altersbild ist sowohl gesamtgesellschaftlich als auch auf kommunaler Ebene bedeutsam. Deshalb muss kommunale Gesundheitsförderung die Fähigkeit zur Weiterentwicklung älterer Menschen hervorheben. Dies kann nicht nur die Akzeptanz gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen in der Kommune stärken, sondern ebenfalls dazu beitragen, das Altersbild in der Kommune positiv zu verändern. Ein positives Altersbild kann für ein besseres Miteinander aller Altersgruppen in der Kommune sorgen. Letztlich müssen einzelne Kompetenzen unter Berücksichtigung an die veränderten Möglichkeiten im Alter ausgebaut werden. Hierzu kann kommunale Gesundheitsförderung einen entscheidenden Beitrag leisten, indem sie die Potenziale älterer Menschen wahrnimmt und fördert. Ein wichtiger Aspekt kommunaler Gesundheitsförderung älterer Menschen liegt im Bereich gesellschaftlicher Teilhabe. Die Einbindung in ein soziales Netzwerk und die Möglichkeit, soziale Rollen zu besetzen, sich nützlich und gebraucht zu fühlen sowie die Unterstützung durch andere, sind essenzielle Faktoren für Gesundheit und Lebenszufriedenheit im Alter. Denkbar wären insbesondere kollektive Aktivitäten wie gemeinsame Freizeitgestaltung, produktive Aktivitäten wie die Erbringung von Leistung für andere oder politische Aktivitäten mit Einfluss auf gesellschaftliche Sachverhalte (vgl. Sammet et al. 2015, S. 19).

2.4 Setting Kommune

In den vergangenen Jahren wurde in der Gesundheitsförderung zunehmend eine Ausrichtung auf sozial benachteiligte Gruppen gefordert, da diese über unspezifische Zugänge kaum erreicht werden können. Die Entwicklung adäquater Zugangswege stellt eine wesentliche Herausforderung in der kommunalen Gesundheitsförderung dar. Durch die Fokussierung auf verhaltensorientierte Angebote und Maßnahmen bleibt häufig erhebliches Potenzial zur Gesundheitsförderung ungenutzt. Deshalb empfiehlt sich ein Vorgehen nach dem Setting-Ansatz, um eine ganzheitliche und bedarfsorientierte Gesundheitsförderung umsetzen zu können (vgl. Kuhlmann 2009, S. 10).

Gesundheitlich relevant sind Settings, die über wichtige Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, Gesundheitsbelastungen, Gesundheitsressourcen sowie die Bewältigung von Gesundheitsrisiken verfügen (vgl. Hartung und Rosenbrock 2015, S. 891). Die Organisierbarkeit von Gesundheitsförderung im Setting ist maßgeblich davon abhängig, wie definierbar die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Setting ist, wie gering die Fluktuation ist, wie klar Strukturen und Regeln abbildbar sind und wie gut sich Stakeholder in Planungs- und Ablaufprozesse einbinden lassen. Werden wichtige Stakeholder in Planungs- und Ablaufprozesse nicht angemessen einbezogen, kann dies zum Misserfolg der Setting-Aktivitäten führen. Der gleiche Effekt ist bei einer zu offenen Definition des Settings zu erwarten, da so keine verbindlichen und klaren Kooperationsstrukturen entwickelbar sind. Deshalb meint ein Setting immer ein abgegrenztes soziales System, das mit dem Ziel der Gesundheitsförderung definiert wird und in dem konkrete Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden (vgl. Hartung und Rosenbrock 2015, S. 891).

Die Lebenswelt Kommune gewinnt bei der gesundheitsfördernden Gestaltung gesundheitsrelevanter Settings zunehmend an Bedeutung. Auf kommunaler Ebene verfügen Politik und Verwaltung über die Möglichkeit, Aktivitäten im Rahmen integrierter Gesundheitsstrategien zu koordinieren. Die Verantwortlichen aus Verwaltung und Politik sind gefordert gemeinsam mit den Bewohner*innen und relevanten Akteuren des Gesundheitswesens Strategien für ein gesundes Leben zu entwickeln. Gemeinsam müssen Lebensbedingungen mit dem Ziel gestaltet werden, Gesundheitsbelastungen zu reduzieren und gesundheitsförderliche Ressourcen zu nutzen und zu mehrern (vgl. BZgA 2014, S. 2).

Der Setting-Ansatz der WHO gibt einen konzeptionellen Rahmen zur nachhaltigen Gestaltung gesunder Lebenswelten vor. Diese zentrale Strategie moderner Gesundheitsförderung ist bestrebt, die räumlichen, sozialen und institutionellen Strukturen derart zu gestalten, dass verlässliche und dauerhafte Bedingungen einer gesunden Lebenswelt geschaffen werden. Der Setting-Ansatz bietet sich zur Förderung der Gesundheit auf kommunaler Ebene an, da die Menschen in ihrer alltäglichen Lebenswelt erreicht werden können. Dies kann bei vulnerablen Gruppen besonders relevant sein, die beispielsweise in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Im Mittelpunkt steht die gegenseitige Wechselwirkung zwischen sozialen Faktoren und dem Gesundheitszustand. Dabei werden ausgewählte Sozialräume fokussiert, um die Bestimmung spezifischer Zielgruppen und Akteure, niedrigschwelliger Zugangswege und die Nutzung vorhandener Ressourcen zu ermöglichen (vgl. Kuhlmann 2009, S. 16).

Durch gesundheitsförderliche Aktivitäten werden vorrangig strukturelle Bedingungen angesprochen und nicht, wie im Falle der traditionellen Gesundheitserziehung, der Mensch selbst. Damit schafft der Setting-Ansatz die Voraussetzung, um verhaltens- und verhältnisbezogene Angebote und Maßnahmen sinnvoll miteinander zu verknüpfen. Dies kann gelingen, indem klassische Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung (z. B. Gesundheitserziehung) in strukturelle Maßnahmen (z. B. Organisationsentwicklung) eingebettet sind. Das übergeordnete Ziel ist es, die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und das Gesundheitsverhalten im vorgegebenen Setting nachhaltig zu verbessern (vgl. Hartmann und Hesse 2012, S. 8). Der Setting-Ansatz ist ressourcenorientiert, intersektoral und multidisziplinär ausgerichtet. Er stärkt die gemeinschaftlichen sowie individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen im Setting. Das Ziel gesunde Lebenswelten zu gestalten erfolgt partizipativ, also unter aktiver Beteiligung relevanter Zielgruppen und Stakeholder (vgl. BZgA 2017, S. 15).

Gesundheitsförderung im Setting Kommune sollte durch einen niedrigschwelligen Zugang, angemessene Beteiligungsstrukturen und eine Ausrichtung auf die Potenziale und Ressourcen der Menschen gekennzeichnet sein. Dies ist die Voraussetzung, um das Gesundheitsverhalten lebensweltbezogen zu gestalten, Kompetenzen und Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen sowie eine (sozial) ungleiche Inanspruch-

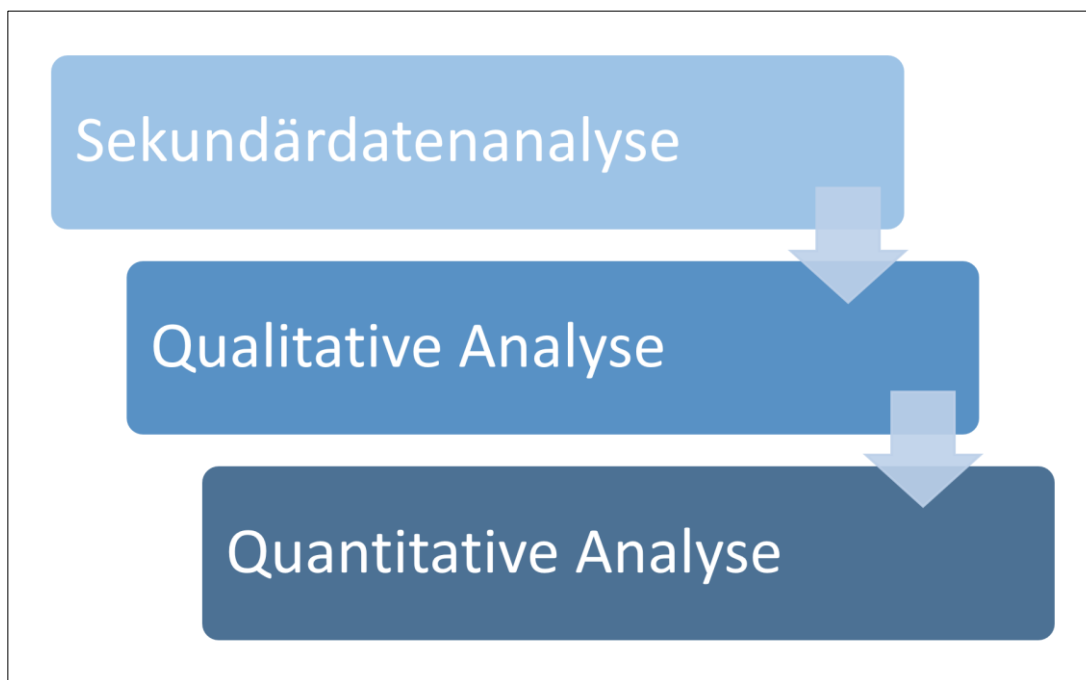
nahme von Angeboten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auszugleichen. Dagehingehend können nach Holger Kilian und Raimund Geene et al. (2004) folgende drei Schlüsselemente des Setting-Ansatzes zusammenfassend beschrieben werden:

- Der Aufbau organisatorischer Strukturen einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt.
- Die aktive Beteiligung der Zielgruppen und Stakeholder am Planungs- und Durchführungsprozess der gesundheitlichen Maßnahmen.
- Die Befähigung eigene gesundheitsrelevante Interessen wahrzunehmen.

3 DATEN UND METHODEN

Das Studiendesign der Bedarfsanalyse ist als Mixed Methods-Design angelegt, das qualitative und quantitative Forschungsansätze vereint. Durch den Mixed Methods-Ansatz sollen die Vorteile der beiden Forschungsansätze nutzbar gemacht werden, um eine möglichst vollständige Betrachtung des Forschungsgegenstandes zu erreichen (vgl. Baur et al. 2017). Das Arbeitsprogramm der Datenerhebung und -analyse gliedert sich in drei Arbeitsschritte (siehe Abbildung 1): Zunächst erfolgt anhand von bereits vorhandenen Sekundär- bzw. Verwaltungsdaten eine IST-Analyse. In einem zweiten Schritt wird mittels Fokusgruppen und Expert*innen-Interviews die empirische Grundlage für eine SOLL-Analyse geschaffen, die in einem dritten Schritt anhand einer repräsentativen quantitativen Bevölkerungsbefragung bei der Zielpopulation validiert wird.

Abb. 1: Arbeitsprogramm der Bedarfsanalyse



3.1 Sekundärdatenanalyse

Vorhandene Daten zur Bevölkerungs- und Sozialstruktur bilden neben gesundheitsbezogenen Daten und Ressourcen die Basis einer sinnvollen Berichterstattung über die gesundheitliche Situation auf kommunaler Ebene. In diesem Zusammenhang ermittelte

Daten und Informationen können als Grundlage zur kommunalen Gesundheitsförderung dienen. Die gesundheitsbezogene Datensammlung und -analyse vorhandener Daten (Sekundärdaten) bietet eine erste Orientierung zur gesundheitsbezogenen Planung in der Stadt Puchheim. Sekundärdatenanalysen können bereits Hinweise auf allgemeine Bedarfe oder Versorgungsdefizite liefern.

Zunächst werden die wesentlichen Angebote und Maßnahmen erfasst, die im Rahmen der Gesundheitsförderung bei Senior*innen in Puchheim bereits bestehen und die eine wichtige gesundheitliche Ressource für die kommunale Gesundheitsförderung darstellen (Kapitel 3.1.1). Anschließend erfolgt die gesundheitsrelevante Datensammlung und -analyse bereits vorhandener Daten zur Beschreibung der Bevölkerungs- und Sozialstruktur (Kapitel 3.1.2).

3.1.1 Gesundheitsrelevante Angebote und Maßnahmen: Datenanalyse

Die Sichtung und Kompilation bereits vorhandener Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung stellt einen wichtigen ersten Schritt dar, um einen Überblick über die gesundheitlichen Ressourcen in Puchheim zu erhalten. In der Stadt Puchheim gibt es eine Vielzahl von Trägern gesundheitsrelevanter Angebote und Maßnahmen für ältere Menschen. Als geeignete Methode zur strukturierten Erfassung dieser Angebote und Maßnahmen wird das systematische Review verwendet. Die Suche nach relevanten Treffern erfolgte online über die Google-Suchmaschine (www.google.com). Zudem wurden die Angebote über die Suchfunktion der Webseite der Stadt Puchheim (www.puchheim.de) und durch Informationsmaterial der Träger ergänzt, das durch die Stadtverwaltung, einzelne Träger und den Seniorebeirat zur Verfügung gestellt werden konnte.

Das systematische Review fand im November 2018 statt und wurde im Zeitraum von November 2018 bis August 2019 durch einschlägige Angebote und Maßnahmen angereichert, die während des weiteren Forschungsvorgehens (z.B. in den Fokusgruppen und Expert*innen-Interviews) ermittelt werden konnten.

Die Sichtung und Kompilation vorhandener Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen in Puchheim beinhaltet eine gewisse individuelle

Perspektive, welche die Erhebung und Darstellung der Ergebnisse auf diese Perspektive (Verfügbarkeit, Bewertung, Systematik etc.) und eine Möglichkeit bzw. Methode der Angebots- und Maßnahmensammlung begrenzt. Eine einheitliche und eindeutige Zuordnung ist durch die Vielzahl an Akteuren und Stakeholdern, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung bei älteren Menschen beschäftigen, nicht vollständig realisierbar. Ferner unterliegt sie auch thematischen Begrenzungen, da eine allumfassende und allgemeingültige Betrachtung des komplexen und vielschichtigen Themas kaum möglich ist. Wenngleich diese Sammlung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, bietet sie die Möglichkeit, sich einen Überblick über vorhandene Angebote und Maßnahmen zu verschaffen, die eine wesentliche Ressource zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen in Puchheim darstellen.

Zur Ansicht wurden alle relevanten Ergebnisse in einer Tabelle übersichtlich dargestellt und nach Akteuren geordnet. Dadurch ist ein Überblick über Schwerpunkte der gesundheitsfördernden Angebote und Maßnahmen entstanden, die zur Planung und Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung und als Information für Stakeholder essenziell sind. Durch die Darstellung ist es beispielsweise möglich, sich einen Überblick über bereits bestehende Angebote und Maßnahmen bzw. Themenfelder zu verschaffen und darauf aufbauend Angebote und Maßnahme zu entwickeln.

3.1.2 Gesundheitsrelevante Struktur- und Sozialdaten: Datenanalyse

Gesundheitsbezogene Bedarfe werden von demografischen und sozialen Indikatoren beeinflusst. Deshalb sollten diese Indikatoren bei der Planung kommunaler Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Im Wesentlichen werden bei der Analyse vorhandener Struktur- und Sozialdaten soziale Räume und Gruppen ermittelt, die bei der Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen fokussiert betrachtet werden sollten, da diese aufgrund des besonderen Bedarfs den größten Nutzen aus gesundheitsfördernden Maßnahmen ziehen können (vgl. Sammet et al. 2015, S. 56). Die gesundheitsrelevanten Indikatoren der Stadt Puchheim werden vergleichend mit den Daten des Landkreises Fürstentum Bruck und dem Bezirk Oberbayern resp. Freistaat Bayern betrachtet, um die Daten der Stadt Puchheim kontextuell verorten zu können.

Zunächst erfolgt zur Annäherung an das Forschungsfeld und die Zielgruppe eine Beschreibung der Bevölkerungs- und Sozialstruktur der Stadt Puchheim. Durch die Analyse bereits vorhandener demographischer, sozioökonomischer und sozialräumlicher Kennzahlen soll ein Überblick über gesundheitsrelevante Problemfelder in der Stadt Puchheim ermöglicht werden, der sichtbare und verdeckte Aspekte der Problemstellung verstehend beschreibt. Zur Ableitung aktueller und künftiger Bedarfe der Senior*innen in Puchheim, erfolgt die Betrachtung einzelner Indikatoren zunächst für die Bevölkerung im Allgemeinen. Dieses Vorgehen empfiehlt sich aufgrund der engen Korrelation zwischen der sozialen Ungleichheit und der Gesundheit, die sich auch im höheren Alter feststellen lässt (vgl. Lampert 2009, S. 131). Menschen verfügen über unterschiedliche Voraussetzungen, die den Gesundheitszustand maßgeblich beeinflussen: In diesem Zusammenhang lassen sich Indikatoren vertikaler Ungleichheiten und horizontaler Ungleichheiten analysieren (vgl. Mielck und Helmert 2012, S. 494–495; Janßen 2019, S. 103).

Die Daten der quantitativen Untersuchung im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurden u. a. aus nachfolgenden Quellen gewonnen:

- Einwohnermeldeamt Puchheim
- Bayerisches Landesamt für Statistik
- Bertelsmann Stiftung (Wegweiser Kommune)
- Zentrum Bayern Familie und Soziales

Es wird äußerste Sorgfalt darauf verwendet, die zugrundeliegende Bevölkerung in demografischer Hinsicht korrekt darzustellen und gesundheitsrelevante Angaben – soweit möglich und verfügbar – anzuführen. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf eine sozial differenzierte, alters- und lebensphasenbezogene sowie geschlechts-, migrations- und inklusionssensible Betrachtung gelegt. Die Datenauswahl erfolgt gemäß dem Ziel der Bedarfsanalyse, um ein möglichst umfassendes und relevantes Bild der gesundheitlichen Situation der Zielpopulation zu erhalten. Die Darstellungen der Ergebnisse wurden mit Microsoft® Office Excel aus der Professional Plus 2016 Version erstellt.

3.2 Qualitative Analyse

Im zweiten Schritt wurde ergänzend zur Sekundärdatenanalyse eine qualitative Analyse vorgenommen, die über den Vorteil verfügt, dass problem- und entscheidungsrelevante Daten und Informationen exklusiv und aktuell erfasst werden können. Erhebungsmethodisch wurden leitfadengestützte Fokusgruppen- und Expert*innen-Interviews zu relevanten Gesundheits- und Belastungsthemen, zu Stakeholderbeziehungen und zur Struktursituation in Puchheim durchgeführt. Fokusgruppen und Expert*innen-Interviews eignen sich, um vertiefende Informationen aus der Lebenswelt der Zielgruppe zu erhalten, die Anhaltspunkte für inhaltliche und strukturelle Entwicklungsmöglichkeiten in der kommunalen Gesundheitsförderung der Zielpopulation liefern können. Dabei bieten sich als Zielgruppe für die qualitative Analyse Senior*innen, politische Entscheidungsträger*innen, Mitarbeiter*innen der Stadtverwaltung und Tätige aus dem Gesundheitswesen an. Zur Auswertung der Fokusgruppen- und Expert*innen-Interviews wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt, die sich an der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2016) orientiert. Dieses Vorgehen ist zweckmäßig, um die wesentlichen Inhalte und Botschaften aus dem Datenmaterial zu filtern (vgl. Mayring 2016, S. 115), die für die Gesundheitsförderung bei Senior*innen relevant sind. In der Bedarfsanalyse dient die qualitative Analyse dazu, um wesentliche Stakeholder in den Forschungsprozess einzubinden und kontextbezogene Erkenntnisse zu gewinnen, die zur Optimierung der quantitativen Analyse beitragen können. Die Auswertung des qualitativen Datenmaterials erfolgte mittels der Programme *MAXQDA 2018* des Herstellers *VERBI* sowie *QCAmap* des Herstellers *coUnity Software Development*.

3.2.1 Datenerhebung

Nachfolgend werden zunächst die Fokusgruppe und das Expert*innen-Interview als Erhebungsinstrumente der qualitativen Datenerhebung beschrieben. Anschließend werden die Einschlusskriterien und der Feldzugang erläutert, bevor die Stichprobe charakterisiert wird und ein Einblick in die Leitfadenenentwicklung erfolgt. Zuletzt wird die Durchführung der qualitativen Erhebung dargestellt. Die Datenerhebung fand im Zeitraum von 12.02.2019 bis 27.02.2019 überwiegend in den Räumlichkeiten der Stadtverwaltung Puchheim in der Boschstraße 1 statt.

Erhebungsmethoden

Im Folgenden wird auf die beiden Erhebungsinstrumente der qualitativen Erhebung eingegangen. Dabei handelt es sich um die Fokusgruppe und das Expert*innen-Interview.

Fokusgruppe

Die Fokusgruppe ist ein qualitatives Erhebungsinstrument über das möglichst alle relevanten Aspekte des Forschungsgegenstandes aufgedeckt werden sollen (vgl. Schulz 2012, S. 9). Die Methode eignet sich besonders, um Erfahrungen, Bedürfnisse, Motive, Einstellungen und Handlungsmuster der Zielgruppe zu ergründen. Durch den wechselseitigen Austausch lassen sich in der Diskussionsrunde vielfältige Sichtweisen und ein breites Meinungsspektrum erfassen (vgl. Schmidt-Kaehler 2016, S. 5). Es hat sich gezeigt, dass in der Diskussion wertvolle gruppendynamische Effekte genutzt werden können, da Teilnehmende den unmittelbaren Reaktionen der Fokusgruppe ausgesetzt sind. Deshalb können die Meinungsäußerungen in der Gruppendiskussion u. U. den Alltagserfahrungen näher liegen als isolierte Meinungsformulierungen im Einzelinterview (vgl. Littig und Wallace 1997, S. 9). Dabei sollte die Moderation den Teilnehmer*innen der Fokusgruppe ermöglichen, sämtliche Argumente gleichberechtigt untereinander auszudiskutieren, wodurch sich von der Gruppe getragene Meinungen von Einzelmeinungen abgrenzen lassen. Zudem können in der Diskussion Erinnerungen geweckt und neue Ideen stimuliert werden, die bei Einzelinterviews verborgen beziehungsweise unerkannt bleiben würden. Damit kann eine Fokusgruppe aufgrund des kollektiven Wissensbestandes leistungsfähiger sein als die Befragung von Einzelpersonen (vgl. Schulz 2012, S. 12–13).

Die Moderation der sechs- bis achtköpfigen Fokusgruppe erfolgt durch einen Moderator. Dieser leitet die Diskussion mittels Moderations- und Gesprächsführungstechnik innerhalb vorgegebener Themenkomplexe. Dabei fokussiert er sich auf die Erfahrungen und Sichtweisen der Teilnehmer*innen der Fokusgruppe. Als Orientierungshilfe dient dem Moderator ein Diskussionsleitfaden, der eine Behandlung aller relevanten Aspekte während der Diskussion sicherstellt (vgl. Schulz 2012, S. 16–17). Diese Vorgehensweise entspricht den für Fokusgruppen üblichen Regeln nach Flick (2006) und

Bohnsack (2006). Methodische Besonderheiten bei der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung wurden nach Tausch und Menold (2015) berücksichtigt.

Expert*innen-Interview

In einigen Fällen sind Einzelinterviews den Fokusgruppen vorzuziehen, da sie einen tieferen Einblick in die Einstellungen und Erfahrungen der Befragten ermöglichen. Denn das Setting der Fokusgruppe lässt für den Einzelnen im Vergleich zum Einzelinterview relativ wenig Redezeit zu. Deshalb wurden als zweite qualitative Erhebungsmethode Expert*innen-Interviews durchgeführt. Das Expert*innen-Interview zielt auf konzentriertes Expert*innenwissen ab, das sich vom Alltagshandeln und -wissen anderer Nicht-Expert*innen abhebt. Als Expertinnen* und Experten* werden sachkundige Personen bezeichnet, die als Akteure des Untersuchungsfeldes über besonderes Handlungs- und Erfahrungswissen verfügen. Dementsprechend werden bestimmte Personen in ihrer Rolle als Expertin* oder Experte* mit spezifischem Fachwissen über die zu erforschenden Sachverhalte ausgesucht und befragt (vgl. Flick 2006; Gläser und Laudel 2010). Durch Expert*innen-Interviews können insbesondere Argumentationslinien, Einschätzungen, Erklärungsmuster und Interpretationsansätze zur Rekonstruktion des sozialen Sachverhaltes ermittelt werden. Dementsprechend nehmen die Expertinnen* und Experten* eine explorative und felderkundende Funktion ein, indem sie Kontextwissen zur Zielgruppe des Forschungsvorhabens liefern (vgl. Meuser und Nagel 1991).

Zur Durchführung der Expert*innen-Interviews werden die Gesprächsinhalte durch einen Interviewleitfaden strukturiert, an dem sich der Interviewer orientieren kann, um alle relevanten Themenkomplexe abzudecken sowie einen offenen und flüssigen Gesprächsverlauf zu ermöglichen. Der Leitfaden enthält alle Fragen, die beantwortet werden sollten. Dabei sind weder die Frageformulierungen noch die Reihenfolge der Fragen verbindlich. Dieses Vorgehen empfiehlt sich, da in den Interviews verschiedene spezifische Themen behandelt werden müssen, die durch das Ziel der Bedarfsanalyse und nicht durch die Antworten des Interviewpartners* oder -partnerin* vorgegeben sind. Des Weiteren sollten in den Interviews einzelne und genau bestimmbare Informationen erhoben werden. Deshalb ist es sinnvoll, die Expert*innen-Interviews als teilstandardi-

sierte Interviews durchzuführen, um entsprechend der Zielvorgabe relevante Informationen zur Rekonstruktion des sozialen Sachverhaltes ermitteln zu können (vgl. Gläser und Laudel 2010). Dabei können die befragten Expertinnen* und Experten* ihre Ansichten und Erfahrungen frei artikulieren, da keine Antworten vorgegeben sind. Das Vorgehen wurde nach den qualitativen Prinzipien für Expert*innen-Interviews nach Gläser und Laudel (2010) durchgeführt.

Einschlusskriterium und Feldzugang

In der qualitativen Analyse wurden Expert*innen in den Forschungsprozess eingebunden, die über Kontextwissen zur Zielgruppe der Senior*innen in Puchheim verfügen. Die Expert*innen repräsentieren bestimmte Organisationen oder Institutionen, die im weiteren Sinne dem Bereich der Gesundheitsförderung bei Senior*innen in der Stadt Puchheim zugeordnet werden können. Zunächst wurden Themenfelder erarbeitet, die für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung bei Senior*innen in Puchheim relevant erschienen. Als übergeordnete Themenfelder für die Fokusgruppen kristallisierten sich die Themenbereiche »Bewegung und Ernährung«, »Gesellschaftliche Teilhabe und Bürgerschaftliches Engagement« sowie »Pflege und Beratungsangebote im Feld der Pflege« heraus. Daraufhin wurden diesen Themenfeldern Expert*innen zugeordnet, die potenziell befragt werden sollten. Für die Expert*innen-Interviews wurden Expert*innen aus der Stadtverwaltung Puchheim, aus dem sozial- und gesundheitsorientierten Bereich sowie aus der Zielgruppe der Senior*innen ausgewählt.

Die Auswahl der Themenbereiche sowie der Expert*innen war von pragmatischen Überlegungen abhängig, da die Erhebung und Auswertung qualitativer Forschung umfangreiche Ressourcen beansprucht (vgl. Kelle und Kluge 2010, S. 53). Deshalb war die Entscheidung für oder gegen bestimmte Themenbereiche beziehungsweise Expert*innen und deren Auswahl durch substanzielle Kriterien wie Erreichbarkeit, zeitliche Kapazitäten und örtliche Restriktionen bestimmt. Insgesamt war das Ziel, die Auswahl möglichst heterogen zu treffen, um eine große Anzahl hypothetisch relevanter Merkmalsträger im Sample verorten zu können. Im Hinblick auf die Varianz bzw. Heterogenität im Untersuchungsfeld sollte eine angemessene Bandbreite von Einflüssen erfasst werden, die theoretisch relevant erscheinende Merkmale in ausreichendem Maße durch Einzelfälle abdecken (vgl. Kelle und Kluge 2010, S. 55).

Charakterisierung des Sample

Im Folgenden wird das Sample der qualitativen Analyse charakterisiert. Da zwei verschiedene Erhebungsinstrumente genutzt wurden, sind diese Teilnehmer*innen(-gruppen) voneinander getrennt beschrieben.

Zusammensetzung der Fokusgruppen

Henseling et al. beschreiben, dass Fokusgruppendifkussionen überwiegend mit Gruppen durchgeführt werden, deren Teilnehmer*innen sich vorher nicht kennen (vgl. Henseling et al. 2006, S. 14). Fokusgruppen bestehen demzufolge üblicherweise nicht aus Realgruppen. Dies hat den Vorteil, dass keine festen Gruppendynamiken bestehen, die das Resultat der Fokusgruppendifkussion beeinflussen könnten (vgl. Henseling et al. 2006, S. 14).

Die Befragten wurden ihrem Tätigkeitsfeld entsprechend den Fokusgruppen „Gesellschaftliche Teilhabe und Bürgerschaftliches Engagement“, „Bewegung und Ernährung“ oder „Pflege und Beratungsangebote zum Thema Pflege“ zugeordnet. Beispielsweise ist die Fokusgruppe „Bewegung und Ernährung“ ausschließlich mit Personen besetzt, die sich in ihrer Tätigkeit mit den verwandten Themen Bewegung und/oder Ernährung befassen. Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen sind überwiegend in (zivilgesellschaftlichen) sozialen oder kirchlichen Institutionen beschäftigt oder engagiert. Vereinzelt gehören die Befragten auch marktwirtschaftlich orientierten Organisation an.

Auswahl der Expert*innen

Eine Person verfügt über Erfahrungswissen bei Senior*innen mit Migrationshintergrund und bei Senior*innen mit tendenziell eher niedrigem sozioökonomischem Status. Die zweite Person gehört der Stadtverwaltung Puchheim an, die einen Einblick in den Bereich der Gesundheitsförderung bei Senior*innen in Puchheim geben kann. Die dritte und vierte Person ist dem Seniorenbeirat resp. Behindertenbeirat in Puchheim zugehörig. Aufgrund der ähnlichen organisatorischen Beschaffenheit beider Institutionen (Gremium mit beratender Funktion) und sich teilweise überschneidenden Interessenslagen, wurden die beiden letztgenannten Personen gemeinsam befragt.

Leitfadenentwicklung und Themenauswahl

Die Zusammenstellung der Fragen sollte eine gesprächsanregende Wirkung haben und zunächst nicht zu detailliert sein. Für die Leitfäden der Expert*innen-Interviews wurde ein Umfang von zehn Fragen und für die Leitfäden der Fokusgruppen sechs Fragen festgelegt. Der geringere Umfang an Fragen im Leitfaden der Fokusgruppendifkussionen ist mit der höheren Teilnehmerzahl und der insgesamt kürzeren Redezeit der einzelnen Teilnehmenden zu erklären (vgl. Littig und Wallace 1997, S. 3–4).

Die verwendeten Leitfragen können Themenkomplexen zugeordnet werden, hierzu zählen beispielsweise die Beschreibung der Zielgruppe, gesundheitsbezogene Ressourcen und Belastungen, förderliche und hinderliche Faktoren für die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen und Entwicklungsmöglichkeiten für die gesundheitliche Situation in Puchheim. Die Leitfäden wurden sowohl bei den Expert*innen-Interviews als auch den Fokusgruppendifkussionen thematisch an die befragten Personen angepasst.

Durchführung

Die Fokusgruppen-Interviews fanden am späten Nachmittag bzw. in den Abendstunden statt und dauerten zwischen 47 und 55 Minuten. Die Expert*innen-Interviews wurden alle am Nachmittag durchgeführt und nahmen zwischen 39 und 68 Minuten in Anspruch. Für die Durchführung wurden jeweils ruhige Räume mit freundlicher Atmosphäre gewählt. Zu Beginn wurden die Teilnehmer*innen begrüßt und über die zu unterschreibenden Datenschutzvereinbarungen sowie die Audioaufzeichnung der Interviews informiert. Anschließend wurde das Interview durch eine thematische Einführung der Moderation gestartet. Mit der Einführung begann auch die Aufzeichnung der Interviews und die Mitschrift des Protokolls. Insbesondere bei den Fokusgruppen wurde darauf geachtet, dass die Teilnehmer*innen einen vergleichbaren Redeanteil hatten. Nach Beantwortung der Leitfragen des Interviews hatten die Teilnehmer*innen noch die Gelegenheit, die bisherigen Ausführungen zu ergänzen. Abschließend wurden die Teilnehmer*innen über den weiteren Verlauf der Bedarfsanalyse unterrichtet und verabschiedet.

3.2.2 Datenauswertung

Die empirische Sozialforschung stellt verschiedene Methoden zur Auswertung qualitativer Daten zur Verfügung. Die Auswertung der qualitativen Daten orientiert sich an der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (vgl. Mayring 2016, S. 115). Das Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist, *„das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben [und] durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist“* (Mayring 2016, S. 115). Nach Mayring (2015) sind dabei folgende Analyseschritte vorgesehen:

1. Festlegung des Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. Formale Charakteristika des Materials
4. Bestimmung der Richtung der Analyse
5. Theoretische Differenzierung
6. Bestimmung der passenden Analysetechnik, des Ablaufmodells sowie des Kategoriensystems
7. Definition der Analyseeinheiten
8. Durchführung der Analyseschritte entsprechend dem Ablaufmodell und Rücküberprüfung des Kategoriensystems
9. Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation
10. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Die Darstellung der angewandten Methode erfolgt nachstehend anhand der vorangestellten Analyseschritte.

Schritt 1: Festlegung des Materials

Mayring schreibt hierzu, dass zunächst exakt festgelegt werden muss welches Material im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse analysiert werden soll (vgl. Mayring 2015, S. 54–55). Im Falle dieser Bedarfsanalyse liegen drei protokollierte Fokusgruppen- und drei protokollierte Expert*innen-Interviews vor. Das Material wurde während der Analyse nicht um neue Daten erweitert. Es wurde lediglich dahingehend angepasst, dass Textstellen in den Protokollen, die trotz Anonymisierung möglicherweise noch Rückschlüsse auf die befragten Personen hätten zulassen können, durch die Übertragung der entsprechenden Textstellen in ein separates Dokument von den jeweiligen Fällen losgelöst wurden. In den zugehörigen Protokollen wurden diese relevanten Informationen dann anschließend vollständig gelöscht und im separaten Dokument anonymisiert sowie anschließend kodiert. Bei den entsprechenden Daten handelt es sich überwiegend um Informationen, die in den Vorstellungsrunden der Interviews geäußert wurden.

Als letzter Schritt der Anpassung wurde das Dokument in MAXQDA importiert und die entsprechenden Textstellen kodiert. Das Dokument wurde in MAXQDA mit dem Titel „Losgelöste und anonymisierte personenbezogene Daten“ benannt.

Schritt 2: Analyse der Entstehungssituation

Die Qualitative Inhaltsanalyse sieht im zweiten Schritt vor, dass der Kontext, in dem das Material entstanden ist, ebenfalls beleuchtet wird (vgl. Mayring 2015, S. 55). Denn um das Material verstehen zu können, ist es notwendig, die Situation zu kennen, in der die Äußerungen getätigt wurden (vgl. Helfferich 2011, S. 22).

Die Entstehungssituation des Materials ist differenziert zu betrachten, da als Erhebungsinstrument sowohl Fokusgruppen- als auch Expert*innen-Interviews genutzt wurden. In den Fokusgruppen waren die Befragten mit mehreren weiteren Befragten und deren Meinung konfrontiert, während in den Expert*innen-Interviews maximal zwei Personen auf einmal befragt wurden. In zwei von drei Fällen der Expert*innen-Interviews wurde das Gespräch ausschließlich zwischen einer interviewenden Person und einer befragten Person geführt. Ein Unterschied des Kontextes ist also im Erhebungsinstrument und in der Folge auch bei der Anzahl der jeweils teilnehmenden Personen am Interview zu finden. Es ist davon auszugehen, dass das individuelle Empfinden der Gesprächsatmosphäre in den jeweiligen Interviews dementsprechend unterschiedlich war (vgl. Helfferich 2011, S. 22). Ferner ist die Gruppendynamik der Fokusgruppen zu berücksichtigen, die unter Umständen den Gesprächsverlauf beeinflussen kann. So führen beispielsweise Hensling et al. an, dass die Teilnahme von bestimmend auftretenden Befragten in Gruppensituationen dazu führen kann, *„dass [...] alternative Aspekte marginalisiert werden und das thematische Spektrum klein gehalten wird“* (Hensling et al. 2006, S. 42). Ebenso kann sich die Anwesenheit stiller Personen negativ auf die Kommunikation auswirken (vgl. Hensling et al. 2006, S. 42). Dementsprechend wurde darauf geachtet, dass alle Teilnehmer*innen zu Wort kommen und ausreichend Redezeit erhielten.

Schritt 3: Formale Charakteristika des Materials

Die Fokusgruppen- und Expert*innen-Interviews wurden allesamt mit dem Einverständnis der teilnehmenden Personen aufgezeichnet. Im Anschluss an die Interviews wurden die erstellten Protokolle unter Zuhilfenahme der Tonbandaufnahmen ergänzt. Hierfür wurde das Computerprogramm MAXQDA genutzt. Eine wortgenaue Transkription wäre im Sinne einer ökonomischen Verwendung der vorhandenen Ressourcen nicht zu rechtfertigen gewesen. Insbesondere da Mayring die Verwendung von Protokollen als legitime Transkriptionsform ansieht, sofern die Umstände wie im vorliegenden Fall nicht zwingend eine wörtliche Transkription erfordern (vgl. Mayring 2016, S. 94).

Die Protokolltechnik des „zusammenfassenden Protokolls“ (Mayring 2016, S. 94–97) verfolgt das Ziel, noch vor der eigentlichen Datenauswertung die Menge der gesammelten Daten auf die für die Bedarfsanalyse relevanten Informationen zu verringern (vgl. Mayring 2015, S. 94). Dabei ist im Vorfeld zu bestimmen, welche Informationen von besonderer Relevanz sind und welche nicht - Mayring spricht hierbei vom „Abstraktionsniveau“ (Mayring 2015, S. 94).

Schritte 4 & 5: Richtung der Analyse & Theoretische Differenzierung

Das Ziel der Auswertung besteht darin, in festgelegten Bereichen (Kategorien) Kenntnis über Informationen zu erlangen, die zur Gesundheitsförderung in Puchheim relevant sind. Tab. 1 bildet die deduktiv gebildeten Oberkategorien des Kategoriensystems ab, anhand dessen das Material untersucht werden kann. Die Darstellung der Oberkategorien geht einher mit der im fünften Schritt der Qualitativen Inhaltsanalyse vorgesehenen theoretischen Differenzierung der Fragestellung (vgl. Mayring 2015, S. 59), welche in Unterfragestellungen münden soll. Diese sind den jeweiligen Oberkategorien in Tab. 1 nebenstehend zu entnehmen.

Tab. 1: Oberkategorien und theoretische Differenzierung

Oberkategorie	Unterfragestellung
Besondere Merkmale	Welche besonderen Merkmale sind in der Gruppe der Senior*innen in Puchheim vorhanden?
Gesundheitsbezogene Ressourcen	Welche Ressourcen bestehen in der Stadt Puchheim für Senior*innen in Bezug auf die Gesundheit?
Gesundheitsbezogene Belastungen	Welche Belastungen bestehen in der Stadt Puchheim für Senior*innen in Bezug auf die Gesundheit?
Förderliche Faktoren	Welche förderlichen Faktoren bestehen bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen in der Stadt Puchheim?
Hinderliche Faktoren	Welche hinderlichen Faktoren bestehen bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen in der Stadt Puchheim?
Entwicklungsmöglichkeiten	Welche Entwicklungsmöglichkeiten bietet die Gesundheitsförderung von Senior*innen in Puchheim?

Schritt 6: Bestimmung der passenden Analysetechnik, des Ablaufmodells sowie des Kategoriensystems

Mit der inhaltsanalytischen Zusammenfassung geht die induktive Kategorienbildung einher (vgl. Mayring 2016, S. 115). Eine induktive Kategorienbildung sieht vor, dass Kategorien im Rahmen der Auswertung entlang des entstandenen Datenmaterials entwickelt werden (vgl. Mayring 2016, S. 115) und nicht vor dem Beginn der Auswertung festgelegt werden. Folglich liegt bei dieser Form der Kategorienbildung eine höhere Flexibilität vor, die es ermöglicht stärker auf das Forschungsmaterial einzugehen. In der vorliegenden Bedarfsanalyse wird die induktive Kategorienbildung grundsätzlich angewandt, wobei die Oberkategorien zunächst deduktiv gebildet werden müssen. Dies hat den Grund, dass die gebildeten Oberkategorien für die Bedarfsanalyse elementare Themenfelder widerspiegeln, die bereits vor der Datenauswertung für die Planung der Erhebung relevant waren. So orientieren sich beispielsweise auch die Leitfragen der Interviewleitfäden an den Themenfeldern (Oberkategorien). Dieser Ansatz wurde gewählt, um sicherzustellen, dass alle für eine ganzheitliche Bedarfsanalyse relevanten Themenfelder bei der Befragung abgedeckt werden.

Im Ablaufmodell zur zusammenfassenden Qualitativen Inhaltsanalyse sieht Mayring zunächst eine Bestimmung des Gegenstands der Analyse vor (vgl. Mayring 2016, S.

116). Im Fall dieser Bedarfsanalyse sind dies, die sechs Protokolle aus den Fokusgruppen- und Expert*innen-Interviews. Ferner ist die Fragestellung von Relevanz (vgl. Mayring 2016, S. 116), da sie Aufschluss über das Ergebnis der Inhaltsanalyse gibt. Im darauffolgenden Schritt sieht das von Mayring beschriebene Ablaufmodell zur induktiven Kategorienbildung das „*Festlegen eines Selektionskriteriums*“ (Mayring 2016, S. 116) vor. Im Rahmen der vorliegenden Bedarfsanalyse wurden die dargestellten Forschungsfragen herangezogen, um nach passenden Textstellen für die Kategorienbildung zu suchen. Bezüglich der Suche sieht Mayring einen „*zeilenweisen Materialdurchgang*“ (Mayring 2016, S. 116) vor, der jeweils dazu führt, dass entweder eine neue Kategorie für jede passende Textstelle gebildet wird oder die Textstelle einer bereits passenden Kategorie hinzugefügt wird (vgl. Mayring 2016, S. 116). Im nächsten Schritt ist eine Überprüfung der bisher erstellten Kategorien vorgesehen, die dazu führen kann, dass Kategorien zusammengefügt oder anderweitig bearbeitet werden. Mayring sieht hier eine Rückkopplungsschleife zum ersten Schritt der Analyse, dem Festlegen des Gegenstands sowie der Fragestellung (vgl. Mayring 2016, S. 116). Diese Rückkopplungsschleife scheint besonders dann sinnvoll, wenn das bisher ausgewertete Material nicht die Fragestellung beantworten konnte, um dann in der Folge entweder das Material oder die Fragestellung, auf Basis derer selektiert wird, anzupassen. Im Rahmen der Auswertung der Fokusgruppen- und Expert*innen-Interviews in dieser Forschung bestand zu diesem Schritt keine Notwendigkeit. Sobald die Überprüfung der bereits gebildeten Kategorien abgeschlossen ist, sieht das Modell vor, dass mit der Analyse fortgefahren und diese anschließend, wenn alle notwendigen Kategorien gebildet sind, beendet wird (vgl. Mayring 2015, S. 124).

Schritt 7: Definition der Analyseeinheiten

Der siebte Schritt der Qualitativen Inhaltsanalyse sieht vor, dass eine Definition der Analyseeinheiten vorgenommen wird (vgl. Mayring 2015, S. 71). Dies ist notwendig, um im Rahmen der Analyse bestimmen zu können, welches kleinste Element des Materials „unter eine Kategorie fallen kann (Kodiereinheit), was als maximaler Textbestandteil unter eine Kategorie fallen kann (Kontexteinheit) und welche Textbestandteile jeweils nacheinander kodiert werden (Auswertungseinheit)“ (Mayring 2015, S. 15). Durch die Definition der Kodiereinheit lässt sich folglich festlegen, wie fein der Materialdurchgang geschieht. Die Kontexteinheit hingegen beschreibt dementsprechend den

Rahmen, in dem die relevante Textstelle entstanden ist. Und die Auswertungseinheit beschreibt das gesamte, der Inhaltsanalyse zugrundeliegende „*Material, [...] da das endgültige Kategoriensystem auf alle Interviews bezogen ist*“ (Mayring 2015, S. 88). Die Definition der Analyseeinheiten soll nachfolgend in Tabelle 2 für die deduktiv festgelegten Oberkategorien zusammen mit der Benennung des jeweiligen Abstraktionsniveaus erfolgen.

Tab. 2: Analyseeinheiten und Abstraktionsniveau

Oberkategorie	Kodiereinheit	Kontexteinheit	Auswertungseinheit	Abstraktionsniveau
Besondere Merkmale	Bereits einzelne Wörter, die die jeweilige Kategorie betreffen	Das gesamte Interview / das jeweilige Dokument	Das gesamte Material / alle Dokumente	Konkrete Benennung besonderer Merkmale von Senior*innen in Puchheim
Gesundheitsbez. Ressourcen				Konkrete Benennung von Ressourcen für Senior*innen in Puchheim in Bezug auf die Gesundheit
Gesundheitsbez. Belastungen				Konkrete Benennung von Belastungen für Senior*innen in Puchheim in Bezug auf die Gesundheit
Förderliche Faktoren				Konkrete Benennung förderlicher Faktoren zur Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen für Senior*innen in Puchheim
Hinderliche Faktoren				Konkrete Benennung hinderlicher Faktoren zur Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen für Senior*innen in Puchheim
Entwicklungsmöglichkeiten				Konkrete Benennung von Entwicklungsmöglichkeiten für die Gesundheitsförderung von Senior*innen in der Stadt Puchheim

Schritt 8: Durchführung der Analyseschritte entsprechend dem Ablaufmodell und Rücküberprüfung des Kategoriensystems

Schritt 8 sieht vor, dass auf die Festlegung des methodischen Vorgehens folgend, die eigentliche Analyse des Materials und anschließend eine Rücküberprüfung des entstandenen Kategoriensystems durchgeführt wird (vgl. Mayring 2015, S. 62). Ferner sieht das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell nach Mayring an dieser Stelle vor, dass ggf. ein erneuter Materialdurchlauf durchgeführt wird, wenn sich am Material etwas verändert hat. Von einer methodischen Darstellung der durchgeführten Analyse

soll aufgrund der vorangegangenen Beschreibungen des Ablaufs abgesehen werden. Nachfolgend wird das Kategoriensystem dargestellt (siehe Tab. 3), die sich im Zuge aller Materialdurchgänge ergeben hat. Insgesamt wurden 96 Kategorien gebildet (6 Oberkategorien und 90 Unterkategorien), die sich auf vier verschiedenen Strukturebenen verteilen. Diese Ebenen wurden während der Analyse gebildet, um Übersichtlichkeit zu gewährleisten und Kategorien stärker differenzieren zu können. Somit sind 466 Kodierungen entstanden.

Tab. 3: Gesamtes Kategoriensystem

Farbe	Ebene 1	Ebene 2	Ebene 3	Ebene 4
	Besondere Merkmale			
•		Heterogenität		
•			Engagementbereitschaft	
•			Gesundheitszustand	
•			Eigenständigkeit	
•			Alter	
•			Soziales Kapital	
•			Ökonomisches Kapital	
•			Kulturelles Kapital	
•			Geschlecht	
•			Herkunft	
•		Zuwachs		
•		Zeitspanne		
•		Keine Migrant*innenvertretung		
•	Gesundheitsbezogene Ressourcen			
•		Kultur- und Freizeitangebote		
•		Versorgungs- und Pflegeangebote		
•		Bewegungs- und Sportangebote		
•		Informations- und Beratungsangebote		
•	Gesundheitsbezogene Belastungen			
•		Soziale Isolation		
•		Informations- und Beratungsdefizit		
•		Keine Gesundheitsdaten		
•		Keine zentrale Stelle		
•		Mobilitätseinschränkungen		
•		Altersarmut		
•		Zentrale Anlaufstelle fehlt		
•		Versorgungs- und Pflegesituation		
•		Erkrankungen und ges. Beeinträchtigungen		
•		Ungesunde Ernährung		
•	Förderliche Faktoren			
•		Niederschwelligkeit		
•		Erreichbarkeit		
•			Dezentralität	
•			Zielgruppe	
•			Zielort	
•			Kostengünstig	
•			Unverbindlichkeit	
•			Anonymität	
•			Mehrsprachigkeit	
•		Sinnvolle Vernetzung		



•	Kooperationen
•	Multiplikatoren
•	Begleitung
•	Gesellschaftliche Teilhabe
•	Ausreichende Informationsbereitstellung
•	Öffentlichkeitsarbeit
•	Sensibilisierung
•	Übersichtlichkeit
•	Attraktivität
•	Fester Ansprechpartner
•	Lebenslanger Prozess
•	Bedarfsorientierung
•	Anreizsystem
•	Hinderliche Faktoren
•	Hochschwelligkeit
•	Fehlende Unverbindlichkeit
•	Unzulängliche Raumsituation
•	Unsicherheit
•	Hohe Kosten
•	Unpassende Uhrzeit
•	Gesetzliche Einschränkungen
•	Keine Begleitung
•	Keine Migrantenvetreter
•	Schlechte Erreichbarkeit
•	Zielgruppe
•	Zielort
•	Mangelnde Information
•	Unübersichtlichkeit
•	Mangelndes Gesundheitsverständnis
•	Desinteresse
•	Top-down-Orientierung
•	Eigeninteressen
•	Geringer Bildungsstand
•	Entwicklungsmöglichkeiten
•	Gesamtkonzept
•	Zentrale Beratungsstelle
•	Mobilität
•	Partizipation
•	Lebensweltorientierung
•	Informationsveranstaltungen
•	Gesundheitsfördernde Angebote
•	Mobilität
•	Getränkeliesservice
•	Kostenfreier Nahverkehr
•	Barrierefreies Schwimmbad
•	Begleitedienst
•	Ernährung
•	Gemeinsames Kochen und Essen
•	Günstiges Mittagessen
•	Kochkurse
•	Seniorengerechte Wohnungen
•	Geistige Förderung
•	Film mit Diskussion
•	Kinderbetreuung
•	Grünanlage für Senioren

Des Weiteren soll die Rücküberprüfung des Kategoriensystems Erwähnung finden. Diese wurde in der vorliegenden Bedarfsanalyse durch eine zweite Person auf Basis der deduktiv und induktiv erstellen Kategorien vorgenommen. Hierzu wurde das gesamte Material einem weiteren Durchgang unterzogen. Diese Rücküberprüfung hat zu geringen Anpassungen geführt. Es wurden fünf neue Unterkategorien hinzugefügt, dies entspricht fünf Prozent des gesamten Kategoriensystems bei einer Anzahl von insgesamt 96 Kategorien. Ferner haben sich insgesamt 466 Kodierungen ergeben, wovon 76 (16 Prozent) im Rahmen des Durchgangs durch den Zweitprüfer entstanden sind. Da der Materialdurchgang durch den Zweitprüfer auf dem ersten Materialdurchgang aufbaut, kann keine Interkoderreliabilität gemessen werden (zu Gütekriterien siehe auch Schritt 10). Denn diese sieht vor, dass die Kodierungen unabhängig voneinander durchgeführt werden und die Ergebnisse erst im Nachhinein miteinander verglichen werden (vgl. Mayring 2015, S. 124). Es ist jedoch anzufügen, dass keine Kodierungen entfernt und lediglich Kategorien und Kodierungen hinzugefügt wurden (s. o.).

Schritt 9: Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation

Der neunte Schritt des allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodells nach Mayring umfasst die Zusammenstellung der Ergebnisse sowie die Interpretation (Mayring 2015, S. 62). Diese Schritte werden in Kapitel 4.2 (Ergebnisse der qualitativen Analyse) sowie in Kapitel 5.2 (Diskussion der Ergebnisse der qualitativen Analyse) erläutert. Um zwischen Ergebnis und Interpretation unterscheiden zu können, sind Darstellung und Interpretation der Forschungsergebnisse in diesem Bericht voneinander getrennt.

Unter die Ergebnisdarstellung fällt im Falle dieser Bedarfsanalyse das gesamte Material, das bedeutet die Expert*innen-Interviews (EI), die Fokusgruppen-Interviews (FG) sowie das für die Anonymisierung genutzte Dokument „*Losgelöste und Anonymisierte personenbezogene Daten*“ (LAPD). Findet ein Referenzieren auf Textstellen in den Protokollen statt, wird hierzu auf die jeweilige Abkürzung der Dokumentengruppe in Verbindung mit der Zahl des jeweiligen Interviews zurückgegriffen, also beispielsweise: „FG2“. Diese Abkürzung steht folglich für das Protokoll des zweiten Fokusgruppen-Interviews. Da das genutzte Auswertungsprogramm MAXQDA eine Strukturierung des

Materials in Absätzen anstelle von Zeilen nutzt, wird im Rahmen der Ergebnisdarstellung auf die Abkürzung „Abs.“ für „Absatz“ zurückgegriffen. Die Referenz „(EI1, Abs. 57)“ verweist folglich auf Absatz 57 des Protokolls zum ersten Expert*innen-Interview.

Die Reihenfolge der Zusammenstellung der Ergebnisse folgt grundlegend der Struktur der Oberkategorien. Das bedeutet, dass zunächst auf die besonderen Merkmale der Gruppe der Senior*innen in Puchheim eingegangen wird. Darauffolgend thematisiert die Zusammenstellung die Erkenntnisse in den Kategorien der Ressourcen und Belastungen in Bezug auf die Gesundheit. Anschließend wird zu einer Ergebnisdarstellung in den Kategorien der förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen für Senior*innen in Puchheim übergegangen. Abschließend werden die von den Befragten geäußerten Aspekte dargestellt, die im Laufe der Analyse der Kategorie der Entwicklungsmöglichkeiten zugeordnet wurden.

Die Darstellung der Ergebnisse geschieht anhand der Häufigkeit der Kodierungen. Dies bedeutet, dass innerhalb einer Unterkategorie zunächst auf die Aussagen eingegangen wird, die am häufigsten getätigt wurden. Diese wurden entsprechend sinngemäß zusammengefasst. Anschließend erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse der übrigen Kategorien, die teils Einzelmeinungen umfassen. Dieses Vorgehen soll gewährleisten, dass sowohl Gruppenmeinungen als auch Einzelmeinungen berücksichtigt werden und die Darstellung dementsprechend ausgewogen ist.

Die Diskussion umfasst insbesondere solche Standpunkte und Themen, die für die Bedarfsanalyse zur Gesundheitsförderung in Puchheim von besonderer Bedeutung sind. Hierzu erfolgt eine Einbettung der jeweiligen Aussagen in einen wissenschaftlichen Rahmen. Darüber hinaus werden die Aussagen der Befragten in Beziehung zueinander gesetzt.

Schritt 10: Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Der letzte Schritt sieht eine Überprüfung der inhaltsanalytischen Gütekriterien vor (vgl. Mayring 2015, S. 61). Dabei sind Methoden zur Überprüfung der Gütekriterien bei einem quantitativen Vorgehen nicht (vollständig) auf qualitative Methoden übertragbar

(vgl. Mayring 2015, S. 124). In der Folge ist es notwendig, das Vorgehen der Forschungsmethodik anzupassen. Nachfolgend werden sechs universal einsetzbare Gütekriterien nach Mayring (2016) beschrieben, die bei der Analyse berücksichtigt wurden.

(1) Verfahrensdokumentation

Die Verfahrensdokumentation sieht vor, dass das Verfahren genau dokumentiert wird, um die an den Forschungsgegenstand angepasste Vorgehensweise nachvollziehbar und die Ergebnisse reproduzierbar zu machen. Der Abschnitt zur Datenerhebung beschreibt die in dieser Bedarfsanalyse angewendte Vorgehensweise. Dies umfasst unter anderem Informationen zu den Erhebungsmethoden, der Durchführung sowie der Auswertung der gewonnenen Daten.

(2) Argumentative Interpretationsabsicherung

Der Zugang zum Gegenstand der Forschung erfolgt über die Interpretation der Wissenschaftler*innen, wodurch sich Interpretationen im engeren Sinne nicht überprüfen lassen. Zur Einschätzung der Qualität werden Interpretationen nicht gesetzt, sondern müssen argumentativ schlüssig sein und begründet werden. Ferner müssen auch sogenannte Negativfälle in die Interpretation miteinbezogen werden. Beides wurde bei der vorliegenden Analyse berücksichtigt.

(3) Regelgeleitetheit

Bezüglich der Regelgeleitetheit wird vorgesehen, dass das zu Beginn festgelegte methodische Vorgehen nur noch in geringen Umfängen angepasst wird, insofern der Forschungsgegenstand es erfordert. In der vorliegenden Analyse wurde die Regelgeleitetheit insbesondere dadurch garantiert, dass das methodische Vorgehen zur Inhaltsanalyse erst nach Abschluss der Durchführung der Interviews festgelegt wurde und somit keine Anpassungen notwendig waren.

(4) Nähe zum Gegenstand

Dieses Gütekriterium sieht vor, dass die Wissenschaftler*innen den Forschungsgegenstand möglichst in seinem gewöhnlichen Umfeld erleben und befragen. Auch soll das Herstellen eines gleichberechtigten Verhältnisses geschehen. Im Falle dieser Bedarfs-

analyse wurden alle Interviews in Puchheim durchgeführt, wofür hauptsächlich Räumlichkeiten der Stadtverwaltung genutzt wurden, um diesem Kriterium Rechnung zu tragen.

(5) Kommunikative Validierung

Die kommunikative Validierung der Forschungsergebnisse sieht vor, dass den Befragten die Ergebnisse der Forschung präsentiert werden, um zu überprüfen, ob die Befragten der Interpretation des Gesagten durch die Wissenschaftler zustimmen. Ein weiteres Treffen mit allen Teilnehmern der Expert*innen-Interviews sowie der Fokusgruppen war ressourcenbedingt nicht möglich. Dennoch fand die Analyse soweit möglich im Austausch mit den befragten Personen statt, aus dem wichtige Erkenntnisse zur Interpretation und Absicherung der Ergebnisse gewonnen werden konnten.

(6) Triangulation

Das letzte Gütekriterium sieht vor, dass die Forschungsergebnisse mit weiteren wissenschaftlichen Quellen verglichen und auch hierdurch gestützt werden. Im Falle der Bedarfsanalyse geschieht dies durch die Sekundärdatenanalyse, den quantitativen Forschungsteil sowie durch eine Einbettung der Aussagen der Befragten in einen wissenschaftlichen Rahmen während der Interpretation der Daten.

3.3 Quantitative Analyse

Die gesundheitliche und soziale Situation ist in jeder Kommune unterschiedlich. Deshalb müssen gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen entwickelt werden, die auf diese Besonderheiten eingehen und sowohl vorhandene Bedarfe als auch Risiken einbeziehen. Zur ganzheitlichen Erfassung der kommune-spezifischen Lebenssituationen und der dazu gehörigen Bedarfe eignen sich quantifizierende Methoden der empirischen Sozialforschung in besonderem Maße, da hier versucht wird, ein repräsentatives Bild über die Kommune zu gewinnen.

Quantitative Methoden ermöglichen eine numerische Darstellung empirischer Sachverhalte. Das Ziel der quantitativen Analyse ist es, die soziale Realität mit kontrollierten Methoden objektiv, reliabel und valide erfassbar zu machen. Dabei sollen gruppenspezifische Zusammenhänge zwischen Begebenheiten in Form von numerischen Daten möglichst genau beschrieben und sichtbar gemacht werden.

3.3.1 Datenerhebung

Nachstehend wird zunächst das Vorgehen der quantitativen Datenerhebung beschrieben. Anschließend werden die Einschlusskriterien und der Feldzugang der quantitativen Erhebung erläutert, bevor ein Einblick in die Konstruktion des Gesundheitsfragebogens gegeben wird. Die Verschickung der Fragebögen im Rahmen der quantitativen Datenerhebung fand im Zeitraum von 22.05.2019 bis 31.08.2019 statt.

Vorgehen

Für die quantitative Erhebung wurde eine schriftlich-postalische Bevölkerungsbefragung an der Zielgruppe der Senior*innen ab 65 Jahre in Puchheim als Vollerhebung durchgeführt, um zu repräsentativen Aussagen über die Zielpopulation zu gelangen. Als Messinstrument wurde ein Gesundheitsfragebogen entwickelt, der überwiegend standardisierte Befragungsinstrumente zur Erfassung der sozialen und gesundheitlichen Situation bei älteren Menschen beinhaltet. Dies ist einerseits notwendig, um den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität genügen zu können und andererseits um die erhobenen Daten im Vergleich zu anderen Gruppen (z.B. im bundesdeutschen Vergleich) analysieren zu können. Im Vorfeld der Befragung wurde in Zusammenarbeit mit dem Seniorenbeirat der Stadt Puchheim ein Pre-Test mit dem so entwickelten Fragebogen durchgeführt. Die im Anschluss daran geäußerten Kritikpunkte an einzelnen Formulierungen sowie an der Länge des Fragebogens wurden dementsprechend umgesetzt. Es wurden – wo möglich - einfachere Formulierungen verwandt und der Fragebogen wurde in übersichtlichere Sektionen unterteilt, wobei jeweils eine kurze Begründung zu jeder Fragebogensektion gegeben wurde. Darüber hinaus wurde der Fragebogen von 9 auf 7 Seiten gekürzt, indem bestimmte Bereiche (Medikamentenabfrage, Alkoholkonsum, berufliche Stellung) weniger differenziert abgefragt wurden. Da die Validität und Reliabilität der zu gewinnenden Aussagen u. a. mit der Ausschöpfung der Stichprobe verbunden sind, wurde darauf besondere Sorgfalt gelegt: Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen, wurde ein zweistufiges Vorgehen angewandt, im ersten Schritt wurde der Fragebogen mit einem Anschreiben des Bürgermeisters und des Projektleiters der Hochschule München versandt. Im zweiten Schritt wurde als Erinnerung und Dankeschön eine Infopostkarte versandt.

Feldzugang

Die Grundgesamtheit umfasst alle Senior*innen ab 65 Jahre, die mit Hauptwohnsitz in der Stadt Puchheim gemeldet sind. Zum Erhebungszeitpunkt waren das 5111 Senior*innen (vgl. EMA 2018)³, die im Rahmen der Vollerhebung einen sogenannten Selbstausfüllfragebogen erhalten haben. Die sogenannten „Gesundheitsfragebögen“ wurden postalisch zugesandt und waren mit einem Rückkuvert zur kostenfreien Rücksendung des Fragebogens versehen. Die zur Teilnahme berechtigten Senior*innen hatten zudem die Möglichkeit, einen Ersatzfragebogen im Rathaus der Stadt Puchheim zu erhalten. Eine Mehrfachteilnahme durch Einzelpersonen lässt sich methodisch nicht vollständig ausschließen, ist allerdings eher unwahrscheinlich, da die mehrfache Beantwortung des relativ umfangreichen Fragebogens in der Regel wenig attraktiv für Teilnehmende ist und für den Teilnehmenden unmittelbar keinen großen Nutzen ergeben würde. Darüber hinaus wurde der komplette Datensatz nach der Erfassung auf Dubletten geprüft und bereinigt. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig und anonym und es wurde den Teilnehmer*innen zudem zugesichert, dass eine Auswertung nur in allgemeinen Statistiken durchgeführt wird, die keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen zulässt.

Fragebogenkonstruktion

Im Folgenden werden die wesentlichen Messinstrumente des Gesundheitsfragebogens der quantitativen Befragung zur Erfassung der sozialen und gesundheitlichen Situation der Senior*innen erläutert. Sämtliche Messinstrumente wurden bereits erfolgreich zu Befragungen von älteren Menschen eingesetzt.

Short Form 36 (SF-36V2)

Der *Short Form 36* (SF-36) ist das international am häufigsten verwendete generische Instrument zur krankheitsübergreifenden Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Erwachsenen. Generische Messinstrumente der Lebensqualität können krankheitsübergreifend eingesetzt werden, da ihre Fragen relativ allgemein gehalten sind und keinen Bezug zu konkreten Symptomen einer Erkrankung haben. Der Fragebogen bezieht entsprechend der WHO-Gesundheitsdefinition neben den körperlichen auch die psychischen und sozialen Komponenten von Gesundheit mit ein. Bei

³ Bezieht sich auf Daten zum Stichtag am 18. Februar 2019

der Befragung kam die Version 2 des SF-36 (SF-36V2) zum Einsatz, welche die gleichen Bereiche wie die Version 1 misst, teilweise jedoch verständlicher formuliert ist und eine bessere interkulturelle Vergleichbarkeit gewährleistet (vgl. Ellert und Kurth 2013, S. 643).

Der SF-36V2 umfasst 36 Items, durch diese werden die folgenden acht Dimensionen abgebildet:

- **Allgemeine Gesundheitswahrnehmung** (fünf Items): ein Item zur Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes (5-stufige Antwortskalierung von „Ausgezeichnet bis „Schlecht“) und vier Items zur Krankheitsanfälligkeit und Erwartungen zur Veränderung des eigenen Gesundheitszustandes (5-stufige Antwortskalierung von „Trifft ganz zu“ bis „Trifft überhaupt nicht zu“).
- **Körperliche Funktionsfähigkeit** (zehn Items): Einschränkungen durch den Gesundheitszustand bei Tätigkeiten (z.B. Treppensteigen) an einem normalen Tag (3-stufige Antwortskalierung von „Ja, stark eingeschränkt“ bis „Nein, überhaupt nicht eingeschränkt“).
- **Körperliche Rollenfunktion** (vier Items): Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit die Arbeit oder alltägliche Tätigkeiten im Beruf oder zu Hause beeinträchtigt (5-stufige Antwortskalierung von „Immer“ bis „Nie“).
- **Emotionale Rollenfunktion** (drei Items): Ausmaß, in dem seelische Probleme die Arbeit oder andere alltäglichen Tätigkeiten beeinträchtigen (5-stufige Antwortskalierung von „Immer“ bis „Nie“).
- **Soziale Funktionsfähigkeit** (zwei Items): Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder seelische Probleme soziale Aktivitäten beeinträchtigen (5-stufige Antwortskalierung von „Überhaupt nicht“ bis „Sehr“ resp. „Immer“ bis „Nie“).
- **Körperliche Schmerzen** (zwei Items): Ein Item zum Ausmaß von Schmerzen (6-stufige Antwortskala von „Keine“ bis „Sehr stark“) und zu Einschränkungen

durch Schmerz bei alltäglichen Tätigkeiten (5-stufige Antwortskalierung von „Überhaupt nicht“ bis „Sehr“).

- **Vitalität** (vier Items): Häufigkeit bestimmter Gefühlszustände wie *voller Leben*, *voller Energie*, *Erschöpfung* und *Müdigkeit* in den letzten vier Wochen (5-stufige Antwortskala von „Immer“ bis „Nie“).
- **Psychisches Wohlbefinden** (fünf Items): Häufigkeit des Erlebens psychischer Gefühlszustände wie *Nervosität* und *Niedergeschlagenheit* resp. *Gelassenheit* und *Glück* in den letzten vier Wochen (5-stufige Antwortskala von „Immer“ bis „Nie“).

Darüber hinaus kann gibt die zusätzliche Skala **Gesundheitsveränderung** (ein Item), eine Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes im Vergleich zu von vor einem Jahr an (5-stufige Antwortskala von „Derzeit viel besser als vor einem Jahr“ bis „Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr“).

Health Locus of Control (HLC)

Der *Health Locus of Control* (HLC) ist ein sozial-psychologisches Messinstrument zur Erfassung gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen. Mit Hilfe des Messinstruments kann erfasst werden, ob eine Person die eigene Gesundheit als selbst steuerbar wahrnimmt bzw. die Gründe für eine Erkrankung bei sich selbst verortet (internal control) oder die Verantwortung für die eigene Gesundheit überwiegend extern verortet sieht (external control), etwa bei Ärzten oder anderen Mächten wie Glück und Schicksal. Es wird angenommen, dass sich Kontrollüberzeugungen auf die Gesundheit auswirken, wobei internale Kontrollüberzeugungen mit einem positiven Einfluss auf die Gesundheit korrelieren, während externale Kontrollüberzeugungen einen eher negativen Einfluss ausüben sollen. Der HLC umfasst 12 Items (5-stufige Antwortskala von „Stimme sehr zu“ bis „Lehne sehr ab“) (vgl. Janßen et al. 2000).

Beschwerden-Liste

Bei der sogenannten Zerssen-Beschwerden-Liste handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erhebung der subjektiven Beeinträchtigungen durch körperliche bzw. Allgemeinbeschwerden. Es beinhaltet 28 Items (4-stufige Antwortskala von „Gar

nicht“ bis „Stark“) und basiert im Wesentlichen auf der Beschwerden-Liste von Zerssen und Petermann (2011).

Wohnumfeld

Für die individuelle Gesundheit von älteren Menschen ist die Struktur des Wohnumfeldes von besonderer Bedeutung (vgl. Strobl et al. 2014, S. 1120). Die strukturelle Ausgestaltung und fußläufige Erreichbarkeit von Einrichtungen des Wohnumfeldes kann selbstständiges Leben im Alter und soziale Teilhabe bzw. Gesundheit durch Bewegung fördern. Damit kann – durch fußgängerfreundliche Strukturen geförderte – Mobilität einen beachtlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung im Alter leisten (vgl. BMVIT 2011, S. 9–36).

Das Messinstrument zur fußläufigen Erreichbarkeit von Einrichtungen des Wohnumfeldes beinhaltet sieben Items. Es misst die Zeitdauer zur und die Erreichbarkeit von zentralen Einrichtungen des sozialen Lebens (5-stufige Antwortskala: „Unter 10 Minuten“, „10 - 20 Minuten“, „Mehr als 20 Minuten“, „Nicht zu Fuß erreichbar“ und „Weiß nicht“).

Mobilitätsverhalten

Es besteht ein wesentlicher Zusammenhang zwischen der körperlichen Gesundheit und dem Mobilitätsverhalten bei älteren Menschen (vgl. Scheiner 2004, S. 173–179). Im Alter ändert sich häufig das Mobilitätsverhalten, da mit zunehmendem Alter die körperlichen Einschränkungen ansteigen. Das Mobilitätsverhalten hat enorme Bedeutung für die Ermöglichung sozialer Teilhabe und die Erreichbarkeit von Infrastrukturen der Gesundheitsförderung und -versorgung älterer Menschen (vgl. Giesel et al. 2013, S. 1418–1424). Das Mobilitätsverhalten wurde gemessen, indem gefragt wurde, wie alltäglich anfallende Wegstrecken überwiegend bewältigt werden (8-stufige Antwortskala: „Zu Fuß“, „Mit dem Fahrrad“, „Mit öffentlichen Verkehrsmitteln“, „Mit dem Auto, Motorrad, Moped oder Mofa“, „Ich werde privat gefahren“, „Ich nutze Mitfahrdienste etc.“, „Mit dem Rollator, Rollstuhl oder anderen Hilfsmitteln“ und „Sonstiges“).

Oslo-3-Items-Social-Support Scale (Oslo-3)

Soziale Unterstützung ist eine wichtige Ressource für die Gesundheit, die unter anderem aus sozialen Bindungen resultiert. In der Befragung wurde die wahrgenommene soziale Unterstützung mittels der Oslo-3-Items-Social-Support Scale (Oslo-3) erfasst.

Dabei werden die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung und das soziale Netzwerk gemessen (vgl. Borgmann et al. 2017, S. 117–118). Die Skala beinhaltet drei Items: Das erste Item misst die subjektive Einschätzung der Anzahl der Personen, auf die bei persönlichen Problemen Verlass ist (4-stufige Antwortskala von „Keine“ bis „6 oder mehr“). Das zweite Item erfasst die emotionale Unterstützung, die durch Anteilnahme und Interesse signalisiert werden (5-stufige Antwortskala von „Sehr viel Anteilnahme und Interesse“ bis „Keine Anteilnahme und Interesse“). Das dritte Item misst, wie einfach es ist praktische Hilfe bei Alltagsaufgaben zu erhalten (5-stufige Antwortskala von „Sehr einfach“ bis „Sehr schwierig“).

Gesundheitsbezogene Risikofaktoren (GRABE)

Die Bedeutung der fünf wichtigsten Gesundheitsdeterminanten Gewicht (zwei Items), Rauchen (zwei Items), Alkoholkonsum (AUDIT-C, 3 Items), Bewegung (3 Items) und Ernährung (9 Items) ist heute vielfach belegt. Es wird derzeit davon ausgegangen, dass 70 bis 80 Prozent der Todesfälle auf diese Determinanten zurückzuführen sind, die überwiegend als sogenannte „Mixed-Patterns“ (d.h. Mischformen von Determinanten, z.B. Ernährung, Bewegung und Gewicht) bei den einzelnen Menschen vorhanden sein können (vgl. WHO 2016).

Soziodemographie

Soziodemographische Fragen wurden erhoben, um differenzierte und zielgruppenspezifische Auswertungen, beispielsweise nach Altersgruppen, Geschlecht, sozioökonomischen Statusgruppen und Familienstand, vornehmen zu können.

3.3.2 Datenauswertung

Nachfolgend werden das verwendete Programm und das Vorgehen bei der quantitativen Datenauswertung beschrieben. Anschließend wird die Operationalisierung wesentlicher Elemente des Gesundheitsfragebogens dargestellt.

Verwendetes Programm

Die statistische Datenauswertung erfolgt heute in der Regel mithilfe von statistischer Software. Zur quantitativen Auswertung der vorliegenden Bedarfsanalyse wurde das Statistikprogramm IBM® SPSS® Statistics in der Version 25.0 verwendet. Dieses er-

möglicht sowohl die Dateneingabe und -aufbereitung als auch die Auswertung und Darstellung der quantitativen Daten. Die Bedienung kann menü- und syntaxgeführt erfolgen.

Vorgehen

Zur Datenauswertung wurde zunächst ein Codeplan erstellt, in dem den Items aus dem Fragebogen Variablennamen und allen Merkmalsausprägungen (Antwortmöglichkeiten) numerische Werte zugewiesen wurden. Anschließend wurde dem Codeplan folgend in der Variablenansicht von SPSS eine Datenmatrix angelegt, in der die Datenstruktur des Datensatzes festgelegt wurde. Das heißt, es wurden Variablennamen, Variablentyp, Spaltenformat, Dezimalstellen, Variablenlabel, Werte und Skalenniveaus (nominal, ordinal und metrisch) festgelegt. Danach folgte die Dateneingabe nach der vorgegebenen Codierung in der Datenansicht von SPSS, um einen SPSS-Datensatz zu erhalten. Bei Items, die als Mehrfachantworten angelegt waren, wurde jede einzelne Merkmalsausprägung als einzelne Variable erfasst. Nach der Erfassung der Daten wurde der Datensatz bereinigt. Dabei wurden beispielsweise Eingabefehler und andere Fehlerarten (z.B. Dubletten) korrigiert. Anschließend erfolgte die Transformation der Daten, bei der verschiedene Variablen beispielsweise umcodiert oder neu gruppiert wurden. Die Grundausswertung des bereinigten Datensatzes erfolgte dann in Form von deskriptiver Statistik, um die enthaltenen Informationen des Datensatzes möglichst übersichtlich darzustellen. Zunächst erfolgte eine univariate Auswertung, bei der einzelne Variablen betrachtet wurden. Dabei wurden etwa Häufigkeitsverteilungen oder statistische Maßzahlen (z.B. Standardabweichung o. arithmetisches Mittel) berechnet. Die Darstellung erfolgte in Form von einfachen Tabellen oder graphischen Darstellungen. Zuletzt wurden einzelne Skalen stratifiziert nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischer Statusgruppe dargestellt.

Operationalisierung

Nachfolgend wird die Aufbereitung wesentlicher Messinstrumente und Skalen des Fragebogens für die Datenauswertung beschrieben.

Short Form 36 (SF-36V2)

Zur Auswertung des Short Form 36 existiert ein Manual von Morfeld et al. (2011) nach dessen Vorgabe die Rohwerte der einzelnen Items umkodiert bzw. rekaliibriert wurden.

Aus den umcodierten Rohwerten wurden anschließend für jede Subskala Summenscores nach einer vorgegebenen Syntax berechnet. Die Skalen wurden nur ausgewertet, wenn alle Angaben einer Skala vorhanden waren. Bei fehlenden Angaben wurde kein Summenscore gebildet. Zuletzt wurden die Summenscores zur besseren Vergleichbarkeit auf einen Wertebereich von null bis 100 transformiert, wobei hohe Werte einem besseren subjektiven Gesundheitszustand bzw. einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität entsprechen (vgl. Morfeld et al. 2011).

Health Locus of Control (HLC)

Der HLC umfasst 12 Items, aus denen sich zwei Gruppen (internale und externale Kontrollüberzeugungen) und vier Subgruppen (internal - self mastery, internal - self-blame, external - powerful others, external - chance) mit jeweils drei Items bilden lassen (Janßen et al. 2000). Zur Auswertung des HLC wurden die vier Subgruppen berechnet.

Oslo-3-Items-Support-Scale (Oslo-3)

Zur Auswertung der Oslo-3-Skala wurde durch Addition von Einzelpunktwerten aus den drei zugehörigen Items ein Index gebildet. Dieser kann Werte zwischen drei und 14 Punkten annehmen. Als geringe Unterstützung wird ein Wertebereich von drei bis 8 Punkten festgesetzt, ein Wert zwischen neun und 11 Punkten als mittlere Unterstützung und ein Wert von 12 bis 14 Punkten als starke Unterstützung (Borgmann et al. 2017, S. 118).

GRABE-Risikofaktoren

Aus den entsprechenden Items werden die fünf Risikoindikatoren Gewicht, Rauchen, Alkohol, Bewegung und Ernährung in die dichotome Form „Risiko“ und „kein Risiko“ umgewandelt. In nachfolgender Tabelle ist die Indikatorenbildung zusammengefasst:

Tab. 4: Übersicht zu den GRABE-Risikofaktoren

Indikator	Geschlecht	kein Risiko	Risiko
Gewicht ⁴		BMI <25	BMI ≥25
Rauchen ⁵		Nichtraucher	Raucher
Alkohol ⁶	Frauen	AUDIT_C <4	AUDIT_C ≥4
	Männer	AUDIT_C <5	AUDIT_C ≥5
Bewegung ⁷		≥ 2–3 Mal Sport/Woche <u>oder</u> ≥ 4–6 Mal anstr. Alltagsaktivitäten/Woche	< 2–3 Mal Sport/Woche <u>und</u> < 4–6 anstr. Alltagsaktivitäten/Woche
Obst/Gemüse ⁸		> Einmal pro Tag	≤ Einmal pro Tag
Fleisch/Wurst ⁸		< Einmal pro Tag	≥ Einmal pro Tag
Vollkornprodukte ⁸		> Einmal pro Tag	≤ Einmal pro Tag
Milchprodukte ⁸		> Einmal pro Tag	≤ Einmal pro Tag

Sozioökonomischer Status (SES)

Für die vorliegende Bedarfsanalyse wurde der sozioökonomische Status (SES) über einen mehrdimensional aggregierten Index nach Vorgaben des Robert Koch-Instituts (RKI) gebildet. Die Messung des SES wurde in dieser Form auch in der Studie *Gesundheit in Deutschland aktuell* (GEDA) und der *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* (DEGS1) angewandt und bietet somit den Vorteil der Vergleichbarkeit von Statusgruppen mit unterschiedlichen Referenzwerten aus den genannten Studien.

⁴ Nach einer Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2005)

⁵ Dichotomisierung nach Weitkunat (1998) und Zeiher et al. (2017)

⁶ Zur Erfassung des Alkoholkonsums wurde Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption (AUDIT-C) eingesetzt (Bush et al. 1998) und nach Vorgaben des RKI (2014) dichotomisiert.

⁷ Dichotomisierung orientiert an den Vorgaben der Bewegungsempfehlung der WHO (2010).

⁸ Dichotomisierung orientiert an den Vorgaben der DGE (2018) zur Umsetzung einer bedarfsgerechten und ausgewogenen Verpflegung bei Senior*innen.

Der SES wird über Angaben zur schulischen und beruflichen Bildung, zur (früheren) beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen berechnet. Hierzu werden die Ausgangsvariablen in vereinheitlichte ordinale Skalen überführt und jedem Skalenwert ein Punktwert von 1,0 bis 7,0 zugewiesen. Durch Addition kann ein Summenscore von 3,0 bis 21,0 erreicht werden, der in statistischen Analysen als metrische Variable verwendet werden kann. Es wurden nur eine Statusgruppe berechnet, wenn alle Angaben zur Verfügung standen. Zur Einteilung in die Statusgruppen wird eine Differenzierung in drei Gruppen vorgeschlagen, die so unterteilt werden, dass die höchste und die niedrigste Statusgruppe jeweils 25 % und die mittlere Statusgruppe 50 % umfasst (vgl. Lampert et al. 2012).

4 ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Bedarfsanalyse strukturiert und beschrieben. Zunächst werden die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse erläutert, bevor die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Analyse folgen.

4.1 Sekundärdatenanalyse

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse gliedern sich in vorhandene gesundheitsrelevanten Angebote für Senior*innen in Puchheim (4.1.1) sowie den Gesundheitsrelevanten Sozial- und Strukturdaten (4.1.2).

4.1.1 Gesundheitsrelevante Angebote

Nachstehend folgt ein Überblick über die gesundheitsrelevanten Angebote für Senior*innen in Puchheim. In der ersten Spalte ist der jeweilige Akteur angegeben, der das Angebot anbietet. Es folgen in der zweiten und dritten Spalte der Name des Angebots und die Häufigkeit des Angebots. Sofern bekannt werden Ansprechpartner*innen und Kontaktmöglichkeiten in einer weiteren Spalte angegeben.

Tab. 5: Gesundheitsrelevante Angebote für Senior*innen

Akteur	Angebot	Häufigkeit	Ansprechpartner*in
Mehrgenerationenhaus ZaP	Generationen Forschen	1 / Monat	-
Mehrgenerationenhaus ZaP	Spiele-Nachmittag	1 / Woche	Siglinde Beck, A. Hinterburger
Mehrgenerationenhaus ZaP	Schach für Anfänger*innen	1 / Woche	Adam Biedermann, Inge Meyer, Tel.: 089 / 80 40 51
Mehrgenerationenhaus ZaP	Film-Donnerstag	1 / Monat	-
Mehrgenerationenhaus ZaP	Schafkopf	1 / Woche	Siglinde Beck, Karin Rührmund
Mehrgenerationenhaus ZaP	Handarbeits-Café	1 / Woche	Siglinde Beck, Marianne Biedermann
Mehrgenerationenhaus ZaP	Reparatur Café	1 / Monat	-



Mehrgenerationenhaus ZaP	Sonntags-Café	1 / Monat	-
Mehrgenerationenhaus ZaP	Kaffee-Talk	1 / Woche (nicht in den Schulferien)	Inge Meyer
Mehrgenerationenhaus ZaP	verschiedene Ausflüge	unregelmäßig	-
Mehrgenerationenhaus ZaP	Freitags-Menü „gemeinsam schmeckt's besser“	1 / Woche	Siglinde Beck
Mehrgenerationenhaus ZaP	Fit im ZaP	1-2 / Woche	Wolfgang Stagun
Mehrgenerationenhaus ZaP	Puchheim bewegt sich	1 / Woche	Wolfgang Stagun
Mehrgenerationenhaus ZaP	Sportprogramm auf der Kennedywiese von Juli bis September	1 / Woche	Wolfgang Stagun
Mehrgenerationenhaus ZaP	Handysprechstunde	1 / Woche	Tel.: 089 / 37 41 30 20
Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e. V.	Betreuungsgruppe „Sorglos“ für Menschen mit Demenz	1 / Woche	Sieghilde Pinna; Anmeldung: Frau Raidl, Aubinger Weg 10, Tel.: 089 / 80 06 31 31 3
Mehrgenerationenhaus ZaP / Caritas München	Austausch für Angehörige von Menschen mit Demenz	1 / Monat	Christine Hack, Tel.: 089 / 80 22 9
Mehrgenerationenhaus ZaP	Schuldnerberatung	1 / Woche, Voranmeldung sinnvoll	Wolfgang Stagun, Tel.: 0163 / 40 33 96 0 und 089 / 37 41 30 20
FC Puchheim e.V.	Sport trotz(t) Demenz	1-2 / Woche	Geschäftsstelle, Tel.: 089 / 80 74 09 oder Bärbel Padilla-Ottl, Tel.: 0177 / 65 30 04 1
FC Puchheim e.V. / Haus Elisabeth	Älter werden wir einfach später! Hockergymnastik	2 / Woche	-
FC Puchheim e.V.	Sport und Bewegung 60+	4 / Woche	Dieter Geltinger
Sportfreunde Puchheim e. V.	Gleichgewichtsstärkung	1 / Woche	Elli Köhler, Tel.: 08142 / 54 04 50
Sportfreunde Puchheim e. V.	Sport mal etwas langsamer	1 / Woche	Sonja Geiger, Tel.: 089 / 89 02 77 27



Volkshochschule Puchheim e. V. (Auswahl)	Yoga für den Rücken	Während der "Vorlesungszeit" 1 / Woche	Franziska Schuster
Volkshochschule Puchheim e. V. (Auswahl)	Wirbelsäulen-Gymnastik und Entspannung	Während der "Vorlesungszeit" 1 / Woche	Gila Pathe
Volkshochschule Puchheim e. V. (Auswahl)	Klaren Kopf behalten - Bewegung für die grauen Zellen	Während der "Vorlesungszeit" 1 / Woche	Carolin Trager
Volkshochschule Puchheim e. V. (Auswahl)	Rücken und Entspannung - aktiv am Vormittag	Während der "Vorlesungszeit" 1 / Woche	Carolin Trager
Volkshochschule Puchheim e. V. (Auswahl)	Wirbelsäulengymnastik - für einen starken Rückhalt	Während der "Vorlesungszeit" 1 / Woche	Marianne Stöcker-Leitstadler
Volkshochschule Puchheim e. V. (Auswahl)	Faszien Training für einen starken Rücken	Während der "Vorlesungszeit" 1 / Woche	Dr. Ursula Kreusel
Volkshochschule Puchheim e. V. (Auswahl)	Achtsamkeit und Meditation im Alltag	Während der "Vorlesungszeit" 1 / Woche	Dr. Susanne Gschwindt
Caritas Fürstenfeldbruck Sozialpsychiatrischer Dienst	Sprechstunde für seelische Gesundheit im Alter	1 / Monat	Frau Messing
Diakonie Fürstenfeldbruck	Wohnberatung für Senioren und Menschen mit Behinderung im Landkreis und Dekanat Fürstenfeldbruck	-	Sonja Schlünder, Tel.: 08141 / 15 06 30
Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e. V.	Café Sorglos	2 / Woche	Frau Raidl, Aubinger Weg 10, Tel.: 089 / 80 06 31 31 3
Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e. V.	(Ambulante) Krankenpflege, hierbei unter anderem 24-Stunden-Rufbereitschaft	-	Frau Raidl, Aubinger Weg 10, Tel.: 089 / 80 06 31 31 3
Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e. V.	Monatlicher Kaffeemittag für Seniorinnen und Senioren	1 / Monat	Frau Raidl, Aubinger Weg 10, Tel.: 089 / 80 06 31 31 3



Sozialdienst Nachbar- schaftshilfe Puchheim e. V.	Wöchentliche Demenzbe- treuungsgruppe und Einzel- betreuung bei Demenz	1 / Woche	Frau Raidl, Aubinger Weg 10, Tel.: 089 / 80 06 31 31 3
Sozialdienst Nachbar- schaftshilfe Puchheim e. V.	Betreuender Begleitsdienst und hauswirtschaftliche Ver- sorgung	-	Frau Raidl, Aubinger Weg 10, Tel.: 089 / 80 06 31 31 3
Katholische Pfarrge- meinde St. Josef	Seniorenkreis St. Josef	2 / Monat	Helmi Lieder, Tel.: 089 / 80 76 29 oder Ruth Hu- ber, Tel.: 089 / 80 71 34
Katholische Kirche Maria Himmelfahrt	Altenclub Maria Himmelfahrt	Alle drei Wo- chen	Christa Mallwitz, Tel.: 089 / 89 02 73 85 Brigitte und Max Probst, Tel.: 089 / 80 32 37
Katholischer Pfarrver- band Puchheim	Aktive Seniorengruppe: Mo- natliche Ausflüge	1 / Monat	Otto Bayr, Tel.: 089 / 80 50 62
Katholischer Pfarrver- band Puchheim	Seniorenradeln	1 / Monat	Helmut Meier-Staude, Tel.: 089 / 80 11 77
-	Offener Seniorentreff im Pu- muki	-	Tel.: 089 / 80 50 61
-	Offener Seniorentreff im PUC	-	Tel.: 089 / 80 18 15
-	Altenclub Puchheim-Ort	ggf. s.o.	Tel.: 089 / 80 79 62
-	Seniorenclub Puchheim-Ort	-	Tel.: 089 / 80 01 17 3
Seniorenbereit Puchheim	Seniorenschreibtisch	2 / Monat	info@seniorenbeirat- puchheim.de
Seniorenbereit Puchheim	Training für Körper und Ge- dächtnis	1 / Monat	info@seniorenbeirat- puchheim.de
Seniorenbereit Puchheim	Selbsthilfegruppe Post-Polio- Syndrom (PPS) - Spätfolgen der Kinderlähmung	1 / Monat	Jutta Nehls, Tel.: 089 / 89 54 66 91 oder Günther Nispel, Tel.: 089 / 80 16 04 oder Ingrid Kroppen, Tel.: 089 / 80 69 68
Seniorenberat Puchheim	Puchheimer Seniorenbörse	1 / Monat	info@seniorenbeirat- puchheim.de
Behindertenbeirat Puch- heim	Sitzung des Beirats	-	Tel.: 089 / 80 41 83
Diakonie Fürstenfeld- bruck, Haus Elisabeth	Pflegeheim	-	Haus Elisabeth, Tel.: 089 / 80 90 30



Diakonie Fürstenfeldbruck, Haus Elisabeth	Gedächtnistraining und Sitzgymnastik	-	Tel.: 089 / 80 90 30
Diakonie Fürstenfeldbruck, Haus Elisabeth	Formate wie Mal- und Bastelgruppen, Konzerte oder Diavorträge und Lesungen	-	Tel.: 089 / 80 90 30
Wohnpark Roggenstein	Vermietung von neun betreuten Wohneinheiten	-	Wohnpark Roggenstein, Tel.: 089 / 80 07 16 43
Ambulante Alten- und Krankenpflege der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.	Pflegedienst	-	Elisabeth Leib, Tel.: 089 / 89 01 45 - 62
Diakonie Fürstenfeldbruck	Besuchsdienst Ohrensessel	auf Anfrage	Tel.: 08141 / 15 06 30
Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e. V.	Ehrenamtlicher Besuchsdienst	auf Anfrage	Frau Raidl, Aubinger Weg 10, Tel.: 089 / 80 06 31 31 3
Lets Tauschring	Tauschbörse für den Handel mit verschiedenen Dienstleistungen und Waren ohne den Einsatz von Geld	-	Kerstin Momann, Tel.: 0176 / 67 60 40 12
Caritas Fürstenfeldbruck	Fachstelle für pflegende Angehörige	-	Tel.: 08141 / 32 07 - 36
Diakonie Fürstenfeldbruck	Ambulanter Pflegedienst	-	Brankica Kutlesa, Tel.: 089 / 80 90 32 20
Diakonie Fürstenfeldbruck, Haus Elisabeth	Mittagstisch	5 / Woche	Haus Elisabeth, Tel.: 089 / 80 90 30
VHS Puchheim e.V.	Endlich auch den Computer nutzen! Grundlagen für Sie als Einsteiger	1 / Woche	Erni Dichtl
VHS Puchheim e.V.	Computer einfach, klipp und klar - Überblick verschaffen und Ordnung halten	1 / Woche	Erni Dichtl

4.1.2 Gesundheitsrelevante Struktur- und Sozialdaten

Nachstehend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der gesundheitsrelevanten Struktur- und Sozialdatenanalyse. Zunächst werden die gesundheitsrelevanten demographischen und sozioökonomischen Kennzeichen für die Bevölkerung der Stadt Puchheim im Allgemeinen beschrieben, bevor entsprechend der Schwerpunktsetzung auf ältere Menschen eine senior*innenspezifische Betrachtung der vorhandenen Sekundärdaten erfolgt. Abschließend werden Bevölkerungsprognosen für die Bevölkerung im Allgemeinen und die ältere Bevölkerung vorgestellt, die für die kommunale Gesundheitsförderung von Bedeutung sein können.

Demographische Kennzeichen

Puchheim ist eine Stadt im oberbayerischen Landkreis Fürstenfeldbruck. Sie gliedert sich in den alten, eher ländlich geprägten Ortskern Puchheim Ort sowie das vorstädtisch und urban geprägte Puchheim Bahnhof. Puchheim Bahnhof wird durch den S-Bahnhof Puchheim in Puchheim Nord und Puchheim Süd geteilt. Die Stadt Puchheim liegt im äußersten Osten des Landkreises Fürstenfeldbruck, etwa acht Kilometer östlich von Fürstenfeldbruck und 18 Kilometer westlich des Münchner Zentrums. Die Stadt Puchheim hat eine Fläche von 12,23 km².

Die Stadt Puchheim hat aktuell 21.883 Einwohner*innen (vgl. EMA 2018)⁹. Das Verhältnis zwischen Frauen und Männern beträgt 51,17 Prozent zu 48,83 Prozent. Dies bedeutet ein unausgeglicheneres Geschlechterverhältnis im Vergleich mit dem Landkreis Fürstenfeldbruck (50,99 Prozent zu 49,01 Prozent) und dem Bezirk Oberbayern (50,56 Prozent zu 49,44 Prozent) (vgl. LfStat 2018a, 2018b)¹⁰.

Der Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung liegt in der Stadt Puchheim bei 20,71 Prozent. Die doppelte Staatsbürgerschaft besitzen 6,26 Prozent der Gesamtbevölkerung (vgl. EMA 2018). Der Ausländeranteil in der Stadt Puchheim ist deutlich höher im Vergleich zum Landkreis Fürstenfeldbruck mit 13,7 Prozent und dem Freistaat Bayern mit 12,2 Prozent (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018a)¹¹. In den vergangenen Dekaden hat

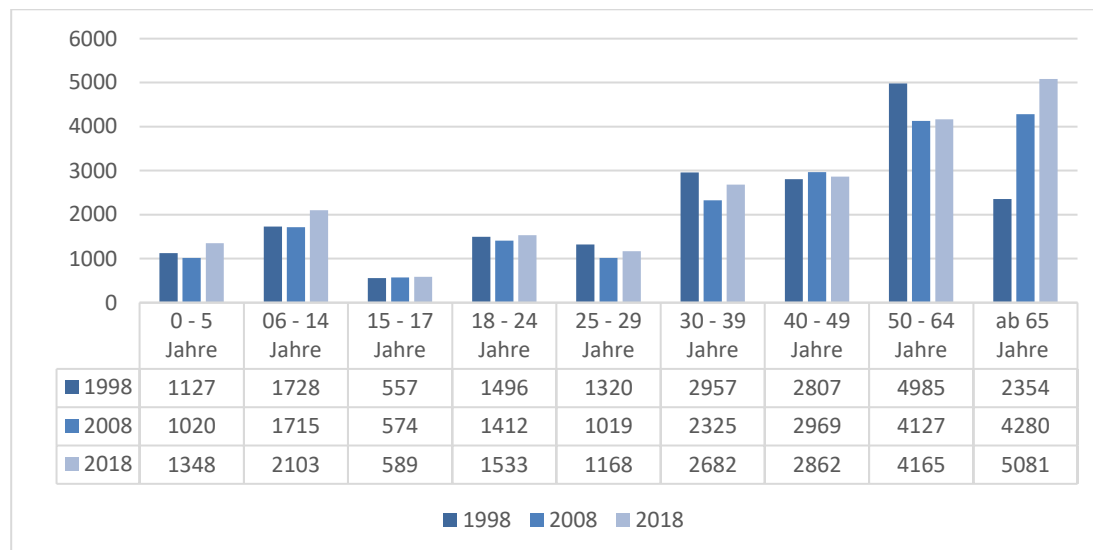
⁹ Bezieht sich auf Daten zum Stichtag am 29. November 2018

¹⁰ Bezieht sich auf Daten zum Stichtag am 31. Dezember 2016

¹¹ Bezieht sich auf Daten zum Stichtag am 31. Dezember 2016

sich die Altersstruktur in der Stadt Puchheim erheblich verändert. Davon ist insbesondere die Altersgruppe der Senior*innen ab 65 Jahre betroffen, die einen verhältnismäßig großen Zuwachs zu verzeichnen hat (siehe Abbildung 2).

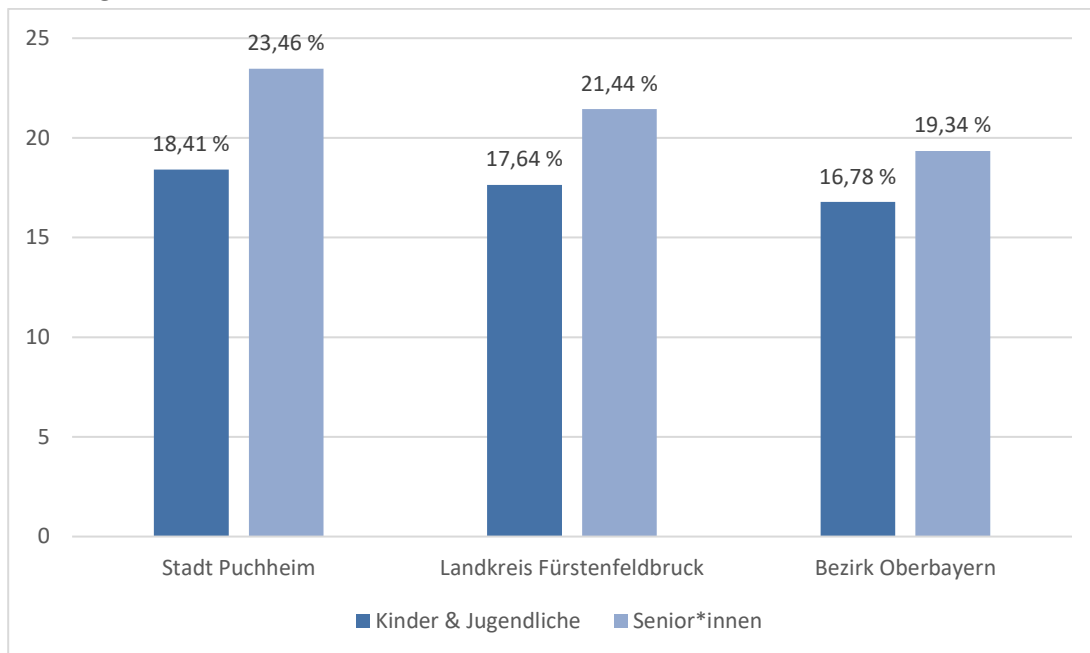
Abb. 2: Altersstruktur der Bevölkerung in absoluten Zahlen



Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage des LfStat 2019

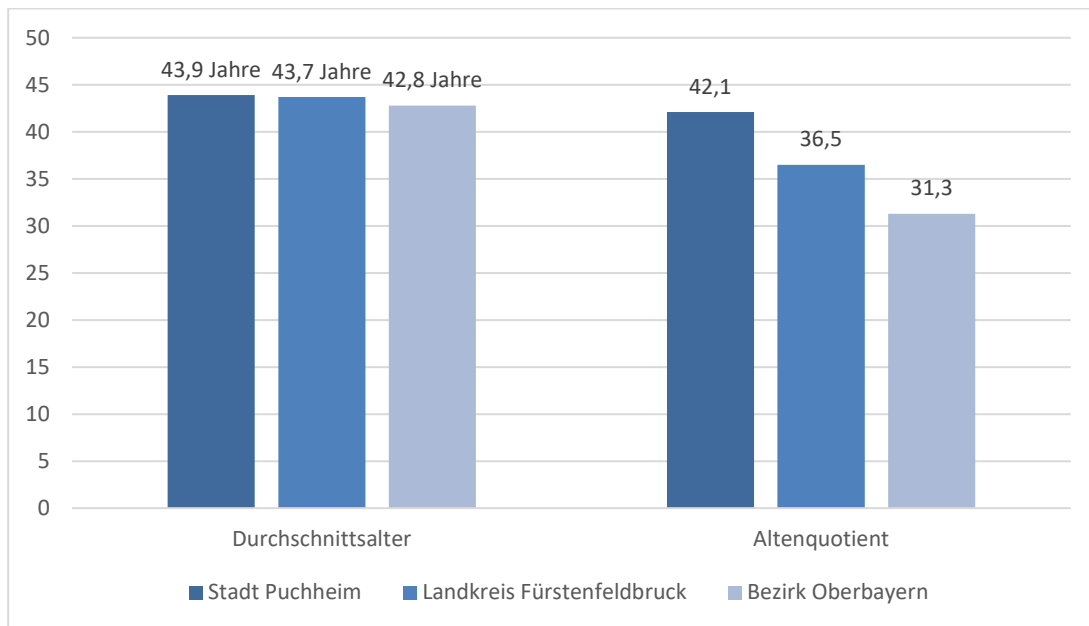
Der Anteil von Kindern und Jugendlichen (bis 17 Jahre) an der Gesamtbevölkerung liegt aktuell bei 18,41 Prozent und der Senior*innen ab 65 Jahre bei 23,46 Prozent (vgl. EMA 2018). Der Anteil von Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre im Landkreis Fürstentfeldbruck bei 17,64 Prozent und im Bezirk Oberbayern bei 16,78 Prozent. Bei den Senior*innen im Landkreis Fürstentfeldbruck lag der Anteil bei 17,64 Prozent und im Bezirk Oberbayern bei 16,78 Prozent (vgl. LfStat 2018a, 2018b). Damit weist die Stadt Puchheim im Vergleich mit dem Landkreis Fürstentfeldbruck und dem Bezirk Oberbayern sowohl einen höheren Anteil an Kindern und Jugendlichen als auch an Senior*innen auf. Die Werte liegen in der Stadt Puchheim jeweils höher als auf Landkreisebene und Bezirksebene (siehe Abbildung 3).

Abb. 3: Anteil Kinder und Jugendlicher sowie Senior*innen an der Gesamtbevölkerung in Prozent



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Datengrundlage des EMA 2018, LfStat A 2018, LfStat B 2018

In Puchheim beträgt das Durchschnittsalter 43,9 Jahre, während es im Landkreis Fürstentfeldbruck bei 43,7 Jahren und im Bezirk Oberbayern bei 42,8 Jahren liegt. Somit liegt das Durchschnittsalter in Puchheim höher als im Landkreis und im Bezirk Oberbayern. Das Durchschnittsalter wird als arithmetisches Mittel des Alters der Bevölkerung berechnet und gibt Aufschluss über die Alterung der Bewohnerschaft eines Gebiets. Der Altenquotient für die Stadt Puchheim liegt bei 42,1. Das heißt, dass etwa 42 Personen der Altersgruppe der Senior*innen (ab 65 Jahre) auf 100 Personen der mittleren Altersgruppe (20 bis 64 Jahre) kommen. Die Altenquotienten für den Landkreis Fürstentfeldbruck liegen mit 36,5 und dem Bezirk Oberbayern mit 31,3 niedriger als in Puchheim (vgl. LfStat 2018a, 2018b, 2018c). In Puchheim kommen demnach mehr Personen ab 65 Jahre auf 100 Personen der mittleren Altersgruppe als im Landkreis Fürstentfeldbruck und im Bezirk Oberbayern. Damit ist die Bevölkerung der Stadt Puchheim bezogen auf das Durchschnittsalter und den Altenquotienten älter als die des Landkreises Fürstentfeldbruck und des Bezirks Oberbayern. Das Durchschnittsalter und der Altenquotient sind Maße zur Veranschaulichung der Altersstruktur einer Bevölkerung (siehe Abbildung 4).

Abb. 4: Durchschnittsalter und Altenquotient der Bevölkerung

Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage des LfStat A 2018, LfStat B 2018, LfStat C 2018

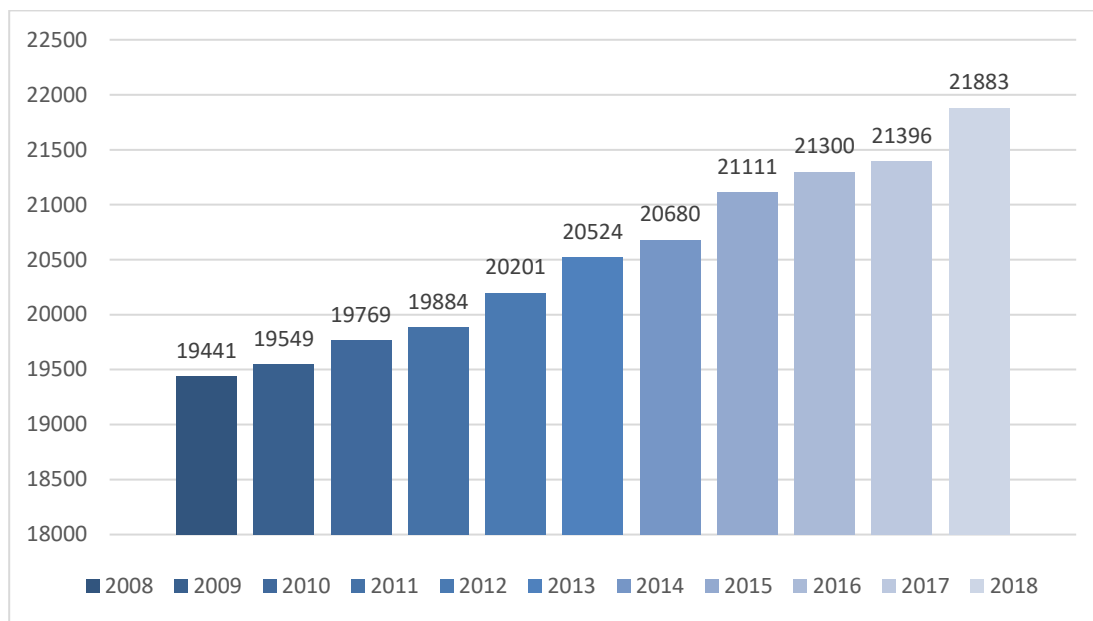
Zur Abschätzung der zukünftigen natürlichen Bevölkerungsentwicklung und der demographischen Entwicklungsmöglichkeiten wird häufig das Billeter-Maß (J) herangezogen. Dieser Index gilt als eines der brauchbarsten Maße zur Quantifizierung demographischer Alterung, da alle Bevölkerungsgruppen in dessen Berechnung einbezogen werden. Das Billeter-Maß gibt die Differenz der jungen (0 bis unter 15 Jahren) zur älteren (50 Jahre oder älter) Bevölkerung, bezogen auf die mittlere (15 bis unter 50 Jahren) Bevölkerung aus. Das bedeutet, dass es die vorreproduktiven und nachreproduktiven Altersstufen einer Bevölkerung zu den reproduktiven Jahrgängen setzt, um ausgehend von der aktuellen Bevölkerungsstruktur Wachstumspotenziale bzw. Schrumpfrisiken zu identifizieren. Das Billeter-Maß zeigt eine schrumpfende Population durch negative Werte an. Je kleiner das Billeter-Maß ist, desto älter ist im demographischen Sinne die Bevölkerung (vgl. DZA 2018). Da die Anzahl der Personen über 50 Jahre, die der Personen unter 15 Jahren in Puchheim deutlich übersteigt, liegt das Billeter-Maß für die Stadt Puchheim aktuell bei -0,65 (vgl. EMA 2018). Das Billeter-Maß für den Landkreis Fürstentfeldbruck liegt bei -0,64 und das des Bezirks Oberbayern bei -0,56 (vgl. LfStat 2018a, 2018b). Auf die demographische Entwicklungsmöglichkeit bezogen, sind die Populationen in der Stadt Puchheim, dem Landkreis Fürstentfeldbruck und dem

Bezirk Oberbayern schrumpfend. Die Stadt Puchheim ist folglich, bezogen auf das Billeter-Maß im demographischen Sinn, älter als der Landkreis Fürstentfeldbruck und der Bezirk Oberbayern.

Bevölkerungsbewegung

Die Bevölkerungsbewegung erfasst die statistische Veränderung der Struktur, der räumlichen Verteilung und der zahlenmäßigen Größe der Bevölkerung. Sie ist abhängig von der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Lebendgeborene und Gestorbene) und der Wanderung (Zu- und Fortgezogene) im Jahresverlauf. Die Zahl der Geburten übersteigt die Zahl der Sterbefälle in der Stadt Puchheim. Dies bewirkt einen natürlichen Bevölkerungszuwachs. Die Stadt Puchheim verfügt über einen positiven Wanderungssaldo, da sie mehr Zu- als Fortzüge verzeichnen kann. Diese Entwicklung lässt sich für die Jahre 2013 bis 2016 durchgehend sowohl in der natürlichen Bevölkerungsbewegung als auch in der Wanderungsbewegung feststellen (vgl. LfStat 2018a, 2018b, 2018c).

Für die Stadt Puchheim lässt sich ein stetiger Anstieg der Bevölkerung feststellen. Dieses Bevölkerungswachstum zeigt sich in einem kontinuierlichen Anstieg der Gesamtbevölkerung im Zeitraum von 2008 bis 2018. In diesem Zeitraum hat sich die Gesamtbevölkerung von 19 441 Einwohner*innen im Jahr 2008 auf 21 883 Einwohner*innen im Jahr 2018 erhöht. Das entspricht einem absoluten Zuwachs von 2 442 Personen und einem relativen Zuwachs von 12,56 Prozent. Daraus ergibt sich ein durchschnittlicher Zuwachs von etwa 244 Personen pro Jahr von 2008 bis 2018 (siehe Abbildung 5) (vgl. EMA 2018; LfStat 2019).

Abb. 5: Bevölkerungszuwachs von 2008 bis 2018 in absoluten Zahlen

Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage des EMA 2018; LfStat 2019

Sozioökonomische Kennzeichen

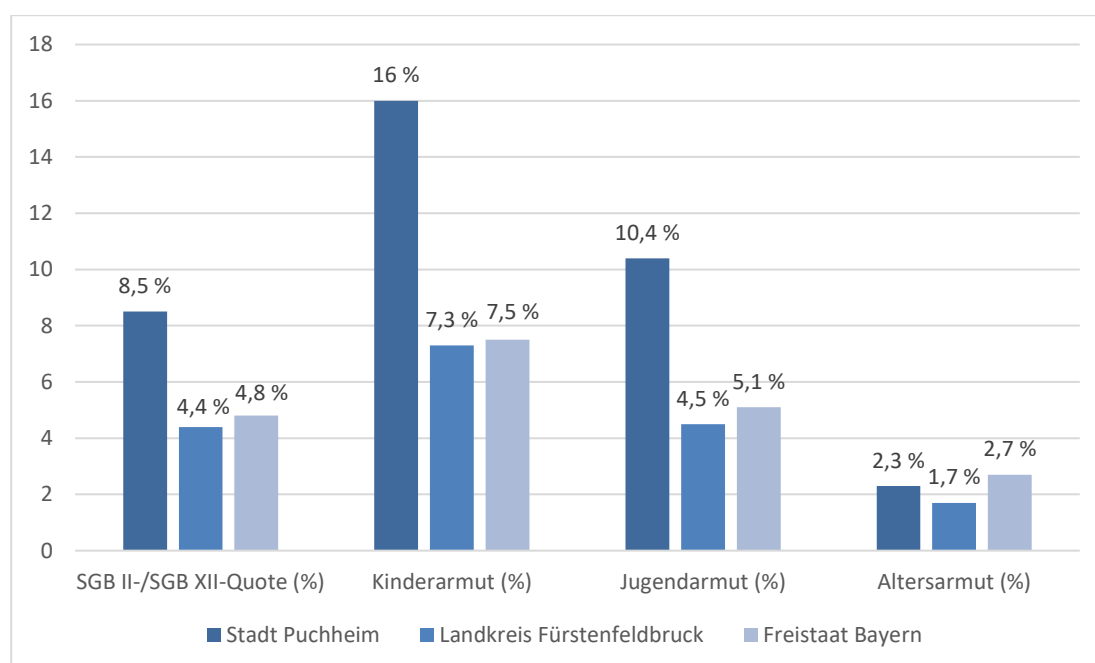
Die nachfolgenden Daten sind relevant für die gesundheitliche Situation älterer Menschen, wenngleich sie sich nicht ausschließlich und unmittelbar auf die Altersgruppe der Senior*innen beziehen. In jungen Jahren wird die Basis für eine gesundheitsbewusste Lebensführung gelegt, die sich in hohem Maße auf die Gesundheit und Lebensqualität im Alter auswirken kann (vgl. GKV-Spitzenverband 2018, S. 37). Eine Bedarfsanalyse zur Gesundheitsförderung bei Senior*innen sollte demnach jüngere Altersgruppen nicht gänzlich ausschließen, um Entwicklungstendenzen erfassen zu können, die der Gesundheit im höheren Alter entgegenstehen (vgl. BMG 2012, S. 11).

Armut

Als Indikator für Armut können die Quoten zu den Sozialgesetzbüchern SGB II und XII sowie zur Kinder-, Jugend- und Altersarmut herangezogen werden (siehe Abbildung 6). Die SGB II-/SGB XII-Quote erfasst die Bevölkerung unter 65 Jahren, die Leistungen nach SGB II (Arbeitslosengeld II) und SGB XII (Sozialhilfe) erhält. Die SGB II-/SGB XII-Quote fällt in der Stadt Puchheim mit 8,5 Prozent erheblich höher aus als im Landkreis Fürstenfeldbruck (4,4 Prozent) und im Freistaat Bayern (4,8 Prozent). Die Kinderarmut liegt in der Stadt Puchheim mit 16 Prozent mehr als doppelt so hoch wie im Landkreis Fürstenfeldbruck (7,3 Prozent) und im Freistaat Bayern (7,5 Prozent). Selbiges gilt für

die Jugendarmut, die in der Stadt Puchheim mit 10,4 Prozent mehr als doppelt so hoch ausfällt wie im Landkreis Fürstentfeldbruck mit 4,5 Prozent und dem Freistaat Bayern mit 5,1 Prozent. Die Altersarmut liegt mit 2,3 Prozent höher als im Landkreis Fürstentfeldbruck (1,7 Prozent) und niedriger als im Freistaat Bayern (2,7 Prozent). Bei den Angaben zur Altersarmut wird der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre in Prozent angegeben, der Leistungen zur Grundsicherung im Alter nach SGB XII erhält (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018b).

Abb. 6: SGB II-/SGB XII-Quote, Kinder-, Jugend- und Altersarmut in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage der Bertelsmann Stiftung 2018b

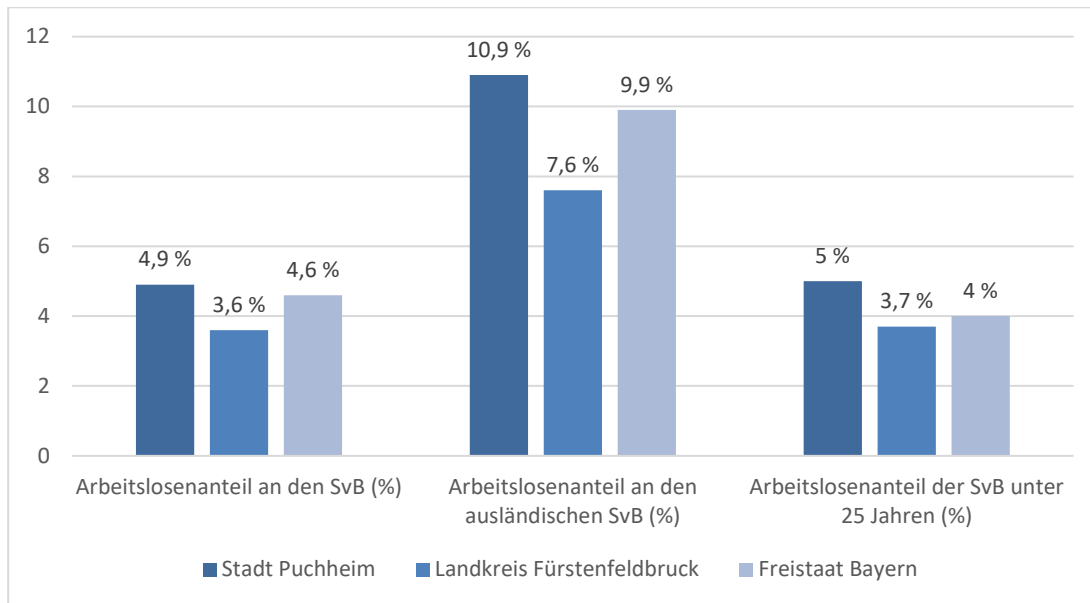
Arbeit

In der Stadt Puchheim sind mehr Erwerbspersonen¹² arbeitslos (4,9 Prozent) als im Landkreis Fürstentfeldbruck (3,6 Prozent) und im Freistaat Bayern (4,6 Prozent). Die Stadt Puchheim hat mehr ausländische Erwerbspersonen die arbeitslos sind (10,9 Prozent) als im Landkreis Fürstentfeldbruck (7,6 Prozent) und im Freistaat Bayern (10,9 Prozent). Es sind in der Stadt Puchheim mit 4,8 Prozent weniger Erwerbspersonen unter 25 Jahren arbeitslos als im Landkreis Fürstentfeldbruck mit 3,7 Prozent und im Freistaat Bayern mit 4 Prozent (siehe Abbildung 7). In diesem Zusammenhang werden

¹² In diesem Zusammenhang sind mit Erwerbspersonen alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) und Arbeitslosen gemeint.

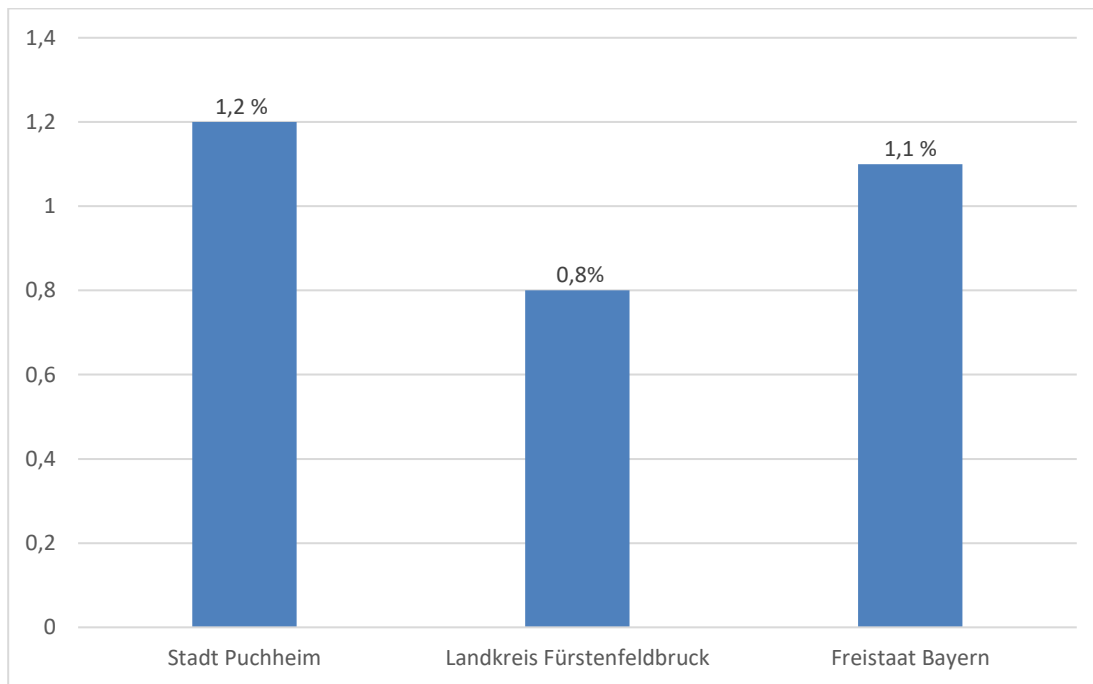
Erwerbspersonen als die Summe der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) am Wohnort und Arbeitslosen definiert (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018c).

Abb. 7: Arbeitslosenanteil an den SvB, den ausländischen SvB und der SvB unter 25 Jahren in Prozent



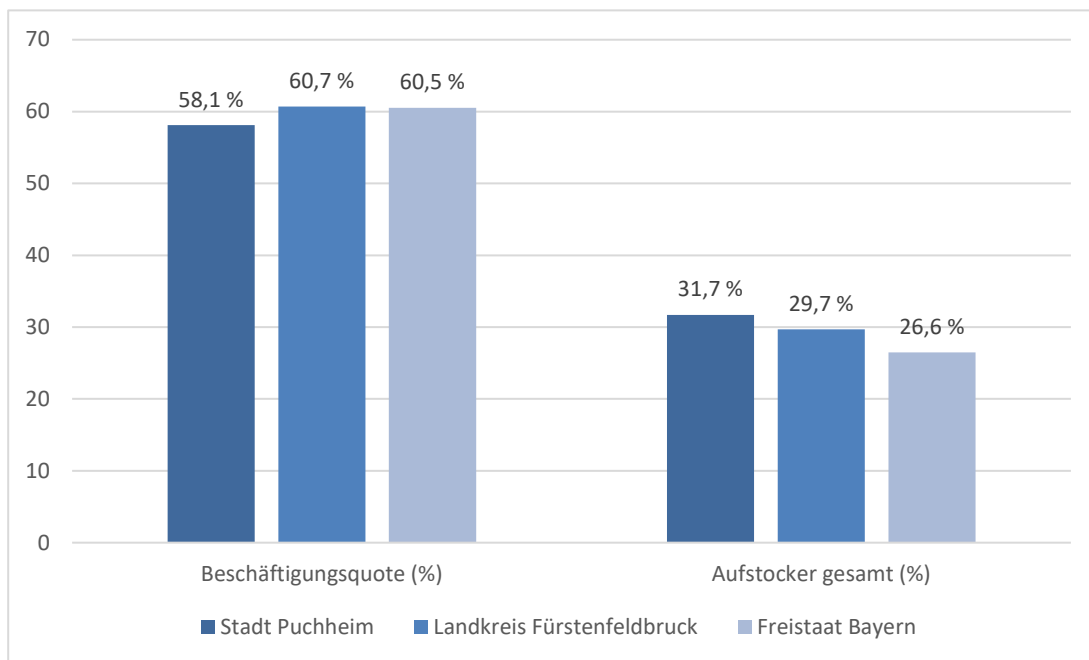
Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage der Bertelsmann Stiftung 2018c

Die Langzeitarbeitslosenquote liegt für die Stadt Puchheim bei 1,2 Prozent. Dieser Wert liegt höher als im Landkreis Fürstentfeldbruck mit 0,8 Prozent und im Freistaat Bayern mit 1,1 Prozent (siehe Abbildung 8). Langzeitarbeitslos gelten Personen, die länger als 1 Jahr arbeitslos waren (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018b).

Abb. 8: Langzeitarbeitslosenquote in Prozent

Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage der Bertelsmann Stiftung 2018b

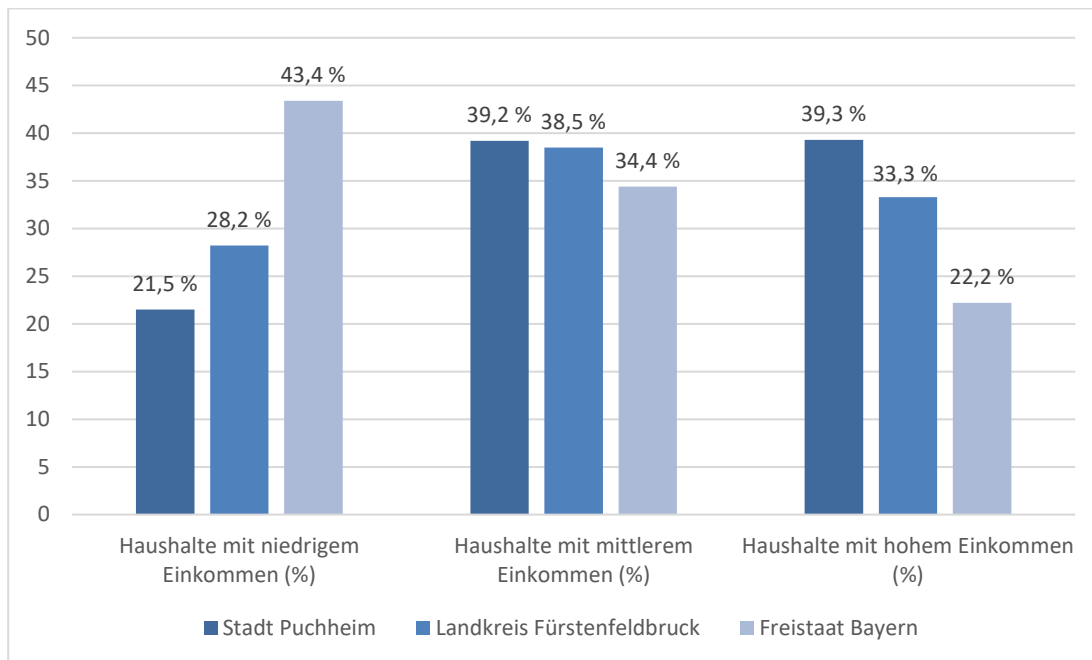
Die Beschäftigungsquote liegt in der Stadt Puchheim mit 58,1 Prozent niedriger als im Landkreis Fürstentfeldbruck (60,7 Prozent) und im Freistaat Bayern (60,5 Prozent). Der Wert gibt die Prozentzahlen der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 18 bis 64 Jahre an, die am Wohnort als sozialversicherungspflichtig beschäftigt (SvB) gemeldet sind. In Puchheim gibt es mit 31,7 Prozent mehr Aufstocker als im Landkreis Fürstentfeldbruck mit 29,7 Prozent und im Freistaat Bayern mit 26,5 Prozent (siehe Abbildung 9). Als Aufstocker werden die Leistungsbezieher bezeichnet, die zusätzlich zum ALG II-Bezug erwerbstätig sind (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018b).

Abb. 9: Beschäftigungsquote und Aufstocker gesamt in Prozent

Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage der Bertelsmann Stiftung 2018b

Einkommen

Es lassen sich die Haushalte mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen für die Stadt Puchheim, den Landkreis Fürstentfeldbruck und den Freistaat Bayern abbilden (siehe Abbildung 10). In der Stadt Puchheim verfügen mit 21,5 Prozent weniger Haushalte über ein niedriges Einkommen als im Landkreis Fürstentfeldbruck mit 28,2 Prozent. Im Freistaat Bayern liegt der Wert mit 43,4 Prozent sogar mehr als doppelt so hoch wie in der Stadt Puchheim. Ein niedriges Einkommen ist ein Gesamtnettoeinkommen von unter 25000 Euro pro Jahr und Haushalt. Bei den Haushalten mit mittlerem Einkommen liegt die Stadt Puchheim mit 39,2 Prozent höher als im Landkreis Fürstentfeldbruck (38,5 Prozent) und im Freistaat Bayern (34,4 Prozent). Haushalte mit einem mittleren Einkommen verfügen über ein Gesamtnettoeinkommen von 25000 bis unter 50000 Euro pro Jahr. Die Stadt Puchheim hat mit 39,3 Prozent wesentlich mehr Haushalte mit hohem Einkommen im Vergleich zum Landkreis Fürstentfeldbruck mit 33,3 Prozent und dem Freistaat Bayern mit 22,2 Prozent. Als Haushalte mit hohem Einkommen werden Haushalte bezeichnet, die über mehr als 50000 Euro pro Jahr verfügen (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018b).

Abb. 10: Haushalte mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen in Prozent

Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage der Bertelsmann Stiftung 2018b

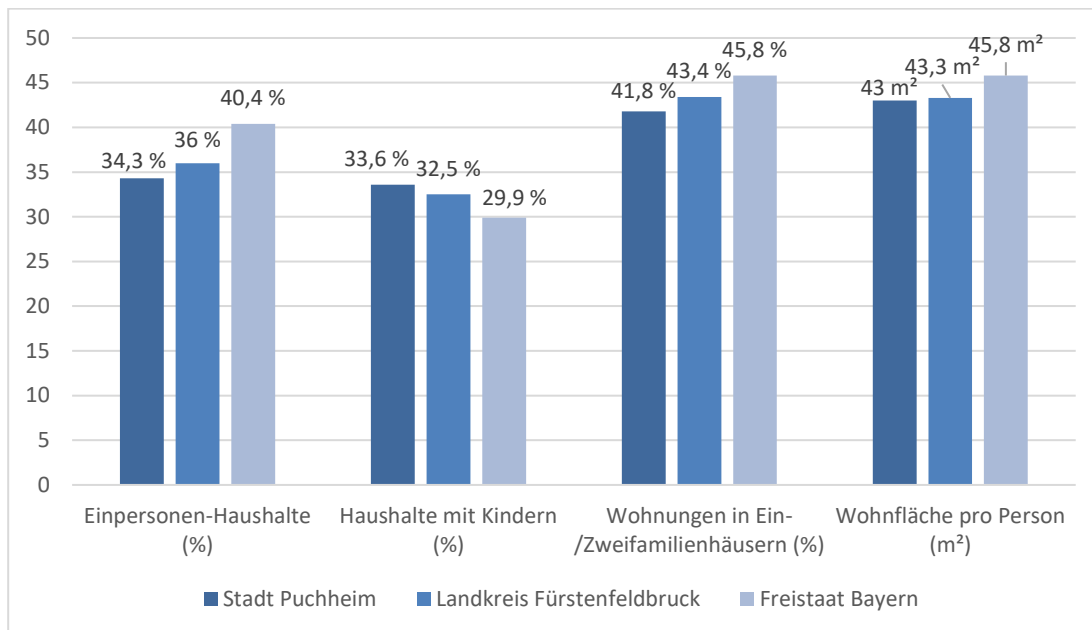
Wohnen

Die Stadt Puchheim verfügt mit 34,3 Prozent über weniger Einpersonen-Haushalte als der Landkreis Fürstentum Bayern mit 36 Prozent und der Freistaat Bayern mit 40,4 Prozent. In der Stadt Puchheim gibt es mehr Haushalte mit Kindern (33,6 Prozent) als im Landkreis Fürstentum Bayern (32,5 Prozent) und im Freistaat Bayern (29,9 Prozent). Als Kinder werden in diesem Zusammenhang ledige Kinder über 18 Jahren ohne eigenen Hausstand und alle im Haushalt lebenden Personen unter 18 Jahren bezeichnet. Mit 41,8 Prozent sind weniger Wohnungen des Wohnungsbestandes der Stadt Puchheim in Ein- und Zweifamilienhäusern¹³ als im Landkreis Fürstentum Bayern mit 43,4 Prozent und im Freistaat Bayern mit 45,8 Prozent. In der Stadt Puchheim stehen im Durchschnitt mit 43 Quadratmeter weniger Wohnfläche pro Person zur Verfügung¹⁴ als im Landkreis Fürstentum Bayern mit 43,3 Quadratmeter und im Freistaat Bayern mit 45,8 Quadratmeter (siehe Abbildung 11) (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018b).

¹³ Ohne Wohnungen in Wohnheimen

¹⁴ Ohne die Wohnfläche in Wohnheimen

Abb. 11: Einpersonenhaushalte, Haushalte mit Kindern und Wohnungen in Ein-/Zweifamilienhäusern in Prozent bzw. m²

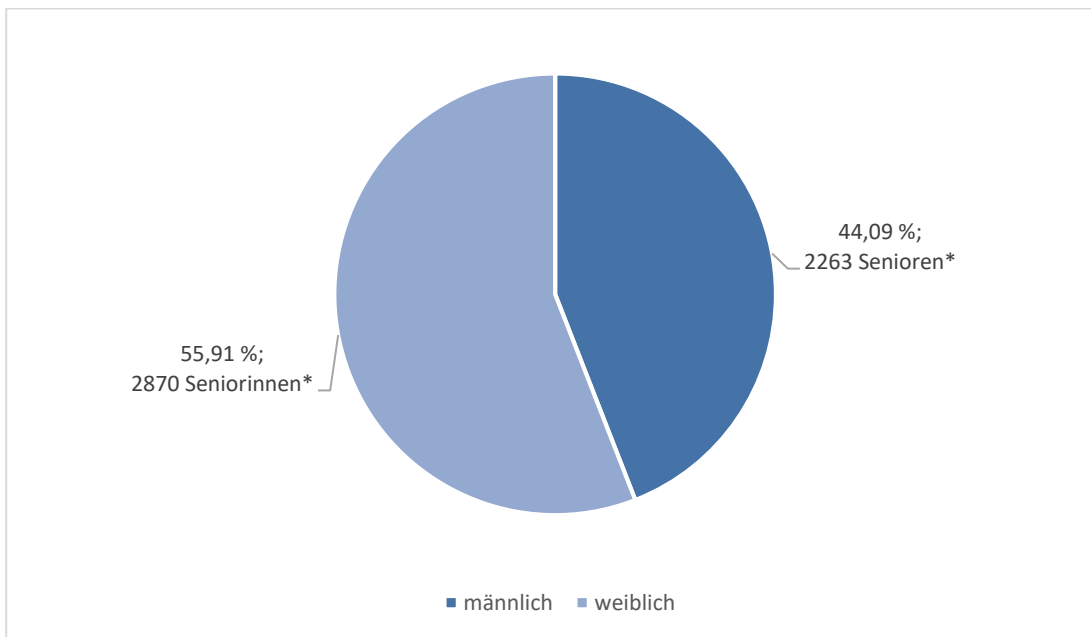


Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage der Bertelsmann Stiftung 2018b

Senior*innenspezifische Betrachtung

Die Altersgruppe der Senior*innen ab 65 Jahre beträgt in Puchheim 5133 Einwohner*innen. Das entspricht einem Anteil von 23,5 Prozent an der Gesamteinwohnerzahl. In der Altersgruppe der Senior*innen ab 65 Jahre sind 55,91 Prozent Frauen* und 44,09 Prozent Männer* (siehe Abbildung 12) (vgl. EMA 2018).

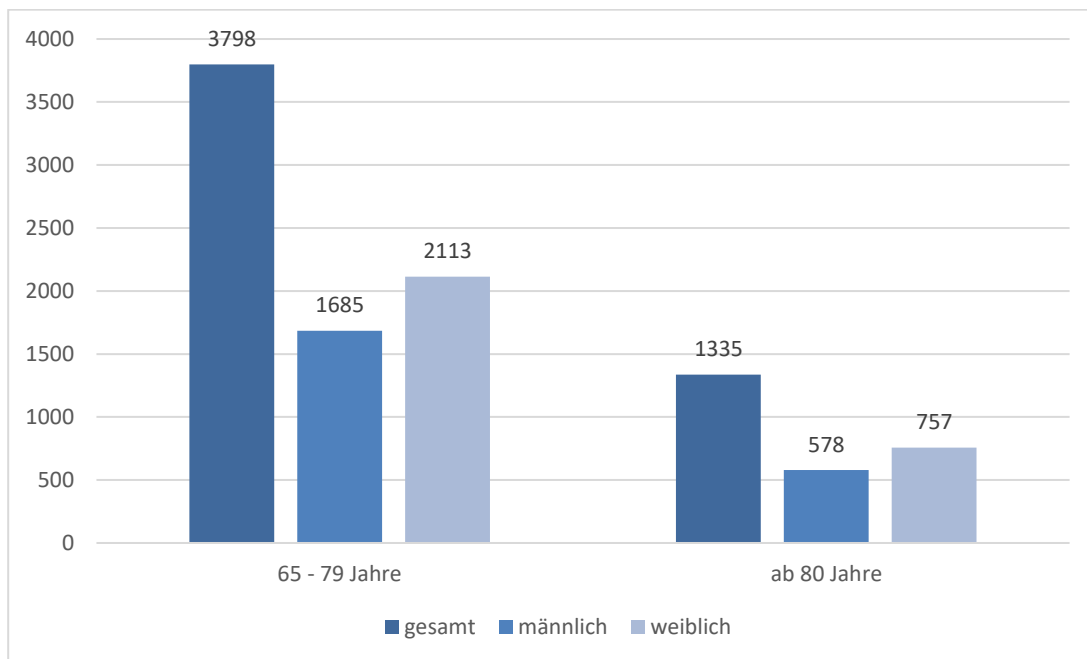
Abb. 12: Geschlechterverhältnis der Senior*innen in Prozent und absolut



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Datengrundlage des EMA 2018

Ausgehend von der Gesamtheit der Senior*innen in der Stadt Puchheim beträgt der Anteil an jungen Alten (ab 65 bis 79 Jahre) 73,99 Prozent (3798 Senior*innen) und an Hochbetagten (ab 80 Jahre) 26,01 Prozent (1335 Senior*innen). Der Anteil an männlichen* jungen Alten beträgt 1685 Senioren* (32,83 Prozent) und der Anteil an weiblichen* jungen Alten beträgt 2113 Seniorinnen* (41,17 %). Bei den Hochbetagten liegt der Anteil der männlichen Hochbetagten bei 578 Senioren* (11,26 %) und bei den weiblichen Hochbetagten bei 757 Seniorinnen* (14,74 %) (siehe Abbildung 13) (vgl. EMA 2018). Der Greying-Index gibt Auskunft über die Struktur innerhalb der älteren Bevölkerung, indem er das Verhältnis der Hochaltigen (ab 80 Jahre) zu den jungen Alten (65 bis 79 Jahre) abbildet. Für die Stadt Puchheim liegt der Greying-Index bei 35,15.

Abbildung 13: Anteil der jungen Alten und Hochbetagten der Bevölkerungsgruppe der Senior*innen aufgeteilt nach Geschlecht in absoluten Zahlen

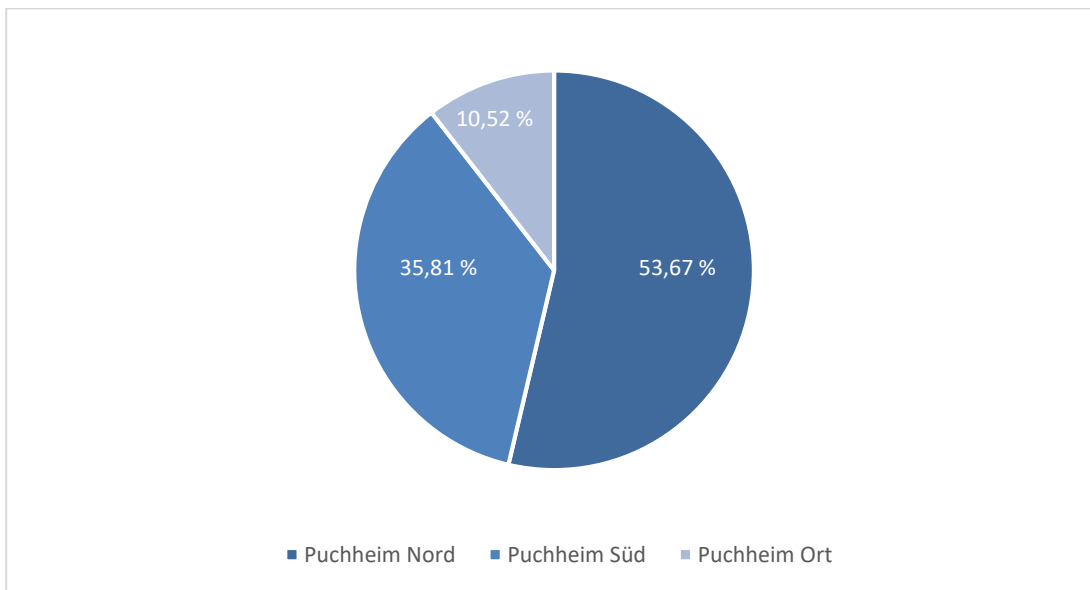


Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Datengrundlage des EMA 2018

Sozialräumliche Verteilung

Insgesamt leben 10,52 Prozent der Senior*innen in Puchheim Ort, während 53,67 Prozent in Puchheim Nord und 35,81 Prozent in Puchheim Süd leben (siehe Abbildung 14). Im Verhältnis zu allen Altersgruppen in den jeweiligen Ortsteilen liegen die Anteile an Senior*innen in den Stadtteilen Puchheim Nord mit 23,82 Prozent (2755 Senior*innen) und Puchheim Süd mit 23,31 Prozent (1838 Senior*innen) höher als in Puchheim Ort mit 13,13 Prozent (540 Senior*innen). In der Planie ist der Anteil an Senior*innen mit 14,17 Prozent (449 Senior*innen) etwas höher als in Puchheim Ort (vgl. EMA 2018).

Abb. 14: Senior*innen nach Ortsteilen in Prozent



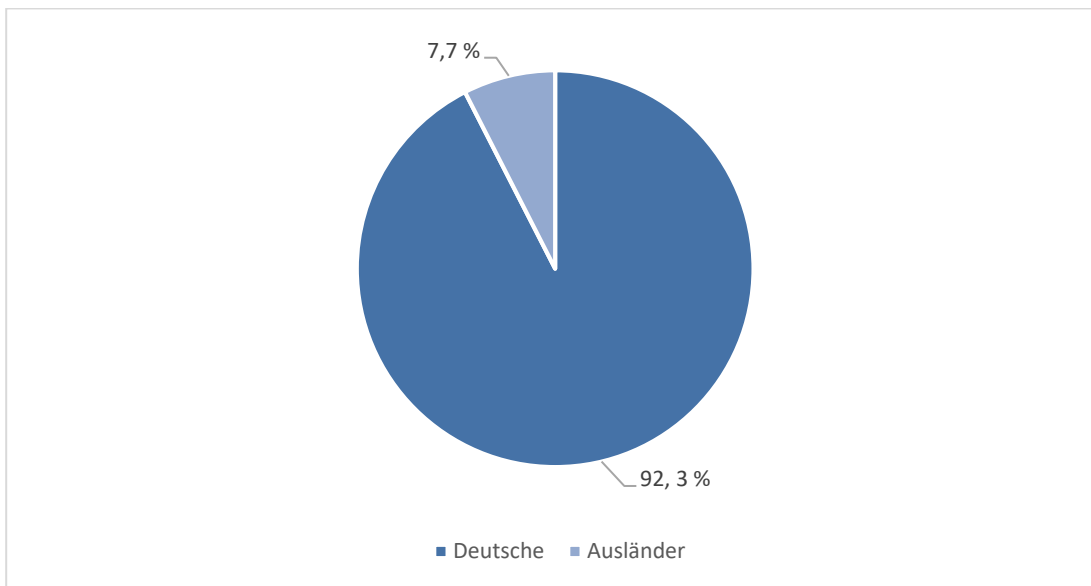
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Datengrundlage des EMA 2018

Ausländische Senior*innen

In Puchheim gibt es 385 ausländische und 4783 deutsche Senior*innen. Das entspricht einem Ausländeranteil von 7,7 Prozent an der Bevölkerungsgruppe der Senior*innen (siehe Abbildung 15). Der Anteil an ausländischen Senior*innen ist im Vergleich zu den deutschen Senioren*innen im Stadtteil Puchheim Süd mit 9,9 Prozent (182 ausl. Senior*innen) höher als in Puchheim Ort mit 6,48 Prozent (25 ausl. Senior*innen) und Puchheim Nord mit 6,1 Prozent (168 ausl. Senior*innen). Der erhöhte Anteil an ausländischen Senior*innen in Puchheim Süd lässt sich auf das Stadtviertel¹⁵ Planie zurückführen, in dem der Anteil an ausländischen Senior*innen 21,83 Prozent (98 ausl. Senior*innen) beträgt (vgl. EMA 2018).

¹⁵ Ein Stadtviertel ist ein bestehendes soziales Bezugssystem, das sich sowohl räumlich als auch von der sozialen Struktur seiner Einwohner*innen von anderen Stadtvierteln abgrenzt. Das Gebiet ist unabhängig von Grenzziehungen eines Stadtteils oder -bezirks.

Abb. 15: Verhältnis von ausländischen zu deutschen Senior*innen in Prozent

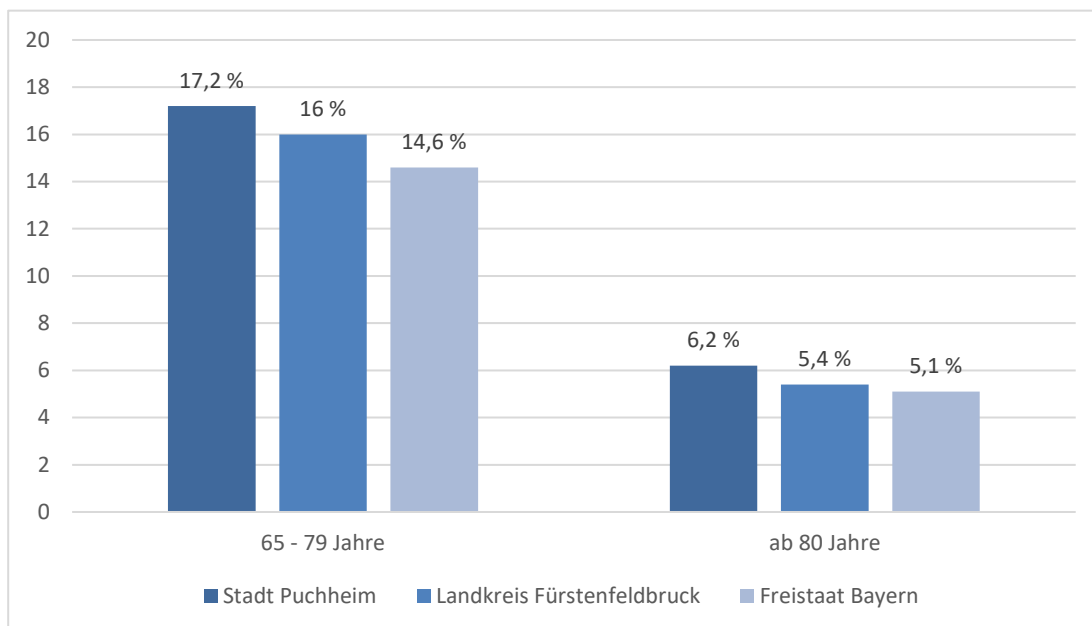


Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Datengrundlage des (EMA 2018)

Junge Alte und Hochbetagte

Der Anteil der Senior*innen im Alter von 65 bis 79 Jahre (junge Alte) an der Gesamtbevölkerung beträgt in der Stadt Puchheim 17,2 Prozent und liegt damit höher als im Landkreis Fürstentfeldbruck (16 Prozent) und im Freistaat Bayern (14,6 Prozent). Bei den Senior*innen ab 80 Jahre (Hochbetagte) liegt der Anteil an der Gesamtbevölkerung mit 6,2 Prozent höher als im Landkreis Fürstentfeldbruck mit 5,4 Prozent und im Freistaat Bayern mit 5,1 Prozent (siehe Abbildung 16).

Abb. 16: Anteil junger Alter und Hochbetagter an der Gesamtbevölkerung in Prozent



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Datengrundlage der (Bertelsmann Stiftung 2018d)

Strukturstatistik SGB IX

Das deutsche Behindertenrecht legt als Maßeinheit für den Grad der Beeinträchtigung durch eine Behinderung den Grad der Behinderung (GdB) fest. Genutzt wird der Begriff im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Alle Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens GdB 50 gelten als schwerbehindert. Für die Stadt Puchheim bietet das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) die Strukturstatistik SGB IX an, aus der sich die Grade der Behinderung nach relevanten Altersgruppen entnehmen lassen.

In der Stadt Puchheim leben 1419 Senior*innen mit einer anerkannten Behinderung. Davon gehören 652 Senior*innen zur Altersgruppe von 65 bis 74 Jahre und 767 Senior*innen zur Altersgruppe über 75 Jahre. In der Altersgruppe von 65 bis 74 Jahre sind 431 Senior*innen und in der Altersgruppe ab 75 Jahre 633 Senior*innen schwerbehindert. Insgesamt sind 1064 Senior*innen schwerbehindert. Die Gruppe der behinderten Senior*innen teilt sich auf in 659 männliche und 760 weibliche Senior*innen. 101 Senior*innen sind nicht deutsche behinderte Menschen. Das entspricht einem Anteil von

7,12 Prozent an der Gruppe der behinderten Senior*innen (siehe Tabnelle 1) (vgl. ZBFS 2017)¹⁶.

Tab. 6: Grad der Behinderung, Geschlecht und nicht deutsche behinderte Senior*innen in Puchheim aufgeteilt nach Altersgruppen

Alter in Jahren	65 - 74 Jahre	ab 75 Jahre	ab 65 Jahre (gesamt)
Grad der Behinderung (GdB)			
GdB 20	36	10	46
GdB 30	100	74	174
GdB 40	85	50	135
GdB 50	165	140	305
GdB 60	83	100	183
GdB 70	49	62	111
GdB 80	45	90	135
GdB 90	34	48	82
GdB 100	55	193	248
zusammen	652	767	1.419
davon schwerbehindert (GdB >=50)	431	633	1.064
behind. Menschen (männlich)	283	376	659
behind. Menschen (weiblich)	369	391	760
nicht deutsche behinderte Menschen	69	32	101

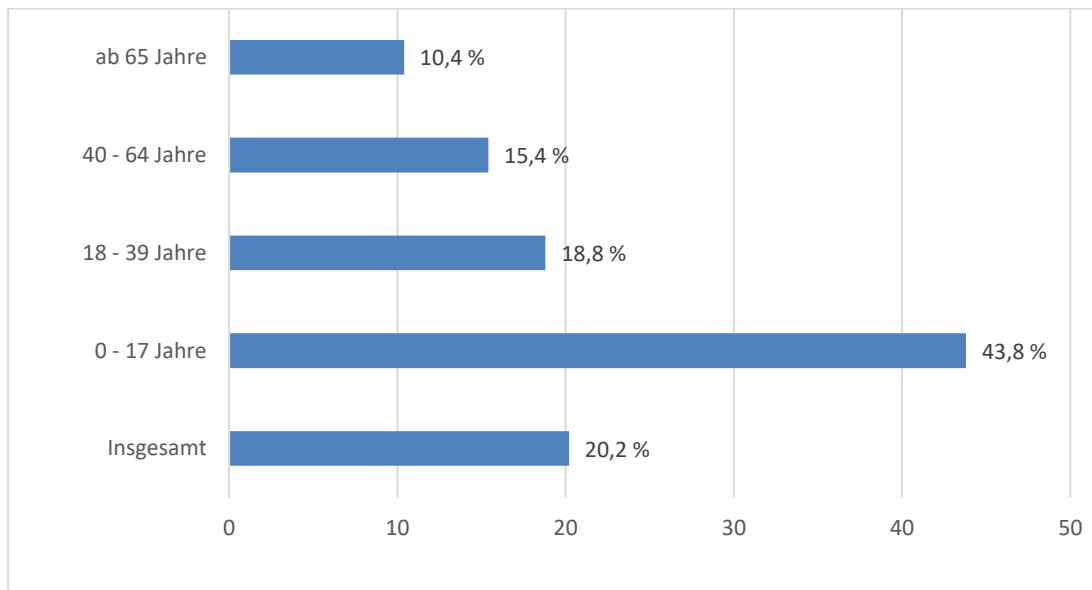
Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage des ZBFS 2017

Bevölkerungsprognosen

Nach Prognosen¹⁷ des Bayerischen Landesamtes für Statistik nimmt die Gesamtbevölkerung in der Stadt Puchheim bis 2034 ausgehend vom Jahr 2014 um 20,2 Prozent zu. Die Bevölkerungsgruppe von 0 bis 17 Jahre erhöht sich um 43,8 Prozent, die Gruppe von 18 bis 39 Jahre um 18,8 Prozent. Die Gruppe von 40 bis 64 Jahre steigt um 15,4 Prozent. Die Gruppe der Senior*innen ab 65 Jahre erhöht sich um 10,4 Prozent (siehe Abbildung 17) (vgl. LfStat 2016).

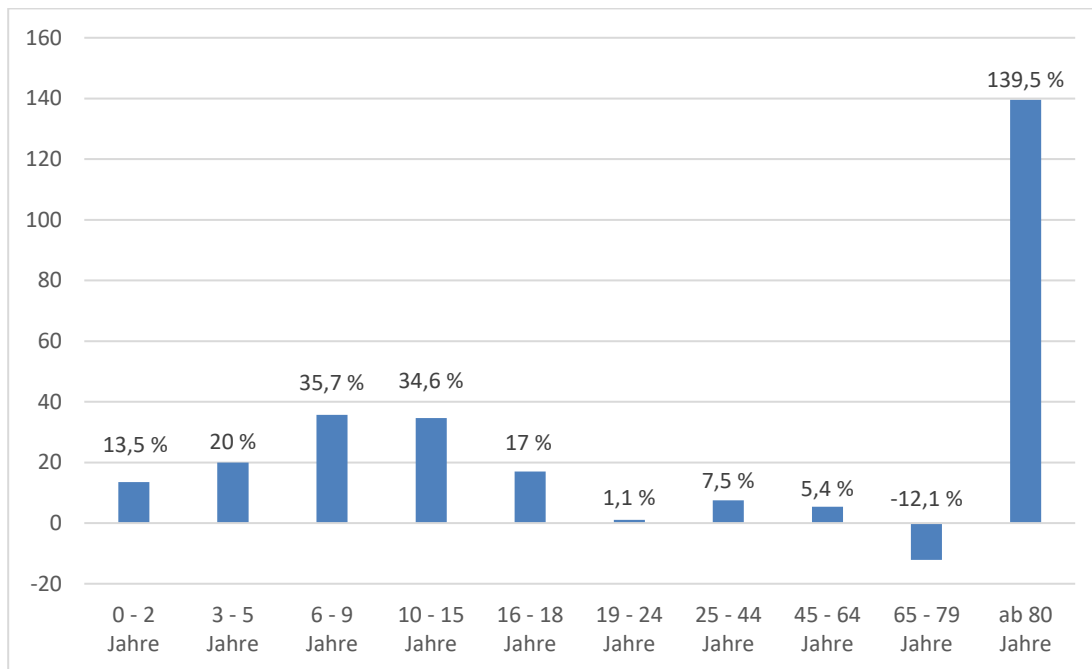
¹⁶ Bezieht sich auf Daten zum Stichtag am 31. Dezember 2017

¹⁷ Die aufgeführten Bevölkerungsprognosen sind als Modellrechnungen zu verstehen, welche die demographische Entwicklung unter bestimmten Annahmen zu den Geburten, Sterbefällen und Wanderungen in die Zukunft fortschreiben (vgl. LfStat 2016).

Abb. 17: Erwartete Bevölkerungsveränderung 2034 gegenüber 2014 in Prozent

Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage des LfStat 2016

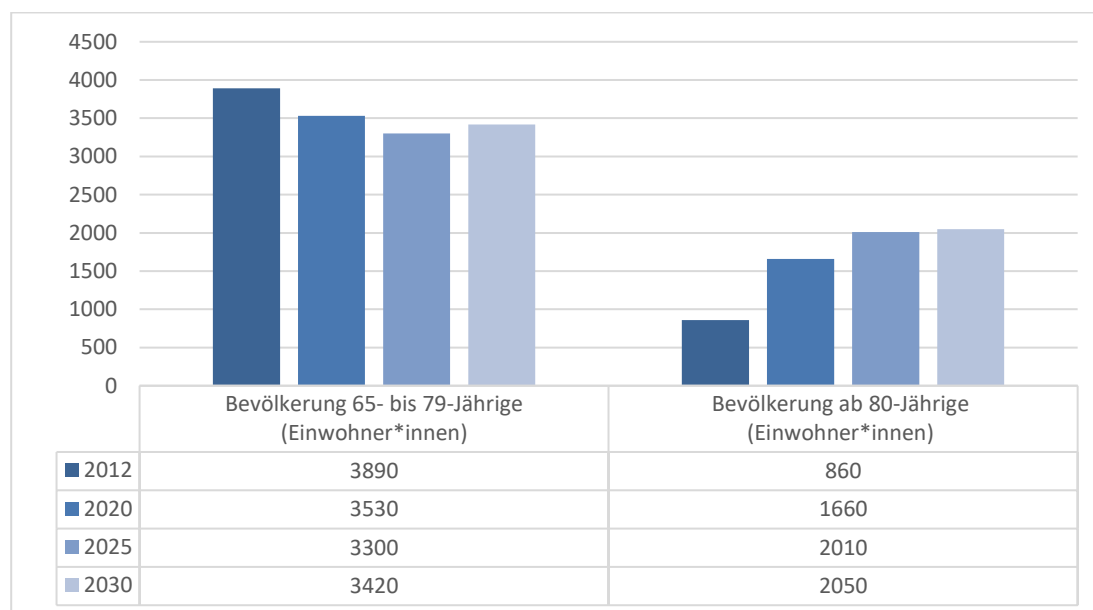
Die Vorausberechnungen der Bertelsmann Stiftung für die Stadt Puchheim von 2012 bis 2030 zeigen, dass sämtliche Altersgruppen, bis auf die Altersgruppe von 65 bis 79 Jahre, ansteigen. Die Gruppe der Senior*innen von 65 bis 79 Jahre (junge Alte) zeigt in der Prognose bis 2030 ausgehend von 2012 einen relativen Rückgang von -12,1 Prozent. Die Altersgruppe ab 80 Jahre (Hochbetagte) steigt dagegen relativ gesehen um 139,5 Prozent an (siehe Abbildung 18) (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018e).

Abb. 18: Veränderung der Altersstruktur von 2012 bis 2030 in Prozent

Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage der Bertelsmann Stiftung 2018e

In absoluten Werten verringert sich die Gruppe der Senior*innen von 65 bis 79 Jahre (junge Alte) ausgehend vom Jahr 2012 (3890 Senior*innen) bis zum Jahr 2030 auf 3420 Senior*innen. Das ergibt eine Abnahme um 470 junge Alte (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018f). Die Altersgruppe ab 80 Jahre (Hochbetagte) steigt hingegen von 860 Senior*innen im Jahr 2012 auf 2050 Senior*innen im Jahr 2030 an. Daraus folgt eine Zunahme um 1190 Hochbetagte (siehe Abbildung 19). Die Anzahl der Hochbetagten wird im Jahr 2030 also 2,38-mal so hoch sein wie 2012 (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018g).

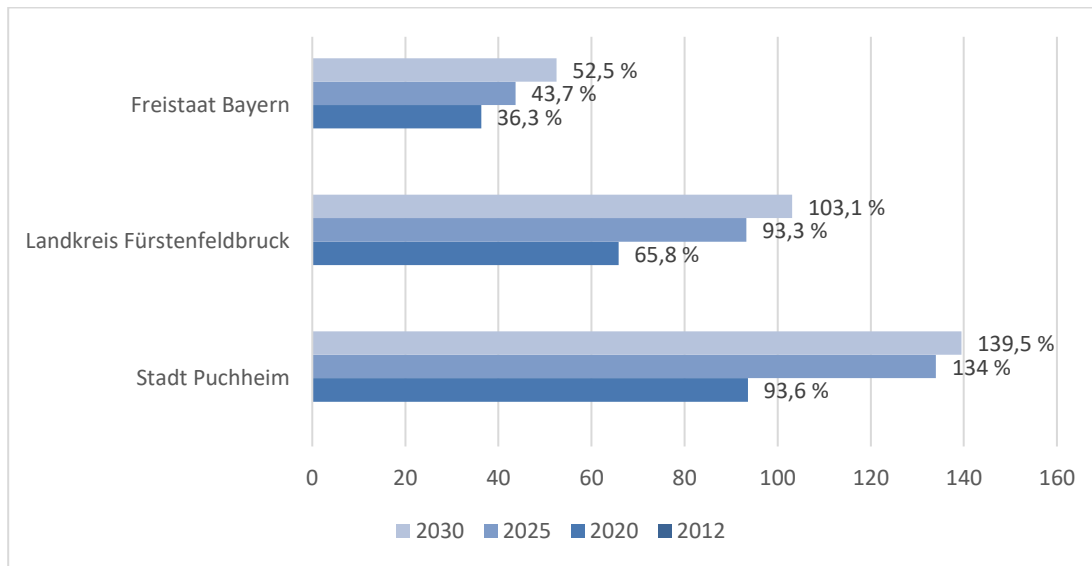
Abb. 19: Absolute Veränderung der Altersstruktur in der Gruppe der Senior*innen aufgeteilt nach jungen Alten und Hochbetagten von 2012 bis 2020, 2025 und 2030 in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage des Bertelsmann Stiftung 2018f; Bertelsmann Stiftung 2018g

Im Vergleich mit dem Landkreis Fürstentfeldbruck (65,8 Prozent) und dem Freistaat Bayern (36,3 Prozent) steigt der Anteil der Gruppe der ab 80-Jährigen bis zum Jahr 2030 ausgehend vom Jahr 2012 mit 93,6 Prozent am höchsten an. Im Jahr 2025 erhöht sich der Anteil der Hochbetagten ausgehend von 2012 im Vergleich zum Landkreis Fürstentfeldbruck mit 93,3 Prozent und dem Freistaat Bayern mit 43,7 Prozent in der Stadt Puchheim mit 134 Prozent am meisten. Diese Entwicklung führt sich bis ins Jahr 2030 fort, in der die Stadt Puchheim mit 139,5 Prozent den höchsten Zuwachs in der Gruppe der ab 80-Jährigen im Vergleich zum Landkreis Fürstentfeldbruck (103,1 Prozent) und dem Freistaat Bayern (52,5 Prozent) erreicht (siehe Abbildung 20) (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018h).

Abbildung 20: Relative Entwicklung der Bevölkerungsgruppe ab 80-Jährige für die Stadt Puchheim, den Landkreis Fürstentfeldbruck und den Freistaat Bayern bis 2020, 2025 und 2030 ausgehend von 2012 in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage der Bertelsmann Stiftung 2018h

4.2 Qualitative Analyse

Im Nachfolgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebung dargestellt. Diese Darstellung folgt der Reihenfolge der deduktiv gebildeten Oberkategorien in Verbindung mit der jeweiligen Forschungsfrage.

4.2.1 Besondere Merkmale

Forschungsfrage: (1) Welche besonderen Merkmale sind in der Gruppe der Senior*innen in Puchheim vorhanden?

Vielfach wird die Heterogenität der Gruppe der Senior*innen in Puchheim als besonderes Merkmal erwähnt. Sowohl die Befragten der Expert*innen-Interviews als auch die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen haben diese wiederholt thematisiert. Die von den Teilnehmenden geäußerten Aspekte hinsichtlich der Heterogenität der Gruppe der älteren Menschen in Puchheim können in verschiedene Kategorien eingeteilt werden.

Im Hinblick auf die Heterogenität der Gruppe der Senior*innen in Puchheim wurde überwiegend in den Fokusgruppen auf die unterschiedliche gesundheitliche Situation der Senior*innen in Puchheim aufmerksam gemacht. Hierbei betonten immer wieder Befragte, dass die Gesundheitszustände der älteren Menschen in Puchheim, auch in

Verbindung mit dem Alter der Betroffenen, stark voneinander abweichen und folglich auch die Angebote zur Gesundheitsförderung dieser Heterogenität gerecht werden müssen, um Inklusion zu ermöglichen (vgl. FG3, Abs. 43).

Darüber hinaus wurde geäußert, dass auch bei der Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Angeboten die Verschiedenheit der Gruppe der Senior*innen in Puchheim auffällt. Diese Verschiedenheit äußere sich den Beobachtungen der Befragten zufolge insofern, dass es sowohl Senior*innen gibt, die Angebote gerne selbst gestalten möchten als auch solche, die eine klassische Teilnehmer*innenrolle bevorzugen, ohne selbst Gestaltungsaufgaben zu übernehmen. Eine differenzierte Betrachtung wurde auch im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Senior*innen angeführt: *„Ich muss überlegen, welche Zielgruppe ich ansprechen möchte. Fitte Senioren oder Leute, die vorwiegend konsumieren wollen.“* (FG2, Abs. 42). Eine der Befragten stellt grundsätzlich fest, dass es wichtig sei im Alter eine (gesellschaftliche) Aufgabe zu haben, da die Zeitspanne als Senior*in immer länger würde (vgl. FG2, Abs. 38).

Darüber hinaus wurde aus der Gruppe der Befragten heraus auch geäußert, dass kulturelle Unterschiede im Gesundheitsverständnis im Alter bestünden. Diese würden sich dahingehend äußern, dass Senior*innen mit Migrationshintergrund einen geringeren Wert auf gesunde Ernährung lägen, da sie davon ausgingen, dass gesundheitliche Beschwerden ab einer gewissen Altersstufe unabhängig vom Lebensstil eintreten würden (vgl. EI3, Abs. 10). Ferner wäre es kulturell bedingt, dass die Menge des servierten Essens und nicht die gesundheitliche Qualität eine Rolle spielen würden. Des Weiteren würde auch dem familiären Zusammenhalt eine größere Bedeutung beigemessen als bei deutschen Senior*innen. Dieser sei insofern ausgeprägt, dass eine Pflege durch die Familie üblich sei und die ausländischen Senior*innen tendenziell die Verantwortung für ihre Gesundheit eher in andere Hände legen würden. Insgesamt sei die Gruppe der Senior*innen mit Migrationshintergrund schwerer zu einer Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten zu bewegen (vgl. EI3). Das läge auch daran, dass es in der Stadt Puchheim keine Vertretung für Senior*innen mit Migrationshintergrund geben würde, die sich um die gesundheitlichen Belange älterer Migrant*innen kümmert. Dadurch sei die Kommunikation mit älteren Migrant*innen erheblich erschwert.

Abseits der kulturellen Unterschiede führen die Befragten hinsichtlich der Heterogenität auch ökonomische Aspekte an. Die finanzielle Ausstattung von möglichen Kursteilnehmenden sollte nicht für die Teilnahme ausschlaggebend sein, äußert sich die befragte Person einer Fokusgruppe (vgl. FG2, Abs. 44). Es sei deshalb wichtig, dass mögliche Kursgebühren dem Inklusionsgedanken entsprechend festgelegt würden (vgl. FG2, Abs. 44). Die befragte Person sieht auch einen Zusammenhang zwischen dem ökonomischen Kapital und der Erreichbarkeit der Senior*innen in Puchheim (vgl. FG2, Abs. 55). So seien gebildete Senior*innen, was in diesem Kontext mit dem Verfügen über finanzielle Ressourcen gleichgesetzt wird, einfacher zu erreichen, als solche mit geringen Ressourcen (vgl. FG2, Abs. 55). Ferner wurde von den Befragten thematisiert, dass in der Gruppe der Senior*innen in Puchheim Unterschiede hinsichtlich des sozialen Kapitals bestünden. Dies äußere sich besonders dann, wenn Partner*innen versterben würden oder die Mobilität der Senior*innen eingeschränkt sei. Zudem bestünden in der Gruppe der Senior*innen Unterschiede im Hinblick auf die Eigenständigkeit, die Engagementbereitschaft und das Lebensalter.

4.2.2 Gesundheitsbezogene Ressourcen

Forschungsfrage: (2) Welche Ressourcen bestehen in der Stadt Puchheim für Senior*innen in Bezug auf die Gesundheit?

Bei der Oberkategorie der gesundheitsbezogenen Ressourcen fällt auf, dass die befragten Personen besonders häufig die Kultur- und Freizeitangebote benannt haben, die für die Gruppe der Senior*innen in Puchheim bestehen. Die Bedeutsamkeit solcher Angebote wurde durch die Befragten u.a. damit begründet, dass soziale Teilhabe direkt mit einem gesunden Leben in Verbindung zu bringen sei und die Senior*innen durch diese Angebote in die Gemeinschaft integriert würden (vgl. EI2, Abs. 6). Dabei wurden u.a. die sogenannten Altenclubs genannt, die durch die Kommune mittels einer Bereitstellung von Räumen gefördert würden (vgl. EI2, Abs. 12). Des Weiteren wurde durch die Befragten wiederholt das Mehrgenerationenhaus Zentrum aller Puchheimer (ZaP) erwähnt, das den Rahmen für verschiedene gesundheitsfördernde Angebote bei Senior*innen in Puchheim bereitstelle. Hierunter befänden sich u.a. ein Repair-Café und Computerkurse (vgl. EI2, Abs. 6). Darüber hinaus sind in der Kategorie der Kultur- und Freizeitangebote auch solche Angebote in Puchheim vorhanden, die auf einem Enga-

gement der Senior*innen aufbauen. Hierunter fallen von den Befragten genannte Angebote wie beispielsweise Lese- und Lernpatenschaften (vgl. LAPD, Abs. 3). Abseits dessen wurde auch die Vielfältigkeit des Angebots an lokalen Vereinen in Puchheim (vgl. EI1, Abs. 33) als Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe genannt. Ferner wurde auch die Volkshochschule (VHS) als Träger vieler verschiedener Angebote erwähnt, die besonders für Senior*innen relevant seien (vgl. EI2, Abs. 20).

Die Gruppe der Befragten hat am zweithäufigsten bestehende Angebote erwähnt, die unter die Kategorie der Versorgungs- und Pflegeangebote fallen. Hierbei wurden oftmals Angebote aus dem Bereich „Wohnen“ thematisiert, z.B. die verfügbaren Pflegeplätze (vgl. LAPD Abs. 7; vgl. EI2, Abs. 8) sowie seniorengerechtes Wohnen (vgl. EI2, Abs. 12). Des Weiteren wurden auch dienstleistungsnahe Angebote genannt wie etwa ein von Ehrenamtlichen bereitgestellter Fahr- und Begleitsdienst (vgl. FG3, Abs. 16) sowie ein „Essen-auf-Rädern“-Angebot (vgl. LAPD, Abs. 10). Eine befragte Person beschreibt, dass hierdurch *„eine vielseitige Ernährung gewährleistet [werden kann], die zur Gesundheitsförderung beiträgt“* (EI1, Abs. 12). Ebenfalls gäbe es Besuchsdienste zu verschiedenen Anlässen, bspw. zu Geburtstagen oder bei Krankenhausaufenthalten (vgl. LAPD, Abs. 8). Ferner bestünden in Puchheim auch Angebote, welche die Angehörigen durch eine stundenweise Betreuung der zu pflegenden Personen unterstützen sollen (vgl. EI1, Abs. 27). Des Weiteren gäbe es Selbsthilfegruppen zu verschiedenen Krankheitsbildern (vgl. EI1, Abs. 52) und es würden Gottesdienste für Angehörige mit Todesfällen veranstaltet (vgl. LAPD, Abs. 9).

Am dritthäufigsten wurden in den Befragungen gesundheitsfördernde Angebote genannt, die die Kategorie „Bewegungs- und Sportangebote“ betreffen. Als Anbieter von gesundheitsfördernden Angeboten in diesem Bereich werden die lokalen Sportvereine, die Volkshochschule, das Puchheimer Podium sowie kommerzielle Organisationen benannt. Ferner gäbe es spezielle, mit Geräten ausgestatteten *„Spiel- und Fitnessplätze für Senioren“* (EI2, Abs. 12). Entsprechende Angebote im Bereich Sport und Bewegung würden von der Gruppe der Senior*innen in Puchheim angenommen werden (vgl. EI1, Abs. 20). Darüber hinaus würde in Puchheim auch Rehabilitationssport angeboten (vgl. LAPD, Abs. 13–14).

In Bezug auf die Informations- und Beratungsangebote in Puchheim wurde in den Interviews u.a. eine neu eingeführte Senior*innensprechstunde thematisiert, die den Zweck hat „*einen Dreh- und Angelpunkt für Senioren zu schaffen, die Unterstützungsbedarf [haben]*“ (EI2, Abs. 8). Dieses Angebot böte Beratung zu Themen wie Pflege und barrierefreiem Wohnen an (vgl. EI2, Abs. 8). Ferner existiere auch eine Sprechstunde im Mehrgenerationenhaus ZaP, die unterschiedliche soziale Themen in den Mittelpunkt stelle (vgl. LAPD, Abs. 16). Darüber hinaus haben die Befragten Vorträge des Seniorenbeirats zu gesundheitsfördernden Themen (vgl. E1, Abs. 15) diskutiert. Des Weiteren würde in Kooperation mit dem Behindertenbeirat das Informationsblatt „*Mobilität in Puchheim*“ herausgegeben, das über Zugänglichkeit und Behindertengerechtigkeit in Puchheim informiert (vgl. EI1, Abs. 44).

4.2.3 Gesundheitsbezogene Belastungen

Forschungsfrage: (3) Welche Belastungen bestehen in der Stadt Puchheim für Senior*innen in Bezug auf die Gesundheit?

Die dritte deduktiv gebildete Kategorie erfasst im Rahmen der Interviews genannte Belastungen in Bezug auf die Gesundheit bei Senior*innen. Am häufigsten wurden hierbei Belastungen thematisiert, die im Zusammenhang mit sozialer Isolation entstehen. Viele Befragte erachten soziale Isolation bspw. als nicht gesundheitsförderlich (vgl. EI1, Abs. 11; vgl. FG2, Abs. 17) oder als gesundheitsschädlich (vgl. FG1, Abs. 30; vgl. FG2, Abs. 9). Laut einer Person lässt sich soziale Isolation besonders daran erkennen, dass die Betroffenen weniger auf ihr äußeres Erscheinungsbild achten und sich allgemein weniger um sich sorgen (vgl. EI1, Abs. 11). Des Weiteren wurde soziale Isolation von den Befragten mehrheitlich damit in Verbindung gebracht, dass der/die Partner*in verstorben sei und/oder die Senior*innen sich nicht mehr mit Personen außerhalb ihres Wohnsitzes treffen würden. Der Tod des Partners wurde auch als Grund dafür gesehen, dass die Struktur im Alltag fehle, die wichtig für die Gesundheit der Betroffenen sei (vgl. FG2, Abs. 21). Auch spiele es eine Rolle, dass „*die Kinder nicht vor Ort [seien]*“ (EI1, Abs. 11) und im Allgemeinen, dass entweder gar keine Familienangehörigen mehr vorhanden seien oder diese nicht für eine entsprechende Unterstützung zur Verfügung stünden (vgl. FG3, Abs. 12). Ferner würde ein Mangel an persönlicher Vernetzung in der Gemeinschaft als auch eine Abwesenheit von „*konkrete[n] Interessen*“ der betroffenen Senior*innen (EI1, Abs. 34) die Entstehung von sozialer Isolation begünstigen. Eine

befragte Person sieht es im Kontext der sozialen Isolation von Senior*innen als ein ausschlaggebendes Problem an, „*dass die Stadt Puchheim kein gewachsener Ort [sei]*“ (EI1, Abs. 35) und zudem ein hoher Zu- und Abgang von Einwohnern bestehe, was eine entsprechende „*Strukturentwicklung vor Ort*“ (EI1, Abs. 35) erschweren würde. Wiederholt wurde auch gemeinsames Kochen und Essen thematisiert, das sozialer Isolation vorbeugen würde, wofür es allerdings keine entsprechenden Angebote gäbe (vgl. EI1, Abs. 14; FG1, Abs. 21). Die Notwendigkeit von Angeboten, die speziell auf die soziale Isolation von Senior*innen zielen, wurde auch durch weitere Befragte zur Sprache gebracht (vgl. FG3, Abs. 46). Solche Angebote sollten laut der Befragten möglichst niederschwellig sein (vgl. FG2, Abs. 9) und auch die besonderen Bedürfnisse von Senior*innen mit Migrationsgeschichte berücksichtigen, die sich neben der Sprachbarriere oftmals auch nicht trauen würden, an solchen Angeboten teilzunehmen (vgl. EI3, Abs. 16). Des Weiteren wurde bemerkt, dass es in der Kommune „*keine Begegnungsstätte für Senioren [gäbe], die nicht eingebunden sind und niemanden kennen*“ (FG2, 25). In diesem Zusammenhang wurde betont, dass die bereits bestehenden Angebote im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe (hier als Beispiel genannt: Sportangebot) teils eine große Rolle im Leben der Betroffenen spielen würden, da dies der einzige Termin in der Woche sei an dem ein sozialer Austausch stattfindet (vgl. FG1, Abs. 14). Es wurde jedoch auch bemerkt, dass es Senior*innen gäbe, die kein Interesse an einer Beteiligung hätten (vgl. EI1, Abs. 5) oder die über ausreichend Kontaktmöglichkeiten verfügen würden (vgl. EI1, Abs. 34).

In der Kategorie der gesundheitsbezogenen Belastungen wurden am zweithäufigsten solche Belastungen thematisiert, die unter der Kategorie eines Informations- und Beratungsdefizits in Puchheim zusammengefasst werden können. Dabei wurde angemerkt, dass grundsätzlich entsprechende gesundheitsfördernde Angebote bestünden, diese jedoch nur eingeschränkt genutzt werden könnten, da sie nicht hinreichend bekannt seien. Des Weiteren äußerte eine befragte Person, dass die „*Akzeptanz von Pflegeberatung und Pflegestellen [...] bei Nicht-Migranten deutlich höher [sei] als bei Migranten*“ (EI2, Abs. 60). Dies sei darauf zurückzuführen, dass bei Personen in Familien mit Migrationsgeschichte Herausforderungen im Bereich der Gesundheit und Pflege tendenziell stärker innerhalb der Familie gelöst würden (vgl. EI2, Abs. 60). Zudem bestünde laut den Befragten auch auf Seiten der Gesundheitsinfrastruktur in Puchheim ein Informationsdefizit über die Zielgruppe der älteren Menschen. Hierbei

wurde thematisiert, dass sowohl keine gesicherten Daten zum Gesundheitszustand der Zielgruppe vorhanden wären (vgl. EI1, Abs. 6) als auch die Planung entsprechender Angebote dadurch erschwert würde, dass wenige bis keine Informationen über die gesundheitsbezogenen Bedarfe der Zielgruppe bestünden (vgl. EI1, Abs. 43 u. 48).

Darüber hinaus sehen Befragte eine Belastung für die Gesundheit in der Mobilitätseinschränkung bei Senior*innen. Diese wurde mit verschiedenen Folgen in Verbindung gebracht. So beschrieb bspw. eine befragte Person, dass es eine Herausforderung sei, dass manche Senior*innen aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität durch Dritte zu entsprechenden gesundheitsfördernden Angeboten gebracht werden müssten (vgl. FG2, Abs. 24). Ferner würde die eingeschränkte Mobilität auch dazu führen, dass Senior*innen teilweise an Angeboten nicht teilnehmen können (vgl. FG1, Abs. 21). Somit wäre der Veranstaltungsort eines Angebots zum Teil ausschlaggebend für eine Teilnahme (vgl. FG1, Abs. 15; vgl. EI1, Abs. 17). Dahingehend wurde angemerkt, dass Senior*innen, die über schlechte Mobilitätsvoraussetzungen verfügen und sich selten über die nähere Wohnumgebung hinausbewegen würden, schwer erreichbar seien (vgl. EI1, Abs. 5). Darüber hinaus wurde angeführt, dass eine Einschränkung der Mobilität Auswirkungen auf die Ernährungsweise der Betroffenen hätte. So sei bspw. das eigenständige Einkaufen schwierig (vgl. FG1, Abs. 21). Ferner sei es für Senior*innen teils mit Schwierigkeiten verbunden, einkaufen zu gehen, da *„die Nahversorgung [...] an manchen Stellen im Ort schwierig [sei]“* (EI1, Abs. 8). Dies wurde damit begründet, dass sich die Geschäfte an zwei Orte in Puchheim sammeln würden, die nur unvorteilhaft zu erreichen wären (vgl. EI1, Abs. 8). Bezüglich der städteplanerischen Struktur in der Stadt Puchheim wurde auch angeführt, dass eine Trennung durch die S-Bahn in einen Nord- und Südteil die Mobilität der Senior*innen maßgeblich beeinträchtigen würde (vgl. FG3, Abs. 4). Darüber hinaus vertrat eine befragte Person die Auffassung, dass sich neugeschaffene gesundheitsfördernde Angebote an Senior*innen richten sollten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt seien (vgl. FG3, Abs. 41). Dies wurde damit begründet, dass es in Puchheim bereits ausreichend Angebote für nicht eingeschränkte Senior*innen geben würde (vgl. FG3, Abs. 41).

Des Weiteren wurden in den Interviews Aussagen getroffen, die der Unterkategorie der Altersarmut als Belastung zugehörig sind. Die Altersarmut zeige sich in Puchheim u.a.

dadurch, dass Senior*innen vermehrt Anträge auf Sozialwohnungen und sonstige Leistungen der Stadt stellen würden (vgl. EI2, Abs. 10). Ferner sei Altersarmut gewissermaßen auch daran erkennbar, dass eine hohe Nachfrage nach günstigen Mittagsangeboten für Senior*innen existiere (vgl. EI2, Abs. 14) und die Puchheimer Tafel *„tendenziell eher von älteren Menschen genutzt wird“* (EI2, Abs. 14). Ferner würden die finanziellen Ressourcen von Senior*innen auch darüber entscheiden, ob diese an gesundheitsfördernden Angeboten teilnehmen können oder nicht (vgl. EI1, Abs. 17). Ein Mangel an finanziellen Ressourcen spiegele sich auch insofern wider, als dass Senior*innen notwendige Transportkosten nicht tragen könnten, um an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen (vgl. FG3, Abs. 12). Ein geringes Haushaltsbudget würde außerdem dazu führen, dass sich betroffene Senior*innen weniger um ihre Ernährung kümmern könnten (vgl. EI3, Abs. 20). Des Weiteren wurde dafür plädiert, durch entsprechende Angebote und Maßnahmen (z.B. ein Anreizsystem) die Teilnahme von Senior*innen mit geringen finanziellen Ressourcen an gesundheitsfördernden Angeboten zu unterstützen (vgl. FG2, 60).

Des Weiteren wurde eine fehlende zentrale Anlaufstelle bemerkt. Wiederholt plädierten Befragte für die Etablierung einer solchen zentralen Anlaufstelle für gesundheitsfördernde Angebote in Puchheim (vgl. EI1, Abs. 48; vgl. FG3, Abs. 31; vgl. FG2, Abs. 65 u. 71; LAPD, Abs. 20). Der Vorteil einer solchen Stelle wurde darin gesehen, dass die Senior*innen leichter an Informationen zu gesundheitsfördernden Angeboten gelangen könnten (vgl. FG3; Abs. 31). Zur Gestaltung einer solchen zentralen Anlaufstelle wurde eine sogenannte Insellösung vorgeschlagen, wie sie in benachbarten Kommunen teilweise zu finden sei (vgl. FG2, Abs. 65). Eine solche Anlaufstelle müsse sowohl für die Gruppe der Senior*innen offenstehen als auch für die Anbieter entsprechender gesundheitsfördernder Angebote, die informieren möchten (vgl. FG2, Abs. 65). Ferner wurden Veranstaltungen zur Informationsverbreitung vorgeschlagen oder auch Ärzte als Anlaufstelle benannt, um an Informationen zu gesundheitsfördernden Angeboten zu gelangen (FG3, Abs. 31).

Nachfolgend werden drei Unterkategorien („Ungesunde Ernährung“, „Erkrankungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen“ sowie „Versorgungs- und Pflegesituation“) zusammengefasst dargestellt, da diese jeweils nur eine geringe Anzahl an Kodierun-

gen aufweisen und alle Kategorien Belastungen in Bezug auf die Gesundheit thematisieren. Bezüglich einer ungesunden Ernährungsweise wurde angemerkt, dass die qualitative Verpflegungssituation in entsprechenden Institutionen der Pflege nicht ideal sei (vgl. FG1, Abs. 21). Zudem sei eine fett- und zuckerhaltige Ernährungsweise teilweise auch kulturell bedingt (vgl. EI3, Abs. 10). Des Weiteren wurde berichtet, dass „vielfach“ Medikamenten- und Alkoholabhängigkeiten bestünden, die institutionelle Unterstützung erfordern würde (vgl. EI1, Abs. 48). Auch seien mentale Leiden in der Gruppe der Senior*innen in Puchheim vorhanden (vgl. EI1, Abs. 26). Abseits dessen entstehen den Aussagen der Befragten nach auch Belastungen durch die Versorgungs- und Pflegesituation. So würde es sich beispielsweise anbieten, einen „Sitterdienst“ (FG2, Abs. 48) für pflegebedürftige Angehörige der Senior*innen zu etablieren, um den Senior*innen die Teilnahme an entsprechenden Angeboten oder sogar ein eigenes Engagement zu ermöglichen (vgl. FG2, Abs. 48). Ein solcher Dienst bestehe bereits in Germering, bei dem die zu betreuenden Angehörigen abgeholt werden könnten (vgl. FG2, Abs. 48). Darüber hinaus wurde geäußert, dass hinsichtlich der Pflege auch die Situation bestehe, dass die Betroffenen einerseits möglichst lange daheim wohnen bleiben möchten und andererseits die verfügbaren Pflegeplätze begrenzt seien (vgl. EI2, Abs. 10).

4.2.4 Förderliche Faktoren

Forschungsfrage: (4) Welche förderlichen Faktoren bestehen bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen in der Stadt Puchheim?

Besonders häufig wurden Aussagen getätigt, die in der Unterkategorie der Niederschwelligkeit zusammengefasst werden können. Es wurden wiederholt Themen angesprochen, die in Verbindung mit der Erreichbarkeit von Angeboten stehen. So äußerten bspw. viele Befragte, dass Dezentralität und in der Folge geringe Wegzeiten förderlich für die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten wären (vgl. EI2 Abs. 16; vgl. EI1 Abs. 14; vgl. FG3 Abs. 12 u. 19; vgl. FG2 Abs. 56). Ein förderlicher Faktor seien barrierefreie Veranstaltungsorte (vgl. FG1, Abs. 26). Des Weiteren sei es zum Erreichen des Zielortes sinnvoll, dass Senior*innen hierbei ggfs. Unterstützung erhielten. So wurde bspw. eine Begleitung der Senior*innen als bedeutsam genannt (vgl. FG3, Abs. 12), die durch eine weitere befragte Person um die Idee eines „bezahlbare[n] Transport[s]“ (FG3, Abs. 12) ergänzt wurde. „Die Aussicht auf soziale Kontakte setz[e]

bei vielen Senioren Kräfte frei“ (FG3, Abs. 15), was mit einer entsprechenden Mobilisierung einhergehen würde (vgl. FG3, Abs. 15). Als positives Beispiel für eine gut erreichbare Lage des Veranstaltungsortes wurde das Quartiersbüro in der Planie genannt, das für Angebote gerne genutzt würde (vgl. EI3, Abs. 16). Auch wurde Niederschwelligkeit in Bezug auf die Zielgruppe angesprochen. So wurde bspw. dafür plädiert, dass sowohl die Anmeldung als auch die Teilnahme ohne größere bürokratische Hürden organisiert sein müsste (vgl. FG3, Abs. 37; FG2, Abs. 45) und es den Senior*innen allgemein einfach gemacht werden sollte, gesundheitsfördernde Angebote wahrzunehmen (vgl. EI1, Abs. 30). Ferner wurde empfohlen, dass die gesundheitsfördernden Angebote und *„Maßnahmen [...] im Alltag schnell und praktisch umsetzbar sein [müssten]“* (FG3, Abs. 48). Des Weiteren seien Veranstaltungen wie gemeinsames Kochen förderlich, um Senior*innen mit Migrationshintergrund erreichen zu können (vgl. EI3, Abs. 14).

Im Bereich der Niederschwelligkeit wurde im Laufe der Analyse die Kategorie „Kostengünstig“ gebildet, denn die befragten Personen haben wiederholt ausgesagt, dass die Kosten eine wichtige Rolle für die Gruppe der Senior*innen in Puchheim spielen würde (vgl. EI1 Abs. 17; vgl. FG1 Abs. 17 u. 20 u. 34; vgl. FG2 Abs. 37 u. 45 u. 62 u. 65; vgl. FG3 Abs. 33 u. 55). Die Befragten sahen die Kosten als wichtigen Faktor für die Attraktivität eines gesundheitsförderlichen Angebots. Die Aussagen der Befragten lassen sich in Forderungen nach kostenfreien, vergünstigten/subventionierten oder kostengünstigen Angeboten einteilen. Hierbei seien auch Angebote zum Selbstkostenpreis eine gute Möglichkeit die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten anzuregen (vgl. EI1, Abs. 17). Des Weiteren wurde vorgeschlagen, dass zum Kennenlernen der Angebote, diese zunächst kostenlos angeboten werden könnten, z.B. an einem Wochenende (vgl. FG1, 34). Auch sei es förderlich, wenn sich Senior*innen nicht langfristig auf Angebote festlegen müssten (vgl. FG2, Abs. 45). Ferner würde es sich positiv auswirken, wenn sich potentielle Teilnehmer*innen Informationsmaterial mit nach Hause nehmen können und dann in Ruhe entscheiden könnten, ob dieses Angebot für sie infrage kommt (vgl. FG2, Abs. 37). Insgesamt sei eine gewisse Unverbindlichkeit zur Teilnahme an Angeboten sehr geschätzt (vgl. FG2, Abs. 37 u. 45), die es bspw. auch zulassen würde, auf bestimmte Zeit lang am Angebot nicht teilzunehmen (vgl. FG2, Abs. 47). Solche unverbindlichen gesundheitsfördernden Angebote würden für die Gruppe der Senior*innen in Puchheim aktuell fehlen (vgl. FG2, Abs. 27). Auch sei

es schwierig, Senior*innen mit Migrationshintergrund über einen längeren Zeitraum an Angebote zu binden (vgl. EI3, Abs. 12). Zur Verbesserung des Zugangs zu gesundheitsfördernden Angeboten, sei es auch sinnvoll, entsprechende (Informations-)Angebote in mehreren Sprachen zur Verfügung zu stellen (vgl. EI2, Abs. 22), da die Sprachkenntnisse die Entscheidung zur Teilnahme beeinflussen würden. Aus diesem Grund sei auch der Einsatz von Personen förderlich, die beim Überwinden der Sprachbarrieren helfen könnten (vgl. EI3, Abs. 16).

Die Befragten haben auch förderliche Faktoren genannt, die unter der Kategorie „Sinnvolle Vernetzung“ gesammelt werden können. Hierbei wurde vorgeschlagen, dass an typischen Treffpunkten von Senior*innen in Puchheim für gesundheitsfördernde Angebote geworben werden könnte (vgl. FG2, Abs. 67). Des Weiteren sei es förderlich, wenn Akteure aus dem Feld der Gesundheitsförderung in Puchheim, miteinander vernetzt würden, da die aktuelle Situation der Informationsverteilung im Kreise der Anbieter ausbaufähig sei (vgl. FG2, Abs. 70). Weitere befragte Personen ergänzten diesen Vorschlag um folgenden Aspekt: Die Vernetzung der Akteure auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung könnte die Stadtverwaltung übernehmen (vgl. FG2, Abs. 71). Darüber hinaus sei ein E-Mail-Verteiler förderlich, um alle Beteiligten zu erreichen, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung bei Senior*innen befassen (vgl. FG2, Abs. 72). Die Trägerschaft für dieses mögliche Vernetzungsprojekt wurde auch deshalb als Aufgabe der Stadtverwaltung angesehen, da diese über alle relevanten Informationen wie etwa Kontaktdaten verfügen würde (vgl. FG2, Abs. 73). Ferner wurde berichtet, dass bereits das „soziale Netzwerk des Seniorenbeirats“ (EI2, Abs. 24) teilweise relevante Akteure miteinander verbinden würde. Für die Gruppe der Senior*innen mit Migrationshintergrund in Puchheim wurde die Idee geäußert, Gesundheitsförderung betreffende Inhalte in Sprachkursen zu integrieren (vgl. EI3, Abs. 14). Hierbei sei eine Zusammenarbeit der Volkshochschule förderlich, durch die Senior*innen erreicht werden könnten (vgl. FG2, Abs. 59). Der Wunsch nach einer stärkeren Kooperation zwischen den Akteuren in der Gesundheitsförderung in Puchheim wurde auch durch weitere befragte Personen geäußert (vgl. EI1, Abs. 46; FG1, Abs. 27–28; FG2, Abs. 43; FG3, Abs. 54). Diese Kooperationen seien so zu gestalten, dass Angebote *„gesamtgesellschaftlich mit Institutionen vor Ort umgesetzt [...] werden“* (EI2, Abs. 18). Ferner sei es zur erfolgreichen Vernetzung förderlich, die Senior*innen möglichst früh einzubinden (vgl. FG3,

Abs. 26.), was dazu beitragen könne, dass ein Engagement auch in höheren Lebensjahren fortgesetzt würde (vgl. FG2, Abs. 20).

Einen wesentlichen Faktor stellen auch die „Multiplikatoren“ dar. Es wurde von den Befragten als zuträglich angesehen, wenn Senior*innen von engagierten Personen aktiv zur Teilnahme motiviert würden (vgl. u. a. FG1, Abs. 34). Besonders wirksam sei hierzu der *„persönliche Kontakt“* (EI1, Abs. 32), der Multiplikatoren mit den Senior*innen (vgl. FG1, Abs. 40; vgl. FG2, Abs. 59). Es sei förderlich, wenn *„der Nachbar oder ein Bekannter denjenigen an die Hand und mitnimmt“* (vgl. EI1, Abs. 31). Des Weiteren wurden Ärzte als mögliche, wirksame Multiplikatoren genannt (vgl. FG2, Abs. 63; vgl. FG3, Abs. 56). Darüber hinaus sei es förderlich, dass Personen die Angebote anbieten von diesen auch überzeugt seien (vgl. FG2, Abs. 52) und eine gewisse Ausdauer an den Tag legen würden (vgl. FG2, Abs. 14). Um die Gruppe der Senior*innen mit Migrationshintergrund in Puchheim bestmöglich zu erreichen, sei es besonders wichtig, dass für diese Gruppe als vertrauenswürdig geltende Personen in den Prozess der Teilnehmerakquise eingebunden würden (vgl. EI3, Abs. 18). Auch sei es sinnvoll, wenn Angebote miteinander verbunden würden, z.B. *„gemeinsame Kochaktionen“* (EI3, Abs. 12). Des Weiteren *„geh[e] [es bei dieser Gruppe] nicht um das Thema an sich, sondern wer hat [...] etwas empfohlen“* (EI3, Abs. 12). Ferner wurde auch das Stadtteilzentrum als möglicher Multiplikator für diese Gruppe bezeichnet (vgl. EI2, Abs. 22).

Zudem sei eine adäquate Informationsbereitstellung förderlich. Dabei sei es wichtig, dass die Gruppe der Senior*innen in Puchheim überhaupt erst über gesundheitsfördernde Angebote informiert würde (vgl. FG3, Abs. 17 u. 48; vgl. FG2, Abs. 38) und die Möglichkeit bekäme *„Neues auszuprobieren“* (vgl. FG2, Abs. 38). Empfehlenswert sei besonders mit klassischen Werbemitteln zu werben (vgl. Abs. FG2, Abs. 40). In Bezug auf eine förderliche Öffentlichkeitsarbeit haben die befragten Personen die folgenden Ansätze geäußert:

- *„Zeitplan mit Wochen und Angeboten“* (FG1, Abs. 41).
- Vermehrte Werbung an typischen Treffpunkten von Senior*innen (vgl. FG2, Abs. 67)
- (Fortlaufendes) Versenden und Ausgeben von Informationsmaterial (vgl. FG1, Abs. 15 u. 40; vgl. FG2, Abs. 68)

- „*Informationstage*“ (FG1, Abs. 22 u. 40) und Veranstaltungen im Allgemeinen (vgl. FG1, Abs. 22); wobei Events in Bezug auf die Gruppe der Senior*innen mit Migrationsgeschichte in Puchheim nicht wirksam seien (vgl. EI3, Abs. 12)
- Übersicht der Gesamtheit der in Puchheim verfügbaren Angebote (vgl. FG1, Abs. 15 u. 27; vgl. FG2, Abs. 21)

Auch sei es förderlich, Angebote attraktiv zu gestalten (vgl. FG3, Abs. 22). So müssten bspw. „*[i]nteressante Themen für Senioren [...] mit gesundheitsfördernden Maßnahmen kombiniert werden*“ (EI3, Abs. 14). Informationen zu gesunder Ernährung müssten ansprechender aufbereitet werden (vgl. EI1, Abs. 57) und die Betroffenen bereits früher erreicht werden, um einen lebenslangen Prozess in Richtung „*gesundes Leben*“ zu ermöglichen (vgl. FG1, Abs. 36). Darüber hinaus sei es im Rahmen der Informationsbereitstellung auch förderlich, eine/n zentralen Ansprechpartner*in für Senior*innen bereitzustellen, die/der Empfehlungen für Angebote aussprechen und auch Feedback entgegennehmen könnte (vgl. FG2, Abs. 36).

Zudem sei es wichtig, dass sich die gesundheitsfördernden Angebote an den tatsächlichen Bedarfen orientieren (vgl. EI2, Abs. 18; vgl. FG2, Abs. 51). Hierbei sei u.a. zu berücksichtigen, ob Angebote in der jeweiligen oder einer ähnlichen Form bereits existieren (vgl. FG, Abs. 43). Ferner sei bei der Planung die Mobilität der teilnehmenden Personen zu berücksichtigen (vgl. FG3, Abs. 44). Zur Planung seien sogenannte Bottom-Up-Prozesse notwendig, wie es bereits im Projekt der Gesunden Kommune verfolgt werden würde (vgl. EI2, Abs. 22). Eine befragte Person äußerte zu diesem Thema, dass „*Angebote, die Senioren von sich aus ins Leben gerufen und umgesetzt [hätten], [...] besonders gefragt [seien]*“ (FG2, Abs. 50). Ferner wurde von den Befragten geäußert, dass auf die Individualität der einzelnen Personen eingegangen werden müsste (vgl. FG1, Abs. 27), also auch auf Unsicherheiten und Sorgen der Senior*innen (vgl. FG1, Abs. 25). Zur Bedarfsorientierung wurde angefügt, dass zunächst das Ergebnis der quantitativen Auswertung dieser Bedarfsanalyse abgewartet werden sollte, um Informationen über die Bedarfe der Gruppe der Senior*innen in Puchheim zu erlangen (vgl. FG1, Abs. 42).

Um eine langfristige Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten für die Gruppe der Senior*innen in Puchheim zu gewährleisten, sei es förderlich, ein Anreizsystem

einzuführen (vgl. FG2, Abs. 60–61 u. 65; vgl. EI3, Abs. 22). Hierzu wurde ein Punktesystem vorgeschlagen (vgl. FG2, Abs. 60–61) sowie eine entsprechende Belohnung in Form von Vergünstigungen oder Coupons (vgl. FG2, Abs. 60–61; vgl. EI3, Abs. 22). Dieses Anreizsystem könnte auch für die Akquise von neuen Teilnehmer*innen durch die Senior*innen genutzt werden (vgl. FG2, Abs. 61).

4.2.5 Hinderliche Faktoren

Forschungsfrage: (5): Welche hinderlichen Faktoren bestehen bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen in der Stadt Puchheim?

Im Rahmen der Auswertung der qualitativen Befragungen wurden auch solche Aussagen berücksichtigt und kategorisiert, die zur Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Angeboten hinderliche Faktoren beschreiben. Dabei sehen die Befragten Hochschwelligkeit als hinderlichen Faktor an. Sie nannten z.B. besonders häufig persönliche Unsicherheiten bzw. Ängste der Senior*innen als eine Hürde für die Inanspruchnahme von Angeboten. In diesem Zusammenhang wurde von den Befragten die Sorge von Senior*innen angeführt, dass ihnen ein Ansehensverlust widerfahren könnte, wenn sie im Rahmen des Angebots etwas falsch machen (vgl. FG2, Abs. 15) bzw. überhaupt an Veranstaltung teilnehmen würden (vgl. EI3, Abs. 20). Ferner wurden auch fehlende Sprachkenntnisse oder eine fehlende soziale Vernetzung als Gründe dafür genannt, dass Senior*innen sich nicht trauen an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen (vgl. EI3, Abs. 16). Darüber hinaus führte eine interviewte Person an, dass Teilnehmende an gesundheitsfördernden Angeboten aufgrund ihres Übergewichts teilweise nicht ernst genommen werden würden (vgl. FG1, Abs. 27). Als weiteren Grund für Unsicherheit und eine daraus resultierende Nicht-Teilnahme wurde angeführt, dass ein Versterben des Lebenspartners dazu führen könne, dass die Senior*innen statt in Begleitung nun alleine zu einer ihnen unbekannten Veranstaltung gehen müssten und sich dies in manchen Fällen nicht trauen würden (vgl. FG2, Abs. 16).

Ferner haben die Befragten in der Kategorie der Hochschwelligkeit am zweithäufigsten Aussagen getroffen, die hohe Kosten als einen hinderlichen Faktor für die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten in Puchheim darstellen. Hierbei wurde besonders darauf hingewiesen, dass Senior*innen zumeist über eingeschränkte finanzielle

Ressourcen verfügen würden (vgl. FG1, Abs. 16). In diesem Zusammenhang wurde angesprochen, dass die für den Transport zwischen Wohnort und Ort des Angebots anfallenden Kosten für viele Senior*innen nicht tragbar seien (vgl. FG3, Abs. 12). Des Weiteren wurden Sportangebote und eine gesunde Ernährungsweise als für Senior*innen zu kostenintensiv bezeichnet (vgl. FG1, Abs. 32).

Zudem haben die interviewten Personen am dritthäufigsten gesetzliche Einschränkungen sowie eine fehlende persönliche Begleitung der Senior*innen thematisiert. Dabei wurden insbesondere die geltenden Datenschutzbestimmungen angeführt. Diese wurden insofern als einschränkend beschrieben, als dass eine Kontaktaufnahme aufgrund rechtlicher Bestimmungen nicht möglich sei, selbst wenn Kenntnis über einen konkreten Bedarf bei einer Person bestünden (vgl. EI1, Abs. 5–6). Ferner sah eine befragte Person ein eingeschränktes Entwicklungspotential der kommunalen Angebote zur Gesundheitsförderung, da *„der Gesundheitsbereich von Senioren größtenteils von gesetzlichen Institutionen wie Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände usw. mit Maßnahmen abgedeckt [sei]“* (EI2, Abs. 8). Im Sinne einer fehlenden Begleitung wurde von den Befragten die Notwendigkeit der Unterstützung bei Behördengängen betont, hier speziell das Beantragen von Leistungen (vgl. FG3, Abs. 37) und die nicht ausreichend vorhandene Möglichkeit, falls gewünscht eine Begleitung für alleinstehenden Senior*innen zu bereitzustellen (vgl. FG2, Abs. 16).

Hinderlich für die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten sei auch die Ansetzung von Angeboten zu für Senior*innen unpassenden Uhrzeiten. Den Beobachtungen einer befragten Person zufolge sei es der Teilnahmebereitschaft nicht zuträglich, wenn diese in den Abend- oder Mittagsstunden stattfänden (vgl. FG2, Abs. 57). Besonders ältere Senior*innen würden bei Dunkelheit nicht gerne ausser Haus gehen, weshalb sich die Uhrzeiten daran orientieren sollten (vgl. FG2, Abs. 57). Eine weitere befragte Person betonte dahingehend die Notwendigkeit von Angeboten, die tagsüber stattfinden (vgl. FG1, Abs. 12). Allerdings gab sie in diesem Zusammenhang auch eine *„angespannte Hallensituation“* zu den für Senior*innen günstigen Uhrzeiten zu bedenken (FG1, Abs. 12), die eine Bereitstellung entsprechender Angebote erschweren würde.

Die interviewten Personen betonten ebenfalls die schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppe als hinderlichen Faktor (vgl. EI1, Abs. 5 u. 29; vgl. FG3, Abs. 46; FG2, Abs. 55;

u. a.). So sei *„die Gruppe der älteren Migranten, die in der aktuellen Diskussion um die Gesundheitsförderung bei Senioren nicht berücksichtigt werden“* (EI2, Abs. 20) beispielhaft für Senior*innen, die nicht aktiv an Angeboten teilnehmen und deren Bedarfe nicht bekannt seien (vgl. EI2, Abs. 20). Erschwerend komme hinzu, dass es in Puchheim keine Migrant*innenvertretung und/oder -vereine gebe, die direkt an städtische Strukturen angeschlossen seien (vgl. EI2, Abs. 22). Dies habe zur Folge, dass nur über entsprechend aufwendige Umwege an die Zielgruppe der Senior*innen mit Migrationshintergrund herangetreten werden könne (vgl. EI2, Abs. 22).

Auch die Gruppe der Personen mit einem geringen finanziellen Budget sei schwer erreichbar (vgl. FG2, Abs. 55). Deshalb sollten solche schwer erreichbaren Personengruppen gezielt angesprochen werden, auch wenn es herausfordernd sei an eine passende Kontaktperson zu gelangen (vgl. EI2, Abs. 20). Besonders die schwer erreichbaren und nicht aktiven Gruppen seien die, denen ein höherer Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten zugeschrieben werde (vgl. EI1, Abs. 51). Auch wurde geäußert, dass es generell herausfordernd sei, einen Zugang zu Gruppen in der Zielgruppe der Senior*innen in Puchheim zu finden (vgl. EI1, Abs. 30). Deshalb sei der Abbau von bürokratischen Hürden wichtig (vgl. FG3, Abs. 37): *„Wenn etwas angeboten wird, dann muss es schnell und unkompliziert gehen.“* (FG3, Abs. 37).

Zudem wurde eine schlechte Erreichbarkeit des Zielortes der Angebote beschrieben. Die Befragten stellen heraus, dass *„[s]elbst zentrale Orte für viele Senioren unter Umständen zu weit“* (FG2, Abs. 56) seien. Dabei spiele auch die Trennung Puchheims durch die S-Bahn eine Rolle, da Angebote in Puchheim oberhalb der S-Bahn für die im Teil unterhalb der S-Bahn lebenden Senior*innen und andersherum schwer erreichbar seien (vgl. FG3, Abs. 34–39). Puchheim-Ort sei *„ganz abgeschlagen“* (FG3, Abs. 40). Aktuell bestünden zudem keine wohnortnahen Angebote (vgl. FG3, Abs. 42). Neben der Barrierefreiheit des Zielortes, die auch Abstellflächen für Rollatoren und eine ausreichende Beleuchtung einschließen sollte, sei ebenfalls sicherzustellen, dass die Strecke zwischen Wohnort und Ort des Angebots den besonderen Anforderungen der Gruppe der Senior*innen gerecht würde (vgl. FG3, Abs. 44).

Zudem nannten die Befragten auch hinderliche Faktoren, die eine mangelnde Informationslage betreffen. Hierbei wurde erläutert, dass notwendige gesundheitsfördernde

Angebote bereits existieren würden, die Senior*innen aber nicht davon wüssten (vgl. EI1, Abs. 42; vgl. FG2, Abs. 40; vgl. FG3, Abs. 17 u. 26). Zudem wurde angemerkt, dass „*selbst Fachleute [nicht] wissen [...], was für Angebote und Möglichkeiten*“ (FG2, Abs. 31) bestünden und somit die Informationen auch nicht an die Senior*innen weitergeleitet werden könnten (vgl. FG3, Abs. 24). Wobei auch ein Überangebot an Informationen nicht förderlich sei (vgl. FG3, Abs. 35). Einige Befragte fügten auch an, dass zunächst „*herausgefunden werden [müsse], ob Gesundheitsangebote bekannt sind und warum sie nicht angenommen werden*“ (FG3, Abs. 21). Des Weiteren wurde auch eine lediglich teilweise Bekanntheit des ZaPs sowie der entsprechenden Angebote in Puchheim angesprochen (vgl. FG3, Abs. 20). Es spiele auch eine Rolle, dass nicht alle Senior*innen Internetzugang hätten und sich deshalb eine Verbreitung der Informationen nicht nur auf dieses Medium beschränken dürfte (vgl. FG2, Abs. 30). Es wurde auch von Unübersichtlichkeit gesprochen, die zu einer hinderlichen Informationslage führe (vgl. FG1, Abs. 15–19). Zudem wurde von einem mangelnden Gesundheitsverständnis berichtet, weshalb Gesundheitsförderung ganzheitlicher gedacht werden müsste (vgl. EI2, Abs. 28; vgl. FG1, Abs. 30 u. 36). Dies beträfe auch das Gesundheitsverständnis von Senior*innen mit Migrationshintergrund, da diese, auch mangels finanzieller Einschränkungen, weniger auf die Ernährung achten würden (vgl. EI3, Abs. 10–11). Auch würden in dieser Gruppe Krankheiten im Alter als normal angesehen und Vorsorgeuntersuchen aus Angst nicht besucht werden (vgl. EI3, Abs. 10–11). Dies wurde damit begründet, dass sich die Senior*innen nicht mit diesem Thema auseinandersetzen würden (vgl. FG3, Abs. 28) bzw. teilweise Desinteresse bestehe (vgl. FG1, Abs. 24; FG2, Abs. 12).

Darüber hinaus tätigen die Befragten immer wieder Aussagen, die unter der Kategorie einer hinderlichen Top-Down-Orientierung zusammengefasst werden können. So sei darauf zu achten, dass die Kommunikation zwischen dem Angebotsgeber und den Teilnehmer*innen auf gleicher Ebene und nicht von oben herab geschehe (vgl. FG1, Abs. 30). Weiterhin würden von Fachleuten initiierte Angebote häufig scheitern, während Angebote von Senior*innen für Senior*innen gut funktionieren würden (vgl. FG2, Abs. 50). Diese Fehlplanung wurde auch mit einem Mangel an Informationen über die Bedarfe der Zielgruppe begründet (vgl. EI1, Abs. 43).

4.2.6 Entwicklungsmöglichkeiten

Forschungsfrage: (6) Welche Entwicklungsmöglichkeiten bietet die Gesundheitsförderung von Senior*innen in Puchheim?

In der Kategorie der Entwicklungsmöglichkeiten werden Aussagen der Befragten eingeordnet, die Entwicklungsmöglichkeiten in der Gesundheitsförderung bei Senior*innen in Puchheim betreffen. So wurde bspw. genannt, dass in Puchheim kein Gesamtkonzept vorhanden sei (vgl. EI1, Abs. 6), was im Hinblick auf die Breite des Angebots erforderlich wäre (vgl. FG1, Abs. 39). Es wurde ferner geäußert, dass mittels eines *„Seniorenpolitischen Gesamtkonzept[s] [...] versucht [werde] herauszufinden, wo Schwachstellen in Puchheim [seien] und wo die Kommune ansetzen [könne], um die Situation der Senioren zu verbessern.“* (EI1, Abs. 5).

Darüber hinaus wurde die Entwicklung einer zentralen sowie neutralen Beratungsstelle als Entwicklungsmöglichkeit genannt (vgl. EI1, Abs. 47). Diese könnte Senior*innen an passende Angebote weitervermitteln (vgl. EI2, Abs. 26) und verschiedene Anbieter vernetzen (vgl. EI1, Abs. 46; vgl. FG3, Abs. 51). Es wurde eine zentrale Stelle wie das Rathaus als Anlaufstelle empfohlen. Es wurde betont, dass die sogenannte Germeringer Insel, die persönliche Beratung und Informationsmaterial anbietet, attraktiv sei (vgl. FG2, Abs. 40).

Ferner sei bei einem Gesamtkonzept die Mobilität zu berücksichtigen, denn die Senior*innen müssten auch zu den Angeboten gelangen können (vgl. EI2, Abs. 28). Hierzu wurde neben Radwegen und ÖPNV-Verbindung (vgl. EI2, Abs. 28) vorgeschlagen, dass ein bezahlbarer Transport etabliert (vgl. FG3, Abs. 13) werden sollte, bspw. in Form eines durch die Stadt ins Leben gerufenen, vergünstigten Taxis (vgl. FG3, Abs. 18). Ferner sollten die Veranstaltungsorte von gesundheitsfördernden Angeboten barrierefrei sein (vgl. FG3, Abs. 41). Auch müssten im Sinne einer verbesserten Mobilität die verschiedenen Ortsteile, die auch durch die S-Bahn getrennt sind, stärker vernetzt werden (vgl. FG3, Abs. 39).

Im Rahmen der Gesamtkonzeptentwicklung sollten nach den Interviewten auch Teilhabeaspekte diskutiert werden. So seien zur Angebotskoordination die Multiplikatoren

(vgl. EI2, Abs. 22), die Übungsleiter der jeweiligen Angebote (vgl. EI2, Abs. 22) und die Senior*innengremien (vgl. EI2, Abs. 28) einzubinden. Zudem sollten Möglichkeiten zu Engagement und sozialer Teilhabe vorhanden sein (vgl. FG2, Abs. 34 u. 38; vgl. EI2, Abs. 6). Es wurde außerdem angeregt, dass *„Kooperationen, die Kinder und Jugendliche mit Senioren zusammenbringen [...] gefördert werden [müssten]“* (FG3, Abs. 50). Auch würde *„in weiten Teilen der Bevölkerung [ein Heimatgefühl fehlen]“* (EI1, Abs. 37).

Weiterhin könnten auch Informationsveranstaltungen als von den Befragten genannte Entwicklungsmöglichkeit angeführt werden (vgl. u. a. FG1, Abs. 22). Diese würden neben dem niederschweligen Bekanntmachen entsprechender Angebote auch den Vorteil bieten, dass die Senior*innen hierdurch über die Existenz von *„Ansprechpartner[n] für Fragen und Probleme“* (EI1, Abs. 6) informiert werden könnten. Bezüglich der Häufigkeit solcher Informationsveranstaltungen wird eine Spanne zwischen *„fortlaufend“* (FG3, Abs. 43) und *„ein- bis zweimal im Jahr“* (FG3, Abs. 29) empfohlen. Ferner wurde vorgeschlagen, eine Busfahrt zu veranstalten, die an Stationen verschiedener Angebote in Puchheim Halt macht, damit die Senior*innen die Angebote niederschwellig kennenlernen können (vgl. FG2, Abs. 32; vgl. FG3, Abs. 58). Der bereits stattfindende Neubürgerempfang könne zudem auch als Informationsmöglichkeit dienen (vgl. FG2, Abs. 32). Informationsveranstaltungen seien insofern hilfreich, als dass die Veranstalter anhand der tatsächlichen Interessenten auf der Veranstaltung feststellen könnten, ob die Informationen zu den gesundheitsfördernden Angeboten tatsächlich bei der Zielgruppe ankommen würden (vgl. FG3, Abs. 36).

Abseits von Äußerungen zu einem Gesamtkonzept, wurden auch Vorschläge zu möglichen konkreten gesundheitsfördernden Angeboten gemacht. Diese sind nachfolgend dargestellt:

- *„Getränkeliieferservice, der schwere Flaschen hochträgt“* (FG3, Abs. 51)
- *„Kostenlose Busfahrten für die Puchheimer Senioren“* (FG3, Abs. 57)
- *„Schwimmbad, das für Senioren geöffnet werden muss, im Sinne einer Barrierefreiheit“* (EI2, Abs. 16)

- Nachfragebedingte Ausweitung des Angebots eines „*Begleitedienst[es] mit ehrenamtlichen Fahrern [...], die autorisiert durch Angehörige mit [...] Dienstfahrzeugen [Senior*innen] beispielsweise zu Fachärzten fahren*“ (FG3, Abs. 16)
- Begleitedienst im Sinne von Spaziergängen (vgl. FG3, Abs. 48–49) und Einkaufshilfe (vgl. FG3, Abs. 52)
- Begleitedienst zur Unterstützung bei sprachlichen Schwierigkeiten von Senior*innen mit Migrationshintergrund (vgl. EI3, Abs. 18)
- Von der Stadt ins Leben gerufenes günstiges Taxi, das mit dem Budget von Senior*innen vereinbar sei (vgl. FG3, Abs. 18)
- Zusammenkommen von Senior*innen, um gemeinsam zu kochen und zu essen (vgl. FG1, Abs. 22; vgl. EI3, Abs. 12)
- Mittagstische (FG3, Abs. 13) und Kochkurse, die das (schnelle) Kochen von gesunder Ernährung vermitteln (vgl. EI1, Abs. 58)
- Bau von senior*innengerechten Wohnungen (vgl. EI2, Abs. 16) und solchen Immobilien, die ein lebenslanges Wohnen oder Wohngemeinschaften von Senior*innen darin ermöglichen (vgl. EI2, Abs. 28)
- Konzepte, die helfen städtische Anonymität zu überwinden und gesellschaftliche Achtsamkeit begünstigen (vgl. EI1, Abs. 38)
- Stärkerer Fokus auf geistigen Austausch, z.B. durch das gemeinsame Ansehen eines Films, in Verbindung mit einer anschließenden Diskussion (vgl. FG3, Abs. 45)
- Kinderbetreuung und gemeinsames Singen von Senior*innen und Kindern, damit frühere Kinderlieder erhalten bleiben (vgl. FG2, Abs. 38–39)
- Ausbau von Grünanlagen (vgl. FG3, Abs. 55)

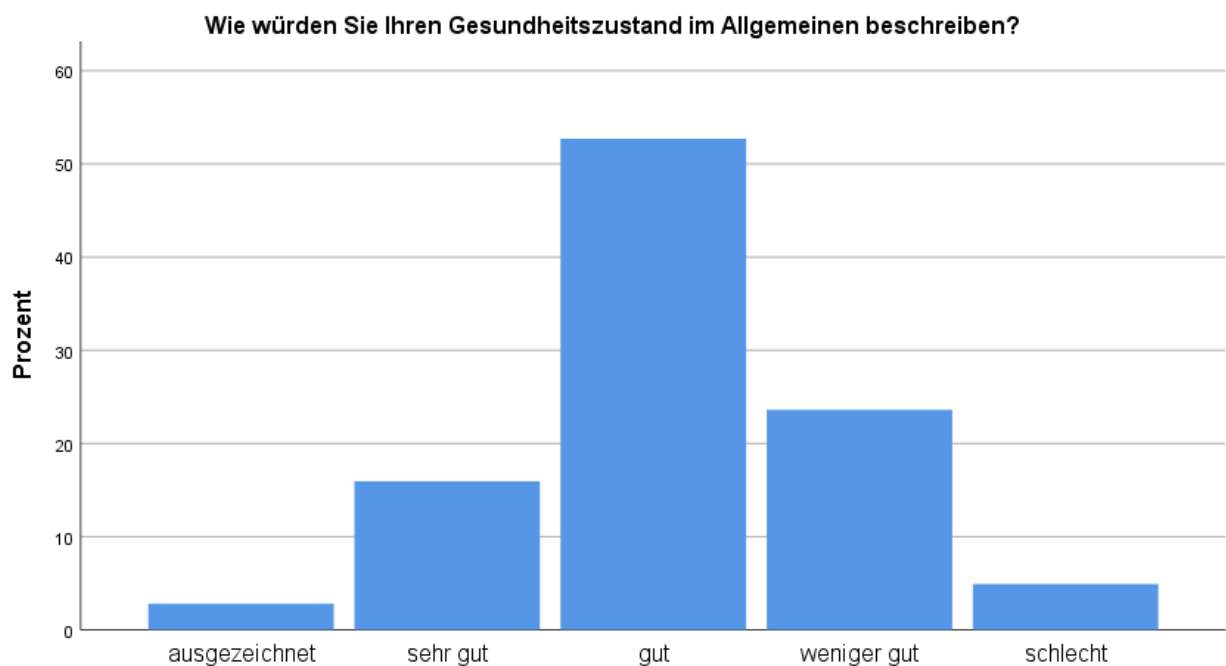
4.3 Quantitative Analyse

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der quantitativen Befragung aufgeteilt nach thematischen Blöcken vorgestellt.

4.3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zu Beginn des Fragebogens wurden die teilnehmenden Personen gebeten, eine allgemeine Einschätzung ihrer Gesundheit abzugeben (siehe Abbildung 21).

Abb. 21: Allgemeiner Gesundheitszustand



Quelle: GeKoPu 2019, N = 1687

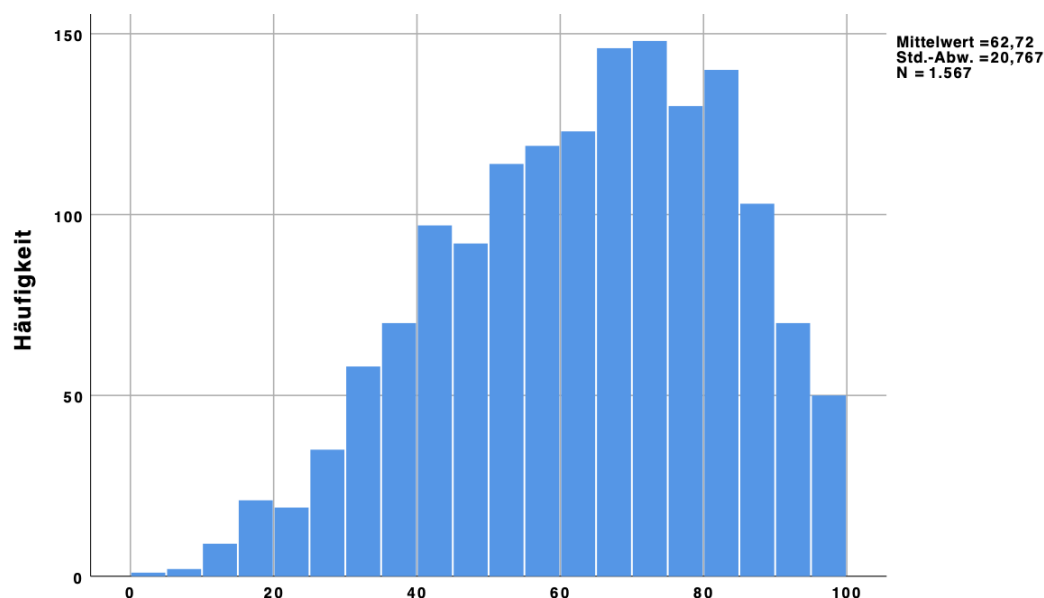
47 Befragte (2,8 %) gaben an, dass ihr Gesundheitszustand „ausgezeichnet“ sei, 266 Befragte (15,9 %) beantworteten die Frage mit „sehr gut“, 879 Befragte (52,7 %) kreuzten „gut“ an, 394 Befragte (23,6 %) antworteten mit „weniger gut“ und 82 Befragte (4,9 %) sagten aus, dass es ihnen „schlecht“ gehe. 19 Befragte beantworteten die Frage nicht und wurden in der Abbildung nicht dargestellt. Zwei Drittel aller Befragten sagten somit, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand mit „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ beschreiben würden.

Wie bereits erläutert, wurden neben diesem Maß noch 35 weitere Items verwendet, um innerhalb des SF-36V2 insgesamt acht daraus abgeleitete Gesundheits-Indikatoren zu

bestimmen: allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperliche Leistungsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, emotionale Rollenfunktion, soziale Funktionsfähigkeit, körperliche Schmerzen, Vitalität, sowie psychisches Wohlbefinden.

Für die allgemeine Gesundheitswahrnehmung in Puchheim 2019 ergibt sich das nachfolgende Histogramm, das die Häufigkeiten der hier erreichten Werte darstellt (Abbildung 22). Wie sich bereits aus dem arithmetischen Mittelwert ($\bar{x} = 62,72$) ablesen lässt, verorten sich die meisten Befragten eher im oberen Bereich der Skala von 0 bis 100. Sowohl der niedrigste als auch der höchstmögliche Score – und damit die geringstmögliche, beziehungsweise höchstmögliche Gesundheitswahrnehmung – wurden in den jungen Alten und Hochaltrigen Puchheimer*innen, die an der Befragung teilnahmen, gemessen.

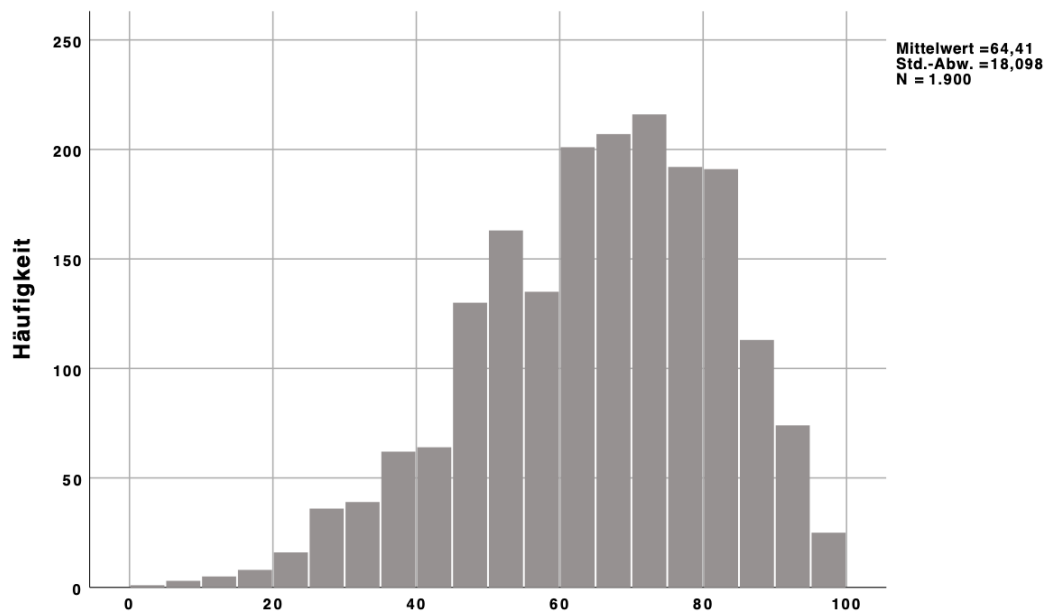
Abb. 22: Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (Puchheim)



Quelle: GeKoPu 2019

Im Vergleich zu deutschlandweiten Daten des Robert Koch-Instituts (DEGS1 2015¹⁸), zeigt sich eine generell ähnliche Verteilung der Daten.

¹⁸ Die "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS1) fand von 2008 bis 2011 statt.

Abb. 23: Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (bundesweit)

Quelle: DEGS1 2015

Im Mittel lag hier die allgemeine Gesundheitswahrnehmung geringfügig über jener in Puchheim; zudem streuen diese Daten weniger, wohingegen die Angaben der untersuchten Puchheimer Bevölkerung zu einer gleichmäßigeren Verteilung führten (siehe Abbildung 23).

Bei der Betrachtung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung bestimmter Gruppen fällt auf, dass die männlichen Befragten im Mittel eine bessere Gesundheit verzeichnen als die weiblichen. Mit steigendem Alter und niedrigerem sozioökonomischem Status sinken die Werte dieses Maßes erkennbar (vgl. Tabelle 7).

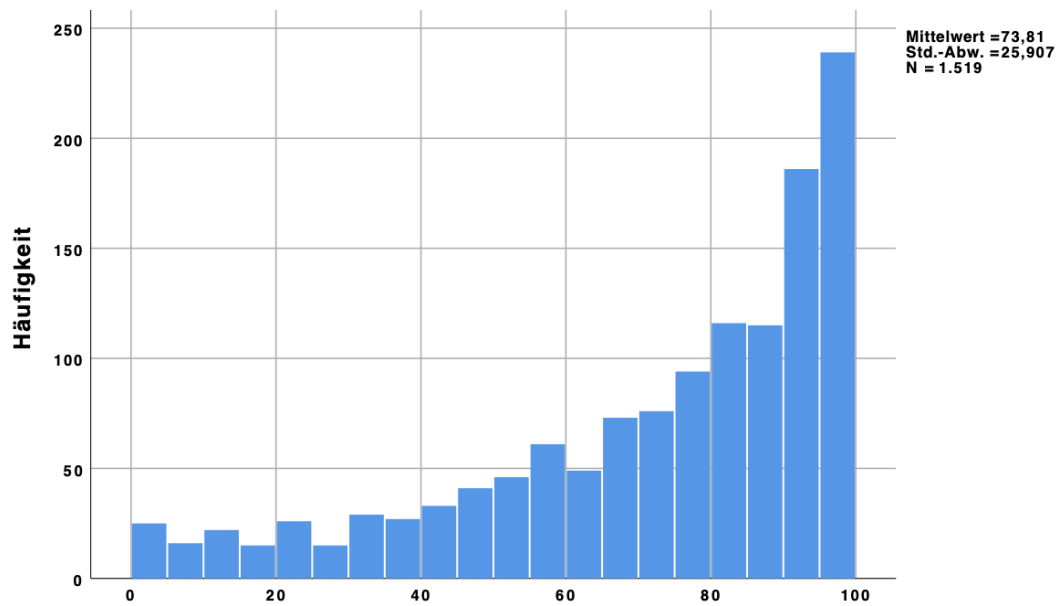
Tab. 7: Lagemaße und Stratifikation des SF-36V2

Gesundheits- maß	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter		Sozioökonomischer Status		
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbe- tagte	Niedrig	Mittel	Hoch
Allgemeine Gesundheits- wahrnehmung	N = 1567 [0;100] 62,724 <i>20,767</i>	N = 743 [0;100] 63,153 <i>20,893</i>	N = 804 [5;100] 62,427 <i>20,661</i>	N = 1058 [10;100] 66,133 <i>20,224</i>	N = 466 [0;100] 55,262 <i>20,026</i>	N = 256 [5;100] 55,805 <i>21,203</i>	N = 828 [5;100] 64,267 <i>20,367</i>	N = 273 [0;100] 66,337 <i>20,036</i>
Körperliche Leistungsfähig- keit	N = 1519 [0;100] 73,805 <i>25,907</i>	N = 732 [0;100] 75,861 <i>25,434</i>	N = 769 [0;100] 71,918 <i>26,113</i>	N = 1038 [0;100] 79,383 <i>22,665</i>	N = 442 [0;100] 61,324 <i>27,921</i>	N = 240 [0;100] 64,5 <i>29,521</i>	N = 813 [0;100] 75,32 <i>25,082</i>	N = 271 [0;100] 81,642 <i>20,543</i>
Körperliche Rollenfunktion	N = 1579 [0;100] 64,392 <i>28,49</i>	N = 747 [0;100] 66,416 <i>28,969</i>	N = 812 [0;100] 62,469 <i>27,99</i>	N = 1072 [0;100] 70,563 <i>26,657</i>	N = 462 [0;100] 50,352 <i>27,57</i>	N = 258 [0;100] 55,136 <i>28,886</i>	N = 841 [0;100] 66,023 <i>27,98</i>	N = 275 [0;100] 71 <i>27,168</i>
Emotionale Rollenfunktion	N = 1591 [0;100] 76,346 <i>27,06</i>	N = 748 [0;100] 79,089 <i>26,127</i>	N = 823 [0;100] 73,815 <i>27,816</i>	N = 1076 [0;100] 81,018 <i>24,534</i>	N = 470 [0;100] 66,028 <i>29,58</i>	N = 257 [0;100] 64,559 <i>30,121</i>	N = 845 [0;100] 78,166 <i>26,141</i>	N = 277 [0;100] 84,717 <i>21,924</i>
Soziale Funktions- fähigkeit	N = 1519 [0;100] 79,666 <i>25,273</i>	N = 720 [0;100] 81,181 <i>24,711</i>	N = 778 [0;100] 78,454 <i>25,642</i>	N = 1008 [0;100] 83,73 <i>22,983</i>	N = 469 [0;100] 72,015 <i>27,355</i>	N = 254 [0;100] 71,555 <i>27,299</i>	N = 803 [0;100] 80,869 <i>24,552</i>	N = 256 [12,5;100] 86,182 <i>21,439</i>
Körperliche Schmerzen	N = 1617 [0;100] 63,942 <i>27,215</i>	N = 760 [0;100] 67,478 <i>26,692</i>	N = 836 [0;100] 60,77 <i>27,201</i>	N = 1086 [0;100] 68,093 <i>26,247</i>	N = 485 [0;100] 55,54 <i>26,87</i>	N = 270 [0;100] 55,678 <i>28,62</i>	N = 845 [0;100] 64,553 <i>26,475</i>	N = 279 [0;100] 72,921 <i>24,824</i>
Vitalität	N = 1496 [0;100] 60,741 <i>20,027</i>	N = 715 [0;100] 63,409 <i>19,925</i>	N = 765 [0;100] 58,317 <i>19,8</i>	N = 1044 [0;100] 63,691 <i>19,323</i>	N = 418 [0;93,75] 53,917 <i>19,966</i>	N = 236 [0;100] 54,582 <i>21,88</i>	N = 804 [0;100] 61,761 <i>19,526</i>	N = 269 [12,5;100] 65,753 <i>17,96</i>
Psychisches Wohlbefinden	N = 1502 [0;100] 72,939 <i>18,961</i>	N = 721 [0;100] 75,909 <i>18,019</i>	N = 762 [0;100] 70,171 <i>19,458</i>	N = 1037 [0;100] 74,426 <i>18,371</i>	N = 424 [5;100] 69,658 <i>19,832</i>	N = 244 [0;100] 65,799 <i>20,814</i>	N = 807 [0;100] 73,253 <i>18,997</i>	N = 267 [30;100] 79,476 <i>14,668</i>
Gesundheits- veränderung	N = 1671 [1;5] 3,174 <i>0,776</i>	N = 787 [1;5] 3,163 <i>0,753</i>	N = 860 [1;5] 3,173 <i>0,788</i>	N = 1105 [1;5] 3,092 <i>0,714</i>	N = 516 [1;5] 3,329 <i>0,859</i>	N = 284 [1;5] 3,299 <i>0,852</i>	N = 870 [1;5] 3,156 <i>0,73</i>	N = 283 [1;5] 3,11 <i>0,743</i>

(„N=“ beschreibt die Anzahl der Personen in der jeweiligen Gruppe, die eckigen Klammern umfassen den jeweils kleinsten und größten Wert, die **fett gedruckte** Zahl ist das arithmetische Mittel, die *kursiv gedruckte* Zahl ist die Standardabweichung)

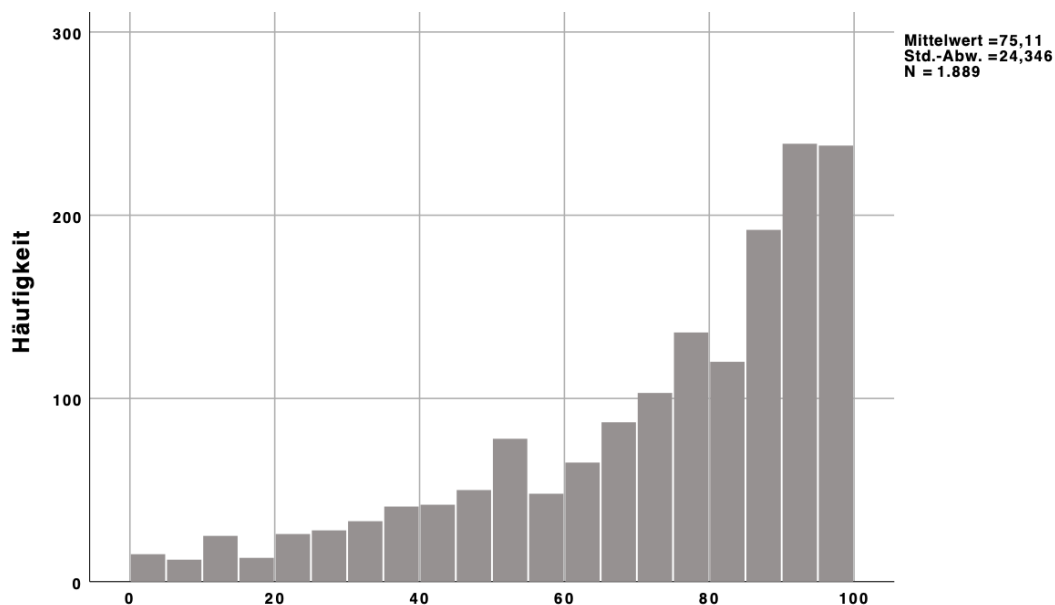
Quelle: GeKoPu 2019

Ein ähnliches Bild im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitswahrnehmung zeichnet sich auch bei den Angaben zur körperlichen Leistungsfähigkeit ab (siehe Abbildung 24).

Abb. 24: Körperliche Leistungsfähigkeit (Puchheim)

Quelle: GeKoPu 2019

Auch hier sind deutliche Ähnlichkeiten zur gesamtdeutschen Verteilung erkennbar (siehe Abbildung 25).

Abb. 25: Körperliche Leistungsfähigkeit (bundesweit)

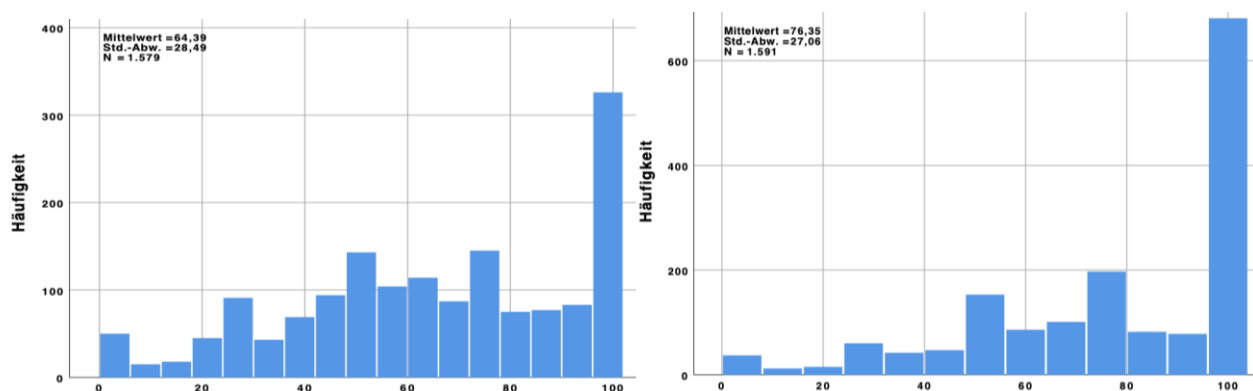
Quelle: DEGS1 2015

Zwar liegt der Mittelwert in Puchheim ($\bar{x} = 73,81$) auch hier knapp unter dem bundesdeutschen Durchschnitt ($\bar{x} = 75,11$), jedoch findet sich dort ein höherer Anteil an Personen mit – laut eigenen Angaben – herausragender körperlicher Leistungsfähigkeit.

Insgesamt offenbart sich bei diesem Maß eine klare Mehrheit an Menschen, die ihre körperliche Leistungsfähigkeit als eher hoch einschätzen, während sich Berichte über niedrige körperliche Leistungsfähigkeit eher in Grenzen halten.

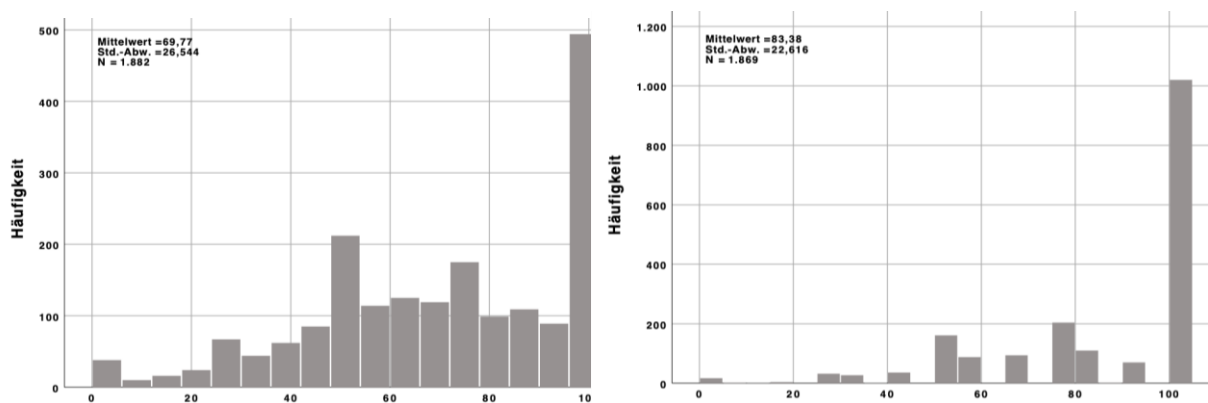
Wie auch bei der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung weisen bei der körperlichen Leistungsfähigkeit die Männer* ihre Gesundheit durchschnittlich als höher aus als die Frauen*. Ein identischer Trend zeigt sich sowohl bei den jungen Alten (65 bis 79 Jahre), die hier deutlich höhere Angaben machten als die Hochbetagten (ab 80 Jahre), als auch beim sozioökonomischen Status, bei dem sich ein klarer positiver Zusammenhang erkennen lässt (siehe Tabelle 7).

Abb. 26/27: Körperliche Rollenfunktion (li) emot. Rollenfunktion (re) (Puchheim)



Quelle: GeKoPu 2019

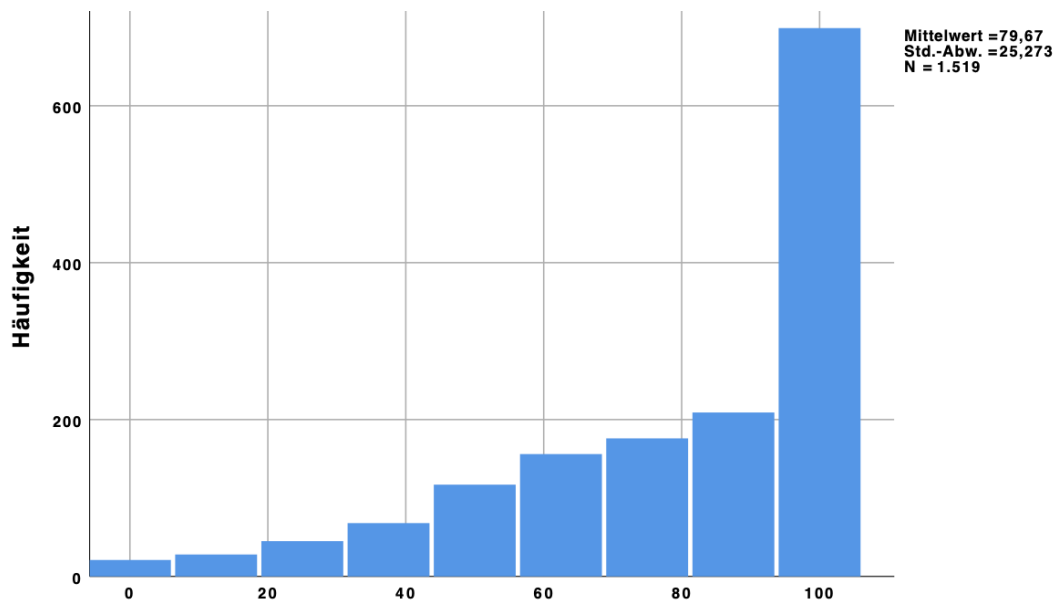
Noch deutlicher als bereits im Falle der körperlichen Leistungsfähigkeit konzentriert sich jeweils bei der körperlichen und der emotionalen Rollenfunktion der Großteil der Befragten auf ausgesprochen hohe bis sehr hohe Selbst-Zuschreibungen. Im mittleren Bereich ist bei der körperlichen Rollenfunktion ebenfalls ein geringer Anstieg zu beobachten, jedoch fällt ansonsten kein anderer Werte-Bereich besonders hervor (siehe Abbildung 26/27).

Abb. 28/29: Körperliche Rollenfunktion (li) und emot. Rollenfunktion (re) (bundesw.)

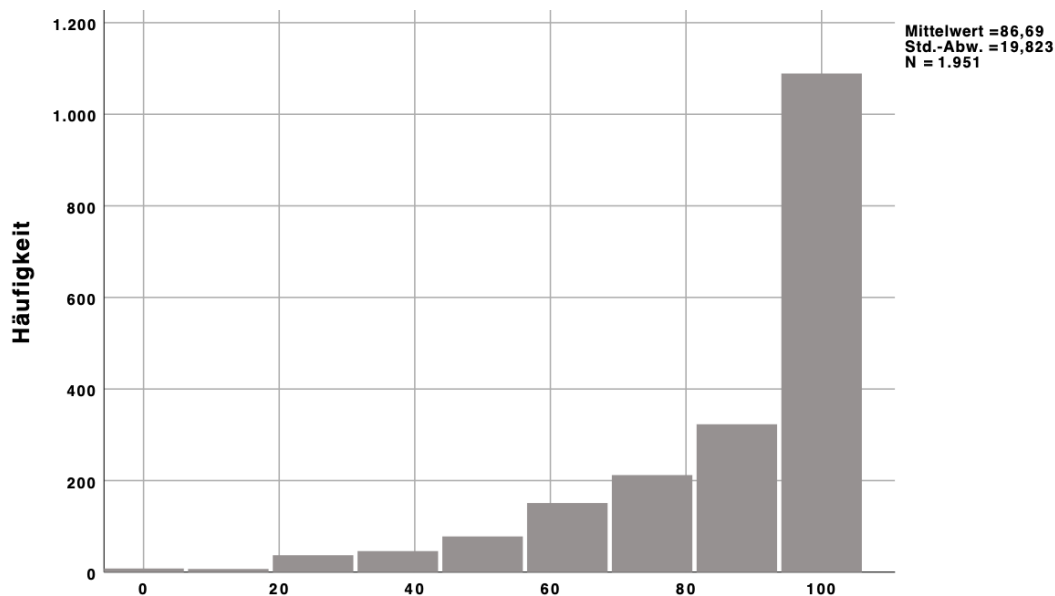
Quelle: DEGS 2015

Die deutschlandweiten Daten stellen übereinstimmende Ergebnisse dar. Ebenso wie bei den zuvor beschriebenen Maßen liegen die Mittelwerte auch hier geringfügig über jenen der Puchheimer Stichprobe. Betrachtet man erneut eine Einteilung nach Altersgruppen, Geschlecht und sozioökonomischem Status, so setzt sich die zuvor beschriebene Tendenz fort: Die Männer gaben ihre körperliche und emotionale Rollenfunktion im Mittel als höher an als die Frauen; gleiches gilt für jüngere Befragte gegenüber älteren Befragten und Personen mit höherem sozioökonomischem Status gegenüber niedrigerem sozioökonomischem Status (siehe Abbildung 28/29).

Ein Schema, nach dem eine eher geringe Zahl von Menschen sich eher geringere Gesundheitswerte zuschreibt, während eine steigende Zahl von Personen sich als gesünder einschätzt, ist, ähnlich wie im Fall der körperlichen Leistungsfähigkeit, auch bei der sozialen Funktionsfähigkeit erkennbar. Die Puchheimer Daten (siehe Abbildung 30) und die DEGS1-Daten (siehe Abbildung 31) sind hier (abgesehen von erneut leicht niedrigeren Mittelwerten und größerer Streuung der Puchheimer*innen) nahezu identisch verteilt. Wie bei den Verteilungen der zuvor beschriebenen Maße haben auch bei dieser Kennzahl Männer generell höhere Werte als Frauen, Junge höhere als Alte und mit steigendem sozioökonomischem Status steigt gleichsam auch die soziale Funktionsfähigkeit.

Abb. 30: Soziale Funktionsfähigkeit (Puchheim)

Quelle: GeKoPu 2019

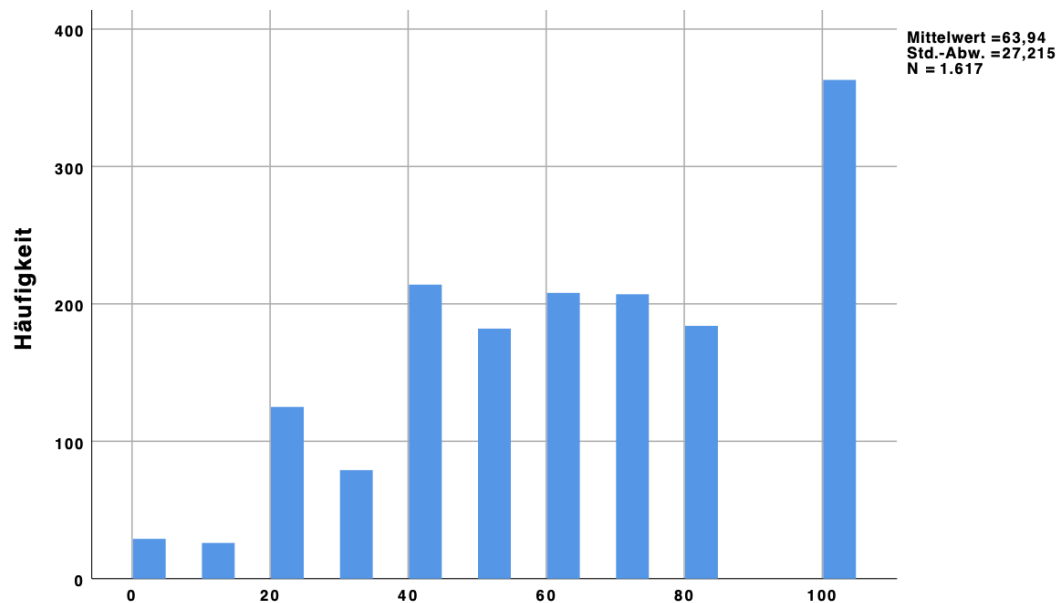
Abb. 31: Soziale Funktionsfähigkeit (bundesweit)

Quelle: DEGS1 2015

Die Wahrnehmung körperlicher Schmerzen verteilt sich in der befragten Puchheimer Bevölkerung nach einem ähnlichen Muster wie auch die körperliche und emotionale Rollenfunktion. Eher wenige Menschen gaben an, herausragend starke Schmerzen zu

verspüren. Bis hin zu einer mäßigen Wahrnehmung körperlicher Schmerzen steigt die Anzahl der betroffenen Personen, bevor wiederum weniger Befragte Schmerzen im eher geringen Bereich verspüren und die überwiegende Mehrheit gar nicht über Schmerzen klagt (siehe Abbildung 32).

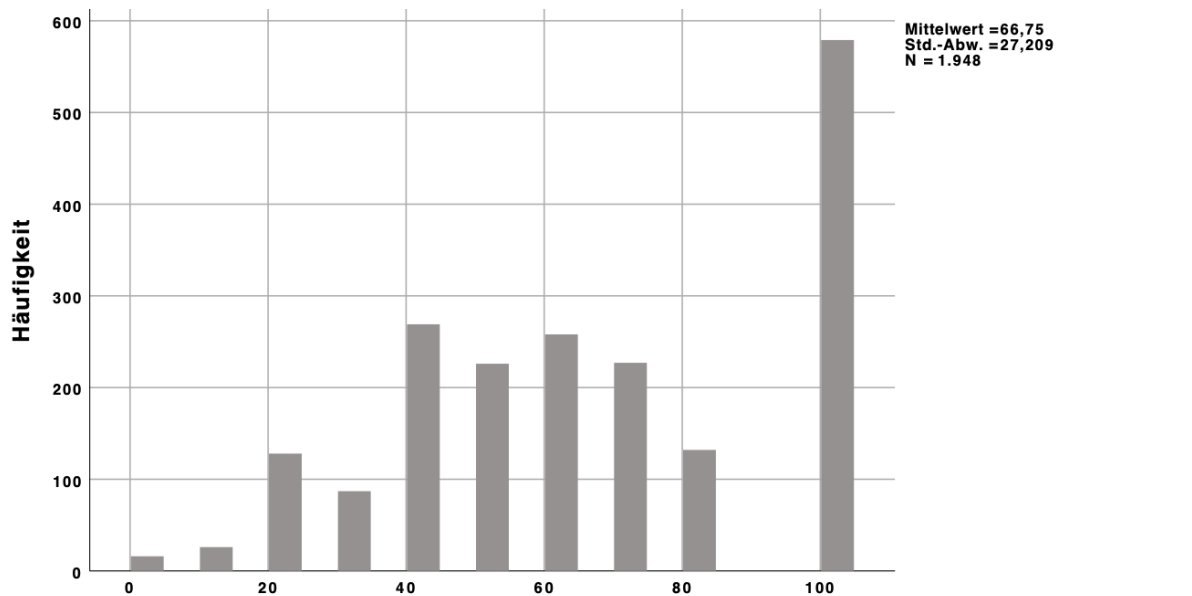
Abb. 32: Körperliche Schmerzen (Puchheim)



Quelle: GeKoPu 2019

Bei Betrachtung der Verteilung der gesamtdeutschen Daten in Bezug auf körperliche Schmerzen offenbaren sich erneut ähnliche Ergebnisse (siehe Abbildung 33).

Abb. 33: Körperliche Schmerzen (bundesweit)



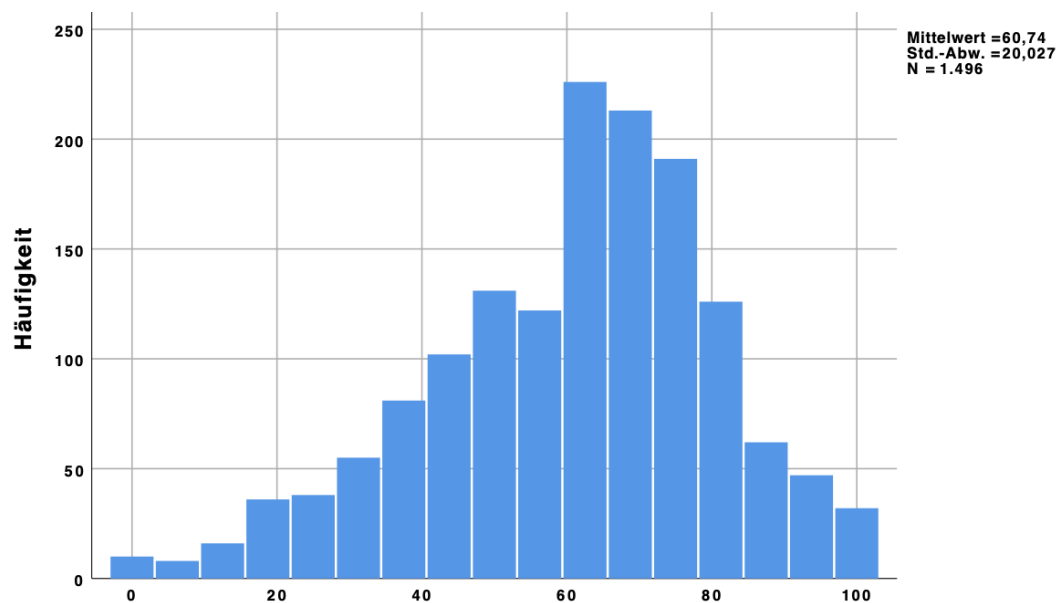
Quelle: DEGS1 2015

Ein Blick auf die Verteilung zum Thema körperliche Schmerzen führt denselben Trend der vorigen SF-36V2-Maße fort: Männer klagten insgesamt weniger über Schmerzen als Frauen, junge Alte weniger als Hochbetagte und ein höherer sozioökonomischer Status korreliert mit der Angabe geringerer Schmerzen (siehe Tabelle 7).

Im Vergleich zu den meisten übrigen SF-36V2-Maßen, die bisher beschrieben wurden, ist das Maß zur Quantifizierung der SF-36-Subskala „Vitalität“ etwas symmetrischer verteilt: Eher weniger Personen berichteten herausragend hohe oder niedrige Vitalität, wohingegen eine Mehrzahl der Befragten ihre Vitalität als eher mittelmäßig einstufte. Insgesamt tendiert die Verteilung jedoch eher in Richtung höherer Vitalität. Wie auch bei den übrigen Dimensionen des SF36V2 liegt der Mittelwert der deutschlandweiten DEGS1-Daten in der Bevölkerungsgruppe der Menschen über 65 Jahren leicht über dem der Puchheimerinnen und Puchheimer, während sich bei letzteren eine größere Streuung der Werte feststellen lässt (siehe Abbildungen 34 und 35).

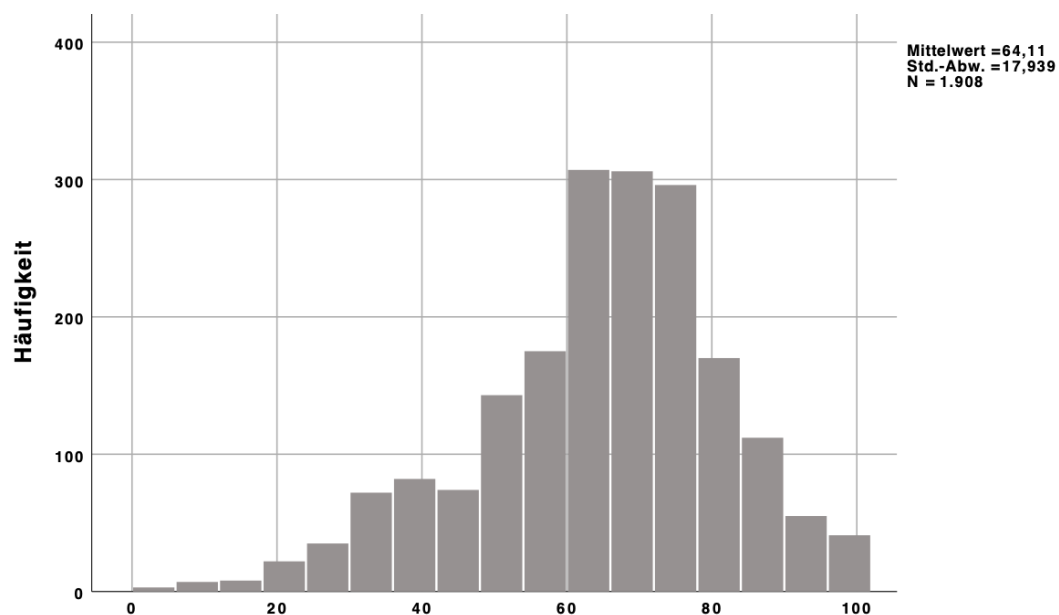
Erneut lässt sich feststellen, dass Männer von mehr Vitalität berichteten als Frauen, ältere Menschen weniger Vitalität angaben als etwas jüngere Menschen und dass mit höherem sozioökonomischem Status – über die Stichprobe hinweg betrachtet – auch ein höheres Maß an Vitalität verbunden ist (siehe Tabelle 7).

Abb. 34: Vitalität (Puchheim)



Quelle: GeKoPu 2019

Abb. 35: Vitalität (bundesweit)



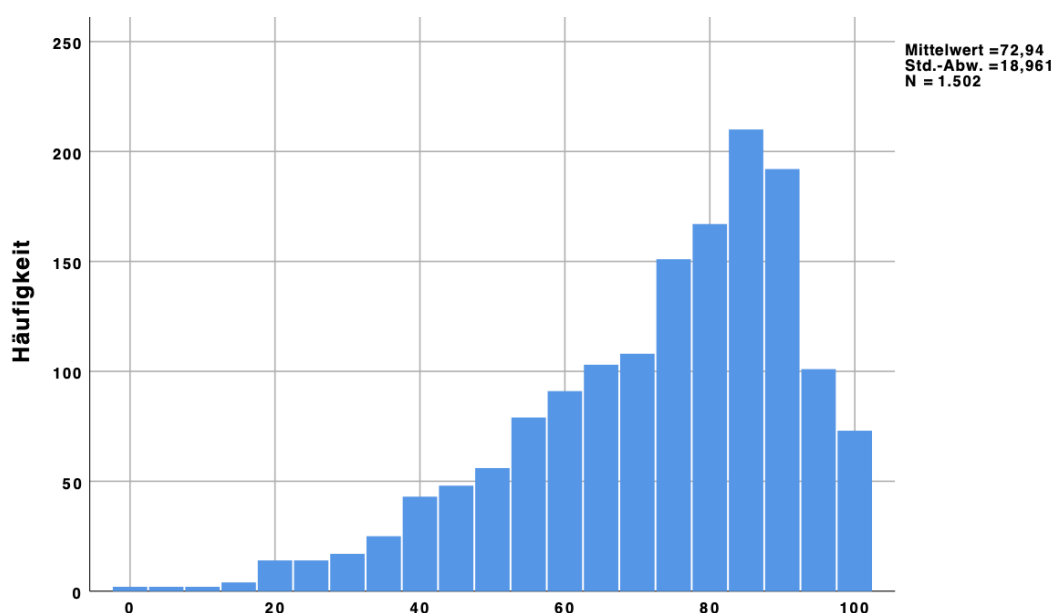
Quelle: DEGS1 2015

Als letztes Maß des SF-36V2 verbleibt die Selbsteinschätzung zum „psychischen Wohlbefinden“. Bei Betrachtung dieses Maßes in seiner Gesamtheit, so fällt sowohl bei der Puchheimer Stichprobe als auch bei den bundesweiten Daten eine Verzerrung in Richtung des besseren „psychischen Wohlbefindens“ auf. Extrem hohes bzw. extrem niedriges psychisches Wohlbefinden wurde erneut eher selten angegeben.

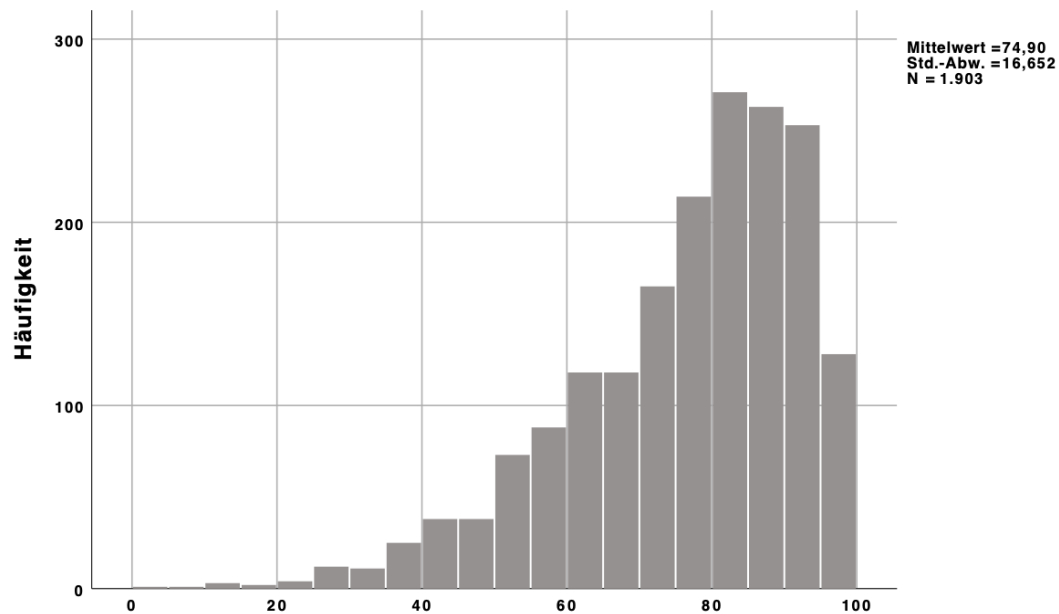
Der Bundesdurchschnitt laut DEGS1 ($\bar{x} = 74.90$) liegt auch hier geringfügig über dem arithmetischen Mittel aus der Puchheimer Stichprobe ($\bar{x} = 72.94$) und die Streuung liegt auch im Fall von psychischem Wohlbefinden bei letzterer ein wenig über der Streuung der Referenzdaten (siehe Abbildungen 36 und 37).

Auch das Maß des psychischen Wohlbefindens bildet gegenüber den übrigen SF-36V2-Kennzahlen keine Ausnahme in Bezug auf die Verteilung innerhalb der Verteilungen für Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status: Frauen berichteten in der Stichprobe über ein insgesamt geringeres Maß an psychischem Wohlbefinden als Männer; ebenso verhält es sich mit einem leicht geminderten psychischen Wohlbefinden Hochbetagter im Vergleich zu den jungen Alten. Menschen von höherem sozioökonomischem Status gaben ein generell höheres psychisches Wohlbefinden an als Menschen mit einem eher niedrigeren sozialen Status (siehe Tabelle 7).

Abb. 36: Psychisches Wohlbefinden (Puchheim)



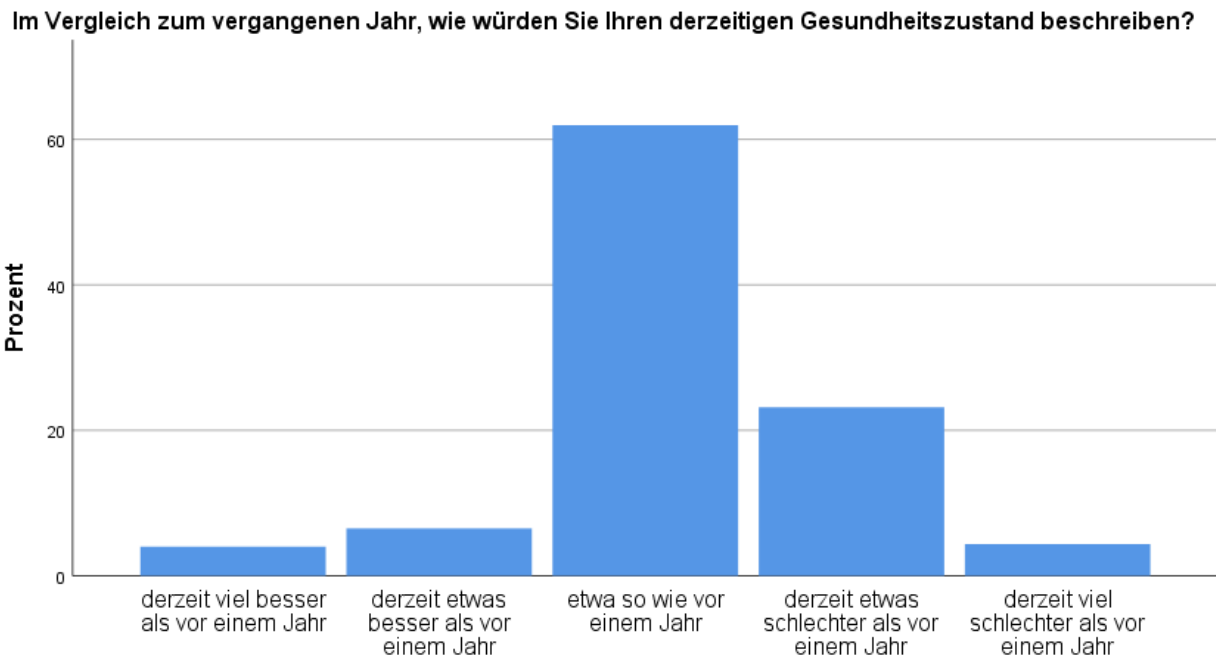
Quelle: GeKoPu 2019

Abb. 37: Psychisches Wohlbefinden (bundesweit)

Quelle: GeKoPu 2019

Abseits von den errechneten Maßen des SF-36V2 existiert noch ein weiteres Item, das die Gesundheitsveränderung im Vergleich zum vergangenen Jahr erfragt. Die Verteilung der Puchheimer Stichprobe legt sich wie folgt dar:

Abb. 38: Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr



Quelle: GeKoPu2019, N=1671

Bei dieser Frage antworteten Puchheimer Männer* und Frauen* fast identisch. Die Frauen* stellen lediglich eine marginal stärkere Verschlechterung fest als die Männer*. Hochbetagte vermeldeten ebenfalls im Durchschnitt eher eine Verschlechterung seit dem vergangenen Jahr; und das in leicht höherem Maße als die Gruppe der jungen Alten. Selbiges findet sich beim sozioökonomischen Status – besser gebildete und verdienende Personen stellten eine insgesamt mildere Verschlechterung ihres Gesundheitszustands im Vergleich zum vergangenen Jahr fest (siehe Tabelle 7).

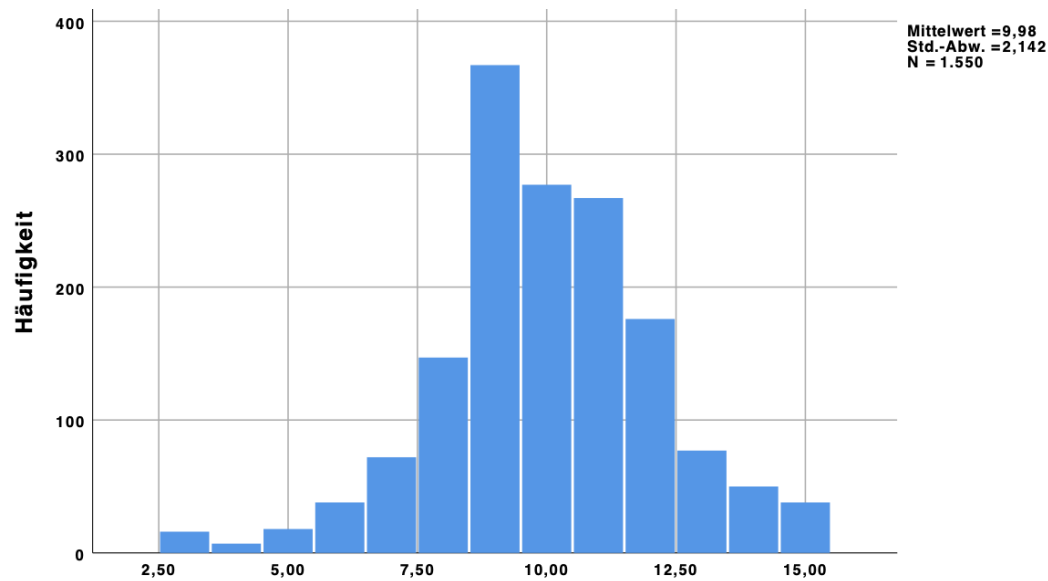
4.3.2 Health Locus of Control

Der Health Locus of Control (HLC) beinhaltet zwölf Items, die wiederum in vier sozial-psychologischen Kenngrößen resultieren: ein Maß zur Selbstverantwortung oder Selbstbeherrschung, eines zur Selbst-Schuldzuweisung, Beziehungsweise Schuldbewusstsein, eines zur Wahrnehmung des Einflusses von Autoritätspersonen (wie etwa Ärzten), sowie eines zur Wahrnehmung des Einflusses von Zufall.

Alle vier Skalen bewegen sich zwischen 3 und 15, wobei 3 in diesem Fall die geringstmögliche Ausprägung und 15 die höchstmögliche Ausprägung des beschriebenen Merkmals kennzeichnet. Insgesamt ähneln sich alle HLC-Dimensionen in Bezug auf

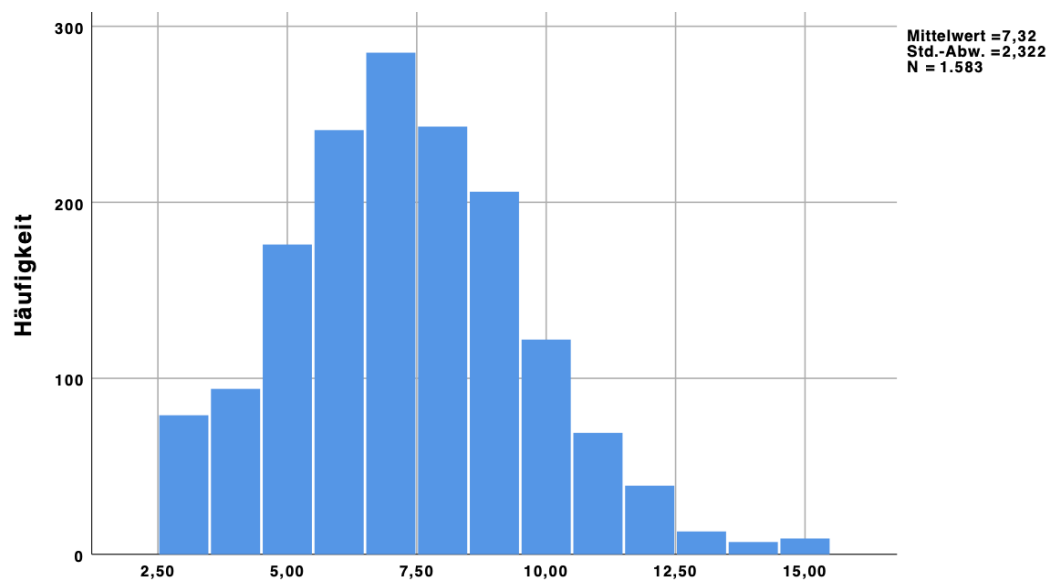
ihre Verteilungen insofern, dass Extremwerte eher seltener vorkommen und die Mehrheit der Befragten zu Angaben in der Mitte der Skala tendiert, also genauso, wie psychometrisch validierte Skalen i.d.R. messen sollten (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 259).

Abb. 39: Selbstverantwortung (self mastery)

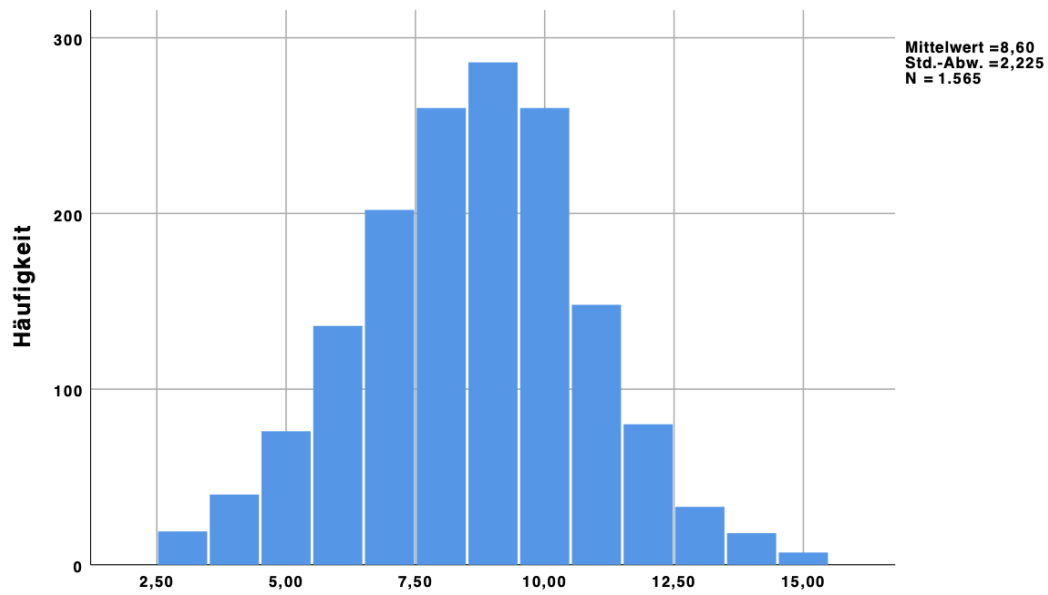


Quelle: GeKoPu 2019

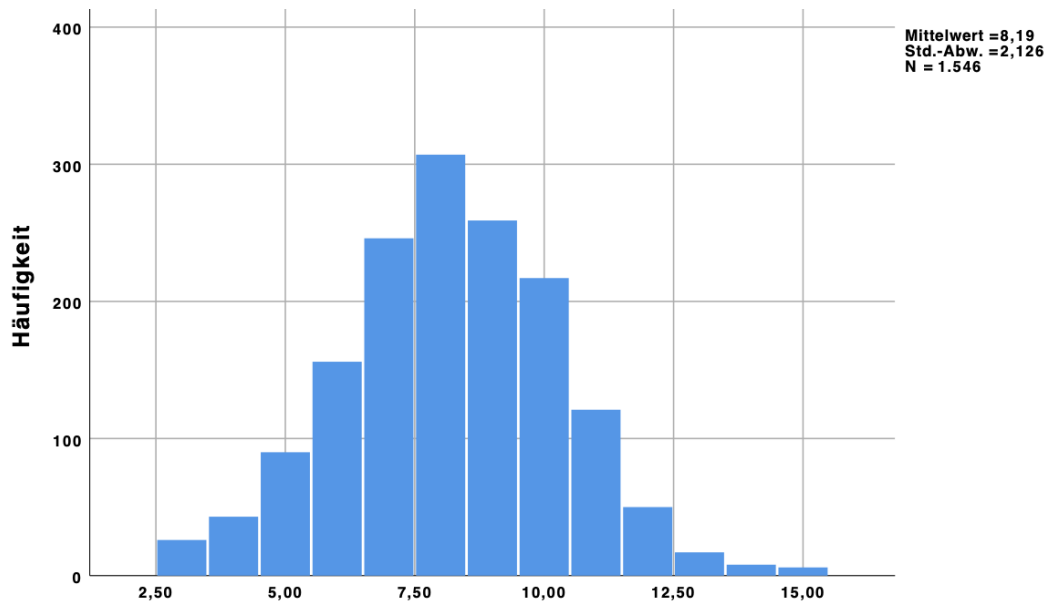
Abb. 40: Selbstschuldzuweisung (self-blame)



Quelle: GeKoPu 2019

Abb. 41: Andere Autoritäten (powerful others)

Quelle: GeKoPu 2019

Abb. 42: Schicksal (chance)

Quelle: GeKoPu 2019

Innerhalb der gesamten Stichprobe überschreitet nur das Maß zur Selbstverantwortung das Skalen-Mittel von 9. Mit Ausnahme der Wahrnehmung von Schicksal gaben Män-

ner bei dieser Befragung bei allen übrigen Maßzahlen des HLC eine höhere Zustimmung an als Frauen. Die Gruppe der jungen Alten schrieb sich im Mittel ein höheres Maß an Selbstverantwortung und Schuldbewusstsein zu als die Hochbetagten, wogegen Letztere einen höheren externalen Einfluss durch Autoritäten wie Ärztinnen und Ärzte, sowie durch Schicksal wahrnahmen als die jungen Alten. Niedriger und hoher sozioökonomischer Status stimmten bei dem Maß zu Selbstverantwortung generell etwas weniger zu als die Personen von mittlerem sozioökonomischem Status; bei den übrigen drei Kennzahlen sinkt stets der HLC-Score mit steigendem Status (siehe Tabelle 8).

Tab. 8: Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen

Gesundheitsmaß	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter		Sozioökonomischer Status		
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbetagte	Niedrig	Mittel	Hoch
Selbstverantwortung (self mastery)	N = 1550 [3;15] 9,979 <i>2,142</i>	N = 743 [3;15] 10,1 <i>2,086</i>	N = 787 [3;15] 9,891 <i>2,169</i>	N = 1056 [3;15] 10,116 <i>2,066</i>	N = 455 [3;15] 9,754 <i>2,246</i>	N = 256 [3;15] 9,926 <i>2,414</i>	N = 826 [3;15] 10,018 <i>2,068</i>	N = 272 [3;15] 9,912 <i>1,938</i>
Selbstschuldzuweisung (self-blame)	N = 1583 [3;15] 7,316 <i>2,322</i>	N = 752 [3;15] 7,634 <i>2,318</i>	N = 811 [3;15] 7,026 <i>2,273</i>	N = 1074 [3;15] 7,396 <i>2,325</i>	N = 466 [3;15] 7,157 <i>2,277</i>	N = 260 [3;15] 7,508 <i>2,468</i>	N = 844 [3;15] 7,252 <i>2,28</i>	N = 277 [3;15] 7,209 <i>2,216</i>
Andere Autoritäten (powerful others)	N = 1565 [3;15] 8,597 <i>2,225</i>	N = 748 [3;15] 8,704 <i>2,227</i>	N = 797 [3;15] 8,487 <i>2,215</i>	N = 1057 [3;15] 8,377 <i>2,164</i>	N = 465 [3;15] 9,092 <i>2,29</i>	N = 254 [3;14] 9,122 <i>2,152</i>	N = 835 [3;15] 8,594 <i>2,173</i>	N = 273 [3;14] 8,095 <i>2,237</i>
Schicksal (chance)	N = 1546 [3;15] 8,195 <i>2,126</i>	N = 738 [3;15] 8,184 <i>2,143</i>	N = 789 [3;15] 8,207 <i>2,112</i>	N = 1052 [3;15] 8,101 <i>2,047</i>	N = 453 [3;15] 8,415 <i>2,276</i>	N = 253 [3;15] 8,629 <i>2,251</i>	N = 825 [3;15] 8,098 <i>2,068</i>	N = 270 [3;13] 7,97 <i>1,998</i>

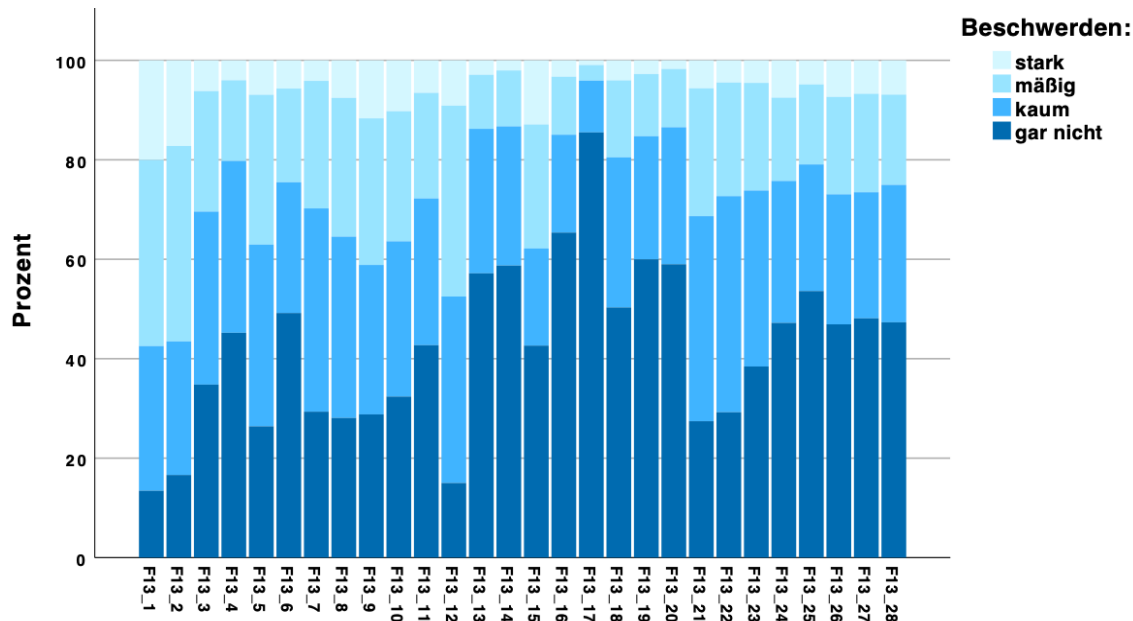
(„N=“ beschreibt die Anzahl der Personen in der jeweiligen Gruppe, die eckigen Klammern umfassen den jeweils kleinsten und größten Wert, die **fett gedruckte** Zahl ist das arithmetische Mittel, die *kursiv gedruckte* Zahl ist die Standardabweichung)

Quelle: GeKoPu 2019

4.3.3 Beschwerden-Liste

Nachfolgend werden die angegebenen Beschwerden nach Intensität dargestellt (siehe Abbildung 42). Die Darstellung erfolgt mittels gestapeltem Balkendiagramm.

Abb. 42: Beschwerden-Liste nach Intensität



Quelle: GeKoPu 2019

Eine Vielzahl der Befragten klagte über Rücken-, Kreuz- oder Gelenkschmerzen oder auch über Müdigkeit oder Mattigkeit. Beschwerden wie Niedergeschlagenheit oder Depression, Taubheitsgefühl, Allergien oder starkes Schwitzen, aber auch Sodbrennen oder Schwerhörigkeit wurden von etwa der Hälfte der Teilnehmer*innen genannt. Das geringste Vorkommen in der Stichprobe verzeichnen Beschwerden über anfallsweise Atemnot und Erstickungsgefühl (siehe Abbildung 42).

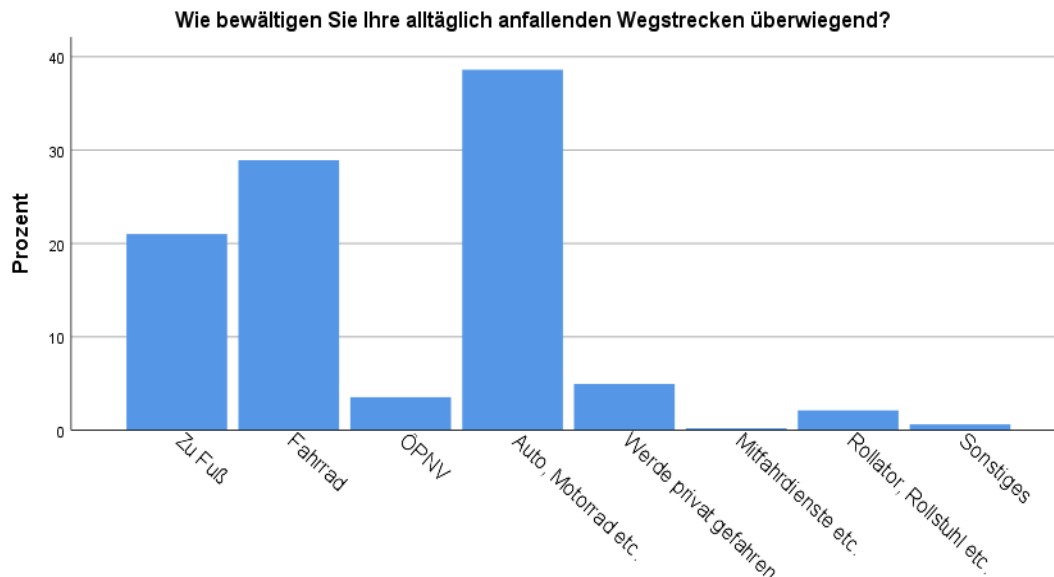
Tab. 9: Variablen-Zuordnung der Beschwerden

Variable	Beschwerde	Anzahl gültiger Angaben (N)
F13_1	Rücken- oder Kreuzschmerzen	1643
F13_2	Gelenkschmerzen	1631
F13_3	Schwächegefühl	1581
F13_4	Druck- oder Völlegefühl am Leib	1597
F13_5	Mattigkeit	1587
F13_6	Sodbrennen oder saures Aufstoßen	1602
F13_7	Reizbarkeit	1595
F13_8	Innere Unruhe	1602
F13_9	Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	1611
F13_10	Schlaflosigkeit	1621
F13_11	Schwindelgefühl	1620
F13_12	Müdigkeit	1579
F13_13	Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	1618
F13_14	Flimmern vor den Augen	1619
F13_15	Schwerhörigkeit, Hörbeschwerden	1628
F13_16	Anfallsweise Atemnot	1611
F13_17	Erstickungsgefühl	1594
F13_18	Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	1614
F13_19	Angstgefühl	1592
F13_20	Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unterleibsschmerzen)	1612
F13_21	Energielosigkeit	1615
F13_22	Konzentrationsschwäche	1611
F13_23	Innere Gespanntheit	1608
F13_24	Wetterfühligkeit	1612
F13_25	Niedergeschlagenheit, Depression	1610
F13_26	Taubheitsgefühl in Händen und/oder Füßen	1618
F13_27	Allergien, Hautreizungen	1621
F13_28	Starkes Schwitzen	1625

4.3.4 Mobilität

Die folgende Übersicht ergibt sich aus den Personen, welche die Frage nach einem hauptsächlichen Fortbewegungsmittel beantworteten (N=1414) (siehe Abbildung 43):

Abb. 43: Überwiegendes Fortbewegungsmittel



Quelle: GeKoPu 2019

Der größte Teil (N = 546 bzw. 38,61 %) der befragten Senior*innen gab an, mit dem motorisierten Individualverkehr (wahrscheinlich am häufigsten das Auto) die alltäglich anfallenden Wegstrecken zu bewältigen, dicht gefolgt von Fahrrad (N = 409 bzw. 28,93 %) und zu Fuß (N = 297 bzw. 21,0 %). Eher selten wurden die alltäglich anfallenden Wegstrecken damit bewältigt, dass die befragten Personen privat gefahren wurden (N = 70 bzw. 5,0 %), sie den öffentlichen Personennahverkehr (N = 50 bzw. 3,54 %) nutzten, per Rollator bzw. Rollstuhl unterwegs waren (N = 30 bzw. 2,1 %) oder sonstige Möglichkeiten (N = 9 bzw. 0,6 %) oder Mitfahrdienste (N = 3 bzw. 0,2 %) nutzten.

4.3.5 Soziale Unterstützung

Als Quantifizierung von sozialer Unterstützung bildet sich der Oslo-Index aus drei Items zur Einschätzung der eigenen sozialen Unterstützung auf einer Skala von 1 (niedrige Unterstützung) über 2 (mittlere Unterstützung) bis 3 (hohe Unterstützung). Zwischen Männern* und Frauen* zeigt sich hier allenfalls ein sehr marginaler Unterschied. Nach dem Oslo-Index erfahren Hochbetagte in Puchheim geringfügig weniger soziale Unterstützung als Personen aus der Gruppe der jungen Alten. Darüber hinaus zeigt sich ein

Zusammenhang zwischen höherem sozioökonomischem Status und höherer sozialer Unterstützung (siehe Tabelle 10).

Tab. 10: Soziale Unterstützung

Gesundheits- maß	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter		Sozioökonomischer Status		
		männlich	weiblich	junge Alte	Hoch-be- tagte	Niedrig	Mittel	Hoch
Oslo-Index der sozialen Unter- stützung	N = 1647 [1;3] 1,936 <i>0,662</i>	N = 772 [1;3] 1,955 <i>0,631</i>	N = 852 [1;3] 1,919 <i>0,687</i>	N = 1105 [1;3] 1,945 <i>0,66</i>	N = 492 [1;3] 1,921 <i>0,66</i>	N = 278 [1;3] 1,881 <i>0,672</i>	N = 857 [1;3] 1,914 <i>0,654</i>	N = 285 [1;3] 2,077 <i>0,64</i>

(„N=“ beschreibt die Anzahl der Personen in der jeweiligen Gruppe, die eckigen Klammern umfassen den jeweils kleinsten und größten Wert, die **fett gedruckte** Zahl ist das arithmetische Mittel, die *kursiv gedruckte* Zahl ist die Standardabweichung)

Quelle: GeKoPu 2019

4.3.6 GRABE-Risikofaktoren

„GRABE“ erhält seinen Namen von einem Akronym der Wörter „Gewicht“, „Rauchen“, „Alkohol“, „Bewegung“ und „Ernährung“ und gibt Auskunft darüber, ob ein jeweiliger Faktor für eine Person nach wissenschaftlichen Erkenntnissen einen Risikofaktor darstellt und in diesem Zusammenhang in gesteigertem Maße Beeinträchtigungen der Gesundheit zu erwarten sind. Demzufolge existieren hier nur die Dimensionen kein Risiko für die Gesundheit (0) bzw. Risiko für die Gesundheit (1). Die Mittelwerte bei mit 0 und 1 dichotom kodierten Variablen können darüber hinaus als prozentuale Anteile interpretiert werden.

Sowohl im Falle des Faktors Gewicht (M: 60 %, F: 43 %), als auch bei allen Risikofaktoren, die die Ernährung (Obst/Gemüse M: 76 %, F: 58 %; Fleisch und Wurst M: 39 %, F: 29 %; Vollkorn M: 91 %, F: 89 %; Milchprodukte M: 87 %, F: 75 %) betreffen, sehen sich die männlichen Befragten durchweg einem höheren Risiko ausgesetzt als die weiblichen. In Bezug auf das Rauchen (M: 6 %, F: 6 %) und unzureichende Bewegung (M: 2 %, F: 2 %) zeigen sich beide Geschlechter nahezu gleich stark gefährdet. Einzig beim Risikofaktor Alkohol erreichten die Frauen (M: 23 %, F: 32 %) im Durchschnitt einen höheren Wert als die Männer (siehe Tabelle 11).

Tab. 11: GRABE-Risikofaktoren

Gesundheits- maß	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter		Sozioökonomischer Status		
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbe- tagte	Niedrig	Mittel	Hoch
Risikofaktor Gewicht	N = 1619 [0;1] 0,515 <i>0,5</i>	N = 777 [0;1] 0,608 <i>0,489</i>	N = 839 [0;1] 0,43 <i>0,495</i>	N = 1096 [0;1] 0,531 <i>0,499</i>	N = 499 [0;1] 0,481 <i>0,5</i>	N = 282 [0;1] 0,589 <i>0,493</i>	N = 853 [0;1] 0,505 <i>0,5</i>	N = 280 [0;1] 0,482 <i>0,501</i>
Risikofaktor Rauchen	N = 1674 [0;1] 0,063 <i>0,244</i>	N = 784 [0;1] 0,064 <i>0,245</i>	N = 865 [0;1] 0,064 <i>0,244</i>	N = 1112 [0;1] 0,08 <i>0,271</i>	N = 510 [0;1] 0,024 <i>0,152</i>	N = 287 [0;1] 0,098 <i>0,297</i>	N = 867 [0;1] 0,066 <i>0,248</i>	N = 283 [0;1] 0,046 <i>0,21</i>
Risikofaktor Alkohol	N = 1297 [0;1] 0,274 <i>0,446</i>	N = 683 [0;1] 0,233 <i>0,423</i>	N = 614 [0;1] 0,319 <i>0,467</i>	N = 914 [0;1] 0,293 <i>0,455</i>	N = 366 [0;1] 0,224 <i>0,418</i>	N = 186 [0;1] 0,317 <i>0,467</i>	N = 715 [0;1] 0,282 <i>0,451</i>	N = 252 [0;1] 0,242 <i>0,429</i>
Risikofaktor Bewegung	N = 1683 [0;1] 0,203 <i>0,402</i>	N = 789 [0;1] 0,205 <i>0,404</i>	N = 869 [0;1] 0,204 <i>0,403</i>	N = 1114 [0;1] 0,17 <i>0,376</i>	N = 517 [0;1] 0,277 <i>0,448</i>	N = 289 [0;1] 0,294 <i>0,456</i>	N = 871 [0;1] 0,181 <i>0,386</i>	N = 286 [0;1] 0,143 <i>0,351</i>
Risikofaktor Ernährung: Obst und Gemüse	N = 1648 [0;1] 0,665 <i>0,472</i>	N = 785 [0;1] 0,758 <i>0,429</i>	N = 860 [0;1] 0,58 <i>0,494</i>	N = 1110 [0;1] 0,657 <i>0,475</i>	N = 511 [0;1] 0,691 <i>0,463</i>	N = 284 [0;1] 0,701 <i>0,459</i>	N = 872 [0;1] 0,676 <i>0,468</i>	N = 285 [0;1] 0,618 <i>0,487</i>
Risikofaktor Ernährung: Fleisch und Wurst	N = 1636 [0;1] 0,337 <i>0,473</i>	N = 779 [0;1] 0,393 <i>0,489</i>	N = 856 [0;1] 0,287 <i>0,453</i>	N = 1107 [0;1] 0,341 <i>0,474</i>	N = 504 [0;1] 0,325 <i>0,469</i>	N = 281 [0;1] 0,366 <i>0,483</i>	N = 869 [0;1] 0,322 <i>0,468</i>	N = 282 [0;1] 0,376 <i>0,485</i>
Risikofaktor Ernährung: Vollkornprod.	N = 1600 [0;1] 0,908 <i>0,29</i>	N = 771 [0;1] 0,924 <i>0,266</i>	N = 829 [0;1] 0,893 <i>0,31</i>	N = 1086 [0;1] 0,907 <i>0,291</i>	N = 490 [0;1] 0,91 <i>0,286</i>	N = 269 [0;1] 0,929 <i>0,257</i>	N = 852 [0;1] 0,905 <i>0,293</i>	N = 284 [0;1] 0,898 <i>0,303</i>
Risikofaktor Ernährung: Milchprodukte	N = 1620 [0;1] 0,807 <i>0,395</i>	N = 775 [0;1] 0,868 <i>0,338</i>	N = 845 [0;1] 0,75 <i>0,433</i>	N = 1095 [0;1] 0,812 <i>0,391</i>	N = 498 [0;1] 0,793 <i>0,405</i>	N = 273 [0;1] 0,846 <i>0,361</i>	N = 861 [0;1] 0,812 <i>0,391</i>	N = 283 [0;1] 0,76 <i>0,428</i>

(„N=" beschreibt die Anzahl der Personen in der jeweiligen Gruppe, die eckigen Klammern umfassen den jeweils kleinsten und größten Wert, die **fett gedruckte** Zahl ist das arithmetische Mittel, die *kursiv gedruckte* Zahl ist die Standardabweichung)

Quelle: GeKoPu 2019

Junge Alte zeigten bei drei von vier Ernährungs-Risikofaktoren im Durchschnitt eine leicht erhöhte Gefährdung im Vergleich mit den Hochbetagten; der Mittelwert der letzteren liegt nur im Falle von Vollkorn leicht über dem der Jüngeren. Während beim Gewicht, Rauchen und Alkohol die Befragten der Gruppe der jungen Alten eher gefährdet sind, wird mit dem Eintritt in die Gruppe der Hochbetagten eher der Faktor Bewegung zum Risiko (siehe Tabelle 11).

Bei Betrachtung des sozioökonomischen Status, zeigt sich beim Gewicht, Rauchen, Alkohol und der Bewegung die deutliche Tendenz, dass mit sinkendem Status das Ri-

siko steigt. Gleiches zeigt sich bei den Ernährungs-Faktoren Obst, Vollkorn und Milchprodukte. Personen mit mittlerem sozioökonomischem Status gefährden sich weniger durch übermäßigen Fleischkonsum als Menschen von hohem oder niedrigem Status (siehe Tabelle 11).

4.3.7 Angebote in Puchheim

Im Folgenden wird die Darstellung des Interesses und der Nutzung an bestimmten gesundheitsförderlichen Angeboten in Puchheim sowohl für alle befragten Senior*innen insgesamt als auch unterteilt nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status dargelegt:

Tab. 12: Teilnahme und Interesse an den Angeboten zur Gewichtsabnahme

	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter	
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbetagte
Gesamt- zahl	1687	791	870	1116	519
Teilnahme	59 (3,5%)	34 (4,3%)	25 (2,9%)	39 (3,5%)	20 (3,9%)
Interesse	311 (18,4%)	147 (18,6%)	163 (18,7%)	229 (20,5%)	73 (14,1%)
Kein Interesse	1157 (68,6%)	564 (71,3%)	593 (68,2%)	778 (69,7%)	365 (70,3%)
Keine Angabe	160 (9,5%)	46 (5,8%)	89 (10,2%)	70 (6,3%)	61 (11,8%)

	Sozioökonomischer Status		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesamt- zahl	290	873	286
Teilnahme	17 (5,9%)	36 (4,1%)	3 (1%)
Interesse	64 (22,1%)	171 (19,6%)	44 (15,4%)
Kein Interesse	180 (62,1%)	614 (70,3%)	221 (77,3%)
Keine Angabe	29 (10%)	52 (6%)	18 (6,3%)

Insgesamt beantworteten 1687 Puchheimer Senior*innen die Frage zu Angeboten der Gewichtsabnahme. Die überwiegende Zahl der Befragten (N = 1157 bzw. 68,8 %) zeigte dabei kein Interesse an solchen Maßnahmen, während immerhin 311 Befragte

(18,4 %) ihr Interesse daran bekundeten, lediglich 59 der Befragten (3,5 %) nehmen dabei bereits an solchen Angeboten teil. Während sich beim Geschlecht keine besonderen Auffälligkeiten zeigten (außer einer deutlich höheren Tendenz der Antwortverweigerung bei weiblichen Befragten), interessieren sich wesentlich weniger Hochbetagte für solche Angebote als junge Alte. Hinsichtlich des sozioökonomischen Status zeigt sich ein etwas abnehmendes Interesse bei zunehmenden sozioökonomischen Status (siehe Tabelle 12).

Tab. 13: Teilnahme und Interesse an Angeboten zu gesunder Ernährung

	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter	
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbetagte
Gesamtzahl	1687	791	870	1116	519
Teilnahme	201 (11,9%)	91 (11,5%)	109 (12,5%)	114 (10,2%)	85 (16,4%)
Interesse	455 (27%)	213 (26,9%)	242 (27,8%)	335 (30%)	113 (21,8%)
Kein Interesse	884 (52,4%)	444 (56,1%)	440 (50,6%)	603 (54%)	267 (51,4%)
Keine Angabe	147 (8,7%)	43 (5,4%)	79 (9,1%)	64 (5,7%)	54 (10,4%)

	Sozioökonomischer Status		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesamtzahl	290	873	286
Teilnahme	42 (14,5%)	112 (12,8%)	24 (8,4%)
Interesse	79 (27,2%)	245 (28,1%)	75 (26,2%)
Kein Interesse	146 (50,3%)	468 (53,6%)	170 (59,4%)
Keine Angabe	23 (7,9%)	48 (5,5%)	17 (5,9%)

Insgesamt beantworteten 1687 Puchheimer Senior*innen die Frage zu Angeboten der gesunden Ernährung. Die Mehrheit der Befragten (N = 884 bzw. 52,4 %) zeigte dabei kein Interesse an solchen Maßnahmen, während immerhin 455 Befragte (27,0 %) Interesse daran bekundete und 201 der Befragten (11,9 %) bereits an solchen Angeboten teilnehmen. Während sich beim Geschlecht keine besonderen Auffälligkeiten zeigten (außer einem etwas höheren Interesse bei weiblichen Befragten), interessieren sich

deutlich weniger Hochbetagte für solche Angebote als junge Alte. Hinsichtlich des sozioökonomischen Status zeigt sich bei Angeboten dieser Art eine abnehmende Teilnahmetendenz bei zunehmenden sozioökonomischen Status (siehe Tabelle 13).

Tab. 14: Teilnahme und Interesse an den Gymnastik-Angeboten

	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter	
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbetagte
Gesamt- zahl	1687	791	870	1116	519
Teilnahme	501 (29,7%)	169 (21,4%)	332 (38,2%)	359 (32,2%)	135 (26%)
Interesse	347 (20,6%)	163 (20,6%)	184 (21,1%)	259 (23,2%)	81 (15,6%)
Kein Inte- resse	708 (42%)	413 (52,2%)	295 (33,9%)	449 (40,2%)	251 (48,4%)
Keine An- gabe	131 (7,8%)	46 (5,8%)	59 (6,8%)	49 (4,4%)	52 (10%)

	Sozioökonomischer Status		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesamt- zahl	290	873	286
Teilnahme	72 (24,8%)	290 (33,2%)	85 (29,7%)
Interesse	64 (22,1%)	179 (20,5%)	54 (18,9%)
Kein Inte- resse	132 (45,5%)	356 (40,8%)	132 (46,2%)
Keine An- gabe	22 (7,6%)	48 (5,5%)	15 (5,2%)

Insgesamt beantworteten 1687 Puchheimer Senior*innen die Frage zu Gymnastik-Angeboten. Die Mehrheit der Befragten zeigte dabei entweder Interesse (20,6 %) oder nimmt bereits an solchen Angeboten (29,7%) teil. 708 Befragte (42 %) äußerten dagegen, kein Interesse an solchen Angeboten zu besitzen. Während sich beim Geschlecht besondere Auffälligkeiten hinsichtlich von Teilnahme (M: 21,4 %; F: 38,2 %) bzw. keinem Interesse (M: 52,2 %; F: 33,9 %) zeigten, interessieren sich für und nehmen deutlich weniger Hochbetagte an solchen Angeboten teil als junge Alte. Hinsichtlich des sozioökonomischen Status zeigt sich bei Angeboten dieser Art die höchste Teilnahmequote bei mittlerem sozioökonomischen Status mit 33,2 % (siehe Tabelle 14).

Tab. 15: Teilnahme und Interesse an Angeboten zur Entspannung oder Stressbewältigung

	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter	
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbetagte
Gesamtzahl	1687	791	870	1116	519
Teilnahme	137 (8,1%)	43 (5,4%)	94 (10,8%)	108 (9,7%)	28 (5,4%)
Interesse	329 (19,5%)	140 (17,7%)	189 (21,7%)	231 (20,7%)	93 (17,9%)
Kein Interesse	1053 (62,4%)	554 (70%)	499 (57,4%)	703 (63%)	335 (64,5%)
Keine Angabe	168 (10%)	54 (6,8%)	88 (10,1%)	74 (6,6%)	63 (12,1%)

	Sozioökonomischer Status		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesamtzahl	290	873	286
Teilnahme	20 (6,9%)	86 (9,9%)	21 (7,3%)
Interesse	59 (20,3%)	185 (21,2%)	46 (16,1%)
Kein Interesse	179 (61,7%)	543 (62,2%)	200 (69,9%)
Keine Angabe	32 (11%)	59 (6,8%)	19 (6,6%)

Insgesamt beantworteten 1687 Puchheimer Senior*innen die Frage zu Angeboten der Stressbewältigung. Eine deutliche Mehrheit der Befragten zeigte dabei kein Interesse (62,4 %) an solchen Angeboten. 328 der Befragten (19,5 %) äußerten, Interesse an solchen Angeboten zu besitzen und 137 (8,1 %), dass sie bereits an solchen Angeboten teilnehmen. Während sich beim Geschlecht deutliche Unterschiede hinsichtlich von Teilnahme (M: 5,4 %; F: 10,8 %) bzw. Interesse (M: 17,7 %; F: 21,7 %) zeigten, sind die Unterschiede beim Alter bzw. beim sozioökonomischen Status weniger auffällig (siehe Tabelle 15).

Tab. 16: Teilnahme und Interesse an Angeboten zu Fitness/Ausgleichssport

	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter	
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbetagte
Gesamt- zahl	1687	791	870	1116	519
Teilnahme	398 (23,6%)	183 (23,1%)	215 (24,7%)	315 (28,2%)	79 (15,2%)
Interesse	310 (18,4%)	167 (21,1%)	143 (16,4%)	237 (21,2%)	67 (12,9%)
Kein Inte- resse	825 (48,9%)	398 (50,3%)	427 (49,1%)	504 (45,2%)	310 (59,7%)
Keine An- gabe	154 (9,1%)	43 (5,4%)	85 (9,8%)	60 (5,4%)	63 (12,1%)

	Sozioökonomischer Status		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesamt- zahl	290	873	286
Teilnahme	49 (16,9%)	229 (26,2%)	77 (26,9%)
Interesse	44 (15,2%)	175 (20%)	53 (18,5%)
Kein Inte- resse	164 (56,6%)	421 (48,2%)	141 (49,3%)
Keine An- gabe	33 (11,4%)	48 (5,5%)	15 (5,2%)

Insgesamt beantworteten 1687 Puchheimer Senior*innen die Frage zu Angeboten bzgl. Fitness oder Ausgleichssport. Die Mehrheit der Befragten nehmen bereits solche Angebote in Anspruch (23,8 %) oder zeigen zumindest Interesse (18,4 %) daran. Trotzdem antworteten 825 Befragte (48,9 %), dass sie kein Interesse an solchen Maßnahmen zu besitzen. Während sich beim Geschlecht hier eher weniger deutliche Auffälligkeiten zeigten, sind es hier vor allem die Hochbetagten (Teilnahme: junge Alte: 28,2 %; Hochbetagte: 15,2 % / Interesse: junge Alte: 21,9 %; Hochbetagte: 12,9 %) sowie die Befragten mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES), welche vor allem hinsichtlich der Teilnahme (SES niedrig: 16,9 %; SES mittel & hoch: 26,2 bzw. 26,9 %) aber auch des Interesses (SES niedrig: 15,2 %; SES mittel & hoch: 20 bzw. 18,5 %) auffällig weniger Bereitschaft zeigten (siehe Tabelle 16).

Tab. 17: Teilnahme und Interesse an Angeboten zur Tabakentwöhnung

	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter	
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbetagte
Gesamt- zahl	1687	791	870	1116	519
Teilnahme	12 (0,7%)	8 (1%)	4 (0,5%)	7 (0,6%)	5 (1%)
Interesse	29 (1,7%)	10 (1,3%)	19 (2,2%)	24 (2,2%)	3 (0,6%)
Kein Inte- resse	1478 (87,6%)	719 (90,9%)	759 (87,2%)	1015 (90,9%)	444 (85,5%)
Keine An- gabe	168 (10%)	54 (6,8%)	88 (10,1%)	70 (6,3%)	67 (12,9%)

	Sozioökonomischer Status		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesamt- zahl	290	873	286
Teilnahme	3 (1%)	5 (0,6%)	1 (0,3%)
Interesse	10 (3,4%)	12 (1,4%)	5 (1,7%)
Kein Inte- resse	241 (83,1%)	798 (91,4%)	263 (92%)
Keine An- gabe	36 (12,4%)	58 (6,6%)	17 (5,9%)

Insgesamt beantworteten 1687 Puchheimer Senior*innen die Frage zu Angeboten der Tabakentwöhnung. Die überwiegende Mehrheit der Befragten zeigen kein Interesse an solchen Angeboten (87,6 %) und die nächstgrößere Gruppe machte hierzu keine Angaben (10 %). Aufgrund der dadurch resultierenden geringen Zellenbesetzungen bei den Verteilungen nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status erscheinen belastbare Trendaussagen für diese Teilgruppen bei dieser Frage nicht möglich (Siehe Tabelle 17).

Tab. 18: Teilnahme und Interesse an Angeboten zur Alkoholentwöhnung

	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter	
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbetagte
Gesamt- zahl	1687	791	870	1116	519
Teilnahme	11 (0,7%)	9 (1,1%)	2 (0,2%)	7 (0,6%)	4 (0,8%)
Interesse	23 (1,4%)	16 (2%)	7 (0,8%)	19 (1,7%)	4 (0,8%)
Kein Inte- resse	1487 (88,1%)	715 (90,4%)	772 (88,7%)	1021 (91,5%)	445 (85,7%)
Keine An- gabe	166 (9,8%)	51 (6,4%)	89 (10,2%)	69 (6,2%)	66 (12,7%)

	Sozioökonomischer Status		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesamt- zahl	290	873	286
Teilnahme	2 (0,7%)	7 (0,8%)	0 (0%)
Interesse	4 (1,4%)	13 (1,5%)	6 (2,1%)
Kein Inte- resse	249 (85,9%)	796 (91,2%)	264 (92,3%)
Keine An- gabe	35 (12,1%)	57 (6,5%)	16 (5,6%)

Insgesamt beantworteten 1687 Puchheimer Senior*innen die Frage zu Angeboten der Alkoholentwöhnung. Die überwiegende Mehrheit der Befragten nehmen zeigen kein Interesse an solchen Angeboten (88,1 %) und die nächstgrößere Gruppe machte hierzu keine Angaben (9,8 %). Aufgrund der dadurch resultierenden geringen Zellenbesetzungen bei den Verteilungen nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status erscheinen belastbare Trendaussagen zu diesen Teilgruppen bei dieser Frage nicht möglich (siehe Tabelle 18).

Tab. 19: Teilnahme und Interesse an Angeboten zur Medikamentenentwöhnung

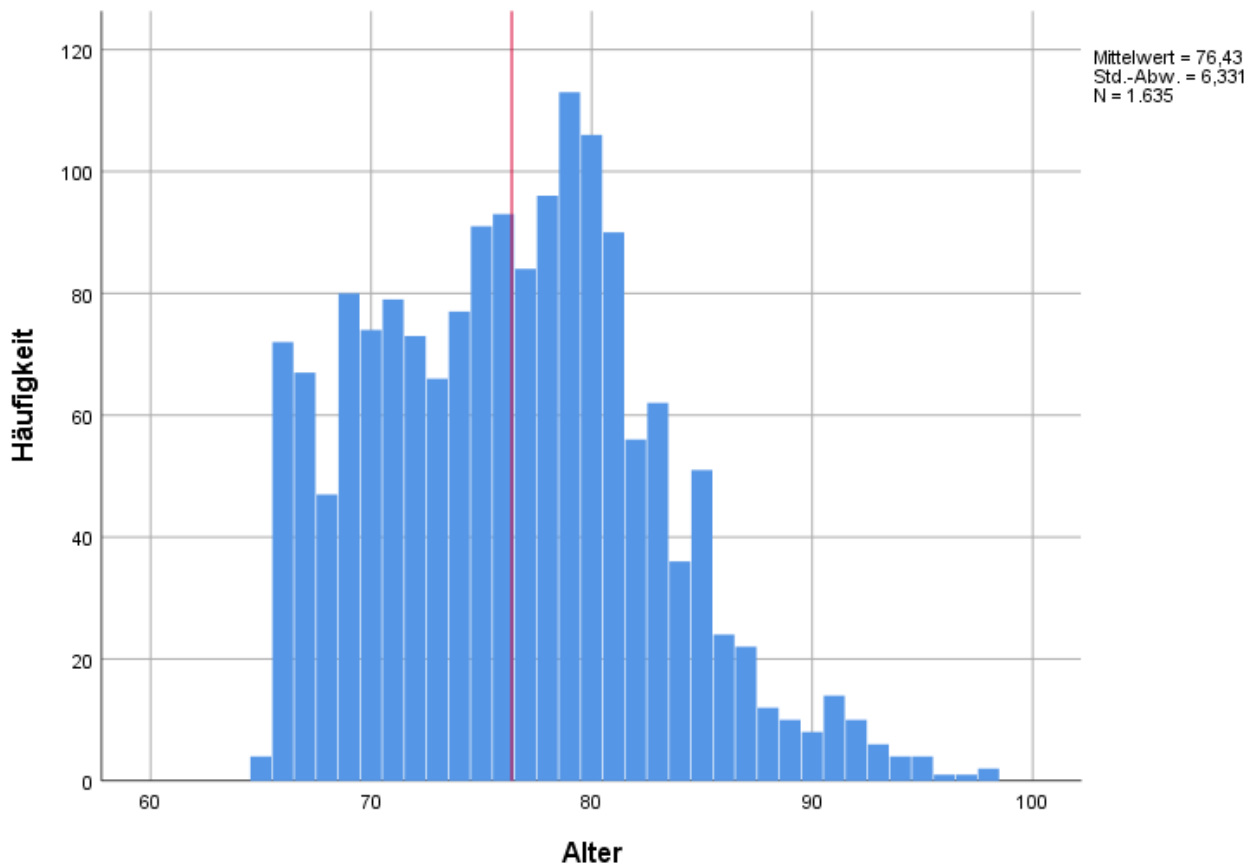
	Lagemaße (gesamt)	Geschlecht		Alter	
		männlich	weiblich	junge Alte	Hochbetagte
Gesamt- zahl	1687	791	870	1116	519
Teilnahme	32 (1,9%)	19 (2,4%)	13 (1,5%)	19 (1,7%)	13 (2,5%)
Interesse	58 (3,4%)	37 (4,7%)	20 (2,3%)	27 (2,4%)	31 (6%)
Kein Inte- resse	1431 (84,8%)	685 (86,6%)	746 (85,7%)	1000 (89,6%)	409 (78,8%)
Keine An- gabe	166 (9,8%)	50 (6,3%)	91 (10,5%)	70 (6,3%)	66 (12,7%)

	Sozioökonomischer Status		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesamt- zahl	290	873	286
Teilnahme	7 (2,4%)	16 (1,8%)	2 (0,7%)
Interesse	18 (6,2%)	28 (3,2%)	8 (2,8%)
Kein Inte- resse	228 (78,6%)	774 (88,7%)	259 (90,6%)
Keine An- gabe	37 (12,8%)	55 (6,3%)	17 (5,9%)

Insgesamt beantworteten 1687 Puchheimer Senior*innen die Frage zu Angeboten der Medikamentenentwöhnung. Die überwiegende Mehrheit der Befragten nehmen zeigen kein Interesse an solchen Angeboten (84,8 %) und die nächstgrößere Gruppe machte hierzu keine Angaben (9,8 %). Aufgrund der dadurch resultierenden geringen Zellenbesetzungen bei den Verteilungen nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status erscheinen belastbare Trendaussagen für diese Teilgruppen bei dieser Frage nicht möglich. Immerhin zeigte sich bei dieser Maßnahme der Suchtmittelentwöhnung (Alkohol, Tabak bzw. Medikamente) die höchste Zahl an Befragten (N = 32, 1,9 %), welche diese in Anspruch nahmen (siehe Tabelle 19).

4.3.8 Soziodemographische Daten

In nachfolgendem Diagramm ist die Altersverteilung der Stichprobe angezeigt. Die Frage nach dem Alter beantworteten 1635 Senior*innen (siehe Abbildung 44). Die Altersverteilung gibt Aufschluss über die statistische Verteilung des Alters zum Erfassungszeitpunkt.

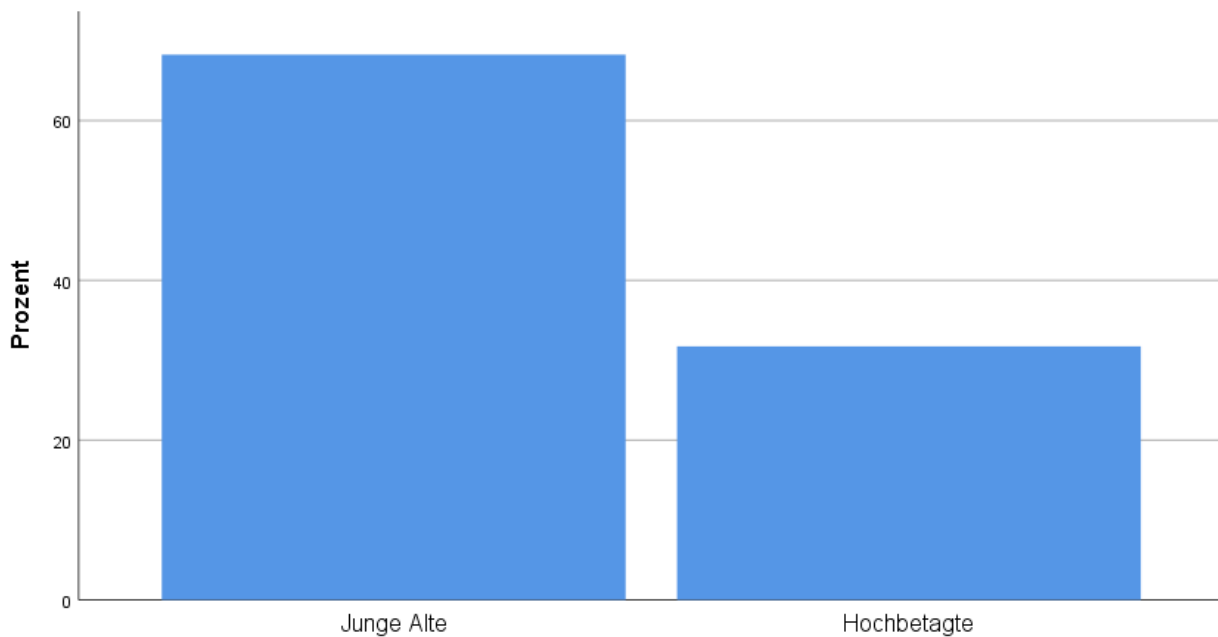
Abb. 44: Altersverteilung in absoluten Zahlen

Quelle: GeKoPu 2019

Die Altersspanne der teilnehmenden Senior*innen reicht von 65 bis 98 Jahre. Der Mittelwert, der in der Abbildung durch die rote Linie gekennzeichnet ist, liegt bei 76,43 Jahre. Der Modus, d.h. der am häufigsten vorkommende Wert, ist 79 Jahre. Der Median liegt bei 76 Jahre und gibt denjenigen Wert an, der genau in der Mitte steht, wenn alle Altersangaben der GröÙte nach sortiert werden (siehe Abbildung 44).

Die Gruppe der befragten Senior*innen lässt sich zur spezifischeren Analyse in die Altersgruppen junge Alte (65 bis 79 Jahre) und Hochbetagte (ab 80 Jahre) unterteilen. Es haben 1116 junge Alte (68,3 %) und 519 Hochbetagte (31,7 %) an der Befragung teilgenommen (siehe Abbildung 45).

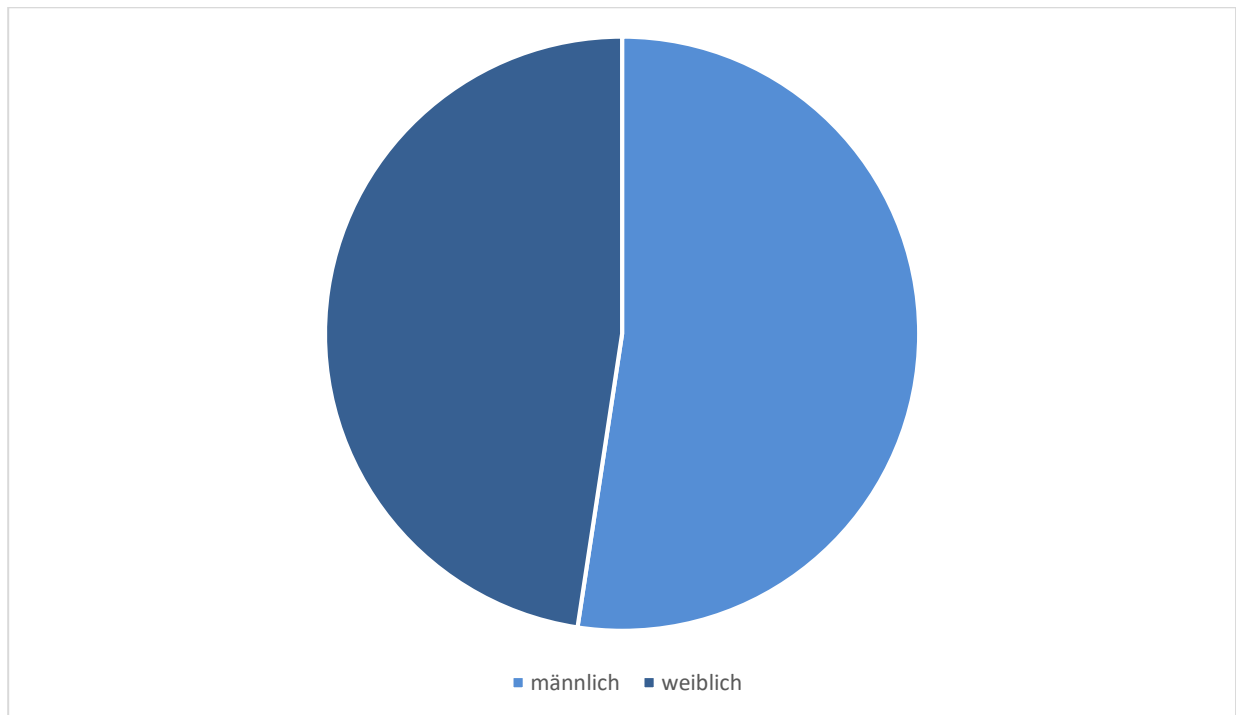
Abb. 45: Anteil junger Alter und Hochbetagter in Prozent



Quelle: GeKoPu 2019

Die Frage zum Geschlecht haben 1661 Senior*innen beantwortet. Das Geschlechterverhältnis beträgt 47,6 % Frauen (791 Seniorinnen) zu 52,4 % Männer (870 Senioren) (siehe Abbildung 46).

Abb. 46: Geschlechterverhältnis der Senior*innen in Prozent



Quelle: GeKoPu 2019

Die Frage nach der Staatsangehörigkeit haben 1655 Senior*innen beantwortet. Davon haben 1609 Senior*innen (97,2 %) die deutsche Staatsangehörigkeit und 46 Senior*innen (2,8 %) die nicht deutsche Staatsangehörigkeit angegeben.

5 DISKUSSION

Im Diskussionsteil werden die wesentlichen Ergebnisse der Bedarfsanalyse interpretiert. Es werden soweit möglich mögliche Ursachen und Folgen der Ergebnisse benannt und diskutiert. Darüber hinaus werden Einschränkungen der Ergebnisse angeführt und Vorschläge zur weiteren Verwendung der Ergebnisse dargelegt.

5.1 Sekundärdatenanalyse

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse geben erste Hinweise zur Maßnahmenplanung, -umsetzung und -evaluation des Gesamtprojektes »Gesunde Kommune Puchheim«. Des Weiteren dienen die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse zur Orientierung für die qualitative und quantitative Analyse.

5.1.1 Gesundheitsrelevante Angebote

Die Stadt Puchheim verfügt über ein vielfältiges Angebot zur Gesundheitsförderung älterer Menschen, das von diversen Trägern und Akteuren gestaltet wird. Dabei fällt allerdings auf, dass einige Bereiche zur Gesundheitsförderung weniger angesprochen werden als andere. Während es beispielsweise offenbar sehr viele Angebote im Bereich Bewegung und gesellschaftliche Teilhabe gibt, sind im Rahmen der vorliegenden Analyse nur wenige Angebote im Bereich Ernährung gefunden worden. Darüber hinaus scheinen kaum geschlechtsspezifische Angebote, Angebote für spezifische Gruppen wie ältere Migrant*innen, ältere Menschen mit Behinderung oder zu pflegende ältere Menschen vorhanden, nicht hinreichend ausgewiesen oder schwer auffindbar zu sein. Die Stadt Puchheim steht aufgrund des zu erwartenden ansteigenden Bedarfs vor der Herausforderung, ihre gesundheitsfördernden Angebote zur Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung bis ins hohe Alter auszubauen. Dabei ist zu beachten, dass Interessen, Fähigkeiten und Bedarfe älterer Menschen sehr unterschiedlich sind und sich im Alter verändern können.

Durch die Vielzahl an Trägern und Akteuren scheint es schwierig, sich als Interessent*in einen Überblick über die Angebotslandschaft machen zu können. Es bedarf daher dringend eines übergeordneten Managements der vorhandenen Angebote, das die einzelnen Maßnahmen strukturiert und ein übersichtliches Informationsangebot schafft. Insbesondere ist dabei darauf zu achten, dass z.B. für ältere Menschen mit

Migrationshintergrund oder niedrigem sozioökonomischen Status nicht nur Angebote im Sinne einer Komm-Struktur geschaffen werden, sondern dass auch aufsuchende Maßnahmen im Sinne einer Bring-Struktur existieren. Nur wenn es gelingt, die zahlreichen Angebote in angemessener Form zu strukturieren und übersichtlich darzustellen, kann das vorhandene Angebot bedarfsorientiert und systematisch ergänzt werden. Zur Informationsverbreitung vorhandener Angebote spielen entsprechende Kommunikationskanäle eine zentrale Rolle, die in der qualitativen Analyse diskutiert werden.

Als mittel- und langfristiges Ziel könnte der Aufbau eines kommunalen Gesundheitsnetzwerkes angestrebt werden, das die vorhandenen Träger und Akteure vereint. Dieses Netzwerk könnte bei der kontinuierlichen Bedarfsermittlung sowie bei der Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen beratend und unterstützend tätig sein, um eine umfassende, nachhaltige und bedarfsorientierte gesundheitliche Förderung der Senior*innen in Puchheim zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist eine perspektivische Zusammenarbeit zwischen dem staatlichen, dem marktwirtschaftlichen und dem zivilgesellschaftlichen »Dritten« Sektor anzustreben, um strukturelle Rahmenbedingungen für eine »Gesunde Kommune Puchheim« zu schaffen.

5.1.2 Gesundheitsrelevante Struktur- und Sozialdaten

Bei den vorliegenden Struktur- und Sozialdaten sollte berücksichtigt werden, dass es sich bei den zugänglichen Sekundärdaten überwiegend um hochaggregierte Daten handelt, die durch sinnvolle Schlüsselungen erst auf die gewünschte Aussageebene heruntergebrochen werden müssen. Da diese Daten nicht für die Aufgabenstellung der Bedarfsanalyse erhoben wurden, kann aufgrund der meist geringen Flexibilität der Datenstruktur eine Analyse nur in eingeschränktem Maße erfolgen. Des Weiteren liegen Sekundärdaten in unterschiedlicher Güte und Vollständigkeit vor (vgl. Zeidler und Braun 2012, S. 245).

Sozio-demographische Betrachtung

In den vergangenen Jahrzehnten unterlag die Altersstruktur in der Stadt Puchheim erheblichen Veränderungen. Die starke Zunahme von Senior*innen sowie Kindern und Jugendlichen stellt eine Herausforderung für die Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Versorgungsstruktur und die Ausrichtung gesundheitsfördernder Angebote und

Maßnahmen dar. Die systematische Berücksichtigung aller Altersgruppen bei der Gesundheitsförderung von älteren Menschen ist ratsam, um bereits Entwicklungstendenzen in einem frühen Stadium erfassen zu können, die einem gesunden Altern bzw. der Gesundheit im Alter entgegenstehen können. Insbesondere durch die demografische Alterung verändern sich die Anforderungen an kommunale Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgungsstrukturen, die eine altersspezifische Ausgestaltung erfordern.

Für die kommunale Gesundheitsförderung bei älteren Menschen ist die Heterogenität der Zielgruppe zu berücksichtigen, um spezifische Angebote und Maßnahmen bedarfsorientiert planen und umsetzen zu können. Dies betrifft wie nachfolgend beschrieben u.a. Geschlecht, Sozialraumverteilung, Migrationshintergrund und Alter.

Geschlecht

Der kontinuierliche Frauenüberschuss in diesen Altersgruppen lässt sich durch die im Durchschnitt höhere Lebenserwartung von Frauen erklären. Bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen für ältere Menschen sollten ungeachtet der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung, gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen sowohl für weibliche* als auch männliche* Senior*innen entwickelt werden. Dabei sollten spezifische Geschlechterrollen und Identitäten angemessen berücksichtigt werden.

Sozialraumverteilung

Die sozialräumliche Verteilung der Senior*innen sollte in der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen beachtet werden, da die Erreichbarkeit gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen aufgrund der häufig eingeschränkten Mobilität in der Altersgruppe der Senior*innen eine entscheidende Rolle spielen kann. Deshalb sollten alle drei Stadtteile in Puchheim in einem ausgewogenen Maße von gesundheitsförderlichen Angeboten profitieren.

Migrationshintergrund

Senior*innen mit Migrationshintergrund verfügen aufgrund erschwelter Lebensbedingungen oftmals nicht über die gleichen wirtschaftlichen und gesundheitlichen Voraussetzungen wie deutsche Senior*innen gleichen Alters. Dieser Umstand sollte bei der

Planung und Umsetzung der gesundheitsfördernden Angebote und Maßnahmen in Puchheim berücksichtigt werden. Weiterhin spielen Faktoren wie mangelnde Sprachkenntnisse und kulturelle Unterschiede bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen bei älteren Menschen eine bedeutsame Rolle.

Alter

Die altersspezifische Betrachtung der Bevölkerungsgruppe der Senior*innen kann wichtige Hinweise zur altersspezifischen Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen liefern. Dabei bietet sich beispielsweise die Unterteilung der Altersgruppen junge Alte (65 bis 79 Jahre) und Hochbetagte (ab 80 Jahre) an.

Sozioökonomische Betrachtung

Die Armuts-, Beschäftigungs- und Arbeitslosenquoten der Stadt Puchheim zeigen im Vergleich mit dem Landkreis Fürstentum Bruck und dem Freistaat Bayern zum Teil Auffälligkeiten (etwa zur Altersarmut oder SGB II-/SGB XII-Quote). Diese Auffälligkeiten sind für die kommunale Gesundheitsförderung bei älteren Menschen besonders relevant, da gesundheitliche Belastungen im Alter häufig aus problematischen Lebenslagen und einer lebenslangen Benachteiligung resultieren. Demnach können diese Daten als Hinweise auf potenzielle Zielgruppen für gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen verstanden werden, die von kommunaler Gesundheitsförderung aufgrund von problematischen Voraussetzungen in besonderem Maße profitieren könnten.

Aufgrund der besonderen Relevanz der Armuts-, Beschäftigungs- und Arbeitslosenquoten für die kommunale Gesundheitsförderung werden nachstehend auf die Zusammenhänge von Armut, Beschäftigung und Arbeitslosigkeit im Bezug auf die Gesundheit erläutert.

Armut

Armut hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit, da sich viele Erkrankungen, Gesundheitsbeschwerden und Risikofaktoren vermehrt bei Personen feststellen lassen, die von Armut betroffen sind. Darüber hinaus schätzen von Armut betroffene Personen ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität überwiegend schlechter ein (vgl. Lampert und Kroll 2010, S. 1).

Arbeitslosigkeit

Abhängig von Bewältigungsressourcen kann sich Arbeitslosigkeit individuell unterschiedlich auf die Gesundheit auswirken. In der Regel weisen Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen jedoch gesundheitliche Einschränkungen auf (vgl. Grobe und Schwartz 2003, S. 20).

Beschäftigung

Die gesundheitliche Relevanz einer Beschäftigung ergibt sich aus den berufsbezogenen Ressourcen und Risiken. Zu den Ressourcen zählt neben dem Einkommen, Berufsprestige und den sozialen Kontakten, die Möglichkeit zur Weiterentwicklung, an Entscheidungsprozessen mitzuwirken und Verantwortung zu tragen. Arbeitsbezogene Belastungen ergeben sich u.a. aus körperlichen Belastungen, Unfallgefahren und psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz (vgl. Lampert et al. 2005, S. 55).

Prognosen

Die aufgeführten Bevölkerungsprognosen sind als Modellrechnungen zu verstehen, welche die demographische Entwicklung unter bestimmten Annahmen zu den Geburten, Sterbefällen und Wanderungen in die Zukunft fortschreiben. Die Annahmen stützen sich mehrheitlich auf eine Analyse bisheriger Verläufe dieser Faktoren. Vorausberechnungen dürfen nicht als exakte Vorhersagen missinterpretiert werden, dennoch zeigen sie auf, wie sich die Bevölkerungsstruktur unter bestimmten, aus heutiger Sicht plausiblen, Annahmen in Zukunft entwickeln würde (vgl. LfStat 2016). Es ist ratsam die Prognosen und Entwicklungstendenzen mit gesundheitlicher Relevanz kontinuierlich nachzuverfolgen, um auf künftige Bedarfe angemessen reagieren zu können.

Altersstruktur

Die wachsende Anzahl älterer Menschen stellt veränderte Anforderungen an die Gesundheitsförderung. Es ist mit einem erhöhten Bedarf an Angeboten und Maßnahmen zur Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung bis ins hohe Alter auszugehen. Dabei ist insbesondere die starke Zunahme der Hochbetagten bei der Entwicklung der Versorgungsstrukturen und der Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen zu berücksichtigen. Die Gesundheitsförderung bei älteren Menschen sollte einen hohen Stellenwert einnehmen, da sich die gesundheitliche Situation älterer Menschen bis ins hohe Lebensalter wirksam verbessern lässt. Beispielsweise ist es

möglich, einen Großteil der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu vermeiden, ihr Auftreten zu hinauszuzögern oder ihre Folgen zu reduzieren. (vgl. BMG 2012, S. 11). Wahrscheinliche Auswirkungen der erwartbaren starken Zunahme der Hochbetagten werden nachfolgend skizziert:

Demenzerkrankungen

Aufgrund der engen Kopplung von Demenzerkrankungen mit dem Alter, lässt die zu erwartende Zunahme der Hochbetagten Bevölkerung ebenfalls einen starken Anstieg von Demenzerkrankungen vermuten. Der entsprechende Pflegebedarf und die Ausrichtung der Gesundheitsförderung sollte bei der Planung und Umsetzung bedacht werden.

Multimorbidität

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Problemen wie Multimorbidität betroffen zu sein. Zudem sind Krankheiten im Alter häufig chronisch und irreversibel (vgl. Saß et al. 2009, S. 55–56). Daraus ergeben sich besondere Herausforderungen für kommunale Versorgungsstrukturen und Gesundheitsförderung, die Berücksichtigung finden sollten.

Pflegebedarf

Die wachsende Anzahl älterer und hochbetagter Menschen geht mit einem ansteigenden Risiko für Pflegebedürftigkeit einher (vgl. Pick et al. 2004, S. 9). Dies sollte bei der Planung kommunaler Versorgungsstrukturen und gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen für ältere Menschen eingeplant werden.

5.2 Qualitative Analyse

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Analyse vor dem Hintergrund der Zielstellung der Bedarfsanalyse diskutiert. Die Diskussion folgt der Struktur des Kategoriensystems.

5.2.1 Besondere Merkmale

Zur bedarfsorientierten Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen empfiehlt sich zunächst eine differenzierte Betrachtung der Zielgruppe. Deshalb stehen die besonderen Merkmale der Gruppe von Senior*innen in

Puchheim im Fokus, die bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen bei Senior*innen berücksichtigt werden sollten. Zunächst fällt auf, dass sich die Bevölkerungsgruppe der Senior*innen bei differenzierter Betrachtung als sehr heterogen darstellt: Deshalb empfiehlt es sich, Unterschiede in der Zielgruppe wie bspw. den individuellen Gesundheitszustand, die Altersverteilung von junge Alte bis Hochbetagte sowie die Ressourcenausstattung zu berücksichtigen.

Diese Unterschiede können einen erheblichen Einfluss auf die Bewältigungsmöglichkeiten von Alltagsanforderungen, die das Gesundheitsverhalten einschließen, haben. Zudem gibt es geschlechterspezifische und kulturelle Unterschiede aufgrund der geographischen oder ethnischen Herkunft, auf die bei der Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen geachtet werden sollte. Durch die Heterogenität der Zielgruppe ergeben sich vielfältige Anknüpfungspunkte zur Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen. Zudem wird die Notwendigkeit individuell zugeschnittener und soziallagenbezogener Maßnahmen ersichtlich, da unterschiedliche Voraussetzungen und Bedarfe, spezifische Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erfordern.

Als weiteres besonderes Merkmal in Puchheim ist die Tendenz, dass sich die Bevölkerungsgruppe der Senior*innen stetig vergrößert, zu nennen. Dieser Eindruck deckt sich mit den Daten des Einwohnermeldeamtes, die eine kontinuierliche Zunahme der Gruppe der Senior*innen belegen (siehe Kapitel 3.2.1). Zudem wird bemerkt, dass die Zeitspanne als Senior*in immer länger werde, was sich durch die im Durchschnitt höhere Lebenserwartung erklären lässt. Weiterhin scheint es in der Stadt Puchheim keine Vertretung für Senior*innen mit Migrationshintergrund zu geben, die sich um die gesundheitlichen Belange älterer Migrant*innen kümmert. Dadurch wird die Kommunikation mit älteren Migrant*innen erheblich erschwert. Dieser Aspekt sollte in einem gesundheitsbezogenen Gesamtkonzept berücksichtigt werden, da Senior*innen mit Migrationshintergrund oftmals nicht über die gleichen wirtschaftlichen und gesundheitlichen Voraussetzungen wie deutsche Senior*innen gleichen Alters verfügen und häufig von gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen kaum erreicht werden (siehe Kapitel 5.1.1).

5.2.2 Gesundheitsbezogene Ressourcen

Die Stadt Puchheim verfügt über vielfältige gesundheitsbezogene Ressourcen in Form von Kultur- und Freizeitangeboten, Versorgungs- und Pflegeangeboten, Bewegungs- und Sportangeboten sowie Informations- und Beratungsangeboten. Diese gilt es bei Bedarf aufeinander abzustimmen, zu optimieren und auszubauen. Erfahrungen aus der kommunalen Gesundheitsförderung zeigen, dass es bei der zielgruppenspezifischen und bedarfsorientierten Planung und Umsetzung neuer Angebote und Maßnahmen sinnvoll sein kann, an vorhandene Interventionen anzuschließen und bestehende Netzwerke zu nutzen (vgl. LGA 2011, S. 27). Darüber hinaus sollte bedarfsorientierte Gesundheitsförderung insbesondere zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen beitragen.

5.2.3 Gesundheitsbezogene Belastungen

Erschwernisse für die Bewältigung des Alltags können negative Auswirkungen auf die Gesundheit älterer Menschen haben. Gesundheitliche Risiken und Belastungen müssen bekannt sein, um die gesundheitliche Situation von Senior*innen positiv beeinflussen zu können. Gesundheitlich belastend sind für Senior*innen in Puchheim u.a. soziale Isolation, ein Informations- und Beratungsdefizit, Mobilitätseinschränkungen und Altersarmut. Soziale Isolation kann als Auswirkung gesundheitlicher Beeinträchtigung wie eingeschränkter Mobilität auftreten. Umgekehrt kann soziale Isolation zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen (vgl. BMG 2012, S. 31-32). Evident wird ein Informations- und Beratungsdefizit bei Senior*innen bspw. dadurch, dass sozial benachteiligte ältere Menschen oftmals kaum über Angebote und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung informiert sind. Zudem wirken sich Sprachprobleme und niedrige Bildung erschwerend aus. Gesundheitsförderung sollte daher gezielt ältere Menschen mit niedrigem Bildungsstand ansprechen (vgl. BZgA 2019). Zudem wird ersichtlich, dass auf Gemeindeebene kaum gesundheitsbezogene Daten vorhanden sind, wodurch den Akteuren vor Ort die Basis zur Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen fehlt. Weiterhin stellen Einschränkungen oder der Verlust der Mobilität wesentliche Belastungen für Senior*innen dar. Insbesondere Hochbetagte sind durch die Einschränkung bzw. den Verlust der Mobilität in ihrer selbstständigen Lebensführung limitiert (vgl. Menning und Hoffmann 2009, 64-65). Dass Altersarmut in der Stadt Puchheim eine Rolle spielt, konnte bereits in der Sekundärdatenanalyse festgestellt werden (siehe Kapitel 4.1.2). In der Lebenswelt

zeigt sich die Altersarmut in einem zunehmenden Bedarf von sozial geförderten Wohnungen und einem Zulauf von Senior*innen bei der Tafel. Dieser Einfluss der sozialen Situation auf die Gesundheitschancen erfordert besondere Zugangswege, Angebote und Maßnahmen, um die Gesundheitschancen der betroffenen Senior*innen zu verbessern (vgl. BMG 2012, S. 11). Die Zugänglichkeit zu gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen sollte trotz Mobilitätseinschränkungen und begrenzten Ressourcen möglich sein. Deshalb sollten hier angesprochene vulnerable Gruppen an der Angebots- und Maßnahmengestaltung teilhaben können, um gesundheitsbezogene Belastungen benachteiligter Gruppen zu mindern.

5.2.4 Förderliche Faktoren

Förderliche Faktoren bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen sind insbesondere die Niederschwelligkeit von Angeboten, eine sinnvolle Vernetzung, eine ausreichende Informationsbereitstellung und eine bedarfsorientierte Ausrichtung. Die Niederschwelligkeit von gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen ist ein wesentlicher Aspekt, um die Teilnahmebereitschaft von Senior*innen zu erhöhen. Dabei spielen die Erreichbarkeit der Zielgruppe als auch die räumliche Erreichbarkeit von Angeboten eine Rolle. Senior*innen benötigen wohnraumnahe Angebote, die kostengünstig bzw. kostenfrei sind. Die Möglichkeit zur anonymen und unverbindlichen Teilnahme sowie mehrsprachige Angebote stellen förderliche Faktoren dar, die bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von gesundheitsfördernden Angeboten berücksichtigt werden sollten.

Eine sinnvolle Vernetzung von Multiplikatoren mit Bezug zur Gesundheitsförderung kann zur Erhöhung der Reichweite von Informationen und zur Steigerung der Problemlösungsfähigkeit beitragen. Dafür sollten gesundheitsbezogene Fachkräfte, Institutionen, Organisationen und Zielgruppenangehörige adäquat vernetzt werden. Daran anknüpfend ist eine Kommunikationsstrategie notwendig, die einen kontinuierlichen Informationsfluss sicherstellt, um möglichst alle interessierten Personen der Zielgruppe zu erreichen. Öffentlichkeitsarbeit ist sinnvoll, um auf gesundheitsspezifische Angebote aufmerksam zu machen und für gesundheitliche Themen zu sensibilisieren.

Betont wird zudem eine bedarfsorientierte Planung und Umsetzung, um gelingende Gesundheitsförderung zu gestalten. Ersichtlich wird das bspw. daran, dass Angebote,

die von Senior*innen selbst initiiert wurden, besonders gefragt sind. Eine bedarfsorientierte Gesundheitsförderung sollte die hier angesprochenen förderlichen Faktoren zur Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen berücksichtigen.

5.2.5 Hinderliche Faktoren

Als hinderliche Faktoren für gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen konnten u.a. die Hochschwelligkeit der Angebote (etwa schlechte Erreichbarkeit und Kostenfaktoren), mangelnde Informationen (Unübersichtlichkeit der Angebote und ein unzureichendes Gesundheitsverständnis) sowie eine unzureichende Bedarfsorientierung identifiziert werden. Die Hochschwelligkeit von Angeboten und Maßnahmen wird als hinderlicher Faktor bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen wahrgenommen, die nicht nur eine schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppe, sondern auch die räumliche Erreichbarkeit der Angebotsorte einschließt. Oft sind Unsicherheiten bei Senior*innen und finanzielle Restriktionen Gründe, weshalb Angebote nicht angenommen werden. Darüber hinaus werden auch Datenschutzhürden und unpassende Uhrzeiten angeführt, die für eine schlechte Akzeptanz gesundheitsförderlicher Angebote sorgen.

Deshalb sollten bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung bei Senior*innen niederschwellige Angebote in ausreichendem Maße bedacht werden. Ein weiterer Faktor ist die mangelnde Informationsbereitstellung. Viele Senior*innen sind nicht über Möglichkeiten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung informiert. Das liegt an der Unübersichtlichkeit des Angebots, einem mangelnden Gesundheitsverständnis und an generellem Desinteresse. Top-down-Implementierungen d.h. die fehlende Einbeziehung der Zielgruppe bei der Planung von Maßnahmen, die sich nicht nach den Bedarfen der Senior*innen richten sind nicht nachhaltig und zielführend. Diese Aspekte sollten deshalb bei der Entwicklung eines Gesundheitskonzeptes berücksichtigt bzw. vermieden werden.

5.2.6 Entwicklungsmöglichkeiten

Es lassen sich eine Reihe vielversprechender Anknüpfungspunkte zur sinnvollen Weiterführung des Projektes »Gesunde Kommune Puchheim« und zur Entwicklung der

Gesundheitsförderung dokumentieren. Zur Gesundheitsförderung in Puchheim empfiehlt sich insbesondere die Entwicklung eines nachhaltigen und generationenübergreifenden kommunalen Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsförderung, das eine qualitätsgesicherte und bedarfsorientierte Gesundheitsförderung mit breitem Themenspektrum ermöglicht. Dabei sollten die Ziele unter besonderer Berücksichtigung von benachteiligten Personengruppen bestimmt und operationalisiert werden. Zur Ausgestaltung des Gesamtkonzeptes sollten möglichst vorhandene Strukturen und Ressourcen genutzt werden. Der gesamte Gesundheitsförderungsprozess sollte partizipativ ausgerichtet sein und sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Angebote und Maßnahme beinhalten (vgl. GKV-Spitzenverband 2018, S. 31).

Die konkrete Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen sollte in einen partizipativ ausgerichteten Prozess eingebettet sein, um die Akzeptanz der strukturellen Änderungen und gesundheitsfördernden Angebote bei den Anspruchsgruppen sicherzustellen (vgl. GKV-Spitzenverband 2018, S. 23).

5.3 Quantitative Analyse

Die Ergebnisse der quantitativen Analyse bieten zahlreiche Anknüpfungspunkte zur Weiterführung des Projektes Gesunde Kommune Puchheim sowie zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung bei Senior*innen in Puchheim. Nachstehend werden insbesondere die Ergebnisse der quantitativen Analyse diskutiert, die von erheblicher Relevanz für die Maßnahmenplanung-, -umsetzung und -evaluation sind.

5.3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zwei Drittel der Befragten Senior*innen beschreiben ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ an. Insgesamt bewerten Frauen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter als Männer und die Hochbetagten schlechter als die jungen Alten. In Bezug auf den sozioökonomischen Status zeigt sich eine abnehmende gesundheitsbezogene Lebensqualität bei zunehmenden sozioökonomischen Status. Dieses Phänomen wird in der Wissenschaft als sozialer Gradient bezeichnet und ist für die gesamte deutsche Bevölkerung sehr gut dokumentiert: Je niedriger der sozioökonomische Status eines Menschen innerhalb einer Gesellschaft ist, desto schlechter ist seine gesundheitsbezogene Lebensqualität (vgl. Janßen 2019).

Diese Ergebnisse verdeutlichen den Bedarf, gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen insbesondere auf Frauen, Hochbetagte und Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status auszurichten, da diese Gruppen ein besonders großes Potenzial zur Gesundheitsförderung aufweisen.

5.3.2 GRABE-Risikofaktoren

Die größten Herausforderungen hinsichtlich der GRABE-Risikofaktoren bestehen bei den Puchheimer Senior*innen insbesondere bei Gewicht und Ernährung. Hier sind durchweg die größten prozentualen Anteile an Befragten zu verzeichnen, welche sich einem gesundheitsbezogenen Risiko aussetzen. Männliche Befragte sehen sich bezüglich des Gewichts als auch bei allen Risikofaktoren, die die Ernährung betreffen, durchweg einem höheren Risiko ausgesetzt als die weiblichen Befragten. In Bezug auf das Rauchen und unzureichende Bewegung zeigen sich beide Geschlechter nahezu gleich stark gefährdet. Einzig beim Risikofaktor Alkohol erreichten Frauen im Durchschnitt einen höheren Wert als die Männer. Aufgrund dieses bemerkenswerten geschlechtsspezifischen Risikoprofils scheint es sinnvoll, bei Angeboten und Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und einer gesunden Ernährung besonders auf Senioren zu fokussieren, während Angebote zur Alkoholentwöhnung vor allem auch Seniorinnen ansprechen sollten, da diese Gruppen den größten Nutzen daraus ziehen könnten. Angebote und Maßnahmen zur Rauchentwöhnung und Bewegung sollten beide Geschlechter eher weiterhin gleichermaßen ansprechen.

Junge Alte zeigten bei drei von vier Ernährungs-Risikofaktoren im Durchschnitt eine leicht erhöhte Gefährdung im Vergleich mit den Hochbetagten; der Mittelwert der letzteren liegt nur im Falle von Vollkorn leicht über dem der jungen Alten. Während beim Gewicht, Rauchen und Alkohol die Befragten der Gruppe der jungen Alten eher gefährdet sind, wird mit dem Eintritt in die Gruppe der Hochbetagten eher der Faktor Bewegung zum Risiko. Dementsprechend bietet sich eine Fokussierung auf junge Alte bei Angeboten und Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, gesunder Ernährung, Rauch- und Alkoholentwöhnung sowie auf Hochbetagte bei Bewegungsangeboten.

Bei Betrachtung des sozioökonomischen Status, zeigt sich beim Gewicht, Rauchen, Alkohol und der Bewegung die deutliche Tendenz, dass mit sinkendem Status das Ri-

siko steigt. Gleiches zeigt sich bei den Ernährungs-Faktoren Obst, Vollkorn und Milchprodukte. Personen mit mittlerem sozioökonomischem Status gefährden sich weniger durch übermäßigen Fleischkonsum als Menschen von hohem oder niedrigem Status. Es zeigt sich, dass sich gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen insbesondere auf Senior*innen mit niedrigem sozioökonomischem Status ausgelegt werden sollten, da diese fast ausschließlich das größte Risikopotenzial aufweisen.

5.3.3 Angebote in Puchheim

Viele Befragte bekunden ihr Interesse an Angeboten zu gesunder Ernährung. Während sich beim Geschlecht keine besonderen Auffälligkeiten zeigten, interessieren sich wesentlich weniger Hochbetagte für solche Angebote als junge Alte. Hinsichtlich des sozioökonomischen Status zeigt sich ein etwas abnehmendes Interesse bei zunehmendem sozioökonomischem Status. Das Ergebnis zeigt, dass es insbesondere bei jungen Alten ein Interesse an Angeboten zu gesunder Ernährung gibt. Dementsprechend bietet sich der Ausbau bzw. die Entwicklung von Angeboten und Maßnahmen zu gesunder Ernährung an, um diesen Bedarf zu decken.

Viele Befragte gaben an, Interesse an Gymnastik-Angeboten zu haben. Es interessieren sich deutlich weniger Hochbetagte für solche Angebote als junge Alte. Hinsichtlich des sozioökonomischen Status zeigt sich bei Angeboten dieser Art eine abnehmende Teilnahmetendenz bei zunehmenden sozioökonomischen Status. Das Ergebnis zeigt, dass es insbesondere bei jungen Alten ein Interesse an Gymnastik-Angeboten gibt. Dementsprechend bietet sich der Ausbau bzw. die Entwicklung von Gymnastik-Angeboten an, um auf diesen Bedarf reagieren zu können.

Viele Befragten äußerten, Interesse an Angeboten zur Entspannung oder Stressbewältigung besitzen. Während sich beim Geschlecht deutliche Unterschiede beim Interesse zeigten, sind die Unterschiede beim Alter bzw. beim sozioökonomischen Status weniger auffällig. Folglich sind insbesondere Seniorinnen* an Angeboten zur Entspannung und Stressbewältigung interessiert. Demnach bietet sich der Ausbau bzw. die Entwicklung von solchen Angeboten und Maßnahmen an, um diesen Bedarf zu decken.

Viele befragte Senior*innen gaben an, Interesse an Angeboten zu Fitness und Ausgleichssport zu haben. Während sich beim Geschlecht hier eher weniger deutliche Auf-

fälligkeiten zeigten, sind es vor allem die Hochbetagten sowie die Befragten mit niedrigem sozioökonomischen Status, die auffällig weniger Interesse zeigten. Auf diesen Bedarf sollte mit entsprechenden Angeboten und Maßnahmen reagiert werden. Zumindest die interessierten Senior*innen sollten die Möglichkeit bekommen Fitness oder Ausgleichssport zu treiben.

Maßnahmen der Tabak-, Alkohol- und Medikamentenentwöhnung werden von Senior*Innen in Puchheim relativ selten in Anspruch genommen und auch das Interesse daran ist deutlich verhalten. Hier können insbesondere Aspekte wie Scham und Nicht-eingestehen-wollen durchaus eine Rolle spielen. Trotzdem sollten insbesondere vor dem Hintergrund der Zahlen zum Konsum von Alkohol solche Maßnahmen nicht aus dem Blick geraten.

6 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Frauen, Hochbetagte und Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status berichten über eine eingeschränkere gesundheitsbezogene Lebensqualität. Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten dies in einem besonderen Maße berücksichtigen und auf diese Selbstwahrnehmungen differenziert eingehen.
- Die Gruppe der Senior*innen mit Migrationshintergrund stellt eine besondere Zielgruppe für Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung dar. Die Angebote sollten niederschwellig und aufsuchend sein sowie mangelnde Sprach- bzw. Gesundheitskenntnisse berücksichtigen.
- Die Gruppe der Senior*innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status stellen eine besondere Zielgruppe dar, die sich vor allem durch einen schlechteren selbstberichteten Gesundheitszustand, stärkere Belastung durch Risikofaktoren und einer geringeren sozialen Unterstützung auszeichnen. Maßnahmen für diese Menschen sollten spezifisch auf die Bedarfe dieser Gruppe eingehen.
- Angebote und Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und zu gesunder Ernährung sollten sich auch an männliche junge Alte mit einem niedrigen sozioökonomischen Status richten, da diese Gruppe das größte Potenzial zur Gesundheitsförderung aufweist. Insbesondere bei jungen Alten gibt es ein substantielles Interesse an Angeboten zu gesunder Ernährung, darauf sollte innerhalb der Kommune unbedingt reagiert werden.
- Angebote und Maßnahmen zur Raucherentwöhnung sollten beide Geschlechter gleichermaßen und insbesondere junge Alte mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ansprechen, da diese Gruppe das größte Potenzial zur Gesundheitsförderung aufweist. Rauchen ist nach wie vor der potenziell bedrohlichste Risikofaktor für die Gesundheit. Auch wenn Betroffene wenig Interesse an Angeboten und Maßnahmen zur Tabakerntwöhnung zeigen, so sollten trotzdem weiterhin Anstrengungen zu einem nikotinfreien Leben im Alter unternommen werden.
- Angebote und Maßnahmen zur Bewegung sollten geschlechtsübergreifend auch noch Hochbetagte und ältere Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ansprechen, da diese Gruppen laut Befragung das größte Potenzial zur Gesundheitsförderung aufweisen. Zudem haben insbesondere junge Alte ein Interesse an Gymnastik-Angeboten sowie Fitness und Ausgleichssport. Angebote und Maßnahmen zur Förderung von Bewegung sollten auf diese Ergebnisse abgestimmt werden.

- Angebote und Maßnahmen zur Alkoholentwöhnung sollten sich insbesondere an weibliche bzw. junge Alte und an Senior*innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status richten, da diese Gruppen großes Potenzial zur Gesundheitsförderung aufweisen. Selbstverständlich sollten jedoch die anderen Gruppen hinsichtlich des Alkoholkonsums bei den Senior*innen nicht aus dem Blick geraten.
- Insbesondere Seniorinnen gaben ein Interesse an Angeboten zur Entspannung und Stressbewältigung an. Diesen Seniorinnen sollte unbedingt die Möglichkeit zur Teilnahme an entsprechenden Angeboten ermöglicht werden. Darüber hinaus wäre anzudenken, solche Angebote und Maßnahmen auch bei männlichen Senioren mehr in deren Bewusstsein zu bringen.
- Alle Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollten zur besseren Übersicht in ein übergreifendes Gesamtkonzept eingebettet werden. Dadurch kann die Beratung und Verbreitung von Informationen und die Qualität der Maßnahmen durch Qualitätssicherung verbessert werden. Darüber hinaus könnte die Netzwerkarbeit davon wesentlich profitieren.
- Die vorliegende Bedarfsanalyse sollte auch für andere Gruppen wie Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene durchgeführt werden, um die Gesundheitsförderung für alle Menschen in Puchheim zu verbessern. Darüber hinaus sollte diese Form der Gesundheitsberichterstattung in ein kontinuierliches Format bzw. Monitoring überführt werden.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. 1. ed. San Francisco: Jossey-Bass (The Jossey-Bass health series).
- Bär, Gesine (2011): Gesundheit im Quartier großmachen. Qualitätselemente gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung. Wissens- und Erfahrungsaustausch „Gesundheitsförderung im Quartier stärken!“. Alice Salomon Hochschule Berlin. Hamburg, 18.01.2011.
- Baur, Nina; Kelle, Udo; Kuckartz, Udo (2017): Mixed Methods – Stand der Debatte und aktuelle Problemlagen. In: *Köln Z Soziol* 69 (S2), S. 1–37. DOI: 10.1007/s11577-017-0450-5.
- Bertelsmann Stiftung (2018g): Bevölkerungs-vorausberechnung - Bevölkerungszahl nach Altersgruppen 2012 - 2030. Bevölkerung ab 80-Jährige (Einwohner). Wegweiser Kommune. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/puchheim+bevoelkerungszahl-nach-altersgruppen+bevoelkerung-ab-80-jaehrige+2012-2030+tabelle>, zuletzt geprüft am 08.11.2019.
- Bertelsmann Stiftung (2018h): Bevölkerungs-vorausberechnung - Relative Entwicklung der Altersgruppen. Relative Entwicklung ab 80-Jährige (%). Wegweiser Kommune. Gütersloh. Online verfügbar unter <http://www.wegweiser-kommune.de/statistik/puchheim+relative-entwicklung-der-altersgruppen+relative-entwicklung-ab-80-jaehrige+2012-2030+kreis+land+tabelle>, zuletzt geprüft am 08.01.2019.
- Bertelsmann Stiftung (2018e): Puchheim - Altersstrukturgrafik 2012 -2030. Wegweiser Kommune. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/puchheim+altersstrukturgrafik>, zuletzt geprüft am 20.12.2018.
- Bertelsmann Stiftung (2018f): Puchheim - Bevölkerungszahl nach Altersgruppen 2012 - 2030. Bevölkerung 65- bis 79-Jährige (Einwohner). Wegweiser Kommune. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/puchheim+bevoelkerungszahl-nach-altersgruppen+bevoelkerung-65-bis-79-jaehrige+2012-2030+tabelle>, zuletzt geprüft am 08.01.2019.

- Bertelsmann Stiftung (2018a): Puchheim - Integration - 2016. Wegweiser Kommune. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/puchheim+integration+2016+kreis+land+tabelle>, zuletzt geprüft am 11.12.2018.
- Bertelsmann Stiftung (2018b): Puchheim - Nachhaltigkeit / SDGs - 2016. Wegweiser Kommune. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/puchheim+nachhaltigkeit-sdgs+2016+kreis+land+tabelle>, zuletzt geprüft am 11.12.2018.
- Bertelsmann Stiftung (2018c): Puchheim - Soziale Lage - 2016. Wegweiser Kommune. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/puchheim+soziale-lage+2016+kreis+land+tabelle>, zuletzt geprüft am 18.12.2018.
- Block, Pia; Bräunling, Stefan (2014): Gemeinsam gute Arbeit weiterentwickeln. In: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.): Von Anfang an gemeinsam. Startphase kommunaler Strategien für ein gesundes Aufwachsen. Der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ 2013/2014. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Berlin, S. 4–9.
- BMG (2012): Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.). Berlin.
- BMU (2016): Nachbarschaften stärken, Miteinander im Quartier. Ressortübergreifende Strategie Soziale Stadt. Strategiepapier. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMU) (Hrsg.). Berlin. Online verfügbar unter https://www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Download_PDF/Staedtebaufoerderung/soziale_stadt_strategie_bf.pdf, zuletzt geprüft am 24.10.18.
- BMVIT (2011): Zu Fuß im höheren Alter – mobil bleiben: sicher, komfortabel, selbstbewusst. Leitfaden für PlanerInnen, EntscheidungsträgerInnen und MultiplikatorInnen. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) (Hg.). Wien.
- Bohnsack, Ralf (2006): Die Methode der Gruppendiskussion. In: Sven-Uwe Schmitz und Klaus Schubert (Hg.): Einführung in die politische Theorie und Methodenlehre. Leverkusen-Opladen: Barbara Budrich, S. 69–88.

- Borgmann, Lea-Sophie; Rattay, Petra; Lampert, Thomas (2017): Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hg.): Journal of Health Monitoring 2(4). Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 117–123.
- Borrmann, Brigitte (2014): Bedarfsanalysen anhand von Gesundheitsdaten. sammeln, analysieren, argumentieren. Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (Hrsg.). Berlin, zuletzt geprüft am 06.11.2018.
- Bräunling, Stefan (2017): Lebensweltorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune und im Quartier. Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit. Kassel, 20.10.2017.
- Bush, K.; Kivlahan, D. R.; McDonell, M. B.; Fihn, S. D.; Bradley, K. A. (1998): The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. In: *Archives of internal medicine* 158 (16), S. 1789-1795.
- BZgA (2014): Gesundheitsförderung im Quartier bzw. Stadtteil. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Köln, zuletzt geprüft am 06.11.2018.
- BZgA (2015): Fachinformation: Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Köln. Online verfügbar unter 30.10.2018, zuletzt geprüft am <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=dba9ae3022b075bb83fde137f2a7e036>.
- BZgA (2017): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Berlin, zuletzt geprüft am 07.11.2018.
- BZgA (2019): Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln-Ehrenfeld.

- Chipperfield, Judith G. (2008): Everyday Physical Activity as a Predictor of Late-Life Mortality. In: *The Gerontologist* 48 (3), S. 349–357.
- Dean, Kathryn; Holstein, Björn E. (1991): Health promotion among the elderly. In: Ilona Kickbusch Bernhard Bardura (Hg.): Health Promotion Research. Towards a new social epidemiology. World Health Organization (WHO). Copenhagen: WHO Regional Publications (European Series No. 37), S. 341–364.
- DEGS1 (2015): Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Public Use File 1. Version. Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. Berlin.
- Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Heidelberg und Berlin: Springer-Verlag.
- DZA (2018): Statistical Information System GeroStat. Stichwort: Altersmaße. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.). Hg. v. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Berlin. Online verfügbar unter https://www.gerostat.de/metadata.py?Keyword=AM__DE, zuletzt geprüft am 11.12.2018.
- Ellert, U.; Kurth, B. M. (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 643–649. DOI: 10.1007/s00103-013-1700-y.
- EMA (2018): Rohdaten zur Bevölkerungsstruktur des Einwohnermeldeamtes Puchheim nach Alter, Geschlecht, Wohngebieten und Ausländer. Stichtag: 29.11.2018. Einwohnermeldeamt (EMA). Puchheim: Stadt Puchheim.
- Flick, Uwe (2006): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag (Rororo, 55674).
- Flor, Wiebke (2015): Alter(n) und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, S. 13–33.
- Franke, Alexa (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit). Online verfügbar unter http://sub-hh.cinando.com/book/?bok_id=471889.

- Gail, Fabian; Vetter, Mark (2016): Systematische Zielgruppenbefragung. Methode und Ergebnisse von Fokusgruppen-Interviews durch ZB MED. In: Informationspraxis Bd. 2, Nr. 2 (2016). Online verfügbar unter <https://journals.ub.uni-heidelberg.de/index.php/ip/article/view/30984/27855>, zuletzt geprüft am 27.09.2019.
- Gerlinger, Thomas (2016): Geschichte der Soziologie von Gesundheit und Krankheit. In: Klaus Hurrelmann Matthias Richter (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 89–106.
- GeKoPu (2019): Datensatz der quantitativen Analyse. Projekt Gesunde Kommune Puchheim (GeKoPu). Hochschule für angewandte Wissenschaften München. Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften. München.
- Giesel, F.; Köhler, K.; Nowossadeck, E. (2013): Alt und immobil auf dem Land? Mobilitäts einschränkungen älterer Menschen vor dem Hintergrund einer zunehmend problematischen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56 (10), S. 1418–1424. DOI: 10.1007/s00103-013-1832-0.
- GKV-Spitzenverband (Hg.) (2018): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018 In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. GKV-Spitzenverband (Hg.). AOK-Bundesverband, Berlin BKK Dachverband, Berlin IKK e. V., Berlin Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel Knappschaft, Bochum Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin. Berlin.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwiss (Lehrbuch).
- Gold, Carola; Bräunling, Stefan; Kammerer, Kerstin; Köster, Monika; Lehmann, Frank; Wolter, Birgit (2014): Aktiv werden für Gesundheit. Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.). 4., aktualisierte Auflage. Berlin.
- Grobe, Thomas G.; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Inst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 13).

- Hartmann, Thomas; Hesse, Juliane (2012): Der Settingansatz in der Prävention und Gesundheitsförderung. Studienheft. APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Bremen.
- Hartung, Susanne; Rosenbrock, Rolf (2015): Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, S. 891–895.
- Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Henseling, Christine; Hahn, Tobias; Nolting, Katrin (2006): Die Fokusgruppen-Methode als Instrument in der Umwelt- und Nachhaltigkeitsforschung. WerkstattBerichte / IZT, Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung; Nr. 82. Online verfügbar unter: https://www.izt.de/fileadmin/publikationen/IZT_WB82.pdf, zuletzt geprüft am 27.09.2019.
- Heyn, Timo (2017): Miteinander für gesunde Quartiere. Potenziale zur Zusammenarbeit. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Hg. v. empirica ag. Online verfügbar unter https://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/Aktuelles/Meldungen/Meldungen/2017-05-07_Miteinander_fuer_gesunde_Quartiere_DL.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 24.10.2018.
- Huxhold, Oliver; Engstler, Heribert (2019): Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel, Claudia; Wettstein, Markus; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS.
- Janßen, Christian; Heinrich, Cordula; Chrispin, Alexander; Weitkunat, Rolf; Thomas, Abel (2000): Sozio-ökonomischer Status und gesundheitliche Kontrollüberzeugungen. In: *Journal of Public Health* 8 (3), S. 216-229.
- Janßen, Christian (2019): Soziale Arbeit, quantitative Forschung und Gesundheit. In: Christian Janßen, Peter Hammerschmidt und Juliane Sagebiel (Hg.): Quantitative Forschung in der Sozialen Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa (Aktuelle Themen und Grundsatzfragen der Sozialen Arbeit), S. 93–113.

- Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Qualitative Sozialforschung. 2., überarb. Aufl. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kilian, Holger; Geene, Raimund; Philippi, Tanja (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In: Rolf Rosenbrock (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle". 1. Aufl. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, 8), S. 151–232.
- Lampert, Thomas; Saß, Anke-Christine, Häflinger, Michael; Ziese, Thomas (2005): Armut, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin.
- Kuhlmann, Andrea (2009): Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Dortmund.
- Lampert, Thomas (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer, Thomas Ziese (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes. Berlin: Robert Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), S. 121–133.
- Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric (2010): Armut und Gesundheit. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut (Hg.). GBE kompakt 5/2010. Berlin.
- Lampert, Thomas; Kroll, Lars-Eric et al. (2012): Messung des sozioökonomischen Status in der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). Bundesgesundheitsblatt 2013. 56:131-143.
- Lampert, Thomas; Richter, Matthias; Schneider, Sven; Spallek, Jacob; Dragano, Nico (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 59 (2), S. 153–165. DOI: 10.1007/s00103-015-2275-6.

LfStat (2018b): Statistik kommunal 2017. Landkreis Fürstentum Fürstentum. Eine Auswahl wichtiger statistischer Daten. Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) (Hrsg.). Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat). Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistik.bayern.de/statistikkommunal/09179.pdf>, zuletzt geprüft am 10.12.2018.

LfStat (2018a): Statistik kommunal 2017. Regierungsbezirk Oberbayern. Eine Auswahl wichtiger statistischer Daten. Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) (Hrsg.). Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat). Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistik.bayern.de/statistikkommunal/091.pdf>, zuletzt geprüft am 10.12.2018.

LfStat (2018c): Statistik kommunal 2017. Stadt Puchheim. Eine Auswahl wichtiger statistischer Daten. Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) (Hrsg.). Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistik.bayern.de/statistikkommunal/09179145.pdf>, zuletzt geprüft am 10.12.2018.

LfStat (2016): Demographie-Spiegel für Bayern. Berechnungen für die Stadt Puchheim bis 2034. Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) (Hrsg.). München (Beiträge zur Statistik Bayerns, Heft 547). Online verfügbar unter <https://www.statistik.bayern.de/statistik/gemeinden/09179145.pdf>, zuletzt geprüft am 20.12.2018.

LfStat (2019): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes - Stadt Puchheim. Bevölkerung: Gemeinde, Altersgruppen (9)/ Altersgruppen (17), Geschlecht, Stichtage. GENESIS-Online Datenbank. Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) (Hg.). Fürth.

LGA (Hg.) (2011): Im Alltag in Bewegung bleiben. Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen auch in schwierigen Lebenslagen. Landesgesundheitsamt (LGA). Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart. Dresden: Saxoprint.

Littig, Beate; Wallace, Claire (1997): Möglichkeiten und Grenzen von Fokus-Gruppendiskussionen für die sozialwissenschaftliche Forschung. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS) (Reihe Soziologie, 21).

Manini, Todd M.; Everhart, James E.; Patel, Kushang V.; Schoeller, Dale A.; Colbert, Lisa H.; Visser, Marjolein et al. (2006): Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. In: *Journal of the American Medical Association* 296 (2), S. 171–179. DOI: 10.1001/jama.296.2.171.

- Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6., überarbeitete Auflage, Online-ausgabe. Weinheim und Basel: Beltz Verlag (Pädagogik).
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Menning, Sonja; Hoffmann, Elke (2009): Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Statistisches Bundesamt (DESTATIS), Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) und Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Unter Mitarbeit von Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer, Thomas Ziese. Berlin, S62-78.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews- vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Detlef Garz und Klaus Kraimer (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 441–471.
- Mielck, Andreas; Helmert, Uwe (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Klaus Hurrelmann und Oliver Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe, S. 493–515.
- Morfeld, Matthias; Kirchberger, Inge; Bullinger, Monika (2011): SF-36. Deutsche Version des Short form-36 health survey: Manual. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, Ma, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm: Hogrefe.
- NPK (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V - verabschiedet am 19.02.2016. Hg. v. Nationalen Präventionskonferenz (NPK). Berlin.
- Pförtner, Timo-Kolja (2013): Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Zugl.: Köln, Univ., Diss., 2012. Wiesbaden: Springer VS (Gesundheit und Gesellschaft). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-01412-4>.
- Pick, Peter; Brüggemann, Jürgen; Grote, Christiane; Grünhagen, Elke; Lampert, Thomas (2004): Pflege. Berlin: Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

- Razum, Oliver; Spallek, Jacob; Zeeb, Hajo (2011): Migration und Gesundheit. In: Schott, Thomas; Hornberg, Claudia (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2016): Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Klaus Hurrelmann Matthias Richter (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 3–22.
- RKI (Hg.) (2014) Alkoholkonsum. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Robert Koch-Institut (RKI), Berlin.
- RKI (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin.
- Rosenbrock, Rolf (1995): Public Health als Soziale Innovation. Das Gesundheitswesen. Bd. 57, 3 (1995), S. 140-144.
- Sammet, Torben; Schlicht, Wolfgang; Steffen, Gabriele et al. (2015): Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung. Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestalten. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.). Stuttgart.
- Saß, Anke-Christine; Wurm, Susanne; Zies, Thomas (2009): Somatische und psychische Gesundheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) und Robert Koch-Institut (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Unter Mitarbeit von Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer, Thomas Ziese. Berlin, S. 31–61.
- Scheiner, Joachim (2004): Macht Mobilität glücklich? Auswirkungen der Mobilität auf die Lebenszufriedenheit. In: Freizeitmobilität älterer Menschen. Dortmund: Dortmund, Univ., Inst. f. Raumplanung; IRPUD, S. 173–179.
- Schmidt-Kaehler, Sebastian (2016): Patientenperspektiven 2016. Qualitative Studie zu Erfahrungen, Erwartungen und Nutzungsmustern von Patientinnen und Patienten in Deutschland. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Patientenprojekte GmbH. Versmold.

- Schulz, Marlen (2012): Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In: Marlen Schulz, Birgit Mack und Ortwin Renn (Hg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: Springer VS, S. 9–22.
- Schumacher, Harald (1996): Die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen im Vergleich. In: Erhard Kantzenbach, Bruno Molitor, Otto G. Mayer (Hg.): Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik. Tübingen: J.C.B Mohr (Paul Siebeck) (Veröffentlichungen des HWWA-Institut für Wirtschaftsforschung, Hamburg), S. 189–216.
- Strobl, Ralf; Maier, Werner; Mielck, Andreas et al. (2014): Wohnumfeld - Stolperstein oder Weg zum gesunden Altern? Ergebnisse der Augsburger Regionalkonferenz "Wohnumfeld, Alter und Gesundheit". In: *Gesundheit und Geschlecht*, S. 1120–1126.
- Tausch, Anja; Menold, Natalja (2015): Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? Hg. v. GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. Köln (GESIS papers, 12).
- Weitkunat, Rolf (1998): Computergestützte Telefoninterviews als Instrument der sozial- und verhaltens-epidemiologischen Gesundheitsforschung. Berlin: Logos Verlag.
- WHO (1986): Ottawa-Charta for health promotion. International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. World Health Organization (WHO). Ottawa: WHO, zuletzt geprüft am 02.11.2018.
- WHO (2005): The SuRF Report 2. Surveillance of chronic disease Risk Factors: Country-level data and comparable estimates. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2010): Global recommendations on physical activity for health. Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2016): World Health Statistics. Genf: World Health Organization (WHO).
- Woodcock, James; Franco, Oscar H.; Orsini, Nicola; Roberts, Ian (2011): Non-vigorous Physical Activity and All-cause Mortality. Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies. In: *International journal of epidemiology* 40 (1), S. 121–138. DOI: 10.1093/ije/dyq104.



ZBFS (2017): Strukturstatistik SGB IX - Gemeinde Puchheim. Das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS). Bayreuth.

Zeidler, Jan; Braun, Sebastian (2012): Sekundärdatenanalyse. In: J.-Matthias Graf von der Schulenburg (Hg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 243–274.

Zeiger, Johannes; Kuntz, Benjamin; Lange, Cornelia (2017): Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017 2(2). Robert Koch-Institut, Berlin.

ZPG (2012): Alter, Migration und Gesundheit. Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.). Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG). München. Online verfügbar unter <https://www.zpg-bayern.de/alter-migration-und-gesundheit.html>, zuletzt geprüft am 08.04.2019.

ANHANG

Grundauszählung

F1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausgezeich- net	47	2,8	2,8	2,8
	sehr gut	266	15,8	15,9	18,8
	gut	879	52,1	52,7	71,5
	weniger gut	394	23,4	23,6	95,1
	schlecht	82	4,9	4,9	100,0
	Gesamt	1668	98,9	100,0	
Fehlend		19	1,1		
Gesamt		1687	100,0		

F2 Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	derzeit viel besser als vor einem Jahr	67	4,0	4,0	4,0
	derzeit etwas besser als vor einem Jahr	109	6,5	6,5	10,5
	etwa so wie vor einem Jahr	1035	61,4	61,9	72,5
	derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr	387	22,9	23,2	95,6
	derzeit viel schlechter als vor einem Jahr	73	4,3	4,4	100,0
	Gesamt	1671	99,1	100,0	
Fehlend		16	0,9		
Gesamt		1687	100,0		

F3_1 Einschränkung: Anstrengende Tätigkeiten, z.B, schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	539	32,0	32,8	32,8
	Ja, etwas ein- geschränkt	839	49,7	51,0	83,8
	Nein, über- haupt nicht einge- schränkt	266	15,8	16,2	100,0
	Gesamt	1644	97,5	100,0	
Fehlend		43	2,5		
Gesamt		1687	100,0		

F3_2 Einschränkung: Mittelschwere Tätigkeiten, z.B, einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	186	11,0	11,4	11,4
	Ja, etwas ein- geschränkt	603	35,7	36,9	48,3
	Nein, über- haupt nicht einge- schränkt	845	50,1	51,7	100,0
	Gesamt	1634	96,9	100,0	
Fehlend		53	3,1		
Gesamt		1687	100,0		

F3_3 Einschränkung: Einkaufstaschen heben oder tragen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	145	8,6	8,9	8,9
	Ja, etwas ein- geschränkt	524	31,1	32,1	41,0
	Nein, über- haupt nicht eingeschränkt	961	57,0	59,0	100,0
	Gesamt	1630	96,6	100,0	
Fehlend		57	3,4		
Gesamt		1687	100,0		

F3_4 Einschränkung: Mehrere Treppenabsätze steigen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	216	12,8	13,3	13,3
	Ja, etwas ein- geschränkt	617	36,6	37,9	51,2
	Nein, über- haupt nicht eingeschränkt	794	47,1	48,8	100,0
	Gesamt	1627	96,4	100,0	
Fehlend		60	3,6		
Gesamt		1687	100,0		

F3_5 Einschränkung: Einen Treppenabsatz steigen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	86	5,1	5,4	5,4
	Ja, etwas ein- geschränkt	381	22,6	23,8	29,1
	Nein, über- haupt nicht einge- schränkt	1137	67,4	70,9	100,0
	Gesamt	1604	95,1	100,0	
Fehlend		83	4,9		
Gesamt		1687	100,0		

F3_6 Einschränkung: Sich beugen, knien, bücken

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	213	12,6	13,0	13,0
	Ja, etwas ein- geschränkt	729	43,2	44,4	57,4
	Nein, über- haupt nicht einge- schränkt	699	41,4	42,6	100,0
	Gesamt	1641	97,3	100,0	
Fehlend		46	2,7		
Gesamt		1687	100,0		

F3_7 Einschränkung: Mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	255	15,1	15,5	15,5
	Ja, etwas ein- geschränkt	395	23,4	24,1	39,6
	Nein, über- haupt nicht einge- schränkt	992	58,8	60,4	100,0
	Gesamt	1642	97,3	100,0	
Fehlend		45	2,7		
Gesamt		1687	100,0		

F3_8 Einschränkung: Mehrere hundert Meter weit zu Fuß gehen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	151	9,0	9,3	9,3
	Ja, etwas ein- geschränkt	328	19,4	20,3	29,6
	Nein, über- haupt nicht einge- schränkt	1139	67,5	70,4	100,0
	Gesamt	1618	95,9	100,0	
Fehlend		69	4,1		
Gesamt		1687	100,0		

F3_9 Einschränkung: Einhundert Meter weit zu Fuß gehen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	86	5,1	5,3	5,3
	Ja, etwas ein- geschränkt	271	16,1	16,8	22,2
	Nein, über- haupt nicht einge- schränkt	1254	74,3	77,8	100,0
	Gesamt	1611	95,5	100,0	
Fehlend		76	4,5		
Gesamt		1687	100,0		

F3_10 Einschränkung: Sich baden oder anziehen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, stark ein- geschränkt	62	3,7	3,8	3,8
	Ja, etwas ein- geschränkt	284	16,8	17,3	21,1
	Nein, über- haupt nicht einge- schränkt	1297	76,9	78,9	100,0
	Gesamt	1643	97,4	100,0	
Fehlend		44	2,6		
Gesamt		1687	100,0		

F4_1 Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen: Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer	100	5,9	6,2	6,2
	Meistens	254	15,1	15,6	21,8
	Manchmal	423	25,1	26,0	47,8
	Selten	394	23,4	24,2	72,1
	Nie	454	26,9	27,9	100,0
	Gesamt	1625	96,3	100,0	
Fehlend		62	3,7		
Gesamt		1687	100,0		

F4_2 Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen: Ich habe weniger geschafft als ich wollte

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer	87	5,2	5,4	5,4
	Meistens	247	14,6	15,3	20,6
	Manchmal	479	28,4	29,6	50,2
	Selten	383	22,7	23,7	73,9
	Nie	422	25,0	26,1	100,0
	Gesamt	1618	95,9	100,0	
Fehlend		69	4,1		
Gesamt		1687	100,0		

F4_3 Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen: Ich konnte nur bestimmte Dinge tun

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer	94	5,6	5,9	5,9
	Meistens	199	11,8	12,4	18,3
	Manchmal	361	21,4	22,5	40,7
	Selten	402	23,8	25,0	65,8
	Nie	549	32,5	34,2	100,0
	Gesamt	1605	95,1	100,0	
Fehlend		82	4,9		
Gesamt		1687	100,0		

F4_4 Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen: Ich konnte nur bestimmte Dinge tun

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer	118	7,0	7,3	7,3
	Meistens	221	13,1	13,7	21,0
	Manchmal	432	25,6	26,7	47,7
	Selten	380	22,5	23,5	71,3
	Nie	464	27,5	28,7	100,0
	Gesamt	1615	95,7	100,0	
Fehlend		72	4,3		
Gesamt		1687	100,0		

F5_1 Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme: Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer	64	3,8	3,9	3,9
	Meistens	119	7,1	7,3	11,3
	Manchmal	280	16,6	17,3	28,5
	Selten	341	20,2	21,0	49,5
	Nie	819	48,5	50,5	100,0
	Gesamt	1623	96,2	100,0	
Fehlend		64	3,8		
Gesamt		1687	100,0		

F5_2 Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme: Ich habe weniger geschafft als ich wollte

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer	60	3,6	3,7	3,7
	Meistens	136	8,1	8,5	12,2
	Manchmal	318	18,9	19,8	32,0
	Selten	348	20,6	21,7	53,6
	Nie	745	44,2	46,4	100,0
	Gesamt	1607	95,3	100,0	
Fehlend		80	4,7		
Gesamt		1687	100,0		

F5_3 Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme: Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer	54	3,2	3,4	3,4
	Meistens	116	6,9	7,2	10,6
	Manchmal	283	16,8	17,6	28,2
	Selten	361	21,4	22,5	50,7
	Nie	793	47,0	49,3	100,0
	Gesamt	1607	95,3	100,0	
Fehlend		80	4,7		
Gesamt		1687	100,0		

F6 Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit/seelischen Probleme in den letzten vier Wochen Ihre normalen Kontakte beeinträchtigt?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht	1026	60,8	61,7	61,7
	etwas	326	19,3	19,6	81,3
	mäßig	153	9,1	9,2	90,4
	ziemlich	105	6,2	6,3	96,8
	sehr	54	3,2	3,2	100,0
	Gesamt	1664	98,6	100,0	
Fehlend		23	1,4		
Gesamt		1687	100,0		

F7 Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Schmerzen	410	24,3	24,6	24,6
	sehr leicht	327	19,4	19,6	44,1
	leicht	302	17,9	18,1	62,2
	mäßig	417	24,7	25,0	87,2
	stark	175	10,4	10,5	97,7
	sehr stark	39	2,3	2,3	100,0
	Gesamt	1670	99,0	100,0	
Fehlend		17	1,0		
Gesamt		1687	100,0		

F8 Inwieweit haben die Schmerzen Sie (in den letzten vier Wochen) bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause/ im Beruf behindert?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht	587	34,8	36,2	36,2
	ein Bisschen	490	29,0	30,2	66,5
	mäßig	301	17,8	18,6	85,1
	ziemlich	184	10,9	11,4	96,4
	sehr	58	3,4	3,6	100,0
	Gesamt	1620	96,0	100,0	
Fehlend		67	4,0		
Gesamt		1687	100,0		

F9_1 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen voller Leben?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	265	15,7	17,0	17,0
	meistens	803	47,6	51,6	68,6
	manchmal	240	14,2	15,4	84,1
	selten	191	11,3	12,3	96,3
	nie	57	3,4	3,7	100,0
	Gesamt	1556	92,2	100,0	
Fehlend		131	7,8		
Gesamt		1687	100,0		

F9_2 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen sehr nervös?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	24	1,4	1,5	1,5
	meistens	82	4,9	5,2	6,7
	manchmal	415	24,6	26,4	33,1
	selten	546	32,4	34,7	67,8
	nie	506	30,0	32,2	100,0
	Gesamt	1573	93,2	100,0	
Fehlend		114	6,8		
Gesamt		1687	100,0		

F9_3 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheutern konnte?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	16	0,9	1,0	1,0
	meistens	62	3,7	3,9	5,0
	manchmal	225	13,3	14,3	19,3
	selten	375	22,2	23,9	43,2
	nie	892	52,9	56,8	100,0
	Gesamt	1570	93,1	100,0	
Fehlend		117	6,9		
Gesamt		1687	100,0		

F9_4 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ruhig und gelassen?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	246	14,6	15,6	15,6
	meistens	940	55,7	59,5	75,1
	manchmal	199	11,8	12,6	87,7
	selten	157	9,3	9,9	97,7
	nie	37	2,2	2,3	100,0
	Gesamt	1579	93,6	100,0	
Fehlend		108	6,4		
Gesamt		1687	100,0		

F9_5 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen voller Energie?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	148	8,8	9,5	9,5
	meistens	724	42,9	46,4	55,9
	manchmal	362	21,5	23,2	79,1
	selten	239	14,2	15,3	94,4
	nie	87	5,2	5,6	100,0
	Gesamt	1560	92,5	100,0	
Fehlend		127	7,5		
Gesamt		1687	100,0		

F9_6 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen entmutigt und traurig?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	25	1,5	1,6	1,6
	meistens	75	4,4	4,8	6,3
	manchmal	354	21,0	22,5	28,8
	selten	466	27,6	29,6	58,4
	nie	655	38,8	41,6	100,0
	Gesamt	1575	93,4	100,0	
Fehlend		112	6,6		
Gesamt		1687	100,0		

F9_7 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen erschöpft?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	34	2,0	2,1	2,1
	meistens	164	9,7	10,3	12,5
	manchmal	595	35,3	37,5	50,0
	selten	519	30,8	32,7	82,7
	nie	275	16,3	17,3	100,0
	Gesamt	1587	94,1	100,0	
Fehlend		100	5,9		
Gesamt		1687	100,0		

F9_8 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen glücklich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	172	10,2	10,9	10,9
	meistens	817	48,4	51,7	62,6
	manchmal	336	19,9	21,3	83,9
	selten	200	11,9	12,7	96,5
	nie	55	3,3	3,5	100,0
	Gesamt	1580	93,7	100,0	
Fehlend		107	6,3		
Gesamt		1687	100,0		

F9_9 Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen müde?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	71	4,2	4,4	4,4
	meistens	276	16,4	17,1	21,5
	manchmal	799	47,4	49,6	71,1
	selten	374	22,2	23,2	94,3
	nie	92	5,5	5,7	100,0
	Gesamt	1612	95,6	100,0	
Fehlend		75	4,4		
Gesamt		1687	100,0		

F10 Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme Ihre Kontakte zu anderen Menschen beeinträchtigt?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	42	2,5	2,8	2,8
	meistens	110	6,5	7,2	10,0
	manchmal	298	17,7	19,6	29,5
	selten	332	19,7	21,8	51,3
	nie	742	44,0	48,7	100,0
	Gesamt	1524	90,3	100,0	
Fehlend		163	9,7		
Gesamt		1687	100,0		

F11_1 Inwieweit trifft die folgenden Aussage auf Sie zu? „Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.“

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft ganz zu	30	1,8	1,9	1,9
	trifft weitge- hend zu	118	7,0	7,3	9,2
	weiß nicht	249	14,8	15,4	24,6
	trifft weitge- hend nicht zu	443	26,3	27,4	52,0
	trifft über- haupt nicht zu	776	46,0	48,0	100,0
	Gesamt	1616	95,8	100,0	
Fehlend		71	4,2		
Gesamt		1687	100,0		

F11_2 Inwieweit trifft die folgenden Aussage auf Sie zu? „Ich bin genauso gesund wie andere Menschen, die ich kenne.“

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft ganz zu	329	19,5	20,4	20,4
	trifft weitge- hend zu	524	31,1	32,5	53,0
	weiß nicht	350	20,7	21,7	74,7
	trifft weitge- hend nicht zu	281	16,7	17,5	92,2
	trifft über- haupt nicht zu	126	7,5	7,8	100,0
	Gesamt	1610	95,4	100,0	
Fehlend		77	4,6		
Gesamt		1687	100,0		

F11_3 Inwieweit trifft die folgenden Aussage auf Sie zu? „Ich erwarte, dass mein Gesundheitszustand sich verschlechtert.“

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft ganz zu	66	3,9	4,1	4,1
	trifft weitge- hend zu	213	12,6	13,2	17,3
	weiß nicht	444	26,3	27,5	44,8
	trifft weitge- hend nicht zu	334	19,8	20,7	65,5
	trifft über- haupt nicht zu	556	33,0	34,5	100,0
	Gesamt	1613	95,6	100,0	
Fehlend		74	4,4		
Gesamt		1687	100,0		

F11_4 Inwieweit trifft die folgenden Aussage auf Sie zu? „Mein Gesundheitszustand ist ausgezeichnet.“

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft ganz zu	173	10,3	10,7	10,7
	trifft weitge- hend zu	689	40,8	42,7	53,4
	weiß nicht	155	9,2	9,6	63,0
	trifft weitge- hend nicht zu	367	21,8	22,7	85,7
	trifft über- haupt nicht zu	230	13,6	14,3	100,0
	Gesamt	1614	95,7	100,0	
Fehlend		73	4,3		
Gesamt		1687	100,0		

F12_1 Zustimmung: Meine Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Anlage und Glück

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	160	9,5	10,0	10,0
	stimme zu	574	34,0	35,9	45,9
	teils-teils	619	36,7	38,7	84,7
	lehne ab	179	10,6	11,2	95,9
	lehne sehr ab	66	3,9	4,1	100,0
	Gesamt	1598	94,7	100,0	
Fehlend		89	5,3		
Gesamt		1687	100,0		

F12_2 Zustimmung: Es liegt stets an mir, wenn etwas mit meiner Gesundheit nicht stimmt

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	66	3,9	4,1	4,1
	stimme zu	299	17,7	18,6	22,8
	teils-teils	595	35,3	37,1	59,9
	lehne ab	468	27,7	29,2	89,0
	lehne sehr ab	176	10,4	11,0	100,0
	Gesamt	1604	95,1	100,0	
Fehlend		83	4,9		
Gesamt		1687	100,0		

F12_3 Zustimmung: Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt mir sagt

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	75	4,4	4,7	4,7
	stimme zu	334	19,8	20,9	25,6
	teils-teils	627	37,2	39,3	65,0
	lehne ab	384	22,8	24,1	89,0
	lehne sehr ab	175	10,4	11,0	100,0
	Gesamt	1595	94,5	100,0	
Fehlend		92	5,5		
Gesamt		1687	100,0		

F12_4 Zustimmung: Wenn ich krank werde, so ist dies meine Schuld

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	21	1,2	1,3	1,3
	stimme zu	74	4,4	4,6	6,0
	teils-teils	386	22,9	24,2	30,1
	lehne ab	638	37,8	40,0	70,1
	lehne sehr ab	477	28,3	29,9	100,0
	Gesamt	1596	94,6	100,0	
Fehlend		91	5,4		
Gesamt		1687	100,0		

F12_5 Zustimmung: Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in der Hauptsache durch reines Glück bestimmt

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	30	1,8	1,9	1,9
	stimme zu	114	6,8	7,2	9,1
	teils-teils	458	27,1	28,9	38,0
	lehne ab	595	35,3	37,6	75,6
	lehne sehr ab	386	22,9	24,4	100,0
	Gesamt	1583	93,8	100,0	
Fehlend		104	6,2		
Gesamt		1687	100,0		

F12_6 Zustimmung: Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	183	10,8	11,4	11,4
	stimme zu	634	37,6	39,5	50,8
	teils-teils	607	36,0	37,8	88,6
	lehne ab	127	7,5	7,9	96,5
	lehne sehr ab	56	3,3	3,5	100,0
	Gesamt	1607	95,3	100,0	
Fehlend		80	4,7		
Gesamt		1687	100,0		

F12_7 Zustimmung: Ärzte bestimmen meine Gesundheit

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	37	2,2	2,3	2,3
	stimme zu	111	6,6	6,9	9,3
	teils-teils	541	32,1	33,8	43,1
	lehne ab	563	33,4	35,2	78,3
	lehne sehr ab	348	20,6	21,8	100,0
	Gesamt	1600	94,8	100,0	
Fehlend		87	5,2		
Gesamt		1687	100,0		

F12_8 Zustimmung: Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	117	6,9	7,5	7,5
	stimme zu	368	21,8	23,5	30,9
	teils-teils	887	52,6	56,6	87,5
	lehne ab	138	8,2	8,8	96,3
	lehne sehr ab	58	3,4	3,7	100,0
	Gesamt	1568	92,9	100,0	
Fehlend		119	7,1		
Gesamt		1687	100,0		

F12_9 Zustimmung: Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt beraten lässt

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	175	10,4	10,8	10,8
	stimme zu	674	40,0	41,8	52,6
	teils-teils	515	30,5	31,9	84,5
	lehne ab	197	11,7	12,2	96,7
	lehne sehr ab	53	3,1	3,3	100,0
	Gesamt	1614	95,7	100,0	
Fehlend		73	4,3		
Gesamt		1687	100,0		

F12_10 Zustimmung: Wenn ich mich krank fühle, weiß ich, dass ich nicht richtig aufgepasst habe

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	28	1,7	1,8	1,8
	stimme zu	174	10,3	10,9	12,6
	teils-teils	564	33,4	35,3	47,9
	lehne ab	628	37,2	39,3	87,2
	lehne sehr ab	205	12,2	12,8	100,0
	Gesamt	1599	94,8	100,0	
Fehlend		88	5,2		
Gesamt		1687	100,0		

F12_11 Zustimmung: Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	42	2,5	2,6	2,6
	stimme zu	256	15,2	16,0	18,6
	teils-teils	558	33,1	34,9	53,6
	lehne ab	504	29,9	31,5	85,1
	lehne sehr ab	238	14,1	14,9	100,0
	Gesamt	1598	94,7	100,0	
Fehlend		89	5,3		
Gesamt		1687	100,0		

F12_12 Zustimmung: Es liegt vor allem an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit wieder gesund werde

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme sehr zu	120	7,1	7,5	7,5
	stimme zu	486	28,8	30,2	37,6
	teils-teils	800	47,4	49,7	87,3
	lehne ab	143	8,5	8,9	96,2
	lehne sehr ab	61	3,6	3,8	100,0
	Gesamt	1610	95,4	100,0	
Fehlend		77	4,6		
Gesamt		1687	100,0		

F13_1 Beschwerden: Rücken- oder Kreuzschmerzen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	221	13,1	13,5	13,5
	kaum	478	28,3	29,1	42,5
	mäßig	615	36,5	37,4	80,0
	stark	329	19,5	20,0	100,0
	Gesamt	1643	97,4	100,0	
Fehlend		44	2,6		
Gesamt		1687	100,0		

F13_2 Beschwerden: Gelenkschmerzen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	271	16,1	16,6	16,6
	kaum	438	26,0	26,9	43,5
	mäßig	641	38,0	39,3	82,8
	stark	281	16,7	17,2	100,0
	Gesamt	1631	96,7	100,0	
Fehlend		56	3,3		
Gesamt		1687	100,0		

F13_3 Beschwerden: Schwächegefühl

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	550	32,6	34,8	34,8
	kaum	550	32,6	34,8	69,6
	mäßig	383	22,7	24,2	93,8
	stark	98	5,8	6,2	100,0
	Gesamt	1581	93,7	100,0	
Fehlend		106	6,3		
Gesamt		1687	100,0		

F13_4 Beschwerden: Druck- oder Völlegefühl am Leib

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	722	42,8	45,2	45,2
	kaum	552	32,7	34,6	79,8
	mäßig	259	15,4	16,2	96,0
	stark	64	3,8	4,0	100,0
	Gesamt	1597	94,7	100,0	
Fehlend		90	5,3		
Gesamt		1687	100,0		

F13_5 Beschwerden: Mattigkeit

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	419	24,8	26,4	26,4
	kaum	580	34,4	36,5	62,9
	mäßig	478	28,3	30,1	93,1
	stark	110	6,5	6,9	100,0
	Gesamt	1587	94,1	100,0	
Fehlend		100	5,9		
Gesamt		1687	100,0		

F13_6 Beschwerden: Sodbrennen oder saures Aufstoßen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	788	46,7	49,2	49,2
	kaum	421	25,0	26,3	75,5
	mäßig	302	17,9	18,9	94,3
	stark	91	5,4	5,7	100,0
	Gesamt	1602	95,0	100,0	
Fehlend		85	5,0		
Gesamt		1687	100,0		

F13_7 Beschwerden: Reizbarkeit

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	468	27,7	29,3	29,3
	kaum	652	38,6	40,9	70,2
	mäßig	409	24,2	25,6	95,9
	stark	66	3,9	4,1	100,0
	Gesamt	1595	94,5	100,0	
Fehlend		92	5,5		
Gesamt		1687	100,0		

F13_8 Beschwerden: Innere Unruhe

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	450	26,7	28,1	28,1
	kaum	584	34,6	36,5	64,5
	mäßig	447	26,5	27,9	92,4
	stark	121	7,2	7,6	100,0
	Gesamt	1602	95,0	100,0	
Fehlend		85	5,0		
Gesamt		1687	100,0		

F13_9 Beschwerden: Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	464	27,5	28,8	28,8
	kaum	484	28,7	30,0	58,8
	mäßig	475	28,2	29,5	88,3
	stark	188	11,1	11,7	100,0
	Gesamt	1611	95,5	100,0	
Fehlend		76	4,5		
Gesamt		1687	100,0		

F13_10 Beschwerden: Schlaflosigkeit

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	525	31,1	32,4	32,4
	kaum	506	30,0	31,2	63,6
	mäßig	424	25,1	26,2	89,8
	stark	166	9,8	10,2	100,0
	Gesamt	1621	96,1	100,0	
Fehlend		66	3,9		
Gesamt		1687	100,0		

F13_11 Beschwerden: Schwindelgefühl

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	692	41,0	42,7	42,7
	kaum	478	28,3	29,5	72,2
	mäßig	344	20,4	21,2	93,5
	stark	106	6,3	6,5	100,0
	Gesamt	1620	96,0	100,0	
Fehlend		67	4,0		
Gesamt		1687	100,0		

F13_12 Beschwerden: Müdigkeit

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	237	14,0	15,0	15,0
	kaum	592	35,1	37,5	52,5
	mäßig	606	35,9	38,4	90,9
	stark	144	8,5	9,1	100,0
	Gesamt	1579	93,6	100,0	
Fehlend		108	6,4		
Gesamt		1687	100,0		

F13_13 Beschwerden: Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	925	54,8	57,2	57,2
	kaum	470	27,9	29,0	86,2
	mäßig	176	10,4	10,9	97,1
	stark	47	2,8	2,9	100,0
	Gesamt	1618	95,9	100,0	
Fehlend		69	4,1		
Gesamt		1687	100,0		

F13_14 Beschwerden: Flimmern vor den Augen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	951	56,4	58,7	58,7
	kaum	453	26,9	28,0	86,7
	mäßig	182	10,8	11,2	98,0
	stark	33	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	1619	96,0	100,0	
Fehlend		68	4,0		
Gesamt		1687	100,0		

F13_15 Beschwerden: Schwerhörigkeit, Hörbeschwerden

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	694	41,1	42,6	42,6
	kaum	318	18,9	19,5	62,2
	mäßig	406	24,1	24,9	87,1
	stark	210	12,4	12,9	100,0
	Gesamt	1628	96,5	100,0	
Fehlend		59	3,5		
Gesamt		1687	100,0		

F13_16 Beschwerden: Anfallsweise Atemnot

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	1053	62,4	65,4	65,4
	kaum	317	18,8	19,7	85,0
	mäßig	188	11,1	11,7	96,7
	stark	53	3,1	3,3	100,0
	Gesamt	1611	95,5	100,0	
Fehlend		76	4,5		
Gesamt		1687	100,0		

F13_17 Beschwerden: Erstickungsgefühl

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	1363	80,8	85,5	85,5
	kaum	166	9,8	10,4	95,9
	mäßig	50	3,0	3,1	99,1
	stark	15	0,9	0,9	100,0
	Gesamt	1594	94,5	100,0	
Fehlend		93	5,5		
Gesamt		1687	100,0		

F13_18 Beschwerden: Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	812	48,1	50,3	50,3
	kaum	487	28,9	30,2	80,5
	mäßig	250	14,8	15,5	96,0
	stark	65	3,9	4,0	100,0
	Gesamt	1614	95,7	100,0	
Fehlend		73	4,3		
Gesamt		1687	100,0		

F13_19 Beschwerden: Angstgefühl

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	955	56,6	60,0	60,0
	kaum	394	23,4	24,7	84,7
	mäßig	199	11,8	12,5	97,2
	stark	44	2,6	2,8	100,0
	Gesamt	1592	94,4	100,0	
Fehlend		95	5,6		
Gesamt		1687	100,0		

F13_20 Beschwerden: Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unterleibsschmerzen)

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	951	56,4	59,0	59,0
	kaum	444	26,3	27,5	86,5
	mäßig	189	11,2	11,7	98,3
	stark	28	1,7	1,7	100,0
	Gesamt	1612	95,6	100,0	
Fehlend		75	4,4		
Gesamt		1687	100,0		

F13_21 Beschwerden: Energielosigkeit

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	443	26,3	27,4	27,4
	kaum	666	39,5	41,2	68,7
	mäßig	415	24,6	25,7	94,4
	stark	91	5,4	5,6	100,0
	Gesamt	1615	95,7	100,0	
Fehlend		72	4,3		
Gesamt		1687	100,0		

F13_22 Beschwerden: Konzentrationsschwäche

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	471	27,9	29,2	29,2
	kaum	700	41,5	43,5	72,7
	mäßig	368	21,8	22,8	95,5
	stark	72	4,3	4,5	100,0
	Gesamt	1611	95,5	100,0	
Fehlend		76	4,5		
Gesamt		1687	100,0		

F13_23 Beschwerden: Innere Gespanntheit

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	618	36,6	38,4	38,4
	kaum	569	33,7	35,4	73,8
	mäßig	348	20,6	21,6	95,5
	stark	73	4,3	4,5	100,0
	Gesamt	1608	95,3	100,0	
Fehlend		79	4,7		
Gesamt		1687	100,0		

F13_24 Beschwerden: Wetterfühligkeit

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	761	45,1	47,2	47,2
	kaum	460	27,3	28,5	75,7
	mäßig	270	16,0	16,7	92,5
	stark	121	7,2	7,5	100,0
	Gesamt	1612	95,6	100,0	
Fehlend		75	4,4		
Gesamt		1687	100,0		

F13_25 Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depression

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	863	51,2	53,6	53,6
	kaum	410	24,3	25,5	79,1
	mäßig	259	15,4	16,1	95,2
	stark	78	4,6	4,8	100,0
	Gesamt	1610	95,4	100,0	
Fehlend		77	4,6		
Gesamt		1687	100,0		

F13_26 Beschwerden: Taubheitsgefühl in Händen und/oder Füßen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	759	45,0	46,9	46,9
	kaum	423	25,1	26,1	73,1
	mäßig	317	18,8	19,6	92,6
	stark	119	7,1	7,4	100,0
	Gesamt	1618	95,9	100,0	
Fehlend		69	4,1		
Gesamt		1687	100,0		

F13_27 Beschwerden: Allergien, Hautreizungen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	780	46,2	48,1	48,1
	kaum	411	24,4	25,4	73,5
	mäßig	321	19,0	19,8	93,3
	stark	109	6,5	6,7	100,0
	Gesamt	1621	96,1	100,0	
Fehlend		66	3,9		
Gesamt		1687	100,0		

F13_28 Beschwerden: Starkes Schwitzen

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	769	45,6	47,3	47,3
	kaum	449	26,6	27,6	75,0
	mäßig	295	17,5	18,2	93,1
	stark	112	6,6	6,9	100,0
	Gesamt	1625	96,3	100,0	
Fehlend		62	3,7		
Gesamt		1687	100,0		

F14_1 Erreichbarkeit folgender Einrichtungen: Geschäfte für den alltäglichen Bedarf

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Unter 10 Minuten	419	24,8	25,4	25,4
	10 - 20 Minuten	831	49,3	50,4	75,8
	Mehr als 20 Minuten	268	15,9	16,3	92,1
	Nicht zu Fuß erreichbar	102	6,0	6,2	98,3
	Weiß nicht	28	1,7	1,7	100,0
	Gesamt	1648	97,7	100,0	
Fehlend		39	2,3		
Gesamt		1687	100,0		

F14_2 Erreichbarkeit folgender Einrichtungen: Gaststätte/Kneipe/Restaurant

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Unter 10 Minuten	341	20,2	21,3	21,3
	10 - 20 Minuten	720	42,7	45,0	66,3
	Mehr als 20 Minuten	293	17,4	18,3	84,6
	Nicht zu Fuß erreichbar	165	9,8	10,3	94,9
	Weiß nicht	82	4,9	5,1	100,0
	Gesamt	1601	94,9	100,0	
Fehlend		86	5,1		
Gesamt		1687	100,0		

F14_3 Erreichbarkeit folgender Einrichtungen: Bankautomat oder vergleichbarer Zugang zu Bargeld

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Unter 10 Mi- nuten	312	18,5	19,1	19,1
	10 - 20 Minu- ten	683	40,5	41,7	60,8
	Mehr als 20 Minuten	375	22,2	22,9	83,7
	Nicht zu Fuß erreichbar	241	14,3	14,7	98,4
	Weiß nicht	26	1,5	1,6	100,0
	Gesamt	1637	97,0	100,0	
Fehlend		50	3,0		
Gesamt		1687	100,0		

F14_4 Erreichbarkeit folgender Einrichtungen: Öffentliche Grünanlage

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Unter 10 Mi- nuten	816	48,4	50,8	50,8
	10 - 20 Minu- ten	497	29,5	31,0	81,8
	Mehr als 20 Minuten	132	7,8	8,2	90,0
	Nicht zu Fuß erreichbar	84	5,0	5,2	95,3
	Weiß nicht	76	4,5	4,7	100,0
	Gesamt	1605	95,1	100,0	
Fehlend		82	4,9		
Gesamt		1687	100,0		

F14_5 Erreichbarkeit folgender Einrichtungen: Öffentliche Sport- oder Freizeitanlage

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Unter 10 Mi- nuten	291	17,2	18,4	18,4
	10 - 20 Minu- ten	540	32,0	34,1	52,5
	Mehr als 20 Minuten	404	23,9	25,5	78,0
	Nicht zu Fuß erreichbar	206	12,2	13,0	91,0
	Weiß nicht	142	8,4	9,0	100,0
	Gesamt	1583	93,8	100,0	
Fehlend		104	6,2		
Gesamt		1687	100,0		

F14_6 Erreichbarkeit folgender Einrichtungen: Grünfläche mit bereit gestellten Bewegungsmöglichkeiten (z.B. Bocciaflächen)

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Unter 10 Mi- nuten	183	10,8	11,8	11,8
	10 - 20 Minu- ten	336	19,9	21,6	33,4
	Mehr als 20 Minuten	266	15,8	17,1	50,4
	Nicht zu Fuß erreichbar	371	22,0	23,8	74,3
	Weiß nicht	400	23,7	25,7	100,0
	Gesamt	1556	92,2	100,0	
Fehlend		131	7,8		
Gesamt		1687	100,0		

F14_7 Erreichbarkeit folgender Einrichtungen: Haltestelle für öffentliche Verkehrsmittel

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Unter 10 Mi- nuten	1126	66,7	68,4	68,4
	10 - 20 Minu- ten	424	25,1	25,7	94,1
	Mehr als 20 Minuten	38	2,3	2,3	96,4
	Nicht zu Fuß erreichbar	42	2,5	2,6	99,0
	Weiß nicht	17	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	1647	97,6	100,0	
Fehlend		40	2,4		
Gesamt		1687	100,0		

F15 Wie bewältigen Sie Ihre alltäglich anfallenden Wegstrecken überwiegend? — Personen, die genau eine Option wählten

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Zu Fuß	297	17,6	21,0	21,0
	Mit dem Fahrrad	409	24,2	28,9	49,9
	Mit öffentli- chen Ver- kehrsmitteln	50	3,0	3,5	53,5
	Mit dem Auto, Motorrad, Moped oder Mofa	546	32,4	38,6	92,1
	Ich werde pri- vat gefahren	70	4,1	5,0	97,0
	Ich nutze Mit- fahrdienste etc,	3	0,2	0,2	97,2

	Mit dem Rollator, Rollstuhl oder anderen Hilfsmitteln	30	1,8	2,1	99,4
	Sonstiges	9	0,5	0,6	100,0
	Gesamt	1414	83,8	100,0	
Fehlend		273	16,2		
Gesamt		1687	100,0		

F16 Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste pers, Probleme haben?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine	51	3,0	3,1	3,1
	1 bis 2	825	48,9	49,5	52,5
	3 bis 5	665	39,4	39,9	92,4
	6 oder mehr	127	7,5	7,6	100,0
	Gesamt	1668	98,9	100,0	
Fehlend		19	1,1		
Gesamt		1687	100,0		

F17 Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr viel Anteilnahme und Interesse	225	13,3	13,6	13,6
	viel Anteilnahme und Interesse	672	39,8	40,5	54,0
	weder viel noch wenig	596	35,3	35,9	89,9
	wenig Anteilnahme und Interesse	144	8,5	8,7	98,6
	keine Anteilnahme und Interesse	23	1,4	1,4	100,0
	Gesamt	1660	98,4	100,0	
Fehlend		27	1,6		
Gesamt		1687	100,0		

F18 Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Personen zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr einfach	340	20,2	20,3	20,3
	einfach	609	36,1	36,4	56,8
	möglich	545	32,3	32,6	89,4
	schwierig	143	8,5	8,6	97,9
	sehr schwierig	35	2,1	2,1	100,0
	Gesamt	1672	99,1	100,0	
Fehlend		15	0,9		
Gesamt		1687	100,0		

F19 Rauchen Sie zurzeit?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, täglich	77	4,6	4,6	4,6
	Ja, gelegent- lich	29	1,7	1,7	6,3
	Nein, nicht mehr	617	36,6	36,9	43,2
	Habe noch nie geraucht	951	56,4	56,8	100,0
	Gesamt	1674	99,2	100,0	
Fehlend		13	0,8		
Gesamt		1687	100,0		

F20 Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie zurzeit durchschnittlich am Tag?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 - 5 Zigaret- ten	41	2,4	36,9	36,9
	6 - 10 Ziga- retten	22	1,3	19,8	56,8
	11 - 20 Ziga- retten	40	2,4	36,0	92,8
	Mehr als 20 Zigaretten	8	0,5	7,2	100,0
	Gesamt	111	6,6	100,0	
Fehlend		1576	93,4		
Gesamt		1687	100,0		

F21 Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also z, B, ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nie	209	12,4	12,5	12,5
	1 Mal pro Mo- nat oder sel- tener	238	14,1	14,3	26,8
	2 - 4 Mal pro Monat	367	21,8	22,0	48,8
	2 - 3 Mal pro Woche	373	22,1	22,4	71,2
	4 Mal pro Woche oder öfter	481	28,5	28,8	100,0
	Gesamt	1668	98,9	100,0	
Fehlend		19	1,1		
Gesamt		1687	100,0		

F22 Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 - 2 alkoholi- sche Ge- tränke	1211	71,8	91,3	91,3
	3 - 4 alkoholi- sche Ge- tränke	100	5,9	7,5	98,8
	5 - 6 alkoholi- sche Ge- tränke	14	0,8	1,1	99,8
	7 - 9 alkoholi- sche Ge- tränke	1	0,1	0,1	99,9
	10 oder mehr alkoholische Getränke	1	0,1	0,1	100,0
	Gesamt	1327	78,7	100,0	
Fehlend		360	21,3		
Gesamt		1687	100,0		

F23 Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen oder einer Party)?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nie	1167	69,2	77,2	77,2
	Seltener als einmal im Monat	247	14,6	16,3	93,5
	Jeden Monat	34	2,0	2,2	95,8
	Jede Woche	31	1,8	2,1	97,8
	Jeden Tag o- der fast jeden Tag	33	2,0	2,2	100,0
	Gesamt	1512	89,6	100,0	
Fehlend		175	10,4		
Gesamt		1687	100,0		

F24 Wie stark geraten Sie normalerweise außer Atem bzw, ins Schwitzen, wenn Sie drei Stockwerke Treppen steigen?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr stark	161	9,5	9,8	9,8
	stark	301	17,8	18,3	28,1
	etwas	811	48,1	49,2	77,3
	gar nicht	374	22,2	22,7	100,0
	Gesamt	1647	97,6	100,0	
Fehlend		40	2,4		
Gesamt		1687	100,0		

F25 Wie oft treiben Sie in der Regel Sport?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Täglich	156	9,2	9,3	9,3
	4 - 6 Mal in der Woche	137	8,1	8,2	17,6
	2 - 3 Mal in der Woche	470	27,9	28,2	45,7
	Einmal in der Woche	324	19,2	19,4	65,1
	Weniger als einmal in der Woche	156	9,2	9,3	74,5
	Gar nicht	426	25,3	25,5	100,0
	Gesamt	1669	98,9	100,0	
Fehlend		18	1,1		
Gesamt		1687	100,0		

F26 Wie oft üben Sie körperlich etwas anstrengendere Alltagsaktivitäten aus?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Täglich	920	54,5	56,0	56,0
	4 - 6 Mal in der Woche	250	14,8	15,2	71,3
	2 - 3 Mal in der Woche	277	16,4	16,9	88,1
	Einmal in der Woche	83	4,9	5,1	93,2
	Weniger als einmal in der Woche	46	2,7	2,8	96,0
	Gar nicht	66	3,9	4,0	100,0
	Gesamt	1642	97,3	100,0	
Fehlend		45	2,7		
Gesamt		1687	100,0		

F27_1 Wie oft nehmen Sie in der Regel Obst oder Gemüse zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals am Tag	552	32,7	33,5	33,5
	Einmal pro Tag	698	41,4	42,4	75,8
	Mehrmals pro Woche	346	20,5	21,0	96,8
	Einmal pro Woche	33	2,0	2,0	98,8
	Seltener	17	1,0	1,0	99,9
	Nie	2	0,1	0,1	100,0
	Gesamt	1648	97,7	100,0	
Fehlend		39	2,3		
Gesamt		1687	100,0		

F27_2 Wie oft nehmen Sie in der Regel Fleisch oder Wurstwaren zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals am Tag	105	6,2	6,4	6,4
	Einmal pro Tag	447	26,5	27,3	33,7
	Mehrmals pro Woche	678	40,2	41,4	75,2
	Einmal pro Woche	169	10,0	10,3	85,5
	Seltener	201	11,9	12,3	97,8
	Nie	36	2,1	2,2	100,0
	Gesamt	1636	97,0	100,0	
Fehlend		51	3,0		
Gesamt		1687	100,0		

F27_3 Wie oft nehmen Sie in der Regel Fertigprodukte oder Fastfood zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals am Tag	4	0,2	0,3	0,3
	Einmal pro Tag	21	1,2	1,3	1,6
	Mehrmals pro Woche	76	4,5	4,8	6,4
	Einmal pro Woche	139	8,2	8,8	15,1
	Seltener	717	42,5	45,2	60,4
	Nie	628	37,2	39,6	100,0
	Gesamt	1585	94,0	100,0	
Fehlend		102	6,0		
Gesamt		1687	100,0		

F27_4 Wie oft nehmen Sie in der Regel Süßigkeiten (z.B. Schokolade, Kuchen) zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals am Tag	65	3,9	4,0	4,0
	Einmal pro Tag	369	21,9	22,9	26,9
	Mehrmals pro Woche	512	30,3	31,8	58,7
	Einmal pro Woche	251	14,9	15,6	74,3
	Seltener	373	22,1	23,1	97,4
	Nie	42	2,5	2,6	100,0
	Gesamt	1612	95,6	100,0	
Fehlend		75	4,4		
Gesamt		1687	100,0		

F27_5 Wie oft nehmen Sie in der Regel Vollkornprodukte zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals am Tag	148	8,8	9,3	9,3
	Einmal pro Tag	494	29,3	30,9	40,1
	Mehrmals pro Woche	445	26,4	27,8	67,9
	Einmal pro Woche	148	8,8	9,3	77,2
	Seltener	315	18,7	19,7	96,9
	Nie	50	3,0	3,1	100,0
	Gesamt	1600	94,8	100,0	
Fehlend		87	5,2		
Gesamt		1687	100,0		

F27_6 Wie oft nehmen Sie in der Regel Milchprodukte (z.B. Joghurt, Käse) zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals am Tag	313	18,6	19,3	19,3
	Einmal pro Tag	724	42,9	44,7	64,0
	Mehrmals pro Woche	424	25,1	26,2	90,2
	Einmal pro Woche	55	3,3	3,4	93,6
	Seltener	77	4,6	4,8	98,3
	Nie	27	1,6	1,7	100,0
	Gesamt	1620	96,0	100,0	
Fehlend		67	4,0		
Gesamt		1687	100,0		

F27_7 Wie oft nehmen Sie in der Regel Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitaminpräparate) zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals am Tag	55	3,3	3,5	3,5
	Einmal pro Tag	342	20,3	21,5	25,0
	Mehrmals pro Woche	98	5,8	6,2	31,2
	Einmal pro Woche	59	3,5	3,7	34,9
	Seltener	356	21,1	22,4	57,3
	Nie	679	40,2	42,7	100,0
	Gesamt	1589	94,2	100,0	
Fehlend		98	5,8		
Gesamt		1687	100,0		

F27_8 Wie oft nehmen Sie in der Regel Süße Getränke (z.B. Limonaden, Softgetränke, Fruchtsaftgetränke) zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals am Tag	60	3,6	3,7	3,7
	Einmal pro Tag	118	7,0	7,3	11,0
	Mehrmals pro Woche	142	8,4	8,8	19,8
	Einmal pro Woche	84	5,0	5,2	24,9
	Seltener	564	33,4	34,8	59,8
	Nie	652	38,6	40,2	100,0
	Gesamt	1620	96,0	100,0	
Fehlend		67	4,0		
Gesamt		1687	100,0		

F27_9 Wie oft nehmen Sie in der Regel Alkoholische Getränke (z.B. Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör) zu sich?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals am Tag	86	5,1	5,3	5,3
	Einmal pro Tag	339	20,1	20,7	25,9
	Mehrmals pro Woche	420	24,9	25,6	51,6
	Einmal pro Woche	188	11,1	11,5	63,1
	Seltener	377	22,3	23,0	86,1
	Nie	228	13,5	13,9	100,0
	Gesamt	1638	97,1	100,0	
Fehlend		49	2,9		
Gesamt		1687	100,0		

**F28_1 Welche Maßnahmen nutzen oder wünschen Sie sich in Puchheim?
Gewichtsabnahme**

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nutze ich	59	3,5	3,9	3,9
	Wünsche ich mir	311	18,4	20,4	24,2
	Kein Interesse	1157	68,6	75,8	100,0
	Gesamt	1527	90,5	100,0	
Fehlend		160	9,5		
Gesamt		1687	100,0		

F28_2 Welche Maßnahmen nutzen oder wünschen Sie sich in Puchheim?
Gesunde Ernährung

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nutze ich	201	11,9	13,1	13,1
	Wünsche ich mir	455	27,0	29,5	42,6
	Kein Interesse	884	52,4	57,4	100,0
	Gesamt	1540	91,3	100,0	
Fehlend		147	8,7		
Gesamt		1687	100,0		

F28_3 Welche Maßnahmen nutzen oder wünschen Sie sich in Puchheim?
Gymnastik

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nutze ich	501	29,7	32,2	32,2
	Wünsche ich mir	347	20,6	22,3	54,5
	Kein Interesse	708	42,0	45,5	100,0
	Gesamt	1556	92,2	100,0	
Fehlend		131	7,8		
Gesamt		1687	100,0		

F28_4 Welche Maßnahmen nutzen oder wünschen Sie sich in Puchheim?
Entspannung oder Stressbewältigung

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nutze ich	137	8,1	9,0	9,0
	Wünsche ich mir	329	19,5	21,7	30,7
	Kein Interesse	1053	62,4	69,3	100,0
	Gesamt	1519	90,0	100,0	
Fehlend		168	10,0		
Gesamt		1687	100,0		

F28_5 Welche Maßnahmen nutzen oder wünschen Sie sich in Puchheim?
Fitness/Ausgleichssport

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nutze ich	398	23,6	26,0	26,0
	Wünsche ich mir	310	18,4	20,2	46,2
	Kein Interesse	825	48,9	53,8	100,0
	Gesamt	1533	90,9	100,0	
Fehlend		154	9,1		
Gesamt		1687	100,0		

**F28_6 Welche Maßnahmen nutzen oder wünschen Sie sich in Puchheim?
Tabakentwöhnung**

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nutze ich	12	0,7	0,8	0,8
	Wünsche ich mir	29	1,7	1,9	2,7
	Kein Inte- resse	1478	87,6	97,3	100,0
	Gesamt	1519	90,0	100,0	
Fehlend		168	10,0		
Gesamt		1687	100,0		

**F28_7 Welche Maßnahmen nutzen oder wünschen Sie sich in Puchheim?
Alkoholentwöhnung**

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nutze ich	11	0,7	0,7	0,7
	Wünsche ich mir	23	1,4	1,5	2,2
	Kein Inte- resse	1487	88,1	97,8	100,0
	Gesamt	1521	90,2	100,0	
Fehlend		166	9,8		
Gesamt		1687	100,0		

F28_8 Welche Maßnahmen nutzen oder wünschen Sie sich in Puchheim?
Medikamentenentwöhnung

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nutze ich	32	1,9	2,1	2,1
	Wünsche ich mir	58	3,4	3,8	5,9
	Kein Inte- resse	1431	84,8	94,1	100,0
	Gesamt	1521	90,2	100,0	
Fehlend		166	9,8		
Gesamt		1687	100,0		

F29 Wie sind Sie krankenversichert?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Gesetzlich versichert ohne private Zusatzversi- cherung	840	49,8	51,3	51,3
	Gesetzlich versichert mit privater Zu- satzversiche- rung	387	22,9	23,7	75,0
	Privat versi- chert	209	12,4	12,8	87,8
	Gesetzlich versichert mit Beihilfe ohne private Zu- satzversiche- rung	13	0,8	0,8	88,6
	Gesetzlich versichert mit Beihilfe und privater Zu- satzversiche- rung	14	0,8	0,9	89,4
	Privat versi- chert mit Bei- hilfe	87	5,2	5,3	94,7
	Beihilfe (keine An- gabe zu pri- vat oder ge- setzlich)	86	5,1	5,3	100,0
	Nicht kran- kenversichert	0	0	0	100,0
	Gesamt	1636	97,0	100,0	
Fehlend		51	3,0		
Gesamt		1687	100,0		

F30 Sind Sie schwerbehindert?
Wenn ja, mit welchem Grad der Behinderung (GdB)?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	1211	71,8	73,4	73,4
	Ja, GdB 100	81	4,8	4,9	78,4
	Ja, GdB min- destens 50	262	15,5	15,9	94,2
	Ja, GdB min- destens 30	95	5,6	5,8	100,0
	Gesamt	1649	97,7	100,0	
Fehlend		38	2,3		
Gesamt		1687	100,0		

F31 Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	1564	92,7	95,2	95,2
	Ja, Pflege- grad 1	15	0,9	0,9	96,1
	Ja, Pflege- grad 2	37	2,2	2,3	98,4
	Ja, Pflege- grad 3	20	1,2	1,2	99,6
	Ja, Pflege- grad 4	5	0,3	0,3	99,9
	Ja, Pflege- grad 5	2	0,1	0,1	100,0
	Gesamt	1643	97,4	100,0	
Fehlend		44	2,6		
Gesamt		1687	100,0		

F32 Geschlecht

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	791	46,9	47,6	47,6
	Weiblich	870	51,6	52,4	100,0
	Gesamt	1661	98,5	100,0	
Fehlend		26	1,5		
Gesamt		1687	100,0		

F33 Staatsangehörigkeit

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Deutsch	1609	95,4	97,2	97,2
	Nicht deutsch	46	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	1655	98,1	100,0	
Fehlend		32	1,9		
Gesamt		1687	100,0		

F33 Nationalität außerhalb Deutschlands

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Österreich	21	45,7	51,2	51,2
	Italien	7	15,2	17,1	68,3
	Kroatien	2	4,3	4,9	73,2
	China	1	2,2	2,4	75,6
	Spanien	1	2,2	2,4	78
	Finnland	1	2,2	2,4	80,4
	Frankreich	1	2,2	2,4	82,8
	Vereinigtes Königreich	1	2,2	2,4	85,2
	Irak	1	2,2	2,4	87,6
	Niederlande	1	2,2	2,4	90
	Schweden	1	2,2	2,4	92,5
	Schweiz	1	2,2	2,4	94,9
	Türkei	1	2,2	2,4	97,3
	Vereinigte Staaten	1	2,2	2,4	100,0
	Gesamt	41	89,1	100,0	
Fehlend		5	10,9		
Gesamt		46	100,0		

F34 Alter

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Junge Alte	1116	66,2	68,3	68,3
	Hochbetagte	519	30,8	31,7	100,0
	Gesamt	1635	96,9	100,0	
Fehlend		52	3,1		
Gesamt		1687	100,0		

F35 In welchem Stadtteil von Puchheim wohnen Sie?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Puchheim Nord	819	48,5	50,6	50,6
	Puchheim Süd (in der Planie)	188	11,1	11,6	62,2
	Puchheim Süd (außerhalb der Planie)	433	25,7	26,7	88,9
	Puchheim Ort	179	10,6	11,1	100,0
	Gesamt	1619	96,0	100,0	
Fehlend		68	4,0		
Gesamt		1687	100,0		

F38_1 Familienstand

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich bin ver- heiratet und lebe mit mei- nem/r Ehe- partner/in zu- sammen	1082	64,1	67,7	67,7
	Ich bin ver- heiratet und lebe von mei- nem/r Ehe- partner/in ge- trennt	36	2,1	2,3	70,0
	Ich bin ledig	49	2,9	3,1	73,0
	Ich bin ge- schieden	124	7,4	7,8	80,8
	Ich bin verwit- wet	307	18,2	19,2	100,0
	Gesamt	1598	94,7	100,0	
Fehlend		89	5,3		
Gesamt		1687	100,0		

F38_2 Haben Sie Kinder?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	859	50,9	80,7	80,7
	Nein	206	12,2	19,3	100,0
	Gesamt	1065	63,1	100,0	
Fehlend		622	36,9		
Gesamt		1687	100,0		

F39 Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin zusammen?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	390	23,1	25,5	25,5
	Nein	1139	67,5	74,5	100,0
	Gesamt	1529	90,6	100,0	
Fehlend		158	9,4		
Gesamt		1687	100,0		

F40 Höchster allgemein bildender Schulabschluss

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ohne Ab- schluss	40	2,4	2,5	2,5
	Hauptschule	568	33,7	34,8	37,3
	Mittlere Reife oder Fach- schulreife	526	31,2	32,3	69,6
	Polytechni- sche Ober- schule	6	0,4	0,4	69,9
	Fachhoch- schulreife	133	7,9	8,2	78,1
	Hochschul- reife	319	18,9	19,6	97,7
	anderer Schulab- schluss	38	2,3	2,3	100,0
	Gesamt	1630	96,6	100,0	
Fehlend		57	3,4		
Gesamt		46	100,0		

F41 Höchster beruflicher Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein beruflicher Abschluss	105	6,2	6,5	6,5
	beruflich-be- triebliche Be- rufsausbil- dung	576	34,1	35,4	41,9
	beruflich- schulische Ausbildung	234	13,9	14,4	56,3
	Fach-, Meis- ter-, Techni- kerschule, Berufs- oder Fachakade- mie	204	12,1	12,5	68,8
	Fachhoch- schule	184	10,9	11,3	80,1
	Universitäts- oder Hochschul- abschluss	255	15,1	15,7	95,8
	anderer Ab- schluss	68	4,0	4,2	100,0
	Gesamt	1626	96,4	100,0	
Fehlend		61	3,6		
Gesamt		46	100,0		

F42 Beziehen Sie eine Rente oder Pension?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	1596	94,6	98,6	98,6
	Nein	23	1,4	1,4	100,0
	Gesamt	1619	96,0	100,0	
Fehlend		68	4,0		
Gesamt		1687	100,0		

F43 Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Vollzeit er- werbstätig	27	1,6	1,7	1,7
	Teilzeit er- werbstätig	35	2,1	2,2	3,9
	Geringfügig erwerbstätig (450 Euro- o- der Mini-Job)	67	4,0	4,2	8,1
	Gelegentlich oder unregel- mäßig be- schäftigt	41	2,4	2,6	10,7
	Nicht er- werbstätig	1415	83,9	89,3	100,0
	Gesamt	1585	94,0	100,0	
Fehlend		102	6,0		
Gesamt		46	100,0		

F44 Waren Sie jemals erwerbstätig?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	1616	95,8	98,2	98,2
	Nein	30	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	1646	97,6	100,0	
Fehlend		41	2,4		
Gesamt		46	100,0		

F46 In welcher beruflichen Stellung sind oder waren Sie hauptsächlich beschäftigt?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Angestellte/r	1140	67,6	69,7	69,7
	Arbeiter/in	130	7,7	7,9	77,6
	Beamten/Be- amter	207	12,3	12,7	90,3
	Landwirt/in	4	0,2	0,2	90,5
	Selbstständig erwerbstätig mit Mitarbei- tenden	77	4,6	4,7	95,2
	Selbstständig erwerbstätig ohne Mitar- beitende	61	3,6	3,7	99,0
	Mithelfende/r Familienan- gehörige/r	17	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	1636	97,0	100,0	
Fehlend		51	3,0		
Gesamt		46	100,0		

F47 Anzahl der Personen im Haushalt

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Eine Person	475	28,2	28,4	28,4
	2 Personen	1139	67,5	68,1	96,5
	3 Personen	40	2,4	2,4	98,9
	4 Personen	8	0,5	0,5	99,4
	5 Personen	8	0,5	0,5	99,9
	6 Personen	2	0,1	0,1	100,0
	Gesamt	1672	99,1	100,0	
Fehlend		15	0,9		
Gesamt		1687	100,0		

F48 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind 18 Jahre und älter, Sie selbst eingeschlossen?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Eine Person (Sie selbst)	298	17,7	21,3	21,3
	2 Personen	1048	62,1	74,9	96,1
	3 Personen	39	2,3	2,8	98,9
	4 Personen	9	0,5	0,6	99,6
	5 Personen	4	0,2	0,3	99,9
	6 Personen	2	0,1	0,1	100,0
	Gesamt	1400	83,0	100,0	
Fehlend		287	17,0		
Gesamt		1687	100,0		

F49 Wie viele Personen tragen insgesamt zum Einkommen Ihres Haushalts bei?

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Eine Person (Sie selbst)	487	28,9	30,4	30,4
	2 Personen	1087	64,4	67,9	98,4
	3 Personen	18	1,1	1,1	99,5
	4 Personen	6	0,4	0,4	99,9
	5 Personen	1	0,1	0,1	99,9
	6 Personen	1	0,1	0,1	100,0
	Gesamt	1600	94,8	100,0	
Fehlend		87	5,2		
Gesamt		1687	100,0		