



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

Ältere Menschen in München - Gesundheit und Umweltbedingungen

Sonderauswertung der Studie „Älter werden in München“
Kurzzusammenfassung

Gesundheits- und Umweltberichterstattung
der Landeshauptstadt München

Impressum

Herausgeberin

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

Berichterstellung

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

Download des Berichts

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

Dank

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

Stand: Juli 2015

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Folgerungen

„Stadtgesundheit ist eine wichtige Zukunftsaufgabe.“

Strategische Leitlinie

'Sozialen Frieden durch Soziale Kommunalpolitik sichern'

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

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

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

Demografische Grundlagen

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

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

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

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

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

Schwerpunktbericht 'Ältere Menschen'

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

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

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

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

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

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

Inhaltliche Struktur des Berichts

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

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

Studie 'Älter werden in München' – Methoden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Keine Repräsentativität der Ergebnisse auf gesamtstädtischer Ebene

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

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

1 Gesundheitliche Chancengleichheit

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

Leitlinie Gesundheit

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

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

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

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

2 Prävention und Gesundheitsförderung

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

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

Leitlinie Gesundheit

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

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

Subjektiver Gesundheitszustand

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

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

Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht

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

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

Subjektiver Gesundheitszustand nach Altersgruppen

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

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

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

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

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

Subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund

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

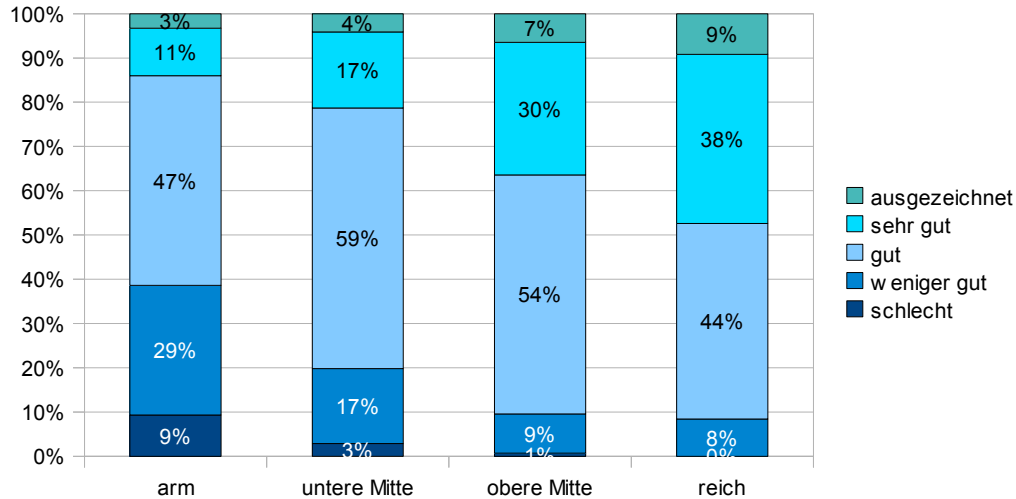
Bei der Frage nach der Anzahl der Tage mit körperlichen, seelischen und Alltagsbeeinträchtigungen zeigen sich jedoch signifikante Unterschiede, wonach Deutsche ohne Migrationshintergrund jeweils über weniger Beeinträchtigungen berichten (→ Kap. 6.3).

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

Subjektiver Gesundheitszustand und soziale Lage

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

Abb. 1: Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommensgruppen
in Prozent

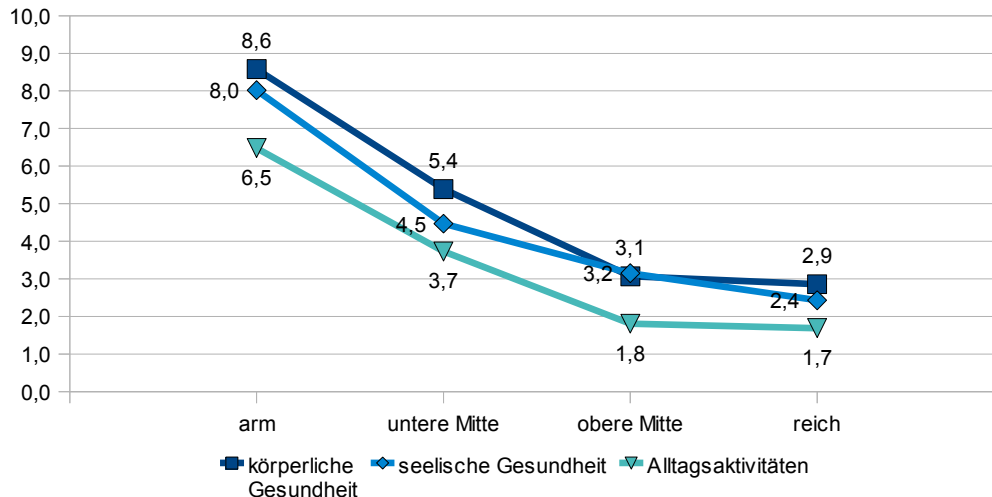


Studie 'Älter werden in München', Referat für Stadtplanung und Bauordnung/Sozialreferat, Berechnungen RGU-UW 13
n=2.291, p<.001

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

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

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



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

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

Subjektiver Gesundheitszustand in den Untersuchungsgebieten

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

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

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

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

Subjektiver Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit

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

Gesundheitsverhalten

Sportliche Aktivitäten

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

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

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

Fahrradfahren

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

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

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

Unterstützende Netzwerke

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

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

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

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

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

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

Nachbarschaftliche Beziehungen

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

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

Erwartungen an die Zukunft

Befragte aus armen Haushalten blicken deutlich pessimistischer in die Zukunft als Befragte aus den höheren Einkommensgruppen. Sie erwarten häufiger, dass ihr Gesundheitszustand schlechter wird, äußern häufiger Angst vor Altersarmut und mehr Bedenken, dass ihre gesundheitliche Betreuung im Alter nicht ausreichend sein wird. Letzteres erachten 37% der Personen aus armen Haushalten als 'voll zutreffend' gegenüber 8% aus reichen Haushalten (→ Kap. 6.6).

Vor allem Deutsche mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländer, Personen aus armen Haushalten, Befragte mit subjektiv 'schlechtem' Gesundheitszustand und Alleinlebende gehen deutlich häufiger davon aus, dass sie im Alter auf Sozialleistungen angewiesen sein werden.

Biologisches und gefühltes Alter

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

Zufriedenheit mit dem Leben

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

3 Gesundheitsförderliche Umwelt

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

Leitlinie Gesundheit

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

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

Mehrfachbelastungen in Quartieren

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

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

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

in Prozent

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

soziale Lage: Anteil der Personen in armen Haushalten

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

fette Schrift: jeweils die vier Gebiete mit den höchsten Werten

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

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

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

Barrierefreiheit

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

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

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

4 Gesundheitliche Versorgung

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

Leitlinie Gesundheit

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

Kenntnis von Angeboten für ältere Menschen

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

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

Beurteilung der Angebotsstruktur für ältere Menschen

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

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

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

Pflegerische Versorgung

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

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

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

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

5 Durchgängige Ergebnisse

Sozialer Gradient gesundheitlicher und umweltbezogener Ungleichheiten

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

Quartierspezifische Ungleichheiten - innerstädtische Disparitäten

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

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

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

Zielgruppenspezifische Ungleichheiten

Geschlecht

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

Altersgruppen

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

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

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

*Migrationshintergrund*⁸

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

Alleinlebende


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

6 Folgerungen


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


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

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

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

Handlungsfeld Armut und Gesundheit

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

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

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

Handlungsfeld Spezielle Zielgruppen

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

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

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

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

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

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

Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung

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

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

Handlungsfeld Partizipation

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

Handlungsfeld Nachbarschaft

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

Handlungsfeld Gesundheits- und umweltbezogene Infrastruktur und Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

Handlungsfeld Gesundheits- und Umweltberichterstattung

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

