

Arrangements der Ernährungsversorgung im höheren Lebensalter – Ergebnisse aus der Fuldaer Seniorenstudie GEViA – Teil I

Catherina Jansen, Jana Rückert-John, Stephanie Hagspihl

Bis ins hohe Lebensalter ein weitgehend selbstständiges Leben im privaten Wohnumfeld zu ermöglichen, ist ein demografiepolitisches Leitmotiv. In Anbetracht des Rückbaus von Nahversorgungsangeboten sind vor allem strukturschwache, ländliche Regionen vor große Herausforderungen gestellt. Die Fuldaer Seniorenstudie GEViA soll dazu beitragen, Erkenntnisse zur aktuellen Versorgungssituation, zu Bedarfen und möglichen Versorgungslücken älterer Menschen zu gewinnen, um hieraus konkrete Anforderungen für künftige Versorgungskonzepte abzuleiten. Der vorliegende Beitrag fasst die zentralen Ergebnisse der Basiserhebung aus dem Jahr 2015 zusammen, an der sich 709 Personen im Alter von 65 bis 98 Jahren aus der Stadt und dem Landkreis Fulda beteiligt haben. Thematische Schwerpunkte der Befragung waren: Gesundheit, Mobilität und Versorgung.

1 Hintergrund

Die Rahmenbedingungen eines „altersgerechten Wohnumfeldes“ geraten zunehmend ins Blickfeld der öffentlichen und politischen Aufmerksamkeit (vgl. BMFSFJ 2015, S. 11). Die meisten Menschen wollen bis ins hohe Alter selbstbestimmt in ihrem privaten Wohnumfeld leben, und sie tun es auch, wie Studien belegen (u. a. Jopp et al. 2013, Statistische Ämter des Landes und des Bundes 2014). Wenngleich sich ein Großteil der älteren Menschen in Deutschland gesund fühlt und das eigene Leben weitgehend selbstständig gestalten kann, so geht die insgesamt steigende Lebenserwartung der Bevölkerung jedoch auch mit einer potenziell längeren Zeit gesundheitlicher und funktionaler Beeinträchtigungen sowie eingeschränkter Mobilität einher (RKI 2012, S. 6). Das heißt, gerade im Alter wächst die Bedeutung einer gut ausgebauten, wohnortnahen Versorgungsinfrastruktur. Hierzu zählen etwa Einkaufsmöglichkeiten, medizinische und persönliche Dienstleistungen wie auch die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr. Vor allem in ländlichen Regionen macht sich jedoch ein fortschreitender Strukturwandel bemerkbar, demzufolge zahlreiche Angebote wie des Lebensmitteleinzelhandels zentralisiert und in infrastrukturell günstigere Gebiete oder auf die „Grüne Wiese“ verlagert werden (BMUB 2014, S. 9). Dadurch ist bei eingeschränkter Mobilität die selbstständige Versorgung mit Lebensmitteln und Gütern des täglichen Bedarfs grundsätzlich erschwert. Veränderte Familienstrukturen, eine zunehmende räumliche Entfernung zu Angehörigen, aber auch vermehrte Kinderlosigkeit älterer Menschen stellen weitere De-

terminanten potenzieller Versorgungsrisiken dar (BMFSFJ 2012, S. 42 ff.). Bisher liegen kaum empirische Befunde dazu vor, wie sich diese Entwicklungen auf die tatsächliche sowie die subjektiv empfundene Versorgungslage älterer Menschen auswirken.

2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Die GEViA-Studie¹ (Gesundheit, Ernährung und Versorgung im Alter) ist Bestandteil des BMBF-geförderten Forschungs-

Arrangements of Food Supply in Older Age – Findings of the Fulda Seniors Survey GEViA Part I

It is a guiding principle of demographic policy to ensure an independent life in private home into old age. Considering the decline of local supply, especially rural, structural weak areas face a growing challenge. The Fulda Seniors Survey GEViA may contribute to a better understanding of the current supply situation, needs and potential supply gaps in old age with the aim of deriving specific requirements for future supply concepts. This article summarizes the main findings of the baseline survey from 2015 with 709 participants aged between 65 and 98, living in the city and the rural district of Fulda. The focus of the questionnaire was on the topics health, mobility and supply.

projektes „CulinaryandHealth@home“⁴², welches auf die partizipative, bedarfs- und bedürfnisorientierte Entwicklung ernährungsbezogener Dienstleistungsangebote für unterstützungsbedürftige Seniorinnen und Senioren in Privathaushalten abzielt.

Die Studie basiert auf einem multimethodischen und interdisziplinären Untersuchungsdesign. Sie soll dazu beitragen, ein besseres Verständnis über die Arrangements der häuslichen Ernährungsversorgung älterer Menschen zu gewinnen und hierbei konkrete Versorgungsbedarfe und -lücken zu identifizieren. Im Fokus der ersten Erhebungswelle stand die Frage, wie der Lebensmitteleinkauf und die Mahlzeitenzubereitung organisiert werden und wie sich soziodemografische Unterschiede, wie Wohnumfeld, Alter, Geschlecht, Partnerschaft und Einkommen, aber auch eingeschränkte Mobilität, Krankheit und Unterstützungsbedarf auf die Versorgungssituation auswirken.

3 Untersuchungsdesign

Die GEViA-Studie ist als regionale Langzeitstudie konzipiert und in der Stadt und im Landkreis Fulda verortet. Die Siedlungsstruktur der Region spiegelt eine für Deutschland typische Situation wider. So gilt die Stadt Fulda selbst zwar als stabiles Oberzentrum mit guter Versorgungsinfrastruktur, die umliegenden Gemeinden sind indes ländlich geprägt, dünn besiedelt und durch eine zunehmende Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet.

Die Teilnehmerrekrutierung erfolgte im Rahmen einer intensiven mehrmonatigen Öffentlichkeitsarbeit mit Unterstützung des Landkreises und der Stadt Fulda sowie lokaler Seniorenorganisationen. Die jeweiligen Institutionen übernahmen dabei eine Gatekeeper-Funktion und versendeten

zwischen April und September 2015 Informationen zur Studie an insgesamt 2.000 Seniorenhaushalte. Zeitgleich erfolgte der Versand des ersten Fragebogens (Basisbefragung) sowie einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung zur weiteren Teilnahme an der GEViA-Studie. Der standardisierte Fragebogen der Basisbefragung beinhaltet insgesamt 45 Fragen zu den Themenkomplexen Gesundheit, Mobilität und Versorgung sowie soziodemografischen Daten. Im November 2015 fand auf Grundlage der registrierten Adressdaten eine zweite standardisierte Fragebogenerhebung statt, welche auf die subjektiven Werthaltungen und Bedürfnisse im Zusammenhang mit der eigenen Ernährung fokussierte. Zudem finden anhand von Unterstichproben fortwährend explorative Vertiefungsstudien zu ausgewählten Fragestellungen statt (siehe Abbildung 1).

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Basisbefragung vorgestellt.

4 Ergebnisse

Mit einer Rücklaufquote von 35 Prozent beteiligten sich an der Basisbefragung insgesamt 709 Personen im Alter von 65 bis 98 Jahren. Das Durchschnittsalter lag bei 77 Jahren. 61 Prozent der Befragten sind Frauen, 39 Prozent Männer. Der überwiegende Teil der Befragten (56 Prozent) lebt in stadtnahen Wohngebieten, jeweils 22 Prozent leben in der Innenstadt bzw. in ländlichen Wohnregionen. Im Hinblick auf die Haushaltsgröße überwiegt mit 59 Prozent der Anteil an Zwei-Personen-Haushalten, 35 Prozent der Befragten leben allein. Wohnformen mit drei oder mehr Haushaltsmitgliedern sind hingegen die Ausnahme (5 Prozent).

Die gesundheitlichen Ausgangsbedingungen der Studienteilnehmer/-innen sind heterogen. Insgesamt ist die Perso-



Abb. 1: Studiendesign der GEViA-Studie

nengruppe jedoch altersgemäß durch verschiedene funktionelle und gesundheitliche Beeinträchtigungen und ein häufiges Vorliegen von Mehrfacherkrankungen charakterisiert. Über alle Altersgruppen hinweg nimmt die überwiegende Zahl der Befragten regelmäßig mindestens ein ärztlich verordnetes Medikament ein. Insgesamt 57 Prozent der Befragten nehmen am Tag drei oder mehr Medikamente zu sich.

Funktionelle körperliche Beeinträchtigungen liegen nach subjektiver Einschätzung bei gut einem Drittel der Befragten vor. 35 Prozent geben an, dass ihnen das Heben oder Tragen von Einkaufstaschen Probleme bereitet. 31 Prozent haben Probleme damit, mehr als einen Kilometer zu Fuß zu gehen. 30 Prozent fällt es schwer, Treppen zu steigen. 43 Prozent haben Schwierigkeiten damit, sich hinzuknien oder zu bücken, beispielsweise um etwas vom Boden aufzuheben. Schnelles Laufen oder Sport treiben bereitet der Hälfte der Befragten Probleme. Vergleichsweise wenig Schwierigkeiten wiederum bereiten leichte Haushaltstätigkeiten, wie Spülen oder Aufräumen (13 Prozent). Knapp 40 Prozent der Befragten geben außerdem an, dass sie in den vergangenen vier Wochen auf Grund von Schmerzen bei der Ausübung von Alltagstätigkeiten beeinträchtigt waren.

Trotz bestehender Probleme bewerten 82 Prozent der Befragten ihren Gesundheitszustand subjektiv als gut oder sogar sehr gut. 13 Prozent hingegen geben an, dass sie gesundheitlich so eingeschränkt sind, dass sie regelmäßig Unterstützung oder Pflege benötigen. Alle untersuchten Indikatoren weisen erwartungsgemäß auf eine mit dem Alter zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustands hin. Außerdem zeigt sich, dass Frauen, wie schon in anderen Studien belegt, ihren Gesundheitszustand im höheren Alter insgesamt schlechter bewerten als gleichaltrige Männer (vgl. RKI 2016). Sie berichten tendenziell häufiger von Schmerzen und sie haben häufiger Probleme bei der Bewältigung körperlich anstrengender Aufgaben.

Der Lebensmitteleinkauf erfolgt weitgehend autonom

Ungeachtet verschiedener gesundheitlicher Beeinträchtigungen zeigt sich: In allen Altersgruppen ist die Mehrheit der Be-

fragten selbst für den Lebensmitteleinkauf zuständig oder zumindest daran beteiligt. Mehr als 80 Prozent der Befragten geben an, dass der Lebensmitteleinkauf in ihrem Haushalt schon immer so organisiert wurde wie heute. Allerdings nimmt der Anteil der „Selbsteinkäufer“ im höheren Alter erwartungsgemäß ab. In der Altersgruppe ab 85 Jahren sind nur noch 69 Prozent der Befragten selbst für den Lebensmitteleinkauf in ihrem Haushalt zuständig. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen. Probleme beim Tragen der Einkäufe sind die Hauptursache dafür, dass nicht mehr selbst eingekauft wird, aber auch fehlende Mobilität ist ein wichtiger Grund (siehe Abbildung 2).

Unterstützung beim Einkauf erhalten Ältere vor allem durch Angehörige. 44 Prozent der Personen ab 85 Jahren geben an, dass ihre Kinder oder andere Familienmitglieder für den Lebensmitteleinkauf zuständig sind oder beim Einkauf unterstützen. Eine vergleichsweise geringe Bedeutung hat Hilfe durch Freunde, Bekannte oder Nachbarn. Insgesamt geben nur 3 Prozent der Befragten an, dass entsprechende Personengruppen für den Einkauf zuständig sind. In der Altersgruppe ab 85 Jahre steigt der Anteil auf 10 Prozent.

Auch professionelle Angebote, wie Lebensmittellieferdienste oder Haushaltshilfen, spielen eine untergeordnete Rolle. Während entsprechende Dienstleistungen von jüngeren Seniorinnen und Senioren fast gar nicht genutzt werden, steigt der Anteil in der Altersgruppe ab 85 Jahren auf ebenfalls etwa 10 Prozent (siehe Abbildung 3). Wenn Lieferdienste genutzt werden, dann allerdings in der Regel nur für bestimmte Warensortimente wie Tiefkühlprodukte oder Getränke. Für den Gesamteinkauf spielen Lieferdienste keine Rolle.

Grundsätzlich zeigt sich, dass alleinlebende Frauen bei ihrer alltäglichen Versorgung in stärkerem Maße Unterstützung durch Dritte in Anspruch nehmen als alleinlebende Männer. Altersunabhängig werden sie sowohl bei kleineren als auch bei größeren Besorgungen häufiger als Männer durch Angehörige, aber auch durch Freunde oder Nachbarn unterstützt.

Bei Paaren wiederum zeigt sich, dass sie wesentlich seltener Unterstützung durch Personen außerhalb ihres Haushalts



Abb. 2: Gründe für Nichteinkauf (eigene Darstellung)

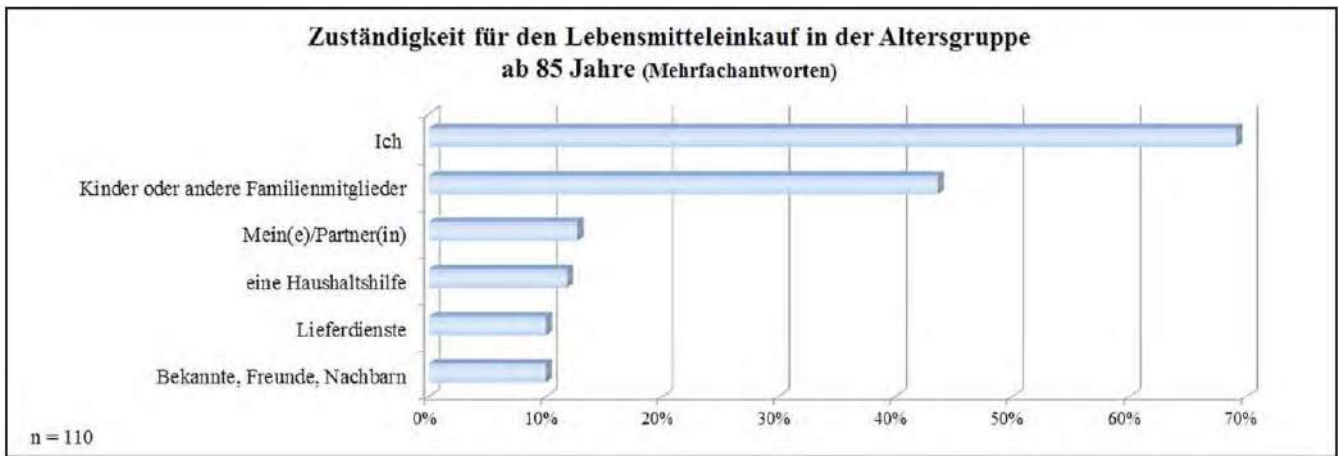


Abb. 3: Zuständigkeit für den Einkauf in der Altersgruppe ab 85 Jahre (eigene Darstellung)

in Anspruch nehmen als Alleinlebende. Auch dies lässt sich in allen Altersgruppen feststellen. Die befragten Frauen in Partnerschaft sind – traditionellen Rollen gemäß – zwar mehr als doppelt so häufig allein für den Einkauf verantwortlich wie die befragten Männer (39 Prozent versus 17 Prozent), allerdings erledigt die Hälfte der Befragten den Lebensmitteleinkauf mit dem Partner gemeinsam.

Auf dem Land ist die Zufriedenheit mit Nahversorgungsangeboten deutlich geringer

Die Wohnregion ist eine wichtige Determinante der Versorgungssituation. Ein Drittel der Befragten aus ländlichen Gebieten ist mit den Einkaufsmöglichkeiten am Wohnort nicht zufrieden. Auch mit den wohnortnahen Dienstleistungen (wie Post, Banken, Behörden) und der medizinischen Versorgung sind Bewohner auf dem Land deutlich weniger zufrieden als Bewohner stadtnaher und innenstädtischer Gebiete (s. Abb. 4).

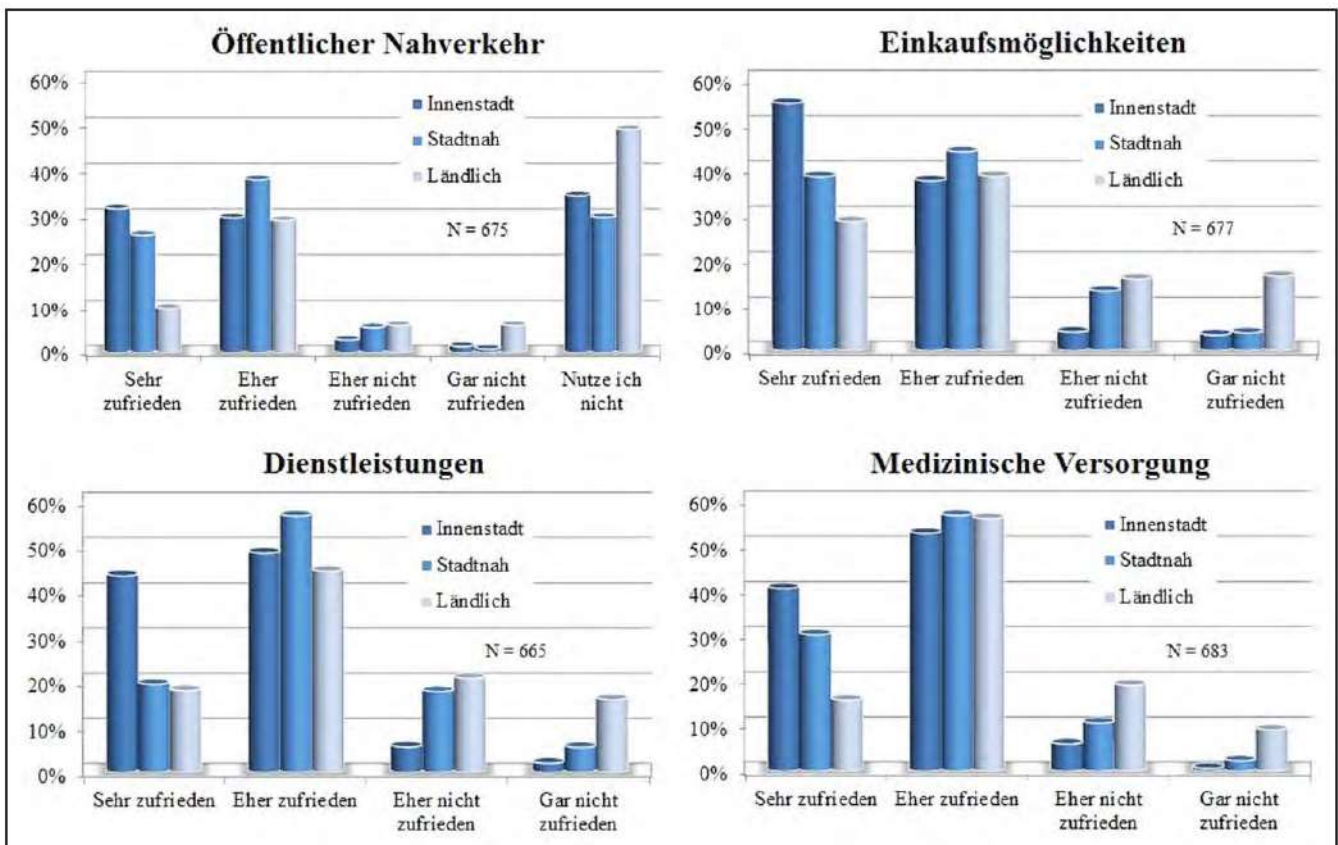


Abb. 4: Zufriedenheit mit Nahversorgungsangeboten nach Wohnlage (eigene Darstellung)

Unterschiede machen sich demzufolge auch in der individuellen Organisation des Einkaufs bemerkbar. So zählen Bewohner/-innen ländlicher Regionen vor allem in höheren Altersgruppen (ab 80 Jahre) seltener zu den „Selbsteinkäufern“ (62 Prozent) als Gleichaltrige aus stadtnahen (72 Prozent) oder städtischen Wohngebieten (78 Prozent). Dies ist insofern nicht überraschend, als Befragte aus ländlichen Wohngebieten bei Erledigungen außer Haus häufiger auf ein Auto angewiesen sind und Ziele seltener fußläufig oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen. Insbesondere Frauen fahren jedoch in höherem Alter immer seltener selbst, woraus sich bei fehlenden Einkaufsgelegenheiten vor Ort zwangsläufig Unterstützungsbedarf ergibt.

Die Zufriedenheit mit den Einkaufsmöglichkeiten ist aber nicht nur durch deren räumliche Nähe bestimmt, sie steht auch im Zusammenhang mit der individuellen Mobilität älterer Menschen. Wer gesund, fit und körperlich mobil ist, ist grundsätzlich auch zufriedener mit seinen Einkaufsmöglichkeiten. Während diejenigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut bewerten, zu 58 Prozent sehr zufrieden mit ihren Einkaufsmöglichkeiten am Wohnort sind, trifft dies nur für 27 Prozent derjenigen zu, die ihren Gesundheitszustand als eher oder sehr schlecht bewerten.

Trotz heterogener Ausgangsbedingungen und unterschiedlicher Arrangements der Versorgung mit Lebensmitteln, sind Versorgungsengpässe eher die Ausnahme. Dass Lebensmittel, die benötigt werden, im Haushalt nicht vorrätig und auch kurzfristig nicht verfügbar sind, kommt bei der Mehrheit der Befragten (90 Prozent) nur selten oder nie vor. Allerdings zeigt sich, dass Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bewerten, entsprechende Engpässe häufiger erleben als Personen, die sich gesund fühlen. Das heißt, 18 Prozent der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als eher oder sehr schlecht einschätzen, geben an, auf benötigte Lebensmittel zumindest manchmal nicht zugreifen zu können. Bei denjenigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut bewerten, liegt der Anteil bei unter 3 Prozent.

Die Mehrheit kann sich im Alltag auf Unterstützung verlassen. Wird im Alltag Hilfe, zum Beispiel bei kleineren Besorgungen oder Arbeiten benötigt, kann sich die Mehrheit der Befragten auf die eigenen Kinder verlassen. Auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn sind eine wichtige Ressource. Gut 8 Prozent der Befragten geben hingegen an, bei Bedarf niemanden außerhalb ihres Haushalts zu haben, den sie um Unterstützung bitten könnten (siehe Abbildung 5). Bei den Alleinlebenden liegt der Anteil bei knapp 9 Prozent.

Bei der Mahlzeitenorganisation wird kaum Hilfe in Anspruch genommen

Auch im Hinblick auf die Mahlzeitenzubereitung gestaltet sich die Organisation bei mehr als 80 Prozent der Befragten genau wie in früheren Lebensjahren. Die Mehrheit der Befragten ist folglich selbst für die Zubereitung sowohl von Frühstück, Mittagessen als auch Abendessen zuständig. Hilfe durch Dritte spielt bei der Mahlzeitenorganisation eine weitaus geringere Rolle als beim Lebensmitteleinkauf. Erst in der Altersgruppe ab 85 Jahren steigt der Anteil der Befragten, die Hilfe bei der Mahlzeitenzubereitung von Personen außerhalb ihres Haushalts erhalten, auf mehr als 10 Prozent. Auch hier überwiegt die Unterstützung durch Kinder und andere Familienmitglieder gegenüber professionellen Angeboten, wie Mahlzeitendiensten oder einer Haushaltshilfe (siehe Abbildung 6). Informelle Hilfe von Nichtangehörigen, wie Freunden, Bekannten oder Nachbarn, spielt nur eine geringe Rolle.

Wie beim Lebensmitteleinkauf sind Paare auch bei der Mahlzeitenzubereitung unabhängiger von Unterstützung durch Dritte als Alleinlebende. Hierbei zeigt sich, dass für die Zubereitung des traditionell warmen Mittagessens überwiegend allein die Frauen zuständig sind, bei Frühstück und Abendessen wiederum erledigt knapp die Hälfte der Paare die Zubereitung gemeinsam. Je jünger die Befragten sind, desto häufiger erledigen beide Partner die Zubereitung der Mahlzeiten.

Gleichwohl Frauen in Partnerschaft die Hauptlast der Ernährungsversorgung tragen, zeigen sich bei den Alleinlebenden kaum geschlechtsspezifische Unterschiede. Entgegen vor-

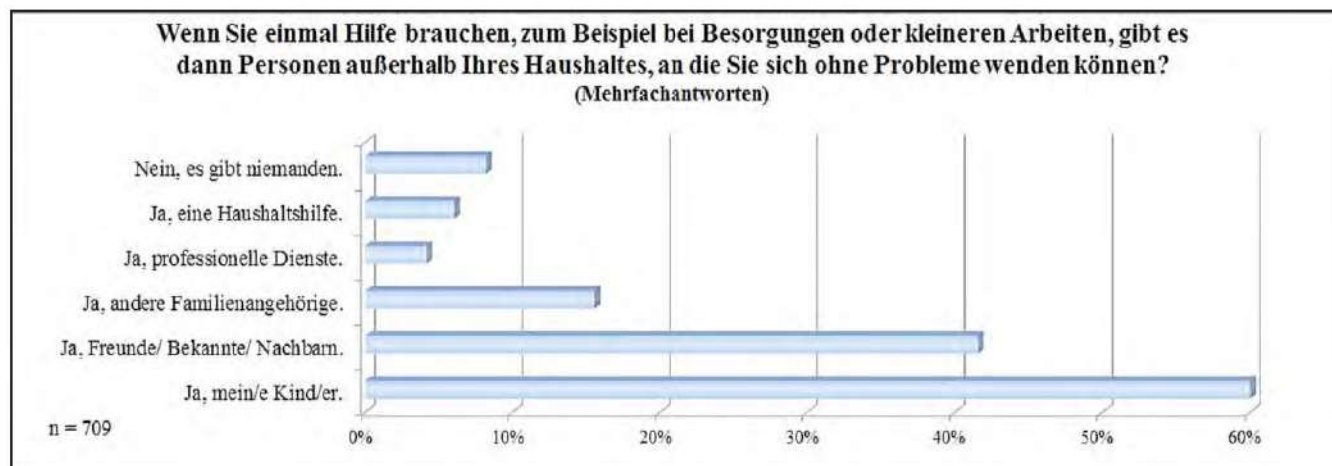


Abb. 5: Personen, die im Bedarfsfall Unterstützung bieten (eigene Darstellung)



Abb. 6: Zuständigkeit für die Zubereitung des Mittagessens in der Altersgruppe ab 85 Jahre (eigene Darstellung)

heriger Annahmen ließ sich nicht feststellen, dass alleinstehende Männer bei der Zubereitung von Mahlzeiten mehr Unterstützung durch Dritte in Anspruch nehmen als alleinlebende Frauen. Weiterhin zeigte sich, dass insgesamt 17 Prozent der befragten Männer angaben, heute für die Zubereitung der Mahlzeiten zuständig zu sein, obwohl sie dies früher nicht waren.

Dass Mahlzeiten ausfallen, weil man diese nicht selbst zubereiten kann oder weil es an Hilfe bei der Zubereitung fehlt, kommt insgesamt nur selten vor, das heißt bei weniger als 3 Prozent der Befragten manchmal oder häufiger. Bei Befragten, die ihren Gesundheitszustand als eher oder sehr schlecht bewerten, kommt dies jedoch tendenziell eher vor. Dass Mahlzeiten zumindest manchmal ausfallen, berichten in dieser Gruppe gut 7 Prozent der Befragten.

Die Zufriedenheit mit der Qualität der Mahlzeiten ist insgesamt hoch

95 Prozent der Befragten geben an, alles in allem sehr oder zumindest eher zufrieden mit der Qualität ihrer Mahlzeiten zu sein. Jedoch sind in Abhängigkeit von der individuellen Lebenssituation deutliche Unterschiede erkennbar. Beispielsweise zeigt sich, dass Männer, die in Partnerschaft bzw. in einem Mehrpersonenhaushalt leben, fast doppelt so häufig „sehr zufrieden“ (86 Prozent) mit der Qualität ihrer Mahlzeiten sind wie alleinlebende Männer (45 Prozent). Auch einkommensspezifisch werden Unterschiede deutlich. Das heißt, je geringer das Haushaltseinkommen, desto weniger ausgeprägt ist auch die Zufriedenheit mit der Mahlzeitenqualität.

5 Diskussion und Ausblick

Das individuelle Ausmaß an Unabhängigkeit gilt als wichtiger Indikator der allgemeinen Lebensqualität (vgl. Winkler et al. 2015, S. 181). Die notwendigen Voraussetzungen hierfür können jedoch altersabhängig variieren. Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass die befragten Seniorinnen und Senioren über alle Altersgruppen hinweg durch ein hohes Maß an Versorgungsautonomie gekennzeichnet sind. Gleichwohl wirken sich Alter und Gesundheit auf die Organisation der Er-

nährungsversorgung maßgeblich aus. Aufgrund nachlassender Mobilität beschränkt sich der Aktionsradius alter Menschen üblicherweise immer mehr auf die eigene Wohnung (vgl. Voges/Zinke 2010, S. 301). So kann die selbstständige Zubereitung von Mahlzeiten zwar oftmals noch bis ins hohe Alter problemlos bewältigt werden, insbesondere beim Lebensmitteleinkauf wird jedoch mit steigendem Alter und schlechterem Gesundheitszustand Hilfe erforderlich.

Bei bestehendem Unterstützungsbedarf überwiegt die Inanspruchnahme informeller, vor allem familiärer, Netzwerke sehr deutlich. Doch es konnte gezeigt werden, dass nicht jeder mit entsprechender Hilfe rechnen kann. In Anbetracht demografischer Veränderungen ist davon auszugehen, dass familiäre Netzwerke in Zukunft weniger belastbar sind. Die Sicherstellung einer adäquaten Ernährungsversorgung im Alter wird damit mehr und mehr zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Vor allem in ländlichen, strukturschwachen Regionen drohen auf lange Sicht Versorgungsengpässe zu entstehen. Hier macht sich der demografische Wandel am deutlichsten bemerkbar. Einerseits wandern immer mehr junge Menschen in die Städte und Ballungsgebiete ab (Kröhnert et al. 2011: S.12), andererseits ziehen sich auch der Einzelhandel und Angebote der Gesundheitsversorgung aus ländlichen Regionen zurück (BMUB 2014). Der Strukturwandel in der Nahversorgung in Gestalt eines Stadt-Land-Gefälles ist nicht nur ein objektiver Sachverhalt, er wird aus Sicht der Studienteilnehmer/-innen auch bewusst wahrgenommen und kritisiert. Zudem konnte gezeigt werden, dass Personen, die sich gesundheitlich eingeschränkt fühlen, tendenziell häufiger Versorgungsengpässe erleiden, sowohl hinsichtlich der Verfügbarkeit von Lebensmitteln als auch hinsichtlich der Mahlzeitenzubereitung.

Nichtsdestotrotz spielen professionelle Dienstleistungsangebote, wie Lebensmittellieferdienste oder Haushaltshilfen, bei der Organisation des Ernährungsalltags bislang nur eine geringe Rolle. Die Ursachen hierfür sind vermutlich vielfältiger Natur. Mangelndes Vertrauen in die Angebote, fehlende Zahlungsbereitschaft, aber auch fehlende finanzielle Mittel dürften wichtige Hemmschwellen für die Inanspruchnahme entsprechender Dienste sein (vgl. Weinkopf 2005,

S. 27; Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung 2008, S. 22 f.). Untersuchungen deuten aber auch darauf hin, dass es an bedarfsadäquaten Angeboten fehlt, das heißt, es mangelt vor allem an kleineren, niedrigschwelligen Hilfen, die bei der Bewältigung des Alltags Erleichterung bieten (KDA/Wüstenrot Stiftung 2014, S. 123). Fraglich ist ferner, inwieweit existierende Angebote, zum Beispiel Lebensmittellieferdienste, überhaupt bekannt sind. Gerade diese könnten bei Mobilitätseinschränkungen eine erhebliche Entlastung darstellen und die Sicherstellung einer regelmäßigen, verlässlichen Versorgung mit frischen Lebensmitteln gewährleisten. Hiervon würden letztlich auch Angehörige profitieren.

Dass eine gute Ernährungsversorgung eine Grundvoraussetzung langfristiger Gesundheit und damit eine Basis für ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben im privaten Wohnumfeld darstellt, ist unstrittig. In Anbetracht altersbedingter physiologischer Veränderungen und einer hohen Prävalenz ernährungssassoziierter Erkrankungen nimmt die Bedeutung einer ausgewogenen und bedarfsgerechten Ernährung im Alter zu. Das Vorliegen von Mehrfacherkrankungen ebenso wie die Einnahme von Medikamenten – und zwar in der Regel mehrerer gleichzeitig – erhöhen die Anforderungen zusätzlich. Defizite in der Ernährungsversorgung sind nicht nur ein entscheidendes Risiko für Mangelernährung, sie können in der Folge auch zu weiteren Funktionseinschränkungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (vgl. Volkert 2015, S. 144).

Jenseits alimentärer Erwägungen über die richtige Art und Zusammenstellung von Lebensmitteln gilt es im Vorfeld allerdings in Frage zu stellen, wie die regelmäßige und verlässliche Versorgung mit Lebensmitteln – gerade bei Krankheit und Unterstützungsbedarf – überhaupt sichergestellt werden kann. Vor allem die Situation alleinlebender Menschen ohne familiäre Netzwerke ist hierbei stärker in den Blick zu nehmen. In welchem Umfang Hilfe in Anspruch genommen wird, ist nicht unbedingt ein Indiz dafür, wie groß der Unterstützungsbedarf tatsächlich ist. Die im November 2015 durchgeführte Anschlussbefragung geht vor diesem Hintergrund detaillierter auf die qualitativen Aspekte der individuellen Mahlzeitengestaltung ein. Hier stehen Werthaltungen, Gewohnheiten, aber auch Bedürfnisse im Hinblick auf die eigene Ernährung im Fokus.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2015): Länger zuhause leben. Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter. 7. Auflage, Berlin, Frankfurt a. M.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2012): Altern im Wandel. Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Berlin
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) (Hrsg.) (2014): Sicherung der Nahversorgung in ländlichen Räumen. Impulse für die Praxis. Berlin
- Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung (Hrsg.) (2008): Haushaltsnahe Dienstleistungen in Hessen. Modul 1: Empirische Ermittlung des Bedarfs an haushaltsnahen Dienstleistungen. Wiesbaden
- Jopp, Daniela S.; Rott, C.; Boerner, K.; Boch, K.; Kruse, A. (2013): Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie. Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren. Studie in der Reihe „Alter und Demographie“. Riederich, Stuttgart
- Kröhnert, Steffen; Kuhn, E.; Karsch M, Klingholz R (2011): Die Zukunft der Dörfer. Zwischen Stabilität und demografischem Niedergang. Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.). Berlin
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) / Wüstenrot Stiftung (Hrsg.) (2014): Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Köln
- Robert Koch Institut (RKI) (2012): Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Gesundheit_im_Alter/Gesundheit_Alter_23032012.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 27.07.2017)
- Robert Koch Institut (RKI) (2016): Geda 2009. Subjektive Gesundheit. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda09/subjektive_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 27.07.2017)
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2014): Seniorinnen und Senioren in Deutschland. Zensus 2011. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig – Holstein. Hamburg
- Voges, Wolfgang; Zinke, M. (2010): Wohnen im Alter. In: Aner, Kirsten, Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden. S. 301 – 308
- Volkert, Dorothee (2015): Ernährungsversorgung. In: Volkert, D. (Hrsg.): Ernährung im Alter. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt. Boston
- Weinkopf, Claudia (2005): Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere. Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung „Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen“. Institut Arbeit und Technik / Wissenschaftszentrum NRW. Gelsenkirchen
- Winkler, Ines; Buyantugs, L.; Petscheleit, A.; Kilian, R.; Angermeyer, M. C. (2015): Die interkulturelle Erfassung der Lebensqualität im Alter: Das WHOQOL – OLD – Projekt. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 16, 4. S. 177 – 192 (9)

Fußnoten

¹ Leitung der Studie: Prof. Dr. Jana Rückert-John

² Vollständiger Projekttitle: CulinaryandHealth@Home – Genuss, Gesundheit, Arbeit und Märkte in der Alterskultur, Projektleitung: Prof. Dr. Stephanie Hagspühl, Laufzeit: März 2014 bis Dezember 2017 (siehe hierzu auch den Beitrag in der HUW 04/15, S. 193f.)

Catherina Jansen
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Fachbereich Oecotrophologie
Hochschule Fulda
Leipziger Str. 123
36037 Fulda
E-Mail: catherina.jansen@oe.hs-fulda.de