

***Außer-Haus-Verpflegung für ältere Menschen***  
***in den Neuen Bundesländern***

**Wilfried Belschner**  
**Silke Gräser**  
**Uwe Röver**  
**Christine Schröder**

**Abschlußbericht**  
**Juni 1995**

Durchgeführt im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**ARCHIVEXEMPLAR**

Reg.-Nr.: 100019

# **Außer-Haus-Verpflegung für ältere Menschen in den Neuen Bundesländern**

---

**Träger der Untersuchung:**

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
51109 Köln**

**In Zusammenarbeit mit:**

**Universität Oldenburg  
Arbeitseinheit "Psychologie im Gesundheitswesen"  
Uni.Prof. Dr. Wilfried Belschner  
26111 Oldenburg**

**Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:**

**Dipl.-Psych. Silke Gräser  
Dipl.-Päd. Uwe Röver  
Dipl.-Oec. troph. Christine Schröder**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>7</b>
1.1 Theoretische Grundlagen .....	9
<b>2. Analyse der Versorgungsstrukturen</b> .....	<b>11</b>
2.1 Entwicklung des Frageleitfadens für die Träger .....	11
2.1.1 Methodische Überlegungen.....	12
2.2 Der Frageleitfaden.....	13
2.2.1 Frageleitfaden zur derzeitigen Situation der Versorgung.....	13
2.2.2 Frageleitfaden zur Versorgung in der ehemaligen DDR.....	15
2.2.3 Frageleitfaden zur Versorgung in der Wendezeit.....	18
2.3 Die Erhebung .....	21
2.3.1 Die Informationsträger .....	21
2.3.2 Die Vorgehensweise.....	21
<b>3. Versorgung in der DDR</b> .....	<b>23</b>
3.1 Bedeutung der Volkssolidarität.....	23
3.1.1 Essensversorgung durch die Volkssolidarität .....	23
<b>4. Entwicklung der Versorgung</b> .....	<b>27</b>
4.1 Entwicklungen in der Wendezeit .....	27
<b>5. Derzeitige Versorgungsstruktur</b> .....	<b>29</b>
5.1 Strukturelle Bedingungen der Marktanalyse.....	29
5.2 Marktanalyse.....	30
5.2.1 Schwerin.....	31
5.2.2 Die Arbeiterwohlfahrt .....	31
5.2.3 Die Volkssolidarität .....	34
5.3 Zusammenfassung.....	36
<b>6. Erhebung bei den Beziehern</b> .....	<b>38</b>
6.1 Das Erhebungsinstrument .....	38
6.1.1 Der Frageleitfaden.....	39
6.2 Vorgehensweise bei der Befragung .....	40
6.3 Die Interviewpartner .....	41
6.4 Bedingungen bei der Erhebung.....	42
6.5 Auswertungsmethoden.....	43
6.6 Analyse der Nachfrager.....	45

6.6.1	Einschätzung der Interviewsituation .....	45
6.6.2	Analyse der InterviewpartnerInnen .....	46
<b>7.</b>	<b>Ergebnisse der Bezieher-Befragung.....</b>	<b>50</b>
7.1	Bedeutung der Außer-Haus-Verpflegung für die Organisation von Alltag .....	50
7.2	Zusammenfassung der Motive für Außer-Haus-Verpflegung .....	51
7.2.1	Teilnehmer am Stationären Mittagstisch .....	52
7.2.2	Teilnehmer an Essen auf Rädern.....	52
7.3	Analyse der Motive für die Inanspruchnahme .....	54
7.4	Organisationshilfen .....	55
7.5	Analyse der Organisation von Alltag im Kontext der deutschen Vereinigung.....	58
7.5.1	Aussagen-Reduktion der Interviews .....	59
7.5.1.1	Teilnehmer am Stationären Mittagstisch.....	59
7.5.1.2	Teilnehmer an Essen auf Rädern.....	62
7.5.1.3	Bewohner von Feierabend- und Pflegeheimen.....	65
7.5.2	Zusammenfassung über alle Befragtengruppen .....	66
7.6	Bedeutung der Vereinigung für die Organisation des Alltags .....	71
7.6.1	Bewältigung der Wende.....	73
7.6.2	Veränderungen in der sozialen Versorgungsstruktur .....	75
7.7	Bewältigung und subjektives Kompetenzerleben .....	77
7.7.1	Einstellungen zur persönlichen Vergangenheit.....	77
7.7.2	Zufriedenheit mit dem Leben.....	84
7.7.3	Bereitschaft zur Veränderung.....	86
7.7.4	Akzeptanz der persönlichen Vergangenheit.....	89
7.8	Veränderungen des subjektiven Kompetenzerlebens durch die Wende .....	89
7.9	Einstellungen zur Gesundheit .....	92
7.10	Bereitschaft zur Veränderung .....	98
<b>8.</b>	<b>Ernährung älterer Menschen .....</b>	<b>102</b>
8.1	Einführung in die Untersuchung der Ernährungsqualität.....	102
8.2	Ernährung im Alter .....	103
8.3	Veränderung der Anforderungen an die Ernährung im Alter .....	104
8.3.1	Allgemeine Veränderungen des Nährstoff- und Energiebedarfs.....	104
8.3.2	Beeinflussung des Nährstoff- und Energiebedarfs durch körperliche Veränderungen .....	105
8.3.3	Veränderungen des Nährstoff- und Energiebedarfs durch Wechselwirkungen mit Medikamenten.....	106
8.4	Kritische Nährstoffe bei älteren Menschen.....	107
8.5	Allgemeine und spezielle Anforderungen an die Ernährung der untersuchten Gruppe .....	109

<b>9. Versorgungslage.....</b>	<b>114</b>
9.1 Das Angebot von Mahlzeiten zu Zeiten der DDR .....	114
9.2 Das Angebot von Mahlzeiten zum Zeitpunkt der Untersuchung.....	115
9.2.1 Situation in Schwerin .....	115
9.2.2 Situation in Hagenow .....	116
9.2.3 Situation in Lübz .....	118
<b>10. Untersuchung der Qualität der Mahlzeiten .....</b>	<b>121</b>
10.1 Entwicklung des Frageleitfadens .....	121
10.2 Der Frageleitfaden.....	122
10.3 Die Befragung .....	124
<b>11. Qualitätskriterien.....</b>	<b>126</b>
11.1 Organoleptische Eigenschaften .....	127
11.2 Gebrauchswert .....	128
11.3 Herstellung und Aufbereitung.....	129
11.3.1 Herstellung .....	129
11.3.2 Aufbereitung .....	130
11.4 Lagerung und Verteilung .....	130
11.4.1 Transport .....	131
11.4.2 Zwischenlagerung .....	133
11.4.3 Umfüllen und Verpacken .....	133
11.5 Mikrobiologische Eigenschaften.....	133
11.6 Stoffliche Zusammensetzung.....	136
<b>12. Gesamtsituation der älteren Menschen aus ernährungsphysiologischer Sicht.....</b>	<b>139</b>
12.1 Mittagmahlzeiten.....	139
12.1.1 Ergänzungen zu den Mittagmahlzeiten .....	139
12.1.2 Quantitativer Verzehr.....	140
12.2 Versorgung am Wochenende .....	142
12.3 Versorgung außerhalb der Mittagmahlzeiten .....	142
12.3.1 Qualität der Mahlzeiten .....	142
12.3.2 Das Frühstück.....	144
12.3.3 Das Abendessen .....	144
12.3.4 Die Zwischenmahlzeiten .....	145
12.3.5 Die Flüssigkeitszufuhr .....	145
12.4 Essenszeiten .....	145
12.5 Zusatzpräparate .....	146
12.6 Nahrungspräferenzen und -abneigungen.....	146
12.7 Einstellung zur Ernährung .....	147

<b>13. Konzepte und Handlungsvorschläge.....</b>	<b>148</b>
13.1 Gesundheitsförderung für ältere Menschen .....	148
13.2 Maßnahmen zur Entwicklung individueller Kompetenzen.....	149
13.2.1 Initiierung von Fahrdiensten .....	149
13.2.2 Förderung bestehender Strukturen .....	150
13.2.3 Initiierung von Kochgruppen .....	151
13.3 Entwicklung kooperativer Strukturen .....	152
13.3.1 Information als Weg zur Gesundheitsförderung .....	152
13.4 Ansatzmöglichkeiten zur Qualitätssicherung im Bereich der Ernährung .....	155
 Literaturverzeichnis .....	 158

## Anhang

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Nachfrage- und Versorgungsstruktur der Volkssolidarität in der DDR	26
Abbildung 2: Nachfrage- und Versorgungsstruktur der AWO 1994	33
Abbildung 3: Nachfrage- und Versorgungsstruktur der Volkssolidarität 1994	35
Abbildung 4: Geschlecht	46
Abbildung 5: Altersgruppen	46
Abbildung 6: Familienstand	47
Abbildung 7: Soziale Wohnsituation	47
Abbildung 8: Schulbildung	48
Abbildung 9: Berufsgruppen	48
Abbildung 10: Einschätzung der eigenen finanziellen Situation	49
Abbildung 11: Organisation von Besorgungen wie z.B. Einkaufen	56
Abbildung 12: Organisation bürokratischer Notwendigkeiten	57
Abbildung 13: Hilfestellung bei der Organisation von Alltag	57
Abbildung 14: Haben widrige Lebensumstände Ihr Leben bestimmt?	79
Abbildung 15: Gab es Ereignisse, gegen die Sie sich nicht wehren konnten?	79
Abbildung 16: Sind Sie in Ihrem Leben vom Schicksal benachteiligt worden?	80
Abbildung 17: Kann man etwas aus dem Leben machen, wenn man nur will?	81
Abbildung 18: Konnten Sie Ihr Leben selbst in die Hand nehmen?	82
Abbildung 19: Haben Sie im Leben das erreicht, was Sie erreichen wollten?	83
Abbildung 20: Wichtigkeit von Gesundheit	93
Abbildung 21: Einschätzung der eigenen Gesundheit	93
Abbildung 22: Zufriedenheit mit der Gesundheit	94
Abbildung 23: Krankheiten	95
Abbildung 24: Perspektivische Sicht der eigenen Gesundheit	96
Abbildung 25: Beeinflußbarkeit der eigenen Gesundheit	97
Abbildung 26: Wichtigkeit der Ernährung für die Gesundheit (allgemein)	98
Abbildung 27: Persönliche Relevanz der Ernährung für die Gesundheit	99
Abbildung 28: Wunsch nach gesundheitsbewußterer Ernährung	99
Abbildung 29: Hemmnisse für eine gesundheitsbewußtere Ernährung	101
Abbildung 30: Body-Maß-Index	110
Abbildung 31: Körperliche Aktivitäten	111

# *Einleitung*



## 1. Einleitung

Im Jahre 2025 wird mehr als ein Drittel der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland 60 Jahre oder älter sein.<sup>1</sup> Angesichts dieser prognostizierten Zahl wächst mehr und mehr das Interesse an Prozessen, die erfolgreiches Altern ermöglichen. Dies betrifft dabei nicht nur die persönliche Lebensführung, sondern auch Versorgungsstrukturen, die Autonomie und Lebensfreude bis ins hohe Alter unterstützen helfen. Angesichts einer Veränderung des Bildes vom älteren Menschen wird Alter nicht mehr als unmittelbare Bedingung für die Beeinträchtigung gesundheitlichen Wohlbefindens verstanden.<sup>2</sup> In diesem Rahmen soll dieses Projekt Möglichkeiten aufzeigen, wie gesundheitliches Wohlbefinden positiv beeinflussbar werden kann. Thema des Projektes sollen zum einen die Ernährung älterer Menschen sein, zum anderen die Versorgungsstrukturen und ihre Relevanz für den alternden Bürger und schließlich die Entwicklung von Konzepten für erfolgreiches Altern im Rahmen dieser thematischen Eingrenzung.

Ausgangspunkt für diese Erhebung war das Vorläufer-Projekt "Essen auf Rädern" im Landkreis Wesermarsch. Basierend auf den theoretischen Konzepten des Vorläufer-Projektes soll diese Untersuchung zusätzliche Erkenntnisse bringen, die sich konkret mit der Ernährung älterer Menschen in den Neuen Bundesländern und den Gegebenheiten der Essensversorgung dort beschäftigen. Schwerpunkt soll eine Bestandsaufnahme sein, die es ermöglicht, greifbare Konzeptionen im Bereich der Essensversorgung älterer Menschen zu entwickeln, die den historischen Entwicklungen in den Neuen Bundesländern und den daraus resultierenden strukturellen Voraussetzungen in bestmöglicher Form Rechnung tragen.

Erfaßt werden sollen also nicht nur die derzeitige Versorgungssituation, sondern auch ihre Grundlagen. Dafür ist es notwendig, vielfältige Aspekte der Essensversorgung zu erfassen. Dazu gehören neben der Ernährung mit allen, auch historischen Grundlagen, vor allem auch strukturelle und psychologische Bedingungen, wie sie im Rahmen einer "Wendegeschichte" wirksam werden.

Speziell in den Untersuchungsregionen ist es notwendig, das Anstreben von Akzeptanz als wesentliches Kriterium der Projektarbeit zu verstehen. Die Konzeption dieses Projektes muß sich, um erfolgreich zu sein, an den Bedürfnissen nicht nur der Institutionen orientieren, sondern die Bedürfnislage der Bezieher in den Neuen Bundesländern möglichst korrekt wiedergeben. Nur so kann das Projekt zu einer Akzeptanz nicht nur innerhalb der beteiligten Institutionen, sondern auch bei den Beziehern finden.

---

<sup>1</sup>Statistisches Bundesamt (1991): "Im Blickpunkt: Ältere Menschen"; S.13

<sup>2</sup>Lehr, U. (1987): "Psychologie des Alterns"

Besonders sorgsam zu beachten ist bei diesem Untersuchungsfeld die Rolle der Forscher. Unter Berücksichtigung der besonderen geschichtlichen Zusammenhänge scheint es im besonderen Maße angesagt zu sein, in sehr sensibler Weise vorzugehen. Zielsetzung soll es schließlich sein, ein Bild der Realität in den Neuen Bundesländern zu zeichnen. Nur mittels eines solchen Abbildes kann es gelingen, neue Konzepte zu entwickeln, die nicht aufgrund von Vorannahmen der Forscher ein System voraussetzen, das es in der Realität nicht gibt. Hier muß sich das Projekt deutlich machen, daß das Leben in einem anderen politischen System auch eine andere Interpretation von Normalität und alltäglichem Lebenskontext impliziert. Gerade in einem politischen System, das wie in der ehemaligen DDR starken Einfluß auf die unmittelbaren Lebenszusammenhänge der Bürger nehmen wollte und nahm, ist es notwendig, diese Lebenszusammenhänge möglichst deutlich werden zu lassen.

Zielsetzung dieses Berichtes soll es nun sein, die Struktur der Erhebung darzustellen und Bedingungen der Erhebung zu verdeutlichen. Vor allem aber soll ein Einblick in die historischen Entwicklungen der Essensversorgung in den Neuen Bundesländern gelingen, auf dessen Basis ein Bild der jetzigen Versorgungsstruktur zu zeichnen ist. Diese Blickweise, abgestellt auf die sehr spezielle Situation des gesellschaftlichen Umbruchs in den Untersuchungsregionen, ergibt den explorativen Charakter der Studie. Auf soziologischer, psychologischer und ernährungswissenschaftlicher Ebene handelt es sich hier nicht nur um die Darstellung einer Ernährungs- oder Versorgungssituation, vielmehr müssen hier in die Bestandsaufnahme Faktoren einbezogen werden, deren Bedeutung über eine reine Ernährungsanalyse hinausgehen.

## 1.1 Theoretische Grundlagen

Grundlage für die psychologischen Aspekte der Untersuchung ist das "Kompetenzmodell" in Abgrenzung zum "Defizitmodell". Während das "Defizitmodell" das Alter als "...schicksalhaft festgelegtes Ablaufen des Alternsprozesses"<sup>3</sup> versteht, betont das "Kompetenzmodell" aktuelle Prozesse und definiert das Verhalten im Alter ebenso wie in anderen Lebensabschnitten "...aus dem Verhältnis von Anforderungen an die Person und deren Ressourcen zu ihrer Bewältigung".<sup>4</sup> Ausgangspunkt soll dabei eine Sichtweise des älteren Menschen sein, der über eine hohe Kompetenz verfügt und dessen Alterungsprozeß abhängig ist von persönlicher Lebensführung und -biographie und entscheidend beeinflusst wird durch die an ihn gestellten Anforderungen.<sup>5</sup>

Diese Betrachtungsweise soll grundlegend für diese Untersuchung sein. So gewinnt Kompetenz als grundlegende, entwicklungsfähige Ressource in der Verbindung mit dem Thema der Studie besondere Bedeutung. Ausgehend von der Annahme, daß im Alter Erhalt und Entwicklungsfähigkeit von Kompetenzen nach wie vor gegeben sind, beschäftigt sich diese Untersuchung gleich zweifach mit ihnen. Zum einen haben wir eine enge Verknüpfung von Diensten wie "Essen auf Rädern" mit dem Erhalt von Selbständigkeit und darüber hinaus mit der Unterstützung von Kompetenzen, zum anderen bieten sich auch in diesem Rahmen, speziell unter Berücksichtigung von ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen zur Ernährung im Alter, Räume, in denen neue Kompetenzen entwickelt bzw. alte gefördert werden können.

Zum zweiten treffen wir durch die ganz besondere historisch bedingte Situation des gesellschaftlichen und politischen Umbruchs in den Neuen Bundesländern auf einen gesamtgesellschaftlichen Prozeß der Veränderung, der Charakteristika eines kritischen Lebensereignisses aufweist und in hohem Maße nach Kompetenzen zur Bewältigung verlangt.

Ältere Menschen in der ehemaligen DDR sind hier also gleich zweifach gefordert, mit neuen Situationen adäquat umzugehen. Zum einen ist es notwendig, auf die persönliche Situation des Alterungsprozesses und die dadurch gegebene Gefahr des Verlustes von Kompetenzen und Kontrollfähigkeit in Form einer Interaktion mit den umgebenden Lebensbedingungen zu reagieren, zum anderen kommt noch die Interaktion mit einem sich vollkommen verändernden gesellschaftlichen Kontext hinzu. Um auf diese Anforderungen angemessen reagieren zu können, ist es notwendig, Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

---

<sup>3</sup>Olbrich; E.; (1987): "Kompetenz im Alter"; Zeitschrift für Gerontologie; Band 20; Heft 6; S.319-330

<sup>4</sup>s.o.

<sup>5</sup>BMJFFG (1986): "Vierter Familienbericht", Drucksache 10/6145

Die Essensversorgung, wie der Dienst Essen auf Rädern oder der Stationäre Mittagstisch, sind in diesem Zusammenhang Bereiche, die direkt mit der Frage nach Kompetenzen einhergehen. Betrachtet man den fundamentalen Lebensbereich der Versorgung mit Essen, der die eigene Existenz als wesentlicher Faktor sichert, dann wird die Bedeutung von Modellen zur Essensversorgung deutlich. So kann beispielsweise die Schnittstelle zwischen Pflegebedürftigkeit und autonomer Lebensführung durch adäquate Dienste verschoben werden. Wichtiger Aspekt ist darüber hinaus die Förderung von Kompetenzen, die durch Konzeptionen zur Essensversorgung angestrebt werden kann. Es soll also nicht nur um den Erhalt der eigenen Autonomie bezogen auf konkrete Bereiche der Haushaltsführung gehen, sondern es sollen, soweit wie möglich, zusätzlich noch weitere Fähigkeiten entwickelt werden, die über den Rahmen der Inanspruchnahme reiner Versorgungsangebote hinausgehen.

*Die Untersuchung  
der  
Strukturen*

## **2. Analyse der Versorgungsstrukturen**

Um die Versorgungsstrukturen in den einzelnen Regionen und durch die einzelnen Institutionen erheben zu können, wurde ein Frageleitfaden ausgearbeitet, der grundsätzliche Bedingungen der Essensversorgung älterer Menschen erfassen sollte.

### **2.1 Entwicklung des Frageleitfadens für die Träger**

Der Frageleitfaden für die Trägerinstitutionen soll die strukturellen Gegebenheiten des Systems "Essen auf Rädern" dokumentieren. Im Rahmen dieser Erhebung sollten vor allem grundsätzliche Informationen über den Aufbau des Dienstes in den einzelnen Untersuchungsregionen Schwerin, Hagenow und Lübz erfaßt werden. Anliegen war es hier, Informationen über die Organisation von "Essen auf Rädern" zur Jetzt-Zeit, zur Zeit der DDR und zur Übergangsphase in der Zeit der "Wende" zu sammeln.

Um eine größtmögliche Informationsdichte zu erreichen, wurden verschiedene Komplexe des Dienstes als Frageschwerpunkte definiert. Grundsätzliche Bereiche des Frageleitfadens stellten somit folgende Begrifflichkeiten dar:

1. Das Angebot
2. Die Inanspruchnahme
3. Das Essen
4. Die Verteilung
5. Die Organisationsstrukturen
6. Die Kosten
7. Die Alternativen

Diese verschiedenen Bereiche des Dienstes sollten möglichst durch die Grobstruktur des Leitfadens abgedeckt sein. Für Anbieter, die erst seit der Wende in den Neuen Ländern etabliert sind bzw. erst nach der Wende "Essen auf Rädern" angeboten haben, konnten natürlich nur die Fragen der Jetzt-Struktur erfaßt werden. Für die Informationsträger bei der Volkssolidarität e.V. kamen gleich oder ähnlich strukturierte Fragenkomplexe hinzu, die sich konkret mit dem Angebot der Volkssolidarität in der Wendezeit bzw. in der DDR-Zeit beschäftigten. So gestaltete sich der Frageleitfaden bezogen auf die Zeit der DDR genauso wie der Frageleitfaden zur Jetzt-Zeit. Bei dem Frageleitfaden zur Wendezeit kam explizit noch die Frage nach prozeßhaften Vorgängen in diesem Zeitraum hinzu, da hier keine Status-Aussagen, wohl aber insgesamt Beurteilungen und Einschätzungen als auch konkrete Aussagen zum Prozeß der Veränderung erwartet werden konnten. Besonderer Schwerpunkt lag hier auf Fragen nach der Sicherstellung und Entwicklung der Versorgungsstruktur und der Organisation des jeweiligen Übergangsprozesses in den einzelnen Institutionen.

### **2.1.1 Methodische Überlegungen**

Zu den jeweiligen Punkten wurde ein Fragenkatalog erstellt, der einzelne Aspekte des jeweiligen untersuchten Bereiches zu erfassen hatte. Alle formulierten Fragen wurden im Laufe des jeweiligen Gespräches abgefragt, jedoch nicht in Form einer stark strukturierten Befragung, sondern vielmehr als Gesprächsleitfaden. Diese Art der Befragung wurde auch gewählt, um den spezifischen Bedingungen im Untersuchungsfeld entgegenzukommen. Wenig sinnvoll erschien es hier, einen stark strukturierten Fragenkatalog zu erstellen, der nicht die nötige Variabilität besitzt, um spezifische Bedingungen des Angebotes "Essen auf Rädern" in den Neuen Bundesländern zu erfassen. Der Leitfaden besaß vielmehr die Funktion eines Orientierungsinstrumentes, anhand dessen es möglich sein sollte, Grundbedingungen zu erfassen. Er mußte aber auch die notwendige Offenheit besitzen, mögliche Abweichungen von den erwarteten Konditionen abbilden zu können.

Dies erscheint besonders wichtig im Zusammenhang mit der Befragung zur Versorgungslage in der DDR und in der Wendezeit. Da eine Erhebung zu dieser speziellen Thematik Neuland ist, ist es notwendig, offene Strukturen der Befragung zu schaffen, die alle Aspekte und speziell die für die DDR besonderen Bedingungen darstellen können.

#### **Ein Beispiel:**

Konkretes Beispiel für den Nutzen einer derartigen Vorgehensweise ist der Stationäre Mittagstisch in den Neuen Bundesländern. Im Laufe der Gespräche stellte sich sehr schnell heraus, daß der Stationäre Mittagstisch elementarer Bestandteil bei der Analyse zur Ernährung älterer Menschen sein muß. Hier finden wir in der DDR, aber auch jetzt in den Neuen Bundesländern Strukturen vor, die notwendigerweise erfaßt werden müssen, um tatsächlich ein adäquates Bild der Essensversorgung älterer Menschen zeichnen zu können. Dem Stationären Mittagstisch kommt hier eine ganz erhebliche Bedeutung zu, die im Vorfeld der Untersuchung nicht zwangsläufig zu erwarten war. Wir finden hier eine Struktur vor, die in die Untersuchung miteinbezogen werden muß, speziell wenn es um die Entwicklung neuer Konzepte für die Essensversorgung älterer Menschen in den Neuen Bundesländern geht. Hier hätte eine strukturiertere Form der Befragung, z.B. anhand eines strukturierten Fragebogens, zu der Vernachlässigung eines wesentlichen Faktors geführt. Durch die Offenheit des Instrumentes war es möglich, diese Bedeutung zu erfassen und somit ganz wesentliche Informationen für die weitere Vorgehensweise der Erhebung zu bekommen. Erst durch die so gewonnenen Daten war es möglich, die Relevanz von Interviews mit Teilnehmern am Stationären Mittagstisch zu erkennen.

## **2.2 Der Frageleitfaden**

### **2.2.1 Frageleitfaden zur derzeitigen Situation der Versorgung**

#### **Derzeitige Situation der Versorgung**

##### **1. Angebot**

- Welches konkrete Angebot gibt es?
- An wievielen Tagen in der Woche besteht das Angebot? (Unterschied Tiefkühlkost/ warmes Essen)
- Gibt es Möglichkeiten für die Essensversorgung an den Tagen, an denen es kein Essen auf Rädern gibt?
- Welche Kombinationsmöglichkeiten gibt es ( z.B. warmes Essen in der Woche/ Tiefkühlkost am Wochenende)?
- Gibt es zusätzliche Angebote außer Mittagessen ( z.B. Frühstück/ Abendessen)?
- Werden kleine zusätzliche Leistungen (pflegerisch, Haushaltshilfen) bei der Verteilung erbracht?

##### **2. Inanspruchnahme**

- Wieviele Menschen nehmen im Moment Essen auf Rädern in Anspruch?
- Welchen Auslieferungsradius hat die Institution?

##### **3. Essen**

- Wer stellt das Essen her?
- Wie wird Essen hergestellt?
- Wie wird Essen angeliefert an die Institution?
- Wieviele verschiedene Menüs gibt es (Tiefkühlkost/ warmes Essen, frisch angeliefert) und welche stehen zur Auswahl?
- Bei welchen Angeboten muß noch eine eigene Kochleistung erbracht werden und wie sieht diese aus? (z.B. bei Tiefkühlkost: Menübeutel müssen im Wasser erhitzt werden)
- Besteht die Möglichkeit verschiedene Komponenten zu kombinieren?
- Wie ist die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Angebote?



#### **4. Verteilung**

- Gibt es ein System der Verteilung? Nach welchem System wird das Essen verteilt?
- Von wem wird das Essen verteilt?
- Wieviele Essen teilt eine Person aus?
- Mit welchen Hilfsmitteln wird das Essen verteilt? (Auto, Fahrrad, zu Fuß)
- Welche Essensbehälter stehen zur Verfügung?
- In welchem Zeitraum wird das Essen verteilt? (Uhrzeit, wie sehr festgelegt?)
- Kann das Essen auch abgeholt werden? Wird das genutzt? Holen Personen das Essen für mehrere ab?

#### **5. Organisationsstrukturen**

Bezieher-bezogen:

- Wer kann Essen auf Rädern bekommen? (Gibt es Bedingungen?)
- Wie sind die Organisationsstrukturen?
- Wie läuft die Bestellung von Essen auf Rädern? (telefonisch, persönlich) Ist die Bestellung bürokratisch?
- Gibt es Wartezeiten bei der Bestellung von Essen auf Rädern?

**Auslastung/Werbung:**

- Wie ist die Nachfrage? Ist die Kapazität erschöpft?
- Wird Werbung gemacht für Essen auf Rädern und wenn ja, wie?
- Besteht ein Wunsch der Institution nach Nachfragesteigerung?

**Konkurrenz/Kooperation:**

- Gibt es Kooperation zwischen verschiedenen Anbietern von Essen auf Rädern? Gibt es eine Konkurrenzsituation? Wie wirkt sich diese Kooperation- bzw. Konkurrenzsituation aus?
- Gibt es eine Gebietsverteilung der unterschiedlichen Anbieter von Essen auf Rädern (räumlich, zielgruppenorientiert)?

#### **6. Kosten**

- Welche Kosten entstehen dem Träger?
- Welche Kosten gibt es für den Bezieher?
- In welcher Relation stehen die Kosten des Trägers zum Preis für die Bezieher?
- Wie wird für die Bezieher abgerechnet? (wöchentlich, monatlich)

## **7. Zuschüsse**

- Gibt es Zuschüsse für die Träger?
- Wenn ja, welche und wie hoch?
- Gibt es andere Unterstützung, z.B. in Form von Finanzierung von Fahrzeugen zur Verteilung durch das Kuratorium Deutsche Altenhilfe?
- Gibt es Zuschüsse für die Bezieher?

## **8. Alternativen**

- Welche Alternativen der Essensversorgung gibt es von demselben Träger?
- Welche Konditionen liegen hier vor?
- *Wie sind die Kosten für die Bezieher?*
- Wie ist hier die Organisation?
- Welches Essen wird hier angeboten? (dasselbe wie bei Essen auf Rädern?)
- Wieviele Essen gibt es beim Stationären Mittagstisch?
- Sind die Kunden von Essen auf Rädern ehemalige Gäste des Stationären Mittagstisches?
- Wie sind hier die Voraussetzungen, um dieses Essen (z.B. Stationärer Mittagstisch) zu bekommen? Wie variabel ist die Kombination von Stationärem Mittagstisch und Essen auf Rädern? Kann man problemlos von einem zum anderen wechseln?
- Wird bei den Stammgästen vom Stationären Mittagstisch auch unbürokratisch Essen auf Rädern geliefert, wenn diese z.B. krank sind?

### **2.2.2 Frageleitfaden zur Versorgung in der ehemaligen DDR**

#### **1. Angebot**

- **Wie sah die Versorgung konkret aus?:**
- Welches konkrete Angebot gab es?
- Wieviele Tage in der Woche gab es Essen?
- Gab es Möglichkeiten für die Essensversorgung an den Tagen, an denen es kein Essen auf Rädern gab?
- Welche Kombinationsmöglichkeiten gab es (z.B. warmes Essen in der Woche/ Tiefkühlkost am Wochenende)?

- Gab es zusätzliche Angebote außer Mittagessen ( z.B. Frühstück/Abendessen)?
- War Essen auf Rädern in ein anderes Versorgungsangebot eingebunden?
- In welches Versorgungssystem war Essen auf Rädern eingebunden?
- Wurden kleine zusätzliche Leistungen (pflegerisch, Haushaltshilfen) bei der Verteilung erbracht?
- Welche anderen Hilfsleistungen erfolgten konkret neben Essen auf Rädern in Verbindung mit dieser Dienstleistung? (Einkäufe machen, Besorgungen, Behördenhilfen)

## **2. Inanspruchnahme**

- Wieviele nahmen damals Essen auf Rädern in Anspruch?
- Wer nahm Essen auf Rädern in Anspruch?
- Welchen Auslieferungsradius gab es?

## **3. Essen**

- Wer stellte das Essen her?
  - Wie wurde Essen hergestellt?
  - Was für Essen gab es?
  - Gab es Tiefkühlkost?
  - Gab es bei der Herstellung des Essens Besonderheiten? (z.B. Anreicherung des Essens durch Gewürze aus dem eigenen LPG-Garten)
- ggf.: - Wie wurde Essen angeliefert an die Institution?
- ggf.: - Gab es unterschiedliche Menüs?
- ggf.: - Wie war die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Angebote?

## **4. Verteilung**

- Gab es ein System der Verteilung? Nach welchem System wurde das Essen verteilt?
- Von wem wurde das Essen verteilt?
- Wieviele Essen teilte eine Person aus?
- Mit welchen Hilfsmitteln wurde das Essen verteilt? (Auto, Fahrrad, zu Fuß)
- Welche Essensbehälter standen zur Verfügung?
- In welchem Zeitraum wurde das Essen verteilt? (Uhrzeit, wie sehr festgelegt?)
- Konnte das Essen auch abgeholt werden? Wurde das genutzt? Holten Leute Essen für mehrere andere Bezieher mit ab?

## **5. Organisationsstrukturen**

### **Bezieher-bezogen:**

- Wie waren die Organisationsstrukturen?
- Wie lief die Bestellung von Essen auf Rädern? (telefonisch, persönlich)
- War die Bestellung bürokratisch?
- Gab es Wartezeiten bei der Bestellung von Essen auf Rädern?
- Wer konnte Essen auf Rädern bekommen?
- Welche Bedingungen mußten erfüllt werden, um Essen auf Rädern zu bekommen?

### **Auslastung/Werbung:**

- Wurde Werbung gemacht für Essen auf Rädern und wenn ja, wie?
- Wie war die Nachfrage? War die Kapazität erschöpft?

### **Konkurrenz/Kooperation:**

- Gab es unterschiedliche Anbieter?
- ggf.: - Gab es Kooperation zwischen verschiedenen Anbietern von Essen auf Rädern? Gab es Konkurrenzsituation? Wie wirkte sich diese Kooperation- bzw. Konkurrenzsituation aus?
- ggf.: - Gab es Gebietsverteilung der unterschiedlichen Anbieter von Essen auf Rädern (räumlich, zielgruppenorientiert)?

## **6. Kosten**

- Welche Kosten entstanden den Trägern?
- Welche Kosten gab es für die Bezieher?
- In welcher Relation standen die Kosten der Träger zum Preis für die Bezieher?
- Wie wurde für die Bezieher abgerechnet? (wöchentlich, monatlich)

## **7. Zuschüsse**

- Wie war das Essen damals finanziert, durch wen subventioniert?
- Gab es Zuschüsse für die Träger?
- Wenn ja, welche und wie hoch?
- Gab es Zuschüsse für die Bezieher?

## **8. Alternativen**

- Welche Alternativen der Essensversorgung gab es durch denselben Träger? (z.B. Stationärer Mittagstisch)
- Welche Konditionen lagen hier vor?
- Welche Kosten gab es für die Bezieher?
- Wie war die Alternative (z.B. der Stationäre Mittagstisch) organisiert?
- Welches Essen gab es? (dasselbe wie bei Essen auf Rädern?)
- Wieviele Essen gab es beim Stationären Mittagstisch?
- Waren die Kunden von Essen auf Rädern ehemalige Gäste des Stationären Mittagstisches?
- Wie waren hier die Voraussetzungen, um dieses Essen (z.B. Stationärer Mittagstisch) zu bekommen? Wie variabel war die Kombination von Stationären Mittagstisch und Essen auf Rädern? Konnte man problemlos von einem zum anderen wechseln?
- Wurde bei den Stammgästen vom Stationären Mittagstisch auch unbürokratisch Essen auf Rädern geliefert, wenn diese z.B. krank waren?

### **2.2.3 Frageleitfaden zur Versorgung in der Wendezeit**

**Welche Veränderungen fanden in der Wendezeit statt?**

**Bezogen auf:**

- Entwicklung der allgemeinen Versorgungsstruktur (Wie war die Situation in der Übergangszeit?)
- Gab es überhaupt Angebote, d.h. wurde Essen auf Rädern auch in der Wendezeit ohne Unterbrechung geliefert?

#### **1. Angebot**

- Blieb das Angebot auch während der Wendezeit bestehen?
- Welche Veränderungen des Angebotes traten mit der Wende ein?

**bezogen auf:**

- zeitliches Ausmaß des Angebotes Essen auf Rädern (An wievielen Tagen bestand das Angebot ?)
- Zusatzangebote ( wie z.B. Frühstück )
- zusätzliche Hilfsleistungen bei Essen auf Rädern ( z.B. kleine Handreichungen )

## **2. Inanspruchnahme**

- Wie war in dieser Zeit die Inanspruchnahme?
- Ging die Inanspruchnahme zurück oder stieg sie an?
- Wie veränderte sich der Auslieferungsradius?

## **3. Essen**

- Woher kam in dieser Zeit das Essen?  
Wie veränderte sich in dieser Zeit:
- die Herstellung des Essens?
- die Angebotspalette bezogen auf die Essensvielfalt?

## **4. Verteilung**

- Wer hat in der Wendezeit die konkrete Verteilung übernommen?
- Wie veränderten sich die Hilfsmittel zur Verteilung?
- Wie veränderten sich die Essensbehälter?
- Veränderte sich der Zeitraum, in dem das Essen geliefert wurde?

## **5. Organisationsstrukturen:**

- Wie war die Essensversorgung in der Wendezeit organisiert?
- Welche Institution hat in der Übergangszeit die Versorgung sichergestellt?
- Wie veränderte sich die technische Ausstattung?
- Welche Veränderungen gab es für die Bezieher im Rahmen der Umstrukturierung?
- Wie veränderte sich die Auslastung und die Kapazität?
- Entwickelte sich eher eine Kooperationssituation oder eine Konkurrenzsituation?
- Wie wirkte sich die entstehende Situation von Konkurrenz oder Kooperation auf die Arbeit aus?

## **6. Kosten**

- Wie wurde in der Wendezeit mit den Kosten umgegangen?
- Wie wurde die Versorgung finanziell sichergestellt?

- Wie veränderten sich die Kosten für die Bezieher?
- Wie veränderte sich die finanzielle Lage der Anbieter?

## **7. Zuschüsse**

- Gab es in der Zeit der Wende von irgendeiner Seite Zuschüsse für Umstrukturierungsmaßnahmen ?
- Für was gab es Zuschüsse?

## **8. Alternativen**

- Gab es speziell in dieser Zeit Alternativen zu Essen auf Rädern, die verstärkt genutzt wurden? ( Nachbarschaftshilfe oder private Initiativen?)
  - Wie veränderten sich Alternativen durch den gleichen Anbieter (z.B. Stationärer Mittagstisch)?
- bezogen auf :
- Angebot
  - Inanspruchnahme
  - Herstellung und Qualität des Essens
  - Organisatorische Abläufe und Bedingungen
  - Kosten

## **2.3 Die Erhebung**

### **2.3.1 Die Informationsträger**

Als InformationsträgerInnen wurden die jeweiligen GeschäftsführerInnen der Institutionen befragt, die das Angebot "Essen auf Rädern" jetzt in ihrem Programm haben. Dazu gehören in den einzelnen Regionen (Schwerin, Hagenow, Lübz) jeweils die Arbeiterwohlfahrt und die Volkssolidarität e.V.; in der Region Lübz kommt noch das Deutsche Rote Kreuz als Anbieter hinzu.

Besonders wichtige GesprächspartnerInnen waren die Geschäftsführerinnen der Volkssolidarität e.V. in Schwerin, Hagenow und Lübz, denn sie konnten konkrete Aussagen über die Versorgung zur Zeit der DDR und auch der "Wendezeit" machen. Zwei der Geschäftsführerinnen waren bereits zur Zeit der DDR für die Volkssolidarität tätig und konnten so auch die Übergangsphase aus dem eigenen Erleben heraus beschreiben.

Andere Gesprächspartner zu finden, die zur Zeit der DDR Entscheidungsträger waren, stellte sich als sehr schwierig heraus. Alleine Informationen über ehemalige Entscheidungsträger zu bekommen, erwies sich als schwierig. Ein Grund dafür war wohl auch der Versuch, Distanz zu Strukturen der ehemaligen DDR zu demonstrieren. Lediglich die Geschäftsführerinnen der verschiedenen Einrichtungen der Volkssolidarität e.V. gaben hier bereitwillig Auskunft, auch geleitet von dem Gedanken, Vorurteile abzubauen, mit denen die Volkssolidarität e.V. aufgrund ihrer ehemaligen Stellung als staatlicher Wohlfahrtsverband konfrontiert ist.

Private Anbieter konnten nicht befragt werden. An dieser Stelle muß bemerkt werden, daß sich die Suche nach Anbietern des Dienstes "Essen auf Rädern" als außerordentlich schwierig darstellte. Selbst Versuche, private Anbieter über die Inserentenliste der lokalen Zeitung zu finden, erwiesen sich als nicht fruchtbar.

### **2.3.2 Die Vorgehensweise**

Am Anfang des Projektes standen zahlreiche Gespräche zur Kooperation mit Trägerinstitutionen. Besonders intensiv gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der Arbeiterwohlfahrt in den Regionen Schwerin, Hagenow und Lübz. Unter Mithilfe des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der Arbeiterwohlfahrt ergaben sich hier recht fruchtbare, kooperative Kontakte zu den jeweiligen Geschäftsführern bzw. Leitern der einzelnen Institutionen der AWO.



Die Kontaktaufnahme zu den einzelnen Institutionen, die Essen auf Rädern als Dienst anbieten, gestaltete sich unterschiedlich schwierig. Während die Zusammenarbeit mit den Institutionen der AWO sich durch die prinzipielle Bereitschaft des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern als sehr einfach erwies, ergab sich bei anderen Institutionen die Notwendigkeit einer anderen Herangehensweise. Während nämlich die AWO durch die Erfahrungen mit dem Vorläufer-Projekt im Landkreis Wesermarsch sehr positiv und kooperativ eingestellt war, mußte z.B. bei der Volkssolidarität diese Bereitschaft zur Mitarbeit erst geschaffen werden.

Die Interviews mit den Informationsträgern, in der Regel den jeweiligen Geschäftsführern der einzelnen Kreisverbände der jeweiligen Einrichtungen, wurden mit dem Tonbandgerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Da es bei diesen Gesprächen vor allem um reine Informationsvermittlung ging, wurde keine weiteren qualitativen oder quantitativen Auswertungsformen zur Interpretation herangezogen. Hier ging es um eine rein summative Auswertung, die den Stand des Dienstes Essen auf Rädern in den jeweiligen Untersuchungsregionen dokumentieren sollte. In den Gesprächen wurde jeweils anhand des entwickelten Frageleitfadens vorgegangen, sodaß alle im Vorfeld definierten Fragekomplexe abgefragt werden konnten.

Bei den Gesprächspartnern der Volkssolidarität kam als besonderer Schwerpunkt die Darstellung des Dienstes Essen auf Rädern zur Zeit der DDR und zur Zeit der "Wende" hinzu.

### **3. Versorgung in der DDR**

#### **3.1 Bedeutung der Volkssolidarität**

Entscheidender Träger für das Versorgungssystem älterer Menschen in der DDR war der Wohlfahrtsverband der DDR, die Volkssolidarität (VS). Die VS beschäftigt sich seit den Fünfziger Jahren mit der Betreuung älterer Menschen. Integrierte Arbeitsfelder sind dabei die Essensversorgung, die Hauswirtschaftspflege und die Betreuung älterer Menschen in Seniorenklubs.

Die VS unterhielt in der DDR ca. 900 Seniorenklubs, in denen neben der Möglichkeit zur Begegnung und zur Teilnahme am Stationären Mittagstisch auch Angebote zur Freizeitgestaltung älterer Menschen gemacht wurden. Die Palette reichte dabei von sportlichen und handwerklichen Aktivitäten bis hin zu kulturellen Veranstaltungen. Auch Weihnachtsfeiern und Geburtstage wurden im Seniorenklub kostenlos organisiert und durchgeführt.

Im Bereich der Hauswirtschaftspflege waren in der DDR ca. 40.000 Hauswirtschaftspflegerinnen beschäftigt, die sich um die Haushalte älterer Menschen kümmerten. Die Arbeitsorganisation für die Hauswirtschaftspflege wurde dabei durch die VS übernommen, die Kosten wurden allerdings durch den Staat, konkret durch das Sozialamt übernommen.

Zusätzlich wurden Sammlungen von Spenden durchgeführt und ein geringfügiger Betrag als Beitrag erhoben.

##### **3.1.1 Essensversorgung durch die Volkssolidarität**

Bezogen auf die Essensversorgung älterer Bürger kann man bei der VS von einer Monopolstellung sprechen. Durch die VS wurden in der DDR täglich ca. 200.000 Mahlzeiten verteilt. Etwa 120.000 Mahlzeiten wurden dabei an Seniorenklubs geliefert, 80.000 Mahlzeiten wurden direkt ins Haus geliefert.

Gewährleistet wurde diese Versorgung durch die bei der VS angestellten Hauswirtschaftspflegerinnen, die neben den hauswirtschaftlichen Hilfsleistungen auch das Essen brachten. Der Aufgabenbereich der Hauswirtschaftspflege war dabei nicht wie jetzt auf den rein hauswirtschaftlichen Versorgungsaspekt begrenzt. Soziale Hilfsleistungen, wie z.B. die Begleitung auf Spaziergängen, gehörten zum selbstverständlichen Aufgabenbereich dazu. Zusätzlich waren allerdings oft "EssenträgerInnen" für wenige Stunden täglich angestellt, die nur für die Verteilung von Essen zuständig waren. Diese "EssenträgerInnen" waren sehr oft

Hausfrauen, die für diese Arbeit nur geringfügig entlohnt wurden und die Tätigkeit zum großen Teil auch als ein soziales Engagement verstanden haben. Auf Basis dieser Einstellung entstanden dadurch oft sehr langfristige und intensive Kontakte zwischen den belieferten Senioren und den "EssenträgerInnen", genauso wie zwischen den Hauswirtschaftspflegerinnen und den von ihnen betreuten Senioren. Die Hauswirtschaftspflegerinnen und EssenträgerInnen gewährleisteten dabei in hohem Maße die Kapazität der Versorgung. In Schwerin arbeiteten beispielsweise 117 Hauswirtschaftspflegerinnen und 10 EssenträgerInnen als Verteiler von warmen Essen.

Durch die Organisation der Essensversorgung in einem dezentralen Verteilungssystem konnten durch die Verteiler eine hohe Zahl von täglichen warmen Essen gesichert werden, zum Beispiel im Landkreis Hagenow, in dem damals rund 2.000 Essen ausgeliefert wurden oder in Schwerin, wo 1.400 Essen täglich ausgebracht wurden. In Schwerin z.B. standen ca. 20 Küchen zur Verfügung, von denen aus das Essen dezentral verteilt wurde. Grundsätzlich hatte die Essensversorgung, nicht nur für Senioren, in der DDR einen hohen Stellenwert. Im Rahmen der Sozialpolitik der DDR war die Essensversorgung für die Bevölkerung staatliches Interesse. So gab es in nahezu jedem Betrieb, jeder LPG, vielen Kindergärten und Schulen, eigene Küchen, die über die eigenen Betriebsangehörigen, Kinder und Schüler hinaus auch Senioren versorgten. Wer zum Beispiel als Rentner aus einem Betrieb ausschied, konnte selbstverständlich weiterhin am Betriebsessen teilnehmen. Viele dieser Küchen wurden zu zentralen Verteilungsstellen auch für das ausgetragene Essen. Da die Finanzierung für diese Essen durch den Staat gewährleistet war, ergaben sich dabei für die Bezieher sehr geringe Kosten. So kostete ein Essen zwischen 50 Pfennig und 1,50 Ostmark.

Die Auslieferung der Essen erfolgte zu Fuß, mit dem Handwagen oder mit dem Fahrrad. Autos standen nicht zur Verfügung. Nur durch die große Zahl der Verteiler und der dezentralen Verteilerküchen konnte unter diesen Umständen eine flächendeckende Versorgung gewährleistet werden. Wichtiger Aspekt bei diesem Verteilungssystem war die Sicherung der Versorgung der ländlichen Bereiche durch die LPG-Küchen und durch die stationären Mittagstische, die auch in allen Orten auch im ländlichen Bereich etabliert waren.

Unter Berücksichtigung des Anspruches des Staates als "Fürsorgestaat"<sup>6</sup> war auch die Situation von Hilfsbedürftigen unter der Kontrolle des Staates. Durch die enge Vernetzung von einzelnen Instanzen wie Wohlfahrtsverband, Kommunen und besonders Ärzten ergab sich ein Informationsfluß, der ungeachtet datenschutz-rechtlicher Bedenken den Wohlfahrtsverband konkret über hilfsbedürftige Bürger informierte. Durch die Monopolstellung der VS war die Kooperation im Bereich der Versorgung älterer Bürger besonders eng und besonders einfach.

---

<sup>6</sup>Sachmann, R./Leibfried, S. (1992): "Soziale Dienste für alte Menschen" in: Schmähl, W.: "Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung"

Nicht der Hilfsbedürftige mußte sich um die Hilfsleistung kümmern, sondern dem Bürger wurde die Hilfe konkret angeboten. Wer Hilfe suchte, ob für sich selbst oder für Freunde, Nachbarn oder Verwandte, wußte durch die Monopolstellung der VS, an wen er/sie sich wenden mußte, um diese Hilfe zu bekommen. Der Wohlfahrtsverband ging dabei mit seinem Hilfsangebot direkt auf die Bürger zu. Durch die in der Regel sehr geringen Kosten für die Bezieher wurde die Dienstleistung zugänglich, und es erwuchs so ein Selbstverständnis der Inanspruchnahme sozialer Leistungen, wie eben bei der Versorgung mit warmen Essen.

Um die Versorgungsstrukturen zu illustrieren, stellt die Abbildung 1 eine systemorientierte Analyse der Nachfrage- und Versorgungsstruktur im Bereich Außer-Haus-Verpflegung am Beispiel der Volkssolidarität in Schwerin in der DDR-Zeit dar.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup>Weber, M.; (1994): unveröffentl. Hausarbeit

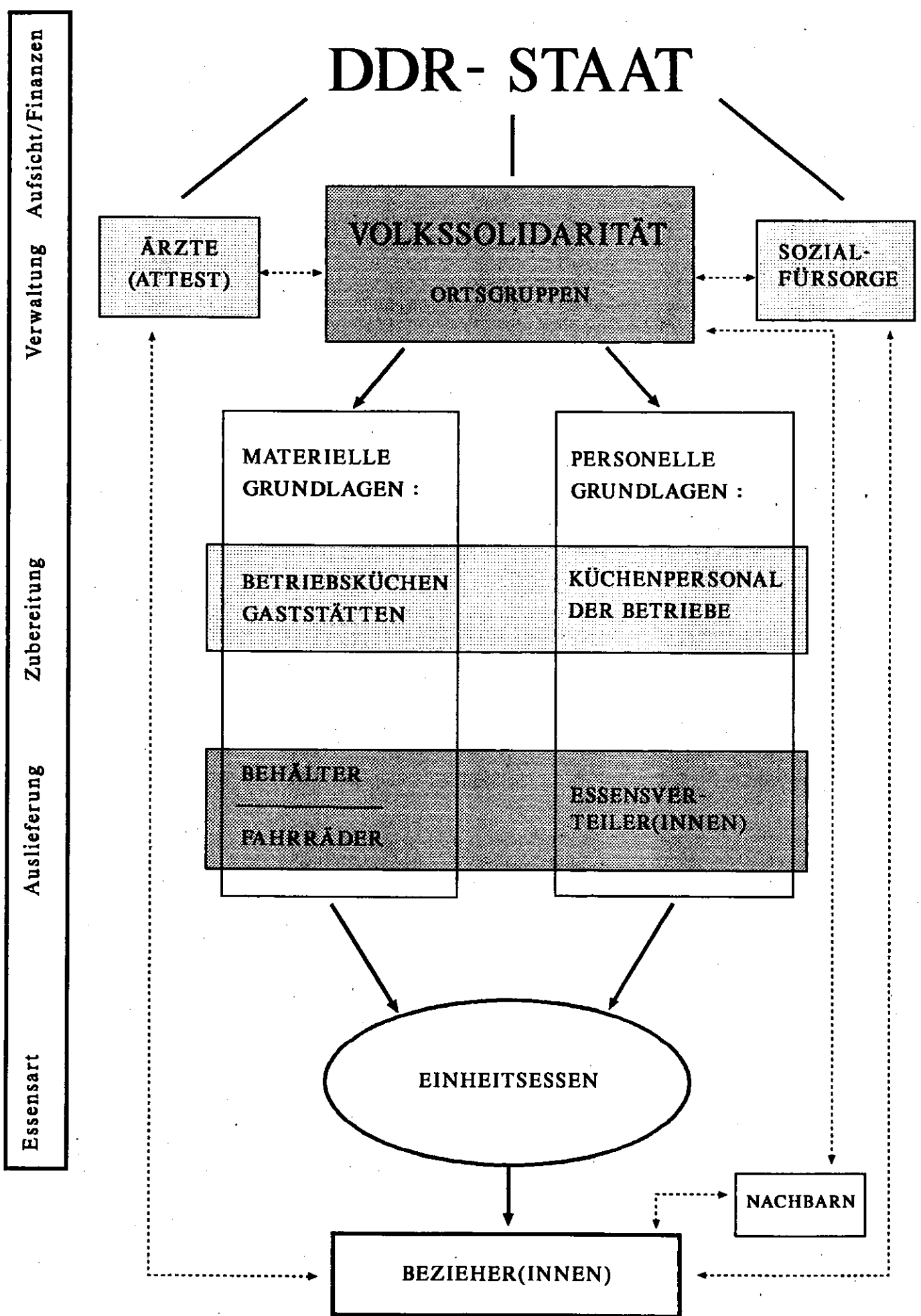


Abb. 1 Nachfrage- und Versorgungsstruktur der Essen-außer-Haus Organisation der Volkssolidarität in Schwerin vor 1989. Dunkl. Schraffur = betriebsinternes Element, helle Schraffur = externes Element, gestr. Linien = Nachfragestruktur, durchgez. Linien = Versorgungs- bzw. Herstellerstruktur

## 4. Entwicklung der Versorgung

### 4.1 Entwicklungen in der Wendezeit

Die Zeit nach der Wende stellt natürlich auch im Rahmen der Essensversorgung eine Umbruchphase dar. Erstaunlicherweise kam es dabei aber, zumindest in den Städten, nicht zu einer Versorgungslücke. Dadurch, daß die Volkssolidarität bestehen blieb, nach der Wende als eingetragener Verein angeschlossen an den DPWV (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband), gelang es, die Versorgung weitgehend zu gewährleisten. Jedoch blieben die fundamentalen Veränderungen im politischen System selbstverständlich nicht ohne Auswirkung. Vor allem den ländlichen Bereich haben die Veränderungen sehr stark betroffen. Hier kam es zunächst zu einem Zusammenbruch der Versorgung, der zum Teil jetzt noch anhält.

Mit dem 01.01.1991 fiel für die Volkssolidarität die staatliche finanzielle Unterstützung weg. Betriebe und LPGs wurden abgewickelt, ebenso die dazugehörigen Küchen. Am Anfang wich der Wohlfahrtsverband dann auf Gaststätten als Zulieferer aus. Die Gaststätten waren jedoch langfristig nicht als Kooperationspartner geeignet. Die Kosten für ein Essen stiegen so an, daß der tatsächliche Kostenpreis nicht an die Bezieher weitergegeben werden konnte. Übergangsweise wurde in Schwerin ein Berliner Modell angewandt, bei dem die Essenspreise entsprechend der Einkünfte der RentnerInnen gestaffelt wurden. Die Idee, in Schwerin die Teuerungsrate durch Ausgleichszahlungen der Stadt aufzufangen, um Beziehern nach wie vor ein kostengünstiges Essen liefern zu können, konnte langfristig nicht durch die Stadt getragen werden. Die Preise für das Essen mußten mittelfristig mehr und mehr erhöht werden. Mit jeder Verteuerung nahm jeweils die Zahl der Bezieher ab. Durch Schließungen von Altenklubs reduzierte sich auch das Angebot an Stationären Mittagstischen und an zentralen Verteilungsstellen für das Essen. Eine Umorganisation der Essensversorgung setzte ein. Mit den sich ebenfalls erhöhenden Personalkosten und der fehlenden staatlichen Unterstützung mußten sowohl viele der Hauswirtschaftspflegerinnen, als auch der EssenträgerInnen entlassen werden. Zudem fiel für die Hauswirtschaftspflegerinnen die Verteilung des Essens als Arbeitsbereich heraus.

Die Notwendigkeit einer anderen Verteilungsform entstand. Der Einsatz von Autos als Transportmittel erschien jetzt günstiger, zumal es die Möglichkeit einer Finanzierung durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe für die Anschaffung eines Transportautos für Essen auf Rädern pro Versorgungsregion gab. Kurz nach der Wende boten größere Essensanbieter aus dem westdeutschen Raum ihre Lieferungen von Tiefkühlkost an; Tiefkühlkost wurde daraufhin als Angebot von der VS aufgenommen. Um aber weiterhin die Auslieferung von warmen Essen zu sichern, mußten zusätzlich Gerätschaften angeschafft werden, die es

ermöglichten, das Essen zu lagern und zu erwärmen. Tiefkühlschränke, Konvektomaten (zur Erwärmung der Speisen) und Essen-Transportbehälter mußten angeschafft werden. Diese Umstrukturierungsmaßnahmen finden dann fortwährend statt, ohne daß die Versorgung zusammenbricht. Die Verteilung der Essen mußte nun aufgrund mangelnder personeller Potentiale von Zivildienstleistenden übernommen werden.

Ebenfalls nach der Wende veränderte sich die Stellung der VS. Neue Anbieter, wie z.B. die AWO, kamen hinzu und boten alternativ zur VS warme Mahlzeiten an. Die Konzeption des Stationären Mittagstisches wurde von ihnen übernommen. Der Verlust der Monopolstellung der VS führte zu einer Konkurrenzsituation auf dem jetzt entstandenen Markt der Essensanbieter. Ursprüngliche Bestrebungen wie z.B. in Schwerin, durch kooperative Gespräche an einem "Runden Tisch" der Wohlfahrtsverbände eine Schwerpunktlegung für die einzelnen Wohlfahrtsverbände zu erreichen, sind letztlich der Konkurrenzsituation wieder gewichen. Zusätzlich gibt es Bestrebungen anderer, sich neu in den Neuen Bundesländern etablierende Verbände, ebenfalls Angebote der Außer-Haus-Verpflegung zu initiieren.

Das Geld für die Dienstleistungen der VS kommt jetzt von den Ländern und Kommunen. Die Kommunen haben die finanzielle Unterstützung gestrichen. Für viele Alte bedeutet das, daß sie sich das Essen nicht mehr leisten können. Die Essensversorgung sicherte für viele ältere Bürger den Erhalt des eigenen Haushaltes und somit die Selbständigkeit.

**Auffälligste Entwicklung ist der starke Rückgang der Inanspruchnahme von Diensten wie Essen auf Rädern oder dem Stationären Mittagstisch in den untersuchten Regionen.** Während z.B. die VS im Gebiet von Schwerin vor der Wende 1.400 Essen verteilt hat, sind es nunmehr lediglich insgesamt ca. 300 Essen (verteilte Essen der AWO und der VS). Bedeutsamster Grund dafür ist sicherlich die Verteuerung der Essen. Die Essen kosten jetzt rund das Zehnfache des alten Preises (von 0,50 - 1,50 Ostmark auf bis zu 6,00 DM pro Essen). Aber auch die Umstrukturierungen im Dienst, vor allem bezogen auf die ländlichen Gebiete spielen hier eine Rolle; so entstanden dort regelrechte "Versorgungslöcher". Doch auch der Bedarf scheint auf dem Lande zurückgegangen zu sein. Ursächlich dafür kann, so die Wohlfahrtsverbände, auch die enorm gestiegene Arbeitslosigkeit, speziell in den ländlichen Regionen sein. So wird vermutet, daß ein großes Potential der Kinder älterer Menschen durch die Arbeitslosigkeit jetzt wieder in der Lage ist, für die Eltern zu kochen, was bedeuten würde, daß sich mit der steigenden Arbeitslosigkeit auch der Bedarf gändert hätte. Ein weiterer Grund für den Rückgang scheint auch in der Umstellung des Essens auf Tiefkühlkost zu liegen; die Einführung des Tiefkühllessens rief bei den Beziehern große Ablehnung hervor.

## 5. Derzeitige Versorgungsstruktur

### 5.1 Strukturelle Bedingungen der Marktanalyse

Die Recherchen zur Marktanalyse stellten sich als sehr viel aufwendiger heraus, als ursprünglich angenommen. Es erwies sich als schwierig, überhaupt einen Überblick über die bestehenden Angebote von Essen auf Rädern in den einzelnen Regionen zu bekommen. Informationshilfen ergaben sich lediglich durch "Tips" der schon kontaktierten Institutionen, die aber weder den Anspruch auf Vollständigkeit hatten, noch als Information abgesichert war. Das bedeutete letztlich, daß alle in Frage kommenden Institutionen in den einzelnen Regionen angesprochen werden mußten, um zu klären, ob ein solches Angebot besteht. Als zusätzliche Schwierigkeit ergab sich, daß auch die Mitarbeiter der Institutionen nicht regional übergreifend über das Angebot ihres eigenen Trägers informiert waren. Ebenso wenig gibt es eine Person oder Institution in den jeweiligen Untersuchungsregionen, die regional einen Überblick über die bestehenden Angebote zur Essensversorgung für ältere Mitbürger hat.

Das Ansprechen der Sozialämter in Schwerin, Hagenow und Lübz bot ebenfalls keinerlei Hilfestellung. Bei Recherchen zu etwaigen Zuschüssen, mit denen das Sozialamt die Essensversorgung für Senioren unterstützt und eventuellen statistischen Angaben zu diesem Bereich, stellte sich heraus, daß man sich in den Sozialämtern mit dem Thema Essen auf Rädern noch nicht näher befaßt hat. Speziell Fragen über Zuschüsse für Bezieher von Essen auf Rädern konnten entweder gar nicht oder nur widersprüchlich beantwortet werden. Einigen Sachbearbeitern war die Möglichkeit der Bezuschussung von Essen auf Rädern gar nicht bekannt, sodaß die ersten Auskünfte trotz freundlicher Bemühungen der Mitarbeiter in den Sozialämtern klar in die Richtung gingen, daß keinerlei Bezuschussung möglich sei. Erst durch Gespräche mit den betreffenden Amtsleitern war zu erfahren, daß die Einbeziehung der Kosten für Essen auf Rädern im Rahmen der Sozialhilfe unter dem Posten "Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes" für die Bezieher möglich ist. Auch hierbei differierten allerdings die Auskünfte der unterschiedlichen Sozialämter in bezug auf die Möglichkeit der Bezuschussung unter gesetzlichen Vorgaben des Sozialhilferechts. Statistische Angaben über die Zahl der Personen, die im Rahmen der Möglichkeiten der Sozialhilfe Zuschüsse für Essen auf Rädern bekommen, waren nicht vorhanden und konnten auch nicht ohne weiteres erhoben werden, da ein Zuschuß für Essen auf Rädern eben nur als Teil von Sozialhilfe verstanden wird und somit nicht explizit erfaßt wird. Deutlich wurde in jedem Fall, daß schon die Fragen nach Zuschüssen für Essen auf Rädern als solches in den Ämtern völlig ungewohnt waren. In einigen der Gespräche wurde erwähnt, daß ein solcher Antrag noch nie gestellt worden sei.

Auch Nachfragen nach Personen innerhalb des Sozialamtes, die in der Lage seien, nähere Auskünfte zum Thema zu erteilen, erwiesen sich als nicht fruchtbar. In diesem Zusammen-



hang wurde mitgeteilt, es gebe im Sozialamt leider niemanden, der etwas zu dem Thema sagen könne.

Daß in diesem Zusammenhang z.B. die Nachfrage einer solchen finanziellen Unterstützung für Essen auf Rädern auf mangelhaftes Wissen in den Sozialämtern stößt, weist darauf hin, daß diese finanzielle Unterstützung noch nicht sehr oft nachgesucht wurde.

Betrachtet man nun die Zahl der Sozialhilfeempfänger in der ehemaligen DDR, stellt man fest, daß noch 1990 ein erstaunlich geringer Anteil von 4% der Gesamtzahl der Sozialhilfeempfänger 60 Jahre oder älter ist.<sup>8</sup> Zwar ist hier von einer Erhöhung dieser Zahl in den letzten drei Jahren auszugehen, doch gibt es hierdurch einen Hinweis auf die geringe Inanspruchnahme von Sozialhilfe im Gebiet der ehemaligen DDR. Dieser geringe Anteil könnte darauf hinweisen, daß der Umgang mit dem Sozialamt und die Inanspruchnahme von Sozialhilfe einfach nicht geübt ist oder Informationen über mögliche Hilfsleistungen sowohl bei den Senioren als auch bei den Verwaltungskräften in den Ämtern noch fehlen.<sup>9</sup>

Resümierend kann man feststellen, daß es für Senioren, die um eine solche finanzielle Unterstützung nachsuchen, ähnlich schwierig sein muß, Auskünfte in den Sozialämtern zu bekommen. Dies mag an dieser Stelle als Hinweis auf die Notwendigkeit von Informationen für Bürger in den Neuen Bundesländern gelten.

## **5.2 Marktanalyse**

Im Rahmen der Marktanalyse soll anhand der Erfassung der regionalen Gegebenheiten ein beispielhaftes Bild gezeichnet werden, das die bessere Einordnung ostdeutscher Organisationsformen ermöglichen soll und sie zugleich plastisch darstellt. Am Beispiel der untersuchten Regionen soll die Möglichkeit von Veränderung auf Basis von Bestehendem einzuordnen sein. Die Konzentration auf eine enge regionale Bezugsstruktur ermöglicht dabei die detaillierte Vorstellung von einzelnen Organisationsstrukturen, wie sie die Organisationen selbst, als auch die kontextuellen Gegebenheiten betreffen, sowie darauf basierend die Möglichkeit der Abbildung bezieher-orientierter Strukturen. Eine relativ detaillierte Erfassung erscheint dabei sinnvoll, um die Einschätzung der Strukturen als Ganzes gewährleisten zu können. Exemplarisch soll am Beispiel Schwerin ein Einblick in die Form der Organisation und ihre konkreten Bedingungen geschaffen werden. Da sich herausstellte, daß die Strukturen der Untersuchungsregionen sich bezogen auf den Dienst "Essen auf Rädern" und Stationärer Mittagstisch stark ähneln, wird auf die detaillierte Darstellung der Dienste in Hagenow und

---

<sup>8</sup>Statistisches Bundesamt (1991); "Im Blickpunkt: Ältere Menschen"

<sup>9</sup>Backhaus-Maul, H./Oik, T. (1992): "Intermediäre Organisationen als Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung" in: Schmähl, W. : "Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung"

Lübz hier verzichtet. In der Zusammenfassung werden dann Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei Untersuchungsregionen dargestellt.

### **5.2.1 Schwerin**

In Schwerin gibt es zwei professionelle Anbieter, die derzeit Essen auf Rädern anbieten. Dabei handelt es sich zum einen um die Volkssolidarität e.V. (VS), zum anderen um die Arbeiterwohlfahrt (AWO). Allerdings gibt es in Schwerin auch Bestrebungen anderer Wohlfahrtsverbände, einen Dienst wie Essen auf Rädern zu initiieren. Dazu gehört einerseits das Deutsche Rote Kreuz, dessen Planungen im Moment jedoch eher vage sind, als auch der Behindertenverband, der an der Einführung eines mobilen Mittagstisches bereits konzeptionell arbeitet. Eine Besonderheit in Schwerin ist der "Runde Tisch" der Wohlfahrtsverbände, an dem auch eine Aufgabenverteilung der Wohlfahrtsverbände (z.B. für den Bereich der Essensversorgung für ältere Mitbürger) vorgenommen werden sollte. Zielsetzung war es hier, eine Kooperation der Wohlfahrtsverbände anzuregen. Letztlich gibt es jedoch auch in Schwerin eine Konkurrenzsituation im Bereich der Essensversorgung für ältere Menschen.

### **5.2.2 Die Arbeiterwohlfahrt**

Die AWO, konkret die Sozialstation des Kreisverbandes der AWO, übernimmt dabei die Versorgung von derzeit 57 Personen. Die Versorgung hat dabei unterschiedliche Ausprägungsarten. Angeboten werden täglich ausgelieferte warme Essen (ca. sechs Essen pro Tag) und wöchentlich ausgelieferte Tiefkühlkost-Kartons (ca. 27 Tiefkühlkartons pro Woche), sowie Essen beim Stationären Mittagstisch (täglich ca. 24 Essen). Der Stationäre Mittagstisch bietet den Senioren dabei die Gelegenheit, in den Räumlichkeiten der Sozialstation zusammen mit anderen Senioren zu essen. Bei dem Stationären Mittagstisch und bei dem warm gelieferten Essen wird die Versorgung jeweils von Montag bis Freitag gewährleistet. Die wöchentlich ausgefahrenen Tiefkühlkartons enthalten jeweils sieben Mahlzeiten, decken also somit die Versorgung für alle sieben Tage der Woche ab.

Die Verteilung wird von vier Zivildienstleistenden übernommen. Ausgeliefert wird dabei zu Fuß, mit dem Fahrrad oder mit dem Auto. Ausgeliefert wird zum größten Teil in nächster Umgebung der Sozialstation. Die Lage der Sozialstation im Gebiet Großer Dreesch, einem am Rande von Schwerin gelegenen Wohngebietes mit vielen Wohneinheiten (Wohnblocks), bedingt dabei die Effektivität des Stationären Mittagstisches.

Das Essen beim Stationären Mittagstisch und das ausgelieferte warme Essen kosten für den Bezieher jeweils 3,50 DM. Ein Wochenkarton mit Tiefkühlessen kostet 34,30 DM, das ergibt einen Einzelportionspreis von 4,85 DM, ist also deutlich teurer als das warme Essen. Mit den Senioren wird einmal monatlich abgerechnet. Die Kosten, die für die Bezieher entstehen, entsprechen dabei laut AWO dem reinen Naturalieneinsatz. Zusätzliche Kosten wie sie durch Personal- und Verwaltungskosten entstehen, werden nicht auf die Bezieher umgelegt. Für den Wohlfahrtsverband besteht allerdings die Möglichkeit, über einen Posten des Landeshaushaltes des Sozialministeriums, speziell für Essen auf Rädern, einige Kosten wie Personal-, Sach- und Betriebskosten abzusetzen.

Eine Steigerung der Nachfrage steht im Interesse der AWO in Schwerin. Das Angebot Essen auf Rädern bzw. Stationärer Mittagstisch wird deshalb in dem einmal jährlich herausgegebenen Programmheft der AWO vorgestellt und zusätzlich wird einmal monatlich eine Anzeige im "Schweriner Stadtanzeiger" geschaltet. Wesentlichster Faktor bei der Information der Bevölkerung über das bestehende Angebot der AWO ist aber die Mundpropaganda. Die Bestellung des Essens selber ist einfach und unbürokratisch; wer Essen auf Rädern in Anspruch nehmen möchte oder am Stationären Mittagstisch teilnehmen will, kann das nach telefonischer oder persönlicher Bestellung tun, ohne Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen.

In der Abbildung 2 erfolgt die Darstellung einer systemischen Analyse der Versorgungs- und Nachfragestruktur durch die Arbeiterwohlfahrt für das Jahr 1994.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup>Weber, M.; (1994): unveröffentl. Hausarbeit

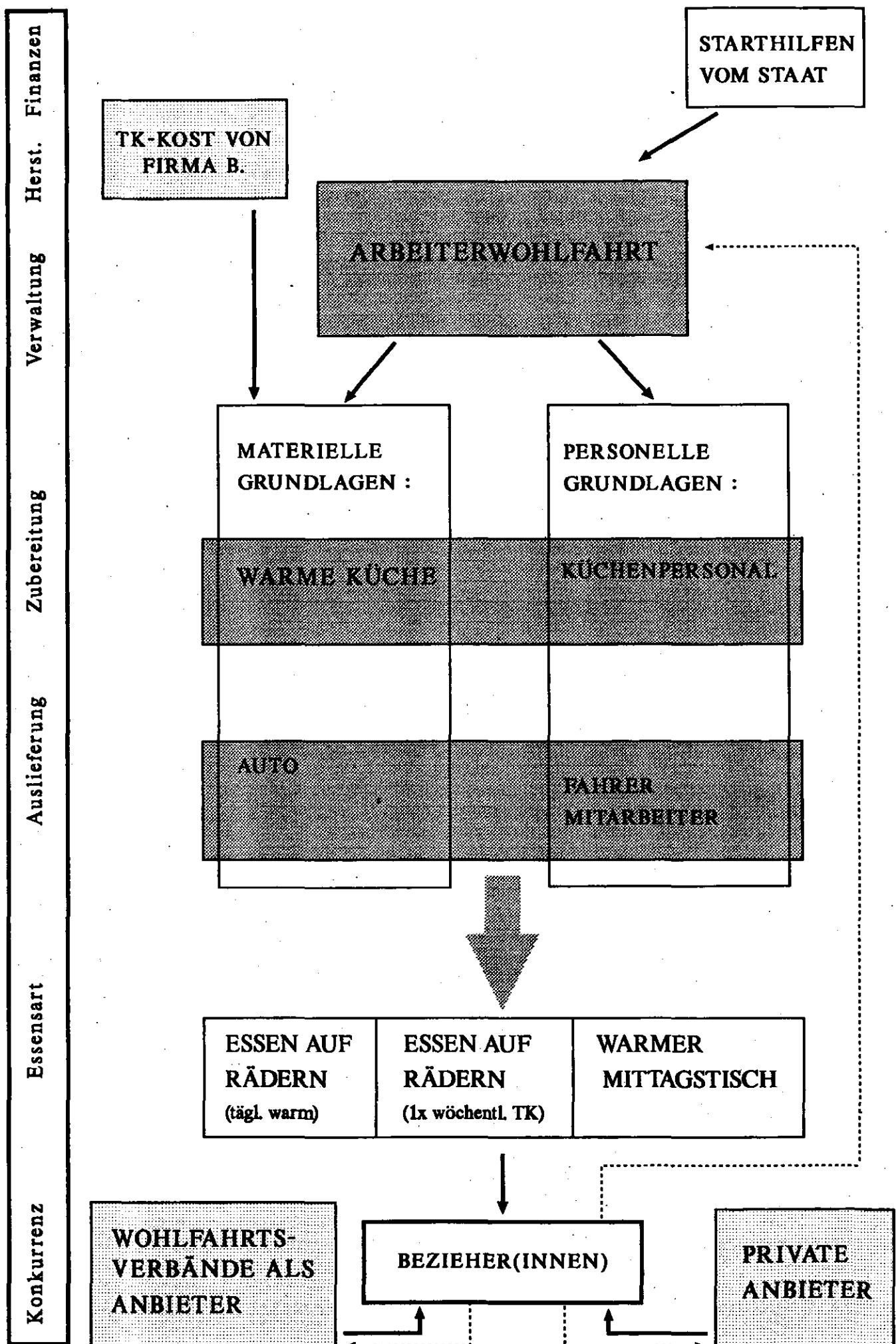


Abb. 2 Nachfrage- und Versorgungsstruktur der Essen-auf-Rädern Organisation der Arbeiterwohlfahrt in Schwerin 1994. Dunkl. Schraffur = betriebsinternes Element, helle Schraffur = externes Element, gestr. Linien = Nachfragestruktur, durchgez. Linien = Versorgungs- bzw. Herstellerstruktur

### 5.2.3 Die Volkssolidarität

Der Kreisverband der Volkssolidarität e.V. ist in Schwerin der größte Anbieter. Insgesamt werden 230-250 Essen in einem Radius von ca. 40 km ( Landkreis und Stadt ) verteilt. Auch die VS bietet drei unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten an. Die Aufteilung der Angebote ist ähnlich der Arbeiterwohlfahrt. Zur Auswahl stehen Essen auf Rädern, drei Stationäre Mittagstische und die Belieferung mit Tiefkühlwochenkartons. Die Auslastung der unterschiedlichen Angebote differiert dabei: 110-130 Wochenportionen der Tiefkühlkost werden ausgeliefert und 90 Bezieher nehmen das warme Essen auf Rädern in Anspruch. Verteilt wird das Essen von insgesamt drei Personen ( zwei Zivildienstleistende und eine Mitarbeiterin ) mit drei Autos. Nur 30 Essen pro Tag werden bei den Mittagstischen in drei Begegnungsstätten ( zwei Begegnungsstätten in der Stadt, eine im Landkreis ) verteilt; bedeutungsvoll erscheint in diesem Zusammenhang, daß zwei der Begegnungsstätten eine verkehrsmäßig sehr ungünstige Lage haben; bei einer der beiden beträgt z.B. der Fußweg von der Straßenbahn zur Begegnungsstätte 20 Minuten. Die Bestellung von Essen auf Rädern oder die Teilnahme am Stationären Mittagstisch ist auch bei der VS schnell möglich und unbürokratisch. Die Kosten für die Bezieher liegen dabei zwischen 5,10 DM für das Tiefkühlessen und 6,- DM für das warme Essen. Die Kosten, die der VS entstehen, werden dabei als reine Naturalienkosten an die Bezieher weitergegeben. Zuschüsse bekam die VS lediglich für die Anschaffung einer Tiefkühlzelle durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Bezogen auf Kapazität und Nachfrage gibt es bei der VS die besondere Situation, daß sich die Anzahl der verteilten Essen in den letzten drei Jahren von 1.400 Essen auf 230-250 Essen reduziert hat. Trotz Personalabbau und Reduzierung der zur Verfügung stehenden Mittel seit der Wende ist die jetzige Kapazität der VS nicht voll ausgeschöpft. Eine bessere Auslastung der Kapazität ist auch von seiten der VS wünschenswert, hierbei würde es sich jedoch nicht direkt um eine Nachfragesteigerung handeln, sondern vielmehr um die Wiedergewinnung von ehemaligen Beziehern.

Aus Werbegründen findet ungefähr einmal im Jahr eine Präsentationsveranstaltung statt, bei der Ärzte und Krankenschwestern über das Angebot der Essensversorgung durch die VS informiert werden sollen. Anlässlich dieser Präsentationsveranstaltungen erscheinen in der Regel auch Berichte in der Presse. Hier werden besonders auch Presseorgane angesprochen, die kostenlos ins Haus geliefert werden, da viele der älteren Menschen durch ihre wirtschaftliche Lage und die Verteuerung der Zeitungen auf die kostenlosen Informationsblätter angewiesen sind.

In der Abbildung 3 erfolgt die Darstellung einer systemischen Analyse der Versorgungs- und Nachfragestruktur durch die Volkssolidarität für das Jahr 1994.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup>Weber, M.; (1994): unveröffentl. Hausarbeit

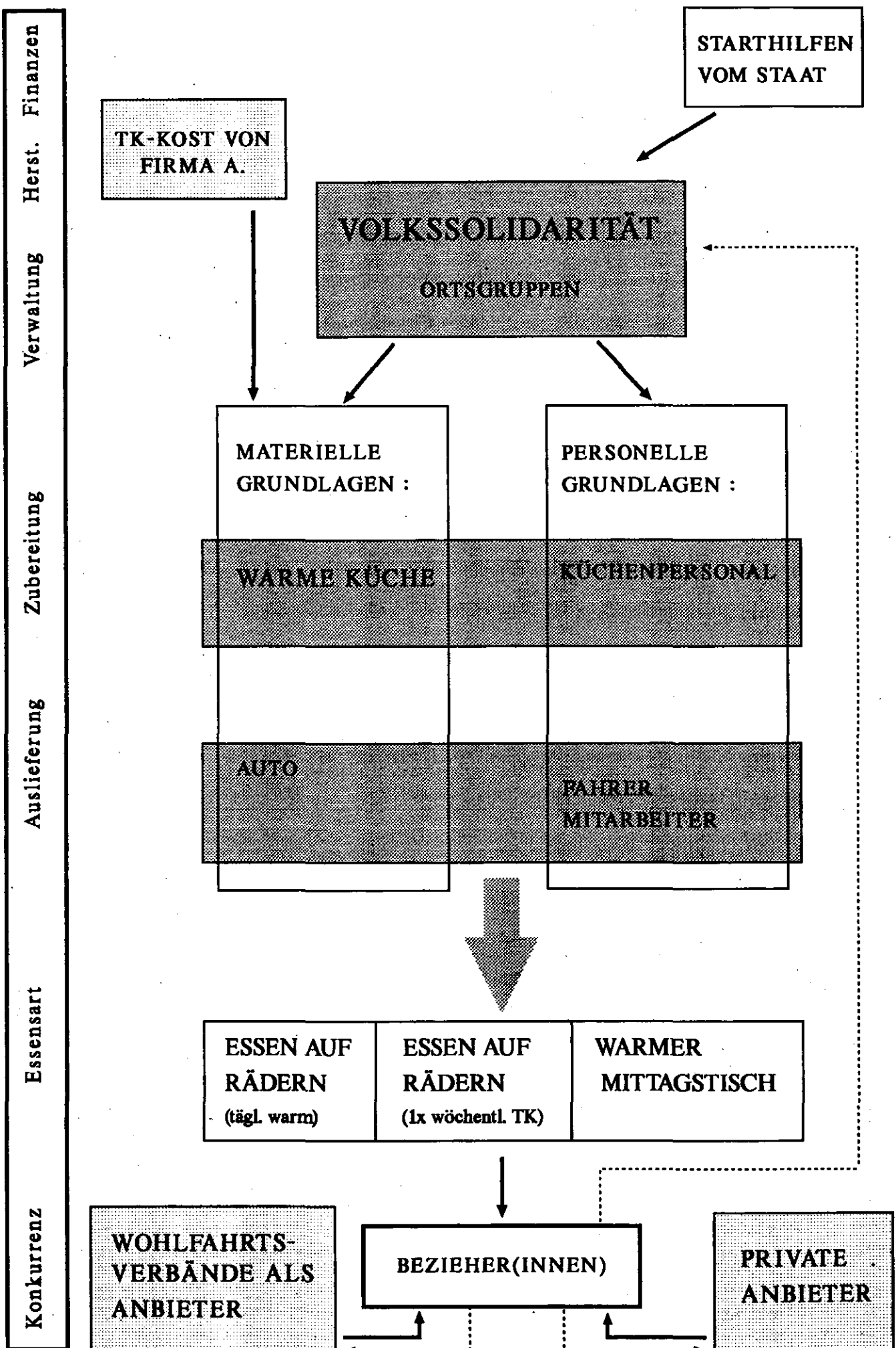


Abb. 3 Nachfrage- und Versorgungsstruktur der Essen-auf-Rädern Organisation der Volkssolidarität in Schwerin 1994. Dunkl. Schraffur = betriebsinternes Element, helle Schraffur = externes Element, gestr. Linien = Nachfragestruktur, durchgez. Linien = Versorgungs- bzw. Herstellerstruktur

### 5.3 Zusammenfassung

Das Angebot in allen drei Untersuchungsregionen und durch die jeweiligen Träger erscheint ähnlich. Es wird mindestens warmes Essen auf Rädern und bis auf den Anbieter Volkssolidarität e.V. in der Region Lüz auch ein Stationärer Mittagstisch angeboten. Vor allem der Anbieter Volkssolidarität e.V. bietet häufig auch Tiefkühlessen als Lieferung in Wochenkartons als Alternative oder als Hauptangebot an. Grundsätzlich sind die Belieferer der Wohlfahrtsverbände oft große Tiefkühlkostenanbieter. Die Preise für die warmen ausgelieferten Essen liegen zwischen 3,50 DM (AWO Schwerin) und 6,00 DM (VS Schwerin). In der Regel ist das Essen beim Stationären Mittagstisch jeweils billiger als das ausgelieferte Essen.

Die Auslastung der unterschiedlichen Angebote differiert bei den jeweiligen Trägern. Eine Rolle spielen zum einen die jeweilige Lage der Institution, ihre Einbindung in alte Strukturen und das allgemeine Angebot vor Ort. Zum Beispiel ist für die Frequentierung eines Stationären Mittagstisches die Anbindung an Verkehrsmittel bzw. ihre Lage innerhalb eines Wohngebietes entscheidend (s. VS Schwerin). Ähnliches trifft auf den Stationären Mittagstisch in Lüz zu: die Lage des Stationären Mittagstisches des DRK in dem von den Einwohnern als "Alaska" bekanntem Stadtgebiet läßt deutlich werden, daß dieses Gebiet vorrangig kein Wohngebiet ist und insofern die Inanspruchnahme von Essen beim Stationären Mittagstisch sehr gering ist. In Lüz spielt es außerdem eine Rolle, daß es hier in Relation zu drei Anbietern für die Essensversorgung 34.091 Einwohner gibt. In Schwerin dagegen kommen auf ca. 150.000 Einwohner zwei Anbieter der Dienste zur Essensversorgung. Zudem gibt es in allen Untersuchungsregionen mittlerweile eine Konkurrenzsituation zwischen den unterschiedlichen Anbietern von "Essen auf Rädern" und dem Stationären Mittagstisch.

Allen drei Untersuchungsregionen ist der starke Rückgang der Bezieher im Vergleich zur Zeit der DDR gemeinsam. Was die Zahl der im Moment ausgelieferten Essen betrifft, so unterliegt sie starken Schwankungen. Ursächlich dafür sind z.B. Urlaube der Senioren, die zeitweise Übernahme der Essensversorgung durch Familienangehörige, Krankenhausaufenthalte o.ä., aber auch die Jahreszeiten spielen dabei eine Rolle; so ist der Bedarf nach geliefertem Essen im Winter höher als im Sommer.

Die Bestellung gestaltet sich bei allen Essensanbietern sehr einfach und flexibel. Alle Anbieter sind bereit, spontan z.B. bei der Krankheit eines Teilnehmers am Stationären Mittagstisch dieses Essen dann auch auszuliefern. Allerdings wird im Unterschied zu der Zeit vor der Wende der Dienst den Beziehern nicht vorgeschlagen, sondern die potentiellen Bezieher müssen selbst um den Dienst nachsuchen.

In diesem Kontext erscheinen auch die Werbemethoden interessant. Alle Anbieter haben die gleichen Werbemethoden. In der Regel wird ca. einmal jährlich eine Veröffentlichung in der lokalen Presse initiiert, eventuell kommen dann selten noch Probe-Verkostungen dazu, bei denen vor allem die Anbieter von Tiefkühlkost kostenlose Essen zur Verfügung stellen, um neue Bezieher zu gewinnen. Wesentlichstes Werbemoment ist aber nach wie vor die Mundpropaganda.

Die Form der Verteilung und die organisatorischen Strukturen stimmen in den einzelnen Regionen überein. Mittlerweile hat jeder der Anbieter ein Auto zur Verfügung, mit dem die Auslieferung erfolgt. Die Auslieferung selber wird durch Zivildienstleistende gewährleistet und beschränkt sich bei allen Anbietern auf die Anlieferung des Essens und kleinsten Hilfsleistungen wie z.B. das Ablösen der Alufolie von den Essen. Darüber hinaus hat sich der Dienst Essen auf Rädern im Vergleich zu der Zeit der DDR zu einem reinen Transportunternehmen zurückentwickelt.

Keiner der befragten Anbieter bekommt für die Dienstleistungen "Essen auf Rädern" oder dem Stationären Mittagstisch direkt Zuschüsse. Zuschüsse gab es in der Regel nur für die Anschaffung von Hilfsmitteln, die entweder zur Küchenausstattung gehören oder für Auslieferungsfahrzeuge, wobei pro Region je ein Fahrzeug vom Kuratorium Deutsche Altershilfe finanziell unterstützt bzw. getragen wurde.



## **6. Erhebung bei den Beziehern**

### **6.1 Das Erhebungsinstrument**

Grundlage für die Erhebung ist der überarbeitete Fragebogen aus dem Vorläufer-Projekt "Essen auf Rädern" im Landkreis Wesermarsch, ergänzt durch einen qualitativen Teil.

Grundsätzliche Fragekomplexe blieben dabei thematisch als Überschriften erhalten wie die Bereiche "Ernährung", der Teil "Gesundheit, Wohlbefinden, Aktivitäten", der Teil "Daten zur Person", sowie der Teil "Ergänzungen", in dem eine abschließende Einschätzung durch die Interviewerin vorgenommen werden soll.

Der Fragenkomplex "Ernährung" beschäftigt sich mit Fragen zu persönlichen Ernährungsgewohnheiten, aber auch den subjektiven Erlebensformen von Essen und die daraus abzuleitenden grundsätzlichen Einstellungen zum Essen. Unter dem Blickpunkt "gesunde Ernährung" sollen kognitive und psychologische Aspekte der Ernährung abgefragt werden, um daraus Erkenntnisse ernährungswissenschaftlicher und psychologischer Bedeutsamkeit ableiten zu können.

Im zweiten Fragebogenkomplex "Gesundheit, Wohlbefinden, Aktivitäten" geht es um die Einschätzung der Bedeutsamkeit des Themas Gesundheit für die persönliche Lebensführung und der Bedeutsamkeit von Aktivitäten ( vor allem auch im Zusammenhang mit ernährungswissenschaftlichen Fragestellungen ) als Indikator für eine Teilnahme am Leben. Als letzter Teil befaßt sich dieser Fragebogenkomplex mit Einstellungen zum Leben und persönlichen Glaubenssätzen zum Thema Alter und persönliche Lebensbilanz; in diesem Kontext also auch mit Fragen zur Kontrollierbarkeit und Beeinflußbarkeit des persönlichen Lebensschicksales.

Die "Daten zur Person" liefern schließlich die demographischen Daten, anhand derer die Auswertung präzisiert werden kann. Zusätzlich aufgenommen wurde hier ein Frage zur Einschätzung der persönlichen finanziellen Situation; zwar sollte auch in dieser Erhebung auf die für ältere Menschen oft peinliche Frage nach dem Einkommen verzichtet werden, um aber doch eine ungefähre Einordnung zu ermöglichen, werden bei dieser Frage drei Alternativaussagen angeboten, denen sich die Befragten zuordnen sollen.

Der Komplex "Ergänzungen" schließlich, bei dem eine Einschätzung des Interviews durch die Interviewerin vorgenommen werden soll, sichert die Validität der Aussagen im Fragebogen ab.

Alle Fragen wurden dabei noch einmal überarbeitet, um sie den spezifischen Bedingungen der Interviewpartner aus den Neuen Bundesländern anzupassen. Nötig waren in diesem Zusammenhang sowohl Veränderungen in der Formulierung, z.B. die Angleichung an sprachliche Besonderheiten in den Neuen Bundesländern, zum Teil die Entwicklung neuer Antwortkategorien, z.B. im Teil "Daten zur Person" im Bereich Schulbildung und Berufsgruppen, desweiteren aber auch die Integration neuer Fragen auf Basis der Erkenntnisse aus der Befragung der Träger-Institutionen wie z.B. die Frage nach den Gründen für die Nichtteilnahme am Stationären Mittagstisch.

Der im Fragebogen des Vorläufer-Projektes angewandte "Fragebogen zur Sozialen Unterstützung" (SOZU-K-22) wurde nicht wieder verwendet, da er sich bei der Erhebung im Landkreis Wesermarsch nicht bewährt hatte.

### **6.1.1. Der Frageleitfaden**

Als zusätzlicher, dem Fragebogen voranzustellender Teil entstand ein Frageleitfaden, der in vier voneinander leicht abweichenden Fassungen das Ziel hat, die ganz besonderen Voraussetzungen in den Neuen Bundesländern erfassen zu können. Dieser Frageleitfaden ist Anleitung für eine qualitative Interviewform. Die vier voneinander abweichenden Formulierungen gehen dabei einher mit der Zuordnung der Interviewpartner zu den unterschiedlichen Beziehungsgruppen.

Ein qualitativer Teil als zusätzliches Erhebungsinstrument wurde entwickelt, um die Möglichkeit zu haben, alle relevanten Faktoren für die Bedeutung der Essensversorgung zum derzeitigen Stand und als Ergebnis historischer Prozesse zu eruieren. Unter diesem Aspekt erscheint ein qualitativer Befragungszusatz als erfolgversprechend.

Die Struktur ist orientiert an einem möglichst realistischen Gesprächsverlauf. Zielsetzung ist es, ein Vertrauensverhältnis zu den Befragten herzustellen. Im Laufe des Interviews soll so eine möglichst offene, vertrauensvolle Beziehung entstehen, die dazu angetan ist, eine Vielzahl von Informationen über den persönlichen und darüber hinaus gesellschaftlichen Stellenwert von Essen auf Rädern und dem Stationären Mittagstisch zu erhalten.

Dabei hebt der Frageleitfaden zum Teil ab auf Fragekomplexe, die sich mit der Bedeutung sozialer Dienste schlechthin beschäftigen, als auch mit der Bedeutung der Wendegeschichte als kritisches Lebensereignis und den persönlichen diesbezüglichen Bewältigungsstrategien.

Zudem kann sich nur durch das Wissen über die Organisation des Alltags und den Stellenwert von Essen auf Rädern mit seinen für die Befragten sicher unterschiedlichen Funktionen ein umfassendes Bild der von den Beziehern zugeschriebenen Struktur von Essen auf Rädern ergeben. Dieses Bild ist notwendig, um greifbare Konzeptionen entwickeln zu können, die tatsächlich auf die Gegebenheiten durch die besonderen Bedingungen in den Neuen Bundesländern Bezug nehmen. Dazu gehört nicht nur, eine Bestandsaufnahme quantitativer Art vorzunehmen. Um die Akzeptanz eines solchen Modell-Projektes von vornherein als einen wesentlichen Aspekt der Arbeit zu verstehen, ist es unabdingbar, auf die Erfahrungen derjeniger zurückzugreifen, die Experten auf dem Gebiet Essen auf Rädern sind, nämlich der Bezieher.

Im Rahmen dieses Projektes kommt dabei durch die Untersuchungsregionen in den Neuen Bundesländer noch ein wesentlicher Aspekt hinzu, denn die Experten für Essen auf Rädern sind gleichermaßen Fachleute für das Leben in den Neuen Bundesländern. Nur sie können widerspiegeln, in welchem geschichtlichen, systemimmanenten Zusammenhang Essen auf Rädern in den Neuen Bundesländern zu verstehen ist. Die Bezieher stellen also hier Kern- und Angelpunkt der Analyse dar. Neben den objektiven Bedingungen des sozialen Dienstes Essen auf Rädern, wie sie sich im weitesten Sinne durch institutionelle Bedingungen manifestieren, muß auch die emotionale Wertigkeit des Dienstes, speziell im Zusammenhang mit der geschichtlich-historischen Entwicklung für die einzelnen Inanspruchnehmer geklärt werden. Hier ist es zwingend notwendig, auf das Wissen der Betroffenen zurückzugreifen. Verschärfend wirkt dabei noch die Altersklasse der Befragten; es handelt sich bei den Befragten um Menschen, die den größten Teil ihres Erwachsenenlebens im politischen und gesellschaftlichen System der DDR gelebt haben. Man kann annehmen, daß ihre Rolle des Erwerbstätigen auch unter den systemimmanenten Kriterien verstanden wurde, d.h. daß Erhalt und Inanspruchnahme sozialer Leistungen in der DDR eine andere psychologische Gewichtung für die Bürger haben.

## **6.2 Vorgehensweise bei der Befragung**

Alle kontaktierten Anbieter zeigten sich bei der Kontaktvermittlung zu potentiellen Interviewpartnern als sehr kooperativ. Trotzdem ist es durch die zum Teil geringe Anzahl der Inanspruchnehmer einiger Dienste nicht vollständig möglich, alle gewünschten Interviewpartner in der gewünschten Verhältnismäßigkeit und Anzahl zu befragen. Zudem ergibt sich durch den qualitativen Teil die Anforderung von sprachlicher Kompetenz der Interviewpartner. Bezogen auf das besondere Klientel dieser Untersuchung stellt das einen erhöhten Schwierigkeitsgrad für die Auswahl der Interviewpartner da.

Als Interviewerinnen wurden nur Frauen ausgewählt. Bei allen Interviewerinnen handelt es sich um Frauen aus den Neuen Bundesländern, die im Bereich der sozialen Versorgung tätig sind. Anspruch an die Interviewerinnen war dabei vor allem die Fähigkeit, sich mit entsprechender Sensibilität auf das Thema und die Interviewpartner einstellen zu können. Diese Fähigkeit schien bei den ausgewählten Interviewerinnen, vor allem durch ihr berufliches Engagement im sozialen Bereich weitgehend gegeben zu sein.

In Vorbereitung auf die Tätigkeit als Interviewerin wurde ein Interviewtraining durchgeführt. Neben der konkreten Information über Anliegen und Selbstverständnis des Projektes wurden in diesem Rahmen dann auch Fähigkeiten trainiert, wie sie bei einer Befragung und gerade bei einer teilweise qualitativen Erhebung von Bedeutung sind, um im größtmöglichen Maße die Auswertung zu gewährleisten. Dazu gehört ein Training zur Gesprächsführung, als auch eine erste Einführung in grundsätzliche Methoden wissenschaftlicher Erhebungen.

### 6.3 Die Interviewpartner

Die Interviewpartner für die Bezieher-Befragung setzen sich aus vier unterschiedlichen Beziehergruppen zusammen. Befragt wurden:

1. BezieherInnen der Dienstleistung "Essen auf Rädern", die diese Dienstleistung erst seit der Wende in Anspruch nehmen,
2. BezieherInnen der Dienstleistung "Essen auf Rädern", die diese Dienstleistung schon in der DDR in Anspruch genommen haben
3. ehemalige BezieherInnen, die die Dienstleistung "Essen auf Rädern" in Anspruch nahmen, bevor sie in ein Altersheim gewechselt sind.
4. TeilnehmerInnen am Stationären Mittagstisch

Die ursprünglich als Interviewpartner geplanten drei Personengruppen der BezieherInnen haben sich dabei aufgrund der Erkenntnisse aus dem ersten Teil der Befragung mit den Anbietern der Dienstleistung "Essen auf Rädern" um eine weitere, nämlich die der TeilnehmerInnen am Stationären Mittagstisch erhöht.

Dieses erscheint nötig, um alle für die Darstellung der Essensversorgung relevanten Bereiche abfragen zu können. Im Verlauf der Erhebung der Grundstrukturen des Dienstes "Essen auf Rädern" wurde deutlich, daß der Stationäre Mittagstisch im Versorgungssystem für ältere Menschen auch und gerade in der Zeit der DDR ein fundamentales Element war und immer noch ist. Um Sinnhaftigkeit und Ansatzpunkte für neue oder erweiterbare Modelle entwickeln zu können, muß die Bedeutung des Stationären Mittagstisches erfaßt werden. Das gilt im besonderen im Zusammenhang mit dem Vorläufer-Projekt im Landkreis Wesermarsch; hier

sind im Laufe des Projektes Einrichtungen wie der Stationäre Mittagstisch initiiert worden. Dadurch daß der Stationäre Mittagstisch aber als eine in der Zeit der DDR lange institutionalisierte Einrichtung zur Essensversorgung älterer Menschen betrachtet werden muß, entstehen hier für die Modellentwicklung andere Grundlagen. Diese zu erfassen, kann nur über die Befragung der BezieherInnen geschehen. Zudem würde ein Auslassen der BezieherInnen des Stationären Mittagstisches dazu führen, daß ein ungenaues, der Komplexität der Essensversorgung nicht angemessenes Bild gezeichnet würde. Zumal sich gerade unter psychologischen Gesichtspunkten nicht nur durch die Existenz, sondern auch durch die Bedeutung, die dem Stationären Mittagstisch zukommt, die dringende Notwendigkeit ergibt, auch diese TeilnehmerInnen zu befragen.

Die Zusammensetzung der Interviewpartner sollte dabei möglichst gestreut sein. So sollten die zu Befragenden jeweils Inanspruchnehmer der unterschiedlichen, bislang bekannten Anbieter sein, und zwar verteilt auf die verschiedenen Untersuchungsregionen. D.h. daß möglichst Vertreter aller gewünschten Beziehergruppen von jedem Anbieter in jeder Region gewählt werden sollten. Allerdings stellte sich dies als schwierig heraus, besonders im bezug auf die gewünschte Beziehergruppe der ehemaligen Bezieher, die mittlerweile in ein Altersheim gewechselt haben. Da sich in den Altenheimen in den Untersuchungsregionen zum größten Teil stark Pflegebedürftige befinden, war es schwierig, Interviewpartner zu finden, die die gewünschten Bedingungen erfüllen und für ein solches Interview, auch gerade in diesem Umfang, zur Verfügung standen.

#### **6.4 Bedingungen bei der Erhebung**

Die Interviews wurden mit insgesamt 33 Interviewpartnern aus den drei Untersuchungsregionen Schwerin, Hagenow und Lübz durchgeführt. Die Befragungen fanden vom Januar bis Ende April 1994 statt. Aus Schwerin standen insgesamt 18 Interviewpartner zur Verfügung, aus Hagenow 5 und aus Lübz ebenfalls 5. Die Interviews in den Alten- und Pflegeheimen wurden zum Teil im Randgebiet von Schwerin und zum Teil in Güstrow durchgeführt, hier standen noch einmal 5 Interviewpartner zur Verfügung. Regional liegt der Schwerpunkt somit auf dem städtischen Gebiet Schwerin. Der ursprünglich angestrebten Zielsetzung, eine gleichmäßige Verteilung der Interviews über die Regionen vorzunehmen, konnte nicht entsprochen werden, da die Anzahl potentieller Interviewpartner je nach Region sehr unterschiedlich ist. Zudem war die Auswahl der Interviewpartner eingeschränkt durch weitere Kriterien. So fand zusätzlich eine Kategorisierung der Interviewpartner nach vier Untergruppen statt. Diese Untergruppen bestanden aus Teilnehmern am Stationären Mittagstisch, aus Bewohnern von Feierabend- und Pflegeheimen und aus Teilnehmern an

Essen auf Rädern, unterschieden nach dem Beginn der Inanspruchnahme des Dienstes vor bzw. nach der Wende.

Hier liegen aus der Untergruppe der Teilnehmer am Stationären Mittagstisch insgesamt 9 Interviews aus den unterschiedlichen Regionen vor, aus der Gruppe der Bezieher von Essen auf Rädern nach der Wende 12 Interviews und aus der Gruppe der Bezieher von Essen auf Rädern schon vor der Wende 6 Interviews. Die Gruppe der Bewohner von Feierabend- und Pflegeheimen wird nicht weiter kategorisiert, da es nicht in jeder der Untersuchungsregionen ein Feierabend- oder Pflegeheim gibt und nur eine geringe Zahl der angesprochenen Heime sich kooperationsbereit zeigten, sodaß eine regional gleichmäßige Verteilung der Interviewpartnern aus Heimen nicht möglich ist.

Dem Anspruch, ein ausgeglichenes Verhältnis der einzelnen Gruppen zueinander bei der Anzahl der Interviews zu schaffen, konnte nicht vollständig entsprochen werden. Es erwies sich als besonders schwierig, Interviewpartner aus der Gruppe der Bezieher von Essen auf Rädern schon vor der Wende zu bekommen. So ist schon durch die Altersstruktur deutlich, daß es nur einen sehr eingeschränkten Personenkreis geben kann, auf den diese Bedingung zutrifft, zudem sind Bezieher des Dienstes oft gesundheitlich nicht in der Lage, ein solches Interview zu leisten.

Zusätzlich war die gesamte Situation einer Befragung bei vielen älteren Bürgern in den Neuen Bundesländern mit Ängsten verbunden, sodaß man nur eine eingeschränkte Bereitschaft zu einem solchen Gespräch vorfand. Eine Rolle bei diesen Ängsten spielten auch Erfahrungen aus der DDR-Zeit, in der Befragungen für die Bevölkerung unter einem Aspekt von politisch und sozial "richtigen" Antworten wahrgenommen wurden.

## **6.5 Auswertungsmethoden**

Bei der Auswertung der vorgenommenen Interviews kommen zwei unterschiedliche Methoden zum Tragen. So wurden bei dem achtzehnteiligen Fragebogen mittels SPSS (Statistical Package for Social Science) Häufigkeitsverteilungen errechnet, die es uns ermöglichen, Aussagen über die Struktur der BezieherInnen zu machen. Aufgrund der Einschränkung, die durch die Vorauswahl der geeigneten InterviewpartnerInnen vorliegt, erheben diese Berechnungen keinen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit. Sie ermöglichen es lediglich, ein ungefähres Abbild der Nachfrager in den definierten Untersuchungsregionen zu zeichnen. Die formulierten Aussagen zu den Beziehern stützen sich auf die Gruppe der interviewten Per-

sonen und unterliegen somit auch in ihrer Aussagekraft einem eng gefaßten Untersuchungsfeld.

Die zweite Auswertungsmethode bezieht sich auf die Auswertung des qualitativen Anteils der Interviews. Hier werden die mit dem Tonband aufgenommenen Interviews, wie sie anhand des Frageleitfadens durchgeführt wurden, transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse<sup>12</sup> ausgewertet. Angesichts des umfangreichen Interviewmaterials bot sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring an. Sie ist in besonderem Maße geeignet, große Mengen transkribierten sprachlichen Materials mit Hilfe eines regelgeleiteten qualitativ orientierten Vorgehens zu verarbeiten. Vorgelegen haben insgesamt knapp 200 Seiten transkribierte Interviews. Zielsetzung ist es, durch eine inhaltliche Strukturierung die Aussagen zu bestimmten Inhaltsbereichen zu extrahieren und zusammenzufassen. Durch den Frageleitfaden ist eine Ausrichtung auf bestimmte Themenbereiche bereits vorgegeben. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden mittels Reduktion des Ausgangsmaterials, hier die Abschriften der durchgeführten Interviews, elementare Bedeutungseinheiten eines Textes (Mikropropositionen) zu einem einfachen Netzwerk von größeren Bedeutungseinheiten (Makropropositionen) zusammengefaßt. Durch Zusammenfassungsstrategien (Makrooperatoren) wie Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion und Bündelung der elementaren Texteinheiten entsteht so auf der direkten Basis des Materials eine Zusammenfassung. Entsprechend eines inhaltsanalytischen Ablaufmodells wird hier schließlich nach der stufenweisen, regelgeleiteten Analyse des transkribierten Materials die Bildung eines Kategoriensystems möglich. Auf Grundlage dieses Kategoriensystems kann schließlich eine Interpretation der Ergebnisse erfolgen. Diese Form der Auswertung ist sehr systematisch, versucht aber gleichzeitig in einem hohen Maße den Inhalten des Materials gerecht zu werden, indem das Ziel der Analyse ein Abbild des Ausgangsmaterials ist. Entscheidender Vorteil dieser Auswertungsmethode ist die Bildung des Kategoriensystems im Laufe der Untersuchung, sodaß es möglich wird, subjektive Bedeutungskategorien darzustellen, wie sie in diesem Projekt von besonderer Bedeutung sind.

Dieses extrahierte Material soll die Aussagekraft der quantitativen Auswertung durch SPSS unterstützen und ergänzen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf den Auswirkungen der Wende auf die Organisation des Alltags der älteren Menschen in den Untersuchungsregionen und den subjektiven Bedeutungszuschreibungen von Essen auf Rädern und dem Stationären Mittagstisch.

---

<sup>12</sup>Lamnek, S.; (1989): "Qualitative Sozialforschung"; Psychologie Verlags Union

## 6.6. Analyse der Nachfrager

### 6.6.1 Einschätzung der Interviewsituation

Für die meisten Befragten stellt der Interviewtermin eine willkommene Abwechslung im Alltag da. Das Interesse der Untersuchung an der Qualitätssicherung in bezug auf Außer-Haus-Verpflegung wird zum Teil als Form der Sorge um ältere Mitbürger verstanden und somit positiv beurteilt. Hieraus ergibt sich auch ein hohes Maß an Ernsthaftigkeit, mit der die Fragen beantwortet werden. Geradezu erstaunlich ist auch das geringe Maß an Ermüdungserscheinungen im Verlauf der Interviews angesichts der Länge der Interviews von durchschnittlich über 90 Minuten. So ergeben sich in hohem Maß positive Einschätzungen zum Verlauf der Interviews. Die Atmosphäre im Verlauf der Interviews wird als zunehmend offen, vertrauensvoll und spannungsfrei empfunden. Hier trägt sicher der nicht vorhandene Zeitdruck dazu bei, daß es gelingen konnte, ein positives Verhältnis zu den Interviewten zu schaffen.

Im Gegensatz dazu steht allerdings das auffällig geringe Interesse an Veränderungen. Hier kommt allerdings wohl auch die Altersstruktur der Interviewpartner zum Tragen. Über die Hälfte der Befragten, nämlich 53,1 % sind zwischen 80 und 89 Jahre alt, 40,6 % befinden sich in der Altersgruppe von 70-79 Jahren.

Senilität oder Verwirrtheit bei den Befragten spielen eine untergeordnete Rolle, sicher auch zu erklären durch die getroffene Vorauswahl der Interviewpartner durch die Kontaktpersonen bei den einzelnen Institutionen vor Ort. Gleichmaßen dadurch beeinflusst ist auch das relativ hohe Maß an Selbstbewußtsein, das die Interviewpartner aufweisen.



### 6.6.2 Analyse der InterviewpartnerInnen

Die InterviewpartnerInnen bestanden zu 90,6 % (n=30) aus Frauen. Nur 9,4 % der befragten Personen waren Männer(n=3).

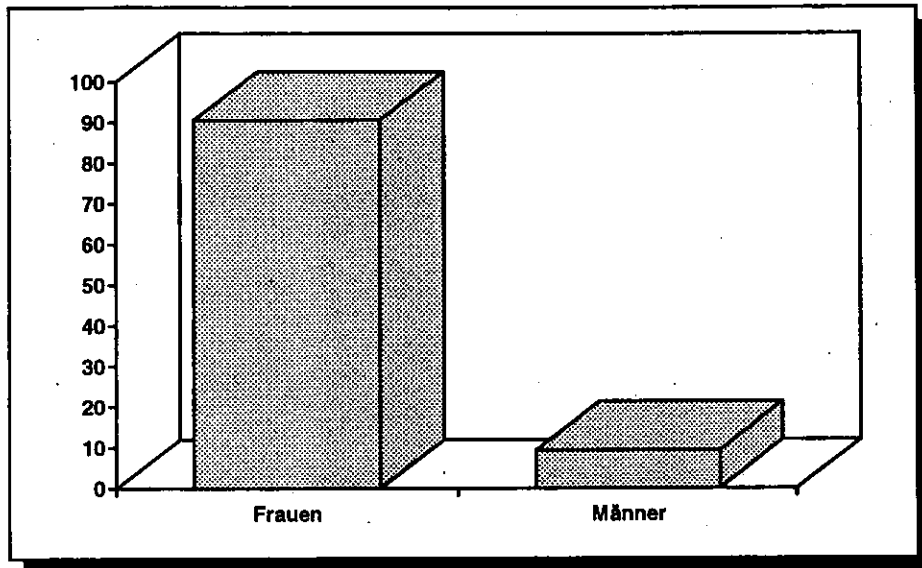


Abbildung 4: Geschlecht

Fast alle Interviewpartner (93,7 %) waren zwischen 70 und 89 Jahre alt (n=30). Den größten Anteil hatten dabei die 80 - 89-jährigen, sie waren mit insgesamt 53,1 % der Interviewpartner (n=17) am stärksten vertreten. Die Gruppe der 70-79jährigen war mit 40,6 % vertreten (n=13). Jeweils 3,1 % der Befragten (n=1) gehörten zu den Gruppen der 60-69jährigen und der Personen, die 90 Jahre und älter sind (n=1).

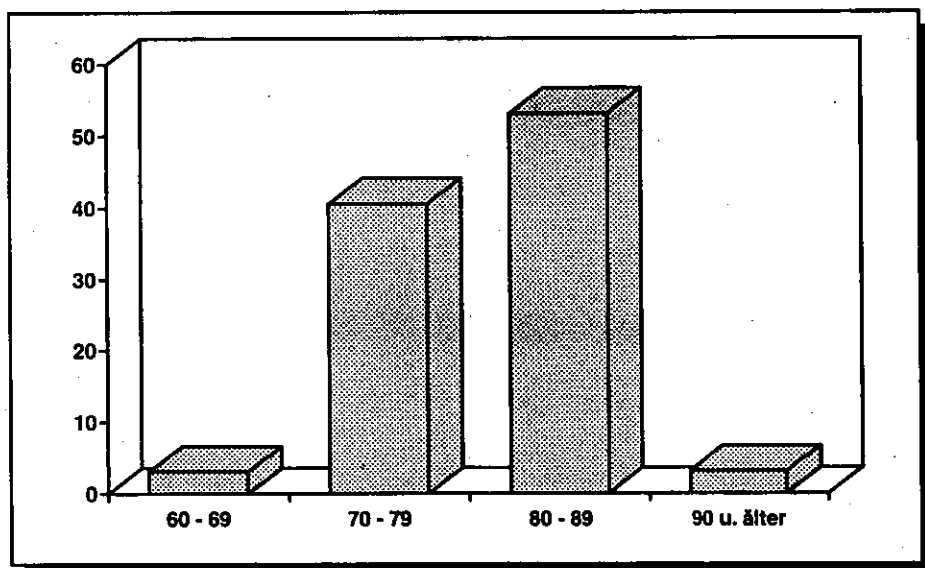


Abbildung 5: Altersgruppen

Die meisten Befragten (65,6 %) sind verwitwet. 18,8 % der Interviewpartner sind verheiratet und 12,5 % sind ledig. Geschieden oder getrennt lebend sind nur 3,1 %.

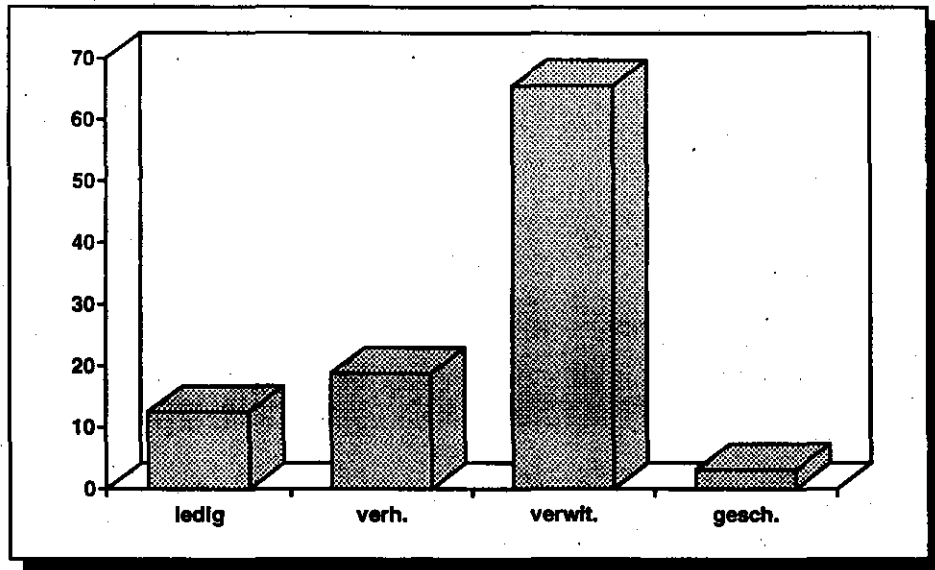


Abbildung 6: Familienstand

Bezogen auf die soziale Wohnsituation zeigt sich, daß die meisten Befragten alleine leben, sie stellen mit 59,4 % den Hauptanteil. 18,8 % leben mit einem Partner zusammen. 12,5 % der Interviewpartner leben mit anderen Personen zusammen, dieser relativ bedeutende Anteil erklärt sich durch die Befragung in Feierabend- und Pflegeheimen. Nur 6,3 % leben mit Kindern zusammen, 3,1 % mit anderen Angehörigen.

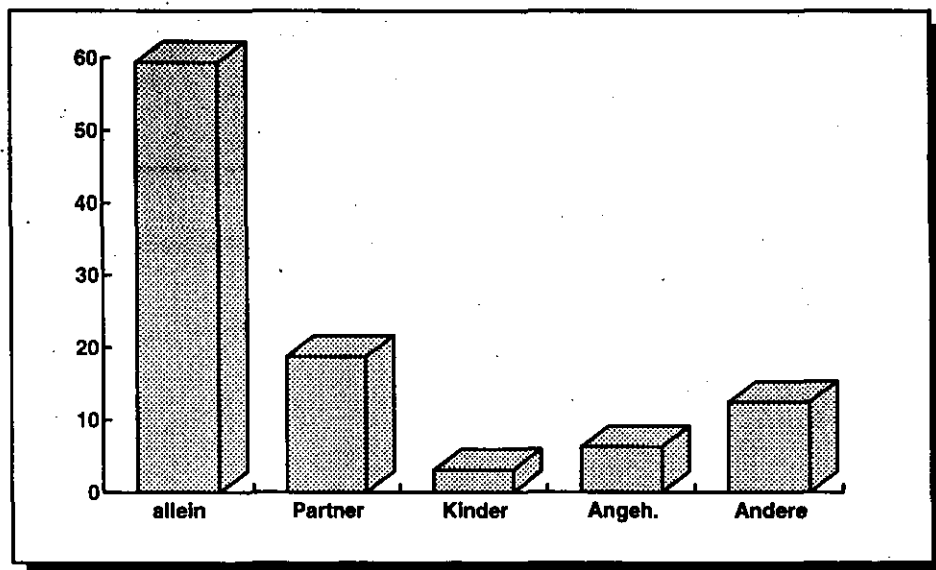
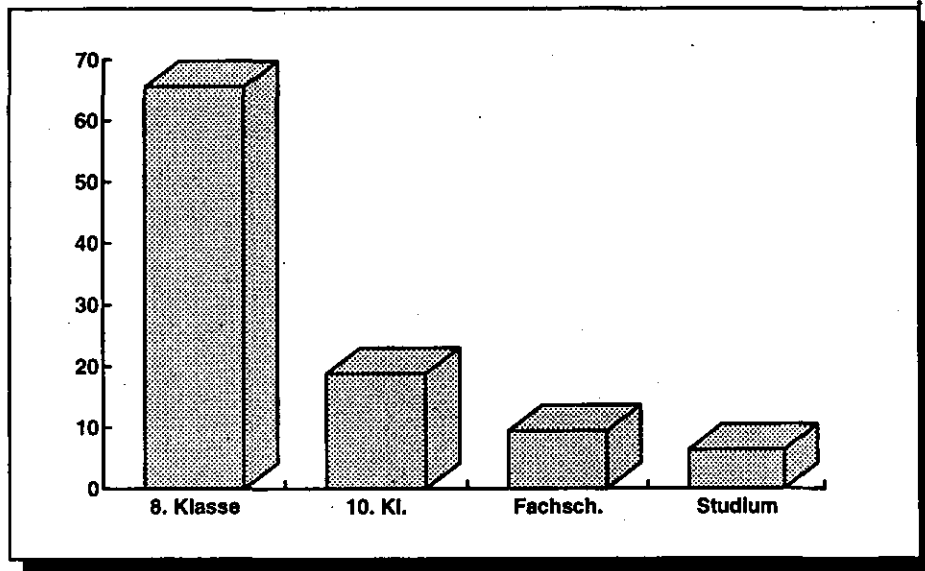


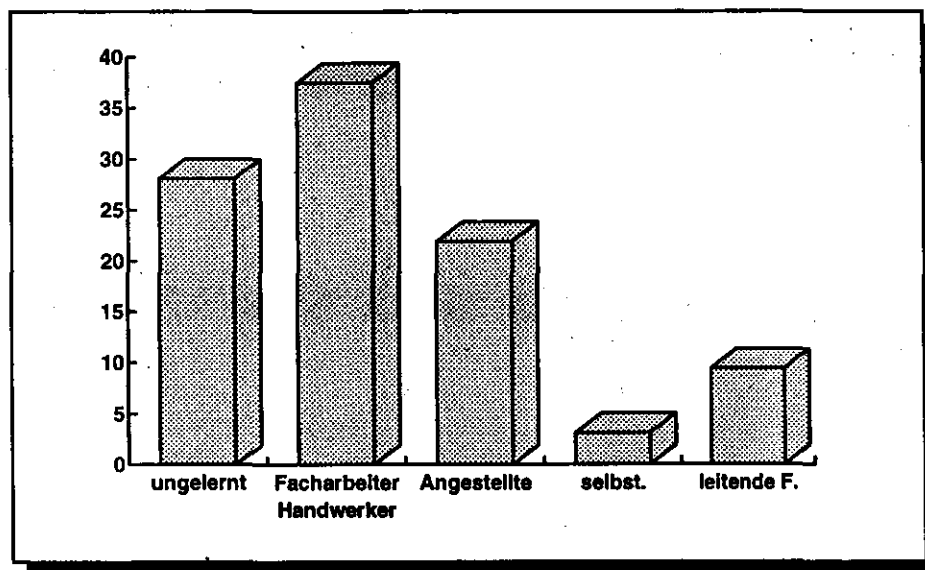
Abbildung 7: Soziale Wohnsituation

Der größte Anteil der Befragten hat einen Schulabschluß der achten Klasse, insgesamt 65,6 %. Nach steigendem Bildungsgrad ergeben sich deutlich geringere Prozentzahlen, so haben 18,8 % nach der zehnten Klasse abgeschlossen, 9,4 % haben einen Fachschulabschluß und 6,3 % ein Studium abgeschlossen.



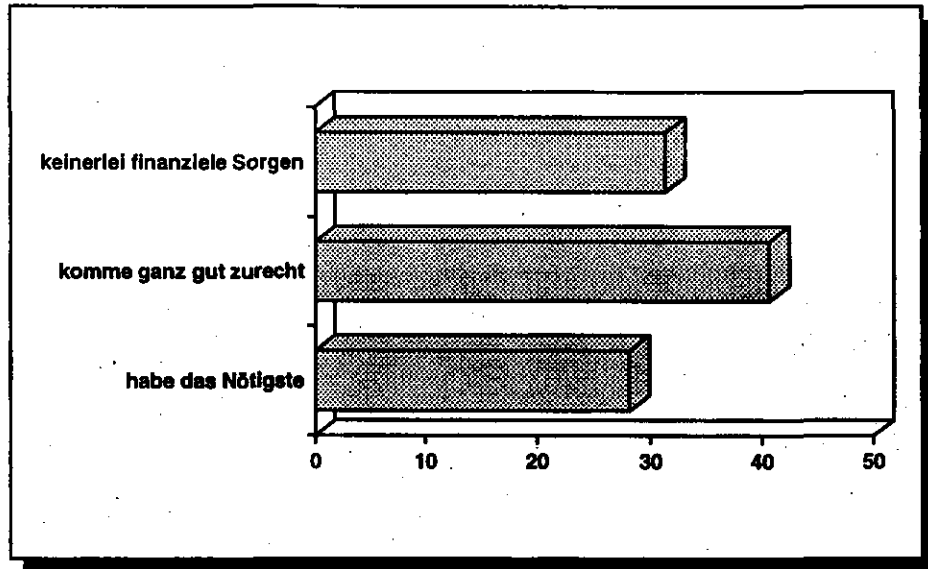
**Abbildung 8: Schulbildung**

Bezogen auf die Berufsgruppen stellt sich folgendes Bild da: 37,5 % der Interviewpartner haben in Berufen wie Handwerker und Facharbeiter gearbeitet. 28,1 % waren ungelernt tätig, Angestellte machen einen Anteil von 21,9 % aus. Leitende Funktionen wie Ingenieure oder leitende Angestellte wurden von 9,4 % ausgeübt, nur 3,0 % waren selbständig.



**Abbildung 9: Berufsgruppen**

Bei der eigenen Einschätzung der finanziellen Situation stimmten 40,6 % der Interviewpartner der Aussage zu "Ich komme ganz gut zurecht", 31,3 % empfanden die Aussage "Ich habe keinerlei finanzielle Sorgen" als auf sich zutreffend. "Ich habe das Nötigste" sahen 28,1 % als treffend an.



**Abbildung 10: Einschätzung der eigenen finanziellen Situation**

## **7. Ergebnisse der Bezieher-Befragung**

### **7.1 Bedeutung der Außer-Haus-Verpflegung für die Organisation von Alltag**

Von großer Wichtigkeit für diese Untersuchung ist die Frage, warum und wann ältere Menschen Essen auf Rädern in Anspruch nehmen bzw. wieso sie Teilnehmer am Stationären Mittagstisch werden. Um Raum zu geben für eine umfassende Antwort, wird diese Frage im Rahmen des qualitativen Teils der Befragung untersucht. Anhand der genannten Beispiele für individuelle Motive soll eine Einordnung der Wesenhaftigkeit und Bedeutsamkeit dieser sozialen Dienstleistungen möglich werden. In diesem Fall auf vorgefaßte Antwortkategorien zu verzichten, erschien besonders wichtig, um die wahre Bedeutung von Außer-Haus-Verpflegung erfassen zu können, auch im Sinne einer Regelmäßigkeit im Verlauf der Inanspruchnahme sozialer Hilfsleistungen, die älteren Menschen zur Verfügung stehen. Sinnvoll wird eine Analyse der Motive zur Inanspruchnahme auch im Kontext mit der Organisation des Alltags älterer Menschen. So trägt die Möglichkeit zur Außer-Haus-Verpflegung wesentlich zum Erhalt von Autonomie bei und kann so für die Organisation von Alltag von entscheidender Bedeutung sein.

Große Tragweite gewinnt dieser Bereich auch gerade unter dem Aspekt einer möglichen Umstrukturierung oder eines Ausbaus von Außer-Haus-Verpflegung. Nur durch die Aufschlüsselung von Beweggründen für die Inanspruchnahme kann ein benutzer-orientiertes Konzept entwickelt werden, das den Bedürfnissen der Menschen Rechnung trägt.

Im folgenden wird eine Reduktion der genannten Beweggründe und der emotionalen Komponente bei der Inanspruchnahme entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse<sup>13</sup> vorgenommen. Unterschieden werden dabei die unterschiedlichen Gruppen der Interviewpartner, um eine Zuordnung von Kategorien zu den einzelnen Befragten Gruppen zu erleichtern. Der Bereich der emotionalen Komponente dient dabei als zusätzliche Untermauerung der Motive für die Teilnahme an Außer-Haus-Verpflegung.

---

<sup>13</sup>Lamnek, S.; (1989): "Qualitative Sozialforschung Band 2"; Psychologie Verlags Union; München

## 7.2 Zusammenfassung der Motive für Außer-Haus-Verpflegung

### 7.2.1 Teilnehmer am Stationären Mittagstisch

#### Motive:

- Ich habe angefangen, weil ich mir den Arm gebrochen hatte.
- Ich hatte immer keinen Appetit, da hat der Arzt mir eine Bescheinigung gegeben, daß ich dahin zum Essen kam.
- Ich bin essen gegangen, weil mein Mann gestorben ist und damit ich unter Leute kam, damit ich Bewegung habe.
- Mein Mann ist gestorben und ich war so allein, und ich wollte mit jemandem zusammen essen.
- Meine Tochter hat gesagt, dann hast Du Gesellschaft und weißt immer, was Du zu Mittag machen sollst.
- Die Kinder sind gestorben. Mein Schwiegersohn und die Leiterin hier haben gedrängt: geh doch zum Mittagstisch, dann hast Du Unterhaltung.
- Ich bin alleine und fühle mich hier wohl.
- Meine Mutter war damals schwerkrank, und ich habe sie gepflegt. Ich kam nicht zum essen, und da hat eine Bewohnerin aus dem Haus gesagt, kommen Sie mit uns essen, dann kriegen sie jedenfalls Ihr Mittagessen.
- Zuerst habe ich im Klub gegessen. Ich war zu faul, um für mich alleine zu kochen, und die Leiterin vom Stationären Mittagstisch hat mich überredet.
- Man kocht sich alleine immer zuviel.

#### Emotionale Komponente:

- Das gefällt mir gut. Vor allen Dingen, man ist unter Menschen und hier trifft man dann alle, und dann bleiben wir immer noch ein bißchen sitzen und erzählen.
- Man muß bei Wind und Wetter immer den Weg gehen, sodaß man immer gezwungen ist rauszugehen.
- Es ist richtig schön, wenn man so in Gesellschaft ist. Ist doch ganz was anderes, als wenn man alleine dabei hockt. Wenn ich alleine dabei sitze, vergeht mein Appetit. Ich mag es lieber in Gesellschaft.
- Es gefällt mir hier. Wir können hier spielen, und wenn welche weggehen, kommen andere, das ist ganz schön. Meine Rommeepartnerinnen haben mich überredet, hierher zu kommen.
- Ich kann mir noch mit allem selber helfen, aber ich habe mich richtig daran gewöhnt, daß ich nicht mehr kochen brauche, das möchte ich nicht wieder.
- Man ist abgelenkt. Wenn man zu Hause ist, grübelt man.

## 7.2.2 Teilnehmer an Essen auf Rädern

### **Essen auf Rädern erst nach der Wende:**

#### **Motive:**

- Ich bekomme Essen auf Rädern, seit ich gefallen bin. Ich kann weder stehen noch alleine gehen.
- Ich bekomme Essen auf Rädern, seit ich im Krankenhaus war. Da konnte ich nicht mehr kochen.
- Ich habe im Krankenhaus meinen Herzschrittmacher gekriegt. Im Krankenhaus wurde ein Rezept ausgeschrieben, daß ich Essen auf Rädern kriegen.
- Ich bin an den Rollstuhl gebunden. Infolgedessen kann ich keine Gerichte selbst zubereiten und deshalb wurde mir Essen auf Rädern angeboten.
- Ich kann nicht einkaufen gehen und hier kriegen ich es gebracht. Wenn ich kein Essen auf Rädern bekommen würde, dann müßte ich zu meinem Sohn gehen, aber da bin ich auch tagsüber alleine. Da weiß ich auch nicht, was ich machen soll. Hier weiß ich jeden Morgen, was ich machen soll.
- Als ich aus dem Krankenhaus kam, wollte ich Essen auf Rädern haben. Ich hatte nicht immer Lust zu kochen, und vor allem habe ich es gemacht, weil ich im Winter ja nicht rausgehen konnte, weil ich Angst hatte vor dem Fallen. Dann hat man immer etwas im Haus.
- Da ich ins Krankenhaus ging und meine 84-jährige Schwester eben hier alleine in der Wohnung blieb und sich auch nicht mehr versorgen konnte. Ich kann nicht mehr soviel einkaufen, weil ich Probleme habe mit dem Tragen von Lasten.
- Durch Bekannte zu Essen auf Rädern gekommen.

#### **Emotionale Komponente:**

- Ich würde es lieber alleine machen. Dann machst Du, was Du möchtest.
- Gut.
- Ich fühle mich gut, Essen auf Rädern zu bekommen; das ist ausgezeichnet.
- Es ist sehr variabel und ich kann mir einteilen, wann ich etwas esse. (Tiefkühlkost)
- Vorteil von Tiefkühlkost: Dann ist man nicht da oder spät gefrühstückt.
- Es ist eine Erleichterung. Ich brauche nicht zu kochen.
- Das ist für uns eine liebe Gewohnheit geworden. Wir haben uns daran gewöhnt.

### **Essen auf Rädern schon vor der Wende:**

- Meine Sehbehinderung trägt sehr dazu bei; ich kann nicht kochen.
- Durch die Krankheit beider Ehepartner ergab sich die Notwendigkeit. Anders können wir es gesundheitlich nicht.
- Die Frau kann nicht mehr kochen, und der Mann ist asthmakrank.
- Krankheitsmäßig. Ich mußte ins Krankenhaus. Da konnte ich nichts machen, weil ich auch noch Zucker habe.
- Durch meine Krankheit wegen der Operation. Da war es vorbei mit dem Stehen am Kochherd. Zuerst hat mein Mann noch gekocht, aber dann wollte er nicht mehr kochen.

### **Emotionale Komponente:**

- Es bekommt jeder Rentner, der möchte, sein Essen. Ich würde auch darunter fallen, daß ich mein Essen bekäme, wenn ich nicht sehbehindert wäre.
- Traurig. Anders wäre es uns lieber, aber das können wir gesundheitlich nicht.
- Essen auf Rädern ist eine gute Sache, es entlastet die Frau bei ihrer täglichen Hausarbeit.
- Essen auf Rädern ist eine Erleichterung. Ich könnte nicht jeden Tag kochen, das wäre aus.

### **Bewohner von Feierabend- und Pflegeheimen:**

- Ich konnte nicht mehr so. Ich hatte mit der Krankheit und dem Hinfallen immer soviel zu tun.
- Mein Mann und ich wir waren ja beide alt und mein Mann konnte überhaupt nicht mehr, der hat sonst gerne gekocht. Da waren wir mit meinen Kindern bei der VS und haben das Essen bekommen.
- Es ging bei uns nicht mehr so, daß wir selber kochen konnten.
- Als wir nicht mehr selbst kochen konnten, das war ein Warnzeichen. Es ging so schön mit dem anderen Essen (Frühstück), das ging alles flott noch so weiter. Das Mittagessen war natürlich ein bißchen umständlich und schwierig. Essen auf Rädern war für uns eine große Erleichterung.
- Dann habe ich Essen auf Rädern gekriegt, weil ich mich zu schwach fühlte, um dahin zu gehen. Ich konnte nicht mehr laufen.



### 7.3 Analyse der Motive für die Inanspruchnahme

Entwickelt man aus den Aussagen der Interviewpartner heraus Kategorien, die die Gründe für die Inanspruchnahme von Außer-Haus-Verpflegung zusammenfassen sollen, entdeckt man deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der Teilnehmer am Stationären Mittagstisch und den jetzigen und ehemaligen Teilnehmern an Essen auf Rädern.

Deutliches Übergewicht bei den Teilnehmern am Stationären Mittagstisch hat der Aspekt der *sozialen Kontakte*. Für fast alle Teilnehmer steht dieser Bereich im Vordergrund. Noch deutlicher wird diese Einstellung durch die Aussagen, die die emotionale Komponente der Teilnahme betreffen. Hier wird klar, daß die Bedeutung des Stationären Mittagstisches über die Einnahme von Mahlzeiten hinausgeht. So ergeben sich aus der Teilnahme am Essen auch andere Freizeitaktivitäten, die im Miteinander mit anderen Menschen soziale Kontakte unterstützen.

Interessant ist auch die Tatsache, daß andere, also zum Beispiel Verwandte oder Freunde, den Besuch des Mittagstisches *angeregt* haben, oft auch nach dem Tod eines Ehepartners.

Ein weiterer Aspekt ist die *körperliche Bewegung*, die man durch den Besuch des Mittagstisches jeden Tag hat und die Inanspruchnahme aus Bequemlichkeit und aus ökonomischen Gründen heraus. Nur einmal wird Krankheit als Initialzündung für die Teilnahme am Mittagstisch genannt.

Ein ganz anderes Bild ergibt sich bei den Teilnehmern an Essen auf Rädern. Hier gewinnt der Aspekt von Essen auf Rädern im Kontext mit anderen Hilfsdiensten größere Bedeutung. Bei allen Befragten lag die Ursache für die Inanspruchnahme von Essen auf Rädern in *Krankheit oder Behinderung*, die das Selber-Kochen unmöglich machten. Ganz deutlich wird auch der Zusammenhang zwischen einem Krankenhausaufenthalt und der darauf folgenden Teilnahme an Essen auf Rädern. Hier dienen auch oft Ärzte/innen oder Sozialarbeiter/innen als Initiatoren oder unterstützende Helfer, die die Teilnahme forcieren. Gründe für die Annahme einer solchen Hilfsleistung liegen primär oft schon in der Schwierigkeit, die Einkäufe zu bewältigen oder sekundär eine Kochleistung zu erbringen.

Ein weiterer Unterschied besteht zwischen den Inanspruchnehmern von warmen Essen und den Teilnehmern an der Versorgung mit Tiefkühlkost, die ja noch zu einem gewissen Maß eine Kochleistung verlangt. Diese wird spürbar an den unterschiedlichen Schwerpunkten der Aussagen zu der emotionalen Komponente der Inanspruchnahme. So formulieren die Befragten zum großen Teil, daß Essen auf Rädern für sie eine *Erleichterung bei der Organisation ihres Haushaltes* und somit auch den Erhalt von Autonomie bedeutet. Dennoch scheint

der Erhalt von warmen Essen eher mit einem Gefühl von *Abhängigkeit* verbunden zu sein, sicherlich auch bedingt durch die tägliche Lieferung des Essens, die somit *strukturierende Funktion* für den Tag der Empfänger hat. Bei den Empfängern von Tiefkühlkost herrscht eher die *Variabilität* der Mahlzeiten und die daraus resultierende *freie Gestaltung* der persönlichen Essenszeit vor, hier findet sich keine Bedeutung des Essens als strukturierende Funktion, dafür aber in einem höheren Ausmaß die Möglichkeit zur *Arbeitserleichterung*, die den noch leistbaren Fähigkeiten und somit dem Erhalt von größtmöglicher Autonomie im eigenen Haushalt gut entgegenkommt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß es eine Hierarchisierung der in Anspruch genommenen Hilfsleistungen im Bereich der Außer-Haus-Verpflegung gibt. So läßt sich anhand der Aussagen eine Folgerichtigkeit erkennen, sodaß die unterschiedlichen Formen der Außer-Haus-Verpflegung in linearer Beziehung zu dem Ausmaß an notwendiger Hilfeleistung stehen. So wird der Stationäre Mittagstisch in Anspruch genommen, solange der Weg dorthin noch keine Schwierigkeit darstellt und die Inanspruchnahme eher den Aspekt von Arbeitserleichterung in Kombination mit Pflege oder Aufnahme sozialer Kontakte hat. Ist der Weg aufgrund von körperlichen Einschränkungen und Behinderungen nicht mehr zu leisten, wird Essen auf Rädern in Anspruch genommen, oft auch in Kombination mit der Inanspruchnahme anderer Hilfsleistungen wie Hauswirtschaftspflege oder pflegerischen Diensten durch eine Krankenschwester. Diese Form der Versorgung ist geeignet, um Autonomie älterer Menschen durch unterstützende Hilfen bei dem Erhalt der eigenen Wohnung in weitestgehendem Maße zu gewährleisten. Erst wenn die eigene Wohnung selbst mit Hilfen von außen nicht mehr zu halten ist, wird ein Umzug in ein Feierabend- oder Pflegeheim erwogen.

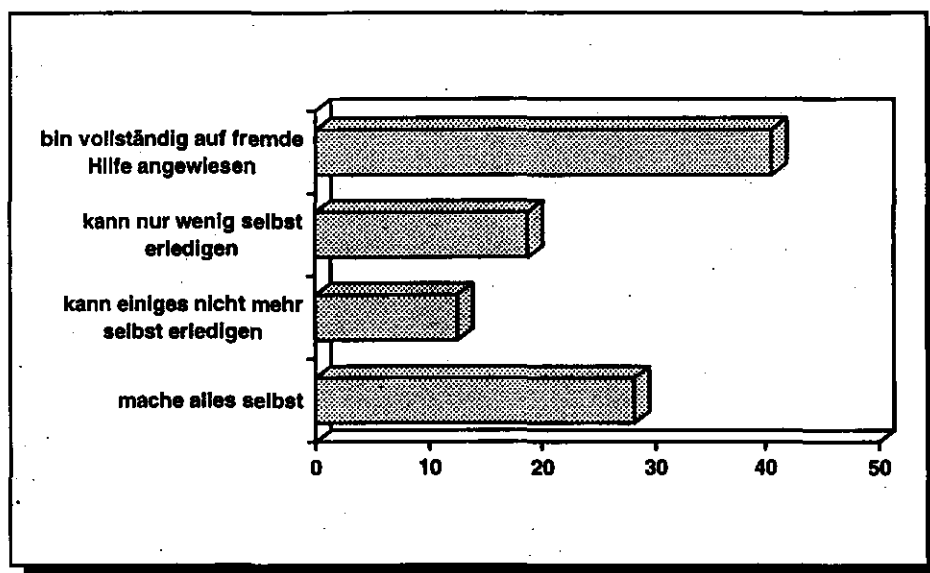
#### **7.4 Organisationshilfen**

Bei der Fragebogen-Erhebung zeigt sich, daß ältere Menschen, die soziale Dienstleistungen wie Essen auf Rädern oder den Stationären Mittagstisch als Angebot wahrnehmen, auch zu einem hohen Anteil vollständig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Das trifft sowohl auf die Erledigung von Besorgungen zu, als auch auf die Organisation bürokratischer Notwendigkeiten.

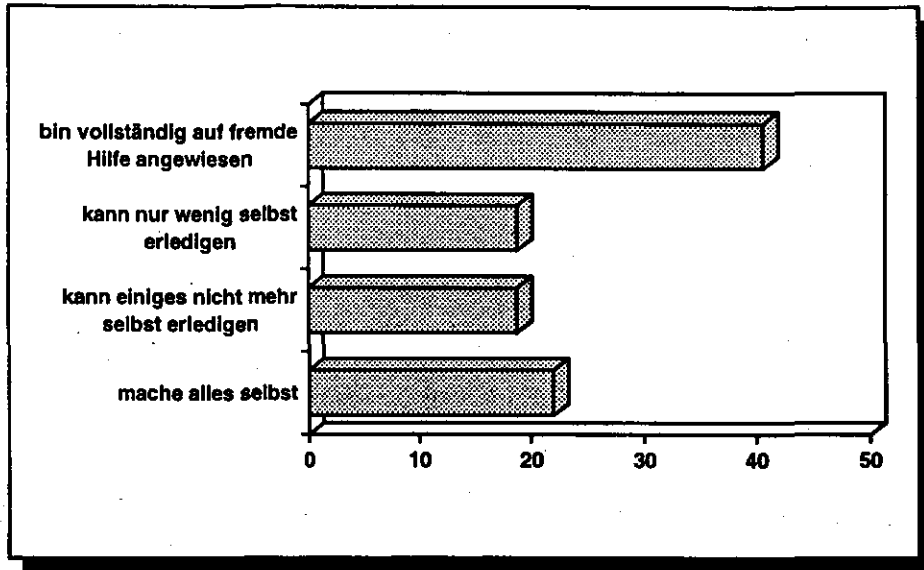
So zeigt sich, daß 40,6 % sowohl bei der Erledigung von Besorgungen als auch bei der Erledigung bürokratischer Notwendigkeiten vollständig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Unterschiede bei der Organisation alltäglicher Lebensnotwendigkeiten ergeben sich deutlich nur bei dem Anteil der Personen, die alles selbst erledigen, hier sinkt der Anteil bei der Erledigung von bürokratischen Notwendigkeiten im Vergleich mit der Erledigung von Ein-

käufen o.ä. um 6,2 %. Das bedeutet, daß gerade der Umgang mit Ämtern für die Interviewpartner eine noch schwierigere Aufgabe ist, bei der zu einem großen Anteil auch fremde Hilfe geleistet werden muß.

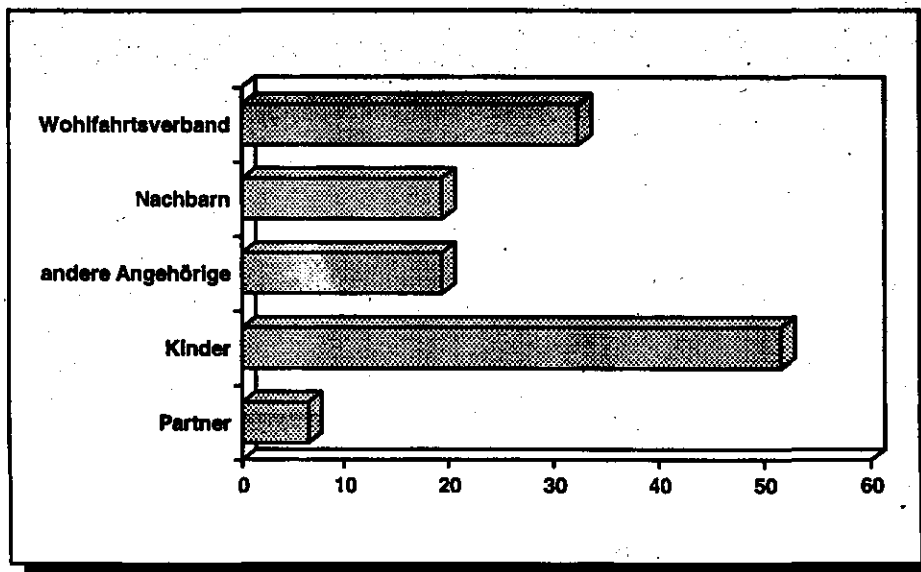
Fremdhilfe bei der Organisation des Alltags wird vor allem durch die Kinder geleistet. 51,6 % der Interviewten erfahren eine solche Hilfestellung. Weitere 29,0 % finden Hilfe bei anderen Verwandten wie z.B. bei Enkeln. Interessant ist auch die relativ hohe Zahl von Hilfsleistungen durch die Nachbarn von 19,4 %. Die ebenfalls sehr hohe Zahl der Hilfestellungen durch Wohlfahrtsverbände (32,3 %) erklärt sich zu einem großen Teil sicher auch durch das befragte Klientel, das ja durch Wohlfahrtsverbände vermittelt wurde.



**Abbildung 11: Organisation von Besorgungen wie z.B. Einkaufen**



**Abbildung 12: Organisation bürokratischer Notwendigkeiten**



**Abbildung 13: Hilfestellung bei der Organisation von Alltag**

## **7.5 Analyse der Organisation von Alltag im Kontext der deutschen Vereinigung**

Da das Verständnis von Organisation im Alltag hier konkret Bezug nimmt auf den Zusammenhang mit der Essensversorgung, sollte die subjektive Einschätzung der Bezieher ausschlaggebend sein für die Gewichtung unterschiedlicher Aspekte von Organisation des Alltags. Der gesamte Bereich der Fragestellung, der sich speziell mit Selbstorganisation von älteren Menschen und den notwendigen Organisationshilfen beschäftigt, wird sich fundamental auf die Aussagen der BezieherInnen und den Ergebnissen aus dem Fragebogen beziehen.

Besonders zu befragen ist in diesem thematischen Zusammenhang der Stellenwert der Wende im politischen als auch im persönlichen Lebensbereich und seine Auswirkungen auf persönliche Organisationsformen und -notwendigkeiten und somit auf speziell sich darauf beziehende Organisationshilfen.

Allen Bereichen, die die Organisation von Alltag betreffen, liegt die Relevanz sozialpolitischer Veränderungen zugrunde. Inwieweit aber die Menschen diese Veränderungen als relevant für das eigenen Leben begreifen und vor allem in welchem Rahmen sie für die Betroffenen selber spürbar werden, wird abgefragt und auf dieser Basis interpretiert.

Besondere Bedeutung wird hier den Veränderungen des Alltags älterer Menschen durch die Wende zugemessen. Der Frageleitfaden, auf dessen Basis die Interviews geführt wurden, fragt nach der Bedeutung der Wende für den Alltag der älteren Menschen aus ihrem persönlichen Erleben. Entsprechend der Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse wird zunächst eine Reduktion des Interview-Ausgangsmaterials vorgenommen. So wird eine grobe Kategorisierung der Aussagen vorgenommen mit Blick auf relevante Bereiche des alltäglichen Lebens, die durch die Wende beeinflusst sind.

Im folgenden werden die Ergebnisse dieser Aussagen-Reduktion dargestellt, um die Bedeutung der Vereinigung für Bereiche des alltäglichen Lebens der Befragten deutlich zu machen.

## 7.5.1 Aussagen-Reduktion der Interviews

### 7.5.1.1 Teilnehmer am Stationären Mittagstisch

#### **Allgemein:**

- Mich läßt die Wende kalt.

#### **Positiv:**

- Jetzt habe ich mehr Freiheit.

#### **Negativ:**

- Früher hat man mehr in Ruhe gelebt hier.

- Warum liegen die Arbeitslosen auf der Straße mit ihren Flaschen und machen dummes Zeug?

#### **Finanzen:**

##### **Negativ:**

- Das Essen wurde nachher teurer, weil vom Rat der Stadt nichts mehr dazu gegeben wurde.

- Die Mieten und alles sind drastisch teurer geworden.

- Das Essen wurde teurer.

- Es ist jetzt teurer, aber man kriegt alles, da muß man sich danach richten. Man kann ja nicht so leben, daß man alles ausgibt und am Monatsende ist nichts mehr da, das geht nicht.

##### **Positiv:**

- Man kann sich ab und zu etwas leisten, was man früher nicht konnte, man kriegt auch alles.

- Die Renten sind höher geworden. Sie ist so, daß man alles kaufen kann.

- Ich bekomme mehr Rente.

### **Mobilität:**

- Die haben jetzt ja alle ein Auto. Mein Sohn bringt mich manchmal mit dem Auto nach Hause. Früher bin ich mit der Straßenbahn gefahren.

#### **Negativ:**

- Früher fühlte man sich wohler, man ist dann noch mit der Straßenbahn alleine gefahren. Das ist zu gefährlich, da ist ja keiner mehr drin. Da sitzt man dann alleine. Vor der Wende habe ich weniger Angst gehabt.

- Abends ging man zu Fuß nach Hause. Das geht jetzt nicht mehr. Und so mag man abends nicht weggehen. Früher ging man viel ins Theater oder ins Kino. Das kann man heute nicht mehr. Das ist wegen der Angst nachher im Dunkeln nach Hause zu gehen. Das ist zu weit.

### **Umgang mit Ämtern:**

#### **Negativ:**

- Nach der Wende ist es schwieriger geworden, das mit dem Geld und das mit den Ämtern. Ich weiß da nicht durch. Ich muß immer mit meinem Sohn hin.

- Mit den Anträgen habe ich so meine Schwierigkeiten, und da hilft mir mein Sohn.

### **Soziale Versorgungsstruktur:**

#### **Negativ:**

- Damals haben sie noch eher nach dem Menschen geguckt, das ist jetzt nicht mehr so. Es kümmert sich keiner mehr. Wenn früher jemand mal nicht kam, dann wurde geguckt, was derjenige macht, das ist heute nicht mehr.

### **Seniorenklub:**

#### **Negativ:**

- Früher gab es im Seniorenklub mehr Cliquenunterschiede. Der Zusammenhalt da war damals nicht so. Da wurde eben gegessen, und nach dem Essen ging es nach Hause. Daß man nach dem Essen noch ein bißchen zusammensitzt und sich unterhält, das war nicht so. Da waren auch Berufstätige.

- In Bezug auf Personal und Leistung hat sich nichts verändert in den Seniorenklubs.

### **Einkaufsmöglichkeiten und Besorgungen**

#### **Positiv:**

- Es gibt viel Obst, es gibt alles zu kaufen.

### **Ernährung**

#### **Negativ:**

- Im Essen waren plötzlich doch etliche Gewürze drin, die wir nicht kannten, und das hat nicht jedem geschmeckt.

#### **Positiv:**

- Das Essen ist besser geworden. Vorher hat das immer mal gewechselt. Da waren wir im Kindergarten und in der Gemeinschaftsverpflegung.

### **Bewältigung**

- Man muß sich eben einrichten. Das mußte man früher auch. Wir sind gewöhnt, immer sparsam mit allem umzugehen.
- Ich gehe abends, wenn es dunkel wird, nicht mehr raus. Man muß es ja nicht herausfordern.
- Ich sehe mich vor, aber ich komme klar.
- Ich komme immer klar.
- Man muß sich eben danach richten. Das geht nicht anders.
- In die Stadt gehe ich selten.



### 7.5.1.2 Teilnehmer an Essen auf Rädern

#### **Allgemein:**

- Da hat sich gar nicht soviel geändert.

#### **Positiv:**

- Wir haben jetzt viel mehr Reisemöglichkeiten, wir sind nach der Wende viel gereist, aber jetzt geht es wegen der Gesundheit nicht mehr.

- Man kann reisen.

- Ich lese sehr gerne. Positiv ist, daß es jetzt Bücher nach meinem Geschmack gibt, früher gab es nur Bücher mit politischem Inhalt.

#### **Negativ:**

- Die Arbeitslosigkeit. Ich hatte Arbeit bis 75, und mir hat keiner gesagt, Sie sind zu alt, Sie müssen aufhören. Das verstehe ich nicht, daß die Leute alle arbeitslos sind. Und dadurch sind auch die Überfälle und was in der Zeitung immer steht, Menschen überfallen und die Rente weggenommen. Das ist doch früher nicht gewesen.

#### **Finanzen**

#### **Negativ:**

- Soziale Sicherheit war zu DDR-Zeiten besser. Die Rente ist sehr knapp bemessen. Die Kinder geben Geld dazu.

- Ich bekomme kein Pflegegeld mehr.

- Bißchen mehr Geld könnte ja sein.

- Die Miete und alles ist teurer geworden. Jetzt zahle ich bald 300 Mark für die Wohnung. Als ich einzog, zahlte ich 75,- Mark.

- Ich muß meine Tochter finanziell unterstützen, weil sie arbeitslos ist. Das gefällt mir nicht. Das war früher anders. Alle haben Arbeit gehabt, solange sie gelebt haben.

- Die Miete ist teuer und die Medikamente. Ich muß viel für Medikamente bezahlen.

- Vor allen Dingen, es ist alles viel teurer geworden.

#### **Positiv:**

- Durch die Wende geht es mir finanziell besser.

- Wir können uns jetzt mehr leisten.

## Soziale Dienste

### **Negativ:**

- Bei der Hilfe gibt es einen sehr großen Unterschied. Die Leute haben die moralischen Einfühlungen nicht für uns Rentner.
- Früher haben die sich um den Menschen gekümmert, jetzt nicht mehr.
- Damals kostete eine Stunde Hauswirtschaftspflege 7,50 Mark, jetzt 19,80 DM. Es ist kontinuierlich teurer geworden, deswegen können wir uns jetzt nur noch eine Stunde leisten.
- Vor der Wende war die Pflege umsonst.
- Die Versorgung vor der Wende war generell. Wer es brauchte, wurde versorgt. Es ging nicht so um das Geld.
- Es ist vieles nicht mehr so, wie es war. Zum Beispiel wurde immer Rücksicht auf die alten Menschen genommen, das ist nicht mehr so.

### **Positiv:**

- Die VS funktioniert jetzt besser, notgedrungen. Früher hatte man manchmal das Gefühl, die haben es eigentlich nicht nötig. Das Geld war immer da vom Staat, jetzt müssen sie selber sehen.
- Vor der Wende mußte man schon bettlägerig krank sein, um Hilfe zu kriegen, das war doch ein bißchen komplizierter als jetzt.

## Mobilität

### **Negativ:**

- Früher bin ich gerne ins Theater gegangen, jetzt gehe ich nicht mehr, weil ich Angst vor der Kriminalität habe. Das ist negativ.
- Ich gehe nirgends mehr hin. Die alten Leute hier und Einbrüche in die Wohnung. Im Fernsehen hört man das immer und in den Zeitungen. Jetzt muß du Angst haben, rauszugehen, hier schon an der Tür.

## Ernährung

### **Positiv:**

- Das Angebot an Waren hat sich enorm verbessert, sodaß wir uns vielseitiger ernähren können.

## Einkaufsmöglichkeiten und Besorgungen

### **Positiv:**

- Das Leben als Frau ist einfacher geworden. Beim Einkaufen ist das eine große Erleichterung, man muß nicht mehr Schlange stehen. Das ist positiv. Die wirtschaftliche Entwicklung ist positiv, weil man jetzt in den Läden alles bekommt.
- Einkaufen ist leichter, es gibt fast alles.
- *Man kriegt fast alles, was sind wir sonst gelaufen nach Bananen.*
- Ein Vorteil, den wir haben, ist das Telefon, das wir gekriegt haben. Da haben wir vor der Wende lange drauf gewartet. Ich kann jetzt anrufen.

### **Negativ:**

- Es wird wegrationalisiert, Sachen, die dringend nötig sind, zum Beispiel Briefkästen, Postämter, und man nimmt kleine Postämter weg und baut Riesenpostämter in der Stadt. Ich finde so etwas unerhört blöd. Wenn ich zur Post muß, das ist zu weit. Ich muß sehen, daß jemand das mitnimmt.
- Es verschwindet vieles, und ganz besonders deutlich macht sich das auf dem Land, wo Konsumstellen aufgelöst werden, und keiner fragt sich, wie die alten Leute an ihre Lebensmittel kommen. Im großen und ganzen wird auf alte Leute kaum noch Rücksicht genommen.

## Bewältigung

- Ich komme gut damit zurecht. Ich kann mich auf die Zeit einstellen.
- Ich komme damit gut zurecht, weil ich das Leben schon auf Reisen kennengelernt habe.
- Anfangs war es sehr schlimm, weil ich Lehrerin war und dafür bestraft wurde. Das hat mich gleich in eine Abwehrstellung gebracht.
- Die Tage um die Wende rum, waren die Einkaufsmöglichkeiten miserabel. Ansonsten ging der Tag weiter, der Rentneralltag.
- Ich gehe meistens in die Kaufhalle hier, da weiß ich, in welchem Gang sich was befindet. Das andere ist für mich schon irritierend.
- In die Stadt fahre ich selten, das ist für mich manchmal ein bißchen verwirrend. Da kommt da ein neuer Laden und da ein neuer Laden. Früher wußte man immer, wo es etwas gibt, und das weiß ich heute nicht mehr richtig.

### 7.5.1.3 Bewohner von Feierabend- und Pflegeheimen

#### **Allgemein**

- Ich wüßte nicht, was sich durch die Wende in meinem alltäglichen Leben geändert hat.
- Es gab durch die Wende nichts, das uns in unserem Leben beeinflußt hat.

#### **Finanzen**

##### **Negativ:**

- Alles wurde teurer, z.B. der Unterhalt hier im Heim.
- Man merkt, daß vieles teurer ist, z.B. die Mieten.
- Die Miete wurde mit einem Mal so hoch.

#### **Soziale Versorgungsstruktur**

- Bei dem Stationären Mittagstisch oder bei Essen auf Rädern hat sich nichts verändert.

#### **Bewältigung**

- Man muß sich mit dem abfinden, was die Zeit so mit sich bringt.

## 7.5.2 Zusammenfassung über alle Befragtengruppen

### **Allgemein:**

- Mich läßt die Wende kalt.
- Da hat sich gar nicht soviel geändert.
- Ich wüßte nicht, was sich durch die Wende in meinem alltäglichen Leben geändert hat.
- Es gab durch die Wende nichts, das uns in unserem Leben beeinflußt hat.

### **Positiv:**

- Jetzt habe ich mehr Freiheit.
- Wir haben jetzt viel mehr Reisemöglichkeiten. Wir sind nach der Wende viel gereist, aber jetzt geht es wegen der Gesundheit nicht mehr.
- Man kann reisen.
- Ich lese sehr gerne. Positiv ist, daß es jetzt Bücher nach meinem Geschmack gibt, früher gab es nur Bücher mit politischem Inhalt.

### **Negativ:**

- Früher hat man mehr in Ruhe gelebt hier.
- Warum liegen die Arbeitslosen auf der Straße mit ihren Flaschen und machen dummes Zeug?
- Die Arbeitslosigkeit. Ich hatte Arbeit bis 75, und mir hat keiner gesagt, Sie sind zu alt, Sie müssen aufhören. Das verstehe ich nicht, daß die Leute alle arbeitslos sind. Und dadurch sind auch die Überfälle und was in der Zeitung immer steht, Menschen überfallen und die Rente weggenommen. Das ist doch früher nicht gewesen.

### **Finanzen:**

#### **Negativ:**

- Das Essen wurde nachher teurer, weil vom Rat der Stadt nichts mehr dazu gegeben wurde.
- Die Mieten und alles sind drastisch teurer geworden.
- Das Essen wurde teurer.
- Es ist jetzt teurer, aber man kriegt alles, da muß man sich danach richten. Man kann ja nicht so leben, daß man alles ausgibt und am Monatsende ist nichts mehr da, das geht nicht.
- Soziale Sicherheit war zu DDR-Zeiten besser. Die Rente ist sehr knapp bemessen. Die Kinder geben Geld dazu.

- Ich bekomme kein Pflegegeld mehr.
- Bißchen mehr Geld könnte ja sein.
- Die Miete und alles ist teurer geworden. Jetzt zahle ich bald 300 Mark für die Wohnung. Als ich einzog, zahlte ich 75,- Mark.
- Ich muß meine Tochter finanziell unterstützen, weil sie arbeitslos ist. Das gefällt mir nicht. Das war früher anders. Alle haben Arbeit gehabt, solange sie gelebt haben.
- Die Miete ist teuer und die Medikamente. Ich muß viel für Medikamente bezahlen.
- Vor allen Dingen, es ist alles viel teurer geworden.
- Alles wurde teurer, z.B. der Unterhalt hier im Heim.
- Man merkt, daß vieles teurer ist, z.B. die Mieten.
- Mit Miete wurde mit einem Mal so hoch.

**Positiv:**

- Man kann sich ab und zu etwas leisten, was man früher nicht konnte. Man kriegt auch alles.
- Die Renten sind höher geworden. Sie ist so, daß man alles kaufen kann.
- Ich bekomme mehr Rente.
- Durch die Wende geht es mir finanziell besser.
- Wir können uns jetzt mehr leisten.

**Mobilität:**

- Die haben jetzt ja alle ein Auto. Mein Sohn bringt mich manchmal mit dem Auto nach Hause. Früher bin ich mit der Straßenbahn gefahren.

**Negativ:**

- Früher fühlte man sich wohler, man ist dann noch mit der Straßenbahn alleine gefahren. Das ist zu gefährlich, da ist ja keiner mehr drin. Da sitzt man dann alleine. Vor der Wende habe ich weniger Angst gehabt.
- Abends ging man zu Fuß nach Hause. Das geht jetzt nicht mehr. Und so mag man abends nicht weggehen. Früher ging man viel ins Theater oder ins Kino. Das kann man heute nicht mehr. Das ist wegen der Angst nachher im Dunkeln nach Hause zu gehen. Das ist zu weit.
- Früher bin ich gerne ins Theater gegangen; jetzt gehe ich nicht mehr, weil ich Angst vor der Kriminalität habe. Das ist negativ.
- Ich gehe nirgends mehr hin. Die alten Leute hier und Einbrüche in die Wohnung. Im Fernsehen hört man das immer und in den Zeitungen. Jetzt mußst du Angst haben, rauszugehen, hier schon an der Tür.

### **Umgang mit Ämtern:**

#### **Negativ:**

- Nach der Wende ist es schwieriger geworden, das mit dem Geld und das mit den Ämtern. Ich weiß da nicht durch. Ich muß immer mit meinem Sohn hin.
- Mit den Anträgen habe ich so meine Schwierigkeiten, und da hilft mir mein Sohn.

### **Soziale Versorgungsstruktur:**

- Bei dem Stationären Mittagstisch oder bei Essen auf Rädern hat sich nichts verändert.

#### **Negativ:**

- Damals haben sie noch eher nach dem Menschen geguckt, das ist jetzt nicht mehr so. Es kümmert sich keiner mehr. Wenn früher jemand mal nicht kam, dann wurde geguckt, was derjenige macht, das ist heute nicht mehr.
- Bei der Hilfe gibt es einen sehr großen Unterschied. Die Leute haben die moralischen Einfühlungen nicht für uns Rentner.
- Früher haben die sich um den Menschen gekümmert, jetzt nicht mehr.
- Damals kostete eine Stunde Hauswirtschaftspflege 7,50 Mark, jetzt 19,80 DM. Es ist kontinuierlich teurer geworden, deswegen können wir uns jetzt nur noch eine Stunde leisten.
- Vor der Wende war die Pflege umsonst.
- Die Versorgung vor der Wende war generell. Wer es brauchte, wurde versorgt. Es ging nicht so um das Geld.
- Es ist vieles nicht mehr so, wie es war. Zum Beispiel wurde immer Rücksicht auf die alten Menschen genommen, das ist nicht mehr so.

#### **Positiv:**

- Die VS funktioniert jetzt besser, notgedrungen. Früher hatte man manchmal das Gefühl, die haben es eigentlich nicht nötig. Das Geld war immer da vom Staat, jetzt müssen sie selber sehen.
- Vor der Wende mußte man schon bettlägerig krank sein, um Hilfe zu kriegen, das war doch ein bißchen komplizierter.

### **Seniorenklub:**

- Früher gab es im Seniorenklub mehr Cliquenunterschiede. Der Zusammenhalt da war damals nicht so. Da wurde eben gegessen und nach dem Essen ging es nach Hause. Daß man nach dem Essen noch ein bißchen zusammensitzt und sich unterhält, das war nicht so. Da waren auch Berufstätige.
- In Bezug auf Personal und Leistung hat sich nichts verändert in den Klubs.

### **Einkaufsmöglichkeiten und Besorgungen**

#### **Positiv:**

- Das Leben als Frau ist einfacher geworden. Beim Einkaufen ist das eine große Erleichterung, man muß nicht mehr Schlange stehen. Das ist positiv. Die wirtschaftliche Entwicklung ist positiv, weil man jetzt in den Läden alles bekommt.
- Es gibt alles zu kaufen.
- Einkaufen ist leichter, es gibt fast alles.
- Man kriegt fast alles. Was sind wir sonst gelaufen nach Bananen!
- Ein Vorteil, den wir haben ist das Telefon, das wir gekriegt haben. Da haben wir vor der Wende lange drauf gewartet. Ich kann jetzt anrufen.

#### **Negativ:**

- Es wird wegrationalisiert, Sachen, die dringend nötig sind, zum Beispiel Briefkästen, Postämter, und man nimmt kleine Postämter weg und baut Riesenpostämter in der Stadt. Ich finde so etwas unerhört blöd. Wenn ich zur Post muß, das ist zu weit. Ich muß sehen, daß jemand das mitnimmt.
- Es verschwindet vieles und ganz besonders deutlich macht sich das auf dem Land, wo Konsumstellen aufgelöst werden, und keiner fragt sich, wie die alten Leute an ihre Lebensmittel kommen. Im großen und ganzen wird auf alte Leute kaum noch Rücksicht genommen.



## Ernährung

### **Negativ:**

- Im Essen waren plötzlich doch etliche Gewürze drin, die wir nicht kannten. Das hat nicht jedem geschmeckt.

### **Positiv:**

- Es gibt viel Obst.

- Das Essen ist besser geworden. Vorher hat das immer mal gewechselt. Da waren wir im Kindergarten und in der Gemeinschaftsverpflegung.

- Das Angebot an Waren hat sich enorm verbessert, sodaß wir uns vielseitiger ernähren können.

## Bewältigung

- Ich komme gut damit zurecht. Ich kann mich auf die Zeit einstellen.

- Ich komme damit gut zurecht, weil ich das Leben schon auf Reisen kennengelernt habe.

- Anfangs war es sehr schlimm, weil ich Lehrerin war und dafür bestraft wurde. Das hat mich gleich in eine Abwehrstellung gebracht.

- Die Tage um die Wende rum, waren die Einkaufsmöglichkeiten miserabel. Ansonsten ging der Tag weiter, der Rentneralltag.

- Ich gehe meistens in die Kaufhalle hier, da weiß ich, in welchem Gang sich was befindet. Das andere ist für mich schon irritierend.

- In die Stadt fahre ich selten, das ist für mich manchmal ein bißchen verwirrend. Da kommt da ein neuer Laden und da ein neuer Laden. Früher wußte man immer, wo es etwas gibt, und das weiß ich heute nicht mehr richtig.

- Man muß sich mit dem abfinden, was die Zeit so mit sich bringt.

- Man muß sich eben einrichten. Das mußte man früher auch. Wir sind gewöhnt, immer sparsam mit allem umzugehen.

- Ich gehe abends, wenn es dunkel wird, nicht mehr raus. Man muß es ja nicht herausfordern.

- Ich sehe mich vor, aber ich komme klar.

- Ich komme immer klar.

- Man muß sich eben danach richten. Das geht nicht anders.

- In die Stadt gehe ich selten.

## 7.6 Bedeutung der Vereinigung für die Organisation des Alltags

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der Prozeß der deutschen Vereinigung entsprechend der Analyse der Interviews eine relativ geringe Bedeutung innehat. Zwar nennen die Befragten einige Aspekte, die sie in ihrer persönlichen Alltagswelt betreffen, stark zum Tragen kommt jedoch auch eine Sichtweise, die der Vereinigung eher gleichgültig gegenübersteht, meßbar an den relativ wenigen Aussagen, die zu diesem Thema gemacht wurden.

Bedeutungsvoll in Bezug auf Veränderungen erscheinen die Bereiche der Finanzen und der Mobilität, Bedingungen der sozialen Versorgungsstruktur, die Organisation alltäglicher Notwendigkeiten wie Besorgungen und der Umgang mit der Bürokratie, sowie Veränderungen im Ernährungsverhalten.

Besonders deutlich formuliert erscheinen Veränderungen im Bereich der Mobilität, hier lassen sich durch die Vereinigung ganz deutliche Einschränkungen erkennen. Die Wende wird als ursächlich für steigende Kriminalität in den Neuen Bundesländern gesehen, wie immer wieder formuliert besonders forciert durch Informationen aus dem Fernsehen. In Folge dieser Sichtweise ergeben sich große Ängste der Befragten, die dazu führen, daß sie sich in ihrer Mobilität stark eingeschränkt fühlen. Geäußert wird die Angst, im Dunkeln alleine auf die Straße zu gehen, was besonders im Winter auch zu einer Beschneidung der sozialen Kontakte und der Versorgungsmöglichkeiten führt.

Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Zunahme von Privat-Pkws zu. Durch die vermehrte Anzahl von Privatfahrzeugen werden öffentliche Verkehrsmittel von der Bevölkerung deutlich weniger in Anspruch genommen, was dazu führt, daß auch die älteren Mitbürger die Straßenbahn weniger in Anspruch nehmen aus Angst, alleine in einem Abteil zu sitzen. Dadurch stellt sich eine Einschränkung der Mobilität ein, die besonders für Bewohner der etwas außerhalb liegenden Stadtteile relevant wird. Hier ergibt sich auch in zunehmendem Maße eine neue Abhängigkeit von den Kindern, die angesichts des Verzichtes der Älteren auf die öffentlichen Transportmittel, durch ihre Pkws in einem höheren Maß Bedeutung für die Mobilität älterer Menschen erlangen. Allgemein kann man sagen, daß es durch die Wende zur Einschränkung der Mobilität älterer Bürger kommt.

Bezogen auf die Möglichkeiten zur Versorgung wird als positiver Aspekt natürlich die Gelegenheit zur besseren Versorgung mit Waren allgemein erwähnt. Die Möglichkeit zur Versorgung mit Lebensmitteln und Waren ist besser und weniger zeitintensiv geworden, da das Angebot der Waren vielfältiger geworden ist und somit zeitintensives Schlange-Stehen entfällt. Bezogen auf die Ernährung führt dieses zu einer besseren Versorgung mit Obst und anderen Lebensmitteln, die wiederum die Ernährung sich vielseitiger gestalten lassen. In

bezug auf die Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten hat sich bei den Befragten selber kaum etwas verändert. Das mag allerdings vor allem an der Konzentration der Interviewpartner auf Bewohner des Stadtgebietes Schwerin liegen. Angemerkt wird die schlechte Versorgungslage für Bürger in den ländlichen Regionen, die im Zuge der Auflösung der Konsumstellen deutlich größere Schwierigkeiten hätten bei der Versorgung mit Lebensmitteln. Eigene Betroffenheit wird im Rahmen der Rationalisierung der Bundespost formuliert, die zu Schließungen kleinerer Postämter führt und die Anzahl der Briefkästen im Stadtgebiet reduziert. Diese Veränderungen betreffen vor allen Dingen die älteren Mitbürger, die in ihrer Mobilität ja ohnehin stärker eingeschränkt sind. Hier ergeben sich für ältere Menschen Verschlechterungen, die zu einem erhöhten Schwierigkeitsgrad bei der Erledigung von Alltagsgeschäften führen. Positiv angemerkt dagegen wird die bessere Versorgung der Bürger mit Telefonen, die somit gerade älteren Menschen wieder zu einem höheren Grad an sozialen Kontakten verhilft und die Beschränkungen der Mobilität somit zu einem gewissen Grad auffängt.

Der Bereich der eigenen finanziellen Situation wird ambivalent beurteilt und ist von den individuellen Grundbedingungen beeinflusst. So hat sich für einen Teil der Befragten die finanzielle Situation verbessert, für einen anderen Teil hat sich dagegen die Situation verschlechtert. Eine ähnliche Ambivalenz läßt sich übrigens auch an den Daten aus dem Fragebogen feststellen. Hier beurteilen 28,1 % der Befragten ihre eigene finanzielle Situation als für das Nötigste gerade ausreichend, 40,6 % als genau ausreichend und 31,3 % als sorgenfrei. Im Bereich der Finanzen ist es also nicht möglich, eine deutliche Richtung anzugeben. Deutlich wird aber, daß an diesem Punkt eine Veränderung ganz deutlich wahrgenommen wird. So macht sich diese Veränderung an vielen Bereichen fest, die die Befragten unmittelbar betreffen. Hier werden vor allem die Mieten genannt, die gestiegen sind, ebenso wie die Lebenshaltungskosten im allgemeinen.

Genannt werden aber auch Auswirkungen im Bereich der sozialen Versorgungsstruktur. So haben Veränderungen im Bereich Finanzen auch große Auswirkungen auf den sozialen Versorgungssektor. Durch die Verteuerung der sozialen Dienste kommt es zu einer insgesamt schlechteren Versorgungssituation für die Betroffenen. Von der Steigerung der Kosten sind wesentliche Bereiche der Versorgung mit sozialen Dienstleistungen betroffen. Genannt wurden hier Verteuerung von Essen auf Rädern und dem Stationären Mittagstisch, Verteuerung von pflegerischen Leistungen, von Hilfen durch die Hauswirtschaftspflege und von Medikamenten. Durch die Verteuerung ergeben sich auch Veränderungen in der Möglichkeit zur Inanspruchnahme, so wird beispielsweise beschrieben, daß man sich nicht in so großem Umfang wie früher soziale Hilfsleistungen leisten kann. Allgemein wird den Finanzen im Sektor der sozialen Hilfsleistungen nach der Wende mehr Bedeutung zugeschrieben, eine neue Verbindung, wie sie vor der Vereinigung überhaupt keine Relevanz

hatte. Damit geht einher, daß sich aus der Sichtweise der älteren Bürger auch die Sorge um den älteren Menschen durch den Staat und die jetzt ausführenden Organe wie Wohlfahrtsverbände verändert hat. Während man sich früher generell versorgt fühlte, als alter Mensch umsorgt fühlte, in seiner Bedeutung als Individuum mit seinen persönlichen Sorgen nicht allein gelassen fühlte, wird jetzt die Wertigkeit von älteren Mitbürgern, so scheint es aus Sichtweise einiger Interviewpartner, neu definiert und mit weniger Verantwortungsgefühl und weniger moralischer Verpflichtung dem Älteren gegenüber versehen. Allerdings sei hier auch die konträre Sichtweise erwähnt, indem einige Befragte äußerten, daß zum Beispiel die Volkssolidarität jetzt unter marktwirtschaftlichen Bedingungen besser funktioniere und es leichter sei, an Hilfen zu kommen, die jetzt allerdings eben auch zu einem großen Teil selber zu finanzieren sind.

Dem entgegen steht die Feststellung der Befragten, daß der Umgang mit Ämtern nach der Wende schwieriger geworden sei. Hilfen durch die Kinder gewinnen jetzt für diesen Bereich eine sehr hohe Wertigkeit, was auch bedeutet, daß hier allgemein Fremdhilfen größere Wichtigkeit erlangen.

### **7.6.1 Bewältigung der Wende**

Eine Situation des gesellschaftlichen Umbruchs diese Ausmaßes erfüllen in hohem Maße die Bedingungen eines kritischen Lebensereignisses. Der Verlust von Orientierung, die vollständige Auflösung alter, über Jahre entstandener Strategien im täglichen Umgang mit Alltag erfordert Coping-Strategien, die umfassend sein müssen. Wie gehen nun aber gerade ältere Menschen mit dieser Situation um und wie bewältigen sie die Veränderung gesellschaftlicher Strukturen, die für sie den Großteil ihres Lebens relevant und handlungsbestimmend waren?

Im Rahmen der Interviews werden von den Befragten erstaunlich wenige Veränderungen überhaupt konstatiert. Formuliert wird dagegen zum Teil ganz konkret, daß sich durch die Wende nichts im alltäglichen Leben der Befragten verändert hat. Eine ganz erstaunliche Aussage angesichts der fundamentalen Veränderung der sozialpolitischen und gesellschaftlichen Bedingungen, die objektiv auf ältere Menschen Einfluß nehmen. Besonders ausgeprägt ist diese Haltung bei den Bewohnern von Feierabend- und Pflegeheimen, was angesichts der fehlenden Konfrontation mit Alltäglichkeit in Heimen keine erstaunliche Haltung ist. Veränderungen werden hier durch den institutionellen Rahmen abgefangen. Bei den Befragten, die Essen auf Rädern in Anspruch nehmen oder am Stationären Mittagstisch teilnehmen, also noch in ihrer eigenen Wohnung leben und somit auch mit der Organisation von Alltag unmittelbar befaßt sind, sind Veränderungen schon eher formulierbar, wenn auch hier fest-

zustellen ist, daß die Interviewpartner erstaunlich wenige Aussagen zu der persönlichen Betroffenheit durch die Wende formulieren können. Ursächlich hierfür ist sicherlich die Altersstruktur der Befragten unter dem Aspekt ihrer biographischen und historischen Situation. 93,7 % der Interviewpartner gehören der Altersgruppe der 70-89-jährigen an und haben somit die Jahre des Zweiten Weltkrieges bewußt miterlebt und somit auch die Zeit der Teilung Deutschlands. Hier ist zu vermuten, daß durch die durchlebten Kriegsjahre und den bereits intensiv erlebten historischen und gesellschaftlichen Wandel bereits vielerlei Anforderungen an Fähigkeiten zur Bewältigung der sich verändernden gesellschaftlichen Situation gestellt wurden. Zumal die bereits erlebten kritischen Lebensereignisse biographisch in einer Lebensphase der Befragten liegen, die in hohem Maße von der aktiven Teilnahme an gesellschaftlichen Prozessen geprägt ist, zum einen durch die Involviertheit in berufliche Prozesse, zum anderen durch die hohen Anforderungen, die durch die Versorgung der Familie gestellt werden. Auf dem Hintergrund der Erfahrungen in den Kriegsjahren, in denen schon die Versorgung und Ernährung der Familie nur schwer zu gewährleisten war, erscheint die Bedeutung der Wende als kaum wahrgenommen, zumal die Betroffenheit der befragten Personen stark eingeschränkt ist, da sie an wichtigen gesellschaftlichen Teilbereichen, wie zum Beispiel am Arbeitsleben, nicht mehr teilnehmen. Man kann hier also davon ausgehen, daß die Bedeutung der Wende als belastende Situation relativiert wird, da sie nicht vergleichbar ist mit einer Zeit, die reich an Entbehrungen und Verlusten war. Die Erfahrungen aus dieser Zeit, nämlich "standgehalten und überlebt zu haben", ist hilfreich um Belastungssituationen, wie sie die Vereinigung psychologisch gesehen ist, besser bewältigen zu können.<sup>14</sup>

So erscheinen auch die Aussagen, die zur Bewältigung der Wende gemacht werden, geprägt von einer passiven Haltung der gesellschaftlichen Situation gegenüber. Eine Reflexion der verändernden Prozesse oder eine aktive Auseinandersetzung finden nicht statt. Vorherrschend dagegen ist das Hinnehmen der Gegebenheiten und die Akzeptanz von Leben als Prozeß unter veränderlichen Bedingungen, die eben auch politisch und gesellschaftlich bestimmt sein können. Deutliche Hinweise auf die Einflußnahme von biographischen Bewältigungsstrategien geben Aussagen wie "Man muß sich eben einrichten. Das mußten wir früher auch." Sie spiegeln wider, wie auf dem Hintergrund der bereits erlebten politischen Veränderungen, Bewältigung geleistet wird.

Bewältigung heißt hier auch Einschränkung. Strategien zur Bewältigung liegen vor allem in der Vermeidung schwieriger Situationen, die eine Auseinandersetzung mit neuen Strukturen bedeuten würden. So fällt zum Beispiel die Orientierung in der eigenen Stadt schwer. Neue Strukturen sind entstanden und vermitteln den älteren Menschen das Gefühl, Fremde in der eigenen Stadt zu sein. An den älteren Menschen werden Anforderungen gestellt, interne

---

<sup>14</sup>Kruse, A.; (1987): Gerontologie - eine interdisziplinäre Wissenschaft"; München

Strukturierungen zu überarbeiten. Hier zeigt sich, daß die Befragten eher solchen Situationen ausweichen und ihr eigenes Leben auf einen überschaubaren Raum reduzieren, auch auf Kosten der Beschränkung der eigenen Lebenswelt.

### 7.6.2 Veränderungen in der sozialen Versorgungsstruktur

Bezogen auf die soziale Versorgungsstruktur muß von einer fundamentalen Veränderung ausgegangen werden. Durch die enorme Reduzierung der zur Versorgung älterer Menschen ehemals zur Verfügung stehenden Hauswirtschaftspflegerinnen hat sich die soziale Versorgungssituation zunächst einmal stark verschlechtert. Hier ergibt sich vor allem durch die weitreichenden Schließungen von Betrieben und Landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaften und darüber hinaus von Betriebsküchen und LPG-Küchen eine weitaus schlechtere Versorgung. Die ehemals umfassende Versorgungsmöglichkeit durch Gemeindeschwestern und Hauswirtschaftspflegerinnen mußte im Zuge der Etablierung von Wohlfahrtsverbänden aus den Alten Bundesländern aus ökonomischen Gründen stark reduziert werden. Die ehemals flächendeckende Essensversorgung, gewährleistet auch durch staatliche Vorgaben für die Betriebe, konnte nicht mehr finanziert werden.

Unter Berücksichtigung der Bedeutung des Stationären Mittagstisches ergibt sich zudem durch die Schließung vieler Seniorenklubs eine zusätzliche Einbuße von Räumlichkeiten, die sozial unterstützende Funktion hatten. Für die Betroffenen selbst ergibt sich so nicht nur ein höherer Aufwand, um Versorgungseinrichtungen zu erreichen, zum Teil ist es (z.B. bei Gehbehinderungen) wohl auch unmöglich geworden, an Einrichtungen wie dem z.B. dem Stationären Mittagstisch teilzunehmen. Die allgemein gestiegene Möglichkeit zur Mobilität durch den starken Anstieg von Privatautos ist für die Bezieher von sozialen Dienstleistungen eher unerheblich. Zwar ist hier eine Relevanz für die versorgende Institution selber sicher gegeben, entlastet damit aber lediglich die schlechter gewordene Dichte von versorgenden Institutionen im Bereich der Essensversorgung.

Besonders drastisch stellt sich die Veränderung in den ländlichen Regionen dar. Gerade bezogen auf die *Ladendichte* läßt sich sagen, daß sich durch die Schließungen der staatseigenen Konsums, besonders in den ländlichen Gebieten, die Möglichkeit zur Selbstversorgung stark reduziert hat. Zumal der Konsum, gerade auch in den ländlichen Gebieten, in denen die Menschen auf größerem Raum leben, nicht nur die Funktion einer Einkaufsgelegenheit hatte, sondern zu einem bedeutenden Teil auch eine soziale Funktion als "Dorftreffpunkt" innehatte. Durch die neue Konkurrenzsituation auf dem Markt der Anbieter sozialer Dienstleistungen wird die Übersicht über die Angebote zur Essensversorgung vor allem für die potentiellen

Bezieher immer schwieriger. Sie sehen sich hier vor eine neue Situation gestellt, in der es nicht mehr deutliche Ansprechpartner gibt, die für bestimmte Hilfsleistungen zuständig sind. Die Inanspruchnahme von Essen auf Rädern ist schwieriger geworden. Die Selbstverständlichkeit sozialer Dienste ist einer Marktsituation gewichen, in der es auch für die Bezieher gilt, sich aktiv um die Belieferung mit Essen auf Rädern zu kümmern. Hilfe ist jetzt in weit größerem Maße bestimmt durch institutionelle Vorgaben und bürokratischen Aufwand. Durch die Sektorisierung sozialer Hilfeleistung ergibt sich hier für die Bürger eine Situation, in der die Inanspruchnahme sozialer Leistungen durch Informationsdefizite in weit höherem Maße undurchschaubar und so auch schwer zu organisieren ist.

Ein weiterer Punkt, der die Organisation von Alltag beeinflusst, sind die Kosten für die Dienstleistungen. So hat sich z.B. das Essen zum Teil um das Zehnfache verteuert. Für viele der Rentner, deren Rente unter dem Sozialhilfesatz liegt, ist das Essen so zu teuer geworden. Der Umgang aber mit Behörden, die Antragstellung für Unterstützungen im Rahmen der Sozialhilfe, die fehlenden und mangelhaften Informationen können zu einer Situation führen, die viele ältere Menschen überfordert.

## **7.7 Bewältigung und subjektives Kompetenzerleben**

Bedeutsam erscheint im Rahmen dieser Untersuchung die Frage nach der Fähigkeit älterer Menschen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse. Im Kontext der Studie gewinnt der Aspekt der Bewältigung eine wichtige Dimension, denn er erscheint als Aufgabe gleich mehrfach von Belang. Zum einen bedingt der gesellschaftliche Umbruch des politischen Systems in hohem Maße Anforderungen an das Bewältigungsverhalten in bezug auf Neuorientierung in einer sich stark verändernden Umwelt, zum anderen gilt es zu untersuchen, inwieweit auch die Teilnahme an Außer-Haus-Verpflegung den Aspekt eines kritischen Lebensereignisses innehat und wie es bewältigt wird.

Unter diesem Aspekt bedeutungsvoll erscheint ein Blick auf die Einstellung älterer Menschen gegenüber ihrer erlebten Vergangenheit. Ausgegangen wird hierbei von der Annahme, daß "die Akzeptanz der persönlichen Vergangenheit und des bisher zurückgelegten Lebens eine wichtige Voraussetzung für die Bewältigung von Belastungen und chronischen Einschränkungen darstellt."<sup>15</sup>

### **7.7.1 Einstellungen zur persönlichen Vergangenheit**

Um also Rückschlüsse über das Bewältigungsverhalten ziehen zu können, ist es notwendig, einen Überblick über die Einstellungen der Interviewpartner gegenüber ihrem eigenen Leben zu bekommen. Besondere Wichtigkeit erlangt diese Blickweise auch gerade für den Bereich der Bewältigung der Wendesituation.

In dem Fragebogen wird daher nach einem Resümee über das eigene Leben gefragt. Zunächst geht es um den Einfluß widriger Lebensumstände auf das eigene Leben. So beurteilen 61,3 % der Befragten ihr Leben als bestimmt durch widrige Lebensumstände. Nur 25,9 % glauben, daß der Verlauf ihres Lebens nicht maßgeblich durch widrige Lebensumstände bestimmt wurde. (Abb. 14)

Hier liegt die Interpretation nahe, daß in diesem Zusammenhang der Einfluß der Kriegsjahre auf die persönliche Gestaltung des Lebens deutlich zum Tragen kommt.

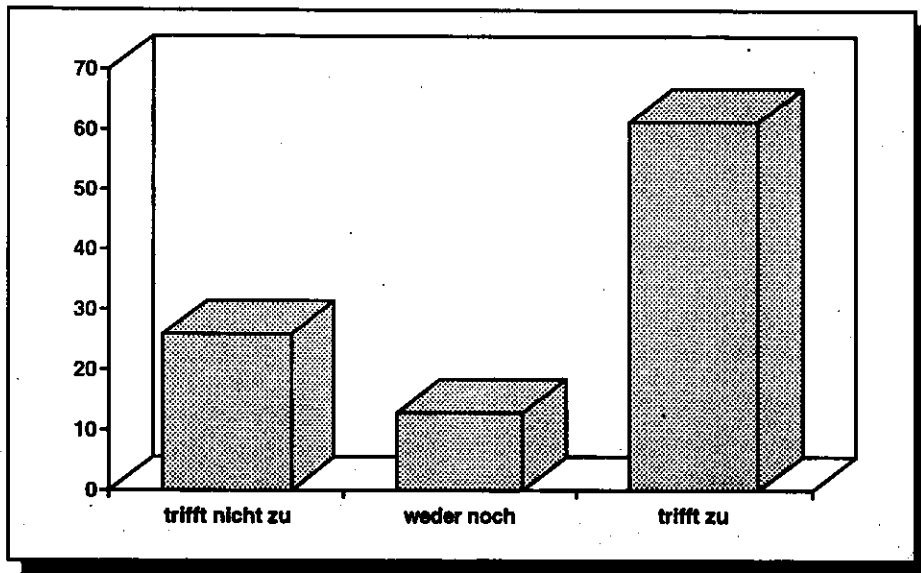
Eine ähnliche Interpretation der Häufigkeitsverteilungen liegt nahe bei der Frage nach sehr vielen Ereignissen im Leben, gegen die man sich nicht wehren konnte. Hier gibt ebenfalls die

---

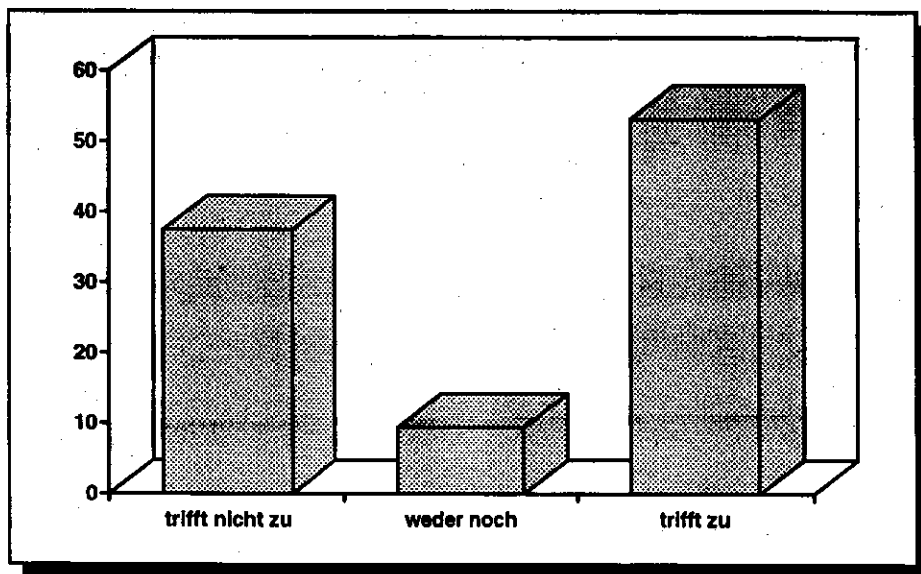
<sup>15</sup>Kruse, A.; (1987): "Gerontologie - eine interdisziplinäre Wissenschaft"; München; S.389



Mehrzahl der Befragten an, daß diese Aussage auf sie zutrifft (53,2 %), dagegen glauben 37,5 % der Interviewpartner, daß diese Aussage nicht zutreffend ist. (Abb. 15) Auffällig ist dabei das etwas günstigere Verhältnis der Zahlen zueinander. Ursächlich dafür kann die etwas andere Gewichtung der Formulierung der Frage sein. So wird bei diesem Item eher in Richtung auf eigene Handlungskompetenzen gefragt.

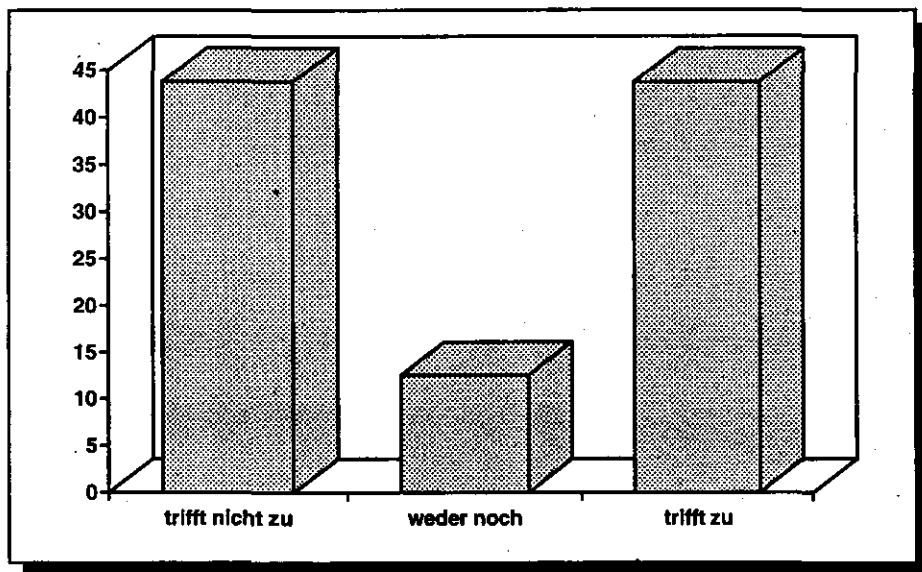


**Abbildung 14: Haben widrige Lebensumstände den Verlauf Ihres Lebens maßgeblich bestimmt?**



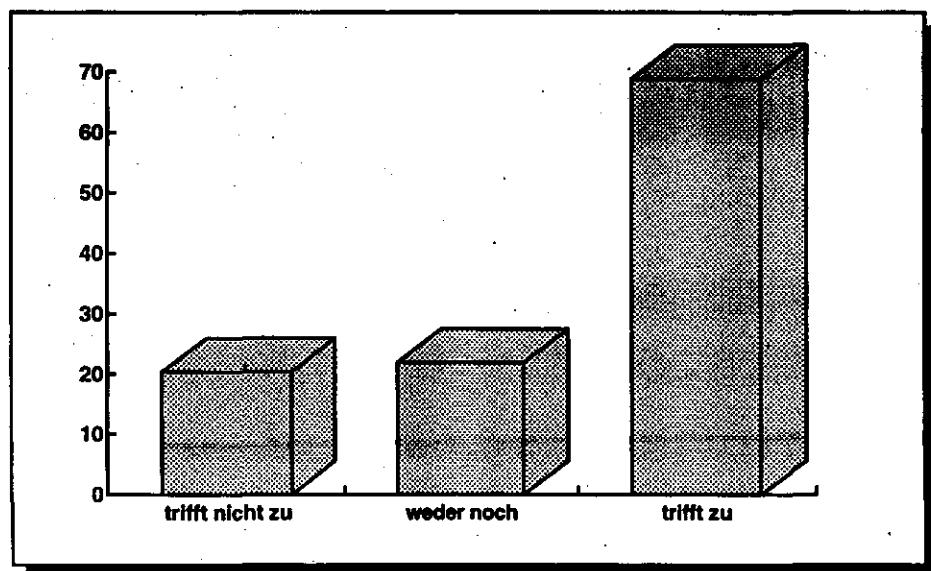
**Abbildung 15: Gab es sehr viele Ereignisse in Ihrem Leben, gegen die Sie sich nicht wehren konnten?**

Anders stellt sich die Situation dann auch bereits bei der Frage nach der Benachteiligung durch das Schicksal dar. Hier ergibt sich eine Häufigkeitsverteilung, die beinahe gleichgewichtig ist. So glauben 43,7 % der Befragten, daß sie vom Schicksal benachteiligt wurden, 43,8 % aber, daß diese Aussage auf sie nicht zutrifft. (Abb.16) Hier wird offensichtlich eher ein Vergleich mit anderen Personen der gleichen Generation vorgenommen, die Frage wird also ganz individuell und persönlich betrachtet. Dieses führt weiterhin zu der Vermutung, daß man trotz der wahrgenommenen widrigen Lebensumstände dem Schicksal nicht zwangsläufig unrettbar ausgeliefert ist, sondern vielmehr Kompetenzen hat, die das Schicksal sich individuell gestalten lassen.



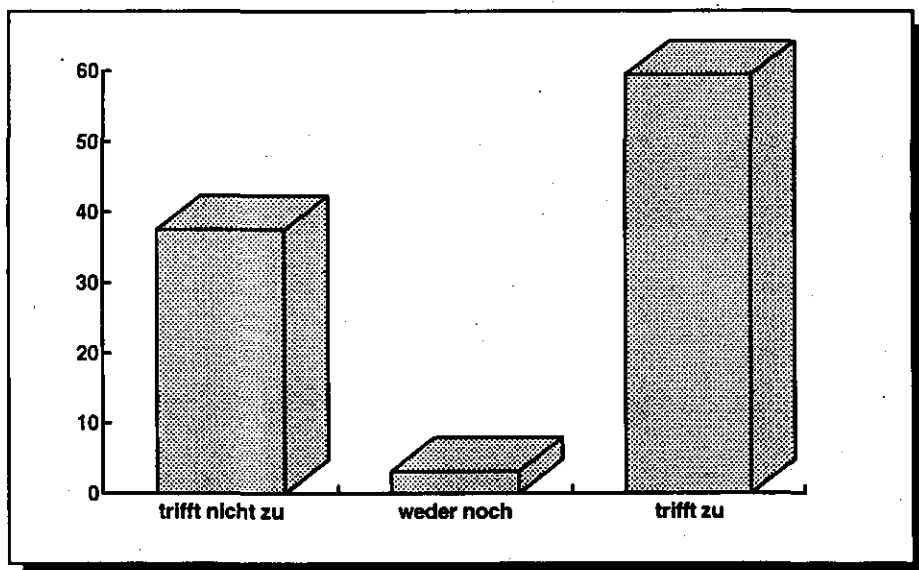
**Abbildung 16: Sind Sie in Ihrem Leben vom Schicksal benachteiligt worden?**

Klar in den Bereich von Kompetenzen fällt die Frage, ob man aus seinem Leben etwas machen kann, wenn man es nur will. Hier beantworteten 68,8 %, also die deutliche Mehrheit die Frage positiv. Lediglich 9,4 % glauben, daß sie keine Einwirkungsmöglichkeit haben. Das spricht für wahrgenommene Kompetenzen, das eigene Leben ausgestalten zu können trotz der Vorgabe ungünstiger Bedingungen. Interessanterweise sind 21,9 % der Befragten unentschlossen bei diesem Item. (Abb.17) Eine relativ hohe Zahl, die möglicherweise aus dem Bewußtsein resultiert, daß die Kriegsjahre Handlungsmöglichkeiten einschränkten und somit die Ausgestaltung des persönlichen Lebens behinderten. Hier gibt es also möglicherweise eine kognitive Dissonanz zwischen der eigentlichen Einstellung und den gemachten Erfahrungen. So entspricht eine Aussage zu diesem Item auch einer Einschätzung des persönlichen Erfolges und ist somit beeinflusst durch das Selbstbild. Entsteht hier kognitive Dissonanz, ist leicht verständlich, wieso viele der Interviewpartner keine Wertung über das Zutreffen der Aussage vornehmen.



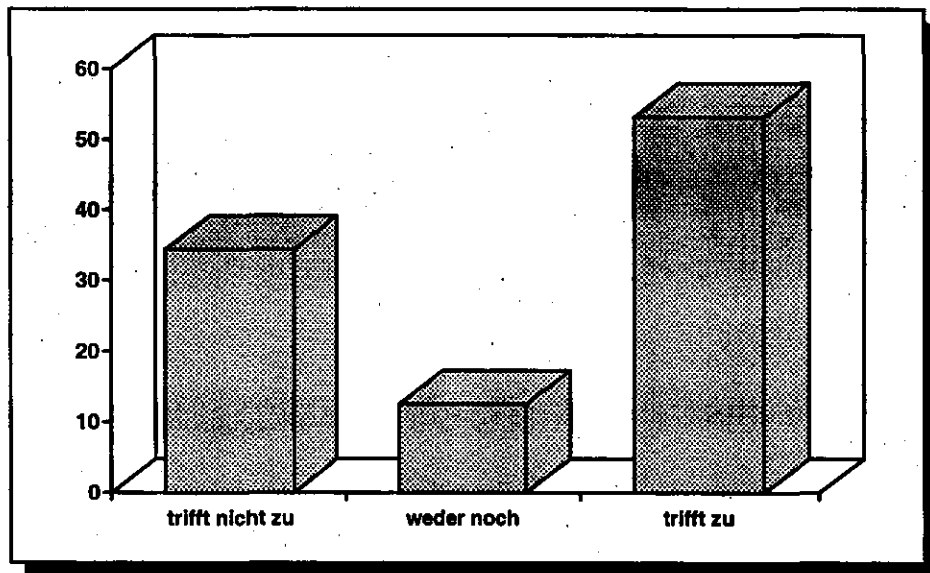
**Abbildung 17: Glauben Sie, daß man etwas aus seinem Leben machen kann, wenn man nur will?**

Bei der Frage, ob die Interviewpartner ihr Leben immer selbst in die Hand nehmen konnten, bestimmen wohl wieder zwei wesentliche Aspekte die Beantwortung. So glauben 59,4 %, daß sie ihr Leben in die eigene Hand nehmen konnten, für 37,5 % der Befragten stellt sich diese Aussage als nicht zutreffend dar. (Abb.18) Auf dem Hintergrund der gemachten Erfahrungen, die als eben häufig als widrig wahrgenommen wurden, erscheinen hier die Handlungskompetenzen, die man sich selber zuschreibt, relativ hoch. Besonders wenn man sich vor Augen führt, wie stark die Leben der Befragten zum Teil sicher durch Ereignisse geprägt waren, die den Handlungsspielraum der Menschen bestimmten.



**Abbildung 18; Konnten Sie Ihr Leben selbst in die Hand nehmen?**

Interessant erscheinen auch die Aussagen zu dem Item, ob man im Leben das erreicht hat, was man erreichen wollte. Hier glauben 53,2 %, daß sie im Leben die gesteckten Ziele erreicht haben. 34,4 % der Befragten geben an, daß sie die gewünschten Ziele nicht erreicht haben. (Abb.19) Es läßt sich hier vermuten, daß die Zieldefinition der befragten Personen in Abhängigkeit von den Möglichkeiten stand. D.h. daß im Rahmen von ungünstig das Leben beeinflussenden Faktoren eine Zieldefinition vorgenommen wurde, die den realistischen Handlungsmöglichkeiten entgegenkam und so kognitive Dissonanz vermied. Das erscheint gerade deshalb von Bedeutung, weil diese Frage eine Bilanz des Lebens erfordert, bei der es also psychologisch schwierig ist, das eigene Leben in Frage zu stellen. Die Antworten zu dieser Frage müssen also auch auf Basis einer kognitiven Strategie zur Bewältigung verstanden werden.



**Abbildung 19: Haben Sie in Ihrem Leben das erreicht, was Sie erreichen wollten?**

## 7.7.2 Zufriedenheit mit dem Leben

Als wichtiger Bestandteil für die Akzeptanz der persönlichen Vergangenheit kommt natürlich auch die Zufriedenheit mit dem gelebten Leben zum Tragen. Um hier die Haltung der Interviewpartner deutlich werden zu lassen, soll nicht darauf verzichtet werden, die Aussagen, die aus der Beantwortung des Fragebogens resultieren und die keiner quantitativen Auswertung zugänglich sind, wiederzugeben, um einen Eindruck von der Lebenshaltung der Interviewpartner vermitteln zu können und im weiteren die daraus resultierende Interpretation verständlich werden zu lassen.

### Aussagen zur Zufriedenheit mit dem Leben

- Jein. Dies hier (Pfleheim) ist die Endstation, alles aussteigen. Zeitweise kommt mir so der Gedanke. Alt werden und gesund bleiben und dann ein Herzschlag!
- Wir machen das Beste draus. Zufrieden kann man nicht sagen. Wenn die Sonne scheint, muntert uns das auf.
- Ich muß zufrieden sein, es ging ja nicht mehr anders.
- Ja. Jetzt habe ich schon etwas nachgeholt, was mir in der Jugend nicht vergönnt war.
- Na, ich muß ja zufrieden sein. Was soll ich...? So einigermaßen bin ich zufrieden.
- Das Schicksal hat es gut mit mir gemeint.
- Jeder muß das Leben nehmen, wie es kommt.
- Wenn man soweit gesund bleibt, ja.
- Naja, gewöhnt man sich dran, an die Krankheit.
- Ja. Ich stelle ja keine großen Ansprüche. Ich werde gut versorgt. Ich habe das große Los gewonnen, indem meine Nichte sich kümmert.
- So bin ich nicht zufrieden, wie es jetzt ist.
- Ja, ich nehme alles, wie es so kommt.
- Es hätte schöner sein können. Wir sind die Kriegsgeneration, wir sind die Generation, die am meisten gelitten hat.
- Mein Leben war gut, ich bin zufrieden.
- Ja, ich muß ja. Was soll ich..?
- Ja. Ich kann es doch nicht mehr ändern.
- Nicht zufrieden mit diesem Beschiß, sehe in meinem Alter keine soziale Gerechtigkeit.
- Ja, mir ging es gut ohne zu klagen.
- Muß zufrieden sein. Möchte besser sehen können und die Gesundheit könnte besser sein.
- Muß so weitergehen.

Die meisten Befragten formulieren Zufriedenheit über ihr Leben. Die Aussagen dokumentieren allerdings eine eher von Passivität geprägte Haltung, bei der auch spürbar wird, daß sehr wenige Ansprüche an das Leben formuliert werden. Deutlich wird hier noch einmal, daß die Zieldefinitionen für Zufriedenheit offensichtlich auch von dem Bemühen geprägt sind, kognitive Dissonanz zu vermeiden. So findet auch eine Bewertung der Zufriedenheit auf der Basis von gesundheitlichen Einschränkungen statt.



### 7.7.3 Bereitschaft zur Veränderung

Ein weiterer Bereich im Fragebogen beschäftigt sich mit dem Wunsch nach Veränderungen im Leben und im persönlichen Tagesablauf. Auch hier sollen zunächst die Aussagen vorgestellt werden, um ein plastisches Bild der Haltung älterer Menschen zu zeichnen.

#### *Würden Sie in Ihrem Leben gerne etwas ändern?*

- Nein. Man kann keine Wünsche haben, wo man von vornherein weiß, daß sie nicht erfüllbar sind. Ich bin 84 Jahre alt, und da ist eine Änderung wohl nicht angebracht. Bei dem Alter nicht gesund; deshalb sitzen wir hier (im Heim), haben unser Hab und Gut in den Müll fahren lassen.
- Weiß ich nicht!
- Was soll ich ändern?
- Jetzt nicht mehr. Hier im Heim bin ich total zufrieden.
- Jetzt nicht mehr. Was soll ich da noch ändern?
- Ich möchte irgendwie eine Aufgabe haben oder wenn mir mal irgend jemand etwas vorlesen würde.
- Wenn ich gesund wäre, ja.
- Was soll ich denn ändern? Ich bin zufrieden.
- Wenn ich gesund wäre, würde ich vieles ändern.
- Jetzt habe ich schon mein Leben rum. Ich habe Farbfernsehen, ich bin ein zufriedener Mensch.
- Ja. Jetzt läßt es aber der Gesundheitszustand nicht zu.
- Kann ja nicht!
- Pflegeheim soll ich nicht, will ich auch nicht.
- Was man einmal falsch gemacht hat, kann man nicht mehr ändern.
- Jetzt nicht mehr. Können wir nicht mehr ändern. Geht gesundheitsbedingt nicht mehr.
- Man muß zufrieden sein mit dem, was man hat.
- Im Alter braucht man nichts mehr zu ändern.
- Nein, nichts mehr.

***Was würden Sie gerne ändern?***

- Ich möchte alleine sein, und das geht nicht raummäßig (im Heim).
- Im Heim muß ich den Gesetzen im Heim folgen.
- Ja, das weiß ich nicht. Ich bin wohl zu alt.
- Mehr Gesellschaft, Spaziergehen, Besuche machen.
- Das weiß ich nicht. Es ist gut so, wie es ist.
- Verreisen, in Urlaub fahren, Bus- Tagesreisen.
- Daß ich mehr leisten könnte, daß es mir gesundheitlich ein bißchen besser gehen würde.  
Daß ich verreisen könnte.
- Besser laufen können. Mehr Geselligkeit.
- Würde gerne Reisen machen. Mache auch gerne Besuche, kann aber schlecht sprechen.
- Ich würde gerne mehr reisen, aber das geht nicht, weil ich mich nicht bewegen kann.
- Alters- und gesundheitsbedingt nicht möglich.
- Mehr Gesundheit.

***Was würden Sie gern in Ihrem Tagesablauf ändern?***

- Was soll man hier (im Heim) ändern? Ich habe zu wenig Gesprächsmöglichkeiten. Keine Gesprächspartner - das vermisse ich sehr.
- Ich möchte nichts ändern, ich bin mit dem zufrieden, womit ich mir die Zeit totschrage.
- Was soll ich machen?
- Spaziergehen, wenn ich könnte.
- Nichts. Ich teile mir den Tag so ein, wie ich will.
- Eigentlich nicht. Ich mache es (Hausarbeiten), wie es nötig ist und bin zufrieden.
- Es wäre alles anders, wenn ich mich besser bewegen könnte.
- Was soll ich denn ändern? Ich kann nicht viel ändern.
- Gerne mehr an die Luft gehen.
- Als ich noch in den Klub gehen konnte, das war schön. Jetzt regt mich das zu sehr auf. Meine Bekannte, mit der ich immer in den Klub ging, ist leider gestorben, da war alles vorbei. Das ist schade.
- Nicht mehr soviel schlafen, mehr Fernsehen. Mehr auf andere Gedanken kommen, ich beschäftige mich zuviel mit mir selbst. Mehr Geselligkeit.
- Sicher würde ich gerne etwas ändern, aber es ist ja nicht zu machen durch die Krankheit.

- Es ist nichts mehr zu ändern. Was soll ich da denn...?
- Wir Alten, was sollen wir ändern? Reisen können wir nicht mehr.
- Gar nichts, bin zufrieden.
- Möchte Tagesablauf nicht verändern. Kann mich kaum bewegen. Die Wohnung ist im dritten Stock, und das Treppensteigen fällt mir schwer bzw. ist kaum möglich.
- Bin mit dem zufrieden, was ich noch habe.

Stark beeinflusst sind alle Aussagen zu Veränderungswünschen von der realistischen Anpassung an bestehende Einschränkungen. Es wird aber auch deutlich, daß Alter mit einer Lebensphase identifiziert wird, in der Änderungswünsche nicht mehr realisierbar sind. Besonders oft wird geäußert, man wisse nicht, was man jetzt noch ändern solle. Das spricht für eine sehr passive Haltung der jetzigen Lebensphase gegenüber und ist durchdrungen von dem Gefühl, keine Handlungsmöglichkeiten mehr zu besitzen. Die Bedeutung des Selbstbildes älterer Menschen bestimmt hier auch klar die Einschätzung eigener Möglichkeiten zur Änderung. Themengebiete, die erwähnt werden, in denen man eine Änderung gerne vornehmen würde, sind vor allem der Bereich der Gesundheit, der Geselligkeit und der Mobilität. Gleichzeitig werden hier aber Änderungswünsche auch gleich wieder negiert und ad absurdum geführt. Ganz konkret wird nur in einem Fall ein Änderungswunsch formuliert, der auch wirklich klar umsetzbar ist und innerhalb der Möglichkeiten der betroffenen Person liegt. Dieser Änderungswunsch bezieht sich auf einen Aspekt persönlicher Lebensführung; findet jedoch auch eine Einschränkung durch psychische Befindlichkeiten.

Besonders klar wird die Abwehr von Änderungen in dem Bereich des persönlichen Tagesablaufes. Hier sind offensichtlich die Einschränkungen noch stärker für die Betroffenen fühlbar, und eine Änderung der ja auf die Einschränkungen eingespielten Organisation des Tages erscheint außerhalb des Möglichen und vielleicht sogar beängstigend.

#### **7.7.4 Akzeptanz der persönlichen Vergangenheit**

Über die Akzeptanz der persönlichen Vergangenheit läßt sich zusammenfassend unter den Aspekten Einstellung der Personen zu ihrer Vergangenheit, der Zufriedenheit mit dem bislang gelebten Leben und dem Maß von Übereinstimmung zwischen anvisierten Zielen und den tatsächlich erreichten eine Aussage machen, die zumindest teilweise dazu geeignet ist, einen Hinweis über Grundbedingungen der Bewältigung von Einschränkungen und Belastungen zu geben.

So äußern die Befragten in der Mehrzahl Zufriedenheit mit ihrem bislang gelebten Leben, trotz Einschränkungen durch widrige Lebensumstände wie eben die Kriegsjahre, die natürlich einschneidende Strukturierungen der Lebensverläufe vornahmen. Auch sprechen die Ergebnisse der Fragen nach dem In-die-Hand-Nehmen des eigenen Lebens und die Frage nach dem Erreichen der gesteckten Lebensziele stark dafür, daß hier Bewältigungsstrategien zum Tragen kommen, die schon in früheren Lebensjahren die Bewältigung schwieriger Situationen und Krisen möglich und ertragbar machten. So kann gerade die Erfahrung, frühere existentiell wichtige Situationen gemeistert zu haben, dazu führen, daß Kompetenz zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen wahrgenommen wird. Diese Kompetenz kann dann auch bei der Bewältigung der gesellschaftlichen Umbruchsituation durch die Vereinigung oder bei Einschränkungen gesundheitlicher Art, die dann als Konsequenz zu einer Außer-Haus-Verpflegung führen können, notwendig und sinnvoll eingesetzt werden.

#### **7.8 Veränderungen des subjektiven Kompetenzerlebens durch die Wende**

Grundlegend auch für die Beurteilung des subjektiven Kompetenzerlebens erscheinen die sozialpolitischen Bedingungen, unter denen sich die Versorgung älterer Menschen in der DDR darstellt. So gab es ein starkes fürsorgliches System, das dem einzelnen Bürger in weiten Teilen die Verantwortung für ihre Versorgung abnahm, wie z.B. durch die Verpflichtung der Betriebe zur Verantwortung für ihre Pensionäre (s. § 236 des Arbeitsgesetzbuches der DDR: "Der Betrieb ist verpflichtet, die Arbeitsveteranen in das geistig-kulturelle Leben des Betriebes sowie in die soziale Betreuung einzubeziehen. Die Arbeitsveteranen haben das Recht, ...am Werkküchenessen im Betrieb teilzunehmen.)<sup>16</sup> oder aber durch Artikel 36 der Verfassung der DDR ("Jeder Bürger der DDR hat das Recht auf Fürsorge der Gesellschaft im Alter..."). Mit der sozialpolitischen Intention der DDR, ihren älteren Bürgern ein ausgeprägtes Versorgungsnetz, vor allem auch im Bereich der Außer-Haus-Verpflegung zur Verfügung zu stellen, gingen auch die starken Bestrebungen der DDR zum Erhalt der Selbständigkeit und

---

<sup>16</sup>Böpple, A.; (1983): "Sozialpolitik in der DDR"; Nachrichten-Verlags-Gesellschaft

Aktivität der älteren Bürger einher. So gab es nicht nur eine Vielzahl altengerechter Wohnungen, sondern auch die Seniorenklubs trugen zur Aktivität ältere Menschen bei.<sup>17</sup> Wesentlicher Bestandteil dieses Aspektes der Aktivierung und der Förderung von Autonomie im Alter war auch der Stationäre Mittagstisch, der in der DDR eine lange Tradition hatte. Er war eingebunden in ein umfassendes Netz zur Versorgung älterer Menschen, wie auch zum Beispiel durch die Möglichkeit, an dem Essen in Werkskantinen oder betriebseigenen Küchen, auch nach Eintritt in den Ruhestand teilzunehmen.

Zusätzlicher, aber damit einhergehender Aspekt waren auch die geringen Kosten sozialer Dienstleistungen für die Bezieher. So waren nicht nur alle Leistungen im Gesundheitswesen für Rentner kostenlos, auch die Essensversorgung durch Essenbringdienste und der Stationäre Mittagstisch waren äußerst preiswert.

Auf diesem Hintergrund erscheint eine neue psychologische Dimension von Essen auf Rädern in den Neuen Bundesländern. Aufgrund der ausgeprägten Versorgung mit warmen Essen in der DDR, gerade für Rentner, erscheint die Versorgung, wie sie im Moment sich in den Neuen Bundesländern konstituiert, als eher defizitär. Durch die Schließung einer Vielzahl von Seniorenklubs und den damit verbundenen Mittagstischen, durch die enorme Verteuerung des Essens an sich und nicht zuletzt durch die Umstrukturierung von sozialen Diensten wie der Hauswirtschaftspflege entstehen im Bereich der Essensversorgung völlig andere Konditionen als zur DDR-Zeit. Von dem Ansatz völliger Versorgung entwickelt sich die soziale Versorgungsstruktur nunmehr hin zu einer Versorgung, die dem Bürger abverlangt, sich selbständig um die Organisation der eigenen Versorgung zu kümmern. D.h. auch, daß sich in diesem Bereich die Notwendigkeit des selbstbestimmten Handelns auf Basis der Entwicklung neuer Kompetenzen oder der Nutzung vorhandener, bislang aber in diesem Lebenssektor nicht aktivierter Kompetenzen ergibt. Hier ist auf der Grundlage von erlerntem Verhalten innerhalb eines Systems eine anspruchsvolle Situation entstanden, die ganz besonders bei älteren Menschen zum Wirken kommt.

Hier gibt es zwei wesentliche Einflußfaktoren, die das subjektive Kompetenzerleben speziell älterer Menschen in den Neuen Bundesländern beeinflussen. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang die Bedeutung staatlicher Sozialpolitik für das individuelle Kompetenzerleben und die Fähigkeiten zur Bewältigung einer neuartigen Situation. So war der ältere Bürger in der DDR ein allseits umsorgtes Mitglied der Gesellschaft, das eine hohe Wertigkeit besaß, was auf das Selbstbild des älteren Menschen positive Auswirkung hatte. Auf der anderen Seite sorgte der "fürsorgliche Staat" mit seinen stark miteinander verflochtenen Institutionen auch für eine Versorgung, die selbständiges und autonomes Handeln nicht notwendig machte und somit die Inaktivierung oder den Verlust von Kompetenzen hervorrief. Autonomes,

---

<sup>17</sup>s.o. ; S. 43-45

selbstverantwortliches Handeln wurde so immer an den Rahmen staatlicher Vorgaben gebunden und bezog sich so eher auf den sehr eingeschränkten persönlichen Lebensraum. In diesem Zusammenhang muß man also davon ausgehen, daß Kompetenzen zur Bewältigung einer solchen Situation nur eingeschränkt vorhanden sind. Als besonderes Klientel stellt sich aber hier die Gruppe der Befragten dar. So ist die Bewältigungskompetenz auch bestimmt durch die biographische Disposition in bezug auf Situationen, die Bewältigungsverhalten verlangen. Hier haben wir eine Altersgruppe befragt, die in ihrem Leben bereits viele Extremsituationen, mit zum Teil sicher lebensbedrohlichen Momenten bewältigt haben. Auf dieser Basis ergibt sich für den Bereich der Akzeptanz der persönlichen Vergangenheit und dem Gefühl, Kompetenzen zu besitzen, eine positive Voraussetzung für erfolgreiches Bewältigungsverhalten im Rahmen einer gesellschaftlichen Umbruchsituation.

Die Veränderung jedoch der sozialen Versorgungssituation, weg von einer fürsorglichen Haltung älteren Menschen gegenüber und hin zu einem System, das in höherem Maße Anforderungen an die Selbstorganisation älterer Menschen stellt, beinhaltet auch Aspekte, die im Bereich des Kompetenzerlebens eher hemmend als förderlich einzustufen sind. So werden hier Kompetenzen benötigt, die nicht erlernt wurden, was zu einer Überforderung der Betroffenen führen kann. Das Gefühl, nicht mehr in dem Maße umsorgt zu werden, wie es in Zeiten der DDR der Fall war, ohne aber die notwendigen Kompetenzen zu besitzen, kann so in höchstem Maße zu einer Verunsicherung der Älteren führen. Hier erscheint es dringend notwendig, kompetenzfördernde Angebote zu machen, die hilfreich erscheinen, um Kompetenzen auch im Alter zu fördern und die so eine resignative Haltung vermeiden.

Ganz besonders wichtig erscheint dieses im Kontext sozialpolitischer Veränderungen durch die Vereinigung. Durch die Reduzierung von Seniorenklubs und die auch dadurch bedingte Reduktion von Stationären Mittagstischen, kann sich eine Situation entwickeln, die Kompetenzen veröden läßt, wenn ältere Menschen nicht mehr die Möglichkeit haben, entsprechend des notwendigen Ausmaßes, Hilfen zum Erhalt ihrer Autonomie in größtmöglichem Rahmen in Anspruch zu nehmen. Durch eine schlechtere Verteilung und Reduzierung zur Verfügung stehender Stationärer Mittagstische im Stadtgebiet ergibt sich so für einen größeren Personenkreis die Notwendigkeit, statt am Stationären Mittagstisch teilzunehmen, auf Essen auf Rädern zurückgreifen zu müssen. Unter diesem Aspekt aber kann Essen auf Rädern zum Verlust von Kompetenzen führen, da sich zum Beispiel die sozialen Kontakte verringern und der Aspekt der Bewegung wegfällt; beides Bereiche, die in der Lage sind, Kompetenzen zu erhalten und gesundheitsförderlich zu wirken.

## 7.9 Einstellungen zur Gesundheit

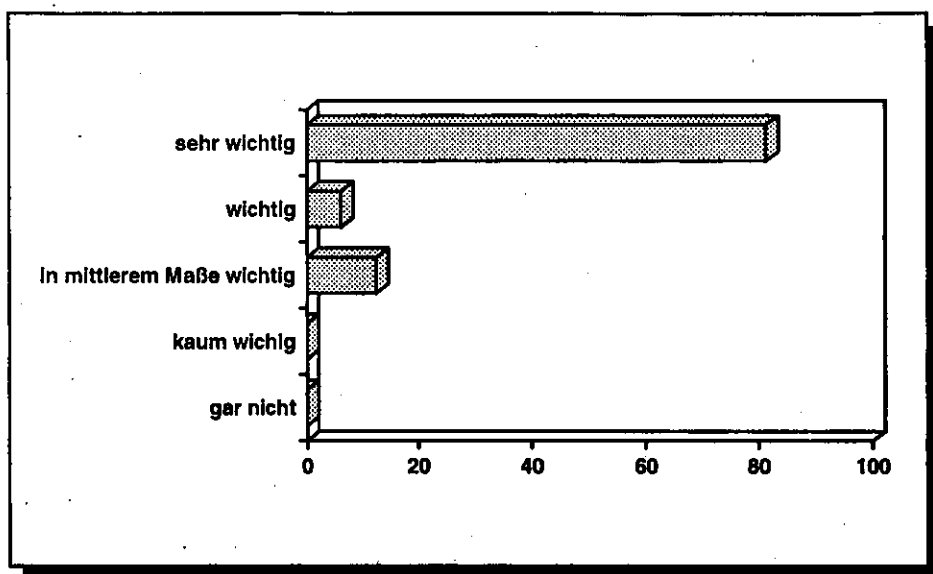
Wichtige Bedeutung im Rahmen der Untersuchung hat die Frage nach Einschätzungen zur Gesundheit. So wird sie nicht nur direkt durch die Ernährung beeinflusst, sondern auch die Sichtweisen der Befragten zur eigenen Gesundheit gewinnen im Kontext der Analyse von Außer-Haus-Verpflegung und der potentiellen Veränderung des Ernährungsangebotes an Relevanz. So ist unmittelbar auch die Bedeutung ambulanter Versorgungsangebote wie z.B. "Essen auf Rädern" oder dem "Stationären Mittagstisch" für den Erhalt von Eigenständigkeit wesentlich durch die gesundheitliche Situation und ihrer Einschätzung durch den Einzelnen bestimmt.

Schließlich geben uns die Aussagen zur Gesundheit nicht nur einen Hinweis auf veränderbare Strukturen, sondern auch noch Aufschluß über wesentliche psychologische Determinanten des subjektiven Kompetenzerlebens der befragten älteren Menschen. Gerade bei älteren Menschen definiert sich das subjektive Kompetenzerleben über Ziele im Alter wie "Selbstverantwortung" und "Unabhängigkeit". Für diese beiden Bereiche ist aber der gesundheitliche Zustand bzw. seine Einschätzung eine wichtige Variable.<sup>18</sup> So nimmt das Interesse und die Aufmerksamkeit gegenüber gesundheitlichen Belangen mit der subjektiven Relevanz von Gesundheit als Wertigkeit zu. In dieser Vorstellung stellt Gesundheit ein Ziel für sich zur Selbstverwirklichung dar. Über diesen stark identitiven Bezug zur Gesundheit erhöht sich das Interesse, das gesundheitlichen Belangen entgegengebracht wird. Gesundheit wird zum Gebrauchswert. So spiegelt sich diese Haltung auch in den Ergebnissen der Untersuchung wider. 81,3 % der Befragten beurteilen Gesundheit als "sehr wichtig". "Gar nicht" oder "kaum wichtig" ist Gesundheit für keinen der Interviewpartner. (Abb. 20)

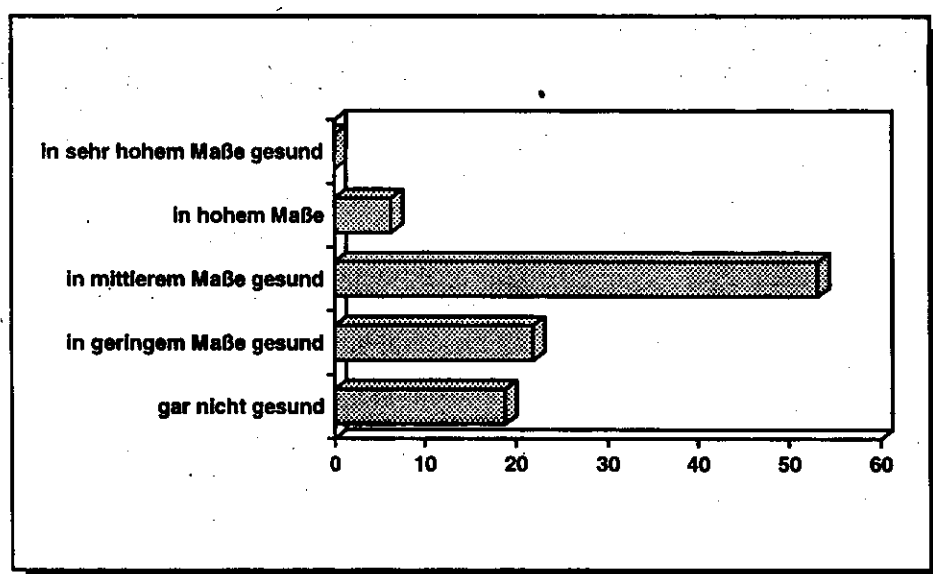
Bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit beurteilen die meisten Befragten sich als in mittlerem Maße gesund (53,1 %). 21,9 % gaben an, sie seien in geringem Maße gesund und 18,8 % beurteilten sich als gar nicht gesund. Lediglich 6,3 % der Befragten stimmen der Aussage zu, sie seien in hohem Maße gesund. Für "in sehr hohem Maße gesund" hält sich keiner der Interviewpartner. (Abb. 21)

---

<sup>18</sup>Kruse et. al.; (1987): "Gerontologie - eine interdisziplinäre Wissenschaft"; München



**Abbildung 20: Wichtigkeit von Gesundheit**



**Abbildung 21: Einschätzung der eigenen Gesundheit**



Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Vergleich mit den Ergebnissen zu der Frage nach der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. So geben je 28,1 % der Befragten an, sie seien mit ihrer Gesundheit "überwiegend zufrieden" bzw. "etwas unzufrieden". Als "sehr unzufrieden" beschreiben 21,9 % ihr Maß an Zufriedenheit mit der Gesundheit. (Abb. 22)

Vergleicht man die Aussagen zur Zufriedenheit mit der Gesundheit mit den Daten, die sich mit den tatsächlichen Beschwerden beschäftigen, so stellt sich heraus, daß 93,8 % der Befragten Medikamente nehmen, niemand ohne gesundheitliche Beschwerden ist, 56,3 % an Gehstörungen leiden, 43,8 % an Kreislaufbeschwerden, 40,6 % an Sehstörungen, 31,3 % an Diabetes mellitus leiden, 25 % Störungen der Atmungsorgane haben und 21,9 % unter Ängsten leiden. (Abb. 23)

Hier wird sehr deutlich, wie subjektiv Krankheit und Gesundheit sich besonders bei älteren Menschen definieren. Gesundheitliche Belastungen und Einschränkungen werden von älteren Menschen oft als naturgegeben und nicht mehr veränderbar wahrgenommen. So wird Alter als Lebensphase mit Begriffen wie Funktionsverlusten und Defiziten gekoppelt, d.h. daß viele ältere Menschen gesundheitliche Beeinträchtigungen als automatisch an das Alter gekoppelt sehen. Aus diesem Grund findet eine Bewertung des gesundheitlichen Zustandes auf Basis zu erwartender Belastungen und Erschwernisse statt. Hieraus erklärt sich die weite Streuung bei der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand.

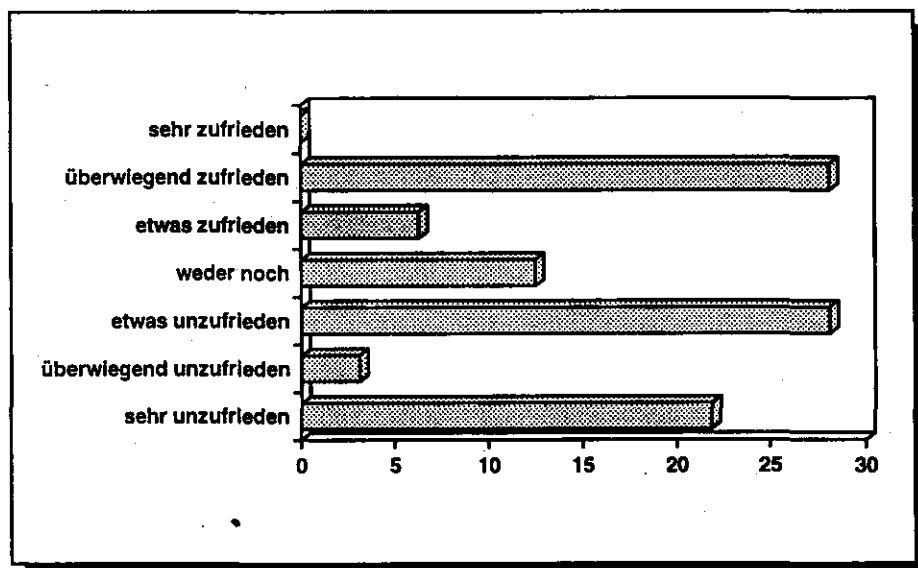


Abbildung 22: Zufriedenheit mit der Gesundheit

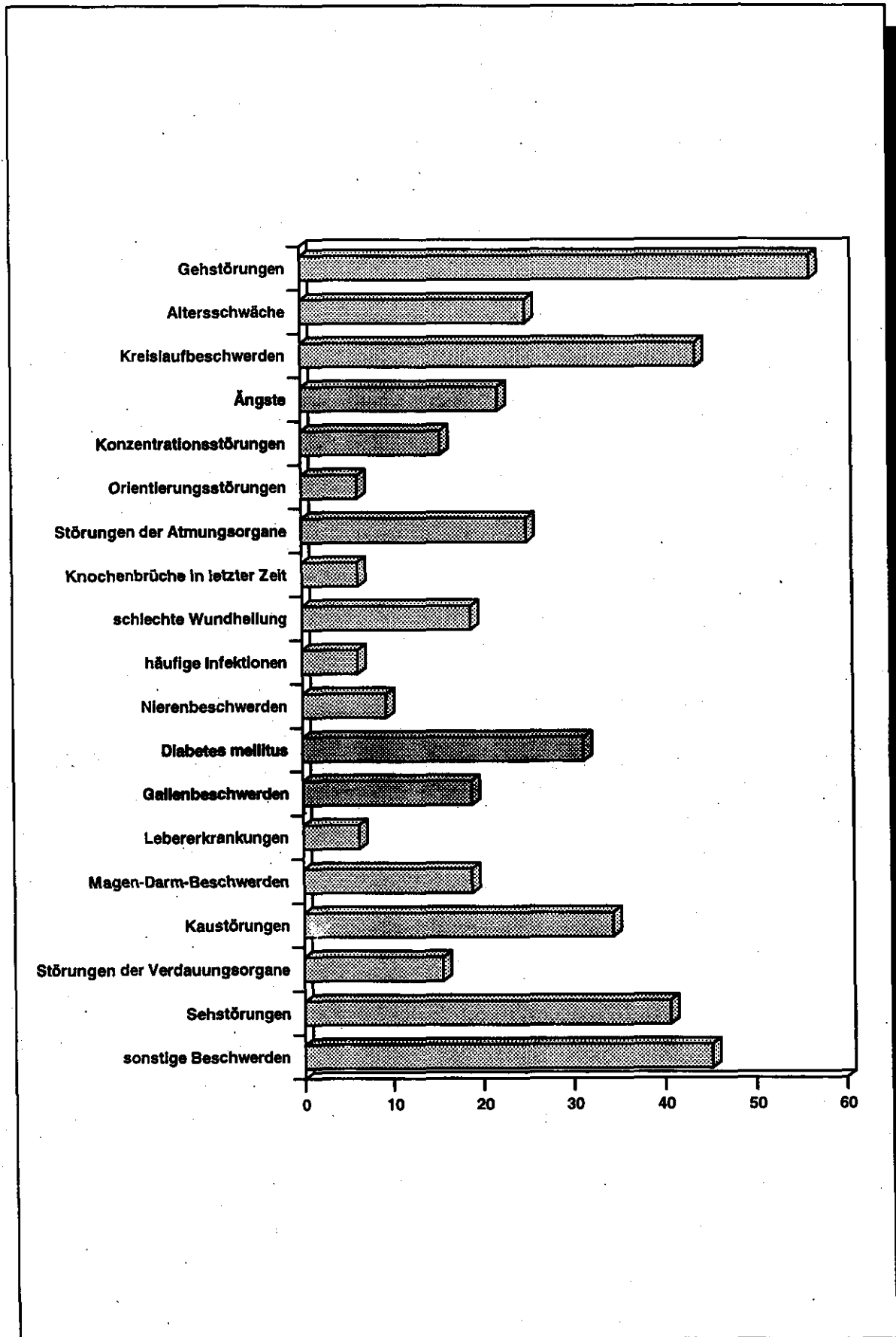


Abbildung 23: Krankheiten

In gleicher Weise läßt sich die perspektivische Sicht der eigenen Gesundheit und die Beeinflußbarkeit der eigenen Gesundheit erklären. Obwohl die meisten Befragten die Entwicklung ihrer eigenen Gesundheit als nicht abschätzbar einstufen (65,6 %), glauben 18,8 % der Interviewpartner an eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes, an eine Verbesserung glauben nur 3,1 %. (Abb. 24)

Besonders interessant ist für uns die Einschätzung der Möglichkeiten zur Beeinflussung der eigenen Gesundheit. Gerade auf der Basis einer möglichen Veränderung des Essensangebotes oder einer Umstrukturierung des Dienstes gilt es, die Bereitschaft zu einer gesundheitsorientierten Veränderung abzu prüfen. Immerhin denken 41,9 % der Interviewpartner, daß sie *etwas* für ihre eigene Gesundheit tun können. 29,0 % glauben sogar, daß sie die eigene Gesundheit *sehr stark* beeinflussen können. Lediglich 16,1 % sehen *keinerlei* Einflußmöglichkeit auf ihre Gesundheit. (Abb. 25)

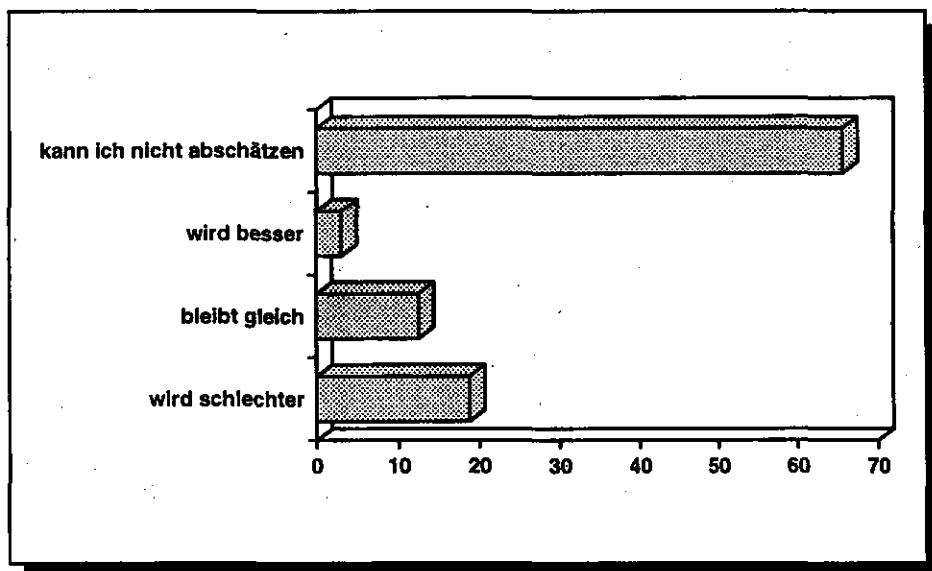
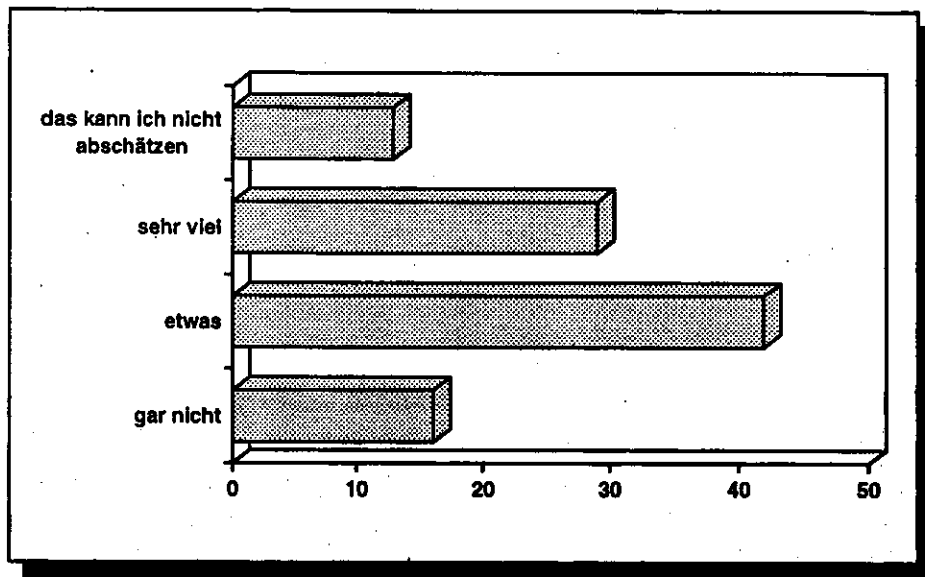


Abbildung 24: Perspektivische Sicht der eigenen Gesundheit



**Abbildung 25: Beeinflußbarkeit der eigenen Gesundheit**

## 7.10 Bereitschaft zur Veränderung

Um die konkrete Bereitschaft für eine gesundheitsbewußte Veränderung der Kost abzutesten, fragt der Fragebogen auch nach der zugeschriebenen Bedeutung von Ernährung für die Gesundheit. Hier zeigten sich 71,9 % der Interviewpartner davon überzeugt, daß Ernährung für die Gesundheit sehr wichtig ist. Weitere 18,8 % glauben, daß Ernährung für die Gesundheit wichtig ist und nur 9,4 % hatten dazu keine Meinung. Keine/r der Befragten glaubt, daß die Ernährung unwichtig sei. (Abb. 26)

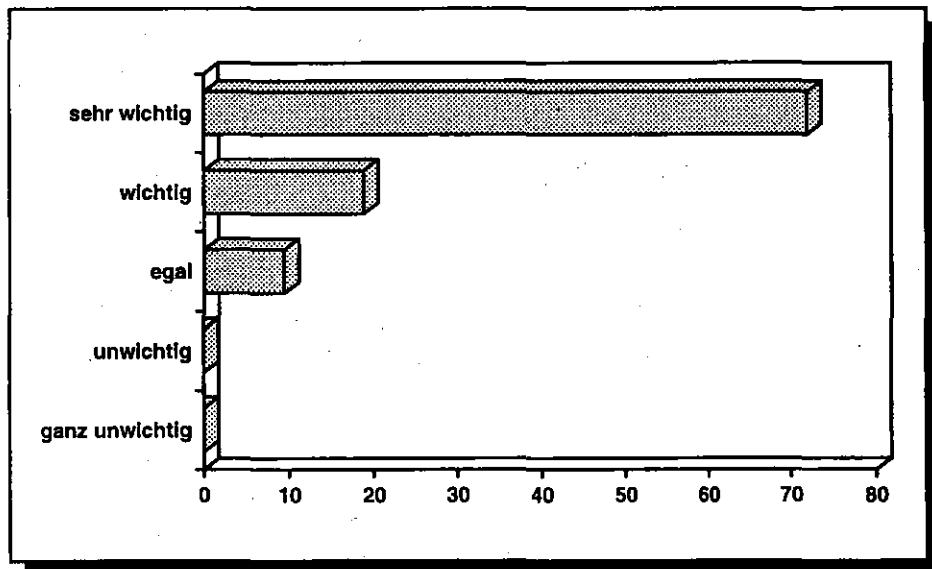
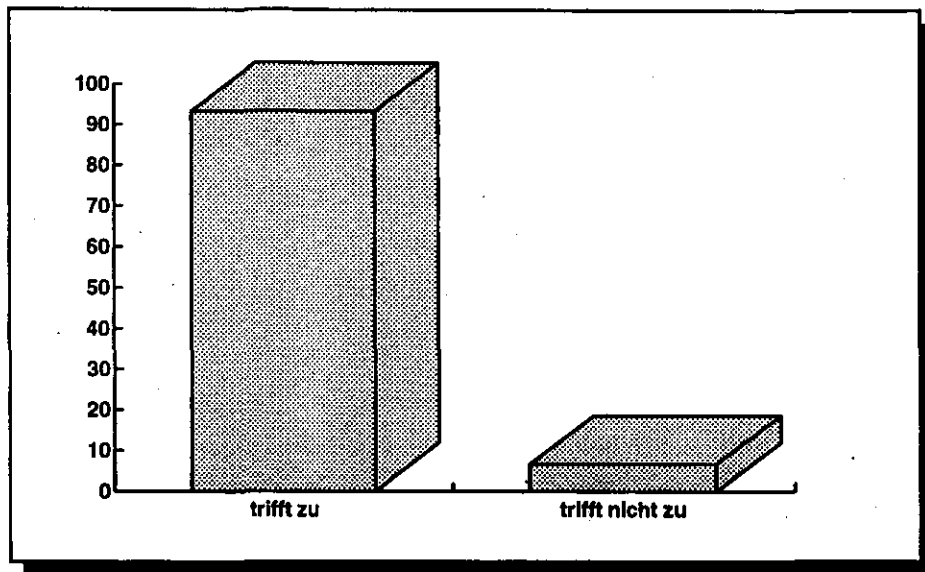


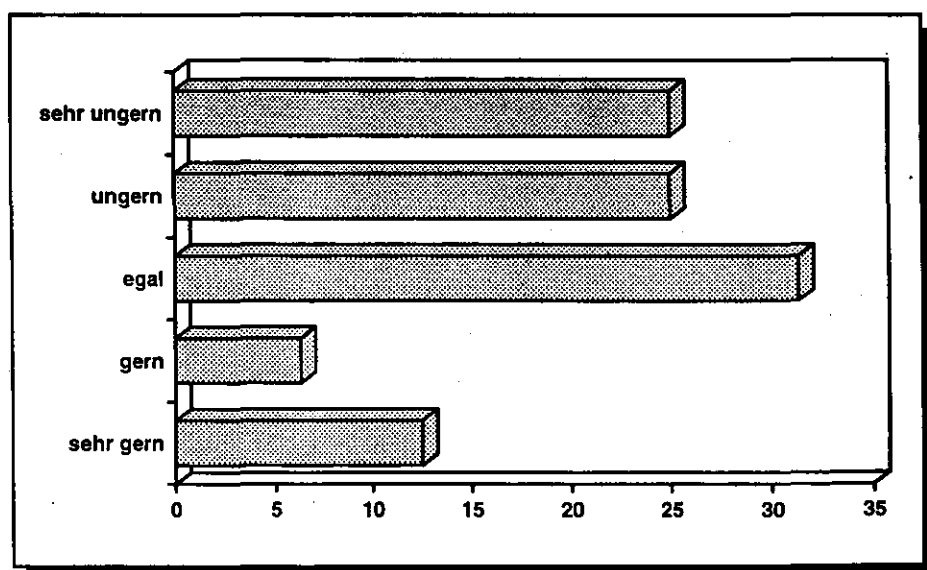
Abbildung 26: Wichtigkeit der Ernährung für die Gesundheit (allgemein)

Bezogen auf den Aspekt von Ernährung als Einflußgröße für die persönliche Gesundheit stimmen 93,3 % der Interviewpartner der Aussage zu, daß die Wichtigkeit der Ernährung für die Gesundheit auch auf sie persönlich und auf die eigene Gesundheit zutrifft. Nur 6,7 % der Befragten sehen keine Bedeutung der Ernährung für die eigene Gesundheit. (Abb. 27) Hier zeigt sich, daß das Bewußtsein von Ernährung als bedeutendem Faktor für die Gesundheit allgemein und für die persönliche Gesundheit im besonderen sehr groß ist.



**Abbildung 27: Persönliche Relevanz der Ernährung für die Gesundheit**

Im Gegensatz zu der zugeschriebenen Relevanz der Ernährung auch für eigene Gesundheit ist aber der konkrete Wunsch nach einer Veränderung der Kost unter gesundheitsbewußten Aspekten lange nicht so ausgeprägt. Bei der Befragung der Interviewpartner nach dem Wunsch nach gesundheitsbewußterer Ernährung ergibt sich ein deutlich anderes Bild. So geben 50,0 % der Befragten an, sie hätten keinen Wunsch nach einer gesundheitsbewußteren Ernährung. 31,3 % der Interviewpartner stimmen diesem Wunsch weder zu, noch lehnen sie ihn ab. Nur 18,8 % geben an, sie würden sich eine gesundheitsbewußtere Ernährung wünschen. (Abb. 28)



**Abbildung 28: Wunsch nach gesundheitsbewußterer Ernährung**

Die Ergebnisse der Befragung nach dem konkreten Wunsch einer gesundheitsbewußteren Ernährung geben also einen deutlich geringeren Hinweis auf die potentielle Akzeptanz einer Änderung des Ernährungsangebotes in Richtung gesundheitsbewußtere Kost.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß hier auf der kognitiven Ebene durchaus ein Bewußtsein besteht, die Umsetzung aber vom kognitiven Erkenntnisprozeß in Handlungsprozesse einer Barriere unterliegt, sobald es um die konkrete Person geht. Aus ernährungspsychologischer Sicht erscheint hier speziell die Altersstruktur des befragten Klientels als bedeutungsvoll. Jeder Mensch formt im Laufe seines Lebens ein Eß- und Trinkverhalten heraus, das zu einer *Gewohnheitsbildung* führt<sup>19</sup>, die sich bei älteren Menschen oft so einfinden hat, daß eine Veränderung nur sehr schwer möglich ist. Das befragte Klientel ist durch die biographische und historische Situation, die sie erlebt haben, auch im Bereich der Ernährung beeinflusst. Geprägt haben sicher Erfahrungen aus den Kriegsjahren, in denen es Mangelsituationen bezogen auf eine ganze Reihe von Grundnahrungsmitteln gab, als auch die erlebten Mangelsituationen in der Zeit der DDR, wobei diese allerdings durch einen Mangel an ganz bestimmten Nahrungsmitteln gekennzeichnet war. In der Regel führt eine Mangelsituation bei Lebensmitteln zu einer höheren Einschätzung dieser und zu einem erhöhten Konsum, wenn diese erhältlich sind. Bei der Altersstruktur, die bei den Interviewpartnern vorliegt, kann man aber von einer größeren Bedeutung der Gewohnheiten ausgehen, da sich das Ernährungsverhalten durch viele Lebensjahre verfestigt hat. Hinzu kommt in den Neuen Bundesländern die Konfrontation mit nahezu unbekanntem Lebensmitteln (z.B. exotischen Früchten), die außerhalb erlernter Ernährungsgewohnheiten stehen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß sich die Motive im Eß- und Trinkverhalten mit dem Alter verändern, nämlich stärker von Bequemlichkeit und Traditionen geprägt sind<sup>20</sup>, liegt die Vermutung nahe, daß eine Änderung der Ernährungsgewohnheiten auch als angstbesetzt erlebt werden könnte. Wichtig ist hier eine Betrachtung auf dem Hintergrund einer gesellschaftlich geprägten Eßkultur, über die gerade dem älteren Menschen ein Gefühl von Sicherheit und Bestätigung erhalten bleibt und die die Rolle des Älteren in der Gesellschaft bestätigt.

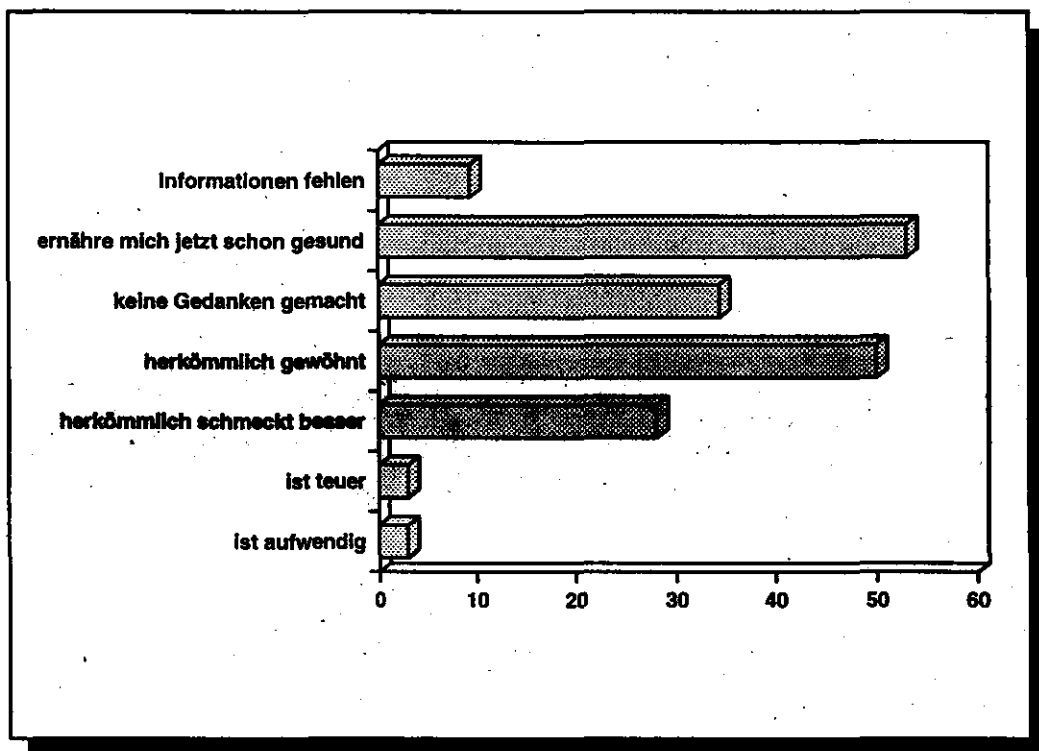
Bedeutungsvoll wird auch die Frage nach den Hemmnissen gesundheitsbewußterer Ernährung. Hier wird deutlich, daß weder finanzielle Aspekte, also die Tatsache, daß gesundheitsbewußtere Ernährung teurer ist, noch die aufwendigere Zubereitung oder der Mangel an Informationen entscheidende Hindernisse für eine gesundheitsbewußtere Ernährung sind. Vielmehr sind es die Annahmen, daß man sich bereits gesund ernährt (53,1 %) und die Gewöhnung an das herkömmliche Essen (50,0 %), die den Wunsch nach einer gesundheitsbewußteren Ernährung einschränken. Der hohe Anteil der Personen, die glauben, sie würden

---

<sup>19</sup>Diedrichsen, I.; (1990): "Ernährungspsychologie"; Springer Verlag

<sup>20</sup>ebenda

sich bereits gesund ernähren, ist sicherlich zum Teil durch den hohen Anteil von Diabetikern unter den Befragten (31,3 %) begründet, die in ihrer Ernährung bereits sehr festgelegt sind. Ob die Ernährung tatsächlich ernährungsphysiologischen Notwendigkeiten entspricht, wird im ernährungswissenschaftlichen Teil dieser Studie geklärt. Von Belang ist aber in jedem Fall die Aussage, daß die befragten Personen an das herkömmliche Essen gewöhnt sind (50,0 %); eine Aussage, die übrigens in höherem Maße relevant zu sein scheint als die Aussage, daß das herkömmliche Essen besser schmeckt (28,1 %). Wir finden somit eine Bestätigung für die Annahme, daß ältere Menschen in hohem Maße von tradierten Ernährungsgewohnheiten beeinflusst sind. In ähnlicher Weise können wir die hohe Zustimmung zu der Aussage verstehen, daß man sich "darüber noch keine Gedanken gemacht" hat (34,4 %). (Abb. 29) Die Möglichkeit einer Situationsverbesserung wird also offensichtlich nicht mehr ernsthaft in Betracht gezogen.



**Abbildung 29: Hemmnisse für eine gesundheitsbewußtere Ernährung**



*Die Untersuchung  
zur  
Ernährung*

## **8. Ernährung älterer Menschen**

### **8.1 Einführung in die Untersuchung der Ernährungsqualität**

Um die Qualität der Mahlzeiten im Raum Schwerin zu beurteilen, wird im ersten Abschnitt beschrieben, welche Aspekte der Ernährung besonders für die untersuchte Zielgruppe in Betracht zu ziehen sind. Dabei wird zunächst auf die veränderten Anforderungen an die Ernährung im Alter eingegangen und auf die kritischen Nährstoffe hingewiesen, um Aspekte einer optimalen Ernährung aufzuzeigen.

Anschließend wird dargestellt, inwieweit die untersuchte Zielgruppe dem in der Literatur beschriebenen Personenkreis entspricht bzw. ob die dort empfohlene optimale Ernährung aus ernährungsphysiologischer Sicht für die untersuchte Gruppe uneingeschränkt als "Soll-Zustand" anzustreben ist.

Der folgende Abschnitt wird einen kurzen Überblick über die früheren, aber insbesondere über die derzeitigen Möglichkeiten der Essensversorgung im untersuchten Raum geben. Es werden die Organisations- und Angebotsformen in den drei Bereichen Schwerin, Hagenow und Lübz und die jeweils entsprechende Nachfrage näher beschrieben.

Im dritten Abschnitt steht die Qualität der angebotenen Mahlzeiten im Mittelpunkt. Sie wird unter Berücksichtigung verschiedener einflussnehmender Aspekte wie organoleptische Eigenschaften, stoffliche Zusammensetzung, Herstellung und Aufbereitung sowie Transport und Lagerung untersucht.

Weitere Fragen, die sich mit den Ernährungsgewohnheiten und dem Verzehrverhalten außerhalb der Mittagsmahlzeiten der älteren Menschen beschäftigen, werden im vierten Abschnitt behandelt, um einen Gesamteindruck der durchschnittlichen Versorgungslage beschreiben zu können.

Abschließend gibt der letzte Abschnitt Tendenzen in der Nährstoffversorgung der untersuchten Bevölkerungsgruppe wieder und zeigt Ansatzmöglichkeiten auf, die Qualität der Mahlzeiten zu verbessern und zu sichern.

## 8.2 Ernährung im Alter

Die Empfehlungen für eine gesunde Ernährung im Alter unterscheiden sich in den Grundsätzen nur wenig von den Empfehlungen für das mittlere Lebensalter. Entscheidend ist auch im Alter, daß die Ernährung bedarfsgerecht ist und das gesundheitliche Wohlbefinden nicht beeinträchtigt. Sie sollte individuell, unter Berücksichtigung ernährungsabhängiger Krankheiten aber auch Aspekten wie Lebensumständen, finanzieller Situation und vor allem Wünschen, Erwartungen und Gewohnheiten sowie Verträglichkeiten der jeweiligen Person, zusammengestellt sein.

Die Gruppe der älteren Menschen ist sehr uneinheitlich. Zum einen umfaßt das Seniorenalter eine weite Zeitspanne beginnend von ca. 60 Jahren bis nach oben offen und zum anderen kann der biologische Alterungsprozeß nicht nach dem chronologischen Alter bemessen bzw. diesem gleichgesetzt werden. Bei den meisten Personen im höheren Alter kann mit mehr oder weniger ausgeprägten Funktionsstörungen als Folge überstandener oder bestehender Krankheiten gerechnet werden <sup>21</sup>.

Nicht nur das Lebensalter und physiologische Veränderungen spielen eine Rolle, sondern auch weitere Faktoren wie die Einkommenssituation oder psychosoziale Bedingungen wie Wohnsituation, soziale Isolation, Heimunterbringung, Müdigkeit oder körperliche Schwäche, reduzierter Eßantrieb oder Desinteresse am Kochen bestimmen die Ernährungssituation. Körperliche Aktivitäten und Freizeitgestaltung sind weitere Aspekte, die den Gesundheitszustand beeinflussen.

Der Ernährungszustand eines älteren Menschen ist das Ergebnis einer längeren Ernährungsgeschichte, d.h. die Gewohnheiten, die ein Mensch in früher Kindheit und Jugend gelernt und in sein Handlungsrepertoire übernommen hat, werden bis ins hohe Alter hinein beibehalten <sup>22</sup>.

So führen ungünstige Ernährungsgewohnheiten über ein ganzes Leben hinweg zu ernährungsbedingten Krankheiten, die erst im letzten Lebensdrittel in Erscheinung treten. Liegen ernährungsabhängige Krankheiten wie Diabetes oder Fettstoffwechselstörungen bereits vor, so können diese nur unter bestimmten Umständen durch eine Diättherapie behoben werden. Die Spätfolgen dieser Erkrankungen können teilweise vermieden, zumindest aber durch bedarfsgerechte Ernährung abgemildert werden.

---

<sup>21</sup>Heseker, H.J. / Kübler, W.; (1983): Die Bedarfsdeckung älterer Menschen mit Vitaminen, in: Ernährungsumschau (30), 11, S.366-369.

<sup>22</sup>Arens-Avedo, U.; (1993): Ernährungszustand von Senioren, in: EU (33).

Es gibt zwei verschiedene altersbedingte Veränderungen in der Steuerung des Eßverhaltens: Einerseits nimmt die Innensteuerung ab. Dies bedeutet, daß erst sehr spät ein Sättigungsgefühl auftritt, die Sättigungskurve verläuft also ähnlich wie bei Übergewichtigen eher linear, auch wenn die älteren Personen normalgewichtig sind. Andererseits nimmt der Einfluß durch Außenreize wie z.B. Streß ab.

Durch die oben genannten Veränderungen werden oft die subjektiv für vernünftig gehaltenen Ernährungsweisen zu stereotypen, durch Gewohnheit gefestigten Ernährungsritualen. Durch bewußte Steuerung kommt es also zu einer täglich gleichförmigen Ernährungsweise<sup>23</sup>.

Im Alter treten sowohl Fehl- und Überernährung als auch Mangel- und Unterernährung auf. Eine Mangelversorgung tritt vor allem dann mit zunehmenden Alter häufiger auf, wenn die Zahl der körperlichen Einschränkungen oder geistigen und sozialen Veränderungen zunimmt<sup>24</sup>.

### **8.3 Veränderung der Anforderungen an die Ernährung im Alter**

Die charakteristischen Veränderungen im Nährstoff- und Energiebedarf bei älteren Menschen hängen von verschiedenen Einflußfaktoren ab.

#### **8.3.1 Allgemeine Veränderungen des Nährstoff- und Energiebedarfs**

Der Nährstoffbedarf ist allgemein abhängig vom Körpergewicht, der Körperkonstitution, d.h. dem Anteil an Fettgewebe oder stoffwechselaktiver Muskelmasse, von der körperlichen Aktivität und insbesondere von dem aktuellen Gesundheitszustand<sup>25</sup>.

Neue Anforderungen an die Ernährung im höheren Alter werden vor allem durch zahlreiche physiologische Veränderung gestellt. Diese erfolgen mit zunehmenden Alter nicht kontinuierlich und nicht in allen Organen in gleicher Weise. Der Verlust von funktionsfähigen Zellen vieler Organe und Gewebe findet also allmählich statt<sup>26</sup>. Teilweise werden Veränderungen durch andere Organfunktionen überdeckt oder kompensiert. Deshalb ist es schwierig, allgemeingültige Aussagen über physiologische Veränderungen zu treffen<sup>27</sup>.

---

<sup>23</sup>Meyer, J.E. / Pudal, V.; (1983): Das Eßverhalten im Alter und seine Konsequenzen, in Z. Gerontol. 16

<sup>24</sup>Schlierf, G. ; (1989): Ernährung und Alter, in Z. Gerontol. 22

<sup>25</sup>Arens-Avedo, U.; (1993): Ernährungszustand von Senioren, in EU (33).

<sup>26</sup>Menden, E. et al.; (1989): Lebensdauer und Ernährung, in: EU (36).

<sup>27</sup>Arens-Avedo, U.;(1993): Ernährungszustand von Senioren, in: EU (33)

Was den Energiebedarf betrifft, kann allgemein ausgesagt werden, daß sich mit dem Alter die fettarme Körpermasse verringert, d.h. die aktive Muskelmasse wird in der Regel durch Wassereinlagerungen kompensiert; der Fettanteil im Körper steigt. Dies hat zur Folge, daß der Grundumsatz und damit der Energiebedarf pro Tag sinkt <sup>28</sup>.

Ein weiterer Faktor, der auf den Energiebedarf einwirkt, ist die oft zurückgehende körperliche Aktivität oder eingeschränkte Bewegungsmöglichkeit, wodurch der Leistungsumsatz herabgesetzt wird. Letzter Punkt ist wiederum individuell differenziert zu betrachten.

Der Bedarf an Vitaminen und Mineralstoffen sinkt im Alter jedoch nicht ab. Im Gegenteil, wenn bei manchen älteren Menschen die Verwertung dieser Stoffe nicht mehr vollständig gegeben ist, erhöht sich der Bedarf sogar noch<sup>29</sup>. Deshalb sollten bei der Ernährung von älteren Menschen vor allem Lebensmittel bevorzugt werden, die bei relativ niedrigem Energiegehalt reich an diesen essentiellen Stoffen sind, also eine hohe Nährstoffdichte aufweisen<sup>30</sup>.

### **8.3.2 Beeinflussung des Nährstoff- und Energiebedarfs durch körperliche Veränderungen**

In aller Regel kommt es zu Veränderungen an den Zähnen, dem Verlust des Gebisses und zur Notwendigkeit von dritten Zähnen. Durch fehlenden Zahnersatz oder eine schlechte Passform kann es zu Kaustörungen kommen, so daß bestimmte Lebensmittel gemieden werden und eine einseitige Nahrungsmittelauswahl eintreten kann<sup>31</sup>.

Schluckstörungen zählen ebenfalls zu den Einschränkungen, die eine Mangelernährung begünstigen.

Die Nahrungsaufnahme kann auch durch eine altersbedingte Abnahme des Geschmacks- und Geruchssinns beeinträchtigt sein, so daß Appetitstörungen auftreten können<sup>32</sup>.

Das Darmtraktepithel verändert sich. Dies hat eher Auswirkungen auf die Resorptionsgeschwindigkeit als auf den Resorptionsumfang. Das gleiche trifft auf die verringerte Ausscheidung von Verdauungsekreten und Gallensaft zu. Insbesondere die veränderte Resorption

---

<sup>28</sup>Seiler, W.O./ Stähelin, H.B.; (1989): Energie- und Vitaminbedarf bei Langzeitpatienten, in: Z. Gerontol. 22.

<sup>29</sup>Rosenbauer, J.; (1985): Ernährungs- und Gesundheitsverhalten bei Senioren, EU 35

Volkert, D.; (1988): Nährstoffzufuhr bei Hochbetagten Menschen, EU 35.

<sup>30</sup>Frauenrath, C. et al.; (1989): Verzehrsgewohnheiten Hochbetagter, Z. Gerontol. 22.

<sup>31</sup>Volkert, D. et al.; (1989): Mangelernährung bei Hochbetagten, Z. Gerontol. 22.

<sup>32</sup>Arab, L.; (1985): Ernährungszustand von Senioren, EU 33.

von Folsäure, Vitamin B<sub>12</sub> und Zink durch Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes kann deren Versorgungsstatus in Frage stellen.

Die Leber verliert an Gewicht, wird weniger durchblutet und Kollagene werden zunehmend eingelagert. Dadurch sinkt ihre Entgiftungsleistung.

Die Nierentubuli verkümmern teilweise, wodurch die Filtrationsrate geringer wird. Als Folge einer verminderten Nierenleistung ist die Steuerung des Durstgefühls beeinträchtigt. Da zusätzlich die Anfälligkeit gegenüber Störungen der Homöostase erhöht ist, können schon kleine Volumendefizite zu Folgen wie Verwirrtheit etc. führen<sup>33</sup>. Zudem sinkt der Gesamtwassergehalt des Körpers im Alter. Es ist daher besonders wichtig, auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr von ca. 1,5 l zu achten.

Auffällig ist auch der Verlust von Knochenmasse im Alter, der besonders bei Frauen nach der Menopause zu Osteoporose führen kann<sup>34</sup>.

### **8.3.3 Veränderungen des Nährstoff- und Energiebedarfs durch Wechselwirkungen mit Medikamenten**

Ein wichtiger Aspekt ist die Einnahme von Medikamenten, die häufig in Wechselwirkung mit Nahrungsmittelinhaltsstoffen stehen<sup>35</sup>.

Die Wechselwirkungen können entweder direkt durch Komplexbildungen oder indirekt durch Veränderung der Resorption, der Verdauung, der Metabolisierung, der Ausnutzung sowie der Ausscheidung der Nährstoffe beeinflusst werden, und auch die körpereigene Synthese kann durch Medikamente verändert werden<sup>36</sup>.

So treten Interaktionen zwischen der Gruppe von Antazida u.a. Magen-Therapeutika und den Nährstoffen Calcium, Kalium, Eisen, Flourid sowie Vitamin B<sub>1</sub> und A auf. Die bei der Einnahme auftretenden pH-Veränderungen können die Resorption von z.B. Folsäure hemmen.

Laxantien wirken sich auf die fettlöslichen Vitamine und vor allem den Elektrolythaushalt, also Calcium und Kalium aus, ebenso wie Diuretika, die weiterhin noch die Versorgung des

---

<sup>33</sup>Oster, P. / Schlierf, G.; (1985): Ernährungsprobleme in einer geriatrischen Klinik, EU 32.

<sup>34</sup>Seiler, W.O. / Stähelin, H.B.; (1989): Energie- und Vitaminbedarf bei Langzeitpatienten, Z.Gerontol., 22, Volkert, D.; (1988) Nährstoffzufuhr bei hochbetagten Menschen, EU,35.

<sup>35</sup>Arab, L. ; (1985): Ernährungszustand von Senioren, EU,33.

Schlierf, G. et al.; (1989): Fehlernährung bei geriatrischen Patienten, Z. Gerontol., 22.

<sup>36</sup>DGE; (1988): Ernährungsbericht, Frankfurt/M.

Organismus mit Magnesium, Zink sowie den Vitaminen B, C und Folsäure beeinträchtigen. Orale Antidiabetika können die Versorgung mit Calcium und Vitamin B<sub>12</sub> beeinflussen.

Einige Antibiotika bewirken eine verminderte Folsäureresorption oder verändern ebenso wie Sulfonamide die Versorgung mit Vitamin C, dem B-Komplex und den Mineralstoffen Kalium und Magnesium<sup>37</sup>.

Aspirin hemmt ebenfalls die Ausnutzung von Vitamin C und Folsäure.

Beruhigungsmittel beschleunigen den Abbau von dem, zum Einbau von Calcium wichtigen, Vitamin D; ebenso wie Schlafmittel, die weiterhin mit Vitamin C und Calcium in Wechselwirkung treten<sup>38</sup>.

Es können auch Veränderungen des Geschmacks- und Geruchssinns oder des Appetites z.B. durch Schilddrüsen therapeutika, Diuretika, Antihypertonika, Antirheumatika, Antidiabetika oder Psychopharmaka auftreten, wodurch dann wiederum die Nährstoffzufuhr beeinflusst wird<sup>39</sup>.

Rauchen ist ebenfalls ein Faktor, der den Bedarf an mehreren Nährstoffen wie Vitamin C, Carotinoiden und Vitamin A, Vitamin E sowie Eisen erhöht<sup>40</sup>.

#### **8.4 Kritische Nährstoffe bei älteren Menschen**

Die kritischen Nährstoffe in der Ernährung von älteren Menschen liegen weniger bei den Hauptnährstoffen Kohlenhydrate, Eiweiß und Fett. Bei diesen Gruppen ist eher die Qualität als die Quantität zu betrachten: Auf dem Speiseplan sollten vermehrt hochmolekulare Kohlenhydrate und Ballaststoffe, Eiweiß von hoher biologischer Wertigkeit, pflanzliche Fette mit hohem Gehalt an essentiellen Fettsäuren sowie eher eine geringe Menge an Cholesterin stehen.

Wasser zählt zu den Nährstoffen, die in der Regel von älteren Menschen in geringerer Menge als physiologisch benötigt, aufgenommen werden. Ein Grund dafür liegt in dem oft gestörtem Durstempfinden. Eine verminderte Nahrungsaufnahme oder die Auswahl von Lebensmitteln mit geringer Nährstoffdichte im Alter können dazu führen, daß die Zufuhr mit essentiellen

<sup>37</sup>DGE; (1988): Ernährungsbericht, Frankfurt/M.

<sup>38</sup>Volkert, D.; (1990): Die Ernährung älterer Menschen, Köln.

<sup>39</sup>Arab, L.; (1985): Ernährungszustan von Senioren, EU, 33.

<sup>40</sup>Heseker, H.; (1984): Biochemische Untersuchungen zur Bedarfsdeckund älterer Menschen, Gießen.

Nährstoffen in den marginalen Bereich sinkt, wodurch eine Anfälligkeit für Krankheiten steigt und die Lebensdauer verkürzt wird <sup>41</sup>.

Zu den kritischen Vitaminen zählen :

Vitamin A - aufgrund von zu geringer Aufnahme, bei Rauchen oder höherem Alkoholkonsum.

Vitamin D - durch geringen Fischverzehr und ungenügende Sonnenexposition.

Vitamin B-Komplex - vor allem durch zu geringe Aufnahme, aber auch Resorptionsstörungen oder höheren Alkoholkonsum.

Vitamin C - durch geringe Aufnahme von z.B. Frischobst und Gemüse, durch Rauchen und den Einfluß von weiteren Umweltgiften<sup>42</sup>.

Bei folgenden Mineralstoffen trifft im Alter häufig ein Mangel auf:

Calcium - durch eine zu geringe Aufnahme, Wechselwirkungen mit Medikamenten, Alkoholmißbrauch, vor allem aber aus Gründen einer Prophylaxe gegen Osteoporose ist hier der Bedarf erhöht.

Eisen - neben einer zu geringen Zufuhr können für einen Mangel auch chronische Blutungen, Funktionsstörungen der Fe-Bindung, Medikamente und Rauchen verantwortlich sein.

Jod - aufgrund von geringem Fischverzehr <sup>43</sup>.

Kritische Spurenelemente sind Kalium, Magnesium und Zink, die durch Medikamente wie Diuretika und Abführmittel, aber auch durch langandauernde Immobilisation, Alkohol und chronische Darmerkrankungen oder Nierenerkrankungen in ihrer Resorption eingeschränkt werden können<sup>44</sup>.

Ballaststoffe zählen ebenso zu den Nahrungsmittelinhaltsstoffen, die meist nicht in der empfohlenen Menge aufgenommen werden, zum Teil aufgrund von Kau- und Schluckschwierigkeiten, verminderter Speichelbildung oder aufgrund von persönlichen Erfahrungen (durch Krieg) können bei dieser Generation andere Wertvorstellungen von bestimmten Lebensmitteln wie Weißmehlprodukten oder Fleisch gelten<sup>45</sup>.

---

<sup>41</sup>Menden, E. et al.; (1989): Lebensdauer und Ernährung, EU,36.

<sup>42</sup>Schlierf, G. et al.; (1989): Fehlernährung bei geriatrischen Patienten, Z. Gerontol.,22.

Seiler, W.O. / Stähelin,H.B.; (1989): Energie- un Vitaminbedarf bei Langzeitpatienten, Z. Gerontol., 22.

<sup>43</sup>Heseker, H. / Kübler, W.; (1983): Die Bedarfsdeckung älterer Menschen, EU 30.

<sup>44</sup>Rosenbauer, J.; (1985): Ernährungs- und Gesundheitsverhalten bei Senioren, EU 35.

<sup>45</sup>Fröleke, H. / Günster, K.H.; (1990): Alters- und leistungsabhängige Ernährung, Hohegehren.



## 8.5 Allgemeine und spezielle Anforderungen an die Ernährung der untersuchten Gruppe

Wie allgemein für Senioren, d.h. Personen über 65 Jahren, gelten auch für die Essensbezieher im Raum Schwerin die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlenen Richtlinien für die Nährstoffzufuhr<sup>46</sup>.

Die von dieser Personengruppe aufgenommen Nährstoffe werden zum Teil aus den Mittagmahlzeiten, zum größeren Teil jedoch aus den übrigen Mahlzeiten bezogen.

Für das Mittagessen wird ein "Drittelsatz" vorgeschlagen, d.h. mindestens ein Drittel der wünschenswerten Nährstoffaufnahmemenge sollte durch diese Mahlzeit abgedeckt werden, während bei den weniger wünschenswerten Inhaltsstoffe, wie z.B. Fett, der Drittelanteil möglichst unterschritten werden sollte, um mögliche Fehler bei den anderen Mahlzeiten kompensieren zu können<sup>47</sup>. Die Forderung nach einer Drittelung ist jedoch schwer zu realisieren, da einige Lebensmittel als Quellen für bestimmte Nährstoffe (z.B. Milchprodukte für Ca) durch die typischen Eßgewohnheiten unterrepräsentiert sind.

Die Richtwerte liegen bei ca. 540 kcal und einer Nährstoffverteilung von Protein: < 27g, Fett: < 18g, Kohlenhydrate: >68g.

Betrachtet man wiederum den Stellenwert der von den Wohlfahrtsverbänden angebotenen Mittagessen, die in der Regel fünf Tage in der Woche zur Verfügung stehen, ergibt sich daraus ein Anteil von  $5 \cdot 33\%$  aus  $7 \cdot 100\%$ . Dies entspricht einem Anteil der bezogenen Speisen (165) an der gesamten Nahrungszufuhr (700) von 24%.

Ob diese theoretische Übersichtsrechnung für die Senioren im untersuchten Raum zutrifft, soll durch eine Befragung zu den übrigen Mahlzeiten, die außerhalb der Mittagmahlzeiten eingenommen werden, näher betrachtet werden.

Das Alter der Bezieher liegt nach Ergebnissen des Fragebogens zu 93,7% zwischen 70 und 90 Jahren, wobei die Gruppe der 80- bis 90jährigen mit 53,6% am stärksten vertreten ist. Auch Befragungen von Mitarbeitern der Wohlfahrtsverbände zu diesem Aspekt bestätigen ein überwiegendes Alter von über 80 Jahren.

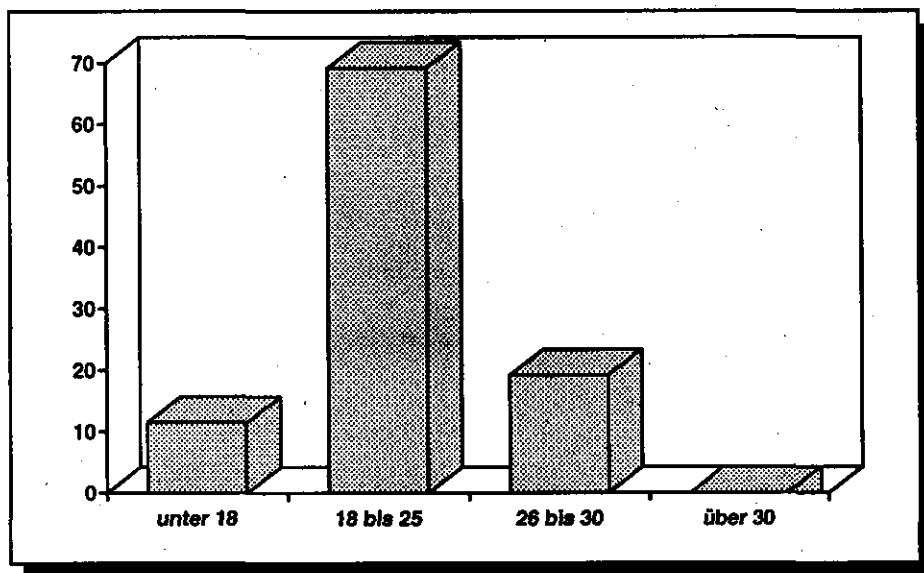
<sup>46</sup>DGE; (1992): Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr.

<sup>47</sup>Peinelt, V.; (1990): Empfehlungen für die Speisenplangestaltung des Mittagessens, Gießen.

Betrachtet man das **Gewicht** der Befragten und setzt dieses in Beziehung zur Körpergröße, sind folgende Verhältnisse festzustellen. Herangezogen wurde der "Body mass index" (BMI), dessen Kennzahl sich durch die Quotientenbildung des Gewichtes in kg durch die quadrierte Körperlänge in (m)<sup>2</sup> ergibt.

Bei 11,5 % der Befragten liegen die Werte unter 19, was auf ein Untergewicht hindeutet, das bei Aufhebung zu einer Steigerung des Wohlbefindens führen kann. 69,2 % weisen mit BMI-Werten zwischen 19 und 25 ein wünschenswertes Normalgewicht auf. Im Bereich zwischen 26 und 30, der eine Übergewichtigkeit bestätigt, die es vorwiegend bei Zusammentreffen mit weiteren Risikofaktoren wie z.B. Bluthochdruck abzubauen gilt, befinden sich 19,2 % der befragten Personen. BMI-Werte von über 30, bei denen eine Gewichtsabnahme dringend empfohlen wird, treten hier nicht auf.

Es läßt sich also daraus schließen, daß auf die Gesamttageszufuhr bezogen grundsätzlich keine Überversorgung mit energieliefernden Nährstoffen vorliegt.



**Abbildung 30: Body-Mass-Index**

Die körperlichen Aktivitäten, die den Leistungsumsatz bestimmen, sind größtenteils Spaziergänge, die von 34,4 % der Befragten täglich und von 31,3 % mehrmals wöchentlich unternommen werden. 66,7 % machen dies sehr gerne bzw. 14,8 % gerne. Auf der anderen Seite gehen 28,1 % nie spazieren, teilweise seit mehreren Jahren nicht mehr. Dies überwiegend aufgrund des gesundheitlichen Zustands: 56,3 % leiden unter Gehstörungen, aber auch andere Faktoren wie stark eingeschränkte Sehfähigkeit hindern die Menschen an solchen Unternehmungen. Die Spaziergänge dauern in den meisten Fällen zwischen 30 und 60 Minuten (45,8 %), ein Viertel aller Spaziergänger sind über eine Stunde unterwegs und 12,5 % gehen jedoch nur weniger als 10 Minuten spazieren.

Fahrrad fahren 36,8 % sehr gerne, doch die Mehrzahl (52,6 %) lehnt diese Form von Bewegung eher ab.

Auf die Frage nach weiteren körperlichen Aktivitäten gaben 65,6 % an, nie Sport zu treiben, während 15,6 % mindestens einmal in der Woche bzw. sogar täglich (9,4 %) überwiegend Seniorengymnastik im Klub oder Morgengymnastik zu Hause bzw. Krankengymnastik ausüben, aber auch Wandern gehen oder Tanzveranstaltungen wahrnehmen.

Etwa 15 % haben einen Garten, in dem sie regelmäßig Gartenarbeit verrichten. Auch Hausarbeit wird noch von einigen der Befragten selbständig verrichtet.

Der Leistungsumsatz der Essensbezieher entspricht also im Höchstfall dem von leichter Tätigkeit, in den Fällen von starker Bewegungseinschränkung ist er noch weiter darunter einzustufen.

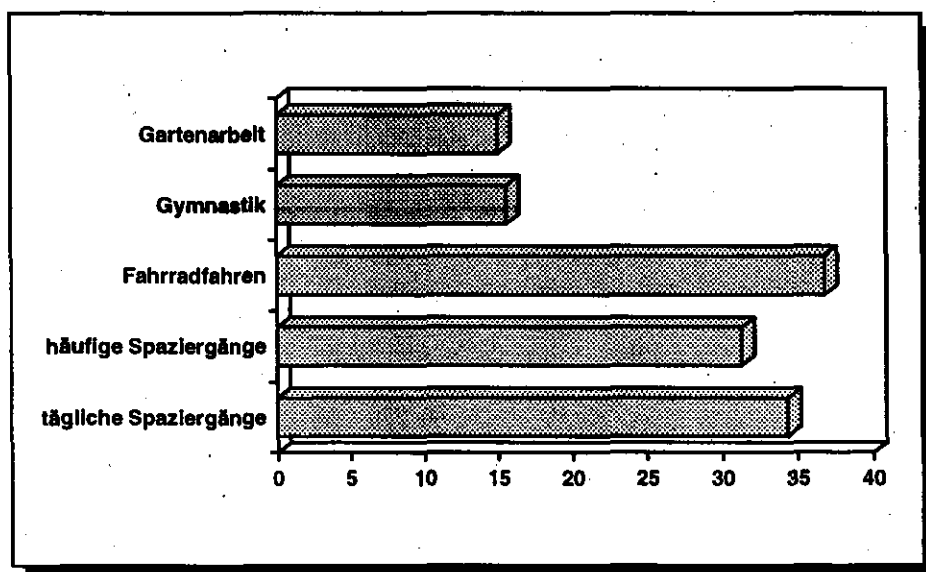


Abbildung 31: Körperliche Aktivitäten

Der **Gesundheitszustand** der Befragten wird von etwas mehr als der Hälfte als mittelmäßig betrachtet und von 40,7 % eher als nicht zufriedenstellend bis sehr schlecht.

Betrachtet man die Erkrankungen des Verdauungsapparates, so ergibt sich folgendes:

Über Kaustörungen klagen 34,4 % der befragten Senioren, die vor allem aufgrund von schlecht angepaßten oder teilweise fehlenden Zahnprothesen Schwierigkeiten mit zu hartem bzw. zähem Fleisch oder Rohkost haben.

Beschwerden im Magen- und Darmbereich, z.B. durch mangelnde Magensäure, oder allgemeine Darmstörungen haben 18,8 %.

25,1 % der Befragten leiden unter Leber- und Gallebeschwerden oder leben ohne Gallenblase.

Bei einer relativ großen Anzahl von Senioren (31,3 %) ist ein Diabetes diagnostiziert worden. Teilweise (in ca 30 % der Fälle) besteht diese Stoffwechselstörung bereits seit etwa 20 Jahren, 20 % der Fälle sind sogar insulinpflichtig. Auffallend ist, daß zum Teil auch bei langjährigen oder fortgeschritteneren Diabeteserkrankungen Vollkost bezogen bzw. gegessen wird.

Relativ häufig sind auch Probleme mit der Wundheilung (18,8 %) und dabei auch mit offenen Beinen (9,5 %), was auf eine unzureichenden Zinkversorgung schließen lassen könnte.

Knochenbrüche und damit verbundene starke Angst vor dem Fallen oder Osteoporoseerkrankungen werden ebenfalls genannt, jedoch fallen mit 9,4 % nicht allzu stark ins Gewicht.

Die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden liegen im Bereich der arteriosklerotischen Erkrankungen, die 59,4 % der Befragten als Grund für Beeinträchtigungen angeben.

Darunter werden vorrangig Bluthochdruck (24,2 %), Durchblutungsstörungen (15,1 %) aber auch bereits erlittene Schlaganfälle (3 %), Herzinfarkte (9 %) oder vorhandene Herzschrittmacher (6 %) sowie Anfälle von Angina pectoris erwähnt. Auch festgestellte erhöhte Blutfettwerte werden aufgeführt.

Allergien sind mit ca. 6 % relativ selten vertreten.

Was die **Einnahme von Medikamenten** betrifft, ist vorweg zu nehmen, daß eine mögliche Wechselwirkung von Arzneimittelwirkstoffen mit Nährstoffen für die befragte Gruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, da 93,8 % dieser zum Teil hochbetagten Personen regelmäßig Medikamente einnehmen.

Abführmittel (Laxantien) werden von 13,3 % benutzt.

Harttreibende Medikamente (Diuretika) nehmen 15,3 % ein, um zum einen Wassereinlagerungen zu vermeiden und zum anderen um den erhöhten Blutdruck zu senken (15a); sie nehmen aber somit gleichzeitig mögliche Störungen des Salzhaushaltes in Kauf.

Mittel gegen Atembeschwerden wie Asthma oder Bronchitis, die Magen-Darm-Störungen hervorrufen können, benötigen ebenfalls 15,3 % der Befragten.

Die relativ stark vertretene Gruppe von Medikamenten wie Schlafmittel (33,3 %) und Beruhigungsmittel (6,1 %) bewirkt eine Erhöhung des Bedarfs an Vitamin C, D und Calcium.

Herzstärkungsmittel sind mit 69,7 % die am häufigsten eingenommenen Medikamente.

Auf der anderen Seite werden Präparate eingenommen, die als allgemeine "Stärkungsmittel" bezeichnet und in den Fragebögen nicht näher erläutert werden. Diese tragen ebenso wie die eingenommenen Calcium- (9,2 %) und Kaliumpräparate (3 %) zu einer verbesserten Versorgung mit essentiellen Nährstoffen bei und wirken deshalb einem durch andere Medikamente hervorgerufenen erhöhten Bedarf entgegen.

Die Frage nach dem Rauchen haben 71,9 % mit "nein" beantwortet. 18,8 gaben an, früher geraucht zu haben, wobei sich die Dauer des entsprechenden Zeitraumes zwischen 26 und 57 Jahren bewegt, das Rauchen wurde um das 60. bzw. das 80. Lebensjahr eingestellt. 9,4 % der befragten Senioren rauchen zur Zeit und das seit ca. 20 bzw. 50 Jahren.

Ein sich durch den Faktor Rauchen erhöhender Nährstoffbedarf betrifft also nur einen geringen Teil der befragten Gruppe.

## **9. Die Versorgungslage**

Nach einer kurzen Betrachtung der Versorgungslage mit Mahlzeiten vor der Wende soll beschrieben werden, welche Angebote und Organisationsformen derzeit den älteren Menschen zur Verfügung stehen und in welchem Maße diese genutzt werden.

### **9.1 Das Angebot von Mahlzeiten zu Zeiten der DDR**

Das Essensangebot für ältere Menschen in der DDR wurde in den 80er Jahren geprägt durch das Angebot von gesellschaftlichen Einrichtungen wie Veteranen- und Altenklubs. Auch Kindergarten- und Schulspeisungen, Mittagstische von landwirtschaftlichen Produktionsgemeinschaften, speziell in ländlichen Regionen, sowie Betriebs- und Werkkantinen lieferten Mahlzeiten für "Essen auf Rädern" bzw. boten überwiegend Stationäre Mittagstische an. Jeder Betrieb hatte eine kleine Küche, in der es sich aufgrund der geringen Essensanzahl und damit der seltenen Nachfrage nach Diäten nicht lohnte, spezielle Kostformen herzustellen bzw. die Kriterien einer solchen Kostform nicht bekannt waren. So gab es in Schwerin z.B. ca. 20 Küchen, deren Essen durch die Volkssolidarität an ältere Menschen weiterverteilt wurden.

Wurden in einer Küche beispielsweise Mahlzeiten für eine Kinderkrippe und für Schulkinder zubereitet, richtete man sich dort nach den Empfehlungen für die Ernährung von Klein-, Vorschul- bzw. Schulkindern, die von dem "Zentralinstitut für Ernährung der Akademie der Wissenschaften der DDR" in Potsdam-Rehbrücke herausgegeben wurden. Die Teilnehmer des Stationären Mittagstisches bekamen in diesem Fall eine doppelte Kinderportion. Eine "altersgerechte Ernährung" gab es nur in dem Sinne, daß Küchen mit einem hohen Anteil an Essen für ältere Menschen den Speiseplan nach den allgemeinen Wünschen dieser Essensteilnehmer richtete und vermehrt Suppen, breiförmige Gerichte oder oft Nachtschüssel wie z.B. Puddinge anbot oder die Speisen etwas intensiver würzte als für Kinder.

Die zubereiteten Speisen für die Gemeinschaftsverpflegung wurden in nicht festgelegten Abständen vom Landeshygieneinstitut und von den Veterinärämtern kontrolliert, wobei sowohl der mikrobielle als auch der ernährungsphysiologische Aspekt eine Rolle spielten.

Es wurde Wert darauf gelegt, daß der alte Mensch das essen sollte, was ihm schmeckt, ihm bekommt, gegebenenfalls der Arzt empfiehlt und vor allem, was er zu essen gewohnt ist. Fast 80% der Rentner haben in den 80er Jahren ihre Hauptmahlzeiten in diesen Einrichtungen eingenommen, nur ca. 4,5% der Rentner haben in Altersheimen u.ä. Einrichtungen ihr Essen bekommen (Ketz, H.- A., Grundriß der Ernährungslehre, Jena 1984).

## **9.2 Das Angebot von Mahlzeiten zum Zeitpunkt der Untersuchung**

Die Gemeinschaftsküchen wurden nach der Wende weitgehend geschlossen, so daß die Herstellung der Essen heute teilweise von Küchen durchgeführt werden, die unter der Leitung von Wohlfahrtsverbänden stehen. Teilweise versorgen private Gastronomieunternehmen oder Schlachtereien über Organisationen wie die Arbeiterwohlfahrt oder die Volkssolidarität ältere Menschen.

Ein Großteil der Dienstleistungsbezieher werden mit Tiefkühlkost von westlichen Anbietern beliefert, die entweder in Regenerierküchen auf Verzehrstemperatur erhitzt und an die Essensteilnehmer verteilt werden oder aber auch in gefrorenem Zustand in Wochenpaketen an die Bezieher abgegeben werden.

### **9.2.1 Situation in Schwerin**

Anbieter von Mittagsmahlzeiten für Senioren sind in Schwerin die Arbeiterwohlfahrt (AWO) und die Volkssolidarität (VS). Beide Organisationen haben in ihrem Programm drei Formen von Essensangeboten:

1) Der stationäre Mittagstisch: Während die Arbeiterwohlfahrt die durchschnittlich 35 Normalkost-Essen aus der angegliederten Kindergartenküche von Montag bis Freitag täglich frisch gekocht bezieht, bietet die VS in den Begegnungsstätten ca. 30 aufbereitete Tiefkühlmahlzeiten eines größeren Tiefkühlunternehmens an.

2) (Warmes) Essen auf Rädern: Die AWO liefert ca. 15 warme Essen täglich (von Montag bis Freitag) direkt aus der Küche zu den Beziehern ins Haus. Die Mahlzeiten werden direkt aus den Kochbehältern portionsweise in Aluassietten gefüllt, erhalten einen umzufalzenden Aludeckel und werden bis zur Umverteilung im Schnitt eine halbe Stunde in einem Wärmeschrank heißgehalten. In Hartschaumbehältern werden sie mit dem Auto zwischen 11.00 und 12.30 ausgeliefert.

Die ca. 100 warmen Essen, die die VS an ältere Menschen ausliefert, werden von einer zentralen Küche innerhalb von ca. 45 Minuten auf Verzehrstemperatur erhitzt und mit drei Autos innerhalb von maximal drei Stunden (je nach Verkehrs- und Wetterlage) an die einzelnen Haushalte geliefert. Die Mahlzeiten werden seit Mitte März nicht mehr in Aluassietten mit verschweißtem Deckel, sondern in Kunststoffschalen eines Mehrwegsystemes aus-

geliefert. Diese werden einen Tag vor dem Verzehr je nach Bestellung mit gefrorenen Einzelportionsblöcken befüllt.

Für die Essensteilnehmer besteht eine Auswahlmöglichkeit von drei Menüs zu je verschiedenen Preisgruppen.

3) Tiefkühlessen in Wochenkartons: Das Essen für eine Woche, einschließlich der Versorgung für das Wochenende und die Feiertage, wird einmal in der Woche an die Bezieher geliefert.

Die AWO bezieht die ca. 25 Wochenkartons von einem Hamburger Tiefkühlunternehmen. Diese Mahlzeiten bestehen aus einzelnen Komponenten, die getrennt in Kochbeuteln angeliefert und in warmem Wasser oder durch Mikrowelle erwärmt werden können. Dadurch sind die Mahlzeiten variabel zusammenstellbar. Mit diesem Angebot bietet die AWO ihren Essensteilnehmern auch andere Kostformen wie Diabetesdiät und Leber-Magen-Galle-Kost an. Zur Zeit nutzen fünf ältere Menschen die Möglichkeit einer Diabetesdiät.

Die VS bezieht das wochenweise verteilte Essen ebenso wie die warm angebotenen Mahlzeiten von einem anderen Tiefkühlunternehmen. In Einzelfällen, wenn die zu versorgenden Personen es ausdrücklich wünschen, werden auch Produkte der vorherigen Bezugsfirma geliefert.

Auch diese 110 bis 130 Tiefkühlessen werden als einzelne Komponenten geliefert, so daß eine flexible Menügestaltung möglich ist. Der Anteil der Diätformen liegt bei ca. 35 Diabetikeressen und ca. 10 Schonkostessen. Weitere, seltener genutzte Kostformen sind cholesterinarme, fleischlose oder auch pürierte Kost, die ebenfalls von dem Tiefkühlunternehmen angeboten wird.

### **9.2.2 Situation in Hagenow**

In Hagenow sind ebenfalls die beiden Anbieter Arbeiterwohlfahrt und Volkssolidarität zu finden.

Die AWO bietet zum einen den Stationären Mittagstisch in ihrem Seniorenklub an. Dort werden ab 11.30 Uhr ca. 20 warme Essen ausgegeben. Das andere Angebot ist warmes Essen auf Rädern. Etwa 30 Essen werden zwischen 11.15 und 12.30 Uhr innerhalb eines Auslieferungsradius von 15 km ausgefahren. Mit zwei Autos werden eine Stadt- und eine



Landtour gefahren. Das Essen wird für beide Angebotsformen von der privaten Küche am Ort täglich gekocht und in zwei bis drei großen Thermobehältern mit Einsätzen für die verschiedenen Menükomponenten angeliefert. Im Seniorenklub wird es in Mehrkomponentenschalen aus Kunststoff (Mehrweg) abgefüllt, mit einem Aludeckel verschlossen und in Hartschaumbehältern ausgeliefert. Für Eintopfgerichte stehen andere Ein-Portions-Behälter zu Verfügung.

Ein Angebot von Diätkostformen oder eine Wahlmöglichkeit ist nicht gegeben, wurde bisher aber auch noch nicht nachgefragt. In Ausnahmefällen, wie z.B. bei bettlägerigen, langjährigen Essensteilnehmern, ist es auch möglich, auf Sonderwünsche wie eine halbe Fleischportion einzugehen. Am Wochenende besteht keine Versorgungsmöglichkeit durch die Organisation.

Die VS versorgt in diesem städtisch/ländlichen Gebiet etwa 90 Personen mit der Mittagmahlzeit. Auch hier liefert dieselbe Firma werktätig warmes Essen. Weiterhin umfaßt das Angebot Tiefkühlkost eines Tiefkühlunternehmens, um zum einen Diäten wie Diabetes- und Schonkost anbieten zu können und um andererseits auch am Wochenende Mahlzeiten zur Verfügung zu haben.

Für die älteren Menschen bestehen die folgenden Möglichkeiten: Teilnahme am Stationären Mittagstisch (ca. 50 Personen), Bezug von warmen "Essen auf Rädern" (ca. 26 P.), die Versorgung mit Tiefkühlkost in Form von Wochenpaketen (ca. 10 P.) aber auch die Kombination: Während der Woche warmes Essen und am Freitag wird die Tiefkühlkost für das Wochenende mitgeliefert. Die Teilnehmerzahlen schwanken sehr häufig, was darauf zurückzuführen ist, daß einige Hochbetagte nur wenig Appetit haben oder Kosten einsparen wollen und sich ein Tagesmenü auf zwei Mahlzeiten aufteilen.

Die warmen Speisen werden gegen 11.00 Uhr in größeren Thermobehältern angeliefert und sofort in Einzelbehälter gefüllt. Die Verteilung des Essens auf Rädern findet zwischen 11.00 und 13.30 statt, kann sich aber bei sehr schlechter Wetterlage und bei einer großen Route (durch die teilweise schwankenden Bezieherzahlen) aufgrund der weiten Wege und der zum Teil sehr schlecht ausgebauten Straßen bis 14.30 Uhr hinauszögern.

### 9.2.3. Situation in Lütz

In Lütz gibt es drei Organisationen, die Mahlzeiten für ältere Menschen anbieten: Die Arbeiterwohlfahrt, die Volkssolidarität und das Deutsche Rote Kreuz.

Die AWO bietet neben einem Stationären Mittagstisch zwischen 11.30 und 13.00 Uhr, den ca. 15 Personen nutzen, auch "Essen auf Rädern" an. Dieses Essen wurde bisher ab 11.00 Uhr zu Fuß oder mit dem Fahrrad im Umkreis von 2 km an acht Bezieher verteilt. Die Anlieferungszeit richtete sich nach der eingespielten Ausfahrrunde; bei einer notwendigen Pünktlichkeit der Essensanlieferung, wie z.B. im Fall von Diabetikern, wurde darauf jedoch speziell Rücksicht genommen. Es gibt auch die Möglichkeit, das Essen für sich selbst und/oder andere abzuholen. Während des Zeitraums der Untersuchung wurde auch ein Auto angeschafft, so daß sich zum einen für die bisherigen Bezieher die Transport- und damit die Warmhaltezeiten verkürzen, zum anderen der Radius für den Dienst "Essen auf Rädern" auf etwa 30 km erweitert werden konnte. Bis zu etwa 90 Minuten betragen die Auslieferungszeiten. Zu Beginn der Erhebungen wurde das Essen von einem privaten Anbieter vor Ort bezogen, doch war die Zufriedenheit der Essensteilnehmer und der Organisation mit den Mahlzeiten nicht sehr groß. Ein Catering-Service, dessen Küchenstandort weiter entfernt liegt, wurde in Erwägung gezogen, doch lag hier das Problem bei der langen Transportstrecke und der damit verbundenen Transportdauer. Schließlich hat dieser Anbieter eine Filiale in Lütz eröffnet, so daß nach längerer Verzögerungszeit durch das Warten auf die Abnahme durch das Hygieneinstitut ein gut akzeptiertes Essen mit kurzer Anlieferungszeit angeboten werden kann.

Das Essen wird auslieferungsfertig in Assietten angeboten. Diese Organisation ist auf ein solches Angebot angewiesen, da sie einerseits nicht über Geräte zum Aufbereiten von Tiefkühlkost verfügt und auch die Essensteilnehmer und -bezieher eine täglich gekochte Mahlzeit bevorzugen; andererseits lehnen die Mitarbeiter dieser Organisation ein eventuelles Umfüllen von Großbehältern in Einzelassietten aus Wärmeverlust- und personellen Gründen ab.

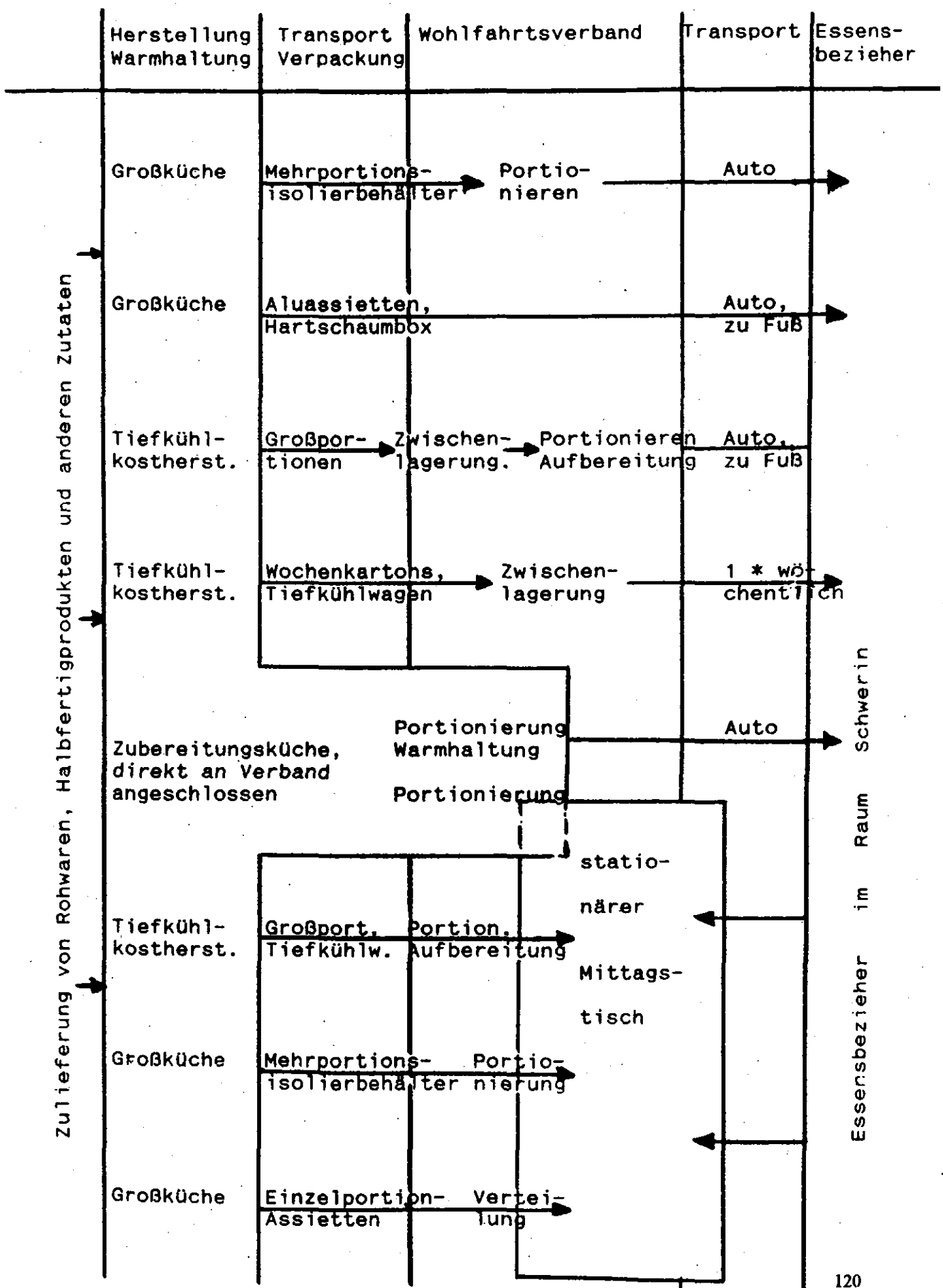
Es wird täglich eine Menüvariante angeboten, d.h. spezielle Kostformen gibt es hier nicht. Jedoch hat bisher auch noch keine Nachfrage nach Sonderkostformen stattgefunden.

Die VS bezieht ihr Standard-Vollkostessen von einer in Lütz ansässigen Firma. Bei den angebotenen Diätformen wie Diabetes- und Schonkost handelt es sich um Tiefkühlmenüs, die in der dortigen Dienststelle in Konvektomaten aufbereitet werden. Einen Stationären Mittagstisch bietet sie aus räumlichen Gründen nicht an. Die Mahlzeiten werden in Aluassietten und Mehrportions-Hartschaumbehältern innerhalb des Stadtgebietes im Zeitraum von 30 bis 45 Minuten teilweise zu Fuß verteilt. Eine Zielsetzung der VS ist es, auch am Wo-

chenende eine Versorgung mit Essen anbieten zu können, was durch die Tiefkühlkost möglich ist.

Das DRK fährt von Montag bis Freitag zwischen 11.00 und etwa 13.00 Uhr mit dem Auto warmes Essen aus. Die Mahlzeiten werden in, mit Alufolie abgedeckten Assietten in Hartschaumbehältern über weite Entfernungen verteilt. Unter den 30 bis 40 Mahlzeiten sind ca. 5 Diätessen. Das Essen wird als Tiefkühlkost von einer Firma aus den Alten Bundesländern einmal wöchentlich oder 14-tägig in der Sozialstation angeliefert und dort in Konvektomaten erhitzt. Im Programm werden neben der Normalkost auch Diätmenüs angeboten, aus dem sich die Senioren für 4 Wochen im voraus Gerichte aussuchen können. Ein weiteres Angebot ist der Stationäre Mittagstisch, der jedoch aufgrund der Lage in einem Neubaugebiet, in dem weniger ältere Menschen leben, nicht sehr stark genutzt wird.

Darstellung der verschiedenen Organisations- und Angebotsformen von Mittagmahlzeiten



## **10. Untersuchung der Qualität der Mahlzeiten**

Um auf die Qualität der Mahlzeiten eingehen zu können, müssen verschiedene Kriterien in Betracht gezogen werden.

Es stellen sich Fragen nach den Kriterien der Speiseplangestaltung, dem Abwechslungsreichtum und der Berücksichtigung von Diäten.

Weiterhin ist von Interesse, wie das Essen zubereitet, ob und wie es zwischengelagert, verpackt und transportiert wird bzw. in welcher Form oder welchem Zustand es schließlich beim Essensteilnehmer ankommt.

### **10.1 Entwicklung des Frageleitfadens**

Zur Klärung der oben angeführten Fragestellungen wurde ein Frageleitfaden ausgearbeitet, der sich teilweise mit der Erhebung der Versorgungsstrukturen aus dem ersten Teil der Studie überschneidet, der aber weiterhin detailliertere und ergänzende Informationen über die Essensversorgung älterer Menschen erfaßt.

Durch den Frageleitfaden sollen sowohl die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Essensversorgung in den untersuchten Gebieten Schwerin, Hagenow und Lübz dokumentiert werden als auch Hinweise auf die Qualität des Essens erfaßt werden, auf die später im dritten Abschnitt eingegangen werden wird.

Im Frageleitfaden wurden folgende Bereiche berücksichtigt:

- 1) Das Angebot
- 2) Die Resonanz der Essensteilnehmer
- 3) Die Speisenzusammenstellung
- 4) Die Speisenzubereitung
- 5) Die Speisenaufbereitung
- 6) Die Verteilung

Die genannten Bereiche sollten möglichst für alle Essensanbieter in den drei untersuchten Gebieten erfaßt werden. Dafür war es notwendig, mit Vertretern und Mitarbeitern verschiedener Institutionen und Trägerschaften, der dort angeschlossenen Küchen oder Gastronomiebetrieben Gespräche zu führen. Dabei wurden während der verschiedenen Befragungen

nicht alle Bereiche erfaßt, sondern nur die, die in den jeweiligen Zuständigkeitsbereich der Gesprächspartner fielen.

Die Frageleitfäden zu der Situation in der ehemaligen DDR und zur Zeit der Wende wurden zu einem Frageleitfaden zusammengefaßt, der auch nicht streng in die einzelnen Bereiche aufgeteilt wurde, da hauptsächlich die Veränderungen durch entsprechend gezielte Fragen erfaßt werden sollten und keine ausführliche Analyse der Essensqualität in der Zeit vor der Wende erfolgen sollte.

## **10.2 Der Frageleitfaden**

Frageleitfaden zur derzeitigen Situation des Essensangebotes

### **1) Das Angebot**

- In welchem Zustand werden Mahlzeiten angeboten? (warm, TK-Kost)
- An welchen Wochentagen wird eine Versorgung angeboten?
- Besteht eine Auswahlmöglichkeit?
- Sind Diätformen im Angebot? Wenn ja, welche?
- Können Sonderwünsche berücksichtigt werden?
- Von wo wird das Essen bezogen? In welchem Zustand? (warm, tiefgekühlt)

### **2) Die Resonanz der Essensteilnehmer**

- Wieviele Essen werden pro Tag in Anspruch genommen?
- Wie regelmäßig nehmen die älteren Menschen an der Verpflegung teil?
- Besteht eine Nachfrage nach Diäten oder Sonderwünsche?
- Gibt es eine Resonanz? Wie äußert sie sich?
- Auf welche Aspekte legen die Teilnehmer besonderen Wert?
- Welche Gerichte sind (nicht) beliebt?

### 3) Die Speisenzusammenstellung

- Wie häufig wechselt der Speisenplan; in welchem Abstand wiederholt er sich?-
- Nach welchen Kriterien werden die Speisenpläne zusammengestellt?
- Gibt es Kriterien für eine altersgerechte Kost, Berücksichtigung bestimmter Besonderheiten?
- Wie sehr richtet sich die Speisenauswahl nach der Saison?
- Sind schon Nährwertberechnungen aufgestellt worden?
- Wird nach fester Rezeptur gekocht?

### 4) Die Speisenzubereitung

- Woher werden die Zutaten bezogen?
- Werden Tiefkühlkost, Konserven oder Halbfertigprodukte eingesetzt?  
(Zu welchem Anteil?)
- Welche Fette werden eingesetzt?
- Welche Würzmittel werden überwiegend eingesetzt?
- Zu welchem Zeitpunkt wird mit der Speisenzubereitung begonnen?
- Zu welchem Zeitpunkt sind die Speisen im Durchschnitt fertiggestellt?
  
- Welche Koch- und Garmethoden werden überwiegend angewendet?
- Wie sind die Küchen ausgestattet?
- Ist die personale Ausstattung ausreichend?

### 5) Die Speisenaufbereitung

- In welcher Form werden die Speisen angeliefert?
- Welche Arbeitsschritte sind noch auszuführen?
- Welche Geräte stehen zur Verfügung?

### 6) Die Verteilung

- Wie lange ist die Warmhaltezeit im Durchschnitt / im Höchstfall?
- Wie häufig wird insgesamt umgefüllt?
- In welche Gefäße werden die Einzelportionen gefüllt?
- Welche Transportgefäße stehen zur Verfügung?

Frageleitfaden zur Situation der Essensversorgung in der ehemaligen DDR und während der Wendezeit

- Welches Angebot an Mahlzeiten gab es?
- Gab es eine altersgerechte Kost?
- Gab es Diätformen?
- Gab es Richtlinien bei der Kostzusammenstellung?
  
- Hat sich seit der Wende etwas an den Speisenplänen geändert?
- Was hat sich hinsichtlich der Zutaten geändert?
  
- Welche Transportgefäße wurden verwendet?
- Wie lange dauerte die Verteilung?
- Mit welchen Mitteln wurde in welchem Umkreis verteilt?
  
- Was hat sich weiterhin seit der Wendezeit geändert?

### **10.3 Die Befragung**

Als Informationsträger wurden die jeweiligen Geschäftsführer der Institutionen befragt, die Essen für ältere Menschen anbieten, um grundsätzliche Informationen sowie Hinweise auf mögliche weitere Gesprächspartner zu erhalten. Weiterhin wurden Mitarbeiter der Stationären Mittagstische, für die Verteilung des "Essens auf Rädern" zuständige Zivildienstleistende sowie Küchenleiter, Köche und andere Mitarbeiter des Küchenbereiches befragt.

Einige der Fragen, die zum Teil schon durch die Erhebung der Versorgungsstrukturen oder auch durch vorangegangene Gespräche mit anderen Vertretern der gleichen Trägerschaft geklärt waren, wurden erneut gestellt, um einen Einstieg in das Gespräch und damit einen sinnvollen Anknüpfungspunkt für detailliertere Fragen zu erhalten.

Die Auswahl aus dem Fragenkatalog für ein jeweiliges Gespräch setzte die Kenntnis über die groben Abläufe innerhalb der Institution voraus, konnte aber auch spontan während des Gespräches durch dort neu gewonnene Erkenntnisse bestimmt werden.

Einige der befragten Personen, die bereits zur Zeit der DDR in dem Bereich Essensversorgung tätig waren, konnten Auskunft über die Veränderungen durch die Wende geben. Darunter z.B. Köche und Köchinnen, die zuvor in Schul- oder anderen Gemeinschaftsküchen tätig waren



und nun direkt für die Trägerschaften oder als Selbständige weiterhin die gleiche Zielgruppe bekochen.

Zu den Befragungssituationen ist anzumerken, daß besonders im Küchenbereich, aber auch bei den Stationären Mittagstischen oft ein - für die Essensausgabe typischer - Zeitdruck herrschte, sodaß ein ausführliches Gespräch in gewünschter Form nicht immer möglich war. Auf der anderen Seite wurden diese Zeiten als Gesprächstermine angeboten, da zu anderen Zeitpunkten diese Positionen nicht personell besetzt gewesen wären.

Aufzeichnungen der Gespräche fanden in Form von schriftlichen Kurznotizen während bzw. - wenn dies die räumlichen Bedingungen nicht zuließen - direkt nach der Befragung statt.

Im Falle der Zubereitung der Tiefkühlmenüs durch Unternehmungen aus den alten Bundesländern fanden keine persönlichen Befragungen statt, sondern schriftliche Anfragen mit der Bitte um Zusendung von Informationsmaterial über die Angebotsbreite des Speiseplans, die Möglichkeit von Diäten oder weiteren Sonderkostformen sowie die Nährstoffzusammensetzung der einzelnen Menükomponenten. Die Bewertung der Qualität der Tiefkühlmenüs finden also auf der Basis des Informationsmaterials der Unternehmen statt.

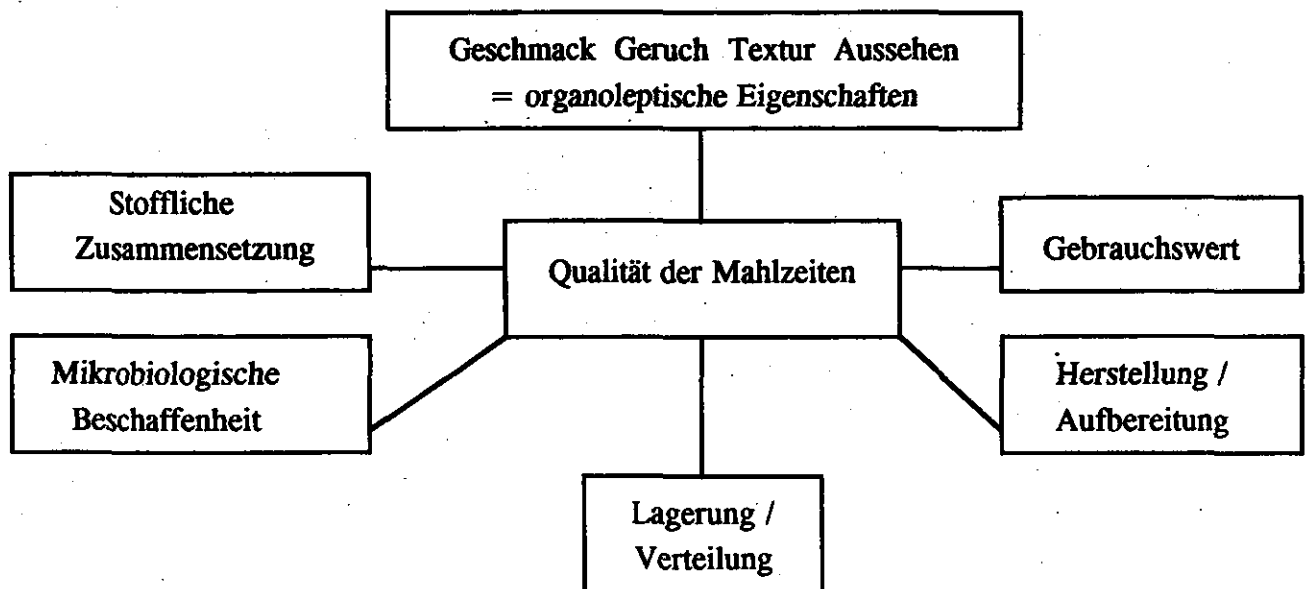
## 11. Qualitätskriterien

Qualität ist kein statischer und eindeutig definierbarer Begriff. Die Qualität einer Mahlzeit setzt sich immer aus mehreren Teilqualitäten, verschiedenen Eigenschaften eines Produktes zusammen, die den Grad seiner Eignung für einen vorgesehenen Zweck bestimmen.

Die Mahlzeiten sollen durch die Bereitstellung von notwendigen Nährstoffen die Gesundheit erhalten oder verbessern.

Im Vordergrund steht jedoch die Akzeptanz von seiten der Essensbezieher, denn es werden keine "Nährstoffe" gegessen, und das Essen ist oft eines der wichtigsten Ereignisse im Tagesablauf von älteren Menschen.

Die unterschiedlichen Bedürfnisse und Auffassungen zur Qualität entwickeln sich in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Verhältnissen. Verschiedene Faktoren wie Genußwert, Aussehen, Verpackung und Gebrauchswert aber auch der hygienische Zustand, die chemische Zusammensetzung und der ernährungsphysiologische Wert spielen bei der Qualitätsbeurteilung eine Rolle.



## 11.1 Organoleptische Eigenschaften

Die organoleptischen Eigenschaften als Bestandteil der Qualität sollen in dieser Studie ausschließlich von den Beziehern und Verbrauchern der Essensangebote beurteilt werden. Dies ist besonders wichtig im Hinblick auf das primäre Wohlbefinden dieser Menschen. Daraus folgte der Verzicht auf eigene sensorische Tests. Die Essensteilnehmer beurteilen vornehmlich die organoleptischen Eigenschaften wie Geschmack, Textur, Optik und den Wärmezustand. Hierbei spielt auch die Verpackung indirekt über die Wärme und das Aussehen eine Rolle ebenso die Handhabung oder Konsumreife der angelieferten Produkte.

Der Geschmack insgesamt wird überwiegend als gut (43,3 %) oder sogar sehr gut (30 %) bezeichnet. Nur 3 % empfindet ihn als schlecht. Vorwiegend mit "gut" werden die Menübestandteile Kartoffeln/Nudeln (78,1 %), Gemüse (81,3 %), Fisch (74,2 %) und Dessert (74,2 %) beurteilt. Dies ist ebenso bei Suppen, Salaten und Fleisch, doch wird hier öfter das Urteil "weder gut noch schlecht" oder bei letzterem auch "schlecht" (15,6 %) gefällt.

Die Gründe liegen darin, daß vor allem Fleisch als zu hart oder zäh und damit "schwierig zu kauen", bewertet wird. Das Gemüse oder die Kartoffeln, besonders aus der Tiefkühlkost, erscheinen einigen zu wässrig und Gemüse, Reis, Fisch oder Fleisch als nicht ausreichend gegart (jeweils 9 % sagen aus, diese beiden Mängel von Zeit zu Zeit zu bemerken).

Daß das Essen nicht schmeckt, empfinden 12,5 % einmal in der Woche, aber 21,9 % nur einmal im Monat bzw. noch seltener (59,4 %). Wenn es nicht schmeckt, ist die Qualität des Essens aber nur ein Grund neben anderen wie Krankheit, Kummer oder Trauer sowie Appetitlosigkeit.

Das täglich warm angelieferte Essen wird von der überwiegenden Zahl (80 %) als noch warm bezeichnet, nur 5 % sagen eindeutig, daß es zu kalt sei. Einige stellen das manchmal schon sehr früh angelieferte Mittagessen noch zum Warmhalten in den Ofen.

Die Zufriedenheit ist eigentlich recht groß, im Gegensatz zur Zeit vor der Wiedervereinigung. Damals wurde das Essen entweder von Verteilungsstellen mit eigenen "Essensträgern" abgeholt (trafen dort aber oft erst spät und bereits abgekühlt ein) oder das Essen wurde teilweise zu Fuß in Metallbehältern zu den Beziehern gebracht. Diese enthielten mehrere Einsätze mit jeweils unterschiedlichen Mahlzeitenkomponenten, die alle bei jedem einzelnen Bezieher herausgenommen werden mußten, um eine Portion entnehmen zu können. Dies hatte starke Wärmeverluste zur Folge.

Ein Problem beim Transport in Einzelassietten aus Aluminium (Einweg) oder aus Kunststoff (Mehrweg) ist zum einen, daß die Abdeckungen aus Aluminium, die - vorgestanzt - am Rand

umgebogen und festgeklemmt werden, teilweise nicht richtig verschlossen sind, weil der Vorgang des Ab- oder Umfüllens wegen der Wärmeverluste auch möglichst kurz gehalten werden soll. Dadurch kann es vorkommen, daß beim Transport auf unebenen Straßen oder auf dem Weg zu den Wohnungen Soße überschwappen und herauslaufen kann. Hier ist dann nicht nur die Optik des Gerichtes beeinträchtigt, sondern auch möglicherweise die Verpackung von außen verschmiert.

Diese Assietten sind in mehrere, verschieden große "Fächer" unterteilt, innerhalb derer sich auch die Menükomponenten verteilen können. So beklagen Essensbezieher, daß die Kartoffeln mit Soße durchtränkt sind und sie beispielsweise die übriggebliebenen Kartoffeln später nicht zu Bratkartoffeln weiterverarbeiten können. Manchmal sind auch für einige Komponenten ungeeignet große Fächer ausgewählt worden oder z.B. Fleischteile zu sperrig, so daß die Kartoffeln oder andere Lebensmittel stark gequetscht werden, die Assietten schwierig zu verschließen und in der Hartschaumbox zu stapeln sind.

## **11.2 Der Gebrauchswert**

Der Gebrauchswert sagt etwas aus über den Zustand, in dem die Essensbezieher die Speisen beziehen; inwieweit sie vorgefertigt sind bzw. sie noch aufbereitet werden müssen.

Bei den warm angelieferten Speisen sind lediglich die Abdeckungen abzunehmen oder in Ausnahmefällen erneut aufzuwärmen.

Die Tiefkühlkost ist bei einigen Senioren nicht beliebt, weil es ihnen zu "künstlich", zu "neumodisch" oder stark verarbeitet vorkommt und sie bei der Aufbereitung der "Eisklumpen" diese nicht unbedingt mit einem schmackhaften, gut duftenden Essen verbinden.

Weiterhin kommt es vor, daß Kochbeutel mit den einzelnen gefrorenen Menükomponenten im Wasserbad platzen und dadurch der Inhalt wie Kartoffeln oder Gemüse sich mit dem erhitzenden Wasser vermischen und dabei wässrig werden.

Ein weiterer Grund, aus dem diese Form der Versorgung abgelehnt wird, ist, daß es für einige Senioren gesundheitlich zu beschwerlich ist, sich das Essen zuzubereiten. Anderen erscheint die Aufbereitung auch als zu umständlich oder es dauert ihnen zu lange; sie wünschen, sich "an den gedeckten Tisch" setzen zu können.

Der Vorteil der noch aufzubereitenden Speisen ist eine damit verbundene Eigenständigkeit und Unabhängigkeit von festen Zeiten oder starren Speiseplänen.

## 11.3 Herstellung und Aufbereitung

### 11.3.1 Herstellung

In erster Linie ist die Herstellung entscheidend für die Qualität der Mahlzeiten. Ein Einblick in die Herstellungsverfahren von Tiefkühlmenüs bzw. in die Produktion von Essen in privaten Großküchen ist nicht möglich oder äußerst schwierig. Zudem wäre es im Rahmen dieser Studie nicht sinnvoll, die großbetriebliche Herstellung weiter zu untersuchen, sondern es soll der Weg vom Hersteller zum Verbraucher detaillierter betrachtet werden, um somit diese Ernährungskette möglichst optimal zu gestalten.

In Einzelfällen existieren noch Küchen, die in einer Form, wie es zu DDR-Zeiten üblich war, arbeiten. Exemplarisch hierfür steht eine Küche, die einer Sozialstation angegliedert ist und in erster Linie für die Versorgung einer Kindertagesstätte zuständig ist. In dieser Küche kochen zwei Personen ca. 140 Kinderessen und ca. 50 Essen für die Senioren (diese bekommen die doppelte Kindermahlzeit). Sie sind seit 10 Jahren in dieser Küche tätig, die hauptsächlich mit Geräten wie zwei Bratbecken, einem Schnitzelgerät und seit einiger Zeit mit einem Wärmeschrank ausgestattet ist. Weitere Räume sind die Spülküche, in der von Hand ab gespült wird und ein Lagerraum, der günstigerweise ohne Fenster ist (Licht würde den Vitamingehalt mindern), aber nicht in der Temperatur oder Raumfeuchtigkeit reguliert werden kann, was eine optimale Frischhaltung erleichtern könnte. Wäre diese Möglichkeit gewährleistet, könnten günstige Angebote beim Einkauf von Lebensmitteln eher berücksichtigt und somit auch ökonomische Vorteile erzielt werden.

Nach Befragungen werden beim Kochen überwiegend pflanzliche Fette eingesetzt. Zum Würzen werden überwiegend Salz, Pfeffer, getrocknete Kräuter oder auch frische Kräuter wie Petersilie verwendet. In einem anderen Unternehmen geschieht die Würzung wiederum vermehrt durch Würzmischungen. Die Garmethoden richten sich nach den bestehenden technischen Möglichkeiten in den jeweiligen Küchen.

Die Vorbereitungen in den Küchen beginnen je nach Anzahl des Personals und nach den zuzubereitenden Gerichten unterschiedlich zwischen 7.00 und 8.00 Uhr. Das Essen ist meistens zwischen 10.30 und 11.00 Uhr fertiggestellt und wird entweder in Mehrportions-Thermobehältern zu den Wohlfahrtsverbänden gefahren oder bereits dort in Einzelassietten abgefüllt und, zusätzlich durch Hartschaumbehältern wärmeisoliert, an die Verbände geliefert. Im Fall der angegliederten Küche werden die abgefüllten Aluassietten in einem Wärmeschrank gelagert, bis die Zivildienstleistenden diese zusätzlich in Hartschaumbehältern wärmeisolierten Mahlzeiten ausfahren.

### **11.3.2 Aufbereitung**

Die Aufbereitung ist notwendig bei Tiefkühlkost. Diese wird vom Hersteller unmittelbar nach der Fertigstellung schockgefrostet und nach einem Erreichen von -20 Grad eingelagert. Gefrostet wird die Ware dann an die Wohlfahrtsverbände geliefert, dort kurze Zeit in Tiefkühlgeräten oder -räumen unter -18 Grad zwischengelagert und entweder beim Stationären Mittagstisch angeboten oder als Essen auf Rädern warm ausgeliefert. Hierzu sind spezielle Aufbereitungsgeräte wie Konvektomaten notwendig, die im Zuge der Einführung von Tiefkühlkost meist von den Herstellern empfohlen oder sogar auch als Leasinggeräte bereitgestellt werden. Die Bedienung dieser Geräte ist relativ einfach. Es kann nur vereinzelt vorkommen, daß die Aufbereitungszeit von einer knappen Stunde von Gericht zu Gericht falsch eingestellt wird und dadurch das Essen noch etwas zu kalt oder die Soße zum Teil verdampft ist. Doch sind dies Fehler, die im ersten Fall ausgeglichen oder durch Erfahrungen leicht vermieden werden können.

Die Aufbereitung kann auch bei den Essensteilnehmern selbst erfolgen, wenn sie mit gefrorener Tiefkühlkost versorgt werden. Eine Möglichkeit ist das Aufwärmen der einzeln in Kunststoffbeuteln verpackten Menükomponenten im Wasserbad. Diese müssen für etwa 30 Minuten in siedendem Wasser schwimmen.

Wenn die Tiefkühlkost in Aluassietten geliefert wird, können diese im Backofen oder in Einportions-Aufbereitungsgeräten, die die Hersteller teilweise anbieten, aufgewärmt werden.

Als Erleichterung für die Aufbereitung empfinden einige Senioren die Mikrowelle, die schnell und ohne "Überkochen" und "Beutelplatzen" einen Verzehr möglich macht.

### **11.4 Lagerung und Verteilung**

Unter diesen wichtigen Einflußfaktor auf die Qualität der Mahlzeiten fallen alle Vorgänge, die sich zwischen der Fertigstellung der Mahlzeit und dem Verzehr abspielen.

Dazu zählen Transporte, Zwischenlagerung, Umfüllen und Verpacken. Abbildung 16.3 zeigt die verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten folgender Arbeitsschritte: Die Mahlzeiten werden meist in Großküchen hergestellt, möglicherweise dort sofort tiefgefroren und in diesem Zustand oder auch in Mehrportionen-Thermobehältern bzw. Einzelassietten in Hartschaumbehältern zu den Verbänden gebracht. Diese füllen das Essen gegebenenfalls in Einzelassietten oder bereiten Tiefkühlkost auf und geben dies am "Stationären Mittagstisch" aus oder bringen es "auf Rädern" bzw. zu Fuß direkt zu den älteren Menschen ins Haus.

### **11.4.1 Transport**

Ein Transport findet zum einen vom Essenshersteller zum Verband (entfällt bei angegliederter Küche) und zum anderen vom Verband zum Essensteilnehmer (entfällt beim Stationären Mittagstisch) statt. Hier entscheiden zwei Faktoren über die Einwirkung auf die Qualität. Die Zeit, die möglichst gering gehalten werden sollte und die Verpackung, die eine möglichst gute Wärmeisolierung bieten sollte.

Die Zeit läßt sich dadurch verkürzen, daß ein Essenshersteller aus der näheren Umgebung beauftragt wird, wie dies im Beispiel der Arbeiterwohlfahrt Lütz kürzlich durch die Neueröffnung einer Catering-Service-Filiale möglich war.

Bei der Umverteilung von den Verbänden zu den einzelnen Beziehern sind zunächst geeignete Fahrzeuge wichtig. Nur im Stadtgebiet mit hoher Bezieherdichte oder in einem Wohngebiet um eine Sozial-Station herum ist die Verteilung zu Fuß oder mit dem Fahrrad angebracht. Zu Zeiten der DDR war dies die einzige Verteilungsmöglichkeit, jedoch existierten zu diesem Zeitpunkt auch mehr Essensausgabestellen. Entscheidend ist auch die Planung einer Route, die doppelte Strecken oder Umwege meidet sowie eine optimierte Aufteilung der zu versorgenden Personen auf mehrere Verteiler nach Wohngebieten, so daß möglichst viele Senioren in kürzester Zeit beliefert werden können. Ein gutes Beispiel für die Optimierung ist folgender Fall: Ein Fahrer übernahm einige Essensteilnehmer aus der Route eines erkrankten Kollegen, der durch eine Person vertreten wurde, der diese Strecke wenig bekannt war.

Bei diesen festgelegten Strecken ergibt sich, daß immer die gleichen Personen noch warmes bzw. schon eher abgekühltes Essen bekommen. Wenn die Reihenfolge der Verteilung jedoch optimiert ist, bestehe die Möglichkeit, die Route "von hinten" zu fahren. Dies könnte jedoch insofern Komplikationen hervorrufen, da die Bezieher sich auf die Anlieferungszeiten hinsichtlich ihrer Anwesenheit oder dem Zeitpunkt des Frühstücks einstellen müßten und sie lieber in ihrem festen Tagesrhythmus bleiben möchten.

In ländlichen Bereichen, in denen die Essensbezieher weit auseinander wohnen und kein Essensanbieter in näherer Umgebung ist, können Umstände wie schlechte Witterungsbedingungen oder Straßenverhältnisse die Verteilungszeit extrem verlängern. Hier sind abgesehen von einer Forderung nach besser ausgebauten Verkehrswegen (es gibt auch teilweise unbefestigte Straßen zu einigen Beziehern) keine Einflußmöglichkeiten.

Die Verpackung, die eine möglichst gute Wärme- bzw. Kälteisolierung bieten sollte, muß umso besser sein, je länger die Wege und damit die Verteilungszeiten sind.

Die Anlieferung der Tiefkühlwaren, die in allen Fällen von Herstellern aus den alten Bundesländern bezogen werden, findet in speziellen Tiefkühlfahrzeugen statt. Die Angebotsformen sind von Hersteller zu Hersteller verschieden. Darunter sind Wochenkartons mit 7 Einzelportionen, die in dieser Form an die Senioren weiterverteilt werden. Die Tiefkühlspeisen können in Aluassietten oder alternativ dazu als einzelne Menükomponenten im Kochbeutel angeliefert werden. Es gibt auch Mehrportionspackungen, aus denen zur Aufbereitung je nach Bedarf unterschiedlich viele gefrorene Einzelportionsblöcke entnommen werden können.

Die warmen Mahlzeiten werden auf unterschiedliche Weise zu den Verbänden transportiert: Eine Möglichkeit ist die Anlieferung in Aluassietten für jeweils eine Person, von denen immer zwölf in einen isolierenden Hartschaumbehälter zum zusätzlichen Wärmeschutz gestapelt werden. In dieser Form verteilen die Verbände die Essen auch weiter direkt an die Bezieher.

Eine weitere Transportform ist die in größeren, faßähnlichen Thermobehältern mit mehreren Einsätzen, in denen mehrere Portionen in Schichten aufbewahrt transportiert werden können. In etwa drei Behältern finden je nach Gericht um die 60 Portionen Platz. Hier müssen die Einzelportionen entweder in Aluassietten bzw. wiederverwendbare Kunststoffassietten abgefüllt und in Hartschaum-Isolierbehältern ausgefahren oder in spezielle Thermobehälter gegeben werden. Diese besitzen eine Doppelwand, in deren Hohlraum zur Warmhaltung Heißwasser eingefüllt werden kann.

Für Eintöpfe steht alternativ zu den Assietten eine Art Henkelmann zur Verfügung. Vorteilhaft sind solche mit einer aus Styropor bestehenden Isolierschicht, die aber nicht immer in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen; somit muß auf ältere Modelle zurückgegriffen werden, die nur aus Metall bestehend rasch auskühlen und für Bezieher in der näheren Umgebung benutzt werden.

Hinsichtlich dieses Aspektes könnte durch eine bessere Ausstattung mit Transportverpackungen die Qualität verbessert werden.

Ein letzter kritischer Punkt, der den Transport betrifft, ist der Weg von der Entnahme der Assiette aus der Isolierbox bis in die Wohnung der Bezieher. Hier besteht kein weiterer Wärmeschutz, so daß gerade im Winter bei niedrigen Außentemperaturen und längeren Wegen der Wärmeverlust erheblich sein kann.



### **11.4.2 Zwischenlagerung**

Die Zwischenlagerung bedeutet eine zeitliche Verzögerung, innerhalb der sich die Qualität der Mahlzeiten durch verschiedenen Faktoren verändern könnte. Sie sollte deshalb zum einen möglichst kurz gehalten werden und zum anderen unter optimalen Bedingungen stattfinden.

Eine kurze Zeit der Zwischenlagerung kann durch sofortiges Portionieren nach Eintreffen der Speisen bzw. rasches Umpacken in die Verteilerfahrzeuge erreicht werden. Im Fall von Tiefkühlkost, die meist einmal in der Woche an die Verbände geliefert wird, gilt das "first-in - first-out" Prinzip, d.h. es muß auf das Datum geachtet werden, damit die bereits länger gelagerten Menüs zuerst aufgebraucht werden. Sammeln sich von den Mehrportionspackungen einzelne Portionen an, so werden von Zeit zu Zeit "Wahltage" veranstaltet, an denen die Essensteilnehmer sich unter den zur Verfügung stehenden Speisen ein Wunschmenü aussuchen können.

Die Lagerungsbedingungen müssen insofern optimiert werden, daß die Temperatur durch Wärmeschränke in einem bestimmten Bereich gehalten werden können bzw. durch geeignete Kühl- oder Gefrierschränke und -räume die Kühlkette nicht unterbrochen wird.

### **11.4.3 Umfüllen und Verpacken**

Diese Arbeitsschritte sind weitere mögliche Schwachpunkte, die im Verlauf der Transportkette Einfluß auf die Qualität nehmen können. Ein Aspekt ist der Wärmeverlust, der z.B. durch längeres Öffnen der Thermobehälter oder Einfüllen in kühle Behältnisse auftritt. Weiterhin kann durch ungeeignetes Küchengerät, mehrfaches oder manchmal hektisches Umfüllen unter Zeitdruck die Konsistenz und das Aussehen der Speisen verändert werden.

Ebenfalls zu betrachten ist der mikrobiologische Aspekt, der im folgenden Kapitel näher betrachtet wird.

## **11.5 Mikrobiologische Eigenschaften**

Die mikrobiologischen Eigenschaften werden beeinflußt durch den mikrobiologischen Zustand, die Frische der Ausgangsware und mögliche Infektionsquellen bei der Herstellung, die aus den in den vorhergehenden Kapiteln genannten Gründen hier nicht beurteilt werden können.

Kontrollen, in denen die hygienischen Verhältnisse der Küchen und der zubereiteten Speisen überprüft werden, finden in unregelmäßigen Abständen von seiten des Veterinärarnstes statt.

Im weiteren entscheidend ist die Häufigkeit, mit der die Mahlzeiten zum Beispiel beim Ab- und Umfüllen, Portionieren oder Verteilen mit Gebrauchsgegenständen oder Menschen als möglichen Keimträgern in Berührung kommen. Je häufiger der Kontakt und je weniger umfassend die hygienischen Maßnahmen sind, desto eher ist eine Besiedlung von Mikroorganismen möglich. Zu diesen Maßnahmen zählen die Reinigung (Art und Häufigkeit sind bestimmend), das Tragen von Schutzkleidung (z.B. Handschuhe während des Abfüllens) oder die Lagerung der Assietten (Ist ein Keimbefall aus der Luft möglich?).

Wichtig ist auch die Transport- und Lagerdauer und vor allem der Temperaturbereich, in dem diese Vorgänge stattfinden. Die Mehrzahl der für den menschlichen Organismus schädlichen Mikroorganismen wie Salmonellen, Fäulnisbakterien, Clostridien, Streptococcus aureus oder Schimmelpilze sind mesophil und haben somit ihr Temperaturoptimum, d.h. die höchste Wachstums- und Vermehrungsrate, im Bereich zwischen 10° und 50°C. Dies bedeutet, daß durch eine Warmhaltung in einem Bereich, in dem die Mikroorganismen nicht mehr abgetötet werden (ab 75-80°C), sondern ihre Vermehrung noch gefördert wird, die Gefahr von Lebensmittelvergiftung erheblich größer wird.

Im Rahmen der Studie sind über zwei Wochen Temperaturmessungen von ausgefahrenen Menüs durchgeführt worden. Es handelte sich dabei um Essen auf Rädern, das in großen Thermobehältern an die Arbeiterwohlfahrt angeliefert, dort in Ein-Portions-Kunststoffassietten umgefüllt und in Hartschaumboxen geschützt ausgeliefert worden sind. Die Kerntemperaturen von jeweils verschiedenen Menükomponenten wurden zu drei Zeitpunkten gemessen:

1. Zum Zeitpunkt des Portionierens.
2. Als die Hälfte der Essen verteilt war
3. Bei der Anlieferung an den letzten Teilnehmer.

Die Meßwerte sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Wochentag: Menü (gemessene Komponente fett gedruckt)	Temperaturen zum Zeitpunkt der Anlieferung an den..		
	Portio- nierung	..mittleren Bezieher	..letzten Bezieher
<u>Montag</u> : <b>Kartoffelsuppe</b> mit Würstchen	85°C	62°C	50°C
<u>Dienstag</u> : <b>ung. Gulasch</b> mit Nudeln, Gewürzgurke	80°C	50°C	40°C
<u>Mittwoch</u> : gebr. Fischfilet mit Dillsoße, <b>Kartoffeln</b>	87°C	52°C	46°C
<u>Donnerstag</u> : Schweinekammbraten- <b>Karottengemüse</b> , Kart.	90°C	62°C	50°C
<u>Freitag</u> : Bratklops mit <b>Blumen-</b> <b>kohl</b> , Kart., Quarkspeise	92°C	59°C	55°C
<u>Montag</u> : Hefeklöße mit <b>Fruchtsuppe</b>	75°C	55°C	49°C
<u>Dienstag</u> : <b>Spießbraten</b> mit Butterbohnen, Salzkart.	50°C	40°C	38°C
<u>Mittwoch</u> : Senfeier, <b>Kartoffeln</b> Frischkostsalat	94°C	66°C	50°C
<u>Donnerstag</u> : Paniertes Kotelett <b>Stampfkartoffeln</b>	78°C	55°C	49°C
<u>Freitag</u> : <b>Hühnerfrikassee</b> , Reis, Salatbeilage	82°C	52°C	45°C

Wie die Temperaturmessungen der ausgefahrenen Menüs im untersuchten Raum zeigen, liegen die Speisetemperaturen bei dem mittleren Teilnehmer einmal und bei dem letzten Essensbezieher neunmal innerhalb von zwei Wochen im kritischen Bereich von 10° bis 50°C.

Gerade ältere Menschen, deren Gesundheitszustand und Immunsystem oft nicht mehr stabil ist, könnten bei besonders langen Transportzeiten hierdurch gefährdet werden.

## 11.6 Stoffliche Zusammensetzung

Grundlage dieser Beurteilung der stofflichen Zusammensetzung sind zufällig herausgegriffene Speisepläne von tiefgekühlten und täglich warm zubereiteten Mittagsmenüs über einen Zeitraum von 14 Tagen. Von elementarer Wichtigkeit wäre die Kenntnis der Zutaten und ihrer Mengen, doch weder von den Verbänden, den z.T. privaten Küchen, noch von den Herstellern der Tiefkühlkost konnten Rezepturen zur Verfügung gestellt werden bzw. wird nicht nach feststehender Rezeptur gekocht. Deshalb kann nur eine Beschreibung durchgeführt werden, die auf den Hauptnährstoffangaben der Hersteller basiert. In einem Fall sind aufgrund von grob geschätzten Einkaufsmengen Überschlagsrechnungen von einigen Gerichten möglich.

Zur Betrachtung stehen Tiefkühlmenüs von drei verschiedenen Herstellern. Im Angebot stehen neben der Vollkost (zwei Verbände bieten täglich 3 verschiedene Vollkostmenüs zur Auswahl an, ein anderer Verband stellt ein Austauschmenü pro Woche) Diätformen wie Diabetikerkost, (leichte) Schonkost und fleischlose Menüs an (bei einem Verband findet man unter dieser Kostform jedoch überwiegend Süßspeisen, Fisch oder Gerichte, die eher als "fleischarm" zu bezeichnen sind). Ein Tiefkühlkosthersteller hat zusätzlich natriumverminderte, cholesterinarme und pürierte Kost im Programm.

Die warmen Speisen werden von insgesamt vier Küchen geliefert. In allen Fällen steht täglich ein Menü zur Verfügung. Diäten werden nicht gekocht, da sich eine Extra-Zubereitung bei der geringen Nachfrage nicht lohnt. Davon befinden sich zwei in Lübz, eine in Hagenow und eine in Schwerin, die in der Betrachtung von Speiseplänen allerdings keine Berücksichtigung finden kann, da kein Plan vorlag.

Die Menüs bestehen meist aus drei Komponenten: Fleisch, Kartoffeln oder ein Produkt daraus und Gemüse. Nudeln und Reis gibt es aufgrund der Berücksichtigung von Seniorenwünschen seltener.

Eintopf, meist mit Fleischeinlage, gibt es in allen Speiseplänen durchschnittlich einmal in der Woche.

Fisch gibt es bei keinem Anbieter häufiger als ca. alle zwei Wochen. Das Caterer Unternehmen in Lübz plant etwa einmal die Woche ein Fischgericht ein. Auch Eiergerichte werden weniger angeboten. Ein Grund dafür, daß Tiefkühlunternehmen dies nicht können, ist die Tatsache, daß gekochte Eier zum Einfrieren ungeeignet sind. Die Hersteller von warmem Essen bieten etwa einmal in zwei Wochen ein solches Gericht an. Ähnlich sieht es bei Süßspeisen aus. Auch diese Kategorie von Hauptspeise erscheint etwa alle 14 Tage auf dem

Speisenplan. Einen fleischlosen Tag, abgesehen von den Süßspeisen und teilweise fleischlosen Eiergerichten gibt es relativ selten. Von den täglich kochenden Küchen bietet eine Firma innerhalb eines Monat ein weiteres fleischfreies Gericht, die Firma in Hagenow und das Caterer-Unternehmen in Lübz etwa einmal im Monat fleischlos an.

Unter diesen Aspekten sind die Tiefkühlmenüs schwer zu betrachten, weil überwiegend Wahlmöglichkeiten von seiten der Bezieher bestehen.

Bei der Betrachtung des Angebotes von Beilagen und Desserts fällt auf, daß die ortsansässigen Küchen - aus nachvollziehbaren Gründen - häufiger diese Menükomponenten anbieten können. Sowohl in Lübz als auch in Hagenow gibt es mehr als jeden zweiten Tag ein Dessert und ca. jeden dritten bis vierten Tag (mit Ausnahme einer Firma in Lübz) eine Beilage wie Salat oder sauer eingelegtes Gemüse. Salate oder Nachspeisen in tiefgekühlter Form anzubieten, ist schwer möglich. In diesem Fall wäre es günstig, wenn die Verbände die Ergänzung des Speisenplans mit frischen Salaten und Desserts übernehmen könnten.

Ein Wechsel des Speisenplans erfolgt unterschiedlich oft: Alle sechs Wochen bis alle drei Monate, wobei sich alle Hersteller weitgehend an den Lebensmitteln der Saison orientieren. Bei den Tiefkühlmenüs ist es so, daß die Verbände aus einem breiten (Sommer- und Winter-) Programm einen Speisenplan nach den Gewohnheiten und Wünschen der Essensbezieher zusammenstellen und diesen wiederum als eine Auswahl anbieten.

Die Nährstoffzusammensetzung der Tiefkühlmenüs ist schwierig einzuschätzen, da nicht bekannt ist, welche Kombinationen am häufigsten gewählt werden.

Bei der Berechnung von drei Mahlzeiten (Nudeleintopf und Pudding, Gemüseeeier und Schokopudding, ein Fleischgericht und Mandarinen) aus der Küche in Schwerin auf der Basis von grob angegebenen Einkaufsmengen, hat sich ein Kaloriengehalt zwischen ca. 690 und 980 kcal ergeben (durchschnittlich 840 kcal). Das prozentuale Verhältnis von Eiweiß / Fett / Kohlenhydraten sieht im Durchschnitt wie folgt aus: 19,2 % / 22,7 % / 58,1 %.

Es stellt sich die Frage, ob auf eine speziell seniorengerechte Kost Wert gelegt wird. Ein Tiefkühlunternehmen ist aus der Idee heraus gegründet worden, tiefgekühlte Speisen für Essen auf Rädern herzustellen<sup>48</sup> und deshalb auf altersgerechte Kost eingestellt. Ein anderes Unternehmen bietet ebenfalls ein Menüprogramm speziell für Senioren an.

---

<sup>48</sup>Kuratorium Deutsche Altershilfe; (1993): ...und rollt und rollt und rollt, GV-Praxis.

Die Warmessen-Lieferanten stellen sich insofern auf Senioren ein, daß sie Rückkopplungen von Essensbeziehern wahrnehmen und beispielsweise Reis ("er bleibt eher an Zahnprothesen haften") stärker aus dem Programm nehmen oder häufiger weiches Fleisch, Frikassee, Gulasch und Hackgerichte anbieten.

Eine unangekündigte Kontrolle des Veterinäramtes in den Küchen ist auch verbunden mit einer Untersuchung der Nährstoffverhältnisse. Es werden Kalorien, das Verhältnis: Eiweiß, Fett, Kohlenhydrate sowie Mineralstoffrelationen (K/Na) und Vitamingehalte berechnet. Diese werden ausgewertet und mit Verbesserungsvorschlägen an die Küchen gesendet.

In der Zeit vor der Wende wurden die älteren Menschen, wie im vorhergehenden Kapitel erwähnt, von Betriebs-, LPG- und Schul- oder Krippenküchen mitversorgt. Gerade in den letzten beiden Fällen standen die Kinder im Vordergrund. Die Richtlinien der Kinderernährung galten durch das Kochen für beide Gruppen in einer Küche also auch indirekt für die Senioren (sie bekamen die doppelte Portion).

Verändert hat sich vor allem das Lebensmittelangebot: Im Winter gibt es nun mehrere Obstsorten, während es zu DDR-Zeiten überwiegend Äpfel gab. Auch das Gemüseangebot ist wesentlich vielfältiger geworden. In Ausnahmefällen haben Küchenmitarbeiter früher Produkte aus ihrem eigenen Garten zur Verfügung gestellt, um besser mit Gemüse und Kräutern versorgt zu sein.

Auf die Frage nach der Veränderung des Fleischkonsums wurde z.B. geantwortet, daß man nach der Wende "nicht mehr so sehr damit geizen" müsse.

## **12. Gesamtsituation der älteren Menschen aus ernährungsphysiologischer Sicht**

Die Ernährungssituation der älteren Menschen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst:

Auf der einen Seite spielen die Angebotsformen von Dienstleistungen eine Rolle. Ob ein in gut erreichbarer Nähe gelegener Stationärer Mittagstisch genutzt werden kann oder ob es sich eher anbietet, das "Essen auf Rädern" ins Haus bringen zu lassen, hängt ebenso von den örtlichen Gegebenheiten ab wie die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Menüs oder sogar speziellen Diätformen wählen zu können.

Ein weitere Faktor ist das individuelle Ernährungsverhalten. Es wird bestimmt durch die Gewohnheiten, die Vorlieben und Abneigungen, die sich im Laufe eines Lebens - beeinflusst durch verschiedene Erfahrungen und Erlebnisse wie Krankheiten oder Krieg - gebildet haben. Außerdem spielen derzeitige Lebensumstände wie Wohnsituation oder körperliche Konstitution eine Rolle. Entscheidend wirkt auch die Einstellung zum Essen und das Interesse an Ernährung auf das individuelle Ernährungsverhalten ein.

Mitbestimmend für die Ernährungssituation eines älteren Menschen ist nicht nur die Zufuhr, sondern auch die Höhe seines persönlichen Bedarfes an bestimmten Nährstoffen.

Durch Befragung der Bezieher von "Essen auf Rädern" bzw. Teilnehmern des Stationären Mittagstisches mittels eines Fragebogens wurde untersucht, inwieweit die Versorgung mit essentiellen Lebensmittelinhaltsstoffen gedeckt ist. Hier können Tendenzen aufgezeigt werden, indem nach möglichen Ergänzungen zur Mittagsmahlzeit sowie nach den Ernährungsgewohnheiten und der Lebensmittelauswahl bei den übrigen Mahlzeiten gefragt wird. Eine Frage nach der Verzehrshäufigkeit von Produkten verschiedener Qualitätsstufen aus fünf verschiedenen Lebensmittelgruppen soll die Versorgung von Nahrungsmitteln mit einer hohen Nährstoffdichte aufzeigen.

### **12.1 Mittagsmahlzeiten**

#### **12.1.1. Ergänzungen zu den Mittagsmahlzeiten**

Nachdem im vorhergehenden Kapitel auf die Qualität der angebotenen Mittagsmahlzeiten eingegangen worden ist, soll in diesem Kapitel weiterführend betrachtet werden, ob und inwieweit die zu Hause eingenommenen Speisen noch verändert werden, um die letztendlich gesamte Mittagsmahlzeit zu erfassen. Hier ergab die Auswertung der Fragebögen, daß 71,9 % grundsätzlich die Mahlzeit unverändert essen. 28,1 % würzen nach, vor allem mit Salz (15,4 %), mit Maggi (9,2 %) oder anderen Mitteln zur Geschmacksanreicherung wie Brühwürfeln,

Pfeffer und Zitrone. Salat wird mit Zucker abgeschmeckt und zur allgemeinen Geschmacksabrundung wird Butter bzw. Fett zugesetzt (9,2 %). Auch heißes Wasser wird zugefügt.

Mit Beilagen ergänzen sich 43,3 % sehr selten, 23,3 % manchmal und 30,3 % sehr häufig ihr Essen.

Direkt zur Hauptspeise bereiten sich einige Salat zu (9,3 %) oder essen eingelegtes Gemüse wie saure Gurken, Kürbis und Rote Bete (6,1 %) dazu.

Die Hälfte der Befragten trinkt etwas zu der Mahlzeit: In den meisten Fällen werden Säfte (18,5 %) oder Mineralwasser (12,3 %) getrunken; auch Milch, Kakao, Tee und alkoholfreies Bier werden genannt.

Abschließend wird von 15,3 % Obst, Kompott, Pudding, etwas aus der Konserve oder anderer, nicht genau benannter Nachtisch gegessen oder eine Tasse Kaffee getrunken.

### **12.1.2. Quantitativer Verzehr**

Eine weitere Frage ist, ob die Mahlzeiten vollständig verzehrt werden und falls nicht, welche Komponenten übrig bleiben.

Mit der Portionsgröße insgesamt sind 84,3 % zufrieden, 9,4 % empfinden die Mengen als zu gering und 6,3 % als zu groß.

Hierbei sollte erwähnt werden, daß einige Essensbezieher eine zu große Menge bewußt einplanen, indem sie sich zum Beispiel als Ehepaar ein Menü teilen, einige sich nur jeden zweiten Tag ein Gericht bestellen oder der Wohlfahrtsverband in einigen Fällen die Portionen am Freitag etwas größer ausfallen läßt, so daß eine Versorgung an zwei Tagen möglich ist.

Betrachtet man die einzelnen Komponenten, fällt auf, daß größere Mengen an Dessert (22,6 %), Salaten und Rohkost (17,9 %), Suppen (14,3 %), Fisch (12,9 %), Gemüse (9,4 %) gewünscht werden. Auf der anderen Seite liegen die Wünsche nach kleineren Portionen bei Fleisch (18,8 %) gegenüber 9,4 %, die denken, diese Fleischportion wäre zu klein.

Wenn die Mengen als zu groß empfunden werden und die Mahlzeit nicht ganz aufgegessen wird, sind nach der Befragung die Suppen und die Salate bzw. die Rohkost nie davon betroffen. Nur 3,1 % lassen ihr Dessert stehen, 6,3 % ihren Fisch, 9,4 % das Fleisch, 12,5 % das



Gemüse und die Mehrzahl (37.5 %) läßt die Nahrungsmittel wie Kartoffeln und Nudeln übrig. Letztere werden teilweise abends, z.B. in Form von Bratkartoffeln, weiterverwertet.

Hier kann man erkennen, daß Salate und Rohkost einen wichtigen Stellenwert haben und teilweise in größeren Mengen erwünscht wären. Es ist dabei aber auch anzumerken, daß manchmal überhaupt keine Salate angeboten werden, weil zum Beispiel bei einer reinen Versorgung mit Tiefkühlkost dies aus technischen Gründen gar nicht möglich ist.

Eine aus ernährungsphysiologischer Sicht ebenfalls positive Haltung ist die tendenzielle Einstellung zur Fleischmenge und der Wunsch nach mehr Fisch bzw. die Tatsache, daß Fisch eher aufgegessen wird als Fleisch.

Die Tatsache, daß eher die Nahrungsmittel Kartoffeln und Nudeln im Falle der Sättigung liegen gelassen werden, mag sicherlich mit der Einstellung zu dem Wert des Fleisches zusammenhängen: Fleisch ist zum einen teurer und stand sicherlich im Laufe des Lebens der älteren Menschen nicht in dem Maße zur Verfügung wie die Nahrungsmittel. Es können aber auch, wie oben erwähnt, die Nahrungsmittel zu einem späteren Zeitpunkt gegessen werden.

Das Dessert hat in der untersuchten Gruppe eine große Wichtigkeit, wie auch aus den Gesprächen mit den Verbänden und Mitarbeitern der Küchen immer wieder hervorgegangen ist. Für viele Bezieher hat das Dessert eine belohnende Funktion. Es stellt den angenehmen Teil der Mahlzeit dar und hat somit gerade in Anbetracht der Appetitlosigkeit, wie sie bei älteren Menschen oft beschrieben wird, eine motivierende Funktion.

Daß das Essen überhaupt nicht eingenommen wird, kommt bei 90 % sehr selten, bei 6,7 % einmal im Monat und nur bei 3,3 % einmal wöchentlich vor. Der Grund ist entweder, daß die Mahlzeit nicht in Ordnung ist, das Essen also nicht vertragen bzw. absolut nicht gemocht wird, ein Krankheitsfall vorliegt oder diejenigen abwesend sind.

Es kann also davon ausgegangen werden, daß die Mittagsmahlzeiten zum größten Teil mit allen Komponenten aufgenommen werden, auch wenn dies in manchen Fällen über den Tag verteilt geschieht. Im letzteren Fall stellt sich natürlich die Frage nach dem Erhalt der wichtigen Nährstoffe, besonders der Vitamine.

## 12.2. Versorgung am Wochenende

Die Versorgung mit einer Mittagsmahlzeit auch am Wochenende besteht für Bezieher von Tiefkühlwochenkartons, einige Essensteilnehmer von Wohlfahrtsverbänden, die auch samstags und sonntags warmes Essen liefern, sowie für Bewohner von Altenheimen.

28,1 % der Befragten tauen sich Tiefkühlkost auf. Von denjenigen, die am Wochenende auf eine selbständige Versorgung angewiesen sind, verzichtet kaum jemand auf eine Mittagsmahlzeit. Mehr als die Hälfte (56,3 %) bereiten sich selbst ein Essen zu, wobei 15,3 % sich eines handelsüblichen Fertiggerichtes bedienen, 15,3 % sich Reste aufwärmen bzw. sich am Freitag mehr Essen bestellt haben oder andere Dinge wie Joghurt, Reisbecher oder "frische Nahrung" als Verpflegung am Wochenende angeben. Wenige (ca.3 %) gehen essen. 18,8 % werden durch andere Personen wie Kinder, weitere Verwandte oder Nachbarn versorgt und etwa 31,3 % werden zum Essen eingeladen.

## 12.3 Versorgung außerhalb der Mittagsmahlzeiten

Nach Betrachtung der Hauptmahlzeit, dem Mittagessen, soll nun erfaßt werden, wie es um die Versorgung mit den weiteren Mahlzeiten steht.

87,5 % der Befragten bereiten sich selbständig ihre Mahlzeiten zu. In 15,6 % der Fälle kommt es aber auch vor, daß andere dieses für sie erledigen, wie z.B. die Kinder oder andere Verwandte.

### 12.3.1. Qualität der Mahlzeiten

Wie im vorhergehenden Kapitel erwähnt, ist eine vermehrte Zufuhr von Lebensmitteln mit hoher Nährstoffdichte besonders wichtig. Um einen Eindruck von den Ernährungsgewohnheiten der älteren Menschen im untersuchten Raum zu bekommen, wird mit Frage 27 aus dem Fragebogenabschnitt A nach der Verzehrhäufigkeit von bestimmten Lebensmittelgruppen gefragt, die charakteristisch für eine hohe Nährstoffdichte sind (wie z.B. Obst, Gemüse, Milch und Milchprodukte sowie Vollkornprodukten).

**Obst und Gemüse:** Zu dieser Lebensmittelgruppe geben 84,4 % an, mindestens mehrmals in der Woche frisches Obst zu essen, 68,8 % sogar täglich. Auch Obstsaft wird von 43,8 % täglich, von 18,8 % mehrmals pro Woche getrunken. 96,9 % essen häufig gekochtes Gemüse, davon 28,1 % jeden Tag und auch Kartoffeln werden von 96,9 % häufig (56,3 % essen sie täglich) verzehrt. Betrachtet man die qualitative Versorgung entsprechend den Kriterien der

DGE, so ergibt sich für 82,9 % der Befragten eine gute Versorgung mit Obst und für 94,3 % eine gute Versorgung mit Kartoffeln und Gemüse.

**Milch und Milchprodukte:** Aus dieser Gruppe, die einen relativ hohen Anteil an essentiellen Aminosäuren, Vitaminen, Mineralstoffen, vor allem Kalium, Calcium und Phosphor aufweist, sind Milch (46,9 %) und Käse (43,8 %) die am häufigsten täglich verzehrten Produkte. Aber auch Quark und Joghurt stehen bei 59,4 % bzw. 62,5 % der Befragten mehrmals pro Woche auf dem Speisezettel. Wenn man davon ausgeht, daß eine gute Versorgung mit Milchprodukten dann gewährleistet ist, wenn mindestens eines der Milchprodukte täglich und zusätzlich ein weiteres Item oft angegeben wird oder wenn mindestens drei der erfragten Produkte mehrmals die Woche verzehrt wird, so trifft diese gute Versorgung auf 77,1 % zu. Bei 17,1 % liegt eine ausreichende und bei 5,7 % eine schlechte Versorgung vor.

**Brot und Vollkornprodukte:** Die Befragung zeigt, daß vollwertige Getreideprodukte mit höherem Ausmahlungsgrad (also einem höheren Gehalt an Eiweiß, Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen) wie Vollkornbrot von 96,6 % mehrmals wöchentlich (65,6 % täglich) konsumiert, Haferflocken und Müsli jedoch nur von insgesamt 22,6 % häufiger (9,7 % täglich) gegessen werden. Ein Viertel der Befragten gibt an, nie oder selten Vollkornbrot zu essen und gut die Hälfte ißt nie oder selten Haferflocken bzw. Müsli. Hieraus ergibt sich für 68,6 % eine gute, für 5,7 % eine ausreichende und für 25,7 % eher eine schlechte Versorgung mit hochwertigem Getreide.

**Fleisch und Wurst:** Die Häufigkeitsangaben in diesem Bereich lassen nur wenig Rückschluß auf den Nährstoffgehalt zu, da z.B. die Kategorien "Wurst" und "anderes Fleisch" eine große Spanne von Inhaltsstoffen zulassen. Auffällig ist hier, daß Wurst von 67,7 % mehrmals in der Woche (von 41,9 % sogar täglich) verzehrt wird. Insgesamt ist der Fleischverzehr eher mit häufig zu bezeichnen, wobei der überwiegende Teil (62,5 %) Geflügel nur gelegentlich, definiert als mehrmals im Monat, aber auch 37,5 % mehrmals die Woche ißt. Ähnlich verhält es sich mit dem Fischkonsum.

Diese Erhebung der Häufigkeit des Verzehrs von charakteristischen Lebensmitteln ist mehr eine qualitative Methode zur Erfassung der Eßgewohnheiten.

Da die ältere Bevölkerung als recht konstant bezüglich ihrer Ernährungsgewohnheiten anzusehen ist, kann weiterhin ein 24-Stunden-Protokoll eines "durchschnittlichen Tages" als Instrument zur Erhebung der quantitativen Nährstoffzufuhr herangezogen werden.

### 12.3.2 Das Frühstück

Zum Frühstück trinken fast alle Kaffee oder Tee. Überwiegend wird in dieser Region Kaffee getrunken, worunter auch Schon- oder koffeinfreier Kaffee fallen. Zum Tee zählen sowohl schwarzer Tee als auch Kräutertees wie z. B. Brennesseltee. Weiterhin wird auch Malzkaffee getrunken (ca. 9,2 %) oder Milch und Kakao. Die Menge wird nur grob in Anzahl von Tassen ausgedrückt und bewegt sich zwischen einer (34,4 %) und zwei Tassen (65,6 %).

Die gegessene Menge Brot wird in Scheiben angegeben, so daß auch hier keine exakte Menge erfaßt werden kann. Sie liegt bei durchschnittlich 1,8 Scheiben. Als Auflage wird an erster Stelle Marmelade (78 %), u.a. Diätmarmelade (6 %) genannt, weiterhin Honig (33,2 %), Nuß-Nougat-Creme oder andere süße Aufstriche wie Pflaumenmus. Aber auch nicht-süßer Aufstrich wie Quark (12 %), Käse (9 %), Wurst (12 %) oder Schinken (6 %) dienen neben Tomaten (6 %) oder nur Butter oder Margarine als Brotbelag. Eier essen etwa 12,3 % jeden bzw. jeden zweiten (3 %) Morgen. Als weitere Lebensmittel werden Müsli (3 %), Obst (9 %), Milchsuppe oder Brühe (6 %) sowie manchmal Kuchen oder auch Würstchen genannt.

### 12.3.3 Das Abendessen

Das Abendessen besteht, was die Getränke angeht, meist aus Tee (54,6 %), darunter auch Kräuter- und Fruchtttees, aber auch Mineralwasser (12 %) und Kaffee (3 %) werden getrunken. An kalorienhaltigen Getränken werden Säfte (15,2 %) und Milch (24,2 %), Kakao oder Buttermilch getrunken. Seltener sind Hühnerbrühe, Bier oder warmer Rotwein mit Zucker. Die Mengen liegen hier niedriger als beim Frühstück mit durchschnittlich 1,3 Tassen.

Durchschnittlich verzehren die Befragten 1,7 Scheiben Brot, die oft (75 %) mit unterschiedlicher Wurst, Schinken (15 %), Fleisch (3 %) oder Käse (75 %) belegt werden. 12 % belegen ihr Brot gerne ausschließlich mit Fleischprodukten, 18,3 % dagegen lieber ohne diese. 15,2 % essen gerne Quark, 9,1 % Fisch oder Ei mit ihrem Brot. Marmelade (6 %) dient ebenso selten als Brotbelag wie Salat, Tomaten und grüne Gurken. Letztere werden neben Hering (6 %), Radieschen, Sellerie-, Geflügel- oder Krabbensalaten als weitere Beigaben von ca. 12 % am Abend verzehrt. 9 % essen auch Obst.

Neben einer Brotmahlzeit gibt es auch Brühe, Milchsuppe, Haferflocken oder Reste vom Mittagessen bzw. Bratkartoffeln von übriggebliebenen Kartoffeln (jeweils 3%).

#### **12.3.4. Die Zwischenmahlzeiten**

Auf die Frage nach Zwischenmahlzeiten haben 34,4 % angegeben, ein zweites Frühstück einzunehmen: 1 Scheibe Brot, ein Stück Obst oder ein Glas (Butter-) Milch verzehren diese Senioren.

Eine Zwischenmahlzeit am Nachmittag ist häufiger (78,1 %), jedoch nicht immer regelmäßig (18,3 %). Hier stehen Kuchen oder Kleingebäck (30,4 %) an erster Stelle. (Knäcke-) Brot, Brötchen, Zwieback oder ein Stück Obst (jeweils 6 %) dienen weiterhin als Zwischenmahlzeit.

Am Abend nehmen 43,8 % noch einen kleinen Imbiss ein, der aus einem Stück Obst (24,5 %), Apfelmus, Joghurt, einer Schnitte oder in einer kleinen Menge Süßigkeit besteht (jeweils 3 %). Außerdem trinken einige Milch oder Getränke wie (Kräuter-) Tee, Kaffee, Mineralwasser oder Säfte. Alkoholische Getränke wie Bier, Rotwein, Schnaps, Weinbrand, Cognac und andere "Schlummertrunks" konsumieren etwa 17 %.

Bei der Frage nach Zwischenmahlzeiten war auffällig, daß viele von denen, die mit einem "ja" antworten, Diabetiker sind und diese von ihrem Arzt einhalten müssen.

#### **12.3.5 Die Flüssigkeitszufuhr**

Die Flüssigkeitszufuhr ist schwierig einzuschätzen, da die Getränke nur bei der Frühstücks- und Abendmahlzeit in Tassen angegeben wurde (im Schnitt 3 Tassen, das entspricht in etwa 400 ml) und ein weiterer Getränkekonsum nicht quantitativ angegeben wurde.

Insgesamt läßt sich abschätzen, daß die wünschenswerte Zufuhr von etwa zwei Litern nur von sehr wenigen der Befragten eingehalten werden kann.

#### **12.4 Essenszeiten**

Betrachtet man die Essenszeiten, zeigt sich, daß eine für die ältere Generation typische strikte Einhaltung von festen Zeiten auch für die befragten Personen zutrifft: 93,8 % können auf eine Stunde genau die Zeit der Mahlzeiten angeben, die beim Frühstück meist zwischen 8 und 9 Uhr, beim Abendbrot zwischen 18 und 19 Uhr liegen.

## **12.5 Zusatzpräparate**

Als zusätzliche Quellen von Nährstoffen können spezielle Ergänzungs- oder angereicherte Produkte beitragen, die jedoch 62 % nie, 12,5 % manchmal und nur 18,8 % immer einnehmen. Hierunter fallen lediglich Multivitaminsäfte (6 %), jodiertes Speisesalz (12,2 %), Vitamintabletten und Magnesiumpräparate (je 3 %), so daß diese mögliche Nährstoffquelle für die untersuchte Gruppe eher im Hintergrund steht.

## **12.6 Nahrungspräferenzen und -abneigungen**

Wie sowohl aus den Fragebögen als auch aus Gesprächen mit Mitarbeitern der Wohlfahrtsverbände hervorgegangen ist, liegen die Präferenzen für bestimmte Lebensmittel oder Gerichte der untersuchten Gruppe vor allem bei Kartoffeln und einer ausreichenden Menge an Soße. Auch der Nachtisch spielt eine wichtige Rolle, den sich 18,2 % öfter wünschen. Knapp ein Viertel der Befragten würden sich mehr Gemüse und auch einmal andere Gemüsearten wünschen. Auch Salate und Rohkost würden 12 % häufiger auf den Speiseplan setzen, ebenso wie Eintopf (18,2 %), Fisch oder Fischstäbchen (9,1 %) und Gulasch und anderes weiches Fleisch (15 %). Etwa 15 % würden auch gerne häufiger süße Gerichte wie Kartoffelpuffer oder Pfannkuchen essen.

Auf der anderen Seite wünschen sich 9 % Nudeln seltener auf dem Speiseplan. Folgende Speisen werden auch seltener auf dem Speiseplan gewünscht: Panade wegen des Geschmacks, Fisch wegen der Gräten, Hühnerfrikassee wegen der Zähigkeit, Würstchen, weil sie in der Mikrowelle platzen oder auch Hülsenfrüchte (21 %), wenn sie ebenso wie Kohlsorten (12 %) oder gebratenes Fleisch (6 %) nicht vertragen werden. Bei Unverträglichkeit der letzten drei Beispiele könnte jedoch eine Schonkost Abhilfe schaffen.

Ebenso unerwünscht sind "neumodische Gewürze und Gerichte" oder ungewohnte Zusammenstellungen wie Fisch mit Spinat und Rouladen mit Nudeln, es sollte lieber Küche nach Mecklenburger Art geben (18 %).

## 12.7 Einstellung zur Ernährung

21,9 % der Befragten sehen die Art der Ernährung als wichtig, 53,1 % sogar als sehr wichtig für die Gesundheit an, aber nur 6,3 % würden sich gern bzw. sehr gern gesundheitsbewußter ernähren.

Auf die Frage, was nach ihrer Meinung zu einem gesunden Essen dazugehört und was nicht, zeigt sich, daß etwas mehr als 90 % der Antwortenden richtigerweise zu bevorzugende Lebensmittel nennen und auch auf ein vernünftiges Eßverhalten hinweisen bzw. zu meidende Lebensmittel als ungesund einstufen. In letztere Gruppe fallen allerdings auch zum Teil blähende Speisen, die nur bei individuellen Unverträglichkeiten zu meiden sind.

78,1 % der Befragten wissen in der Regel sehr häufig, welche Speisen sie in den nächsten Tagen bekommen und 84,4 % wünschen sich auch, im voraus den Speisenplan zu kennen, nur 6,3 % lassen sich lieber überraschen.

# *Schlußfolgerungen*



### **13. Konzepte und Handlungsvorschläge**

Entscheidende Erkenntnis des Projektes ist die Feststellung, daß grundsätzlich andere Bedingungen in den Neuen Bundesländern vorliegen als erwartet. Im Gegensatz zu der Annahme, daß sich in den Untersuchungsregionen aufgrund der Neustrukturierung bedingt durch den Vereinigungsprozeß eine in hohem Maße günstige Möglichkeit besteht, neue Organisationsstrukturen und Modelle zu etablieren, erweist sich, daß hier eine Korrektur der Beurteilung der Ausgangslage vorgenommen werden muß. So stellen sich die Grundsatzbedingungen im Kontext mit sozialpolitischen Verhältnissen in der ehemaligen DDR als für dieses Projekt sehr bedeutsam heraus. Es ist davon auszugehen, daß geprägt durch das Verständnis der Bürger von sozialen Diensten und der Selbstverständlichkeit der Inanspruchnahme, andere Voraussetzungen für Modellentwicklungen vorliegen, als dies in dem Projekt "Essen auf Rädern" im Landkreis Wesermarsch der Fall war. In der weiteren Beurteilung der Tragfähigkeit von Konzepten muß diese auf Basis der vorliegenden Situation erfolgen. So erweist sich das Konzept der Außer-Haus-Verpflegung, wie es in den Neuen Bundesländern gehandhabt wird, als den Bedürfnissen der älteren Menschen angepaßter, vor allem im Hinblick auf den jeweiligen Grad der notwendigen Hilfe in Abstimmung mit dem bestmöglichen Erhalt von Kompetenzen. Hier wird auf die Bedeutung des Stationären Mittagstisches als Indikator für strukturelle Unterschiede des Systems der Essensversorgung hingewiesen.

#### **13.1 Gesundheitsförderung für ältere Menschen**

Ausgangspunkt für die Konzeptentwicklung stellt das Konzept der Gesundheitsförderung dar. Das Ziel der Gesundheitsförderung ist es, Grundbedingungen zu schaffen, die alle Menschen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Das Konzept basiert auf fünf miteinander korrespondierenden Ebenen: der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Politik, der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, der Entwicklung individueller Kompetenzen, der Neuorientierung von Gesundheitsdiensten und der Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen. Als wesentliches Element des Gesundheitsförderungs-Konzeptes gilt die grundlegende Neuorientierung der institutionellen Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen und eine Umorientierung der professionellen Hilfeleistungen und Unterstützungen.<sup>49</sup> Auf Grundlage der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)<sup>50</sup> sollen zwei Schwerpunkte in die Handlungsvorschläge einfließen. Zum einen die

<sup>49</sup>Niedersächsische Kommission zur Gesundheitsförderung; (1992): "Arbeitsprogramm Gesundheit 2000"

<sup>50</sup>WHO (1986): Ottawa-Charta

Entwicklung individueller Kompetenzen, zum anderen die Neuorientierung von Gesundheitsdiensten. Beide Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung erscheinen im Hinblick auf die vorliegenden Bedingungen als sinnvoll und realisierbar und im Sinne innovativer Konzepte als naheliegend.

### **13.2 Maßnahmen zur Entwicklung individueller Kompetenzen**

Eine Zielsetzung der Gesundheitsförderung im Bereich der Entwicklung individueller Kompetenzen soll es sein, das Wachstum sozialer Fähigkeiten zu unterstützen. Es soll Menschen ermöglicht werden, mehr Einfluß auf ihre Gesundheit und ihre Lebenswelt zu nehmen, sodaß sie in der Lage sind, Veränderungen in ihrem Lebensalltag vorzunehmen, die ihrer gesundheitlichen Situation zuträglich sind. Eingeschlossen sind hier die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Entscheidender Ansatzpunkt ist es dabei, "Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können."<sup>51</sup>

Auf Basis dieses Konzeptes sollen hier einige Maßnahmen dargestellt werden, die es ermöglichen, ältere Menschen im Kontext von Außer-Haus-Verpflegung zu mehr Gesundheitsförderung im Rahmen der Entwicklung individueller Fähigkeiten zu verhelfen.

#### **13.2.1 Initiierung von Fahrdiensten**

Die Einschränkung der Mobilität älterer Menschen, wie sie nach der Wende zu beobachten war, indem ältere Bürger aus Angst vor Kriminalität ihren Aktionsradius deutlich einschränkten, gilt es entgegenzuwirken, um es nicht als Konsequenz der Vereinigung zu einem zunehmenden Maß von sozialer Isolierung und dem Verlust sozialer Kontakte und somit sozialer Kompetenzen kommen zu lassen. Besonders verschärfend wirkt in dieser Situation das Zusammenwirken mit chronischen Beeinträchtigungen, mit denen ältere Menschen in zunehmendem Maße umgehen müssen.

Besonders im Bereich der Nutzung der Stationären Mittagstische kann es durch diese Einschränkung der Mobilität im Zusammenhang mit der Reduzierung von Angeboten zu einer deutlich schlechteren Versorgungssituation kommen, die letztlich den Verlust individueller Kompetenzen zur Folge haben kann.

---

<sup>51</sup>Trojan, A. / Stumm, B.; (1992): "Gesundheit fördern statt kontrollieren"; Frankfurt a. M.

Grundlegende Voraussetzung für ein konstruktives Eingreifen in sozialpolitische Prozesse in den Neuen Bundesländern ist die Etablierung von Fahrdiensten. Angesichts der Auflösung dezentraler Stationärer Mittagstische erscheint hier die Installation eines Netzes von Fahrdiensten als sinnvolle Möglichkeit, um bestehende soziale Unterstützungssysteme wie die noch vorhandenen Stationären Mittagstische optimal zu nutzen. Auf diese Art und Weise kann einer spezifischen negativen Erscheinung des Vereinigungsprozesses entgegengewirkt werden und verhindert werden, daß die Einschränkung der Mobilität zu einem Aspekt wird, durch den Kompetenzen verloren gehen und der so zu einem Aspekt mit gesundheitlich destruktiver Wirkung wird.

### **13.2.2 Förderung bestehender Strukturen**

Wie schon im Verlaufe des Berichtes deutlich wurde, hatte der Stationäre Mittagstisch in der DDR eine sehr lange Tradition. Die Neuen Bundesländer sind somit in der glücklichen Position, einen solchen Dienst nicht etablieren zu müssen, da er nicht nur schon lange große Akzeptanz findet, sondern sogar ein wesentlicher Bestandteil der Außer-Haus-Verpflegung älterer Menschen in den Neuen Bundesländern ist und für die Teilnehmer eine selbstverständliche Möglichkeit der Verpflegung darstellt. Durch die Möglichkeit der Teilnahme an den noch bestehenden, allerdings schon reduzierten Stationären Mittagstischen wird somit die Förderung und der Erhalt von gesundheitsförderlichen Kompetenzen im besonderen durch die sozialen Kontakte sehr unterstützt. Die Stationären Mittagstische, die in der Regel in den Räumlichkeiten von Seniorenklubs oder ähnlichen Einrichtungen untergebracht und dort auch integriert sind, bieten so die Gelegenheit auch an weiteren Aktivitäten teilzunehmen und die sozialen Kontakte zu sichern. Gerade im Vergleich zu dem Projekt im Landkreis Wesermarsch findet sich hier eine Struktur, die es zu unterstützen gilt, da sie in ihrer Ausprägung den Alten Bundesländern voraus ist. So ist die Akzeptanz für Stationäre Mittagstische allgemein gegeben. Es ist also dringend angebracht, diese bereits vorliegende Strukturen zu nutzen und das Konzept des Stationären Mittagstisches zu revitalisieren. Als zunächst dringlichstes Problem erscheint es, den Status-Quo der derzeitigen Versorgung zu halten, indem Räumlichkeiten wie Seniorenklubs erhalten bleiben und somit nicht grundlegende Voraussetzungen für diese Versorgungsform entzogen werden. Erste Schwierigkeiten sind bereits durch die starke Reduzierung solcher Angebote eingetreten, sodaß sie auch durch die eingeschränkte Mobilität der Älteren zum Teil nicht mehr erreichbar sind. Hier gilt es, den Einsatz von Fahrdiensten anzuvisieren.

Ein weiterer Ausbau ähnlicher Versorgungsformen wie sie zum Beispiel Frühstücksguppen darstellen könnten, erscheint im Moment als nicht sinnvoll, da sie in Konkurrenz zu den

Stationären Mittagstischen stehen würden. So ist bei den Stationären Mittagstischen zu beobachten, daß die Teilnehmer in der Regel deutlich vor der Mittagszeit in den Räumlichkeiten eintreffen und die Zeit vor dem Essen und danach für die Pflege ihrer sozialen Kontakte nutzen. Zudem ist es sinnvoll, die Kompetenzen, die die Älteren noch für die Bereitung von Mahlzeiten nutzen, weiter zu fördern und nicht verloren gehen zu lassen, sie wirken somit auch erhaltend auf die Selbstbestimmung der Teilnehmer am Mittagstisch.

### **13.2.3 Initiierung von Kochgruppen**

Hinweise für die Möglichkeit einer Veränderung bestehender Versorgungsstrukturen bietet die Frage nach der Bereitschaft zum Kochen in perspektivischer Sicht auf die mögliche Initiierung von Kochgruppen. So geben 72,7 % der Befragten an, sie hätten sehr gerne oder gerne gekocht. Hier ist aber der große Anteil der Befragten bereits Teilnehmer an Essen auf Rädern, es handelt sich also um Personen, für die zum Großteil bereits der Weg zum Stationären Mittagstisch ein Problem darstellt. Die Initiierung einer Kochgruppe wäre somit nicht nur an die Organisation eines Fahrdienstes gekoppelt, sondern würde auch in erheblichem Maße Betreuung erfordern, da viele Befragte aufgrund von Behinderungen oder Krankheiten in ihrer Mobilität und in ihrer Aktionsfähigkeit stark eingeschränkt sind.

Als zusätzliches Angebot für Teilnehmer des Stationären Mittagstisches wäre aber eine solche Maßnahme denkbar. Hier könnte vor allem der Aspekt des Lernens im Hinblick auf gesündere Ernährung zum Tragen kommen. Einerseits wäre so die Möglichkeit gegeben, Informationen über gesunde Ernährung über praktische Umsetzung zu vermitteln und somit Kompetenzen zu vermitteln, die in der Bedeutung gesundheitsbewußterer Ernährung auch dazu angetan sind, das Gefühl von mehr Einflußnahme auf die eigene Gesundheit positiv zu beeinflussen und dadurch gesundheitsförderlich wirksam zu werden. Zum anderen würden so die Aspekte Aktivität und soziale Kontakte weiterhin gefördert, die ebenfalls gesundheitsförderlich wirken können.

In diesem Zusammenhang wird noch einmal deutlich, wie unterschiedlich die Ausgangsvoraussetzungen in den Neuen Bundesländern im Vergleich mit den Alten Bundesländern sind. Durch das Vorhandensein von Stationären Mittagstischen als althergebrachte und gut integrierte Alternative zu Essen auf Rädern ergibt sich eine völlig andere Strukturierung von Außer-Haus-Verpflegung, die weniger die Gefahr in sich birgt, ältere Menschen zu unterfordern und dadurch Kompetenzen abzubauen.

### 13.3 Entwicklung kooperativer Strukturen

Auf Basis der Idee von Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Rahmen der Außer-Haus-Verpflegung kommen auch die institutionellen und organisatorischen Aspekte zum Tragen. Gerade unter dem Aspekt von bestmöglicher Versorgung fallen die Unterschiede in der Organisation der Hilfsleistungen im Rahmen der unterschiedlichen politischen Systeme auf. Während zu DDR-Zeiten ein ausgeprägtes Netz verschiedener, mit Hilfeleistungen verbundener Institutionen bestand, die im Rahmen des "fürsorglichen Staates" miteinander agierten, sind jetzt die Hilfeleistungen sektoriert worden und im Rahmen der entstandenen Vielfalt von Hilfsorganisationen und Wohlfahrtsverbänden zu einer Konkurrenzsituation verschiedener Anbieter geworden. Auch hier könnten auf dem Grundsatz von Gesundheitsförderung alte Strukturen neu und sinnvoll genutzt werden. Die Idee der Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen, die bestimmte Hilfeleistungen anbieten, gerade im kommunalen Rahmen wäre besonders in den Neuen Bundesländern dazu geeignet, dem potentiellen Bezieher eine effektivere, angemessenere und bessere Versorgung zu bieten. Der Ausbau kooperativer Strukturen erscheint hier also gerade im Blickwinkel auf die neue Konkurrenzsituation auf dem Markt der sozialen Dienstleistungen als wichtige Handlungsstrategie. Die Entwicklung kooperativer Strukturen im kommunalen Rahmen, wie sie in der Stadt Schwerin bereits in Form eines "Runden Tisches" ausprobiert wurden, kann eine Arbeitsweise sein, die sinnvoll auf ehemalige Strukturen Bezug nimmt. Wichtig ist hier natürlich die Bereitschaft der einzelnen Institutionen. Hier sind innerhalb der unterschiedlichen untersuchten Regionen und der einzelnen Wohlfahrtsverbände deutliche Unterschiede zu konstatieren. Während in dem Stadtgebiet Schwerin recht gute Voraussetzungen bei der Kooperationsbereitschaft bestehen, ist die Situation gerade in den eher ländlichen oder kleinstädtischen Regionen wie zum Beispiel bei alteingesessenen Verbänden in Hagenow stark von Konkurrenz geprägt. Gerade hier wäre aber eine Kooperation sehr sinnvoll, um Verschlechterungen der Versorgung im ländlichen Raum entgegenzuwirken und eine wirklich bezieher-orientierte Perspektive zu entwickeln. Hier sollten Bestrebungen Fuß fassen, die dazu geeignet sind, gesundheitsförderliche Ideen auch innerhalb der Wohlfahrtsverbände in den Neuen Bundesländern zu integrieren.

#### 13.3.1 Information als Weg zur Gesundheitsförderung

Neben den möglichen Konzepten, die direkt auf den Bereich der Außer-Haus-Verpflegung abzielen, gilt es auch auf einer übergeordneten Ebene tätig zu werden. Im Verlauf der Untersuchung stellte sich heraus, daß es in den Neuen Bundesländern im Vergleich mit den Alten Bundesländern erhebliche strukturelle Unterschiede in der Form der Außer-Haus-Verpflegung

gibt. Das in den Neuen Bundesländern bewährte Prinzip der Stationären Mittagstische bietet hier Ansatzpunkte, um einen wechselseitigen Informationsaustausch zwischen Alten und Neuen Bundesländern anzuregen. Ein Ergebnis dieser Untersuchung könnte deshalb in der Informationsvermittlung zwischen Alten und Neuen Bundesländern liegen, um so einen Erfahrungsaustausch möglich zu machen. Hier erscheint es wichtig, die Möglichkeit zu einem solchen Informationsaustausch bereitzustellen, dessen Ergebnis in der gegenseitigen Anregung für die Integration der jeweils anderen Erfahrungen sein könnte. Von besonderem Nutzen könnten dabei die Informationen aus den Neuen Bundesländern sein, um in den Alten Bundesländern eine Weiterentwicklung von Konzepten auch auf Basis der bereits dort gemachten Erfahrungen voranzutreiben.

Vorstellbar wäre hier die Entwicklung einer Broschüre, die geeignet ist, vor allem Wohlfahrtsverbänden und anderen interessierten und mit der Betreuung älterer Menschen befaßte Institutionen über Möglichkeiten der Veränderung zu informieren, zum Beispiel anhand der vorliegenden Ergebnisse zum Thema Außer-Haus-Verpflegung in den Neuen Bundesländern. Besondere Beachtung sollte hier die Angemessenheit und die Differenziertheit der sozialen Dienste finden. So findet man in den Neuen Bundesländern durch die Existenz der Stationären Mittagstische einen Hinweis auf eine größere Anpassung der sozialen Dienstleistung an den Grad der Hilfebedürftigkeit.

Auf Basis dieser Anpassung könnten Hilfsleistungen auch im Bereich der Außer-Haus-Verpflegung weiter differenziert werden, um eine möglichst günstige, den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Bezieher adäquate Versorgungsform zu entwickeln. Denkbar wäre zum Beispiel die Erweiterung der Struktur der Versorgung durch zusätzliche Einkaufsdienste, die in der Lage wären, auch die Versorgung mit Lebensmitteln sicherzustellen, wie sie für die Bereitung von Frühstück oder Abendessen nötig sind und in sofern eine Ausweitung der Möglichkeiten zu einer Versorgung mit einer Mittagsmahlzeit darstellen könnten. Hier könnte eine noch weiter ausgebaute Differenzierung der angebotenen Hilfsleistungen zu einer wirklich günstigen Versorgungssituation führen. Über einen Informationsaustausch wie er durch eine solche Broschüre möglich würde, wäre es also möglich, Ansatzpunkte für das eigene innovative Handeln im Rahmen der Versorgungsdienste zu schaffen, das letztlich geeignet wäre, den Dienst weiter zu optimieren. Möglich wären hier auch Ideensammlungen, die eher psychologisch orientiert sind und über eine reine Versorgung hinausgehen und zu mehr Zufriedenheit und Kompetenzentwicklung führen können.

Neben Vorschlägen zur Entwicklung einer gesundheitsbewußteren Ernährung und deren Integration in die Speisepläne, sowie der Anregung gesundheitsbewußteren Essens auch über das gelieferte Essen hinaus, bietet sich hier die Kombination von ernährungswissenschaftlichen Anregungen und psychologischen Aspekten an. Möglich wäre so zum Beispiel, den

Kräuteranbau der Bezieher im kleinen Rahmen anzuregen, eine Maßnahme, die einerseits ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen entgegenkommt und die andererseits die Möglichkeit zum Erhalt von Kompetenzen bietet und gleichzeitig über den Aspekt, "eine Aufgabe zu haben", auch zu mehr Lebenszufriedenheit beitragen kann. Vorstellbar wäre es, eine solche Maßnahme im Rahmen der Essensversorgung einzuführen, die zum Beispiel den Lieferservice für die notwendigen Zutaten übernehmen könnte und so auch den Einsatz von Kräutern im Essen anregen könnte.

Eine weitere Idee wäre die Schaffung eines Zusatzangebotes, das über den Rahmen der reinen Versorgung hinaus "ein besonderes Angebot" schafft. So könnte man, zum Beispiel verbunden mit einem Geburtstag, ein "Lieblingsessen" der BezieherInnen anbieten und liefern, das sich der/die Bezieher/in vorher gewünscht hat. Hier könnte man dem Versorgungsgedanken den Aspekt eines "Festes" hinzufügen und so das Essen zu etwas "Besonderem" und "Schönem" machen.

Über eine Broschüre wäre es hier möglich, den Ideenaustausch zum Beispiel der Wohlfahrtsverbände anzuregen und auch Lösungswege für organisatorische und strukturelle Schwierigkeiten, wie sie bei der Gestaltung auftreten können, anzubieten auf Grundlage bereits gemachter Erfahrungen. Eine Informationsschrift wäre so zusätzlich auch noch geeignet, ein ökonomisches und sinnvolles Vorgehen bei der Gestaltung von Außer-Haus-Verpflegung zu fördern.

Zusätzlich wäre es so vorstellbar, im Rahmen einer solchen Schrift auch die Bedeutung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen deutlich zu machen und über eine Information die Einführung eines innovativen Konzeptes in die Ausgestaltung sozialer Dienste und hier im besonderen im Rahmen von Außer-Haus-Verpflegung zu ermöglichen. So wäre es möglich, über das Konzept der Gesundheitsförderung und einer solchen Broschüre, die im Verständnis von Gesundheitsförderung konzipiert sein sollte und bereits den gesundheitsförderlichen Gedanken von Informationsweitergabe in sich trägt, eine Brücke zu schlagen zwischen Alten und Neuen Bundesländern und ein kooperatives Vorgehen zu initiieren, das ein gegenseitiges Lernen der Verbände im Interesse der BezieherInnen anstrebt.

### **13.4 Ansatzmöglichkeiten zur Qualitätssicherung im Bereich der Ernährung**

Die Qualität des Essens wird, wie schon beschrieben, von vielfältigen Faktoren beeinflusst. Dadurch ergeben sich mehrere Aspekte, unter denen eine Verbesserung angestrebt werden kann. Dazu zählen:

1. der Bereich der Herstellung von qualitativ hochwertigem Essen (dazu gehören Qualität der Ausgangswaren, die Rezepturen und die küchentechnischen Vorgehensweise bzw. die Ausstattung der Küchen) und
2. der Bereich der Aufrechterhaltung der Qualität (hier hinein fallen die Verpackung, die Lagerung, die Verteilung sowie die damit verbundenen Arbeitsabläufe).

Um eine Sicherung der Qualität zu realisieren, müssen verschiedene Arbeitsschritte eingehalten werden.

#### **Mängelanalyse**

Zunächst ist festzustellen, in welchen Bereichen Mängel vorliegen könnten.

1. Im Fall der vorliegenden Studie ergibt sich, daß hinsichtlich der Versorgung große Qualitäts-Schwankungen auftreten können. Benachteiligt sind beispielsweise diejenigen, die als letzte Essensbezieher innerhalb einer Route ein warmes Essen in Empfang nehmen, zum einen wegen der Minderung von hitze- und sauerstoffempfindlichen Vitaminen und zum anderen aufgrund der mikrobiologischen Verhältnisse.
2. Von diesen Nachteilen nicht betroffen sind Bezieher von Tiefkühlkost, deren Nachteil wiederum das Fehlen von Salatbeilagen und Desserts, wie z.B. Obst und Ca-haltigen Quarkspeisen, ist.
3. Hinsichtlich der weiteren verzehrten Speisen außerhalb des angebotenen Essens zeigt sich eine überwiegend gute Versorgung mit Nährstoffen. Lediglich die Bereiche des B-Vitamin-komplexes durch eine nur in geringem Umfang aufgenommene hochwertige Getreideprodukte-Gruppe oder der verminderten Vitamin C Deckung durch lange Wärmeeinwirkungen auf die Speisen sowie der verminderten Jodversorgung durch geringen Fischkonsum können als kritisch betrachtet werden.
4. Auffallend ist, daß mehrere Diabetiker, unter ihnen sogar insulinpflichtige, keine speziell für ihre Bedürfnisse konzipierten Diätformen beziehen und ebenso weitere Essensteilnehmer über Unverträglichkeiten klagen und entsprechende Lebensmittel meiden bzw. gerne aus dem Speisenplan streichen würden, jedoch normale Vollkost statt Schonkost beziehen. Die Gründe



hierfür liegen einerseits im fehlenden Angebot, andererseits - wenn theoretisch die Möglichkeit gegeben wäre - an der Aufklärung.

### **Planung von Verbesserungsmaßnahmen**

Ein weiterer Schritt wäre eine gezielte Planung von Verbesserungsmaßnahmen:

5. Es könnten Richtlinien für eine altersgerechte Ernährung ausgearbeitet werden, die gleichzeitig durch entsprechende Rezepturvorschläge ergänzt werden, um es Küchen zu erleichtern, sich an den Richtlinien zu orientieren. Ähnliches trifft auf Diätformen zu, die eventuell doch in gewissem Umfang in den Küchen hergestellt werden könnten.

6. In die gleiche Richtung gehen Ausarbeitungen von Schulungsprogrammen oder Fortbildungsveranstaltungen, in denen die Mitarbeiter in der Herstellung, aber möglicherweise auch in der Beratung von neuen Essensbezieher, einen vertiefenden Einblick in Möglichkeiten und Bedingungen von Diätformen vermittelt bekommen können.

7. Weiterhin könnten Konzepte geplant werden, die sich damit beschäftigen, die Situation der teilweise schlechten Versorgung mit Frisch- und Rohkost zu verbessern und den Wünschen nach Desserts eher nachkommen zu können. Zum Beispiel der Entwurf einer Küchenausstattung, die zusätzlich zur Aufbereitung mit möglichst geringem Geräte- und Personalaufwand die fehlenden Mahlzeitenkomponenten ergänzen könnte.

8. Auch auf die Entwicklung von Transportbehältern, die zum einen gut vor Auskühlung schützen und zum andern vor allem auch einem Mehrwegsystem entsprechen, könnte näher eingegangen werden.

### **Qualitätssicherung**

Als nächsten Schritt kann man die Realisierung, die Qualitätssicherung bezeichnen:

9. Hier sind die Durchführungen von Schulungen und Weiterbildungen zu nennen. Diese könnten zu Themen wie altersgerechte Kost, Diätformen bei bestimmten Stoffwechselerkrankungen oder fettarme und nährstoffschonende Zubereitungsverfahren sein. Zielgruppen wären Köche und Küchenkräfte.

10. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Verbesserung des Kenntnisstandes der älteren Menschen und auch der Mitarbeiter der Wohlfahrtsverbände zum Ernährungswissen. Möglichkeiten der Vermittlung bestehen zum Beispiel durch zielgruppengerechte Informationsveranstaltungen, die im Rahmen von Seniorenprogrammen von den Verbänden angeboten werden könnten. Ein anderer Weg könnte ein schriftlicher sein. Denkbar wäre zum

Beispiel ein in regelmäßigen Abständen erscheinendes Faltblatt mit Informationen zu verschiedenen gesundheitlichen und sozialen Bereichen. Schwerpunkte der Vermittlung von Informationen über Ernährung könnten sowohl die Bereiche von ernährungsabhängigen Krankheiten und den entsprechenden Diätformen sein als auch Informationen und Anregungen zum Verwenden von bestimmten Lebensmitteln.

### **Qualitätskontrolle**

Als letzter Schritt in der Maßnahmenkette zur Qualitätsverbesserung steht die Qualitätskontrolle. Sie dient dazu, eine Gegenüberstellung von geplanter und tatsächlicher Produktqualität zu erhalten und soll aufzeigen, in welchen Bereichen eine weitere Planung stattfinden oder andere Methoden angewandt werden sollten.

11. Hierzu zählen zum einen Qualitäts-Prüfungen, die z.T. derzeit durch die Veterinärämter und das Gesundheitsamt stattfinden. Dabei werden ohne Wissen der Hersteller über eine Woche lang Proben gezogen und diese auf Energiewerte sowie Nährstoffgehalte und -relationen hin untersucht. Die Ergebnisse werden mit Richtlinien für "leicht Arbeitende" verglichen und mit Hinweis auf die Differenzen dem Hersteller zugesandt. Ein Ansatz wäre hier die Anwendung von speziell für ältere Menschen entwickelten Richtwerten bei verstärkten Kontrolluntersuchungen.

Zum anderen können "Qualitätszirkel" Aufschluß über die Qualität geben, indem sich Gesprächsrunden in regelmäßigen Abständen auf freiwilliger Basis treffen. Mitglieder verschiedener Arbeitsgebiete wie Einkauf, Herstellung oder Aufbereitung, Verteilung sowie Betreuung der Senioren berichten jeweils aus ihren Bereichen und geben Erfahrungen oder Rückkopplungen von seiten der Bezieher wider. Weil jeder seinen eigenen Arbeitsbereich selbst am besten einschätzen kann, ist es am sinnvollsten, wenn er seine Ideen zu Verbesserung vor der Arbeitsgruppe darstellt und daraufhin diese in Absprache mit den Vertretern der anderen Bereiche realisiert werden könnten. Durch die Treffen könnte mehr Mitverantwortung geweckt und eine effizientere und auch sozialere Gestaltung des Mahlzeitendienstes möglich sein.

## **Literaturverzeichnis**

Arab, L.: "Ernährungszustand von Senioren - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsuntersuchung", in: Ernährungsumschau 33 (1985) Heft 3, S. 67-71

Arens-Avedo, U.: "Altersgerechte Verpflegung aus ernährungswissenschaftlicher Sicht", in: Küche im Altenheim, S.130-132, 11, 1993

Backhaus-Maul, H./ Olk, T.: "Intermediäre Organisationen als Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung" in: Schmähl, W.: "Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung"; Campus Verlag Frankfurt/ New York 1992

Bardehle, D. (Hrsg.): "Übersichten zur Betreuungssituation in der DDR"; Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.; Berlin November 1990

Brodhagen, D.: "Ernährungsaufklärung älterer Menschen", Asgard Verlag, Hippe, 1993

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG): (Hrsg.): "Vierter Familienbericht", Drucksache 10/6145; 1986

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): "Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen"; Schriftenreihe Band 33, 1976

Böpple, A.: "Sozialpolitik in der DDR - Probleme, Aspekte im Vergleich" ; Nachrichten-Verlags-Gesellschaft 1983

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): "Ernährungsbericht 1980", Frankfurt/M., 1980

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): "Ernährungsbericht" 1988, Frankfurt/M., 1988

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): "Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr", 5. Überarbeitung, Umschau-Verlag, Frankfurt/M., 1991

Diedrichsen, I.: "Ernährungspsychologie"; Springer Verlag, Berlin, Heidelberg; 1990

Frauenrath, C. et. al.: "Verzehrgewohnheiten Hochbetagter - Häufigkeit der Zufuhr nährstoffdichter Lebensmittel", in: Z. Gerontol. 22:11-15 (1989)

Fröleke, H.; Günster, K.H.: "Alters- und leistungsabhängige Ernährung", 2. Auflage, Schneider Verlag, Hohengehren (1984)

Heseker, H./ Kübler, W.: "Die Bedarfsdeckung älterer Menschen mit Vitaminen", in: Ernährungsumschau 30 (1983) Heft 11, S. 366-369

Holtmeier, H. J./ Holtmeier, W.: "Ernährung des alternden Menschen", 6. Auflage, Wiss. Verl.-Ges., Stuttgart, 1991

"Kantinenrichtlinien", in: Ernährungsumschau 36 (1989) Heft 9, S. 342

Ketz, H. A.: "Grundriß der Ernährungslehre", Fischer Verlag, Jena, 1984

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): "Ernährung älterer Menschen"

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): "Zum Einsatz von warmgehaltenen, gekühlten und tiefgefrorenen Speisen in Alteneinrichtungen"

Kuratorium Deutsche Altershilfe : "Und rollt und rollt und rollt...", in: GV-Praxis 1/93, S. 64-68

Kruse, A. et al.: "Gerontologie - eine interdisziplinäre Wissenschaft"; München 1987

Lamnek, S.: "Qualitative Sozialforschung - Band 2 - Methoden und Techniken"; Psychologie Verlags Union, München; 1989

Lehr, U.: "Psychologie des Alterns"; Quelle & Meyer, Heidelberg; 1987

Mayring, P.: "Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken"; Deutscher Studienverlag; Weinheim, 1990

Mayring, P.: "Einführung in die qualitative Sozialforschung"; Psychologie-Verlags-Union; München 1990

Menden, E. et. al.: "Lebensdauer und Ernährung", in: Ernährungsumschau 36 (1989), Heft 3, S. 84-90

Meyer, J. E./ Pudel, V.: "Das Eßverhalten im Alter und seine Konsequenzen für die Ernährung", in: Z. Gerontol. 16: 241-247 (1983)

Neumann, R./ Molnav, P.: "Sensorische Lebensmitteluntersuchung - Eine Einführung", 2. Auflage, Fachbuchverlag Leipzig, 1991

Niedersächsische Kommission Gesundheitsförderung (Hrsg.): "Arbeitsprogramm Gesundheit 2000 - neue Wege der Gesundheitsförderung in Niedersachsen"; Landesverein für Gesundheitspflege Niedersachsen e.V.; 1992

Olbrich, E.: "Kompetenz im Alter" ; Zeitschrift für Gerontologie; Band 20; Heft 6; 1987

Oster, P./ Schlierf, G.: "Ernährungsprobleme in einer geriatrischen Klinik", in: Ernährungsumschau 32 (1985), Heft 3, S. 72-73

Peinelt, V.: "Empfehlungen für die Speisengestaltung des Mittagessens in Betriebsrestaurants unter Berücksichtigung anderer Mahlzeiten", Dissertation, Wissenschaftlicher Fachverlag, Gießen, 1992

Rosenbauer, J.: "Ernährungs- und Gesundheitsverhalten bei Senioren", in: Ernährungsumschau 35 (1985) Heft 10, S. 343-346

Sachmann, R./ Leibfried, S.: "Soziale Dienste für alte Menschen"; in: Schmähl, W.: "Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung"; Campus Verlag Frankfurt/ New York 1992

Schlierf, G.: "Ernährung und Alter", in: Z. Gerontol. 22: 1 (1989)

Schlierf, G. et. al.: "Fehlernährung bei geriatrischen Patienten: Die Bethanien - Ernährungsstudie (BEST)", in Z. Gerontol. 22:2-5 (1989)

Schmähl, W.: "Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung"; Campus Verlag Frankfurt/ New York 1992

Seiler, W. O./ Stähelin, H. B.: "Energie- und Vitaminbedarf bei Langzeitpatienten", in: Z Gerontol. 22:26-33 (1989)

Statistisches Bundesamt: "Im Blickpunkt: Ältere Menschen"; Metzler-Poeschel Stuttgart 1991

Trojan, A./ Stumm, B.: "Gesundheit fördern statt kontrollieren"; Fischer Verlag; Frankfurt am Main 1992

Volkert, D.: "Nährstoffzufuhr bei hochbetagten Menschen", in: Ernährungsumschau 35 (1988) Heft 10, S. 348-351

Volkert, D. et. al.: "Mangelernährung bei Hochbetagten - Einfluß von körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen Faktoren", in: Z. Gerontol. 22:6-19 (1989)

Volkert, D.: "Die Ernährung älterer Menschen", in: "Der alte Mensch in unserer Gesellschaft", Schriftenreihe Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V., Köln, 1990

Weber, M.: "Versorgungsstrukturen der Außer-Haus-Verpflegung am Beispiel Schwerin", Universität Oldenburg, unveröffentlichte Hausarbeit; 1994

Wirths, W./ Strauch, R./ Niedermeier, Chr.: "Änderungen im Verbrauch von Lebensmitteln in Abhängigkeit vom Alter", in: Z. Gerontol. 16:184-189 (1983)

# *Anhang*



November 1993

Sehr geehrte Dame,  
Sehr geehrter Herr,

Sie bekommen seit einiger Zeit Essen auf Rädern von der Arbeiterwohlfahrt.

Wir, d.h. die Universität Oldenburg und die Arbeiterwohlfahrt arbeiten in einem Projekt zusammen, das sich mit der Essensversorgung für ältere Mitbürger in Schwerin und Umgebung beschäftigt. Dieses Projekt wird im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt. Ziel dieser Untersuchung soll es sein, Vorschläge zu machen, was und wie man etwas an Essen auf Rädern verbessern könnte.

Sie könnten uns helfen, mehr über Essen auf Rädern zu erfahren. Schließlich weiß niemand besser als Sie, worauf es dabei ankommt. Deshalb würden wir uns sehr gerne mit Ihnen darüber unterhalten. In diesem Zusammenhang würden wir Ihnen auch gern ein paar Fragen zu Ihrer Ernährung stellen.

Wir würden uns deshalb sehr freuen, wenn Sie im April Zeit für ein Gespräch mit einer Interviewerin hätten. Wir würden uns dann in nächster Zeit bei Ihnen melden.

Mit freundlichen Grüßen und ganz herzlichem Dank im voraus

Silke Gräser

P.S.: Was Sie während des Gespräches erzählen, wird selbstverständlich anonym bleiben.

November 1993

Sehr geehrte Dame,  
Sehr geehrter Herr,

Sie nehmen seit einiger Zeit am stationären Mittagstisch der Arbeiterwohlfahrt teil.

Wir, d.h. die Universität Oldenburg und die Arbeiterwohlfahrt arbeiten in einem Projekt zusammen, das sich mit der Essensversorgung für ältere Mitbürger in Schwerin und Umgebung beschäftigt. Dieses Projekt wird im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt. Ziel dieser Untersuchung soll es sein, Vorschläge zu machen, was und wie man etwas am stationären Mittagstisch verbessern könnte.

Sie könnten uns helfen, mehr über den stationären Mittagstisch zu erfahren. Schließlich weiß niemand besser als Sie, worauf es dabei ankommt. Deshalb würden wir uns sehr gerne mit Ihnen darüber unterhalten. In diesem Zusammenhang würden wir Ihnen auch gern ein paar Fragen zu ihrer Ernährung stellen.

Wir würden uns deshalb sehr freuen, wenn Sie im Dezember Zeit für ein Gespräch mit einer Interviewerin hätten. Wir würden uns dann in nächster Zeit bei Ihnen melden.

Mit freundlichen Grüßen und ganz herzlichem Dank im voraus

Silke Gräser

PS.: Was Sie während des Gespräches erzählen, wird selbstverständlich anonym bleiben.

November 1993

Sehr geehrte Dame,  
Sehr geehrter Herr,

Sie bekommen seit einiger Zeit Essen auf Rädern von der Volkssolidarität.

Wir, d.h. die Universität Oldenburg arbeiten mit Hilfe der Volkssolidarität an einem Projekt, das sich mit der Essensversorgung für ältere Mitbürger in Schwerin und Umgebung beschäftigt. Dieses Projekt wird im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt. Ziel dieser Untersuchung soll es sein, Vorschläge zu machen, was und wie man etwas an Essen auf Rädern verbessern könnte.

Sie könnten uns helfen, mehr über Essen auf Rädern zu erfahren. Schließlich weiß niemand besser als Sie, worauf es dabei ankommt. Deshalb würden wir uns sehr gerne mit Ihnen darüber unterhalten. In diesem Zusammenhang würden wir Ihnen auch gern ein paar Fragen zu ihrer Ernährung stellen.

Wir würden uns deshalb sehr freuen, wenn Sie im April Zeit für ein Gespräch mit einer Interviewerin hätten. Wir würden uns dann in nächster Zeit bei Ihnen melden.

Mit freundlichen Grüßen und ganz herzlichem Dank im voraus

Silke Gräser

(Dipl.-Psychologin)

PS.: Was Sie während des Gespräches erzählen, wird selbstverständlich anonym bleiben.

November 1993

Sehr geehrte Dame,  
Sehr geehrter Herr,

Sie nehmen seit einiger Zeit am stationären Mittagstisch der Volkssolidarität teil.

Wir, d.h. die Universität Oldenburg arbeiten mit Hilfe der Volkssolidarität an einem Projekt, das sich mit der Essensversorgung für ältere Mitbürger in Schwerin und Umgebung beschäftigt. Dieses Projekt wird im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt. Ziel dieser Untersuchung soll es sein, Vorschläge zu machen, was und wie man etwas am stationären Mittagstisch verbessern könnte.

Sie könnten uns helfen, mehr über den stationären Mittagstisch zu erfahren. Schließlich weiß niemand besser als Sie, worauf es dabei ankommt. Deshalb würden wir uns sehr gerne mit Ihnen darüber unterhalten. In diesem Zusammenhang würden wir Ihnen auch gern ein paar Fragen zu ihrer Ernährung stellen.

Wir würden uns deshalb sehr freuen, wenn Sie im Dezember Zeit für ein Gespräch mit einer Interviewerin hätten. Wir würden uns dann in nächster Zeit bei Ihnen melden.

Mit freundlichen Grüßen und ganz herzlichem Dank im voraus

Silke Gräser

PS.: Was Sie während des Gespräches erzählen, wird selbstverständlich anonym bleiben.

Dezember 1993

Sehr geehrte Dame,  
Sehr geehrter Herr,

Sie haben, bevor Sie in ein Seniorenheim gezogen sind, Essen auf Rädern bekommen.

Wir, d.h. die Universität Oldenburg arbeiten an einem Projekt, das sich mit der Essensversorgung für ältere Mitbürger in Schwerin und Umgebung beschäftigt. Dieses Projekt wird im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt. Ziel dieser Untersuchung soll es sein, Vorschläge zu machen, was und wie man etwas an Essen auf Rädern verbessern könnte.

Sie könnten uns helfen, mehr über Essen auf Rädern zu erfahren. Schließlich weiß niemand besser als Sie, worauf es dabei ankommt. Deshalb würden wir uns sehr gerne mit Ihnen darüber unterhalten. In diesem Zusammenhang würden wir Ihnen auch gern ein paar Fragen zu ihrer Ernährung stellen.

Wir würden uns deshalb sehr freuen, wenn Sie Zeit für ein Gespräch mit einer Interviewerin hätten. Wir würden uns dann in nächster Zeit bei Ihnen melden.

Mit freundlichen Grüßen und ganz herzlichem Dank im voraus

Silke Gräser

PS.: Was Sie während des Gespräches erzählen, wird selbstverständlich anonym bleiben.

## Frageleitfaden

### Für BezieherInnen, die schon seit der Zeit vor der Wende Essen auf Rädern bekommen:

#### Vorwort:

Wir arbeiten für die Universität Oldenburg an dem Thema "Essen auf Rädern". Um uns ein genaueres Bild davon machen zu können, möchten wir uns gerne mit Ihnen darüber unterhalten. Sie bekommen seit längerer Zeit Essen auf Rädern und sind deshalb jemand, der sich mit Essen auf Rädern auskennt.

Da wir nur einige wenige Gespräche führen, wäre es schön, wenn Sie uns recht viel erzählen. Wenn Ihnen während des Gesprächs Einzelheiten oder kleine Geschichten einfallen, erzählen Sie sie bitte.

1. Als erstes würde mich interessieren, seit wann Sie Essen auf Rädern bekommen.
- 2a. Wie ist es denn dazu gekommen, daß Sie Essen auf Rädern bestellt haben?
- 2b. Wie fühlen Sie sich dabei, Essen auf Rädern zu bekommen?
- 3a. Essen auf Rädern ist ja eine soziale Dienstleistung. Welche anderen sozialen Dienstleistungen nehmen Sie derzeit in Anspruch?  
Also, gehen Sie z.B. in den Seniorenklub?  
Nehmen Sie dort an Veranstaltungen teil?  
Bekommen Sie eigentlich Hauswirtschaftspflege?
- 3b. Und welche sozialen Dienstleistungen haben Sie vor der Wende in Anspruch genommen?
- 3c. Wie war das damals im Vergleich zu jetzt? Was ist dabei anders geworden?
- 4a. Wie macht sich eigentlich die Wende in Ihrem Alltag bemerkbar?  
Was hat sich in ihrem alltäglichen Leben geändert? Vielleicht können Sie mir dazu Beispiele nennen.
- 4b. Wie kommen Sie denn damit zurecht? Was tun Sie dafür, damit Sie damit klar kommen?  
Fallen ihnen dazu Beispiele ein?
- 5a. Jetzt noch einmal zu Essen auf Rädern. Sind Sie damit eher zufrieden oder eher unzufrieden?
- 5b. Sie sind mit Essen auf Rädern also eher zufrieden. Trotzdem würden wir es gerne noch mehr verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Ratschläge angewiesen. Was könnten Sie uns raten, um den Dienst noch besser zu machen?  
**oder**  
5b. Sie sind mit Essen auf Rädern also eher unzufrieden. Wir würden es gerne verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Ratschläge angewiesen. Was könnten Sie uns raten, um den Dienst besser zu machen?

## Frageleitfaden

### Für BezieherInnen, die Essen auf Rädern erst seit der Wende bekommen:

#### Vorwort:

Wir arbeiten für die Universität Oldenburg an dem Thema "Essen auf Rädern". Um uns ein genaueres Bild davon machen zu können, möchten wir uns gerne mit Ihnen darüber unterhalten. Sie bekommen seit einiger Zeit Essen auf Rädern und sind deshalb jemand, der sich mit Essen auf Rädern auskennt.

Da wir nur einige wenige Gespräche führen, wäre es schön, wenn Sie uns recht viel erzählen. Wenn Ihnen während des Gespräches Einzelheiten oder kleine Geschichten einfallen, erzählen Sie sie bitte.

1. Als erstes würde mich interessieren, seit wann Sie Essen auf Rädern bekommen.
- 2a. Wie ist es denn dazu gekommen, daß Sie Essen auf Rädern bestellt haben?
- 2b. Wie fühlen Sie sich dabei, Essen auf Rädern zu bekommen?
- 3a. Essen auf Rädern ist ja eine soziale Dienstleistung. Welche anderen sozialen Dienstleistungen nehmen Sie derzeit in Anspruch?  
Also, gehen Sie z.B. in den Seniorenklub?  
Nehmen Sie dort an Veranstaltungen teil?  
Bekommen Sie eigentlich Hauswirtschaftspflege?
- 3b. Und welche sozialen Dienstleistungen haben Sie vor der Wende in Anspruch genommen?
- 3c. Wie war das damals im Vergleich zu jetzt? Was ist dabei anders geworden?
- 4a. Wie macht sich eigentlich die Wende in Ihrem Alltag bemerkbar?  
Was hat sich in ihrem alltäglichen Leben geändert? Vielleicht können Sie mir dazu Beispiele nennen.
- 4b. Wie kommen Sie denn damit zurecht? Was tun Sie dafür, damit Sie damit klar kommen?  
Fallen ihnen dazu Beispiele ein?
- 5a. Jetzt noch einmal zu Essen auf Rädern. Sind Sie damit eher zufrieden oder eher unzufrieden?
- 5b. Sie sind mit Essen auf Rädern also eher zufrieden. Trotzdem würden wir es gerne noch mehr verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Ratschläge angewiesen. Was könnten Sie uns raten, um den Dienst noch besser zu machen?  
**oder**
- 5b. Sie sind mit Essen auf Rädern also eher unzufrieden. Wir würden es gerne verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Ratschläge angewiesen. Was könnten Sie uns raten, um den Dienst besser zu machen?

## Frageleitfaden

### Für BezieherInnen, die am stationären Mittagstisch teilnehmen:

#### Vorwort:

Wir arbeiten für die Universität Oldenburg an dem Thema "Essensversorgung für ältere Mitbürger". Dazu gehört auch der stationäre Mittagstisch. Um uns ein genaueres Bild davon machen zu können, möchten wir uns gerne mit Ihnen darüber unterhalten. Sie nehmen am stationären Mittagstisch teil und sind deshalb jemand, der sich damit auskennt.

Da wir nur einige wenige Gespräche führen, wäre es schön, wenn Sie uns recht viel erzählen. Wenn Ihnen während des Gesprächs Einzelheiten oder kleine Geschichten einfallen, erzählen Sie sie bitte.

1. Als erstes würde mich interessieren, seit wann Sie am stationären Mittagstisch teilnehmen.

2a. Wie ist es denn dazu gekommen, daß Sie zum stationären Mittagstisch gegangen sind?

2b. Wie fühlen Sie sich dabei, am stationären Mittagstisch teilzunehmen?

3a. Der stationäre Mittagstisch ist ja eine soziale Dienstleistung. Welche anderen sozialen Dienstleistungen nehmen Sie derzeit in Anspruch?

Also, gehen Sie z.B. in den Seniorenklub?

Nehmen Sie dort an Veranstaltungen teil?

Bekommen Sie eigentlich Hauswirtschaftspflege?

3b. Und welche sozialen Dienstleistungen haben Sie vor der Wende in Anspruch genommen?

3c. Wie war das damals im Vergleich zu jetzt? Was ist dabei anders geworden?

4a. Wie macht sich eigentlich die Wende in Ihrem Alltag bemerkbar?

Was hat sich in ihrem alltäglichen Leben geändert? Vielleicht können Sie mir dazu Beispiele nennen.

4b. Wie kommen Sie denn damit zurecht? Was tun Sie dafür, damit Sie damit klar kommen?

Fallen ihnen dazu Beispiele ein?

5a. Jetzt noch einmal zum stationären Mittagstisch. Sind Sie damit eher zufrieden oder eher unzufrieden?

5b. Sie sind mit dem stationären Mittagstisch also eher zufrieden. Trotzdem würden wir den Dienst gerne noch mehr verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Ratschläge angewiesen. Was könnten Sie uns raten, um den Dienst noch besser zu machen?

oder

5b. Sie sind mit dem stationären Mittagstisch also eher unzufrieden. Wir würden den Dienst gerne verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Ratschläge angewiesen. Was könnten Sie uns raten, um den Dienst besser zu machen?



## **Frageleitfaden**

### **Für frühere BezieherInnen von Essen auf Rädern, die mittlerweile in ein Seniorenheim gewechselt haben:**

#### **Vorwort:**

Wir arbeiten für die Universität Oldenburg an dem Thema "Essen auf Rädern". Um uns ein genaueres Bild davon machen zu können, möchten wir uns gerne mit Ihnen darüber unterhalten. Sie haben früher Essen auf Rädern bekommen und sind deshalb jemand, der sich damit auskennt.

Da wir nur einige wenige Gespräche führen, wäre es schön, wenn Sie uns recht viel erzählen. Wenn Ihnen während des Gespräches Einzelheiten oder kleine Geschichten einfallen, erzählen Sie sie bitte.

1a. Als erstes würde mich interessieren, wie lange Sie Essen auf Rädern bekommen haben. Von wann bis wann war das?

1b. Und wann sind Sie in das Seniorenheim gekommen?

2a. Wie ist es denn dazu gekommen, daß Sie in das Seniorenheim gewechselt sind?

2b. Wie fühlen Sie sich dabei, in einem Seniorenheim zu leben?

3a. Essen auf Rädern ist ja eine soziale Dienstleistung. Welche anderen sozialen Dienstleistungen haben Sie in Anspruch genommen, bevor Sie in das Seniorenheim gewechselt sind?

Also, gingen Sie z.B. in den Seniorenklub?

Nahmen Sie dort an Veranstaltungen teil?

Bekamen Sie eigentlich Hauswirtschaftspflege?

3b. Und welche sozialen Dienstleistungen haben Sie vor der Wende in Anspruch genommen?

3c. Ggf.: Gab es einen Unterschied zwischen den sozialen Dienstleistungen in der Zeit vor der Wende und der Zeit nach der Wende? Was hat sich dabei geändert?

4a. Wie macht sich eigentlich die Wende in Ihrem Alltag bemerkbar?

Was hat sich in ihrem alltäglichen Leben geändert? Vielleicht können Sie mir dazu Beispiele nennen.

4b. Wie kommen Sie denn damit zurecht? Was tun Sie dafür, damit Sie damit klar kommen?

Fallen ihnen dazu Beispiele ein?

5a. Jetzt noch einmal zu Essen auf Rädern. Waren Sie damit eher zufrieden oder eher unzufrieden?

5b. Sie waren mit Essen auf Rädern also eher zufrieden. Trotzdem würden wir es gerne noch mehr verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Ratschläge angewiesen. Was könnten Sie uns raten, um den Dienst noch besser zu machen?

**oder**

5b. Sie waren mit Essen auf Rädern also eher unzufrieden. Wir würden den Dienst gerne verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Ratschläge angewiesen. Was könnten Sie uns raten, um den Dienst besser zu machen?

Nachdem wir uns jetzt über einige Dinge unterhalten haben, würde ich Ihnen gerne noch einige andere Fragen aus einem Fragebogen stellen. Das Antworten wird ihnen jetzt viel leichter fallen, denn ich biete Ihnen zu den Fragen oft einige Antwortmöglichkeiten an.

Fragebogen für die Interviews mit den BeziehernTeil AErnährung

1. Welche Kost nehmen Sie?

- ( ) Normalkost  
 ( ) Schonkost (bitte angeben, warum)  
 ( ) spezielle Diät Kost (bitte angeben, welche und warum)

2. Nehmen Sie das Essen so zu sich, wie es gebracht wird oder verändern Sie es durch Gewürze, Kräuter o.ä.?

- ( ) So, wie es gebracht wird, nehme ich es in der Regel auch ein.  
 ( ) Ich gebe meistens.....hinzu.

3. Bereiten Sie sich zusätzlich zu der Mahlzeit noch etwas zu, wie z.B. Beilagen oder trinken Sie etwas dazu?

sehr selten ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) sehr häufig  
 ( bitte angeben, was )

4. Wie beurteilen Sie die Mengen der einzelnen Mahlzeitenkomponenten?

	zuviel	richtig	zu wenig
Suppen	( )	( )	( )
Gemüse	( )	( )	( )
Salate/Rohkost	( )	( )	( )
Fleisch	( )	( )	( )
Fisch	( )	( )	( )
Kartoffeln/Nudeln	( )	( )	( )
Dessert	( )	( )	( )
Insgesamt	( )	( )	( )

5. Wenn Ihnen die Portion zu groß ist und Sie die Mahlzeit nicht ganz aufessen, welche Komponenten bleiben übrig?

6. Wie schmeckt Ihnen das Essen? Entspricht es Ihren Ernährungsvorstellungen und -wünschen? Bitte beurteilen Sie die einzelnen Bestandteile:

	sehr gut		weder/noch		sehr schlecht
Suppen	( )	( )	( )	( )	( )
Gemüse	( )	( )	( )	( )	( )
Salate/Rohkost	( )	( )	( )	( )	( )

	sehr gut		weder/noch		sehr schlecht
Fleisch	( )	( )	( )	( )	( )
Fisch	( )	( )	( )	( )	( )
Kartoffeln/Nudeln	( )	( )	( )	( )	( )
Dessert	( )	( )	( )	( )	( )
Insgesamt	( )	( )	( )	( )	( )

(bei negativen Urteilen Gründe notieren)

7. Es kommt sicher auch vor, daß Ihnen das Essen nicht schmeckt.  
Wie häufig ist das der Fall?

- ( ) täglich
- ( ) mehrfach wöchentlich
- ( ) 1x wöchentlich
- ( ) 1x 14-tägig
- ( ) 1x monatlich
- ( ) weniger als 1x monatlich

8. Wenn Ihnen das Mittagessen nicht schmeckt, welche Gründe hat dies?

	sehr selten		weder/noch		sehr häufig
Appetitlosigkeit	( )	( )	( )	( )	( )
Krankheit	( )	( )	( )	( )	( )
Mahlzeit nicht in Ordnung	( )	( )	( )	( )	( )
Trauer oder Kummer	( )	( )	( )	( )	( )
Einsamkeit	( )	( )	( )	( )	( )
Ärger/ Streit/ Konflikt	( )	( )	( )	( )	( )
Langeweile	( )	( )	( )	( )	( )
sonstige Gründe	( )	( )	( )	( )	( )
welche? (bitte angeben)	( )	( )	( )	( )	( )

9. Kommt es vor, daß Sie das Mittagessen überhaupt nicht einnehmen?

- ( ) täglich
- ( ) mehrfach wöchentlich
- ( ) 1x wöchentlich
- ( ) 1x 14tägig
- ( ) einmal monatlich
- ( ) weniger als 1x monatlich

10. Wenn Sie das Mittagessen nicht einnehmen, welche Gründe hat dies?

	sehr selten		weder/noch		sehr häufig
Appetitlosigkeit	( )	( )	( )	( )	( )
Krankheit	( )	( )	( )	( )	( )
Mahlzeit nicht in Ordnung	( )	( )	( )	( )	( )

	sehr selten		weder/ noch		sehr häufig
Trauer oder Kummer	( )	( )	( )	( )	( )
Einsamkeit	( )	( )	( )	( )	( )
Abwesenheit	( )	( )	( )	( )	( )
Ärger/ Streit/ Konflikt	( )	( )	( )	( )	( )
Langeweile	( )	( )	( )	( )	( )
sonstige Gründe welche? (bitte angeben)	( )	( )	( )	( )	( )

11a. Ggf.: Bekommen Sie das Essen zu einer für Sie günstigen Zeit?

zu früh ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) zu spät

zu welcher Zeit ungefähr? .....

11b. Ggf.: Ist das Essen dann noch warm? ja ( ) ( ) ( ) nein

12. Wann nehmen Sie die Mahlzeit in der Regel ein?

( ) vor 11.00 ( ) 12.00 - 12.30 ( ) 13.30 - 14.00

( ) 11.00 - 11.30 ( ) 12.30 - 13.00 ( ) später

( ) 11.30 - 12.00 ( ) 13.00 - 13.30 ( ) abends

13. Kennen Sie den Speisenplan, so daß Sie in der Regel wissen, was Sie in den nächsten Tagen für eine Mahlzeit bekommen?

sehr häufig ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) sehr selten

14. Was ist Ihnen lieber: Wüßten Sie gerne den Speisenplan für die ganze Woche im voraus oder lassen Sie sich lieber überraschen, was es für eine Mahlzeit gibt?

Speisenplan bekannt ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Überraschung

15. Wenn Sie den Speisenplan machen würden, welche Speisen gäbe es dann häufiger als jetzt? (bei Begründung, diese bitte notieren)

16. Wenn Sie den Speisenplan machen würden, welche Speisen gäbe es dann seltener als jetzt? (bei Begründung, diese bitte notieren)

17. Gibt es Gerichte oder Bestandteile von Mahlzeiten, die Sie gar nicht vertragen oder überhaupt nicht mögen?

18. Nehmen Sie das Mittagessen alleine ein?

nie ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) immer

19. Wenn Sie das Essen mit jemandem zusammen einnehmen: Mit wem essen Sie?

Ehepartner/ Lebenspartner ( )  
 Kinder ( )  
 Verwandte ( )  
 Freunde ( )  
 andere ( )  
 mit wem? (bitte angeben)

20. Denken Sie, daß es schön wäre, das Essen mit anderen Personen ( z.B. Freunde oder Bekannte) einzunehmen?

nie ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) immer

21. Können Sie Gründe für Ihre Einstellung nennen?

	ja	nein
Ich kann die Wohnung wegen Krankheit nicht verlassen.	( )	( ) ( )
Ich möchte meine Ruhe haben.	( )	( ) ( )
Ich fühle mich einsam und suche Kontakt zu anderen Menschen.	( )	( ) ( )
In Gegenwart anderer fühle ich mich unsicher und gehemmt.	( )	( ) ( )
Ich liebe die Geselligkeit.	( )	( ) ( )
Ich habe mich an mein jetziges Leben gewöhnt, ich möchte keine Veränderung.	( )	( ) ( )
Es wäre schön, andere Menschen kennenzulernen.	( )	( ) ( )
Vielleicht könnte man sich gegenseitig unterstützen.	( )	( ) ( )
Ich habe ausreichend Gesprächsmöglichkeiten.	( )	( ) ( )
Sonstiges ( bitte angeben )	( )	( ) ( )

22. Ggf. : Warum nehmen Sie nicht an einem Stationären Mittagstisch teil?

	ja	nein
Ich kann die Wohnung wegen Krankheit nicht verlassen.	( )	( ) ( )
Ich möchte meine Ruhe haben.	( )	( ) ( )
Ich kenne das Angebot nicht.	( )	( ) ( )
In Gegenwart anderer fühle ich mich unsicher und gehemmt.	( )	( ) ( )
Ich habe ausreichend Gesprächsmöglichkeiten.	( )	( ) ( )
Ich weiß nicht, wo es hier einen Mittagstisch gibt.	( )	( ) ( )
Der Weg dahin ist zu weit und zu beschwerlich.	( )	( ) ( )
Sonstiges ( bitte angeben )	( )	( ) ( )

23. Ggf.: Kennen Sie hier in der Nähe andere Teilnehmer des Angebots "Essen auf Rädern"?

Ja ( )            Nein ( )            Anzahl ( )

24. Ggf.: Haben Sie Kontakt zu Ihnen?

sehr häufig ( )            ( )            ( )            ( )            ( )            nie

Bei den Fragen ging es bis jetzt um die Essensversorgung. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit den übrigen Mahlzeiten und Ihren Ernährungsgewohnheiten allgemein.

25. Ggf.: Wenn Sie am Wochenende oder an Feiertagen keine Mahlzeit bekommen, wie verpflegen Sie sich da?

- ( ) Ich bereite mir selbst ein warme Mahlzeit zu.
- ( ) Ich muß leider auf eine warme Mahlzeit verzichten.
- ( ) Einmal in der Woche verzichte ich gerne auf eine warme Mahlzeit.
- ( ) Angehörige, Nachbarn oder Freunde bereiten mir ein Mahlzeit zu (bitte angeben, wer).
- ( ) Manchmal werden ich eingeladen.
- ( ) Ich esse die Reste vom Vortag.
- ( ) Ich bereite mir ein Fertiggericht/eine Konserve zu.
- ( ) Ich taue mir Tiefkühlkost auf.
- ( ) Sonstiges (bitte angeben)

26. Wie versorgen Sie sich bei den übrigen Mahlzeiten des Tages (Frühstück, Abendbrot und weitere Mahlzeiten)?

- Ich bereite mir selbst die Mahlzeiten zu.  
 Angehörige/Bekannte bereiten mir die Mahlzeiten zu (bitte angeben wer).  
 Ich esse sonst kaum etwas.  
 Sonstiges (bitte angeben).

27. Wie häufig essen Sie folgende Lebensmittel?

	täglich	oft	gelegentlich	selten/nie
Obst, frisch	( )	( )	( )	( )
Obst, Konserve	( )	( )	( )	( )
Obstsft	( )	( )	( )	( )
Gemüse, gekocht	( )	( )	( )	( )
Gemüse, roh	( )	( )	( )	( )
Blattsalat	( )	( )	( )	( )
Kartoffeln	( )	( )	( )	( )
Milch	( )	( )	( )	( )
Joghurt	( )	( )	( )	( )
Quark	( )	( )	( )	( )
Käse	( )	( )	( )	( )
Weißbrot	( )	( )	( )	( )
Mischbrot	( )	( )	( )	( )
Vollkornbrot	( )	( )	( )	( )
Haferflocken/Müsli	( )	( )	( )	( )
Schweinefleisch	( )	( )	( )	( )
anderes Fleisch	( )	( )	( )	( )
Wurst	( )	( )	( )	( )
Geflügel	( )	( )	( )	( )
Fisch	( )	( )	( )	( )
Eier	( )	( )	( )	( )

oft = mehrmals pro Woche, gelegentlich = mehrmals im Monat

28. Wann frühstücken Sie?

- vor 6.00                       6.00-7.00                       7.00-8.00  
 8.00-9.00                       9.00-10.00                       später als 10  
 ich frühstücke zu unterschiedlichen Zeiten

29. Was nehmen Sie zum Frühstück normalerweise zu sich?

- Tee/Kaffee                       Sonstiges:  
 Menge insgesamt  
     (Tassen)  
 Anzahl Scheiben Brot/Brötchen:  
 Belag:  
 Sonstiges:



30. Wann essen Sie zu Abend?

- vor 17.00                       17.00-18.00                       18.00-19.00  
 19.00-20.00                       20.00-21.00                       später als 21.00  
 Ich esse zu verschiedenen Zeiten zu Abend.

31. Was nehmen Sie zum Abendbrot normalerweise zu sich?

- Getränke:  
 Menge insgesamt (Anzahl der Tassen/Gläser):  
 Anzahl der Scheiben Brot:  
 Belag:  
 Sonstiges:

32. Nehmen Sie normalerweise auch Zwischenmahlzeiten ein?

(bitte in etwa angeben, welche Lebensmittel/Getränke in welchen Mengen)

- Zweites Frühstück:  
 "Kaffee und Kuchen am Nachmittag":  
 Getränke und einen "kleinen Imbiss" am Abend:  
 Sonstiges (z.B. Schlummertrunk o.ä.):

33. Unterstützen Sie Ihre Gesundheit zusätzlich durch spezielle Produkte wie z.B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate oder jodiertes Speisesalz? (bitte angeben, was):

sehr häufig ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) nie

34. Menschen reagieren ganz unterschiedlich: Manche haben in bestimmten Situationen mehr, andere weniger Appetit. Wieder andere haben immer den gleichen Appetit. Wie ist Ihr Appetit in folgenden Situationen:

	steigt	sinkt	unverändert
Ärger/ Streit/ Konflikt	( )	( )	( )
Eile/ Hetze	( )	( )	( )
Langeweile	( )	( )	( )
Kummer/ Trauer	( )	( )	( )
Einsamkeit	( )	( )	( )

35. Welche Bedeutung hat jetzt Essen für Sie? Welche Sätze treffen auf Sie zu?

ja            nein

- Das Essen gehört zu den schönen Dingen des Tages.  
   Essen ist für mich nur notwendige Nahrungsaufnahme.  
   Während des Essens fühle ich mich meistens wohler als zu anderen Zeiten.  
   Essen ist für mich eher eine lästige Pflicht.  
   Ich esse gern.  
   Essen ist für mich mit Unwohlsein verbunden.  
   Gemeinsam mit Freunden oder Angehörigen zu essen, ist ein schönes Erlebnis für mich.  
   Ich freue mich über liebevolle Zubereitung und ansprechendes Äußeres, denn Essen ist auch etwas fürs Auge.  
   Mir ist Essen ziemlich unwichtig.  
   Ich kann wegen gesundheitlicher Probleme nur mit Beschwerden essen. ( bitte angeben )

36. Welche Bedeutung hatte Essen früher für Sie? Welche Sätze hätten früher auf Sie zugetroffen?

ja            nein

- Das Essen gehörte zu den schönen Dingen des Tages.  
   Essen war für mich nur notwendige Nahrungsaufnahme.  
   Während des Essens fühlte ich mich meistens wohler als zu anderen Zeiten.  
   Essen war für mich eher eine lästige Pflicht.  
   Ich habe gerne gegessen.  
   Essen war für mich mit Unwohlsein verbunden.  
   Gemeinsam mit Freunden oder Angehörigen zu essen, war ein schönes Erlebnis für mich.  
   Ich habe mich über liebevolle Zubereitung und ansprechendes Äußeres gefreut, denn Essen war auch etwas fürs Auge.  
   Mir war Essen ziemlich unwichtig.  
   Ich konnte wegen gesundheitlicher Probleme nur mit Beschwerden essen. ( bitte angeben )

37. Gehen Sie auch manchmal - vielleicht mit Freunden oder Bekannten - in einer Gaststätte essen?

sehr häufig                                      sehr selten     nie

38. Haben Sie früher gekocht?

sehr häufig              sehr selten     nie

39. Haben Sie gerne gekocht?

sehr gern ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) sehr ungern

40. Glauben Sie, daß die Art der Ernährung wichtig ist für die Gesundheit?

ja, sehr wichtig ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) nein, ganz unwichtig

41. Trifft das auch für Sie persönlich und Ihre Gesundheit zu?

ja ( ) ( ) nein

42. Was gehört für Sie zu einem gesunden Essen dazu? Was gehört nicht dazu? Was verstehen Sie unter gesundem Essen?  
( freie Antwort notieren )

43. Würden Sie sich gern gesundheitsbewußter ernähren, als Sie es jetzt tun?

ja, sehr gern ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) nein, sehr ungern

44. (ggf. :) Was würden Sie gerne ändern?  
( Freie Antwort notieren )

45. Woran scheiterte bis jetzt eine gesundheitsbewußtere Ernährung? Was könnte Sie hindern, sich gesundheitsbewußter zu ernähren?

- ( ) Mir fehlen Informationen, wie ich mich gesundheitsbewußter ernähren kann.
- ( ) Gesundheitsbewußte Ernährung ist sehr aufwendig.
- ( ) Gesundheitsbewußte Ernährung ist sehr teuer.
- ( ) Mir schmecken herkömmliche Mahlzeiten besser.
- ( ) Ich bin an das herkömmliche Essen gewöhnt.
- ( ) Ich habe mir noch keine Gedanken darüber gemacht.
- ( ) Ich ernähre mich auch jetzt schon gesund.
- ( ) Sonstiges ( bitte angeben )

**Teil B****Gesundheit, Wohlbefinden, Aktivitäten****Nun geht es um Ihre Gesundheit und Ihren Lebensalltag.**

1. Wie wichtig ist Gesundheit für Sie?

- gar nicht
- in geringem Maße
- in mittlerem Maße
- in hohem Maße
- in sehr hohem Maße

2. Wie gesund sind Sie?

- gar nicht
- in geringem Maße
- in mittlerem Maße
- in hohem Maße
- in sehr hohem Maße

3. In absehbarer Zeit wird es mit meiner Gesundheit ...

- schlechter werden
- gleich bleiben
- besser werden
- das kann ich nicht abschätzen

4. Können Sie selbst etwas für Ihre Gesundheit tun?

- gar nichts
- etwas
- sehr viel
- das kann ich nicht abschätzen

5. Mit meiner Gesundheit bin ich ...

- sehr unzufrieden
- überwiegend unzufrieden
- etwas unzufrieden
- weder zufrieden, noch unzufrieden
- etwas zufrieden
- überwiegend zufrieden
- sehr zufrieden

6. Leiden Sie an Krankheiten, die Sie ans Haus binden oder sonst in irgendeiner Weise in Ihrem Alltag beeinträchtigen?

(freie Antwort notieren)

- Gehstörungen
- Sehstörungen
- Störungen der Verdauungsorgane:
  - Kauschwierigkeiten/-störungen (bei welchen Lebensmitteln besonders stark?)
  - Schluckbeschwerden
  - Magen-Darm-Beschwerden/ -erkrankungen (evtl. chronische Erkr., Entzündungen oder Verdauungsstörungen):
  - Lebererkrankungen
  - Gallebeschwerden / Gallensteine
  - Diabetes mellitus
- Gicht / Rheuma
- Arteriosklerotische Erkrankungen (dazu zählen z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Angina pectoris, Bluthochdruck, Infarkt oder Schlaganfall in der Vergangenheit):
- Nierenbeschwerden/ -steine
- häufige Infektionen
- schlechte Wundheilung/chronische Blutungen (z.B. offenes Bein)
- Knochenbrüche in letzter Vergangenheit
- Störungen der Atmungsorgane
- Orientierungsstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Ängste
- Kreislaufbeschwerden
- "Altersschwäche"
- Sonstige Beschwerden (bitte angeben, wie z.B. erhöhter Cholesterinspiegel,...)

7. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?  
(Beginn und Verlauf der Beschwerden beschreiben)

8. Nehmen Sie Medikamente ein?            ja            nein

9. Wenn ja, um welche Medikamente handelt es sich?  
 Allgemeine Stärkungsmittel  
 Schlafmittel  
 Abführmittel  
 Herzstärkungsmittel  
 Antibiotika  
 Sonstige (bitte Anwendungsgebiete angeben - falls diese unbekannt, bitte Präparatnamen):

10. Rauchen Sie?            ja, seit.....  
                                   nein  
                                   ich habe früher geraucht von....bis....

11. Machen Sie Spaziergänge?

- täglich
- mehrmals wöchentlich
- etwa einmal wöchentlich
- sehr selten
- nie (seit wann nicht mehr?)

12. Durchschnittliche Dauer:

- weniger als 10 Minuten
- 10 Minuten bis halbe Stunde
- halbe Stunde bis Stunde
- mehr als eine Stunde

13. (ggf.): Machen Sie gern Spaziergänge?

sehr gern      sehr ungern

14. (ggf.): Sind Sie dabei auf Begleitung angewiesen?

ja  nein

15. Halten Sie sich zwischendurch öfter draußen auf, wie z.B. auf dem Balkon oder im Garten?

nie      sehr häufig

16. Fahren Sie gern Rad?

sehr gern      sehr ungern

17. Treiben Sie Sport? (Schwimmen, Wandern o.ä.)

- täglich
- mehrmals wöchentlich
- etwa einmal wöchentlich
- sehr selten
- nie

18. Fahren Sie Auto?

- täglich
- mehrmals wöchentlich
- etwa einmal wöchentlich
- sehr selten
- nie

19. Fahren Sie gern Auto?

sehr gern      sehr ungern

20. Erledigen Sie Ihre Besorgungen (Einkäufe etc.) selbst?

- Ich mache alles selbst.
- Einiges kann ich nicht mehr selbst erledigen.
- Ich kann nur noch wenig selbst erledigen.
- Ich bin vollständig auf fremde Hilfe angewiesen.

21. Gegebenenfalls: Wer hilft Ihnen?

- Partner/in
- Kinder
- Andere Angehörige
- Nachbarn
- Wohlfahrtsverband (wer?)

22. Wenn Sie z.B. bei einem Amt einen Antrag stellen müssen oder einen Fragebogen ausfüllen müssen, können Sie das selbst erledigen?

- Ich mache alles selbst.
- Einiges kann ich nicht mehr selbst erledigen.
- Ich kann nur noch wenig selbst erledigen.
- Ich bin vollständig auf fremde Hilfe angewiesen.

23. Lesen Sie eine Tageszeitung?

- täglich
- mehrmals wöchentlich
- etwa einmal wöchentlich
- etwa einmal monatlich
- nie (ggf.: seit wann nicht mehr?)

24. Haben Sie einen Garten?

- ja       nein

25. Bauen Sie Gemüse oder Kräuter an?

- ja       nein

26. Sind Sie in einem Verein oder Klub?

- ja       nein

27. Nehmen Sie am Vereins-/Klubleben teil?

- ja       nein

28. Haben Sie eine Funktion im Verein/Klub?

( ) ja (welche?) ( ) nein

29. Haben Sie ein Hobby, dem Sie nachgehen?

( ) ja (welches?) ( ) nein

30. Womit beschäftigen Sie sich während des Tages?  
( freie Antwort notieren )

31. Was würden Sie gern in Ihrem Tagesablauf ändern?  
( freie Antwort notieren )

**Die Fragen, die jetzt folgen, beziehen sich auf Ihr Leben und Ihre Einstellung zum Leben.**

32. Glauben Sie, daß Sie in Ihrem Leben vom Schicksal benachteiligt worden sind?

trifft genau zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft nicht zu

33. Sind Sie mit Ihrem Leben zufrieden?  
( freie Antwort notieren )

34. Würden Sie in Ihrem Leben gerne etwas ändern?  
( freie Antwort notieren )



35. Was würden Sie gern in Ihrem Leben ändern?  
( freie Antwort notieren )

36. Wenn Sie auf Ihr Leben zurückblicken, glauben Sie, daß widrige Lebensumstände den Verlauf Ihres Lebens maßgeblich bestimmt haben?

trifft genau zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft nicht zu

37. Haben Sie in Ihrem Leben das erreicht, was Sie erreichen wollten?

trifft genau zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft nicht zu

38. Gab es sehr viele Ereignisse in Ihrem Leben, gegen die Sie sich nicht wehren konnten?

trifft genau zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft nicht zu

39. Manche sagen: " Ich habe mein Leben eigentlich immer selbst in die Hand genommen." Trifft das auch auf Sie zu ? Konnten auch Sie das?

trifft genau zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft nicht zu

40. Stimmt es mit Ihren persönlichen Erfahrungen überein, daß man aus seinem Leben etwas machen kann, wenn man es nur will?

trifft genau zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft nicht zu

41. Jeder Lebensabschnitt hat Vor- und Nachteile, aber wenn Sie sich entscheiden sollten, welcher Lebensabschnitt für Sie am schönsten war, was würden Sie sagen?

( ) Kindheit (bis 10 Jahre)

( ) Jugend (bis 20 Jahre)

( ) Jüngerer Erwachsenenalter (bis 40 Jahre)

( ) Reifes Erwachsenenalter (bis 65 Jahre)

( ) Das Rentenalter (ab 65 Jahre)

( ) Der jetzige Lebensabschnitt

( ) Mir ging es in jedem Lebensabschnitt überwiegend gut.

( ) Mir ging es in jedem Lebensabschnitt überwiegend schlecht.

**Teil C****Daten zur Person**

1. Geschlecht :                    ( ) weiblich                    ( ) männlich

2. Größe:            (    )  
Gewicht:            (    )

3. Alter:    Wie alt sind Sie?

- ( ) 39 und jünger
- ( ) 40-49
- ( ) 50-59
- ( ) 60-69
- ( ) 70-79
- ( ) 80-89
- ( ) 90 und älter

4. Familienstand: Welchen Familienstand haben Sie?

- ( ) ledig
- ( ) verheiratet
- ( ) verwitwet
- ( ) geschieden/getrennt

5. Kinder:                    Anzahl (    )

6. Soziale Wohnsituation: Leben Sie mit jemandem zusammen?

- ( ) alleinlebend
- ( ) zusammenlebend mit Partner
- ( ) zusammenlebend mit Kind(ern)                    (    ) (Anzahl)
- ( ) zusammenlebend mit anderen Angehörigen (bitte angeben)
- ( ) zusammenlebend mit anderen Personen (bitte angeben)

7. Telefon:

- ( ) ja    ( ) nein

8. Räumliche Wohnsituation:

- ( ) städtisch
- ( ) dörflich
- ( ) ländlich

(    ) Anzahl der Wohnungen im Haus  
Entfernung zum nächsten Nachbarn: (    ) Meter

9. **Schulbildung:** Haben Sie einen schulischen Abschluß? Wenn ja, welchen?

- kein Abschluß
- Abschluß 6. Klasse
- Abschluß 8. Klasse
- Abschluß der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule (10. Klasse)
- Fachschulabschluß
- Abitur
- Studium

10. **Berufsgruppen:** Welchen Beruf haben Sie?

- ungelernt
- Facharbeiter, Handwerker, Landwirte u.ä.
- Angestellte/r
- selbständig
- Ingenieur/in, leitende/r Angestellte/r o.ä.

11. **Derzeitige Tätigkeit:** Welche Tätigkeit üben Sie im Moment aus?

- Rente/Pension
- Ganztagsbeschäftigung
- Teilzeitbeschäftigung (     ) Stunden pro Woche
- Arbeitslos
- Hausfrau/Hausmann

12. **Wenn Sie ihre finanzielle Situation beschreiben sollten, was würden Sie sagen?**

- ich habe das Nötigste
- ich komme ganz gut zurecht
- ich habe keinerlei finanzielle Sorgen

**An dieser Stelle möchte ich mich bei Ihnen bedanken, daß Sie soviel Geduld hatten und sich für diese Fragen soviel Zeit genommen haben.**

D. ErgänzungenEinschätzungen der Interviewerin im Anschluß an das Interview:**1. Soziale Erwünschtheit:**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**2. Offene, vertrauensvolle Atmosphäre**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**3. Gereiztheit oder Spannungen**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**4. Zeitdruck**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**5. Ernsthaftigkeit**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**6. Probleme bei der Durchführung aufgrund von Verwirrtheit,  
Senilität o.ä.**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**7. Ermüdungserscheinungen im Verlauf des Interviews**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**8. Soziale Kompetenz**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**9. Selbstbewußtsein und Selbstsicherheit**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**10. Interesse an Veränderungen/Verbesserungen**

trifft sehr zu ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) trifft überhaupt nicht zu

**11. Dauer des Interviews:** ( ) Minuten**12. Besonderheiten/Bemerkungen**

## Kodierungsschlüssel für die Fragebögen

( / ) = Kodierungsschlüssel

( befindet sich auf der ersten Seite des Fragebogens oben rechts )  
Der Kodierungsschlüssel ist notwendig, um die Auswertung der Interviews zu ermöglichen, ohne daß eine Identifizierung der Gesprächspartner durch den Namen geschehen muß.

Die erste einzusetzende Ziffer gibt an, zu welcher Gruppe der/die Interviewte/r gehört.

- 1= Bezieher/in von Essen auf Rädern schon vor der Wende
- 2= Bezieher/in von Essen auf Rädern erst seit der Wende
- 3= Teilnehmer/in am stationären Mittagstisch
- 4= Bewohner/in eines Altersheimes

Die zweite einzusetzende Buchstaben- und Ziffernkombination gibt an, welche Interviewerin das Interview geführt hat und welche laufende Nummer der Fragebogen hat.

Der Buchstabe gibt dabei die Interviewerin an (Abkürzung des Nachnamens durch einen Buchstaben, z.B. "S" für Frau Schmidt). Die dann folgende Ziffer ist die Durchnummerierung der geführten Interviews, also z.B. "S 5" für das fünfte von Frau Schmidt geführte Interview.

**Beispiel:** Kodierungsschlüssel (3 /M 3)

- würde bedeuten, daß der Interviewpartner zu der dritten Gruppe der Interviewten gehört, also Teilnehmer/in am stationären Mittagstisch ist und daß es sich hier um das dritte von Frau Müller geführte Interview handelt.