

Bestandsaufnahme der Netzwerkstrukturen und Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe 65+ im Bezirk Hamburg-Bergedorf und deren Zugangsmöglichkeiten.

**Bachelorarbeit
Department Gesundheitswissenschaften**

Erstgutachter:	Prof. Dr. Wolf Polenz
Zweitgutachterin:	Dr. Astrid Benneckenstein
Matrikelnummer:	2057071
Abgabetermin:	16. März 2015
Zeichen (mit Leerzeichen):	49.993

Vorwort

Die Erhebung wurde im Rahmen einer studentischen Tätigkeit am Department Life Science an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg-Bergedorf und zur Ablegung der Bachelor Thesis im Fach Gesundheitswissenschaften, durchgeführt.

Mein Dank gilt dem HAW-HASIC Team und all meinen Wegbegleiter.

Für meine Kinder.

Anmerkung: Die Verwendung nur der männlichen oder nur der weiblichen Schreibform erfolgt lediglich zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit der Texte und schließt die jeweils andere Schreibform sinngemäß mit ein. Bei Verwendung von geschlechtsspezifischen Schreibformen sind grundsätzlich Personen beiderlei Geschlechtes gemeint.

Abbildungsverzeichnis

Grafik 1: Lebenswelten- Die Ottawa Charta, Quelle: WHO 1986

Eigene Darstellungen:

Grafik 2: Geschlechterverteilung bei der (Zielgruppe)

Grafik 3: Einfluss auf die eigene Gesundheit (Zielgruppe)

Grafik 4: Möglichkeiten der Gesundheitsprävention (Zielgruppe)

Grafik 5: Geschlechterverteilung bei der Teilnahme

Grafik6: Bevorzugte Informationswege von Angeboten (Zielgruppe)

Grafik 7: Gründe für die Nicht-Teilnahme

Grafik 8: Multiplikatoren für die Präventionsarbeit bei der Zielgruppe in Bergedorf

Grafik 9: Nutzung der Angebote (Zielgruppe)

1. Zusammenfassung	11
2. Hintergrund	12
2.1 Zweiter Bericht zur Gesundheit älterer Menschen in Hamburg	12
2.1.1. Das EU-Projekt HASIC	12
2.2. Begriffsdefinition	13
2.2.1 Experten	13
2.2.1 Gesundheitsförderung	13
2.2.2 Prävention	13
2.3. Lebenswelten- Die Ottawa Charta	14
2.4 Soziale Teilhabe	15
2.5 Setting: Hamburg-Bergedorf	15
2.6 Die Zielgruppe	16
3. Methodik	16
3.1. Persönliches Vorgehen	16
3.1.2. Methodikwahl	17
3.2 Zugang und Rekrutierung der Zielgruppe	17
3.2 Die Befragung der Zielgruppe	17
3.3 Studienpopulation	18
4. Die Befragung	18
4.1 Der Fragebogen für die Zielgruppe 65+	18
4.2 Die Fragen	19
4.3 Ziel der Befragung	21
5. Methodik: Experteninterviews	21
5.1. Validität	22
5.2. Auswahl und Rekrutierung der Experten	22
5.3. Expertenerhebung 1: Der Interviewleitfaden	23
5.4. Expertenerhebung 2: Der Fragebogen	23
6. Ergebnisse der Befragungen	24
6.1 Ergebnisse der Zielgruppe	24
6.2 Alter	24
Subjektives Gesundheitsempfinden nach Geschlecht:	25

7. Ergebnisse Experten	29
8. Einschränkungen	36
8.1 Studienpopulation und Teilnahme	36
8.2 Kurzfristige Methodenergänzung/ bias	36
8.3 Bereich Alkohol	36
8.4 Soziale Erwünschtheit	36
9. Triangulation der Ergebnisse und Diskussion	37
10. Handlungsempfehlungen	39
10.1 Handlungsempfehlung: an das KGFM/ Politikebene	39
10.3 Handlungsempfehlung an HASIC	41
11. Literaturverzeichnis	42

1. Zusammenfassung

In aller Munde und als zentrale Problemstellung für Politik und Gesellschaft ist der demographische Wandel unabwendbar (vgl. Bogers, et al. 2005, S.8). Zudem zeigt sich der rapide Anstieg der nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) als strategiebedürftige Herausforderung für das 21. Jahrhundert (INFORM 2011, S.13). Die Erkenntnis der reinen Utopie vom Menschen, der im hohen Alter „automatisch“ einen gesunden Lebensstil ausführt, führt zu einem neuen Denken- Vergangenes scheint das alte Gedankengut: Im Alter sei eine Verhaltensänderung nicht mehr möglich (vgl. Wittchen&Hoyer 2006, S.283). Gegenwärtig wird international unter dem Motto „Healthy Ageing“ angestrebt, Menschen im dritten Lebensabschnitt zu einem gesünderen Lebensstil zu verhelfen (vgl. Bogers, et al. 2005, S.8). Das Projekt „Healthy Ageing: a Longitudinal study“ (HALS), ein Zusammenschluss des Swedish National Institute of Public Health in Europe (SNIPH), der WHO und 8 weiteren Partnern, brachte 2006 die „Healthy ageing-a CHALLENGE for EUROPE“ raus. In dem Bericht, definiert das Projekt den Begriff „Healthy Ageing“ als Prozess der Optimierung, von Chancen älterer Menschen, bezogen auf die physische, soziale und psychische Gesundheit. Durch Unabhängigkeit und frei von gesellschaftlicher Diskriminierung, soll es älteren Menschen möglich sein eine gute Lebensqualität zu genießen (SNIPH 2006, S. 16). Der 2013 erschienene GLOBAL ACTION PLAN for the PREVENTION and CONTROL of NONCOMMUNICABLE DISEASES (Global action plan) der Weltgesundheits Organisation (WHO) gibt Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen, die auf die vier Bereiche, gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung, mäßiger Alkoholkonsum und dem Tabakkonsum ausgerichtet sind (vgl. WHO 2013a, S. 8). Mit dem Fokus auf die physische (und die psychische) Gesundheit, soll der physiologische Alterungsprozess verlangsamt und die möglichen, daraus folgenden Einschränkungen, minimiert werden. Hierfür streben in Deutschland „Bund, Länder und Kommunen an, eine Vorbildfunktion zu übernehmen“ (INFORM 2011, S.16).

Mit dieser Arbeit soll die Präventionslandschaft im Bezirk Hamburg-Bergedorf bezüglich eines gesunden Lebensstils für ältere Menschen (65+) erfasst werden. Zudem sollen die Ergebnisse dieser Arbeit dem HASIC Projekt dienen, in seiner Arbeit „die Qualität der Dienstleistungen für ältere Menschen durch die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen öffentlichen, privaten und Non-Profit-regionalen Akteuren zu verbessern“ (HASIC.com 2014).

2. Hintergrund

Die Anzahl der Pflegebedürftigen über 60 Jahren steigt stetig, so ist bis zum Jahr 2050 weltweit mit einer Verdopplung von 11% auf 22% zu rechnen (vgl. WHO 2013a). Der Bundesrepublik Deutschland (BRD) wurde bereits für das Jahr 2030 eine Anzahl von rund 3,4 Millionen Pflegebedürftigen prognostiziert. Bei diesen Prognosen sieht (nicht nur) die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „einen großen präventiven Handlungsbedarf“ (Lebe_in_Balance.de 2014). Auch das Robert-Koch Institut (RKI) regt die Suche nach Strategien zur Behebung der „demographischen Fehlentwicklung“ an (RKI 2001, S.5).

2.1 Zweiter Bericht zur Gesundheit älterer Menschen in Hamburg

In der Großstadt Hamburg wurde die Relevanz eines Handlungsbedarfes durch die Ergebnisse des zweiten Berichtes zur Gesundheit älterer Menschen in Hamburg (HGb2), unterstrichen. In einer repräsentativen Stichprobe (N=1200, CAT-Interview) ergab sich, dass gut ein Drittel der Hamburger Senioren, zwischen 60-90 Jahren vermeidet „ins Schwitzen zu kommen“ (HGb2 2012, S.64). Bei einem Durchschnittsalter von 71 Jahren hatte zum Zeitpunkt der Befragung (2009) über die Hälfte der Teilnehmer noch nie eine gesundheitsfördernde Maßnahme in Anspruch genommen. Zudem zeigte sich, dass die soziale Teilhabe mit zunehmendem Alter immer mehr mit dem Faktor „Mobilität“ zusammenhängt. Wurden die Teilnehmer nach ihrem sozialen Netzwerk befragt, gab fast ein Drittel an, dass sie über ein „nicht komplett tragfähiges“ soziales Netzwerk verfügen. In dieser Gruppe zeigte sich, dass das Träger der Merkmalen „Mann“ mit einem „niedrigen sozioökonomischen Status“ ein erhöhtes Risiko für ein nichttragfähiges soziales Netzwerk hat (HGB2 2012, S.64).

2.1.1. Das EU-Projekt HASIC

Auf Grundlage, der bereits genannten Handlungsempfehlungen der WHO, hat die EUROPEAN COMMISSION EXECUTIVE AGENCY for HEALTH and CONSUMERS, als eine Maßnahme das EU-Projekt „Healthy Ageing Supported by Internet and Community“ (HASIC) initiiert. Das Projekt verfügt über ein Budget von 1 Millionen Euro, welches sich auf wissenschaftliche Einrichtungen in den 7 beteiligten Länder (Spanien, Ungarn, Estland, Niederlande, Finnland, Norwegen und Deutschland) aufteilt (HASIC.com 2014). Als Partner für Deutschland agiert die Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg-Bergedorf.

Das Ziel des Projektes ist es, der Zielgruppe 65+ über einen Zeitrahmen von 2,5 Jahren (2014-2016) mit Angeboten auf kommunaler Ebene und medienbasiert (Internet) zu einem gesunden Lebensstil zu verhelfen. Angelehnt an die im action plan (vgl. WHO 2010, S.8) genannten Bereiche vom gesunden Lebensstil, fokussiert sich das Projekt auf "eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, einen mäßigen Alkoholkonsum." (HASIC.de 2014) Der Risikofaktor „Tabakkonsum“ wurde nicht berücksichtigt, dafür wurde die „soziale Teilhabe“ als ein präventiver Faktor bei der Entstehung von (psychischen) Krankheiten gesehen (WHO 2013b) und miteingebunden. Es wird eine langfristige Integration der etablierten Angebote im Bezirk und die Erhaltung des Internetsangebotes angestrebt.

2.2. Begriffsdefinition

2.2.1 Experten

Aus soziologischer Sichtweise sind Experten, Personen zu deren Aufgaben „ die Beteiligung an gesellschaftlichen Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen“ gehört. Die Rolle als Experte begründet sich auf eine bestimmte Ausbildung oder Stellung innerhalb einer Institution (Mieg 2005).

2.2.1 Gesundheitsförderung

Als erforderliche Vorstufe für die präventive Arbeit, ist die Gesundheitsförderung das Instrument welches auf höchster Ebene (Gesundheitssektor und allen Politikbereichen),(nicht therapeutischen) Maßnahmen zum Schutz und Förderung der Gesundheit von (noch gesunden) Personen und komplette Organisationen festlegt. Die Arbeitsweisen der Gesundheitsförderung verstehen sich als interdisziplinär und zielen auf die Teilhabe der Bürger ab. (vgl. Niedersächsische Kommission Gesundheitsförderung 1992, S. 5; z). Waller umschreibt die Aufgaben der Gesundheitsförderung als ressourcenorientierte Befähigung zur Gesundheitsstärkung von Individuen bei der es gilt „{..} ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen“ (Waller, 2006, S. 25).

2.2.2 Prävention

Die Handlungsebenen der Prävention gliedert sich in drei Bereiche: die Primär, die sekundär und terziärprävention. Unter der Primärprävention ist das Reduzieren von Risikofaktoren bei bestimmten Zielgruppen oder Organisationen und das Verhindern

von speziellen Erkrankungen zu verstehen. Die Primärprävention ist Kompetenzfördernd ausgerichtet. Bei bereits bestehenden Symptomen greift die sekundäre Prävention welche sich auf Personen oder Arbeitssysteme fokussiert und die, die „frühzeitige Erkennung von Störungen und deren Behebung bzw. die Verhinderung einer Chronifizierung“ zum Ziel hat. Die tertiär Prävention beschreibt die Unterstützung zur Bewältigung und Handhabung bei bestehender Behinderung oder chronischen Krankheit. Zudem findet sich in diesem Präventionsbereich die Rückfallprophylaxe bei Chronikern (vgl. Wittchen & Hoyer, 2006, S.340).

2.3. Lebenswelten- Die Ottawa Charta

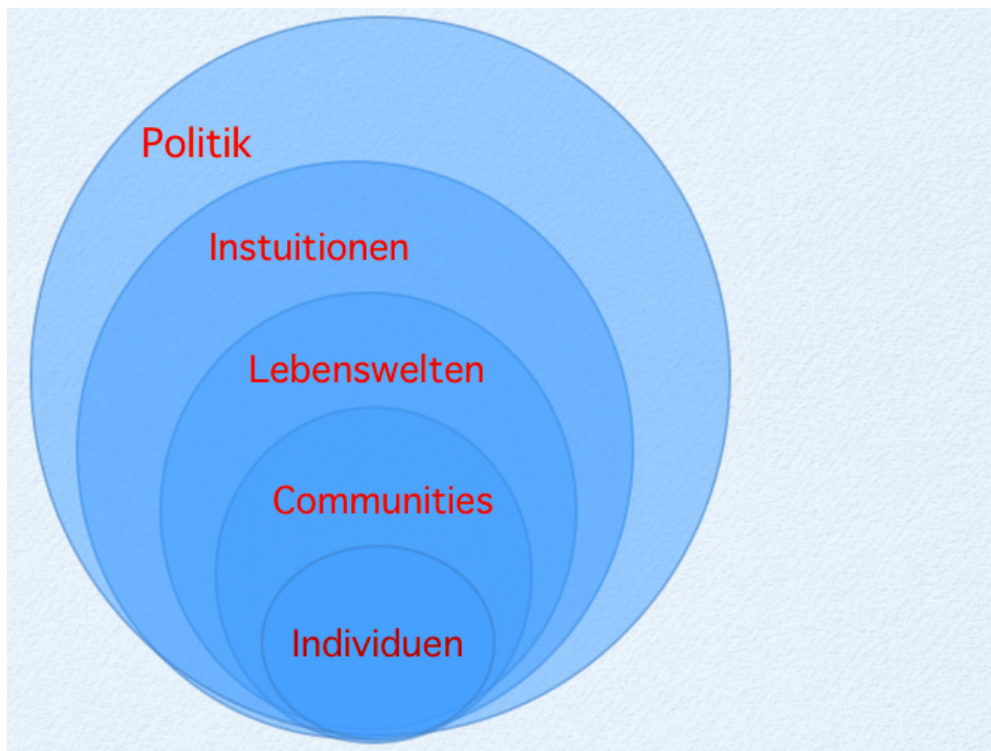


ABB. 1

Mit der Zielsetzung: Bis zum Jahr 2000 die „Gesundheit für alle“ zu ermöglichen trafen 1986 hochrangige politische Akteure, auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, aufeinander. Getrieben von der festen Überzeugung, dass wenn allen Bereichen im Alltags eines Menschen berücksichtigt werden, wenn die verschiedenen Entscheidungs- und Handlungsebenen „ihre Kräfte entsprechend den moralischen und sozialen Werten {...} vereinigen und Strategien der Gesundheitsförderung entwickeln“ das Ziel im Jahre 2000 und darüber hinaus, verwirklicht werden kann (vgl. WHO 1986).

2.4 Soziale Teilhabe

Die soziale Teilhabe spielt besonders bei der Bewältigung von Stress (Coping-Strategy) eine wichtige Rolle. Fehlt es den Menschen an ausreichender sozialer Teilhabe, greifen sie vermehrt auf eine gesundheitsschädliche Bewältigung zurück (vgl. Franzkowiak 1996, S. 30). Es lässt sich feststellen, dass eine soziale Integration (Teilhabe) in verschiedenen sozialen Netzwerken, bei der „Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit“ unterstützend wirken und „das Risiko externer gesundheitsschädigender Einflüsse“ senken kann (Waller 2006, S. 29ff.).

2.5 Setting: Hamburg-Bergedorf

Mit rund 123.000 Einwohnern ist Bergedorf, ein größerer Bezirk der Hansestadt Hamburg. Die Gruppe der 45-60 jährigen macht davon 20 % aus. Im Alter von 60-65 Jahren sind 5 % der Einwohner und 18 % der Bergedorfer sind über 65 Jahren. Der Bezirk Bergedorf setzt sich aus sehr unterschiedlichen Stadtteilen zusammen, dies lässt sich besonders gut an der regionalen Verteilung von Migranten aufzeigen: Findet sich im Stadtteil „Vier- und Marschlande“ ein Migrationsanteil von unter 10%, werden die Stadtteile Neu-Allermöhe und Lohbrügge als Hochburg für russischstämmiger Bevölkerung in Hamburg betitelt. „Jeder dritte Bergedorfer mit Migrationshintergrund hat als Bezugsland einen der 15 Staaten der ehemaligen Sowjetunion“ (statistik-nord.de 2013).

2.6 Die Zielgruppe

Die Zielgruppe setzt sich aus Frauen und Männern ab 65 Jahren zusammen. Mit dem Hinblick darauf, dass allein in der Altersgruppe von 70 bis 85 Jahren „die meisten Personen an einer oder mehreren Erkrankungen {leiden und } mehr als ein Viertel {..} sogar fünf und mehr Erkrankungen gleichzeitig“ hat (HGb2 2012). Ist bei der Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Zielgruppe, darauf zu achten, dass diese nicht die generelle Krankheitsvermeidung zum Ziel hat. Folgend schließt die Zielgruppe nicht nur Gesunde sondern auch Kranke, bzw. Menschen mit einem Handicap, ein. Für Senioren stellt sich neben dem zunehmende Verlust von „Dingen“ oder Fähigkeiten, besonders der Übergang vom Beruf in den Ruhestand als „kritisches oder unkritisches“ Erlebnis da.

Migration: Im Jahr 2012 lag der Migrationsanteil innerhalb der Altersgruppe 65+ bei ca. 16%.

Als zentrale Fragestellungen für diese Arbeit ergaben sich:

- Wie ist die Struktur der Bergedorfer Angebote für Prävention, im Bezug auf die Zielgruppe?
- Hat die Zielgruppe 65+ einen uneingeschränkten Zugang zu Bergedorfer Präventionsangeboten?
- Besteht aktuell und auch zukunftsprospektiv ein Optimierungsbedarf in der Netzwerkarbeit der Bergedorfer Akteuren im Bereich der Präventionsangebote für die Zielgruppe 65+?

3. Methodik

3.1. Persönliches Vorgehen

Es wurden 10 Experten aus dem Bezirk per Leitfaden interviewt und 55 Senioren ab 65 Jahren mittels Onlinefragebogen befragt. Abhängig von der Methodenart werden die erhobenen Daten mit SPSS/ Numbers oder MaxQDA ausgewertet. Das Hauptmerkmal lag auf dem Zugang, die Zielgruppenorientierung, die Barrierefreiheit und die Informationsverteilung von Angeboten.

3.1.2. Methodikwahl

Um die Validität der Ergebnisse zu erhöhen und deren Aussagekraft zu bestärken, ist die Datenerhebung mittels qualitativer und quantitativer Sozialforschung gewählt. Die Wahl für die Methoden Triangulation begründet sich mit dem Ziel, das erfasste Expertenwissen zu operationalisieren und ggf. unterstützt durch die erhobenen Daten (Zahlen) aus der Zielgruppenbefragung das „Gesagte“ der Experteninterviews zu kontrastieren.

3.2 Zugang und Rekrutierung der Zielgruppe

Die Aufforderung zur Teilnahme an der Onlinebefragung wurde per Email an 66 Multiplikatoren versandt. Es wurden gezielt Empfänger aus vielseitigen Bereichen kontaktiert, neben Pflege- und Sozialstationen wurden auch Wohnprojekte, Geschäfte und andere Dienstleister aus dem Bezirk Bergedorf und Umgebung angeschrieben. Die Kontaktemail enthielt die Bitte, die Email an Kunden, Patienten, Bekannte oder Freunde in dem gesuchten Alter, weiterzuleiten. Zeitgleich wurde neben der Rekrutierung via Email der Fragebogen mit einer Stückzahl von 30 Exemplaren, als ausgedruckte Version in einem Seniorentreff, einem Bürgerhaus, einem Reha-Zentrum und auf dem Wochenmarkt verteilt.

3.2 Die Befragung der Zielgruppe

Der Onlinefragebogen wurde im kostenlosen Portal „Umfrage-Online.de“ selbst erstellt und wurde vom Portal im Internet angeboten (Host). Unter einem, in der Email versandten LINK konnten die Probanden direkt auf die Befragung zugreifen. Die Befragung dauert im Durchschnitt 5 Minuten und erhielt die Funktion, das die Befragung unterbrochen und zu einem späterem Zeitpunkt weiter durchgeführt werden konnte, zudem hatten die Probanden die Möglichkeit zwischen den Fragen Vor- und Zurück zu blättern. Vor der Freischaltung des Onlinefragebogen wurde er von einer Gruppe von 5 Senioren getestet. Dieses Pretest diente dazu die, Verständlichkeit und die Handhabung des Onlinefragebogen zu testen. Hierbei lag der Fokus besonders auf der Lesbarkeit, sprich einer Zielgruppengerechten Schriftgröße und Schriftstiles. Der ausgedruckte Fragebogen war inhaltlich und auch im Hinblick auf das Layout, der

Onlineversion fast identisch, daher wurde auf ein Pre-Test mit der ausgedruckten Variante verzichtet. Im Pre-test ergaben sich für die Probanden, in den oben benannten Bereichen keine groben Schwierigkeiten. Es beteiligten sich 55 Personen an der Erhebung–Um schon im Vorfeld mögliche bias in den Ergebnissen einzudämmen, erhielten die Teilnehmer mit dem ausgedruckten Version keine Beratung oder Hilfestellung bei der Fragebogenbearbeitung.

3.3 Studienpopulation

Es wurde angestrebt eine möglichst homogene Stichprobe zu erhalten. Daher waren die einzigen Bedingungen zur Teilnahme, das Mindestalter von 65 Jahren und der Bezug zum Bezirk Bergedorf.

4. Die Befragung

Die Onlinebefragung war ab Februar 2015 für 28. Tage „aktiv“. die ausgedruckten Exemplare wurden im Bezirk Bergedorf verteilt (siehe Punkt 3.2.).

4.1 Der Fragebogen für die Zielgruppe 65+

Der eigens entwickelte Fragebogen beinhaltet neben den demographischen Angaben auch Fragen die sich auf einen (möglichen) gesunden Lebensstil beziehen. Er lehnt sich an die die geforderten Informationen aus dem Workpages 8 (HASIC-Projekt). Als Onlineversion umfasst er 11 Seiten (11 Klicks) inklusive der Begrüßungsseite und der Abschlussseite mit Danksagung. Der Fragebogen enthält 11 Fragen bzw. Aussagen/ Aussagenkomplexen. Von diesen gibt es bei 11 die Möglichkeit zum einfachen oder mehrfachen Ankreuzen der vorgegebenen Antwortoptionen und zum Hinzufügen von sonstigen Anmerkungen. Zudem gibt es eine offene Frage, die keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten bietet. Nach der Fünften Frage, der Frage zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten, wird der Proband betreffend seiner Wahl (Ja oder Nein) auf antwortspezifische Fragen umgeleitet, ab der Frage Zehn sind die Fragen wieder unabhängig vor der Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten (Frage 5).

4.2 Die Fragen

Demographische Daten

Die demographischen Daten sollten insgesamt dazu dienen, bei der Auswertung Auffälligkeiten in den verschiedenen Altersgruppen auszumachen oder Geschlechtsunterschiede berücksichtigen zu können.

Bereich der Selbstwirksamkeit und Selbsteinschätzung

In dieser Sparte werden die Teilnehmer nach Ihrer subjektiven Einschätzung und Selbstwirksamkeit im Bereich der Gesundheitsförderung, gefragt. Die Probanden sollten einen oder Mehrere Bereiche nennen, in denen Sie für sich eine Möglichkeit zur Gesundheitsförderung sehen. Zur Auswahl standen die Vier Kernelemente des HASIC Projektes: Ernährung, regelmäßige Bewegung, Alkoholkonsum und die soziale Teilhabe. Das Item „soziale Teilhabe“ wurde zur besseren Verständlichkeit noch um die „Begegnung mit anderen Menschen, Teilnahme an Aktivitäten“ ergänzt.

Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit

Für die Identifizierung von eventuellen Zusammenhänge vom Glaube an die Selbstwirksamkeit und der Nutzung von gesundheitsförderlichen Angeboten, wurde das Maß (5-stufig von sehr stark bis sehr schwach und der Antwortmöglichkeit „weiß nicht“) vom subjektive Einfluss, abgefragt.

Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten

Bei Frage 3 wurde nach der Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahme gefragt. Zum Verständnis wurden Beispiele für gesundheitsfördernde Maßnahmen genannt (die Teilnahme an Kursen, Mitgliedschaften in Sportvereinen, freies Schwimmen, die Teilnahme an Volkshochschulkursen oder regelmässigen privaten Skatrunden). Teilnehmer, die Frage 3 verneinten wurden umgeleitet zu Frage 6- den **Gründen für Ihre Inaktivität**. Als Antwortmöglichkeiten stand zur Auswahl: „Die Angebote sind mir zu teuer“, „die Angebote sind mir zu weit weg“, „ich weiß nicht, wo und wann

solche Angebote stattfinden“, „ich habe keine Zeit für solche Angebote“, „ich habe kein Interesse an solchen Angeboten“ zudem gab es unter „sonstige Gründe“ die Möglichkeit zur offenen Aussage. Bei Frage 9 waren Mehrfachantworten möglich. Zudem wurden die Inaktiven Probanden in Frage 10 gefragt, ob Sie im Falle eines Interesse an „solchen Angeboten“ und auch sonst keine Barrieren vorliegen, wissen würden wo es solche Angebote gäbe, bzw. bei wem sie sich Informationen einholen würden.

Anbiaternutzung

Die aktiven Probanden, wurden parallel befragt „wie oft Sie an diesen Angeboten teilnehmen“ (Frage 4) und wo Sie diese Angebote in Anspruch nehmen (Frage 5). Bei Frage 5 wurden 15 Anlaufstellen/ Anbieter¹ aus dem Bezirk Bergedorf vorgeschlagen, zudem bestand für die Probanden die Möglichkeit unter „sonstige“ weitere Ort zu nennen. Es waren Mehrfachantworten möglich.

Zahlungsbereitschaft und Informationskanäle

Beide Gruppen wurden unter Frage 9, nach Ihrer monatlichen Zahlungsbereitschaft für Angebote zur Gesundheitsförderung gefragt. Zur Auswahl stand ein Betrag zwischen 5-100 € (jeweils in Fünferschritten), sowie der Antwortmöglichkeit „über 100 €“ oder „Gar nichts“.

Unter Frage 10 wurden die Informationskanäle der Angebote erfragt. Neben 5² Vorschlägen, stand auch die Antwortmöglichkeit „sonstige“ mit der Option für eigene Angaben zu Verfügung. Es waren Mehrfachantworten möglich.

¹ TSG Bergedorf, Volkshochschule, VFL Lohbrügge, KIFAZ Neu-Allermöhe, Gemeinde, LOLA Kulturzentrum, Westibül in Bergedorf-West, Bille-Bad, SVNA Nettelnburg, Haus Brügge, Begleiter e.V, REHA Bergedorf, Kiesler Training, Lichtwarkhaus/ AWO, Bürgerhaus

² Zeitung, Internet, Freunde, Handzettel die öffentlich auslegen, Broschüren/ Handzettel der Anbieter

Bewertung der Angebote

Die letzte Frage, sollte zur Bewertung der Angebote generell dienen, die vorgegebenen Aussagen „interessiert mich“, „greifen meine Anliegen auf“, „sind für mich bezahlbar“, „sind für mich gut zu erreichen, barrierefrei“, „werden oft genug angeboten“, „haben keine langen Wartezeiten“ und „werden ausreichend bekannt gegeben, eine gute Werbung/ Information für die Angebote findet statt“ konnte in 5 Schritten von „trifft genau zu“ bis „trifft gar nicht zu“ von den Probanden bewertet werden.

Schlussseite: Am Ende wurde eine kurze Danksagung an die Teilnehmer aufgezeigt.

4.3 Ziel der Befragung

Mit diesem Fragenkatalog wird eine subjektive Auskunft der Zielgruppe erhofft. Welche im weiteren Schritt, dem per Interview gewonnenen Expertenwissen, gegenüber gestellt werden soll. Anhand beider Datensätze lassen sich Zusammenhänge und Unterschiede in den beiden Gruppen herauskristallisieren. Bezüglich des thematischen Ziel der Befragung, lag das Hauptmerkmal auch hier auf den Zugang, die Zielgruppenorientierung, die Barrierefreiheit und die Informationsverteilung von Angeboten.

5. Methodik: Experteninterviews

Durch ihre Position im Feld und ihre Erfahrung besitzen Experten gebündeltes Wissen. Im Rahmen eines Interviews wird es möglich dieses Wissen zielgerichtet abzufragen und so Einblicke in bestimmte Zusammenhänge zu bekommen die Außenstehenden sonst verwehrt bleiben. Aufgrund eines nicht vorhandenen Fragebogens, der zur Protokollierung der Antworten dient, werden die Interviews in der Regel aufgenommen, somit ist eine Transskription der Aufnahme „nicht zwingend notwendig“ (Scholl 2015, S.71ff). Im Gegensatz zu narrativen Interviews kommt es bei der Analyse „in erster Linie auf die Informationen und Inhalte der Antworten und weniger auf die Erzählweise und Sprache“ an (vgl. Scholl 2015, S.72). Für das Experteninterview bedarf es im Idealfall einen (oder mehrere) Experten, mit langjährige Erfahrung auf „Ihrem Gebiet“. Miege weist darauf hin, dass „das Erlangen von Expertenkompetenz {...} etwa 10 Jahre Training und Erfahrung“ braucht (Miege et al. 2005)

5.1. Validität

Für den Erhalt von validen Informationen sollten folgende Voraussetzungen gegeben sein:

Der Experte nimmt die Rolle als Informant ein, der:

- keine Informationen geheim hält
- keine irrelevanten Fakten einbringt
- den Interviewer als Laien, dem das Expertenwissen erläutert werden muß, sieht
- den Interviewer nicht für die Selbstdarstellung vom eigenen Wissen, missbraucht (vgl. Meuser&Nagel 1991, S.442ff)

5.2. Auswahl und Rekrutierung der Experten

Die Experten wurden aufgrund bereits bestehenden ersten Vorwissen über die Bergedorfer Präventionslandschaft getroffen. Zudem stellten sich im Laufe der ersten Interviewsituation weitere Experten, die von Relevanz sind, heraus. Diese wurden innerhalb der bereits begonnenen Befragungsphase kontaktiert. Die Kontaktaufnahme erfolgte im Dezember 2014 per Email. Mit einer Rückmeldequote von unter 15% erwies sich dieser Kommunikationsweg als nicht sehr effektiv. Nach einer Wartezeit von 6 Wochen, wurde versucht die Experten telefonisch zu kontaktieren. Diese Methode der Kontaktaufnahme erwies sich als Zeitaufwendiger, aber Erfolgreicher, so konnte in 4 Fällen kurzfristig ein Interviewtermin vereinbart werden. Zeitgleich erfolgte ein zweiter Emailaufruf, durch den nochmal 6 weitere Experten für die Teilnahme an einer Onlinebefragung gewonnen werden konnten. Die Onlinebefragung, war kurzfristig für die Gruppe der Experten erstellt worden, da ein persönliches Gespräch aus Zeitmangel nicht möglich war. Unter den Interviewpartnern waren die Leitungen bzw. Abteilungsleitungen eines Bürgerhauses, von einem Seniorenbereich innerhalb eines großen Sportvereines, einem Stadtteilzentrum, vom Präventionsbereich eines Begegnungszentrum, der Angebotskoordination einer Volkshochschule. Sowie Initiatoren oder Anbieter von bestehenden Projekten zur Gesundheitsförderung im Großraum Bergedorf und Akteure der Bezirkspolitik.

5.3. Expertenerhebung 1: Der Interviewleitfaden

Zur Unterstützung und als „Erhebungsinstrument {...} mit dessen Hilfe {sich} die Interviewsituation strukturiert und steuert“ (Mieg et al. 2005), wurde ein Leitfaden mit 9 Fragen entwickelt. Bei dessen Entwicklung wurde sich zum Teil auf die vorab recherchierten Ergebnisse des zweiten Hamburger Berichts zur Seniorengesundheit (vgl. HGb2 2012) bezogen. Ziel war es, von den Experten Wissen über die Teilnehmern Ihrer Angebote und deren Verhalten im Bezug auf Gesundheitsförderung zu erlangen. Zudem sollte die Analyse, die Struktur der Anbieter und deren Kommunikation untereinander erfassen.

5.4. Expertenerhebung 2: Der Fragebogen

Anders als bei der Zielgruppe stand den Experten der Fragebogen nur als Onlineversion zu Verfügung. Der Fragebogen beinhaltet 7 Fragen bzw. Aussagen oder Aussagenkomplexe. Entsprechend der Vorgaben zur Erhebung bei Experten, wurden keine demographischen oder persönlichen Daten abgefragt (vgl. Flick 2012). Der Fragebogen enthielt nur Zielgruppen bezogene Themenkomplexe: Zu den bezirklichen Strukturen und teilweise zur Qualität der Netzwerke für Gesundheitsförderung. Der Umfang vom Expertenfragebogen lag bei 4 Seiten (4 Klicks) inklusive der Begrüßungs- und Abschlussseite mit Danksagung. Bei 3 Fragen gab es die Option zur einfachen oder Mehrfachen ankreuzen, bei einer bestand zusätzlich die Möglichkeit sonstige Anmerkungen hinzuzufügen.

Den Experten wurde Anonymität zugesagt, daher sind nur wenige Zitate einer Funktion gekennzeichnet.

6. Ergebnisse der Befragungen

6.1 Ergebnisse der Zielgruppe

Demographische Daten

6.2 Alter

Es nahmen Menschen im Alter von 65-89 Jahren an der Befragung teil. Der Mittelwert bei der Altersverteilung lag bei 70 (M=70).

Geschlechterverteilung Zielgruppe
(N=55)

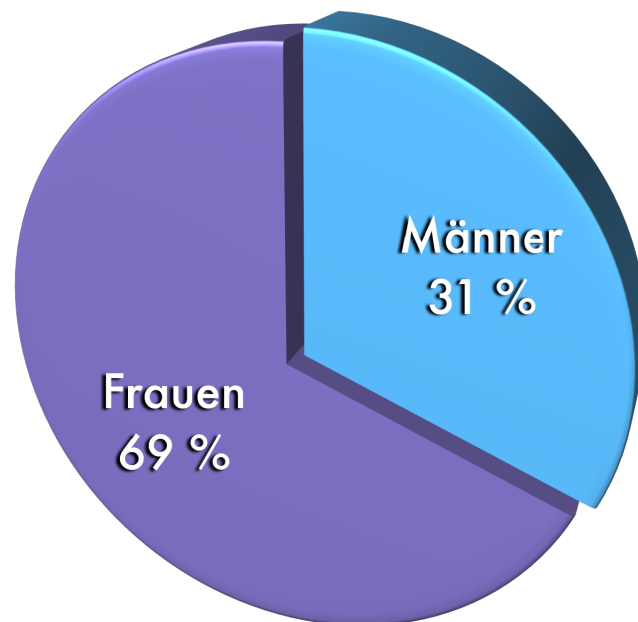


ABB. 2

Geschlechterverteilung: Das Verhältnis von Mann und Frau spiegelt sich mit den Ergebnissen des Seniorenberichts 2 (HGb 2, 2013).

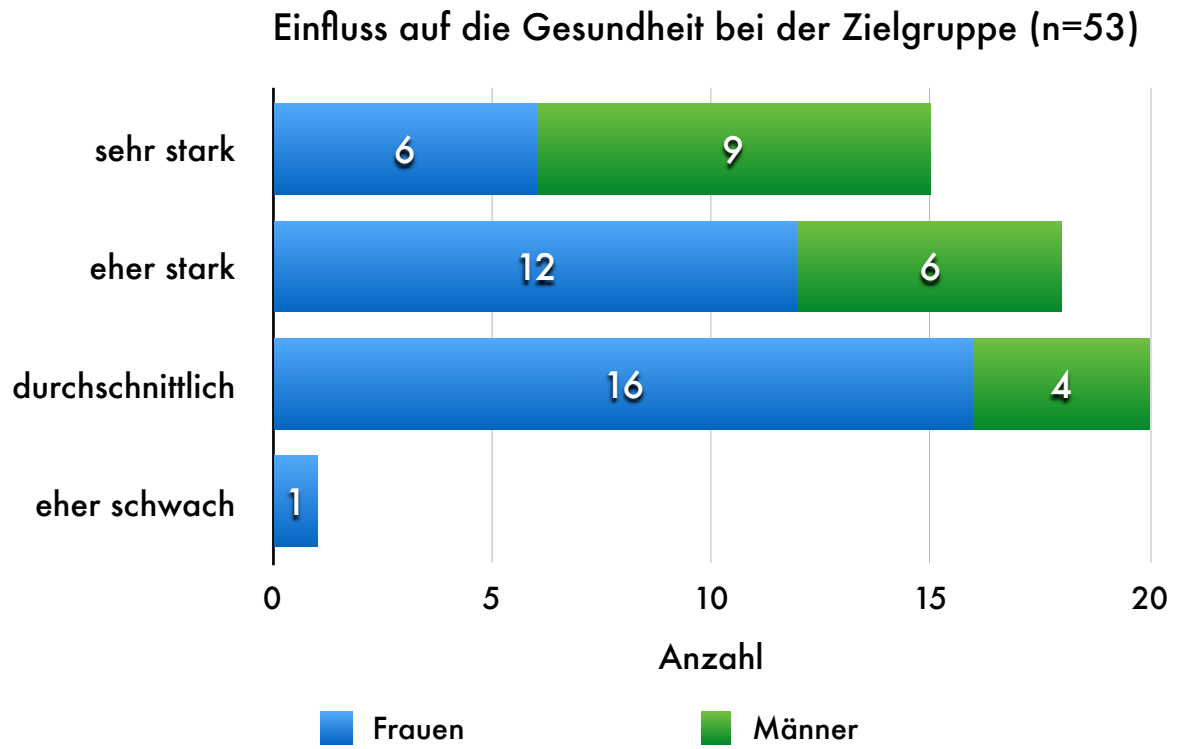
Subjektives Gesundheitsempfinden nach Geschlecht:

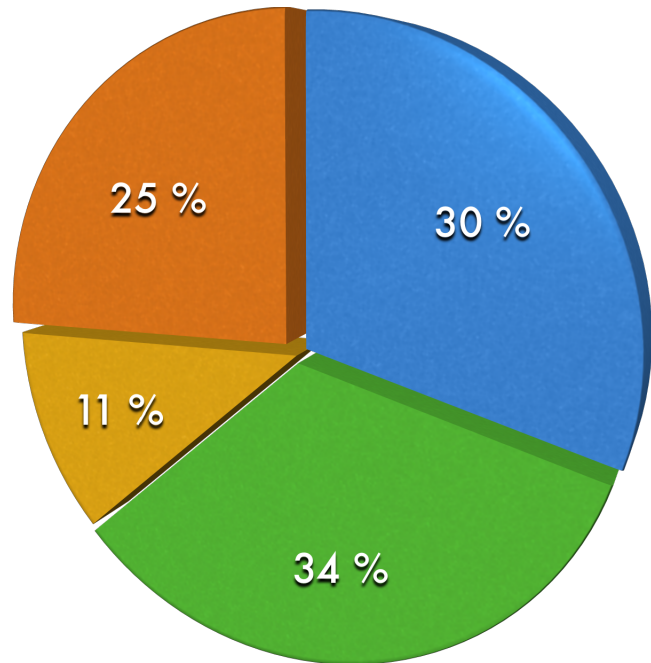
ABB. 3

Bereiche der Gesundheitsförderung

In welchen Bereichen sehen Sie die Möglichkeit Ihre Gesundheit zu fördern?

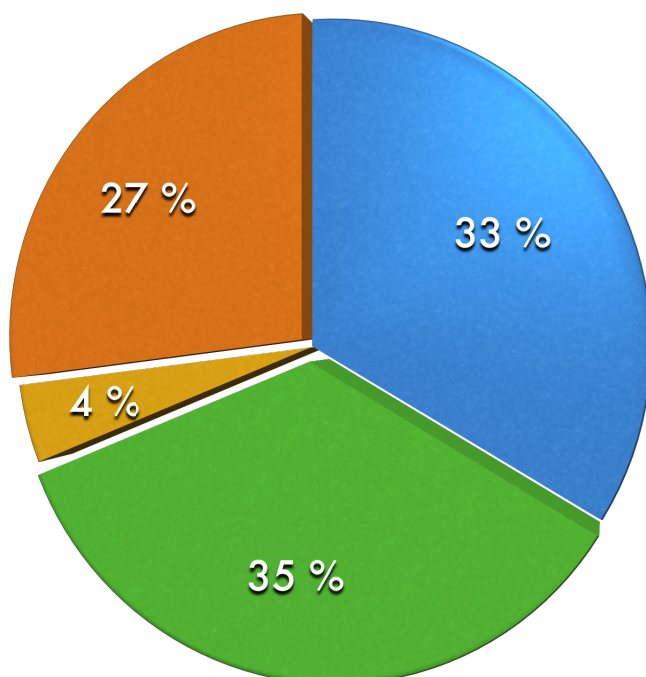
ABB.4&5

Männer



- Ernährung
- Sport oder regelmässige Bewegung
- Alkoholkonsum
- Soziale Teilhabe (Begegnung mit Menschen, Teilnahme an Aktivitäten)

Frauen



Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten

Zielgruppe: Zweidrittel der Teilnehmer nimmt an ges. Angeboten teil (das entspricht auch den Ergebnissen des Hamburger Bericht), davon 50% einmal die Woche und fast 40% mehr als zweimal die Woche.

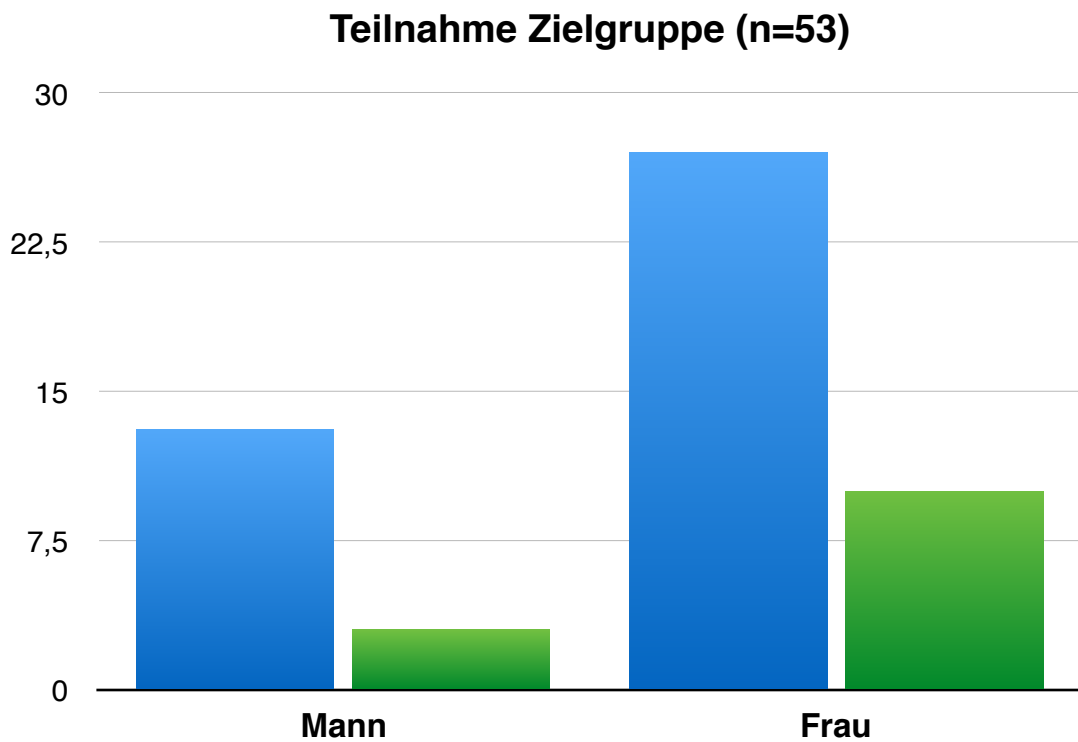


ABB.5

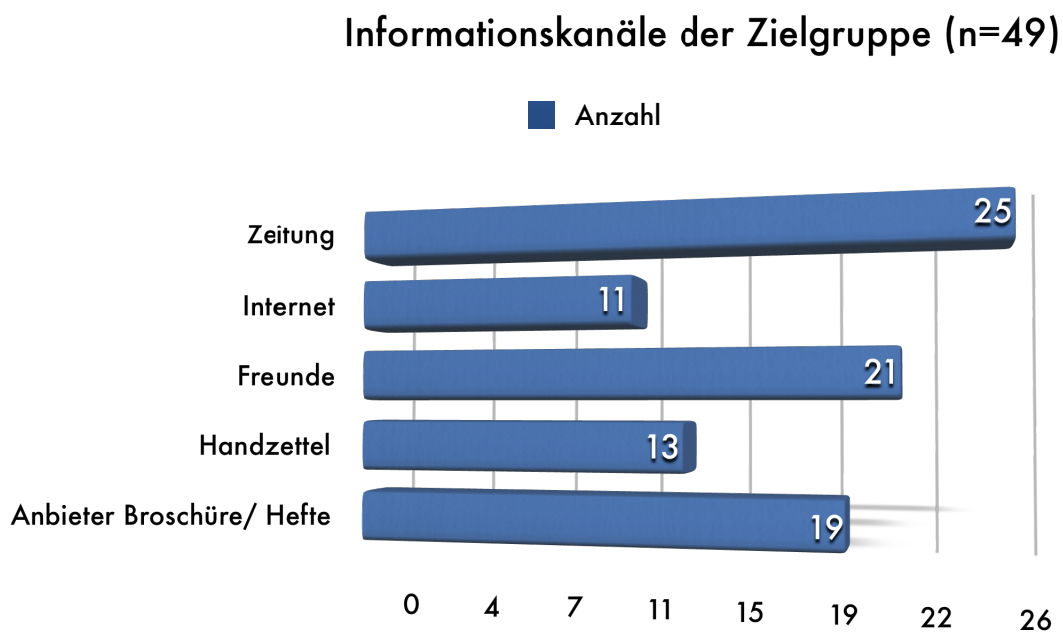


ABB.6

Gründe für die Nicht-Teilnahme bei der Zielgruppe (n=13):

- Die Angebote sind mir zu teuer
- Ich habe keine Zeit für solche Angebot
- Ich habe kein Interesse an solchen Angeboten
- Angebote sind zu weit weg
- Gesundheitlich nicht in der Lage
- Ich bin selbst aktiv

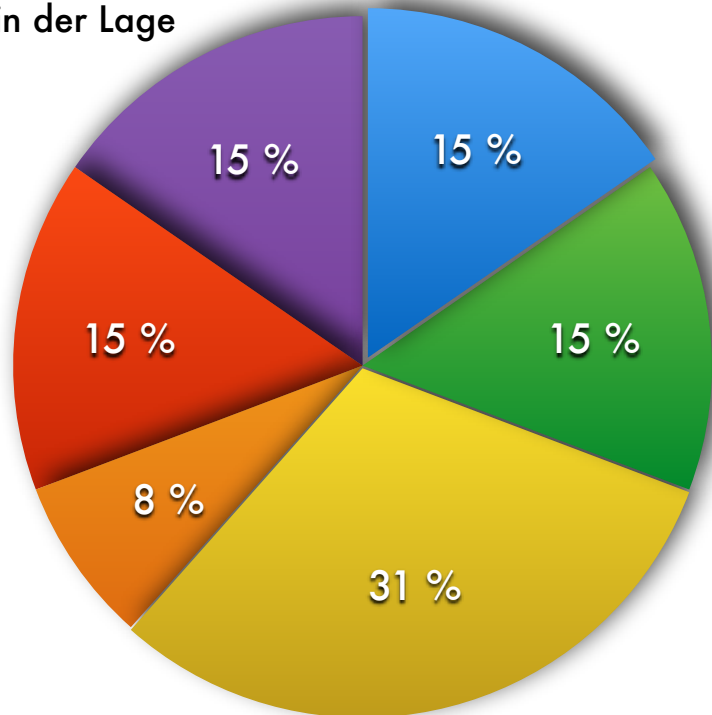


ABB.7

Die Gruppe, die Angegeben hat, das sie nicht teilnimmt, gab an dass:

- Sie wisse wo gesundheitsfördernden Angebote stattfinden
- Sie sich in der 1. Zeitung, 2.Internet oder 3. Freunden informieren würde.
- Die Zahlungsbereitschaft für Angebote lag bei Durchschnittlich 25€.

7. Ergebnisse Experten

Als wichtige Akteure in der bezirklichen Präventionslandschaft für die Zielgruppe 65+ nannten die Experten Multiplikatoren aus 5 Bereichen:

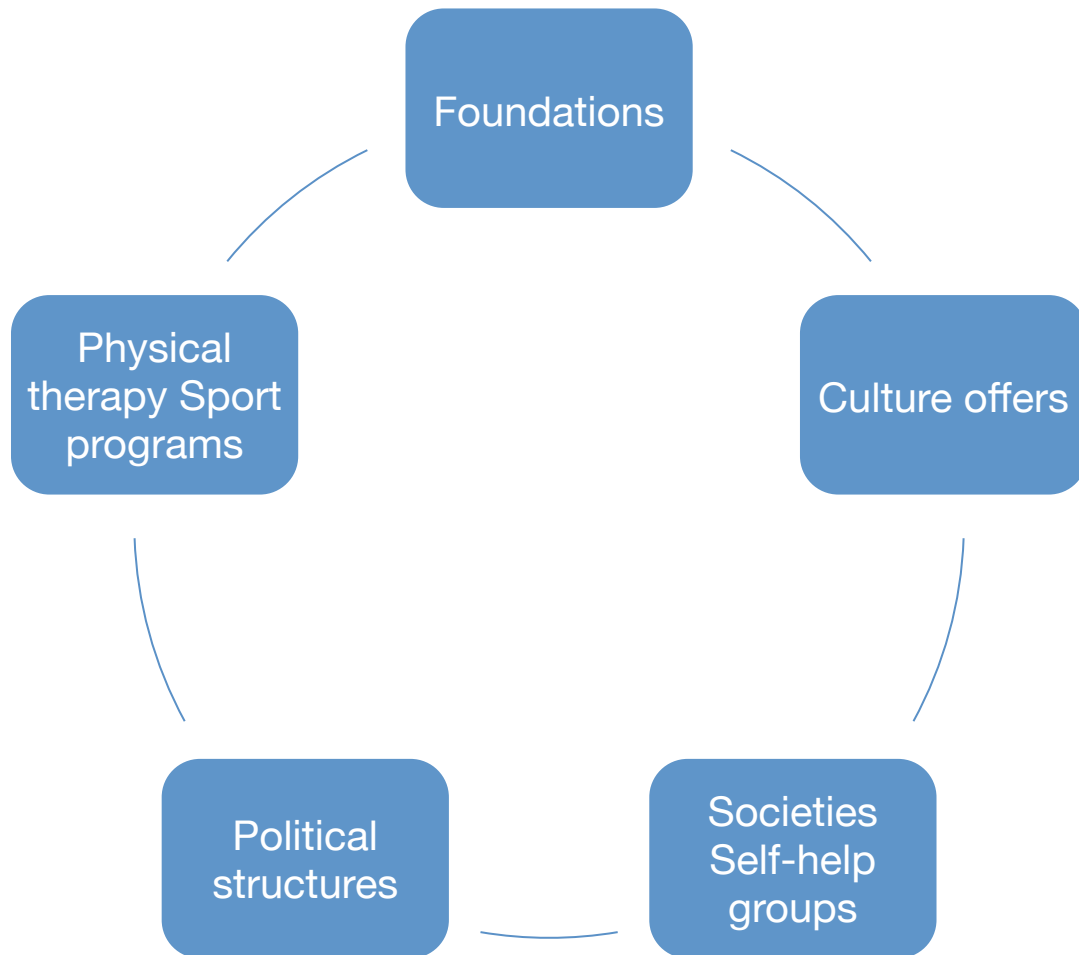


ABB.:8

Physical therapy

& Sportprograms- hierzu zählen die Sportvereine und Reha-angebote

Foundations- darunter fallen Angebote von Stiftungen, wie z.B. das Haus im Park

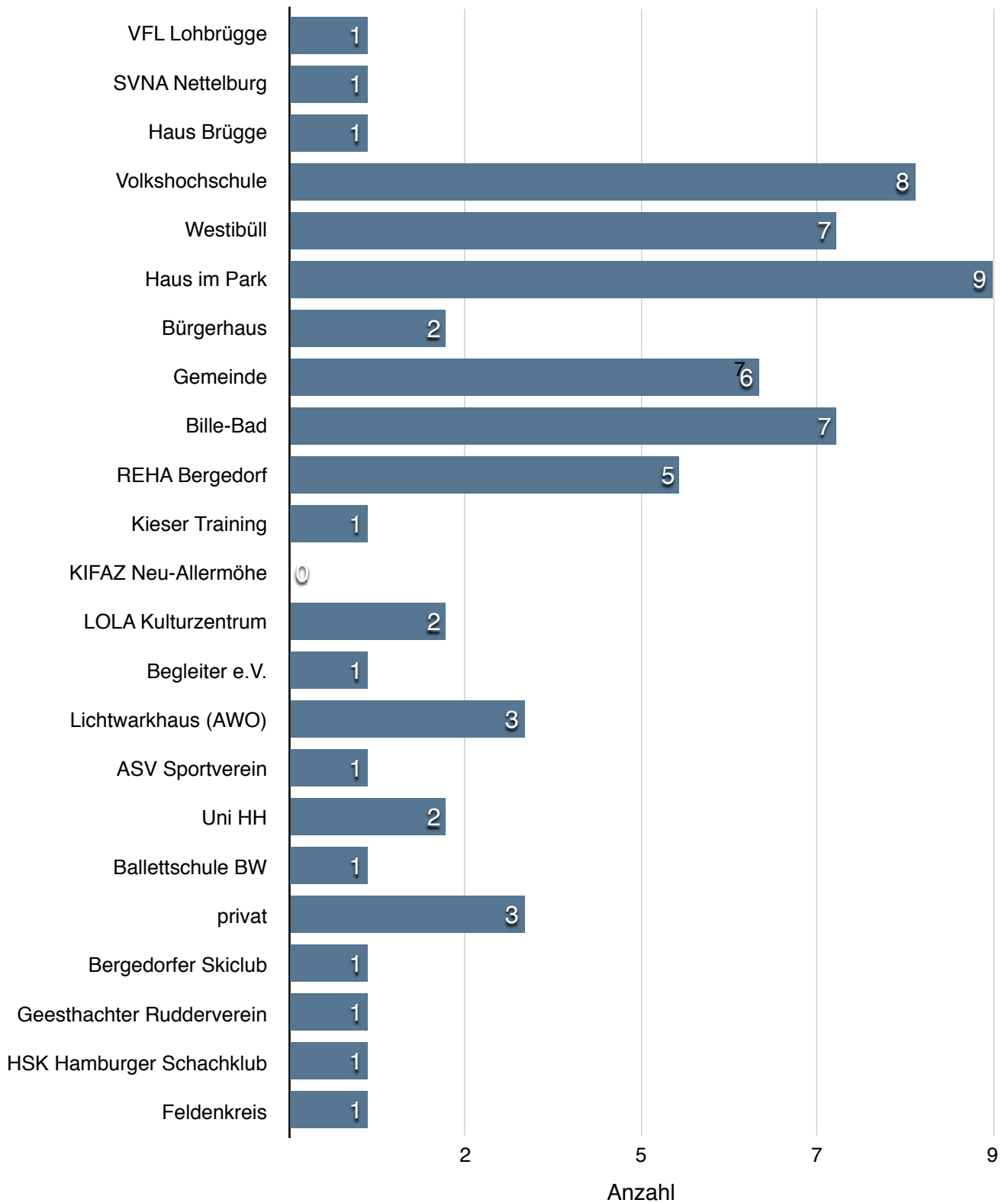
Political structures- wie z.B. das Bezirksamt Bergedorf, Abt. Sozialraummanagement oder die kommunale Gesundheitsförderung (KGFM)

Cultures offers- wie z.B. die Volkshochschule, dem Haus Brügge e.V. oder dem Westibüll

Societies & Self-help groups- wie z.B. KISS e.V., -Wanderfreunde Hamburg e.V. aber auch private Initiativen: wie z.B. Yogaangebote

Angebotsnutzung

Bergedorfer Angebote, Zielgruppennutzung (n=40)



Präventionsangebote und Bereiche für die Zielgruppe 65+

Die Angebotsstruktur ist sehr vielseitig, je nach Einrichtung wird von der Sturzprävention hin zum Shantychor , von der Wii-Gruppe (Playstation) bis zum Bildhauen, von der Rentenberatung hin zum Bestattungs-informationsseminar, fast alles geboten.

Getreu dem Motto:

„die Leute werden durch Ihren Besuch bei uns darauf gebracht, was sie brauchen und wollen“

bemühen sich Einrichtungsleitungen und Programmmanagement darum, „ihren“ Leuten gerecht zu werden. Dieses Vorhaben gestaltet sich nicht immer als einfach, da viele Angebote zur Prävention noch unter Vorbehalt „bedingt mit Scheu“ annehmen, wie zum Beispiel einem Kurs zum Gedächtnistraining, dieser wurde zwar von den unterschiedlichsten Leuten in Anspruch genommen, dennoch war eine „Etablierung „noch nicht möglich“ viele Ältere scheinen auch in einer Ihnen vertrauten Institution ein oder mehrere „normale- also nicht gesundheitsbezogene Angebote wahrzunehmen und „nebenbei“ besuchen Sie ein Kurs zur Bewegung. Allgemein, scheint zur Zeit neben gesunder Ernährung und sozialer Teilhabe , die Bewegung relevantes Thema in der Präventionsarbeit zu sein. Grade im Hinblick auf die Teilhabe an Bewegungsangeboten, ist die „Barrierefreiheit ist ein ganz wichtiges Thema“.

Barrierefrei?

„Wenn man erst mal drin ist, ist alles gut“

Immer häufiger ist schon der Weg zum Bewegungsangebot für Menschen mit Einschränkungen nicht zu bewältigen: „die nächste Bushaltestelle ist weit entfernt und dann sind die zu überquerenden Strassen sind zum Teil mit Kopfsteinpflaster“ Fazit: Die Einrichtung ist komplett barrierefrei, aber der Weg dorthin nicht.

Diversisty in der Gesundheitsförderung?

Ein gewisses Rollenbild spiegelt sich bei der Nutzung wieder, so finden sich *„Hauptsächlich Frauen bei Gesundheitsthemen, Männer überwiegend bei „reinen“ Spiel- und Sportthemen oder bei Kursen zu PC/Technik“* .Geschlechterhomogen wird es scheinbar erst wieder bei Café oder Mittagsangeboten einzelner Einrichtungen, dieses „wird von beiden Geschlechtern genutzt“ Je nach „Leitgedanke“ der Einrichtung, örtlichen Standpunkt, aktuellen politischen Problemstellungen -oder Stiftungszielen, streben

die Einrichtungen nach Optimierungen bezüglich der Nutzer Ihres Angebotes: „Hauptsächlich Menschen über 65+ und älter, *unser Wunsch wäre 50+..denn auf die Gruppen haben wir auch unser Angebot ausgelegt*“

Beim Thema **Migration** ist die Nutzung, von Einrichtung zu Einrichtung verschieden. Einige Einrichtungen weisen einen geringen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund auf und andere, je nach Standpunkt, einen hohen Zulauf bestimmter Migrationsgruppen „überwiegend die Russischen Menschen, {..} die Türkischen Mitmenschen eher weniger, die haben ein eigenes Kulturhaus“

Meinen Sie, es gibt Zugangsschwierigkeit bzgl. der Angebotsinformation, für Menschen die nicht unmittelbar in der Nähe {Ihrer Einrichtung} wohnen?

„Nein, eher nicht. Wir haben die Internetseite und inserieren in der BZ“

„Mag sein,

..unsere Angebote sind den Leuten bekannt weil Sie eh schon da sind oder Sie hören es von Freunden“

”

Zugangseinschränkung durch Kosten?

Für über die Hälfte der Experten (N=10) schien die Eigenfinanzierung von Angeboten (und den evtl. Fahrtkosten zum Angebot) die größte Barriere zu sein. Daher versuchen viele Einrichtungen ihre Beiträge dem Umfeld anzupassen:

„Eine Veranstaltung kostet bei uns, in der Regel um die 5€, das entspricht ungefähr dem Preis die andere Einrichtungen hier {Anm. am Standort} nehmen“

Je nach Standpunkt gibt es, vereinzelt, auch Gruppen, die ganz kostenlos sind. Diese „*finanzieren sich dann über den Verzehr im Café*“ Aber auch Einrichtung die laut eigener Aussage damit zu kämpfen haben, dass „manche uns für elitär“ halten, erheben, nach eigenen Angaben eine Gebühr, die „nur gering bei besonderen Workshops“ eine finanzielle Hürde darstellen, ansonsten gebe es „*auch einen Sozial-Beitrag*“ das scheint aber vielen nicht bekannt.

Nicht-teilhabe an Angeboten- warum?

„Unser Standort hält Menschen davon ab zu kommen“

LEITUNG AUS EINEM SOZIALEN BRENNPUNKT

„Ob jemand zu uns kommt oder nicht ist oft Personen gebunden oder an positive Begegnungen“

„unser (elitärer) Ruf hält bestimmte Menschen davon ab zu uns zukommen, das wissen wir, dagegen arbeiten wir an“.

Über welche Kanäle erreicht man die Bergedorfer?

Einer der großen Anbieter in Bergedorf ist aktuell dabei, sein Programmheft zu überarbeiten. Mit einem Glossar, welches schnelles Finden möglich macht und einem neuen Format „*für die Handtasche*“

„Unseren Leuten ist ein gesunder Lebensstil bewusst, die angebotenen Bewegungskurse sind rappelt-dicke-voll“

Im Allgemeinen sehen die Experten im Bereich Gesundheitsförderung eine Landschaft, mit „vielen Angeboten und Informationen“ und ein Interesse der Bergedorfer Senioren das „wächst“. So beurteilen alle Experten die Präventionsarbeit in Bergedorf als gut bis sehr gut.

Betreffend der Netzwerkarbeit zum Thema Prävention bei Senioren 65+ nannte die Mehrzahl der Experten das „Netzwerk Demenz“, das „Besuchsdienst-netzwerk“ und das „Bergedorfer Gesundheitsgespräch“

„Beim Bergedorfer Gesundheitsgespräch setzten alle Regeln aus“

Besonders „das Bergedorfer Gesundheitsgespräch“ (BG), mit seinen verschiedenen Akteuren: Dem Gesundheitsamt Bergedorf, der Kontakt-und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen in Hamburg (KISS) und das BegegnungsCentrum Haus im Park (HiP) der Körper-Stiftung ist seit langen ein gut besuchtes Angebot. Quartalsweise stellen geladene Experten ein gesundheitsrelevantes Thema vor. Die Veranstaltung ist kostenlos und für alle Generationen offen. Das BG bewirkt,

„dass die Menschen unabhängig vom Standort eine Veranstaltung besuchen.“

Es wird vermutet,

„das läge daran, dass das Gesundheitsamt mit involviert ist“.

Das Gesundheitsamt ist Träger einer wichtigen „Mittlerstellung“, so hat es zum einen (begrenzt) die Möglichkeit Kooperationstreffen zu organisieren und Kontakte zwischen den Akteuren „zu-vernetzen“. Zudem fungiert es auch auf einer anderen Ebene als „Türöffner“. Als bekannter Akteur kann es Zielgruppen „bewegen“ und Barrieren abbauen. Grundsätzlich ist die Bereitschaft zu mehr Austausch und Kooperation mit den anderen Anbietern gegeben. Dennoch scheint es, als wäre Nur ist es die personelle Kapazität vieler Anbieter erschöpft.

Kooperation gewünscht?

„dafür fehlt mir die Kapazität“

daher wird seitens der Anbieter nur ein

„direkter Austausch in kleinen Rahmen“

als möglich gesehen.

Wie wichtig Kooperation sein kann, zeigt die Expertenerhebung. Im Interview äußert sich das Netzwerk für Demenz zur Kooperation folgend: „

Mit den Sportvereinen, wäre ein regelmäßiges Treffen sinnvoll. Grade für Demenz. Wir würden gerne das Thema mehr in die Sportvereine tragen“

Unabhängig davon, bekundete im Interview ein großer Sportverein:

„Dass er gerne mehr über Demenz wissen möchte“

Sonstige Anmerkungen?

„Was ist mit den Zigaretten,

Sie haben die Zigaretten vergessen, die sind auch ganz wichtig“

ÄRZTIN IM RUHESTAND

Manchen Experten fehlte die Tabakreduktion in der HASIC Bestimmung der Komponenten. Jedoch zeigten Erfahrungen jüngst, je enger ein Präventionsziel gefasst ist, desto höher die Wirkungswahrscheinlichkeit.

„Die Zusammenarbeit mit anderen Anbieter, ist ein kleines wichtiges Zeichen um den Bergedorfer zu zeigen- wir wollen auch was mit anderen zu tun haben“

LEITUNGSPERSON

8. Einschränkungen

8.1 Studienpopulation und Teilnahme

Unter dem Punkt 3.3. wird eine Gruppe an Probanden angestrebt, welche möglichst alle Schichten widerspiegeln soll. Jedoch lässt sich vermuten, dass

- a. bei der Zielgruppe nicht alle so „selbstverständlich“ an einem Onlinefragebogen teilnehmen konnten (Stichwort: Umgang mit dem Internet) und
- b. gerade die ältere Sparte der Zielgruppe mit den Begriffen „Prävention“, „Lebensstil“ oder „Onlinebefragung“ nicht viel anfangen konnten und somit eine Teilnahme an der Erhebung, ohne Unterstützung weder gewollt noch möglich war.

8.2 Kurzfristige Methodenergänzung/ bias

Da viele Experten aus Zeitgründen nicht für Experteninterviews zur Verfügung standen, musste kurzfristig eine Ausweichstrategie entwickelt werden. Die daraufhin erstellte online Befragung ermöglichte die Beantwortung einiger Items durch weitere Experten (N=6), jedoch bietet sie nicht ganz so tiefe Einblicke in das Wissen der Experten und ist außerdem nicht vergleichbar mit den Experteninterviews. Die gewonnenen Einsichten sollten in zukünftigen Studien vertieft werden.

8.3 Bereich Alkohol

Es schien, dass neben einer möglichen Verzerrung durch die soziale Erwünschtheit (möglichst großem subjektiven Gesundheitswissen), die Antwortmöglichkeit „Alkoholkonsum“ als Bereich der Gesundheitsförderung, die Probanden verunsichert hat. In weiteren Erhebungen sollte diese Frage weiter erläutert oder differenzierter gestellt werden.

8.4 Soziale Erwünschtheit

Es kann davon ausgegangen werden, dass bei der Angabe zur Teilnahme an Präventionsangeboten und deren Häufigkeit, die soziale Erwünschtheit zu Verzerrungen der Ergebnisse gesorgt hat.

9. Triangulation der Ergebnisse und Diskussion

Fragestellung: sind die Angebote für die Zielgruppe zugänglich?

Angebotsschwerpunkt

Mit dem Fokus auf die Ergebnisse der Experten, stellt sich die Frage: In wie weit sie mit Ihren aktuellen Programmen/ Angeboten, ihre Zielgruppe im Blick haben?

Bei einigen Anbieter kann vermutet werden, dass Sie bzgl. ihrer Zielgruppe auf Veränderungen hoffen.

„Zu uns kommen „hauptsächlich Menschen über 65+ und älter, unser Wunsch wäre 50+..denn auf die Gruppen haben wir auch unser Angebot ausgelegt“

LEITUNG KULTURZENTRUM

In der Auswertung der Zielgruppenbefragung, fanden sich in der Gruppe der „nicht aktiven“ Senioren, 25% die angaben, nicht an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen, weil sie das Angebot/ Thema **nicht interessiert**. In einer allgemeinen Matrix (Frage 12) bewerteten die Senioren (n=47) unabhängig davon, ob sie aktiv sind oder nicht, die Ihnen bekannten Angebote.

Bei der Variable „Interesse“ gaben 16% an, dass sie die Angebote „kaum oder gar nicht“ interessieren. Und 15% fanden, das die Angebote nicht „ihre Anliegen“ aufgreift. Es kann folglich von einer geringen „Fehlkommunikation“ zwischen Anbieter und Nutzer, ausgegangen werden.

Mobilität: Bei der Bewertung der „Erreichbarkeit von Angeboten“, stimmten über 80 % der Teilnehmer (n=47) einer (sehr) guten Erreichbarkeit zu, dem stimmten knapp 7 % „kaum“ zu und 11 % Erreichbarkeit von Angeboten als „etwas gut“. Dies entspricht nicht ganz den Bedenken der Experten:

„Ich denke, Fortbewegung, Barrierefreiheit ist ein ganz wichtiges Thema

Eventuell erklärt sich dies mit einem „recht jungen“ Altersdurchschnitt der Probanden (M=70 Jahren). Es lässt vermuten, dass viele Teilnehmer mit dem Auto anfahren oder körperlich auch noch ausreichend mobil sind.

Finanzierung/ Zahlungsbereitschaft der Nutzer

Da in der Befragung angestrebt wurde möglichst Menschen aus alle Stadtteilen Bergedorfs miteinzubeziehen hinzu, lässt dies auch auf eine annähernd gültige Aussage bzgl. der Zahlungsbereitschaft hoffen.

„Ja, ganz klar: Es gibt finanzielle Hürden!“

Es scheint, dass grade finanziell besser gestellte Einrichtungen „gerne und schnell“ auf den exzellierenden Sozialtarif Ihrer Angebote hinweisen, womöglich mit der Gewissheit, dass aus Scham, nicht viele Anspruchsberechtigte diesen in der Einrichtung geltend machen würden!? In den Ergebnissen zeigt sich das gut ein Drittel die Angebote als „etwas bis gar nicht“ finanzierbar findet. Die Seniorengruppe (n=49) gab an, dass sie für Gesundheitsförderung, im Durchschnitt, 37€ ausgeben würde. Mit dieser Zahlungsbereitschaft, wäre z.B. ein monatlicher Sportvereinsbeitrag (ca. 30€) möglich. In dieser Erhebung wurde nach der Bereitschaft und nicht nach der Machbarkeit der Zahlung gefragt, somit lässt sich nicht herausfinden, wie viel (oder wenig) ein Senior im Durchschnitt für Gesundheitsförderung ausgeben kann!

„Wir haben seit kurzen die Internetseite“

LEITUNG BÜRGERHAUS

Informationen (Bekanntheit)

Seit der Etablierung des „Internets“, sehen die Akteure keine großen Einschränkungen mehr bei dem Zugang zu Informationen über ihre Angebote.

Die Zielgruppenbefragung hat jedoch das Gegenteil gezeigt: Bei der Gruppe der Senioren (n=49), erfolgt die Beschaffung von Informationen primär über die Zeitung, Freunde oder Broschüren.

10. Handlungsempfehlungen

Die aktuelle Zielgruppe scheint sich aus zwei großen Gruppe von Menschen mit sehr unterschiedlichen Biographien und Lebensweisen zusammen zusetzen: Menschen mit Kriegserfahrungen und die Gruppe der Nachkriegsgeneration. Die ältere Generation legt Verantwortung oft in „höhere Hände“ (z.B. Politik oder Gott), grade im Bereich der Gesundheit „sehen viele {...} Ihren Arzt als Vermittler, bzw. Verantwortlichen“ (Waller 2006, S.110).

Anders dagegen ein Großteil der Gruppe der sogenannten „Babyboomer“, die Geburtenstarken Jahrgänge, die in den nächsten Jahren „schwall-artig“ in den Ruhestand gehen. Eine Generation die am aufstrebenden Wohlstand in Deutschland, der Frauenbewegung und (politischer) Revolution teil hatte. Die Generation für die, Begriffe „Emanzipation“ und „Rebellion“ wie Salz und Pfeffer zum täglich Brot gehörte.

Sind die zukünftigen Angebote noch Zielgruppenspezifisch?

Für die zukünftige Zielgruppe braucht die Altersprävention einen neuen Ansatz: Befähigen und nicht Belehren! Es kann vermutet werden, dass eine Aufklärung oder gar Erziehung im Sinne der Gesundheit, bei der ehemaligen „Flower-Power“ Generation nicht viel Zuspruch findet. Vielmehr kann es in Zukunft darum gehen, „behutsam“ den Senioren zu einen gesunden Lebensstil zu verhelfen (vgl. WHO 2013a, S.20) . Stetig dabei im Fokus: Dass die „neuen Alten“ einen großen Wert auf die Autonomie des Einzelnen, die Selbstbestimmung und freie Zeiteinteilung im Alltag, legt. Daher kann eine Gesundheitsförderung welche für den möglichst langen Erhalt dieser Werte „wirbt“ zukünftige ein Zugangsschlüssel zur Zielgruppe sein.

10.1 Handlungsempfehlung: an das KGFM/ Politikebene

Weitere Evaluationen

Im Falle das, dass Kommunale Gesundheitsförderungs Management Bergedorf (KGFM) die Zuständigkeit für den Themenbereich übernimmt. Ist es anzuraten, weiter Evaluationen, eventuell auch in Kooperation mit der HAW durchzuführen. Somit kann sichergestellt werden, dass die Angebote die Zielgruppe erreichen und gesamtgesellschaftlich von Nutzen sind. Für das HASIC Projekt und die Nutzung der Plattform laufen eigene Erhebungen (HASIC.com 2014).

Kapazität von Personal

Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheits Dienst (ÖGD) in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne von Public Health fällt bisher eher mäßig aus, da die Mittel und das Personal für besagte Maßnahmen fehlen. (vgl. Waller 2006, S. 110)

Finanzierung/ Zahlungsbereitschaft der Zielgruppe

Es ist davon auszugehen, dass Überlegungen zur Querfinanzierung und Entlastungen der Bürger, auch in Zukunft ein Thema ist.

Ein Möglicher Ansatz wäre, die Krankenkassen vermehrt an den Kosten zu beteiligen. Zwar gibt es bereits die Förderung nach 20§ SGB in Deutschland, doch sind die dafür geltenden Kriterien für die Zielgruppe 65+ nicht immer erfüllbar. Zum Beispiel ist die erforderliche 80%ige Anwesenheit nicht für jeden Senior praktikierbar und somit die Rückerstattung der Kursgebühren gefährdet. Anzumerken sei auch, dass nicht jeder Senior in der Lage ist Kursgebühren im Vorraus zu zahlen. Weitere Lösungsvorschläge sollten auf höherer Ebene diskutiert werden.

Weitere Handlungsempfehlungen

Bergedorfer Akteure

Bergedorfer Akteure sollten für die Zukünftige Planung von Präventionsangeboten für die Zielgruppe 65+, folgende Faktoren bedenken:

Ehrenamt-Good Pracis in Bergedorf

Es scheint von gesamtgesellschaftlichen Nutzen „die Alten“ mit der Aufgabe des Ehrenamt „zu beschäftigen“. Die Körper Stiftung zeigt mit dem Bergedorfer „Haus im Park“ (HiP) ein funktionierendes Goodpracis Beispiel, so zielt das HiP darauf hin „seine Besucher durch eine verantwortliche Mitarbeit, im selbst gewählten Rahmen, zu gestalten“ Das HiP hat den Grundsatz dabei die Kompetenzen und Ressourcen der älteren Menschen, in den Blick zu nehmen und zu stärken“ (Koerber Stiftung.de 2013).

Barrierefreiheit

Hier sollte, als wichtiger Akteur, für weitere Stadt- und Angebotsplanung mit einbezogen werden: Die Verkehrs Vertriebe Hamburg (VVH) welche in Kooperation mit den Hamburger Verkehrs Verbund (HVV) als Bergedorfer Dienstleister für den Personen Nahverkehr, fungiert. Bei der Planung vom Streckennetz, Abfahrtszeiten und Zugang zu Haltestellen, sollte jedenfalls ein regelmässiger Austausch mit dem Anbieter erfolgen. Das bereits bestehende Angebot der Verkehrsbetriebe „Sicher Ein und Aussteigen“, ein Kompetenztraining für ältere Menschen (vgl. VHH.de 2014), sollte weiter geführt und ausgebaut werden, über eine Kooperation mit den anderen relevanten Akteuren, sollte nachgedacht werden.

Kultureller Hintergrund

Es sollte bedacht werden, dass im Bezirk Bergedorf in den nächsten Jahrzehnten bei der Zielgruppe 65+, mit einer stetig steigenden Anzahl, davon Menschen mit Migrationshintergrund zu erwarten ist. Dann ist es die Herausforderung, die Präventionsangebote (noch mehr) Kultur- und Genderspezifisch auszurichten. Auch weitere Zugangsbarrieren wie die Sprache, müssen als erschwerender Faktor eingeplant werden.

Neue Medien

Für die Chancengleichheit sollten weiterhin, auch Ältere befähigt werden mit dem Computer/ Internet umgehen zu können. Hier für eignen sich (auch auf Selbsthilfebasis) PC-Gruppen sehr gut. Die Einrichtungen sollten die Räume und Gerätschaften dafür stellen.

10.3 Handlungsempfehlung an HASIC

Nachhaltigkeit

Neben den bereits geplanten Evaluationen (HASIC.com 2014), sollte das Projekt auch nach der offiziellen Laufzeit eine „aktive“ Internetplattform und eine Ansprechperson für die ehrenamtlichen Mentoren, anbieten. Eventuell kann das KGFM oder die HAW auch nach Projektende (30.06.2016) als Anlaufstelle für HASIC in Deutschland fungieren?

11. Literaturverzeichnis

- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Hamburg: 2011, PDF, Internet: www.hamburg.de/gesundheit, Abruf: 2.01.2015
- Bericht: Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II, Hers.: Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Hamburg: 2011, PDF, Internet: www.hamburg.de/gesundheit, Abruf: 2.01.2015
- Bogner A. et al., Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung, Verlag: Springer, Wiesbaden: 2014
- Bogers R, Tijhuis M, van Gelder B, Kromhout D. Final report of the HALE Project, Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe. Report 260853003. Bilthoven, Netherlands: RIVM; 2005.
- BZgA, Lebe Balance Zugriff über: <http://www.lebe-in-balance.de>, Abruf: 3.01.2015
- Franzkowiak, P. (1996):Gesundheit/Krankheit und soziale Ungleichheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz. Verlag Peter Sabo
- Flick U., Triangulation: eine Einführung, Verlag: Springer, Wiesbaden: 2008
- (Meuser&Nagel 1991, S.442ff)
- Fries e., Kirschbaum, C. (Hrsg.: Wippert P-M. , Beckmann J.) in Stress- und Schmerzursachen verstehen: Gesundheitspsychologie und -soziologie in Prävention und Rehabilitation, Thieme Verlag, Stuttgart: 2009
- Lazarus, R.S. Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse (S. 198–232). München: 1990P
- Hasic Projekt, Zugriff über: <http://www.hasicproject.eu>, Abruf: 5.01.2015
- Inform, Hers. 2011, S..12 INFORM Ziele des nationalen Aktionsplanes: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) Wilhelmstraße 54 | D-10117 Berlin
- Mieg, H. Näf M.-Experteninterviews, (2. Aufl.). Institut für Mensch-Umwelt-, ETH Zürich: 2005. Abruf: 12.12.2014, http://www.mieg.ethz.ch/education/Skript_Experteninterviews.pdf
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig, survey 2012, Internet: www.statistik-nord.de Abruf: 2.2.2015
- Waller, H., Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart.:2006, Verlag W. Kohlhammer. 4. Auflage
- Pfeffer, I. / Alfermann, D. Gender und Bewegung. In Kolip, P. / Altgeld, T. (Hrsg.). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis (S. 61-72). Weinheim und München: 2006, Juventus Verlag. 1. Auflage.
- Robert-Koch-Institut, Berlin: 2001, PDF Lebensverlängerung, <http://www.rki.de/DE/>, Abruf: 1.03.2015

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

