



Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e.V.

Institut für Gerontologie
an der TU Dortmund

Schlussbericht zum Forschungsprojekt

Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Das Projekt „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“ wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01EL0711 gefördert.

Kontakt

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. /
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
Evinger Platz 13
44339 Dortmund
Tel.: (0231) 728 488 – 0
www.ffg.tu-dortmund.de

Bearbeitung:

Dr. Elke Olbermann, Tel.: (0231) 728 488 – 29, elke.olbermann@tu-dortmund.de
unter Mitwirkung von
Arthur Drewniok und Claudia Lak

Projektleitung:

Prof. Dr. Gerhard Naegele, Tel.: (0231) 728 488 – 0, orka@post.uni-dortmund.de

Dortmund, Juli 2011

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
I Kurzdarstellungen	
1. Aufgabenstellung	3
2. Voraussetzungen	5
3. Planung und Ablauf des Projektes	6
4. Wissenschaftlicher Stand.....	8
5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen.....	11
II Eingehende Darstellungen	
6. Erzielte Ergebnisse	12
6.1. Zielgruppenbefragung.....	12
6.1.1. Methodische Aspekte	12
6.1.2. Ergebnisse.....	20
6.1.2.1. Zugänge zu Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention	20
6.1.2.2. Wirksamkeit von Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention.....	23
6.1.2.3. Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention.....	25
6.1.2.4. Präventionstypen.....	27
6.1.2.5. Typ 1 „Aktive Gemeinschaftsorientierte“.....	28
6.1.2.6. Typ 2 „Passive Gemeinschaftsorientierte“	32
6.1.2.7. Typ 3 „Aktive Individualisten“.....	35
6.1.2.8. Typ 4 „Passive Individualisten“.....	38
6.2. Expertenbefragung	42
6.2.1. Methodische Aspekte	42
6.2.2. Ergebnisse.....	43

6.3. Werkstattgespräche.....	47
6.3.1. Methodische Aspekte	48
6.3.2. Ergebnisse.....	49
6.4. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen.....	52
7. Voraussichtlicher Nutzen und nachhaltige Verwertbarkeit.....	56
8. Während der Durchführung des Vorhabens bekannt gewordener Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen.....	57
9. Erfolgte oder geplante Veröffentlichungen der Ergebnisse.....	57
10. Literatur.....	61
III Anhang	
Anhang A: Interviewleitfaden der Zielgruppenbefragungen.....	68
Anhang B: Interviewleitfaden der Expertenbefragung.....	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf des Projektes.....	7
Abbildung 2: Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung.....	19
Abbildung 3: Präventionstypen nach Sozialorientierung und Präventionsgrad.....	28
Abbildung 4: Typ 1 “Aktive Gemeinschaftsorientierte”	29
Abbildung 5: Typ 2 “Passive Gemeinschaftsorientierte”	33
Abbildung 6: Typ 3 “Aktive Individualisten”	36
Abbildung 7: Typ 4 “Passive Individualisten”	39
Abbildung 8: Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen im Kontext kommunaler Handlungsfelder	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammensetzung der Stichprobe nach Auswahlkriterien	15
---	----

I Kurzdarstellungen

1. Aufgabenstellung

Das Projektvorhaben bezog sich auf die von Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung bislang kaum erreichte Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Insgesamt zielte das Projekt auf die Gewinnung weiterführender Erkenntnisse und praktischer Handlungsorientierungen zur Verbesserung der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten. Aufgabenstellung war es, neue Möglichkeiten des Zugangs zu dieser Zielgruppe zu untersuchen und die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen zu evaluieren. Das Spektrum der einzubeziehenden Maßnahmen umfasste dabei neben spezifischen Präventionsmaßnahmen (insb. Kursangebote zu den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung) auch Angebote - wie z.B. regelmäßige organisierte Begegnungsmöglichkeiten -, die nicht explizit als Präventionsmaßnahmen ausgewiesen sind, aber z.B. durch die Förderung und Stabilisierung von persönlichen Netzwerken durchaus gesundheitsfördernde Potenziale haben und Zugänge zu spezifischeren Präventionsmaßnahmen eröffnen können. Zudem sollten die Ebenen der Verhaltens- und Verhältnisprävention berücksichtigt werden, d.h. das Projekt zielte auf die Analyse und Förderung sowohl individueller als auch struktureller Bedingungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Im Sinne der Partizipationsförderung sollten dabei Potenziale der Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung älterer MigrantInnen besondere Beachtung finden. Zu diesen grundlegenden Aufgabenstellungen und Zielsetzungen wurden folgende Forschungsfragen formuliert, die im Rahmen des Vorhabens untersucht wurden:

- a) Zugangsmöglichkeiten zu Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention
 - Unter welchen Voraussetzungen nehmen ältere MigrantInnen an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen teil? Welche Ansätze und Angebotsformen werden von älteren MigrantInnen angenommen und als angemessen erlebt? Wie finden Zugänge konkret statt bzw. wie könnten ältere MigrantInnen erreicht werden?
 - Welche Zugangsbarrieren zu Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bestehen und wie können sie überwunden werden?
 - Welche Bedeutung kommt der geschlechts-, alters- und der ethnisch- bzw. kulturspezifischen Ausrichtung von Angeboten zu?
 - Wie wirken sich strukturelle Rahmenbedingungen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Primärprävention auf den Zugang aus? Inwiefern können Maßnahmen der Strukturentwicklung den Zugang verbessern?

- b) Wirksamkeit von Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention
- Wie wirkt sich die Teilnahme sowohl an einzelnen spezifischen Präventionsmaßnahmen (z.B. Kurse zu den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung) als auch an eher unspezifischen bzw. breiter angelegten Maßnahmen (z.B. Begegnungsangebote wie Seniorenfrühstück, Frauentreff) auf das Wohlbefinden und den subjektiven Gesundheitszustand der älteren MigrantInnen aus?
 - Wie erleben und bewerten ältere MigrantInnen die Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsförderung und Primärprävention? Wie beurteilen sie deren Wirksamkeit bzw. welche Effekte werden subjektiv wahrgenommen?
 - Inwiefern sind strukturelle Rahmenbedingungen für die Wirksamkeit bedeutsam? Wie können Maßnahmen der Strukturentwicklung auf kommunaler Ebene die Effektivität präventiver und gesundheitsfördernder Angebote für ältere MigrantInnen fördern? Wie lassen sich kommunale Vernetzungsstrukturen der Primärprävention und Gesundheitsförderung für ältere MigrantInnen auf- und ausbauen sowie nachhaltig implementieren?
- c) Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung älterer MigrantInnen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention
- Welche Rolle spielen Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung im Hinblick auf die Primärprävention und Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen?
 - Wie bewerten ältere MigrantInnen ihre Möglichkeiten, sich selbst in dem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Primärprävention einzubringen und bei der Gestaltung entsprechender Maßnahmen mitzuwirken? Welche Potenziale und welche Beschränkungen werden als bedeutsam angesehen?
 - Wie bewerten die kommunalen Akteure die Möglichkeiten der Selbstorganisation und Beteiligung der älteren MigrantInnen? Welche Potenziale und welche Beschränkungen werden wahrgenommen?
 - Wie kann die Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung älterer MigrantInnen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Zielgruppe einerseits und der kommunalen Akteure andererseits gestärkt werden? Wie können partizipative gesundheitsfördernde Strukturen, die eine aktive Mitgestaltung älterer MigrantInnen ermöglichen, (weiter-)entwickelt werden?

2. Voraussetzungen

Wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung des Projektvorhabens war die Kooperation mit Trägern von Präventionsmaßnahmen für ältere MigrantInnen und Migrantenselbstorganisationen vor Ort. Für die projektbezogene Zusammenarbeit konnten Präventionsanbieter mit unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und Arbeitsansätzen gewonnen werden, so dass u.a. sowohl ethnien-spezifische als auch ethnien-übergreifende bzw. interkulturelle Maßnahmen in die Untersuchung einbezogen werden konnten.

Praxispartner des Projektes waren die AWO-Integrations gGmbH zusammen mit der Seniorengruppe AWO-Ortsverein Marxloh International in Duisburg und der AWO Kreisverband Mönchengladbach e.V. zusammen mit dem Deutsch-Russischen Integrationsverein e.V. in Mönchengladbach. Die Zusammenarbeit wurde in schriftlichen Kooperationserklärungen geregelt.

Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie war als Projektträger zuständig für die Koordination und Durchführung des Forschungsprojektes. Hierzu gehörte insbesondere die Erbringung folgender Leistungen:

- Literaturrecherche / Aufarbeitung des Forschungsstandes
- Präzisierung der Forschungsfragen und des Forschungsdesigns
- Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der qualitativen Interviews mit älteren MigrantInnen, der Experteninterviews und der Werkstattgespräche
- kontinuierliche Rückkopplung der Forschungsergebnisse an den Kooperationspartner
- Erstellung eines Praxisleitfadens und des Schlussberichtes
- Öffentlichkeitsarbeit und Verbreitung der Forschungsergebnisse

Die Praxispartner waren Träger von Präventionsmaßnahmen und unterstützten die Durchführung des Forschungsprojektes insbesondere durch folgende Leistungen:

- Durchführung der zu evaluierenden Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen
 - a) In Duisburg wurden folgende Maßnahmen für türkische und russischsprachige ältere MigrantInnen angeboten:
 - Seniorenfrühstück (2mal wöchentlich, türkisch)
 - Yoga (1mal wöchentlich, türkisch)
 - Schwimmen (1mal wöchentlich, türkisch)
 - Seniorentreff (1mal wöchentlich, russisch)

b) In Mönchengladbach wurden folgende interkulturell ausgerichtete Maßnahmen für ältere MigrantInnen angeboten:

Bewegung und Entspannung 50+ (1mal wöchentlich)

Frauenfrühstück (1mal wöchentlich)

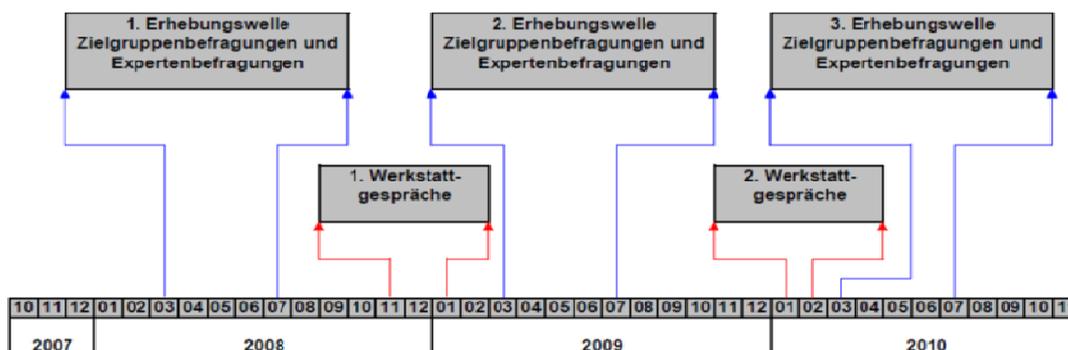
Seniorenfrühstück (1mal wöchentlich)

Gesundheitstreff (1mal monatlich)

- Unterstützung bei der Gewinnung von UntersuchungsteilnehmerInnen für die Zielgruppenbefragungen
- Teilnahme an den Expertenbefragungen und den Werkstattgesprächen
- Einbeziehung und Verwertung der Forschungsergebnisse für die Weiterentwicklung des konkreten Maßnahmenangebotes und der Netzwerkbildung zur Förderung der Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung während und nach der Laufzeit des Forschungsvorhabens.

3. Planung und Ablauf des Projektes

Zur Untersuchung der Fragestellungen des Projektes wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Das Forschungsdesign sah drei Erhebungswellen an zwei Projektstandorten (Duisburg und Mönchengladbach) vor. Jede Erhebungswelle umfasste eine Zielgruppenbefragung, d.h. die Durchführung von qualitativen Interviews mit älteren MigrantInnen, und eine Expertenbefragung, d.h. die Durchführung von leitfadengestützten Interviews mit MultiplikatorInnen und Fachkräften aus verschiedenen, für die Prävention und Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen relevanten, kommunalen Handlungsfeldern. Zwischen den Befragungswellen fanden zudem in den beiden Projektstandorten Werkstattgespräche mit VertreterInnen der Zielgruppe, der kommunalen Verwaltung und Politik sowie verschiedener lokaler Organisationen und Einrichtungen statt.



Damit wurden alle in der Projektplanung vorgesehenen Arbeitsschritte realisiert. Anders als in der ursprünglichen Konzeption vorgesehen, wurden in die Zielgruppenbefragung aber nicht nur TeilnehmerInnen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, sondern auch Personen, die bis zum Erhebungszeitpunkt (noch) keine entsprechenden Angebote genutzt hatten (Nicht-TeilnehmerInnen), einbezogen. Diese Erweiterung der Stichprobe war wichtig, um insbesondere Aspekte des Zugangs und Potenziale der Beteiligung umfassend untersuchen zu können, bedeutete aber auch einen Mehraufwand in nahezu allen Phasen des Forschungsprozesses (insbesondere bei der Entwicklung der Interviewleitfäden, der Schulung der InterviewerInnen und der Gewinnung der UntersuchungsteilnehmerInnen).

Außerdem erwies es sich als notwendig, in der zweiten Befragungswelle auch neue ProbandInnen aufzunehmen, um Ausfälle innerhalb der Ausgangsstichprobe zumindest teilweise zu kompensieren. Auch dies erhöhte den Aufwand für die Befragung, die insgesamt in fünf verschiedenen Sprachen durchgeführt wurde (so musste ein zusätzlicher Leitfaden für die Interviews mit den neu hinzugekommenen ProbandInnen entwickelt und in mehrere Sprachen übersetzt werden, die InterviewerInnen mussten gesondert geschult werden, etc.). Zudem trugen Erkrankungen oder längere Auslandsaufenthalte von einzelnen UntersuchungsteilnehmerInnen zu einer Verlängerung der Erhebungsphase bei. Insgesamt kam es dadurch zu Verschiebungen im zeitlichen Ablauf des Projektes, so dass die Projektlaufzeit von Juni 2010 bis November 2010 verlängert wurde. Die erforderlichen Änderungen und Abweichungen im zeitlichen Ablauf hatten keine Auswirkungen auf die Vorhabenziele.

4. Wissenschaftlicher Stand

Altern geht nicht zwangsläufig mit Krankheit einher, auch wenn das Morbiditätsrisiko mit zunehmendem Alter steigt. Allerdings sind die Chancen für ein gesundes Altern sozial ungleich verteilt und wesentlich von biografischen sowie aktuellen Merkmalen der Lebenslagen und Lebensstile abhängig (Tesch-Römer & Wurm, 2009; Bauer, 2008). Nach dem „Lifecourse Epidemiology“-Modell (Spallek & Razum, 2008) gelten die Situation im Herkunftsland vor der Migration, der Migrationsprozess selbst und die Situation im Zielland als Bestimmungsfaktoren der gesundheitlichen Lage.

Insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die von besonderen gesundheitlichen Belastungen und Risiken betroffen sind. Dabei kommen sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Faktoren zum Tragen, die wesentlich von einer durch kumulative Benachteiligungen gekennzeichneten Ungleichheitsposition der älteren Migrantinnen und Migranten geprägt sind (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 2001; Özcan & Seifert, 2006; Olbermann, 2006; Drucks, 2008; Olbermann, 2011). Ältere Zugewanderte bzw. Ältere mit ausländischer Staatsangehörigkeit verfügen im Vergleich zu einheimischen Älteren seltener über einen hohen und häufiger über gar keinen Schulabschluss. Sie sind bzw. waren häufiger als gering qualifizierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an physisch und psychisch belastenden Arbeitsplätzen tätig, sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen, verfügen über geringere Einkommen und weisen ein deutlich höheres Armutsrisiko auf. Die Wohnverhältnisse erfüllen zwar meist den Mindeststandard. Im Hinblick auf die Wohnungsgröße, die Ausstattung mit Balkon oder Terrasse, die Verfügbarkeit von Haushaltsgeräten, Computern und PKW sowie die Qualität des Wohnumfeldes, nicht zuletzt im Hinblick auf das Vorhandensein von Grünflächen, sind jedoch deutliche Nachteile festzustellen. Hinzu kommen nicht selten psychische Belastungen infolge der migrationsbedingten Trennung von nahestehenden Familienangehörigen, aber auch aufgrund von Diskriminierungserfahrungen und fehlender Anerkennung im Aufnahmeland.

Fehlende oder unzureichende Deutschkenntnisse, Informationsdefizite und mangelnde interkulturelle Kompetenz der Fachkräfte in sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen und Diensten erschweren die Inanspruchnahme und tragen zur Fehl- und Unterversorgung bei. Schließlich sind bei älteren Zugewanderten bestimmte risikobehaftete Gewohnheiten und Verhaltensweisen stärker verbreitet (s.u.). Angesichts der Kumulation verschiedener verhältnis- und verhaltensbedingter Risikofaktoren stellen ältere Migrantinnen und Migranten eine besonders vulnerable Gruppe dar, deren Chancen für ein gesundes Altern erheblich beeinträchtigt sind.

Die Datenlage zum Gesundheitsstatus der älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist jedoch insgesamt unbefriedigend. Es fehlen repräsentative epidemiologische Studien, und die vorhandenen Untersuchungen beschränken sich meist auf bestimmte Nationalitätengruppen, Erkrankungen, geographische Regionen und/oder Altersklassen. Aufgrund zu geringer Fallzahlen und methodischer Besonderheiten sind einige Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig bzw. verallgemeinerungsfähig. Zusammenfassend hier eine Auflistung der wichtigsten Erkenntnisse:

Ergebnisse des Mikrozensus 2009 zeigen, dass bei den 55-jährigen und älteren Ausländerinnen und Aussiedlerinnen Übergewicht (definiert anhand des BMI-Wertes) weitaus stärker verbreitet ist als bei den gleichaltrigen deutschen Frauen (Statistisches Bundesamt, 2010). Zudem ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher unter den Ausländerinnen und Ausländern im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung und den Aussiedlerinnen und Aussiedlern deutlich höher.

Die Mortalitätswerte der Arbeitsmigranten türkischer Herkunft und der Aussiedler sind niedriger als bei der deutschen Bevölkerung (Ronellenfitsch et al., 2006; Becher et al., 2007). Längsschnittuntersuchungen belegen allerdings eine Annäherung der Sterblichkeit ausländischer Personen an die der einheimischen Bevölkerung, was mit einer Anpassung an die Lebensweise im Aufnahmeland begründet wird (Zeeb & Razum, 2006).

Krebserkrankungen treten bei den Migrantinnen und Migranten insgesamt seltener auf, obgleich einige Krebsarten bei bestimmten Personengruppen gehäuft zu finden sind (z.B. Lungenkrebs bei älteren türkischen Männern) (Spallek et al., 2009).

In der einheimischen Bevölkerung sind Schwerbehinderungen am häufigsten bei den Personen im Alter von über 65 Jahren verbreitet, während in der ausländischen Bevölkerung die 45- bis 60-Jährigen am stärksten davon betroffen sind. Die Prävalenz an Schwerbehinderungen und der Behinderungsgrad sind hier insgesamt niedriger als in der deutschen Bevölkerung (Weilandt et al., 2000).

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden innerhalb der einheimischen Bevölkerung vorwiegend von den 40- bis 54-Jährigen in Anspruch genommen, während es bei der erwerbstätigen ausländischen Bevölkerung eher jüngere Männer im Alter von 25 bis 34 Jahren sind, die Rehabilitationsmaßnahmen beantragen. Ausländische Frauen im Alter von 50 bis 54 Jahren stellen deutlich häufiger einen Antrag auf Rehabilitation als gleichaltrige deutsche Frauen (Rommel, 2005; Höhne & Schubert, 2007).

Menschen mit Migrationshintergrund – vor allem türkische Erwerbstätige – sind häufiger von Frühberentung und Erwerbsminderung betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund (Olbermann, 2001; Höhne & Schubert, 2007; Brzoska et al., 2010).

Auffallend ist vor allem die hohe Zahl an psychischen Diagnosen bei den älteren Migrantinnen. Auch bei den Männern besteht dieser Unterschied, jedoch in einem geringeren Ausmaß als bei den Frauen.

Flächendeckende Daten zum Pflegebedarf älterer Menschen mit Migrationshintergrund fehlen bislang noch. Einige regional beschränkte bzw. auf bestimmte Nationalitätengruppen festgelegte Studien belegen aber eine geringe Inanspruchnahme formeller Pflegeleistungen, wobei diese in Langzeitbetrachtung allerdings kontinuierlich zugenommen hat (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2007; Lotze, 2005, 2008).

Während belastbare epidemiologische Daten zum objektiven Gesundheitszustand älterer Zugewanderter weitgehend fehlen, spiegelt sich die gesundheitliche Chancenungleichheit in den Ergebnissen verschiedener Studien zum subjektiven Gesundheitszustand deutlich wider. Die subjektive Gesundheitseinschätzung stellt einen wichtigen Indikator der objektiven Gesundheit dar. Durch die Berücksichtigung der subjektiven Gesundheit können gesundheitsrelevante Sichtweisen der Betroffenen erfasst werden, die eine Ergänzung zu objektiven Kriterien wie Überlebenszeit, Laborwerten oder klinischen Beobachtungen bieten (Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2009). Mehrere repräsentative Studien zeigen übereinstimmend, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter bewerten als einheimische Vergleichsgruppen (Kauth-Kokshoorn, 1998; Ronellenfitch & Razum, 2004; Zeeb et al., 2005; Baykara-Krumme, 2006; Solé-Auró & Crimmins, 2008). Demnach ist bei den älteren MigrantInnen der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ beurteilen, signifikant niedriger und der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstufen, signifikant höher als die entsprechenden Anteile bei den älteren Deutschen (Hubert, Althammer & Korucu-Rieger, 2009; Baykara-Krumme & Hoff, 2006; Özcan & Seifert, 2006; RKI, 2008). Es werden zudem Gendereffekte sichtbar. So fällt die Gesundheitseinschätzung der Türkinnen signifikant schlechter aus als die der türkischen Männer (Hubert et al., 2009). Auch Personen, die nie erwerbstätig waren, beurteilen ihre gesundheitliche Verfassung negativer als Personen, die einer Erwerbstätigkeit nachgegangen sind bzw. noch erwerbstätig sind. Wie die Daten des Generations- and Gender Surveys (GGS) zeigen, gilt dies wiederum insbesondere für die älteren türkischen Frauen (Hubert et al., 2009). Die häufig prekären Lebenslagen und damit einhergehende gesundheitliche Gefährdungsaspekte älterer zugewanderter Menschen verweisen auf die Notwendigkeit einer umfassenden zielgruppenorientierten Prävention und Gesundheitsförderung, um die Lebensqualität älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern, ihnen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen und einer vor-

zeitig auftretenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Die noch vergleichsweise junge Altersstruktur dieser Bevölkerungsgruppe bietet günstige Ausgangsbedingungen für rechtzeitig einzuleitende Maßnahmen der Gesundheitsprävention (Naegele, 2008). Umso problematischer ist die empirische Evidenz eines deutlich geringeren Nutzungsgrades von gesundheitsförderlichen Angeboten. In einer bundesweiten Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hollbach-Gröming & Seidel-Schulze, 2007) gaben 75,6% der befragten Städte, Gemeinden und Landkreise an, dass ältere Migrantinnen und Migranten von seniorenbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht erreicht wurden. Ältere Migrantinnen und Migranten waren damit die am wenigsten erreichte Zielgruppe, gefolgt von nicht mobilen älteren Menschen (57,7%) und sozial benachteiligten / bildungsfernen älteren Menschen (52,6%).

Es gibt hinreichend empirische Belege dafür, dass Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersphasen möglich und bis ins hohe Alter wirksam ist (Wurm & Tesch-Römer, 2007; Walter, 2008). Allerdings werden ältere Migrantinnen und Migranten in den vorliegenden Studien kaum berücksichtigt, so dass bislang auch nur wenig über die Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei dieser in Zukunft stark wachsenden Zielgruppe bekannt ist. Hinzu kommt, dass sich über die derzeitige Anzahl gesundheitsfördernder und primärpräventiver Angebote und Projekte für ältere MigrantInnen in Deutschland keine eindeutigen Aussagen treffen lassen (Kümpers, 2008). Lediglich die Auswertung verschiedener Datenbanken hat gezeigt, dass sehr wenige Angebote und Projekte gezielt auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet sind. Dabei können insbesondere gesundheitsfördernde Maßnahmen und Präventionsangebote bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Prozesse initiieren, die zu mehr Partizipation und Selbstbestimmung über ihre Gesundheit verhelfen (Rosenbrock & Kümpers, 2009; Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2009; Kuhlmann, 2010; Kümpers & Rosenbrock, 2010; Reimann et. al, 2010).

5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Über die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den oben genannten Projektpartnern hinaus fand eine Zusammenarbeit mit dem BMBF geförderten Projekt „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ statt. Die Zusammenarbeit umfasste insbesondere die Teilnahme an den jährlichen Strategietreffen, die Mitwirkung in der Arbeitsgruppe Praxistransfer und den laufenden Austausch von Informationen vor allem über die KNP-Website.

II Eingehende Darstellung

6. Erzielte Ergebnisse

Im Folgenden werden die im Projekt angewandten Untersuchungsmethoden, die diesbezügliche Vorgehensweise und die dabei gewonnenen Ergebnisse ausführlicher dargestellt.

6.1. Zielgruppenbefragung

Entsprechend des qualitativen Forschungsansatzes zielten die Befragungen älterer MigrantInnen darauf, dass Thema aus der Perspektive der Zielgruppe zu betrachten. Ausgangspunkt und Fokus der Untersuchung waren die Bedeutungen und Sinnzuschreibungen, die ältere MigrantInnen mit Prävention und Gesundheitsförderung und diesbezüglichen konkreten Angeboten verbinden. Dabei ging es vor allem um die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen (Strauss & Corbin, 1990; Flick, 1997) und eine Systematisierung des Präventionsverhaltens mittels empirisch begründeter Typenbildung (Kluge, 1999; Kelle & Kluge 2010).

6.1.1. Methodische Aspekte

a) Stichprobe

Wie in der qualitativen Sozialforschung üblich, wurde bei der Bildung der Untersuchungsstichprobe ein bewusstes, kriteriengesteuertes Auswahlverfahren eingesetzt. Grundsätzlich galt es dabei sicherzustellen, „dass TrägerInnen *theoretisch relevanter Merkmalskombinationen* in der Stichprobe hinreichend vertreten sind“ (Kelle & Kluge 2010, S. 41). Ausgehend von den Fragestellungen der Untersuchung und unter Berücksichtigung vorliegender Erkenntnisse zu relevanten Einflussfaktoren auf das Gesundheits- und Präventionsverhalten sowie der konkreten Rahmenbedingungen des Projektes wurde ein Stichprobenplan für die Auswahl der UntersuchungsteilnehmerInnen entwickelt.

Demnach sollten in den beiden Projektstandorten (Duisburg und Mönchengladbach) jeweils 20 ältere Migrantinnen und Migranten (50 Jahre und älter) als ProbandInnen gewonnen werden. Darüber hinaus erfolgte die Auswahl entlang folgender Kriterien:

- *Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an Präventionsmaßnahmen*

In die Untersuchung sollten zum einen Personen, die an präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten (Yoga, Schwimmen, Bewegung und Entspannung sowie Informations- und Begegnungsangeboten) teilnehmen und zum anderen Personen, die an keinen entsprechenden Angeboten teilnehmen, einbezogen werden. Um dem Ziel der Evaluation bzw. der Untersuchung der Wirksamkeit von Präventionsmaß-

nahmen gerecht zu werden, sollte sich die Stichprobe zu drei Dritteln aus TeilnehmerInnen und zu einem Drittel aus Nicht-TeilnehmerInnen zusammensetzen, d.h. in beiden Projektstandorten sollten jeweils 14 TeilnehmerInnen und sechs Nicht-TeilnehmerInnen interviewt werden.

- *Herkunftsland*

Insgesamt sollten ältere Migranten/innen aus unterschiedlichen Herkunftsländern als UntersuchungsteilnehmerInnen gewonnen werden. Aufgrund der jeweils spezifischen Arbeitsausrichtung der beteiligten Kooperationspartner lag in Duisburg ein Auswahl-schwerpunkt bei älteren Menschen türkischer Herkunft und in Mönchengladbach bei älteren Menschen aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion. Darüber hinaus sollten aber in beiden Standorten auch ältere MigrantInnen aus anderen Herkunftsländern einbezogen werden.

- *Alter*

Innerhalb der Untersuchungsgruppe 50jähriger und älterer MigrantInnen sollten unterschiedliche Altersgruppen vertreten sein, wobei ein deutlicher Schwerpunkt bei den unter 70jährigen liegen sollte.

- *Geschlecht*

Um geschlechtsspezifische Aspekte hinreichend berücksichtigen zu können, sollte sich die Stichprobe jeweils ca. zur Hälfte aus älteren zugewanderten Männer und Frauen zusammensetzen.

- *Familienstand bzw. soziale Situation*

Die soziale Situation wurde ebenfalls bei der Auswahl in Betracht gezogen, indem sowohl Verheiratete als auch Alleinstehende (insgesamt ca. ein Drittel Ledige, Verwitwete oder Geschiedene) in der Stichprobe in ausreichendem Umfang repräsentiert sein sollten. Darüber hinaus sollte darauf geachtet werden, dass nicht nur die leichter erreichbaren Aktiven und diejenigen mit vielfältigen sozialen Kontakten, sondern auch Personen, die eher zurückgezogen leben und weniger sozial eingebunden sind, einbezogen werden.

- *Deutschkenntnisse*

Angesichts der Relevanz sprachlicher Verständigungsmöglichkeiten wurden auch die Sprachkenntnisse als Auswahlkriterium zugrundegelegt. Es sollten ältere MigrantInnen sowohl mit (eher) guten Deutschkenntnissen als auch solche mit (eher) geringen oder kaum vorhandenen Deutschkenntnissen als UntersuchungsteilnehmerInnen gewonnen werden. Letztere sollten mindestens die Hälfte der Stichprobe ausmachen.

- *Pendeln*

Schließlich sollte auch die für die Zielgruppe spezifische Strategie des „Pendelns“ bei der Auswahl der UntersuchungsteilnehmerInnen berücksichtigt werden, indem ältere MigrantInnen mit regelmäßig längeren Aufenthalten im Herkunftsland als auch solche, die kontinuierlich ohne längere Unterbrechungen in Deutschland leben, in der Stichprobe vertreten sein sollten.

Mit der Vorgabe dieser Auswahlkriterien wurde angestrebt, eine für die Untersuchung der Fragestellungen des Projektes relevante Heterogenität von Fällen zu erfassen. Die Gewinnung der UntersuchungsteilnehmerInnen erfolgte daher sukzessive im Hinblick auf die Gewährleistung eines möglichst breiten Spektrums bedeutsamer Merkmalskombinationen.

Der Feldzugang fand auf unterschiedlichen Wegen statt. Die Vermittlung potenzieller UntersuchungsteilnehmerInnen erfolgte im Wesentlichen über die kooperierenden Praxispartner. Ein weiterer Zugang, insbesondere zu der Teilgruppe der „Nicht-Teilnehmerinnen“ (d.h. Personen, die zum Erhebungszeitpunkt nicht an Präventionsangeboten teilnahmen) ergab sich durch das Engagement der muttersprachlichen InterviewerInnen, die Personen aus ihrem erweiterten Bekannten- und Familienkreis zur Teilnahme an der Untersuchung motivieren konnten. Darüber hinaus konnten vereinzelt auch Kontakte von bereits interviewten Personen für die Gewinnung weiterer ProbandInnen genutzt werden.

Die erste Erhebungswelle umfasste eine Stichprobe von 39 ProbandInnen, darunter 20 ältere MigrantInnen aus Duisburg und 19 ältere MigrantInnen aus Mönchengladbach¹. Von den 39 Interviewpartnern der ersten Befragungswelle konnten 27 Personen im Rahmen der zweiten Befragungswelle erneut befragt werden. 12 Interviewpartner standen aus unterschiedlichen Gründen (insb. gesundheitliche Beeinträchtigungen, Aufenthalt im Herkunftsland, Wohnortwechsel innerhalb Deutschlands, Todesfall, Zeitmangel) für die Folgebefragung nicht mehr zur Verfügung. Um eine weiterhin aussagekräftige Datenbasis zu gewährleisten, wurden 10 neue UntersuchungsteilnehmerInnen einbezogen, so dass die Stichprobe der zweiten Befragungswelle insgesamt 37 Personen umfasste. An der dritten Erhebungswelle beteiligten sich 27 der bisherigen ProbandInnen. Fasst man die drei Erhebungswellen zusammen, ergibt sich somit eine Gesamtstichprobengröße von 49 Personen.

¹ In Mönchengladbach kam ein Interview aufgrund wiederholter Erkrankungen eines potenziellen Untersuchungsteilnehmers nicht zustande. An diesem Projektstandort wurden daher nur 19 der ursprünglich geplanten 20 Interviews mit älteren MigrantInnen realisiert.

Die Zusammensetzung der Stichprobe im Hinblick auf die o.g. Auswahlmerkmale (vgl. Tabelle 1) zeigt, dass eine große Bandbreite und in der Regel auch eine ausreichende Anzahl von Fällen mit relevanten Merkmalsausprägungen repräsentiert sind.

Tabelle 1: Zusammensetzung der Stichprobe nach Auswahlkriterien

Auswahlkriterien	Duisburg	Mönchengladbach	Gesamt
Teilnahme an Präventionsmaßnahmen			
Teilnahme	18	11	29
Keine Teilnahme	8	12	20
Alter			
51-60 Jahre	11	11	22
61-70 Jahre	14	7	21
71 Jahre und älter	1	5	6
Herkunftsland			
Türkei	17	3	20
Ehem. GUS-Staaten	6	12	18
Ehem. Jugoslawien	0	4	4
Indien	0	1	1
Polen	3	0	3
Bulgarien	0	2	2
Afghanistan	0	1	1
Geschlecht			
Weiblich	11	14	25
Männlich	15	9	24
Familienstand			
Verheiratet	21	13	34
Ledig	0	4	4
Geschieden	2	3	5
Verwitwet	3	1	4
Getrennt lebend	0	2	2
Deutschkenntnisse			
Gute Deutschkenntnisse	7	10	18
Mittelmäßige Deutschkenntnisse	8	6	18

Geringe Deutschkenntnisse	11	7	11
Pendeln			
Ja	14	4	18
Nein	12	19	31

Unter den 49 ProbandInnen befinden sich 29 „TeilnehmerInnen“, d.h. Personen, die an organisierten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung teilgenommen haben und 20 „Nicht-TeilnehmerInnen“, d.h. Personen, die angaben, noch nicht an einer solchen Maßnahme teilgenommen zu haben. Bezüglich der Altersverteilung liegt der Schwerpunkt bei den „jungen Alten“, wobei 22 TeilnehmerInnen zum Zeitpunkt der ersten Befragungswelle zwischen 51 und 60 Jahre, 21 Personen zwischen 61 und 70 Jahre und 6 Personen über 70 Jahre alt waren. Die Untersuchungsgruppe umfasst sowohl ArbeitsmigrantInnen, (Spät-)AussiedlerInnen und Flüchtlinge, wobei es sich überwiegend um Zugewanderte aus der Türkei (20 Befragte) und aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion (18 Befragte) handelt. Die übrigen elf Befragten sind ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Polen, Bulgarien, Afghanistan und Indien. Bezüglich der Geschlechterverteilung setzt sich die Stichprobe etwa zu gleichen Anteilen aus Männern (23) und Frauen (26) zusammen. Bei den Befragten handelt es sich überwiegend um Verheiratete (35), aber auch die Alleinstehenden sind mit immerhin 14 Personen gut vertreten. Im Hinblick auf die Deutschkenntnisse sind in der Stichprobe ebenfalls unterschiedliche Ausprägungen hinreichend repräsentiert: Die Mehrheit (29 Befragte) verfügt über mittelmäßige (18) bzw. geringe Deutschkenntnisse (11). Unter den Befragten befindet sich aber auch eine größere Gruppe (18 Personen) mit guten Deutschkenntnissen. Schließlich sind 18 Pendler in der Stichprobe repräsentiert, während es sich bei den meisten Befragten (31) um Personen handelt, die beständig, also ohne längere Unterbrechungen durch Aufenthalte im Herkunftsland, in Deutschland leben.

b) Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels qualitativer Interviews, speziell in Anlehnung an die Methode des problemzentrierten Interviews (Witzel, 1985). Demnach sollte zum einen eine offene Gesprächssituation geschaffen werden, die es den ProbandInnen ermöglicht, sich frei zu artikulieren und entsprechend ihrer individuellen Relevanzsysteme eigene Schwerpunkte bei der Erörterung des Untersuchungsgegenstandes zu setzen. Zum anderen sollte durch eine „problemzentrierte“ Vorgehensweise gewährleistet werden, dass bestimmte Themenbereiche entsprechend der Fragestellungen des Projektes explizit und differenziert erörtert werden.

Für die Durchführung der drei Zielgruppenbefragungen wurden jeweils Gesprächsleitfäden mit spezifischen inhaltlichen Schwerpunktsetzungen entwickelt. In der ersten Erhebungswelle stand die Exploration der subjektiven Gesundheitskonzepte, des persönlichen Gesundheits- bzw. Präventionsverhaltens, der Zugangserfahrungen sowie der Bewertungen und Wirkungen von organisierten präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Vordergrund. Die beiden Folgebefragungen dienten einerseits der Vertiefung dieser Themenbereiche und andererseits der Erweiterung des Untersuchungshorizontes durch die Einbeziehung zusätzlicher Themenbereiche. Spezifische inhaltliche Schwerpunkte der zweiten Erhebungswelle waren die Themen „Soziale Netzwerke und deren Bedeutung für die Prävention und Gesundheitsförderung“ und „Potenziale der Selbsthilfe, Selbstorganisation und Partizipation“, während in der dritten Befragungswelle ein besonderer Fokus auf die Bedeutung des Migrations- und Integrationserlebens gelegt wurde.

Der thematische Gesprächsleitfaden diente als Orientierungsrahmen und als Gedächtnisstütze während des Interviews. Er bot darüber hinaus konkrete Hilfestellungen für die Gesprächsführung und die Formulierung konkreter Fragestellungen z.B. zur Vertiefung einzelner Fragenkomplexe. Dies war in dem konkreten Projektzusammenhang besonders wichtig, da die Interviews nicht von den ProjektmitarbeiterInnen selbst, sondern aufgrund der meist geringen Deutschkenntnisse der UntersuchungsteilnehmerInnen überwiegend von externen muttersprachlichen InterviewerInnen durchgeführt wurden. Die Durchführung der Interviews in der jeweiligen Muttersprache der ProbandInnen stellte besondere Anforderungen an die Vorbereitung und Durchführung der Datenerhebung. Da die Datenqualität der Interviews nicht zuletzt von den Fähigkeiten der Interviewerin bzw. des Interviewers abhängt, wurden bereits bei der Auswahl der InterviewerInnen bestimmte Kriterien zugrundegelegt. Hierzu gehörten neben sehr guten Sprachkenntnissen (Deutsch und Muttersprache) Kenntnisse in Methoden qualitativer empirischer Sozialforschung, möglichst bereits Erfahrungen in der Durchführung qualitativer Interviews sowie Kenntnisse bzw. Interesse an den Themen Prävention und Gesundheitsförderung und/oder Lebenslagen älterer MigrantInnen. Vor jeder Erhebungswelle fanden mehrstündige Interviewerschulungen statt, in denen die InterviewerInnen gezielt auf die Durchführung der Interviews vorbereitet wurden. Darüber hinaus erfolgte eine begleitende Beratung und Reflexion auch während der Durchführungsphase. Dennoch zeigten sich z.T. deutliche Unterschiede in der Qualität der Interviewführung, was dazu führte, dass im Laufe der drei Erhebungswellen vereinzelt auch neue InterviewerInnen gewonnen werden mussten. Bei den insgesamt 10 InterviewerInnen handelte es sich überwiegend um Berufstätige und Studierende der Fachrichtungen (Sozial-)Pädagogik und Sozial- bzw.

Gesundheitswissenschaft, in Einzelfällen auch um im Untersuchungsfeld ehrenamtlich Engagierte mit Migrationshintergrund aus anderen Berufsgruppen. .

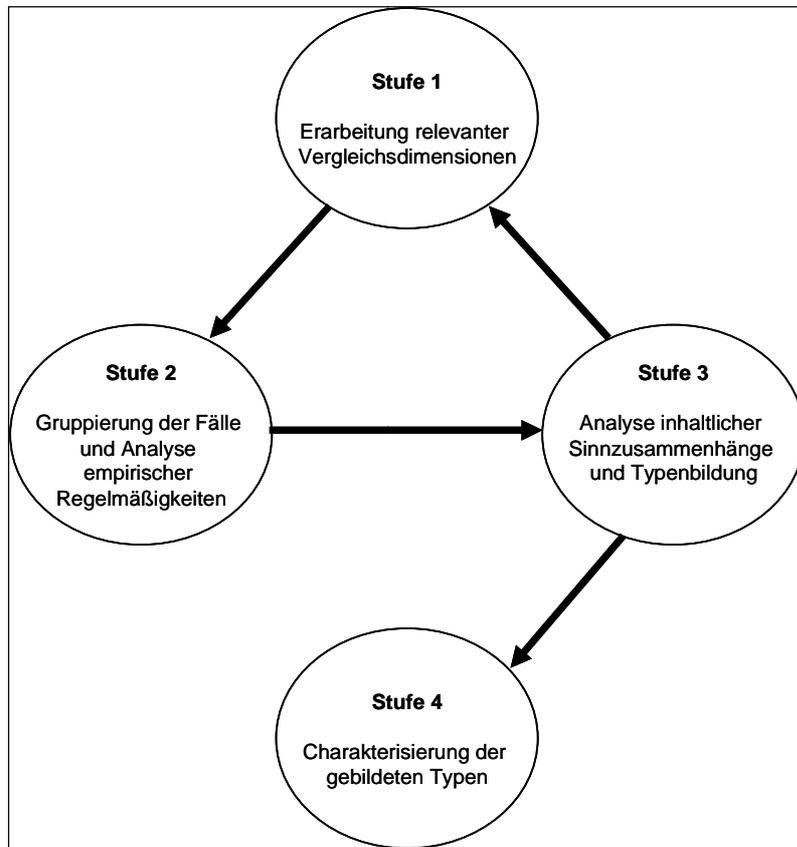
Insgesamt wurden im Rahmen des Projektes 103 Interviews in fünf verschiedenen Sprachen, darunter 82 in der jeweiligen Muttersprache der UntersuchungsteilnehmerInnen (Türkisch, Russisch, Polnisch, Serbisch) und 21 in deutscher Sprache durchgeführt. Die Dauer der Interviews lag zwischen 19 und 74 Minuten. Sämtliche Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend vollständig übersetzt und transkribiert.

c) Datenauswertung

Die Datenanalyse erfolgte in Anlehnung an verschiedene sozialwissenschaftliche Ansätze einer kategorienbasierten Textanalyse (Kuckartz, 2007; Kuckartz et al., 2007). Ausgehend von den Themen der Interviewleitfäden wurde zunächst ein grober Themenkatalog als Grundlage für die Entwicklung eines differenzierten Kategoriensystems zusammengestellt. Anschließend wurde das Datenmaterial in einem sehr offenen Verfahren Satz für Satz, entsprechend der Vorgehensweise des „offenen Kodierens“ (Strauss & Corbin, 1996) erschlossen. Im weiteren Auswertungsprozess wurde die so entstandene Fülle von sehr spezifischen Kategorien und Subkategorien mehr und mehr zusammengefasst und mit abstrakteren Begriffen etikettiert. Für die weitergehende Konstruktion von Handlungstypen wurde nach dem Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung vorgegangen (Kelle & Kluge, 2010), dessen Teilschritte in der nachfolgenden Abbildung 2 verdeutlicht werden.

Die Analyse der Daten erfolgte mit Unterstützung des qualitativen Datenanalyseprogramms MAXQDA. Darüber hinaus wurde zu jeder/m UntersuchungsteilnehmerIn eine Fallbeschreibung erstellt. Hierbei handelt es sich um eine nach einem einheitlichen Merkmalsraster erstellte personenbezogene Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Erhebungswellen. Auf diese Weise entstanden Kurzprofile, die eine weitere Grundlage für die vergleichende Fallanalyse und die daraus entwickelte Typenbildung bildeten.

**Abbildung 2: Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung
(Kelle & Kluge, 2010, S. 92)**



6.1.2. Ergebnisse

6.1.2.1. Zugänge zu Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Bezogen auf das Vorhabenziel der Untersuchung von neuen Zugangsmöglichkeiten für ältere MigrantInnen wurde von folgenden Fragestellungen ausgegangen: Unter welchen Voraussetzungen nehmen ältere MigrantInnen an Präventionsmaßnahmen teil? Welche Zugangsarten zu Maßnahmen im Gesundheitssystem bestehen und werden genutzt? Welche Ansätze werden von den älteren Menschen mit Migrationshintergrund angenommen und als sinnvoll erachtet? Welche Bedeutung kommt der geschlechts- bzw. altersspezifischen Ausrichtung von Angeboten zu? Wie gestaltet sich die Akzeptanz von interkulturellen bzw. ethnienpezifischen Ansätzen?

Im Rahmen der Interviews konnten aus der Perspektive der befragten älteren MigrantInnen eine Vielzahl von förderlichen und hemmenden Faktoren identifiziert werden, die sich auf die Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen auswirken. Diese beziehen sich insbesondere auf die Art der Ansprache, die Zusammensetzung des Teilnehmerkreises, die Art und den Umfang der Finanzierung bzw. der Kostenbeteiligung, die inhaltliche Ausrichtung und die Gestaltung sowie die konkrete Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Ergebnisse zu den Zugängen ergeben folgendes Bild:

- Die Möglichkeiten der sprachlichen Verständigung (Herkunftssprache) sind für den Zugang von zentraler Bedeutung.

„Ich lebe ca. seit 40 Jahren in Deutschland. Eine Sache finde ich sehr traurig und zwar, dass wir kein Deutsch gelernt haben. Es ist egal, wie du das jetzt interpretieren wirst. Da ich nicht so gut Deutsch spreche, kann ich keine Gespräche führen. Es wäre wünschenswert, wenn wir besser Deutsch sprechen könnten und mit den Deutschen kommunizieren könnten. Leider konnten wir es nicht lernen.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

- Die Vermittlung des Zugangs durch vertraute Bezugspersonen spielt eine große Rolle. Die befragten TeilnehmerInnen von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sind vor allem durch persönliche Kontakte aus dem Freundes- und Familienkreis zu den Angeboten gekommen. In der Regel ist eine direkte persönliche Ansprache notwendig. Die Relevanz und der Nutzen der Maßnahmen muss im persönlichen Gespräch vermittelt und die Teilnahme konkret begleitet werden

„Freunde ... Sie waren schon Mitglieder und dann sind wir auch gegangen.“ (70 J., männl., Herkunft: Osteuropa)

„Gestern hat mir das ein Bekannter erzählt, er kam gerade von der (Krankenkasse) ... Ich weiß nicht. Ich habe kaum Information über solche Sachen. Ich wusste nichts davon.“ (63 J., weibl., Herkunft: Asien)

- Kostengünstige bzw. kostenfreie Angebote sind für die meisten älteren MigrantInnen eine notwendige Voraussetzung der Teilnahme. Die Finanzierungspraxis der Krankenkassen (Vorfinanzierung und Rückerstattung bei Nachweis einer regelmäßigen Teilnahme) findet wenig Akzeptanz bzw. wird angesichts der häufig engen finanziellen Spielräume von den älteren MigrantInnen als nicht realisierbar erlebt.

„Früher konnten wir zwei Mal in der Woche schwimmen gehen. Das wurde finanziert. Oder Yoga gab es über das ganze Jahr. Aber jetzt warten die Leute auf die Gelder, damit die Kurse wieder laufen. Ich frage immer wieder nach, aber die Antwort ist leider immer nein. Momentan gibt es keine Kurse. Man könnte es auch alles privat machen, aber dafür fehlt einem das Geld.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

- Der Gruppenkontext bzw. regelmäßig stattfindende Treffen älterer MigrantInnen sind wichtige Zugangsförderer bzw. erleichtern die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Der Gruppenzusammenhang fördert zudem die Kontinuität der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen. Ohne Gruppenanbindung ist die Beteiligung unregelmäßiger und ein Abbruch wahrscheinlicher. Gegenseitige Motivation und Aktivierung sind wichtige Rahmenbedingungen.

„Natürlich spielt da Faulheit eine Rolle, von daher mache ich es nicht alleine, aber durch meine Freunde hatte ich das Muss-Gefühl mitzumachen, und je weiter ich mich dazu zwingen, tut es mir eigentlich gut ...“ (66 J., männl., Herkunft: Türkei)

- Die Wohnortnähe bzw. eine gute Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist angesichts der oft eingeschränkten Mobilität älterer MigrantInnen ebenfalls ein entscheidender Faktor für die Teilnahme.

„Außerdem ist es zu weit für mich und ich kann nicht diese Strecke jedesmal gehen. Nachdem ich mit dem Bus gefahren bin, muss ich noch einmal eine lange Strecke laufen.“ (68 J., weibl., Herkunft: Türkei)

- Spezifische Angebote für Männer und Frauen können hilfreich sein (aufgrund anderer Interessen, Schamgefühle etc.) und sind teilweise eine notwendige Voraussetzung für die Teilnahme. Geschlechtsspezifische Angebote sind jedoch – auch bei den älteren MigrantInnen aus der Türkei bzw. muslimischen Glaubens – nicht immer erforderlich und gemeinsame Angebote werden teilweise ebenfalls ausdrücklich gewünscht.

„Ich halte es nicht für nötig. Ich bin bei allem dabei, ich besuche auch gemischte Gruppen. Aber ich bevorzuge nicht die gemischte Sauna. Ich habe mir einige Sportzentren angeschaut um zu gucken. Es gab keine Sau-

na für Frauen. ... Wir, als Musliminnen, bevorzugen es nicht.“ (61 J., weibl., Herkunft: Türkei)

„Wir haben uns daran gewöhnt, dass die Gruppen gemischt sind. Viele haben uns gesagt, dass sie neidisch auf unsere Gruppe sind. ... Es ist alles sehr freundschaftlich ... Jeder unterhält sich mit dem anderen oder setzt sich dazu. Da dürfen wir uns nicht hinsetzen, da sitzen nur Frauen. So etwas gibt es bei uns nicht.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

- Zu beachten ist auch, dass einige Befragte ethnischspezifische Gruppen für problematisch halten. Von diesen älteren MigrantInnen werden z.B. im Sinne einer Anerkennung der Verschiedenheit explizit ethnisch gemischte Angebotsformen gewünscht. Die Akzeptanz ihrer Person in ihrer Einzigartigkeit ist für diese Menschen ein besonderes Anliegen.

„Also z.B. in dieser Gruppe. Ich habe da einen Freund, wir kennen uns seit 44 Jahren und der gibt sich so viel Mühe. ... Und der kriegt keine Unterstützung dieser Gruppe, weil die nur in ihrer Sprache sprechen. ... Ja, das ist auch ein Problem.“ (65 J., männl., Herkunft: Asien)

„Ja, ich würde zu einer rein türkischen Gruppe nicht hingehen. ... Warum soll ich mich ausgrenzen? ... Nicht weil meine Heimatsleute schlecht sind. Solche Freunde habe ich auch, aber ich möchte so nicht leben. ... Das mache ich nicht. ... Wenn es aber eine gemischte Gruppe wäre, dann würde ich hingehen. Mit gemischt meine ich nicht Mann und Frau. Ich meine Deutsche, Türken und andere Menschen. Es müssen aber Frauen sein.“ (59 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Im Hinblick auf weitere Rahmenbedingungen, die eine Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen begünstigen, wurden von den Befragten insbesondere folgende Aspekte hervorgehoben:

- Einige wünschen eine Überschaubarkeit des Teilnehmerkreises bei den Kursangeboten: Kleine Gruppen ermöglichen ein intensives Kennenlernen und das Gefühl der Vertrautheit. Gegenseitiges Verständnis und Unterstützung werden zudem durch die Zugehörigkeit zur gleichen Altersgruppe begünstigt („Man kann sich in den anderen hineinversetzen“). Die TeilnehmerInnen fühlen sich unter Gleichaltrigen weniger unter Druck gesetzt, jeder kann sich entsprechend seiner Möglichkeiten beteiligen.
- Eingewöhnungsphase: Ein langsamer Einstieg, der genügend Zeit zum Eingewöhnen gibt, ist wichtig, u.a. da die Bewegungen in den Kursen z.T. ungewohnt sind und um Überforderungen zu vermeiden.
- Angebote sollten an die Fähigkeiten der TeilnehmerInnen angepasst bzw. flexibel gehandhabt werden (z.B. Teilnahme an Schwimmkurs auch für Nichtschwimmer

ermöglichen etwa durch Übungen im Nichtschwimmerbereich, Aquagymnastik etc.).

„Bevor ich mit den Kursen anfang, habe ich über die Menschen oder vielmehr die Leute mit anderen Augen betrachtet. Ich habe sie kennengelernt und es ist anders. Wenn ich woanders mit den Kursen angefangen hätte, gäbe es meiner Meinung nach Altersunterschiede, da wir uns hier alle kennen, habe ich keine Schwierigkeiten. Den Unterschied sehe ich hier gar nicht. Da wir auch nicht so viele Teilnehmer sind versteht man sich viel besser, man kann sich in gewisse Situationen hinein versetzen und unterstützen und behilflich sein. Wenn junge Leute in unserem Kurs wären, gäbe es bestimmt Konflikte, weil die Jugendlichen viel schneller sind als wir älteren und das würde vielleicht einige unter Druck setzen. Da wir alle in ähnlichem Alter sind haben wir es nicht schwer. Beim Schwimmen ist es halt so, dass jeder seinen eigenen Schwimmstil und Rhythmus hat und das ist normal.“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Zu berücksichtigen ist aber auch, dass nicht alle älteren MigrantInnen an gesundheitsfördernden Gruppenangeboten interessiert sind. Hierbei kommen zum einen Befürchtungen vor sozialer Kontrolle und „das Gerede“ innerhalb der eigenen Herkunftsgruppe zum Tragen. Zum anderen gibt es auch ältere Zugewanderte, die gesundheitsfördernde Aktivitäten eher alleine im privaten Raum ausüben bzw. ausüben möchten und hierfür keine Gruppenanbindung brauchen oder wünschen.

6.1.2.2. Wirksamkeit von Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Über die Untersuchung von Zugangswegen hinaus umfasste das Forschungsprojekt die Evaluation von mehreren, inhaltlich unterschiedlich ausgerichteten präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen. Neben spezifischen Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung, wie Schwimm-, Bewegungs- und Yogakurse oder Vortragsreihen, gehörten hierzu auch eher unspezifische Begegnungsangebote wie Frühstücks- und Frauentreffs.

Entsprechend des qualitativen Forschungsansatzes ging es darum, die subjektiven Bedeutungen und Sinnzuschreibungen, die ältere MigrantInnen mit den jeweiligen Maßnahmen und Angeboten verbinden, zu untersuchen und somit die Wirksamkeit aus der „Innensicht“ der Teilnehmenden zu erfassen. Die UntersuchungsteilnehmerInnen wurden danach gefragt, warum sie daran teilnehmen, wie sie die Teilnahme erleben, welche Erfahrungen sie damit gemacht haben und wie wichtig diese Angebote für sie sind.

Die Untersuchungsergebnisse verweisen auf ein weites Spektrum von miteinander verknüpften Effekten der Belastungsreduzierung und Ressourcenvermehrung. Dieje-

nigen befragten älteren MigrantInnen, die bisher an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilgenommen haben, berichten von vielfältigen positiven Wirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Hierzu gehören im Einzelnen:

- Physische Effekte: Verbesserung der Beweglichkeit, Verringerung oder Verschwinden von Schmerzen, Steigerung der Fitness

„Durch Schwimmen gehen meine Rückenschmerzen weg, weil sich die Muskulatur lockert, beim Yogakurs ist es genau so, da entspannt man. Ja heute habe ich seit 24 Jahre Asthma, ich habe eine 100% Behinderung. Dadurch, dass ich für meine Gesundheit was tue, habe ich seit Jahren keinen Anfall mehr gehabt, Gott sei Dank!“ (63 J., weibl., Herkunft: Türkei)

- Psychische Effekte: Entspannung und Stressabbau, Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein, Emotionale Stabilität

„Für mich ist es aber sehr wichtig, Kontakt zu anderen Menschen zu haben. Auch, mit diesen Menschen zu sprechen, ... mit ihnen zu lachen, das bedeutet mir sehr viel ... Das erhält unser Leben, unsere Seele.“ (51 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

- Soziale Effekte: Erweiterung der sozialen Kontakte, Soziale Unterstützung, Aktivierung und soziale Teilhabe

„Also diese Angebote sind für uns, besonders für uns, für Rentner absolut wichtig. Sich da zu sammeln mit Freunden, mit Heimatleuten, sich austauschen und unterhalten, das ist sehr wichtig.“ (74 J., männl., Herkunft: Türkei)

- Lerneffekte / Kompetenzerweiterung: Gesundheitswissen, Bewältigungsstrategien, Gesundheitsverhalten, Sozialverhalten

„... durch diese Veranstaltungen habe ich viel gelernt, Und dann finde ich es sehr schön, dass man noch etwas lernen kann und weitergeben ... dass man weiter anderen Leuten helfen kann, oder Informationen weitergeben, nicht nur für mich selber.“ (52 J., weibl., Herkunft: Bulgarien)

Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen den hohen subjektiven Stellenwert präventiver und gesundheitsfördernder Angebote bei älteren MigrantInnen und zeigen, dass sich die Teilnahme positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Den psycho-sozialen Aspekten kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Die Wirkungen gesundheitsfördernder Angebote werden von den älteren TeilnehmerInnen mit Migrationshintergrund nicht nur auf die Inhalte der verschiedenen Präventionsangebote bezogen, sondern häufig mit der Gruppenanbindung und dem Gemeinschaftserleben in Verbindung gebracht („Man hat dann jemand zum Reden“). Die Untersuchungsergebnisse unterstreichen zudem die Relevanz von Austauschmöglichkeiten und gemeinschaftlichen Aktivitäten in muttersprachlichen Settings. Diese können wesentlich zur

Lebensqualität älterer MigrantInnen beitragen, indem sie Gefühle der Sicherheit, Vertrautheit, Akzeptanz und Anerkennung vermitteln, aber auch wichtige Orte für informelles Lernen und gegenseitige Unterstützung darstellen.

Demnach ist nicht allein die Teilnahme an einzelnen spezifischen Präventionsmaßnahmen (z.B. Kurse und Informationsveranstaltungen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung), sondern die ergänzende Einbindung in dauerhafte Gruppenzusammenhänge maßgeblich für eine nachhaltige präventive und gesundheitsfördernde Wirkung. Der Gruppenbezug ist Türöffner für den Zugang und Verstärker der Wirkungen von spezifischen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

6.1.2.3. Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Während bei der ersten Befragungswelle die Untersuchung der Wirksamkeit und der Zugänge im Vordergrund stand, wurde bei der zweiten Befragungswelle ein Schwerpunkt auf die Exploration der Potenziale von Selbsthilfe und Selbstorganisation älterer MigrantInnen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung gelegt.

Die UntersuchungsteilnehmerInnen wurden u.a. danach gefragt, ob sie konkrete Möglichkeiten sehen oder Vorstellungen dazu haben, wie sie ihre Erfahrungen und Fähigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung einbringen könnten bzw. wie ältere MigrantInnen sich gegenseitig unterstützen könnten, um möglichst auch im höheren Alter aktiv und gesund zu bleiben.

Die Äußerungen der Befragten machen sowohl Potenziale und Handlungsoptionen als auch Grenzen und Beschränkungen der persönlichen Handlungsmöglichkeiten und -bereitschaften deutlich.

a) Potenziale und persönliche Handlungsoptionen

generelle Engagementbereitschaft (helfen wollen)

„Ich bin immer glücklich, wenn ich jemandem helfen kann. Ganz egal, ob es nur um einen Menschen geht oder die ganze Gesellschaft.“ (61 J., männl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Gesundheitswissen weitergeben

„Meine Familie ist leider nicht da. ... Ich muss allein zurecht kommen. ... Ich habe an einer Gruppe, die sich mit Gesundheitsproblemen beschäftigt, teilgenommen. Um anderen Menschen zu helfen, beschäftige ich mich viel mit Heilkunde und gebe meine Kenntnisse weiter.“ (74 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

organisatorische Kompetenzen einbringen

„Also ich denke, das Wichtigste für die Gesundheit ist gesunde Ernährung. Die Leute sollten mehr Wissen darüber kriegen, ... selten kaufen sich die Leute Bücher, und deshalb würde ich gern Gruppen organisieren, die sich treffen und von Fachkräften, Ärzten informiert werden, ihnen klar machen, wie wichtig gesunde Ernährung ist.“ (53 J., weibl., Herkunft: Ost-europa)

Sprachkenntnisse zur Verfügung stellen

„Es geht wirklich um unsere Sprachkenntnisse, meist um die älteren Menschen, die schlecht Deutsch sprechen können. Und für die Dolmetschen wir bei Ärzten und Beratungen.“ (66 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Sozial- und Alltagskompetenzen einsetzen

„Einer älteren Frau könnte ich z.B. die Einkäufe machen, ... mit ihr Spazieren gehen, das könnte ich machen. ... Ich könnte einen Kochkurs anbieten. Sonst weiß ich nichts. Ich habe keinen Beruf, ... Aber einen Kochkurs könnte ich anbieten.“ (69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

b) Hindernisse und Beschränkungen

gesundheitliche Beeinträchtigungen

„Nein, nein, ich bin nicht gesund und schon alt. Das wäre schwer für mich. Das wäre für mich schon schwer ... Wenn ich vor zehn, zwanzig Jahren gekommen wäre, dann ja.“ (60 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

geringes Selbstwirksamkeitserleben/Machtlosigkeit

„Nein, ich bin nur ein kleiner Mensch.“ (60 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Unsicherheiten (u.a. zur Annahmefähigkeit von Hilfe, Befürchtungen von Zurückweisungen)

„Ja, nur viele möchten das nicht annehmen. Wissen Sie, man muss den Menschen schon innerlich spüren. Es reicht nicht, was ich will, man muss herausfinden, was der Mensch will. Vielleicht versuche ich für sie da zu sein, ihnen zu helfen, aber nicht alle nehmen das an.“ (69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Zurückhaltung/Bescheidenheit (sich nicht aufdrängen wollen)

„Also, wenn jemand etwas fragen würde, dann würde ich schon antworten. Aber ich würde niemanden dazu zwingen mir zuzuhören, und so besserwisserisch rüber kommen will ich nicht.“

Fehlende Zeit (familiäre Verpflichtungen, Erwerbsarbeit)

„Ja, eigentlich würde ich sehr gerne mehr tun, nur es ist wieder die Frage, ob ich dafür Zeit habe. Es geht nicht immer um den Willen, sondern auch darum, ob man Zeit hat.“ (53 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

Die Ergebnisse verweisen zumindest bei einem Teil der älteren MigrantInnen auf Kompetenzen und Bereitschaften zur (Selbst-)hilfe, Selbstorganisation und Beteiligung sowie auf konkrete Möglichkeiten und Ansatzpunkte, diese im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einzubringen. Gleichzeitig wird aber deutlich, dass angesichts vorhandener Unsicherheiten sowie objektiver und subjektiver Einschränkungen ein zielgruppenspezifisches Empowerment notwendig ist, damit sich die vorhandenen Engagementpotenziale entfalten können (Herriger, 2010, Köster & Schramek, 2008).

6.1.2.4. Präventionstypen

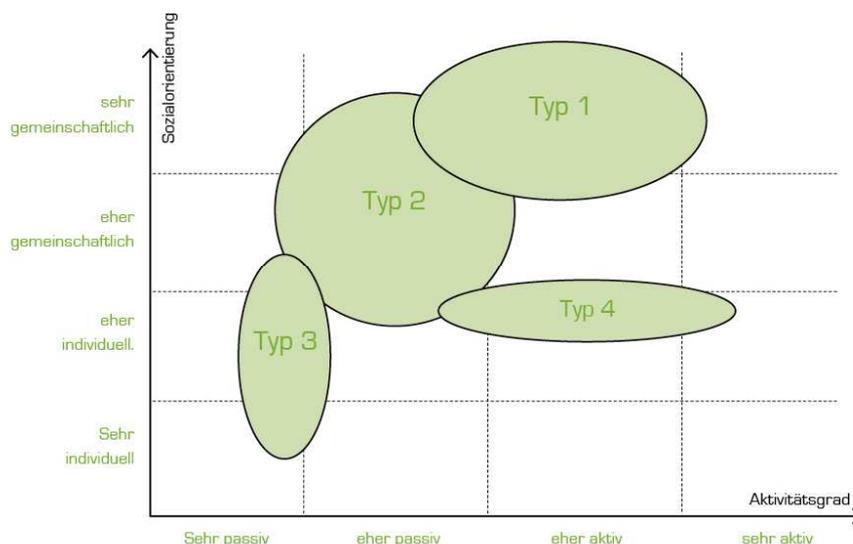
Die Typenbildung in qualitativen Studien dient „nicht nur der reinen Gruppierung von untersuchten Fällen in ähnliche Gruppen. Vorrangiges Ziel ist es vielmehr, komplexe soziale Realitäten und Sinnzusammenhänge zu erfassen und möglichst weitgehend zu verstehen und zu erklären“ (Kluge, 1999, S. 14). Klassifizierungen haben zudem eine komplexitätsreduzierende Funktion und damit auch eine unmittelbare Praxis- und handlungsbezogene Relevanz.

Mit dem Ziel, weitergehende konzeptionelle Grundlagen und konkrete Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung bereitzustellen, wurde das gesundheitsbezogene Verhalten von älteren MigrantInnen im Kontext ihrer jeweiligen Lebenslagen und gesundheits- bzw. präventionsrelevanten Einstellungen untersucht. Aus dem umfangreichen Datenmaterial der qualitativen Interviews wurde eine Typologie des Präventionsverhaltens herausgearbeitet, die sich aus unterschiedlichen Kombinationen entlang der Merkmalsdimensionen „Aktivitätsgrad“ und „Sozialorientierung“ ergibt. Die Dimension Aktivitätsgrad umfasst ein Spektrum von „sehr passiv“ bis „sehr aktiv“ und bezeichnet das Ausmaß, in dem ältere MigrantInnen sich an Präventionsmaßnahmen beteiligen bzw. gesundheitsförderliches Verhalten zeigen. Dabei werden sowohl die Häufigkeit, die Vielfalt und die Eigeninitiative hinsichtlich des jeweiligen Gesundheitsverhaltens einbezogen. Die Dimension Sozialorientierung umfasst ein Spektrum von „sehr individualistisch“ bis „sehr gemeinschaftsorientiert“ und bezeichnet, inwieweit präventives Gesundheitshandeln alleine, also unabhängig von anderen, oder in einer Gruppe, d.h. gemeinschaftlich mit anderen, praktiziert wird.

Aus der Kombination von Aktivitätsgrad und Sozialorientierung ergeben sich vier Grundtypen des Präventionsverhaltens älterer MigrantInnen. Dies bedeutet nicht, dass sich alle UntersuchungsteilnehmerInnen immer eindeutig einem dieser Typen zuordnen lassen. Vielmehr gibt es auch Mischtypen, die sich, wie in der nachfolgenden Darstellung verdeutlicht, in Überschneidungen und fließenden Übergängen zwischen den vier Grundtypen widerspiegeln.

Im Folgenden werden die vier Grundtypen und die für sie charakteristischen Merkmalskonstellationen detaillierter beschrieben. Die ausgewählten Zitate sind dabei als Beispiele für bestimmte Teilaspekte der jeweiligen Typenbeschreibung zu verstehen. Die in der Abbildung 3 grob skizzierte Häufigkeit der Typen spiegelt die Verteilung in der Stichprobe wider und hat entsprechend der qualitativen Konzeption der Untersuchung keinen Anspruch auf Repräsentativität in Bezug auf die gesamte Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund.

Abbildung 3: Präventionstypen nach Sozialorientierung und Präventionsgrad



6.1.2.5. Typ 1 „Aktive Gemeinschaftsorientierte“

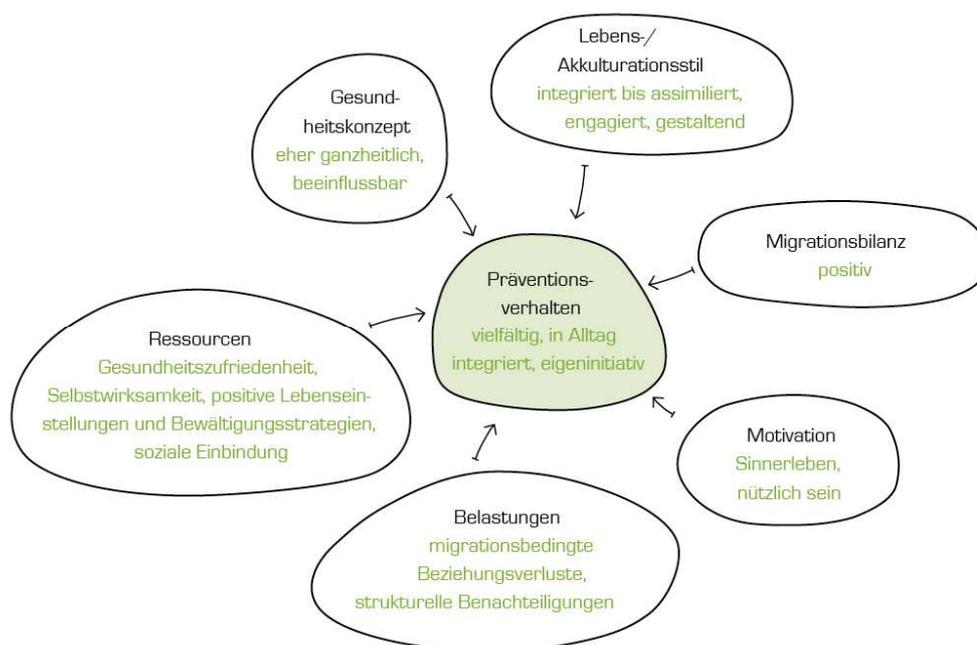
Präventionsverhalten

Der aktive gemeinschaftsorientierte Typus ist offen für ein breites Spektrum von Präventionsangeboten und nimmt in der Regel an mehreren konzeptionell und inhaltlich unterschiedlich ausgerichteten Angeboten teil (z.B. Yoga, Schwimmen, Frühstückstreff, Vorträge). Häufig bringt sich dieser Typus auch selbst aktiv bzw. gestalterisch in die Angebotsplanung bzw. -gestaltung ein und übernimmt Verantwortung innerhalb einer Gruppe. Die aktiven Gemeinschaftsorientierten nehmen nicht selten auch Multiplikatorfunktionen oder organisatorische Aufgaben (wie beim Aufbau von Gruppen, Netzwerkbildung und Kommunikationsprozessen) wahr.

„Wir achten auf unsere Gesundheit. Ich mache zwei bis drei Mal in der Woche, wenn ich morgens aufstehe, Spaziergänge. Ich gehe auf jeden Fall ein Mal in der Woche schwimmen. Ich achte sehr auf mein Gewicht. Wir machen öfters Checkups, obwohl wir wissen, dass da nichts ist, dennoch lassen wir uns untersuchen. (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

„Ich weiß, wie man erklären muss, was gebraucht wird. Und das machen wir mit denen [den Deutschen; Anmerk. d. Verf.] zusammen. Dann organisieren wir Abende, wo russische Lieder auf Deutsch gesungen werden, laden unsere deutschen Freunde ein.“ (66 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Abbildung 4: Typ 1 “Aktive Gemeinschaftsorientierte”



Gesundheitskonzept

Der aktive gemeinschaftsorientierte Typus hat ein eher ganzheitliches Gesundheitskonzept, d.h. er betrachtet Gesundheit als das Ergebnis des Zusammenwirkens von physischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren. Gemeinschaft und gesellschaftliche Teilhabe z.B. in Form von Mitgliedschaft in Vereinen wird bewusst gesucht oder auch initiiert und als ein für das Wohlbefinden förderlicher Lebensaspekt wahrgenommen. Neu erworbenes Gesundheitswissen (z.B. im Rahmen von Vorträgen) wird aufgegriffen und in die alltägliche Praxis integriert. Das Rentenalter wird

positiv als Lebensabschnitt erlebt, in dem Freiräume entstehen, sich mit Gesundheitsfragen zu beschäftigen und sportlich aktiv zu sein.

„Ja, ich bin gesund. Ich finde es nicht richtig, dass man sich, wenn man alt ist, als krank darstellt. Wir werden zwar von Tag zu Tag alt, dennoch finde ich mich nicht alt. Sei es, wie ich mich kleide, sei es mein Verhalten. Ich bin mit 24 Jahren nach Deutschland gekommen und fühle mich immer noch wie 24. Ich bin natürlich nicht 24 J.. Das ist unmöglich. Aber in Gedanken fühle ich mich so.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

Ressourcen und Potenziale

Der aktive gemeinschaftsorientierte Typus verfügt über eine breite Palette von Ressourcen. Hierzu gehört insbesondere ein als unterstützend erlebtes familiäres und außerfamiliäres soziales Netzwerk. Er kann zudem eher auf ausreichende, wenn auch bescheidene, finanzielle Ressourcen sowie auf überdurchschnittliche Bildungsressourcen bzw. hilfreiche Wissens- und Erfahrungsbestände zurückgreifen. Charakteristisch sind darüber hinaus positive Lebenseinstellungen und aktive Bewältigungsstrategien. Er fokussiert subjektiv eher die Chancen als die Risiken einer Situation oder Lebenslage. Dieser Typus ist offen für andere und neue Sichtweisen und arbeitet an seiner persönlichen Weiterentwicklung. Ereignisse oder Veränderungen im Leben, die auch als negativ bewertet werden könnten, werden als Herausforderung verstanden und in Form von Verhaltens- und/oder Einstellungsänderungen aktiv bewältigt.

„Je mehr man sich persönlich entwickelt, desto mehr achtet man auf seinen Lebensstil. Auch wenn ich jetzt nicht genauer beschreiben kann, was sich seit letztem Jahr verändert hat, so kann ich sagen, dass wir vieles Neues gelernt haben. Wenn wir zurück schauen, stellen wir fest, dass wir uns persönlich weiter entwickelt haben. ... An erster Stelle, um gesund zu leben, muss man ein Bewusstsein haben.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

„Wenn alles gut in der Familie ist und ... man fühlt sich gut, in der Familie, in der Gesellschaft, dann steigt die Stimmung und der Mensch fühlt sich besser. Natürlich soll der Mensch nicht einsam sein. ... eigentlich hatte ich das nie, weil ich ein sehr kommunikativer Mensch bin, und ich habe immer sehr viele Freunde, und ... eine gute, große zusammenhaltende Familie.“ (66 J., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Belastungen und Risiken

Dabei sieht dieser Typus durchaus auch Grenzen der Machbarkeit und ist sensibel z.B. für strukturelle Benachteiligung oder Belastungen. Er versucht aber im Erkennen von Problemen „das Beste daraus zu machen“. Infolgedessen agiert dieser Typus mit einer Doppelstrategie: Einerseits Engagement für sich bzw. seine Gruppe und andererseits Arrangement mit gegebenen Rahmenbedingungen.

„Ich finde es normal. Es ist aber so, dass unsere Leute immer noch nicht heimisch sind. Auch wenn man sich hier wohl fühlt, trotzdem können wir die Heimat nicht vergessen. ... Wir vermissen auch Deutschland und können Deutschland nicht verlassen. Man fühlt sich wie zwischen zwei Stühlen. Das macht die Menschen unruhig ... Wie gesagt, meine Eltern leben noch ... Ich bin das einzige Geschwisterkind, das in Deutschland ist. Ich habe noch sechs Geschwister in der Türkei. ... Man gewöhnt sich aber daran. Wenn man sein Leben hier aufgebaut hat, dann muss man auch die Konsequenz tragen.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

Migrationsbilanz

Typisch für die aktiven Gemeinschaftsorientierten ist eine insgesamt positive Migrationsbilanz. Im Vordergrund steht dabei die Wahrnehmung, dass Deutschland im Vergleich zum Heimatland bestimmte Möglichkeiten (insbesondere die Bildung der Kinder) geboten hat, die auch genutzt wurden.

„Ich glaube fest daran, dass es eine sehr gute Entscheidung war. ... Hierhin zu kommen ist nicht das Entscheidende, sondern die Zeit hier zu nutzen ist das Entscheidende. ... Ich glaube, dass ich meine Zeit gut verbracht habe und meinen Kindern gute Bildungschancen ermöglicht habe. Die Möglichkeiten konnte ich denen dort nicht bieten. Das wusste ich schon. Hier hatte man mehr Möglichkeiten.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

Lebens-/Akkulturationsstil

Der aktive gemeinschaftsorientierte Typus pflegt zwar tendenziell eher Kontakte zu Menschen, die aus seiner Heimat stammen, steht grundsätzlich aber der deutschen Mehrheitsbevölkerung, zu der er sich mitunter auch mehr Kontakte wünscht, offen gegenüber. Die mehrfach geäußerte Selbstdefinition als Weltbürger lässt zudem bei diesem Typus auf die Ausbildung einer transkulturellen Identität schließen. Damit verbunden ist ein Akkulturationsstil, der integrative und assimilative Elemente aufweist.

„Ich bin eine, ich kann sagen, wie Stefan Zweig mal gesagt hat, ich bin ein Bürger der Welt, ich bin auch Bürgerin der Welt. Ich liebe Russland, das ist meine Heimat. Deutschland ist mir zur zweiten Heimat geworden. Auch die Ukraine. Ich bin in der Ukraine geboren, dann habe ich in Russland gelebt. Mir ist egal, Ukrainer, Russen oder jetzt Deutsche. Ich hab mit Norwegen und Schweden und mit Finnland gearbeitet, ich habe viele Freunde auch da ... jetzt sind wir in Deutschland und ich möchte sagen, wir haben so einen Respekt zur deutschen Kultur. (66 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Motivation

Die aktiven Gemeinschaftsorientierten streben einerseits nach einer selbständigen Lebensweise für sich selbst, andererseits aber auch nach Mitgestaltung in und Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft. Aktivität verstanden als Teilhabe an der Gemein-

schaft und auch als körperliche Betätigung wird bewusst gesucht und praktiziert. Dieser Typus sucht und findet Aufgaben in seiner Umgebung und erschafft sich hierüber auch Sinnerleben.

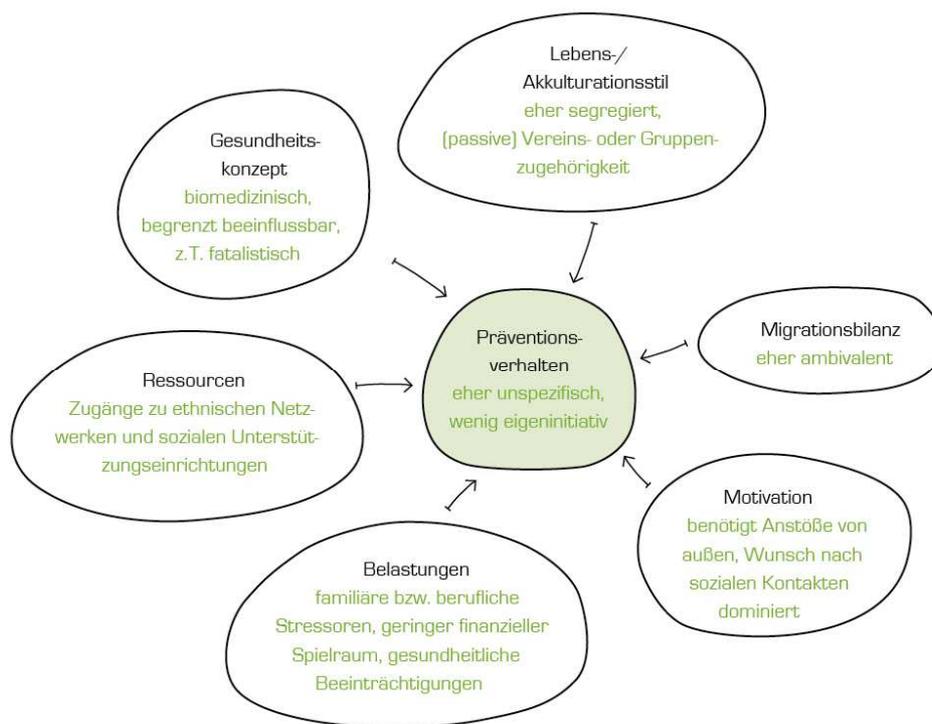
„Also ich habe dort viele Erfahrungen im Bereich Erfolg machen können. ... dies verdanke ich meiner Mitarbeit und meinem Wissensstand. Es ist nicht einfach, ich bin Vorsitzender und gleichzeitig leite ich die Gruppe. ... All die bürokratischen und finanziellen Belange laufen über mich. Ich mache die Arbeit und ich mache sie momentan gern.“ (59 J., männl., Herkunft: Türkei)

6.1.2.6. Typ 2 „Passive Gemeinschaftsorientierte“

Präventionsverhalten

Das Präventionsverhalten umfasst vor allem die Teilnahme an regelmäßig stattfindenden Treffen, wie z.B. Senioren- oder Frauenfrühstück. Hierbei handelt es sich überwiegend um ethnisch spezifische, teilweise aber auch um ethnisch übergreifende Angebote. Im Vordergrund steht der soziale Aspekt. Präventive Aktivitäten im engeren Sinne bezogen auf die Bereiche Bewegung, Ernährung und Entspannung werden – wenn überhaupt – als Begleiteffekt der Treffen und in enger Anbindung an den Gruppenkontext ausgeübt. Eigeninitiative zur Prävention und Gesundheitsförderung findet nur eingeschränkt statt. Grundsätzliches Interesse und Bereitschaft zur Teilnahme an entsprechenden Kurs- und Informationsangeboten sind zwar häufig vorhanden, die Teilnahme selbst ist aber durchaus voraussetzungsvoll und bedarf der konkreten Unterstützung sowie der Berücksichtigung spezifischer Bedarfe (Ansprache durch bekannte und akzeptierte Bezugspersonen, wohnortnahe und vertraute Orte, muttersprachliche Kursleiter, geschlechtsspezifische Angebote etc.). Im Vergleich zum aktiven gemeinschaftsorientierten Typus ist das Präventionsverhalten des passiv gemeinschaftsorientierten Typus weniger umfassend bzw. weniger vielfältig, weniger reflektiert und seltener das Ergebnis einer selbstbestimmten und zielorientierten Entscheidung.

Abbildung 5: Typ 2 “Passive Gemeinschaftsorientierte”



Gesundheitskonzept

Das Gesundheitskonzept dieses Typus ist eher biomedizinisch geprägt. Soziale Aspekte und gemeinschaftliche Aktivitäten werden zwar als persönlich bedeutsam beschrieben, stehen aber meist unverbunden neben anderen für den Gesundheitszustand als entscheidend betrachtete Einflussgrößen (genetische Veranlagung, medizinische Versorgung). Mitunter besteht eine Neigung zu fatalistischen Sichtweisen und der Vorstellung, dass Gesundheit kaum und im Alter gar nicht mehr von den Betroffenen selbst beeinflussbar ist. Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen werden häufig als normale Begleiterscheinungen des Alters angesehen und hingenommen.

„Ich bin mit meiner gesundheitlichen Verfassung sehr zufrieden. Ich habe nur Bluthochdruck. Das liegt in meinen Genen, denke ich. Ja, wir werden älter und ab einem gewissen Punkt gehören Krankheiten dazu. Es geht nicht anders. ... Die Krankheiten gehören zum alt werden dazu. Es ist normal. Es ist normal, dass ich Bluthochdruck habe.“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

„Also jeder hat Beschwerden. Es kommt drauf an, wie man sich früher im Leben verhalten hat. Ansonsten wird man halt mit der Zeit krank, da kann man auch nicht viel machen. Nicht alles liegt einem in der Hand. Es gibt gesündere, aber auch kranke ältere Menschen ... Wenn man eine Krank-

heit bekommt, dann hat man es. Was soll man da noch machen?“ (66 J., männl., Herkunft: Türkei)

Ressourcen und Potenziale

Eine wesentliche Ressource der passiven Gemeinschaftsorientierten stellen die vorhandenen Zugänge zu Migrantenorganisationen und sozialen Unterstützungseinrichtungen dar. Damit verbundene soziale Kontakte und Geselligkeit stellen offenbar wichtige psychische Entlastungsaspekte dar. Gleichzeitig eröffnen sie Möglichkeiten für weitergehende Aktivitäten, die allerdings teilweise noch nicht oder nicht mehr genutzt werden (können).

„Das ist auch eine Art von Entspannung, deine sozialen Kontakte werden hergestellt und gepflegt. Man beredet alles untereinander, sei es Politik, Medien, Lebensweise oder Probleme. Man hat dann jemandem zum Reden. ... Also im Grunde genommen ist es eine psychische Entlastung. Im Alter ist man anfälliger denn je. Beim Frühstück ist es genauso. Man kann draußen beim Bäcker oder Metzger frühstücken, aber in der Gemeinde ist es anders, man kann von Tisch zu Tisch gehen und sich unterhalten. Da sind auch Leute dabei, die man nicht kennt, aber ohne Probleme kennen lernt.“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Belastungen und Risiken

Gleichzeitig werden von den passiven Gemeinschaftsorientierten häufiger verschiedene Belastungsfaktoren genannt. Hierzu gehören insbesondere geringe finanzielle Spielräume, aber auch gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Stresserleben aufgrund familiärer (und teilweise auch beruflicher) Probleme und Anforderungen. Teilweise werden zudem fehlende persönliche Ressourcen und Kompetenzen (im Hinblick auf Sprache und Bildung) als Beschränkungen der eigenen Handlungsmöglichkeiten thematisiert.

„Wir haben Schmerzen, wir können nicht mehr ..., was soll ich denn machen, ich kann doch meine Knie nicht bücken, ... Beim Sport muss man sich hinlegen, sich hinsetzen, die Beine bewegen, das alles kann ich doch gar nicht machen. Aber wenn es nur im Stehen ein Sport gäbe, wo ich nur meine Hände bewegen muss, das würde ich machen.“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Migrationsbilanz

Die Migrationsbilanz ist insgesamt eher positiv, teilweise aber auch ambivalent. Eine positive Migrationsbilanz ist häufig das Resultat der wahrgenommenen besseren ökonomischen Situation im Einwanderungsland im Vergleich mit dem Lebensstandard des Herkunftslandes. Ausgrenzungserfahrungen und Schwierigkeiten wie z.B. Arbeitslosigkeit der nachfolgenden Generation können die Migrationsbilanz allerdings wesentlich beeinträchtigen.

„Also, Deutschland war schön. Wir haben hier gearbeitet, wir sind hier herumgehetzt. Aber immer wurden wir dafür belohnt. Das Einzige, was mich traurig macht, ist die Arbeitslosigkeit. ... Dass die Jugendlichen jetzt arbeitslos sind, macht uns traurig. ... Das ist keine schöne Entwicklung. Unsere Träume sind geplatzt, so kann ich es sagen. Leider können wir auch nicht zurückgehen. Unsere Kinder sind hier. Mein Sohn, meine Tochter, mein Enkelkind sind hier. Wir haben uns eingelebt. Wenn wir dort sind, fühlen wir uns fremd. ... Das ist sehr traurig für uns.“ (68 J., männl., Herkunft: Türkei)

Lebens-/Akkulturationsstil

Die passiven Gemeinschaftsorientierten sind tendenziell eher segregiert und in ihren Kontakten auf die Herkunftsgruppe beschränkt.

„Es ist besser in der eigenen Kultur zu bleiben als in einer anderen. Man kann sich weiter entwickeln, sich treffen und die Ansichten austauschen. Man könnte aber auch das Treffen mit den anderen organisieren, mit den Russen, Türken und wir könnten uns austauschen. Aber dann müssten wir die deutsche Sprache können.“ (57 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

Motivation

Der passive gemeinschaftsorientierte Typus benötigt Anstöße von außen, wie z.B. Ansprache durch einen Multiplikator, um an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen. Der Wunsch nach Zugehörigkeit steht im Vordergrund. Leistungsmotivation im Sinne von Selbstdisziplinierung ist eher weniger ausgeprägt.

„Wenn wir auf den Rat der Ärzte hören würden, dann würde auch nichts passieren. Ich sage aber dem Arzt, dass ich nicht auf Baklava [türkische Süßspeise, Anmerk. d. Verf.] verzichten kann. [Lachen] Das mag ich. Was soll ich machen?“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Für diesen Typus ist jedoch der Anschluss an eine Gemeinschaft ein Motiv, über das Zugänge geschaffen werden könnten. Für körperliche Aktivität fehlt manchmal der Antrieb, durch eine bestehende Gruppe kann allerdings ein entscheidender Motivations Schub gegeben werden.

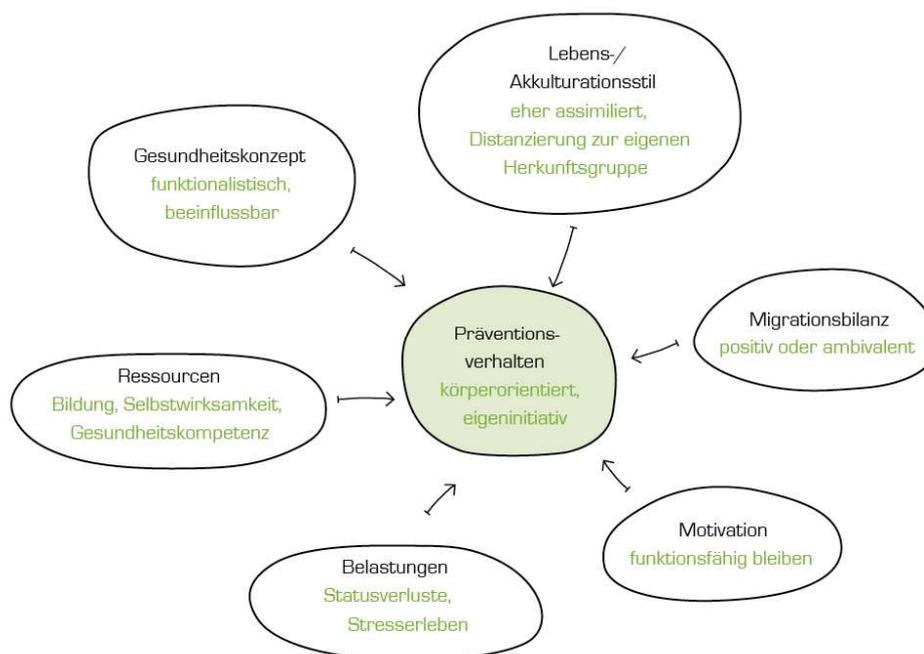
6.1.2.7. Typ 3 „Aktive Individualisten“

Präventionsverhalten

Der aktive individualistische Typus zeichnet sich dadurch aus, dass er sich eher selbständig Gesundheitswissen aneignet und dieses systematisch und konsequent im privaten Kontext anwendet. Ein gesunder Lebensstil ist wesentlicher Bestandteil des Selbstkonzeptes. Das präventive und gesundheitsförderliche Verhalten konzentriert sich weitgehend auf die körperliche Dimension und umfasst z.B. regelmäßige Gymnastikübungen bzw. Trainingseinheiten an Sportgeräten im häuslichen Bereich

oder im Fitnessstudio, Fahrradfahren, Schwimmen und das Beachten bestimmter Ernährungsregeln (mäßiges Essen, geringer Fleischkonsum etc.).

Abbildung 6: Typ 3 “Aktive Individualisten”



Gesundheitskonzept

Das auf die Bereiche Bewegung und Ernährung fokussierte Präventionsverhalten beruht auf einem eher körperlich-funktionalen Gesundheitskonzept.

„Gesunde Lebensweise, das beinhaltet Vorbeugung aller Krankheiten und vor allem gesunde Lebensweise. Das heißt, dass man sich in allen Angelegenheiten so benimmt, als ob man kein Organismus hätte, sondern eine Maschine der höchsten Klasse. Man muss diese mit bestem Benzin tanken, mit besten Ölen, mit allen besten Sachen. Ja? In diesem Sinne, ich meine für die Maschine, sind den Menschen keine Mittel zu schade. Und für die Gesundheit, fast bei allen wird das vernachlässigt.“ (61 J., männl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Der Typus des aktiven Individualisten betrachtet Gesundheit vor allem unter praktisch-instrumentellen Gesichtspunkten. Prävention soll demnach dazu beitragen, den Körper als Grundlage für die eigene Leistungs- und Arbeitsfähigkeit zu stärken und das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden. Prägend ist dabei die Einstellung, sich

vor allem durch eine gesunde Lebensweise auf der Grundlage des persönlichen Gesundheitswissens und dessen Umsetzung selbst funktionsfähig halten zu können.

Ressourcen und Potenziale

Dieser Typus verfügt meist über ein unterstützendes familiäres Netzwerk, eine höhere formale Bildung und ein umfangreiches Gesundheitswissen bzw. eine hohe Bereitschaft, sich mit gesundheitlichen Fragen zu befassen sowie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu praktizieren. Generell ist eine stark ausgeprägte Leistungsorientierung und hohe Verantwortungsübernahme für die Gestaltung der eigenen Lebenssituation feststellbar.

„Ich esse bewusst nichts, was mir schaden könnte. ... Jeder Mensch hat seine Gesundheit im Griff. Jeder Mensch muss wissen, dass er seine Gesundheit schützen kann, sich regelmäßig ernähren, ... bewusst die ungesunden Sachen nicht essen.“ (59 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Belastungen und Risiken

Allerdings neigt dieser Typ auch dazu, sich selbst zu viel abzuverlangen, sodass häufig auch von Stress berichtet wird. Die Befragten verweisen insbesondere auf eine hohe Arbeitsbelastung und fehlende Zeitressourcen, die sie mitunter daran hindern, ihre Ansprüche an eine gesunde Lebensweise tatsächlich einlösen zu können. Eine spezifische Belastung stellt zudem die erfahrene Entwertung der persönlichen Qualifikation aufgrund der Nicht-Anerkennung von im Herkunftsland erworbener Bildungs- und Berufsabschlüsse dar.

„Diese Zeugnisse zählen mehr als ein Mensch. Damit muss man leben schon. ... Ja, ich wurde ganz unerwartet konfrontiert mit solchen Tatsachen.“ (61 J., männl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

„Es wäre wichtig weniger Stress zu haben, dann muss ich auf meine Ernährung achten, natürlich klappt das nicht immer, weil wenn man bei der Arbeit ist, schaffe ich es nicht immer, darauf zu achten, wie ich mit meinem Essen umgehe. Aber sonst ... es ist so weit gut, nur ich habe wenig Zeit.“ (53 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

Migrationsbilanz

Die Migrationsbilanz ist eher positiv, teilweise aber auch ambivalent. In diesem Zusammenhang wird sowohl auf die (Enkel-)Kinder verwiesen, die in der Regel mit der Strategie der Anpassung und verstärkter Bildungsaspiration mittel- bis langfristig Erfolge verzeichnen können, als auch von persönlichen Enttäuschungen berichtet.

Lebens-/Akkulturationsstil

Die aktiven Individualisten sind häufig noch erwerbstätig, wobei die ausgeübten Tätigkeiten meist deutlich unterhalb der persönlichen Qualifikation liegen. Damit einhergehende Sinn- und Statusverluste werden einerseits als unbefriedigend und belas-

tend erlebt, andererseits reagiert der aktiv individualistische Typus mit einem stark angepassten Verhalten und versucht, mit hohem persönlichen Einsatz die Herausforderungen zu meistern.

Diese eher auf Assimilation ausgerichtete Strategie geht mit einer Neigung zur Konzentration der Kontakte auf einen kleinen Kreis von engen, vor allem familiären Bezugspersonen einher. Charakteristisch ist eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Distanzierung zur Herkunftsgruppe, was damit zusammenhängt, dass dieser Typus häufig bereits im Herkunftsland eine Minderheitenposition inne hatte.

„Wissen Sie, mein Fall ist anders. Ich bin von klein an in die deutsche Sprache, in Deutschland verliebt, und deswegen war ich schon seelisch glücklich als ich diesen Boden betrat. Ich war ganz, ganz glücklich.“ (61 J., männl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Motivation

Der Typus des aktiven Individualisten ist sehr leistungsorientiert. Die Motivation zu präventivem und gesundheitsförderlichem Verhalten erfolgt aus eigenem Antrieb auf der Basis des Gesundheitswissens und mit dem Ziel, funktionsfähig zu bleiben.

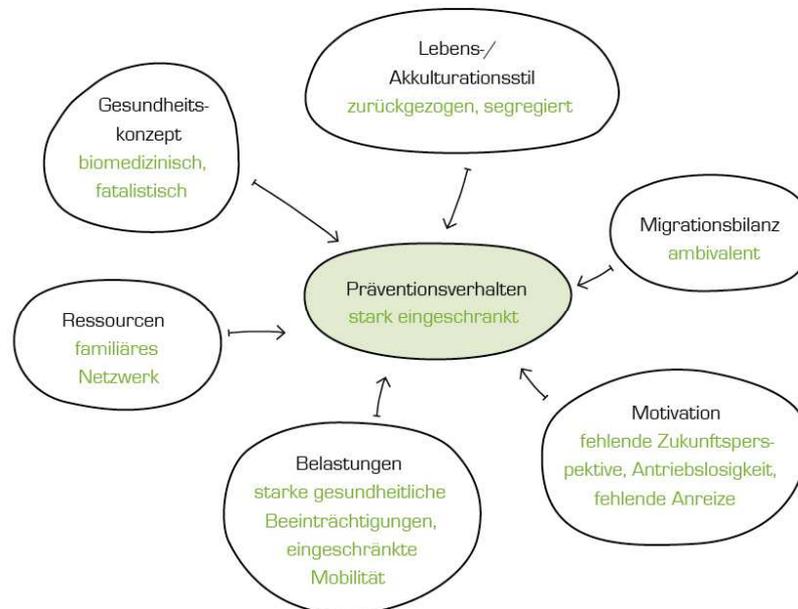
6.1.2.8. Typ 4 „Passive Individualisten“

Präventionsverhalten

Der passive individualistische Typus nimmt nicht an organisierten Präventionsangeboten teil. Auch im privaten Kontext spielt die Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Fragen bzw. gezielten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen allenfalls eine untergeordnete Rolle.

„... Ich möchte ungern Kontakt mit fremden Menschen haben, weil sie zu laut sind und ich geräuschempfindlich bin. Das heißt also ... ich mache zur Zeit auch kein Sport und bin irgendwie faul geworden und so. Ich gehe auch nicht regelmäßig zum Arzt. Also das meine ich, ne.“ (69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Abbildung 7: Typ 4 “Passive Individualisten”



Gesundheitskonzept

Das Gesundheitskonzept bei diesem Typus ist im Grunde von der biomedizinischen Sichtweise geprägt. Im Vordergrund steht die Wahrnehmung gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Altern wird subjektiv als wenig beeinflussbarer Prozess des körperlichen Abbaus gesehen. Vor diesem Hintergrund wird gesundheitsförderliches Verhalten primär mit Anstrengung und Verzicht assoziiert, die als weitgehend wirkungslos betrachtet werden und sich daher nicht lohnen.

Ressourcen und Potenziale

Die passiven Individualisten verfügen über vergleichsweise geringe Ressourcen. Dabei handelt es sich vor allem um familiäre Beziehungen, deren Unterstützung sich aber insgesamt als nicht ausreichend erweist, um bestehende Belastungssituationen bewältigen bzw. gesundheitsförderliches Verhalten mobilisieren zu können. Entsprechend schreibt auch dieser Typus sozialen Beziehungen eine gewisse Bedeutung für das eigene Wohlbefinden zu und ist an einem Mindestmaß an sozialen Kontakten interessiert. Allerdings verbinden sie damit vor allem die Funktion einer kurzfristigen Ablenkung von alltäglichen Problemen und betrachten diese nicht als Quelle nachhaltiger Unterstützung und Entwicklung.

*„Und Ablenkung, ein bisschen unter die Leute, nicht immer zu Hause, ja.“
(69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)*

Belastungen und Risiken

Dieser Typus zeichnet sich insbesondere durch eine Häufung von besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen aus. Zusätzlich zu einem eher schlechten Gesundheitszustand und damit einhergehenden Mobilitätseinschränkungen tragen häufig weitere Faktoren, wie z.B. die Sorge um Angehörige in existenziell bedrohlichen Lebenslagen, die in der Heimat verblieben sind, starkes Heimweh, erfahrene Zurückweisungen und Enttäuschungen dazu bei, dass dieser Typus kaum noch am gesellschaftlichen Leben teilnimmt.

„... wenn ich alleine bin und nicht beschäftigt, dann denke ich oft an meine Heimat, meine Leute, meine Beziehung vorher, dann kommt bisschen Stress auf den Kopf.“ (58 J., männl., Herkunft: Asien)

Im Extremfall befinden sie sich in scheinbar schwer zu durchbrechenden Zirkeln aus einem sich objektiv verschlechternden Gesundheitszustand und subjektivem Ohnmachtsgefühl, dass nicht nur mit einem fatalistischen Gesundheitskonzept einhergeht, sondern auch die restriktiven Bedingungen und begrenzten Gestaltungsspielräume in anderen Lebensbereichen widerspiegelt. Primär erleben sie sich als in unterschiedlicher Hinsicht auf Hilfe angewiesen, die aber entweder versagt wird, strukturell nicht vorgesehen ist oder nur unzureichend ankommt.

„Sehr, sehr, sehr. Das ist sehr schwer gewesen. ... Es ist schwer, wenn die Kinder da bleiben. ... Ich werde nächstes Jahr 75 Jahre alt und ich habe schon darüber nachgedacht, der Bundeskanzlerin einen Brief zu schreiben, damit sie mir hilft, den jüngsten Sohn rüberzubringen. Dann könnte ich hier in Ruhe sterben. Wir weinen, wenn er uns Briefe schickt. Es gibt keine Arbeit in Kasachstan. Und es ist so schwer. Der älteste Sohn hat Arbeit, er lebt in der Stadt. Aber der andere lebt im Dorf. Dort gibt es keine Kolchose.“ (74 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Schließlich stellt auch ein Selbstkonzept, das vor allem die Helferrolle für die Familie umfasst und dem eigene Bedürfnisse und die Pflege der eigenen Gesundheit untergeordnet werden, ein Risikofaktor dar.

„... bei mir ist das so, ich nehme das schon auf die leichte Schulter ... Also ich bin mehr fixiert, dass die Familie ne, gesund lebt. ... ich hab mich immer auf die Kinder fixiert. ... aber mich persönlich habe ich immer irgendwie ... ja, an zweite Stelle habe ich mich genommen und jetzt auch, ehrlich gesagt, ich weiß, dass das nicht gut ist, aber ich nehme das nicht so ernst ... ich weiß also viele haben mir gesagt, mein Mann sagt mir ja auch, ich soll mehr auf mich achten aber ... ich bin, na ja, so“ (52 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

Migrationsbilanz

Die Migrationserfahrungen sind ambivalent. Einerseits beeinträchtigen die als belastend erlebte Trennung von nahen Angehörigen sowie die fehlende Vertrautheit und Handlungsfähigkeit im Alltag das Migrationserleben. Vor dem Hintergrund meist sehr schwieriger und z.T. existenzbedrohlicher Erlebnisse im Herkunftsland werden die Gewährleistung der existenziellen Sicherheit und die Befriedigung materieller Grundbedürfnisse andererseits als wesentliche Verbesserungen der Lebenssituation erlebt. Die passiven Individualisten haben häufig wenig Erwartungen an ihr Umfeld und geben sich weitgehend zufrieden mit dem, was sie haben.

„Die Kultur ist nicht mehr wie früher. Ja, was kann man machen, so ist es, das Leben geht weiter. Ich versteh vielleicht meine Kultur, wie sie mich gelernt haben, aber, es geht alles anders hier. ... [kurz darauf sagt sie, Anmerk. d. Verf.] ... Ich lebe wie ein Engel. Ich habe alles. Und wer sagt, hier ist es schlecht, der macht eine große Sünde. Du hast dein tägliches Brot, alles was du willst, jeden Tag. Und da [eigene Anm: im Herkunftsland] muss man das Brot verdienen und hast noch kein Geld, gehst ins Geschäft und du musst ne Stunde stehen, bis du ein Stückchen Brot noch bekommst.“ (69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

„Negativ ist zum Beispiel, wenn man immigriert und keinen Kontakt hat mit der Freundin, mit der Familie, mit den Verwandten, mit der alten und der früheren Zeit des Lebens, alles, das ist schwierig. ... Ja, Ja, das schadet der Gesundheit und die andere Seite ist, wenn man hat, ... Kleidung, Nahrung und so, ... das ist hier sicher ... trotzdem, wenn ... man an seine Heimat denkt, dann kommt die Depression ... Aber trotzdem die Alterszeit ist hier besser als in anderen Ländern. (58 J., männl., Herkunft: Asien)

Lebens-/Akkulturationsstil

Charakteristisch für die passiven Individualisten ist eine eher zurückgezogene Lebensweise. Insbesondere diejenigen, die erst im höheren Alter nach Deutschland gekommen sind, haben es oft sehr schwer, sich zurecht zu finden und soziale Kontakte zu knüpfen. Unter den passiven Individualisten befinden sich aber auch ältere Zugewanderte, die bereits seit langem in Deutschland leben und ihre Lebensweise weitgehend auf den engsten privaten Bereich beschränken. Sie halten häufig bewusst Distanz zu der jeweiligen Herkunftsgruppe. Hintergrund ist aber nicht – wie bei den aktiven Individualisten – das Selbstverständnis, Teil der Aufnahmegesellschaft zu sein bzw. als solcher wahrgenommen werden zu wollen, sondern erlebte Enttäuschungen im Kontakt zu Landsleuten sowie die Befürchtung, Opfer sozialer Kontrollmechanismen und Verhaltensweisen der jeweiligen community zu werden.

„Also ich gehe nicht mehr dahin, weil wenn unsere Leute dahin gehen, dann fangen die sofort an zu lästern.“ (74 J., männl., Herkunft: Türkei)

Da auch kaum Kontakte zur Aufnahmegesellschaft bestehen, befinden sich die passiven Individualisten in einer eher marginalisierten Situation.

Motivation

Antriebslosigkeit bis hin zur Resignation sind hemmende Faktoren, die die Erreichbarkeit dieses Typus für gesundheitsförderliche Interventionen mitunter stark einschränken. Teilweise scheint auch die Erfahrung, dass trotz gezielter Bemühungen gesundheitsförderlicher Verhaltensanpassungen in früheren Lebensphasen Erkrankungen nicht verhindert werden konnten, die Motivation für weitere Anstrengungen zu reduzieren.

6.2. Expertenbefragung

Im Rahmen des Projektes ging es nicht nur darum, die Fragestellungen des Projektes aus der Perspektive der älteren MigrantInnen zu untersuchen, vielmehr sollte auch die Perspektive der Anbieterseite bzw. der Fachkräfte in den Einrichtungen und Organisationen vor Ort in die Untersuchung einbezogen werden.

6.2.1. Methodische Aspekte

Parallel zu den Zielgruppenbefragungen wurden daher in den beiden Projektstandorten Expertenbefragungen durchgeführt. Wie bei der Zielgruppenbefragung waren auch bei der Expertenbefragung Folgebefragungen der gleichen UntersuchungsteilnehmerInnen vorgesehen, d.h. jeweils 5 ExpertInnen pro Standort sollten im Abstand von jeweils ca. einem Jahr insgesamt dreimal befragt werden. Es zeigte sich jedoch, dass eine Befragung der ausgewählten ExpertInnen zu allen drei Erhebungszeitpunkten nicht in jedem Fall möglich bzw. sinnvoll war. Um das Spektrum kommunaler Akteure besser abzubilden, wurden daher bei der zweiten und dritten Befragungswelle weitere Personen einbezogen. Insgesamt wurden im Rahmen der drei Erhebungswellen 30 Experteninterviews mit 19 hauptamtlich oder ehrenamtlich Tätigen aus verschiedenen kommunalen Handlungsfeldern durchgeführt (Integrationsarbeit, Seniorenarbeit, Gesundheitliche Versorgung und Pflege, bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe, Sport etc.). Im Einzelnen handelte es sich hierbei um VertreterInnen bzw. MitarbeiterInnen von Integrationsagenturen, der Gesundheitsämter, der kommunalen Altenhilfe und Sozialplanung, des Stadtsportbundes, der Krankenkassen, von Begegnungsstätten und Migrantenorganisationen sowie um kommunale Integrationsbeauftragte.

Für die Durchführung der Experteninterviews wurde ein Leitfaden (s. Anhang), der folgende Themenfelder umfasste, entwickelt:

- Stellenwert des Themas Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen im Arbeitsbereich bzw. Handlungsfeld der ExpertInnen

- Erfahrungen mit bisherigen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Primärprävention für ältere MigrantInnen
- Barrieren und Hindernisse der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch ältere MigrantInnen
- Strukturelle Rahmenbedingungen der Gestaltung des Handlungsfeldes in der Organisation / im Stadtteil / in der Kommune/
- Handlungsbedarfe im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention für ältere MigrantInnen
- Potenziale und Verbesserungsvorschläge zur Förderung der Teilhabe älterer MigrantInnen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Die Experteninterviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mit Unterstützung des Datenanalyseprogramms MAXQDA ausgewertet.

6.2.2. Ergebnisse

Aus Sicht der befragten ExpertInnen ergibt sich im Hinblick auf die aktuelle Situation und mögliche Entwicklungsperspektiven der Gesundheitsförderung und Primärprävention bezogen auf die Zielgruppe älterer MigrantInnen folgendes Bild:

- Stellenwert und Umgang mit der Thematik

Viele Akteure auf kommunaler Ebene sehen sich für das Thema Prävention und Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten „irgendwie ein bisschen zuständig, aber keiner so richtig“. Es gibt keine klaren Zuständigkeiten und festen Ansprechpartner und bislang insgesamt wenig Austausch und Zusammenarbeit zu diesem Thema zwischen Verantwortlichen und MitarbeiterInnen aus den verschiedenen kommunalen Handlungsfeldern.

„Also es ist so, dass man halt versuchen sollte, sich auch untereinander ein bisschen zu vernetzen. Meistens ist es ja so, dass irgendein Thema gerade IN ist und alle stürzen sich darauf. ... Aber da könnte man z.B. sagen, in so einer Arbeitsgruppe könnte man sich sehr gut auch absprechen und sagen, wir machen für die Kinder und Jugendlichen ein bisschen mehr, wir konzentrieren uns auf die Älteren und du machst etwas für die Anderen, also so dass man sich das ein bisschen aufteilt. Das Problem ist, denke ich, jetzt zwischen den einzelnen Trägern, da gibt es keine richtige Kooperation. Jeder fährt sein eigenes Ding. Es geht ja meistens auch um Geld, um Politik...“

Abbildung 8: Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen im Kontext kommunaler Handlungsfelder



Einige Akteure betonten ihre Bereitschaft, sich stärker im Bereich der Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen zu engagieren, wiesen aber gleichzeitig darauf hin, dass sie angesichts geringer personeller und finanzieller Ressourcen nur sehr begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten sehen. Die Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen ist in den verschiedenen kommunalen Handlungsfelder und Arbeitsbereiche ein Randthema, das nicht zum „Hauptgeschäft“ bzw. zu den „Kernaufgaben“ der befragten ExpertInnen gehört und für das entsprechend nur geringe Kapazitäten zur Verfügung stehen.

„Wenn wir uns diesen Personengruppen zuwenden, dann eigentlich so nebenbei.“

Krankenkassen betrachten die Entwicklung und Förderung von Präventionsmaßnahmen offenbar häufig primär als Marketingstrategie. Unter dem Gesichtspunkt der Gewinnung neuer Kunden erscheint die Zielgruppe älterer MigrantInnen für die Krankenkassen wenig attraktiv. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die Effektivität von Präventionsmaßnahmen noch nicht gänzlich geklärt sei und deshalb auch nicht klar sei, ob Präventionsmaßnahmen aus ökonomischen Gründen für eine Krankenkasse lohnenswert sind.

- Erfahrungen mit bisherigen Aktivitäten

Die Erfahrungen mit konkreten Angeboten der Gesundheitsförderung waren bei den befragten ExpertInnen sehr unterschiedlich. Während einige Befragte insbesondere aus dem Bereich der Migrationsarbeit bereits seit vielen Jahren präventive und gesundheitsfördernde Angebote für ältere MigrantInnen anbieten, stehen andere Akteure insbesondere aus dem Bereich des Gesundheitswesens, aber auch der Seniorenarbeit weitgehend am Anfang. Letztere betonen, dass sie noch sehr wenig über die Erreichbarkeit dieser Zielgruppen wissen und auch die Bedarfsfeststellung in der Zielgruppe nicht zuletzt aufgrund von Sprachbarrieren schwierig sei.

Die Erfahrungen der Präventionsanbieter zeigen zudem, dass die Zusammenarbeit mit MultiplikatorInnen und Vertrauenspersonen innerhalb der verschiedenen Communities ein wichtiger Schritt ist, um bestimmte Teilgruppen älterer MigrantInnen zu erreichen.

„Bei den Vereinen machen wir das ja häufig so, mit dem Moscheeverein, dass wir mit dem jeweiligen Imam sprechen ... und wir dann davon ausgehen können, dass er das positiv bewirbt. Dann dürfen manche Gruppen erst kommen, also vor allen Dingen die Frauengruppen dürfen erst sich treffen, wenn der Imam sagt, dass ist ok.“

Im Hinblick auf die Möglichkeiten der Selbstorganisation älterer MigrantInnen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung liegen unterschiedliche Erfahrungen vor. Zum einen wird darauf hingewiesen, dass es bereits Gruppen älterer MigrantInnen gibt, die entsprechende Angebote weitgehend selbstständig planen und organisieren. Zum anderen wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Ressourcen und Potenziale älterer MigrantInnen eingeschränkt sind und sie mit einer Selbstorganisation von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten häufig überfordert sind. Insgesamt zeigen die vorliegenden Erfahrungen, dass die Aktivierung und Entfaltung von Selbsthilfepotenzialen älterer Migrantinnen möglich ist, aber eine längerfristige Förderung und Begleitung durch qualifizierte Fachkräfte und unterstützende Bildungsmaßnahmen voraussetzen. Auch die Bereitstellung von Räumlichkeiten für gemeinsame Treffen und Aktivitäten ist eine wesentliche Voraussetzung.

„Wir haben viele Möglichkeiten der AWO genutzt und nutzen sie immer noch, zumindest die Räumlichkeiten. Finanzielle Unterstützung natürlich auch, aber wichtiger ist uns ein Treffpunkt, an dem die Kurse stattfinden“

„...Nachhaltigkeit ist sehr wichtig, ... d.h. man muss gezielt auch Hilfestellungen geben und auch dran bleiben. ... Weil wie gesagt, dass ist Neuland auch für die MigrantInnen und das ist halt nicht einfach.“

- Barrieren und Hindernisse

Zugangsbarrieren werden vielfach gesehen, aber z.T. dramatisiert (d.h. als kaum lösbar betrachtet), individualisiert (d.h. einseitig den älteren MigrantInnen zugeschrieben) oder bagatellisiert bzw. relativiert (d.h. andere Gruppen, insb. Jüngere werden als wichtiger angesehen).

„...der soziale Druck kommt nicht von den Senioren, sondern von den gewalttätigen Jugendlichen.“

Auch defizitorientierte Sichtweisen und negative Altersbilder spielen offenbar bei einigen Verantwortlichen nach wie vor eine Rolle, was sich u.a. darin zeigt, dass die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen im Alter allgemein und bezogen auf die Gruppe der älteren MigrantInnen im Besonderen in Frage gestellt wird.

Ein wesentliches Problem sehen die Präventionsanbieter darin, dass die Bereitstellung und Finanzierung gesundheitsfördernder Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten meist nur projektbezogen und zeitlich begrenzt möglich ist und damit die Nachhaltigkeit erheblich eingeschränkt ist.

„Da sind wir dann auch abhängig von entsprechenden Fördergeldern und auch von Förderideen.“

Die Finanzierungsmöglichkeiten über die Krankenkasse erweisen sich aus Sicht der Präventionsanbieter als unzureichend und zu aufwendig. Einerseits sind die älteren MigrantInnen überwiegend nicht in der Lage, in Vorkasse zu gehen, andererseits ist die Möglichkeit der Kostenabrechnung mit der Krankenkasse über die Präventionsanbieter für diese mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Hierzu exemplarisch folgende Aussage eines beteiligten Experten:

„Und natürlich was uns sehr belastet, das ist dieser riesige Verwaltungsaufwand mit diesen Kursen, weil natürlich nicht jeder der zum Kurs kommt, bei einer Krankenkasse versichert ist. Also praktisch habe ich alle Krankenkassen vertreten und das war mir am Anfang gar nicht klar, dass ich bei jeder Krankenkasse einzeln diese Zulassung beantragen muss, mit allen Qualifikationen, mit Stundenplänen etc. ... Die Bereitschaft der Krankenkassen ist ja da, ich will nicht sagen, dass sie unwillig sind, also sie waren auch mehrmals im Haus und haben uns beraten usw. ... nur halt diese Strukturen, in denen sie arbeiten, sind für uns nicht optimal“

Zudem wird berichtet, dass die fehlende Koordination und Abstimmung teilweise zu einer Konzentration von Angeboten in bestimmten Stadtteilen bzw. für bestimmte Teilgruppen älterer MigrantInnen führt, während andere Stadtteile und Teilgruppen völlig unberücksichtigt bleiben.

„Und da würde ich mir wünschen, dass mehr Gesprächspartner in der Stadt da sind, an die ich das kommunizieren kann und wo wir dann ge-“

meinsam nach Lösungen suchen ... Und da sollte man sich schon irgendwie zusammentun, dass man vielleicht auch ein paar Gruppenangebote für solche Leute schafft.“

- Potenziale, Handlungsbedarfe und Verbesserungsvorschläge

Zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsförderung und Primärprävention nannten die befragten ExpertInnen vor allem folgende Handlungserfordernisse:

- Einrichtung einer koordinierenden Stelle bzw. Stärkung vorhandener Einrichtungen, wie z.B. die kommunalen Gesundheitskonferenzen, in ihrer koordinierenden Funktion,
- Initiierung eines nachhaltigen und funktionsfähigen Netzwerks für Gesundheitsförderung,
- Erstellung und kontinuierliche Fortschreibung einer Bestandsaufnahme über laufende Aktivitäten und Projekte, deren Ergebnisse auf einer Plattform im Internet zusammengetragen und allgemein zugänglich gemacht werden, damit Anbieter ihr Angebot entsprechend bedarfsgerecht planen und weiterentwickeln können,
- Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln und Ausbau von informellen Strukturen, insbesondere Förderung sozialer Netzwerke und Gruppenbildungen zur Stärkung der Selbsthilfe älterer MigrantInnen,
- Empowerment älterer MigrantInnen durch zielgruppengerechte Bildungsangebote,
- Beschäftigung muttersprachlicher Fachkräfte und interkulturelle Qualifizierung von MitarbeiterInnen in Einrichtungen und Organisationen
- Erleichterung der Direktabrechnung zwischen Krankenkassen und Leistungsträger als Möglichkeit, Personen, die über geringe finanzielle Ressourcen verfügen, besser zu erreichen.

6.3. Werkstattgespräche

Ergänzend zu den Zielgruppen- und Expertenbefragungen wurden zudem in den beiden Projektstandorten Werkstattgespräche durchgeführt. Übergreifendes Ziel der Werkstattgespräche war es, u.a. auf der Grundlage der zum entsprechenden Zeitpunkt aktuellen Untersuchungsergebnisse des Projektes gemeinsam mit relevanten örtlichen Akteuren und mit älteren Migrantinnen und Migranten die gegenwärtige Si-

tuation der Prävention und Gesundheitsförderung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Duisburg und Mönchengladbach zu erörtern, Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung von Strukturen und Angeboten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung abzuleiten und diesbezüglich konkrete Schritte zu initiieren. Ein wichtiger Aspekt dabei war es, die Möglichkeiten der Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten an entsprechenden Entwicklungs- und Gestaltungsprozessen auszuloten und zu erweitern und dadurch die Zugänge zu und die Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten und Maßnahmen zu erleichtern. Darüber hinaus dienten die Werkstattgespräche auch als Beratungs- und Begleitgremium für die Entwicklung des Praxisleitfadens zur Gesundheitsförderung und Primärprävention älterer Migranten/innen, der im Rahmen des Projektes erstellt wurde.

6.3.1. Methodische Aspekte

An den vier Werkstattgesprächen beteiligten sich jeweils zwischen 35 und 47 Personen. Die TeilnehmerInnen setzten sich aus Fachkräften verschiedener kommunaler Handlungsfelder und Arbeitsbereiche (u.a. Integrationsarbeit, Seniorenarbeit, kommunale Gesundheitskonferenz, Begegnungsstätten und Pflegeeinrichtungen) sowie älteren Menschen mit Migrationshintergrund zusammen. Ca. die Hälfte der GesprächsteilnehmerInnen waren Fachkräfte, die anderen TeilnehmerInnen waren ältere MigrantInnen, wobei ihr Anteil beim zweiten Werkstattgespräch deutlich höher war als beim ersten. Eine starke Beteiligung von VertreterInnen der Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund war von zentraler Bedeutung, da diese im Rahmen der Werkstattgespräche nicht nur die Möglichkeit einer direkten Rückmeldung an die Planungsebene nutzen konnten, sondern darüber hinaus auch als Ideengeber für zukünftige Konzeptionen in der Rolle der ExpertInnen für die Bedarfslage der eigenen Gruppe fungierten.

Der Schwerpunkt der ersten beiden Werkstattgespräche in Duisburg und Mönchengladbach lag in der Erörterung und Bestimmung von förderlichen und hemmenden Faktoren, die dazu beitragen bzw. die verhindern können, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund an Präventionsangeboten teilnehmen. Die Workshops, die im Anschluss an die zweite Interviewwelle durchgeführt wurden, hatten ihren inhaltlichen Fokus auf den Möglichkeiten der aktiven Beteiligung älterer Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur bei der Konzeption und Initiierung von Präventionsangeboten, sondern entsprechend des Empowermentkonzeptes im Sinne einer Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe allgemein.

Die Werkstattgespräche dauerten jeweils 3,5 Stunden und wurden zusammen mit den Kooperationspartnern vor Ort durchgeführt. Im Vorfeld der Veranstaltung wurden

die TeilnehmerInnen schriftlich eingeladen. Zur besseren Planbarkeit wurde der Einladung ein Rückschreiben beigelegt, das als verbindliche Anmeldung zum Werkstattgespräch dienen sollte. Gleichzeitig wurden aber auch die örtlichen Kooperationspartner gebeten, insbesondere interessierte ältere Menschen mit Migrationshintergrund anzusprechen, die die Möglichkeit hatten, auch ohne verbindliche Anmeldung kurzfristig teilzunehmen. Für die Eröffnung der Veranstaltung wurde jeweils ein/e offizielle/r Vertreter/in der Kommune gewonnen (Bürgermeister bzw. Bürgermeisterin oder Integrationsbeauftragter).

Die Werkstattgespräche wurden nach der Methode „Weltcafe“ durchgeführt (Brown & Isaacs, 2007). Hierbei handelt es sich um eine neue Methode zur Organisation von Gruppengesprächen, die den dynamischen Austausch aller TeilnehmerInnen ermöglichen soll. Dabei geht es nicht nur darum, Wissen auszutauschen und zu generieren, sondern auch darum, gemeinsam neue Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Um eine möglichst große Beteiligung der älteren MigrantInnen zu gewährleisten, stand an jedem der Thementische mit ca. 6-8 TeilnehmerInnen ein/e Übersetzer/in zur Verfügung, so dass auch älteren Menschen mit Migrationshintergrund ohne gute Deutschkenntnisse die Beteiligung an den Gesprächen ermöglicht wurde. Weiterhin wurde die Methode des Weltcafes insofern verändert, dass die Dauer der einzelnen Gesprächsrunden auf 40 Minuten verlängert wurde, um z.B. genügend Zeit für die Übersetzungen einzuräumen.

Alle Beiträge der TeilnehmerInnen während der Tischgespräche wurden von Tischmoderatoren stichpunktartig festgehalten. Nach Abschluss der Gesprächsrunden wurden diese Beiträge von den ModeratorInnen im Plenum kurz zusammengetragen.

6.3.2. Ergebnisse

Die Werkstattgespräche ermöglichten erstmals einen gemeinsamen Austausch zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung zwischen relevanten örtlichen Akteuren bzw. Anbietern von Präventionsmaßnahmen und der Zielgruppe der älteren MigrantInnen. Einige relevante Akteure waren einander bereits bekannt, andere begegneten sich erstmalig und nutzten die Gelegenheit des gegenseitigen Kennenlernens und Austausches. Ein Vertreter einer örtlichen Krankenkasse stand den Anwesenden vor Ort spontan für Auskünfte zu Fragen rund um das Thema Prävention zur Verfügung. Dabei wurde deutlich, dass offensichtlich ein relativ großes Informationsdefizit bezüglich der Möglichkeiten zur Finanzierung und Teilnahme an Präventionsangeboten besteht.

Zur weiteren Unterstützung der örtlichen Vernetzung wurde allen Anwesenden im Anschluss an die Werkstattgespräche eine Teilnehmerliste zusammen mit einer

Kurzdokumentation der Ergebnisse zugesendet. In der jeweils darauffolgenden Zielgruppen- und Expertenbefragung wurden die InterviewpartnerInnen um eine Rückmeldung zu den Werkstattgesprächen gebeten. Insbesondere die beteiligten MigrantInnen haben diese Form der direkten Beteiligung als sehr motivierend und wertschätzend erlebt.

„Es war schön. Wir haben verschiedene Themen behandelt. Wir hatten Gruppenarbeit und waren sehr erfolgreich. ... Sicher. Bei den Gruppenarbeiten gab es schöne Ergebnisse. Die Menschen sind sich ein Stück näher gekommen. Jeder konnte seine Meinung sagen und kundgeben. Die Ideen der anderen sind auch wichtig.“ (59 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Darüber hinaus ergaben sich wertvolle Impulse sowohl für den weiteren Forschungsprozess als auch konkrete Vorschläge und Anknüpfungspunkte für weitere Entwicklungs- und Gestaltungsprozesse auf der kommunalen Ebene. Hierzu gehören u.a. Vorhaben des Aufbaus kommunaler Netzwerke zur Prävention und Gesundheitsförderung für und mit (älteren) MigrantInnen. Weitere Ideen konnten zudem bereits unmittelbar nach den Werkstattgesprächen umgesetzt werden, was das folgende Zitat verdeutlicht.

„Ja. Von meinem Standpunkt möchte ich sagen, dass ich bei dem letzten Werkstattgespräch zwei Personen gewonnen habe, die bereits heute bei uns aktiv beteiligt sind. Einer führt bei uns ehrenamtlich Computerkurse durch, das ist das Erste. Das Zweite ist, das wir jetzt kostenlos ins Schwimmbad dürfen. Diese zwei positiven Impulse sind für Menschen, die kein Geld und keine Möglichkeiten haben, die ihre Rechte nicht einmal kennen, die nicht wissen, worauf sie Anspruch haben, ganz toll. Denn sie haben jetzt ein kostenloses Angebot. Das ist nur dadurch möglich, dass diese Menschen unser Anliegen auf diesem Werkstattgespräch gehört haben und ihre Hilfe angeboten haben. Das ist ein sehr großer Gewinn. Das ist sehr gut.“ (52 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Vergleicht man die Ergebnisse der Interviews zu den verschiedenen Aspekten der Gestaltung von Angeboten der Gesundheitsförderung für ältere MigrantInnen mit den Ergebnissen der Tischgespräche der Veranstaltungen vor Ort, fällt auf, dass die Mehrzahl der in den Interviews thematisierten förderlichen und hemmenden Faktoren im Werkstattgespräch bestätigt werden konnten. Darüber hinaus wurden eine Fülle weiterer Aspekte und Anregungen sowie praktischer Vorschläge für die Weiterentwicklung von Angeboten generiert.

Im Folgenden können diese wie folgt zusammengefasst werden:

- Der finanzielle Aspekt wurde im Rahmen der Werkstattgespräche noch häufiger genannt als in den Interviews und bekam eine deutlich höhere Gewichtung. Der finanzielle Spielraum ist bei den älteren Menschen mit Migrations-

hintergrund häufig so eingeschränkt, dass hierin eine zentrale Barriere für die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen gesehen wurde. Darüber hinaus wurde in diesem Zusammenhang auch noch das Risiko der Fehlernährung wegen Armut und finanzieller Probleme angesprochen. Es wurde darauf hingewiesen, dass diesbezüglich falsche oder zu wenig Investitionen auch auf politischer Ebene getätigt werden.

- Auch die Bedeutung der Wohnortnähe als weiterer wichtiger Faktor, der die Teilnahme an Angeboten begünstigt, wurde stark thematisiert. In diesem Zusammenhang wurde aber auch die Wohnsituation der älteren Menschen mit Migrationshintergrund ganz allgemein aufgegriffen. Dabei wurde deutlich, dass es insbesondere in Stadtteilen mit hohen Anteilen älterer MigrantInnen häufig keine oder zu wenige altersgerechte Wohnungen gibt.
- Es zeigte sich, dass die Gruppe der älteren MigrantInnen ihre benachteiligte Lebenslage bewusst und deutlich wahrnimmt. Im Rahmen der Werkstattgespräche brachten sie dies deutlich zum Ausdruck und forderten einen Abbau der Benachteiligung.
- Von den älteren MigrantInnen wurden auch spezielle Kooperationen der beteiligten Akteure angeregt. So wiesen sie auf die Möglichkeit von Angeboten der Gesundheitsförderung im Anschluss an Deutschkurse hin.
- Im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung wurden die Krankenkassen von den älteren MigrantInnen als wichtige Ansprechpartner und Akteure wahrgenommen. Darüber hinaus wurden aber auch andere Akteure genannt, die in der Wahrnehmung der älteren MigrantInnen einen Beitrag zu ihrer Gesundheit leisten könnten und sollten. Dabei wurden insbesondere Großbetriebe wie z.B. Thyssen, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Belegschaft haben und somit von deren Arbeitskraft besonders profitieren oder profitiert haben, in der Verantwortung für die Gesundheit gesehen.
- Auch wurde ein Sozialticket, das die freie Fahrt im öffentlichen Nahverkehr ermöglicht, als möglicher Beitrag für mehr Gesundheit thematisiert. Die Gewährleistung von Mobilität war den älteren MigrantInnen ein wichtiges Anliegen.
- Aus Sicht der älteren MigrantInnen würden zudem öffentliche Schwimmbäder häufiger genutzt werden, wenn der Eintritt günstiger wäre.

- Generell wünschten sich die älteren MigrantInnen bei der Angebotskonzeption im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung eine Berücksichtigung der Vielfalt der Lebenslagen im Alter. Was für die Gruppe der älteren Deutschen gilt, die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Heterogenität, gilt aus der Perspektive der Betroffenen für die Gruppe der älteren MigrantInnen in besonderem Maße.

Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen unter anderem, dass auch viele Hauptamtliche die Möglichkeit, sich im Rahmen der Werkstattgespräche austauschen zu können, sehr begrüßten und sich wünschten, es gäbe häufiger und/oder regelmäßige Möglichkeiten, sich rund um das Thema „Gesundheitsförderung für ältere MigrantInnen“ mit Betroffenen und anderen Akteuren in diesem Feld zu vernetzen. Hier konnten die Werkstattgespräche als erster Anknüpfungspunkt dienen. Zudem bleibt als wichtiges Ergebnis der Werkstattgespräche der deutlich geäußerte Wunsch nach verantwortlichen Ansprechpartnern, die bereichsübergreifend für das Thema Gesundheit und Migration zuständig sind sowie der Wunsch nach Konzeptionen, die die besondere migrationsspezifische Lebenslage von älteren MigrantInnen berücksichtigen, wie z.B. enge finanzielle Spielräume oder Bedarf an muttersprachlichen Angeboten festzuhalten. Insgesamt wurden die Werkstattgespräche sehr positiv bewertet. Gleichzeitig wurde aber auch der dringende Bedarf nach weitergehenden Bemühungen in diesem Bereich deutlich. Vor diesem Hintergrund ist schließlich noch auf Effekte der Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Förderung der Aufmerksamkeit für das Thema Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen hinzuweisen. Hierzu trug u.a. auch ein Pressegespräch im Anschluss an die Veranstaltung bei, aus dem Artikel in der örtlichen Presse hervorgingen, die von der Veranstaltung berichteten.

6.4. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Die Unterstützung gesundheitsfördernden Verhaltens und die Schaffung gesundheitsfördernder Strukturen auf kommunaler Ebene ist in einer alternden Gesellschaft eine bedeutsame Aufgabe. Wie eingangs beschrieben, gilt es hier insbesondere auch für die stark wachsende Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund Voraussetzungen zu schaffen und geeignete Strategien zu entwickeln, um der Konzentration von Gesundheitsrisiken entgegen zu wirken. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes zeigen eindrücklich, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention zahlreiche positive Effekte auf das Wohlbefinden und das subjektive Gesundheitserleben haben. Die Wirksamkeit von Maßnahmen und die Teilhabe älterer MigrantInnen sind aber nicht voraussetzungslos. Im Rahmen des Projektes konnten relevante Bedingungen und Faktoren identifiziert werden, die auf die

Notwendigkeit der Anpassung und Weiterentwicklung von Strukturen und Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention verweisen.

Die Ergebnisse zu den strukturellen Rahmenbedingungen zeigen, dass Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen bislang wenig beachtete Themen an der Schnittstelle verschiedener kommunaler Handlungsfelder sind. Unklare Zuständigkeiten und unzureichende Kooperationen sowie eine nicht adäquate Finanzierungspraxis tragen mit dazu bei, dass das Angebot gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere MigrantInnen gering ist bzw. nicht an ihre Lebenslagen und Bedürfnisse angepasst ist. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Befragungen und die Werkstattgespräche zu einer Sensibilisierung und Aktivierung von kommunalen Akteuren und älteren MigrantInnen sowie zur Initiierung von Strukturentwicklungs- und Vernetzungsansätzen beitragen konnten.

Insgesamt lassen sich aus den Projektergebnissen vor allem folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

- Entwicklung integrierter ganzheitlicher Ansätze

Grundsätzlich muss es darum gehen, Konzepte der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Sinne eines umfassenden Gesundheitsverständnisses und einer salutogenetischen Sichtweise weiter zu entwickeln. Dies bedeutet, dass bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten physische, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit gleichermaßen berücksichtigt werden sollten. Insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe der älteren MigrantInnen mit häufig multiplen Risikokonstellationen erscheinen ganzheitliche Angebote, die die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit integrieren, besonders geeignet und effektiv.

- Förderung sozialer Einbindung als Maßnahme der Gesundheitsförderung

Vor dem Hintergrund der Migrationssituation kommt den sozialen Beziehungen und Austauschmöglichkeiten eine besondere Bedeutung zu. Die Unterstützung von Gruppenbildungsprozessen unter älteren MigrantInnen sollte daher als Maßnahme der Gesundheitsförderung anerkannt und gezielt gefördert werden. Diese sind nicht zuletzt gute Anknüpfungspunkte für Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsbildung und Persönlichkeitsentwicklung, wodurch die Wirksamkeit von spezifischen Präventionsmaßnahmen, z.B. im Bereich der Bewegung und Ernährung, wesentlich erhöht werden kann.

- Unterstützung der Selbsthilfe, Selbstorganisation und Partizipation

Grundsätzlich sollte es darum gehen, die Ressourcen und Potenziale der älteren MigrantInnen zu stärken und ihre Mitgestaltung, Eigeninitiative und Selbst-

verantwortung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Die o.g. Gruppenbildungen sind dafür eine wichtige Grundlage. Damit die partizipativen Potenziale solcher Gruppenbildungen in hohem Maße zur Entfaltung kommen können, ist eine fachliche Begleitung unter Berücksichtigung zentraler Qualitätskriterien moderner Seniorenarbeit und Altersbildung sowie der Migrationssozialarbeit unerlässlich.

- Ausbau der zielgruppenorientierten Koordination und Kooperation

Ein weiterer wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention bezogen auf ältere MigrantInnen ist die Förderung der Zusammenarbeit relevanter Akteure in der Kommune und in den Stadtteilen. Dabei geht es insbesondere um eine stärkere Vernetzung zwischen den Handlungsfeldern Gesundheitsversorgung, Migrations- bzw. Integrationsarbeit und Altenhilfe sowie ggf. weiteren in der Gesundheitsförderung aktiven Einrichtungen (Sport, Erwachsenenbildung etc.). Hilfreich hierfür wäre die Einrichtung eines koordinierenden Gremiums bzw. eines Netzwerks.

- Anpassung der Finanzierungspraxis

Ein zentraler Aspekt zur Förderung des Zugangs und der Beteiligung älterer MigrantInnen an Präventionsmaßnahmen ist die Entwicklung geeigneter Finanzierungsmodelle. Dabei sollte es u.a. darum gehen, Vorleistungsverpflichtungen der AngebotsteilnehmerInnen zu vermeiden und den Verwaltungsaufwand für die Anbieter von Präventionsmaßnahmen zu reduzieren.

- Ausweitung und Weiterentwicklung des Settingansatzes

Eine vielversprechende Strategie wäre zudem, die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Sozialräume auszuweiten, indem z.B. Begegnungsstätten oder Treffpunkte älterer MigrantInnen, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung engagieren, mit Mitteln z.B. der Krankenkassen aus dem Bereich der sog. „Settingförderung“ finanziell unterstützt werden.

- Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe

Grundsätzlich gilt es bei der Entwicklung von Maßnahmen zu berücksichtigen, dass ältere MigrantInnen eine sehr heterogene Gruppe sind. Die im Rahmen des Projektes entwickelte Typenbildung verdeutlicht, dass es erhebliche Unterschiede im Präventionsverhalten und den diesen zugrundeliegenden Lebensumständen, Erfahrungen, Bewertungen und Einstellungen gibt. Diese müssen bei der Entwicklung von Zugangsstrategien und bei der Gestaltung von gesundheitsfördernden Angeboten berücksichtigt werden. Die Typenbildung bietet eine Grundlage und konkrete Anknüpfungspunkte für die Entwick-

lung differenzierter und möglichst passgenauer Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Aus den Präventionstypen lassen sich somit unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsförderung und Primärprävention bezogen auf ältere MigrantInnen ableiten. So sind z.B. bei den „aktiven Gemeinschaftsorientierten“ Maßnahmen geeignet, die sie in ihrem Engagement unterstützen, wie z.B. die Bereitstellung von Räumlichkeiten für Gruppentreffen oder gezielte Bildungsangebote, während bei den „passiven Individualisten“ eher eine zugehende persönliche Beratung angemessen und erfolgversprechend erscheint. Generell zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass es keine Pauschallösung für die Erschließung von Zugängen und die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote zur Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen geben kann. Vielmehr sind unterschiedliche Ansätze notwendig, für deren Entwicklung die Projektergebnisse und nicht zuletzt die Typenbildung hilfreich sein können.

7. Voraussichtlicher Nutzen und nachhaltige Verwertbarkeit

Im Rahmen des Projektes konnten neue Erkenntnisse zur Wirksamkeit von und zu Zugängen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen gewonnen werden. Es wurde erstmals eine Typologie zum Präventionsverhalten älterer MigrantInnen entwickelt, die als Grundlage für theoretische und praktische Weiterentwicklungen in diesem weitgehend neuen Forschungs- und Praxisfeld genutzt werden kann. Das Projekt liefert übertragbare Erkenntnisse, die über die beteiligten Praxispartner hinaus auch für andere Präventionsanbieter in anderen Kommunen unmittelbar verwertbar sind. Die gewonnenen Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen bieten Orientierungen zur Förderung der Verhaltens- und Verhältnisprävention bezogen auf eine Zielgruppe, die zukünftig stark an Bedeutung gewinnen wird. Sie zeigen konkrete Wege und Ansatzpunkte zur Entwicklung effektiver Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bezogen auf ältere Migrantinnen, zur Erschließung neuer Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe und zum Auf- und Ausbau von partizipativen gesundheitsfördernden Strukturen auf. Der Nutzen des Projektes besteht somit in der Verwertbarkeit seiner Ergebnisse für eine zielgruppengerechtere und nachhaltigere Prävention und Gesundheitsförderung, zur Verbesserung der Teilhabechancen und damit letztlich auch des Gesundheitszustandes sowie der Lebensqualität von älteren Menschen mit Migrationshintergrund.

Eine nachhaltige Verwertbarkeit der Ergebnisse kann durch die Veröffentlichung und Verbreitung des Praxisleitfadens und des Abschlussberichtes, weitere Publikationen in Fachzeitschriften, Präsentationen auf Fachtagungen und die Mitwirkung in Fachgremien und Netzwerken (insb. Arbeitsgruppen des KNP-Projektes, Netzwerk für partizipative Gesundheitsforschung, AG Migration und Integration des Bundesnetzwerks für bürgerschaftliches Engagement, Forum für kultursensible Altenhilfe) gewährleistet werden (s. auch Kap. 9).

Zukünftig sind weitergehende Auswertungen des im Rahmen des Projektes gewonnenen umfangreichen Datenmaterials geplant. Konkret ist eine Diplomarbeit in Arbeit, die die Zielgruppeninterviews im Hinblick auf die Bedeutung und Weiterentwicklung von Bildungskonzepten zur Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen auswerten wird.

8. Während der Durchführung des Vorhabens bekannt gewordener Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen

Eine Reihe von praktischen Anregungen und Hinweisen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen resultieren aus Projekten der Förderinitiative des Bundesministeriums für Gesundheit „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“.

9. Erfolgte oder geplante Veröffentlichungen der Ergebnisse

Erfolgte Veröffentlichungen und Präsentationen

Olbermann, E., Drewniok, A. & Lak, C. (2010). Praxisleitfaden zur Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Forschungsprojektes und Handlungsempfehlungen. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie.

Naegele, G. & Olbermann, E. (2010). Migrantinnen und Migranten im Ruhrgebiet. Es ist nie zu spät, Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen. *Mundo - das Magazin der Technischen Universität Dortmund*, 12, 46-51 (redaktionelle Bearbeitung von Katrin Pinetzki auf der Grundlage eines Interviews mit G. Naegele und E. Olbermann).

Olbermann, E. (2010). Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. *Informationsdienst Altersfragen*, 37 (6).

Olbermann, E. (2011). Barrieren abbauen. *Senioren Ratgeber - Interview*, 2, 12.

Olbermann, E. (2011). Relevanz und Perspektiven der Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen. *Zeitschrift Migration und Soziale Arbeit*, 33 (1), 22- 28.

Vorträge

Olbermann, E. (2008, September). Culturally sensitive health and care: Introduction. Vortrag gehalten bei "First European Congress: „Minority Ethnic and Migrant Elders across Europe – from Challenges to Opportunities“ des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, Bonn.

Olbermann, E. (2008, November). Erste Ergebnisse des Forschungsprojektes „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“. Vortrag gehalten bei der Fachveranstaltung „Gesundheitsför-

derung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“ in Duisburg: Herausforderungen und Perspektiven, Duisburg.

- Olbermann, E. (2008, Dezember). Erste Ergebnisse des Forschungsprojektes „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“. Vortrag gehalten bei der Fachveranstaltung „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“ in Mönchengladbach: Herausforderungen und Perspektiven, Mönchengladbach.
- Olbermann, E. (2009, September). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Vortrag gehalten bei der Jahrestagung der Sektion für sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Dortmund.
- Olbermann, E. (2010, Januar). Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Ausgewählte Untersuchungsergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis. Vortrag gehalten im Rahmen des Werkstattgespräches „Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Mönchengladbach“, Mönchengladbach, Deutschland.
- Olbermann, E. (2010, Januar). Ältere Migranten als gesundheitliche Risikogruppe. Seminarveranstaltung durchgeführt an der TU-Dortmund, Lehrstuhl für Soziale Gerontologie, Dortmund.
- Olbermann, E. (2010, Februar). Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Ausgewählte Untersuchungsergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis. Vortrag gehalten im Rahmen des Werkstattgespräches „Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Duisburg“, Duisburg.
- Olbermann, E. (2010, Februar). Teilnahme als Sachverständige zum Thema „Alter und Migration“. Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Generationen, Familie und Integration im Landtag Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf. Online: <http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument?Id=MMA14%2F1096|1|2&Id=MMA14%2F1096|3|26>
- Olbermann, E. (2010, Juni). Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Ausgewählte Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Vortrag gehalten im Rahmen der Fachtagung „Viele Welten des Alterns? Ältere Migranten im alternden Deutschland“ des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) und des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) in Kooperation mit der Sektion Alter(n) und Gesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS), Berlin, Deutschland.

Olbermann, E. & Naegele, G. (2010, September). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Vortrag gehalten im Rahmen des DGGG-Kongresses „Hoffnung Alter“, Berlin, Deutschland.

Poster

Olbermann, E. (2008, Dezember). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Poster präsentiert beim 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Potsdam.

Olbermann, E. (2009). Health promotion and primary prevention for older migrants: Improving access and effectiveness. Poster präsentiert beim 19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, 5. - 9. Juli 2009 in Paris, Frankreich.

Olbermann, E., Schmitt, M. & Naegele, G. (2009). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Poster präsentiert beim Strategietreffen des Verbundprojektes „Kooperation für eine nachhaltige Präventionsforschung (KNP)“ am 10./11. Dezember 2009 in Hannover.

Geplante Veröffentlichungen und Präsentationen

Olbermann, E. (2011). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Poster und Talkrunde im Rahmen der Wissenschaftsmesse „Wissenswelten Metropole Ruhr 2011“ des Wissenschaftsforums Ruhr am 15. Juli in Dortmund.

Olbermann, E. & Naegele, G. (2011). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Newsletter des BMBF "Aktuelle Ergebnisse der Gesundheitsforschung", Ausgabe September 2011.

Olbermann, E. (2011). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Vortrag im Rahmen des Fachworkshops „Gesundheit und Lebensqualität von internationalen Migranten: Interkulturelle Lebenslagen im Kontext von Gesundheits- und Versorgungsforschung“ des Instituts für Soziologie und Demographie der Universität Rostock und des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demographischen Wandels (RZ) in Kooperation mit dem Arbeitskreis „Migration - Integration - Minderheiten“ der Deutschen Gesellschaft für Demographie e. V. (DGD) am 1. und 2. Dezember 2011 im Max-Planck-Institut für demografische Forschung (MPIDF), Rostock. (eine anschließende Veröffentlichung in einem Tagungsband ist vorgesehen)

Neben diesen bereits angemeldeten Präsentationen und Veröffentlichungen sind in 2011 weitere Vorstellungen der Projektergebnissen geplant, u.a. beim 3. Strategietreffen des KNP-Projektes am 24. und 25. November 2011 in Hannover, sowie bei weiteren Fachveranstaltungen und Veröffentlichungen in 2012, u.a. beim 11. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, beim 4. Nationalen Präventionskongress am 27. bis 29. September 2012 in Dresden und beim 17. Kongress Armut und Gesundheit in Berlin.

10. Literatur

- Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag
- Bauer, U. (2008). Erfordernisse zielgruppenspezifischer Prävention im Alter. In A. Kuhlmei & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S. 276-293). Bern: Hans Huber.
- Baykara-Krumme, H. & Hoff, A. (2006). Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In C. Tesch-Römer, H. Engstler, & S. Wurm, Susanne (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 447–517). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becher, H., Razum, O., Kyobutungi, C., Laki, J., Ott, J., Ronellenfisch, U. & Winkler, V. (2007). Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. Ergebnisse einer Kohortenstudie. *Deutsches Ärzteblatt*, 104, 1655-1661.
- Berry, J. W. (1992). Acculturation and Adaptation in a New Society. *International Migration*, 30, S. 69-85.
- Brown, J. & Isaacs, D. (Hg.) (2007): *Das World Cafe. Kreative Zukunftsgestaltung in Organisationen und Gesellschaft*. 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer (Management/Kommunikation).
- Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., Reiss, K., Dröge, A., Hinz, J., Exner, A., Striedelmeyer, L., Krupa, E., Spallek, J., Berg-Beckhoff, G., Schott, T. & Razum, O. (2010). Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publ., Red.
- Dietzel-Papakyriakou, M. & Olbermann, E. (2001). Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In P. Marschalck & K.-H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S.283–312). IMIS Schriftenreihe, Bd.10. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Drucks, S. (2008). Armut und Gesundheit – ältere Migranten und Migrantinnen. In A. Richter, I. Bunzendahl & T. Altgeld (Hrsg.), *Dünne Rente – Dicke Probleme: Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung* (S. 59–78). Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2009). Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hur-

- relmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Faltenmaier, T. (2001). Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), Migration und Krankheit. IMIS-Schriften, Bd. 10. Osnabrück: Rasch.
- Flick, U. (2007). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt.
- Franke, A. (2010). Modelle von Gesundheit und Krankheit. 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. Bern: Huber.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2009). Gesundheit im Alter fördern – eine Zukunftsaufgabe der Kommunen. Dokumentation Regionalkonferenz Berlin am 15.10.2009. Berlin.
- Herriger, N. (2010). Empowerment in der Sozialen Arbeit. 4. erw. und aktualisierte Ausgabe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Höhne, A. & Schubert, M. (2007). Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. In DRV-Schriften Band 55/2007. Etablierung und Weiterentwicklung. Bericht vom vierten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) am 28. und 29. Juni 2007 im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), S.103-125.
- Hollbach-Grömig, B. & Seidel-Schulze, A. (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – Eine Bestandsaufnahme. Köln: BZgA.
- Hubert, S., Althammer, J. & Korucu-Rieger, C. (2009). Soziodemographische Merkmale und psychophysisches Befinden älterer türkischer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Eine Untersuchung auf Basis der Haupt- und Zusatzbefragung des Generations and Gender Survey der ersten Welle. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Bd.39. Berlin: Pro BUSINESS.
- Kauth-Kokshoorn, E. M. (1998). Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Kluge, S. (1999). Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich.

- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., überarbeitete Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Köster, D., Schramek, R. & Dorn, S. (2008). Qualitätsziele moderner SeniorInnenarbeit und Altersbildung. Oberhausen: Athena.
- Kuckartz, U. (2007). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2007). Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuhlmann, A. (2010). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Dortmund: Institut für Gerontologie.
- Kümpers, S. (2008). Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Kümpers, S. & Rosenbrock, R. (2010). Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In G. Naegele (Hrsg.), Grundlagen einer sozialen Lebenslaufpolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lotze, E. (2005). Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven 2004. Bremen: Gesundheitsamt Bremen.
- Lotze, E. (2008). Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven 2008. Bremen: Gesundheitsamt Bremen.
- Naegele, G. (2008). Alter und Gesundheit – zu einigen Anknüpfungspunkten für Prävention, Gesundheitsförderung und darauf bezogener Gesundheitswirtschaft. In A.J.W. Goldschmidt & J. Hilbert (Hrsg.), Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Die Zukunftsbranche (S.148–163), Bd. 1 der Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft und Management. Wegscheid: WIKOM Verlag.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Özcan, V. & Seifert, W. (2006). Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In Deutsches Zentrums für Altersfragen (Hrsg.), Lebenssituation

- und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland: Expertisen zum fünften Altenbericht der Bundesregierung, Band 6 (S.7–77). Berlin.
- Olbermann, E. (2006). Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen. Kurzexpertise für das Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. Dortmund: Institut für Gerontologie.
- Olbermann, E. (2011). Relevanz und Perspektiven der Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen. *Migration und Soziale Arbeit*, 33 (1), 22-28.
- Reimann, B., Böhme, C. & Bär, G. (2010). Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Berlin.
- Reinprecht, C. (2006). Nach der Gastarbeit. Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Wien: Braunmüller.
- Riecken, A. (2009). Aussiedler in der Gesundheitsversorgung – ein Modell zum Erwerb interkultureller Kompetenz. In J.-E. Schaefer (Hrsg.), *Alter und Migration. Tagungsband der 15. Gerontopsychiatrischen Arbeitstagung des Geriatrischen Zentrums an der Universitätsklinik Tübingen.* (S. 76-111). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2008). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Migration und Gesundheit*. Berlin.
- Rommel, A. (2005). Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen – Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten. *Gesundheitswesen*, 67, 280- 288.
- Ronellenfitch, U., Kyobutungi, C., Becher, H. & Razum, O. (2006). All- cause and Cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union: a cohort study. *BMC Public Health*, 6, 16.
- Ronellenfitch, U. & Razum, O. (2004). Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *International Journal für Equity in Health*. 3, 4
- Rosenbrock, R. & Kümpers, S. (2009). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial benachteiligter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin. (2007). Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2006/2007. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens.
- Solé-Auró, A. & Crimmins, E. M. (2008). Health of Immigrants in European countries. *International Migration Review*, 42, 861-876.
- Spallek, J., Arnold, M., Hentschel, S. & Razum, O. (2009). Cancer incidence rate ratios of Turkish immigrants in Hamburg, Germany: A registry based study. *Cancer Epidemiology* 33, 413-418.
- Spallek, J. & Razum, O. (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 271-288). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Statistisches Bundesamt. (2010). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden.
- Strauss, A.L. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Gesundheit im Alter bedingt durch Schicksal, Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile. In Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.), *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit* (S. 113-120). Berlin.
- Trojan, A. & Legewie, H. (2008). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. 4. Aufl. Bad Homburg: VAS – Verlag für Akademische Schriften.
- Walter, U., Schneider, N. & Plaumann, M (2008). Empowerment bei Älteren. *Gesundheitswesen*, 70, 730–735.
- Weilandt, C., Huismann, A., Joksimovic, L., Klaes, L., van den Toorn, S. & Winkler, J. (2000). *Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- WHO (1986). Ottawa- Charta for Health Promotion, <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policydocuments/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (Stand: 27.06.11)

- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 227-255), Weinheim.
- Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2007). Stand der Altersforschung: Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung. Informationsdienst.
- Zeeb, H., Kutschmann, M. & Razum, O. (2005). Gesundheitszustand und sozioökonomischer Status alter Migranten in Deutschland - eine Auswertung mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP). <http://www.egms.de/static/en/meetings/gmds2005/05gmds136.shtml> (Stand. 27.06.2011)
- Zeeb, H. & Razum, O. (2006). Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 49, 845-852

III. Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden der Zielgruppenbefragungen

Projekt „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“

INTERVIEWLEITFADEN

1. Erhebungswelle mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Einführung:

Guten Tag. Mein Name ist Wir hatten ja schon am Telefon miteinander gesprochen. Ich bin Sozialpädagogin und führe im Auftrag der Forschungsgesellschaft für Gerontologie in Dortmund Interviews zu dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund durch. Die Interviews sind Teil eines Forschungsprojektes. Die Ergebnisse dieses Projektes sollen letztendlich dazu beitragen, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund so gesund wie möglich älter werden können.

Hierfür sind Ihre persönlichen Erfahrungen, Vorstellungen und Einschätzungen zu dem Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Ihre Teilnahme an der Untersuchung ist daher sehr wichtig.

Die Befragung ist vertraulich und die Aussagen werden anonymisiert, d.h. die Auswertungen werden so vorgenommen, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind.

Eine gute Auswertung ist nur möglich, wenn die Interviews aufgezeichnet werden. Sind Sie damit einverstanden, dass ich das Aufnahmegerät jetzt einschalte? Haben Sie noch Fragen?

Teil I: Themenbereiche und Fragestellungen

1) Gesundheit und Gesundheitsverhalten allgemein

Was fällt Ihnen spontan ein, wenn Sie das Stichwort „gesunde Lebensweise/ gesund Leben“ hören?

Bitte beschreiben Sie, was Sie unter „gesunde Lebensweise/ gesund Leben“ verstehen.

Man hört immer wieder, dass man auch im Alter viel für seine Gesundheit tun kann. Wie ist ihre Einstellung dazu? Was meinen Sie dazu?

2) Eigenes Gesundheitsverhalten/ Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten

Im Alltag ist es oft gar nicht so einfach, gesundheitsbewusst zu leben.

Wie ist das bei Ihnen? Tun Sie konkret etwas für ihre Gesundheit (ggf. spezifischer nachfragen: z.B. im Hinblick auf Ernährung, Bewegung, Entspannung und soziale Kontakte)?

Was? Seit wann? Wie oft?

Ggf. nachfragen:

Nehmen Sie an bestimmten Veranstaltungen und Maßnahmen teil, um sich gesund zu halten?

Wenn nicht genannt, konkrete Maßnahmen nachfragen:

für Duisburg: Seniorenfrühstück, Yogakurs, Schwimmkurs

für Mönchengladbach: regelmäßige Treffen und Informationsveranstaltungen (Seniorenfrühstück, internationaler Frauentreff etc.), Kurs Bewegung und Entspannung für Menschen ab 50+

3) Hintergründe, Motive und Voraussetzungen der Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten

Wie sind Sie darauf gekommen? Wie kam es dazu, dass Sie an den Angeboten teilnehmen bzw. teilgenommen haben? Gab es einen konkreten Anlass?

Welche Erwartungen hatten Sie? Was haben Sie sich davon versprochen?

Ggf. nachfragen:

Wie war das am Anfang? Haben Sie sich direkt wohl gefühlt oder hat es Sie am Anfang etwas Überwindung gekostet /mussten Sie sich erst eingewöhnen? Was war schwierig für Sie bzw. was hat Ihnen die Teilnahme erleichtert?

Ggf. konkret bezogen auf einzelne Angebote nachfragen.

Gab es hierbei Unterschiede bezüglich der verschiedenen Angebote?

Kennen Sie weitere Angebote, die auf die Erhaltung der Gesundheit ausgerichtet sind? (z.B. auch von anderen Veranstaltern, oder von Freunden und Bekannten, die daran teilnehmen)

4) Bewertung und Wirkungen der präventiven und gesundheitsfördernden Angebote

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem bzw. den verschiedenen Angeboten gemacht?

Was finden Sie besonders gut an dem bzw. den verschiedenen Angeboten?

Was finden Sie weniger gut?

Was könnte verbessert werden?

Ggf. nachfragen: im Hinblick auf Inhalte, Ort und Räumlichkeiten, Zeit, Dauer, Teilnehmerzusammensetzung, Kurs-/Gruppenleitung

Wie wichtig sind Ihnen diese Angebote? Welches Angebot ist Ihnen besonders wichtig? Woran liegt das?

Welches Angebot hat Ihnen am meisten Spaß gemacht?

Hat sich durch die Teilnahme an diesen Angeboten etwas für Sie verändert? Haben Sie Veränderungen bei sich festgestellt?

- im Hinblick auf körperliche Verfassung/Wohlbefinden (Beweglichkeit, Fitness etc.)
- im Hinblick auf seelische Verfassung/Wohlbefinden (Ausgeglichenheit, Belastbarkeit etc.)
- im Hinblick auf soziale Kontakte (Austauschmöglichkeiten, soziale Unterstützung etc.)
- im Hinblick auf eigenes Gesundheitsbewusstsein, Verhaltensweisen und Einstellungen
- im Hinblick auf Wissen und Kenntnisse zu gesundheitlichen Fragen und Themen

Werden Sie auch weiterhin daran teilnehmen? Unter welchen Voraussetzungen werden Sie weiterhin daran teilnehmen?

Haben Sie irgendwelche Wünsche im Hinblick auf weitere, zukünftige Angebote?

5) Subjektiver Gesundheitszustand

Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen gesundheitlichen Verfassung?

Gab es in letzter Zeit Phasen, in denen es Ihnen besonders gut ging /sie sich besonders gut fühlten? Worauf führen Sie dies zurück?

Gab es Phasen, in denen es Ihnen weniger gut ging / in denen es Ihnen eher schlecht ging? Worauf führen Sie dies zurück?

Haben Sie den Eindruck, dass ihr persönliches Wohlbefinden durch die Teilnahme an dem bzw. den verschiedenen Angeboten beeinflusst wird? Können Sie dies etwas näher beschreiben? Können Sie dies an einem Beispiel oder einer konkreten Situation verdeutlichen?

6) Bedarfe im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung und Zugangsbarrieren

Was glauben Sie, wie könnte man mehr ältere Menschen mit Migrationshintergrund für die Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsförderung gewinnen?

Wie kann man die Leute besser erreichen? Was muss Ihrer Meinung nach dabei beachtet werden?

*Ggf. nachfragen im Hinblick auf verschiedene Rahmenbedingungen:
Kosten, Inhalte, Ort und Räumlichkeiten, Zeit, Dauer, Teilnehmerzusammensetzung,
Kurs-/Gruppenleitung etc.*

Inwiefern sollten bei Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung unterschiedliche Interessen und Lebensbedingungen von Frauen und Männern berücksichtigt werden?

7) Abschluss/ sonstige relevante Aspekte

Gibt es etwas zu dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung, das Sie mir gerne noch erzählen möchten? Haben Sie das Gefühl, es gibt weitere wichtige Aspekte zu dem Thema, die nicht angesprochen wurden?

Teil II: Kurzfragebogen: Angaben zur Person**Interview-Nr.:****Alter:****Geschlecht:****Familienstand:****Herkunftsland:****Staatsangehörigkeit:****Aufenthaltsdauer:**

(Seit wann in Deutschland?):

Berufstätigkeiten:

(Wenn ja, welche in Herkunftsland?):

(Wenn ja, welche in Deutschland?):

Bei nicht erwerbstätigen Frauen

Berufstätigkeiten des Ehemannes:

(Welche in Herkunftsland?):

(Welche in Deutschland?):

Familienstand:**Haushaltsgröße/-zusammensetzung:**

(Mit wie vielen Personen leben Sie in Ihrem Haushalt /Ihrer Wohnung zusammen?

Um wen handelt es sich dabei?):

Kinder (Anzahl/ Wohnort):

(Wie viele Kinder haben Sie? Wo leben Ihre Kinder/ wie weit entfernt?):

Deutschkenntnisse:**Pendeln:**

(Seit wann? Wie oft? Wie lange?):

Herzlichen Dank für das Gespräch!!!

Projekt „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“

INTERVIEWLEITFADEN

2. Erhebungswelle mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund (Folgebefragung)

Einführung:

Herzlichen Dank, dass Sie noch einmal für ein Interview zur Verfügung stehen. Bei dem ersten Gespräch hatten wir bereits über verschiedene Aspekte von Gesundheit und über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung (bzw. Möglichkeiten, etwas für seine Gesundheit zu tun) gesprochen. Dabei haben wir wichtige Hinweise bekommen, die wir in unserem heutigen Gespräch aufgreifen und mit Ihnen erörtern möchten. Außerdem geht es darum, Veränderungen seit unserem letzten Gespräch zu besprechen.

Auch dieses Mal möchten wir das Interview gerne aufzeichnen. Dies ist für eine gute Auswertung sehr wichtig. Die Aussagen werden anonymisiert, d.h. die Auswertungen werden so vorgenommen, dass keine Rückschlüsse auf ihre Personen möglich sind. Sind Sie mit der Aufzeichnung einverstanden?
Haben Sie noch Fragen?

Teil I: Themenbereiche und Fragestellungen

1) Veränderungen seit der ersten Befragung, gesundheitliche Situation, subjektiver Gesundheitszustand, gesundheitsrelevante Lebensumstände

Gab es seit unserem letzten Gespräch im ... (hier Monat angeben) irgendwelche Veränderungen in Ihrem Leben, die sich auf Ihre Gesundheit ausgewirkt haben? Hat sich seit der letzten Befragung etwas an Ihrem Gesundheitszustand verändert?
(positive und negative Aspekte nachfragen)

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen gesundheitlichen Verfassung?

Was ist für Sie das Wichtigste, damit sie sich wohlfühlen? Gibt es etwas, von dem Sie sagen würden, das sind ganz wichtige Dinge, die zu ihrem Wohlbefinden beitragen?

Gibt es bestimmte Lebensumstände, die Sie als schwierig oder belastend erleben?
(z.B. Migrationssituation, Wohnen/Wohnumfeld, finanzielle Situation, soziale Lage/Beziehungen,)

2) Soziale Netzwerke und ihre Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung

Wie wichtig sind andere Menschen für Ihr Wohlbefinden?

Würden Sie sagen, dass Ihr Wohlbefinden vor allem von Ihnen selbst oder vor allem von anderen Menschen abhängt?

Wie zufrieden sind Sie mit ihren sozialen Kontakten?

Nachfragen: zu Familienangehörigen, Freunde und Nachbarn, Landsleute, Einheimische/ deutsches Umfeld

Was im Hinblick auf Ihre sozialen Beziehungen erleben Sie als besonders positiv und was erleben Sie als belastend?

Welche Menschen sind für Sie im Hinblick auf Ihre Gesundheit am wichtigsten? Warum sind sie wichtig?

Nachfragen: Familienangehörige, Freunde und Nachbarn, Landsleute, Einheimische/ deutsches Umfeld, Professionelle (Ärzte, Sozialarbeiter etc.)

Achten Ihre Familienangehörigen oder andere Personen darauf, dass Sie gesund bleiben? Inwiefern? Was tun sie konkret? Was erleben Sie als hilfreich?

z.B.

- Ratschläge und Hinweise zu gesundheitlichen Aspekten (Ernährung, Bewegung, Vorsorgeuntersuchungen etc.)
- praktische Unterstützung, z.B. Begleitung zu gesundheitsfördernden Aktivitäten (Arztbesuche, gesundheitsfördernde Kurse, Informationsveranstaltungen etc.)

Helfen Sie selbst anderen Menschen dabei, möglichst gesund zu bleiben? (z.B. durch Ratschläge und Hinweise, praktische Hilfen, Begleitung)

Wie wichtig ist das Thema Gesundheit in Ihrer Familie und Ihrem Bekanntenkreis?

Gibt es in Ihrem Umfeld Menschen, die sich mit Gesundheitsfragen beschäftigen und die konkret etwas für ihre Gesundheit tun?

Sprechen Sie mit Ihren Mitmenschen viel über Gesundheit? (*Konkretisieren: Themen, Ansprechpartner (z.B. Familie, Freunde, Arzt etc.)*)

3) Gesundheitsförderndes Verhalten

Was tun Sie gegenwärtig konkret für Ihre Gesundheit? Gab es hier Veränderungen seit dem letzten Gespräch?

Nehmen Sie an bestimmten Veranstaltungen, Kursen oder sonstigen Aktivitäten teil, die sich positiv auf Ihr Wohlbefinden auswirken? Gab es hier Veränderungen seit dem letzten Gespräch?

Können Sie diese kurz beschreiben? Was ist positiv daran? Was finden Sie nicht so gut oder was könnte verbessert werden?

Ggf. nachfragen:

für Duisburg: Seniorenfrühstück, Yogakurs, Schwimmkurs

für Mönchengladbach: Frauengruppe, Generationstreff, Seniorengruppe, Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen, Kurs Bewegung und Entspannung für Menschen ab 50+

Würden Sie gerne mehr für Ihre Gesundheit tun, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten? (*ggf. nachfragen: im Hinblick auf Bewegung, Ernährung, Entspannung, Information etc.*)

Was hält Sie davon ab?

Haben Sie irgendwelche Wünsche im Hinblick auf gesundheitsfördernde Angebote? Gibt es Angebote die Ihnen fehlen bzw. die Sie vermissen? (*im Hinblick auf Bewegung, Ernährung, Entspannung, Information und Geselligkeit etc.*)

Würden Sie gerne gemeinsam mit anderen Menschen etwas für Ihre Gesundheit tun und z.B. an bestimmten Gruppenangeboten teilnehmen oder möchten Sie lieber für sich alleine etwas tun? Mit welchen Menschen würden Sie am liebsten etwas gemeinsam für die Gesundheit tun?

4) Potenziale der Selbsthilfe/ Selbstorganisation/ Partizipation und Empowerment

Gibt es Dinge, die Sie besonders gerne machen?

Was können Sie besonders gut?

Wenn man Sie um Hilfe bittet, um welche Sachen geht es dabei?

Glauben Sie, dass Ihre Erfahrungen und Fähigkeiten auch für andere Menschen nützlich sein könnten? Haben Sie den Eindruck, dass ihre Erfahrungen und Fähigkeiten von anderen Menschen geschätzt werden?

Wie bringen Sie gegenwärtig Ihre Erfahrungen und Fähigkeiten ein?

Engagieren Sie sich in einer bestimmten Gruppe bzw. bei bestimmten Aktivitäten, Veranstaltungen etc.?

bzw.

Könnten Sie sich vorstellen, sich in einer Gruppe oder bei bestimmten Aktivitäten, Veranstaltungen etc. zu engagieren? Welche Aufgaben könnten Sie übernehmen?

Inwieweit bringt sich die Gruppe, in der Sie aktiv sind, auch im sozialen Umfeld (Stadtteil etc.) ein? Vertritt die Gruppe ihre Interessen auch in der Öffentlichkeit? Werden Sie dabei von Fachkräften beraten oder unterstützt?

Sind die vorhandenen Möglichkeiten der Interessenvertretung und Beteiligung ausreichend? Welche Möglichkeiten der Interessenvertretung und Beteiligung würden Sie sich wünschen? Welche Unterstützung würden Sie sich wünschen?

Haben Sie an dem Werkstattgespräch (*in Duisburg: im November letzten Jahres bzw. in Mönchengladbach: im Februar diesen Jahres*) teilgenommen?

Wenn ja:

Wie haben Sie das Werkstattgespräch erlebt?

Was fanden Sie gut? Was fanden Sie nicht so gut? Was sollte verbessert werden?

Sind Sie mit anderen Menschen ins Gespräch gekommen? Konnten Sie Ihre Vorstellungen und Gedanken mitteilen?

Würden Sie sich weitere ähnliche Veranstaltungen wünschen oder halten Sie dies nicht für notwendig? Warum?

Sehen Sie Möglichkeiten oder haben Sie Vorstellungen dazu, wie ältere zugewanderte Menschen ihre Erfahrungen und Fähigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung einbringen könnten? Wie z.B. ältere Migranten andere oder sich gegenseitig dabei unterstützen könnten im höheren Alter aktiv und gesund zu bleiben?

Welche Ideen haben Sie für sinnvolle gesundheitsfördernde Angebote?

Wenn Sie die Möglichkeit hätten, ein Angebot zur Förderung der Gesundheit von älteren zugewanderten Menschen zu entwickeln, was wäre Ihnen wichtig dabei?

Könnten Sie selbst sich vorstellen, sich in gesundheitlichen Fragen stärker zu engagieren? Wie könnte dies aussehen?

Sehen Sie in Ihrem privaten Umfeld Möglichkeiten, Mitmenschen für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu motivieren und für eine Teilnahme an konkreten Aktivitäten zu gewinnen?

Würden Sie sich eine bestimmte Unterstützung wünschen, wenn Sie in dieser Hinsicht tätig werden sollten?

5) Abschluss/ sonstige relevante Aspekte

Gibt es etwas zu dem Thema Gesundheit, das Ihnen besonders wichtig ist?

Haben Sie das Gefühl, es gibt weitere wichtige Aspekte zu dem Thema, die nicht angesprochen wurden?

Teil II: Kurzfragebogen: Angaben zur Person

Interview-Nr.:

Alter:

Geschlecht:

Herkunftsland:

Staatsangehörigkeit:

Aufenthaltsdauer:

(Seit wann in Deutschland?):

Berufstätigkeiten:

(Wenn ja, welche in Herkunftsland?):

(Wenn ja, welche in Deutschland?):

Bei nicht erwerbstätigen Frauen

Berufstätigkeiten des Ehemannes:

(Welche in Herkunftsland?):

(Welche in Deutschland?):

Familienstand:

Haushaltsgröße/-zusammensetzung:

(Wie viele Personen leben im Haushalt, welche Personen?):

Kinder (Anzahl/ Wohnort):

(Wie viele Kinder haben Sie? Wo leben Ihre Kinder/ wie weit entfernt?):

Deutschkenntnisse:

Pendeln:

(Seit wann? Wie oft? Wie lange?):

Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?

(bitte ankreuzen)

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht
- sehr schlecht

Haben Sie irgendwelche Krankheiten, gesundheitliche Beschwerden oder Beeinträchtigungen? Welche?

Bitte erfragen Sie die Maßnahmen und Angebote, an denen die befragte Person teilnimmt bzw. teilgenommen hat und kreuzen in der Tabelle die zutreffenden Felder an bzw. tragen die entsprechenden Angaben ein.

Keine Teilnahme an präventiven/ gesundheitsfördernden Angeboten (bitte hier ankreuzen):

	Duisburg			
	Seniorengruppe/ Frühstück (AWO)	Schwimmen (AWO)	Yoga (AWO)	Sonstige Angebote
Teilnahme				
Seit wann?				
Bis wann?				
Häufigkeit der Teilnahme				
Unregelmäßig				
Regelmäßig				

Herzlichen Dank für das Gespräch!!!

Bitte erfragen Sie die Maßnahmen und Angebote, an denen die befragte Person teilnimmt bzw. teilgenommen hat und kreuzen in der Tabelle die zutreffenden Felder an.

Keine Teilnahme an präventiven/ gesundheitsfördernden Angeboten (bitte hier ankreuzen):

	Mönchengladbach				
	Frauengruppe Generations- Treff	Senioren- gruppe	Kurs: Sport und Entspannung 50+	Infoveran- staltungen DRIV	Sonstige Angebote
Teilnahme					
Seit wann?					
Bis wann?					
Häufigkeit der Teilnahme					
Unregelmäßig					
Regelmäßig					

Herzlichen Dank für das Gespräch!!!

Projekt „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“

INTERVIEWLEITFADEN

3. Erhebungswelle mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund (Folgebefragung)

Einführung:

Herzlichen Dank, dass Sie noch einmal für ein Interview zur Verfügung stehen. Dies ist die letzte Befragung im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“. Auch dieses Mal möchte ich einige Aspekte zum Thema Gesundheit und Prävention mit ihnen besprechen. Dabei ist es uns wichtig zu erfahren, wie sie ihre Lebenssituation insgesamt erleben und welche Bedeutung die Gesundheit dabei hat.

Auch dieses Mal möchten wir das Interview gerne aufzeichnen. Dies ist für eine gute Auswertung sehr wichtig. Die Aussagen werden anonymisiert, d.h. die Auswertungen werden so vorgenommen, dass keine Rückschlüsse auf ihre Personen möglich sind. Sind Sie mit der Aufzeichnung einverstanden?
Haben Sie noch Fragen?

Teil I: Themenbereiche und Fragestellungen

1) Veränderungen seit der letzten Befragung, gesundheitliche Situation, subjektiver Gesundheitszustand

Allgemeine Lebenssituation:

Gab es seit unserem letzten Gespräch im ... (hier Monat angeben) irgendwelche wichtige Veränderungen in Ihrem Leben?

ggf. positive und negative Aspekte nachfragen

Gesundheitliche Situation:

Hat sich seit der letzten Befragung etwas an Ihrem Gesundheitszustand verändert?

Subjektive Gesundheit:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen gesundheitlichen Verfassung?

2) Gesundheitsförderndes Verhalten und Bewertung von Angeboten

Verhalten:

Bitte erzählen Sie, was tun Sie gegenwärtig konkret für Ihre Gesundheit? Gab es hier Veränderungen seit dem letzten Gespräch?

ggf. nachfragen: Nehmen Sie an bestimmten Veranstaltungen, Kursen oder sonstigen Aktivitäten teil, die sich positiv auf Ihr Wohlbefinden auswirken? Gab es hier Veränderungen seit dem letzten Gespräch?

Bewertung

Können Sie diese kurz beschreiben? Was ist positiv daran? Was finden Sie nicht so gut oder was könnte verbessert werden?

Können Sie etwas näher beschreiben, wie sich die Teilnahme an den Angeboten auf ihr Wohlbefinden auswirkt? Evtl. nachfragen: Können Sie dies an einem Beispiel oder einer konkreten Situation verdeutlichen?

Haben Sie irgendwelche Wünsche im Hinblick auf gesundheitsfördernde Angebote? Gibt es Angebote die Ihnen fehlen bzw. die Sie vermissen? (im Hinblick auf Bewegung, Ernährung, Entspannung, Information und Geselligkeit etc.)

3) Bedeutung des Migrations- und Integrationserlebens für Prävention und Gesundheitsförderung

Wie bewerten Sie heute Ihre Entscheidung, nach Deutschland zu gehen?

- Chancen / positive Erfahrungen
- Belastungen / negative Erfahrungen

Welche Erwartungen hatten Sie? (Warum sind Sie nach Deutschland gekommen?)

Bitte erzählen Sie, wie erleben Sie Ihre aktuelle Lebenssituation insgesamt?

- positive und negative Aspekte
- Wie fühlen Sie sich (in Deutschland)?

Wie würden Sie ihr Verhältnis zu Angehörigen der eigenen Nationalitätengruppe beschreiben?

Wie würden Sie ihr Verhältnis zur einheimischen Bevölkerung beschreiben?

Wie würden Sie ihr Verhältnis zu Angehörigen anderer Nationalitätengruppen beschreiben?

- *Ggf. nachfragen: tatsächliche Kontakte, vertrauensvolle Beziehungen, Kontaktwünsche*
- *Ggf. nachfragen: subjektive Erklärungen für Kontaktsituation*

Ich möchte Sie jetzt bitten, ihr eigenes Leben mal bis heute zu betrachten und zu erzählen, welche Rolle Gesundheit da für Sie in verschiedenen Lebensphasen gespielt hat?