

Dahlbeck, Elke

Research Report

Gesundheit im Quartier: Gesundheitliche Lage, Bedarfe und Wünsche

Forschung Aktuell, No. 6/2015

Provided in Cooperation with:

Institute for Work and Technology (IAT), Westfälische Hochschule, University of Applied Sciences

Suggested Citation: Dahlbeck, Elke (2015) : Gesundheit im Quartier: Gesundheitliche Lage, Bedarfe und Wünsche, Forschung Aktuell, No. 6/2015, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0176-201506018>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/110621>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Gesundheit im
Quartier:

Gesundheitliche Lage,
Bedarfe und Wünsche

Elke Dahlbeck

Auf den Punkt

- Der Unterstützungsbedarf im Alltag steigt mit dem Alter und mit zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.
- Die derzeit noch bestehenden familialen Unterstützungsstrukturen sichern den Großteil der Hilfen. Aufgrund des demografischen Wandels werden diese Strukturen jedoch abnehmen. Der Wunsch in den eigenen vier Wänden zu verbleiben, ist jedoch ungebrochen hoch.
- Damit steigt die Bedeutung des „Haushalts als Gesundheitsstandort“ bzw. des umgebenden Sozialraums oder Quartiers.
- Die Etablierung eines Gesundheits- und Quartiersmanagements kann eine zentrale Anlauf-, Koordinierungs- und Betreuungsfunktion als Lotse im Quartier übernehmen.

Zentrale Einrichtung der
Westfälischen Hochschule
Gelsenkirchen Bocholt
Recklinghausen in
Kooperation mit der
Ruhr-Universität Bochum

 **Westfälische
Hochschule**

 **RUB**

Einleitung

Der demografische Wandel stellt Politik, Wirtschaft und Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Weniger die Alterung der Gesellschaft an sich, sondern der Rückgang der Geburtenrate stellt die bislang auf familiäre Unterstützungsleistungen beruhenden informellen Strukturen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit vor enorme Herausforderungen (Kaufmann 2005, Bäcker et al. 2008: 178-179). Auch wenn es heute vielen Menschen bis ins hohe Alter gut oder sogar sehr gut geht, steigt mit zunehmenden Alter die Wahrscheinlichkeit, an einer (oder zumeist mehreren) Krankheiten zu leiden oder pflegebedürftig zu werden. Zwischen 2003 und 2013 stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen (nach SGB XI) in Nordrhein-Westfalen (NRW) um 122.562 (26,7 %) auf 581.492. Überproportional stieg dabei der Anteil der ambulant betreuten Pflegebedürftigen (39,5 %), während der Anteil der stationär betreuten Pflegebedürftigen um rund 12,8 % wuchs. Der Zuwachs der reinen Pflegegeldempfänger lag bei 30,2 %. Damit werden nach wie vor rund die Hälfte der knapp 581.500 Pflegebedürftigen in NRW nur durch Angehörige (49,8 %) bzw. rund 22,5 % durch ambulante Pflegedienste zu Hause gepflegt¹. Mit der Zunahme von ambulanten Leistungen wird nicht nur dem Wunsch einem Großteil der älteren Menschen entsprochen, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu bleiben (Mahne/Naumann/Block 2010: 142), sondern auch dem durch die Politik formulierten Leitsatz „ambulant vor stationär“ (MGEPA NRW 2012).

Vor diesem Hintergrund nimmt die Bedeutung des sozialräumlichen Umfelds zu. Ziel ist es, die Unterstützungsstrukturen den sozialräumlichen Besonderheiten und Gegebenheiten anzupassen und die sektorübergreifenden Versorgungsprozesse zu optimieren, um dem Bedarf der dort lebenden Bürger zu entsprechen. Städte und Kreise, aber auch Stadtteile oder Quartiere unterscheiden sich in Hinblick auf ihre sozialstrukturelle und gesundheitliche Lage (Dahlbeck/Neu 2014). Und auch auf individueller Ebene werfen gesundheitliche Probleme häufig auch soziale Fragen auf (und umgekehrt). Ein Gesundheits- und Quartiersmanagement, das soziale und gesundheitliche Fragestellungen verknüpft, könnte somit eine wirkungsvolle Unterstützungsstruktur im Quartier entfalten.

Hier setzt das Projekt Proviva an. Im Rahmen des Projektes wird „ein sektorübergreifendes kommunales technikunterstütztes Gesundheitsmanagement für ein lebenswertes und vitales Alter“ entwickelt und erprobt. Welche Unterstützungsbedarfe im Quartier bestehen und wie sich diese nach subjektivem Gesundheitszustand unterscheiden, soll im Folgenden dargestellt werden. Hierfür wird zunächst das Projekt Proviva mit seinen einzelnen Bausteinen vorgestellt (Abschnitt 2). Anschließend werden ausgewählte Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Bürgerinnen und Bürgern ab 65 Jahre in den zwei „Erprobungsstadtteilen“ Leverkusen-

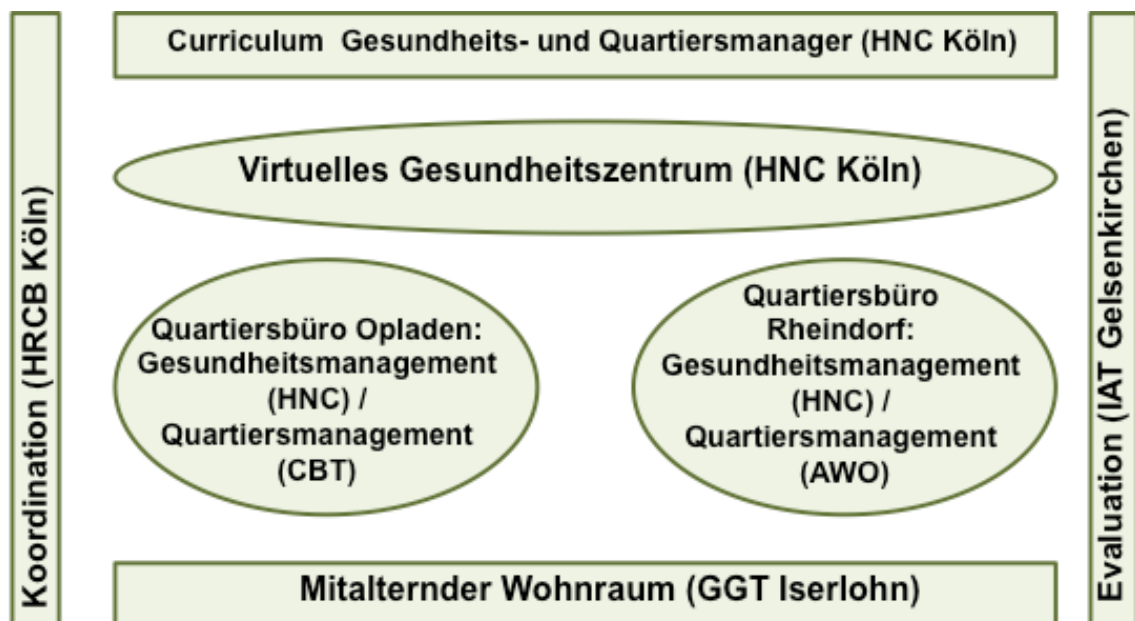
¹ Quelle: Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT NRW), eigene Berechnungen.

Opladen und -Rheindorf dargestellt (Abschnitt 3). Abschließend werden erste Schlussfolgerungen formuliert. (Abschnitt 4).

Proviva – gut Leben zu Hause im Quartier

Das durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) sowie durch Mittel der Europäischen Union (EU) geförderte Projekt „Proviva – gut leben zu Hause im Quartier“² hat zum Ziel, die Versorgung im Quartier sektorübergreifend zu optimieren und die Teilhabe der Älteren zu stärken. Die Förderperiode liegt zwischen Februar 2013 und Juli 2015.

Abbildung 1: Arbeitspakete und Verantwortlichkeiten im Proviva-Projekt



Quelle: IAT

Kern des Projektes sind der Aufbau und die Erprobung quartiersbezogener Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen in Form eines Gesundheits- und Quartiersmanagements als Anlauf-, Beratungs-, Koordinierungs- und Aktivierungsstelle rund um das Thema „Leben im Alter“ für die Bürgerinnen und Bürger 65+ in den beiden Stadtteilen Leverkusen-Opladen und Rheindorf. Das Vorgehen ist hierbei bewusst nicht auf einzelne Indikationen gelegt, sondern es wird ein breiter populationsorientierter Ansatz zu gesundheitlichen und sozialen Fragen bzw. Problemen verfolgt. Bei dem Aufbau der stadtteilbezogenen Unterstützungsstrukturen wurde insbesondere darauf geachtet, „das Rad nicht neu zu erfinden“ und Akteure vor Ort einzubinden. Die beiden Proviva-Büros in Opladen und Rheindorf befinden sich seit Anfang Juli 2014 in der

² www.proviva-lev.de

einjährigen Erprobungsphase. Das Quartiersmanagement wird in Opladen von der Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft GmbH (CBT) und in Rheindorf von der Begegnungsstätte der Arbeiterwohlfahrt im Kreisbezirk Leverkusen e.V. (AWO) getragen. Das Gesundheitsmanagement liegt in beiden Stadtteilen in der Verantwortung der HerzNetz-Center Köln GmbH (HNC). Unterstützt werden soll die Arbeit der Gesundheits- und Quartiersmanager durch eine IT-Infrastruktur, die im Rahmen von Proviva etabliert und erprobt werden soll. Auch hier liegt die Verantwortung bei HNC. Die Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik®mbH aus Iserlohn (GGT) bearbeitet das Arbeitspaket „Mitalternder Wohnraum“ mit dem Ziel, einen Handlungsleitfaden für das barrierearme Wohnen zu erstellen. Weitere Projektpartner sind die Gesundheitsregion KölnBonn e.V. (HRCB), die die Gesamtkoordination des Projektes innehat, sowie das Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule (IAT), welches die formative Evaluation durchführt. Als weiterer nicht geförderter Partner ist die Stadt Leverkusen, Fachbereich Soziales zu nennen.

Bürgerbefragung in Opladen und Rheindorf

Ziele und methodisches Vorgehen

Im Rahmen des Projektes wurde sehr schnell deutlich, dass zum einen die Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger 65+ sowie deren Wünsche, Kenntnisse und die Nutzung von Unterstützungsleistungen in den beiden Quartieren nicht genau spezifiziert werden können. Zum anderen wurde ersichtlich, dass sehr wenige Informationen zur gesundheitlichen Lage und zur Lebensqualität der Menschen im Quartier vorliegen, da die amtliche Statistik gesundheitsbezogene Daten für die Zielgruppe 65+ auf Ebene der Stadtteile nicht bereitstellt. Ziel der Befragung war es, stadtteilspezifische Informationen

- zu den Unterstützungsbedarfen, der Inanspruchnahme und den Wünschen zu erhalten, um hieraus Handlungsempfehlungen für die Erprobungsphase der Gesundheits- und Quartiersmanagerinnen zu generieren.
- über die gesundheitliche Lage und Lebensqualität der Zielgruppe 65+ zu erhalten, um hieraus im Rahmen der Evaluation ein Datenset zu generieren, welches geeignet ist, gesundheitsbezogene Quartiersansätze auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten.

Der vollstandardisierte vierseitige Fragebogen gliedert sich in die vier Themenblöcke:

- Sozio-demografische Merkmale,
- Gesundheit und Lebensqualität,
- Unterstützungsbedarfe sowie
- Inanspruchnahme, Wünsche und Kenntnisse vorhandener Angebote und Dienstleistungen.

Der postalische Versand der 8.025 Fragebögen an alle Bürgerinnen und Bürger in Leverkusen Opladen und Rheindorf, die 65 Jahre oder älter sind und in Privathaushalten leben, erfolgte im Februar 2014 durch die Stadt Leverkusen.³ Nach Bereinigung der Daten konnten 3.050 Fragebögen in die Auswertung miteinfließen. Die Rücklaufquote beträgt damit 38 %.^{4 5}

Sozialstruktur der Stadtteile Opladen und Rheindorf

Insgesamt wohnen in Leverkusen 162.790 Menschen (Stand 31.12.2013), davon 23.702 (14,6 %) in Opladen und 15.955 (9,8 %) in Rheindorf. Der Anteil der Bevölkerung 65+ liegt in Leverkusen bei 21,8 %, die entsprechenden Anteile betragen in Opladen 21,9 % und in Rheindorf 21 %. Ausgewählte Merkmale zu den beiden Stadtteilen sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Ausgewählte Kennziffern für Leverkusen, Opladen und Rheindorf

	Leverkusen	Opladen	Rheindorf
Bevölkerung (31.12.2013)	162.790	23.702	15.955
Bevölkerung 65+ (Anteil an Gesamtbevölkerung in %) (31.12.2013)	35.422 (21,8 %)	5.188 (21,9 %)	3.357 (21,0 %)
Anteil Frauen an der Bevölkerung 65+ (31.12.2013)	20.459 (65,7 %) ⁶	3.127 (60,3 %)	1.950 (58,1 %)
Verfügbares Einkommen je Einwohner in Euro (31.12.2007)	15.247 Euro je Einwohner	14.181-14.837 Euro je Einwohner	10.506-11.564 Euro je Einwohner
Empfänger der Grundsicherung im Alter (SGB XII) 65+ (31.12. 2012), Anteile an Bevölkerung 65+ in % (31.12.2012)	2.274 (6,4 %)	465 (8,9 %)	230 (6,8 %)
Anteil der Personen in Bedarfsgemeinschaften im SGB II an der Bevölkerung in % (31.12.2011)	9,1 %	9,9 %	13,5 %

Quelle: Kommunalstatistik der Stadt Leverkusen, Sozialbericht Stadt Leverkusen 2012, Controllingbericht der „wirkungsorientierten Steuerung der kommunalen Altenhilfe der Stadt Leverkusen“

³ Neben einem durch HRCB und IAT verfassten kurzen Anschreiben wurde die Befragung durch ein persönliches Anschreiben des Oberbürgermeisters der Stadt Leverkusen, Reinhard Buchhorn, sowie durch eine Pressekonferenz aktiv beworben.

⁴ Die Unterstützung der Stadt Leverkusen war sicherlich ein Grund für den hohen Rücklauf. Ein besonderer Dank gilt somit nicht nur den vielen Bürgerinnen und Bürgern, die sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen, sondern auch der Stadt Leverkusen: dem Oberbürgermeister Herrn Buchhorn, der Fachbereichsleiterin Soziales, Frau Vogt, und Ihrer Kollegin im Fachbereich Soziales, Frau Skerhut.

⁵ Bei der Interpretation ist zu beachten, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen bei schriftlichen Befragungen unterrepräsentiert sind. Dies gilt u.a. für gesundheitlich stark beeinträchtigte Personen.

⁶ Quelle: IT.NRW. Die Angaben in der Bevölkerungsstatistik der Statistischen Landesämter können leicht von den Angaben der Statistik der Kommunen abweichen.

Die beiden Stadtteile unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Sozialstruktur, wobei Rheindorf sich durch ein niedrigeres verfügbares durchschnittliches Einkommen je Einwohner (rund 10.500-11.500 Euro) sowie einen höheren Anteil an Personen in Bedarfsgemeinschaften im SGB II mit 13,5 % auszeichnet als Opladen mit einem entsprechenden verfügbaren Durchschnittseinkommen von rund 14.200-14.800 Euro je Einwohner und einer geringeren SGB-II-Quote von 9,9 %.

Auch die Ergebnisse der Bürgerbefragung zeigen Unterschiede zwischen den Stadtteilen. Insbesondere das Bildungsniveau – gemessen am Anteil der Befragten mit (Fach-)hochschulabschluss – unterscheidet sich mit einem Anteil von 6% in Rheindorf und 13,3% in Opladen deutlich voneinander (Tab. 2).

Tabelle 2: Ausgewählte Kennziffern der Befragten in Opladen und Rheindorf

	Opladen	Rheindorf	Opladen/Rheindorf
Befragte (65+)	1.859	1.141	3.050
Anteil Frauen	58,4 % (n=1.859)	57,2 % (n=1.141)	57,9 % (n=3.050)
Anteil Befragte mit Migrationshintergrund	11,7 % (n=1841)	13,5 % (n=1.181)	12,4 % (n=3.022)
Anteil Befragte mit (Fach-)Hochschulabschluss	13,3 % (n=1.845)	6 % (n=1.184)	10,5 % (n=3.029)
Anteil Befragte in Single-Haushalten	35,2 % (n=1.810)	31,6 % (n=1.150)	33,8 % (n=2.960)

Quelle: IAT

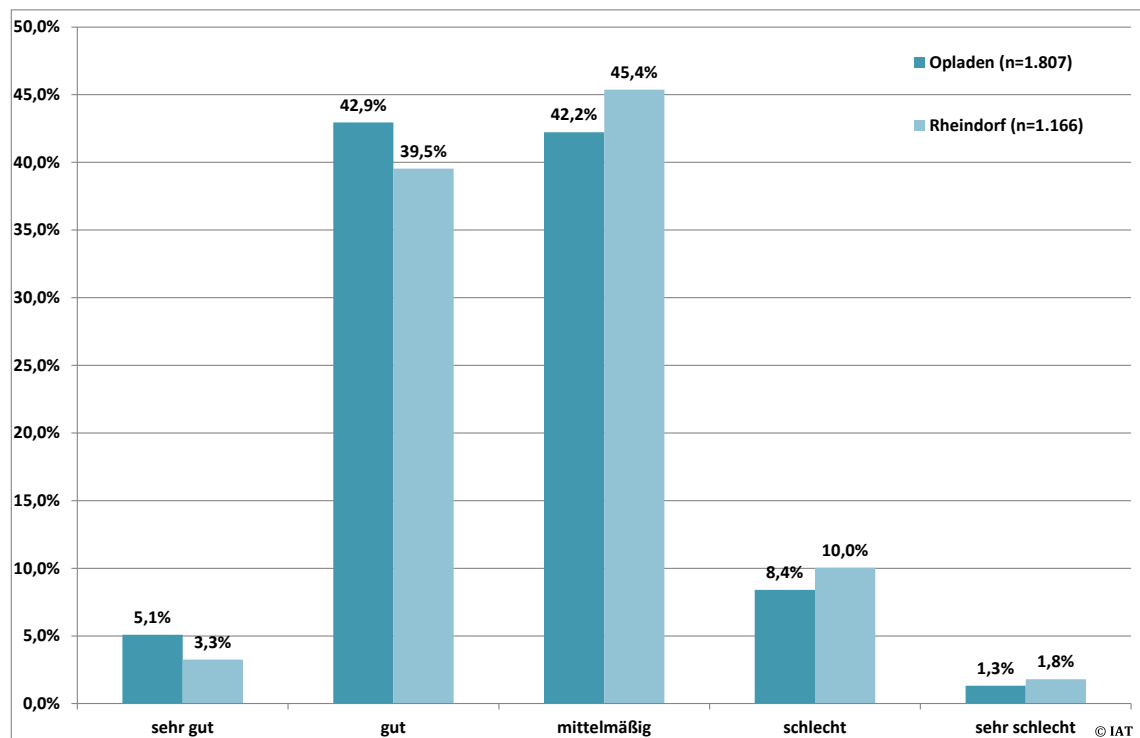
Gesundheitliche Lage: Alter und Bildungsniveau sind entscheidende Variablen

Der Mehrheit der Befragten (n=2.973) geht es subjektiv gesundheitlich gut (40,6 %) oder mittelmäßig (42,4 %). 4,4 % geben an, dass es ihnen gesundheitlich sehr gut geht. 9 % bewerten ihren aktuellen Gesundheitszustand als schlecht und 1,5 % als sehr schlecht.⁷

Dabei stellt sich die gesundheitliche Lage zwischen den beiden Stadtteilen etwas unterschiedlich dar, wie in der folgenden Abbildung deutlich wird, denn in Opladen geben mit 48 % (n=1.807) etwas mehr Befragte an, dass es ihnen sehr gut oder gut geht als in Rheindorf mit 42,8 % (n=1.166).

⁷ Die genaue Frage lautete: Wie geht es Ihnen gesundheitlich? Als Antwortkategorie wurde eine 5-Likert Skala von sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht vorgegeben.

Abbildung 2: Angaben zum subjektiven Gesundheitszustand



Quelle: IAT

Als wichtige Faktoren für den subjektiven Gesundheitszustand sind das Alter und der Bildungsstand auszumachen.

- Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil derjenigen, denen es gesundheitlich sehr gut oder gut geht. So liegt der entsprechende Anteil in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen bei 61,1 % (n=473). In der Altersgruppe 80+ beträgt der Vergleichswert nur noch 29,6 % (n=817). Entsprechend steigt der Anteil derjenigen, denen es schlecht oder sehr schlecht geht. Das Alter ist sehr bedeutend für das subjektive Gesundheitsempfinden und statistisch signifikant.
- Auch das Bildungsniveau ist ein entscheidender Faktor für den subjektiven Gesundheitszustand und statistisch signifikant: Während rund 60 % der Befragten mit (Fach-)Hochschulabschluss (n=314) angeben, dass es ihnen sehr gut/gut geht, sind es bei den Befragten mit abgeschlossener Berufsausbildung lediglich 48,1 % (n=1.200). Die Befragten mit Volksschulabschluss stellen hier einen Anteil von 38,8 % (n=1.044). Am geringsten fällt der Anteil bei den Befragten ohne Abschluss mit gerade noch 21 % (n=62) aus.

Da das Alter einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitszustand und den Unterstützungsbedarf hat, wurde eine Typisierung entlang der zwei Merkmale Alter (65-74; 75+) und subjektiver Gesundheitszustand (sehr gut/gut bzw. schlecht/sehr schlecht) durchgeführt. Die

Befragten, die angegeben haben, dass es ihnen subjektiv mittelmäßig geht, wurden nicht berücksichtigt, um die Kontraste stärker darzustellen.

Tabelle 3: Typen nach den Dimensionen Alter und subjektiver Gesundheitszustand⁸

Alter				
		65-74	75+	
subjektiver Gesundheitszustand	sehr gut / gut	Typ 1 "jung und gesund" n=741	Typ 2 "alt und gesund" n=626	n=1.367
	schlecht / sehr schlecht	Typ 3 "jung und krank" n= 87	Typ 4 "alt und krank" n=227	n=314
		n=828	n=853	n=1.681

Quelle: IAT

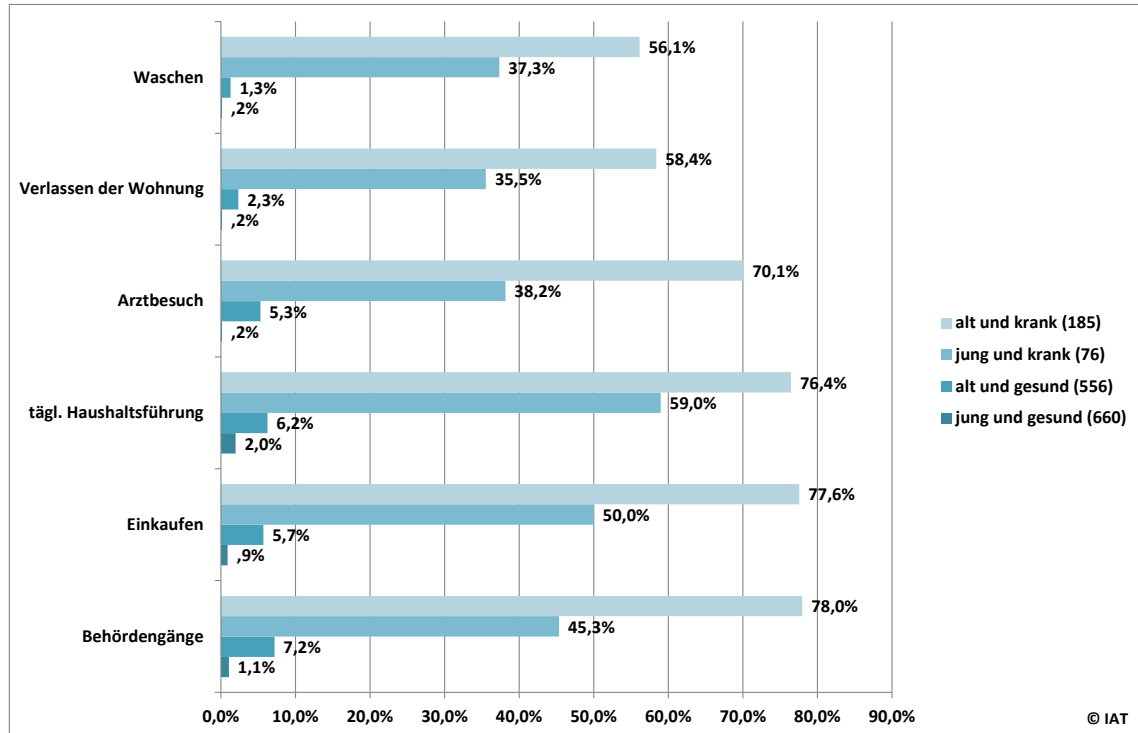
Der Anteil der Befragten mit (Fach-)Hochschulabschluss liegt bei Typ 1 bei 16,7 %, bei Typ 3 beträgt der Anteil 6,9 %. Bei den Jüngeren schätzen überdurchschnittlich viele Befragte mit Migrationshintergrund⁹ ihren Gesundheitszustand subjektiv als schlecht/sehr schlecht ein. Bei diesem Typ 3 überragt der Anteil der Befragten mit Migrationshintergrund mit 24 % deutlich den Durchschnitt von insgesamt 12,4 % (vgl. Tabelle 2).

⁸ Die Typisierung folgt in Anlehnung einer Typisierung, die im Rahmen einer Befragung der Stadt Braunschweig im westlichen Ringgebiet mit Bürgerinnen und Bürger 66+ zum Thema „Lebenssituation und Gesundheit“ erfolgte (Stadt Braunschweig 2004).

⁹ Die genaue Frage lautete: Sind Sie, Ihre Eltern oder einer Ihrer Elternteile in einem anderen Land geboren?

Unterstützungsbedarf: Nicht das Alter, sondern der Gesundheitszustand ist relevant

Abbildung 3: Unterstützungsbedarf der Befragten nach Alters- und Gesundheitstypen

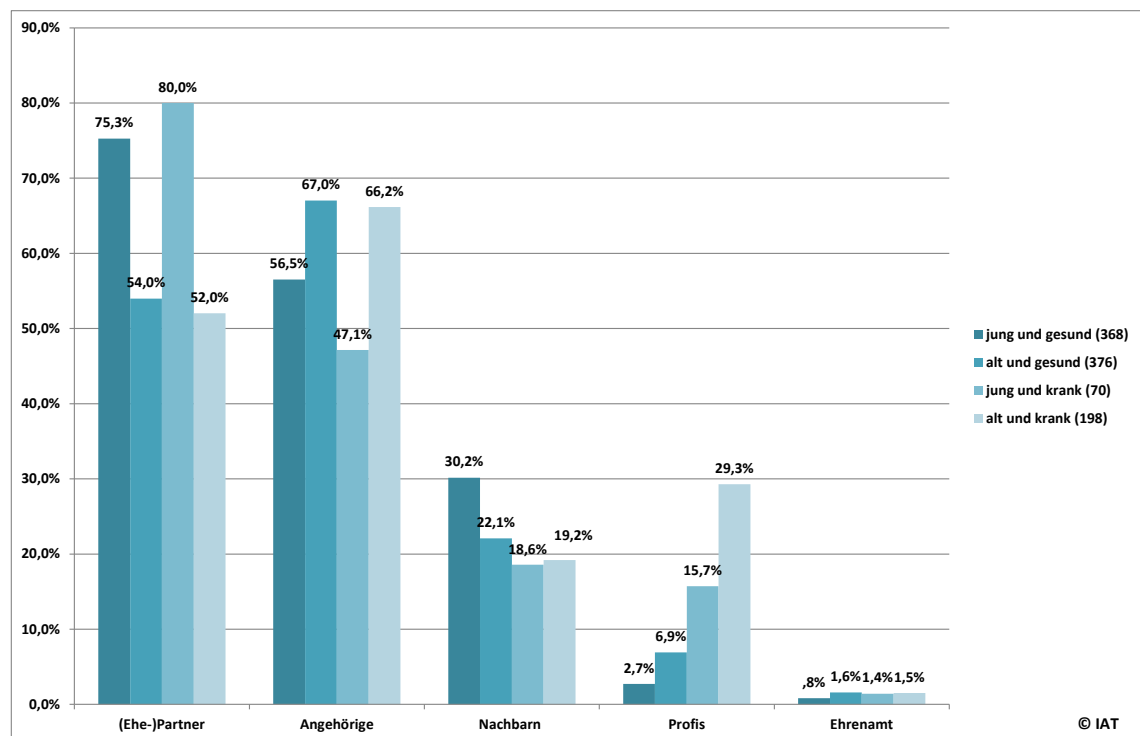


- Den höchsten Bedarf haben über alle Tätigkeiten hinweg die Befragten des Typs 4, also die Gruppe der Hochbetagten 75+, die mit ihrer Gesundheit unzufrieden/sehr unzufrieden ist. Von den 185 Betroffenen benötigen 78 % Unterstützung bei Behördengängen, 77,6 % Unterstützung beim Einkaufen, 76,4 % Hilfe bei der täglichen Haushaltsführung oder 70,1 % Hilfe beim Arztbesuch. Über die Hälfte (56 %) benötigt Hilfe beim täglichen Waschen.
- Auch die Gruppe der unter-75-Jährigen gesundheitlich stark eingeschränkten Befragten (n=76) benötigt Hilfe bei der täglichen Haushaltsführung (59 %), beim Einkaufen (50 %) oder den Behördengängen (45,3 %). Auch hier benötigen 37 % bereits Hilfe beim Waschen.
- Dagegen liegt der Unterstützungsbedarf bei den Befragten des Typs 2 (hochbetagt /gesund, n=556) bei 7,2 % bei den Behördengängen, 6,2 % bei der Haushaltsführung und 5,7 % beim Einkaufen und 5,2 % bei den Arztbesuchen.
- Die Gruppe der unter-75-Jährigen und gesundheitlich Zufriedenen benötigt dagegen kaum Unterstützung. Lediglich 2 % geben an, dass sie Hilfe bei der täglichen Haushaltsführung benötigen.

Unterstützungsleistungen: Familie ist größte Stütze, professionelle Dienstleistungen werden selten in Anspruch genommen

Der Mehrzahl der Personen (78,5 %, n=1.290), die Unterstützung benötigt, erhält diese auch. Insbesondere die beiden besonders betroffenen Gruppen, Typ 4 und Typ 3 erhalten zu einem sehr hohen Anteil Unterstützung (93% bzw. 87,5 %).

Abbildung 4: Frage: Sofern Sie Unterstützung benötigen, durch wen erhalten Sie diese?



Quelle: IAT

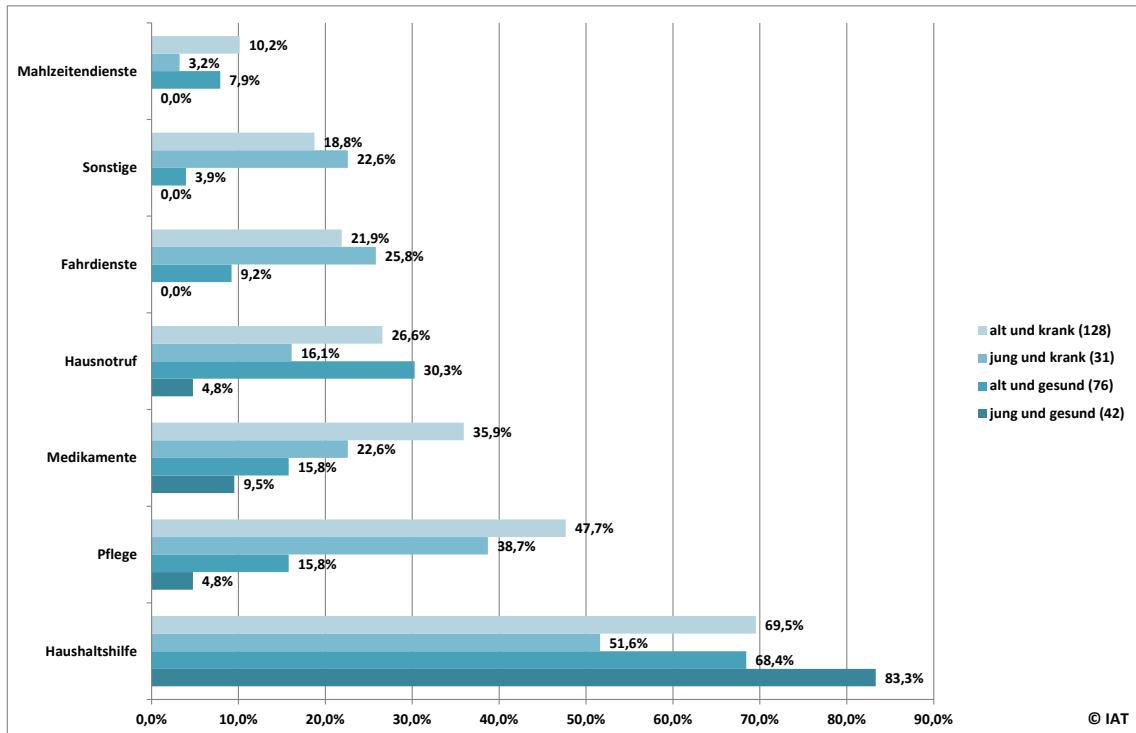
Während für die jüngeren gesundheitlich eingeschränkten Befragten (Typ 3) die (Ehe-)PartnerInnen die wichtigsten Helfer sind (80 %, n=70), geben die älteren Betroffenen (Typ 4) an, am häufigsten von den Angehörigen Unterstützung zu erhalten (66,2 %, n=198).

Auch die älteren Gesunden (Typ 2) greifen häufiger auf die Hilfe der Angehörigen zurück, als die Befragten unter 75 Jahren, was auf den höheren Anteil an Personen zurückzuführen ist, die bereits alleine leben.

Unterstützung durch die Nachbarn erhalten häufiger die Befragten aus Typ 1 (30,2 %, n=368), während die Nachfrage nach professioneller Hilfe mit dem Unterstützungsbedarf (also den gesundheitlichen Einschränkungen) stark ansteigt. So greifen 29,3 % der Befragten des Typs 4 (n=198) auf diese Hilfen zurück.

Die Unterstützung durch Ehrenamtliche spielt bei keinem der Typen eine nennenswerte Rolle.

Abbildung 5: Inanspruchnahme von Dienstleistungen nach Gesundheits- und Alterstypen



Quelle: IAT

Insgesamt nutzen nur 17 % (n=1.631) der Befragten dieser vier Typen Dienstleistungen.

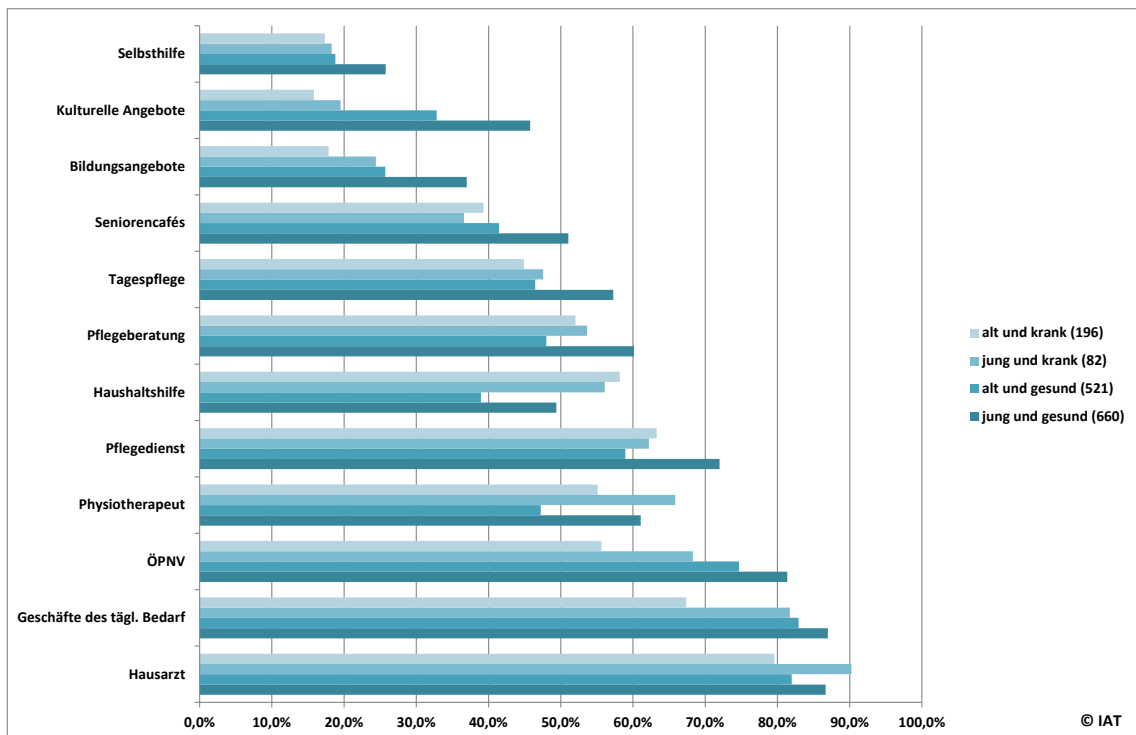
Die am stärksten nachgefragte Dienstleistungsart ist die der Haushaltshilfe. Diese werden am häufigsten von den „jungen/gesunden“ Befragten aus Typ 1 (83,3 %, n=42) nachgefragt und am wenigsten von den Befragten des Typs 3, also den „jungen/kranken“ (51,6 %, n=31). Auch wenn die genauen Ursachen aus den Daten nicht identifiziert werden können, ist zu vermuten, dass die Befragten aus Typ 1 eher bereit und finanziell in der Lage sind, sich diese Dienstleistungen einzukaufen.

Pflegeleistungen werden stärker von den betroffenen Befragten der Typen 3 und 4 genutzt. Dagegen hängt die Inanspruchnahme des Hausnotrufs stark mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme liegt bei den gesunden Alten mit 30,3 % (n=76) noch vor den Befragten von Typ 4 26,6 % (n=128).

Der Hausarzt ist ein zentraler Akteur für die Befragten der Generation 65+. Fast 95 % der Befragten haben den Hausarzt in den letzten 12 Monaten mindestens einmal aufgesucht, wobei mit zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen die Zahl der Besuche steigt. Um Menschen zu erreichen und anzusprechen, sind die Hausarztpraxen mit ihrem Personal zentrale Akteure und Multiplikatoren im Quartier. Diese zu gewinnen, in den Sprechstunden auf das

Angebot nicht nur hinzuweisen, sondern die Patienten bei Einwilligung per Fax an das Gesundheits-/ oder Quartiersbüro „zu überweisen“, damit die Quartiers- und/oder GesundheitsmanagerInnen sich bei den entsprechenden Personen telefonisch melden, um weitere Bedarfe zu besprechen, ist eine vielversprechende Möglichkeit, auf die Angebote aufmerksam zu machen.

Abbildung 6: Wunsch nach ausgewählten Dienstleistungsangeboten im Stadtteil



Quelle: IAT

Die meisten Befragten wünschen sich im eigenen Stadtteil einen Hausarzt, Geschäfte des täglichen Bedarfs sowie einen gut ausgebauten öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV). Unterschiede ergeben sich jedoch zwischen den verschiedenen Typen in folgender Hinsicht:

- Typ 1 (n=632) wünscht sich neben den Geschäften des täglichen Bedarfs (87 %), dem Hausarzt (86,7 %) und dem ÖPNV (81,4 %) überdurchschnittlich häufig kulturelle Angebote (45,8 %) und Bildungsangebote (37 %).
- Typ 2 (n=454) wünscht sich neben den Geschäften des täglichen Bedarfs (82,9 %), dem Hausarzt (82 %) und dem ÖPNV 74,7 % auch noch häufiger kulturelle Angebote im Stadtteil (32,8 %).
- Typ 3 (73) wünscht sich am häufigsten den Hausarzt (90,2 %), Geschäfte des täglichen Bedarfs (81,7 %) sowie den ÖPNV (68,3 %). Die Nachfrage nach kulturellen Angeboten ist mit 19 % geringer ausgeprägt.
- Auch Typ 4 wünscht sich aufgrund des schlechteren Gesundheitszustands am häufigsten den Hausarzt (79,6 %), Geschäfte des täglichen Bedarfs (67,3 %) sowie Pflegedienste.

te mit 63,3 %. Bildungs- (17,9 %) und Kulturangebote (15,8 %) werden von den Befragten dieses Typs selten nachgefragt.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass eben nicht nur das Alter, sondern der Gesundheitszustand den Unterstützungsbedarf maßgeblich beeinflusst. Die Hilfeleistungen werden nach wie vor zu einem Großteil durch die Familie geleistet. Dass diese aufgrund des demografischen Wandels in den nächsten Jahren an Bedeutung abnehmen werden, ist vorhersehbar. Im Rahmen von Proviva wurde mit der Etablierung eines Gesundheits- und Quartiersmanagements eine neue Unterstützungsstruktur in zwei Stadtteilen erprobt. Die endgültigen Evaluationsergebnisse hierzu stehen noch aus. Die Schlüsse aus der Befragung für die Arbeiten in Proviva, aber auch generell zeigen:

- Die Unterstützungsbedarfe steigen nicht automatisch mit dem Alter, sondern mit der Verschlechterung des Gesundheitszustands. Hieraus ergeben sich sowohl einfache niedrigschwellige Unterstützungsbedarfe (Einkaufshilfen etc.), als auch Bedarfe nach professionellen Pflegeleistungen. Behördengänge wurden nicht nur im Rahmen der Befragung als einer der wichtigsten Unterstützungsbedarfe genannt, auch in den Quartiersbüros war dies eine häufig nachgefragte Leistung. Trotz der vielen bestehenden Beratungsangebote erscheinen vielen Bürgerinnen und Bürgern die zahlreichen Anlaufstellen mit den unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen wenig transparent. Ein Gesundheits- und Quartiersmanagement kann hier als Lotse im „Behördendschungel“ fungieren.
- Die Gewinnung von Personal in den Arztpraxen ist zentral, um die Bürgerinnen und Bürger über bestehende Angebote zu informieren oder sie zu ermutigen, diese Angebote in Anspruch zu nehmen.
- Als Zielgruppe von Proviva wurde die Altersgruppe 65+ anvisiert. Da mit zunehmendem Alter die körperlichen Einschränkungen und der Unterstützungsbedarf steigen, erscheint dies sinnvoll. Berücksichtigt werden müssen jedoch auch immer die Angehörigen, die häufig Hilfe leisten. Insbesondere pflegende Angehörige benötigen oftmals selbst Unterstützung.
- Ehrenamt spielt bei den innerhäuslichen Unterstützungsstrukturen so gut wie keine Rolle und es ist auch nicht zu erwarten, dass sich dies in absehbarer Zeit ändern wird. Verschiedene Untersuchungen sehen hier bisher keinen Anstieg im Rahmen des „aktiven Alterns“. Zudem ist zu konstatieren, dass das ehrenamtliche Engagement eng zusammenhängt mit dem Bildungsniveau sowie dem bisherigen Engagement im Lebens-

verlauf, denn Personen mit höherem Bildungsniveau sowie bereits höheren Engagement in der Erwerbszeit engagieren sich überdurchschnittlich (Naumann/Gordo 2010).

- Damit stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen erhöht werden kann. Während pflegerische und gesundheitsnahe Unterstützungsleistungen durch professionelle und fachlich qualifizierte Anbieter geleistet werden sollten, kann der in dieser Befragung artikulierte niedrigschwellige Unterstützungsbedarf auch von anderen Anbietern geleistet werden. Derzeit werden haushaltsnahe Dienstleistungen nachfrageorientiert steuerlich gefördert, d.h. hiervon profitieren insbesondere wohlhabendere Menschen und nicht unbedingt diejenigen, die sie benötigen. Eine angebotsinduzierte Förderung wäre möglicherweise hilfreich, um die Inanspruchnahme zu erhöhen.

Das Projekt Proviva hat zum Ziel, das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen sozialen und gesundheitsbezogenen Akteuren zu optimieren und Lotsen im Quartier zu etablieren. Auch wenn vor Abschluss der Evaluation keine endgültigen Ergebnisse dargestellt werden können, sollen abschließend zum Aufbau gesundheits- und quartiersbezogener Strukturen auch Herausforderungen und Fragen formuliert werden:

- Viele der Anbieter agieren nicht nur im Quartier und stehen zudem im Wettbewerb untereinander. Ein vertrauensvoller und offener Austausch sowie Kooperation – die Voraussetzung für Netzwerkbildung im Quartier – stößt somit immer auch an Grenzen. Dies gilt insbesondere für die Gesundheits- und Pflegeanbieter, deren Finanzierungsgrundlage stark reglementiert ist.
- In vielen Quartieren fehlen entscheidende Akteure für den Aufbau eines Netzwerkes und das Aushandeln von sektorenübergreifenden Versorgungslösungen. Insbesondere die Kostenträger und viele Kliniken erleben in den letzten Jahren eine stärkere Zentralisierung und Fusionierung. Die einzelnen Filialen oder Kliniken vor Ort – sofern es diese gibt – sind dann häufig nicht entscheidungsbefugt.
- Die Kommunen sind für die Entwicklung der Quartiersstrukturen der wichtigste Akteur. Aber auch den Kommunen fehlt es bei gesundheitsbezogenen Fragestellungen bislang an Erfahrungen, Ressourcen und Kompetenzen für den Aufbau von „regional health governance-Strukturen“, also einer Verhandlungsplattform für die Verteilung von Gewinnen und Verlusten (Dahlbeck/Evans/Potratz 2009).
- In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wer solche Quartiersstrukturen langfristig finanzieren will und kann. Neben den Kommunen sind hier die Kostenträger, aber ggf. auch Krankenhäuser mögliche Finanziers.

- Bäcker, G./ Nägele, G./ Bispink, R. et al. 2008 Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und soziale Dienste, VS-Verlag.
- Dahlbeck, E. / Neu, M. 2014: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit in Nordrhein-Westfalen. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 03/2014.
- Dahlbeck, E./ Evans, M./ Potratz, W. 2009: Gesundheitswirtschaft und regionale Strukturpolitik: Strategiefähigkeit, Standortmanagement und Innovationsblockaden. In: Zdrowomyslaw, Norbert (Bladt, Michael (Hrsg.): Regionalwirtschaft: global denken, lokal und regional handeln. Gernsbach: Dt. Betriebswirte-Verl., S. 301-321.
- Heinze, R. G. / Hilbert, J. / Paulus, W. 2008: Der Gesundheitsstandort Haushalt: Mit Telematik in eine neue Zukunft? Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 11/2008.
- Kaufmann, F.X. 2005: Schrumpfende Gesellschaft. Vom Bevölkerungsrückgang und seinen Folgen. Edition Suhrkamp.
- Mahne, K./ Naumann, D./Block, J. 2010: Das Wohnumfeld Älterer. In: Motel-Klingebiel, A./Wurm, S./Tesch-Römer, C. 2010: Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurvey, Kohlhammer, Stuttgart, 143-162.
- MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen 2012: Politische Schwerpunkte der Gesundheits-, Alters- und Pflegepolitik in der 16. Wahlperiode. Bericht der Ministerin, Düsseldorf.
- Naumann, D./Gordo, L.R. 2010: Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: Motel-Klingebiel, A./Wurm, S./Tesch-Römer, C. 2010: Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurvey, Kohlhammer, Stuttgart, 119-142.
- Stadt Braunschweig 2004: Befragung der Senioren 66+ im Westlichen Ring zur Lebenssituation und Gesundheit, Dezernat Jugend, Soziales und Gesundheit.
- Stadt Leverkusen 2013: Gerechte Teilhabe in Leverkusen. Sozialbericht der Stadt Leverkusen.
- Stadt Leverkusen o.J.: Controllingbericht der „wirkungsorientierten Steuerung der kommunalen Altenhilfe in Leverkusen (Berichtszeitraum 2009-2013).

Autorin:

Elke Dahlbeck ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität.

Kontakt: dahlbeck@iat.eu

Forschung Aktuell

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen –
Bocholt – Recklinghausen

Redaktionsschluss: 01.06.2015

http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176

Fax: 0209 - 1707 110

E-Mail: braczko@iat.eu

Institut Arbeit und Technik

Munscheidstr. 14

45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>