

Die Berücksichtigung von älteren Migrant/innen in der LISA Befragung – Innovative Zugänge zu einer schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppe

Präsentation bei der DGSMPTagung
14. September 2012

Jeffrey Butler
Bezirksamt Mitte von Berlin

Gliederung

1. Hintergrund der Befragung
2. Die Erhebungsphasen
3. Neue Zugangswege
4. Muttersprachigen Befrager
5. Inhalte des Fragebogens
6. Zusammensetzung der Stichprobe
7. ausgewählte Ergebnisse
8. weiteres Vorgehen

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in den westlichen Industriegesellschaften gewinnen Fragen zur Thematik „Gesundheit im Alter“ zunehmend an Bedeutung. Ausgehend von gegenwärtigen Prognosen soll der Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2030 gravierend steigen. Hierdurch entsteht eine zunehmende Relevanz dieses Bereiches auch für die Sozial- und Gesundheitssysteme.

Angesichts der Tatsache, dass versorgungsrelevante Daten für diese Bevölkerungsgruppe auf kommunaler Ebene weitestgehend fehlen, wurde im Bezirk Mitte die LISA-Studie konzipiert. Dabei steht „LISA“ für Lebensqualität, Interessen und Selbstständigkeit im Alter.

Hintergrund der Befragung (2)

In Anbetracht der Tatsache, dass der Bezirk Mitte auch innerhalb der älteren Bevölkerung einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund aufweist, war ein zentrales Anliegen der Studie, diese Bevölkerungsgruppen in der Stichprobe angemessen zu repräsentieren. Angestrebt wurde eine Überrepräsentation (oversampling) der häufigsten Herkunftsgruppen um herkunftsspezifische Auswertungen zu ermöglichen.

Hierfür wurde auch der Fragebogen in die türkische, russische und serbokroatische Sprache übersetzt. Informationsmaterialien lagen ebenfalls in den drei Fremdsprachen vor.

Anfänglich wurden ältere Menschen mit Hilfe von Mitarbeitern von vielen Kooperationspartnern, die im Laufe ihrer Arbeit mit ihnen zu tun haben (z.B. Quartiersmanagement, Beratungs- und Freizeitstätten, Sozialarbeiter, Kirchen, niedergelassene Hausärzte usw.) für die Befragung rekrutiert. Ebenfalls wurde mit Postern in öffentlichen Einrichtungen geworben.

Um die Repräsentativität der Stichprobe zu sichern, wurde ein Quotenplan angewandt. Hiernach wurden die Rückläufe anhand von soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Altbezirk, Bildungsstand und Migrationshintergrund) gesteuert.

Zweite Erhebungsphase

Trotz der Bemühungen zur Steuerung des Rücklaufs waren am Ende der ersten Erhebungsphase bestimmte Bevölkerungsgruppen in der Stichprobe nicht ausreichend repräsentiert. Diese waren insbesondere ältere Menschen mit einfachen Bildungsabschlüssen, Menschen aus den Altbezirken Tiergarten und Wedding sowie Menschen mit Migrationshintergrund.

Aus diesem Grund wurde in einer zweiten Erhebungsphase diese Zielgruppen gezielt angesprochen. Dies erfolgte mithilfe von neuen Kooperationspartnern – insbesondere den bezirklichen Integrationslotsen – und in anderen Settings (u.a. in Moscheen, im Grundsicherungsamt und auf öffentlichen Plätzen).

Neue Zugangswege

Das Leitmotiv der zweiten Phase war die Befragung im Setting. Hierbei wurden Begegnungsstätten aufgesucht, Tische mit Kaffee und Keksen im öffentlichen Raum aufgestellt (vor bzw. in Rathauskantinen, in einer Markthalle sowie auf einem von türkischen Menschen frequentierten Wochenmarkt) und das Grundsicherungsamt besucht. Hierbei wurden intensiv Befrager eingesetzt.



Obgleich der Fragebogen zum Selbstausfüllen konzipiert war (ca. 25 bis 45 Minuten) wurde in der ersten Phase festgestellt, dass dies nur für einen Teil der älteren Bevölkerung möglich war - auch nicht für alle Befragten deutscher Herkunft.

Daher wurde in der zweiten Erhebungsphase sehr intensiv mit (muttersprachigen) Befragern gearbeitet. Diese wurden für die Zielsetzung der Befragung geschult und sensibilisiert und insbesondere bei Aktionen im öffentlichen Raum eingesetzt.

Inhalt des Fragebogens

Neben standardisierten Instrumenten (u.a. zur Depression, zur Lebensqualität und zur sozialen Unterstützung) wurden auch Fragen zur Person und zur Wohnsituation gestellt, welche die Basis für eine Einordnung der Befragten nach sozialer Schicht und Migrationshintergrund bildeten.

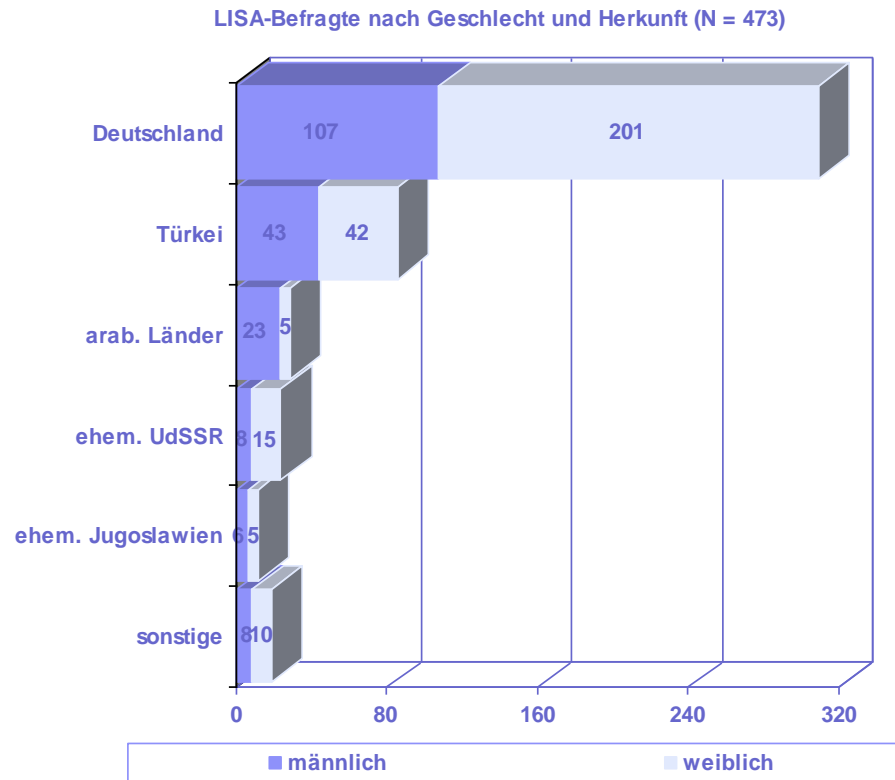
Es wurden ebenfalls Fragen zur Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung und Vorsorge sowie Fragen zum Bedarf an und Vorstellungen über pflegerische Leistungen gestellt. Darüber hinaus gab es Fragen zum Rauchen und Trinken, zur Größe und zum Gewicht sowie zum Bewegungsverhalten der Befragten. Abschließend wurden die Befragten u.a. zu ihren Aktivitäten und Kontakten sowie zu ihrem Informationsbedarf befragt.

Zusammensetzung der Stichprobe

Nach der zweiten Erhebungsphase liegen Daten für 473 ältere Menschen vor. Wie wir im letzten Beitrag gesehen haben, entsprechen die 278 Frauen und 196 Männer in der Stichprobe in etwa der Gruppe der älteren Menschen im Bezirk in Hinblick auf eine Reihe von wichtigen soziodemografischen Merkmalen.

Lediglich beim „Migrationshintergrund“ weicht die Stichprobe erheblich von der Verteilung im Bezirk ab. Angesichts der erklärten Absicht, die Gruppe der Migranten ausreichend genug in der Stichprobe zu repräsentieren, damit herkunftsspezifische Auswertungen möglich sind, beträgt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund unter den Befragten 35% statt ca. 15%.

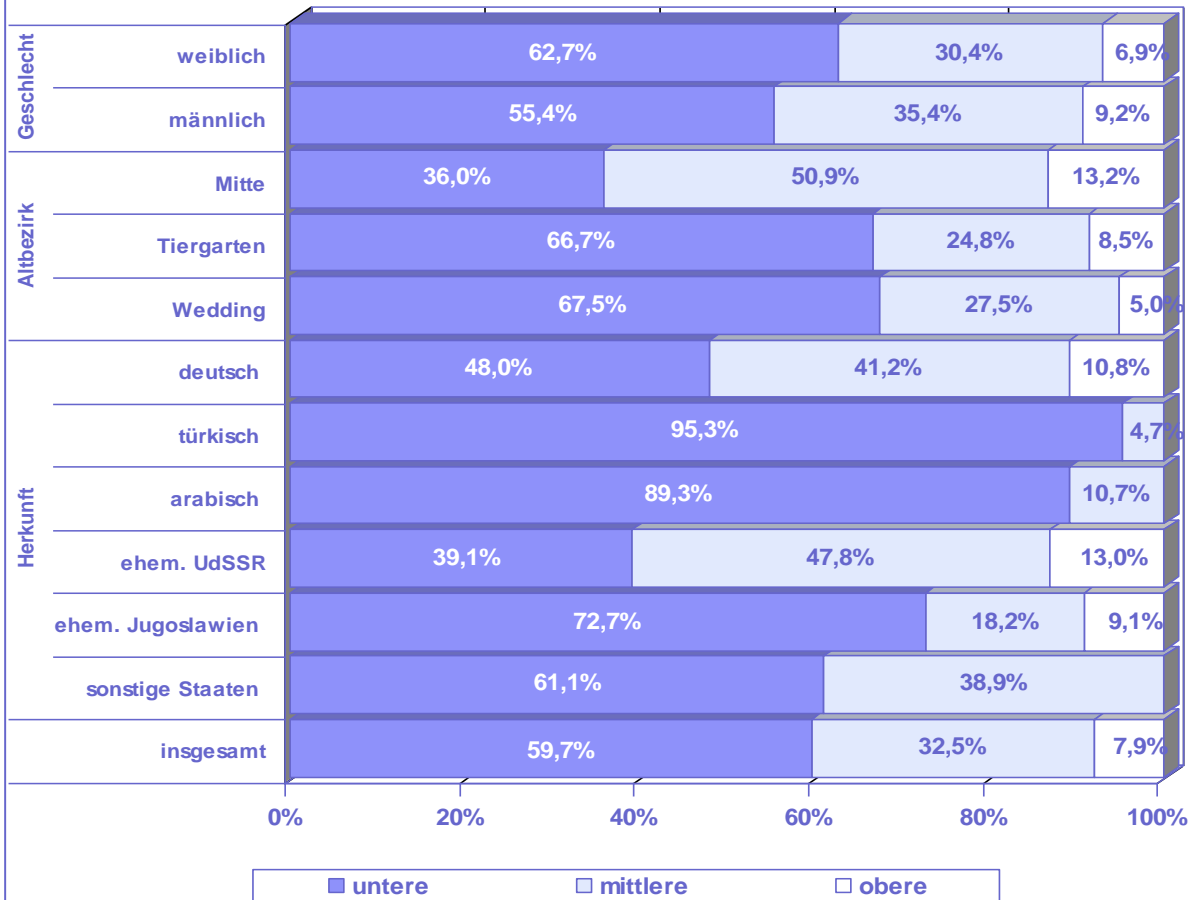
Zusammensetzung der Stichprobe



Bei der Herkunft bildeten die deutschen Befragten die größte Gruppe mit 308 Personen. Dadurch, dass die Gruppe der türkischen Befragten groß genug war, konnten auch herkunftsspezifische Auswertungen vorgenommen werden.

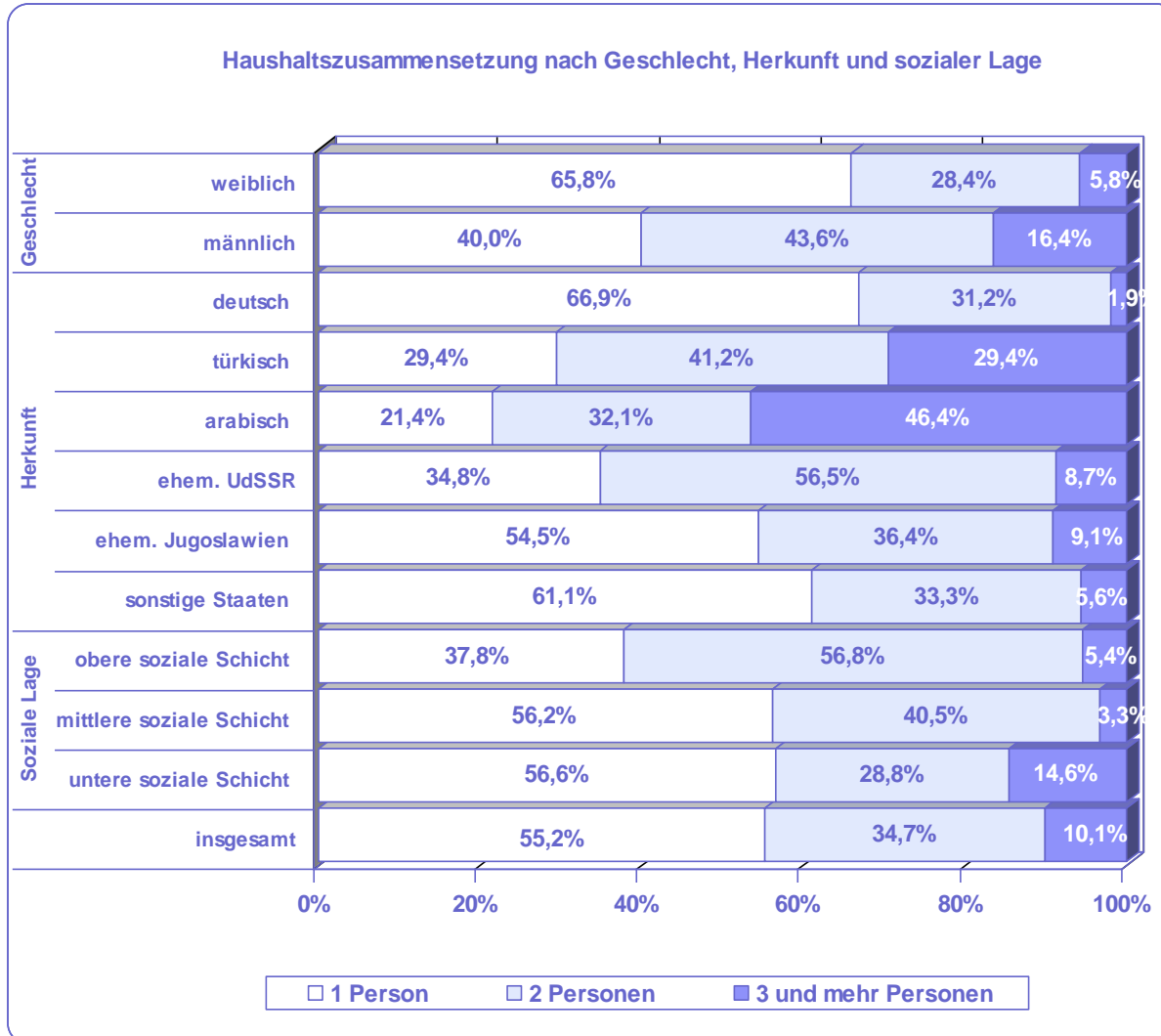
Zusammensetzung der Stichprobe

Soziale Schicht der LISA-Befragten nach Geschlecht, Altbezirk und Herkunft



Bei der sozialen Schicht gibt es große Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen. Während die türkischen und arabischen Befragten überwiegend aus der unteren sozialen Schicht kommen, sind die russischen Befragten deutlich bessergestellt.

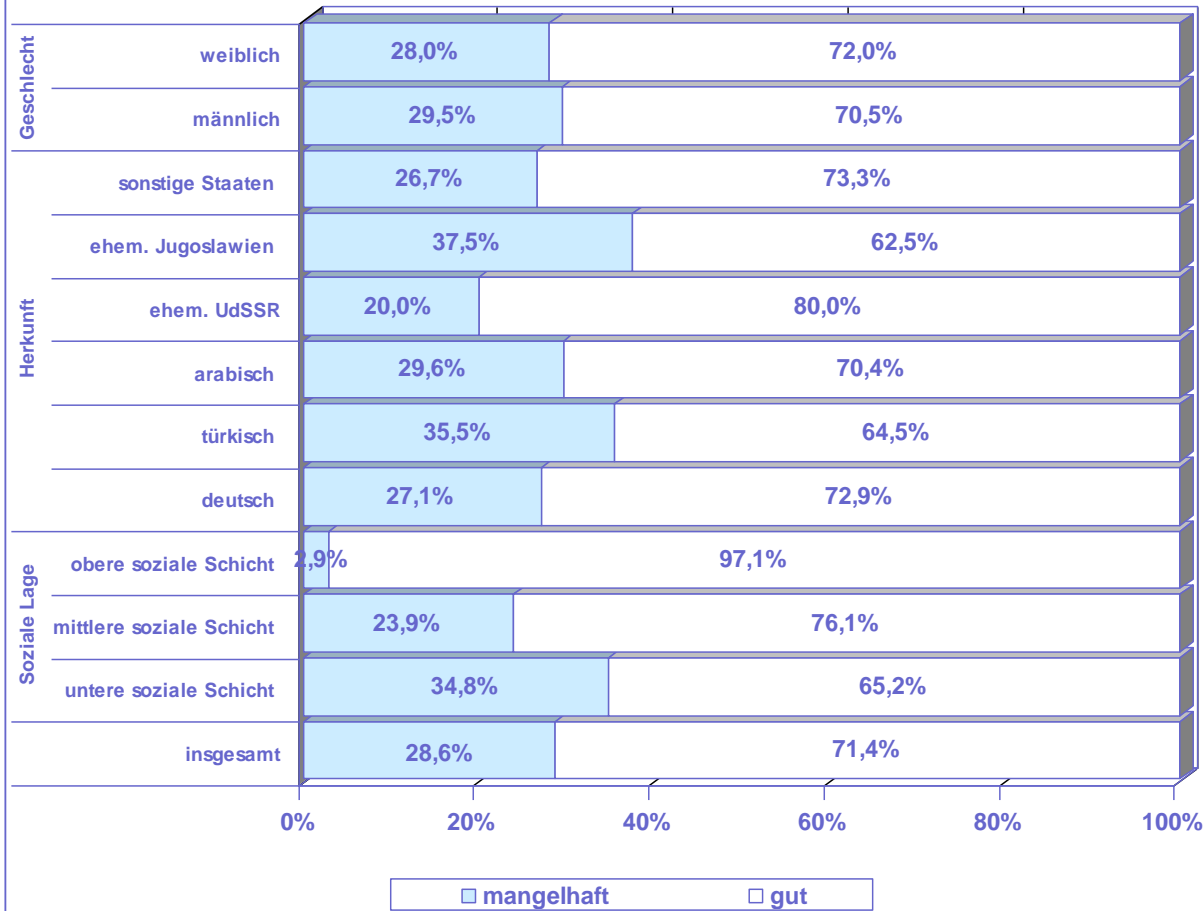
Zusammensetzung der Stichprobe



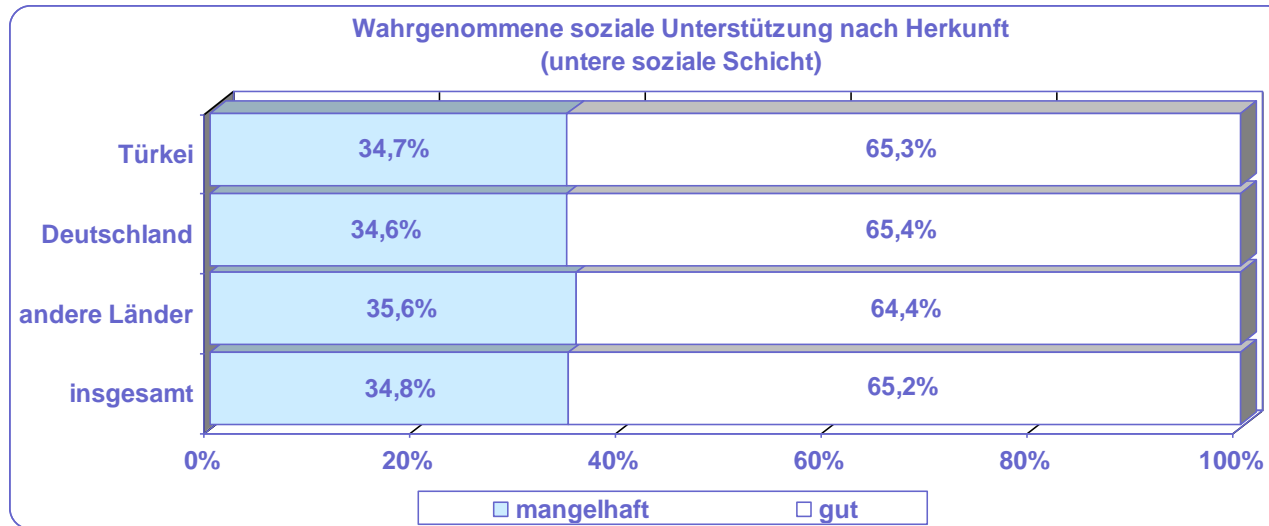
Bei der Haushaltszusammensetzung stellten sich zwei Pole heraus: Während 67,9% der deutschen Befragten allein lebt und nur 1,9% mit 3 und mehr Personen, wohnt lediglich 21,4% der Befragten aus arabischen Ländern allein und 46,4% mit 3 und mehr Personen zusammen.

Soziale Eingebundenheit

Wahrgenommene soziale Unterstützung nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage



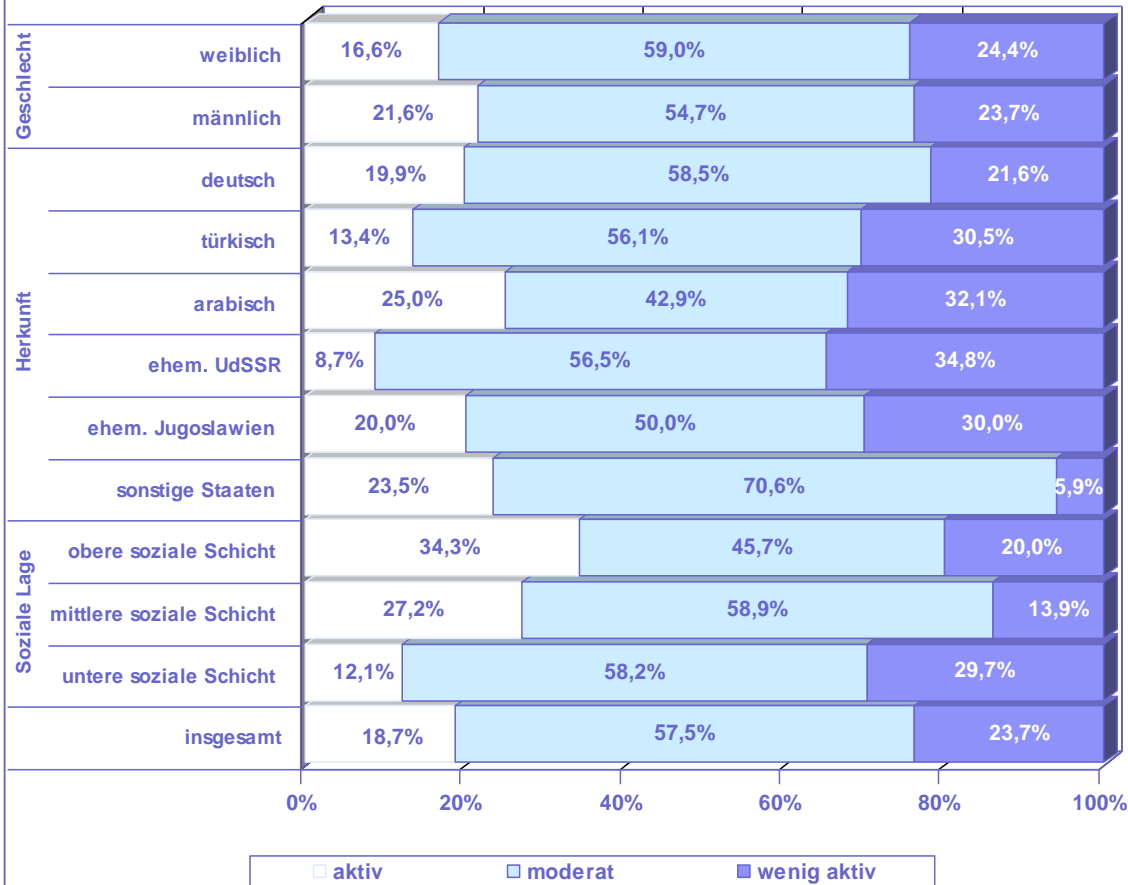
Um die Effekte der sozialen Eingebundenheit auf die Gesundheit zu messen, nutzen wir ein standardisiertes Instrument, das die soziale Unterstützung misst, die die Befragten in ihrem täglichen Leben wahrnehmen.



Eine Analyse der sozialen Unterstützung nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht weist keine wesentlichen Unterschiede mehr auf. Insgesamt stellt die eher unterdurchschnittliche wahrgenommene soziale Unterstützung von Menschen aus eher traditionell geprägten Herkunftsländern die These in Frage, dass diese in ihren Familien gut unterstützt seien.

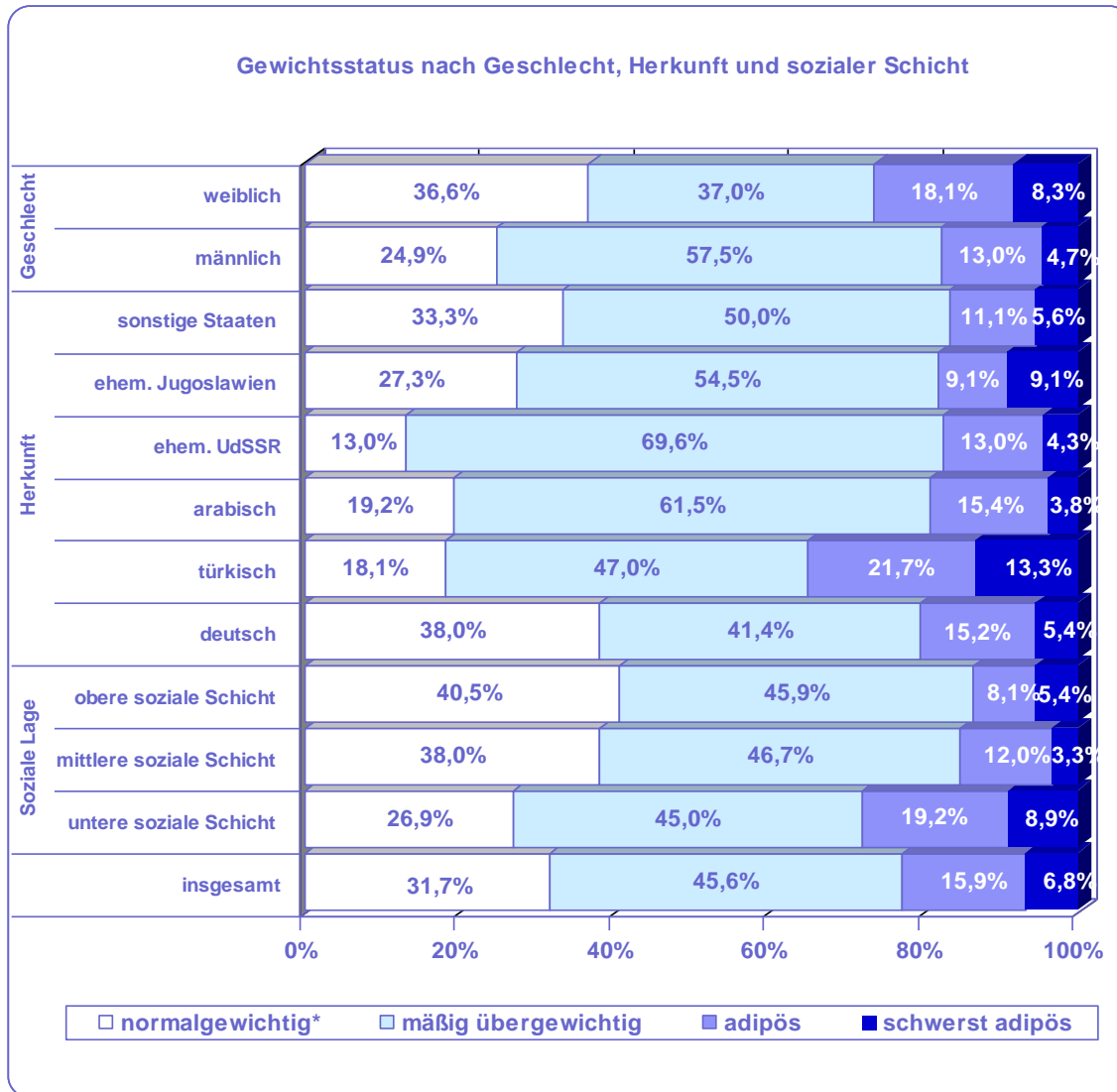
Gesundheitsrelevantes Verhalten

Bewegungsverhalten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage



Beim Bewegungsverhalten zeigen sich die Männer um einiges „bewegungsfreudiger“ als die Frauen. Insbesondere Migranten aus einigen Herkunftsländern zeigten sich wenig aktiv. Es zeigt sich ebenfalls ein starker soziale Gradient.

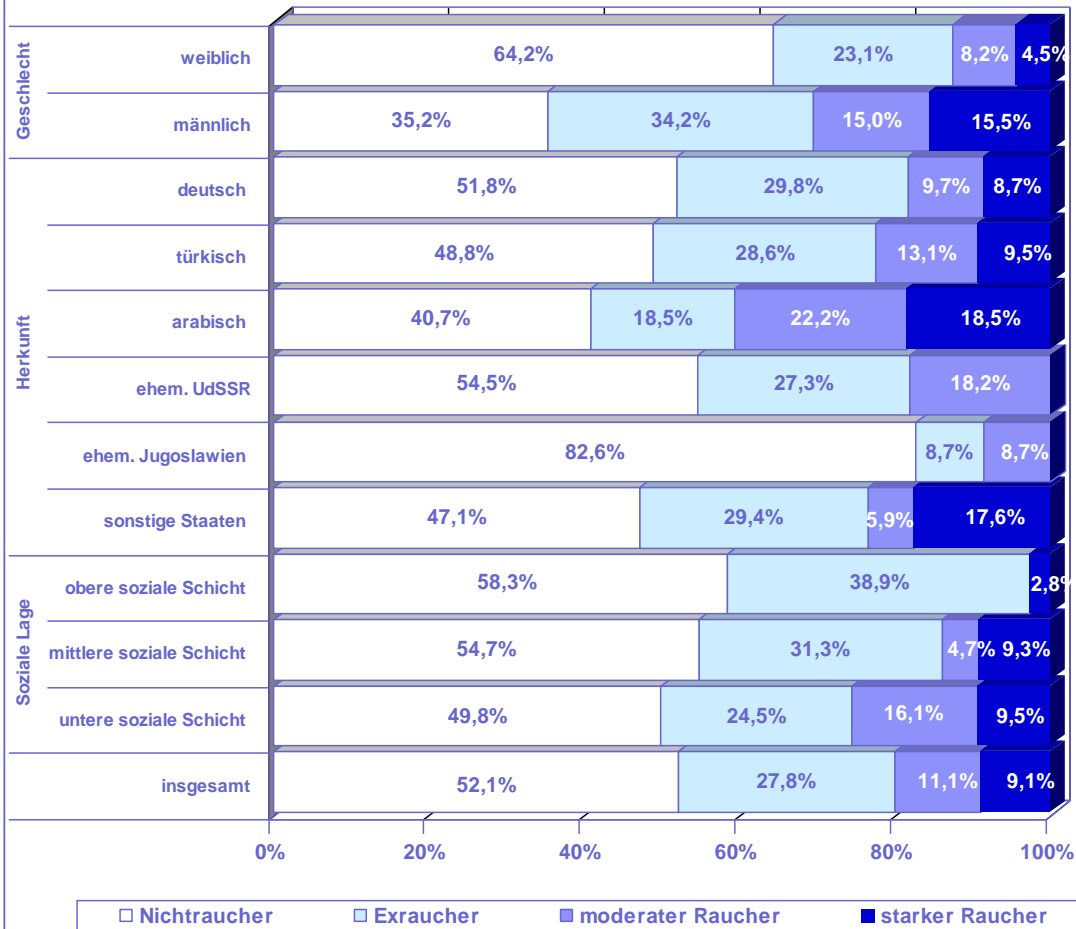
Gesundheitsrelevantes Verhalten



Die männlichen Befragten waren wesentlich seltener normalgewichtig aber auch weniger adipös als die Frauen. Darüber hinaus zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient: je niedriger die Schicht desto höher der Anteil der Adipösen.

Gesundheitsrelevantes Verhalten

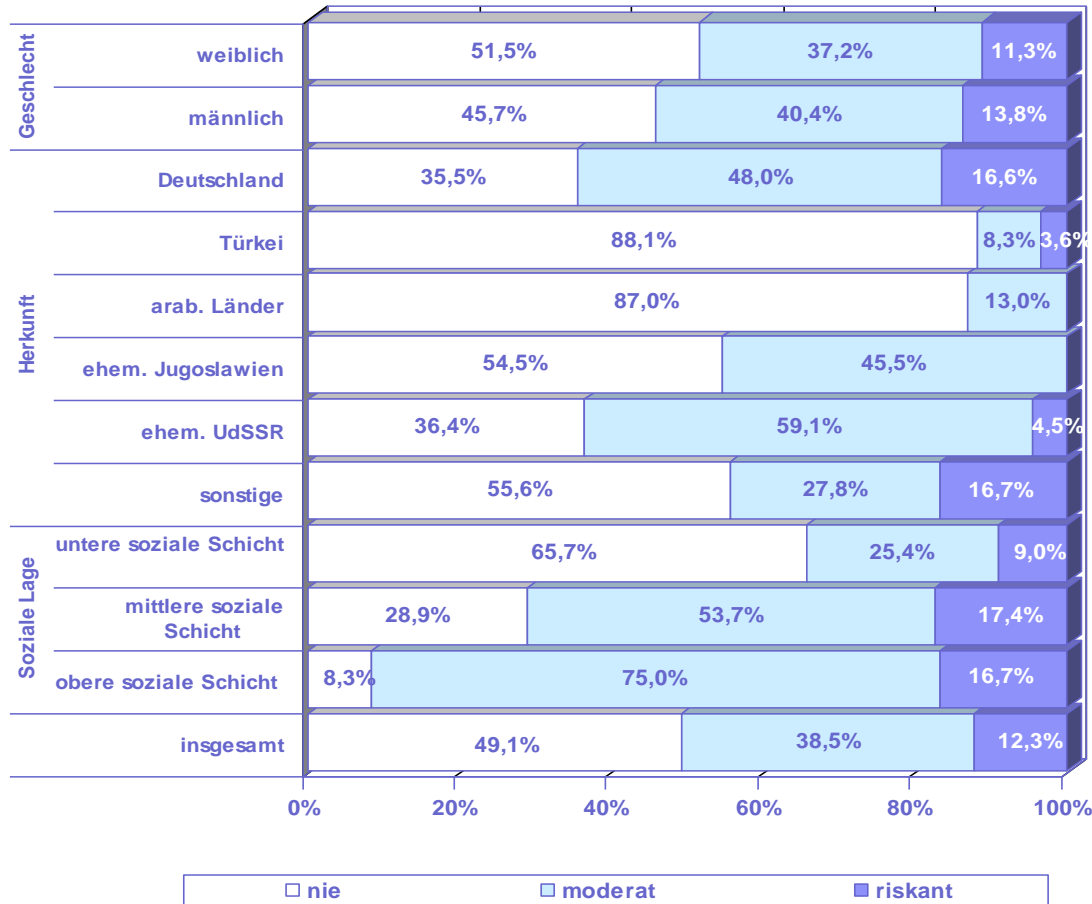
Rauchverhalten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht



Raucher sind wesentlich häufiger bei den Männern als bei den Frauen zu finden. Während das Rauchverhalten der deutschen und türkischen Befragten ähnlich ist, sind insbesondere die arabischen Befragten starke Raucher. Es zeigt sich überdies ein starker soz. Gradient beim Rauchen: je höher die soziale Schicht desto geringer der Anteil an Rauchern.

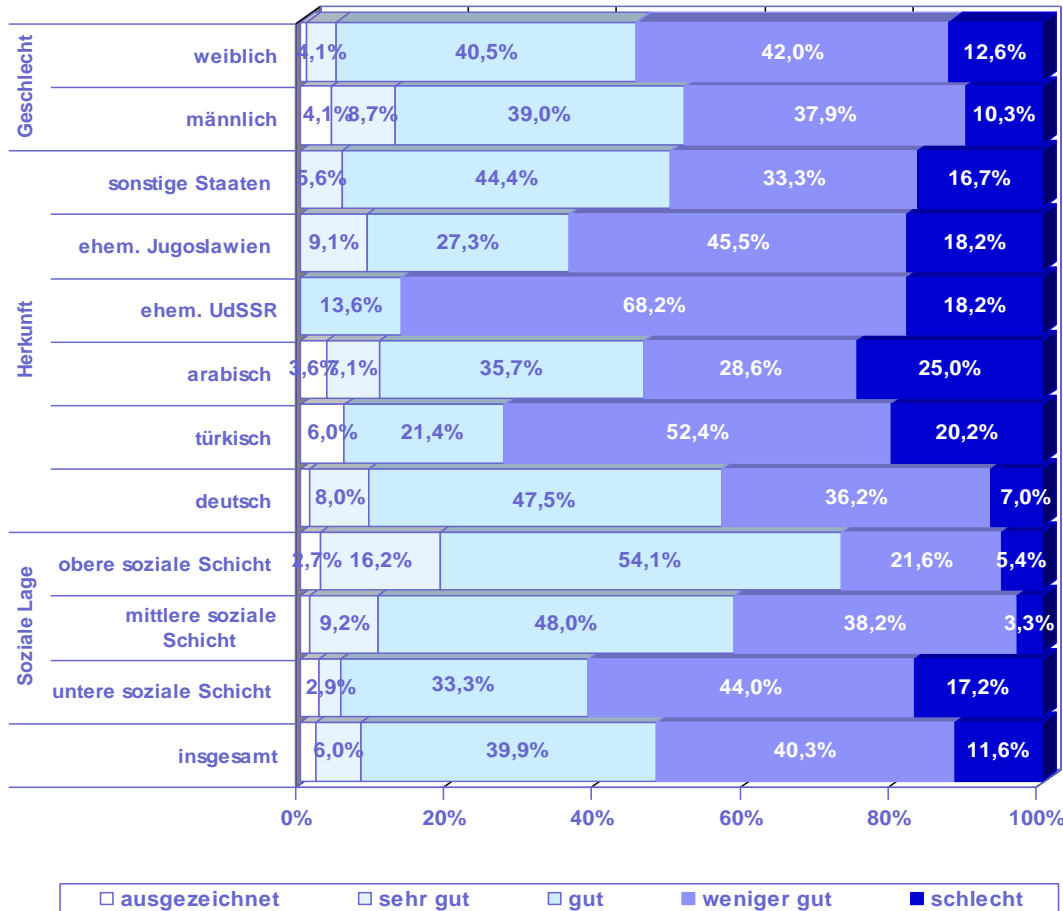
Gesundheitsrelevantes Verhalten

Trinkverhalten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage



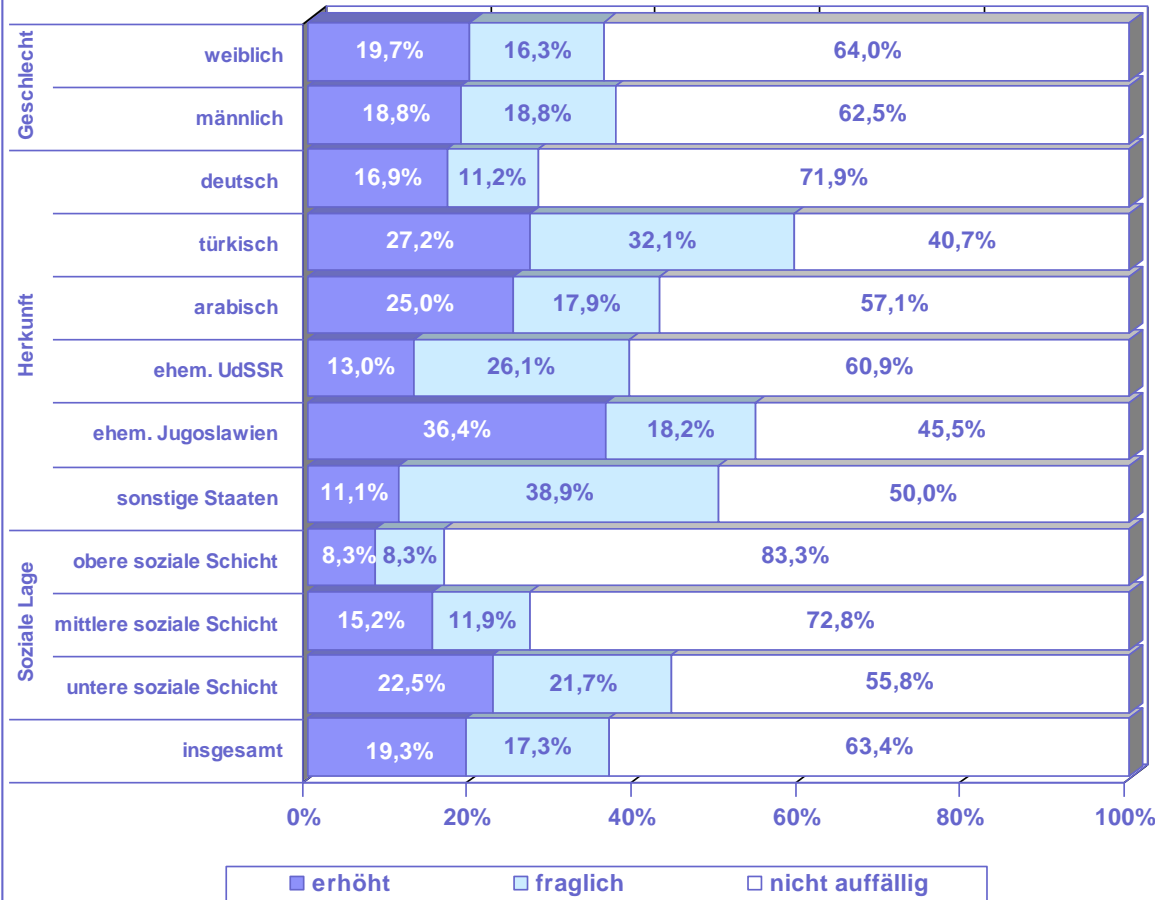
Beim Trinkverhalten zeigt sich ein untypisches Bild. Riskanter Konsum ist eher bei deutschen Befragten und in den oberen und mittleren sozialen Schichten zu finden. Männer weisen etwas eher als Frauen einen riskanten Konsum auf.

Selbsteingeschätzte Gesundheit nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage

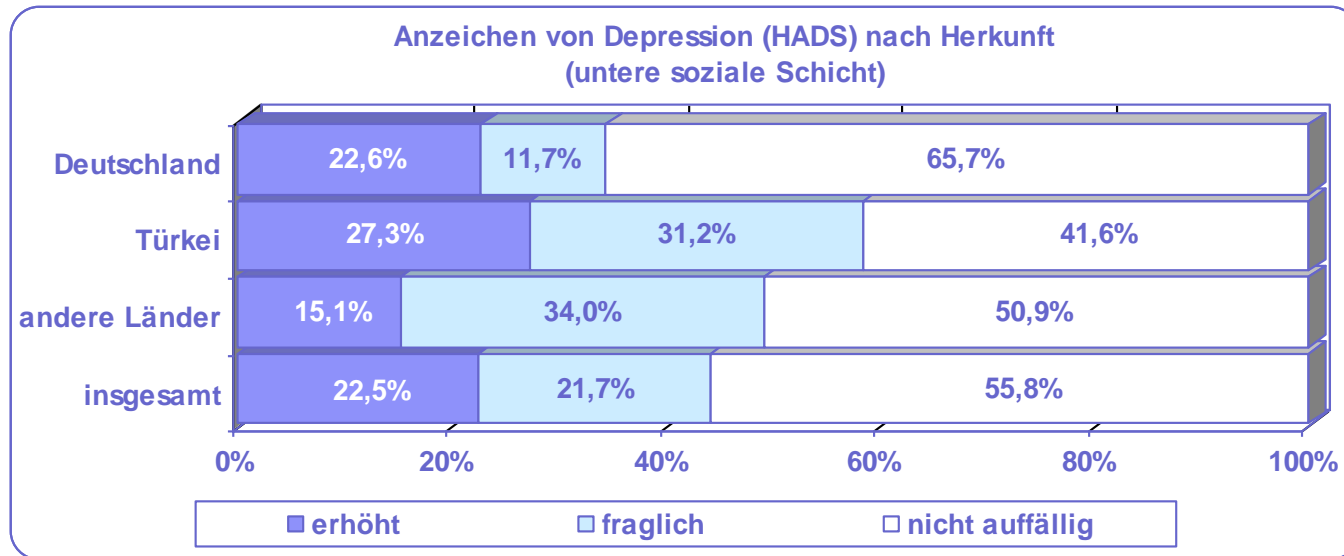


Bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit nach Herkunft fallen insbesondere die Menschen aus arabischen Ländern ins Auge. Sie schätzen ihre Gesundheit relativ häufig „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ aber auch wieder als „schlecht“ ein. Ebenfalls sehen wir hier einen starken sozialen Gradienten.

Anzeichen von Depression (HADS) nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage



Bei Depression ist ein starker sozialer Gradient zu sehen. Ebenfalls zeigen sich die Frauen etwas stärker betroffen als die Männer. Nach Herkunft zeigen sich erhöhte Depressionswerte insbesondere bei Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus der Türkei und aus arabischen Ländern.



Angesichts des starken sozialen Gradienten beim Vorkommen von Depression wurde eine Analyse nach Herkunft wiederum nur für die untere soziale Schicht durchgeführt. Hier gibt es immer noch deutlich höhere Depressionswerte bei den türkischstämmigen als bei den deutschen Befragten, insbesondere bei den fraglichen Werten.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit!