

Gesundheitsförderung als Strategie zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit im Alter

**FGÖ „Was heißt schon ALT? – Fachaustausch zu gesundem Altern“
21.6.2018**

Karl Krajič

FORBA - Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt

Überblick

- Problemstellung und Zielsetzung eines Projekts für den FGÖ
- Mehrdimensionaler Gesundheitsbegriff für die GF – gerade auch für alte Menschen
- Gesundheitliche Ungleichheit und soziale Ungleichheit – auch im Alter
- Differenzierte Analyse nach 4 Kapitalien für unterschiedliche Altersgruppen
- Beispiele für Zielgruppen und Beispiele für mögliche Gesundheitsförderungsinterventionen
- Fazit

Problemstellung und Zielsetzung

- Projekt für den FGÖ, durchgeführt gemeinsam mit Hubert Eichmann, Charlotte Dötig und ExpertInnen des FGÖ
- Gesundheitsförderung soll einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit leisten und Ungleichheit nicht verstärken
- Frage: Wie erreicht die Gesundheitsförderung benachteiligte Gruppen älterer Menschen?
- Annahme: Die GF braucht ein komplexes, über ökonomische Ungleichheit hinausgehendes Verständnis sozialer Ungleichheit
- FORBA Projekt sollte wissenschaftliche Unterstützung leisten
 - Zur Identifikation von Zielgruppen und schon entwickelten Ressourcen
 - Gesundheitsförderungsanbietern und Auftraggebern zeigen, was möglich ist
 - Vernetzung innovativer Praxis erleichtern

3 Dimensionen der positiven Gesundheit (nach Pelikan 2009)

	Körper	Psyche	Sozialer Status
Funktionsstatus/ Leistungsfähigkeit (funktionale Gesundheit)	Sensorisch, muskulär, Stoffwechsel, Immun-kompetenz	Mentale Leistung ■ Kognitiv ■ Emotional ■ Evaluativ	Soziale Ressourcen: „Kapitalien“ (Bourdieu)
Wohlbefinden (subjektive Lebensqualität)	...im Körper/ mit dem Körper z.B. Schmerz (- freiheit)	...mit der psychischen Situation	...mit der sozialen Situation, den Ressourcen, Möglichkeiten
Attraktivität	Wie andere meine Schönheit / Leistungs-fähigkeit bewerten	Wie andere mein Bewusstsein wahrnehmen	Wie andere meinen sozialen Status sehen

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

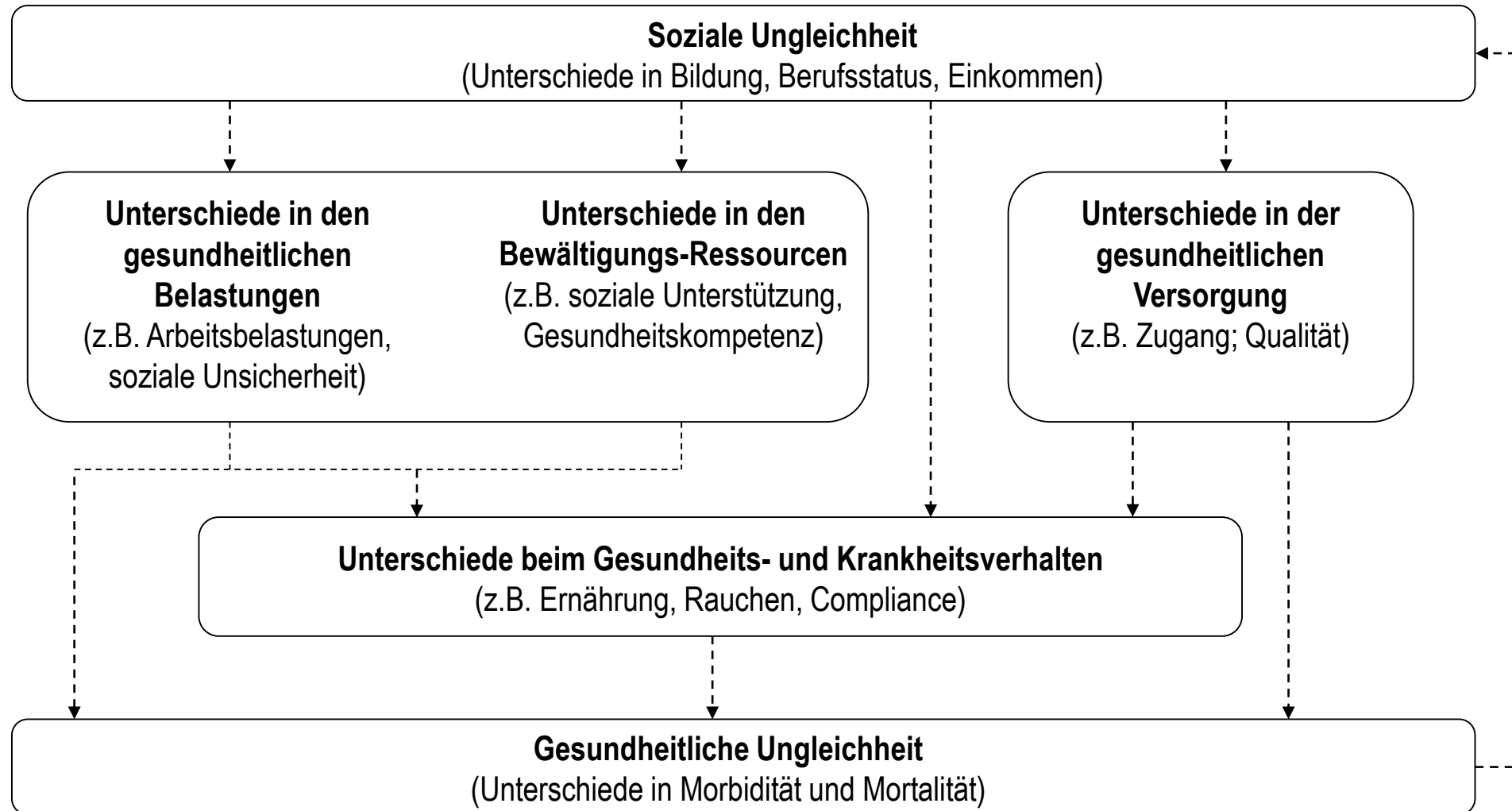
- Exemplarische Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit in Österreich
- Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit – Determinanten im Modell von Mielck
- Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – Stand der Forschung
- Differenzierter Blick auf gesundheitsrelevante soziale Ungleichheit

Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung nach Schulbildung in Österreich 2014

	Pflichtschule	Lehre / BMS	Höhere Schule
tägliches Rauchen in Prozent			
...Frauen	38,3	26,7	11,6
...Männer	37,8	30,5	16,8
Starkes Übergewicht (Adipositas) in Prozent			
...Frauen	18,8	14,3	6,6
...Männer	23,8	16,6	10,6
(sehr gute) Gesundheitsbeurteilung in Prozent			
...Frauen	66,5	79,1	85,2
...Männer	68,7	78,1	87,3
Lebenserwartung (in Jahren)			
...Frauen	82,8	84,2	85,5
...Männer	76,5	78,8	82,2
Gesunde Lebenserwartung (in Jahren)			
...Frauen	59,2	69,7	72,6
...Männer	59,6	64,8	73,0

http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/109625.html

Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit (Mielck 2005)



Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – ein relevantes Thema? Zum Stand der Forschung

- Überblicksarbeiten sehen Zusammenhänge ähnlich wie bei den Erwerbstätigen (vgl. z.B. von dem Knesebeck & Schäfer 2009)
 - Kontinuität, auch Kumulation im Alter
 - Teilweise auch Abschwächung im Alter (z.B. arbeitsbedingte Ungleichheiten!)
 - Allerdings: Empirische Forschung bisher noch nicht sehr entwickelt
 - Mögliche Selektionseffekte, die dazu führen, dass soziale Unterschiede im Alter weniger klar beobachtbar bzw. messbar sind
 - Fallzahlen vor allem bei höheren Altersgruppen für Analysen (zu) klein
 - Aktuelle österreichische Daten in Beiträgen von Petra Winkler und Martin Schenk im neuen Bericht: Fonds Gesundes Österreich (Hg.) Faire Chancen gesund zu altern“, Wien 2018
 - Beispiel: Sehr guter oder guter Gesundheitszustand bei den über 60-jährigen mit max. Pflichtschulabschluss 47%, Lehre/BMS 64%, Höhere Schule + 74% (Winkler 2018, S.22)

Differenzierter Blick auf gesundheitsrelevante soziale Ungleichheit: Vier unterschiedliche „Kapitalien“

Im Anschluss an die Soziologie, (z.B. Bourdieu, Putnam), mit Erweiterung für den gesundheitswissenschaftlichen Kontext

- Ökonomisches Kapital: Einkommen, Vermögen, materielle Güter (Haus/Wohnung etc.)
- Soziales Kapital
 - Soziale Rollen und damit verbunden Ansehen, Einfluss, Zugänge,
 - Teilhabe an sozialen Netzwerken - Partizipationsmöglichkeiten, Unterstützung im Bedarfsfall, Vermeidung von engen persönlichen Abhängigkeiten
- Kulturelles Kapital: Wissen Fähigkeiten Fertigkeiten, Kompetenzen (z.B. Gesundheitskompetenz); auch: Zugang zu symbolischen Gütern
- Gesundheitliches / körperliches Kapital: genetische Ausstattung; funktionale Gesundheit; Freisein/ erfolgreiches Management von (chronischen) Krankheiten

Drei Altersgruppen mit „typischen“ gesundheitsrelevanten Problemlagen

- bis ca. 75 („junge Alte“) – Veränderungen der sozialen rollen
- 75 – 85 – Verschlechterungen physischer und funktionaler Gesundheit
- 86 + (Hochaltrige) - starke Ausdünnung sozialer Netzwerke, funktionale Gesundheit lässt nach, Wahrscheinlichkeit von dementieller Veränderung steigt

Exemplarische Problemlagen nach Alter und Kapitaldefiziten

Altersgruppe → Kapitalien ↓	- 75 (nach unten offen)	- 85	85+
Ökonomisch Defizite	Einkommensverlust z.B. durch Altersarbeitslosigkeit, niedrige Pensionen, Absolute Armut bis zu Obdachlosigkeit	Altersarmut , weitere Einkommens- und Vermögensverluste; wachsender Unterstützungs- und Pflegebedarf	(Altersarmut) Erhöhte Aufwendungen - Pflegebedarf (systematische Enteignung) ökonomische Abhängigkeit
Soziale Defizite	Verlust von (Berufs-)Rollen und (berufsassoziierten) Beziehungen (sozialer Abstieg im Beruf, Altersarbeitslosigkeit, Pensionsschock) Auch: Einschränkungen sozialer Aktivitäten , z.B. durch Rollen als pflegende Angehörige etc.	Verkleinerung von Netzwerken durch Todesfälle, schwere Erkrankungen unter den Peers; weniger Mehrgenerationen-Haushalte (Mobilität im jungen und mittleren Alter) eigene Mobilität nimmt ab Folgen: Vereinsamung , Defizite bei praktischer Unterstützung (MigrantInnen, Landbevölkerung)	Weitere Ausdünnung der Netzwerke Abhängigkeit v. professionellen Dienstleistern + Sozialbürokratie Autonomie nimmt ab Kommunikationsdefizite (auch funktional bedingt) Gefahr von Gewalt und Zwang nimmt zu
Kulturelle Defizite	Defizite in Gesundheitskompetenz (in Bezug auf Lebensstil und Versorgungssystem) werden relevanter Bildungsferne Sozialschichten , auch weniger gebildete / neu angekommene MigrantInnen besonders betroffen	Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen schwächer (verschiedene mögliche Ursachen); Anforderungen an Systemkompetenz steigen; bei Lebensstil-Kompetenz: Anpassung an veränderte Ressourcenlage schwierig	Deutliche Defizite in Gesundheitskompetenz , Auswirkungen bei Nutzung der Krankenbehandlung deutlich; Verschärfung durch eingeschränktere Möglichkeiten , Bedürfnisse auszudrücken und sich Orientierung und Unterstützung zu holen,
Gesundheitliche Defizite	Nachlassende funktionale Gesundheit (sensorisch, motorisch) Aggravierung von chronischen Krankheiten (körperlich/ psychisch; Herz-Kreislauf, Krebs, Diabetes; Burnout, Depression...)	Funktionale Einschränkung , nehmen zu Körperliche Beweglichkeit nimmt ab (sensorisch/muskulär) Chronische Krankheiten nehmen zu (besonders folgenreich: Demenz, Depression, Inkontinenz,)	Hohe Prävalenz funktionaler Einschränkungen (sensorisch, motorisch, kognitiv..) nehmen zu Beweglichkeit, Kommunikationsfähigkeit nehmen ab , Demenz nimmt zu Komplexität im Management chronischer Krankheiten steigt deutlich an

Exemplarische Problemlagen nach Alter und Kapitaldefiziten

Altersgruppe → Kapitalien ↓	- 75 (nach unten offen)	- 85	85+
Ökonomisch Defizite	Einkommensverlust z.B. durch Altersarbeitslosigkeit, niedrige Pensionen, Absolute Armut bis zu Obdachlosigkeit	Altersarmut , weitere Einkommens- und Vermögensverluste; wachsender Unterstützungs- und Pflegebedarf	(Altersarmut) Erhöhte Aufwendungen - Pflegebedarf (systematische Enteignung) ökonomische Abhängigkeit
Soziale Defizite	Verlust von (Berufs-)Rollen und (berufsassoziierten) Beziehungen (sozialer Abstieg im Beruf, Altersarbeitslosigkeit, Pensionsschock) Auch: Einschränkungen sozialer Aktivitäten , z.B. durch Rollen als pflegende Angehörige etc.	Verkleinerung von Netzwerken durch Todesfälle, schwere Erkrankungen unter den Peers; weniger Mehrgenerationen-Haushalte (Mobilität im jungen und mittleren Alter) eigene Mobilität nimmt ab Folgen: Vereinsamung , Defizite bei praktischer Unterstützung (MigrantInnen, Landbevölkerung)	Weitere Ausdünnung der Netzwerke Abhängigkeit v. professionellen Dienstleistern + Sozialbürokratie Autonomie nimmt ab Kommunikationsdefizite (auch funktional bedingt) Gefahr von Gewalt und Zwang nimmt zu
Kulturelle Defizite	Defizite in Gesundheitskompetenz (in Bezug auf Lebensstil und Versorgungssystem) werden relevanter Bildungsferne Sozialschichten , auch weniger gebildete / neu angekommene MigrantInnen besonders betroffen	Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen schwächer (verschiedene mögliche Ursachen); Anforderungen an Systemkompetenz steigen; bei Lebensstil-Kompetenz: Anpassung an veränderte Ressourcenlage schwierig	Deutliche Defizite in Gesundheitskompetenz , Auswirkungen bei Nutzung der Krankenbehandlung deutlich; Verschärfung durch eingeschränktere Möglichkeiten , Bedürfnisse auszudrücken und sich Orientierung und Unterstützung zu holen,
Gesundheitliche Defizite	Nachlassende funktionale Gesundheit (sensorisch, motorisch) Aggravierung von chronischen Krankheiten (körperlich/ psychisch; Herz-Kreislauf, Krebs, Diabetes; Burnout, Depression...)	Funktionale Einschränkung , nehmen zu Körperliche Beweglichkeit nimmt ab (sensorisch/muskulär) Chronische Krankheiten nehmen zu (besonders folgenreich: Demenz, Depression, Inkontinenz,)	Hohe Prävalenz funktionaler Einschränkungen (sensorisch, motorisch, kognitiv..) nehmen zu Beweglichkeit, Kommunikationsfähigkeit nehmen ab , Demenz nimmt zu Komplexität im Management chronischer Krankheiten steigt deutlich an

Beispiel: Risiken im Bereich soziales Kapital bei den jungen Alten (-75)

- Verlust von (Berufs-)Rollen und (berufsassoziierten) Beziehungen
- Sozialer Abstieg im Beruf, Altersarbeitslosigkeit
- Ökonomische und psychosoziale Konsequenzen (Entwertungen, Pensionschock)
- Einschränkungen sozialer Aktivitäten, z.B. durch (neue) Rollen als pflegende Angehörige etc.

Identifikation möglicher Zielgruppen nach Mangel v. Kapitalien

Ökonomisches Kapital – finanzielle / materielle Benachteiligungen

1. Einkommens- u. Vermögensarmut, inkl. ungünstige Wohnsituation / Wohngegend
2. Soziale Randgruppen, Wohnungs- u. Obdachlose

Kulturelles Kapital – geringe Bildung, (sub-)kulturelle Distanz zu „Health Literacy“

3. Bildungsferne („heimische“) Milieus, z.B. Arbeiter ohne Ausbildung, ländliche Milieus
4. MigrantInnen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Sprachbarrieren, kultureller Distanz

Soziales Kapital – ausgedünnte Netzwerke und soziale Beziehungen

5. Personen im Übergang Erwerbstätigkeit / Pension
6. Von Vereinsamung Bedrohte
7. Mobilitätseingeschränkte Menschen, insb. in peripheren Regionen (kein PKW-Fahrer mehr...)
8. Pflegende Angehörige

Körperliches / gesundheitl. Kapital – Ältere mit Reduktion der funktionalen Gesundheit

9. Chronisch kranke Menschen und Risikogruppen z.B. Alkohol, Rauchen, Übergewicht
10. Hochaltrige Pflegebedürftige, HeimbewohnerInnen

Soziales Kapital: Zielgruppe rund um Übergang Beruf / Pension

- Fallvignette
 - Herr W. (ca. 70), hat sich ohne Lehrabschluss beruflich hinaufgearbeitet, Leitung Filiale Baustoffhandel als zentrale Selbstwertquelle; (kleiner) privater Freundeskreis, weil gut in Arbeitskontext integriert; fällt mit Pension weg; mangels Nachwuchts keine Opa-Rolle;
 - einzige Bezugsperson ist seine Frau - nach geraumer Zeit in Pension und wenig Hobbies bzw. Vereine: deutlicher Leistungsabfall, heute „Verbitterungssyndrom“...
- Analyse
 - Risiko des Abbaus des geistigen und körperlichen Aktivitätsniveaus in der ersten Pensionsphase; wenn einmal habitualisiert, mit zunehmendem Alter kaum mehr veränderbar; kann zu einer reduzierten Anzahl gesunder Lebensjahre führen
- Mögliche Interventionen
 - Eher für Mittelschichten: Anregungen zur Übernahme von ehrenamtliche Tätigkeiten entlang vorhandener Interessen und Kompetenzen
 - Eher für Angehörige sozial benachteiligter Milieus: Nutzung der Bereitschaft zu informeller Nachbarschaftshilfe

Soziales Kapital – Zielgruppe von Vereinsamung Bedrohte

- Fallvignette
 - Frau D. (ca. 65), verwitwete Migrantin; Sohn hat wenig Zeit; seit dem Tod des Partners oft einsam; kennt kaum Leute, die sie regelmäßig trifft;
 - „Rettung“ aus der Isolation durch Teilnahme an einem Community-Gardening in Wien
- Analyse
 - durch Ausdünnung des Kontaktnetzwerks und Todesfälle im Nahumfeld erhöhtes Risiko zu vereinsamen; bei fehlender Unterstützung und Isolation erhöhte Risiken wie Depression, Gesundheitsverlust bis hin zur späteren Demenz
- Mögliche Interventionen
 - Förderung des Sozialkapitals, (auch) durch Gesundheitsförderungs-Initiativen
 - Settings wie Nachbarschaftsprojekte im Grätzl oder in der Gemeinde
 - Initiativen mit aufsuchendem / abholendem Charakter (z.B. Besuchs- oder Begleitdienste, Angebote wie Nachbarschaftszentren);
 - interessant auch Modelle wie Mehrgenerationen-Wohnen, allerdings für Einkommensschwache kaum leistbar

Kulturelles Kapital – Zielgruppe bildungsferne heimische Milieus

- Fallvignette
 - Herr J. (ca. 70), Bauarbeiter und zeitlebens Wochenpendler in Wien, mäßig gesunde Ernährung, viel Alkohol, Übergewicht, nach einer Hüftoperation in Pension
 - Hobby Nebenerwerbsbauer, Gattin führte die kleine Landwirtschaft, die aufgegeben wurde, weil Josef aufgrund körperl. Limitierungen nicht mehr ausreichend mithelfen konnte
- Analyse
 - Mittelschichtorientierte GF-Maßnahmen wie Bewegung (Nordic Walking, Radfahren) oder gesunde Ernährung bei Älteren in maskulinen manuellen Berufen tw. wenig akzeptiert
 - Radfahren nur für jene, die sich kein Auto leisten können;
 - Fleischkonsum signalisiert Wohlstand / Aufstieg; kalorienreiche Ernährung habitualisiert
- Mögliche Interventionen
 - Motivation zu regelmäßigen Arztbesuchen und Gesundheitsuntersuchungen durch Umfeld
 - Angebote zur Teilnahme an Aktivitäten in der Gemeinde, Nachbarschaft, wo eigene Kompetenzen eingebracht werden können (von Handwerk bis Transportdienste etc.)

Kulturelles Kapital – Zielgruppe MigrantInnen mit kultureller Distanz

- Analyse
 - MigrantInnen mit geringem sozioök. Status (Sprachbarrieren, kulturelle Distanz) über herkömmliche (mittelschichtorientierte) GF-förderung nur schlecht erreichbar
 - Versorgungsmangel u. Gesundheitsrisiken durch zu späte Hilfen, nicht erkannte Erkrankungen, fehlende Infos über Angebote etc.
- Mögliche Interventionen (vgl. dazu Gesundheit Österreich 2016: Handlungsmodule GF-Maßnahmen für / mit MigrantInnen)
 - Muttersprachliche Informationen
 - Feste Anlaufstellen und aufsuchende Arbeit
 - MultiplikatorInnen wie z.B. GesundheitslotsInnen aus eigenem Herkunftsmilieu
 - Altersunabhängige Ansprache von Frauen und deren (weibl.) Angehörigen zielführend
- Beispielprojekte
 - FGÖ: „Wir begleiten Gesundheit (wibeg)“, „MIG Gesundheitsförderung türkischsprachig“
 - Volkshilfe: „MiMI – Gesundheit / Gesundheitskompetenz mit MigrantInnen für MigrantInnen“
 - Verein SOMM, Graz: „Rahma – muttersprachlicher Begleitdienst bei Gesundheitsdiensten“

Fazit 1

- Problemstellung: Wie mit GF Interventionen benachteiligte Gruppen erreichen, um nicht gesundheitliche Ungleichheit zu verstärken?
 - ist auch relevant wenn es um alte Menschen geht
- Gesundheitliche Ungleichheit im Alter ist komplex verursacht
 - d.h. es gibt auch vielen unterschiedliche Ansatzpunkte für GF
 - Vermitteln, Vernetzen, Befähigen, Ermöglichen, Interessen vertreten
- In den Zielgruppen wichtig und für die GF besonders anschlussfähig:
 - Interventionen zur Steigerung von „sozialem Kapital“, soziale Gesundheit
 - Interventionen zur Steigerung von „kulturellem Kapital“ - Gesundheitskompetenz !
 - Gesundheitssystemkompetenz (Behandlung chronischer Krankheit wichtig)
 - Kompetenz zur Erhaltung funktionaler Gesundheit (z.B. Mobilitätsförderung) und (Selbst-) Management chron. Krankheiten

Fazit 2

- Erfolgreiche GF Projekte mit Schwerpunkt auf benachteiligte soziale Gruppen bieten einen **Mix an Maßnahmen**, damit nicht nur Mittelschichten angesprochen werden.
- Achtung: Nicht zu offensichtlich benachteiligten Gruppen ansprechen, den viele gewünschte Adressaten **fürchten weitere Stigmatisierung**
- Gesundheitsförderung setzt derzeit vor allem in zwei Bereichen an, es gibt aber Möglichkeiten darüber hinaus
 - Viel genutzte Ansatzpunkte: **Soziales und kulturelles Kapital**
 - Gesundheitlichen Kapital: Möglichkeiten, Gesundheitsförderung verstärkt auf Benachteiligte zu fokussieren – z.B. **Mobilitätsförderung in der Altenbetreuung**
 - Ökonomische Benachteiligungen: Optionen durch Nutzung klassischer Strategien der Ottawa Charta. **Anwaltschaft, Vermittlung und Vernetzung**

Nachzulesen ...

Zusammenfassung: Krajic Karl, Eichmann Hubert, Dötig Charlotte (2018): Gesundheitsförderung als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit auch im Alter – sozialwissenschaftliche Perspektiven. Erschienen In: Fonds Gesundes Österreich (Hg.) Faire Chancen gesund zu altern“, Wien 2018

Forschungsbericht: Krajic, K, Eichmann, H, Dötig, C: Grundlagen zum Thema „Altern und gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ Endbericht eines Projekts im Auftrag der Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich; FORBA August 2017

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!