

“Gesundheit – Alter – Chancengerechtigkeit“

Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte ältere und alte Menschen

Forschungsgespräch FORBA 19.10.2017

Krajic K, Eichmann H

FORBA - Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt

Überblick

- Problemstellung und Zielsetzung des Projekts
- Grundkonzept
 - wissenschaftliche Anschlüsse
 - Definitionen und Unterscheidungen – Altersgruppen und Kapitalien
- Zielgruppen und Beispiele für mögliche Gesundheitsförderungsinterventionen
- Fazit

Problemstellung und Zielsetzung des FGÖ-Projekts „Altern und gesundheitliche Chancengerechtigkeit“

- Grundproblem: Wie erreicht die Gesundheitsförderung benachteiligte Gruppen? ist auch relevant, wenn es um alte Menschen geht
- Fehlende gesundheitliche Chancengerechtigkeit: Primär Ergebnis ökonomischer Ungleichheit?
 - Gerade im Alter lohnt sich ein genauerer Blick!
- Aufgabe FORBA: konzeptuelle und wissenschaftliche Grundlagen bzw. Praxisbeispielen in Österreich für GF für (benachteiligte) ältere Menschen
 - Identifikation von Zielgruppen und schon entwickelten Ressourcen
 - Gesundheitsförderungsanbietern und Auftraggebern zeigen, was möglich ist
 - Vernetzung innovativer Praxis zu ermöglichen

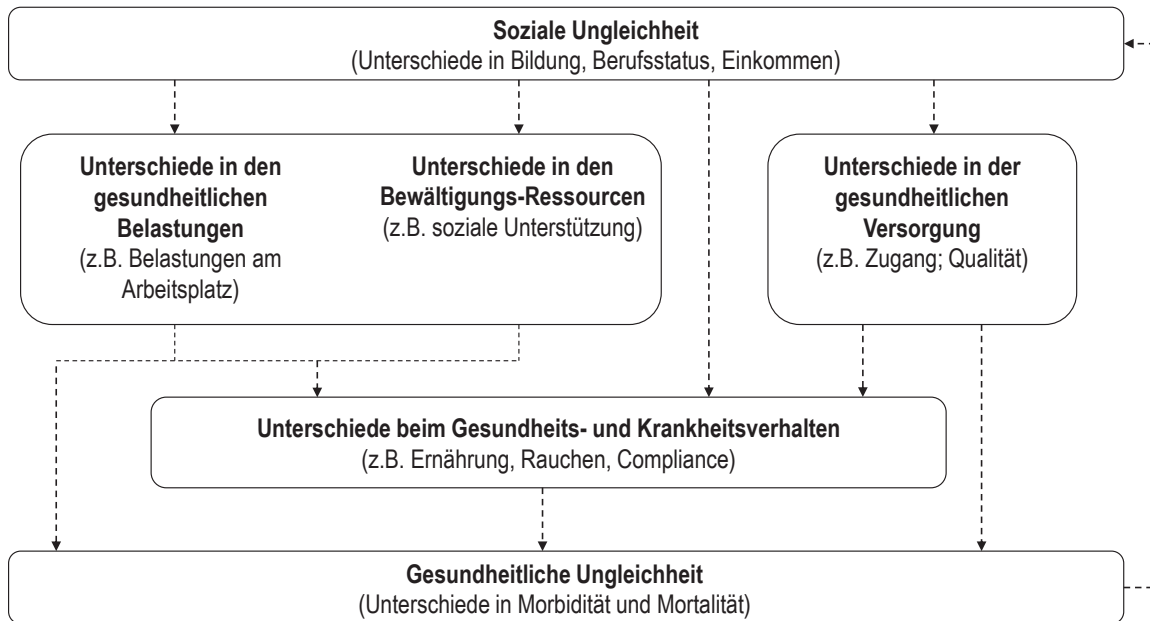
3

Wissenschaftliche Anschlüsse

- Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit (Mielck)
- Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – Stand der Forschung
 - Differenzierung nach Altersgruppen
- Differenzierter Blick auf gesundheitsrelevante soziale Ungleichheit
 - Vier unterschiedliche „Kapitalien“
- Probleme bei der Zielgruppenfestlegung bzw. -erreicherung

4

Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit (Mielck 2005)



5

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

- Aktuelle Überblicksarbeiten (vgl. z.B. von dem Knesebeck & Schäfer 2009): Zusammenhänge ähnlich wie bei den Erwerbstätigen, aber etwas weniger eindeutiges Bild, Effekte sind weniger konsistent
- Annahmen zu möglichen Einflüssen sozialer Ungleichheit auf Gesundheit
 - Kontinuität auch im Alter
 - Mögliche Verstärkung – Kumulation im Alter
 - Abschwächung im Alter (Destrukturierung bzw. Altersbedingtheit)
 - Mögliche Selektionseffekte, die dazu führen, dass soziale Unterschiede im Alter weniger klar beobachtbar bzw. messbar sind
 - Empirische Forschung bisher noch nicht sehr entwickelt – vor allem höhere Altersgruppen für Analysen (zu) klein

6

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

Anschluss an den Soziologen P. Bourdieu; mit Modifikation für den gesundheitswissenschaftlichen Kontext

- Ökonomisches Kapital
- Soziales Kapital
- Kulturelles Kapital
- Gesundheitliches / körperliches Kapital

7

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 eingeschränkte 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

8

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 wie z.B. Alkohol, Rauchen, Übergewicht
10. Hochaltrige Pflegebedürftige, HeimbewohnerInnen

9

Ökonomisches Kapital – Zielgruppe ungünstige Wohnsituation

• Fallvignette

- Forschungsprojekt STOPHOT Klimafonds: Befragung älterer WienerInnen 2013 ergibt, dass in den Bezirken 7., 8., 9. 42% unter Hitze leiden, in den Bezirken 5., 15., 16. dagegen 64%; in den erstgenannten Bezirken fahren 19% bei Hitze weg, in den zweitgenannten 8%.

• Analyse

- Erhöhte Gesundheitsrisiken durch Klimawandel bei Einkommensschwachen und/oder in benachteiligten Wohngebieten (städtische Hitzeinseln, wenig Grünraum);
- Thema „Energiearmut“ (keine thermische Sanierung, Heizkosten, Klimaanlage nicht leistbar)

• Mögliche Interventionen

- Gesundheitsförderung hat eingeschränkte Optionen zur Verbesserung der materiellen Lage von Armutsgefährdeten; deshalb in Kooperation mit anderen Akteuren Settings in Grätzeln oder Gemeinden für z.B. Verbesserungen im Wohnumfeld;
- Bezüglich Hitze z.B. Informations-Kampagnen für BewohnerInnen oder Maßnahmen im öffentlichen Raum wie Trinkwasserbrunnen, Begrünung der Umgebung, Barrierefreiheit etc.

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.)

11

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“

12

Soziales Kapital – Zielgruppe Ps. im 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 Nachwuchs keine Opa-Rolle;
 - einzige Bezugsperson ist seine Frau - nach geraumer Zeit in Pension und wenig Hobbies / 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

13

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-Garden 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

14
14

Beispiele für Projekte – spezifisch für Ältere oder altersunabhängig

- „**AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus**“ FGÖ-gefördert, <http://gesunde-nachbarschaft.at/schwerpunkte/seniorinnen/aktivlotsinnen>
- „**Gesunde Nachbarschaft – In Gemeinschaft älter werden**“ (Graz); FGÖ-gefördert, u.a. Tauschbörse für Frührentnerinnen, www.gesunde-nachbarschaft.at/seniorinnen/schwerpunkte/gesunde-nachbarschaft
- „**Gesundheitsbuddies**“ machen mit Älteren Bewegungstraining und Ernährungspläne; <https://inwien.at/Gesundheitsbuddies-des-Wiener-Hilfswerks.42368.0.html>
- „**Kontaktbesuchsdienst**“ durch Ehrenamtliche, Fonds Soziales Wien, http://www.senior-in-wien.at/Freiwilliges_Soziales_Engagement/Kontaktbesuchsdienst.html
- „**Dorfservice**“ in 13 Partnergemeinden im Bezirk Spittal an der Drau, www.dorfservice.at
- „**Nachbarschaftshilfe PLUS**“ in 8 mittelburgenländischen Gemeinden, u.a. FGÖ-gefördert <https://www.nachbarschaftshilfeplus.at>
- „**After.Work**“, OÖ Projekt von ULF (unabhängiges LandesFreiwilligenzentrums), gefördert vom Land OÖ und dem BMASK, <http://www.ulf-ooe.at/node3,86.after.work.html>
- „**Ehrenamtsbörse**“, Projekt des Wiener Hilfswerks, <http://ehrenamtsborse.at>
- „**Wibeg – wir begleiten Gesundheit**“, Stärkung Gesundheitskompetenz von Migrantinnen mit niedrigem sozioökonomischen Status in NÖ u. Wien, FGÖ-gefördert, www.beratungsgruppe.at/index.php?SID=24
- „**neunerhaus**“ und „**neunerhaus Arztpraxen**“, Wohnraum u. medizinische Versorgung f. Obdachlose in Wien, www.neunerhaus.at

15

Fazit 1

- 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 sehr wichtig!

16

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**

17

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

18