

Universität Faltermaier, 2009

*Jahrestagung der GGFP - Gesellschaft für gemeindepsychologische
Forschung und Praxis, München, 19. Juni 2009*

Gesundheitsförderung – ein Weg zu mehr Gerechtigkeit?

Toni Faltermaier

Universität Flensburg, Institut für Psychologie

**Abt. Gesundheitspsychologie und
Gesundheitsbildung**

E-mail: faltermaier@uni-flensburg.de

1. Traditionen der Gemeindepsychologie und die Gesundheitsförderung
2. Gesundheit und soziale Ungleichheit
3. Gesundheitsförderung – eine salutogenetische, lebensweltliche und subjektorientierte Perspektive
4. Gesundheitsförderung – ein Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit?
5. Schlussbemerkungen

1. Traditionen der Gemeindepsychologie und die Gesundheitsförderung

- Kritik am Medizinischen Krankheitsmodell von psychischen Störungen
- Prävention psychischer Störungen
- Empowerment
- Soziale Netzwerke
- Labelling
- Gemeindenahe Ansätze in der psychosozialen Arbeit und psychiatrischen Versorgung
 - lebensweltorientierte Gesundheitsförderung

2. *Gesundheit und soziale Ungleichheit*

- Sozialer Status, Armut und Gesundheit
- Ökonomische Krisen, Arbeitslosigkeit und Gesundheit
- Geschlecht und Gesundheit
- Migration und Gesundheit
- Alter und Gesundheit
- Behinderung und Gesundheit

Sozialer Status und Gesundheit

Indikator Bildung

- verschiedene Indikatoren von Krankheit (Mortalität, KHK-Prävalenz, Krankheitstage, gesundheitliche Einschränkungen, subjektiv schlechte Gesundheit) steigen mit niedrigerem Bildungsstand

Indikator Berufsstatus

- Verschiedene Indikatoren von Krankheit (Mortalität, KHK-Prävalenz, psychische Probleme, subjektiv schlechte Gesundheit) steigen mit niedrigerem Berufsstatus

Einkommen

- Verschiedene Indikatoren von Krankheit (z.B. Mortalität, gesundheitliche Einschränkungen, subjektiv schlechte Gesundheit) steigen mit niedrigerem Einkommen

Erklärungen für soziale Ungleichheit in Gesundheit

1

Unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen in sozialen Schichten (gesundheitliche Risiken)

2

Unterschiedliches Gesundheitsverhalten in sozialen Schichten (Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung)

3

Unterschiedlicher Zugang zum Gesundheitssystem

Epidemiologische Daten:

- Männer sterben 5-8 Jahre früher als Frauen
- zur Zeit liegt die Lebenserwartung von Männern in Europa bei ca. 73 Jahren, von Frauen bei ca. 80 Jahren
- die Sterberate von Männern ist über die gesamte Lebensspanne erhöht, die Spitzen liegen in den Altersbereichen um 20, 40 und 60 Jahre
- **Beispiel** für konsistenten Geschlechtsunterschied trotz Wandel:
 - extremer Einbruch der Lebenserwartungen in den ost-europäischen Ländern nach dem Zusammenbruch des Kommunismus
- Die Lebenserwartung von Männern bleibt aber weiter deutlich unter der von Frauen, obwohl sie bei beiden dramatisch sinkt
- Russland:
 - Männer: _____ (1990): 64,0 _____ (1995): 57,6
 - Frauen: _____ (1990): 74,4 _____ (1995): 71,2

- Berichtete Beschwerden _____ w > m (2:1)
- Diagnostizierte Krankheiten _____ w > m (2:1)
- Einschränkungen in normalen Aktivitäten _____ w > m (3:1)
- Einnahme von Medikamenten _____ w > m (? :1)
- ↓
▪ Arztbesuche _____ w > m (3:1)

Erklärungsmöglichkeiten

- Frauen **berichten** über mehr Krankheitssymptome
- Frauen können die **Krankenrolle** leichter annehmen
- Frauen haben **mehr Stress** im Leben und sind unzufriedener mit ihren sozialen Rollen

Psychische Krankheiten und Störungen

- Depression _____ $w > m$
- Ängste/ Phobien _____ $w > m$
- Alkoholismus _____ $m > w$
- Persönlichkeitsstörung _____ $m > w$
- Suizid _____ $m > w$

Körperliche Krankheiten

- KHK/ Herzinfarkt _____ $m > w$
- Lungenkrebs _____ $m > w$
- Prostatakrebs _____ $m > w$
- Brustkrebs _____ $w > m$
- Rheumatoide Arthritis _____ $w > m$
- Migräne _____ $w > m$

3. Gesundheitsförderung - Perspektiven

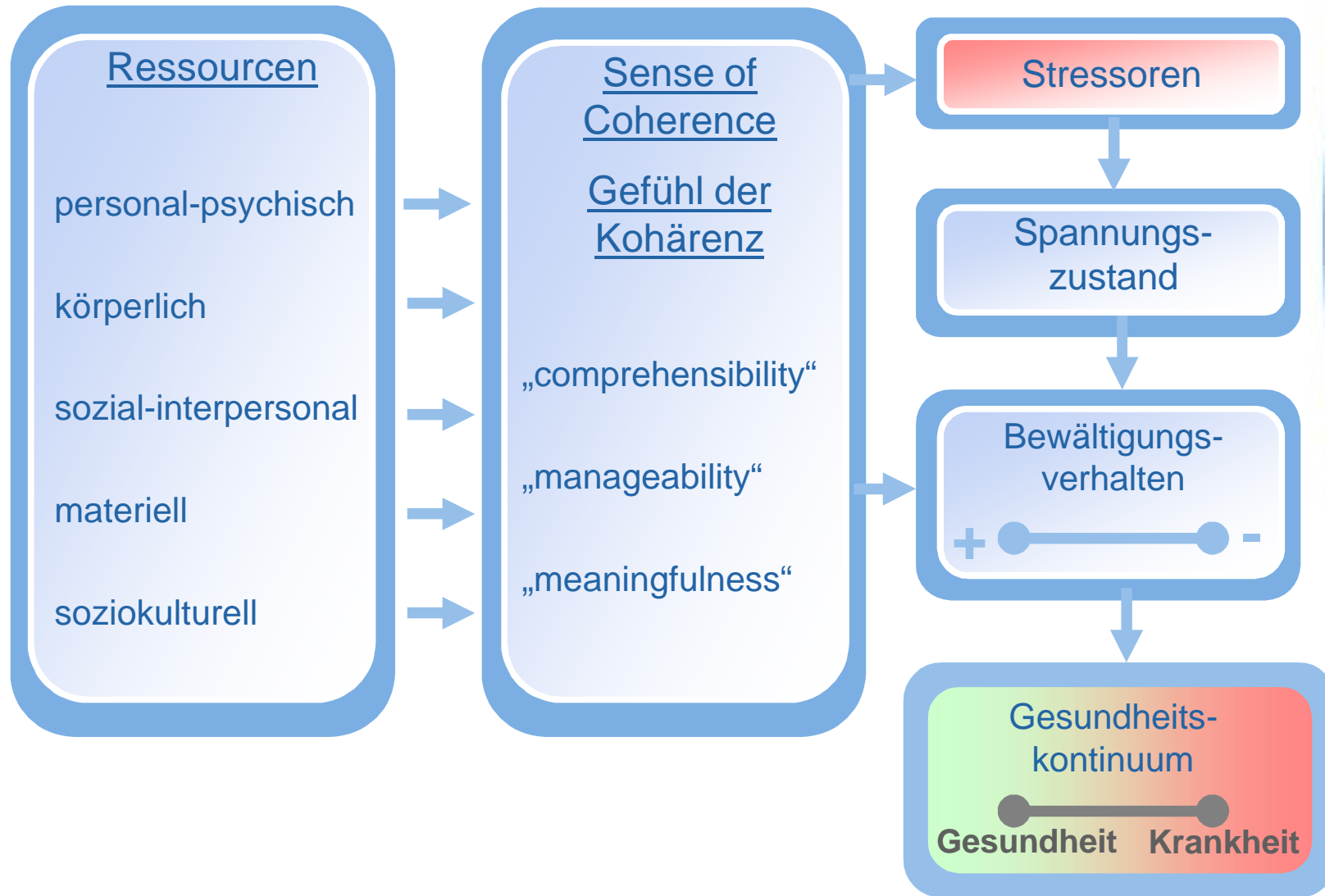
- Prävention vs. Gesundheitsförderung?
- Ottawa-Charta als Meilenstein und als Anstoß für eine politisch-fachliche Bewegung
- Für eine theoretisch fundierte Gesundheitsförderung
- Salutogenese – Lebenswelt – Subjekt
- Für eine Prävention und Gesundheitsförderung über die Lebensspanne
- Querbezüge: Gesundheit – Bildung – soziale Lage – Geschlecht - Produktivität

Idee und Entwicklung der Gesundheitsförderung - Ottawa Charta der WHO, 1986 -

- Positiver Gesundheitsbegriff und salutogenetischer Denkansatz
- Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe vieler Gesundheitsberufe, auch außerhalb des professionellen medizinischen Gesundheitssystems
- Gesundheitsförderung in Bezug auf Lebensverhältnisse und Lebensweisen
- Partizipation der betroffenen Menschen – „Empowerment“
- Gesundheitsförderung auf verschiedenen Systemebenen:
 - Person, soziales Netzwerk, Gemeinde, Gesundheitssystem, Gesellschaftssystem
- Gesundheitsförderung in verschiedenen Settings:
 - Schule, Gemeinde, Betrieb, Krankenhaus, etc.

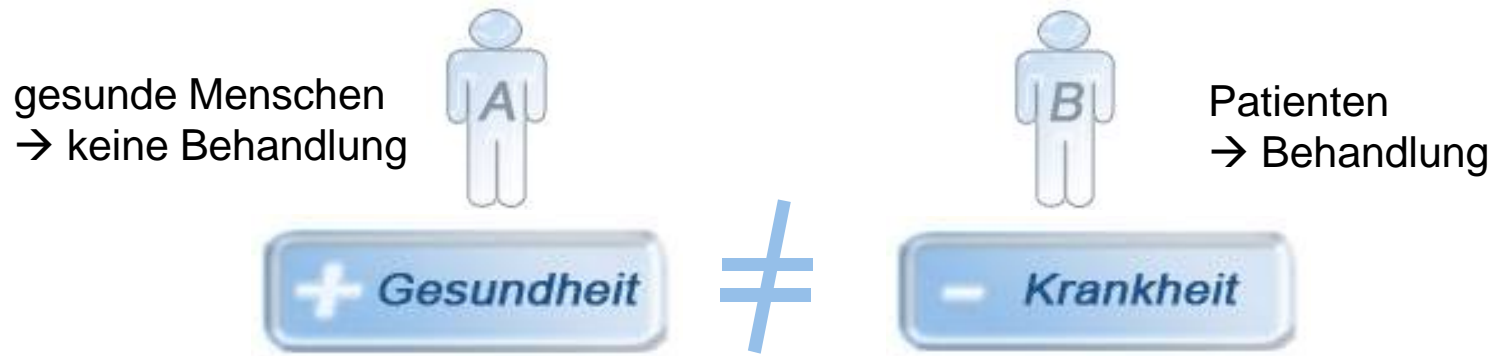


Salutogenese und Gesundheitsressourcen

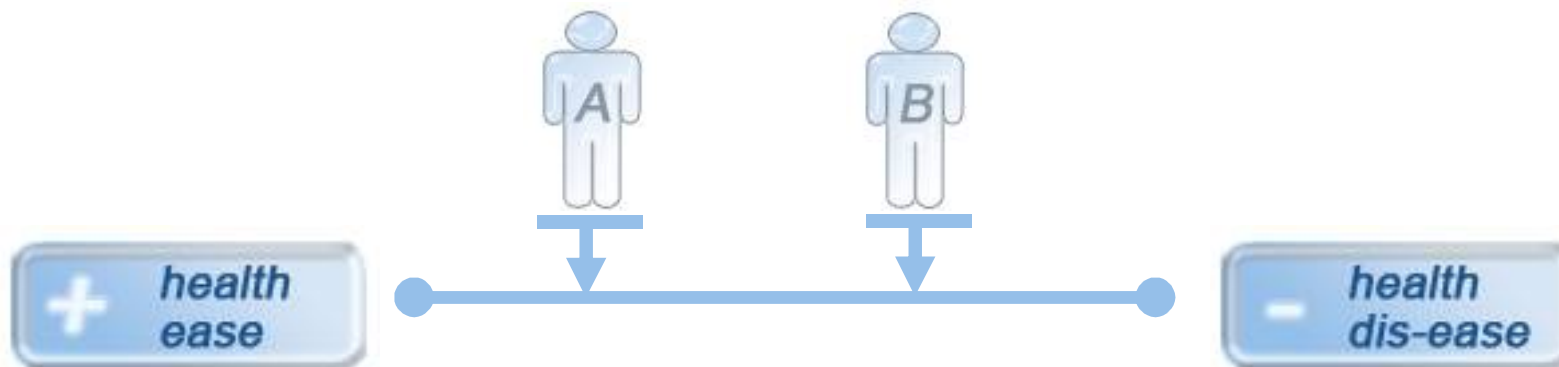


Gesundheitsbegriffe

Dichotomie



Kontinuum



Ressourcen in der Salutogenese

Allgemeine Widerstandsressourcen (GRR generalized resistance resources)

körperlich-konstitutionell

- Immunkompetenz
- vegetative Reaktivität

materiell

- Geld, Vermögen,
- Besitz, Dienstleistung

personal-psychisch

- *traits*: Ich-Identität, Kontrollüberzeugungen, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit
- *kognitiv-emotional*: Wissen, Intelligenz, präventive Orientierung, emotionale Stabilität
- *Handlungskompetenz*: Coping-Stile, soziale Kompetenzen

sozial-interpersonal

- Soziale Unterstützung
- Stabile soziale Netzwerke und Bindungen

sozio-kulturell

- kulturelle Stabilität
- religiös-philosophische Überzeugungen

Konsistenz, Teilhabe, personale Kontrolle,
Balance von Über- und Unterforderung

Lebenserfahrungen

Das Kohärenzgefühl

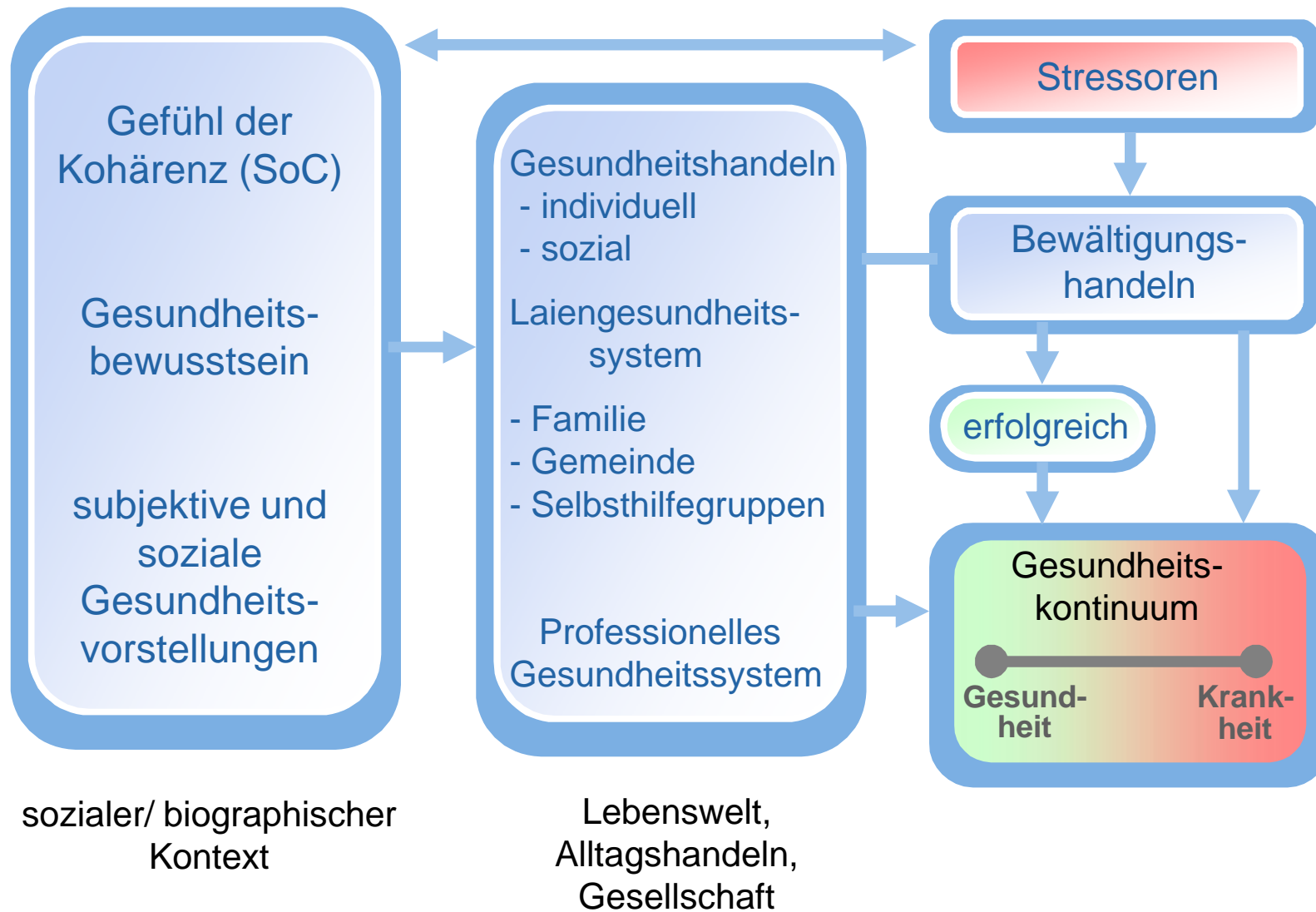


Das Gefühl der Kohärenz (sense of coherence) ist eine komplexe, umfassende und relativ stabile Lebensorientierung, die entscheidend ist für einen erfolgreichen Umgang mit Belastungen und Risiken und die dadurch Gesundheit positiv beeinflusst.

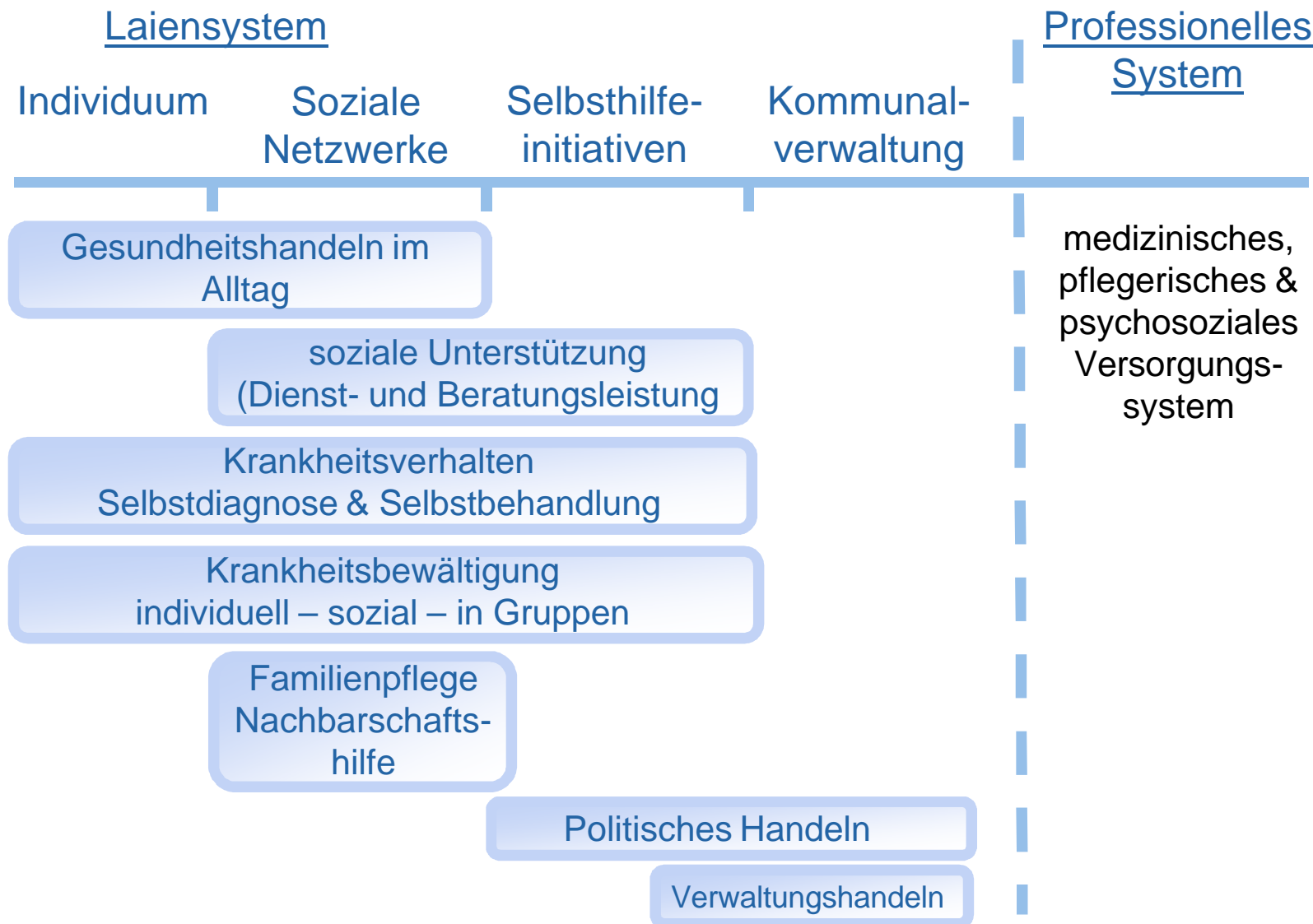
Bestimmungsmomente

- Eine Überzeugung, dass die eigene Lebenswelt im Wesentlichen verstehbar und erklärbar ist (sense of comprehensibility).
- Eine Zuversicht, dass die im Leben auf einen zukommenden Anforderungen und Ereignisse im Prinzip zu bewältigen sind (sense of manageability).
- Einem Gefühl, dass die Anforderungen im Leben sinnvolle Herausforderungen sind und es wert sind, sich dafür zu engagieren (sense of meaningfulness)

Subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit



Akteure und Handlungsebenen im Laiengesundheitssystem



Kontext subjektiver Gesundheitskonzepte

Lebensweltlich sozialer Kontext:
Beruf, Familie, soziales Netzwerk; Lebensthemen, Lebensweise

Inhalte: Einflussbereiche

Inhalte

Dynamik

**Subjektive Konzepte
von Gesundheit**

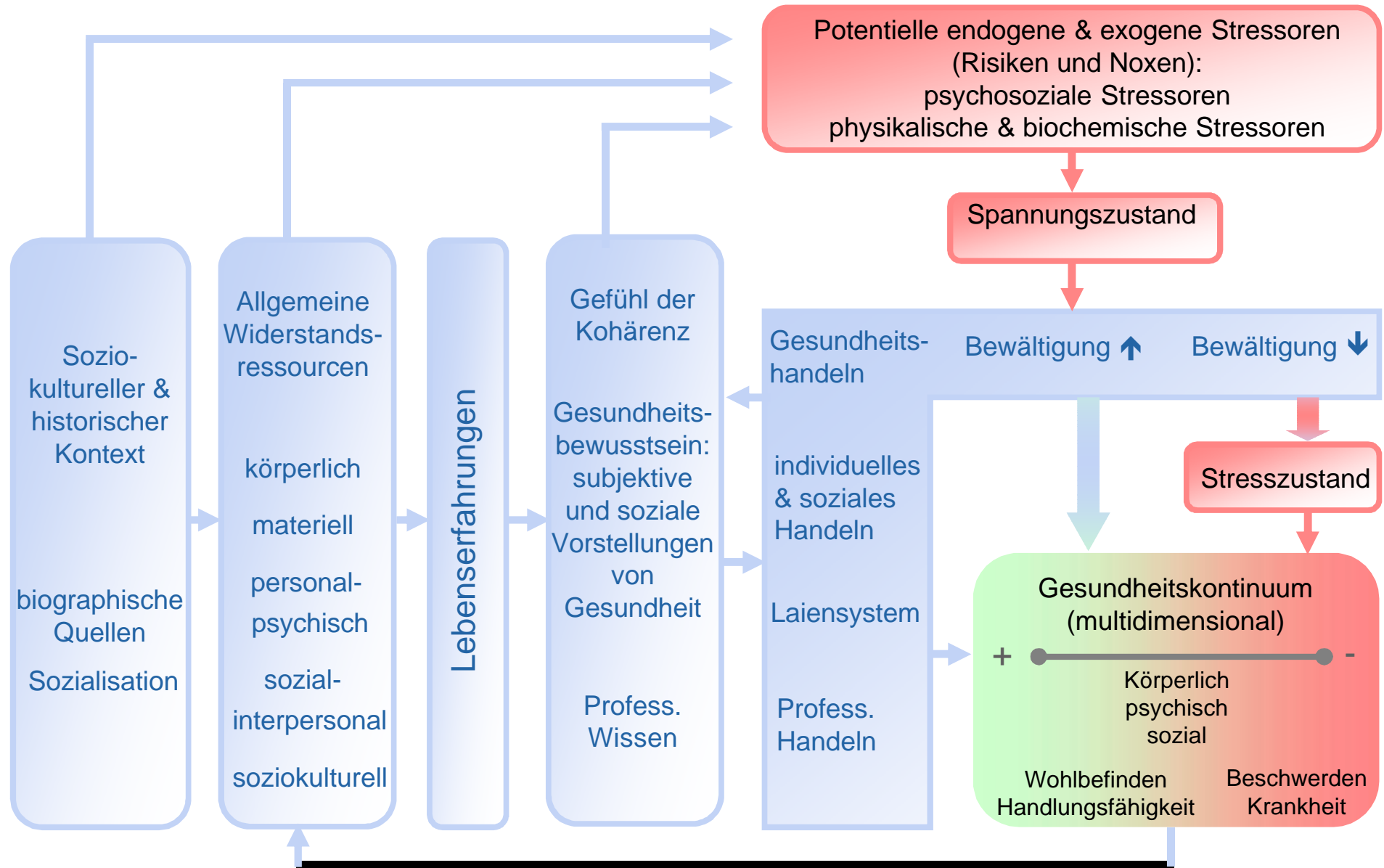
Dynamik: Einflussprozesse

subjektive Theorien von Gesundheit

Biographischer Kontext:
Lebenskrisen, Krankheiten, Lebensveränderungen,
Körpersozialisation

Subjekt-Kontext:
Selbstkonzept, Lebenskonzept

Das erweiterte Modell der Salutogenese



Theoretische Perspektiven der Gesundheitsförderung

- Förderung von Gesundheit auf multidimensionalem Kontinuum (körperliche, soziale und psychische Ebene)
- Förderung von gesundheitlichen Ressourcen: materiell, körperlich, personal, sozial-interpersonal, sozio-kulturell
- Subjekt- und Lebensweltbezug → Partizipation und Empowerment
- Gesellschaftliche Bedingungen von Gesundheit/Krankheit → Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung an sozialen und gesellschaftlichen Strukturen
- Gesellschaftliche Ungleichheit in Gesundheit → Chancen für benachteiligte soziale Gruppen verbessern

Prinzipien einer professionellen Gesundheitsförderung

- Professionelle Haltung: Partizipation und Empowerment
- Ansatz an Verhältnissen und an subjektiven Bedingungen
- Zielgruppenbezug: Bedarf und Bedürfnisse
- Gesundheitsförderung als multiprofessionelles Praxisfeld
- Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe
- Bezug auf spezifische Zielgruppen und deren subjektive und soziale Voraussetzungen
- Ansatz in Settings: Betrieb, Schule, Familie, Kommune, Kita
- Qualitätssicherung

4. Gesundheitsförderung – ein Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit?

- Gerechtigkeit als politisches Thema, als soziales Thema, als psychologisches Thema, als ethisches Thema
- Gerechtigkeit als Chancengerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit
- Gesundheit als Voraussetzung für soziale und gesellschaftliche Teilhabe
- Gesundheit als Handlungsfähigkeit

Gerechtigkeit als gesundheitlicher Chancenausgleich

- Ausgleich von gesundheitlichen Risiken und Gefährdungen
- Ausgleich von gesundheitlichen Ressourcen
- Ausgleich von Wissen und Handlungskompetenzen
- Ausgleich von Zugangschancen zu professionellen Gesundheitsangeboten
- Ausgleich von Behandlungschancen

- Gesundheitsförderung kann gesellschaftlich ungleich verteilte Chancen nicht kompensieren: nach Einkommen, Bildung, Status, Geschlecht, kultureller Herkunft und Alter
- Aber: „Präventionsdilemma“ (U. Bauer):
Präventionsangebote werden überwiegend von den höheren Statusgruppen wahrgenommen, wenig von den niedrigeren → bestehende Unterschiede im Gesundheitsstatus werden dadurch noch größer!!
- Ist die gezielte Förderung von sozial benachteiligten Gruppen eine Lösung?

- Beispiel 1: Zielgruppe Männer
 - hoher Bedarf, weil starke gesundheitliche Gefährdung, aber nicht unbedingt auf Ebene von materiellen Ressourcen und Gütern → Bedarf für Stärkung anderer Ressourcen (sozial, personal), für Stärkung von Gesundheitsmotivation, etc.

- Beispiel 2: Zielgruppe Arbeitslose
 - klar, dass zentrale gesellschaftliche Ressourcen fehlen (Erwerbsarbeit, Geld, Teilhabe), aber dennoch sind Ansätze der GF sinnvoll, um soziale Teilhabe und Handlungsfähigkeit zu erhalten

- Beispiel 3: Zielgruppe soziale Benachteiligte
 - hoher Bedarf, aber Zugang für GF ist schwierig und kann zu sozialer Stigmatisierung führen

Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

- Abbau finanzieller, sozialer und psychischer Belastungen
- Umgang mit Belastungen verbessern, Bewältigungskompetenzen stärken
- Soziale, personale und körperliche Ressourcen stärken
- Für Fragen der Gesundheit sensibilisieren
- Gesundheitswissen u. Gesundheitsbewusstsein verbessern
- Subjektive Gesundheitskonzepte und –theorien explorieren und differenzieren
- Für gesundheitliche Risiken und Ressourcen sensibilisieren
- Kohärenzgefühl verbessern

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung

Auch positive
Gesundheitsziele

Ansatz an Risiken und
Ressourcen

Subjektorientiert

**Prinzipien der
Gesundheitsförderung**

Partizipativ

Verhältnisorientiert

Gendersensibel

(männl. bzw. weibl. Lebenswelt, Rolle und Identität, auch Auswirkungen auf anderes Geschlecht berücksichtigen, Zusammenwirken von Männern und Frauen)



- alle Maßnahmen überprüfen, ob sie die Lebenswelten von Frauen und Männern angemessen berücksichtigen
- Geschlechtsadäquate Zugänge und Methoden
- Spezifische Potentiale von Frauen und Männern für Prävention und Gesundheitsförderung ausloten
- Gezielte Maßnahmen dort entwickeln, wo Frauen und Männer einen Nachholbedarf haben (nach Kolip & Altgeld, 2006)

1. Gesellschaftliche Ursachen von Ungleichheiten sind nicht allein durch GF zu beseitigen, müssen auf anderen politischen Handlungsebenen angegangen werden (Arbeitsmarkts-, Bildungs- und Sozialpolitik)
2. Dennoch ist Gesundheitsförderung in einer Gerechtigkeitsperspektive sinnvoll und notwendig, sie sollte sich konzentrieren auf Zielgruppen und Settings, die für Chancenausgleich zentral sind
3. Differenzierungen beim Ausgleich von Ressourcen: materiell, sozial, kulturell, personal, körperlich
4. Zentral ist die Stärkung der Handlungsfähigkeit und sozialen Teilhabe durch Partizipation und Empowerment (subjektorientierte Ansätze)
5. Angebote an Zielgruppen sollten (auch subtile) Stigmatisierungen vermeiden
6. Aufbau von Gelegenheitsstrukturen der Gesundheitsförderung für spezifische Zielgruppen (Alter, sozialer Status, Kultur), spezifische Lebenssituationen (Lebensereignisse) und Lebensbereiche (Settings)

Gemeindeorientierte Ansätze der Gesundheitsförderung

- Möglichkeit der Koordination von Maßnahmen
- Lebensweltnähe und Subjektbezug
- Verbindung von verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen
- Verbindung von personalen, sozialen und politischen Ebenen
- Verbindung von Laiensystem und Professionellem System
- Verbindung von Professionen und Sektoren:
Gesundheitsförderung, Sozialarbeit, Stadtteilmanagement und Stadtentwicklung, Gesundheitsversorgung (Medizin), psychosoziale Arbeit und Bildungsarbeit
- Nachhaltigkeit von Veränderung (statt kurzfristige Einzelprojekte)