



Prof. Franz Kolland – 25. November 2014

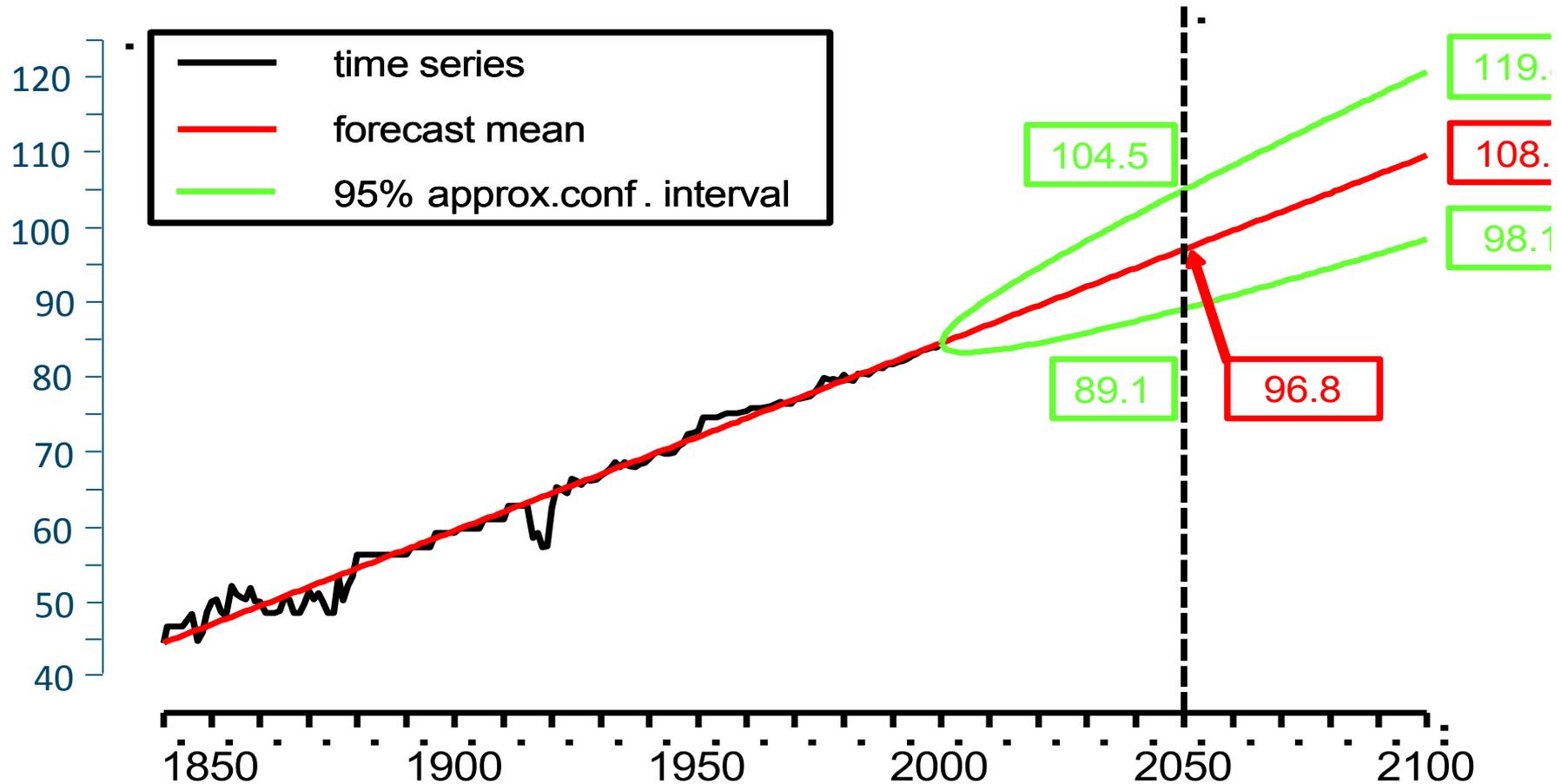
Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung im Wandel.

Wie lassen sich Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung im Lebenslauf begründen?



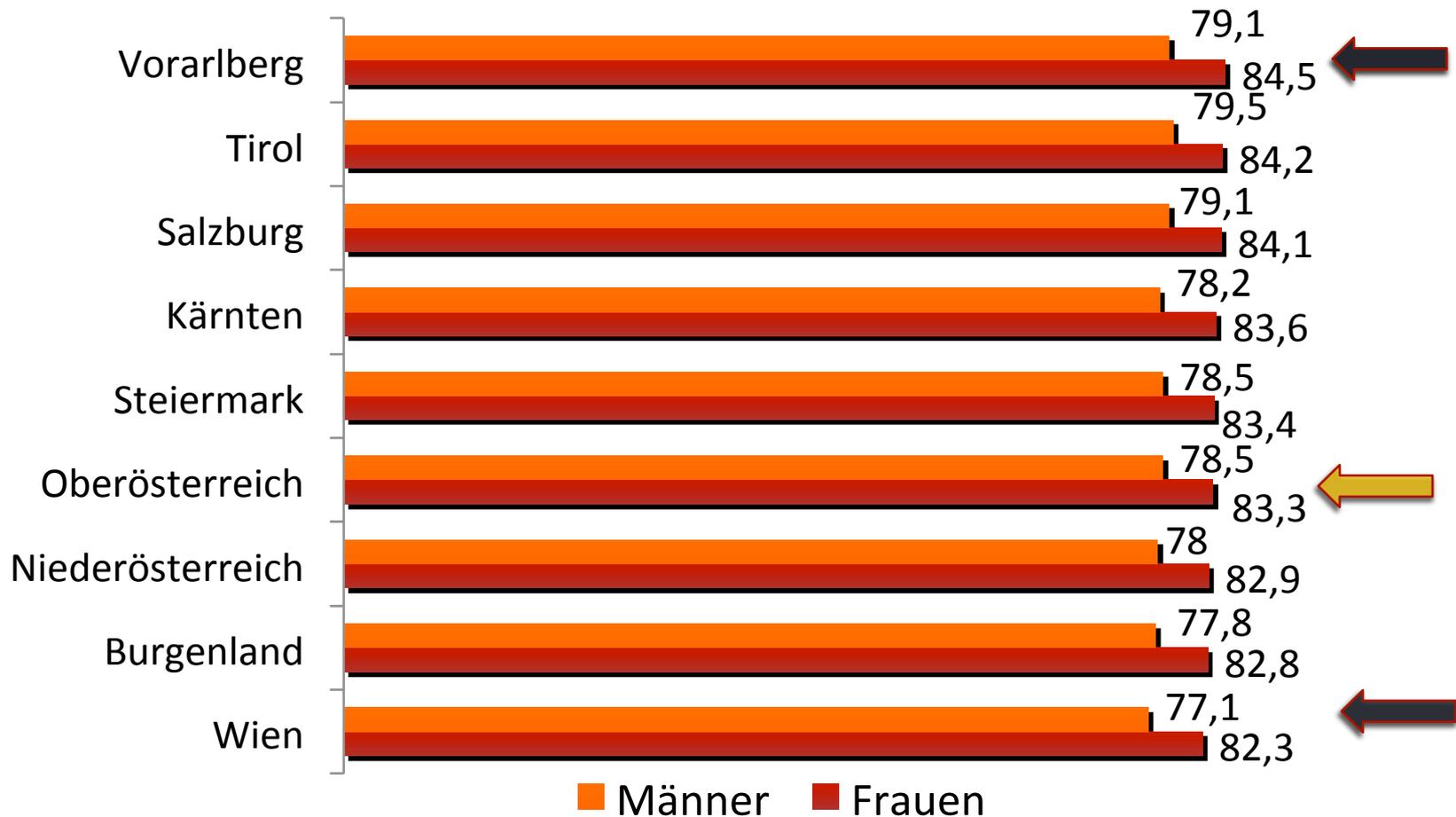
1. Demographischer Wandel – Gesellschaft der Langlebigkeit
2. Höhere gesundheitliche Risiken in der Baby Boom Generation
3. Soziale Ungleichheit im Lebenslauf
4. Frühpensionierung
5. Gesundheitsgesellschaft

Prognose der (höchsten) Lebenserwartung von Frauen bis 2100



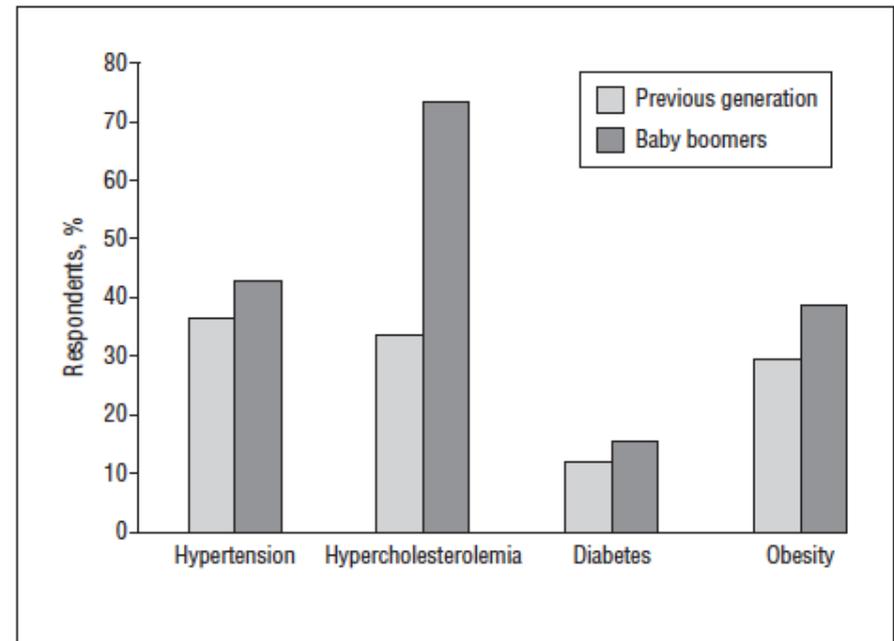
Quelle: James Vaupel 2011

Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (2012)



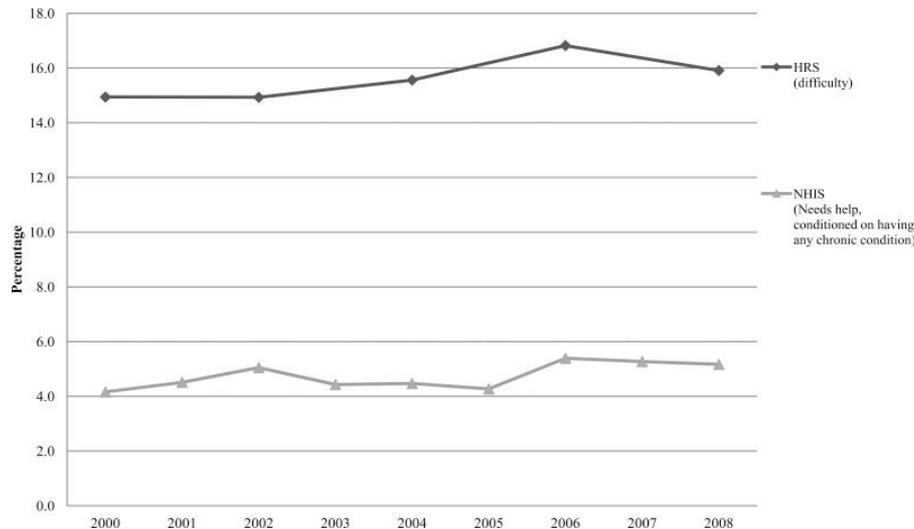
Gesundheitsstatus der Baby Boomer (USA)

- ➔ Untersucht wurde in einer Kohortenstudie in den USA der Gesundheitsstatus der Baby Boomer im Vergleich zur Vorgängergeneration
- ➔ Ergebnis: Der allgemeine Gesundheitszustand der Baby Boomer ist geringer. Höhere Prävalenz für Übergewichtigkeit, Bluthochdruck, Diabetes, erhöhter Serumcholesterinspiegel



Proportion of each cohort (baby boomers and previous generation at age 46-64 years); *Dana E. King et al. 2013*

Baby Boomer: Kompression der Morbidität ??



➔ Die Prävalenz der Aktivitätseinschränkungen ist bei den Hochaltrigen zurückgegangen, bei den Baby Boomern zeigt sich kein solcher Rückgang.

Trends in Late-Life Activity Limitations in the United States: An Update From Five National Surveys

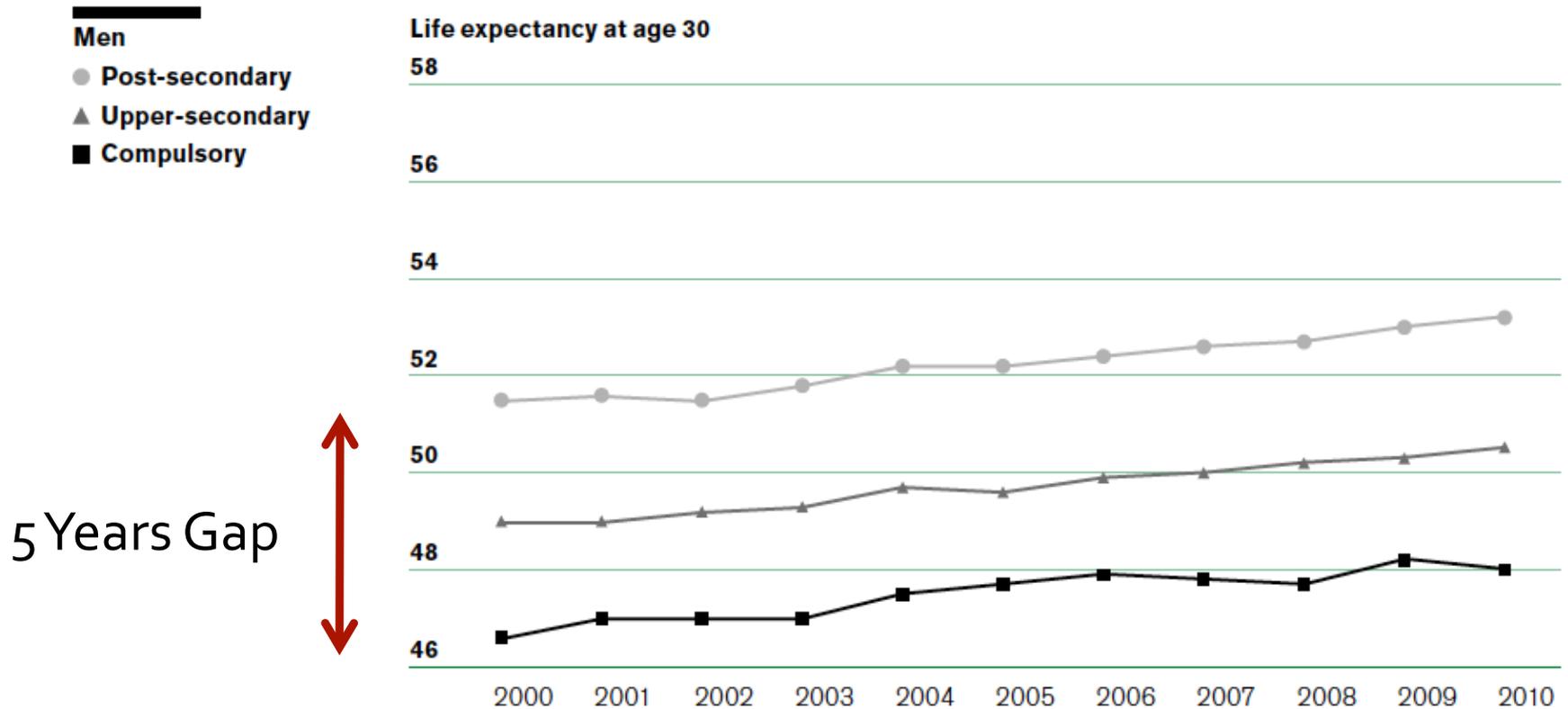
Vicki A. Freedman, Brenda C. Spillman, [...], and Timothy A. Waidmann

[Additional article information](#)

Abstract

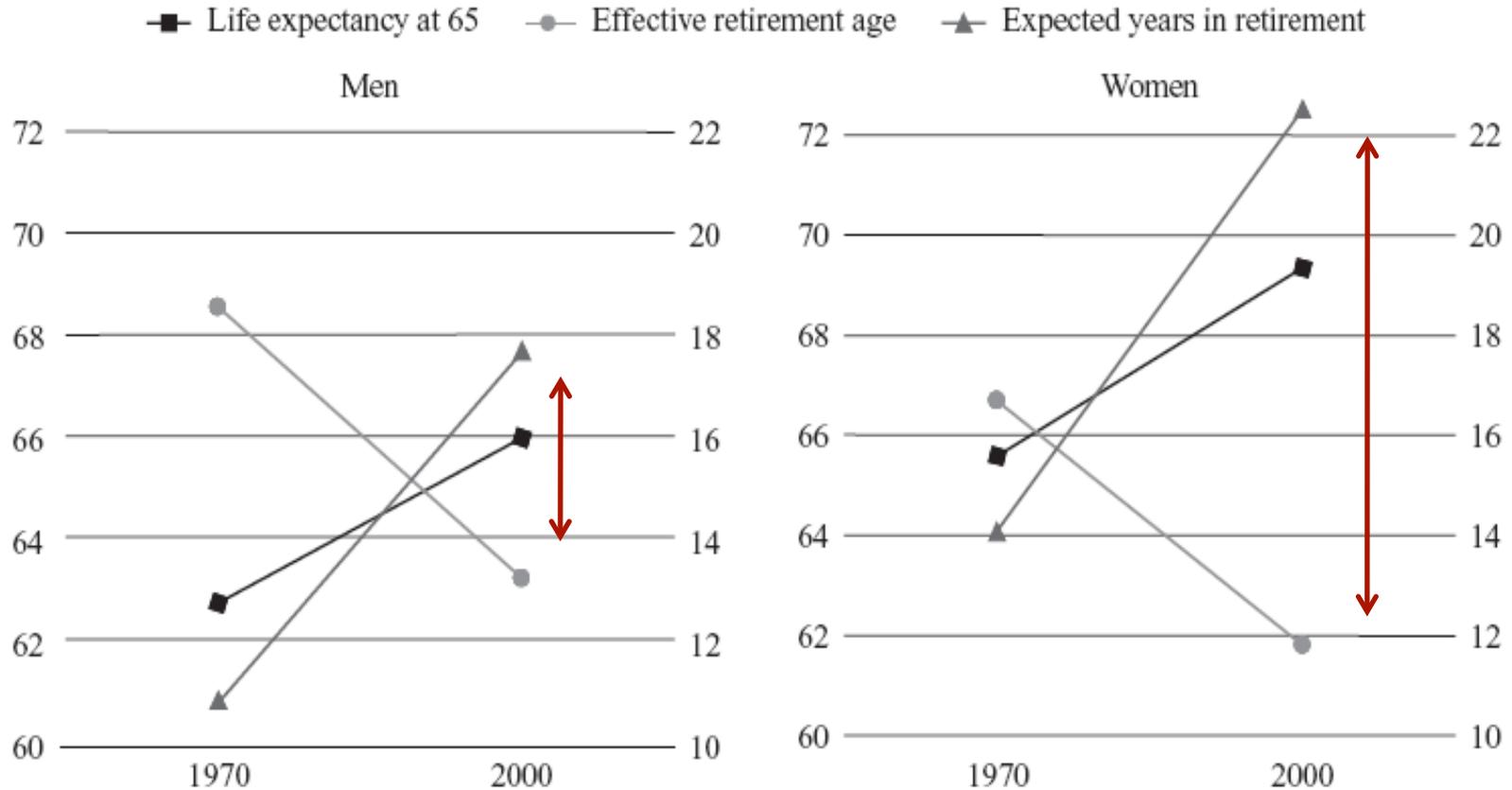
This article updates trends from five national U.S. surveys to determine whether the prevalence of activity limitations among the older population continued to decline in the first decade of the twenty-first century. Findings across studies suggest that personal care and domestic activity limitations may have continued to decline for those ages 85 and older from 2000 to 2008, but generally were flat since 2000 for those ages 65–84. Modest increases were observed for the 55- to 64-year-old group approaching late life, although prevalence remained low for this age group. Inclusion of the institutional population is important for assessing trends among those ages 85 and older in particular.

Lebenserwartung nach Bildungsstand Schweden 2000–2010, Männer



Michael Marmot (2013) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report, 23

Age-Work-Paradoxon: Kürzere Erwerbsphase trotz steigender Lebenserwartung



Source: OECD (2005).

Doing health in der Risikogesellschaft

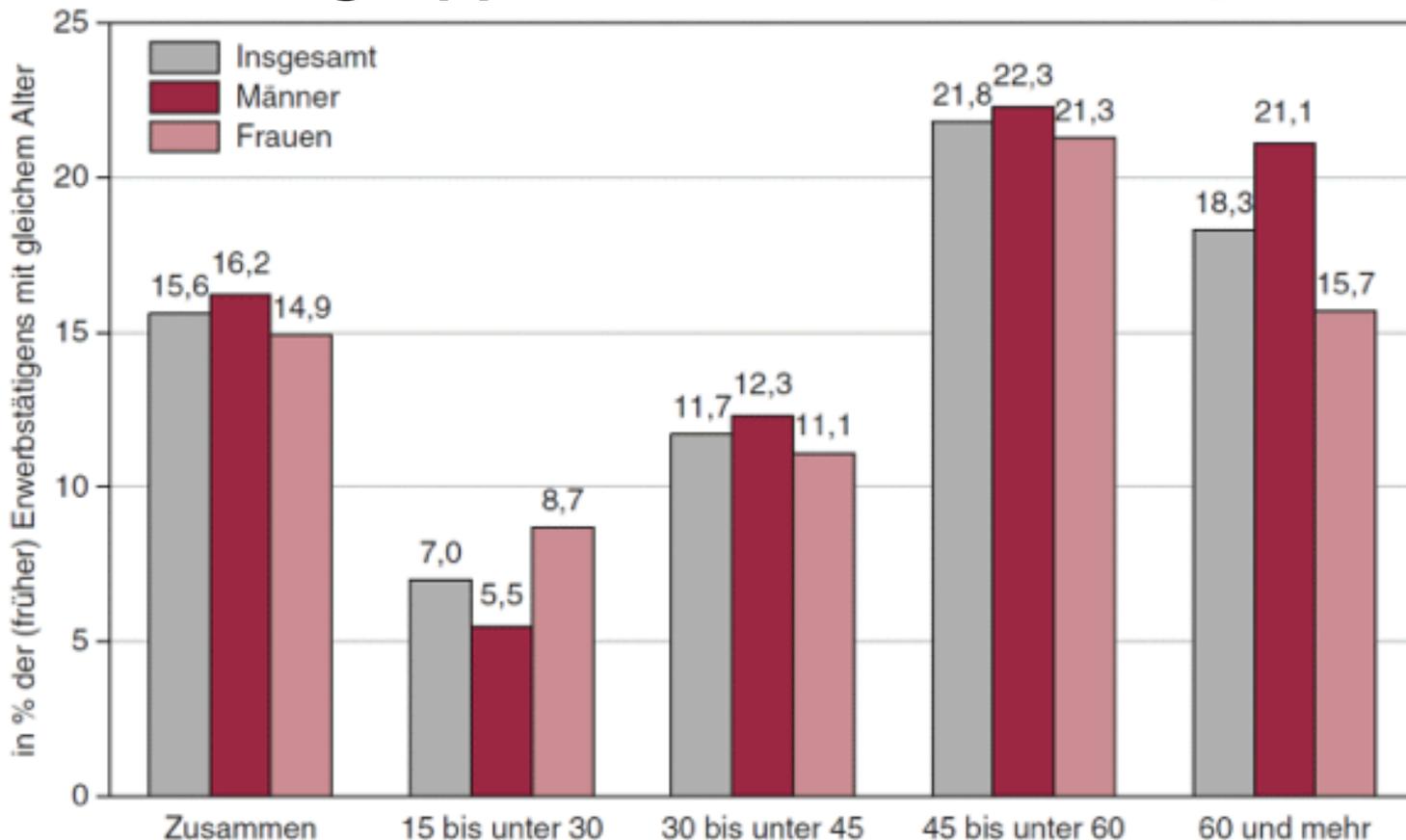
- Gesundheit ist in der Verantwortung des Individuums in der Risikogesellschaft.
- Aufgaben und Rollen in der Dienstleistungsgesellschaft verlangen persönliches Kommunikationsmanagement.
- In der Gesundheitsgesellschaft sind Entscheidungen oftmals Gesundheitsentscheidungen.

Doing health in der Risikogesellschaft

- In der Antike hieß Gesundheit Genussfähigkeit.
- Im Mittelalter hieß Gesundheit Glaubensfähigkeit.
- In der Gegenwart heißt Gesundheit Erwerbsfähigkeit und Konsumfähigkeit.

(Anton Amann 2008)

Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht 2013



Q: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2013: "Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme". - Hochgerechnete Zahlen. - Jahresdurchschnitt 2013. - Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren, Erwerbstätige bzw. Nicht-Erwerbstätige, die früher erwerbstätig waren. - () Werte mit weniger als hochgerechnet 15.000 Personen sind statistisch sehr stark zufalls-behaftet, also mit einem Stichprobenfehler von über $\pm 33\%$. - (x) Werte mit weniger als hochgerechnet 6.000 Personen sind statistisch nicht interpretierbar. Erstellt am 24.11.2014.

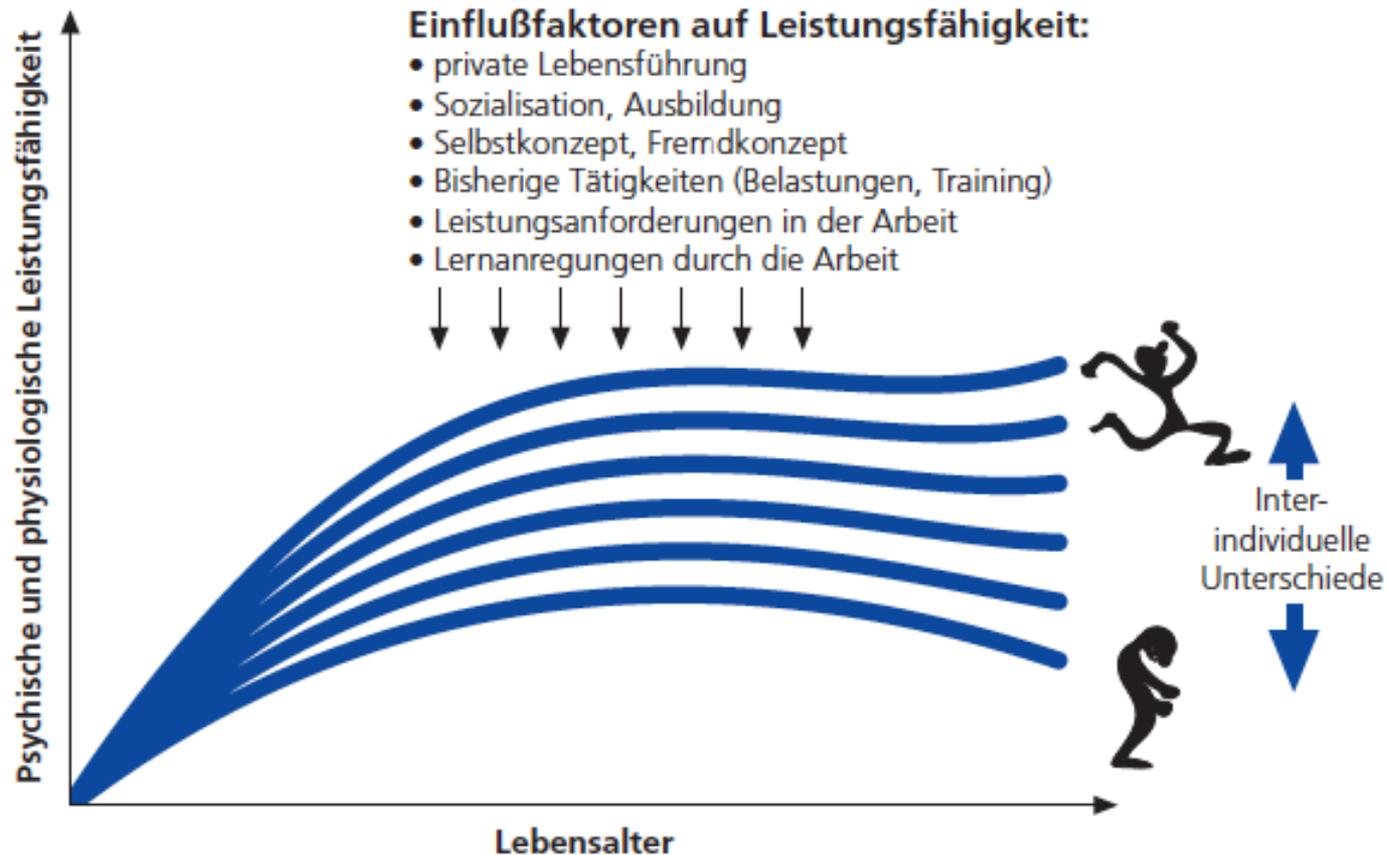
Gesundheitsförderung



Gesundheitsförderung

- Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (Noack 1989)
- Das gesundheitspolitische Leitbild ist eines der Umorientierung von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung der Gesundheit.

Veränderung der Leistungsfähigkeit



Prinzipien der Gesundheitsförderung

- Empowerment: Beeinflussung der eigenen Gesundheit.
- Partizipation: soziale Teilhabe in allen Stadien des Prozesses.
- Ganzheitlicher Prozess: physisch, psychisch, sozial, spirituell.
- Gerechtigkeit: Priorität von sozialer Gerechtigkeit.
- Nachhaltigkeit: langfristige Veränderungen bewirken.

Strategien der Gesundheitsförderung

- Orientierung auf gesundheitsförderliche und/oder weniger gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (z.B. Formen des Sitzens)
- Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitsverhältnisse (z.B. Stressmanagement)
- Entwicklung & Bereitstellung von weniger gesundheitsschädlichen Lebensräumen (z.B. Grünzonen).

Interventionsprinzipien

- Je mehr **salutogenetische Bedingungsfaktoren** und Determinanten gestärkt werden, desto größer die Wirkung der Gesundheitsförderung.
- Zielgruppen **motivieren** und aktivieren mehr Verantwortung für ihre Lebensgestaltung zu übernehmen.
- Zielgruppen möglichst in **allen Phasen** von Gesundheitsprojekten beteiligen. (Noack, Rais-Klingspiegl 1999)

Körperliche Aktivität

- **Körperliche Aktivität** hat einen positiven Einfluss auf die funktionale Gesundheit.
- Schaffung von körperlichen Betätigungsmöglichkeiten, die Interesse wecken.
- Professioneller Unterstützung für Trainingsprogramme

Jeschke & Zeilberger 2004

Ernährung

- Durch ein **angemessenes Ernährungsverhalten** können Mangelzustände vermieden werden.
- Anpassung der Energiezufuhr an den veränderten Bedarf (z.B. eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Kost)

Bauer & Sieber 2006

Kognitive Aktivität

- Statistisch bedeutsame Beziehung zwischen Ausmaß an **kognitiver Aktivität** und kognitiver Leistungsfähigkeit
- Soziale Partizipation hat günstige Auswirkung auf kognitive Leistungen.

Lövdén et al. 2005

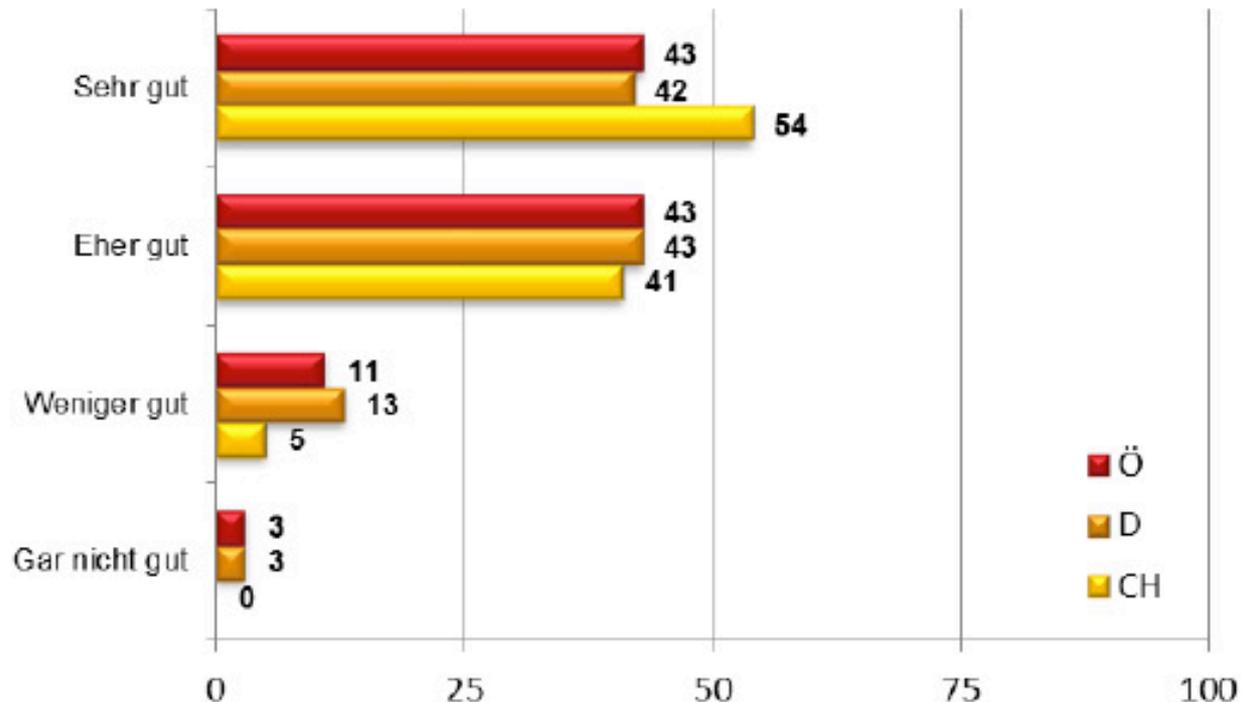
Gesundes Führen



Führen und Gesundheit im internationalen Vergleich: Informationsgrad (*Hernstein-Report 2/2013*)

Wie gut fühlen Sie sich persönlich informiert, was den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Führung betrifft?

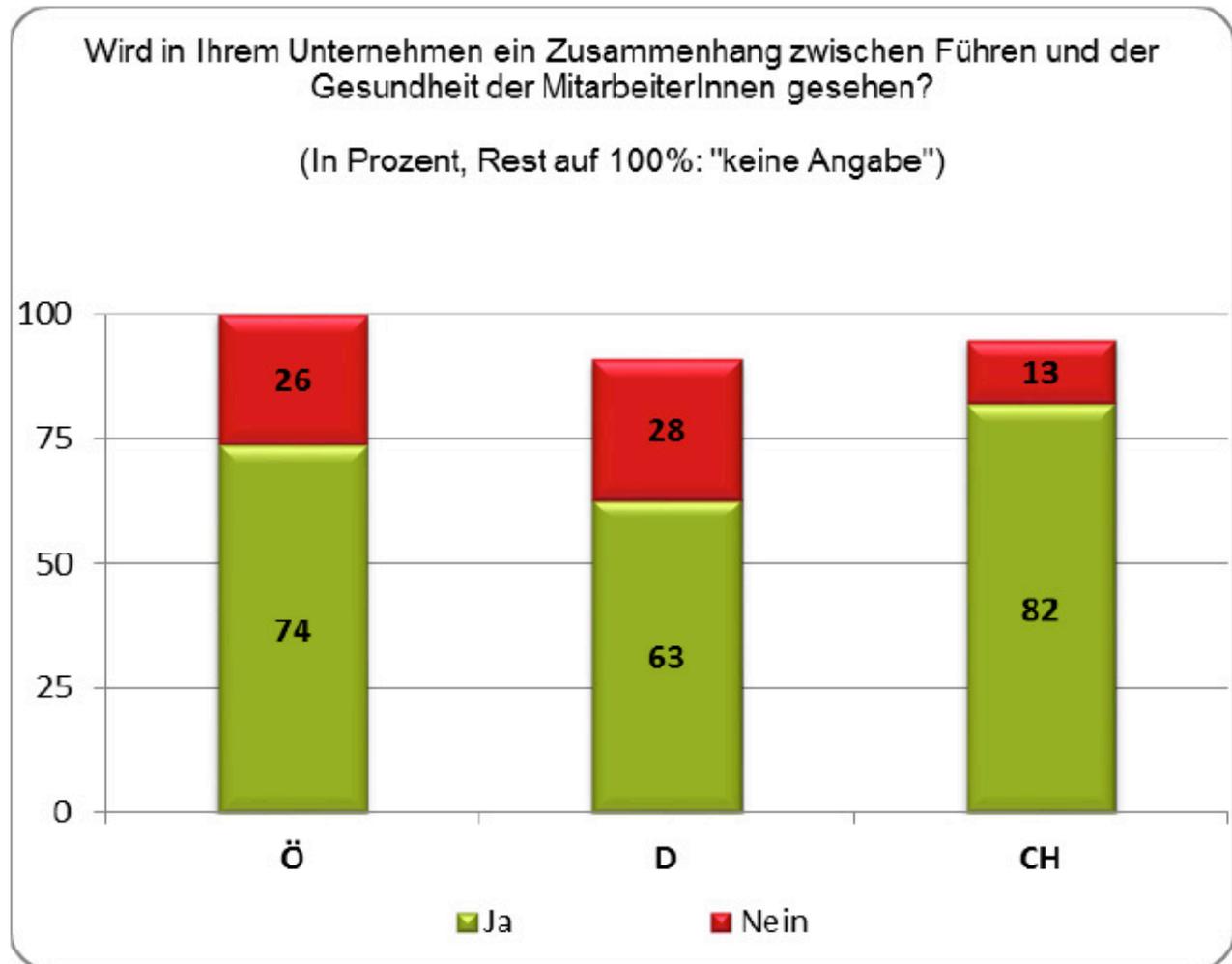
(In Prozent)



Informations-
grad: Gut

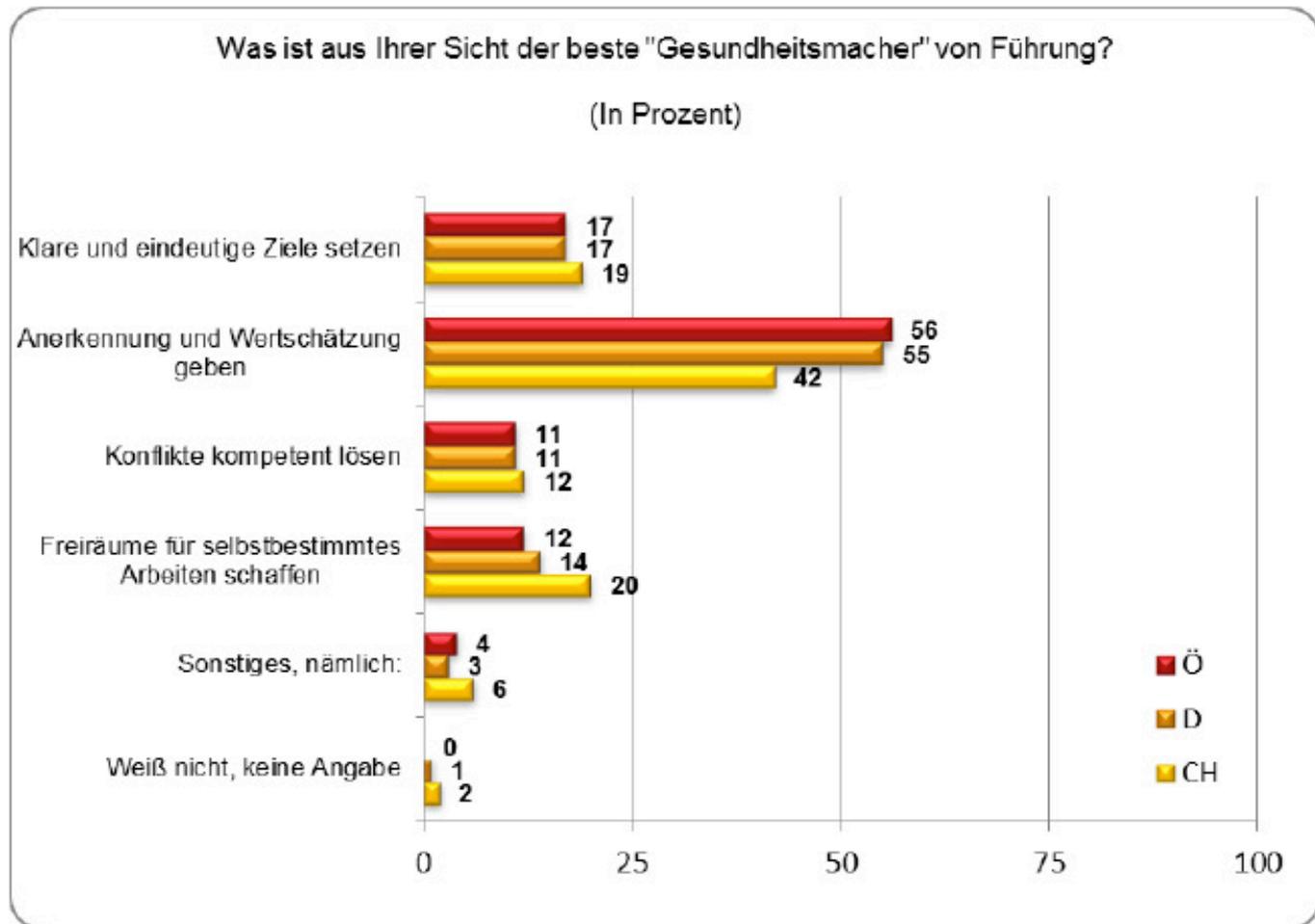
Zusammenhang zwischen Führen und Gesundheit im internationalen Vergleich (*Hernstein-Report 2/2013*)

Zusammenhang: Ja



Faktoren der Gesundheitsförderung (Hernstein-Report 2/2013)

Kultur-
unter-
schiede



Wirkung der Vorgesetzten

(Stadler & Spieß 2002)

- Die Wirkung des Vorgesetztenverhaltens zeigt sich in negativem wie in positivem Sinne:
Nach Ergebnissen mehrerer Untersuchungen nehmen Vorgesetzte, die von Abteilungen mit hohen Fehlzeiten in Abteilungen mit geringen Fehlzeiten versetzt wurden, ihre hohen Fehlzeiten dorthin mit.

Gesundes Führen: nachrangige Aufgabe

- Arbeits- und Gesundheitsschutz werden vom Management in Unternehmen als nachrangige Aufgabe wahrgenommen (Zimber & Gregersen 2011):
 - Führungskräfte sehen Gesundheitsmanagement eher als lästige Zusatzaufgabe.
 - Führungskräfte wissen zu wenig über den Gesundheitszustand ihrer Mitarbeiter.
 - Führungskräfte achten selbst nicht auf ihre Gesundheit und sind deshalb auch keine Vorbilder.

Gesundheitskompetenz



Immanuel Kant - Was ist Aufklärung ? (1784)

„Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines andern zu bedienen. Selbst verschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschliesung Muthes liegt, sich seiner ohne Leitung eines andern zu bedienen. Sapere aude! Habe Muth, dich deinem Verstandes zu bedienen! ist also der Wahrspruch der Aufklärung.

Faulheit und Feigheit sind die Ursachen ein so großer Theil der Menschen, nachdem sie längst von fremder Leitung frei gesprochen (liter majorennnes), dennoch gerne Zeitlebens in deren Vormündern aufzuwerfen. Es ist so bequem, unmündig zu seyn. Habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich Gewissen hat, einen Arzt, der für mich die Diät beurtheilt, u. s. w., so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen. !

ztes Band. K g

Habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich Gewissen hat, einen Arzt, der für mich die Diät beurtheilt, u.s.w., so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen.

Gesundheitserziehung 1. Ordnung

- Historisch kann davon ausgegangen werden, dass im 18. Jahrhundert eine Gesundheitserziehung erster Ordnung entstand.
- Diese Form der Gesundheitspraxis war „integrativ und pragmatisch“.
- Ihr Ziel war es, vor allem durch Abschreckung Menschen so zu erziehen, dass sie sich den Normen und Wertvorstellungen des Bürgertums unterwarfen, nämlich Tugendhaftigkeit, Fleiß, Sauberkeit, Ordnung.

Stroß, Annette M. (2006): Von der Gesundheitserziehung Erster Ordnung zur Gesundheitserziehung Zweiter Ordnung.

Gesundheitserziehung 1. Ordnung

- Ehefrauen von Beamten, Akademikern, Angestellten und Kaufleuten bekamen ein Wirkungsfeld.
- Die Frauen waren für die Umsetzung der Gesundheitsnormen in ihren Familien verantwortlich.
- Damit wurde auch die Haus- und Erziehungsarbeit aufgewertet und die Gesundheitsbildung verlieh ihr – der „Hausfrau“ – wissenschaftlich-professionelle Weihen.

Gesundheitserziehung 2. Ordnung

- Dazu zählen partizipative Ansätze, die den Schwerpunkt auf die Eigenbeteiligung von Individuen legen.
- Der partizipative Ansatz vertritt den Standpunkt, dass Wohlbefinden und Gesundheit nur subjektiv definiert werden können.
- Informationsvermittlung soll die Adressaten befähigen, selbstbewusst über ihr Gesundheitsverhalten zu bestimmen.

Hindernisse in der partizipativen Praxis

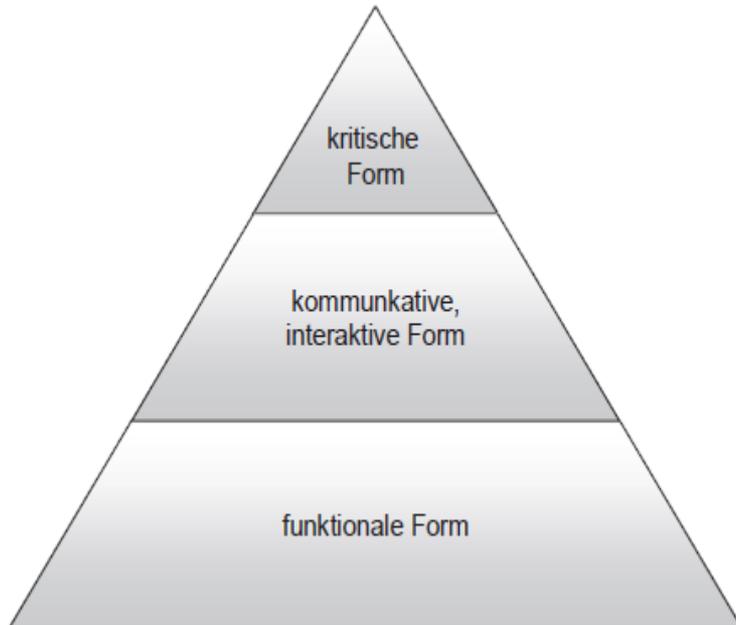
- In Amtsstrukturen wird offensichtlich, dass die Beteiligung der Individuen an der Gestaltung der eigenen Gesundheit nicht erwünscht ist.
- Vorgänge werden stark reglementiert.
- Partizipative Prozesse kommen nicht zustande, weil eine institutionelle Logik Vorrang vor Anregungen von Menschen aus der Zielgruppe hat.

Health Literacy - Gesundheitskompetenz

- Zugang zu Gesundheitsinformationen und gesundheitsrelevantem Wissen.
- Informationen verstehen, beurteilen, sich mit anderen darüber auszutauschen.
- Wissen für gesundheitsrelevante Entscheidungen nutzen, die zu einer gesundheitsfördernden Lebensführung beitragen.

Kathrin Sommerhalter & Thomas Abel 2007

Stufenmodell der Gesundheitskompetenz



1. **Funktionale Gesundheitskompetenz:** basale kognitive Fertigkeiten - Lesen, Verstehen eines Beipackzettels.
2. **Kommunikative, interaktive Gesundheitskompetenz:** soziale Fertigkeiten für eine aktive Rolle – z.B. gegenüber ÄrztInnen
3. **Kritische Gesundheitskompetenz:** Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Informationen.

Einflüsse auf Gesundheitskompetenz

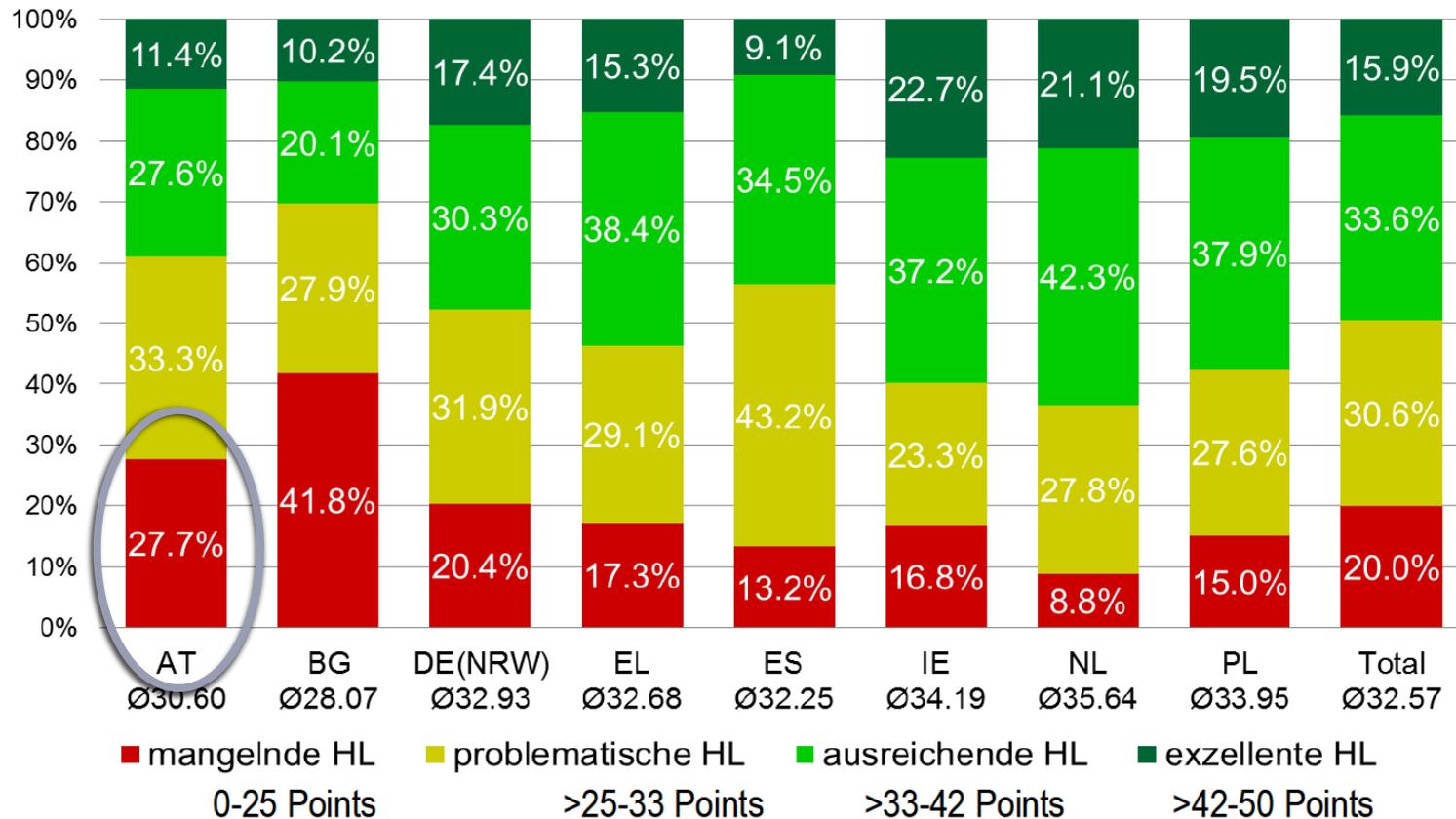
- Abhängig ist Gesundheitskompetenz von Basis-kompetenzen der Individuen, den Kommunikations-kompetenzen des Gesundheitspersonals und den situativen Bedingungen, die das Individuum in Versorgungsstrukturen antrifft.
- Diese Bedingungen beeinflussen die Suche nach einem entsprechenden medizinischen Angebot, wie Instruktionen (Medikamente) gelesen werden und wie Krankheit/Gesundheit verstanden wird.

Vermittlung von Gesundheitskompetenz

- Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung – Miller & Rollnick 1991):
MI ist das Mittel der Wahl, wenn Menschen zur Veränderung eines problematischen Gesundheitsverhaltens noch nicht bereit sind; entweder wegen fehlenden Problembewusstseins oder mangelnder Zuversicht, eine positive Veränderung erreichen zu können.
- Netzwerkbildung (Förderung sozialer Netzwerke mit „starken“ sozialen Beziehungen)
- Setting-Ansatz (kleinräumige Verortung)
- Schlüsselpersonen als Zugang

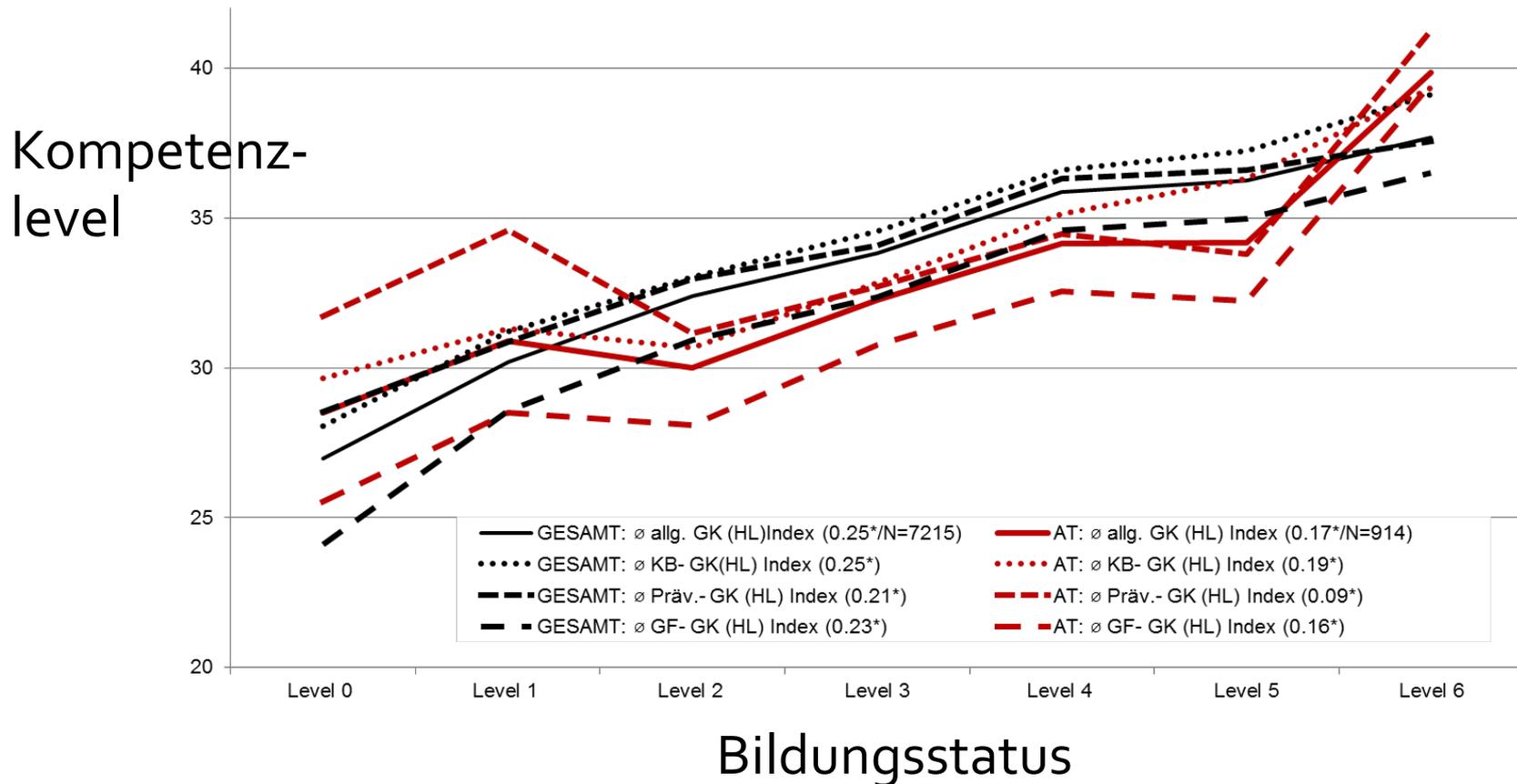
Ammann, Eva S. & Gross, Corina S. (2011): Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen.

Health Literacy/Gesundheitskompetenz



European Health Literacy Survey 2011, n=1.000; Bevölkerung 15+, Face-to-Face

Mittelwerte der Gesundheitskompetenz nach Bildungsstatus



European Health Literacy Survey 2011, n=1.000; Bevölkerung 15+, Face-to-Face

Effekte der Gesundheitskompetenz

- Kohortenstudie an 3.260 US-Senioren zeigt einen Zusammenhang zwischen geringer Gesundheitskompetenz und Herz-Kreislauf-erkrankungen (*Baker, Wolf et al. 2007*)
- Ältere Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz haben ein 2fach erhöhtes Mortalitätsrisiko (*Sudore, Yaffe et al. 2006*)

Effekte der Gesundheitskompetenz

„Effects of health literacy on health status and health utilization amongst the elderly“

(Cho, Young Ik, Lee, Shoou-Yih, et al. 2008)

„Unsere Ergebnisse belegen: Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz bildet eine effektive Strategie zur Verbesserung des Gesundheitsstatus. Bei älteren Menschen reduzieren sich Spitalsaufenthalte und Notfallbehandlungen.“