

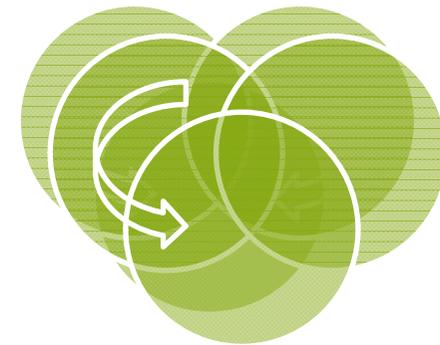
Teilhabe von älteren Menschen und gemeindenahe Gesundheitsförderung

Dortmund, 30. Januar 2014

Dr. Antje Richter-Kornweitz
Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Teilhabe im Alter - für Alle?

- Die Gesundheit, die Wohnsituation, die Bildung
- Die Erfahrungen, die man im Verlauf des Lebens gemacht hat.
- Der individuelle Blick auf die eigene Lebenssituation (individuelle Bewertung der Lebenssituation).
- Das Einkommen



Wohnen – „leben, wo man hingehört“

- Aufrechterhaltung der gewohnten Umgebung hilft bei der Bewältigung der Anforderungen des Alters
- Bedeutung der unmittelbaren Nachbarschaft wächst, je weniger Bezugsgruppen jemand insgesamt hat und je weniger öffentliche Infrastrukturen oder privat-kommerzielle Dienstleistungen zur Verfügung stehen

Soziale Lage der Älteren in Deutschland

Fakten Deutschland 2012

**Grundsicherung
im Alter 2011**

**Gesamt 2,6%
Männer 2,2%
Frauen 2,9%**

Quelle aller Zahlen www.amtliche-sozialberichterstattung.de

Fakten NRW 2012

**Grundsicherung
im Alter 2011**

**Gesamt 3,5%
Männer 2,8%
Frauen 4,0%**

Fakten Deutschland 2012

Armutsschwelle
monatlich

848,--

15,1%

Armutsrisiko*
insgesamt

Armutsrisiko
Männer
65 und älter

11,3%

15,5%

Armutsrisiko
Frauen
65 und älter

Fakten NRW 2012

Armutsschwelle
monatlich*

853,--

13,3%**

Armutsrisiko*
insgesamt

Armutsrisiko
Männer
65 und älter

10,8%

15,3%

Armutsrisiko
Frauen
65 und älter

*Anstieg bei 65+ seit 2005 in NRW von 3,6%.

**Zum Vergleich: Alleinerziehende 43,8%, kinderreiche Familien 26,9%

Fakten Deutschland 2012

Altersarmut nimmt zu

Altersarmut bei 65+ bei 15,1%

Anstieg um 2,6% seit 2005 bei Frauen und bei Männern*

Regelaltersrenten gehen zurück

Weniger Entgeltpunkte, häufiger Verdienste unter Durchschnittslohn

Frauen besonders betroffen

Grund: unzureichende Renten- und Versorgungsansprüche

Gesundheit der Älteren

Gesundheitliche Ungleichheit nach sozialer Lage

- Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand
- Allgemeine gesundheitliche Belastungen
- Gesundheitsverhalten
- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Mielck 2005/2011, Lampert et al 2009, Büscher 2010

Gesundheitliche Ungleichheit nach sozialer Lage

- Ungleiche Leistungsvergabe durch Versorgungsinstanzen

- Qualität der gesundheitlichen Versorgung
 - weniger Arztbesuche aus Kostengründen
 - längere Wartezeiten und kürzere Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten im Allgemeinen
 - seltenere und kürzere Besuchen bei Fachärztinnen und –ärzten

Mielck 2005/2011, Lampert et al 2009, Büscher 2010

Einkommensunterschiede und Lebenserwartung

	Lebenserwartung bei Geburt		Gesunde Lebenserwartung bei Geburt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Einkommen				
0-60%	70,1	76,9	56,8	60,8
60-80%	73,4	81,9	61,2	66,2
80-100%	75,2	82,0	64,5	67,1
100-150%	77,2	84,4	66,8	69,1
150% u.m.	80,9	85,3	71,1	71,0
Differenz	10,8	8,4	14,3	10,2

Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995-2005 (Lampert et al. 2007)

Beispiel: Stuttgarter Alterssurvey 2012 – Einfluss des Einkommens

- **Allgemeiner Gesundheitszustand „gut“ bis „sehr gut“**
 - 40% der Befragten auf Grundsicherungsniveau
 - 54% der Befragten, armutsnah
 - 71% der Befragten, nicht armutsgefährdet
- **Eine oder mehrere chronische Erkrankungen**
 - 58% der Befragten auf Grundsicherungsniveau
 - 54% der Befragten, armutsnah
 - 41% der Befragten, nicht armutsgefährdet
- **Durch Krankheit im Alltag eingeschränkt**
 - 17% der Befragten auf Grundsicherungsniveau
 - 16% der Befragten, armutsnah
 - 9% der Befragten, nicht armutsgefährdet

Beispiel: Stuttgarter Alterssurvey 2012 – Einfluss des Einkommens

Die Befragten auf Grundsicherungsniveau geben an:

- Weniger Möglichkeiten, gute Kontakte zu haben
- Sich häufiger einsam zu fühlen
- Weniger nahestehende Personen für schwierige Situationen zu haben
- Weniger nahestehende Personen im Wohnumfeld zu haben
- Weniger zufrieden mit Wohnumfeld zu sein
- Häufigere Erfahrung von Benachteiligungen bei der medizinischen Versorgung zu haben

Beispiel: Stuttgarter Alterssurvey 2012 – Einfluss des Einkommens

Einkommen und Verzicht auf medizinische Leistungen

– **Zahnersatz**

- 33% der Befragten auf Grundsicherungsniveau
- 20% der Befragten, armutsnah
- 7% der Befragten, nicht armutsgefährdet

– **Brille**

- 28% der Befragten auf Grundsicherungsniveau
- 13% der Befragten, armutsnah
- 5% der Befragten, nicht armutsgefährdet

– **Medikamente**

- 20% der Befragten auf Grundsicherungsniveau
- 8% der Befragten, armutsnah
- 3% der Befragten, nicht armutsgefährdet

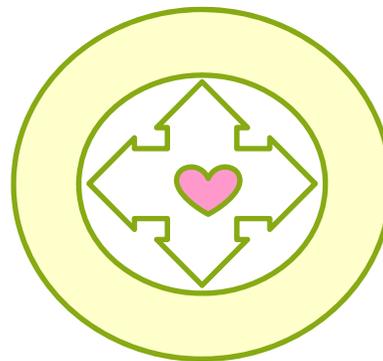
Lebenswelt – Setting Wohnumfeld/Nachbarschaft/Quartier

Lebenswelt – Setting

Wohnumfeld/Nachbarschaft/Quartier/Kommune

Der Begriff *Setting* steht für „Lebenswelt“. Gemeint ist das Umfeld, in dem Gruppen von Menschen große Teile ihres Lebens verbringen.

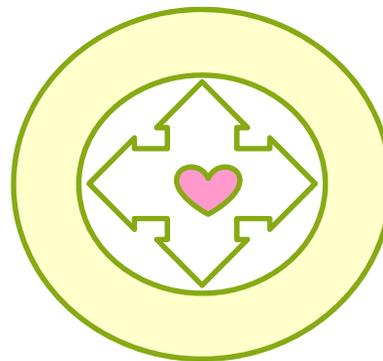
Dahinter steht die Überzeugung, dass Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird. Strategien zur Förderung von Gesundheit sollten in genau diesem Lebensalltag ansetzen. (WHO 1986)



Lebenswelt – Setting Wohnumfeld/Nachbarschaft/Quartier

Zu den wichtigsten Settings zählen Kommunen und Stadtteile, Kindertagesstätten, (Hoch-)Schulen, Krankenhäuser, Einrichtungen der Altenhilfe und Betriebe.

Die Bedingungen in den Settings / Lebenswelten haben einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeit, ein gesundes Leben zu führen.



Lebenswelt – Setting Wohnumfeld/Nachbarschaft/Quartier

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz

- stärkt die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen im Setting
- arbeitet an einer gesundheitsgerechten Gestaltung der Bedingungen, die durch individuelles Handeln nicht oder nur wenig verändert werden können (Arbeitsbedingungen, Umweltbelastungen oder Kommunikationsstrukturen).
- Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. BZgA 2011

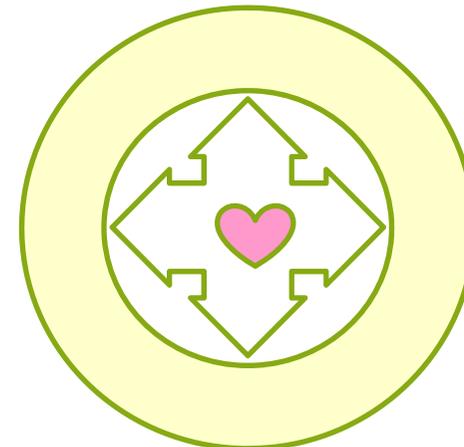


Lebenswelt – Setting Wohnumfeld/Nachbarschaft/Quartier

Für die Umsetzung des Setting-Ansatzes sind drei Aspekte zentral:

- Stärkung von Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen (individuelle Ebene – „Verhaltensprävention“)
- Entwicklung gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen (Ebene der Strukturbildung - „Verhältnisprävention“)
- Beteiligung aller Personen(gruppen) im Setting





**Teilhabe im Alter für alle
Wir wissen, was wir brauchen...**

Strukturen schaffen...

- leicht erreichbare, gut sichtbare Anlaufstellen im Wohnumfeld,
- differenzsensible Zugangsweisen
- sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation
- genaue Kenntnis der lokalen Situation
- genaue Kenntnis der diversen Aktivitäten unterschiedlicher, lokal agierender Träger

Bestandserhebung

... und Beziehungen stiften

- Umfassende Kenntnis der Bedarfs- und Bedürfnislage
- Methodenkompetenz
- Nutzung bestehender Zugangswege
- Bereitschaft, auch ungewöhnliche Wege zu gehen
- Verfügung über Ressourcen (wie Zeit und Personal)
- Engagement von Schlüsselpersonen
- finanzielle Mittel, in kleineren Summen ohne hohen Verwaltungsaufwand

... und Beziehungen stiften

- Lokale Treffpunkte
- Verfügung über öffentliche Räume
- Vermittelnde Situationen
- Vermittelnde Personen
- Positive soziale Interaktion
- Gemeinsamkeiten hervorheben
- Erfolge nach außen darstellen
- Stagnation und Ausgrenzung vermeiden
- Wertschätzung für jeden
- „Benefit“ für jeden

VIELEN DANK!