



Länger leben bei guter Gesundheit

Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50

Strategische Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkatalog





Impressum

Länger leben bei guter Gesundheit

Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50

Strategische Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkatalog
der österreichischen Sozialversicherung

Herausgeber und Ansprechperson:

Mag.^a (FH) Elisabeth Fasching

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Kundmanngasse 21-23, A-1030 Wien
Tel: 01 71132 - 3110
elisabeth.fasching@hvb.sozvers.at



erstellt von:

Mag.^a Monika Bauer

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP)
Standort: Linke Wienzeile 48-52, 1060 Wien
Firmensitz: Haideggerweg 40, 8044 Graz
Tel: 050 23 50 - 37942
monika.bauer@ifgp.at



Mag.^a (FH) Romana Beyer

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP)
Standort: Linke Wienzeile 48-52, 1060 Wien
Firmensitz: Haideggerweg 40, 8044 Graz
Tel: 050 23 50 - 37941
romana.beyer@ifgp.at



in Zusammenarbeit mit:

Mag.^a Barbara Kraus-Neidhart

Sozialversicherungsanstalt der Bauern
Ghegastraße, 1030 Wien
Tel: 01 797 06 - 2321
barbara.kraus@svb.at



Willibald Moik, MSc

Nö. Gebietskrankenkasse
Kremser Landstraße 3, 3100 St. Pölten
Tel.: 050 899 - 5152
willibald.moik@noegkk.at



Albert Strehn

SVA der gewerblichen Wirtschaft
Landesstelle Eisenstadt
Osterwiese, 7000 Eisenstadt
Tel: 02682 62531 - 2350
albert.strehn@sva.sozvers.at



Inhaltsverzeichnis:

Executive Summary	9
1 Der demografische Wandel	15
2 Strategien für gesundes und aktives Altern	18
2.1 Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere Menschen international	18
2.2 Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere Menschen in der EU	19
2.3 Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich	25
3 Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50 – Definition	31
3.1 Definition von altern, gesund Altern, Aktiv Altern	31
3.2 Definition von Gesundheitsförderung und Prävention	32
3.3 gesundheitliche Dimensionen von Gesund und aktiv Altern	34
4 Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50 – Leitlinien	36
4.1 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Interdisziplinarität	36
4.2 Settingorientierte Gesundheitsförderung und Prävention mit Älteren Menschen	38
4.3 Die Zielgruppe und ihre Unterschiedlichkeit.....	42
4.4 Zielgruppe sozial benachteiligte Menschen	44
4.5 Zielgruppe Frauen und Männer	45
4.6 Akteure für Gesundheitsförderung und Prävention – die Stakeholder, Vernetzung und Aufbau von Partnerschaften	46
4.7 Partizipation	48
4.8 Empowerment – Ermächtigung – Stärkung	49
4.9 Evaluation	51
4.10 Nachhaltigkeit.....	52
5 Der Maßnahmenkatalog	55
5.1 Ziel des Maßnahmenkatalogs.....	55
5.2 Themen für Gesundheitsförderung mit Frauen und Männern ab 50.....	55
5.3 Wissenschaft und Forschung	56
5.4 WHO-Strategie	57
5.5 Die Praxisprojekte	57
5.6 Auswahl der Projekte nach Sozialversicherungsrelevanz	58
6 Themen der Gesundheitsförderung und Prävention	60
6.1 Ernährung	60
6.2 Bewegung	69
6.3 Fall/Unfall/Sturzvermeidung.....	106
6.4 Alkohol und Tabak.....	118
6.5 Soziales Kapital.....	121
6.6 Mentale Gesundheit	154
6.7 Medikamentengebrauch	164
6.8 Ruhestand und Vorruhestand.....	168
6.9 Erweiterte Gesundheitsförderung und Prävention	176
6.10 Projektübersicht.....	185
ANHANG	200
Stakeholderanalyse	200

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1 „Wohlschmeckendes Leben“	64
Tabelle 2 „Gemeinsam Wohlfühlen – Bewegungs- und Ernährungskurs für Migrantinnen aus der Türkei“	65
Tabelle 3 „Gesunde Ernährung im Alter“	67
Tabelle 4 „Verbesserung der Ernährung von SeniorInnen als unterstützender Faktor ihres generellen Gesundheitszustandes“	67
Tabelle 5 „Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten Älterer in Frydek-Mistek und Umgebung“	67
Tabelle 6 „Die Beteiligung und Rolle älterer Ehrenamtliche bei der Förderung einer gesunden Ernährung für die Prävention koronarer Herzerkrankungen“	67
Tabelle 7 „Ein Herz für Wien“	68
Tabelle 8 „Enns gemeinsam gesünder- Wir beugen vor!“	68
Tabelle 9 „Aktiv und Gesund im Generationenverbund“	72
Tabelle 10 „Big! Move“	74
Tabelle 11 „SIMA – PLUS: Projekt zur Weiterentwicklung und Konsolidierung des Trainingsprogramms ‚Selbstständig im Alter‘ (SIMA)“	76
Tabelle 12 „Ein Leben lang beweglich sein“	77
Tabelle 13 „Kognitive Trainings und physische Fitnessprogramme für ältere Menschen“	78
Tabelle 14 „Auswirkung der Tanztherapie auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von BewohnerInnen von SeniorInneneinrichtungen“	80
Tabelle 15 „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“	82
Tabelle 16 „Fit für 100“	84
Tabelle 17 „Bewegungsprogramm für SeniorInnen“	85
Tabelle 18 „Implementierung eines Bewegungsprogramms für Menschen im dritten Lebensabschnitt aus Thessaloniki“	86
Tabelle 19 „Bewegen mit Freude: Flash! – Bewegungskampagne für Menschen 55+“	88
Tabelle 20 „Gesund und Vital für ältere Menschen aus der Türkei“	89
Tabelle 21 „Mobilität für Gesundheit“	91
Tabelle 22 „Turnsäle für Ältere“	93
Tabelle 23 „Geh weiter“	95
Tabelle 24 „Spaziergänger aus Hambleton gehen für Gesundheit“	97
Tabelle 25 „Sesselgestütztes Übungsprogramm“	98
Tabelle 26 „Betreutes und Animiertes Bewegen“	99
Tabelle 27 „Fit fürs Leben“	101
Tabelle 28 „Jung.Alt.Werden“	102
Tabelle 29 „Ein Programm körperlicher Erholung für ältere Menschen“	103
Tabelle 30 „Groningen Aktive Leben – Modell (GALM)“	103
Tabelle 31 „Bundesmodellprojekt Richtig Fit ab 50“	103
Tabelle 32 „Gesund älter werden im Stadtteil“	104
Tabelle 33 „Herzschlag Limburg“	104
Tabelle 34 „Aktiv älter werden - Set in motion Fifty and fit / Fit fifties senior motion“	104
Tabelle 35 „Erholungsaufenthalt für Senioren“	105
Tabelle 36 „Lebensqualität und Gesundheit im Alter – ‚SilverKids‘“	105
Tabelle 37 „alt.Jung.Sein – Lebensqualität im Alter“	105
Tabelle 38 „Der Gesundheitspass“	105
Tabelle 39 „Kurzprogramm für die Rehabilitation älterer Menschen durch Gleichgewichtstraining“	109
Tabelle 40 „Ausbildung zur Prävention und Reduktion von Wirbelsäulenerkrankungen im Alter“	110
Tabelle 41 „Positive Aktionen gegen Unfälle: Ein Ansatz durch Ausbildung Gleichaltriger“	112



Tabelle 42 „Warrington Unfallmanagement und Präventionsservice“	113
Tabelle 43 „Im Gleichgewicht bleiben“	115
Tabelle 44 „Initiative der Fallprävention mit Apotheken der Gemeinde“	116
Tabelle 45 „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“	116
Tabelle 46 „Sicher Gehen über 60“	116
Tabelle 47 „Gesundes Altern“	116
Tabelle 48 „Besser in Balance“	117
Tabelle 49 „Sicherheit und Gesundheit für Senioren“	117
Tabelle 50 „Aktionskreis Suchtprophylaxe. Arbeitsgruppe Seniorinnen“	120
Tabelle 51 „Streben nach gesundem Leben (AHL)“	126
Tabelle 52 „Los geht's“	128
Tabelle 53 „Teilnahme der ländlichen Bevölkerung an der Verbesserung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens“	130
Tabelle 54 „Das gut altern England Projekt“	131
Tabelle 55 „Psychosoziale Gruppenrehabilitation für ältere, einsame Menschen“	132
Tabelle 56 „Keine Angst vor einem gesunden Älterwerden“	133
Tabelle 57 „+ Plus Leben“	135
Tabelle 58 „Leben zu den Jahren hinzufügen und aktiv bleiben: Gesundes Altern“	137
Tabelle 59 „PASEO – Aufbau strategischer Kapazitäten für Gesundheitsförderung“	138
Tabelle 60 „Favoritner mit Herz“	140
Tabelle 61 „Reifer Lebensgenuss – ein Projekt für und mit Menschen 50+“	142
Tabelle 62 „sALTo – Gut und selbstbestimmt älter werden im Stadtteil“	144
Tabelle 63 „Selbsthilfegruppen für ältere Menschen in der Gemeinde“	145
Tabelle 64 „Selbsthilfegruppen für ältere Menschen“	145
Tabelle 65 „Von den PatientInnen zu den ExpertInnen“	145
Tabelle 66 „Unterstützende Nachbarschaft“	145
Tabelle 67 „Bromley-by-Brow Center“	146
Tabelle 68 „Finanzielle Unterstützung für Organisationen um generationenübergreifende Aktivitäten zu unterstützen“	146
Tabelle 69 „Aktiver Lebensabend“	146
Tabelle 70 „Lebenswerte Lebenswelten“	146
Tabelle 71 „Reife Äpfel“	147
Tabelle 72 „Selbsthilfegruppen für schwule Männer 50+“	147
Tabelle 73 „Internetgemeinschaft ‚50plusnet‘“	147
Tabelle 74 „Scotland Braveheart“	147
Tabelle 75 „Wohlbefinden für ältere Menschen“	148
Tabelle 76 „ONLUS Selbstmanagement von Leistungen und Aktionen“	148
Tabelle 77 „Die Helpline für ältere Menschen“	148
Tabelle 78 „SMZ Liebenau – Seniorenplattform“	148
Tabelle 79 „Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen – Das Göppingen Projekt“	149
Tabelle 80 „Ich bin 65+ und glücklich ein gesundes Leben zu führen“	149
Tabelle 81 „Schule für aktives Altern“	149
Tabelle 82 „Coach für das dritte Lebensalter“	149
Tabelle 83 „Stirling Gesundheitsförderungsprojekt“	150
Tabelle 84 „Gesunde Region North Bohemia – Gib Jahre zum Leben und Leben zu den Jahren“	150
Tabelle 85 „Anders Altern in Radenthein“	150
Tabelle 86 „Ältere als Protagonisten der Gegend“	150
Tabelle 87 „Aktivierung von älteren MitbürgerInnen“	151
Tabelle 88 „Spurwechsel im dritten Lebensalter“	151
Tabelle 89 „LENA – Lernen in der nachberuflichen Phase“	151
Tabelle 90 „LIMA – Lebensqualität im Alter“	151
Tabelle 91 „Alt hilft Jung, Jung hilft Alt“	151
Tabelle 92 „Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung“	152



Tabelle 93 „Gesundheitszentrum für Ältere“	152
Tabelle 94 „Erfolgreiches Altern“	152
Tabelle 95 „Plan 60 – Gesundheitsförderung für Ältere im urbanen Setting“	153
Tabelle 96 „JA!Jetzt Aktiv“	153
Tabelle 97 „Kleeblatt“	153
Tabelle 98 „Programm zum Verständnis und Schutz der Gesundheit“	157
Tabelle 99 „Ältere Frauen und mentale Gesundheitsförderung“	158
Tabelle 100 „Gedächtnistraining, gemeinsam und individuell“	160
Tabelle 101 „SeniorInnentheater“	162
Tabelle 102 „Teilen und Umsorgen“	162
Tabelle 103 „Erzählcafé für ältere Bürgerinnen und Bürger von Görlitz“	162
Tabelle 104 „Clowns in SeniorInnenheimen“	162
Tabelle 105 „Frauenherbst“	163
Tabelle 106 „Chronischer Schmerz von Älteren“	166
Tabelle 107 „Brauchen wir wirklich so viele Medikamente im Alter“	167
Tabelle 108 „Arzneimittel-Sicherheitsgurt“	167
Tabelle 109 „Vorbereitung auf das spätere Leben“	171
Tabelle 110 „Erfolgreiches Altern“	172
Tabelle 111 „In Erwartung der goldenen Jahre“	174
Tabelle 112 „Smarte Region – Altersmanagement in innovativen Regionen“	174
Tabelle 113 „Gesundheitsmaßnahmen 50 plus“	175
Tabelle 114 „GeVital“	175
Tabelle 115 „Gesundes und Aktives Altern Radevormwald ‚aktiv55plus‘“	179
Tabelle 116 „Gesundes Altern“	181
Tabelle 117 „Geh ma’: Gesundheit macht alt“	182
Tabelle 118 „Die Spinne und das Netz“	184



Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1 demografische Entwicklung in Österreich	16
Abbildung 2 Durchgeführte Gesundheitsförderungsprojekte in Österreich.....	31
Abbildung 3 Gesundheitsförderung und Prävention.....	34
Abbildung 4 Determinantenmodell der Gesundheit, Dahlgren und Whithead, 1991	36
Abbildung 5 ausgewählte Stakeholder in Österreich.....	48



Die Fotos im Maßnahmenkatalog sind im Rahmen des Projekts „Anders Altern in Radenthein“ und der Projekte der SVB entstanden. An dieser Stelle herzlichen Dank an die Frauen und Männer, die in den Projekten teilgenommen haben.

Executive Summary

Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen

In vielen Ländern der industrialisierten Welt altert die Bevölkerung. Bis zum Jahr 2030 werden weltweit eine Milliarde Menschen – in Österreich 2,7 Millionen - über 60 Jahre alt sein (vgl. Seniorenbericht 1999/2001). Wenngleich die Steigerung der Lebenserwartung der Bevölkerung eine erfreuliche Bilanz darstellt, stellt sie andererseits das Gesundheitssystem vor bisher nicht gekannte Herausforderungen. Eine rein versorgungszentrierte Gesundheitspolitik greift zu kurz. Eine moderne Gesundheitspolitik orientiert sich an der Optimierung der Versorgungsprozesse sowie an der Stärkung einer gesundheitsorientierten Gesamtpolitik. Die Sozialversicherung hat Gesundheitsförderung und Prävention als Pflichtleistung gesetzlich verankert. Der Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitssystem wird dennoch zu gering eingeschätzt. Vor dem Hintergrund der Entwicklung, dass die - durch die chronischen Erkrankungen verursachten direkten und indirekten - Kosten ständig ansteigen, ist hier ein Umdenken notwendig. Die durch chronische Erkrankungen verursachten Belastungen sind zum Teil vermeidbar, da Risikofaktoren wie inadäquate Ernährung und mangelnde körperliche Aktivität bekannt und veränderbar sind.

Die Sozialversicherung

Die Sozialversicherung als strategischer Akteur im Gesundheitssektor – neben dem Bund und den Ländern – hat entsprechend ihrer strategischen Ausrichtung „Länger leben bei guter Gesundheit“ und in Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bereits erste Initiativen gesetzt.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zielen darauf ab die Gesundheit der Bevölkerung positiv zu beeinflussen. Die Wirkungsweise der Interventionen ist jedoch äußerst komplex und nicht mittels Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang erklärbar. Deutlich lässt sich dagegen sagen, dass eindimensionale Interventionskonzepte, die sich nur auf das Verhalten der einzelnen Personen beziehen, langfristig weniger erfolgreich sind, als Programme bei denen die Lebenswelt, in der die Menschen „leben, arbeiten und lieben“, einbezogen wird. Für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit, sind Maßnahmen auf Ebene der gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, Maßnahmen auf Ebene der Lebensräume sowie auf Ebene der Individuen notwendig.

Diesem Grundverständnis entsprechend setzt sich die Sozialversicherung in der Prioritätensetzung 2009 bis 2013 für die Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen das Ziel, einen integrierten Gesundheitsförderungsansatz für diese Zielgruppe vorzulegen und umzusetzen. Die Ausgangslage sieht folgender Weise aus: Spezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen wurden innerhalb der Sozialversicherungsträger nur sehr vereinzelt und meist schwerpunktmäßig im Bereich der Unfallprävention gesetzt. Nicht zuletzt auf Grund der demografischen Entwicklung ist gerade die Zielgruppe der älteren Menschen, die aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, eine für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bedeutende Zielgruppe. Eine

Trägerabfrage ergab, dass 6 Träger bereits Initiativen für Gesundheitsförderung mit älteren Menschen unterschiedlichen Umfangs setzen, sich daran beteiligen oder unterstützen.

Ziel der vorliegenden Arbeit

Basierend auf nationalen und internationalen Strategien und Praxisprojekten (models of good/best practice) und unter Berücksichtigung der Ist-Situation in Österreich werden strategische Ansatzpunkte für eine österreichweite Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention, sowie Leitlinien für die erfolgreiche Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen dargestellt. Im Praxisteil galt es Handlungsfelder zu definieren und konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Handlungsmöglichkeiten werden auf der Makroebene (gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen), der Mesoebene (Lebensräume der Zielgruppe) und der Mikroebene (Individuum) dargestellt. Mit Hilfe von strategischen Handlungsempfehlungen und praktischen Handlungsanleitungen sowie konkreten Maßnahmenvorschlägen soll Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen ganzheitlich und nachhaltig gefördert, die Lebensqualität und die Gesundheit der Zielgruppe gesteigert werden und gesundheitsförderliche Lebenswelten geschaffen werden.

Handhabung der vorliegenden Arbeit - Strategie, Leitlinien und Praxis

Im Teil 1 (Kapitel 2) werden vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und den sich daraus abzuleitenden Anforderungen für das Gesundheitssystem die **Strategien für gesundes und aktives Altern international und national** dargestellt. Die internationalen Strategien für gesundes Altern leiten sich von den Ursprungsdokumenten der Gesundheitsförderung der WHO (1978, 1986) ab. In zahlreichen wissenschaftlichen Dokumenten nimmt gesundes Altern einen großen Stellenwert ein. Im Zuge der zweiten UN-Weltversammlung zu Altersfragen brachte die UNO im Jahr 2002 den *Madrid international plan of action on ageing* heraus. Dazu leistete die WHO (2002) ihren Beitrag mit dem *active ageing policy framework*. Dieser gibt einen politischen Rahmen für Aktionen zur Förderung des aktiven Alterns vor und liefert konkrete Anregungen für wichtige politische Maßnahmen, welche als Grundlage für die Ergreifung spezifischer Schritte auf regionaler, nationaler und lokaler Ebene dienen sollen. Dieser politische Rahmen dient in der vorliegenden Arbeit den ExpertInnen der Gesundheitsförderung als strategische Basis für die Überlegungen im Bereich der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen und liefert konkrete Anregungen für die Ergreifung spezifischer Schritte.

Auf europäischer Ebene finden Initiativen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen ihre rechtlichen Grundlagen in Artikel 152 des EU-Vertrages über Gesundheitsschutz für alle BürgerInnen, in den strategischen Prioritäten bis 2010 aus der Lissabon Strategie und in verschiedenen EU-Leitlinien u.a. über Altersdiskriminierung und demographischen Wandel. Im Rahmen des ersten Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) finanzierte die Europäische Kommission zwischen 2004 und 2007 das dreijährige Projekt *Healthy Ageing*. Es wurde eine Sammlung aller in den Mitgliedstaaten national gesetzten Methoden zur Förderung gesunden Alterns erstellt. Zusammenfassend wird der Status der europäischen Gesundheitspolitiken wie folgt beschrieben: die meisten europäischen Länder haben politische Leitlinien für gesundes Altern, aber wenige vergeben

zweckgebunden Mittel für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Im Projekt *Healthy Ageing* wurden **Grundsätze und Empfehlungen** für gesundes Altern in den Bereichen **Politik, Wissenschaft und Praxis** entwickelt, welche sich im Kapitel 2 finden und als Ansatzpunkte für eine Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich dienen.

In Österreich gibt es vereinzelt Initiativen es fehlt jedoch an einer Gesamtstrategie.

Im Teil 2 wird ein **Maßnahmenkatalog** angeführt, der sich aus Praxisprojekten der internationalen Projekte *Healthy Ageing* (14 Good Practice Projekte) und *healthPROelderly* (166 Good und Best Practice Projekte) und aus der *AGE Europäische Plattform für SeniorInnen* (9), sowie in Österreich recherchierten Projekten (30) und Projekten der Sozialversicherung (15) zusammensetzt. Die Projekte wurden im Projektteam auf ihre Umsetzbarkeit durch die Sozialversicherung überprüft. Es wurden 118 Projekte ausgewählt, die in der Langversion oder einer Kurzversion im Maßnahmenkatalog beschrieben sind.

Vorrangiges Ziel des Maßnahmenkatalogs ist es eine Basis für die strategische und praktische Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Projekten zu bieten. Auf der Ebene der **Verhaltensveränderung** der einzelnen Individuen geht es um die Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins der Frauen und Männer. Durch Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention soll die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensräumen und ein gesunder Lebensstil gefördert werden und damit Gesundheit und Wohlbefinden erhöht werden. Auf der Ebene der **Verhältnisveränderung** von Settings und Lebenswelten geht es darum gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse, Lebenswelten zu schaffen, in denen gesundes und aktives Altern ermöglicht wird.

Vor dem Hintergrund von **evidenzbasierter Literatur** über gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen mit der Zielgruppe der älteren Menschen stehen den GesundheitsexpertInnen der Sozialversicherungsträger die Praxis-Erfahrungen von anderen ProjektmacherInnen in diesem Bereich zur Verfügung. Thematisch werden die Bereiche: Ernährung, Bewegung, Tabak und Alkohol, mentale Gesundheit, soziales Kapital, Unfall/Sturzvermeidung, Medikamentenmissbrauch und Ruhestand/Vorruhestand behandelt.

Die **Projektdarstellungen** bieten eine Grundlage für die Planung und Gestaltung von Projekten. Die **strategischen Handlungsempfehlungen** bilden die Basis, um im Sinne einer umfassenden Public Health Strategie Gesundheitsförderung und Prävention mit der Zielgruppe der älteren Menschen durch die Sozialversicherungsträger zu etablieren. Der dafür notwendige Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen, kann nur als Gemeinschaftsaufgabe unter Beteiligung aller relevanter Verantwortlichen erfolgreich sein. Die **Leitlinien** stellen die Voraussetzung für eine adäquate Vorgangsweise im Feld der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen dar und dienen der Qualitätssicherung der Planung und Umsetzung von Projekten. Die Leitlinien richten sich auch an Stakeholder, wie nationale und regionale Politikverantwortliche, Institutionen und Organisationen, die Maßnahmen und Gesundheitsförderungsprogramme mit älteren Menschen umsetzen sollen.

Dem Maßnahmenkatalog ist im Teil 1 (Kapitel 3) eine Skizzierung der Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50 vorangestellt. Die **Dimensionen von gesund und aktiv altern** sind vielfältig und liegen im Verantwortungsbereich des Einzelnen und der Gesellschaft. Die Faktoren, die den Gesundheitszustand von Individuen und Bevölkerung

bestimmen werden von der WHO als „das Spektrum an persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren“ definiert. Neben regelmäßiger körperlicher und kognitiver Aktivität ist die Ernährung ein wichtiger Aspekt für Gesundheit im Alter. Für den Erhalt der psychischen, aber auch der körperlichen Gesundheit im Alter, ist die Einbettung in ein funktionierendes soziales Netzwerk sowie enge, vertrauensvolle und adäquat unterstützende Beziehungen wichtig. Mangelnde soziale Unterstützung stellt im Alter insbesondere bei sozial benachteiligten Menschen eine wesentliche Barriere für körperliche Aktivität, aber auch in der Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung dar. Die aktive Gestaltung des „Dritten Lebensalters“ ist eine weitere Dimension von Gesundheit, die den älteren Menschen hilft aktiv und gesund zu altern indem sie durch Selbst- und Mitgestaltung ihrem Leben Sinn verleihen. Die Aktivierung älterer Menschen zur Selbsthilfe ist ein Schlagwort, welches sich orientiert an den kompetenten SeniorInnen, die ihre Zeit aktiv gestalten und ihre Fähigkeiten für gesellschaftliche Belange einsetzen wollen. Die Realisierung zielgruppenadäquater Prävention und Gesundheitsförderung für ein aktives Altern mit hinreichenden und abgestimmten Maßnahmen in der Fläche ist abhängig von gesellschaftlichen, strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Ebenso ist die **Zielgruppe der Frauen und Männern ab 50** heterogen und vielfältig. Die Frauen und Männer befinden sich in unterschiedlichem Lebensalter sowie unterschiedlichen Lebenssituationen und Lebensgeschichten. Eine eindeutige Festlegung wann jemand als „alt“ oder „älter“ gilt, lässt sich nicht machen. Es wird bei den Altersgruppen, beim gesundheitlichen Zustand oder bei den Lebensphasen angesetzt. Für die Auswahl an Interventionen empfiehlt sich ein zielgruppenorientierter Zugang, der die Lebenssituation und den gesundheitlichen Zustand der Zielgruppe berücksichtigt. Im Kapitel 4 wird ein Versuch einer groben Gliederung dargestellt, die für die Auswahl von gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen dienlich sein kann und sich an den Vorschlägen der WHO orientiert.

Die Potentiale von Gesundheitsförderung und Prävention liegen insbesondere in der stärkeren Berücksichtigung **sozial benachteiligter Menschen**, wobei es sich bislang so verhält, dass diese Zielgruppe die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention besonders wenig nutzt. Die Wichtigkeit bei dieser Zielgruppe anzusetzen, ist unumstritten, da der kausale Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und gesundheitlicher Ungleichheit vielfach belegt ist.

Ebenso von Bedeutung ist das **Geschlecht**, das Auswirkungen auf die Gesundheit und Krankheitsverläufe hat. Das Wissen über die unterschiedlichen biologischen und sozialen Aspekte des Alterns von Frauen und Männern ist noch mangelhaft. Ganz klar kann jedoch gesagt werden, dass Frauen in höherem Maße gefährdet sind, im Alter zu verarmen. Die Integration von Gender Perspektiven in gesundheitspolitische Entscheidungen ist auf Grund der Tatsachen, dass das „Alter weiblich ist“, es geschlechterspezifische Unterschiede im Gesundheitswesen (Gendermedizin, Gesundheitsverhalten und –bewusstsein, Vorsorge, Pflege, etc.) gibt, die demografischen Veränderungen weitere Ungleichheiten hervorbringen werden, die Pflege der älteren Menschen in Frauenhand liegt und es Unterschiede im Mobilitäts- und Verkehrsverhalten gibt, eine notwendige Voraussetzung für mehr Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern.

Eine Voraussetzung mittels Gesundheitsförderung und Prävention auf die Gesundheit der Menschen einwirken zu können, ist, sie in ihren **sozialen Lebenswelten** zu erreichen, dort wo sie „arbeiten, leben und lieben“. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass neben den persönlichen gesundheitlichen Verhaltensweisen die strukturellen Bedingungen einen großen Einfluss auf die Gesundheit haben. Die Gesundheit wird durch strukturelle Rahmenbedingungen beeinflusst und die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen kann diese positiv beeinflussen.

Der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen zielt auf den Ansatz der **settingorientierten Gesundheitsförderung** ab. Der Setting-Ansatz verfolgt einen ganzheitlichen, system- bzw. verhältnispräventiv orientierten Zugang. Nicht das Individuum, sondern die sozialen Systeme sind Gegenstand der gesundheitsförderlichen Intervention. Der Setting-Ansatz eröffnet auch einen Zugang zu sozial marginalisierten Bevölkerungsgruppen, die als jene Gruppe mit dem höchsten Bedarf an gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen betrachtet werden können.

In der Sozialversicherung werden gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen zunächst im Setting Betrieb und Schule umgesetzt, wodurch junge und erwerbstätige Menschen erreicht werden. Ältere Menschen sind in den Settings Gemeinde, Familie, Nachbarschaft sowie in anderen Verbänden und Einrichtungen, in denen diese „arbeiten, leben und lieben“, anzutreffen. Die Umsetzung des Setting-Ansatzes ist hier schwieriger, da diese Settings weniger gut gestaltbar und beeinflussbar sind wie das Setting Schule und Betrieb. In der *Ottawa-Charta* werden jedoch gerade auch diese nachbarschaftlichen, gemeindebasierten Strukturen des alltäglichen Lebens als Gegenstand der gesundheitsförderlichen Entwicklung benannt.

Aus der settingorientierten Gesundheitsförderung lassen sich Schlüsselemente, wie die Vermittlung von **Lebenskompetenzen (Empowerment), Partizipation, Involvierung von Stakeholdern, Vernetzung, Nachhaltigkeit und Strukturentwicklung** ableiten.

Die gesundheitsförderliche Arbeit im Setting zeigt auf, dass die Strategie der sektorübergreifenden Zusammenarbeit unabdingbar ist um Gesundheitsförderung und Prävention erfolgreich umzusetzen. Das Setting, die Lebens(um)welt beeinflusst die Gesundheit der Bevölkerung/der Bevölkerungsgruppe und schließt neben der gesundheitlichen Umwelt, die technische Umwelt, die klimatische Umwelt, die bauliche Umwelt und mehr mit ein. Nur durch sektorübergreifende Zusammenarbeit ist gewährleistet, dass ganzheitlich die Gesundheit der Bevölkerung/Bevölkerungsgruppen erhalten und verbessert werden kann.



TEIL 1

Strategische Handlungsempfehlungen

1 Der demografische Wandel

In vielen Ländern der industrialisierten Welt altert die Bevölkerung. Gesundheitspolitisch ist diese Entwicklung erfreulich – maximal lange Lebenserwartung für alle Geborenen. Ab dem Jahr 2000 wird der Anteil der älteren Menschen weiter zunehmen und bis zum Jahr 2030 wird weltweit eine Milliarde Menschen über 60 Jahre alt sein – und in Österreich werden dies 2,7 Millionen sein (Seniorenbericht 1999/2001). In Österreich wird der SeniorInnen-Anteil demgemäß bei 33% liegen, was doppelt so hoch ist, wie der Anteil Mitte des 20. Jahrhunderts. Dieser Bevölkerungszuwachs wird zumeist in Zusammenhang mit der Problematik einer überalterten Gesellschaft gesehen, in der der Anteil der älteren Menschen höher ist, als der Anteil der jungen Menschen. Diese Aufteilung stellt neue Anforderungen an den Generationenvertrag, der sich definiert als ein fiktiver gesellschaftlicher Konsens darüber, dass sozialversicherungspflichtige Erwerbstätige mit ihren Beiträgen die Leistungen der Rentner finanzieren (Krankenversicherung, Pensionsversicherung) (Güntert, 2009). Die Voraussetzungen sind, dass die Belastungen in einem vernünftigen Verhältnis stehen. Kamen im Jahr 1900 zwölf BeitragszahlerInnen auf eine/n RentnerIn, so waren dies im Jahr 1990 nur mehr drei BeitragszahlerInnen pro RentnerIn und im Jahr 2050 werden es nur mehr zwei BeitragszahlerInnen pro RentnerIn sein.

Diese Entwicklung wirkt sich in finanzieller und sozialer Hinsicht auf die Gesellschaft aus. Die finanziellen Herausforderungen stellen sich wie folgend dar: die Kosten des Gesundheitswesens werden auf über 15% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) steigen und andere gesellschaftliche Bereiche werden verlieren; neue Finanzierungsmodelle und Finanzierungsquellen werden erforderlich; eine langfristige Perspektive der Finanzierung unabdingbar; Einsparungen müssen erzielt und Anreize für die Optimierung im Ressourceneinsatz bzw. für Einsparungen bei der Nachfrage geschaffen werden. Die arbeitsmarktlichen Herausforderungen sind: die Förderung der Attraktivität des Arbeitsplatzes Gesundheitswesens; die Steigerung der Anforderungen an personale Dienstleistungen - MitarbeiterInnen brauchen Fach- und Sozialkompetenz; die Steigerung der Ausbildungsplätze; die Entwicklung neuer Arbeitsformen und –strukturen u.a. mehr Laienarbeit (Güntert, 2009).

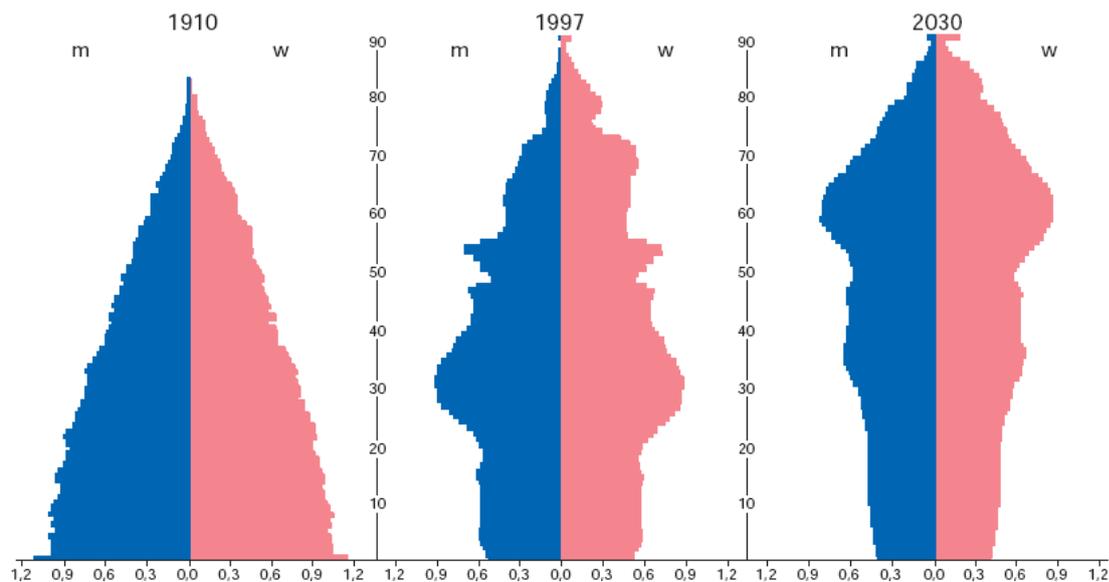
Die Chancen für die älteren Menschen und für die Gesellschaft liegen in der Verschiebung des Rentenalters, in der Stärkung der Solidarität zwischen den „mobilen Alten“ und den „Hilfs- und pflegebedürftigen Alten“; in der Entwicklung von neuen Arbeitsformen auch in der Wirtschaft, und neuen Wohn- und Lebensformen für ältere Menschen sowie in der Entwicklung neuer Unterstützungsnetze die über die engere Familie hinausgehen und regional angepasst werden müssen (Güntert, 2009). Weitere positive Auswirkungen dieser Entwicklung auf gesellschaftlicher Ebene sind, dass ältere Menschen oft ein gefestigtes Selbst-Konzept haben, sie ihr Leben klar sehen und mit ihrem Leben zufriedener als jüngere Menschen sind. Die entsprechende Förderung und Stärkung der Ressourcen, Interessen und Aktivitäten der älteren Menschen spielt dabei eine wichtige Rolle.

Auf der Ebene der politischen Mitsprache wird diesen Entwicklungen in ersten Ansätzen Rechnung getragen. Ältere Menschen sollen durch die neue „SeniorInnenpolitik“ unterstützt und motiviert werden, ihre Interessen selbst zu artikulieren, sich selbst zu engagieren. Nicht

länger vertretbar ist, dass die größte Bevölkerungsgruppe von der aktiven Politik ausgeschlossen bleibt und ihre Interessensorganisationen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Eine wichtige Grundlage dafür wurde mit dem Bundes-SeniorInnengesetz 1998 gelegt, gleichzeitig wurden Beratung, Betreuung und Information von älteren Menschen durch SeniorInnenorganisationen sichergestellt.

Einen weiteren wichtigen Beitrag leistet die Gesundheitspolitik. Neben der Sicherstellung der bestmöglichen medizinischen Versorgung nimmt der gesundheitsförderliche und präventive Gedanke eine bedeutende Rolle ein, wenn es darum geht ein gesundes und aktives Leben zu führen. Stellen die demografischen und technologischen Entwicklungen das Gesundheitssystem vor bisher nicht gekannte Herausforderungen, so wird die Aufgabe darin bestehen, alles zu unternehmen, um die Gesundheit der gesamten Bevölkerung nachhaltig zu fördern, unabhängig von sozialökonomischen Faktoren. Gesundheitsförderung und Prävention wird in der modernen Gesundheitspolitik, die sich an einer umfassenden Public-Health-Strategie orientiert, als eine wichtige Stoßrichtung gesehen (Prioritätensetzung der Sozialversicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention 2009 bis 2013).

Hintergrund der demografischen Entwicklung ist die erhöhte Lebenserwartung im fortgeschrittenen Alter mit schnellem Anwachsen der ältesten Bevölkerungsgruppen, insbesondere der 80-Jährigen, die höhere Lebenserwartung von Frauen und die Verringerung der altersspezifischen Mortalitätsraten wichtiger chronisch-degenerativer Erkrankungen wie Schlaganfall oder ischämische Herzkrankheit (Schwartz, Badura, Busse, Leidl, Raspe, Siegrist, Walter, 2003). Lag die Lebenserwartung 1998 bei 74,6 Jahren bei Männern und bei 80,9 Jahren bei Frauen, so erreichte sie Anfang des 19. Jahrhunderts kaum 35 Jahre. Wo die Grenzen des Älter-Werdens liegen und wann sie erreicht werden, ist wissenschaftlich noch umstritten. Es lässt sich jedoch aussagen, dass Langlebigkeit und Hochaltrigkeit ein – vor allem für Frauen – fixer Bestandteil geworden sind (SeniorInnenbericht 1999/2001).



Quellen: Volkszählung 1910; Bevölkerungsfortschreibung des ÖSTAT; Bevölkerungsschätzung des ÖSTAT 1998 – 2050 (mittlere Variante)

Abbildung 1 demografische Entwicklung in Österreich

Als eine Besonderheit der demografischen Entwicklung stellt sich dar, dass vor allem die Gruppe der „sehr alten“ stark wachsen wird. Die Entwicklung in Österreich wird laut ÖSTAT (siehe Abbildung 1) folgend prognostiziert: die Zahl der 75- bis 85-Jährigen wird sich im Jahr 2035 mit rund einer Million mehr als verdoppelt haben (heute 400.000) und die Zahl der Hochbetagten über 85 Jahre wird sich von 140.000 auf 500.000 bis 600.000 (je nach Entwicklung der Lebenserwartung) mehr als verdreifacht haben (SeniorInnenbericht 1999/2001).

Eng zusammenhängend mit der erhöhten Lebenserwartung ist die Entwicklung des Krankheitsspektrums der Gesellschaft. Signifikant ist der Zuwachs an chronisch-degenerativen Krankheiten. Gerade die Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen Beeinträchtigungen wird als der zentrale Ansatzpunkt für die zukünftige Gesundheit, Unabhängigkeit und Mobilität von älteren Menschen gesehen (Fries, 1997). Sie beziehen sich auf Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Osteoporose, Atemwegserkrankungen COPD - chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Inkontinenz und wichtige psychische Erkrankungen (Depression, bestimmte Demenzformen), aber auch Unfallverhütung, Vermeidung von Infektionskrankheiten und Pflegefehlern (Schwartz, et al., 2003).

Die Gesundheitsprobleme sind nach eigenem Einschätzen der Bevölkerung groß. In dem europäischen Survey *SHARE*¹ geben 40% der Befragten an, unter Bewegungseinschränkung zu leiden und fast 50% geben an, dass sie chronische Gesundheitsprobleme haben. Die meisten chronischen Krankheiten sind Arthritis, Diabetes und Herzkrankheiten. Viele der Befragten geben auch an, unter Bluthochdruck und hohem Cholesterin zu leiden, welche Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andere kardio-vaskuläre Erkrankungen darstellen. Die meisten Symptome die angegeben werden, sind Schmerzen, Schlafprobleme und angeschwollene Füße. (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2004). Die häufigste Todesursache der EU-Länder sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen (Alcser, Börsch-Supan, 2005).

Die wichtigsten Ursachen der chronisch-degenerativen Krankheiten sind in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen zu suchen sowie in den dadurch geprägten Verhaltensweisen. So können z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates inklusive Stürze allein durch die Einhaltung eines regelmäßigen körperlichen Trainings um die Hälfte verringert werden – beide sind verantwortlich für ein Drittel der Krankheitskosten und ein Viertel der Pflegekosten. Um ein Viertel ließen sich der Risikofaktor Bluthochdruck und damit Herzinfarkte und Schlaganfälle mit gesunder Ernährung reduzieren (Schwartz, et al., 2003). Dies macht deutlich, dass der Lebensstil und die sozialen und ökologischen Lebensbedingungen den Gesundheitszustand wesentlich mit beeinflussen.

Die Annahme ist berechtigt, dass das Ausschöpfen der Potentiale und Reservekapazität der älteren Menschen sich positiv auf den Alterungsprozess auswirkt. Vor diesem Hintergrund erhalten Gesundheitsförderung- und Prävention eine hohe Bedeutung für gesundes Altern und werden damit zu wichtigen Themen der Zukunft. Es besteht die Notwendigkeit das Wissen über gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen für ältere Menschen zu

¹ Im europäischen Survey, Share (2004) wurden ca. 22000 Personen, Alter 50 und darüber in 11 Europäischen Ländern von Skandinavien bis in den Mittelmeerraum nach individuellen Lebensumständen befragt.

erhöhen, um die Gesundheit und die Lebensqualität in den späteren Jahren zu erhalten. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch etwas tun kann, um gesund zu altern. Die Sicherstellung der dafür notwendigen Angebote, Leistungen und strukturellen Bedingungen sind Aufgabe des Gesundheitssystems.

2 Strategien für gesundes und aktives Altern

2.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION FÜR ÄLTERE MENSCHEN INTERNATIONAL

Internationale Strategien für gesundes Altern leiten sich von den Ursprungsdokumenten der Gesundheitsförderung, der *Deklaration von Alma-Ata* (WHO 1978) und der *Ottawa Charta* (WHO 1986) ab. Weiterentwickelt in der *Bangkok Charta* (WHO 2005) für Gesundheitsförderung in der globalisierten Welt bleibt Gesundheitsförderung als gesundheitspolitischer Ansatz von Bedeutung. In zahlreichen wissenschaftlichen Dokumenten zum Thema „Aktives Altern“ nimmt gesundes Altern einen großen Stellenwert ein (Swedish National Institute of Public Health, 2007).

Ein wachsendes Bewusstsein für die Herausforderungen des demographischen Wandels führten zur Anwendung des Gesundheitsförderungsmodells in der Alterspolitik auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene. Unter den internationalen Organisationen publizieren die WHO und die UNO Dokumente für gesundes Altern basierend auf dem Grundprinzip Gesundheitsförderung.

Gesundes Altern ist in den *Gesundheitszielen der WHO für Europa (WHO 21)* Ziel fünf. „Die Gesundheitspolitik sollte die Menschen darauf vorbereiten – durch systematisch geplante Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge während der gesamten Lebensspanne – bis ins Alter gesund zu bleiben. Soziale, Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten können zusammen mit körperlicher Betätigung die Gesundheit, das Selbstwertgefühl, die Unabhängigkeit älterer Menschen und ihren aktiven Beitrag zum Gesellschaftsleben erhöhen. Innovative Programme zur Bewahrung der Körperkraft und zur Korrektur von Seh- und Hörschäden sowie Bewegungseinschränkungen bevor diese zur Abhängigkeit führen, sind ein besonders wichtiger Aspekt. Gesundheits- und Sozialdienste auf Gemeindeebene sollten häusliche Dienste zur Unterstützung alter Menschen im Alltagsleben sicherstellen und die Erfordernisse und Wünsche alter Menschen in Bezug auf Wohnunterkunft, Einkommen und andere Faktoren, die ihre Autonomie und soziale Produktivität verbessern, sollten stärker berücksichtigt werden“ (WHO, 1998).

Im *Healthy Cities programme* (WHO 1986) war gesundes Altern Kernthema der Phase IV von 2003-2008 mit dem Ziel, einen politischen Konsens zu erzielen, Strategien und Planungsprozesse einzuführen, die die Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen sicherstellen. Strategien für gesunde Städte sollen eine positive Einstellung zum Thema Altern und ein besseres Verständnis zwischen den Generationen fördern sowie eine „Life-course-Perspektive“ mit der Berücksichtigung der Auswirkung der Lebenserfahrungen in jungen Jahren auf die Gesundheit im Alter beinhalten. In der Phase V (2009-2013) ist das

Ziel Gesundheit und soziale Gerechtigkeit von Gesundheit. Drei Themen werden fokussiert: versorgende und unterstützende Umgebungen, gesunde Lebensweise und gesunde Stadtplanung.

Im Zuge der zweiten UN-Weltversammlung zu Altersfragen brachte die UNO im Jahr 2002 den *Madrid international plan of action on ageing* heraus (Healthy Ageing a Challenge for Europe, 2007). Dazu leistete die WHO (2002) ihren Beitrag mit dem *active ageing policy framework*. Dieser gibt einen politischen Rahmen für Aktionen zur Förderung des aktiven Alterns vor und liefert konkrete Anregungen für wichtige politische Maßnahmen, welche als Grundlage für die Ergreifung spezifischer Schritte auf regionaler, nationaler und lokaler Ebene dienen sollen.

2.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION FÜR ÄLTERE MENSCHEN IN DER EU

Die EU-Gesundheitspolitik verfolgt das Ziel, ihre Mitgliedsstaaten in der Vorbereitung auf den demografischen Wandel zu unterstützen und einen Anstieg in den gesunden Lebensjahren durch eine Politik für gesundes Altern, eine EU-Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention und den *Health in all Policies* - Ansatz zu ermöglichen. Ein Anstieg an gesunden Lebensjahren wird durch Strategien für die alternde Bevölkerung, lebenszyklusbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien und durch sektorenübergreifende strategische Zusammenarbeit zur Verbesserung der Gesundheitsbedingungen und zur Verankerung des Themas in allen Politikbereichen verfolgt. Ein weiterer Fokus liegt auf dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung älterer Menschen.

Initiativen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen auf EU-Ebene finden ihre rechtlichen Grundlagen in Artikel 152 des EU-Vertrages über Gesundheitsschutz für alle BürgerInnen, in den strategischen Prioritäten bis 2010 aus der Lissabon Strategie und in verschiedenen EU-Leitlinien u.a. über Altersdiskriminierung und demographischen Wandel (Swedish National Institute of Public Health, 2007).

Im Weißbuch zur Gesundheitsstrategie ist die Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa Ziel eins. Darin proklamiert die europäische Kommission, dass Gesundheit im Alter durch Maßnahmen unterstützt werden muss, die während der gesamten Lebensspanne die Gesundheit fördern und Erkrankungen vorbeugen, indem sie wesentliche Faktoren wie schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsum, Umwelt Risiken, Straßenverkehrsunfälle sowie Heim- und Freizeitunfälle berücksichtigen. Die Verbesserung der Gesundheit von Kindern, Erwachsenen im Erwerbsalter und älteren Menschen wird zu einer gesunden produktiven Bevölkerung beitragen und heute wie zukünftig ein gesundes Altern unterstützen. Gleichermäßen unterstützen Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensweisen und zur Verringerung schädlicher Verhaltensweisen sowie zur Prävention und Behandlung bestimmter Erkrankungen, einschließlich genetischer Störungen, die Gesundheit im Alter (Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2007).

Im Rahmen eines ersten Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) finanzierte die Europäische Kommission zwischen 2004 und 2007

das dreijähriges Projekt *Healthy Ageing* mit. Dabei wurde eine Sammlung aller in den Mitgliedsstaaten national eingesetzten Methoden zur Förderung gesunden Alterns erstellt sowie Handlungsempfehlungen auf nationaler und EU-Ebene gegeben. *Healthy Ageing* hat von verschiedenen EU-Ländern Strategien für gesundes Altern zusammengefasst. Aus der Tschechischen Republik, England, Finnland, Norwegen, Schottland und Schweden wurden im Rahmen des EU-Projekts bestehende Strategien rückgemeldet. In Österreich finden sich keine nationalen Strategien für gesundes Altern (Sjöstedt, 2006).

Die Strategien setzen auf der strukturellen und finanziellen Ebene an und fassen bestehende Strategien zusammen und beinhalten die Entwicklung von Standards, die finanzielle Unterstützung, die Weiterentwicklung, den Ausbau von Ressourcen, die Kooperationen der Forschung aber auch spezifische Themen der Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung.

Im Jahr 2007 wurde ein zweites Aktionsprogramm im Bereich der Gesundheit (2008 – 2013) beschlossen, in dem zum zweiten Mal Gesundheitsförderung eines von drei Zielen darstellt, und auch das Thema Altern inhaltlich enthalten ist.

Im Folgenden werden die Strategien der EU-Länder dargestellt.

Tschechische Republik

„Projects for Healthy Ageing” – a funding programme (competition) of the Ministry for Health“:

Die Tschechische Republik verfolgt eine Strategie auf nationaler Ebene, mit dem Ziel die aktive Beteiligung älterer BürgerInnen, in allen Aktivitäten, die sie glücklich und gesund machen, zu fördern. Das Gesundheitsministerium ist für die Implementierung dieser Politik zuständig. Die Zielgruppen sind NGOs, Gemeinden sowie andere Organisationen und Agenturen, die sich mit der Arbeit für und mit SeniorInnen beschäftigen. Es wird die Altersgruppe 55+ angesprochen. Die Zielgruppen sollen in ihrer Arbeit für ältere Personen und deren Familien finanziell unterstützt werden. Das Einreichen auf finanzielle Unterstützung erfolgt ein Mal jährlich. Die Politik bezieht sich auf die physische und seelische Gesundheit Älterer, und umfasst alle Inhalte, die die Gesundheit, Unabhängigkeit und Sozialisierung von Älteren verbessern. Ältere Menschen profitieren dadurch, dass sie mehr Informationen über Gesundheit, Lebensstil und Krankheit bekommen sowie durch Aktivitäten, wie körperliche Betätigung, Tanzen, Tourismus und Kunst.

England

„National Service Framework (NSF) for older people“, Department of Health (2001):

England hat eine nationale Strategie mit dem Ziel, durch nationale Standards und Service Modelle, die Gesundheits- und Sozialbetreuung von älteren Leuten zu verbessern. 2001 wurden erstmals nationale Standards für eine bessere, fairere und integrierte Gesundheits- und Sozialbetreuung bei Älteren gesetzt. Das Programm hat einen Zeitrahmen von zehn Jahren. Die Zielgruppe sind alle in England lebenden älteren Personen (50 +). Zu den

Settings zählt alles, wo ältere Menschen leben – ihr Zuhause, stationäre Betreuung, Krankenhaus, und andere Lebensräume (Sjöstedt, 2006).

Das Programm besteht aus folgenden acht Standards und weist einen starken Fokus auf Versorgungsstrukturen auf:

1. *Altersdiskriminierung bewältigen:*

Extra ernannte Personen sind dafür zuständig, ältere Leute zu repräsentieren und Altersdiskriminierung zu verhindern. Es werden beispielsweise Handlungen für eine faire Investition in solche Leistungen gesetzt, die die Lebensqualität Älterer betreffen.

2. *Personenbezogene Betreuung:*

Dies soll durch die Einführung eines „single assessment process“ erfolgen, der die Bewertung und Evaluierung der Bedürfnisse Älterer sicherstellt. Es soll eine Duplikation bei der Informationssammlung verhindert werden, und bei der Informationsteilung zwischen den ExpertInnen geholfen werden.

3. *Intermediäre Betreuung:*

Die intermediäre Betreuung basiert auf den intermediären Betreuungsleitlinien von 2001. Sie beschreiben die wichtigen Komponenten der intermediären Betreuung und wie sie beauftragt und durchgeführt werden soll.

4. *Generelle Krankenhausbehandlung:*

Dies umfasst einen frühen Zugang zur Gesundheitsversorgung bei Älteren, Ratschläge von Spezialisten im Krankenhaus, gut geschultes Personal, Qualität der Behandlung und Bewahrung der Privatsphäre.

5. *Schlaganfall:*

Das Thema „Schlaganfall“ beinhaltet Prävention, unmittelbare Versorgung, frühzeitige und fortsetzende Rehabilitation sowie langfristige Betreuung.

6. *Stürze:*

Ältere Leute können unter anderem Ratschläge von einem spezialisierten „falls advice service“ beziehen.

7. *Seelische Gesundheit:*

Die individuellen Bedürfnisse der älteren Personen müssen wahrgenommen werden. Die sozialen und kulturellen Faktoren, die die Genesung unterstützen, sollen beachtet werden. Dienstleistungen für die seelische Gesundheit müssen gemeinschaftsorientiert sein. PflegerInnen benötigen bei ihrer Arbeit mit älteren Leuten Informationen, Ratschläge und praktische Hilfen.

8. *Förderung der Gesundheit und des aktiven Lebens bei Älteren:*

Ältere Leute brauchen einerseits Zugang zu generellen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten und andererseits Gesundheitsförderungsangebote speziell für Ältere. Breiter angelegte Initiativen benötigen einen multisektoralen Ansatz, um die

Gesundheit, Unabhängigkeit und Wohlbefinden im Alter zu fördern (Association of optometrists, 2009).

Finnland

Finnlands Strategien erfolgen auf nationaler Ebene sowie Aktionspläne auf anderen Ebenen.

Strategie 1:

„*Quality Recommendations for Guided Health-Enhancing Physical Activity for Older People*“:

Dieses Programm wurde vom „*Ministry of Social Affairs and Health*“ beschlossen. Die Altersgruppe ist 65+. Ziel dieser Strategie ist es, jene Belange anzusprechen, die sich auf die körperliche Aktivität beziehen. Es wird gute Qualität im Bereich gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität verlangt. Alle Leistungserbringer, die körperliche Aktivitäten innerhalb einer Gemeinde anbieten, sollen miteinander kooperieren. Sie werden durch eine Kooperationsgruppe repräsentiert. Die Gemeinden sollen einerseits all jene unterstützen, die körperliche Aktivität anbieten (indem sie die Verfügbarkeit der Leistungen beurteilen) und andererseits diejenigen die zurzeit von den Angeboten ausgenommen sind. Instrukteure, die körperliche Aktivitäten für Ältere anbieten, sollen ihre Fähigkeiten weiterentwickeln und für Sicherheit während den Aktivitäten sorgen. Die KundInnen wiederum sollen der Gemeinde Feedback bezüglich der Aktivitätsangebote geben.

Strategie 2:

„*Government Resolution on the Health 2015 public health programme*“:

Das Programm wurde von der Finnischen Regierung angeordnet und vom „*Advisory Board for Public Health*“ aufbereitet. Der Zeitraum erstreckt sich von 2004 bis 2015. Das Programm beabsichtigt, Ziele für Finnlands Nationale Gesundheitspolitik der nächsten fünfzehn Jahre zu entwickeln. Der Fokus der Strategie liegt nicht so sehr bei der Entwicklung des Gesundheitssystems, sondern mehr bei der Gesundheitsförderung. Die angesprochene Altersgruppe ist 60+ (Sjöstedt, 2006) und ist Teil einer Gesamtstrategie.

Das Programm verfolgt acht Ziele für Public Health, die bis zum Jahr 2015 umgesetzt werden sollen:

1. Wohlbefinden und Gesundheit bei Kindern vergrößern, und Symptome und Krankheiten, die durch Unsicherheiten ausgelöst wurden, verringern
2. Rauchen bei jüngeren Leuten (16-18 Jahre) auf weniger als 15% verringern, Gesundheitsprobleme verursacht durch Alkohol und Drogen werden behandelt und überschreiten das Level der frühen 90-er Jahre nicht
3. Um ein Drittel weniger Todesfälle durch Unfall und Gewalt bei jungen Männern, als in den späten 90-er Jahren
4. Arbeitsleistungskraft bei arbeitenden Personen erhöhen, Arbeitsbedingungen verbessern, den Leuten helfen, besser mit dem längeren Arbeitsleben zurechtzukommen, Pension um 3 Jahre später als im Jahr 2000

5. Durchschnittliche Leistungsbereitschaft bei Leuten über 75 wird sich weiter verbessern, wie in den letzten 20 Jahren
6. Finnen bleiben um 2 Jahre gesünder als im Jahr 2000
7. Die finnische Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, subjektive Gesundheit und Umweltauswirkungen auf die persönliche Gesundheit werden zumindest am jetzigen Level bleiben
8. Um diese Ziele umzusetzen, sollen Ungleichheiten verringert werden, Wohlstand und Status der schwächsten Gruppen verbessert werden und Mortalitätsunterschiede zwischen den Geschlechtern und Gruppen mit unterschiedlicher Bildung bzw. Berufen um ein Fünftel reduziert werden (Ministry of social affairs and health Helsinki, 2001).

Die finnische Regierung betont im Hinblick auf die Zielgruppe ältere Menschen folgende Punkte:

- Älteren Leuten muss versichert werden, dass sie Möglichkeiten haben, aktiv an der Gesellschaft teilzuhaben, ihr Wissen bzw. ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln, sich um sich selbst kümmern zu können, und so lange wie möglich ein unabhängiges qualitativ hochwertiges Leben mit adäquatem Einkommen zu führen
- Stationäre und lokale Versorgung, sowie Verkehrswesen für die ältere Bevölkerung ausbauen
- Entwickeln eines Programms mit Leistungen für ältere Menschen

Norwegen:

„Working together for physical activity. The action plan on physical activity 2005-2009“:

Norwegen verfolgte mit diesem Plan eine Politik auf nationaler Ebene. Die Vision war, durch vermehrte körperliche Aktivität der Bevölkerung eine generelle Verbesserung von Public Health zu erreichen. Ziel war es, dass mehr Erwachsene und ältere Menschen mindestens 30 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind. Die Hauptzielgruppe, die angesprochen wurde, waren EntscheidungsträgerInnen und Fachleute/hoch Qualifizierte im öffentlichen, privaten und ehrenamtlichen Sektor. Die Zielgruppe für die Ideensammlung des Konzepts war die ganze Bevölkerung (vor allem Kinder, Jugendliche und Personen mit geringer körperlichen Aktivitäten, wie z.B.: ältere Leute). Settings waren städtische und ländliche Gebiete, Arbeitsplätze, Transportwesen, Zuhause, Krankenhäuser, Bildungswesen sowie Gesundheits- und Sozialdienste. Der Zeitrahmen ging von 2005 bis 2009.

Schottland:

Schottlands Politik findet auf nationaler Ebene, sowie Aktionspläne auf anderen Ebenen statt.

Strategie 1:

„A National Framework for Service Change in the NHS in Scotland: Building a Health Service Fit for the Future“:

Dieses Programm wurde von der „*Scottish Executive*“ beschlossen. Ziel ist, Schottlands NHS kritisch zu betrachten und dessen Zukunft zu planen. Zielgruppen sind: NHS Boards, Ortsbehörden und die Öffentlichkeit. Setting ist das NHS. Es wird ein neuer Ansatz, neue Arbeitsmethoden, neue Fähigkeiten, neues Denken und eine neue Kultur für das NHS wie folgt angestrebt: geteilte Verantwortung, NHS als ganzheitliches System, integrierte Versorgung, präventive Behandlungen, Patient als Partner, High-Tech, gesundheitliche Ungleichheiten bekämpfen.

Strategie 2:

„Opportunity Age – meeting the challenges of ageing in the 21st century“:

Zielsetzung der von der UK-Regierung beschlossenen Strategie ist folgendes: eine umfassende Strategie zu entwickeln um gesundes Altern in der UK zu fördern. Die behandelten Themen beinhalten die wachsende Beschäftigung, aktives Altern inklusive Gemeinschaft, und öffentliche Leistungen so umzuwandeln, dass sie Unabhängigkeit, Auswahlmöglichkeit und Nachhaltigkeit unterstützen. Zu den Zielgruppen zählen die Regierung, Wirtschaft, Individuen, und all jene, die sich mit der demografischen Entwicklung beschäftigen. Die Altersklasse ist 50+. Diese Politik dient der effektiven Vorbereitung für die Altersverschiebung unserer Gesellschaft sowie der Umsetzung der Bestrebungen nach einem besseren und längeren Leben älterer Leute und ihrer Familien.

Strategie 3:

„Improving Health in Scotland – The Challenge“:

Diese Strategie wurde von der „*Scottish Executive*“ festgelegt. Das Ziel ist, die Gesundheit der schottischen Bevölkerung zu verbessern, Ungleichheiten zu verringern sowie die Gesundheit der benachteiligten Schichten zu verbessern. Zielgruppen sind Organisationen und Individuen in Schottland, die der Gesundheitsverbesserung beisteuern können. Dieses Programm fasst vielmehr diverse existierende Strategien und Zielsetzungen zusammen, als neue zu starten. Es verspricht eine verbesserte Integration, wobei der Fokus vor allem auf die Gesundheitsverbesserung gelegt wird. Es bietet ein strategisches System, das die notwendigen Prozesse unterstützt, um schneller eine Verbesserung der Gesundheit zu erreichen.

Schweden:

„National Action Plan on Policy for the Elderly: aims, emphases and measures proposed“, (Government Bill Prop. 1997/98:113)

Die 1998 vom Schwedischen Parlament verabschiedete Strategie erfolgt einerseits auf nationaler, andererseits auch auf anderen Ebenen. Die angesprochene Altersgruppe ist 65+.

Zielsetzungen für ältere Leute sind:

- Ältere sollen in der Lage sein, ein aktives Leben zu führen und soziale Angelegenheiten sowie ihren Alltag zu beeinflussen

- Ältere sollen in Sicherheit alt werden können
- Älteren soll mit Respekt gegenübergetreten werden
- Ältere sollen Zugang zu gutem Pflegedienst haben

Strategie:

- Mehr Ressourcen und bessere Kooperation
- Angemessenere Gebühren
- Verstärkte Betreuung, effektivere Kontrolle, Qualitätssicherheit
- Mehr Forschung, Wissen und Kompetenz
- Weiterentwicklung und Erneuerung
- Verbesserte Lebensqualität bei älteren Leuten und deren Beziehungen/Verwandtschaft
- Bekämpfung von Krankheiten

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die meisten europäischen Länder politische Leitlinien für gesundes Altern als Teil einer Gesamtstrategie oder explizit für die Zielgruppe haben, aber wenig zweckgebundene Mittel für gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Verfügung stehen.

2.3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN ÖSTERREICH

Österreich hat auf nationaler Ebene weder eine Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung noch eine spezifische Strategie für gesundes Altern. Einzelne Institutionen greifen gesundes Altern jedoch auf und haben dieses Thema in ihren Strategien verankert. Siehe dazu Kapitel 2.3.3 Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Österreich – Initiativen und Projekte.

2.3.1 Ansatzpunkte für eine Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention

Eine Strategie für Gesundheitsförderung in Österreich muss alle gesellschaftlichen Bereiche umfassen und in Zusammenarbeit von Politik, Praxis und Wissenschaft entwickelt und umgesetzt werden.

Basierend auf dem Grundsatz, dass es nie zu spät ist, die Gesundheit zu fördern und dem Recht älterer Menschen als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft auf gesundheitliche Gleichstellung sowie unter Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe und ihrem Recht auf Selbstbestimmung (Sjöstedt, 2006) werden folgende Ansatzpunkte zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen festgelegt. Die Darstellung leiten sich von den Handlungsempfehlungen des Projekts *Healthy Ageing* ab.

Politik

- Ein Gesundheitsförderungsgesetz mit langfristigen politischen Zielen für Gesundheitsförderung im Gesetz verankern, diese sollen auf allen gesellschaftlichen Ebenen wirksam werden
- Ständige Strukturen zur Wahrnehmung der Gesundheitsthemen aller Zielgruppen in allen Politikbereichen sowie deren Vernetzung in einem adäquaten Gremium zur Koordination bereichsübergreifender Handlungsfelder schaffen
- Ältere Menschen in allen politischen Gremien zur Mitsprache aufrufen, ihnen Stimmberechtigung zuerkennen und sie in die Planung und Durchführung von Aktionsplänen für gesundheitsförderliche Maßnahmen einbeziehen
- Gesundheitsprogramme entwickeln, die die Gesundheit auf allen Ebenen älterer Menschen fördern
- Indikatoren für gesundes Altern in Österreich entwickeln und anwenden
- Die Perspektive der Gesundheitsförderung in der grundlegenden und weiterführenden Ausbildung in Gerontologie und Geriatrie für alle relevanten Berufsgruppen stärken

Forschung

- Forschung unterstützen, um die Effektivität und die Kosteneffizienz gesundheitsförderlicher Maßnahmen während des gesamten Lebenszyklus, aber besonders im späteren Lebensabschnitt zu beurteilen
- Forschung stärken, die sich damit befasst, wie Ältere, besonders „schwer zu erreichende“ Gruppen, zu Änderungen ihrer Lebensgewohnheiten und des Lebensstils motiviert werden können. Dabei müssen Aspekte der Lebenswelt und der Kultur berücksichtigt werden.
- Forschung stärken, um Indikatoren für ein gesundes Altern zu entwickeln sowie Daten über sehr alte Menschen in Statistik und Forschung aufzunehmen
- Forschungsergebnisse verbreiten und sich für deren praktische Anwendung bei allen Interessenten einsetzen

Praktische Anwendung

- Wissens- und Erfahrungsaustausch hinsichtlich der Maßnahmen für gesundes Altern anregen
- Projekte und Programme für ältere Menschen unter besonderer Berücksichtigung „schwer erreichbarer“ Gruppen planen, ausführen und auswerten
- Durch Einbeziehung von älteren Menschen, EntscheidungsträgerInnen, ForscherInnen und Personal des Gesundheits- und Sozialwesens Partnerschaften bei gesundheitsfördernden Strategien anregen
- Bei der Gestaltung und Umsetzung von Projekten und anderen Aktivitäten für ältere Menschen auf wissenschaftliche Daten und solche gesundheitsfördernde Maßnahmen zurückgreifen, die auf den derzeit besten wissenschaftlichen Belegen basieren

- Mit Hilfe unterschiedlicher Informationskanäle, über effektive gesundheitsfördernde Maßnahmen für ältere Menschen, Information verbreiten und Motivation für diese Maßnahmen schaffen
- Älteren Menschen die Voraussetzungen für regelmäßige Bewegung, gesunde Essgewohnheiten, soziale Beziehungen und sinnvolle Beschäftigung geben

2.3.2 Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen in der österreichischen Sozialversicherung

Die Ausgangslage

Das Ziel von Public Health ist es, den Gesundheitszustand von ganzen Bevölkerungsgruppen oder von Teilbevölkerungen zu verbessern. Der Erkenntnis entsprechend, dass es insbesondere die sozialen Determinanten von Gesundheit sind, die es gilt mit einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zu beeinflussen (*Health in All Policies*), findet Public Health im Dreieck zwischen Praxis, Wissenschaft und Politik statt. Die Sozialversicherung nimmt eine wichtige Rolle ein, wenn es gilt Gesundheit in alle Politikfelder zu tragen. Gesundheitsförderung und Prävention spielen dabei eine wichtige Rolle.

Die Sozialversicherung als strategischer Akteur im Gesundheitssektor – neben dem Bund und den Ländern – hat entsprechend ihrer strategischen Ausrichtung „Länger leben bei guter Gesundheit“ und in Erfüllung des gesetzlichen Auftrages im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bereits erste Initiativen gesetzt.

Zielen die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention darauf ab die Gesundheit der Bevölkerung positiv zu beeinflussen, so ist die Wirkungsweise der Interventionen äußerst komplex und nicht mittels Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang erklärbar. Deutlich lässt sich dagegen sagen, dass eindimensionale Interventionskonzepte, die sich nur auf das Verhalten der einzelnen Personen beziehen, langfristig weniger erfolgreich sind, als Programme bei denen die Lebenswelt, in der die einzelnen „leben, arbeiten und lieben“ einbezogen wird.

Um Maßnahmen der Gesundheitsförderung systematisch zu planen, zu erfassen und zu evaluieren, wurde bereits im Rahmen der Prioritätensetzung 2007/2008 auf das Schweizer Ergebnismodell für Gesundheitsförderung (Nutbeam, 2000), unter Berücksichtigung der österreichischen Verhältnisse, hingewiesen. Das Modell stellt darauf ab, dass für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit, Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen, notwendig sind. Maßnahmen können nur dann den Anspruch auf nachhaltige Verbesserung der Gesundheit haben, wenn diese auf mehreren Ebenen einwirken. „Erfolgreiche gesundheitsförderliche Interventionen bedürfen Maßnahmen auf Ebene der gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, Maßnahmen auf Ebene der Lebensräume sowie auf Ebene des Individuums. Die wesentlichen Gesundheitsdeterminanten sollen dabei so beeinflusst werden, dass sowohl Lebensqualität als auch die gesundheitliche Chancengleichheit verbessert wird“ (Prioritätensetzung 2009 bis 2013).

Diesem Grundverständnis entsprechend setzt sich die Sozialversicherung in der Prioritätensetzung 2009 bis 2013 für die Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen das Ziel, einen integrierten Gesundheitsförderungsansatz für diese Zielgruppe vorzulegen

und umzusetzen. Die Ausgangslage stellt sich wie folgt dar: Spezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen wurden innerhalb der Sozialversicherungsträger nur sehr vereinzelt und meist schwerpunktmäßig im Bereich der Unfallprävention gesetzt. Nicht zuletzt auf Grund der demografischen Entwicklung ist gerade die Zielgruppe der älteren Menschen, die aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, eine für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bedeutende Zielgruppe. Eine Abfrage bei den Sozialversicherungsträgern (2009) ergab, dass sechs Träger bereits Initiativen für Gesundheitsförderung mit älteren Menschen unterschiedlichen Umfangs setzen, sich daran beteiligen oder unterstützen. Die Maßnahmen/Programme der Sozialversicherungsträger werden je nach thematischer Zuordnung der gesundheitsförderlichen Maßnahme im Maßnahmenkatalog angeführt.

Mögliche Lösungsansätze für eine Integration des Bereiches Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen in der Sozialversicherung

Die Gesundheitsförderung im Sinne der *Ottawa Charta* als wissenschaftliches Konzept und gesundheitspolitische Strategie besteht schon seit 1986. Seither wird vorwiegend die Strategie verfolgt, durch Projekte den Anforderungen der *Ottawa Charta* gerecht zu werden. Die Umsetzung von Projekten hat sich als geeignete Organisationsform zur Umsetzung von Strategien der Gesundheitsförderung herauskristallisiert und vielfach bewährt. Damit Projekte jedoch nachhaltig sind, müssen sie in größere Strategien eingebunden und an Strukturen der Gesundheitsförderung angeknüpft werden sowie einer weiterführenden Betreuung unterliegen. Die Frage stellt sich, was die Sozialversicherung beitragen kann, um mehr Public Health Orientierung in die Politik zu bringen, und Gesundheitsförderung und Prävention hier **im speziellem für ältere Menschen** zu verankern.

Mögliche Maßnahmen für eine gezielte Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen in der Sozialversicherung können daher sein²:

- Mehr Kooperation im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen innerhalb der Sozialversicherung, um den Wissens- und Erfahrungsaustausch hinsichtlich der Maßnahmen für gesundes Altern anzuregen
- Ein klares Bekenntnis der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen – basierend auf dem Grundsatz, dass es nie zu spät ist, die Gesundheit zu fördern und dem Recht älterer Menschen, als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft, auf gesundheitliche Gleichstellung
- Lobbying für einheitliche Gesundheitsziele
- Nachhaltige Finanzierung für Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen garantieren, um Ergebnisse und Auswirkungen der Gesundheitsförderungsstrategien während des gesamten Lebenszyklus aufzeigen und kommunizieren zu können
- Kompetenzaufbau für Public Health und Gesundheitsförderung in der Sozialversicherung vorantreiben

² Die angeführten möglichen Maßnahmen basieren auf Überlegungen des Projektteams sowie dem Resümee des ExpertInnengesprächs SV Wissenschaft 20. Juni 2008, Gesundheitsförderung (in der SV): Projekte und was nun? und auf den Handlungsempfehlungen des Projekts *Healthy Ageing*.

- Eine wirksame gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema Gesundheit(sförderung) verbunden mit einer Änderung des Gesellschaftsverhaltens aller Mitglieder der Gesellschaft
- Stärkere Einbeziehung der SeniorInnenvertretungen in Entscheidungen
- Einwirken auf gesundheitsrelevante Entscheidungen in allen Politikfeldern
- Implementierung größerer, langfristig angelegter Zukunftsprojekte, die Gesundheitsförderungsbezug aufweisen und Projekte in Kooperationsstrukturen
- Entwicklung von Gesundheitsprogrammen, die die Gesundheit älterer Menschen auf allen Ebenen fördern unter besonderer Berücksichtigung „schwer erreichbarer“ Gruppen unter Einbezug der Zielgruppe und ihrer VertreterInnen selbst

2.3.3 Gesundheitsförderung für Ältere Menschen in Österreich – Initiativen und Projekte

Die dargestellten strategischen Ansätze auf nationaler und internationaler Ebene sowie in der österreichischen Sozialversicherung zeigen auf, dass Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe der älteren Menschen zumindest thematisiert wird.

In Österreich besteht seit 1998 die bundesweite Kontakt- und Förderstelle für Gesundheitsförderung der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der seit August 2006 ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist. Auf Basis eines eigenen Gesundheitsförderungsgesetzes (1998) unterstützt der FGÖ den Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen, die Fortbildung und Vernetzung und praxisorientierte und wissenschaftliche Projekte. Dies gilt international als vorbildlich. Gesundheitsförderungsprojekte in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Krankenhäuser, Gemeinden und Regionen haben sich entwickelt. Immer mehr Berufsgruppen zeigen Interesse für das Thema Gesundheitsförderung und Prävention. Im Dreijahrsprogramm 2003 bis 2005 des FGÖ wurde das Thema ältere Menschen zu einem Schwerpunkt gemacht. Es wurde betont, dass durch den Erwerb von neuen Lebens- und Gesundheitskompetenzen und den Aufbau bzw. Erhalt von Lebens- und Gesundheitspotentialen ein aktives und gesundes Altern möglich ist. Das Potential der Gesundheitsförderung liegt darin, alte Menschen bei der Veränderung von Lebens- und Gesundheitsdimensionen zu begleiten und sie zum Erwerb neuer Lebens- und Gesundheitskompetenzen zu befähigen (Christ, 2008).

Im Rahmen der Schwerpunktsetzung wurden die Modellprojekte *Lebenswerte Lebenswelten*, durchgeführt vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz, das Modellprojekt *Plan60*, durchgeführt vom Österreichischen Roten Kreuz und das internationale Forschungsprojekt *healthPROelderly*, durchgeführt vom Österreichischen Roten Kreuz, finanziert (Teilfinanzierungen durch den FGÖ). Mit dem Projekt *healthPROelderly* wirkt das Österreichische Rote Kreuz auch am EU-Projekt *Healthy Ageing* mit. Die beiden internationalen Forschungsprojekte stellen wichtige Ausgangspunkte dieser Arbeit dar.

Im Zeitraum von 1999 bis 2008 wurden beim FGÖ 65 Projekte zu dem Thema ältere Menschen eingereicht (wobei ca. die Hälfte nicht zu Stande gekommen ist). Es wurden die Themen Ruhestand bzw. Vorruhestand, soziales Kapital, seelische Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Unfallvermeidung, Tabak und Alkohol und Gesundheitsvorsorge behandelt.

Bezüglich der inhaltlichen Bilanz ist einerseits positiv, dass es für viele für diese Zielgruppe relevante Themen Projekte gab, andererseits negativ, dass diese Initiativen vereinzelt stattgefunden haben, die Nachhaltigkeit oft nicht gesichert werden konnte und es regional eine sehr unterschiedliche Versorgung gibt. Zur strukturellen Bilanz kann gesagt werden, dass vor allem Vereine und auch Arbeitskreise für Gesundheitsförderung, Forschungsinstitute, Unternehmen und stationäre Einrichtungen Projekte eingereicht haben, nicht aber Länder, Gemeinden, SeniorInnenorganisationen und Sozial- und Gesundheitsdienstleister (Christ, 2008). Im Rahmen der Schwerpunktsetzung des FGÖ 2008 wurde dieser Realität Rechnung getragen. Es wurden eigene Richtlinien für die Erleichterung von gesundheitsförderlichen Projekten im Setting Gemeinde erarbeitet, die es ProjektmacherInnen erleichtern soll Projekte umzusetzen.

Auch andere Organisationen, die im Bereich SeniorInnen oder Gesundheit arbeiten, setzen Initiativen zum Thema Gesundheitsförderung mit dieser Zielgruppe um, wie GEFAS Steiermark – Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des SeniorInnenstudiums an der Universität Graz. Der Seniorenbund hat im Jahr 2009 bereits seinen zweiten Ideenwettbewerb zur Gesundheitsförderung ausgeschrieben. Seitens des Pensionistenverbandes gibt es eine Broschürenserie zu speziellen Gesundheitsthemen. Ein bundesweit koordinierter Rahmen mit gesundem Altern sowie zur Vernetzung von Einzelstrategien und Steuerung von Angeboten fehlt allerdings (Swedish National Institute of Public Health, 2007).

Im Maßnahmenkatalog (Teil 2) werden Projekte national und international angeführt. Es wurden Praxis-Projekte aus den internationalen Projekten *Healthy Ageing* (15 Good Practice Projekte) und *healthPROelderly* (166 Good und Best Practice Projekte), und aus der AGE Europäische Plattform für SeniorInnen (9) sowie aus 30 vom Projektteam recherchierte Projekte³ und aus 15 Projekte der Sozialversicherungsträger⁴ ausgewählt. Es zeigt sich, dass eine hohe Anzahl an Projekten in den Bereichen Bewegung, Unfallvermeidung, Ernährung und im Bereich soziales Kapital umgesetzt werden. Viele Projekte beschäftigen sich mit mehreren Themen. Wenige Praxisbeispiele können für die Bereiche Alkohol, Tabak und Medikamentenmissbrauch angeführt werden.

Um einen Überblick über die Verteilung der in Österreich umgesetzten Gesundheitsförderungsprojekte für und mit Frauen und Männern ab 50 zu bekommen, zeigt die Abbildung 2 in welchen Bundesländern die recherchierten Projekte umgesetzt wurden. Es ist ersichtlich, dass die Bundesländer Wien (23) und Steiermark (21) mit jeweils über 20 Projekten am meisten durchgeführt haben. Das entspricht einem Österreichanteil von über 60%.

³ Im Rahmen einer Internetrecherche wurde auf zahlreichen themenspezifischen Internetseiten nach Gesundheitsförderungsprojekten für und mit Frauen und Männern 50+ gesucht. Hierzu wurden auf den Seiten der Datenbanken der GEFAS, des FGÖ, von Styria Vitalis sowie der Länderfonds recherchiert. Außerdem wurde in der Google Suchmaschine recherchiert.

⁴ Die Trägerabfrage des Hauptverbandes im Frühjahr 2009 ergab, dass bereits 6 SV-Träger Initiativen unterschiedlichen Umfangs umsetzen, sich beteiligen oder unterstützen, 11 Projekte wurden im Maßnahmenkatalog, aufgenommen.

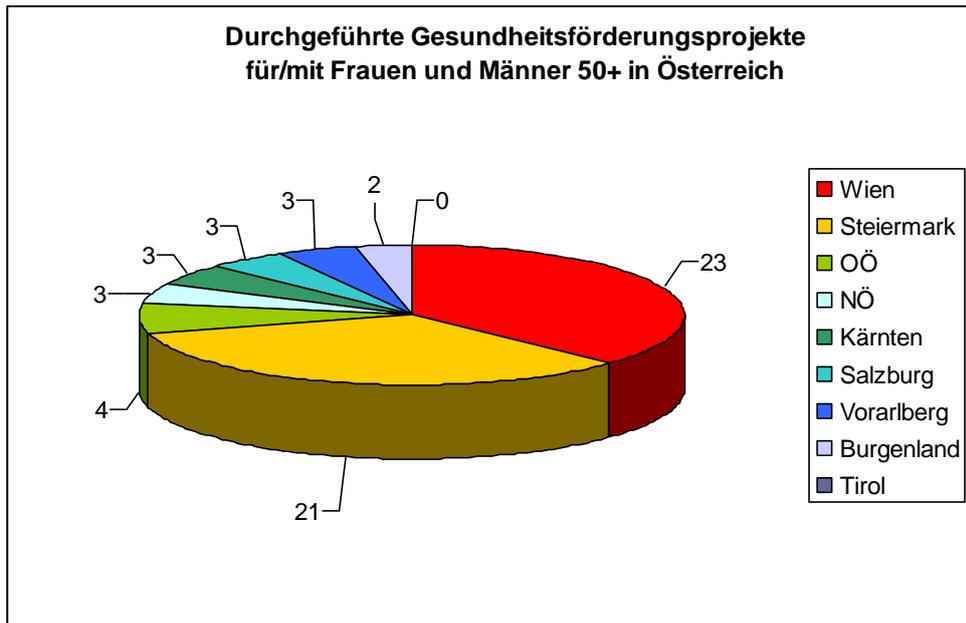


Abbildung 2 Durchgeführte Gesundheitsförderungsprojekte in Österreich

Die Recherche zeigt außerdem, dass Projekte oft in mehreren Bundesländern gleichzeitig und/oder übergreifend initiiert wurden – und daher eine eindeutige Zuordnung je Bundesland nicht möglich war.

3 Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50 – Definition

3.1 DEFINITION VON ALTERN, GESUND ALTERN, AKTIV ALTERN

Eine klare, allgemeingültige und zuverlässige Definition von Altern und Alter fehlt. Altersmedizin und Alterswissenschaft sind relativ junge Wissenschaftsgebiete. Wird „Altern“ allgemein definiert, dann bezeichnet es alle zeitgebundenen Veränderungen eines individuellen Organismus im Laufe eines Lebens. Diese Veränderungen können positiv, etwa als Reifungsprozess der Kindheit oder des jüngeren Erwachsenenalters, wie negativ, im Sinne von Abbauprozessen bei alten Erwachsenen, interpretiert werden (Masoro, 1995). Alterungsprozesse und Altersstufen unterliegen biologischen, biografischen, subjektiven, sozialen und kulturellen Bewertungen. Altern ist dann gleichzeitig ein biologisches, psychisches und gesellschaftliches Phänomen (Baltes PB, Baltes MM, 1992; Jansen, Karl, Radebold, Schmitz-Scherzer, 1999).

„Aktiv Altern“ wird als ein „Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ gesehen. Es zielt auf eine Ausweitung der Lebensqualität und Lebenserwartung aller Menschen ab, auch derer, die schwach, behindert und pflegebedürftig sind (WHO, 2002).

Geringfügig abgewandelt beschreiben die AutorInnen von *Healthy Ageing* „Gesund Altern“ als „Prozess, der die Möglichkeiten für körperliche, soziale und seelische Gesundheit optimiert, damit ältere Menschen aktiv an der Gesellschaft teilnehmen und nicht aufgrund des Alters diskriminiert werden und ein unabhängiges Leben mit hoher Lebensqualität führen können (Swedish national Institute of Public Health, 2007).

3.2 DEFINITION VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung definiert sich durch den strategischen Ansatz der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit jenem einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit abzielt (Kickbusch, 2002).

In der *Ottawa Charta* für Gesundheitsförderung definiert die WHO 1986:

„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.“

Die strategischen Schlüsselpunkte sind das Empowerment und die Intersektoralität. Ersteres bedeutet die „Stärkung von Kompetenzen und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit“ (Kickbusch, 2002), wohingegen durch Zweiteres die „Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in einer Vielzahl von Politikbereichen“ verstanden wird (Kickbusch, 2002). Außerdem orientiert sich die Gesundheitsförderung an einem „dialogischen Paradigma“, durch partnerschaftliche Vorgehensweisen sowohl auf interpersoneller, als auch auf politischer Handlungsebene (Kickbusch, 2002).

Die Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung laut Kickbusch (2002) sind:

- Strategien an Determinanten ausrichten
- Gesundheit in all ihren Dimensionen, einem salutogenetischen⁵ Ansatz zufolge, verstehen (Stärkung von Ressourcen und Potentialen)
- Sozialraum-bezogene (Setting) sowie nachhaltige Systemlösungen anstreben
- Partizipativ vorgehen
- Interdisziplinär und ressortübergreifend handeln

Die Aufgabe der Gesundheitsförderung ist es jene Felder zu identifizieren, in denen die Ressource Gesundheit gestärkt werden kann und dort mittels Handlungsstrategien gesellschaftliche und persönliche Veränderungsprozesse einzuleiten, um so wichtige Gesundheitsdeterminanten zu beeinflussen. Gesundheitsförderung ist ein nicht eindeutig abgrenzbares Handlungsfeld, da dessen Strategien in nahezu jedem gesellschaftlichen und

⁵ Dem Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1987) steht der Prozess der Gesunderhaltung (im Gegensatz zur Pathogenese) im Vordergrund. Die Salutogenese untersucht personale und lebensweltliche Faktoren, die zur Erhaltung der Gesundheit beitragen und beantwortet so die Frage was die Leute gesund erhält (Waller, 2002).

gesundheitspolitischen Bereich angewandt werden können, um soziale Netzwerke, soziales Kapital, Lebensqualität und ein Mehr an Gesundheit herzustellen (Kickbusch, 2002).

Prävention

Die Prävention (lat. *praevenire*, zuvorkommen) oder auch Krankheitsverhütung versucht eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten und Interventionen zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Das wichtigste bevölkerungsbezogene Ziel von Prävention betrifft die Senkung der Inzidenz (neu aufgetretene Fälle) von Gesundheitsbelastungen, Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod. Außerdem ist gleichzeitig ein möglichst langer Erhalt der Selbstständigkeit im Alter anzustreben. Jene Maßnahmen können sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt beziehen (Verhältnisprävention oder Gesundheitsschutz) (Walter, 2002).

Primärprävention

Die Vermeidung exogener Schädigungen (Exposition) oder die Verringerung oder Verhinderung eines personengebundenen Risikos nennt man Primärprävention. Sie umfasst alle spezifischen Aktivitäten, die vor dem Auftreten einer biologischen Schädigung zur Vermeidung von Teilursachen durchgeführt werden. Ziel ist es, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) einer Erkrankung in einer Bevölkerung oder die Eintrittswahrscheinlichkeit beim Individuum zu senken (Walter, 2002).

Sekundärprävention

Diese versucht das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Früherkennung und Frühbehandlung zu verhindern und dem Wiedereintritt eines Krankheitsereignisses entgegenzuwirken (z.B.: Reinfarkt nach einem Herzinfarkt). Sekundärprävention umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien und Vorbeugung durch erfolgreiche Frühtherapien wie zum Beispiel dem Gesundheitscheck oder Vorsorgeuntersuchungen. Durch sekundäre Prävention zielt man gesundheitspolitisch auf eine Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen ab (Walter, 2002).

Tertiärprävention

Die Tertiärprävention zielt darauf ab Folgeschäden, wie beispielsweise Behinderungen einer eingetretenen Erkrankung zu vermeiden oder zu vermindern. Im weitesten Sinne werden symptomatisch gewordene Erkrankungen wirksam behandelt, um einer Verschlimmerung oder bleibenden Funktionsverlusten vorzubeugen. Tertiärprävention im engeren Sinn beschreibt die Behandlung von Erkrankungen unter Kuration und bezeichnet lediglich spezielle Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Rehabilitation. Das gesundheitspolitische Ziel beläuft sich im Sinne der Rehabilitation auf die Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit, so weit wie nur möglich, und weiter darauf, die Inzidenz bleibender Einbußen oder Behinderungen abzusenken (Walter, 2002).

Zusammenwirken zweier Handlungsansätze

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei komplementäre Handlungsansätze, deren Aspekte jedoch stets bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, -programmen und -maßnahmen berücksichtigt werden sollten. Während die Prävention auf die gezielte Vermeidung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen durch eine Reduktion der Belastungen und Risiken abzielt, setzt der kompetenzsteigernde Ansatz der Gesundheitsförderung bei der Stärkung der so genannten salutogenen Gesundheitsressourcen und –potentiale an (Walter, 2002).

Daher zielt sowohl der krankheitsorientierte Präventionsansatz, als auch der ressourcenorientierte Gesundheitsförderungsansatz auf eine Verbesserung der Gesundheit von einzelnen Individuen oder ganzen Bevölkerungsgruppen ab. Diese sollten jedoch, trotz unterschiedlicher Blickwinkel und verschiedener Strategien als einander ergänzende Ansätze gesehen werden (Walter, 2002).

	1. Gesundheitsförderung	2. Primäre Prävention	3. Sekundäre Prävention	4. Tertiäre Prävention
Ansatzpunkt	zur Steigerung der Gesundheitspotentiale ohne Risiko- und Krankheitsbezug, in Settings	zur Risikoreduktion vor Krankheitsbeginn	im Krankheitsstadium	nach akuter Krankheitsbehandlung
Gesundheitsbegriff	umfassender Gesundheitsbegriff (bio-psycho-sozial)	A) umfassender Gesundheitsbegriff (bio-psycho-sozial) B) bio-medizinischer Gesundheitsbegriff	bio-medizinischer Gesundheitsbegriff	bio-medizinischer Gesundheitsbegriff
Zielgruppe	Bevölkerungsgruppen (soziale Gruppen)	A) Individuen (Einzelpersonen) B) Bevölkerungsgruppen (soziale Gruppen)	Individuen (PatientInnen)	Individuen (RehabilitandInnen)
Maßnahmenorientierung	ressourcensteigernd, verhältnisändernd, verhaltensändernd	risikosenkend, verhältnisändernd, verhaltensändernd	kurativ	rezidiv-prophylaktisch, rehabilitativ, palliativ

Abbildung 3 Gesundheitsförderung und Prävention⁶.

Die Abbildung beschreibt die Ansatzpunkte, den Gesundheitsbegriff, die Zielgruppe und die Maßnahmenorientierung von Gesundheitsförderung und Prävention. In der vorliegenden Arbeit wird von Gesundheitsförderung und Prävention ausgegangen, wobei der Fokus auf Gesundheitsförderung und primärer Prävention liegt. Die rot gefassten Felder zeigen auf welches Spektrum die vorliegenden Strategien und Projektmaßnahmen abdecken sollen.

3.3 GESUNDHEITLICHE DIMENSIONEN VON GESUND UND AKTIV ALTERN

Mit dem beschriebenen Verständnis von Gesundheit ist der Erhalt der Gesundheit als eine Aufgabe zu verstehen, deren Bewältigung im Verantwortungsbereich des Einzelnen und der Gesellschaft liegt. Die Faktoren, die den Gesundheitszustand von Individuen und

⁶ Quelle: Präsentation Mein Herz und Ich. Gemeinsam Gesund. 2008 & 2009: Projektförderung für Gemeinden. Einstiegsworkshop 2009 des Fonds Gesundes Österreich. Die roten Felder stellen den Zuständigkeitsbereich des Fonds Gesundes Österreich dar, die grauen Felder bilden die Bereiche ab die Außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Fonds Gesundes Österreich liegen.

Bevölkerung bestimmen werden von der WHO als „das Spektrum an persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren“ definiert.

Neben regelmäßiger körperlicher und kognitiver Aktivität sind die Ernährung und Vorsorgeuntersuchungen ein wichtiger Aspekt für Gesundheit im Alter. Wesentlich für den Erhalt der psychischen, aber auch der körperlichen Gesundheit im Alter, sind die Einbettung in ein funktionierendes soziales Netzwerk sowie enge, vertrauensvolle und adäquat unterstützende Beziehungen (Kawachi, Berkman, 2001). Mangelnde soziale Unterstützung stellt im Alter, insbesondere bei sozial Benachteiligten, eine wesentliche Barriere für körperliche Aktivität, aber auch in der Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung dar.

Die aktive Gestaltung des „Dritten Lebensalters“ ist eine weitere Dimension von Gesundheit, die den älteren Menschen hilft, ihrem Leben Sinn zu geben. Die Aktivierung älterer Menschen zur Selbsthilfe ist ein Schlagwort, welches sich an den kompetenten SeniorInnen, die ihre Zeit aktiv gestalten wollen und ihre Fähigkeiten für gesellschaftliche Belange einsetzen wollen, orientiert. Sind die Motive durchaus auch selbstbezogen, so kann die ehrenamtliche Tätigkeit der Gesellschaft zu Gute kommen, im Sinne einer Ressource für die Betreuung von jungen und alten Menschen. Der Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen wird dadurch gewährleistet und stellt neben einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung, sicher, dass ältere Menschen ihre Kompetenzen und Ressourcen selbst bestimmt einbringen können. Partizipative Ansätze bilden allerdings bislang eine Ausnahme (Ottensmeier, Rothen, 2006). Nicht zuletzt wird die Wahrnehmung von Ressourcen im Alter und die Realisierung von Prävention und Gesundheitsförderung durch das Altersbild in der Gesellschaft, der ExpertInnen und den älteren Menschen selbst wesentlich mit beeinflusst.

Die Realisierung zielgruppenadäquater Prävention und Gesundheitsförderung für ein aktives Altern mit hinreichenden und abgestimmten Maßnahmen in der Fläche ist vor allem abhängig von gesellschaftlichen, strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen die es ermöglichen gesund und aktiv zu altern. Hierzu zählen u.a. die Gesundheitsbildung der Älteren, die Qualifizierung der ExpertInnen, die gesetzliche und strukturelle Verankerung von Maßnahmen und Etablierung von gesundheitsförderlichen Lebensverhältnissen.

Das Determinantenmodell von Dahlgren und Whithead aus dem Jahr 1991 (siehe folgende Abbildung 4) stellt die umfassenden Einflussfaktoren von Gesundheit grafisch dar: die Bereiche sozioökonomische, kulturelle und physische Umwelt, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Zugangsmöglichkeiten zu Einrichtungen und Diensten dar. Es werden soziale und kommunale Netzwerke sowie die Verhaltensweisen und Verhältnisse der Menschen zu den Determinanten gezählt. Ganz innen im Regenbogenmodell werden die erblich bedingten Faktoren abgebildet.



Abbildung 4 Determinantenmodell der Gesundheit, Dahlgren und Whithead, 1991

4 Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50 – Leitlinien

Im folgenden Kapitel werden Schlüsselemente, wie die settingorientierte Gesundheitsförderung, Vermittlung von Lebenskompetenzen (Empowerment), Partizipation, Involvierung von Stakeholdern, Vernetzung, sektorenübergreifende Zusammenarbeit, Nachhaltigkeit und Strukturentwicklung besprochen und als Leitlinien formuliert⁷. Die Leitlinien sollen als Voraussetzungen für die adäquate Vorgangsweise im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen gesehen werden. Sie dienen der Qualitätssicherung der Planung und Umsetzung von Projekten und sollen daher bei allen Projekten so gut wie möglich beachtet werden. Es handelt sich bei den angeführten Projekten im Maßnahmenkatalog zum Großteil um Good und Best Practice Projekte, die die Einhaltung der Leitlinien in verschiedenen Graden gewährleisten. Leitlinien können immer nur eine Richtung angeben, eine Basis bieten, die gemäß dem eigenen Projekt adaptiert werden müssen. Die Leitlinien richten sich auch an Stakeholder, wie nationale und regionale Regierungsstellen, Institutionen und Organisationen, welche Gesundheitsförderungsprogramme mit älteren Menschen umsetzen. Sie stellen eine Basis im Entscheidungsfindungsprozess dar.

4.1 SEKTORENÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT UND INTERDISZIPLINARITÄT

Mit der Leitlinie sektorübergreifende Zusammenarbeit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass „Gesundheitsförderung nur als Gemeinschaftsaufgabe“, unter Beteiligung

⁷ Im Projekt *healthPROelderly* wurden Leitlinien für die gesundheitsförderliche Arbeit mit älteren Menschen entwickelt (Lis, Reichert, Cosack, Billings, Brown, 2008), diese dienen als Basis für die Darstellung der angeführten Leitlinien.

aller relevanten Verantwortlichen wahrgenommen werden kann. Mit der Strategie der *Intersektoralen Aktion* werden Gesundheitsthemen in einem weiten Spektrum unter Einbezug der globalen, der nationalen und regionalen Ebene betrachtet. Soziale Determinanten von Gesundheit (sozioökonomischer Status, Bildung, frühe Kindheitsentwicklung, physische und soziale Umgebung, Geschlecht und Kultur), spezifische Gesundheitsdeterminanten, Bevölkerungsschichten, Gemeinschaften, Krankheiten, Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren sind unter dem Fokus der sozialen Gerechtigkeit von Gesundheit Basis für Entscheidungen. Soziale Gerechtigkeit von Gesundheit umfasst Gesundheitsförderung, Krankheitsvermeidung, Sicherung der Gesundheit, Public Health, Versorgung, Gemeinschaftsentwicklung, Vermeidung von Kriminalität, öffentliche Sicherheit, ökonomische Entwicklung, sozialer Zusammenhalt, Bildung, Beschäftigung und nachhaltige Entwicklung. Deutlich wird, dass viele Politikbereiche maßgeblich die Gesundheit beeinflussen, und dass dazu die sektorübergreifende Politik notwendig ist. Die Strategie *Health in All Policies* wurde 2006 von der finnischen Ratspräsidentschaft auf die EU Agenda gesetzt. Die Forderung nach gebündelten Anstrengungen beinhaltet die gemeinsame Steuerung und Koordination von Ressourcen und Aktivitäten im Feld der Gesundheitspolitik.

Auf Praxisebene wird mit der Leitlinie Interdisziplinarität die Zusammenarbeit von verschiedenen Disziplinen bezeichnet. Die verschiedenen Disziplinen verfügen über unterschiedliches Wissen, Expertisen und Kompetenzen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass auch die Betroffenen selbst eingebunden werden. Das Zusammenführen von Methodologien und Konzepten bringt neue Lösungen für die gesundheitsförderliche Praxis. Ein effektives gesundheitsförderliches Programm für ältere Menschen ist multidimensional und bezieht verschiedene Themen mit ein, die von unterschiedlichen Disziplinen bearbeitet werden wie z. B. Pflegepersonal, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, SoziologInnen, TherapeutInnen und ExpterInnen der Gesundheitsförderung. Bei der Zusammenstellung des interdisziplinären Teams ist wichtig die Zielgruppe, das Thema der gesundheitsförderlichen Intervention sowie das Setting indem die Intervention stattfinden wird, zu berücksichtigen.

Leitlinie

Gebündelte Anstrengungen von Gesundheits-, Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Sozialpolitik sowie der Umweltpolitik sind notwendig, um nachhaltig die Lebensqualität und die Gesundheit der Bevölkerung zu gewährleisten.

Für die gesundheitsförderliche Praxis gilt die die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und suchen.

➡ Beispiel: Im Projekt „sALTo“ wurden 2 Stadtteile zu Schauplätzen einer integrierten Bearbeitung von Faktoren für gutes und selbstbestimmtes Altern. Es wurde ein sektorübergreifender Zugang gewählt, da viele gesellschaftliche Aspekte berührt wurden, wie Armut, Arbeit, Arbeitslosigkeit, Pflegedebatte, Bildung, Kosten des Gesundheitssystems, Integration, Veränderungen bei Haushaltsgrößen, Mobilität, Wohnbau, Nahversorgung und weitere. Eine geschäftsübergreifende Zusammenarbeit zwischen Stadtplanung (MA 18) und Gesundheitsförderung (Bereichsleitung für Strukturentwicklung) entsprach dieser Anforderungsvielfalt. Auch das sALTo-Team war dementsprechend interdisziplinär besetzt.

4.2 SETTINGORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION MIT ÄLTEREN MENSCHEN

Eine Voraussetzung mittels Gesundheitsförderung und Prävention auf die Gesundheit der Menschen einwirken zu können, ist, sie in ihren sozialen Lebenswelten zu erreichen, dort wo sie „arbeiten, leben und lieben“. Dem liegt die Annahme zugrunde (wie im Kapitel 3.3 beschrieben), dass neben den persönlichen gesundheitlichen Verhaltensweisen, die strukturellen Bedingungen einen großen Einfluss auf die Gesundheit haben. Die Gesundheit wird durch strukturelle Rahmenbedingungen beeinflusst und die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen kann diese positiv beeinflussen. Es entsteht eine Wechselwirkung zwischen Individuum und Gesellschaft, welches veränderte Verhaltensweisen ermöglicht.

Der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen zielt auf den Ansatz der settingorientierten Gesundheitsförderung ab. Der Setting-Ansatz verfolgt einen ganzheitlichen, system- bzw. verhältnispräventiv orientierten Zugang. Nicht das Individuum, sondern dessen soziale Systeme sind Gegenstand der gesundheitsförderlichen Intervention. Mit dem Augenmerk gesundheitsförderlichen Handelns auf die sozialen Systeme und Organisationen, in denen sich die Menschen aufhalten, werden neben der individuellen Ebene (Mikroebene) und der Ebene der Bevölkerung (Makroebene) räumliche und soziale Strukturen Gegenstand (Mesoebene) von Interventionen.

In der Gesundheitsförderung gilt der Setting-Ansatz als Schlüsselstrategie zur Umsetzung der Prinzipien der *Ottawa-Charta* (WHO, 1986). Settings wurden hier als Orte benannt, in denen Gesundheit als Produkt des alltäglichen Handelns und Lebens der Menschen konstruiert wird. Das Setting stellt einen sinnvollen Anknüpfungspunkt für Gesundheitsförderungsmaßnahmen dar. Die äußeren Lebensbedingungen von Menschen werden in Settings wirksam, die genutzt werden können, um Menschen für Aktivitäten der Gesundheitsförderung anzusprechen und zu gewinnen. Der Setting-Ansatz eröffnet auch einen Zugang zu sozial marginalisierten Bevölkerungsgruppen, die als jene Gruppe mit dem höchsten Bedarf an gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen betrachtet werden. Die Wichtigkeit bei dieser Zielgruppe anzusetzen ist unumstritten, da der kausale Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und gesundheitlicher Ungleichheit vielfach belegt ist.

Für das hier bearbeitete Thema Gesundheit stellt es sich so dar, dass das Setting ein „anerkanntes soziales System“ sein muss, dass dieses System einen Einfluss auf die Gesundheit ausübt, aber auch, dass die Bedingungen von Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können z. B. durch die gesetzliche Krankenversicherung (Engelmann, Halkow, 2008). Statt auf den einzelnen Menschen und sein individuelles Verhalten richtet sich der Blick auf die gesundheitlichen Belange von Menschen in ihren gesellschaftlichen und sozialen Systemen, in denen Gesundheit außerhalb des Medizinbetriebs im alltäglichen Arbeiten und Leben gestaltet wird (Altgeld, 2004; Baric, Conrad, 1999). Es stellen also die sozialen Systeme den Interventionsgegenstand dar und nicht die gesundheitlichen Probleme der Menschen in diesen Settings. Dementsprechend kann unterschieden werden zwischen „Gesundheitsförderung im Setting“ und einem „gesundheitsfördernden Setting“ (Baric, Conrad, 1999). Gesundheitsförderung im Setting nutzt dann den sozialen und organi-

satorischen Rahmen des Settings als Zugangsweg zu den Zielgruppen. Angeboten werden eher traditionelle Aktivitäten der Gesundheitsaufklärung oder –erziehung. Dagegen fokussiert der neue „Setting-Ansatz“ auf die Integration gesundheitsfördernder Aspekte in die gesamten Funktionsbedingungen eines Settings, in seine Struktur, Kultur, Prozesse und die Routinen des alltäglichen Setting-Leben (Baric, Conrad, 1999; Dooris, 2004; Rosenbrock, 2004a).

In den dargestellten Projekten wurde in folgenden Settings agiert: Gemeinde, Familie, Vereine, SeniorInnenbegegnungsstätten z.B. Kaffeehaus, Selbsthilfegruppen, PensionistInnen/SeniorInnenheime, Altenhilfeeinrichtungen, SeniorInnengruppen, Betrieben, Wohngemeinschaften (Wohnungen), Rehabilitationszentren, kirchlichen Einrichtungen, Krankenhäuser, und Pflegeheime,.

Settingorientierte Gesundheitsförderung in der Sozialversicherung

In der Sozialversicherung werden gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen zunächst in den Settings Betrieb und Schule umgesetzt. Es handelt sich dabei um „formalisierte, zweckrationale Sozialstrukturen“, die leichter veränderbar sind und einer sozialmanipulativen Machbarkeit unterliegen (Bauch, Bartsch, 2003) als Settings wie Familien, Stadtteile, Nachbarschaften oder Gemeinden (Dooris, 2004). In den Settings Schule und Betrieb werden junge bzw. erwerbstätige Menschen erreicht. Ältere Menschen sind in den Settings Gemeinde, Familie, Nachbarschaft sowie anderen Verbänden und Einrichtungen in denen diese „arbeiten, leben und lieben“ anzutreffen. Die Umsetzung des Setting-Ansatzes ist hier schwieriger. Sie sind weniger gut gestalt- und beeinflussbar, es handelt sich um offene Lebenswelten. In der *Ottawa-Charta* (WHO, 1986) werden gerade auch diese nachbarschaftlichen, gemeindebasierten Strukturen des alltäglichen Lebens als Gegenstand der gesundheitsförderlichen Entwicklung benannt. Bezüglich der regionalen und kommunalen Gesundheitsförderung in Österreich kann gesagt werden, dass es ein ausgebauten Netzwerk von „*Gesunden Gemeinden*“ in der Steiermark, Salzburg, Oberösterreich, Niederösterreich und Kärnten sowie das „*Gesunden Städte-Netzwerk*“ des Österreichischen Städtebundes gibt und die Teilnahme von Wien am *Healthy City-Netzwerk* der WHO besteht. Diese Netzwerke haben sich ohne die Vernetzung mit den österreichischen Sozialversicherungsträgern entwickelt.

Neue Entwicklungen zeigen, dass auch die kommunale Gesundheitsförderung als Zielbereich der Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherungsträger auftaucht. Gerade für die Zielgruppe der älteren Menschen, die insbesondere über dieses Setting erreicht werden kann, ist dies besonders wichtig. Es liegt deshalb ein großes Potential in der Strategie, dass die Sozialversicherung in ihren Zielen regionale und kommunale Gesundheitsförderung besonders in Form von Kooperationen als ein Tätigkeitsfeld in Betracht zieht. Die für die Gesundheitsberichterstattung zu Gesundheitsförderung und Prävention 2007 durchgeführte Datenerhebung zum Jahre 2005 zeigt, dass die kommunale Gesundheitsförderung bei den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern eine marginale Rolle spielt. Hauptsächlich werden Programme, die von MitarbeiterInnen der Kassen unterstützt werden, oder solche die von

den Kassen finanziell gefördert werden, hauptverantwortlich und operativ von anderen Organisationen umgesetzt (Reis-Klingspiegl, 2007).

Die Frage stellt sich, welches „Angebotspaket“ die Sozialversicherung abdecken kann und welche Rolle dabei die Gemeinde oder die Region mit ihren Strukturen und ihrer Bevölkerung spielen soll und kann: „Sind sie schlicht Orte der Intervention oder Lebenswelten von Menschen, die in einem längerfristig begleiteten Entwicklungsprozess zu Autonomie und Selbstbestimmung geführt werden sollen?“ (Reis-Klingspiegl, 2007).

Um diese Frage zu beantworten ist es notwendig auf die gesundheitsförderliche Arbeit im Setting näher einzugehen. Die Arbeit mit Settings bedeutet Entwicklungsprozesse einzuleiten und Menschen durch intensive Beziehungs- und Kontaktarbeit zu motivieren sich bei der gesundheitsförderlichen Arbeit zu involvieren. Raeburn und Corbett (2001) unterscheiden in ihrer Partizipationshypothese Interventionen auf Gemeindeebene nach dem Grad der Involviertheit von Gemeindestrukturen und –bevölkerung:

Lebensweltbasierte Interventionen: Die Gemeinde, die Region wird als Ort der Maßnahme genutzt. Die Zugangsmöglichkeit zu einer bestimmten für die Bevölkerung, der Zielgruppe wichtigen Sache steht im Mittelpunkt. Die Maßnahmenplanung ist zumeist abgeschlossen, wird von ExpertInnen umgesetzt und hat weniger Bezug zu spezifischen Bedürfnissen der Zielgruppe. Beispiele dafür sind Gesundheitstage, Gesundheitsvorträge, Kariesprophylaxe.

Lebensweltlich orientierte Aktivitäten: Die aktive Beteiligung der Mitglieder von Gemeinden ist in der Planung und Umsetzung der Maßnahmen gewährleistet. Der objektive Bedarf der Zielgruppe steht im Mittelpunkt. Beispiele dafür sind die Planung von Maßnahmen mit den Mitgliedern der Gemeinde zu einem vorgegebenen Thema wie Tabakprävention, Lebensstilinterventionen für Risikogruppen.

Gemeinde- und Regionalentwicklung: Die Kontrolle über die Interventionen wird in die Lebenswelt der Zielgruppe verlagert. Der gesamte Planungs- und Umsetzungszyklus erfolgt in der Gemeinde. Im Voraus gibt es eher Visionen oder Grobziele wie Förderung von Lebensqualität und Gesundheit. Die Struktur der Intervention ist geplant, die Inhalte sind aber noch unspezifisch. Ziele und Maßnahmen gewinnen ihre Spezifik und Klarheit aus dem Beteiligungsprozess. Dieser wird häufig extern begleitet, beauftragt werden die externen BegleiterInnen jedoch von der Gemeinde oder der Region. Beispiele dafür sind Prozessbegleitungs- und Beratungsaufträge.

Interventionen im Rahmen von lebensweltbasierten Interventionen, können gemäß der *Ottawa-Charta* (WHO, 1986) und der zentralen Handlungsprinzipien Partizipation, Empowerment und Vernetzung eher dem Bereich der Prävention zugeordnet werden. Gemeinde- und Regionalentwicklung entspricht der settingorientierten Gesundheitsförderung. Aus der Sicht der Prozessbegleitung und Interventionstheorie merkt Reis-Klingspiegl an, dass die große Herausforderung darin liegt, den Übergang von expertInnenorientierten Projekten und Programmen zur Aktivierung und Begleitung der lebenswelt-eigenen Strukturen und Bevölkerung bis zu deren selbst bestimmten Handeln liegt. Für die Bewältigung dieser Herausforderung bedarf es der sozialen Bereitschaft (Readiness) der Gemeinden/Regionen/kommunalen Strukturen, sich auf einen solchen Prozess einzulassen.

Weiters bedarf es der zeitlichen Voraussetzungen (mehrjährig) und der Möglichkeit zur Entschleunigung, um Beteiligungs- und Entwicklungsprozesse zu gewährleisten.

Drei wichtige Ebenen lassen sich hier unterscheiden: Prozesskontrolle, die Lebensweltgestaltung und die Kompetenz- und Potenzialentwicklung (Reis-Klingspiegl 2007).

Organisationsentwicklung in Lebenswelten			
Interventionsebene	Prozesskontrolle	Lebensweltgestaltung	Kompetenz- und Potenzialentwicklung
Handlungsfelder	Balance of Power zwischen externer Prozessbegleitung und interner Projektsteuerung durch aktive Menschen und Strukturen vor Ort	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda zur sozialen Vernetzung und Unterstützung - Kultur des Miteinander - Verankerung von Gesundheit als Wert im Lebensalltag - Lebensqualitätsentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Verankerung von Gesundheit als politischer Wert - Ressourcenallokation - Qualifizierung von Menschen - Partizipations- und Empowermentangebote
Konzepte	Projektmanagement	Sozialkapital	Capacity Building
Erhöht das Ergebnis	Empowerment	Partizipation	Lösungskompetenz

Abbildung 5 Organisationsentwicklung in Lebenswelten⁸

Bei der Prozesskontrolle geht es darum die Balance zwischen externer Prozessbegleitung und interner Projektsteuerung durch aktive Menschen und Strukturen vor Ort zu etablieren. Das Identifizieren von Kooperations- und Trägerstrukturen sowie die entsprechende Qualifikation der dahinter stehenden Menschen stellen dabei wichtige Erfolgsindikatoren dar. Bei der Lebensweltgestaltung geht es um die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Kultur und um die Förderung und Stärkung von sozialen Netzen und sozialen Unterstützungsprozessen, mit dem Blickwinkel auf jene, die keine, kleine oder schwache Netze haben. Notwendig dafür ist die Aktivierung der Menschen sowie der vorhandenen Strukturen. Das andocken an vorhandenen Strukturen erhöht den Beteiligungsgrad und die Beteiligungsmöglichkeiten der Zielgruppe. Die Kompetenz- und Potenzialentwicklung bildet den Möglichkeitsrahmen für die ersten beiden Interventionsebenen.

Leitlinie

Die settingorientierte Gesundheitsförderung zielt auf den Prozess der Veränderung von strukturellen Verhältnissen der Bevölkerungsgruppen/Zielgruppe.

An bestehende lebensweltliche Strukturen andocken und die Bevölkerung/Bevölkerungsgruppen bis zu deren selbst bestimmten Handeln begleiten.

Die soziale Bereitschaft (Readiness) der Gemeinden/Regionen/kommunalen Strukturen, sich auf einen solchen Prozess einlassen, überprüfen und gemäß dieser den Entwicklungsprozess erfassen und begleiten.

⁸ Quelle: Raeburn/Corbett 2001

Dem Kapazitätenaufbau vor Ort Ressourcen zur Verfügung stellen. Zeitliche Voraussetzungen (mehrjährig) und die Möglichkeit zur Entschleunigung schaffen, um Beteiligungs- und Entwicklungsprozesse zu gewährleisten

➔ Beispiel: Im Projekt „*Lebenswerte Lebenswelten*“ erprobten 13 Gemeinden in 2 steirischen Bezirken (Voitsberg und Graz Umgebung) innovative, bedarfsgerechte und von den Menschen vor Ort geplante und durchgeführte Struktur- und Angebotsmodelle, welche das Wohlbefinden und die Lebensqualität der älteren Menschen fördern soll. Strategien für ihr Vorgehen waren die Aktivierung von Menschen, das Sichtbarmachen der Heterogenität Älterer zwischen Forever Young und Pflegebett, die Initiierung von Kleinteams und SeniorInnennetzen und eine möglichst von den Menschen getragene Angebotsentwicklung.

Sektorübergreifende Zusammenarbeit und settingorientierte Gesundheitsförderung

Die Leitlinie settingorientierte Gesundheitsförderung verdeutlicht, dass auch die sektorübergreifende Zusammenarbeit unabdingbar ist. Die Lebenswelt beeinflusst die Gesundheit der Bevölkerung/der Zielgruppe und schließt neben der gesundheitlichen Umwelt, die technische Umwelt, die klimatische Umwelt, die bauliche Umwelt und mehr mit ein. Es geht dann darum dass in der Lebenswelt Anreize geschaffen werden wie gute Beleuchtung, begehbare Wege ohne Hindernisse und Unebenheiten, Bänke zum Rasten, Gewährleistung der Sicherheit und anderes. Der Zuständigkeitsbereich liegt nicht im Gesundheitssektor, aber die Umweltverhältnisse beeinflussen die Gesundheit. Nur durch sektorübergreifende Zusammenarbeit ist gewährleistet, dass ganzheitlich die Gesundheit der Bevölkerung/Bevölkerungsgruppen erhalten und verbessert werden kann.

4.3 DIE ZIELGRUPPE UND IHRE UNTERSCHIEDLICHKEIT

Die Zielgruppenorientierung stellt eine Leitlinie dar, die auf der Meso- und Mikro Ebene ansetzt. Gesundheitsförderliche Programme und Maßnahmen zielen darauf ab die spezifischen Interessen und Bedürfnisse von Bevölkerungsgruppen und die individuellen Ressourcen der relevanten Zielgruppe zu ermitteln. Die Zielgruppe der Frauen und Männer ab 50 ist heterogen und vielfältig, die Frauen und Männer befinden sich in unterschiedlichem Lebensalter sowie unterschiedlichen Lebenssituationen, Lebensgeschichten und Lebenslagen. Eine eindeutige Festlegung, ab wann jemand als „alt“ oder „älter“ gilt, lässt sich nicht machen. Setzen die einen, so wie der Vorschlag der WHO zeigt, bei den Altersgruppen an, so setzen andere weniger beim Alter, als beim gesundheitlichen Zustand an. Meusel (1980) unterscheidet drei unterschiedliche Zugänge: zum einen, wie alt jemand nach der Anzahl seiner verbrachten Lebensjahre ist (kalendarische Alter), zum anderen, wie es um die Funktionalität des Menschen steht (biologische Alter) und zuletzt bezeichnet Altern unterschiedliche Lebensabschnitte.

Krankheiten und Beschwerden, die laut einer Studie des Instituts für Sozialmedizin der Universität Wien (SERMO Studie, 1997) bei Menschen im mittleren Erwachsenenalter auftreten sind Schäden der Wirbelsäule, fieberhafte Erkrankungen und erhöhter Blutdruck; Krankheiten bei älteren Menschen (über 60-Jährige) sind erhöhter Blutdruck, Erkrankung der Gelenke und Diabetes; chronische Krankheiten sind in beiden Gruppen ebenfalls hoher

Blutdruck, chronisches Gelenksrheuma und Gefäßstörungen an den Beinen. Bei den Beschwerden im höheren Alter werden zufolge des Mikrozensus Herzbeschwerden und Kreislaufstörungen, Schmerzen im Bereich der Gelenke, Nerven und Muskeln, Rücken- und Kreuzschmerzen, Schlafstörungen, Hör- und Sehstörungen sowie Wetterempfindlichkeit am häufigsten genannt. Neben der Differenzierung in Altersgruppen lässt sich die Zielgruppe ab 50 differenzieren in unterschiedliche sozioökonomische Gruppen und in unterschiedliche kulturelle und ethische Gruppen, die in unterschiedlichen Lebensverhältnissen leben.

Für die Auswahl an Interventionen empfiehlt sich ein zielgruppenorientierter Zugang, der die Lebenssituation, die Lebenslagen und den gesundheitlichen Zustand der Zielgruppe berücksichtigt und von einem dynamischen und nicht von einem starren Zustand des Alterns ausgeht. Es wird im Weiteren ein Versuch einer groben Gliederung dargestellt, der für die Auswahl von gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen zusätzlich dienlich sein kann und sich an den WHO Vorschlägen orientiert.

- **Menschen im mittleren Erwachsenenalter (50- bis 60-Jährige)**

- Merkmale:

- Stehen in der Endphase der eigenen Berufstätigkeit und dem beginnenden Ruhestand. Die Pensionierung ist der Start in einen „neuen“ Lebensabschnitt. Die Frauen und Männer befinden sich in einer Übergangsphase in dem das Suchen und Finden von neuen gesellschaftlichen Rollen in den Mittelpunkt rückt und der Verlust der Erwerbstätigkeit überwunden werden muss.
 - Sind häufig noch durch betriebliche Gesundheitsförderung erreichbar
→ Maßnahmen/Initiativen zur gezielten Vorbereitung auf den Ruhestand und zur gesundheitsförderlichen Lebensstilorientierung

- **Ältere Menschen (60- bis 75-Jährige) – „drittes Lebensalter“**

- Merkmale:

- Hoher Anteil von ihnen ist im Ruhestand, der Fokus richtet sich auf die eigene Familie und Lebensweise. Die eigenen Interessen werden aktiv verfolgt und die nachfolgende Generation wird unterstützt. Die Gesundheit und die Auseinandersetzung mit der zunehmenden Krankheit werden thematisiert.
 - Sind durch Gesundheitsförderung in der Region erreichbar
→ Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Lebensstilorientierung, zur Kompetenzerweiterung von Verlusterlebnissen, Sinnstiftung durch ehrenamtliche Arbeit

- **Alte Menschen (75- bis 90-Jährige) – „viertes Lebensalter“**

- Merkmale:

- Zunahme funktioneller Einschränkungen
 - Sind oftmals schwer durch gesundheitsförderliche Maßnahmen erreichbar

→ Maßnahmen/Initiativen zum Erhalt der Aktivität/Mobilität, Einbindung in der Gesellschaft, Motivation zur Förderung eines gesundheitsgerechten Lebensstils

- **Sehr alte oder hochbetagte Menschen (über 90-Jährige), Langlebige (über 100-Jährige)**

Merkmale:

- Zunahme funktioneller Einschränkungen und der Pflegebedürftigkeit
- Sind oftmals schwer durch gesundheitsförderliche Maßnahmen zu erreichen

→ Maßnahmen/Initiativen der Sturzprophylaxe und Erhalt der Mobilität treten in den Vordergrund

Leitlinie

Das Gesundheitsförderungsprogramm speziell auf die Bedürfnisse, Lebensgeschichten und die individuellen Ressourcen der Zielgruppe abstimmen, entwickelte Programme auf die Zielgruppe adaptieren.

↪ Beispiel: Das Projekt „*Gesunde Ernährung im Alter*“ hatte zum Ziel Ernährungskurse zu entwickeln, die auf verschiedene Zielgruppen adaptiert werden konnten. Die Kurse fanden in der städtischen und ländlichen Bevölkerung statt, waren für alle älteren Menschen und auch für Familienmitglieder offen. Je nach Zielgruppe wurden die Kurse adaptiert, sozio-ökonomische Hintergründe wurden bei der Implementierung berücksichtigt.

4.4 ZIELGRUPPE SOZIAL BENACHTEILIGTE MENSCHEN

Ungleichheit in der Gesundheit definiert sich als der systematische Unterschied des Gesundheitszustandes von Menschen. Am besten wird die gesundheitliche Ungleichheit in der unterschiedlichen Lebenserwartung zwischen Personen aus den oberen und unteren sozialen Schichten illustriert. Menschen aus höheren sozialen Schichten leben bis zu 6 Jahre länger (Mackenbach, 2006). Gesundheitliche Ungleichheit beginnt früh und hält an bis ins hohe Lebensalter. Nicht nur die Lebenserwartung hängt von sozioökonomischen Faktoren ab, sondern auch die Prävalenz chronischer Bedingungen im Alter. Eine amerikanische Studie zeigt, dass 65 bis 74-Jährige der obersten sozialen Schicht im Durchschnitt etwa eine chronische Einschränkung, altersgleiche Personen der untersten sozialen Schicht und der unteren Mittelschicht durchschnittlich mehr als zwei chronische Einschränkungen haben (House, Kessler, Herzog, 1990).

Gesundheitsstrategien sollten daher versuchen Ungleichheiten zwischen den Bevölkerungsgruppen auszugleichen:

- Gleicher Zugang zu Gesundheitseinrichtungen
- Verbesserung von ungesunden, stressvollen Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Verbesserung des gesundheitlichen Risikoverhaltens

Die Potentiale für die Gesundheitsförderung und Prävention liegen insbesondere auch in der stärkeren Berücksichtigung sozial benachteiligter älterer Menschen. Männer aus dem

untersten Viertel der Einkommensskala haben derzeit eine um 10 Jahre geringere Lebenserwartung als Männer aus dem obersten Viertel (72 gegenüber 82 Jahre) und für Frauen beträgt der Unterschied 5 Jahre (81 gegenüber 86 Jahren) (Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens). Die Wichtigkeit sozial Benachteiligte in den Blick zu nehmen, gründet sich auch darauf, dass diese die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention besonders wenig nutzen, aber gleichzeitig einen besonders hohen Gesundheitsförderungsbedarf haben.

Die Frage der Erreichbarkeit der Zielgruppe der sozial benachteiligten Menschen ist deshalb in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention von großer Wichtigkeit. Es bedarf differenzierter Vorgehensweisen. Die aufsuchende Aktivierung und niederschweligen Angebote, wie Hausbesuche oder Aktivitäten, die vor Ort in den Regionen, Stadtteilen mit Einbezug der Zielgruppe umgesetzt werden, stellen Maßnahmen dar, die die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit am meisten gewährleisten. Zentral für die Auswahl von Regionen und Stadtteilen in denen sich sozial benachteiligte ältere Menschen aufhalten, ist das Konzept der Lebenslagen. Dabei wird die gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Situation der Menschen in den Regionen, Stadtteilen und Grätzeln berücksichtigt. Gesundheitsförderliche Maßnahmen mit denen effektiv sozial benachteiligte Menschen erreicht werden, sind gesundheitsförderliche Hausbesuche und niederschwellige Angebote, wie Selbsthilfegruppen, wodurch sozial benachteiligte Menschen involviert und gestärkt (empowert) werden (Stegeman, Costongs, 2004).

Leitlinie

Die Unterschiedlichkeit in der Zielgruppe kennen und bei den Aktivitäten berücksichtigen. Projekte und Programme mit/für ältere Menschen unter besonderer Berücksichtigung „schwer erreichbarer“ sozial benachteiligter Gruppen planen und diese mit einbeziehen ohne diese zu stigmatisieren.

4.5 ZIELGRUPPE FRAUEN UND MÄNNER

Geschlecht ist ein weiterer Gesundheitsfaktor, der Auswirkungen auf die Gesundheit und die Krankheitsverläufe hat. Das Wissen über die unterschiedlichen biologischen und sozialen Aspekte des Alterns von Frauen und Männern ist noch mangelhaft. Klar kann gesagt werden, dass Frauen in höherem Maße gefährdet sind, im Alter zu verarmen. Ein großer Unterschied besteht hinsichtlich der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen. In der Regel beträgt dieser in den europäischen Ländern bis zu 14 Jahre. Frauen leben länger als Männer, aber in der Regel mit stärkeren Behinderungen. In der EU-geförderten Studie MERI wird dargestellt, dass das längere Leben der Frauen auch bedeutet, dass sie länger mit chronischen Krankheiten leben. Frauen leiden länger und sind abhängiger als Männer. Sie haben mehr psychologische Diagnosen, konsultieren öfter ÄrztInnen und nehmen mehr Behandlungen in Anspruch. Zur gleichen Zeit können Frauen mit Behinderungen länger alleine leben als Männer mit Behinderungen (EUROPA-Eurostat, 2006).

Die Integration von Gender Perspektiven in gesundheitspolitische Entscheidungen ist auf Grund der Tatsachen, dass das „Alter weiblich ist“, es geschlechterspezifische Unterschiede im Gesundheitswesen (Gendermedizin, Gesundheitsverhalten und –bewusstsein, Vorsorge,

Pflege, etc) gibt, die demografischen Veränderungen weitere Ungleichheiten hervorbringen werden, die Pflege der älteren Menschen in Frauenhand liegt und es Unterschiede im Mobilitäts- und Verkehrsverhalten gibt, eine notwendige Voraussetzung für mehr Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern. Für die Gesundheitspolitik bedeutet es die verschiedenen Bedürfnisse der Frauen und Männer in allen strategischen und praktischen Entwicklungen zu berücksichtigen. Das Ziel ist die Geschlechtergerechtigkeit.

Ein geschlechtergerechter Ansatz im Rahmen von Public Health beginnt damit, die sozio-kulturellen, ökonomischen und politischen Unterschiede, die die Gesundheit zwischen Frauen und Männer beeinflussen anzuerkennen. Damit wird die Verbesserung von Programmen, die Effizienz und die Gleichheit zwischen den Geschlechtern gewährleistet. Für die Projektplanung und Umsetzung ergibt sich die Forderung geschlechterspezifische Unterschiede und die Kategorie Geschlecht in Planung, Umsetzung und Evaluation einzubeziehen.

Leitlinie

Die geschlechterspezifischen Unterschiede in der Zielgruppe kennen und berücksichtigen. Integration der Gender-Perspektive auf strategischer und praktischer Ebene um die Effizienz der Programme und die Gleichheit zwischen den Geschlechtern zu gewährleisten.

4.6 AKTEURE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION – DIE STAKEHOLDER, VERNETZUNG UND AUFBAU VON PARTNERSCHAFTEN

Die österreichische Sozialversicherung, als Institution mit bundesweiten Strukturen sieht sich als zentraler Akteur in der Vernetzung existierender Maßnahmen. Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit aktiven oder derzeit noch inaktiven Stakeholdern sowohl aus der Politik als auch mit NGOs und anderen im Anhang angeführten AkteurInnen soll im Zuge der Umsetzung der Maßnahmen erfolgen. Durch die Sammlung von Projekten und der Darstellung von umfangreichem Wissen für Gesundheitsförderung mit älteren Menschen sollen aber auch sämtliche andere Stakeholder aktiviert werden. Als Stakeholder werden Personen und Personengruppen bezeichnet, die in irgendeiner Weise vom jeweiligen Projekt betroffen sind. Die Stakeholderanalyse ist ein wichtiges Planungsinstrument, um sich über das Projektumfeld und seiner Zielgruppe bewusst zu werden. Die Stakeholder besitzen Wissen darüber, wie das Projektumfeld denkt und können daher den Projektverlauf beeinflussen. Stakeholder können auch als Unterstützer und Finanziere von Projekten gewonnen werden. Die Einbindung von Stakeholdern in das Projektgeschehen zu einem frühen Zeitpunkt stellt die Voraussetzung für die Akzeptanz und die Übernahme von Verantwortung von deren Seite dar und bedeutet ihre Expertise zu nutzen und ihre Verbindungen für das Projekt nutzbar zu machen.

Die Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Projektumfeld zeigt den Involvierungsgrad der Personen auf. Im direkten Umfeld sind Personen bzw. Personengruppen und Institutionen, die unmittelbar mit der Projektorganisation in Verbindung stehen. Als indirekt werden jene Stakeholder bezeichnet, die nur mittelbar vom Projekt betroffen sind, wie Behörden, PolitikerInnen und Interessensvertretungen. Die Stakeholder sind im Rahmen eines Projekts nicht statisch und müssen im Projektablauf laufend ergänzt und korrigiert

werden. Bei der Arbeit mit Stakeholdern in Projekten handelt es sich um Beziehungs-, Kontakt- und Vernetzungsarbeit, die sorgfältig geplant werden muss, damit sie nachhaltig wirksam werden kann. Beispiele dafür sind Kooperationen zwischen verschiedenen Anbietern von Versorgungsleistungen in einer Region, Kooperation mit bestehenden Strukturen wie Gewerkschaft, PensionistInnen-/SeniorInnenverbände, Vernetzung und Aufbau von PartnerInnenschaften, Gründung von Plattformen.

Leitlinie

Alle wichtigen Akteure sobald als möglich in den Planungs- und Implementierungsprozess einbeziehen und sich mit ihnen vernetzen. Die Beziehungs-, Kontakt- und Vernetzungsarbeit als Projektbestandteil planen und umsetzen.

➔ Beispiel: Das Projekt „*Reifer Lebensgenuss*“ hatte zum Ziel gemeinsam mit Schlüsselpersonen, politisch Verantwortlichen in den Gemeinden, mit AnbieterInnen aus dem Tourismus- und Gesundheitsbereich und mit VertreterInnen der Zielgruppe am Aufbau einer altersgerechten Lebenswelt für Einheimische und Gäste zu arbeiten.

In der vorliegenden Arbeit wurden anhand der österreichischen Projekte, wichtige einzubeziehende Stakeholder auf bundesweiter Ebene identifiziert. Die vorhandenen Stakeholder wurden in die Bereiche „Politik, Interessensvertretungen und Sozialversicherung“, „Forschung und Bildung“, „Gesundheitseinrichtungen und relevante Akteure“, Institutionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health“, „Verbände und Vereine“ sowie „Medien“⁹ kategorisiert.

Folgende Abbildung zeigt einige ausgewählte Stakeholder in Österreich. Eine detaillierte Aufstellung ist im Anhang angeführt.

⁹ Die Vollständigkeit der Angaben ist nicht gewährleistet.

Politik, Interessensvertretungen und Sozialversicherung		
Bundesministerien	Gemeinde- und Städtebund	Hauptverband der österr. Sozialversicherung
Forschung und Bildung		
LBI für Altersforschung	Universitäts- und Fachhochschullehrgänge	Europäische Seniorenakademie
Gesundheitseinrichtungen und relevante Akteure		
Krankenanstaltenverbände Österreichs	Seniorenvertretungen	Europäischer Sozialfonds in Österreich
Institutionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health		
Gesundheit Österreich GmbH/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen	Österr. Gesellschaft für Public Health	Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
Vereine, Verbände		
Österr. Rotes Kreuz	Hilfsorganisationen (Caritas, Hilfswerk, Volkshilfe)	Arbeitsmarktservice
Medien		
Audiovisuelle Medien (ORF, ATV, etc.)	sämtliche Printmedien (Tageszeitungen, Magazine, etc.)	Internetmedien (www. seniorkom.at)

Abbildung 5 ausgewählte Stakeholder in Österreich

4.7 PARTIZIPATION

Partizipation stellt einen Grundbaustein für erfolgreiche Gesundheitsförderung dar und ist ein wichtiger Teil der settingorientierten Gesundheitsförderung. Wie vorher beschrieben, stellt die aktive Einbindung der Zielgruppe bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Projekten eine Herausforderung dar. Diese intensive Beziehungs-, Prozess- und Kontaktarbeit zielt auf die Übernahme von Verantwortung, selbst bestimmten Handelns und der Gestaltung der eigenen sowie der gemeinschaftlichen Lebensumwelt der betroffenen Zielgruppe/Bevölkerungsgruppe ab. Die Leitidee ist hier, dass Projekte nicht für die Zielgruppe „von oben nach unten“ geplant und umgesetzt werden, weil dies das Recht der älteren Menschen auf Selbstbestimmung einschränken würde. Partizipation ermöglicht der Zielgruppe, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse einzubringen und die Umwelt zu reflektieren und zu beeinflussen.

Verschiedene Formen der Partizipation können unterschieden werden (siehe auch Kapitel 4.2 Settingorientierte Gesundheitsförderung), die den Grad der Involviertheit der Zielgruppe widerspiegeln und von der einfachen Teilnahme an einem Programm bis zur aktiven Gestaltung der eigenen und gemeinschaftlichen Lebenswelt reichen. Im *active ageing framework* der WHO (2002) wird dargestellt, dass in einer „Gesellschaft die für alle Lebens-

alter geschaffen ist“, das *active ageing* den Unterschied ausmacht. Neben der Gestaltung des eigenen Lebensstils werden die Involviertheit in der Familie und der Gesellschaft sowie eine unterstützende Umwelt als Basis für aktives Altern beschrieben. Die Bedeutung der älteren Menschen für ihre Familien und die Gesellschaft wird herausgestrichen. Viele Menschen bleiben im formellen und informellen Sektor auch noch aktiv nach ihrer aktiven Zeit der Erwerbstätigkeit. Das aktive in *active ageing* bezieht sich auf die fortwährende Partizipation in sozialen, ökonomischen, kulturellen und spirituellen Fragen der Gesellschaft. Der Erhalt der Unabhängigkeit, der Autonomie und der Partizipation in gesellschaftliche Belange werden fokussiert und dem Anspruch von *healthy ageing* hinzugefügt. Ist mit *healthy ageing* noch ein „needs based“ Ansatz gemeint, der davon ausgeht, dass ältere Menschen passive Teilhaber der Gesellschaft sind, so liegt *active ageing* ein „rights-based“ Ansatz zu Grunde, der das Recht auf Mitbestimmung in allen politischen Prozessen und anderen gesellschaftlichen Belangen bis ans Lebensende vorsieht. (WHO, 2002).

In Programmen der Gesundheitsförderung gilt es daher auch jenen Prozessen, die Partizipation ermöglichen, einen hohen Stellenwert einzuräumen. Von wesentlicher Bedeutung sind im Zusammenhang mit Partizipation die Voraussetzungen, unter denen Menschen partizipieren können. Denn auch hier gilt wieder, dass parallel zur Ungleichverteilung von Gesundheitschancen eine Ungleichverteilung von Partizipationschancen existiert. Je höher der soziale Status, desto größer ist auch das Partizipationsinteresse und desto vielfältiger sind die möglichen Partizipationsformen.

Leitlinie

Die Zielgruppe so weit wie möglich aktiv einbinden, ihnen Mitspracherecht geben und Möglichkeiten schaffen, die die Mitgestaltung der eigenen und gemeinschaftlichen Lebenswelt gewährleistet. Rahmenbedingungen schaffen, die es Menschen ermöglichen sich in sozialen, ökonomischen, kulturellen und spirituellen Fragen der Gesellschaft einzubringen.

➔ Beispiel: Das Projekt „*In Erwartung der Goldenen Jahre*“ verbesserte durch seinen „train the trainer“- Ansatz die pro-aktiven Handlungskompetenzen und den Denkansatz der TeilnehmerInnen sich auf das Altern vorzubereiten.

4.8 EMPOWERMENT – ERMÄCHTIGUNG – STÄRKUNG

Empowerment ist ein sozialer, kultureller, psychologischer oder politischer Prozess durch den Individuen und soziale Gruppen fähig sind ihre Bedürfnisse zu verwirklichen, ihre Bedenken zu äußern, Strategien für die Beteiligung am Entscheidungsprozess zu entwickeln und politische, soziale und kulturelle Aktionen auszuführen. Es geht dabei um die Vergrößerung der individuellen und gemeinschaftlichen Verantwortung und um die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen (Rieder, 1999).

Die Annahme ist hier, dass ältere Menschen selbst enormes Potential (physisch, mental und sozial) haben und in dem Sinne aktiv in Gesundheitsförderungsprogramme, als auch in den Heilungsprozess nach einer Krankheit involviert werden sollen. Darüber hinaus führt dies zu einer höheren Lebensqualität (Dietscher, Herbek, Kübel, Mosser, Nowak, 2001a).

Empowerment wird oft auch gleichgesetzt mit „jemanden dazu animieren etwas zu tun“, einen gesünderen Lebensstil anzunehmen, die eigene Freizeit zu organisieren (Dietscher, Nowak, 2005; Kurz, 2003; Rieder, 2003; Rind, 1995). Es geht darum, dass ältere Menschen solange wie möglich aktiv bleiben, um damit der sozialen Isolation vorzubeugen (Kurz, 2003). Die Aktivierung trägt zur sozialen Gesundheit bei. Empirische Studien zeigen, dass Empowerment mit höherer Lebensqualität einhergeht (Nowotny, Dachenhausen, Stastny, Zidek, Brainin, 2004), und dass ältere Menschen Co-Produzenten ihrer Gesundheit sind. Daraus ergibt sich die Forderung, dass Empowerment der wesentliche Bestandteil von Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen sein soll (Dietscher, Herbek, Kübel, Mosser, Nowak, 2001b).

Empowerment kann durch verschiedene gesundheitsfördernde Aktivitäten entwickelt werden wie die ehrenamtliche Mitarbeit, die Mitarbeit in Non-Profit-Organisationen, die Teilnahme an Sportprogrammen oder anderen Programmen, wie Singen oder Tanzen, etc. Programme, in denen Wissensvermittlung und Information über gesunde Lebensweisen oder andere wichtige Themen für die Zielgruppe älterer Menschen angeboten wird, fördern die Fähigkeit sich selbständig eine Meinungen bilden zu können sowie die Ermächtigung, die eigene Gesundheit und das eigene Leben zu bestimmen und zu kontrollieren. Damit wird die Einbindung in Entscheidungsprozesse über die eigene Gesundheit ermöglicht und die Entscheidung liegt nicht mehr nur bei den GesundheitsexpertInnen (ArztInnen usw.).

Empowerment benötigt Wissen, Information und Fertigkeiten sowie die Bereitschaft der Menschen diese aktive, gestärkte Rolle zu übernehmen. Neben den personenbezogenen Variablen, die es ermöglichen selbstbestimmt zu handeln wie Selbstbewusstsein, Lernbereitschaft, Offenheit, Verantwortung und Vertrauen den eigenen Entscheidungen gegenüber, sind soziale Netze und andere Unterstützungssysteme notwendig um fachliche Hilfestellungen sowie emotionale Unterstützung auf dem Weg zum/r selbstbestimmten mündigen BürgerIn zu erhalten.

Auch hier gilt wieder, so wichtig die soziale Aktivierung und Stärkung für ältere Menschen ist, so ungleich ist die Verteilung. Es lässt sich sagen, dass Menschen aus den unteren sozialen Schichten weniger Möglichkeiten und Ressourcen haben als Menschen aus höheren sozialen Schichten, sich in sozialen Netzen zu beteiligen, aktiv zu werden, Informationsdefizite abzubauen, um daraus empowert hervorzugehen (Rosenmayer, 2004).

Leitlinie

Ältere Menschen befähigen und motivieren Initiativen für ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden in Anspruch zu nehmen. Die notwendigen Rahmenbedingungen für die Vergrößerung der individuellen und gemeinschaftlichen Verantwortung schaffen.

☞ Beispiel: Das Projekt „+ Plus Leben“ verfolgte einen „multiagency“ Ansatz, der der Vielseitigkeit des Projekts entsprach. Es verband die Förderung von Übungen für Gesundheitsverbesserungen (physisch, psychologisch und sozial) und auch das Verständnis für Gesundheitsthemen und den Alterungsprozess selbst mit dem Ziel ältere Menschen zu befähigen die Kontrolle über ihren Gesundheitszustand zu übernehmen.

4.9 EVALUATION

Evaluation ist eine systematische Beurteilung, um die Auswirkungen des Gesundheitsförderungsprogrammes auf die Gesundheit der Zielgruppe darzustellen und festzustellen, ob das Projekt erfolgreich war und die Ziele erreicht wurden. Üblicherweise werden Evaluationen mit gemischtem Methodenansatz durchgeführt, bei dem quantitative und qualitative Evaluationen kombiniert werden. Evaluationstechniken sollten vielfältig sein und auch die Meinungen von KundInnen und Stakeholdern beinhalten, damit auch weniger offensichtliche Auswirkungen und Ergebnisse des Projekts veranschaulicht werden. Allenfalls sollte die Evaluation in der laufenden Planung integriert sein und als Information für die künftigen Entwicklungen im Projekt dienen.

Einerseits ist die Erfassung von Wirkungen gesundheitsförderlicher Programme wie die Verbesserung von subjektiv wahrgenommenen gesundheitlichen Beschwerden, Gesundheit und Wohlbefinden, die Veränderung von gesundheitlichem Verhalten, die Verringerung von Risikoverhalten und die Veränderung struktureller Lebensverhältnissen u.a. Gegenstand der Evaluation. Andererseits ist für die Finanzierung und Förderung von Projekten/Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention die objektive Kosten-Nutzenberechnung von Interesse. Wird gute Gesundheit der Bevölkerung assoziiert mit dem Reichtum eines Landes und wird Gesundheit immer mehr als ökonomische Größe erkannt, so stellt sich die Frage nach der Kosteneffizienz. Die Problematik von Kosteneffizienzanalysen liegt darin, dass es sich bei den objektiven Effekten gesundheitsförderlicher Maßnahmen um langfristige handelt und schnelle Ergebnisse, die von Auftraggebern öfter gefordert werden, nicht zu erwarten sind. Die Identifizierung von langfristigen Effekten wie Verhaltens- oder Einstellungsveränderungen, Senkung von spezifischen Erkrankungsraten und damit Einsparung von Kosten ist nur eingeschränkt möglich, da es viele Einflüsse im Lebensumfeld gibt, die auf diese Effekte einwirken. Kosten-Nutzenanalysen erfordern demnach hohen Kompetenz- und Kosteneinsatz.

Studien zeigen, dass Programme der Gesundheitsförderung für Frauen und Männer ab 50 zu verbesserter Lebensqualität und zur Verringerung der Gesundheitskosten führen können (Halbwachs, Weiß, & Bauer, 2000; Fries, Bloch Harrington, Richardson, Beck 1993).

Kosteneffizienzanalysen von Bewegungsinterventionen stellen dar, dass verhaltensorientierte Lebensstilansätze in denen den TeilnehmerInnen gezeigt wurde, wie sie mehr Bewegung in ihren Alltag integrieren können, kosteneffektiver sind als Interventionen, die strukturierte Trainingsprogramme angeboten hatten (Sevick, Dunn, Morrow, Marcus, Chen, Blair, 2000). Hageberg und Lindholm zeigen in ihrem Review Artikel, dass viele der Effektivitätsstudien die Kosteneffektivität gerade bei der Zielgruppe der älteren Menschen und jenen mit Herzbeschwerden aufzeigen. Es lässt sich auch sagen, dass die Gesundheitsförderung mittels Bewegung durch verschiedene Methoden und in verschiedenen Settings kosteneffektiv ist, wobei die Autoren darauf hinweisen, dass es an der Evidenz für spezifische Programme und Zielgruppen mangelt (Hagebert, Lindholm 2006).

Leitlinie

Laufende und ganzheitliche Evaluationen projektbegleitend umsetzen, um davon zu lernen und sich im Projektteam weiterentwickeln. Evidenz-basierte Ergebnisse als Grundlage der eigenen Arbeit verwenden.

Auf politischer Ebene bedeutet es Langzeit-Studien in Auftrag geben, die Kosten-Nutzenberechnungen ermöglichen.

➔ Beispiel: Im Projekt „SIMA“ wurde die Kombination von Gedächtnis- und Fitnessstraining angewandt, die eine direkte Auswirkung auf die Verzögerung des Alterungsprozesses laut einer Studie von Prof. Oswald (Universität Erlangen) hat. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Programm zeigten, dass so eine klare Reduktion an Pflegebedürftigen erreicht werden konnte. Ein verzögernder Effekt oder gänzlich Ausbleiben von Demenz wurde beobachtet.

4.10 NACHHALTIGKEIT

Gesundheitsförderungsprogramme mit nachhaltiger Wirkung gewährleisten über die Projektphase hinaus ihren Nutzen für die Gemeinschaften, Bevölkerungen und Individuen. Für die oben erwähnte Schwierigkeit der Evaluation Veränderungen des Gesundheitsbewusstseins, Gesundheitsverhaltens und gesunder Lebenswelten u.a. messbar zu machen, gilt, dass Programme nachhaltig aufgesetzt werden müssen, um den Nutzen über einen längeren Zeitraum hinaus bestimmen zu können. Die Übertragbarkeit von entwickelten Programmen auf andere Regionen und Zielgruppen sowie niederschwellige Zugänge, um die Zielgruppen zu erreichen, sind weitere wichtige Aspekte von Nachhaltigkeit.

Die nachhaltige Implementierung von Programmen, trägt dann zum Projekterfolg bei und meint nicht allein die Fortführung von Programmen, sondern den Aufbau und Erhalt von Personalkapazitäten und Rahmenbedingungen, wie gefestigte Ressourcen und existierende Strukturen.

Damit Nachhaltigkeit gewährleistet werden kann, müssen schon während der Projektlaufzeit die Voraussetzungen für die nachhaltige Weiterentwicklung geplant werden. In vielen Projekten ist Nachhaltigkeit nur in begrenztem Maße oder nicht gegeben, weil das Personal und die finanziellen Ressourcen nicht weiter zur Verfügung stehen und die Schaffung von Infrastruktur, die Vernetzung zu relevanten Akteuren und Institutionen sowie die Entwicklung von Personalkompetenzen nicht gegeben ist. Diesbezüglich wird dem Ansatz Capacity Building neuerdings ein hoher Stellenwert eingeräumt. Das ist jener Ansatz zur Entwicklung von nachhaltigen Fähigkeiten, Strukturen und Ressourcen sowie dem Commitment zu Verbesserungen im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen, um die Gesundheit der Menschen vielfach zu steigern (NSW, 2001).

Leitlinie

Gewährleisten, dass dem Projekt Finanzen, Personalkapazitäten und Rahmenbedingungen für Vernetzung und Weiterarbeit zur Verfügung stehen, damit die Aktivitäten, das Programm auch nach Beendigung der Projektlaufzeit weitergeführt werden kann.

➔ Beispiel: Das Projekt „*Spaziergänge aus Hambleton gehen für Gesundheit*“ wurde in den ersten drei Jahren von 2003 bis 2005 von verschiedenen Institutionen wie Landesagentur, Land und Bezirksbehörden, Gesellschaften für Primärversorgung und dem AGE Konzern North Yorkshire finanziert. Ehrenamtliche „Hambleton SpaziergängerInnen“ wurden geschult um mit Menschen 50+, davon jene mit passivem Lebensstil und sozial benachteiligten Menschen aller Altersklassen gemeinsam spazieren zu gehen. Nach dem Projektzeitraum blieb die Finanzierung weiter bestehen und neue Anträge zu anderen Organisationen wurden eingereicht. Ähnliche Projekte laufen in anderen Regionen in England und Wales. Kontinuierlich wurde das Projekt von der Steuerungsgruppe weiter betreut.



TEIL 2

Der Maßnahmenkatalog

5 Der Maßnahmenkatalog

Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50 soll von den Sozialversicherungsträgern in wissenschaftlich abgesicherten Handlungsfeldern umgesetzt werden. Dazu dient unterstützend der vorliegende Maßnahmenkatalog, der Projekte und Maßnahmen vorstellt, die international erfolgreich umgesetzt wurden. Den ExpertInnen der Gesundheitsförderung und Prävention steht damit eine Vielfalt an Ideen und Umsetzungsvorschlägen zur Verfügung. Die Selektion der Projekte und die Anpassung der Maßnahmen an die strukturellen, personellen und finanziellen Möglichkeiten liegen bei einzelnen Sozialversicherungsträgern.

5.1 ZIEL DES MAßNAHMENKATALOGS

Vorrangige Ziele des Maßnahmenkatalogs ist auf der Ebene der **Verhaltensveränderung** der einzelnen Individuen die Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins der Frauen und Männer, die durch Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention animiert und aktiviert werden, gesundheitsförderliche Lebensstile anzunehmen und damit ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden erhöhen. Auf der Ebene der **Verhältnisveränderung** von Settings ist das Ziel gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse, Lebenswelten zu schaffen, in denen gesundes und aktives Altern ermöglicht wird.

Vor dem Hintergrund von evidenzbasierter Literatur über gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen mit der Zielgruppe der älteren Menschen stehen den GesundheitsexpertInnen der Sozialversicherungsträger die Praxis-Erfahrungen von anderen ProjektmacherInnen in diesem Bereich zur Verfügung. Die Projektdarstellungen bieten eine Grundlage für die Planung und Gestaltung eigener Projekte. Vorangestellt wurden strategische Handlungsempfehlungen und Leitlinien, die bei der Umsetzung von Projekten zu beachten sind. Projekte, Strategie und Leitlinien bilden die Basis um im Sinne einer umfassenden Public Health Strategie Gesundheitsförderung und Prävention mit der Zielgruppe der Frauen und Männer ab 50 bei den Sozialversicherungsträgern zu etablieren.

5.2 THEMEN FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG MIT FRAUEN UND MÄNNERN AB 50

Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50 wird ganzheitlich auf den Ebenen der physischen, der mentalen und der sozialen Gesundheit betrachtet. In Zusammenhang mit der physischen Gesundheit werden die Themen Bewegung, Ernährung, Rauchen, Alkohol und Drogen behandelt. Die mentale Gesundheit befasst sich mit Themen wie Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, und Selbstbestimmung (Glabischig, 2005) und der Fähigkeit zu agieren. Die soziale Gesundheit umfasst das wichtige Thema der sozialen Unterstützung durch PartnerInnen, Familie und soziale Netzwerke in einer Gesellschaft, die sich durch Singularisierung auszeichnet (Abbassi-Nik, 2004). Unfall-/Sturzvermeidung, Medi-

kamentengebrauch und Ruhestand/ Vorruhestand sind weitere Themen, die behandelt werden und für die Gesundheit der älteren Menschen bedeutend sind.

Folgende Themen werden im Maßnahmenkatalog behandelt¹⁰:

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Ernährung | 5. Soziales Kapital |
| 2. Bewegung | 6. Unfall-/Sturzvermeidung |
| 3. Tabak und Alkohol | 7. Arzneimittelgebrauch |
| 4. Mentale Gesundheit | 8 Ruhestand/Vorruhestand |

5.3 WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Die Kooperation mit der Wissenschaft und Forschung ist die Basis für eine evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Die internationalen Projekte *Healthy Ageing* und *healthPROelderly* boten eine umfassende Grundlage. Beide Projekte führten Literaturanalysen und Projektanalysen durch und verfolgten die Ziele Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen zu unterstützen, zu fördern und sichtbar zu machen.

Im Projekt *healthPROelderly*¹¹ wurde eine Projekt-Datenbank erstellt, eine Literaturanalyse gemacht und evidenzbasierte Leitlinien (siehe auch Teil 1, Kapitel 4), entwickelt. Im Projekt *Healthy Ageing*¹² wurde eine Literaturanalyse durchgeführt und Empfehlungen (siehe Teil 1, Kapitel 2) formuliert, die auf unterschiedlichen Ebenen in Europa umgesetzt werden sollen.

Der Maßnahmenkatalog basiert auf den Ergebnissen dieser beiden Projekte. Auf leicht verständliche Weise werden wissenschaftliche Erkenntnisse und Evidenzen für die Effektivität der Maßnahmen angegeben¹³ und Praxis-Projekte angeführt, die zur Weiterarbeit anleiten und motivieren sollen. Der Maßnahmenkatalog bietet einen umfassenden Einblick in die Themen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie in die Projektlandschaft und stellt eine Grundlage für die strategische Herangehensweise und praktische Projektumsetzung im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen dar.

¹⁰ Im Projekt *Healthy Ageing* werden 10 Themen vorrangig behandelt. Zusätzlich zu den 8 hier angeführten Themen werden das Thema Gesundheitsvorsorge und Lebenswelt im Projekt angeführt.

¹¹ *HealthPROelderly*. Im Projekt arbeiteten 17 Partner aus 11 Europäischen Ländern zusammen. Es wurden Literaturanalysen durchgeführt und Good Practice Modelle selektiert und analysiert. Diese Arbeit wurde zusammengefasst als Leitlinien und Empfehlungen für Leute, die im Bereich der Gesundheitsförderung Initiativen für ältere Menschen initiieren möchten. Der Projektzeitraum war 2006 bis 2008. Die Projektdatenbank finde sie unter www.healthproelderly.com.

¹² *Healthy Aging*: Das Projekt umfasst zehn europäische Länder, die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die European Older People's Platform (AGE) und EuroHealthNet. Der Projektzeitraum war von 2004 bis 2007. Der Bericht *Healthy Ageing – A challenge to Europe* bietet eingehende Informationen und vollständige Quellenangaben. Er kann auf der Website www.healthyaageing.eu bestellt und heruntergeladen werden.

¹³ Die Darstellung der wissenschaftlichen Evidenzen basiert auf den derzeit besten wissenschaftlichen Belegen. Im Bereich Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention sind viele offene Fragen, die ständig ergänzt werden und neue aufwirft.

5.4 WHO-STRATEGIE

Im Maßnahmenkatalog werden zu den einzelnen Themen der Gesundheitsförderung und Prävention mit der Zielgruppe der Frauen und Männer ab 50 die konkreten Anregungen des *active ageing policy framework* (WHO, 2002) angeführt, sofern sie Aspekte der Gesundheitsförderung beinhalten. Damit wird die strategische Grundlage deutlich und ermöglicht den ExpertInnen der Gesundheitsförderung der Sozialversicherungsträger sich innerhalb der WHO-Strategie zu verorten.

5.5 DIE PRAXISPROJEKTE

Zu jedem Thema im Maßnahmenkatalog werden Praxisprojekte dargestellt. Es wurden Praxis-Projekte aus den beiden Projekten *Healthy Aging* (14 Good Practice Projekte, 9 wurden einbezogen) und *healthPROelderly* (166 Good und Best Practice Projekte, 80 wurden angeführt), und aus der AGE *Europäische Plattform für SeniorInnen* (von 9 wurden 7 inkludiert), sowie aus 30 vom Projektteam recherchierten Projekten¹⁴ (11 wurden angeführt) und aus 15 Projekten der Sozialversicherungsträger¹⁵ (11 wurden inkludiert) ausgewählt. Diese wurden auf ihre Umsetzbarkeit innerhalb der Sozialversicherung überprüft. Insgesamt wurden 118 Projekte ausgewählt. Die Projekte wurden den Themen zugeordnet. Falls dies nicht eindeutig möglich war, da mehrere Themen im Projekt behandelt wurden, erfolgte die Zuordnung zu einem Thema. Die Projekte wurden übersetzt und sind im vorliegenden Maßnahmenkatalog dargestellt. Der Maßnahmenkatalog stellt einen Überblick über die Projekte dar. Die Projektdatenbank bietet die Möglichkeit noch genauere Details der Projekte einzusehen. In der Projektdatenbank befinden sich alle 234 Projekte. Bei den Projektbeschreibungen in der Projektdatenbank, sowie im vorliegenden Maßnahmenkatalog handelt es sich um Darstellungen der ProjektakteurInnen¹⁶.

¹⁴ Im Rahmen einer Internetrecherche wurde auf zahlreichen themenspezifischen Internetseiten nach Gesundheitsförderungsprojekten für und mit Frauen und Männern 50+ gesucht. Hierzu wurden auf den Seiten der Datenbanken der GEFAS, des FGÖ, von Styria Vitalis sowie der Länderfonds recherchiert. Außerdem wurde in der Google Suchmaschine nach Begriffen wie z.B. Gesundheitsförderung, ältere Menschen, 50+, SeniorInnen und ähnlichen Begriffen sowie Kombinationen aus den Begriffen gesucht, um weitere österreichische Projekte zum Thema ausfindig zu machen.

¹⁵ Die Trägerabfrage des Hauptverbandes im Frühjahr 2009 ergab, dass bereits 6 SV-Träger Initiativen unterschiedlichen Umfangs umsetzen, sich beteiligen oder unterstützen, 11 Projekte wurden im Maßnahmenkatalog, aufgenommen. Die Projekte werden aus Platzgründen in der vorliegenden, kurzen Version angegeben.

¹⁶ Für die Darstellung der Projekte im Maßnahmenkatalog wurden die Projektbeschreibungen der Projektdatenbank von *healthPROelderly* herangezogen. Die Dimensionen der Projektdarstellung entsprechen den Leitlinien, die als Grundlage für die erfolgreiche Projektabwicklung dienen.

5.6 AUSWAHL DER PROJEKTE NACH SOZIALVERSICHERUNGSRELEVANZ

- Sozialversicherungsrelevanz 1, wenn die Sozialversicherung mit der Maßnahme/Initiative direkt auftreten könnte ¹⁷.



Die Projekte sind im Maßnahmenkatalog in der Langversion angegeben (bei Interesse an einem Projekt ist es dennoch sinnvoll in die Projektdatenbank Einsicht zu nehmen, dort findet sich zum Teil eine noch detailliertere Darstellung)

- Sozialversicherungsrelevanz 2, wenn die Sozialversicherung indirekt, z.B. als Kooperationspartner oder als beteiligte Institution auftreten könnte z.B.: als Kooperationspartner auf Landes- oder Gemeindeebene



Die Projekte sind im Maßnahmenkatalog in der Kurzversion angegeben (bei Interesse an dem Projekt ist es äußerst sinnvoll in die Projektdatenbank Einsicht zu nehmen; dort findet sich die detaillierte Darstellung des Projekts).

- Projekte mit derzeit kaum aktueller Relevanz für die Sozialversicherung, wenn
 - das Thema, nicht in die vorab definierten Themen der Gesundheitsförderung hinein fallen, wie z.B. klinischer oder medizinischer Bereich inkl. Setting Langzeitpflege und -betreuung u.Ä. – bei diesen Themen besteht zwar Sozialversicherungsrelevanz, sie wurden jedoch nicht mit behandelt, da sie in anderen Projekten des Hauptverbands behandelt werden
 - es sich um Studien oder Forschungsprojekte handelt und die praktische Anwendung nur als Ergebnis formuliert wird
 - es sich um Projekte handelt, die über den gesetzlichen Auftrag des ASVG hinausgehen, wie beispielsweise Bildungsprogramme auf allgemeiner Ebene, Programme in denen Kreativtechniken angewandt werden
 - Projekte in anderen Bereichen der Sozialversicherung und in anderen Settings aufgegriffen werden können z.B.: Pflege und Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere MitarbeiterInnen (beim Thema Ruhestand/ Vorruhestand 6.8 handelt es sich unter anderem auch um Projekt die im Setting Betrieb angesiedelt sind, es handelt sich aber explizit um Maßnahmen, die den Übergang vom Betrieb in den Ruhestand betreffen). Im vorliegenden Maßnahmenkatalog wird bewusst eine Abgrenzung zum Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen gemacht, da der Hauptverband für dieses Thema gemeinsam mit dem Fonds Gesundes Österreich das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung mit umfassenden Recherchen zur Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung beauftragt hat. Pilotprojekte in diesem Bereich, sollen auf Basis der Ergebnisse des

¹⁷ Um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und die Übersicht zu gewährleisten wurden inhaltlich ähnliche Projekte nur einmal in Langform angeführt.

Forschungsprojektes in Zusammenarbeit mit dem LBI, dem FGÖ und interessierten Pilotbundesländern umgesetzt werden.

- die Projekte sich mit dem Thema Heimbetreuung („Home Visits“) beschäftigen, das zur Zeit noch wenig Relevanz für die Sozialversicherung hat – dieses Thema kann jedoch für die Sozialversicherung von Interesse werden.



Exemplarisch werden 3 Projekte angeführt, die unter dieser Rubrik gefasst sind. Alle weiteren Projekte sind im Maßnahmenkatalog nicht angegeben. Einsicht in die Projekte ist durch die Projektdatenbank gegeben.

6 Themen der Gesundheitsförderung und Prävention

6.1 ERNÄHRUNG



Die Wichtigkeit von Ernährung für gesundes Altern ist unumstritten. Ernährung hat einen großen Einfluss auf unserer Gesundheit und unser Wohlbefinden und falsche Ernährung verursacht Krankheiten (Habl, 2004; Pochobradsky, 1995). Oft wird dies in Kombination mit Lebensstilfaktoren wie mangelnde Bewegung, Rauchen etc. in einen Zusammenhang gebracht (Pelikan, Nowak, Dietscher, 2002). Durch falsche Ernährung werden Krankheiten wie Adipositas/Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislaufferkrankungen etc. hervorgerufen und Gesundheitsförderung bietet dann eine Möglichkeit Krankheiten zu vermindern. Gesundheitsförderungsstrategien in Zusammenhang mit Ernährung setzen sich zum Ziel Menschen zu aktivieren und zu motivieren ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern, das Bewusstsein für einen gesunden Lebensstil und das Wissen über gesunde Ernährung zu erhöhen und strukturelle Voraussetzungen für gesunde Ernährung zu schaffen. Damit werden die Möglichkeiten sich bewusst für eine gesunde Ernährung zu entscheiden vergrößert. Gerade ältere Menschen sind von bestimmten Gewohnheiten bei der Ernährung geprägt. Wenn Ernährungsumstellungen empfohlen werden, ist es daher auch wichtig die individuellen Ernährungsgewohnheiten der älteren Menschen zu kennen, und sie über die Auswirkungen ihrer Ernährung auf die Gesundheit zu informieren mit dem Ziel, dass sie eigenverantwortlich über ihre Ernährung entscheiden können.

Während bei jüngeren, unabhängig lebenden Seniorinnen und Senioren die Überernährung dominiert, ist die Mangelernährung und Unterernährung ein Problem hilfsbedürftiger bzw. pflegebedürftiger Menschen im hohen und sehr hohen Lebensalter, die in Privathaushalten sowie in SeniorInneneinrichtungen leben und sich in Krankenhäusern aufhalten. Sie sind auf Gemeinschaftsverpflegung angewiesen und können wenig Einfluss auf die Verpflegung nehmen. Ursachen für Mangelernährung sind der fehlende Appetit, die Einschränkung beim Kauen und Schlucken, Krankheiten und soziale Isolation (Vogt 2002). Auf ausreichende

Flüssigkeitszufuhr und ausgewogene Ernährung sind deshalb auch bei kurzen Erkrankungen zu achten.

Für die gesundheitsförderliche Praxis wird vorgeschlagen den Lebensstil als Startpunkt zu nehmen. Ist Adipositas/Fettleibigkeit für viele Krankheiten ein eindeutiger Risikofaktor so muss dies für Übergewicht spezifiziert werden (Whitlock, Lewington, Sherliker, Clarke, Emberson, Halsey et al., 2009). Die systematische Übersicht von Lenz, Richter, Mühlhauser zeigt auf, dass die Gesamtmortalität bei Übergewicht nicht erhöht ist und dass Übergewicht zwar bei einigen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko, für andere jedoch ein vermindertes Risiko darstellt. Es kann also die Frage, ob alle Menschen oberhalb eines definierten BMI abnehmen sollen, nicht beantwortet werden. Diese Evidenzen sind zu schaffen. Die AutorInnen kommen bei derzeitiger Evidenzlage zu dem Ergebnis, dass sich allgemeine Empfehlungen zur Gewichtsreduktion nicht ableiten lassen können.

6.1.1 Strategie und Ziele

Die Strategie der WHO hinsichtlich des Themas *Ernährung* lautet wie folgt

- Zugang zu angemessener Ernährung während des gesamten Lebens schaffen. Nationale Ernährungsrichtlinien und Aktionspläne müssen auf ältere Menschen in ihren besonderen Empfindlichkeiten Rücksicht nehmen. Besondere Maßnahmen zur Verhinderung von Mangelernährung setzen und eine verlässliche und adäquate Nahrungsversorgung älterer Menschen sicherstellen.
- An Kultur und Bevölkerung angepasste Richtlinien für gesunde Ernährung von alternden Frauen und Männern erarbeiten. Eine bessere Diät und ein gesundes Gewicht im Alter können durch die Bereitstellung von Informationen (einschließlich Informationen, die spezifisch auf die besonderen Ernährungserfordernisse älterer Menschen eingehen), durch Ernährungsberatung für alle Altersgruppen und eine Ernährungspolitik, die für Frauen, Männer und Familien gesunde Nahrungsmittel leicht erreichbar macht, gefördert werden.

WHO-Ziele die sich daraus für die gesundheitsförderliche Praxis ergeben

- die Erreichung von Gruppen mit dem meisten Bedarf sicherstellen
- eine gesunde Mahlzeit pro Tag für alle gewährleisten
- Programme zur Förderung gesunder Ernährung durchführen
- Anreize für gesunde Lebensmittel schaffen (Supermärkte)

6.1.2 Evidenz und Statistik

- Nahrungsergänzung mit Vitamin D3 und Kalzium verhindert Knochenbrüche, die durch Unfälle und Stürze gebrechlicher älterer Menschen entstehen können (Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson, Lamb, Summing, Rowe, 2003).
- Ältere Menschen im Durchschnittsalter von 50–59 Jahren können fünf Jahre nach Abschluss strukturierter Gewichtsreduktionsprogramme einen Gewichtsverlust von über

3 kg und ein reduziertes Gewicht von über 3 % des anfänglichen Körpergewichts halten (Anderson, Konz, Frederich, Wood, 2001)¹⁸.

FOLGLICH bedeutet das:

Informations- und Förderprogramme für gesundes Essen und Trinken zielgruppengerecht initiieren.

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Gesunde Ernährung im Alter*“ wurden die Kurse unterschiedlich auf die TeilnehmerInnen und deren Bedürfnisse adaptiert sowie sozio-ökonomische Hintergründe berücksichtigt.

Gesunde Essgewohnheiten mit vielen Ballaststoffen, Obst und Gemüse sowie einem niedrigen Verzehr von gesättigten Fettsäuren nachhaltig in die Lebenswelt der Zielgruppe verankern, indem Voraussetzungen für gesunde Essgewohnheiten geschaffen werden.

⇒ Beispiel: Das Projekt „*Wohlschmeckendes Leben*“ bewirkte unter anderem dass die tägliche Verpflegung von Heimbetreuungseinrichtungen verändert wurde.

Insbesondere mit der Zielgruppe der sozial Benachteiligten, die „schwer erreichbar sind“, Projekte planen und umsetzen.

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Gemeinsam Wohlfühlen*“ wurden sozial benachteiligte, ethnische Minderheiten und Menschen mit niedrigem Bildungsstatus angesprochen. Das Projekt wurde an Plätzen umgesetzt, auf denen sich MigrantInnen aufhielten (Kaffeehäuser, Moscheen etc.).

Interventionen, die auf den besten wissenschaftlichen Belegen basieren, beachten. Gerade im Bereich der Ernährung ist dies besonders wichtig, da hier laufend neue Erkenntnisse gewonnen werden, was zu berücksichtigen ist. Weitere Evidenzen müssen geschaffen werden.

¹⁸ Die Aussage steht nicht im Widerspruch mit dem oben angegeben Erkenntnissen, sondern gibt an, dass Gewichtsreduktionsprogramme auch bei älteren Menschen effektiv sind. Es wird jedoch deutlich, dass für Gewichtsreduktionsprogramme nicht allgemeine Empfehlungen gemacht werden können, sondern diese spezifiziert werden müssen.

6.1.3 Projekte und ihre Maßnahmen

Wohlschmeckendes Leben		Pdb Nr. 38
Link		
Ort/Land	Tschechische Republik Prag (Region) und 8 Regionen	
Organisation, Kontakt, Adresse	Nationales Institut für Public Health ass.prof. Lumír Komárek, M.D., Ph.D. komarek@szu.cz +420 267 082 423	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik • Einrichtungen für soziale Dienstleistungen • Gemeinde und lokale Stellen • Regionales Institut für Public Health • Altersheime • Tagesklinik Charita <p>Für die Evaluation wurde mit dem Regionalen Institut für Public Health und anderen Institutionen kooperiert und deren Bereitschaft für eine unabhängige Fortsetzung mit Finanzierung aus eigenen Ressourcen ermittelt.</p>	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe des Projekts waren Männer und Frauen 65+. Die TeilnehmerInnen wählten Rezepte aus, bereiteten Essen zu und aßen zusammen. TeilnehmerInnen von "Schmackhafter Mittwoch" ("Delicious Wednesdays") beteiligten sich an der Entwicklung eines „Tischkalenders“, der die erfolgreichsten Rezepte, Ratschläge und andere gesundheitsförderlichen Ideen beinhaltete.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Gemeinde, SeniorInnenheim	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptziel im Projekt war die Verbesserung des Ernährungswissens, • Die Förderung der Kochfähigkeiten und der Ernährungsgewohnheiten • Die Förderung der körperlichen Aktivität und die Motivation für einen gesunden Lebensstil zu steigern 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung im Bereich der gesunden Ernährung weltweit • Verbesserung der Kochfertigkeiten für das Zubereiten von gesunder Ernährung • Eine Serie von Vorträge und interaktiven Zusammentreffen mit Zubereitung und Verkostung von gesundem Essen aus der ganzen Welt • Erstellung und Publizierung von Informationsmaterial • Ausbildung im Bereich Bewegung • Lehrreicher Tischkalender "Einblick in ein erfülltes Leben" ("The Taste of Replenished Age") • Publikation "Bewegung und Reaktivierung von älteren Menschen" (Physical Activity and Reconditioning in Older People") • Aufbereitung und Produktion eines Films mit „älteren Darstellern“ • Verbesserung der Motivation bei älteren Menschen einen gesunden Lebensstil zu führen, Gesundheitspotentiale und Lebensqualität zu entwickeln • Verbesserung der Motivation und Fähigkeiten von Gesundheitsbeauftragten (officials) für die Gesundheitsförderung älterer Menschen 	

	<ul style="list-style-type: none">• Öffentliche Präsentation des Projekts und dessen Ergebnisse• Dissemination des Projekts um es übertragbar und nachhaltig zu machen
Gesundheitsförderliche Themen	Ernährung, Bewegung
Evaluation (Beschreibung)	Die Evaluation setzte sich aus einer Prozess- und einer Ergebnisevaluation zusammen. Bei der Ergebnisevaluation wurden die Zufriedenheit und die Verhaltensänderungen der TeilnehmerInnen ermittelt und mit jenen, die nicht im Projekt teilnahmen, verglichen. Sowohl die Publikationen als auch der Film wurden älteren Menschen präsentiert und Feedback eingeholt.
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	Am Ende jeder Projektphase wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt, um Feedback von den TeilnehmerInnen zu bekommen. Die Ergebnisse waren, dass 94% der TeilnehmerInnen zufrieden mit dem Inhalt und dem gesamten Kurs waren und weitermachen wollten. Zwischen 72% und 90% der TeilnehmerInnen bewerteten die Aktivitäten im Bereich Ernährung und Bewegung als nützlich. 95% der TeilnehmerInnen schätzten die soziale Atmosphäre in den Stunden sehr. Fast 47% der befragten Personen fanden das Essen gut und nahezu 46% veränderten schrittweise ihr Essverhalten. Weniger als 40% verbesserten ihre körperlichen Aktivitäten.
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Das Projekt läuft seit 2004/2005 unabhängig in einigen Einrichtungen ohne nationale Unterstützung weiter. In einer Region bewirkte das Projekt eine Veränderung der täglichen Verpflegung von Heimbetreuungseinrichtungen durch Einbeziehung der erfolgreichsten Rezepte. Verbesserungen der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten wurden erreicht durch interaktive Teilnahme beim Erlernen neuer Methoden und über Nahrungsbestandteile, die typisch für europäische und nicht-europäische Ernährung sind. Ziel war es „das Gesunde“ nicht explizit hervorzuheben, mehr jedoch den gesunden Effekt durch natürliche und vergnügliche Aktivitäten in einem freundschaftlichen Rahmen zu erreichen.

Tabelle 1 „Wohlschmeckendes Leben“

Gemeinsam Wohlfühlen – Bewegungs- und Ernährungskurs für Migrantinnen aus der Türkei		Pdb Nr. 1
Link	http://www.fem.at/femsued/femsist.html	
Ort/Land	Österreich	
Organisation, Kontakt, Adresse	Frauengesundheitszentrum FEM Süd Mag. Huberta Haider-Koumansky, femsued.post@wienkav.at +43 1 60191-5201	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Verein „Aktive türkische Frauen“ • Fonds Gesundes Österreich, Fonds Soziales Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Im Projekt wurden Frauen, sozial benachteiligte, ethnische Minderheiten und Menschen mit niedrigem Bildungsstatus angesprochen. Die Hauptzielgruppe waren MigrantInnen aus der Türkei, deren spezielle Bedürfnisse und Anliegen ausgearbeitet wurden. Die Familien der Migrantinnen wurden mit einbezogen.	
Setting/Lebenswelt und Zugänglichkeit	Das Projekt wurde in Wien durchgeführt. Es wurde an Plätzen umgesetzt, auf denen sich Migrantinnen aufhielten (Kaffeehäuser, Moscheen etc.).	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt beschäftigte sich mit den speziellen Bedürfnissen von Frauen und deren alltäglichen Pflichten. • Informationsvermittlung über gesunde Ernährung • Zugang zu Fitnessaktivitäten und Bewegungsmöglichkeiten schaffen 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Fitness- und Ernährungsprogramm wurde für Frauen erstellt, um ihr Gewicht zu reduzieren und ihr Wohlbefinden zu steigern. • Informationen über gesunde Ernährungsgewohnheiten, Kalorien und individuelle Gewohnheiten wurden analysiert • Das Bewusstsein für den eigenen Körper wurde gesteigert durch eigene Hygiene, Tanzen, psychologische Aspekte und Fitness. 	
Gesundheitsförderliche Themen	Ernährung, Bewegung	
Evaluation (Beschreibung)	Insgesamt wurden drei Interviews vor und nach dem Projekt sowie drei Monate nach Beendigung des Projekts durchgeführt. Vor Beginn des Projekts nahmen Frauen regelmäßig Medikamente ein, waren unglücklich und aßen, wenn sie depressiv waren (33% der Teilnehmerinnen). Nach dem Projekt wurde die Medikation reduziert und 10% der Frauen verstanden, dass Essen nicht der einzige Weg war, die Frustration zu beenden. Nach Beendigung des Projekts trafen sich die Frauen zum Joggen und Walken, was früher nicht der Fall war.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	Die Evaluation zeigte klare Effekte auf die Gesundheit der teilnehmenden Frauen: Ihr Lebensstil (Sport und Fitness) und ihre Einstellung über Ernährung veränderten sich und sie konnten die Medikation 12 Wochen nach dem Projekt reduzieren	
Nachhaltigkeit und Innovation		

Tabelle 2 „Gemeinsam Wohlfühlen – Bewegungs- und Ernährungskurs für Migrantinnen aus der Türkei“

Gesunde Ernährung im Alter		Pdb Nr. 124
Link	http://www.zik-crnomej.eu/	
Ort/Land	Slowenien, Bela Krajina	
Organisation, Kontakt, Adresse	ZIK Institut für Bildung und Kultur Mojca Starasinic T + 386 (0)7 30 61 385 mojca.starasinic@zik-crnomej.si	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• Universität für das Dritte Alter – Bela Krajina• Pensionistenvereine, Vereine der ländlichen Bevölkerung und Gesundheitszentren• In der Region ist das Modell bekannt und viele andere Zielgruppen sind interessiert in der Implementierung eines ähnlichen Modells.	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Menschen 50+. Die Kurse waren für alle Menschen offen, auch für die Familienmitglieder älterer Menschen.	
Setting/Lebenswelt und Zugänglichkeit	Die Kurse fanden in der Stadt aber auch in ländlichen Regionen statt. Crnomelj, Metlika, Dragatus, Semic, Region Bela Krajina	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Bildung älterer Menschen, um ihnen die Bedeutung von gesunder Ernährung verständlich zu machen und sie auch zu befähigen gesunde Mahlzeiten selbst zubereiten zu können.• TeilnehmerInnen werden autonomer und ihr Interesse für ihre Gesundheit und ihr Selbstrespekt erhöhen sich.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Der Inhalt der Kurse ist unterschiedlich und wurde immer auf die TeilnehmerInnen adaptiert. Es gab Altersunterschiede, da auch Ältere über 80 teilnahmen. Die TeilnehmerInnen kamen von unterschiedlichen sozio-ökonomischen Hintergründen. All diese Elemente wurden bei der Implementierung mit berücksichtigt.• Das Programm hat einen theoretischen und einen praktischen Teil. Die TeilnehmerInnen lernten über den Einfluss von Ernährung auf die Gesundheit und den Alterungsprozess. Die TeilnehmerInnen bereiteten unterschiedliche Mahlzeiten so gesund wie möglich zu. Sie bereiteten außerdem tägliche und wöchentliche Menüs und einige Diäten für mögliche Gesundheitsprobleme vor.• Außerdem Lesungen, Diskussionen und praktische Arbeiten	
Gesundheitsförderliche Themen	Ernährung, Lebenslanges Lernen, soziales Kapital	
Evaluation (Beschreibung)	TeilnehmerInnen evaluierten das Programm auf Basis eines Fragebogens und durch offene Diskussionen mit Lehrern. Die Evaluation von Familienärzten zeigte, dass ältere Menschen weniger gesundheitliche Probleme aufwiesen und den Arzt nicht mehr so häufig wegen gesundheitlichen Problemen, aufgrund von Fehlernährung aufsuchten.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität,	<ul style="list-style-type: none">• Bessere Gesundheit älterer Menschen, die Ernährungskurse aufgesucht haben• Gesunde Ernährung ist wichtig für die Gesundheit in allen Lebenslagen, nicht nur im Alter. Trotzdem wurden spezifische	

Konsumenten-zufriedenheit)	Anforderungen berücksichtigt. <ul style="list-style-type: none"> Evaluation durch Fragebögen zeigte einen höheren Grad an Zufriedenheit.
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Das Projekt wurde allgemein anerkannt, die Kurse wurden von vielen TeilnehmerInnen besucht und können in jedem Umfeld umgesetzt werden – in Städten wie auch in ländlichen Regionen. Das Modell wurde erfolgreich in die Praxis unterschiedlicher Settings umgesetzt.

Tabelle 3 „Gesunde Ernährung im Alter“

6.1.4 Weitere Projekte

Verbesserung der Ernährung von SeniorInnen als unterstützender Faktor ihres generellen Gesundheitszustandes	
Pdb Nr. 43	
Ort/Land	Tschechische Republik
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitsausbildung für SeniorInnen bezüglich Ernährung Entwicklung einer Publikation zum Thema Gesundheit Dissemination relevanter Informationen Steigerung der Motivation der SeniorInnen aktiv bei der Verbesserung ihres generellen Gesundheitszustandes mitzuwirken

Tabelle 4 „Verbesserung der Ernährung von SeniorInnen als unterstützender Faktor ihres generellen Gesundheitszustandes“

Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten Älterer in Frydek-Mistek und Umgebung	
Pdb Nr. 44	
Ort/Land	Tschechische Republik
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Organisation von ExpertInnenvorträgen über gesunde Ernährung und körperliche Bewegung für Ältere Schaffung einer interaktiven Internetseite mit FAQs (frequently asked questions) Ausgabe einer Publikation „Was sollte ich über gesunde Ernährung für ältere Menschen oder meine/n kranke/n Verwandte/n wissen?“

Tabelle 5 „Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten Älterer in Frydek-Mistek und Umgebung“

Die Beteiligung und Rolle älterer Ehrenamtliche bei der Förderung einer gesunden Ernährung für die Prävention koronarer Herzerkrankungen	
Pdb Nr. 71	
Ort/Land	Griechenland
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Schulung von 27 älteren Ehrenamtlichen zu Senioren-GesundheitsmanagerInnen (Senior Health Managers, SHM) für gesunde Ernährung SHM besuchten andere offene Gesundheitsversorgungszentren (KAPI) für Ältere, wo sie die Basisprinzipien der gesunden Ernährung vor Gleichaltrigen vortragen und diskutieren konnten Fragebögen wurden von SHM, Älteren, dem Projektteam und dem KAPI-Personal vervollständigt und evaluiert

Tabelle 6 „Die Beteiligung und Rolle älterer Ehrenamtliche bei der Förderung einer gesunden Ernährung für die Prävention koronarer Herzerkrankungen“

6.1.5 Projekte der österreichischen SV-Landschaft

Ein Herz für Wien		Pdb Nr. 226
Organisation	WGKK in Kooperation mit Stadt Wien, Fonds Soziales Wien, WiG	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Durchgeführt wurde eine Vielzahl an Subprojekten zu Lebensstilfaktoren (Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit)• Ziel ist die Reduktion vermeidbarer Herz-Kreislauf-Erkrankungsfälle und Senkung der Herz-Kreislauf-Neuerkrankungen, die Erhöhung der Bereitschaft, zumeist einen gesunden Lebensstil zu wählen sowie die Verbesserung der Lebensqualität der Zielgruppen• Zielgruppe waren alle erwachsenen Wienerinnen und Wiener mit speziellem Fokus sozial Schwächere, SeniorInnen über 60– vor allem Männer, ArbeiterInnen, MigrantInnen sowie RaucherInnen	

Tabelle 7 „Ein Herz für Wien“

Enns gemeinsam gesünder – Wir beugen vor!		Pdb Nr. 228
Organisation	OÖGKK in Kooperation mit Land OÖ, Stadtgemeinde Enns	
Kontakt, Adresse	Monika Reitingner 05 7807 103532 Monika.reitingner@oegkk.at	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• In einer Pilotgemeinde in Oberösterreich sollen durch ein Risikoscreening (mittels Findrisk-Fragebogen) Personen mit erhöhtem Risiko an Diabetes Typ2 zu erkranken gefunden werden, und in einem modulartigen Interventionsprogramm zu einer Änderung des Lebensstils bewegt werden.• Neben der Verhaltensprävention soll im Setting Gemeinde auch eine Verhältnisprävention durchgeführt werden (gesundheitsfördernde Gestaltung der Gemeinde).	

Tabelle 8 „Enns gemeinsam gesünder- Wir beugen vor!“

6.2 BEWEGUNG



Der Einfluss von Bewegung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von älteren Menschen ist weitestgehend erforscht (Diketmüller, 1997; Pochabradsky, 1995; Schildhammer, 1996; Wegscheidler, 2004; Weismann, Eisfeld, Hannich, Hirtz, 2003). Als Bestandteil eines gesunden Lebensstils ist es ein vorrangiges Thema für gesundheitsförderliche Maßnahmen für ältere Menschen. Bewegung kann individuell und in Gruppen durchgeführt werden. Neben dem Effekt, dass Bewegung fit hält, bewirken Gruppenaktivitäten, dass Menschen soziale Beziehungen eingehen und der Isolation entkommen. Bewegungsaktivitäten bedeuten dann den eigenen Körper fit zu halten, das Wohlbefinden zu stärken und die soziale Situation zu verbessern (Schildhammer, 1996, p.131). Wenn es um das Thema Bewegung für ältere Menschen geht, dann sind die Aktivitäten weitgestreut, wie z.B.: laufen, walken, tanzen, Gymnastik, Gartenarbeit.

Altern hat einen signifikanten Einfluss auf die medizinische Kondition. Chronische Erkrankungen werden mehr und die physische Stärke und Ausdauer werden weniger (Dietscher, Nowak, 2005). Mehr als ein Drittel der Österreichischen Frauen und Männer sterben an kardiovaskulären Erkrankungen (EURAG Österreich). Bei Personen, die weniger aktiv sind ist das Risiko an kardiovaskulären Krankheiten zu erkranken zweimal so hoch wie bei denjenigen, die sich mehr bewegen (Powell, Thompso, Caspersen, Kendrick 1987). Bewegungsübungen können den Blutdruck reduzieren (Whelton, Chin, Xin, He 2002).

Durch physische Aktivitäten können ältere Menschen 1) die Ausdauerfähigkeit, 2) die Kraft, 3) die Mobilität, 4) die Schnelligkeit und 5) die Koordinationsfähigkeiten aufbauen. Zu 1) Es helfen regelmäßige Ausdauerübungen wie laufen, walken, wandern oder langlaufen das Kreislaufsystem zu trainieren. Zu 2) Die physische Stärke kann durch verschiedene Sportarten, wie Ballsportarten aufgebaut werden. Starke Muskeln und stabile Knochen beugen Osteoporose vor und schützen vor Fällen/Unfällen und tragen bei zu einer Stabilisierung der Wirbelsäule bei Zu 3) Mobil zu sein in dem Sinne, dass man sich selbst um/anziehen oder sich die Schuhbänder binden kann, sind minimale Anforderungen der Mobilität. Bleiben Muskeln und Gelenke entspannt und locker hilft dies einen normalen Alltag

zu führen. Zu 4) Mit dem Training der Reaktionsfähigkeit wird die Schnelligkeit gefördert. Agieren, Reagieren und Entscheidungen treffen führen dazu ein aktives und kognitiv gut trainiertes Gedächtnis zu bewahren. Zu 5) Die Aufrechterhaltung der Koordinationsfähigkeit ist essentiell um ein normales Alltagsleben zu führen (Halbwachs, Weiß, Bauer, 2000).

Bezüglich der sozialen Benachteiligung lässt sich wieder aussagen, dass Personen aus niedrigeren sozialen Schichten weniger aktiv sind, als Personen aus höheren sozialen Schichten (Pochobradsky, 1995).

6.2.1 Strategie und Ziele

Die Strategie der WHO hinsichtlich des Themas *Bewegung* lautet wie folgt:

- Informationen und Richtlinien – auf Kultur und Alter jeweils abgestimmt – für ältere Frauen und Männer erarbeiten. Leicht zugängliche, angenehme und erschwingliche Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten (sichere Spazierwege und Parks) müssen geschaffen werden. Unterstützung von Führungspersonlichkeiten aus den entsprechenden Altersgruppen und von Gruppen, die die Ausübung maßvoller körperlicher Aktivität älterer Menschen propagieren. Die allgemeine Öffentlichkeit und die Fachwelt sollten von der Wichtigkeit andauernder körperlicher Aktivität auch bei zunehmendem Alter überzeugt werden.

WHO-Ziele die sich daraus für die gesundheitsförderliche Praxis ergeben

- Geeignete, zugängliche und attraktive Bewegungsangebote schaffen, speziell für jene, die es am ehesten nicht nutzen werden.
- Gesundheitsbewusstsein generieren und Bewegung darin verankern
- Zugang zu professionellen Angeboten zuhause und in der Gemeinde ermöglichen

6.2.2 Evidenz und Statistik

- Interventionen, die die Selbstbeobachtung einbeziehen sowie den regulären Kontakt zu Spezialisten für körperliche Aktivität forcieren, erhöhen die körperlicher Aktivität bei älteren Menschen (Conn, Valentine, Cooper, 2002).
- Maßnahmen, die ausschließlich an einem Faktor ansetzen (bspw. körperlicher Aktivität), steigern den Grad der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen mehr als Maßnahmen, die an mehreren Risikofaktoren ansetzen (z.B. körperliche Aktivität und Ernährung). Mehr körperliche Aktivität wirkt sich auch positiv auf Rauch- und Essgewohnheiten sowie Alkoholkonsum aus (Conn, et. al. 2002; Eakin, Glasgow, Riley, 2000). Körperliche Aktivität verbessert die Muskelkraft, die Sauerstoffaufnahme, die Beweglichkeit und das Gleichgewicht älterer Menschen (Keysor, Jette 2001). Krafttraining macht ältere Menschen kräftiger und hat außerdem positive Auswirkungen auf Funktionseinschränkungen wie die Gehgeschwindigkeit (Lathan, Anderson, Bennett, Stretton, 2003).
- Kurze Beratungsgespräche mit medizinischem Personal, unterstützt durch schriftliches Material, steigern die körperliche Aktivität bei älteren Menschen. Kurze Gespräche (3–10 Minuten) können genauso effektiv sein wie längere Beratungsgespräche (Eakin et.

al.). Und theoretisch fundierte körperliche Aktivitäten sind nicht effektiver als jene, die nicht auf bestimmten Theorien über Verhaltensänderungen basieren (Eakin et.al.).

FOLGLICH bedeutet das:

Ältere Menschen durch zielgruppengerechte Programme zu mehr Bewegung motivieren, um den internationalen Empfehlungen von sooft wie möglich pro Woche, zumindest 30 Minuten am Tag, zu entsprechen.

☞ Beispiel: Im Projekt „Fit für 100“ wurden die „älteren Alten“ und ältere Alte mit Demenz angesprochen. Die Stärkung der Muskulatur und die Verbesserung der Balance, das Sicherheitsgefühl waren Projektziele, die mit Übungen von Alltagsaktivitäten erreicht werden sollten. Es zeigte sich, dass neben der Verbesserung der Muskelkraft und Leistungsfähigkeit, mehr Freude, verbesserter Umgang mit den Herausforderungen des Alltags und im sozialen Kontakt ein her gingen.

Den Einbezug von Selbstbeobachtung und medizinischem Personal fördern, dies unterstützt die Motivation der Personen sich körperlich zu betätigen.

☞ Beispiel: Im Projekt „Big!Move“ wurden sozialökonomisch benachteiligte ältere Menschen 50+ und ältere Menschen aus ethnischen Minderheiten in ihrer Nachbarschaft, dort wo sie „leben“ angesprochen. Der Hausarzt wurde eingebunden, er empfahl dem Physiotherapeuten BewohnerInnen mit gesundheitlichen Problemen und dieser organisierte ein Untersuchungsgespräch.

Bewegung nachhaltig in die Lebenswelt der Zielgruppe verankern, indem Voraussetzungen für gesunde Bewegung geschaffen werden.

☞ Beispiel: Im Projekt „Geh weiter“ wurden im Rahmen des gemeindeorientierten Projekts neue Umgebungen für die Bewegung im Freien geschaffen, wie z. B. Parkbänke zum Erholen, langsame Verkehrsampeln sowie soziale Unterstützungsmodelle verbessert wie z.B. Bewegungs- und Shoppinggefährten etabliert und trainiert. Bewegung im Freien wurde auch in die Planung von Heimbetreuung inkludiert.

☞ Beispiel: Im Projekt „Auswirkungen von Tanztherapie auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von BewohnerInnen von SeniorInneneneinrichtungen“ wurden 1-3 Personen in 7 SeniorInnenheimen geschult um mit den BewohnerInnen selbständig tänzerische Bewegung zu machen, um die Nachhaltigkeit des Angebots zu gewährleisten.

Jenen Angeboten besondere Bedeutung schenken, die insbesondere sozial Benachteiligte ansprechen. Diese sind weniger aktiv und sie nutzen die bestehenden Angebote weniger als Personen aus höheren sozialen Schichten. Leicht erschwänglich Angebot und für sozial Benachteiligte leicht zugängliche Programme sind zu bevorzugen.

☞ Beispiel: Im Projekt „Gesund und vital für ältere Menschen aus der Türkei“ wurden sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen 50+ und ältere Menschen aus ethnischen Minderheiten sowie Menschen mit niedriger Bildungsschicht angesprochen. Die angebotene Ausbildung wurde kulturell und hinsichtlich des Wissensstands adaptiert und von türkischen Pädagoginnen (peer education) auf Türkisch angeboten.

6.2.3 Projekte und ihre Maßnahmen

Aktiv und Gesund im Generationenverbund		Pdb Nr. 3
Link	http://www.seniorweb.at/pages/jungalt/aktges.html	
Ort/Land	Österreich, verschiedene Gemeinden in der Steiermark	
Organisation, Kontakt, Adresse	GEFAS Steiermark - Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des Seniorenstudiums an der Universität Graz Mag. Günter Abraham (ASKÖ) steiermark@askoe.or.at	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Land Steiermark • Steirische Gemeinden • ASKÖ Steiermark (Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur), Referat für Fitness und Gesundheitsförderung 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere ArbeitnehmerInnen sowie jüngere und ältere Menschen 50+. Speziell jene älteren Menschen mit Behinderung wurden bei der Integration unterstützt.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt, verschiedene Gemeinden in der Steiermark • ausgeführt in 15 steirischen Gemeinden, in örtlichen Einrichtungen 	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • „Aktiv und gesund im Generationenverbund“ war ein Intergenerationenprojekt in der Gesundheitsförderung und Prävention. Es hatte zum Ziel die Generationen durch physische und spielerische Aktivitäten zu vernetzen. • Unterstützung eines gegenseitigen Verständnisses der Generationen durch physische Aktivität, speziell bei jenen mit Behinderung • Fairer Umgang miteinander • Bewusstseinsbildung für Gesundheitsförderung im Laufe des Lebens • Aktivierung der Gesundheitsressourcen und Selbsthilfepotentiale • Lebensqualität erhöhen mit Hilfe von physischer, mentaler und sozialer Aktivitäten 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Workshops in lokalen Institutionen • Fest der Generationen (mit generationenverbindenden Spielen) • Physische Aktivitäten und Fitness (Laufen, Gymnastik) 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, mentale Gesundheit, soziales Kapital	
Evaluation		
Wirksamkeit		
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Die Projektstrategie war innovativ durch theoretische Inputs, Animationsprogramme und durch Schulung von MultiplikatorInnen sowie anderen Methoden, um ältere Menschen zu befähigen.	

Tabelle 9 „Aktiv und Gesund im Generationenverbund“

Big! Move		Pdb Nr. 86
Link	http://www.bigmove.nu	
Ort/Land	Niederlande, Amsterdam und Utrecht	
Organisation, Kontakt, Adresse	Health Centre Venserpolder Amsterdam Suzanne Reitsma bigmove@gazocentra.nl +3120-3141940	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialversicherung Agis (Agis Zorgverzekeringen) • Gemeinden • Stadtverwaltung • Wohlfahrtsorganisationen • Sporteinrichtungen 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<p>Zielgruppe waren sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen 50+ und ältere Menschen aus ethnischen Minderheiten.</p> <p>Die Methode wurde nicht für eine spezielle Zielgruppe entwickelt. Sie war offen für alle BewohnerInnen mit Gesundheitsproblemen in der Nachbarschaft Venserpolder. Viele sozioökonomisch benachteiligte Menschen und MigrantInnen leben in dieser Nachbarschaft.</p> <p>In der zweiten Phase des Programms wurden die TeilnehmerInnen ermutigt Initiative zu zeigen. Sie wurden darin bestärkt aktiver in ihrer eigenen Umgebung zu agieren und Verantwortung bei der Organisation von Gruppen zu übernehmen. Die TeilnehmerInnen wurden angeregt durch Ausprobieren unterschiedlicher Übungsgruppen, die für sie passenden Aktivitäten zu finden.</p>	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Wohngegend	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Big! Move zielte darauf ab den BewohnerInnen des Gebiets zu helfen sich bewusst zu werden, wie sie Einfluss auf ihr eigenes Leben nehmen können. • Diese Bewusstseinsbildung zusammen mit dem Verständnis und der Erfahrung über den Nutzen von gesundem Verhalten, führte zu einem gesunden Lebensstil. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Der Hausarzt empfahl dem Physiotherapeuten BewohnerInnen (mit gesundheitlichen Problemen wie Diabetes, Übergewicht, CVD, Stress oder Müdigkeit) • 2. Der Physiotherapeut organisierte ein Untersuchungsgespräch, durch das ein Gesundheitsprofil anhand einer Checkliste erstellt wurde, welches sich auf die WHO ICF-Klassifizierung stützt. Abgesehen von der Krankheit zeigt die Checkliste auch das soziale Umfeld oder externe und persönliche Faktoren auf. • 3. Big! Move lief ein Jahr lang und bestand aus 4 Phasen. Nach dem Eintritt stieg man in Phase 1 ein. In dieser Phase nahmen die Personen an Gruppenaktivitäten mit intensiver Beratung von zwei SupervisorInnen teil. Zusätzlich zu ihrer körperlichen Stärke versuchten sie auch die mentale und emotionale Stärke zu verbessern. Nach 12 Wochen konnten die TeilnehmerInnen dann in Phase 2 übergehen. In dieser wurden sie motiviert aktiver in ihrer eigenen Umgebung zu agieren. Außerdem waren sie eingeladen sich 	

	<p>bei anderen Aktivitäten in ihrer Nachbarschaft einzubringen. In Phase 3 wurden die TeilnehmerInnen angeregt sich auch unabhängig von der Organisation mehr zu bewegen. Weiters führte die Organisation mehrmals im Jahr Gruppenaktivitäten zur Reflexion über die gemachten Erfahrungen durch. In der dritten Phase des Programms wurden die TeilnehmerInnen befähigt mehr Verantwortung für ihr eigenes Verhalten zu übernehmen.</p>
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Ernährung, Krankheitsprävention
Evaluation (Beschreibung)	<p>Seit April 2003 nahmen 300 BewohnerInnen der Nachbarschaft Venserpolder am Programm teil. In einer Pilotevaluation wurden 100 TeilnehmerInnen inkludiert. Diese Gruppe bestand aus 12 Männern und 88 Frauen.</p> <p>Im Juni 2004 wurden die Effekte des Programms auf verschiedenen Ebenen evaluiert: der ICF-Outcome, die Teilnahme der BewohnerInnen, die Veränderung des Verhaltens, die neu entwickelten Bewegungsaktivitäten, die Veränderung der Nachfrage für Gesundheitsleistungen.</p>
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	<p>Der Betrag der individuellen physiotherapeutischen Behandlungen hatte sich verringert, wobei sich die Anzahl der Gruppen bei Big! Move vergrößert hatte. Der Gesamtumsatz für das Gesundheitszentrum hatte sich reduziert. Das bedeutete eine bessere Versorgung für weniger Geld.</p>
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Bis zum jetzigen Zeitpunkt hat das Projekt bewiesen, dass es nachhaltig und entwicklungsfähig ist. Eine Gesundheitsversicherung und einige örtliche Stadtgemeinden unterstützten das Projekt finanziell.</p>

Tabelle 10 „Big! Move“

SIMA – PLUS: „Projekt zur Weiterentwicklung und Konsolidierung des Trainingsprogramms Selbstständig im Alter (SIMA)“ → „SelbA“	
Link	http://www.dioezese-linz.at/pastoralamt/KBW/SelbA/
Ort/Land	Österreich, Oberösterreich, Linz
Organisation, Kontakt, Adresse	Katholisches Bildungswerk der Diözese Linz Dr. Günther Leitner guenther.leitner@dioezese-linz.at +43-732-7610 3211 oder 3219
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• Land Oberösterreich• Altenbetreuungsschule des Landes Oberösterreich• Universität von Erlangen-Nürnberg (Deutschland)• Katholische Bildungswerk Tirol• Katholische Bildungswerk in Bozen/Südtirol• ISGS, Integrierten Sozial- und Gesundheits Sprengel Bruck an der Mur/Stmk• Netzwerk Gesunde Gemeinde• Rotes Kreuz• Seniorenverbände
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Männer und Frauen 55+.
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Lokale Gemeinde
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Umgehen mit Krankheit und Information über adäquate medizinische und soziale Betreuung• Umgehen mit Alltagsproblemen, um infolge auch Hausarztbesuche zu vermeiden und erhöhte Autonomie bei älteren Menschen zu erreichen
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Hauptaugenmerk wurde darauf gelegt die Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags, der Gedächtnisleistung und der psychomotorischen Aktivitäten durch Übungen zu erlangen und zu unterstützen.
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, mentale Gesundheit, Krankheitsprävention
Evaluation (Beschreibung)	Eine Studie von Prof. Dr. Wolf Oswald der Universität Erlangen zeigte auf, dass durch die Kombination von Gedächtnis- und Fitnesstraining, die bei SIMA-PLUS angewendet wurde, eine direkte Auswirkung auf die Verzögerung des Alterungsprozesses haben kann. Bisherige Erfahrungen mit dem Programm zeigten, dass so eine klare Reduktion an Pflegebedürftigen erreicht werden konnte. Ein verzögernder Effekt oder gänzlich Ausbleiben von Demenz wurde beobachtet.
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	Erhebliche Einsparpotenziale lassen sich hochrechnen, da SIMA den Pflegedarf verzögert. Die TeilnehmerInnen waren sehr interessiert daran SIMA-TrainerInnen zu werden. Die Studie, die nach Beendigung des Projekts durchgeführt wurde, zeigte auf, dass auch die Lebensqualität der älteren Bevölkerung in der Region angestiegen ist.

**Nachhaltigkeit
(Langzeitplanung der
Interventionen,
Übertragbarkeit) und
Innovation**

Aus „SIMA“ wurde „SelbA“ – Seit erstmaligem Start wurde das Projekt SIMA um viele wichtige inhaltliche und organisatorische Aspekte ergänzt und zur eigenständigen und unabhängigen Marke SelbA weiterentwickelt. In der Zwischenzeit ist es zudem gelungen, Kooperationspartner für das Projekt SelbA zu gewinnen. Hier sind zu nennen die Gesunde Gemeinde, das Rote Kreuz und Seniorenverbände. SelbA zieht immer weitere Kreise und findet als Präventivprogramm Anerkennung. Das Katholische Bildungswerk Tirol setzt auf das – innerhalb des Projekts SelbA entwickelte – erprobte und erfolgreiche oberösterreichische Umsetzungskonzept zum Trainingsprogramm SelbA und auch das Katholische Bildungswerk in Bozen/Südtirol hat mittlerweile eine Kooperationsvereinbarung mit SelbA abgeschlossen. Darüber hinaus besteht auch seit 2006 eine Kooperation mit dem ISGS, dem Integrierten Sozial- und Gesundheitssprengel Bruck an der Mur/Stmk.

Tabelle 11 „SIMA – PLUS: Projekt zur Weiterentwicklung und Konsolidierung des Trainingsprogramms ‚Selbstständig im Alter‘ (SIMA)“

Das Projekt „SIMA“ (Selbstständig im Alter) wurde vom Katholischen Bildungsnetzwerk Oberösterreich seit dem erstmaligem Start um viele wichtige inhaltliche und organisatorische Aspekte ergänzt und zur eigenständigen und unabhängigen Marke „**SelbA**“ (Selbstständig im Alter) weiterentwickelt.

<http://www.dioezese-linz.at/pastoralamt/kbw/selba>

Außerdem führte das Katholische Bildungsnetzwerk Wien das Projekt „**LIMA**“ (Lebensqualität im Alter) durch, das sich ebenfalls an den wissenschaftlich fundierten und praktisch erprobten Programminhalten von SIMA orientiert. Siehe auch Pdb Nr. 12

<http://www.bildungswerk.at/lima/0>

Ein Leben lang beweglich sein		Pdb Nr. 29
Link	http://www.drehpunkt.at/	
Ort/Land	Österreich, Vorarlberg	
Organisation, Kontakt, Adresse	Drehpunkt – Studio für ganzheitliche Bewegung Georg Feuerstein, +43 5574 62 6 91	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Land Vorarlberg, Material unterstützt von den Städten und anderen Sponsoren • Partner aus Holland (NL) and Münster (D) 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe im Projekt waren ältere Männer und Frauen 50+.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Bregenz, Dornbirn, Feldkirch, Bludenz, Egg	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Präventions- und Ausbildungsprogramme zur Förderung von physischer und mentaler Fitness • Gesundheitsförderung 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorträge und Informationen, Kurse und Seminare sowie Schulung der MultiplikatorInnen. • Die MultiplikatorInnen sind ExpertInnen, die Tanz-, Sport- oder Fitnesskurse für ältere Menschen anbieten. Sie sind speziell in der Unfallprävention u.Ä. ausgebildet. 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Unfallvermeidung, Lebenslanges Lernen	
Evaluation (Beschreibung)	Fragebögen wurden nach jedem Event verteilt.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	<p>Es gab großen Bedarf an Ausbildungen und Kursen; eine zweite Serie wurde bald nach der ersten gestartet.</p> <p>Die Konsumentenzufriedenheit konnte durch die Ergebnisse der Befragung begründet werden, die zeigte dass sich die Lebensqualität der TeilnehmerInnen gesteigert hat.</p>	
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Das Projekt war nachhaltig, weil die bereits existierenden TrainerInnen der Tanzgruppen, Fitnesskurse etc. in Bereichen wie Gesundheitsförderung, Unfallverhütung etc. für ältere Menschen geschult wurden. Die Interventionen des Projekts wurden daher in den bestehenden Strukturen verankert.	

Tabelle 12 „Ein Leben lang beweglich sein“

Kognitive Trainings und physische Fitnessprogramme für ältere Menschen		Pdb Nr. 37
Link	-	
Ort/Land	Tschechische Republik, West-Böhmische Region, Sokolov	
Organisation, Kontakt, Adresse	Gemeindezentrum für Soziale Dienste der Stadt Sokolov Magdaléna Osicková, m.osickova@volny.cz 352 601 958	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Tschechisches Gesundheitsministerium • Städtische Behörde der Stadt Sokolov • Private psychiatrische Tagesklinik • psychotherapeutische Praxis in Sokolov 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<p>Zielgruppe waren ältere, gebrechliche Menschen 60+.</p> <p>Den TeilnehmerInnen wurde die Möglichkeit geboten den Ablauf des Projekts durch ihre Meinungen und kritische Anmerkungen direkt zu beeinflussen. Die Schulung wurde interaktiv organisiert.</p>	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt Sokolov, SeniorInnenheime und das Stadtzentrum für Sozialleistungen in der Stadt Sokolov	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der kognitiven Funktionen • Verbesserung der physischen Fitness und Mobilität 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Training der kognitiven Funktionen in entspannter und spielerischer Form • Training für eine Verbesserung der physischen Fitness und Mobilität 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, mentale Gesundheit, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)	Die Evaluation der Ergebnisse wurde durchgeführt indem die kognitiven Funktionen der TeilnehmerInnen vor und nach den Trainingskursen getestet wurden. Die Veränderungen der physischen Fitness und Mobilität wurden evaluiert durch Tests der physischen Beweglichkeit und durch medizinische Überprüfung des Gesundheitsstatus.	
Wirksamkeit		
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Im Projekt wurden reproduzierbare Methoden angewendet, die in unterschiedlichen SeniorInnenheimen und privaten Heimen für ältere Menschen durchgeführt werden können. Es wurden auch Entspannungstechniken, verbale Wortspiele und Puzzles angewendet. Auch im Fitnessprogramm wurde eine Reihe von reproduzierbaren Übungen entwickelt.	

Tabelle 13 „Kognitive Trainings und physische Fitnessprogramme für ältere Menschen“

Auswirkung der Tanztherapie auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von BewohnerInnen von SeniorInneneneinrichtungen		Pdb Nr. 39
Link	http://www.gerontocentrum.cz	
Ort/Land	Tschechische Republik, Prag und 6 weitere Regionen	
Organisation, Kontakt, Adresse	Gerontologiezentrum Prag Hana Vanková, MD h.van@seznam.cz	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Tschechisches Gesundheitsministerium • Städtische Behörde der Stadt Sokolov • Private psychiatrische Tagesklinik • psychotherapeutische Praxis in Sokolov 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Das Projekt involvierte ältere, gebrechliche Menschen 60+, inklusive jener mit Demenz und körperlicher Einschränkung (Rollstuhl etc.) und/oder die über 90 Jahre waren.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, 7 SeniorInnenheime in Prag	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Tanztherapieprogramms, das einfach in Altersheimen angewendet werden konnte • Einbeziehung von SeniorInnen mit Demenz, die in der Gesellschaft „nicht sichtbar“ sind • Verbesserung der Lebensqualität in SeniorInnenheimen und • Verbesserung des funktionalen Status älterer Menschen und Prävention von Unfällen und Stürzen • Verbesserung der Motivation und Selbstbewusstseins • Prävention von Depression • Wissenschaftliche Evidenz der gesundheitsförderlichen Effekte von Tanztherapie auch hinsichtlich der Nachhaltigkeit für das Projekt 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung des Tanztherapieprogramms mit speziellem Augenmerk auf die besonderen Bedürfnisse der TeilnehmerInnen • Schulung des Personals; Implementierung der tanztherapeutischen Stunden in 7 SeniorInnenheimen • Vorbereitung der Methoden für die Überprüfung der empirischen Evidenz für die Effektivität des Programms; Sammlung der empirischen Daten und Analysen • Dissemination der Ergebnisse und finale Revision des Programms auf Basis der Untersuchungsergebnisse • Publikation einer Informationsbroschüre und Aufnahme eines Lehrvideos • Die MitarbeiterInnen der Altersheime halfen den älteren Menschen sich im Projekt zu beteiligen und assistierten ihnen persönlich in den Stunden, speziell jenen im Rollstuhl. Das Personal organisierte den Transport und die Anwesenheit 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Fall-/Unfallvermeidung, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)	<p>Die Prozessevaluation setzte sich zusammen aus einer Evaluation der Programmvorbereitung durch ein interdisziplinäres Team und einer Gruppendiskussion mit den Angestellten des Altersheimes.</p> <p>Die Ergebnisevaluation bestand aus einer prospektiven randomisierten</p>	

	Kontrollstudie (abhängige Variablen: grundsätzl. Gesundheitsstatus, funktionaler Status, Lebensqualität) und einer Evaluierung der Tanztherapie von den TeilnehmerInnen. Ein Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden wurde angewendet.
Wirksamkeit	
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Im Rahmen des Projekts wurde in jeder Institution ca. 1-3 Personen die Tanztherapie gelehrt, sodass die Weiterführung der Aktivitäten auch nach Beendigung der Studie gesichert war. Dadurch wurden Voraussetzungen geschaffen, um die Altersheime eigenverantwortlich für die künftige Implementierung der Tanztherapie zu machen. Sie erhielten weiteres Instruktionsmaterial, DVDs, Broschüren und fachliche Unterstützung.

Tabelle 14 „Auswirkung der Tanztherapie auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von BewohnerInnen von SeniorInneneinrichtungen“

Aktive Gesundheitsförderung im Alter		Pdb Nr. 48
Link	http://www.albertinen.de	
Ort/Land	Germany, Hamburg	
Organisation, Kontakt, Adresse	Albertinen-Diakoniewerk e.V. Ulrike Dapp dapp@albertinen.de +49 40 55811301	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend • Max und Ingeborg Herz Stiftung • Netzwerk für Gesundheitsförderung in Hamburg • lokale Familienärzte 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<p>Zielgruppe waren ältere Männer und Frauen 60+, die noch in ihrem Zuhause wohnten und noch keine Pflegehilfe benötigten.</p> <p>Die Zielgruppe wurde im Planungsprozess und bei der Projektimplementierung beteiligt. Da die Gruppen klein waren, konnten die TeilnehmerInnen ihr Feedback während der Gruppenaktivitäten geben.</p>	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Hamburg, örtliche Gemeinde und Krankenhaus	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das vorrangige Ziel war es die persönliche Verantwortung und Kompetenz (Empowerment) zu fördern und • den gesunden Lebensstil älterer Menschen zu fördern (in enger Zusammenarbeit mit dem Netzwerk für Gesundheitsförderung in Hamburg) 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der physischen Gesundheit (Ernährung, körperliche Aktivität, Entspannung) • Förderung der mentalen Aktivität • Förderung der aktiven Partizipation am sozialen Leben • Einbeziehung von Wohnen und der sozialen Umgebung • Kooperation mit dem Netzwerk für Gesundheitsförderung in Hamburg und Wechsel der TeilnehmerInnen zu adäquaten Angeboten des Netzwerks (in der häuslichen Umgebung und in Bezug auf individuelle Bedürfnisse) 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Ernährung, mentale Gesundheit, soziales Kapital	
Evaluation (Beschreibung)	<p>Die TeilnehmerInnen mussten bei den Gruppentreffen Fragebögen ausfüllen (Daten waren von 500 TeilnehmerInnen verfügbar). Die Fragebögen bezogen sich auf folgende Themen:</p> <p>Generelle Charakteristiken der TeilnehmerIn (Alter, Geschlecht, Bildung, Motivation für die Teilnahme etc.), Ernährung, Physische Aktivität, Soziale Aktivität, angebotene Workshops, Angaben über die Akzeptanz der Teilnahme am Projekt (Beurteilung durch Familienärzte, TeilnehmerInnen oder das Interventionsteam)</p>	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität,	Das Programm war ein kosteneffizientes, niederschwelliges Beratungsangebot, das bereits bestehende lokale Pflegestrukturen für	

Konsumenten-zufriedenheit)	SeniorInnen und auch interdisziplinäre Geriatrieteams mit einbezog.
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Die Startphase wurde vom Bundesministerium finanziert; ein schrittweiser Übergang in ein laufendes Angebot war geplant. Dieses laufende Angebot wurde durch Teilnahmegebühren finanziert, die zum Teil von der Sozialversicherung refundiert werden konnten. Das Programm wurde geplant, um es auf unterschiedliche Zielgruppen und Settings zu adaptierten.</p> <p>Das Programm basierte auf einem interdisziplinären Ansatz mit positiven Auswirkungen auf den individuellen Lebensstil durch Förderung einer gesunden Ernährung sowie physischer und sozialer Aktivität.</p>

Tabelle 15 „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“

Fit für 100		Pdb Nr. 53
Link	http://www.ff100.de	
Ort/Land	Deutschland, Nordrhein-Westfalen	
Organisation, Kontakt, Adresse	Deutsche Sporthochschule Köln Dr. Michael Brach info@ff100.de; michael.brach@uni-bonn.de +49 228 91018-37/-26	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• Bundesministerium für Wirtschaft, Gesundheit und Soziales• Partnerinstitutionen, Landesseniorenvertretung, Nordrhein Westfalen• Landessportbund, Nordrhein Westfalen• Antoniter-Siedlungsgesellschaft, Köln-Ostheim• Bruderschaft zu Unserer Lieben Frau, Goch• St. Vinzenz-Haus, Köln-Brück• Div. Seniorenheime• Katharina-Luther-Haus, Gütersloh• SBK Sozial-Betriebe-Köln	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Das Projekt fokussierte insbesondere auf die "älteren Alten" und ältere Menschen mit Demenz. Zielgruppe waren ältere Menschen 80+ und jene mit Demenz.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, das Programm fand in unterschiedlichen Institutionen statt, die für ältere Menschen von Bedeutung sind (z.B.: Pflegeheime, betreutes Wohnen)	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Projektziel war es durch die Stärkung der Muskulatur und die Verbesserung der Balance das Sicherheitsgefühl, die Selbstbestimmtheit, die Unabhängigkeit und die Lebensqualität der TeilnehmerInnen zu verbessern.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Das Bewegungsprogramm umfasste Übungen mit Gewichten, Gleichgewichtsübungen und Übungen zum Trainieren von Alltagsaktivitäten.	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung	
Evaluation (Beschreibung)	Die Evaluation umfasste eine einjährige Längsschnittsstudie auf vier Ebenen, mit einer Interventionsgruppe von 51 Personen (6 männlich, 45 weiblich). Das Hauptziel der Studie war die senso-motorischen und kognitiven Fähigkeiten zu testen, wie Koordination, Muskelkraft, Flexibilität, kognitive Fähigkeiten, Pflegeabhängigkeit und auch Fähigkeiten der Alltagsbewältigung, generelle Gesundheit und Wohlbefinden.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	Die Evaluationsergebnisse zeigten, dass sich durch das Trainingsprogramm die mentale und physische Fitness älterer Menschen verbesserte. Weiters wirkte es dem Alterungsprozess entgegen ("compression of morbidity"). Die Evaluationsergebnisse zeigten auch, dass das Programm in einem Jahr eine Verbesserung subjektiver Gefühle erzielt hatte wie z.B. Verbesserung der Muskelkraft und Leistungsfähigkeit, mehr Freude,	

	<p>verbesserter Umgang mit den Herausforderungen des Alltags und im sozialen Kontakt mit anderen.</p> <p>Dies führte zu einer großen finanziellen Einsparung z.B. Jahreskosten von 3000€ amortisieren sich bereits, sobald 5 ProgrammteilnehmerInnen für ein weiteres Monat in der ambulanten Behandlung blieben (finanzieller Unterschied zwischen stationärem und ambulantem PatientInnen beträgt 639€ Person/Jahr).</p>
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Nach einer anfänglichen finanziellen Unterstützung des Projekts war es nun finanziell unabhängig. Die Implementierung von neuen Trainingsgruppen in Nordrhein-Westfalen war geplant.</p> <p>Bis dato wurde wissenschaftlich noch kein Schwerpunkt auf die körperliche Aktivität der Zielgruppe „ältere Menschen 80+“ gesetzt. Das Projekt bot Informationen über Projekte guter Praxis für diese Zielgruppe.</p>

Tabelle 16 „Fit für 100“

Bewegungsprogramm für ältere Menschen		Pdb Nr. 65
Link	http://www.dad.gr	
Ort/Land	Griechenland, Agios Dimitrios, Athen	
Organisation, Kontakt, Adresse	Stadtgemeinde Agios Dimitrios, Abteilung für Gesundheit und Wohlfahrt Mpampanas Athanasios 0030 210 9755163	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Stadtgemeinde Agios Dimitrios • KAPI von Agios Dimitrios 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Menschen 60+, sowie alle älteren Menschen von Ag. Dimitrios, die an der Teilnahme am Projekt interessiert waren	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Athen, Örtliche Gemeinde	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung und Verbesserung der Mobilität, Autonomie und Selbstfürsorge älterer Menschen. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Informative Vorträge und Diskussionsrunden über Probleme der TeilnehmerInnen und die Rolle von körperlicher Bewegung für die Verbesserung ihrer Gesundheit • Programm zur körperlichen Bewegung inkl. Aerobic, Atemtechniken, Stretching, aktive und passive Übungen für die Gelenke, Übungen für die Stärkung der Muskelkraft, Festigungsübungen, Gleichgewichtsübungen, Freude an den Übungen 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung	
Evaluation (Beschreibung)	Erst wurde die Gelenksfunktionalität durch spezifische Kriterien, die alltägliche Aktivitäten betreffen, evaluiert. Nach Abschluss des Aktivierungsprogramms wurden die TeilnehmerInnen anhand der gleichen Kriterien erneut evaluiert. Die Evaluation des Programms fand alle 5 Jahre statt (statistische Daten, Bericht).	
Wirksamkeit		
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Das Programm läuft immer noch und die TeilnehmerInnenanzahl ist steigend. Jeder kann nun teilnehmen, der 50 Jahre und älter ist.	

Tabelle 17 „Bewegungsprogramm für SeniorInnen“

Implementierung eines Bewegungsprogramms für Menschen im dritten Lebensabschnitt aus Thessaloniki – Vier Jahre um: Fortschritte, Meinungen und Folgerung	
Link	-
Ort/Land	Griechenland, Thessaloniki
Organisation, Kontakt, Adresse	1. KAPI – offenes Betreuungszentrum für Ältere, Thessaloniki Gkigkoudi M. 0030 2310 516614
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	Stadtgemeinde Thessaloniki, "Egnatia" Trainingshalle
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Menschen 60+.
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Örtliche Gemeinde, Thessaloniki, Zentrum für „offene Betreuung“ (open care) für ältere Menschen
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrt regelmäßige Bewegung älterer Menschen
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Informative Vorträge zum Nutzen körperlicher Bewegung im Alter • Interviews zur Vervollständigung der Krankengeschichte für jede/n TeilnehmerIn durch ExpertInnen/medizinische Überprüfung • Bewegungsprogramm (Aerobik und Muskelkräftigung)
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung
Evaluation (Beschreibung)	Vier Jahre nach Beginn des Programms hatte sich die TeilnehmerInnenanzahl auf das 10-fache erhöht. Zusätzlich hatten die TeilnehmerInnen ein neues Hobby gefunden und ihre Gewohnheiten verändert. Letztendlich haben sich ihre physischen Fähigkeiten sichtbar verbessert.
Wirksamkeit	
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Das Programm läuft immer noch und die TeilnehmerInnenanzahl ist steigend. Das Programm wurde übertragen auf alle Turnsäle in Thessaloniki. Vier Jahre nach Start des Programms haben 358 ältere Menschen in Thessaloniki in 8 verschiedenen Gruppen in unterschiedlichen Turnsälen teilgenommen.

Tabelle 18 „Implementierung eines Bewegungsprogramms für Menschen im dritten Lebensabschnitt aus Thessaloniki“

Bewegen mit Freude: Flash! – Bewegungskampagne für Menschen 55+		Pdb Nr. 82
Link	http://www.flash123.nl	
Ort/Land	Niederlande	
Organisation, Kontakt, Adresse	Niederländischen Institut für Sport und Bewegung (NISB) Dhr. Ger Kroes, NISB Ger.kroes@nisb.nl +31-318-490900	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• Bundesministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport• NISB• Niederländische Heimbetreuung• Wohn- und Pflegeleistungen• Lokale Partner, wie die Stiftung für Wohlfahrt und Ältere oder ein Sport- und Leistungszentrum	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<p>Zielgruppe im Projekt waren alle Niederländer (Männer und Frauen) 55+, wobei der Fokus jedes Jahr auf eine andere Zielgruppe abgeändert wurde.</p> <p>Im Jahr 2007 lag der Fokus auf Kindern mit niederer Berufsausbildung; 2008 auf älteren Menschen 50+; 2009 spezialisierte sich auf chronisch kranke Menschen; 2010 auf Bewegung und Arbeit</p>	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Wohngemeinschaft, Pflegeeinrichtungen – 40 Pflegeheime in verschiedenen Städten der Niederlanden wurden besucht	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Das Hauptziel der Kampagne war es die Menschen zu einem aktiveren Lebensstil zu bewegen.• Ziel der "Bewegungswoche" war es ein Beispiel für „intra- und extramurale Strategie" für die Zielgruppe 55+ zu setzen.• Im Jahr 2006, dem letzten Jahr der FLASH! Kampagne, wurde der zentrale Fokus auf „Für Bewegung sorgen" („Caring for exercise") gelegt. Dieser Teil zielte auf chronisch Kranke ab.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Durch eine Reisetour wurden 40 Altenheime in den Niederlanden besucht.• In jedem Heim wurden für vier bis fünf Tage lang Aktivitäten in großem Umfang organisiert. Diese Aktivitäten wurden vom NISB (Niederländischen Institut für Sport und Bewegung) koordiniert und unterstützt. Sowohl die BewohnerInnen der Altersheime, als auch die umliegenden BewohnerInnen lernten zahlreiche Übungen und neu organisierte Aktivitäten kennen.• Zusätzlich wurden Infos über die Wichtigkeit von Bewegung für die Gesundheit gebracht.• Ein Fitnesstest wurde auch durchgeführt.• Im Zuge der Kampagne „Bewegung mit Freude" wurden auch Werbespots im Fernsehen ausgestrahlt und die Organisation der Aktivitäten durch Expertise verbessert.• Im Jahr 2006 startete die Implementierung des Bewegungsprogramms für die als unterstützendes Instrument für die ExpertInnen eine "Bewegung mit Freude"-Box inklusive DVD entwickelt wurde. Im gleichen Jahr wurden drei Arbeitskonferenzen	

	<p>über Bewegungsverhalten in Pflegeeinrichtungen organisiert. Außerdem wurde ein Handbuch „Wie organisiere ich meine Bewegungswoche?“ herausgegeben – ein Schritt-für-Schritt-Plan über das Bewegungsverhalten und Zusammenstellung von Bewegungsplänen wurde für einen FLASH! AWARD eingesendet.</p>
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Krankheitsprävention
Evaluation (Beschreibung)	<p>Im Jahr 2006 führte die TNO Lebensqualität im Auftrag der NISB eine qualitative Studie über die Verankerung der Kampagne (ältere Menschen 55+ zu beeinflussen sich zu bewegen) einerseits in der Politik von Pflegedienstleistungen durch, andererseits in der Kooperation zwischen Pflegedienstleistungen und anderen Partnern, wie der sozialen Wohlfahrt für Ältere oder Sport- und Leistungszentren.</p> <p>Außerdem wurde nach Abschluss des Programms mittels Fragebogen eine kleine Befragung (N=55) bei den TeilnehmerInnen durchgeführt</p>
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	<p>Die Einflussnahme der „Bewegungswoche“ auf jene Pflegeeinrichtungen, die nicht teilnahmen, war groß: 75% der Interviewten bewerteten die Initiative der Kampagne als sehr positiv. Die Leute stellten fest, dass Bewegung einen Effekt auf ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihre Eigenständigkeit hat. Ein adäquates und gezieltes Bewegungsverhalten kann den wichtigen Anstoß geben.</p>
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Im Jahr 2007 startete die Folgekampagne „30 Minuten Bewegung“. Diese Kampagne wurde beauftragt vom Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport und wird bis 2010 dauern und vom NISB durchgeführt werden.</p> <p>An einer Bewegungswoche in Altersheimen und für die EinwohnerInnen in der Nachbarschaft nahmen 22.000 Menschen teil, die die Übung ½ Stunde lang für 5 Tage durchführten. Diese eine Woche wird jedoch nicht alles bleiben, da für die Heime jetzt auch ein Toolkit (Werkzeugkasten) zu Verfügung steht, um die Menschen in Bewegung zu bringen.</p> <p>Die FLASH!-Kampagne charakterisierte sich durch einen gemischten Planungsansatz. Klassische Massenmedien wurden vervollständig durch systematische Interventionen auf lokaler Ebene. Umfangreiche Aktivitäten fanden neben klein angelegten Projekten statt. Durch die Inanspruchnahme eines breiten Angebots an Mitteln versuchten die Organisatoren der Kampagne eine limitierte Anzahl an definierten Zielen zu erreichen.</p>

Tabelle 19 „Bewegen mit Freude: Flash! – Bewegungskampagne für Menschen 55+“

Gesund und vital für ältere Menschen aus der Türkei		Pdb Nr. 95
Link	http://www.tno.nl	
Ort/Land	Niederlande, in verschiedenen Städten	
Organisation, Kontakt, Adresse	TNO Kwaliteit van leven S.M. Nauta Steffin.nauta@tno.nl +31-71-5181670	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • kommunale Public Health Dienstleister (GGD-en) • Türkische Selbstorganisationen • Gemeindezentren 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen 50+ und ältere Menschen aus ethnischen Minderheiten (MigrantInnen) sowie der niedrigeren Bildungsschicht; Die Ausbildung wurde kulturell und hinsichtlich des Wissensstands der älteren TürkinInnen adaptiert und außerdem von einem türkischen Pädagogen (peer educator) auf Türkisch angeboten.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Wohngegend	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Physisches und mentales Wohlbefinden, körperliche Aktivität • Verbessertes Wissen über Gesundheit und Krankheit 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • 8 zweistündige Sitzungen über Gesundheitsbildung und Bewegung wurden durchgeführt. • Die Themen spezialisierten sich darauf eine gute Gesundheit zu erhalten z.B. Altern&Gesundheit, der menschliche Körper&Gesundheit, Bewegung, Ernährung, Sicherheit im und rund ums Haus. 	
Gesundheitsförderliche Themen	Ernährung, Bewegung, Fall-/ Unfallvermeidung, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)	Prozess- und Ergebnisevaluation des Programms wurden durchgeführt. Die TeilnehmerInnen wurden vor und nach dem Programm interviewt. Eine Kontrollgruppe älterer TürkinInnen nahm an einem anderen Programm „Älter werden in den Niederlanden“ teil. Nach Abschluss des Programms nahmen die Gruppen am jeweils anderen Programm teil und wurden wiederum interviewt.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	Ein großer Anteil der TeilnehmerInnen des Pilotprojekts sprach sich positiv über das Programm aus und wollte dieses weiterführen. Wichtig war, dass die Übermittlung der Infos in türkischer Sprache stattfand, die ÜbermittlerInnen die türkische Kultur kannten und (vorzugsweise) auch das gleiche Geschlecht wie die TeilnehmerInnen hatte.	
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Das Programm kann an vielen Orten in den Niederlanden übertragen werden. Es gibt spezielles Material für eine Zusammenarbeit mit einer türkischen Zielgruppe, die jederzeit bei der TNO erworben werden kann. Innovative Strategien wurden verwendet, um ein bestehendes und erfolgreiches Programm auf eine bestimmte Zielgruppe zu adaptieren, die zumeist schwer zu erreichen ist und die vergleichbar mehr Probleme haben und Niederländisch nicht sehr gut sprechen.	

Tabelle 20 „Gesund und Vital für ältere Menschen aus der Türkei“

Mobilität für Gesundheit		Pdb Nr. 129
Link	http://www.zik-crnomej.eu/	
Ort/Land	Slovenia	
Organisation, Kontakt, Adresse	ZIK Institut für Bildung und Kultur Mojca Starasinic mojca.starasinic@zik-crnomej.si + 386 (0)7 30 61 385	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Universität Bela Krajina • Gesundheitszentren • Vereine für ältere Menschen • Vereine der ländlichen Bevölkerung 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<p>Das Programm wurde überall in der Region organisiert, wo das Interesse da ist und die Gruppengröße groß genug war.</p> <p>Ältere Menschen 50+ waren im Kurs durch ihre eigene Initiative inkludiert, wurden allerdings auch von den Organisatoren eingeladen. Familien, die ältere Verwandte haben, wurden über das Programm informiert.</p> <p>Der Inhalt wurde immer für die Gruppe adaptiert, weil sich die TeilnehmerInnen in Alter und Bildungsniveau unterscheiden.</p> <p>Die TeilnehmerInnen waren aktiv bei der Vorbereitung und Implementierung des Programms. Ihre Meinung wurde mit einbezogen.</p>	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt (Crnomej, Metlika, Dragatus, Semic), Region Bela Krajina	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Verbessertes Wissen über den eigenen Körper • bessere Koordination • bessere soziale Kontakte • Förderung von Gehen und Wandern in der Natur 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Die TeilnehmerInnen bekamen theoretische Basisinformation, aber auch praktische Übungen für den gesamten Körper (Entspannung, Koordination, Gleichgewicht, Wirbelsäulenübungen, Bauchmuskulatur, Beine). Das Modell beinhaltete bio-psycho-soziale Aspekte von Gesundheit. • Die TeilnehmerInnen trafen sich in einem Turnsaal aber auch im Freien. • Die Übungen wurden adaptiert auf das Alter der TeilnehmerInnen. 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Soziales Kapital	
Evaluation (Beschreibung)	Familienärzte verfolgten die Gesundheit jener mit, die am Projekt teilnahmen und fanden niedrigere Erkrankungsraten bei den TeilnehmerInnen vor. Basierend auf den Fragebögen und den Diskussionen mit den Lehrern evaluierten die TeilnehmerInnen das Programm und drückten ihre Zufriedenheit aus.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität,	Durch weiterführende physische Aktivitäten verbesserte sich der allgemeine Gesundheitszustand älterer Menschen. Das Projekt war kosteneffektiv, weil die Ergebnisse zeigten, dass die	

Konsumenten-zufriedenheit)	<p>TeilnehmerInnen den Familienarzt weniger oft aufgrund von Beweglichkeitsproblemen konsultieren.</p> <p>Die TeilnehmerInnen waren zufrieden mit dem Modell und bestätigten das durch die Antworten im Fragebogen. Es ist nicht nur die Beweglichkeit, die die Lebensqualität verbessert, sondern auch der Kontakt zu anderen Menschen und das Bewusstsein über die eigene Gesundheit zusammen mit Autonomie im Alter. Die TeilnehmerInnen wurden selbstbewusster, hatten ein stärkeres Selbstwertgefühl und eine verbesserte körperliche Beweglichkeit, die sie befähigten das soziale Leben mehr zu genießen.</p>
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Von Beginn an waren die Kurse ausgebucht. Das Modell kann überall implementiert werden. Das Projekt ist bekannt in der Region und viele andere Zielgruppen wollen gerne ein ähnliches Programm starten.</p>

Tabelle 21 „Mobilität für Gesundheit“

Turnsäle für Ältere		Pdb Nr. 140
Link		
Ort/Land	Spanien, Maresme	
Organisation, Kontakt, Adresse	Rotes Kreuz alt Maresme Toni Garcia toni.altmaresme@creuroja.org 00 34 937 625 411	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Cruz roja alt maresme • Pineda de Mar Council 	
Zielgruppe		
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Spanien, Barcelona	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Strategien für ein aktives Leben wurden festgesetzt und führten zu einer Verbesserung und Zuwendung zu Gesundheit und Wohlbefinden. • Das Projekt zielte darauf ab bei isolierten älteren Menschen die sozialen Fähigkeiten zu verbessern und neue soziale Verbindungen und Beziehungen zu schaffen, die zu einer höheren Beteiligung führen. • Gesundheitsförderung durch körperliche Aktivitäten, Ernährung und gesunde Angewohnheiten im Alltag 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten • Erhaltung der physischen und organischen Körperfunktionen durch Gymnastik, Schwimmen, Spazierengehen • Verbesserung der Lebensqualität, Stärkung der persönlichen Autonomie • Schaffung sozialer Netzwerke und Förderung sozialer und gemeinschaftlicher Beteiligung, Schaffung von sozialen Verbindungen, Förderung von unterstützender Arbeit in der Nachbarschaft, kulturelle Besuche • Lesungen und Workshops • Ankurbeln des Gedächtnisses • Verbesserung von Kommunikation und Ausdrucksweise 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Ernährung, Mentale Gesundheit, Lebenslanges Lernen, soziales Kapital, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)	Die Zufriedenheit mit dem Projekt war groß. Dies wurde durch direkte und indirekte Daten gemessen, die direkt und durch Beobachtung in Erfahrung gebracht wurden.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	<p>Große Beteiligung, nachhaltige Fitness bei den meisten TeilnehmerInnen, Schaffung von sozialen und gesellschaftlichen Netzwerken unter den TeilnehmerInnen</p> <p>Die Teilnehmerzahlen und die Kontinuität des Projekts bestätigten die Zufriedenheit.</p> <p>Es zeigte sich, dass Aktivitäten des täglichen Lebens und Dinge, die Spaß machen, ältere Menschen aktiver machen und die Gesundheit fördern.</p>	

Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Der WHO Ansatz für Gesundheit als Ergebnis einer Kombination aus vielen verschiedenen Indikatoren des Wohlbefindens. Das Projekt setzte an den WHO Prinzipien und Ansätzen an und lief seit 2002.</p> <p>Aufgrund der mangelnden Signifikanz wurde eine Infrastruktur für die Implementierung benötigt; das Projekt wies einen hohen Übertragbarkeitsgrad auf.</p> <p>In diesem Bereich war es das einzige Projekt, das physische, mentale und soziale Gesundheit kombinierte und auf die Zunahme von Wohlbefinden, Partizipation, Miteinbeziehung, etc. abzielte.</p>
--	---

Tabelle 22 „Turnsäle für Ältere“

Geh weiter		Pdb Nr. 170
Link		
Ort/Land	Finnland, Helsinki	
Organisation, Kontakt, Adresse	Age Institute Elina Karvinen elina.karvinen@ikainst.fi	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt wurde in Gemeinden zusammen mit lokalen Organisationen durchgeführt. Folkhälsan, die Stadt der Turku Sportabteilung und des Paimio Leistungszentrumsvereinigung • Das Ministerium für Umwelt: Neue Legislatur für Instandhaltung auf Straßen • Das Personal in diesen Organisationen umfasste PhysiotherapeutInnen, KrankenpflegerInnen, AltenbetreuerInnen, SportinstructorInnen, SozialarbeiterInnen, Ehrenamtliche, PensionistInnen, UmweltplanerInnen, LadenbesitzerInnen und ExpertInnen des Transportwesens • Das Projekt wurde finanziert durch die Finnische Spielautomaten Vereinigung. Diese bezahlten den Lohn für den Projektplaner für 2002-2005 inkl. Overhead und Berichtskosten. 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<p>Während der ersten Phase wurden in die Zielgruppe alle Personen im Alter von 74+ inkludiert, die unabhängig in ausgewählten Gebieten in drei Städten leben. In Helsinki wurden nur schwedisch sprechende ältere Personen für die Gruppe ausgewählt. Die Basisgruppe umfasste 2154 Personen. Während der zweiten Phase wurden 330 Personen auf Basis einer schriftlichen Abfrage für ehrenamtliche Versuche ausgewählt.</p> <p>Örtliche Versuche bezogen Personen aus unterschiedlichen Aktionssparten mit ein: Betreuungszentren (Physiotherapie, Heimpflege), soziale Dienste (Heimbetreuung), eine Sportabteilung der Gemeinde, eine Technikabteilung, Altenvereinigung, ein Lions Club, eine Kirchengemeinde, ein Shop, ein Fußballteam, ein Frauengymnastikteam, das finnische Rote Kreuz, ein Altenheim, die Universität von Turku, Transport und Taxiunternehmen.</p> <p>Die meisten TeilnehmerInnen waren Frauen. Die Gruppenaktivitäten und angeleiteten Aufgaben schlossen Männer und Frauen mit ein. Gender stellte kein Hindernis für eine Beteiligung dar.</p>	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Gemeinde	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt zielte darauf ab die funktionalen Kapazitäten, die Lebensqualität und die Autonomie älterer Menschen 75+, die daheim wohnen, zu verbessern indem die Geh- und Bewegungsmöglichkeiten außerhalb ihres Zuhauses verbessert wurden • Gefährdete, ältere Menschen; Gemeinschaften bewegen sich und gehen mehr als zuvor • Bewusstseinsbildung bei älteren Menschen, Umweltplanung und leistungsbezogen zu den täglichen Hindernissen, die bei Bewegung im Freien von den Älteren erfahren werden • Akteure aus unterschiedlichen Sektoren erkennen ihre Möglichkeiten die Bewegung älterer Menschen zu fördern • Akteure aus unterschiedlichen Sektoren planen und implementieren neue Aktivitäten für eine verbesserte Bewegung älterer Menschen im 	

	Freien
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegung der Zielgruppe im Freien • Schaffung neuer Umgebungen für Bewegung im Freien • soziale Unterstützungsmodelle • Entwicklung von Leistungen für die Zielgruppe
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Soziales Kapital, Fall-/Unfallvermeidung
Evaluation (Beschreibung)	Das Projekt war ein Aktionsforschungsprojekt bei dem Evaluationen von den Älteren wie auch von den OrganisatorInnen erarbeitet wurden. Evaluation betraf die Veränderungen in der Mobilität im Freien bei älteren Menschen und Ideen über die Interventionen sowie deren Hoffnungen bzgl. der Aktivitäten wurden schriftlich vor und nach dem Versuch abgefragt. Das Projekt ist in einem Endbericht dokumentiert, inkludiert Empfehlungen für die Förderung von Bewegung im Freien für ältere Menschen und wird weit verbreitet. Die meisten Experimente (9) wurden qualitativ (Themeninterviews) und quantitativ (schriftliche Befragung) evaluiert. Die Beschreibung des Entwicklungsprozesses basierte auf Aktennotizen des Managements, der lokalen Projektgruppen sowie auch der Präsentationen des letzten Seminars.
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten- zufriedenheit)	Die Ziele wurden gut erreicht. Die Bewegung der Zielgruppe im Freien blieb bestehen oder verbesserte sich sogar. Die Akteure bemerkten und entwickelten Leistungen für die Zielgruppe. Die Schaffung neuer Umgebungen für Bewegung im Freien produzierte neue Ideen (Parkbänke zum Erholen, langsamere Verkehrsampeln, Zugang), soziale Unterstützungsmodelle wurden verbessert (Bewegungs- und Shoppinggefährten etabliert und trainiert), Bewegung im Freien wurde in die Planung der Heimbetreuung inkludiert. Ältere Menschen konnten Bewegung im Freien genauso wie das Essen bestellen.
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Der Bericht kann beim AGE Institut erworben werden. Der Bericht inkludiert Empfehlungen für die Förderung von Bewegung im Freien bei älteren Menschen und wurde weit verbreitet. Das AGE Institut arrangierte vier Trainingseminare in Finnland im Jahr 2006 und darüber hinaus. Zusätzlich wird ein Führer für best-practice produziert werden.</p> <p>Das Projekt kann auf unterschiedliche Orte in Finnland und andere Länder in Europa übertragen und vervielfacht werden, in Abhängigkeit auf die lokalen Umstände und Ressourcen. Das Projekt könnte außerdem in multidisziplinären Kongressen und europaweiten Trainings mit Betonung auf die Entwicklung präsentiert werden.</p> <p>Das Projekt war innovativ, weil sie die Ressourcen der unterschiedlichen Akteure kombinierte und die Bewegung im Freien von drei unterschiedlichen Perspektiven beobachtete.</p>

Tabelle 23 „Geh weiter“

Spaziergänger aus Hambleton gehen für Gesundheit		Pdb Nr. 168
Link		
Ort/Land	Großbritannien, North Yorkshire	
Organisation, Kontakt, Adresse	<p>Hambleton District Council (North Yorkshire)</p> <p>Marion Archer strollers@ambleton.gov.uk Tel. +44 (0) 1609 767276 or 01609 771624</p>	
Stakeholder	lokalen Regierung	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<p>Die Zielgruppe waren Menschen 50+, jene mit passivem Lebensstil und Benachteiligte aller Altersklassen sowie jene, die gefährdet waren an koronarer Herzerkrankung zu erleiden.</p> <p>Die Spaziergänge waren offen für alle ethnischen Zugehörigkeiten, Religionen und jedes Geschlecht. Menschen mit unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnissen wurden langsamere und kürzere Spaziergänge angeboten. 25% der Spaziergänger waren Männer, 75% Frauen, die Hälfte der Spaziergangsleiter waren Frauen.</p>	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, 6 Marktgemeinden aus dem Bezirk Hambleton	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel war es passive und benachteiligte sowie ältere Menschen zum Gehen zu bewegen. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt erfasste Hambleton Bezirk (der 6 Marktgemeinden) in denen „Hambleton Spaziergänger“ Märsche organisierten und die Zielgruppe zu diesen einluden. • Es gab 40 geschulte ehrenamtliche „Hambleton Spaziergänger“ (Führer). 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, soziales Kapital, mentale Gesundheit	
Evaluation (Beschreibung)	Die Steuerungsgruppe war eine Partnerschaft aus der lokalen Regierung, Gesundheitsorganisationen, Wohlfahrtsverbänden und aus dem ehrenamtlichen Sektor, die sich etwa vier Mal im Jahr trafen.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	<p>Es wurden qualitative und quantitative Methoden angewendet:</p> <p>Die Anzahl an SpaziergängerInnen wurde in einem Geher-Register dokumentiert, das nach jedem Marsch aktualisiert wurde indem Geschlecht, Alter, Ort und Einführung in das Schema notiert wurden. Die Gesundheit der SpaziergängerInnen wurde durch 8 Standardfragen des „Gehen für Gesundheit“ Fragebogen dokumentiert. Die Anzahl der geschulten Ehrenamtlichen und die Anzahl der Spaziergänge wurden dokumentiert.</p> <p>Zwei Drittel der TeilnehmerInnen gaben einen Gesundheitszustand an, der durch Bewegung verbessert werden könnte. 55% der SpaziergängerInnen erhöhten die Frequenz der Gänge seit sie teilgenommen haben. Einer der signifikantesten Gründe am Programm teilzunehmen war – gemäß des Fragebogens – die Kontakte zu anderen Menschen. Die SpaziergängerInnen lernten wo und mit wem sie gehen konnten. Das Gehpaket wird dabei helfen – eine Bewertung dessen</p>	

	<p>wurde noch nicht durchgeführt.</p> <p>Die Kundenzufriedenheit wurde ebenfalls durch Fragebögen bei den Gehern abgefragt.</p> <p>Kosteneffektiv ist es noch nicht, aber die Sicherung der Finanzierung zeigte, dass die Kosten den erwarteten Nutzen brachten.</p>
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Von Jänner 2003 bis Oktober 2005 nahmen 650 Personen an den geführten Spaziergängen teil. Ca. 200 Leute gingen regelmäßig mit und kommen weiterhin zu den Märschen.</p> <p>In den ersten drei Jahren wurde das Projekt von der Landesagentur (Countryside Agency, 50%), dem Land und den Bezirksbehörden sowie von zwei Gesellschaften für Primärversorgung und dem AGE Konzern North Yorkshire finanziert (£46,700 über 3 Jahre + extra Finanzierung für Planung und Spazierpakete).</p> <p>Das Projekt lief nach 2005 weiter. Die Finanzierung blieb weiter bestehen und neue Anträge zu anderen Organisationen wurden eingereicht, um eine Kontinuität zu gewährleisten.</p> <p>Ähnliche Projekte laufen überall in England und Wales. Es kann einfach in andere Teile Europas übertragen werden.</p> <p>Die Qualität des Projekts wurde kontinuierlich von der Steuerungsgruppe abgebildet. Eine formale Struktur ist künftig angedacht.</p> <p>Das Projekt bot ein innovatives Produkt, da Spaziergänge die Marktlücke, als freie und einfache Form der Bewegung im Freien für ältere Menschen schließen. Viele passive Leute oder jene mit einem ungesunden Lebensstil wissen nicht wo sie mit Bewegung beginnen können. Die Gehpakete waren ein einfacher Weg, damit Menschen mit Bewegung starten, wenn sie nicht wissen wohin sie gehen können.</p>

Tabelle 24 „Spaziergänger aus Hambleton gehen für Gesundheit“

Sesselgestütztes Übungsprogramm		Pdb Nr. 150
Link	http://www.healthinequalitiesdirectory.co.uk/show_detail.php?id=104	
Ort/Land	Großbritannien, North Yorkshire und York	
Organisation, Kontakt, Adresse	North Yorkshire und York Primärversorgungsgesellschaft Teena Smith 01904 724125	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • North Yorkshire und York Primärversorgungsgesellschaft • Gemeinderat der Stadt York • North Yorkshire Gesundheitsförderung • Trainees als „Geschulte Sesselbasierte Übungsleiter“ aus unterschiedlichen Institutionen, wie: AGE Institution, York, Selby Vision, York Primärversorgung Krankenpflegeteam; York Freizeit Services; North Yorkshire Bezirksgemeinde Heimbetreuungspersonal, Selby Bezirksratsleitung, Stadt York Leitung und Heimbetreuungspersonal 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe	Zielgruppe waren alle ältere Menschen 60+. Die aktive Beteiligung fand nur über Fragebögen für die Evaluation statt.	
Setting/Lebenswelt und Zugänglichkeit	York, Selby und lokales Gebiet	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale Gesundheits- und Gemeindebehörden organisierten Trainings für MitarbeiterInnen, die mit älteren Menschen arbeiten, um sie zu Leitern der sesselbasierten Übungsklassen auszubilden. Diese Leute leiteten die Klassen an ihrem Arbeitsplatz (Gemeindezentren, Betreuungsheime) und legten einen Fokus auf die Erkennung des sozialen, wie auch des physischen Nutzens von regelmäßigen Übungen. • Das Projekt zielte darauf ab älteren Menschen dabei zu helfen ihre physischen Fähigkeiten zu erhalten, ihre physischen Aktivitäten zu verbessern und auch die funktionale Kapazität zu verbessern. • Dabei wurde die individuelle Unabhängigkeit gefördert. Auch wenn das Projekt primär auf physischen Übungen ansetzte, sind die Leiter dennoch angehalten den weiteren Nutzen wie soziale Unterstützungen zu erkennen und zu fördern. 	
Maßnahmen/ Interventionen	Klassen für Sesselbasierte Übungen wurden an vielen verschiedenen Orten lokal durchgeführt.	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Soziales Kapital, Fall-/Unfallvermeidung	
Evaluation (Beschreibung)	Basisfragebögen betrachteten die Erfahrungen der Nutzer und zeigten, dass die TeilnehmerInnen glaubten ihre Mobilität/Flexibilität habe sich vergrößert und dass diese die Sitzungen weiterführen wollten.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität)	Vermeehrt physische Kapazitäten und Unabhängigkeit bei älteren Menschen. Eine erhebliche Anzahl an Sesselbasierten Übungsleitern wurde geschult. Der Evaluationsprozess ging davon aus, dass ein wichtiger Nutzen durch Teilnahme am Projekt abgeleitet werden kann.	
Nachhaltigkeit und Innovation	Das Projekt lief seit 2000. Wenn die Leiter geschult sind, sind die Kosten des Projekts relativ gering.	

Tabelle 25 „Sesselgestütztes Übungsprogramm“

Betreutes und Animiertes Bewegen		Pdb Nr. 197
Link	http://www.wat.at/	
Ort/Land	Österreich, Wien	
Organisation, Kontakt, Adresse	Wiener Arbeiter Sport- und Turnverein (WAT) Landsteiner Sonja ,landsteiner@wat.at	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	Stadt Wien, 12. Wiener Gemeindebezirk, Universität Wien, Bundesverband für Gedächtnistraining, Fonds Soziales Wien, SeniorInnenwohn- und betreuungseinrichtungen	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren in erster Linie ältere Menschen, insbesondere jene mit zurückgehender oder eingeschränkter Mobilität bzw. Pflegebedürftige und behinderte Personen wie auch Kinder und ihre Betreuungspersonen.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Gemeindebezirk	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Im 12. Wiener Gemeindebezirk wurde im September 2008 in Anlehnung an pädagogisch betreute Kinderspielplätze eine Freiraumeinrichtung namens „Kabelwerkpark, Wien XII“ konzipiert. Unter dem Aspekt der generationenübergreifenden Gesundheitsförderung war das Herzstück der so genannte Generationen-Aktiv-Park. Dieser bestand aus Geräten und Stationen, die speziell auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmt wurden. Der Generationen Aktiv-Park bietet eine optimale Lösung zur gesundheitsorientierten Freizeitgestaltung und ist sowohl auf die Bedürfnisse älterer Menschen als auch jüngerer Menschen abgestimmt. Das Ziel bestand in der nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität seiner BesucherInnen. • Ziel des gegenständlichen Projekts war es, ein neuartiges, intergeneratives, gesundheitsförderndes Betreuungsangebot zu schaffen. Das Angebot stand interessierten Menschen, ohne Beschränkung im Bezug auf Alter, körperlichen und geistigen Zustand, zweimal pro Woche kostenlos zur Verfügung. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Projektumsetzung gliederte sich in drei Etappen: <ol style="list-style-type: none"> 1. In einer ersten Etappe wurden verstärkt Öffentlichkeitsarbeit betrieben und die Zielgruppe mobilisiert. 2. Die zweite Etappe diente der Erprobung des betreuten und animierten Bewegens in Form eines Übungsbetriebs, „fixe“ Bewegungsgruppen bildeten sich. 3. In der dritten Etappe wurde das Freiraumangebot wieder verstärkt medial beworben und die Übungsphase mit bestehenden und neuen Bewegungsgruppen fortgesetzt. • Eigens entwickelte Geräte und die spezielle Anordnung der Stationen luden Jung und Alt zum Kennenlernen, Spielen, Bewegen ein. 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, soziales Kapital	
Evaluation (Beschreibung)	Begleitet wurde das gesamte Projekt durch eine wiss. Evaluation.	
Nachhaltigkeit	Die bereits enge Vernetzung der beteiligten regionalen KooperationspartnerInnen bei der Projektumsetzung stellte einen wesentlichen Grundstein für die Nachhaltigkeit dar.	

Tabelle 26 „Betreutes und Animiertes Bewegen“

Fit fürs Leben		Pdb Nr. 198
Link	http://www.askoe-salzburg.at/de/menu_2/projekte/intern:142/fit-fuers-leben/	
Ort/Land	Österreich, Salzburg	
Organisation, Kontakt, Adresse	ASKÖ, Landesverband Salzburg MMag. Malzer Marlies Tel.: 0662/833179 - 14 malzer@askoe-salzburg.at	
Stakeholder		
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe sind ältere Menschen (50+) unter besonderer Berücksichtigung chronischer Erkrankungen.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Vier Gemeinden in den Bundesländern Salzburg, Niederösterreich, Burgenland	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Ziel war es in der Gemeinde einen nachhaltiger Strukturaufbau durch eine intensive Vernetzungstätigkeit und Installierung einer Arbeitsgruppe zum Thema aufzubauen.• Ebenso wurden im Rahmen einer MultiplikatorInnenausbildung ÜbungsleiterInnen aus- und fortgebildet. Umfassende Sensibilisierungsmaßnahmen zum Thema wurden für das soziale Umfeld der Hauptzielgruppe bzw. für die gesamte Gemeindebevölkerung geplant.	
Maßnahmen/ Interventionen	Folgende Projektmaßnahmen wurden durchgeführt: <ul style="list-style-type: none">• Zu Beginn des Projekts wurden im Rahmen einer Zielgruppenorientierung 30 qualitative Interviews durchgeführt. Es wurden fördernde und hemmende Bedingungen für eine Partizipation der Zielgruppe erhoben.• Im Rahmen der Projektstruktur etablierten sich ein wissenschaftlicher Beirat und regelmäßige Informations- und Austauschtreffen zwischen den Bundesländerteams.• Durch eine intensive Vernetzungstätigkeit und die Bildung einer Arbeitsgruppe wurde der Strukturaufbau in den Gemeinden vorangetrieben. In die Arbeitsgruppe wurden auch interessierte VertreterInnen der Zielgruppe einbezogen.• Durchführung einer MultiplikatorInnenschulung zur Aus- und Fortbildung von ÜbungsleiterInnen für Bewegungsangebote mit der Zielgruppe.• In der Gemeinde waren umfassende Sensibilisierungsmaßnahmen geplant, die sich auch an die Gesamtbevölkerung richteten. Im Rahmen von Gesundheitsbausteinen wurden Vorträge – unter Berücksichtigung der erhobenen Bedürfnisse – sowie Gesundheitstage und -feste organisiert.• Während vier Semester wurde ein zweimal wöchentlich stattfindendes Bewegungsprogramm für die Zielgruppe durchgeführt. Das Trainingsprogramm beinhaltete auch ein Gedächtnistraining und Informationen zu Gesundheitsthemen.	



Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, soziales Kapital, mentale Gesundheit, Lebenslanges Lernen
Evaluation	
Wirksamkeit	
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	In der etablierten und vernetzten Struktur der ASKÖ sollen das erworbene Wissen und die Erfahrungen weiter verbreitet und ein Bewegungsangebot für diese Zielgruppe nachhaltig weiter geführt werden. Im diesem Sinne sollten ein Trainingsmanual, ein Projekthandbuch und eine DVD erstellt werden.

Tabelle 27 „Fit fürs Leben“

Jung.Alt.Werden - Ein Sportprogramm für SeniorInnen zur Förderung und Aufrechterhaltung von Mobilität und Beweglichkeit.		Pdb Nr. 209
Link	http://www.asvoewien.at	
Ort/Land	Österreich	
Organisation, Kontakt, Adresse	Landesverband Wien ASVÖ - Allg. Sportverband Österreichs Mag. Lengauer Maria Tel: 01 5869652/10 maria.lengauer@asvoe.at	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • BSO • FGÖ • Sportunion 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren SeniorInnen zwischen 65 und 75 Jahren in sechs Bundesländern (Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Kärnten und Steiermark), die lange nicht mehr oder noch nie Sport betrieben haben. Der Zugang zu der Zielgruppe erfolgte über Pensionistenheime und -verbände, ÄrztInnen und Pensionsversicherungen sowie über die Medien.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Gemeinde (Vereine)	
Ziel/Strategie des Projekts	Das Bewegungsprogramm beruhte auf dem Konzept der Motogeragogik (oder auch Psychomotorik mit SeniorInnen), wobei Bewegung eingesetzt wurde, um Selbständigkeit und Kompetenz, Handlungsfreiheit und Lebenszufriedenheit im Alter zu erhalten und zu verbessern. In den Bewegungsstunden will die Psychomotorik bestimmte Bereiche der Persönlichkeit stärken, ausdifferenzieren, vertiefen und erhalten. Das Programm enthielt auch partizipative Elemente. Die SeniorInnen planten jeweils selbst eine Monatsaktivität und führten diese durch. Dadurch wurden auch soziale Kontakte in der Gruppe gefördert.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Programm wurde in den Vereinen von ÜbungsleiterInnen durchgeführt, welche eingeschult und speziell in der Methode der Motogeragogik fortgebildet werden • Es wurde auch ein Handbuch für ÜbungsleiterInnen erarbeitet. 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, soziales Kapital	
Evaluation (Beschreibung)	Die Evaluation wird intern und extern durchgeführt. Die externe Evaluation soll an zwei Standorten in zwei Städten die Intervention bei der Zielgruppe evaluieren und mit einer Kontrollgruppe vergleichen.	
Wirksamkeit		
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Das Bewegungsprogramm soll als fixer Bestandteil in den Vereinen integriert und fortgeführt werden. Es soll weiter in den Vereinen ein SeniorInnenreferat mit ausgebildeten ÜbungsleiterInnen eingerichtet und etabliert werden. Bei Interesse kann das Bewegungsprogramm auch in den teilnehmenden Seniorenheimen selbst weitergeführt werden.	

Tabelle 28 „Jung.Alt.Werden“

6.2.4 Weitere Projekte

Ein Programm körperlicher Erholung für ältere Menschen		Pdb Nr. 101
Ort/Land	Polen	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Programm physischer Aktivitäten• Basierend auf einem Training, angeleitet von ExpertInnen• Bleib-Fit Übungen und 2 Wochen Package Ferien in einer Region in Polen, welche bekannt ist für Outdooraktivitäten	

Tabelle 29 „Ein Programm körperlicher Erholung für ältere Menschen“

Groningen Aktive Leben – Modell (GALM)		Pdb Nr. 92
Ort/Land	Niederlande	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• GALM versuchte inaktive ungenügend aktive SeniorInnen 55+ zu motivieren aktiv zu bleiben oder zu werden. Der Fokus richtete sich auf gesunde SeniorInnen sowie auf diejenigen, die an einer chronischen Krankheit und/oder an einer physischen Behinderung leiden.• Barrieren wurden reduziert indem die Zielgruppe direkt und persönlich angesprochen wurde, das Angebot fand im Milieu statt, wo sich die Zielgruppe befindet.• Es wurde mit denjenigen Sport und Übungsangeboten gearbeitet, die von der Zielgruppe bevorzugt wurde, um die Freude an der Bewegung wieder zu gewinnen.• Es wurde darauf geachtet, dass der notwendige Zeitraum für Verhaltensveränderungen geboten wurde (die TeilnehmerInnen benötigen Unterstützung zumindest für 6 Monate).	

Tabelle 30 „Groningen Aktive Leben – Modell (GALM)“

Bundesmodellprojekt Richtig Fit ab 50		Pdb Nr. 52
Ort/Land	Deutschland	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Entwicklung und Führung einer Internetseite www.richtigfit-ab50.de für SeniorInnen (50+), die bereits an körperlicher Aktivität interessiert waren bzw. die es noch werden sollten• Ältere NeueinsteigerInnen zu körperlicher Aktivität motivieren durch Kooperation mit lokalen Ärzten• Frühere Sportler durch Kooperationen mit ArbeitgeberInnen wiedergewinnen• SeniorInnen durch Kooperationen mit Gesundheitsinstitutionen oder Institutionen für SeniorInnen sowie Wohnvereinigungen mobilisieren mit physischer Aktivität zu beginnen• Physische Aktivität und Wellness verbinden durch Kooperationen mit Gesundheits- und Tourismusinstitutionen	

Tabelle 31 „Bundesmodellprojekt Richtig Fit ab 50“

Gesund älter werden im Stadtteil		Pdb Nr. 56
Ort/Land	Deutschland	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendige Strukturen und Angebote entwickeln/schaffen • existierende Projekte unterstützen, um die Selbstständigkeit der Zielgruppe und ein Freisein von Beschwerden aufrecht zu erhalten • QuartiermanagerInnen des Projekts „Soziale Stadt“ und lokale Anbieter (wie Sportvereine, soziale Wohlfahrtsinstitutionen, die Kirche) entwickelten individuelle und lokale Maßnahmen und versuchten diese zu vernetzen 	

Tabelle 32 „Gesund älter werden im Stadtteil“

Herzschlag Limburg		Pdb Nr. 96
Ort/Land	Niederlande	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt basierte auf dem regionalen Ansatz sowie den Theorien und Methoden der Gesundheitsausbildung. • Gesundheitskomitees organisierten Aktivitäten in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Rauchen. • Etwa 50% der Interventionen fanden an benachteiligten Orten statt 	

Tabelle 33 „Herzschlag Limburg“

Aktiv älter werden - Set in motion Fifty and fit / Fit fifties senior motion		Pdb Nr. 202
Ort/Land	Österreich	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen dieses Pilotprojektes soll für ältere Menschen als prophylaktische und kompensatorische Maßnahme in NÖ ein Sportprogramm angeboten werden, das eine regelmäßige körperliche Bewegung zum Ziel hat und nicht nur die Fitness, sondern auch Aktivität und das psychische Wohlbefinden der TeilnehmerInnen fördern soll. • Hierzu sollen ÜbungsleiterInnen ausgewählter niederösterreichischer Vereine eine adäquate Schulung erhalten, um älteren Menschen in den jeweiligen Vereinen den Einstieg ins sportliche Leben, und die damit verbundene höhere Lebensqualität, zu erleichtern. 	

Tabelle 34 „Aktiv älter werden - Set in motion Fifty and fit / Fit fifties senior motion“

6.2.5 Projekte der österreichischen SV-Landschaft

Erholungsaufenthalt für Senioren		Pdb Nr.232
Organisation	SVB ohne Kooperationspartner	
Kontakt, Adresse	Johannes Gföllner 0676/ 81 984346 gfoellner@svb.at	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Erholungsaufenthalte waren rund 3-wöchige Turnusse für Bäuerinnen und Bauern im Seniorenalter. • Bei den Aufenthalten sollte den Erholungsbedürftigen als 	

	"Gesundheitsvorsorgemaßnahme" bzw. unter dem Titel "Maßnahme zur Festigung der Gesundheit" körperliche und seelische Erholung ermöglicht werden.
--	--

Tabelle 35 „Erholungsaufenthalt für Senioren“

Lebensqualität und Gesundheit im Alter – "SilverKids"		Pdb Nr.230
Organisation	SVA ohne Kooperationspartner	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Zentraler Bestandteil des "SilverKids-Programms" war eine Gesundheitswoche mit den Schwerpunkten Bewegung, Ernährung, und Stressmanagement in Theorie und Praxis. • Inhalte der Gesundheitswoche: medizinische Untersuchungen, SVA-Fitnessstest, Ernährungsberatung, Lehrküche, pluskontrolliertes Ausdauertraining, Krafttraining, Koordination, Beweglichkeit, Entspannungstraining, Vorträge • 6 Monate nach der Gesundheitswoche fand ein Abschlusswochenende statt, wo Veränderungen gemessen wurden, ein Bewegungsprogramm unter Anleitung geboten wurde und mit Vorträgen ev. noch vorhandene Defizite beseitigt wurden. 	

Tabelle 36 „Lebensqualität und Gesundheit im Alter – ‚SilverKids‘“

alt.Jung.Sein – Lebensqualität im Alter		Pdb Nr.224
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • VGKK als Kooperationspartner beim AKS Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin beim Katholischen Bildungsnetzwerk Vorarlberg 	
Kontakt, Adresse	Dr. Hans Rapp 05522/ 34 85 102	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Mit leichten Bewegungsübungen, einem speziellen Gedächtnistraining und dem Austausch von Lebens- und Sinnfragen in einer netten, humorvollen Gruppe trägt das Programm viel zur Erhaltung der Selbstständigkeit und Gesundheit in reiferen Jahren bei. • Die Kurse machen Freude und fördern die Gemeinschaft. Die Kurse umfassen 5 oder 10 Einheiten mit je 1,5 Stunden, zu denen sich eine feste Gruppe von 8 bis 15 Personen wöchentlich trifft. 	

Tabelle 37 „alt.Jung.Sein – Lebensqualität im Alter“

Der Gesundheitspass		Pdb Nr.225
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • VGKK als Kooperationspartner bei der Initiative Sichere Gemeinden • im Rahmen des Projektes, „Im Gleichgewicht bleiben“ 	
Kontakt, Adresse	05572 54 35 3 0	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Die pro Säule (4 Säulen, die eine umfassende Gesundheitsförderung ausmachen: Bewegung, ganzheitliche Aktivitäten, Ernährung und Vorsorge) und Woche empfohlenen Aufgaben des dreimonatigen Programms sollten sich problemlos in den Alltag einbauen lassen. • Für jede im Pass aufgelistete und dann erledigte Aktivität gab es Punkte. Eine Stunde Radfahren beispielsweise brachte fünf Punkte. 	

Tabelle 38 „Der Gesundheitspass“

6.3 FALL/UNFALL/STURZVERMEIDUNG



Fall/Unfall/Sturzvermeidung und das damit einhergehende Thema der Sicherheit ist ein wichtiges Thema in der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen und wird meistens in Zusammenhang mit den Wohnverhältnissen oder Spitälern thematisiert (Schwendimann, 2003). Die zwei wichtigen Zielgruppen sind hier: ältere Menschen, die in den eigenen Wohnungen leben und ältere Menschen, die in Institutionen leben. Beide brauchen spezifischen Interventionen. Frauen sind hier verletzlicher als Männer, da diese fragiler im Älterwerden sind. Es ist wahrscheinlicher, dass sie z. B. Osteoporose bekommen und weniger Muskelkraft haben (Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson, Lamb, Cumming, Rowe, 2003). Viele der Projekte bezwecken in Verbindung mit körperlicher Aktivität Verletzungen und Stürzen vorzubeugen.

Unfälle und Stürze und ihre Konsequenzen können als eine enorme Belastung unseres Gesundheitssystems gesehen werden. Bis zu einem Drittel der Menschen im hohen Alter, die wegen Hüftfraktur stationär behandelt werden sterben innerhalb eines Jahres, zufolge internationaler Studien. Rund 50% erlangen ihre ursprüngliche Beweglichkeit nicht mehr zurück und etwa 20% der PatientInnen werden ständig pflegebedürftig (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. 2009). Neben der medizinischen Behandlung für z.B. Hüftfrakturen kommen die Langzeitfolgekosten und die indirekten Kosten wie z.B. Therapien und Medikamente für SchmerzpatientInnen zum Tragen. Es handelt sich dabei um Freizeitunfälle, um Unfälle zu Hause und um Sportunfälle. Kognitive Schwächen und verringerte Mobilität wie auch Medikalisierung können als Hauptgründe für Fälle, Unfälle und Stürze gesehen werden.

Unfälle

Demografische Statistiken sagen voraus, dass die Anzahl an AutofahrerInnen über 60 Jahre in Österreich über 30% im Jahr 2030 erreichen wird. Das Verkehrssystem wird signifikant von diesem Trend beeinflusst werden. Älterwerden hängt jedoch nicht unbedingt mit einem Verlust der Leistung und einem Anstieg an Unfällen zusammen. Ältere Menschen mit einem

selbstkritischen Verhalten und dem Willen zu lernen und einer unfallfreien Geschichte können ohne Schwierigkeiten weiter fahren (Bukasa, Panosch, 2006).

Sturz und Fall

Stürze lassen sich wie folgend unterscheiden: extrinsische Stürze, deren Ursache eine von außen einwirkende Kraft ist; sogenannte synkopale Stürze, die z. B. durch Herzrhythmusstörungen ausgelöst werden; außerdem lokomotorische Stürze: die Patientinnen und Patienten stürzen aufgrund vorhandener Funktionsdefizite bei alltäglichen Tätigkeiten und Umgebungsbedingungen. Extrinsische und synkopale Stürze kommen weniger vor, die lokomotorischen Stürze, bei denen in der Regel mehrere verschiedene Faktoren zusammenwirken, sind bei älteren Menschen sehr häufig (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. 2009).

Bei der Zielgruppe der Interventionen können wir unterscheiden zwischen denjenigen die bereits gestürzt sind oder eine Risikogruppe darstellen und denjenigen für die Maßnahmen präventiv gesetzt werden. Bei den Maßnahmen kann unterschieden werden zwischen sturzpräventiven Maßnahmen und solchen, die auf Vermeidung sturzbedingter Verletzungen abzielen. Bei vielen gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen handelt es sich um multifaktorielle Programme bei denen mehrere Maßnahmen gesetzt werden, die sich zum Ziel setzen das Sturzrisiko zu minimieren wie zum Beispiel ein Kraft- und Balance-Trainingsprogramm in Kombination mit Maßnahmen bei denen es um die Anpassung der Wohnumgebung geht. Der Zusammenhang zwischen Ernährung und Sturzhäufigkeit wird bis dato zu wenig beachtet. Es zeigt sich, dass gerade bei älteren Menschen die Unter- und Fehlernährung, sowie die zu geringe Aufnahme lebensnotwendiger Nährstoffe wie Vitamine und Mineralstoffe die Gebrechlichkeit fördern (Vogt 2002).

6.3.1 Strategie und Ziele

Die Strategie der WHO hinsichtlich des Themas *Unfall/Fall/Sturzvermeidung* lautet wie folgt:

- Altenfreundliche Gesundheitszentren und Standards errichten, die das Entstehen oder die Verschlechterung von Behinderungen aller Art vermeiden helfen. Hierbei gilt es Verletzungen zu vermeiden durch Schutzmaßnahmen für ältere FußgängerInnen im Verkehr, Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit beim Gehen zu initiieren, Programme zur Vermeidung von Stürzen durchzuführen, Gefahrenherden im Haushalt auszuschalten und Beratung in Sicherheitsfragen zu geben. Die strikte Einhaltung von Standards für die Sicherheit am Arbeitsplatz zum Schutz älterer MitarbeiterInnen vor Verletzungen ist zu überwachen. Die Arbeitsumgebung bei regulären und informellen Arbeitsverhältnissen soll so geändert werden, dass Menschen auch in zunehmendem Alter produktiv und sicher weiter arbeiten können.

WHO-Ziele die sich daraus für die gesundheitsförderliche Praxis ergeben

- körperliche Aktivität fördern
- lokale Sicherheitskampagnen initiieren

- Erhebung der Sicherheit im häuslichen Bereich anbieten und begleitende Unterstützung bei Änderungen
- Sicherheit im Umfeld erhöhen, Programme für mehr Sicherheit im Straßenverkehr
- allgemeine Kriterien für Fahrunfähigkeit definieren
- Präventive Angebote für Gruppen anbieten, die profitieren

6.3.2 Evidenz und Statistik

- Die Anzahl der Sturzunfälle kann verringert werden, indem das Pflegepersonal das Gefahrenpotential in der Wohnung einschätzt und ggf. Veränderungen vornimmt. Dies gilt besonders für ältere Menschen, die bereits gestürzt sind (Gillespie et.al., 2003).
- Eine Risikoeinschätzung, die mehrere Faktoren einbezieht und Maßnahmen ableitet, verringert die Anzahl der Stürze von über 60-jährigen (Chang, Morton, Rubenstein, Mojica, Maglione, Suttorp, et.al., 2004).
- Mehr Bewegung reduziert das Sturzrisiko und verhindert Hüftfrakturen und bestimmte Übungsprogramme reduzieren das Risiko zu fallen (Gregg, Pereira, Caspersen, 2000).
- Aktivitäten wie Tai-Chi-Kurse, die das Gleichgewicht fördern und die Muskeln stärken, verringern die Anzahl der Stürze bei älteren Menschen (Sherrington, Lord, Finch, 2004).
- Öffentliche Maßnahmen zur Verhinderung von Sturzunfällen reduzieren die Anzahl der Stürze und sturzabhängigen Verletzungen bei Älteren (Marks, Allegrante, 2004; McClure, Turner, Peel, Spinks, Eakin, Hughes, 2005).
- Vorsichtige Verschreibung oder Verzicht auf Psychopharmaka (z.B. Schlafmittel, Beruhigungsmittel) reduziert das Risiko von Sturzunfällen bei älteren Menschen (Leipzig, Cumming, Gillespie, 2005).
- Hüftschutz verhindert Hüftfrakturen bei Älteren, die in Pflegeeinrichtungen leben und ein sehr hohes Risiko für Knochenbrüche haben (Parker, Gillespie, 2005).

FOLGLICH bedeutet das:

Aktivitäten zur Förderung der Sicherheit und Vermeidung von Verletzungen auf politischer Ebene einleiten.

Multifaktorielle Interventionen umsetzen, die die körperlichen, und ernährungsbezogenen Aspekte von Fall/Sturzrisiken, sowie die Sicherheitsvorkehrungen in den Wohnungen berücksichtigen. Insbesondere gilt auch Menschen bezüglich der Verschreibung von Psychopharmaka sensibilisieren.

☞ Beispiel: Im Projekt „Warrington Unfallmanagement und Präventionsservice“ wurde der Risikolevel für Unfälle bei älteren Menschen 65+ identifiziert und Übungsprogramme zur Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit sowie Information über Risikofaktoren und wie man im Falle eines Sturzes überleben kann, angeboten.

Angebote von Hausbesuchen bei Risikogruppen nach vorher durchgeführten Risikoassessments und nach Fall/Sturzvorfällen im Rahmen des klassischen Case Managements der Sozialversicherung initiieren.

☞ Beispiel: Im Projekt „Gesund älter werden“ wurden die KlientInnen unter anderem über die Verbesserungen/Anpassungen ihrer Lebensumwelt informiert, um (Un-)Fälle zu vermeiden. Das Projekt stellt eine Kombination aus präventiven Hausbesuchen, geriatrischer Beurteilung, Case Management sowie individuellen Unterstützungsplänen dar.

6.3.3 Projekte und ihre Maßnahmen

Kurzprogramm für die Rehabilitation älterer Menschen durch Gleichgewichtstraining		Pdb Nr.105
Link		
Ort/Land	Polen, Region Wielkopolska	
Organisation, Kontakt, Adresse	Jolanta Twardowska-Rajewska	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt		
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Menschen 60+. Das Programm wurde für jene Personen mit Gleichgewichtsschwierigkeiten durchgeführt, die Tageszentren in Polen in Anspruch nahmen.	
Setting/Lebenswelt und Zugänglichkeit	Altersheim	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel war es das Gleichgewicht durch Verminderung von Schwindelanfällen und Gleichgewichtsproblemen zu verbessern, um Unfälle bei älteren Menschen zu verhindern. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Programm dauerte 6 Monate und ist ein individuelles Programm für physische Übungen inklusive einiger Elemente von Tai-Chi, das gestaltet wurde um das Gleichgewicht und Unfälle zu verhindern. • Täglich wurden 30-minütige physische Übungen in Klassen durchgeführt, die von einem Instruktor geleitet wurden. 	
Gesundheitsförderliche Themen	Fall-/ Unfallvermeidung	
Evaluation (Beschreibung)	Vorläufig wurde eine Untersuchung der Ergebnisse 2 Monate nach Start des Programms durchgeführt. Eine Bewertung der Unfallrisiken und eine Evaluation durch den Tinetti Test (Gleichgewichtsskala) in Gruppen von 15 Personen im Alter zwischen 64 und 83 Jahren wurden durchgeführt.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	Die Verbesserung des Gleichgewichts, eine Verminderung von Schwindelanfällen während dem Stehen und Drehen wurde untersucht. Ein Vergleich mit wissenschaftlicher Literatur zeigt, dass Programme mit physischer Aktivierung für ältere Menschen ratsam und effektiv sind.	
Nachhaltigkeit und Innovation		

Tabelle 39 „Kurzprogramm für die Rehabilitation älterer Menschen durch Gleichgewichtstraining“

Ausbildung zur Prävention und Reduktion von Wirbelsäulenerkrankungen im Alter		Pdb Nr.119
Link	http://www.univerzazatretjeobd-drus.tvo.si/univerzeslo.htm	
Ort/Land	Slowenien, Laibach, Region Gorenjska	
Organisation, Kontakt, Adresse	Bozena Lisac univerza-3@guest.arnes.si 00386 1 433 20 90	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Universität für das Dritte Alter, Laibach • Medizinische Vereinigungen 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren Menschen 50+, die vom Familienarzt eingeladen wurden.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt Laibach	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Wirbelsäulenschmerz tritt typischerweise im hohen Alter auf und ist ein Verhinderungsfaktor für Beweglichkeit. • Ziel dieses Modells war es diese Gesundheitsprobleme vorzubeugen. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen über die Struktur und Funktionalität der Wirbelsäule • Durchführen ausgewählter physischer Praxisübungen und Lesungen 	
Gesundheitsförderliche Themen	Fall-/ Unfallvermeidung, Bewegung, Lebenslanges Lernen, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)		
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	Statistiken weisen darauf hin, dass Wirbelsäulenschmerz üblicherweise im hohen Alter auftritt und das Problem durch frühzeitige, angemessene Bildung in vielen Fällen verhindert werden kann. Durch erweiterte Mobilität unterstützte das Modell die Unabhängigkeit älterer Menschen. Die TeilnehmerInnen drückten ihre Zufriedenheit mit den Inhalten der Kurse aus.	
Nachhaltigkeit und Innovation	Die Kurse wurden regelmäßig von Älteren besucht. Das Modell kann überall angewendet werden.	

Tabelle 40 „Ausbildung zur Prävention und Reduktion von Wirbelsäulenerkrankungen im Alter“

Positive Aktionen gegen Unfälle: Ein Ansatz durch Ausbildung Gleichaltriger		Pdb Nr.158
Link	http://www.bradfordairedale-pct.nhs.uk	
Ort/Land	Großbritannien, Bradford	
Organisation, Kontakt, Adresse	Bradford und Airedale Primärversorgungsgesellschaft Lindsay Longfield lindsay.longfield@bradford.nhs.uk	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Abteilung für Beruf, Unternehmen und Regulierende Reformen • Lokale Organisationen für Primärversorgung 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Ältere Menschen 65+ unter Einbindung ethnischer Minderheiten	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt Bradford	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt zweifelte den Mythos an, dass ältere Menschen resistent gegen Übungen seien, die Kraft und Gleichgewicht verbessern, und dass Unfälle und Verletzungen deshalb unausweichlich seien. • Um erfolgreich zu sein, waren Unterstützungsgruppen sowie Koordination und ein gut organisiertes Management gleichaltriger Mentoren („peer mentors“) wichtig. • Ziel war es ältere Menschen für Präsentationen zu gewinnen, um mit ihresgleichen in Kontakt zu treten 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen wurden in einer geschützten Gruppe gegeben und diese durch praktische Basisberatung begleitet. • Gleichaltrige Mentoren ethnischer Minderheiten beschäftigten sich mit den Gruppen und überbrückten Sprach- und Bildungsunterschiede z.B. Präsentationen in Urdu und Punjabi durch mehr orale, statt schriftliche Methoden. • Schulung gleichaltriger Mentoren um sie zu befähigen Sitzungen über Unfallmanagement durchzuführen • Ältere Menschen über die Risikofaktoren von Unfällen informieren und Themen wie körperliche Betätigung, Risikomanagement und weitere Themen der Wohnumgebung mit einbeziehen. • Informationen über Zugangsleistungen und wie Kräftigungs- und Gleichgewichtsübungen durchgeführt werden können • Sie unterstützen die Risiken zuhause selbst zu beurteilen und selbst zu entscheiden, ob diese beibehalten oder verändert werden sollten 	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Fall-/ Unfallvermeidung	
Evaluation (Beschreibung)	<p>Die Evaluation versuchte die Ansichten der Älteren durch einen gemischten Methodenansatz zu eruieren: Fragebögen, Folgefragebögen und Fokusgruppen. Die Daten wurden in zeitlicher Abfolge analysiert, um den Ansatz brauchbar auf seine Effektivität zu bewerten.</p> <p>Diese versuchten 4 Kernthemen nachzuforschen: Reaktion, Lernen, Verhalten und Resultate.</p>	
Wirksamkeit	Das Programm erreichte über 2000 Leute während nur ein paar	

(Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	freiwillige PräsentatorInnen benötigt wurden. Rückmeldungen der Evaluation im Projekt zufolge haben einige TeilnehmerInnen ein oder zwei Veränderungen vorgenommen, um die Wahrscheinlichkeit eines Unfalles zu verringern.
Nachhaltigkeit und Innovation	Gleichaltrige Menschen statt traditionellerweise auf ExpertInnen zu vertrauen war hilfreich, effektiv und kostengünstig, da eine große Anzahl an älteren Menschen erreicht werden konnte. Das Modell wurde von den TeilnehmerInnen sehr geschätzt.

Tabelle 41 „Positive Aktionen gegen Unfälle: Ein Ansatz durch Ausbildung Gleichaltriger“

Warrington Unfallmanagement und Präventionsservice		Pdb Nr.165
Link	http://www.warrington-health.nhs.uk/fallsmanagementandpreventionservice.htm	
Ort/Land	Großbritannien, Warrington	
Organisation, Kontakt, Adresse	Warrington Primary Care Trust Pauline Golden pauline.golden@warrington-pct.nhs.uk	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	Warrington Primärversorgungsgesellschaft	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Menschen 65+. Diese wurden durch Fokusgruppen bei der Evaluation der Leistungen mit einbezogen.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Warrington (8 Gebiete in der Stadt)	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel war die Reduktion der Unfälle älterer Menschen und die Menschen für potentielle Risiken zu sensibilisieren, • Deshalb wurde ein facettenreicher Mix aus Ausbildung, Übungsklassen, Beurteilungen des Wohnorts und Beschaffung von Ausstattungen konzipiert um das Risiko für Brüche zu minimieren wie z.B. Hüftprotektoren. Der Ansatz bezog sich auf zahlreiche Strategien der Unfallliteratur. • Im Projekt wurde das Vertrauen in die Beweglichkeit wiederhergestellt und die Angst vor dem Fallen reduziert. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung, um das Risikolevel für Unfälle zu identifizieren • Übungsprogramme um die Muskelkraft, Flexibilität, Balance und Koordination zu verbessern • Ausbildung und Information über Risikofaktoren, sodass ältere Menschen ihr Unfallrisiko reduzieren können • Vertrauen in die Beweglichkeit wiederherstellen und die Angst vor dem Fallen reduzieren • Bildung wie man im Falle des Unfalles am Boden überleben kann • Hüftprotektoren, um Hüftbrüche durch einen Unfall zu verhindern • Ausbildung und Training für Personal und Benutzer • Überprüfung der Unfallgefahr am Wohnort 	
Gesundheitsförderliche Themen	Fall-/ Unfallvermeidung, Bewegung	
Evaluation (Beschreibung)	Eine multidimensionale Evaluation inkludierte eine funktionale Bewertung, Fokusgruppen und Unfalldaten	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	Das Projekt war effektiv durch die Reduzierung der Unfallinzidenzen und der assoziierten Unfälle. Die Physische Funktionalität der TeilnehmerInnen verbesserte sich.	
Nachhaltigkeit und Innovation		

Tabelle 42 „Warrington Unfallmanagement und Präventionsservice“

Im Gleichgewicht bleiben		Pdb Nr.119
Link	http://www.sicheregemeinden.at/page.asp?page=45	
Ort/Land	Österreich, Vorarlberg	
Organisation, Kontakt, Adresse	Initiative Sichere Gemeinden Vorarlberg	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• Land Vorarlberg• IfS-Beratungsstelle Menschengerechtes Bauen• Vereine, bestehende Bewegungsgruppen, GruppenleiterInnen, pfarrliche Runden, usw.• Studio Drehpunkt• Krankenhäuser, Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheken, Optiker, Hörgeräteakustiker, Geschäfte (Einrichtungshäuser, Händler, Handwerker, usw.) sowie Architekten, Planer	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Primäre Zielgruppe des Projekts waren Personen ab dem 65. Lebensjahr, Ältere Personen nach Stürzen, Hochrisiko-Patienten (Personen, die nach Unfällen oder gravierenden gesundheitlichen Problemen aus dem Krankenhaus entlassen werden) sowie Personen, die sich im Sinne der Gesundheitsförderung mit der Thematik Sturz auseinandersetzen und die allgemeine Bevölkerung.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Gemeinde	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Das Projekt „Im Gleichgewicht bleiben“ geht stark vom Empowerment-Ansatz aus: Personen der sturzgefährdeten Zielgruppen sollen befähigt, gestärkt und motiviert werden, so viel wie möglich für ihre Gesundheit zu tun.• Zudem ist es ein wesentliches Anliegen des Projektes, die bestehenden Strukturen im Themenbereich Sturzprävention zu vernetzen.• Hauptziel war der Erhalt und die Verbesserung von Gleichgewicht, Beweglichkeit, Wahrnehmung und Kraft von älteren Menschen. Maßnahmen zur Sturzprävention wurden sowohl im externen Bereich (rutschende Teppiche, umherliegende Kabel, schlechte Beleuchtung usw.), als auch im internen Bereich (Veränderungen des Bewegungsapparates, verminderte Leistung der Sinnesorgane, Zeitdruck, usw.) gesetzt.• Das Projekt zielt außerdem darauf ab, geeignete Handlungs- und Wissensstrukturen zu schaffen, in denen die Zielgruppen zum Erwerb von mehr Lebens- und Gesundheitskompetenzen motiviert werden.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Neben Gymnastik und Tanz erhöhen spezifische somatische Übungen im Programm gezielt die körperliche Fitness, die geistige Leistungsfähigkeit und emotionale Ausgeglichenheit älterer Menschen.• Erhalt und die Verbesserung von Gleichgewicht, Beweglichkeit, Wahrnehmung und Kraft sowie regelmäßigen Kontrolle von Seh- und Hörleistung und die Abstimmung der Medikamenteneinnahme• Schulungseinheiten, Vorträge, Berichte in audiovisuellen und Printmedien, Broschüren, Folder• Einbindung der Ärzte• Ausbildungslehrgänge für TrainerInnen• Wohnraumberatung	

	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote der örtlichen Optiker und Hörgeräteakustiker, • Medikamentenabklärung durch den Hausarzt • Flächendeckendes Angebot an Bewegungsgruppen, Regelmäßige Seh- und Hörtests in den Gruppen • Einbindung in Programme des AKS • Zuweisungsmöglichkeit für Sturz-Risikopatienten • Gewinnen von Physiotherapeuten als Netzwerkpartner
Gesundheitsförderliche Themen	Fall-/ Unfallvermeidung, Bewegung
Evaluation (Beschreibung)	<p>Die Erkenntnisse aus dem Zeitraum 2005 bis 2008 stammen aus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. den Ergebnissen der motorischen Assessments zur Sturz- und Risikobewertung, 2. der Evaluierung der Rückmeldungen der TrainerInnen zu den Lehrgängen, 3. der Befragung von Ärzten zu Jahresbeginn 2008 und 4. den Erfahrungen, Beobachtungen und Gesprächen.
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	<p>Die Befragung ergab, dass Personen, die schon länger in Bewegungsgruppen sind, seltener im letzten Jahr gestürzt sind. Die Verletzungsrate jener Personen, die mindestens einmal im letzten Jahr gestürzt sind, war dabei mit ca. 70 % hoch, wobei Brüche verhältnismäßig oft vorkamen. Von den gestürzten Personen verletzten sich jene etwas häufiger nicht, die bereits länger in einer Bewegungsgruppe waren.</p> <p>88 % der befragten Trainerinnen waren mit dem Lehrgang voll und ganz oder fast ganz zufrieden. 89 % bewerteten den Lehrgang als persönlichen Bildungsimpuls. 79% meinen, die Umsetzbarkeit des Gelernten sei sehr groß oder groß. 70 % gaben an, dass sich ihre Bewegungsgruppen voll und ganz oder fast ganz geändert haben. Diese Veränderungen wurden von den Teilnehmenden größtenteils wahrgenommen. Speziell Männer scheinen Berührungängste bei neuen Gruppen zu haben. So fiel es zum Beispiel auch leichter, eine Ehepaargruppe anstelle einer reinen Männergruppe zu gründen.</p>
Nachhaltigkeit und Innovation	<ul style="list-style-type: none"> • Das im Rahmen des Projektes aufgebaute Netzwerk soll weiter ausgebaut und gefestigt werden. Einige Aktionen und Maßnahmen sind bereits geplant oder in der Umsetzung: • Von Herbst 2007 bis Frühjahr 2008 arbeitete eine Gruppe FH-Studenten an eine Intensivierung des Programms in der ländlichen Region Walgau. Unter Begleitung der Initiative Sichere Gemeinden ermitteln 6 Studenten das bestehende Angebot an Ärzten, Apotheken, Physiotherapeuten, Bewegungsgruppen etc. in den 13 Gemeinden. • Eine neue Bewegungsgruppe in Ludesch läuft bereits, eine zweite in Nenzing und im Großen Walsertal ist in Vorbereitung. Jährlich sind zwei Vernetzungstreffen von Physiotherapeuten und TrainerInnen geplant. Zur ständigen weiteren Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema Sturz soll die Öffentlichkeitsarbeit – allerdings in geringerem Umfang - fortgesetzt werden. • Kontakte zu anderen Organisationen werden weiterhin gepflegt. • Die Seniorenbörse in Lauterach will u.a. auch niederschwellige Wohnraumberatungen für Senioren anbieten.

Tabelle 43 „Im Gleichgewicht bleiben“

6.3.4 Weitere Projekte

Initiative der Fallprävention mit Apotheken der Gemeinde		Pdb Nr.157
Ort/Land	Großbritannien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• ApothekerInnen der Gemeinde identifizierten Personen, die der Gefahr zu fallen ausgesetzt sind• Sie boten Rat an und machten die Bedeutung von physischer Aktivität deutlich, durch die Gefahren von Fällen reduziert werden können.	

Tabelle 44 „Initiative der Fallprävention mit Apotheken der Gemeinde“

Gesundheitsförderung für ältere Menschen		Pdb Nr.160
Ort/Land	Großbritannien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Im „Zentrum Gesundwerden“ („Keeping Well Center“) wurden verschiedene Aktivitäten organisiert wie z.B. Fallprävention, Mobilität, soziale Unterstützung und Unterstützung beim Zugang zu lokalen Gesundheitseinrichtungen• Das Projekt versuchte ältere Menschen zu identifizieren, die Schwierigkeiten hatten ihre Unabhängigkeit zu erhalten indem sie Unterstützung, Rat und Assistenz anboten.• Sie nahmen Kontakt auf mit Einrichtungen, die älteren Leuten helfen ihre Unabhängigkeit zu erhalten.	

Tabelle 45 „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“

Sicher Gehen über 60		Pdb Nr.18
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Im Projekt wurde ein Beratungszentrum errichtet für Personen, die einen Unfall hatten, es wurden Informationen und Beratungen, Trainings für Krankenpersonal angeboten.• Es wurde ein Netzwerk gegründet in denen wichtige Organisationen von Wien eingebunden waren• Ziele waren die Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema: Unfälle von älteren Menschen, Reduzierung von Unfällen um 5%	

Tabelle 46 „Sicher Gehen über 60“

Gesundes Altern		Pdb Nr.41
Ort/Land	Tschechische Republik	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• In Pflegeheimen und Seniorencafés wurden Lesungen und Diskussionsrunden organisiert, die mit praktischem Training neuer Fertigkeiten verbunden wurden.• Der Fokus wurde gelegt auf Unfallprävention, Verbesserung der physischen Aktivität, Krankheitsprävention im Alter, Stressprävention und Strategien für den Umgang mit Stress.• Im Kurs wurden Gruppenbesuche ins Thermalbad und „Gesundheitstage“ integriert, bei denen Älteren freiwillige Untersuchungen von Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker angeboten wurden.	

Tabelle 47 „Gesundes Altern“

Besser in Balance		Pdb Nr.83
Ort/Land	Niederlande	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Die kognitiven Fähigkeiten der TeilnehmerInnen neu strukturieren und die aktive Partizipation bei den Gruppenaktivitäten stimulieren• Unterschiedliche Techniken und Materialien wurden verwendet inkl. Vorträge, Videos, Gruppendiskussionen, Rollenspiele, physische Übungen etc.	

Tabelle 48 „Besser in Balance“

6.3.5 Projekte der österreichischen SV-Landschaft

Sicherheit und Gesundheit für Senioren		Pdb Nr.234
Organisation	SVB ohne Kooperationspartner	
Kontakt, Adresse	Elisabeth Straka 0676-8198 – 2322 elisabeth.straka@svb.at	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Information über einen und Motivation zu einem gesunden Lebensstil geben praktische Tipps für den Alltag vermitteln und durch praktische Übungen und Anschauungsmaterial zu festigen.• Vorträge und Workshops im Ausmaß zwischen einer und drei Stunden zu Sicherheitsthemen inkl. Sturzprophylaxe und gesundheitsrelevante Tipps zu den Themen gesunde Ernährung, richtige Bewegung im Alter (Nordic Walking,...) und Entspannung sowie Kindersicherheits-Tipps für Oma und Opa.	

Tabelle 49 „Sicherheit und Gesundheit für Senioren“

6.4 ALKOHOL UND TABAK



Projekte in der Gesundheitsförderung zielen darauf ab gesunde Lebensstile zu fördern. Der Umgang mit Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol und Drogenmissbrauch spielt dabei eine wichtige Rolle. Neben der Veränderung des individuellen Verhaltens geht es darum gesunde Umgebungen wie raucherfreie Zonen zu gestalten, um den Missbrauch einzudämmen und gesunde Lebensstile zu fördern (Rieder, 2003).

Rauchen

In der EU sterben eine halbe Million Menschen jährlich an den Folgen des Rauchens, überwiegend ältere Menschen. In Österreich rauchen 23% der Bevölkerung täglich und 9% der über 60-Jährigen (Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07). Der Zusammenhang zwischen Rauchen und den verschiedensten Krankheiten ist in zahlreichen Untersuchungen belegt z.B. Krebserkrankungen (Tredaniel, Boffetta, Buiatti, Saracci, Hirsch, 1997), Unfälle (Leistikow, Martin, Jacobs, Rocke, Noderer, 2000), Impotenz (Tengs, Osgood, 2001) u.v.a. Studien zeigen, dass Lungenkrebs die Krankheit ist, die am stärksten mit Tabakkonsum verbunden ist, auch wenn die Mehrzahl der durch das Rauchen verursachten Todesfälle Herz-Kreislaufkrankungen betrifft. Und es kann gezeigt werden, dass Personen, die im Alter von 65 bis 70 Jahren aufhören zu rauchen, ihr erhöhtes Risiko eines frühzeitigen Todes zu sterben halbieren (Burns, 2000).

Alkohol

Konnte in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Rückgang des Alkoholdurchschnittskonsums um rund 20% beobachtet werden, so weisen 16% der ÖsterreicherInnen ein problematisches Konsummuster auf, dies bedeutet, dass sie Alkohol in gesundheitsschädlichem Ausmaß konsumieren oder an Alkoholismus erkrankt sind. Es kann gesagt werden, dass im zunehmendem Alter mehr getrunken wird und dass im Gegenteil zu Nikotin und illegalen Drogen die Konsummenge und Konsumfrequenz in höherem Alter steigen (Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen.Daten.Fakten.Trends 2009).

Die Krankheiten die sich auf übermäßigen Alkoholkonsum bei älteren Menschen zurück führen lassen sind häufig. Studien zeigen Zusammenhänge zwischen Herzerkrankungen, Unfälle, funktionale und geistige Beeinträchtigung und Alkoholkonsum auf (Reid, Boutros, O'Connor, Cadariu, Concato, 2002). Problematisch ist, dass dies oft nicht entdeckt und diagnostiziert wird, weil Screeningmethoden und die diagnostischen Kriterien auf jüngere Menschen ausgerichtet sind.

6.4.1 Strategie und Ziele

Die Strategie der WHO hinsichtlich des Themas *Alkohol und Tabak* lautet wie folgt:

- Umfassende Aktionsprogramme auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene zur Eindämmung der Vermarktung und des Gebrauchs von Tabak durchführen. Ältere Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, müssen entsprechend unterstützt werden. Die Anerkennung des Wertes freiwilliger Tätigkeiten und der Ausbau von Möglichkeiten zur Teilnahme an sinnvollen karitativen Aktivitäten auch im Alter ist von Wichtigkeit, wobei auch jene Menschen nicht vergessen werden dürfen, die gerne mitarbeiten wollen, aber aufgrund von Einschränkungen finanzieller, gesundheitlicher oder verkehrstechnischer Art dazu nicht in der Lage sind.
- Das Ausmaß des Alkohol- und Medikamentenkonsums von älteren Menschen muss erfasst und zugleich Maßnahmen zur Reduzierung von Missbrauch gesetzt werden.

WHO-Ziele die sich daraus für die gesundheitsförderliche Praxis ergeben

- Geriatrische Studien über Tabak und Alkohol durchführen
- Ältere als Zielgruppe in Alkohol- und Tabakpräventionsprogramme einbauen
- Bewusstsein bzgl. Alkohol- und Tabakkonsum schaffen

6.4.2 Evidenz und Statistik

- Raucherentwöhnung erweist sich als die effektivste Methode, die mit dem Rauchen einhergehenden Krankheitsrisiken zu verringern. Dies gilt für Personen jeden Alters – auch für jene älter als 60 Jahre (Burns, 2000).
- Gesundheit im Alter ist mit Verzicht auf das Rauchen zu erreichen. Körperlich aktive Ex-Raucher und Personen, die nie geraucht haben, haben eine 2,5mal höhere Chance auf gesundes Altern als jene Personen, die bewegungsarm leben (Peel, McClure, Bartlett, 2005).

FOLGLICH bedeutet das:

Zielgruppengerechte RaucherInnenentwöhnungsprogramme fördern und schädlichen Alkoholkonsum verringern sowie die Zielgruppe 50+ über die bestehenden Angebote der SV zu Suchtprävention ansprechen. Alkohol- und Tabakkonsum speziell bei sozial benachteiligten Menschen durch umfassende Programme eindämmen und reduzieren.
☞ Beispiel: Das Projekt „Aktionskreis Suchtprophylaxe. Arbeitskreis SeniorInnen“ bot unterschiedliche Angebote wie Weiterbildungsprogramme oder Diskussionsgruppen, in denen unterschiedliche Themen zu Gesundheit, Krankheit und Sucht diskutiert wurden.

6.4.3 Projekte und ihre Maßnahmen

Aktionskreis Suchtprophylaxe. Arbeitsgruppe SeniorInnen		Pdb Nr.50
Link	http://www.blv-suchthilfe.de/index.php?id=66	
Ort/Land	Deutschland, Baden-Wuerttemberg, Nagold	
Organisation, Kontakt, Adresse	Fachambulanz für Abhängigkeitserkrankungen Peter Heinrich peter.heinrich@blv-suchthilfe.de +49 7051 936179	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • AOK • Örtliche Altersheime • Krankenhäuser • Pflegeeinrichtungen und soziale Einrichtungen 	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Menschen 50+ mit Suchtverhalten und jene, die gefährdet waren Suchtverhalten zu entwickeln. Die TeilnehmerInnen hatten die Möglichkeit ihre Meinung über die Inhalte und die Implementierung der Angebote abzugeben.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Nagold – örtliche Gemeinde, Pflegeeinrichtung	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptziel war es die Lebensqualität der Zielgruppe durch zahlreiche Angebote (Prävention, Intervention, Information, Bewusstseinsbildung und Weiterbildung) zu erhöhen. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt bot unterschiedliche Angebote in den Bereichen Prävention, Intervention, Information, Bewusstseinsbildung und Weiterbildung an z.B. nahmen die Krankenschwestern teil an einem Weiterbildungsprogramm über pharmazeutische/n Abhängigkeit/Missbrauch. • Die BewohnerInnen und andere ältere Menschen nahmen teil an Diskussionsgruppen, in denen unterschiedliche Themen im Bereich Gesundheit, Krankheit und Sucht diskutiert wurden 	
Gesundheitsförderliche Themen	Suchtprävention, Medikamentengebrauch Krankheitsprävention, Lebenslanges Lernen	
Evaluation (Beschreibung)	Die BewohnerInnen und andere ältere Menschen nahmen teil an Diskussionsgruppen, in denen unterschiedliche Themen im Bereich Gesundheit, Krankheit und Sucht diskutiert wurden.	
Wirksamkeit und Evaluation	Das Projekt wurde selbstevaluiert, auf Grundlage von Feedbacks und Diskussionen.	
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Das Projekt wurde seit 1999 durchgeführt und ist auf KooperationspartnerInnen und andere Institutionen übertragbar, die eine ähnliche Infrastruktur aufweisen. Das Projekt war innovativ, da süchtige ältere Menschen oder jene, die gefährdet sind Suchtverhalten zu entwickeln, kaum durch bestehende Angebote für Ältere angesprochen wurden.	

Tabelle 50 „Aktionskreis Suchtprophylaxe. Arbeitsgruppe SeniorInnen“

6.5 SOZIALES KAPITAL



Soziale Isolation und Vereinsamung sind ein vorrangiges Thema, im speziellen für die „alten Menschen“ (75- bis 90-Jährigen), die sehr alten und hochbetagten Menschen (über 90-Jährigen). Die Integration in soziale Netzwerke und Maßnahmen die der Vereinsamung entgegenwirken haben einen hohen Stellenwert in der gesundheitsförderlichen Praxis mit älteren Menschen. Mit dem Begriff „Sozial Kapital“ wird die soziale Partizipation, die Integration in soziale Netzwerke, Unterstützungssysteme wie Selbsthilfegruppen und ehrenamtliches Engagement sowie alle Arten sozialer Beziehungen und Vernetzungen verstanden. Ist sozial Kapital ein Begriff der aus den politischen Wissenschaften und der Ökologie kommt, so wird er heute in Zusammenhang mit Gesundheit und Gesundheitsförderung gesehen (Gillis, 1998). Soziale Teilhabe und Aktivität sind Aspekte einer sinn-erfüllten Lebensgestaltung, stärken das Gefühl von Zugehörigkeit und Wohlbefinden und stellen daher neben den Lebensstilfaktoren wie Bewegung, Ernährung, Risikoverhaltensweisen wie Rauchen und Alkohol eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter dar.

Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter ist gerade auch bei sozial benachteiligten Menschen ein eindringliches Thema. Hoher sozialökonomischer Status, bessere soziale Integration und bessere soziale Kompetenz stehen in einem positiven Zusammenhang mit höherem subjektiven Wohlbefinden (Pinquart, Sorensen, 2001). Studien die die Effektivität von Gesundheitsförderungsprogrammen untersuchen, in denen es um die Reduktion der sozialen Isolation und Einsamkeit geht, zeigen, dass Gruppenaktivitäten mit erzieherischem oder unterstützendem Aspekt effektiv sind (Cattan, White, Bond, Learmonth, 2005).

Soziale Unterstützungssysteme

Die Unterstützung in der Familie ist eine wichtige Dimension für die Gesundheit von älteren Menschen (Abbassi-Nik, 2004): Gesundheitsförderungsprogramme können auch in einem sozialen Setting wie ein Sportverein durchgeführt werden (Lames, Kolb, 1997). Andere mögliche Formen der sozialen Unterstützung sind das gemeinsame Reisen und leben, ehrenamtliche Arbeit, der Austausch von Großmutter/-vater und Pensionistenvereinigungen

(Przyklenk, 1996). Ältere Menschen, die in Pension gehen, können in speziellen Coachings, Workshops und Seminaren auf die Pensionierung vorbereitet werden (Schierl, 1995). Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Stress und mangelhafter sozialer Unterstützung und Herz- Kreislauferkrankungen. Das Fehlen von sozialer Unterstützung erhöht dann die Wahrscheinlichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten zu sterben um den Faktor vier (Greenwood, Muir, Packham, Madeley, 1996).

Lebenslanges lernen

Bildungsprogramme für Ältere stellen eine weitere Form der sozialen Integration in die Gesellschaft dar. Bildungsprogramme können Impulsgeber sein für physische, mentale und soziales Wohlbefinden (Kurz, 2003). Bildung fördert das Empowerment und Selbstmanagement und stärkt die individuellen Kompetenzen und die Autonomie (Kolb, 2003). Lebenslanges Lernen sollte ein aktiver Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung für ältere Menschen sein. Genaue Angaben zum „Lernen im Alter“ gibt es wenige. Bekannt ist, dass rund 10% der KursteilnehmerInnen an Volkshochschulen über 60 Jahre alt sind und dass sie daran am meisten das Erlernen von Sprachen und das Thema Körper und Gesundheit interessiert (SeniorInnenbericht 1999/2001).

Selbsthilfegruppen

Eine weitere Strategie der Gesundheitsförderung und Prävention in der es darum geht, die sozialen Partizipation und Integration für ältere Menschen zu fördern um der sozialen Isolation vorzubeugen, sind Selbsthilfegruppen – Zusammenschlüsse von Betroffenen eines bestimmten Krankheitsbildes – und andere selbstorganisierte Gruppen in denen Aktivitäten, auf Basis eines gemeinsamen Anliegens, durchgeführt werden (Cattan, White, Bond, Learmonth, 2005).

Ehrenamtliche Arbeit

Auch ehrenamtliche Arbeit (Volunteering) im Alter führt dazu, dass dadurch soziale Kontakte vermehrt werden, sich die Mobilität erhöht und die eigene Gesundheit vor allem auch die mentale Gesundheit gestärkt werden (Amann, Grundböck, Oberzaucher, Pabst, Reiterer, Stadler-Vida, 2005; Przyklenk, 1996). Studien konnten zeigen, dass sich durch Interventionen, die die Möglichkeit zur ehrenamtlichen Arbeit für älteren Menschen ermöglichen, die Lebensqualität der ehrenamtlich Tätigen erhöhte (Wheeler, Gorey, Greenblatt, 1998). Die ehrenamtliche Arbeit hat in Österreich einen großen Stellenwert. In den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen wie der Nachbarschaftshilfe, in sozialen pflegerischen und gesundheitlichen Diensten, in sportlichen und kulturellen Bereichen sowie in der Katastrophenhilfe- und Rettungsdienst kommt die ehrenamtliche Arbeit zum Einsatz. Besonders aktiv sind die 40- bis 59-Jährigen, die sich fast bis zu 50% für andere engagieren (Freiwilliges Engagement in Österreich. Zahlen – Daten – Fakten, 2008). Der Sozial- und Gesundheitsbereich ist besonders für ältere von Interesse hier engagieren sich 13,6% der 60- bis 69-Jährigen und 16,1% der 70- bis 79-Jährigen, anteilmäßig sind das mehr als doppelt so viele Menschen wie in allen anderen Altersgruppen. Es wird deutlich, dass der Einsatz in diesem Bereich gerade für die Zielgruppe der älteren Menschen gesundheitsförderlich und sinnstiftend ist.

Vernetzung

Vernetzung ist ein weiterer sehr wichtiger (auch populärer) Begriff, mit dem eine wesentliche Strategie der Gesundheitsförderung benannt ist. Sich zu vernetzen bedeutet, sich auszutauschen, voneinander zu lernen und Ressourcen zu nutzen. Teil einer Organisation zu sein, ehrenamtlich mitzuwirken oder als Mitglied zu partizipieren und damit vernetzt zu sein, stärkt das soziale Kapital und die soziale Kohäsion einer Gesellschaft während gleichzeitig durch die Stabilisierung von Netzwerken der individuelle Sinn von Zugehörigkeit und Wohlbefinden gefördert werden.

6.5.1 Strategie und Ziele

Die Strategie der WHO hinsichtlich des Themas *Sozial Kapital* lautet wie folgt:

- Das Risiko der Vereinsamung und der sozialen Isolation kann durch Gründung von Gemeinschaftsgruppen, die von alten Menschen geleitet werden, durch traditionelle Formen der Geselligkeit, durch Selbsthilfegruppen und Einrichtungen zur wechselseitigen Hilfeleistung, durch Nachbarschafts-Besuchsprogramme, durch Solidarität zwischen AltersgenossInnen, durch Telefonaktionen sowie Pflegedienste durch Familienangehörige verhindert werden. So wird der Kontakt zwischen Angehörigen verschiedener Generationen gefördert und Wohnmöglichkeiten werden geschaffen, die einen täglichen sozialen Kontakt und eine Interdependenz zwischen jungen und alten Menschen herstellen.
- Die Anerkennung des Wertes freiwilliger Tätigkeiten und der Ausbau der Möglichkeiten zur Teilnahme an sinnvollen karitativen Aktivitäten auch im Alter ist von Wichtigkeit, wobei auch jene Menschen nicht vergessen werden dürfen, die gerne mitarbeiten wollen, aber aufgrund von Einschränkungen finanzieller, gesundheitlicher oder verkehrstechnischer Art dazu nicht in der Lage sind.

WHO-Ziele die sich daraus für die gesundheitsförderliche Praxis ergeben

- soziale Isolation abbauen
- Soziale und ökonomische Unterschiede ausgleichen

6.5.2 Evidenz und Statistik

- Ehrenamtliche Tätigkeit (Volunteering) steigert das seelische Wohlbefinden sowohl der älteren Personen, die die Arbeit verrichten, als auch jener, die die Dienste entgegennehmen (Wheeler, Gorey, Greenblatt, 1998).
- Lerngruppen und Gruppen, die soziale Aktivitäten anbieten, können Einsamkeit und soziale Isolation bei älteren Menschen verhindern (Cattan, White, Bond, Learmonth, 2005).

FOLGLICH bedeutet das:

Maßnahmen und Initiativen umsetzen, die ältere Menschen ermuntern am sozialen Leben teilzunehmen. Eine Vielzahl an Projekten stellt dar, dass die Bildung von Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftsgruppen, sozialen Netzwerken, themenspezifischen Interessensgruppen den TeilnehmerInnen Unterstützung anbietet, den Austausch Gleichgesinnter fördert, die Eigenverantwortung steigert und der sozialen Isolation entgegenwirkt.

☞ Beispiel: Im Projekt *„Teilnahme der ländlichen Bevölkerung an der Verbesserung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens“* wurden die TeilnehmerInnen über Gesundheitsthemen informiert, Gesundheitsbewusstsein gesteigert und Angst vor Gesundheitsberatung gemildert. Die TeilnehmerInnen wurden zu einer Gruppe, die ihre Interessen formulierten und Eigenverantwortung für ihre gesundheitlichen Belange entwickelten.

Gruppen, die im Rahmen von Projekten mit Hilfe von professionellen MitarbeiterInnen entstehen, unterstützen. ProjektakteurInnen setzen sich oft zum Ziel die entwickelten Gruppen in die Selbstorganisation überzuführen, um die Selbstverantwortung der Gruppen zu gewährleisten. Die Unterstützung dieser Gruppen über das Projekt hinaus und/oder die Schulung und Weiterbildung von GruppenleiterInnen spielt dabei eine wichtige Rolle.

☞ Beispiel: Im Projekt *„Reife Äpfel“* wurden in den Eigenheimen von Frauen Gruppen gebildet, die zum Austausch und zur Unterstützung dienen. Es wurden GruppenleiterInnen ausgebildet die kontinuierlich von professionellen MitarbeiterInnen unterstützt wurden.

Insbesondere Projekte für die Zielgruppe der sozial Benachteiligten initiieren und durch niederschwellige Zugänge den Zutritt für diese zu erleichtern.

☞ Beispiel: Im Projekt *„Los geht's“* wurden Aktivitäten auf die Zielgruppe der älteren Menschen zugeschnitten und Spaziergänge als beste Option gewählt. Für die Spaziergänge sind kaum Investitionen notwendig und der physische und soziale Nutzen für die TeilnehmerInnen sehr hoch.

Ehrenamtliche Arbeit als Projektbestandteil konzeptionieren. Dies bietet die Chance Verbesserungen im Wohlbefinden für diejenigen die die Dienste entgegen nehmen und derjenigen, die die ehrenamtliche Tätigkeit ausführen.

☞ Beispiel: Im Projekt *„Das gut altern England Projekt“* wurden freiwillige SeniorInnen-GesundheitsberaterInnen ausgebildet, die eine wertvolle Ressource für ihre Umwelt wurden. Die ehrenamtliche Arbeit führte zur Verbesserung des eigenen Selbstwertes als „älterer Mensch“.

Lebenslanges Lernen als einen aktiven Bestandteil der Gesundheitsförderung für ältere Menschen etablieren.

☞ Beispiel: Im Projekt *„Leben zu den Jahren hinzufügen und aktiv bleiben: Gesundes Altern“* steht die Ermutigung zum Aufbau von Fähigkeiten und Selbstwert im Mittelpunkt der Intervention.

Regionale Vernetzung und die Arbeit an der gemeindebasierten Gesundheitsförderung fokussieren. Gesundheitsförderliche Strukturen in den Regionen zu etablieren stellt die Basis für die nachhaltige Entwicklung von Sozialkapital dar. Das Konzept der „Readiness“ der einzelnen Gemeinden und anderen sozialen Strukturen in den Regionen spielt dabei eine wichtige Rolle.

☞ Beispiel: Das Projekt *„Lebenswerte Lebenswelten“* setzte sich zum Ziel Sozialkapital und die Gesundheitskommunikation zu fördern und entwickelt für sich die Idee den Gemeinden „Geld und Beratung“ für die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen anzubieten.

Auf strategischer Ebene bedeutet dies Projekten über die Projektlaufzeit hinaus zu finanzieren oder längere Projektzeiträume einzuräumen um die nachhaltige Entwicklung von aufgebauten sozialen Einheiten zu gewährleisten.

6.5.3 Projekte und ihre Maßnahmen

Streben nach gesundem Leben (AHL)		Pdb Nr.85
Link	-	
Ort/Land	Niederlande, Rotterdam	
Organisation, Kontakt, Adresse	Universität für Humanistik und das städtische Public Health Care Service von Rotterdam (GGD) Maria van Bavel m.vanbavel@movisie.nl +31 30 7892043	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Zonmw (niederländische Organisation für Gesundheitsforschung und Entwicklung) • Universität für Humanistik • Transact (Niederländisches Expertisecenter für häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt und Fragen über Gender und Ethnizität) • Städtisches Public Health Care Service Rotterdam (GGD) 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Das Projekt richtete sich an sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen 55+, ältere Menschen aus ethnischen Minderheiten (MigrantInnen) sowie ältere Frauen und Männer niederländischer und marokkanischer Herkunft. Der Bezugsrahmen des Projekts berücksichtigte sowohl ethnische- als auch genderspezifische Aspekte.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Rotterdam	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das AHL-Projekt konnte als eine Art Aktionsforschung gesehen werden. In dieser Form von Forschung, Partizipation, Kooperation und Dialog mit den TeilnehmerInnen (Älteren), spielten Forscher und Entwickler der Intervention eine zentrale Rolle. Die partizipative Aktionsforschung zielte auf eine Stärkung der Kompetenzen für das eigene Leben ab (in diesem Fall: ihre eigene Gesundheit, ihr Wohlbefinden). Diese Art der Forschung wurde im Zuge eines dynamischen Prozesses durchgeführt und bestand aus einer Kombination aus Forschung (sozialwissenschaftlich, wie auch Selbstbeobachtung der TeilnehmerInnen), Interventionen und Lernen (von WissenschaftlerInnen und TeilnehmerInnen). Die Reaktionen der TeilnehmerInnen in der Intervention gaben den Entwicklern Inputs für die Verbesserung der Interventionsmethoden. • AHL zielte auf die Entwicklung, Ausführung und Evaluation des Programms für Gesundes Leben (Healthy Living) ab, mit den zugrundeliegenden Prinzipien Verschiedenheit, Empowerment und Weltgewandtheit (savoir-vivre). • Ziel der Interventionen war es Gespräche zwischen älteren Menschen über gesundes Leben zu schaffen. Durch diese Unterhaltungen über gesundes Leben (das nicht nur aus einer physischen und mentalen Gesundheit, sondern auch aus Normen und Werten des Lebens sowie der sozialen und kulturellen Umgebung in der man lebt, besteht) entwickeln und stärken Ältere ihre Kompetenz für ein gesundes Leben. 	
Maßnahmen/ Interventionen	Das AHL Projekt bestand aus 3 Phasen: <ul style="list-style-type: none"> • Während der ersten Phase wurde ein Bezugsrahmen entwickelt, der sowohl hinsichtlich Gender und Ethnizität sensibel war. • In der zweiten Phase wurde der Bezugsrahmen in ein Schriftstück für ein 	

	<p>HL Programm umgewandelt, auf dessen Basis experimentell eine Intervention von, mit und für NiederländerInnen durchgeführt wurde.</p> <ul style="list-style-type: none">• In der letzten Phase wurden die allgemeinen, gender- und ethnisch spezifischen Elemente des Programms, und auch der zusätzliche Nutzen des multidimensionalen und vielfältigen Ansatzes evaluiert.• Auf Basis der Interventionen im HL-Programm, wurde eine AHL-Box mit Material, Methoden und Handbuch entwickelt, um den ExpertInnen bei der Implementierung des HL Programms zu helfen.
Gesundheitsförderliche Themen	Soziales Kapital, Lebenslanges Lernen
Evaluation (Beschreibung)	<p>Das Schriftstück für das HL Programm (die AHL Box) wurde getestet und evaluiert in experimentellen Interventionen mit, für und durch niederländische/n und marokkanische/n Älteren mit einer niedrigen sozialen Stellung.</p> <p>Durch die Evaluation wollte man in Erfahrung bringen, ob das Material (Handbuch und Inhalt der Box), das Setting und die Beratung der Interventionen dabei helfen die Ziele der Interventionen zu erfüllen (die Kompetenzen für ein gesundes Leben durch Gespräche über gesundes Leben zu entwickeln und zu stärken). Die Evaluationsmethoden wurden für die Beobachtungen, die Interviews mit den EntwicklerInnen des Projekts, BeraterInnen der Interventionen und TeilnehmerInnen verwendet.</p>
Wirksamkeit	In Entwicklung.
Nachhaltigkeit und Innovation	

Tabelle 51 „Streben nach gesundem Leben (AHL)“

Los geht's		Pdb Nr.142
Link	http://www.cruzroja.es	
Ort/Land	Spanien, Cornellà (Barcelona)	
Organisation, Kontakt, Adresse	Spanisches Rotes Kreuz Elisabeth Palmer Juan Tel 00 34 93 474 14 12	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• Cornellà Council: Public Health und Abteilung für soziale Wohlfahrt• Primäre Gesundheitsversorgungszentren• viele Gesundheitszentren an unterschiedlichen Orten	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Es wurden keine Hürden für bestimmte Gruppen geschaffen, sodass alle älteren Menschen der Stadt am Projekt teilnehmen konnten, alle sozialen Gruppen betreffend	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Gemeinde, Cornellà (Barcelona)	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Das Projekt zielte darauf ab, die Autonomie jener TeilnehmerInnen zu erhalten und zu verbessern, die isoliert lebten. Ein gesunder Lebensstil wurde gefördert durch physische Aktivität, soziale Beziehungen und Empowerment für gesundheitliche Selbstversorgung.• Krankheiten werden verhindert• Isolierte Personen erfahren maßgeblich, wie sie ihr Wohlbefinden gewinnen.• Es zielte darauf ab, im Rahmen von unterhaltsamen Aktivitäten wesentliche soziale Verknüpfungen, Beziehungen, Netzwerke zu schaffen und Beteiligung auf Gemeinschaftsebene zu fördern.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• In der Planungsphase hatte man sich mit einigen ExpertInnen in Verbindung gesetzt, um den geeignetsten Weg zu finden Übungen mit sozialer Beziehung zu fördern.• Die Aktivitäten mussten direkt auf die Zielgruppe Ältere zugeschnitten sein, was dazu führte, dass Spaziergänge als beste Option ausgewählt wurden. Danach wurde das Projekt gestaltet, Wege gefunden die Beteiligung möglichst hoch zu halten und soziale Beziehungen, Wissen etc. zu schaffen.• Es wurden wöchentliche Gruppenspaziergänge und Freizeitaktivitäten in Gruppen in der Gemeinde durchgeführt	
Gesundheitsförderliche Themen	Soziales Kapital, Bewegung, mentale Gesundheit, Lebenslanges Lernen, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)	Zufriedenheit und Anwesenheit wurden evaluiert. Beteiligung und Zufriedenheit wurden gemessen. Außerdem füllten Freiwillige Fragebögen aus, die in einem Bericht darstellten, wie jede wöchentliche Aktivität gelaufen ist.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	Nachdem die Leute wöchentlich an den Spaziergängen teilnahmen, entstanden Netzwerke. Diese führten zu einer erheblichen Beteiligung und zu Freizeitaktivitäten in Gruppen. Die TeilnehmerInnen entwickelten die Fähigkeit die Verantwortung für das eigene Wohlbefinden, die Gesundheit, den Lebensstil und das soziale Leben zu übernehmen.	

	<p>Es war hilfreich, dass die Spaziergruppen nicht größer als 8-9 Leute waren, damit sich soziale Netze und Freundschaften bildeten. Durch die hohe Zufriedenheit der TeilnehmerInnen fanden die wöchentlichen Spaziergänge sogar zwei Mal die Woche statt. Außerdem wurden Nachbarn und weitere TeilnehmerInnen mobilisiert.</p>
Nachhaltigkeit und Innovation	<p>Die Nachhaltigkeit des Programms ist hoch, da kaum Investitionen getätigt wurden und der evaluierte Nutzen für die TeilnehmerInnen hoch war. Einige Ressourcen wurden für ein solches Projekt jedoch gebraucht.</p> <p>Der Alterungsprozess wurde als eine Kombination von vielen verschiedenen Prozessen verstanden. In Anbetracht, dass Gehen eine gute Möglichkeit zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit darstellt, hilft es zusätzlich, wenn Menschen wissen, dass auch die Umwelt, soziale Beziehungen und gesunde Gewohnheiten dazu beitragen. Spaziergänge können in jedem anderen Kontext umgesetzt werden.</p>

Tabelle 52 „Los geht's“

Teilnahme der ländlichen Bevölkerung an der Verbesserung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens		Pdb Nr.181
Link	www.thirdage-ireland.com	
Ort/Land	Irland und Wales	
Organisation, Kontakt, Adresse	Third Age Foundation info@thirdagefoundation.ie Tel: +353 (0) 469557766	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Partnerschaft wurde zwischen der Summerhill Active Retirement Group (Summerhill Gruppe für Aktiven Ruhestand, Irland) und dem Gwynedd Local Health Board (Lokale Gesundheitsbehörde Gwynedd, Wales) geschaffen – also, eine Partnerschaft zwischen Irland und Wales im Projekt. • Die Steigerung und Verbesserung der Beteiligung der Mitglieder allgemein bei der Erbringung von Gesundheitsvorsorge, Verstärkung ihrer Inputs zu Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung – jeder Partner entwickelte sehr unterschiedliche Ansätze, um die Themen in Angriff zu nehmen. 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Frauen und Männer sowie Frauen aus ländlichen Regionen, Ersteltern, Menschen mit Behinderung und gälisch Sprechende.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Ländliche Gemeinden	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Die Zielgruppen mit den angedachten Gesundheitsthemen ansprechen • Gesundheit fördern und den Lebensstil durch Zugang zu Informationen verbessern • Bewusstsein über bestimmte Krankheiten und Konditionen steigern und Informationen anbieten, wie diese verhindert werden können • Die Bedeutung von Screening erkennen und fördern, zu ermutigen regelmäßige Check-ups durchzuführen und positive Lebensstilentscheidungen zu treffen (körperliche Aktivität, Stressmanagement) • Angst vor Gesundheitsberatungen nehmen • Möglichkeiten für TeilnehmerInnen anbieten, Rückfragen zu Gesundheitsthemen durch ExpertInnen beantworten 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Zu Beginn wurden bestimmte Initiativen wie Beratungen erbracht und geklärt, welche Themen abgedeckt werden sollten • Verbesserung der Initiativen von Gwynedd, die der ländlichen Bevölkerung mehr Einfluss in der Entwicklung ihrer Gesundheitsversorgungsleistungen geben • Summerhill Active Retirement fokussierte auf die Erbringung jener Leistungen und Initiativen, die auf die Bedürfnisse der speziellen Zielgruppe zugeschnitten waren – Dies wurde erreicht durch 5 innovative Gesundheitsinitiativen, die auf Entscheidungen für den gesunden Lebensstil abzielten • Dissemination in Zusammenarbeit mit lokalen AllgemeinmedizinerInnen und relevanten GesundheitsberaterInnen, relevante und faktenbasierte Infos und Unterstützung, innere Ruhe und positive Einstellung anbieten 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung effektiver Förderungsmodelle, die die tatsächlichen Bedürfnissen der Zielgruppe ansprechen
Gesundheitsförderliche Themen	Soziales Kapital, Krankheitsprävention
Evaluation (Beschreibung)	Alle TeilnehmerInnen waren von der Erfahrung begeistert. Die Gesundheitsinitiativen wurden 2004 evaluiert (von Mr. Denis McAteer and Dr. Bryan Roberts) und die Ergebnisse wurden verteilt an zahlreiche Organisationen, Agenturen und Abteilungen die im Bereich tätig sind.
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	<p>Erfahrungen aus den Projekten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transport anzubieten war entscheidend speziell für die Beförderung von älteren Damen und Personen mit Behinderung • Kurse wurden am besten lokal im Kreise der Vertraulichkeit und mit gutem Zugang erbracht • Vorherige Beratung ist essentiell • Pro-aktiver Kontakt mit Vertrauensgruppen ist wichtig • Unterstützende Umgebung ist grundlegend • Persönliche Einladungen sind bedenklich, da jene Randgruppen nicht angesprochen werden, die es am meisten bräuchten – so viel Bewerbung wie möglich ist wichtig! • Informationen sollten spezifisch und für die Zielgruppe angemessen gestaltet werden und lokal zugänglich sein • Spaß ist der wichtigste Aspekt beim Lernen • Die Kurse kurz und machbar zu gestalten • Eine freundliche und informelle Teepause machen, um den Kontakt zwischen den TeilnehmerInnen und den BetreuerInnen zu fördern • Eine Schlüsselperson wie z.B. einen Kursorganisator, der alle TeilnehmerInnen kennt und bei allen Sitzungen dabei ist, um die TeilnehmerInnen zu unterstützen • Gut informierte BetreuerInnen • Es sollte nicht Ziel sein zu viel in den Sitzungen oder Kursen erreichen zu wollen • Den Leuten angemessene Handouts und Ressourcen zum Mitnehmen zu Verfügung stellen; diese einfach gestalten • Die Lernumgebung warm und begrüßend gestalten • Den Leuten zuhören <p>Auswirkung für die Zielgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die TeilnehmerInnen wurden zu einer Gruppe, drückten ihr Interesse aus, bei allen Gesundheitsinitiativen dabei zu sein, die die Organisation durchführte • Gesundheit von einem ganzheitlichen Standpunkt wahrnehmen und nicht nur Informationen unter spezifischen Zuständen oder Krankheiten anbieten, sondern vielmehr die positiven Schritte betrachten, die zu einer Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens führen können
Nachhaltigkeit und Innovation	Gleichberechtigung zu Möglichkeiten für alle schaffen, Barrieren brechen und die Entwicklung einer vollständig inkludierenden Gesellschaft fördern. Programme speziell für die Zielgruppe schaffen, mit einem maximalen Einsatzlevel der TeilnehmerInnen hinsichtlich Aufbau, Angebot und Implementierung des Modells.

Tabelle 53 „Teilnahme der ländlichen Bevölkerung an der Verbesserung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens“

Das gut altern England Projekt		Pdb Nr.184
Link	www.ageconcern.org.uk/stayingactive	
Ort/Land	England, London	
Organisation, Kontakt, Adresse	Age Concern aau@ace.org.uk	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	lokale Gesundheitsanbieter	
Zielgruppe		
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt London	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderungsinitiativen, die ältere Menschen befähigen Kraft aus ihrer eigenen Gesundheit zu schöpfen und ihren gesunden Lebensstil auch auf andere auszuweiten • Projekte zielten auf lokale Programme zur Gesundheitsverbesserung und auf nationale Ziele für die Verbesserung des Gesundheitswesens durch kommunale Interventionen ab 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl, Training und Entwicklung von freiwilligen Senioren-GesundheitsberaterInnen, die eine wertvolle Ressource für ihre Familie, Freunde und Gemeinschaften sowie untereinander werden. • Beratung für Ernährung(-weisen), Bewegung, Unfallprävention, Blutdruck und Gewichtsüberprüfung bieten und Leistungen im Rahmen der positiven und ganzheitlichen Gesundheit im weitesten Sinne anbieten. • Broschüren, Entwicklungspakete, Newsletter, Informationen im Internet 	
Gesundheitsförderliche Themen	Soziales Kapital, Bewegung, Ernährung, Lebenslanges Lernen, Fall-/Unfallvermeidung	
Evaluation (Beschreibung)		
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	<p>In den letzten zehn Jahren seit der Gründung wuchs das Programm von 9 auf 120 Projekte an, durch die Beteiligung unterschiedlicher Gruppen älterer Menschen.</p> <p>Es gab beträchtliche Evidenz, die den Nutzen von ehrenamtlich tätigen älteren Menschen dokumentierte. Einerseits durch die gesellschaftliche Einbindung und die Wiedererkennung der Werte älterer Menschen und andererseits durch die Einbindung ihrer Gemeinschaften in lebenslange Lernprozesse. Die zunehmende Betonung auf die Lebensqualität älterer Menschen in England bedeutet verstärkt deren mentale und emotionale Gesundheit wie auch den Zugang zu Aktivitäten und Einrichtungen zu unterstützen.</p>	
Nachhaltigkeit und Innovation		

Tabelle 54 „Das gut altern England Projekt“

Psychosoziale Gruppenrehabilitation für ältere, einsame Menschen Pdb Nr.185	
Link	-
Ort/Land	Finnland
Organisation, Kontakt, Adresse	Zentrale Vereinigung für Wohlfahrt älterer Menschen in Finnland
Stakeholder	
Zielgruppe	Zielgruppe sind ältere Menschen 75+, die vereinsamt sind.
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Tageskliniken, Tagesbetreuungscentren, Rehabilitationskliniken, Altersheime
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Aktivierung • Empowerment
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung von ExpertInnen auf unterschiedlichen Ebenen der Altenbetreuung (Rehabilitationskliniken, Altersheime), die als GruppenleiterInnen für Gruppen älterer Menschen arbeiteten und zusätzlich ein Netzwerk für Ausgebildete (GruppenleiterInnen) zu schaffen. • Entwicklung eines Modells, um neue Gruppen zu erreichen (z.B. DemenzpatientInnen). • Bildung eines Netzwerkes für ExpertInnen zur Implementierung des Gruppenrehabilitationsmodells. • Trainingshandbuch, Beschreibung der Rehabilitation
Gesundheitsförderliche Themen	Soziales Kapital
Evaluation (Beschreibung)	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumentenzufriedenheit)	<ul style="list-style-type: none"> • Das psychologische Wohlbefinden, die subjektive Gesundheit und die Wahrnehmung wurden verbessert • Die Lebensqualität wurde verbessert, Ängste und Depressionen vermindert • Die Nutzung von Gesundheitsbetreuungsleistungen und Gesundheitskosten wurde insgesamt signifikant vermindert • Die Hälfte der älteren TeilnehmerInnen der Gruppen trafen sich nach Beendigung des Projekts weiterhin in der Gruppe • 75% haben neue Freunde gefunden
Nachhaltigkeit und Innovation	Beitrag zur Strategie: Arbeiten an einem Transfer des Modells in den kommunalen Sektor.

Tabelle 55 „Psychosoziale Gruppenrehabilitation für ältere, einsame Menschen“

Keine Angst vor einem gesunden Älterwerden		Pdb Nr.45
Link		
Ort/Land	Tschechische Republik, Region Vysocina	
Organisation, Kontakt, Adresse	Regionales Institut für Public Health Jihlava Dagmar Benešová, M.D. dagmar.benesova@zujih.cz 00422-567574730	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik • Regionales Institut für Public Health, Lokale Außenstellen des Instituts für Public Health in Trebic und Havlickuv Brod • Gemeindezentrum für soziale Dienstleistungen 	
Zielgruppe	Zielgruppe waren Männer und Frauen 60+.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt, Jihlava, Trebíc, Havlíckùv Brod	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das Hauptziel im Projekt war es ältere EinwohnerInnen der Region Vysoèina zu unterstützen gesund zu leben und die Anzahl an aktiven und autonomen Älteren zu erhöhen. • Das Hauptaugenmerk wurde auf verbessertes Wissen betreffend körperliche Aktivität und Ernährung sowie auf verstärkte Motivation für die Prävention von ansteckenden Krankheiten gelegt. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung für Ältere zum Thema Ernährungsgewohnheiten • Aktivierung und Verbesserung der altersadäquaten körperlichen Aktivität • Basis-anthropometrische und Laboruntersuchungen • Rat bieten über Familienmanagement und persönliche Gesundheitsrisiken • Dissemination von Lehrmaterial und Publikationen • Förderung der Motivation für Ältere ihren Lebensstil und folglich ihre Lebensqualität zu verbessern • Individuelle Führung sowie Gruppenführung und Beratung • Bildungsaktivitäten in Gruppen mit dem Ziel einer positiven Beeinflussung von Ernährung und Ernährungsgewohnheiten • Praktische Stunden zur Verbesserung der körperlichen Aktivität, Ausbildung von Stressmanagementtechniken und Umgang mit Stress sowie Entspannungstechniken • Gesundheitsbildende Publikationen "10 Prinzipien (Dekalog) von gesundem und intelligentem Altern" mit freien Beispielen von gesundem Essen 	
Gesundheitsförderliche Themen	Ernährung, Bewegung, mentale Gesundheit, Lebenslanges Lernen	
Evaluation (Beschreibung)	Bei der Evaluation wurden die Anzahl der TeilnehmerInnen im Projekt sowie die Anzahl der im Projekt involvierten Settings eruiert. Weiters wurden die anthropometrischen und biochemischen Ergebnisse vor und nach der Ausbildung evaluiert.	
Wirksamkeit	Die TeilnehmerInnen waren sehr zufrieden mit dem Projekt und wollten die Interventionen fortsetzen.	

Tabelle 56 „Keine Angst vor einem gesunden Älterwerden“

+ Plus Leben		Pdb Nr.133
Link	http://www.gentgran.org/esports/act fisica.htm	
Ort/Land	Spanien, Katalonien	
Organisation, Kontakt, Adresse	<ul style="list-style-type: none">• FATEC – Verband der Organisationen älterer Menschen• Amt für Sport	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• FATEC• Gesundheitsabteilung und Wohlfahrt aus Casales del Barrio• Amt für Sport• Katalonische Stiftung für Sport	
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Das Projekt bezog unterschiedliche ältere Menschen 60+ mit ein, da es durch einen Verband von Organisationen älterer Menschen gefördert und gesteuert wurde. Im Projekt gab es keine großen Unterschiede im Ansatz für unterschiedliche Menschen.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Barcelona, Katalonien – es wurden Orte ausgewählt, die für alle zugänglich sind	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Der theoretische Grundgedanke beruht auf einer Kombination aus körperlichen Übungen mit Lehren über umfassende Gesundheitsthemen unter Einbeziehung des Alterungsprozesses und wurde zum objektiven Nutzen für Involvierte bzw. hatte zentrale Bedeutung für das Wohlbefinden älterer Menschen.• Das Projekt sieht Gesundheit und gesundes Altern als eine Kombination aus unterschiedlichen Faktoren, die im Laufe des Projekts betrachtet wurden. Der „multiagency Ansatz“ implizierte, dass verschiedene theoretische Ansätze im Projekt vereint werden.• Der „multiagency Ansatz“ entsprach der Vielseitigkeit des Projekts und verband die Förderung von Übungen für Gesundheitsverbesserungen (physisch, psychologisch und sozial) und auch das Verständnis für Gesundheitsthemen und den Alterungsprozess selbst mit dem Ziel ältere Menschen zu befähigen die Kontrolle über ihren eigenen Gesundheitszustand zu übernehmen	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Älteren Menschen Wissen über die Beziehung zwischen Alterungsprozess und physischer Aktivität bereitstellen• Wissen über den Körper und die geistigen Funktionen bieten inkl. expertInnengeleitete, physische Aktivitäten• Ältere Menschen für Probleme vorbereiten, die im späteren Leben auftreten können• Seminare, die auf unterschiedliche Themen fokussieren (fit bleiben, Ernährung, geistige Entwicklung,...)	
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, Ernährung, mentale Gesundheit, Lebenslanges Lernen, Fall-/ Unfallvermeidung, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)	<p>Daten über die Hilfestellung, das Interesse älterer Menschen, die Zufriedenheit mit dem Projekt, die Bedürfnisse der Gemeinschaft etc. wurden monatlich zusammengetragen.</p> <p>Die Evaluation wurde aus zwei Perspektiven durchgeführt: objektive Verbesserungen und individuelle Zufriedenheit. Erstere misst die Unterstützung und Beteiligung sowie die Gesundheitsdaten, die durch</p>	

	<p>medizinische Untersuchungen eruiert wurden. Außerdem wurde die Konsumentenzufriedenheit für darauffolgende Verbesserungen für Aktivitäten der nächsten Jahre mit einbezogen.</p>
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten- zufriedenheit)	<p>Signifikante Verbesserungen bei den Fähigkeiten der TeilnehmerInnen die eigene Gesundheit zu managen, sowie große gesundheitliche Verbesserungen der TeilnehmerInnen und hoher Zustimmungs- und Zufriedenheitsgrad. Das Programm war sehr effizient bei der Verbesserung des Wohlbefindens der TeilnehmerInnen.</p> <p>Jedes Jahr half die Evaluation der Konsumentenzufriedenheit das Programm zu verbessern und weiter zu entwickeln. Studien zeigten einen hohen Grad an Konsumentenzufriedenheit, wie auch die jährlich steigende Anzahl an TeilnehmerInnen bestätigte.</p> <p>Das Programm wies ein effektives Kosten-Nutzen-Verhältnis auf. Das bedeutet, dass mit geringen Materialinvestitionen ein signifikanter Nutzen für die TeilnehmerInnen erreicht werden konnte. Mit geringen Kosten traten Verbesserungen bei den TeilnehmerInnen ein und es zeigte sich ein besseres Verständnis für gesundheitliche Themen, das einen Fortschritt im Empowerment bringt.</p>
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Die Evaluation zeigte auf, wie ein solches Programm ein effektives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen kann. Daher war das Programm sehr nachhaltig und kann an jedem Ort angewendet werden. Außerdem begründete sich der Nutzen darin, dass es starke Unterstützung von öffentlichen Behörden gibt. Geringe Infrastruktur wird für die Implementierung gebraucht, um das Projekt einfach zu übertragen.</p> <p>Auch erlaubte der theoretische Ansatz, dass das Projekt an unterschiedlichen Plätzen und unter verschiedenen Rahmenbedingungen vervielfältigt werden kann – es war nicht nötig kulturelle, ethnische oder geographische Ansätze in Betracht zu ziehen.</p>

Tabelle 57 „+ Plus Leben“

Leben zu den Jahren hinzufügen und aktiv bleiben: Gesundes Altern	
	Pdb Nr.187
Link	www.fundacionpem.org
Ort/Land	Implementiert an 4 unterschiedlichen Orten von Cantabria (Spanien): Torrelavega, Suances, Renedo de Piagos and Los Corrales de Buelna
Organisation, Kontakt, Adresse	Europäischer Arbeitgeberverband älterer Menschen (Fundacio Patronato Europeo del Mayor) UNATE: Universität für Menschen im Dritten Lebensabschnitt (Universidad Nacional Aulas de la Tercera Edad-UNATE)
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt wurde von Caja Madrid subventioniert und band nicht nur Fundacio und UNATE mit ein, sondern stand auch in Kooperation mit den öffentlichen SozialdienstleisterInnen für ältere Menschen in zwei der Städte: Torrelavega und Suances. • Das Projekt wurde von 2 Zweigen der UNATE implementiert, genutzt wurden Ressourcen der UNATE wie z.B. Klassenräume, Video, TV
Zielgruppe Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Menschen 50+.
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundes Altern bei Menschen 50+ fördern • Mit Altern verbundene Krankheiten verhindern • Älteren Menschen eine anwendbare Strategie mitgeben und ihre Fähigkeiten entwickeln (physisch, mental, sozial) • Lebenserwartung verbessern • Gesundheitszustand, Leben und Autonomie verbessern • Erwartungen auf ein gesundes und erfreuliches Altern erhöhen
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurden 4 Workshops durchgeführt, die in Zusammenhang mit Aktivitäten standen, die Menschen mental und physisch gesund machen, diese aktiv halten und ihnen ein positives Bild von sich selbst geben. Die TeilnehmerInnen konnten an einer oder mehrerer dieser Aktivitäten teilnehmen. Diese Workshops waren über: gesunde Gewohnheiten, Gedächtnistraining, Psychomotorik und Entspannung. • Die Workshops wurden in einer oder halben Sitzung(en) einmal die Woche organisiert.
Gesundheitsförderliche Themen	Bewegung, mentale Gesundheit, Krankheitsprävention, (Vor-) Ruhestand
Evaluation (Beschreibung)	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	Die Ziele wurden erreicht. Folgende Lerneffekte wurden erzielt: <ul style="list-style-type: none"> • Ältere Menschen müssen ermutigt werden an den Aktivitäten teil zu nehmen, die es ihnen ermöglichen Kapazitäten aufzubauen, Fähigkeiten zu entwickeln und einfache Strategien zu lernen, die im Alltag angewendet werden können • Gesundheitsbehörden sollten spezifische Richtlinien entwickeln, die gesundes Altern fördern und sowohl private als auch öffentliche Institutionen müssen die Initiativen unterstützen, die von den Älteren und den Organisationen erwünscht sind

	<ul style="list-style-type: none">• Die Aktivitäten erfüllten die Erwartungen der TeilnehmerInnen und sie empfanden diese als sehr praktisch, um die Gesundheit zu verbessern <p>Auswirkungen auf die Zielgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die ältere Menschen spielen eine sehr wichtige Rolle im eigenen Alterungsprozess• Sie müssen aktiv sein, haben oftmals jedoch nicht die Ressourcen dafür• Sie vertrauten auf den Arzt und das Gesundheitssystem ohne zu wissen, dass sie selbst eine aktive Rolle in ihrem Wohlbefinden spielen können und müssen• Nach dieser Erfahrung wussten die Menschen was sie tun können, um sich besser zu fühlen und ihre gute physische und mentale Gesundheit zu erhalten• Sie lernten über gesundes Essen, spezifische physische Übungen für Ältere, die Risiken der Selbstmedikation, Strategien das Gedächtnis fit zu halten und wie man mit Stress umgehen kann <p>Mitwirkung des Projekts an regionalen, nationalen Strategien</p> <ul style="list-style-type: none">• In den letzten paar Jahren machten die (regionalen und nationalen) Gesundheitsbehörden und auch die sozialen DienstleisterInnen große Fortschritte bei der Unterstützung solcher Initiativen, die speziell für Ältere organisiert wurden.• Private Institutionen, die Aktivitäten der NGOs unterstützten, hatten einen speziellen Budgetplan zur Unterstützung von Projekten und Programmen bzgl. Gesundes Altern
Nachhaltigkeit	

Tabelle 58 „Leben zu den Jahren hinzufügen und aktiv bleiben: Gesundes Altern“

PASEO – Aufbau strategischer Kapazitäten für Gesundheitsförderung durch physische Aktivität bei sitzenden älteren Menschen Pdb Nr. 196	
Link	http://www.paseonet.org/
Ort/Land	Österreich, Europäische Union
Organisation, Kontakt, Adresse	Zentrum für Sportwissenschaft und Universitätsport Uni Wien; Univ.-Prof. Dr. Kolb Michael Tel: 01 4277 – 48810 michael.kolb@univie.ac.at
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	Magistrat der Stadt Wien, Europäische Kommission, Agentur für Gesundheit und Konsumenten (EAHC)
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Die primäre Zielgruppe des Projekts bildeten ältere Menschen in ihrem häuslichen Umfeld. Sekundäre Zielgruppe waren die Organisationen, die Bewegungsförderung für ältere Menschen anboten.
Setting/Lebenswelt und Zugänglichkeit	Institutionen, die Bewegungsförderungsangebote für ältere Menschen anboten
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Mit diesem EU-Projekt wurden politische Unterstützungsmöglichkeiten für die Förderung von Bewegungsaktivitäten für ältere Menschen auf nationaler Ebene identifiziert. • Ziel dieses Projekts war es Bewegungsförderung für ältere Menschen durch die Schaffung einer bewegungsfördernden Infrastruktur zu erreichen. In den Institutionen, die Bewegungsförderungsangebote für ältere Menschen offerierten, sollte deshalb ein capacity building-Prozess unterstützt werden, also eine Entwicklung von Organisationsstrukturen bzw. Organisationswissen zur erfolgreichen Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.
Maßnahmen/ Interventionen	Durch Einbindung in ein internationales Netzwerk konnte ein umfangreicher Erfahrungsaustausch mit models of good practice erfolgen. Auf nationaler Ebene wurde durch Interviews und Meetings ebenfalls eine Vernetzung angestrebt. Aufgabe der so entwickelten Netzwerke war es, durch Abstimmung gemeinsamer Maßnahmen eine stärkere Durchsetzungskraft für gesundheitsförderliche Programme für ältere Menschen mit Bewegungsmangel zu entfalten.
Gesundheitsförderliche Themen	soziales Kapital, Bewegung, mentale Gesundheit
Evaluation (Beschreibung)	Mit dem Projekt wurde an die im Projekt EUNAAPA erzielten Ergebnisse angeschlossen, in dem sich zeigte, dass viele nationale AkteurInnen ihre Programme ohne Abstimmung und Koordination durchführten, obwohl sie durch eine Zusammenarbeit gegenseitig profitieren könnten.
Wirksamkeit	
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Die Mechanismen zur Stärkung der Kapazitäten wurden nach Abschluss des Projekts fortgesetzt.

Tabelle 59 „PASEO – Aufbau strategischer Kapazitäten für Gesundheitsförderung“

Favoritner mit Herz		Pdb Nr. 193
Link	http://www.men-center.at	
Ort/Land	Österreich, Wien (Bezirk Favoriten)	
Organisation, Kontakt, Adresse	<p>MEN Männergesundheitszentrum Im Kaiser Franz Josef-Spital</p> <p>Mag. Bissuti Romeo Tel: 01 601 91 – 5455 romeo.bissuti@wienkav.at</p>	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Volkshochschule Favoriten • Institut für Psychologie • Institut für Soziologie • mehrere Kulturvereine • Europäisches Männergesundheitsforum EMHF • „Ein Herz für Wien“ 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe sind Männer des Wiener Gemeindebezirks Favoriten zwischen 50 und 70 Jahren. Es wurden insbesondere sozial benachteiligte Personen (wie z.B. Migranten) erreicht.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Gemeindebezirk Favoriten	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt war ein umfassendes, ganzheitliches Programm zur Gesundheitsförderung und Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen durch Lebensstiländerungen. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projektvorhaben bestand aus zwei Interventionsmodulen, die jeweils in drei Sprachen (deutsch, bosnisch-kroatisch-serbisch, türkisch) angeboten wurden. Zur Zielerreichung wurde bei den speziell auf die Zielgruppe zugeschnittenen Interventionen auf die Niederschwelligkeit (muttersprachliche Angebote) wie auch auf wichtige SchlüsselkommunikatorInnen in Sachen Gesundheit (ÄrztInnen, PartnerInnen) geachtet. • In Form von Informationsvorträgen wurde die Zielgruppe für den Zusammenhang zwischen Lebensstilfaktoren und Herz-Kreislauftrisiken sensibilisiert und informiert. Die Vorträge fanden sowohl an bekannten Vortragsorten (VHS, MEN, etc.) statt. Ebenso wurden neue Orte im Sinne einer aufsuchenden Arbeit erschlossen (Kulturvereine, Moscheen, etc.). • Stark und Fit-Kurse: Ein multiprofessionelles Team bot ein bedürfnisorientiertes männerspezifisches Kursprogramm an. Es wurden Informationen und Tipps zu Ernährung, Alkohol, Rauchen, Bewegung und weiteren Lebensstilthemen wie Stress oder „Pensions-Schock“, unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Faktoren wie der männlichen Rolle, vermittelt. Begleitende Gesundheitscoachings sowie eine dreimonatige Nachphase mit Treffen und optionalen weiteren Gesprächen waren vorgesehen. Ergänzend wurden auch regelmäßige Bewegungsangebote für die TeilnehmerInnen (auch der PartnerInnen) geplant. 	
Gesundheitsförderliche Themen	Soziales Kapital, Lebenslanges Lernen, Bewegung, Ernährung, Suchtprävention, mentale Gesundheit, (Vor-) Ruhestand	



Evaluation (Beschreibung)	Durch den am Ende des Projektes vorliegenden Endbericht wurde angestrebt, aus den gewonnenen Erfahrungen Best-Practice-Modelle abzuleiten. Eine Abschlussveranstaltung diente zu einer medialen Verbreitung des Berichtes und förderte die Vernetzung mit anderen österreichischen Männerberatungsstellen zur Multiplikation der Projekterkenntnisse.
Wirksamkeit	
Nachhaltigkeit	

Tabelle 60 „Favoritner mit Herz“

Reifer Lebensgenuss – ein Projekt für und mit Menschen 50+		Pdb Nr. 205
Link	http://www.reifer-lebensgenuss.at/	
Ort/Land	Österreich, Steiermark	
Organisation, Kontakt, Adresse	FH Joanneum Mag.(FH) Maria Auer Tel: 0316/5453 6726 maria.auer@fh-joanneum.at	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)• Land Steiermark• Gesundheits- und Tourismusressort• Tourismusverband Region Bad Gleichenberg• Steirisches Thermenland• (zur Verfügungsstellung von Räumlichkeiten) der Gemeinden	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe für das Projekt sind Einheimische und Gäste 50+, Verantwortliche aus dem politischen und planerischen Bereich sowie VertreterInnen aus dem Anbieterbereich (Gastronomie- und Beherbergungsbetriebe, Thermengesellschaft etc.).	
Setting/Lebenswelt und Zugänglichkeit	fünf Gemeinden des Tourismusverbandes Region Bad Gleichenberg	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Ziel des Projekts ist eine erhöhte Lebensqualität der einheimischen Bevölkerung und der Gäste 50+, eine Erhöhung der Gesundheitschancen, aber auch die Schaffung von gesundheitsförderlichen Strukturen in den Gemeinden und bei den Anbietern im Tourismusbereich.• Dadurch soll nicht nur die Etablierung einer authentischen Region für ältere Einheimische, sondern auch für Gäste 50+ gelingen, die nachhaltige gesundheitsförderliche und altersgerechte Strukturen und Angebote vorweisen kann.• Das Projekt unterstützt die Entwicklung und Gestaltung einer lebenswerten, gesundheitsförderlichen Region für Menschen 50+ in den fünf Gemeinden des Tourismusverbandes Region Bad Gleichenberg.• Gemeinsam mit Schlüsselpersonen, politisch Verantwortlichen in den Gemeinden, mit Anbietern aus dem Tourismus- und Gesundheitsbereich und mit VertreterInnen der Zielgruppe arbeitet ein Team der FH Joanneum am Aufbau einer altersgerechten Lebenswelt für Einheimische und Gäste.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Auf- und Ausbau von Netzwerken im regionalen Setting zur Förderung einer altersgerechten Lebenswelt für Menschen 50+• Umsetzung von gesundheitsförderlichen, altersgerechten Aktivitäten für und mit Menschen 50+• Steigerung von Wissen und Bewusstsein bei den touristischen Anbietern über Möglichkeiten altersgerechte Angebote in den touristischen Betrieben der Region umzusetzen• Transferierung der Erfahrungen aus dem Projekt in eine Großregion mit 75 Gemeinden (Vulkanland)• Die Professionen Public Health, Tourismusentwicklung und Regionalentwicklung profitieren und lernen voneinander	

Gesundheitsförderliche Themen	Soziales Kapital, Lebenslanges Lernen
Evaluation (Beschreibung)	
Wirksamkeit	
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	<p>Durch Qualifizierung von Zielgruppen, Vernetzungen, Strukturentwicklungen sowie durch Angebote und Maßnahmen werden gesundheitsförderliche Ressourcen aufgebaut. Besonders wichtig ist die Bildung eines nachhaltigen regionalen Netzwerkes „50+ vernetzt sich“.</p> <p>Das Projekt ist in einem Stufenplan angelegt. Nach drei intensiven Projektjahren in den fünf Gemeinden wird zur besseren Verankerung und Nachhaltigkeit ein weiteres Jahr lang eine reduzierte Form der Begleitung angeboten. Parallel dazu erfolgt die Transferierung in eine größere Struktur mit dem Ziel, in Kooperation mit der Vereinigung „Vulkanland“ eine „Gesunde Region für und mit Menschen 50+“ über 75 Gemeinden zu entwickeln.</p>

Tabelle 61 „Reifer Lebensgenuss – ein Projekt für und mit Menschen 50+“

sALTo – Gut und selbstbestimmt älter werden im Stadtteil		Pdb Nr. 206
Link	www.saltowien.at	
Ort/Land	Österreich, Wien	
Organisation, Kontakt, Adresse	PlanSinn GmbH – Büro für Planung & Kommunikation DI Johannes Posch johannes.posch@plansinn.at Tel: 01 585 33 90 – 11	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• Stadt Wien, MA 18 Stadtentwicklung und Stadtplanung• Bezirksvorstehung für den 10. Bezirk,• Bezirksvorstehung für den 22. Bezirk,• Leitstelle Alltags- und Frauengerechtes Planen und Bauen,• MA 17, MA 18, MA 19, MA 24, MA 25,• Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV),• Fonds Soziales Wien (FSW),• PlanSinn GmbH – Büro für Planung & Kommunikation• die partner.at – Sozial- und Gesundheitsmanagement GmbH	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Der Schwerpunkt in der Zielgruppe liegt auf den noch relativ mobilen älteren Menschen insbesondere auch MigrantInnen der Bezirke.	
Setting/Lebenswelt und Zugänglichkeit	Triesterviertel im 10. Wr. Bezirk und im Quadenviertel im 22. Wr. Bezirk	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Ziel war, dass BewohnerInnen der Grätzl in Zukunft mehr Möglichkeiten finden, für ihre Gesundheit und ihr Altern relevante Faktoren positiv zu beeinflussen. Diese sollten befähigt werden, ihre eigene Gesundheit zu verbessern, zu erhalten oder wiederzuerlangen.• Durch die Maßnahmen sollte auch eine positive Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern und ein neuer Blick auf das alternde Ich angeregt werden. Diese Maßnahmen sollten „indirekt“ die Gesundheit positiv beeinflussen und eine aktive Gestaltung des Alternsprozesses ermöglichen.• Die Maßnahmen, die im Projekt entstehen, können in den Bereichen Alterns-Empowerment, Gesundheitsförderung und Förderung der Alternsfähigkeit angesiedelt sein. Themen wie zum Beispiel Übergewicht, Diabetes, Schutz vor Erkrankungen des aktiven und passiven Bewegungsapparates, Depressionen, und so weiter, werden präventiv aufbereitet und für die Zielgruppe aktivierend gestaltet.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Resonanzgruppen: als lokales Gremium und fachliches Netzwerk• Postkartenserie: Die Inhalte der Karten deckten die Bereiche der Vitalbilanz ab (Bewegung, Ernährung, Regeneration von Energien und mentale Fitness).• Vitalbilder: Angebote der Stadtteile werden in räumlich übersichtlicher Form visuell auf einer vereinfachten Kartengrundlage dargestellt.• Generationenbänke: generationenfreundlicheren Möblierung des Quadenviertels an strategisch günstigen Stellen• generationenübergreifendes Sportfest im Quadenviertel: intergeneratives Fest veranstalten und dabei möglichst viele Vitalitätsaspekte in das Programm integrieren• intergenerative Pflanzaktion: ungenutzte Abstandsgrünflächen,	

	<p>Innenhofflächen oder gebäudezugeordnete Flächen für eine intergenerative und interkulturelle gärtnerische Nutzung verfügbar machen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institutionen-Coachings: ExpertInnen- und Kooperationsgespräche mit Ausbildungs- und Beratungseinrichtungen etc. für Anregungen, die ihre Kernaktivitäten bereichern können. • Thema Pflegen und gepflegt werden: Weiterbildung mit zwei Vorträgen bei der Veranstaltungsreihe des Beratungszentrum Betreuung und Pflege zu Hause (BzP) und Arbeitskreis zum Thema „Gut und selbstbestimmt älter werden im Stadtteil“ • Bewegung und Mobilität – Ergotherapeutische Begehung: ExpertInnen analysieren Tätigkeiten, die PatientInnen (beeinträchtigt z.B. durch Krankheit, Unfall oder Entwicklungsverzögerungen) im Alltag durchführen, stimmen deren Ausführung auf die körperlichen Möglichkeiten ab und trainieren Handlungsabläufe. • Fachliche Netzwerke: Auf Ebene der städtischen Verwaltung und der lokalen Politik kam dem Arbeitskreis „Stadtplanung intergenerativ Grätzl (AK SI : G)“ als fachlichem Netzwerk beratende und begleitende Rolle zu. Auf der Projektebene gab es einen fachlichen Beirat zusammen. Auf der lokalen Ebene, also in beiden Stadtteilen, wurden Resonanzgruppen aufgebaut • Telefonkette: Telefonketten tragen dazu bei, Kontakt zu Menschen im Stadtteil zu bekommen bzw. aufrecht zu erhalten, wenn die Mobilitätsmöglichkeiten eingeschränkt sind. • Maßnahmenpool: Eine Reihe von zusätzlichen Maßnahmen-vorschlägen wurde erarbeitet und in Bezug auf ihre Wirkungen qualifiziert.
Gesundheitsförderliche Themen	soziales Kapital, Ernährung, Bewegung, mentale Gesundheit, lebenslanges Lernen, Krankheitsprävention
Evaluation (Beschreibung)	
Wirksamkeit	
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Das Wiener Pilotprojekt „sALTo“ wurde im Herbst 2007 im Rahmen des European Public Sector Award der Deutschen Bertelsmann Stiftung in der Kategorie „Den demografischen Wandel steuern“ ausgezeichnet. Als interdisziplinäres Projekt verschränkt „sALTo“ die Arbeitsfelder Stadtplanung und Gesundheitsförderung miteinander und ist gleichzeitig auch ein Leitprojekt der Stadtentwicklung für Gender Mainstreaming.

Tabelle 62 „sALTo – Gut und selbstbestimmt älter werden im Stadtteil“

6.5.4 Weitere Projekte

Selbsthilfegruppen für ältere Menschen in der Gemeinde		Pdb Nr.102
Ort/Land	Polen	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Die Idee der Selbsthilfegruppen populär machen• Die Gruppe organisierte und unterstützte gegenseitige Hilfeleistung unter älteren Personen• Das Hauptziel war die Kooperation zwischen den älteren BürgerInnen von Bialystok und der Partner Stadt Riedlingen in Deutschland	

Tabelle 63 „Selbsthilfegruppen für ältere Menschen in der Gemeinde“

Selbsthilfegruppen für ältere Menschen		Pdb Nr.132
Ort/Land	Slowenien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Unterstützung der Lebensqualität älterer Menschen• Etablierung interpersoneller Kommunikation zwischen verschiedenen Generationen• Selbsthilfegruppen unterstützen körperliche Aktivitäten, Gedächtnistraining, um soziale Isolation zu vermeiden	

Tabelle 64 „Selbsthilfegruppen für ältere Menschen“

Von den PatientInnen zu den ExpertInnen		Pdb Nr.139
Ort/Land	Spanien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Selbsthilfegruppen unterstützten Personen mit chronischen Erkrankungen und deren pflegende Angehörige• Steigerung des Selbstmanagements der eigenen Krankheit und Verbesserung der Lebensqualität der erkrankten, als auch der pflegenden Angehörigen• Selbsthilfegruppen dauerten 6 Wochen, dann boten diese weitere Unterstützung an	

Tabelle 65 „Von den PatientInnen zu den ExpertInnen“

Unterstützende Nachbarschaft		Pdb Nr.145
Ort/Land	Spanien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Verbesserung der Nachbarschaftssolidarität• Durch Bildung und Diskussionsgruppen identifizierten die Mitglieder der Gemeinde Sicherheitsvorkehrungsmaßnahmen für ihre älteren Mitglieder	

Tabelle 66 „Unterstützende Nachbarschaft“

Bromley-by-Brow Center		Pdb Nr.149
Ort/Land	Großbritannien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Bromley-by-Brow ist eine Gemeinde Organisation, die eine Vielzahl an Projekten in einer integrierten Weise umsetzt. Es wird Gesundheit mit Bildung, Umwelt, Familien Unterstützung und Kunst verlinkt.	

	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurden Aktivitäten organisiert und ältere Menschen animiert sich zu involvieren. • Aktivitäten in Zusammenhang mit Ernährung wurden gesundheitsförderlich umgesetzt • Diese Arbeit bot nicht nur Information. Sondern beinhaltete die Inklusion von verschiedenen Menschengruppen und ermöglichte den Aufbau von Beziehungen.
--	--

Tabelle 67 „Bromley-by-Brow Center“

Finanzielle Unterstützung für Organisationen um generationenübergreifende Aktivitäten zu unterstützen		Pdb Nr.103
Ort/Land	Polen	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Unterstützung für Projekte, die das gegenseitige Lernen sowie den Austausch zwischen älteren und jüngeren Menschen bevorzugten • Speziell wurde Bezug auf Tradition, Kultur und Region genommen 	

Tabelle 68 „Finanzielle Unterstützung für Organisationen um generationenübergreifende Aktivitäten zu unterstützen“

Aktiver Lebensabend		Pdb Nr.4
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Zusammenkünfte • Vortragende wurden eingeladen, um über bestimmte Themen für ältere Menschen zu referieren (Reisen, Ernährung) • Pensionierte Doktoren und Rechtsanwälte gaben älteren Leuten Ratschläge zu Rechts-, Gesundheits- und Pflege Themen • Ausflüge wurden organisiert, alle Gruppen wurden von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen geführt • Aktiver Lebensabend ist eine Aktivität, die von älteren Menschen für ältere Menschen organisiert wurde. 	

Tabelle 69 „Aktiver Lebensabend“

Lebenswerte Lebenswelten		Pdb Nr.22
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Das gemeindebasierte Gesundheitsförderungsprojekt mit dem Ziel das Sozialkapital und die Gesundheitskommunikation zu fördern wurde in 13 steirischen Gemeinden durchgeführt • Die Idee dieses Projekts war es den Gemeinden „Geld und Beratung“ anzubieten. Mit dem Geld wurden kleinere gesundheitsförderliche Projekte durchgeführt; die Beratung diente dazu diese Projekte professionell umzusetzen. • Außerdem wurden Seminare, Kurse, Workshops und Wanderungen von den lokalen Projektteams oder der Gemeinde organisiert 	

Tabelle 70 „Lebenswerte Lebenswelten“

Reife Äpfel		Pdb Nr.23
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Ein Gesundheitsförderungsprojekt im ländlichen Raum mit dem Ziel Frauen in der Phase des „leeren Nestes“ über gesundes Altern aufzuklären und soziale Netzwerke aufzubauen• In den Eigenheimen der Frauen wurde Gruppen gebildet, die sich gegenseitige Unterstützung anbieten konnten. Der Austausch unter den Gruppen wurde gefördert, GruppenleiterInnen wurden ausgebildet.• Es wurde mit den Gemeinden zusammen gearbeitet und die kontinuierliche Unterstützung war gegeben.	

Tabelle 71 „Reife Äpfel“

Selbsthilfegruppen für schwule Männer 50+		Pdb Nr.61
Ort/Land	Deutschland	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Ziel war es die Vereinsamung und Depression älterer homosexueller Männer zu verhindern• Durch das Projekt wurden Informationen über Sexualität und Altern für alle lokalen Einrichtungen sozialer Wohlfahrt geliefert• Selbsthilfegruppen älterer schwuler Menschen trafen sich jeden Montagabend zu Freizeitaktivitäten. Es wurden Aktivitäten, wie Spaziergänge, Besichtigungen von Sehenswürdigkeiten und kulturelle Veranstaltungen organisiert.	

Tabelle 72 „Selbsthilfegruppen für schwule Männer 50+“

Internetgemeinschaft ‚50plusnet‘		Pdb Nr.97
Ort/Land	Niederlande	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• „50plusnet“ war eine Internetgemeinschaft für ältere Menschen; ein virtueller Ort im Internet, wo ältere Menschen sich treffen konnten• Es wurden Aktivitäten, Möglichkeiten für e-mail Kontakt und zum Chatten geboten und es konnten auch Clubs eröffnet werden	

Tabelle 73 „Internetgemeinschaft ‚50plusnet‘“

Braveheart		Pdb Nr.172
Ort/Land	Schottland	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Im Programm wurden GesundheitsmentorInnen rekrutiert und trainiert, um als ehrenamtliche MitarbeiterInnen Selbsthilfegruppen für ältere Menschen mit Herzkrankheiten zu leiten• Das Programm bestand aus 4 Grundsätzen: Mentorship, Selbsthilfe, Partnerschaft und Empowerment• Veränderungen im Verhalten beinhalteten die Erhöhung der physischen Aktivität, Verbesserung des Essverhaltens, Erhöhung des Bewusstseins und das Verstehen der Diagnose und der Medikation	

Tabelle 74 „Scotland Braveheart“

Wohlbefinden für ältere Menschen		Pdb Nr.176
Ort/Land	Schweden	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Unterstützende Umgebungen für ältere Menschen, um die Entwicklung von sozialen Netzwerken zu fördern• Entwicklung von Kooperationen zwischen der Gemeinde, Gesundheitseinrichtungen und Einrichtungen der Erwachsenenbildung• Erhöhung des Bewusstseins bei JungpensionistInnen, dass alte und neue Netzwerke wichtig sind• Erweiterung der Kompetenz von ExpertInnen der Versorgung und Pflege bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention	

Tabelle 75 „Wohlbefinden für ältere Menschen“

ONLUS Selbstmanagement von Leistungen und Aktionen		Pdb Nr.178
Ort/Land	Italien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Entwicklung von Aktivitäten zur Förderung sozialer Netzwerke, Bildung für Ältere, ehrenamtliches Service, Solidarität mit dem Fokus auf ältere Menschen und generationenübergreifende Beziehungen• Verbesserung der Lebensqualität und von Beziehungen• Erhaltung und Entwicklung von kognitiven Fähigkeiten• In Synergie mit öffentlichen Institutionen wurden lokale Strukturen, soziale Netzwerke, Familienunterstützung und Nachbarschaft geschaffen.• Unterstützung einer aktiven Gemeinschaft durch verantwortliche Partizipation in wichtigen Themen für die Gesellschaft, wie Sicherheit, Ausbeutung, Menschenrechte und anderes.	

Tabelle 76 „ONLUS Selbstmanagement von Leistungen und Aktionen“

Die Helpline für ältere Menschen		Pdb Nr.189
Ort/Land	Irland	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Helpline für ältere Menschen, die isoliert und alleine leben• Die Gründe für den Anruf inkludieren: Informationssuche, Gesundheit, finanzielle Ängste, Einsamkeit, Angst und Missbrauch, Verlust, Trauerfall, Familienprobleme• Die Zugänglichkeit zu einer freundlichen Stimme am Telefon ist ein Willkommenswink zu der Welt draußen	

Tabelle 77 „Die Helpline für ältere Menschen“

SMZ Liebenau – Seniorenplattform		Pdb Nr.27
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Die Plattform bot SeniorInnen in Liebenau die Möglichkeit, Netzwerke zu knüpfen, um ihre eigenen Interessen besser vertreten zu können.• Pro Jahr fanden im SMZ 4 bis 6 Treffen statt, bei denen sich MultiplikatorInnen im Bereich Seniorenarbeit und interessierte SeniorInnen trafen.• Org. und finanz. Ressourcen standen vom SMZ für diese Treffen zu Verfügung (Landesmitteln), Verantwortlich für Planung und Gestaltung der Sitzungen sowie der Vor- und Nachbesprechungen.	

Tabelle 78 „SMZ Liebenau – Seniorenplattform“

Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen – Das Göppingen Projekt		Pdb Nr.54
Ort/Land	Deutschland	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Hauptaktivitäten des Projekts waren präventive Hausbesuche für ältere MigrantInnen, um deren Gesundheitszustand und Pflegebedürftigkeit zu erheben• Entwicklung von individuellen Unterstützungsplänen• Aufbau von interkulturellen Netzwerken (weitere Ausbildung, Training für FamilienbetreuerInnen, internationale und nationale Treffpunkte für ältere Menschen und für Frauen)	

Tabelle 79 „Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen – Das Göppingen Projekt“

Ich bin 65+ und glücklich ein gesundes Leben zu führen		Pdb Nr.107
Ort/Land	Slowenien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• 300 ältere Personen wurden als „LehrerInnen“ ausgebildet, um andere zu einem gesunden Lebensstil zu ermutigen• Kampagne „Woche für SeniorInnen“• Nationale Konferenz• Vorbereitung des zertifizierten Bildungsprogramms	

Tabelle 80 „Ich bin 65+ und glücklich ein gesundes Leben zu führen“

Schule für aktives Altern		Pdb Nr.136
Ort/Land	Spanien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Seminare für aktives Altern• Identifizierung sozialer und gesundheitlicher Bedürfnisse älterer Menschen• Körperliches Aktivierungsprogramm, Gedächtnistraining, Ernährung• Leitlinien „Active Aging“	

Tabelle 81 „Schule für aktives Altern“

Coach für das dritte Lebensalter		Pdb Nr.34
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Bei dem Projekt handelte es sich um ein Trainingsprogramm für ältere Menschen, die mit älteren Menschen zusammen arbeiten wollen.• Der Coach wurde ausgebildet mit älteren Menschen zu arbeiten und seine eigenen Projekte zu machen.• Der Coach für das dritte Lebensalter stärkte ältere Menschen dahingehend, dass diese Coaching-Methoden annehmen und ihre Handlungsmöglichkeiten erweitern.	

Tabelle 82 „Coach für das dritte Lebensalter“

Stirling Gesundheitsförderungsprojekt		Pdb Nr.173
Ort/Land	Großbritannien, Schottland	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Im Programm wurden die gegenwärtige und zukünftige Gesundheit und das Wohlbefinden durch das Engagement zwischen lokalen	

	BürgerInnen und nationalen Organisationen und internationalen PartnerInnen maximiert.
--	---

Tabelle 83 „Stirling Gesundheitsförderungsprojekt“

Gesunde Region North Bohemia – Gib Jahre zum Leben und Leben zu den Jahren		Pdb Nr.167
Ort/Land	Tschechien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt beinhaltete eine Serie an Seminaren, Diskussionsgruppen: Seminare für einen gesunden Lebensstil (speziell Ernährung, Bewegung und Rauchen), Umgebung für ältere (Sturzprävention), praktische Aktionen (wie psychologische Tests, Wettbewerbe zur Raucherentwöhnung, Wettbewerb für das beste Rezept für gesunde Ernährung) 	

Tabelle 84 „Gesunde Region North Bohemia – Gib Jahre zum Leben und Leben zu den Jahren“

Anders Altern in Radenthein		Pdb Nr.35
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Im gesundheitsförderlichen Projekt im ländlichen Raum wurden den verschiedenen Zielgruppen der älteren Menschen in der Region gesundheitsförderliche Aktivitäten angeboten. • In einem beteiligungsorientierten Prozess mit VertreterInnen der Zielgruppe wurde ein Programm entwickelt, dass sich mit altersspezifischen und gesundheitsspezifischen Thematiken beschäftigte. Es wurden Gruppen gebildet, mit dem Ziel der Selbstorganisation der Gruppen. • Für die älteren Alten wurde eine Tagesbetreuungseinrichtung eingerichtet, die neben hauptamtlichem Personal auch mit ehrenamtlichem Personal arbeitete. 	

Tabelle 85 „Anders Altern in Radenthein“

Ältere als Protagonisten der Gegend		Pdb Nr.179
Ort/Land	Italien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Im Projekt wurde die Aufmerksamkeit vom älteren Menschen als Rezipient von Serviceleistungen und Interventionen auf den älteren Menschen als erfahrener Repräsentant von Fähigkeiten gelenkt • Kompetenz, praktische und theoretische Fähigkeiten, Geschichte und Weisheit wurden zu einer Ressource für die Gegend, die Stadt und die ganze Gesellschaft. 	

Tabelle 86 „Ältere als Protagonisten der Gegend“

Aktivierung von älteren MitbürgerInnen		Pdb Nr.183
Ort/Land	Polen	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Im Projekt ging es darum, ältere Menschen zu motivieren sich für ihre Menschenrechte und Lebensmöglichkeiten zu interessieren • Sie dabei zu unterstützen, Wege zu finden dies in ihr Leben einzubauen • Sie zu motivieren sich aktiv zu bewegen (physisch, intellektuell und sozial) zu ihrem eigenem Nutzen und zum Nutzen der Gemeinschaft 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Lebensqualität von älteren Menschen
--	--

Tabelle 87 „Aktivierung von älteren MitbürgerInnen“

Spurwechsel im dritten Lebensalter		Pdb Nr.5
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Die Emanzipation älterer Frauen wurde durch Bildungsprogramme wie „Spurwechsel“, „Herzhafte Frauen“ und „Initiative Plattform 50“ erreicht • Das Bildungsprogramm für, von und mit ältere/n Frauen handelte über den Status von älteren Frauen in der Gesellschaft 	

Tabelle 88 „Spurwechsel im dritten Lebensalter“

LENA – Lernen in der nachberuflichen Phase		Pdb Nr.10
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Curriculum über Lernen im Seniorenalter • Die TeilnehmerInnen wurden bei der Erstellung des Curriculums integriert 	

Tabelle 89 „LENA – Lernen in der nachberuflichen Phase“

LIMA – Lebensqualität im Alter		Pdb Nr.12
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • LIMA war ein Trainingsprogramm für jene, die im Alter aktiv, mobil und gesund bleiben wollten. Es konnten alle älteren Menschen daran teilnehmen – es wurde ihnen ermöglicht ihre Unabhängigkeit zu erhalten • In Trainings wurden Körper, Geist und Seele angesprochen. • Gedächtnistraining, Fitnesstraining, Training von Alltagskompetenzen (Lebenssituation, gesunde Ernährung, soziale Kontakte, Information zu sozialen Netzwerken) wurden kombiniert 	

Tabelle 90 „LIMA – Lebensqualität im Alter“

Alt hilft Jung, Jung hilft Alt		Pdb Nr.223
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Das Ziel des Projekts war es die physische, mentale und soziale Gesundheit von älteren Menschen und SchülerInnen zu fördern. • Die SchülerInnen der verschiedenen Schuljahre entwickelten unterschiedliche gesundheitsförderliche Angebote, in denen ältere Menschen involviert waren. • In der 1 Klasse fanden Ernährungs- und Bewegungsaktivitäten statt • In der 2 Klasse Aktivitäten im künstlerischen Bereich • In der 3 Klasse Aktivitäten in denen es um Biografiearbeit ging • In der 4 Klasse ging es um Konfliktmanagement 	

Tabelle 91 „Alt hilft Jung, Jung hilft Alt“

Älterwerden und Gesundheit – Die PatientInnenschulung		Pdb Nr.49
Ort/Land	Deutschland	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Ziel war es Informationen über Gesundheit, Krankheitsprävention und Unterstützung der Ressourcen zur Selbsthilfe im Gesundheitssystem zu bieten.• Der Trainingskurs dauerte einige (ca.8-12) Wochen und orientierte sich am kulturellen, sozialen und individuellen Hintergrund der TeilnehmerInnen und beinhaltet Aspekte wie den gesundheitlichen und medizinischen Zustand, Empowerment für Selbsthilfe, Gesundheitsinformation, Verbesserung der deutschen Sprache und praktisches Training	

Tabelle 92 „Älterwerden und Gesundheit – Die PatientInnenschulung“

Gesundheitszentrum für Ältere		Pdb Nr.94
Ort/Land	Niederlande	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Das Gesundheitszentrum für Ältere ist ein multidisziplinäres Beratungszentrum, in dem unterschiedliche Gesundheitsaspekte im Fokus stehen: Bewegung, Ernährung, kognitive Fähigkeiten, Herzkrankungen, Unfälle, Knochenbrüche, mentale und soziale Funktionsweise, Hör- und Sehschwächen, aber auch andere Themen.• 1. Bewertung kardio-vasculärer Probleme, Risiken bzgl. Stürzen und Knochenbrüche sowie psychosoziale Probleme 2. basierend auf den Ergebnissen der Bewertung individuelle Beratung anbieten 3. Älteren Menschen den Weg zu anderen hilfreichen Organisationen zeigen 4. Follow-up und Evaluation	

Tabelle 93 „Gesundheitszentrum für Ältere“

Erfolgreiches Altern		Pdb Nr.99
Ort/Land	Niederlande	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• In den Kursen trafen sich Gruppen älterer Menschen, um gesundheitsrelevante Themen zu besprechen• Die Kurse wurden als Möglichkeit gesehen, Erfahrungen auszutauschen und von den Erfahrungen des Alterns anderer zu lernen• Gleichaltrige Senioren-GesundheitspädagogInnen waren Vorbilder, die selbst ein aktives und selbstständiges Leben führen. Diese wurden intensiv durch eine höhere Ausbildung geschult.	

Tabelle 94 „Erfolgreiches Altern“

Plan 60 – Gesundheitsförderung für Ältere im urbanen Setting		Pdb Nr.20
Ort/Land	Österreich, Wien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Empowerment-Kurse: Initiierung eines Selbstbestimmungsprozesses über die eigenen Lebens- und Gesundheitsbelange nach den Leitlinien der themenzentrierten Interaktion, des Empowermentansatzes und des „neuen Ehrenamts“. Nach Abschluss gründen die TeilnehmerInnen Initiativgruppen, in die sie ihre speziellen Ressourcen und Fähigkeiten einbringen können.• Netzwerkstatt: Anlaufstelle zur Unterstützung der Initiativgruppen, Arbeitsort für die neuen Initiativgruppen.	

	<ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftliche Begleitung: Sekundäranalyse von wissenschaftlichen Studien, biographische Interviews, Diskursanalyse, Evaluation.
--	---

Tabelle 95 „Plan 60 – Gesundheitsförderung für Ältere im urbanen Setting“

6.5.5 Projekte der österreichischen SV-Landschaft

JA!Jetzt Aktiv		Pdb Nr.229
Organisation	VAEB (durch IfGP) mit Beteiligung der VIDA (Gewerkschaft)	
Kontakt, Adresse	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) Mag. Monika Bauer 0502350 37942 monika.bauer@ifgp.at	
Maßnahmen/ Interventionen	1.) JA!Jetzt Aktiv Gesundheitswoche am Josefhof (7 Tage): Anhang von Theorie wird den TeilnehmerInnen Gesundheitswissen vermittelt, anhand von praktischen Gruppenübungen wird das Wissen erfahrbar gemacht. 2.) JA!Jetzt aktiv Gesundheitstreffen in der Region: zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Maßnahme am Josefhof werden die TeilnehmerInnen in den Regionen betreut. Es finden in Kooperation mit der Ortsgruppenstruktur Gesundheitstreffen in den Regionen statt.	

Tabelle 96 „JA!Jetzt Aktiv“

Kleeblatt		Pdb Nr.222
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> VGKK als Kooperationspartner beim AKS Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin 	
Kontakt, Adresse	Mag. Irene Fritz 05574 202 1060	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> Lebensstilanalyse Empfehlungen für Bewegung, Ernährung, Sozialen Bereich, Medizinische Vorsorge, Gemeindeangebote mit einbeziehen <ul style="list-style-type: none"> - Individuell abgestimmt - Inklusive den Beratungsergebnissen - Persönliche Empfehlungen für den Alltag - Konkrete Angebote aus der Umgebung 	

Tabelle 97 „Kleeblatt“

6.6 MENTALE GESUNDHEIT

*Definition seelischer Gesundheit der WHO
„ein Zustand des Wohlbefindens, in dem
der/die Einzelne
seine/ihre Fähigkeiten erkennt, die normalen
Belastungen
des Lebens zu bewältigen, produktiv und
ertragreich
zu arbeiten und etwas zur Gesellschaft
einzubringen“*



Die mentale Gesundheit spielt im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen eine immer wichtigere Rolle. Dies schlägt sich auch an der hohen Anzahl der Literatur nieder, die sich damit auseinandersetzt. Die Themen sind hier: Depression, Schizophrenie, Stress und Burnout, Angst, Demenz, Gedächtnistraining, Selbstrespekt/Würde und emotionale Unterstützung, Alkohol und Tablettenmissbrauch. Die AutorInnen von *Healthy Aging* zeigen auf was getan werden kann um die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden in der späten Lebensphase zu fördern: Verhinderung der Altersdiskriminierung, Teilnahme an sinnvollen Aktivitäten (es bestehen Barrieren für ältere Menschen am öffentlichen und privaten Leben teilzuhaben), Integration in soziale Beziehungen (soziale Isolation und Einsamkeit gehören zu den Hauptfaktoren für eine schlechte mentale Gesundheit, körperliche Gesundheit), Förderung der mentale Gesundheit durch körperliche Aktivität und Verhinderung der Altersarmut. Probleme der mentalen Gesundheit sind nicht notwendiger Bestandteil des Alterungsprozesses, aber es wird oft so gesehen von anderen und von älteren Menschen selbst.

Depression, Stress und Burnout und Demenz

Depressionen scheinen das häufigste seelische Problem zu sein. Demenz ist jene Krankheit, vor der die meisten Menschen Angst haben, sie zu bekommen. Während man die Ursachen für Depression relativ gut kennt, so sind die Ursachen für Demenz und die Wege sie zu verhindern noch sehr wenig bekannt (Godfrey, Townsend, Surr, Boyle, Brooker, 2005). Die Beiträge zur psychischen Gesundheit im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention fokussieren in Österreich die Bewusstseinsbildung bezüglich mentaler Erkrankungen wie Depression und die Toleranz gegenüber Menschen, die an Depression leiden (Braunsteiner-Reidinger, Greindl, Kozdera, Rajecy, Seidenschwann, Schuch, 2006). Wie vorne erwähnt haben Bewegungsaktivitäten einen positiven Impact auf Stress und Depression. Es lässt sich sagen, dass Bewegung Stress reduziert (Halbwachs, Weiß, Bauer, 2000). Männer und Frauen erleben Depression unterschiedlich (Habl, 2004), so agieren Männer, die an Depression leiden aggressiver als Frauen. Wenn Leute älter werden verringert sich die

Fähigkeit sich Dinge zu merken und zu lernen. Auch das kann Stress verursachen „brain jogging“ und lachen kann als Strategie genutzt werden um emotionalen Stress zu verhindern (Bruck, 2004).

6.6.1 Strategie und Ziele

Die Strategie der WHO hinsichtlich des Themas *mentale Gesundheit* lautet wie folgt:

- Die psychische Gesundheit über das gesamte Leben hinweg fördern, und zwar durch die Bereitstellung von Informationen und das Infrage stellen von klischeehaften Ansichten zum Thema der psychischen Gesundheit und der psychischen Erkrankungen.
- Die Menschen müssen ermutigt werden, ihre kognitiven Fähigkeiten wie etwa die Problemlösungskapazität, das soziale Verhalten und den Umgang mit Schwierigkeiten in allen Altersstufen zu erhalten und zu erweitern. Dabei soll auf die Erfahrung und die Stärken älterer Menschen aufgebaut, und zugleich deren psychisches Wohlbefinden gestützt werden.
- Eine umfassende Pflege der psychischen Gesundheit für Männer und Frauen im Alter organisieren, und zwar beginnend mit der Förderung psychischer Gesundheit bis hin zur Behandlung psychischer Erkrankungen und schließlich zu Rehabilitations- und Reintegrationsprogrammen. Dabei ist der zunehmenden Häufigkeit von Depressionen und suizidalen Tendenzen in Folge persönlicher Verluste und sozialer Isolierung Rechnung zu tragen. Heimpflegedienste sowie institutionelle Pflegeeinrichtungen von guter Qualität für ältere Menschen mit Demenz und anderen neurologischen und kognitiven Behinderungen müssen bereitgestellt werden. Dabei benötigen alte Menschen mit chronischen Intelligenzdefiziten besondere Unterstützung.

WHO-Ziele die sich daraus für die gesundheitsförderliche Praxis ergeben

- Randgruppen einbeziehen
- Gruppenaktivitäten für psychische und mentale Gesundheit durchführen
- Zielgruppenspezifisch, bedarfsorientierte Angebote zur Verfügung stellen

6.6.2 Evidenz und Statistik

- Therapeutische und psychosoziale Maßnahmen, die speziell auf Ältere ausgerichtete sind, verbessern nach eigenen Angaben der Betroffenen deren Wohlbefinden beträchtlich. Dies gilt besonders für ältere Menschen in Pflegeheimen (Pinquart, Sörensen, 2001).
- Individuelle Beratung, Familienberatung, Selbsthilfegruppen, Ausbildung und Fertigkeitstrainings für Pflegepersonen verringern die seelische Erschöpfung und verbessern deren Fähigkeiten, die Pflegesituation zu bewältigen. Außerdem verbessert sich Ihre Beziehung zu den PatientInnen (Brodsky, Green, Koschera, 2003).
- Case-Management für Pflegepersonal hilft dabei, dass diese unterstützende technische Dienstleistungen wie Datennetzwerke nutzen (Peacock, Forbes, 2003).

FOLGLICH bedeutet das:

Zielgruppenspezifische Initiativen und Maßnahmen umsetzen, die übergreifende Gesundheitsfaktoren wie soziale Beziehungen, Geschlecht, Armut und Diskriminierung mit einbeziehen, welche die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden im höheren Alter beeinflussen.

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Teilen und Umsorgen*“ wurde Hilfe angeboten, um den Selbstwert und das Wohlbefinden älterer Menschen zu steigern und bei Depressionen, Verlust sozialer Kontakte, chronischen Krankheiten etc. zu unterstützen.

Mehr Bewusstsein für Fragen der mentalen Gesundheit älterer Menschen schaffen wie z.B. Depression oder Demenz, und durch Angebote kognitive Fähigkeiten und Gedächtnistraining fördern.

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Gedächtnistraining, gemeinsam und individuell*“ wurden die Selbsteffizienz der Gedächtnisleistung und die täglichen Probleme mit der Gedächtnisfähigkeit in Gruppen- oder Einzeltrainings verbessert.

Leichteren Zugang zu therapeutischen Möglichkeiten schaffen und dadurch die Lebensqualität älterer Menschen steigern.

⇒ Beispiel: Das Projekt „*Ältere Frauen und mentale Gesundheitsförderung*“ schaffte Unabhängigkeit und Lebensqualität bei den Teilnehmerinnen durch Vermittlung von Informationen über mentale Krankheiten und durch Training von Kommunikations- und Entspannungstechniken.

6.6.3 Projekte und ihre Maßnahmen

Programm zum Verständnis und Schutz der Gesundheit		Pdb Nr.131
Link	http://www.univerzazatretjeobd-drus tvo.si/univerzeslo.htm	
Ort/Land		
Organisation, Kontakt, Adresse	Universität Laibach Ales Skvarca univerza-3@quest.arnes.si 00386 1 433 20 90	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	Universität Laibach	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Das Modell involvierte alle älteren Menschen, die von ihrem Familienarzt eingeladen wurden. Frauen und Männer wurden angesprochen.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Laibach (Ljubljana), Region Gorenjska	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Mit effektivem Wissen und Motivation sind Menschen interessierter an ihrer eigenen Gesundheit. • Informationen über den typischen Risikofaktor für Gesundheit im Alter • Wissen über die gesundheitlichen Gefahren • Informationen wie man am besten mit dem Familienarzt kommunizieren kann 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorträge, Diskussionen, Seminare • Besuche zu unterschiedlichen Institutionen 	
Gesundheitsförderliche Themen	Mentale Gesundheit, Lebenslanges Lernen, Fall-/ Unfallvermeidung, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)		
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	Es wurde keine Evaluation durchgeführt. Familienärzte berichteten aber über die verbesserte Kommunikation und Beziehung zwischen ihnen und den Patienten. Es wurde erwartet, dass die Fürsorge der eigenen Gesundheit die auftretenden Krankheitsfälle bei älteren Menschen verringert. Die KursteilnehmerInnen zeigten sich mit dem Programm zufrieden.	
Nachhaltigkeit und Innovation	Die Kurse wurden von vielen älteren Menschen regelmäßig besucht. Diese können in alle Lebenswelten übertragen werden.	

Tabelle 98 „Programm zum Verständnis und Schutz der Gesundheit“

Ältere Frauen und mentale Gesundheitsförderung		Pdb Nr.46
Link		
Ort/Land	Tschechische Republik, Prag	
Organisation, Kontakt, Adresse	Tschechische Frauenvereinigung Prag, NGO PhDr. Jirina Radová jirina.radova@ipvz.cz Tel: +420 22245841	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik Gerontologisches Zentrum Prag	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppen waren ältere Frauen 55+. Das Projekt war genderspezifisch.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Gemeinde	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptziel des Projektes war es die Unabhängigkeit und die Lebensqualität älterer Menschen in Hinblick auf mentale Gesundheit von Frauen zu erhalten – die Verfügbarkeit von Informationen über mentale Krankheiten und deren Risiken, Schaffung therapeutischer Möglichkeiten und die Behandlung mental Kranker mit dem Ziel die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. • Vorbereitung auf thematische Bildungspublikationen 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung und Aktivierung älterer Frauen im Bereich der mentalen Gesundheit durch Training von Kommunikations- und Entspannungstechniken durch Vorträge, Schreiben von Texten etc. • Vorträge für Gruppen älterer Frauen mit dem Ziel relevantes Wissen, Fähigkeiten und Gewohnheiten im Bereich der mentalen Gesundheit • Pre- und postedukative Fragebogenbefragungen • Wochenendtreffen 	
Gesundheitsförderliche Themen	Mentale Gesundheit, Lebenslanges Lernen, soziales Kapital	
Evaluation (Beschreibung)	Fragebogenbefragungen bewerteten den Level an relevantem Wissen über mentale Gesundheit und therapeutische Themen (Wissen vor und nach der Intervention wurde verglichen). Außerdem wurde die Zufriedenheit mit dem Projekt bewertet.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	Ziel der Evaluation war es die Verbreitung dieser Methode der thematischen Ausbildung der weiblichen Bevölkerung in anderen Regionen und durch andere Behörden sicherzustellen.	
Nachhaltigkeit und Innovation		

Tabelle 99 „Ältere Frauen und mentale Gesundheitsförderung“

Gedächtnistraining, gemeinsam und individuell		Pdb Nr.98
Link		
Ort/Land	Niederlande	
Organisation, Kontakt, Adresse	<p>Wissenschaftsinstitut für Pflege und Public Health, Maastricht Universität, Niederlande, Abteilung für Gesundheitswissenschaftliche Studien</p> <p>Prof Dr Jelle Jolles j.jolles@np.unimaas.nl Tel: +31433881041</p>	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<p>Abteilung für Psychiatrie und Neuropsychologie, Europäische Hochschule für Neurowissenschaften (Euron)</p> <p>Das NWO (dänisches Forschungsinstitut) finanzierte die Studie über die Effektivität von Gedächtnistraining.</p>	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren Männer und Frauen 55+.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Stadt Maastricht, Region Limburg	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel des Trainingsprogramms war es das objektive Gedächtnis und die Selbsteffizienz des Gedächtnisses zu verbessern. Entwickelt wurde die Gedächtnis Selbsteffizienz (Memory Self-Efficacy (MSE), der Level an Zufriedenheit, die eine Person durch die Effektivität des eigenen Gedächtnisses in unterschiedlichen Situationen hat. • Das Programm betonte wie MSE in Relation zu der alltäglichen Gedächtnisleistung arbeitet und fokussiert auf die Beeinflussung und Abstimmung unangemessener Meinungen über die Gedächtnisleistung, kombiniert mit einem Training der Gedächtnisfähigkeiten. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Programm wurde sowohl in Gruppensitzungen, wie auch in individuellen Sitzungen abgehalten. Die TeilnehmerInnen des Individualtrainings erhielten das Dänische Buch „Gedächtnisunterstützung“, welches dieselben Inhalte umfasste wie das Gruppentraining • 1. Die TeilnehmerInnen wurden aufgefordert ihre Gedächtnisdefekte und –erfolge im Alltag festzuhalten, um Einblick in ihre Gedächtnisleistungen zu bekommen und ihre täglichen Probleme zu analysieren. • 2. Gedächtnisfähigkeiten wurden intrinsisch (Wiederholung, Visualisierung, Assoziationen) und extrinsisch (Gewohnheiten, Menschen in der Umgebung) trainiert. • 3. Die TeilnehmerInnen wurden informiert wie das Gedächtnis im Alter arbeitet und funktioniert • 4. andere wichtige Aspekte (Zeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, Hör- und Sehvermögen) für ein optimales Gedächtnis wurden gemeinsam tiefgehend diskutiert 	
Gesundheitsförderliche Themen	Mentale Gesundheit, soziales Kapital, lebenslanges Lernen	
Evaluation	Die Effektivität von zwei Typen des Gedächtnistrainings (in Gruppe oder	

(Beschreibung)	<p>individuell) auf die Gedächtnisleistung wurde bewertet, und mit der Kontrollgruppe (Warteliste) verglichen. Die TeilnehmerInnen waren 139 ältere Menschen mit subjektiven Gedächtnisbeschwerden, die in einer Wohngemeinschaft lebten und durch mediale Werbung für eine Teilnahme an der Studie angeworben wurden.</p> <p>Die Daten wurden zu Beginn sowie 1 Woche und 4 Monate nach der Intervention gesammelt. Die Trainingseffizienz wurde bewertet durch Methoden der subjektiven und objektiven Gedächtnisleistung.</p>
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten- zufriedenheit)	<p>Nach der Intervention berichteten die TeilnehmerInnen des Gruppentrainings über mehr Stabilität der Gedächtnisleistung und hatten weniger Gefühle wie Angst und Stress. Außerdem wurden positive Effekte über die objektive Gedächtnisleistung gefunden. Im Vergleich zu den anderen zwei Gruppen (die individuelles Training bekamen oder auf der Warteliste standen) konnten die TeilnehmerInnen des Gruppentrainings die kürzlich gelernte Wortliste besser abrufen.</p> <p>Die Gruppensitzungen waren bekannt für ihren angenehmen und motivierenden Effekt, weil die TeilnehmerInnen Probleme mit Gleichaltrigen austauschen konnten.</p>
Nachhaltigkeit und Innovation	<p>Autodidaktische Gedächtnistrainingsprogramme haben praktische Vorteile, da die TeilnehmerInnen nicht an fixe Trainingszeiten gebunden sind, sie Möglichkeiten haben, in ihrem eigenen Tempo zu lernen, viele Themengebiete abgedeckt werden können und die Methode außerdem kostengünstig ist.</p>

Tabelle 100 „Gedächtnistraining, gemeinsam und individuell“

SeniorInnentheater		Pdb Nr. 204
Link	http://www.tag.mur.at	
Ort/Land	Österreich, Steiermark	
Organisation, Kontakt, Adresse	Kulturverein TAG Theateragenda Wapper-Schulze Martina tag@mur.at	
Stakeholder (Kooperation, Finanzierung) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Volkshilfe Stmk. • Institutionen im Geriatriebereich • theaterpädagogische Institutionen (GEFAS) • Fa. Evalitas Bauer/ Messner Evaluierungs KEG 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren (möglichst alle) BewohnerInnen von SeniorInnenheimen	
Setting/Lebenswelt und Zugänglichkeit	9 Volkshilfeheim (SeniorInnenheime) in der Steiermark	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt will durch Theaterarbeit mit HeimbewohnerInnen eine Gegenstrategie zur Aktivierung der Zielgruppe erproben und entsprechende Standards durch eine umfassende Evaluation entwickeln. • Projektziele sind einerseits die Zusammenarbeit mit Einrichtungen im Geriatriebereich zu etablieren und andererseits die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen sowie deren geistigen Abbauprozessen entgegenzuwirken. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt sieht vor, ein auf die Bedürfnisse älterer Menschen adaptiertes theaterpädagogisches Vitaltrainingsprogramm in acht SeniorInnenresidenzen und Tagesheimstätten der Volkshilfe in der Steiermark umzusetzen. Das Gesamtvorhaben beläuft sich auf zwei Jahre, pro Betreuungsheim beträgt die Interventionsdauer 12 Wochen. Mit den theaterpädagogischen Trainingsaktivitäten wird versucht, eine Reihe gesundheitserhaltender und gesundheitsfördernder Effekte zu erreichen – dabei werden soziale, psychische und physische Aspekte gleichermaßen berücksichtigt. • Vorgesehen sind beispielsweise Körperübungen zum Trainieren der motorischen Fähigkeiten, der Merk- und Ausdrucksfähigkeiten, die eine erhöhte geistige und körperliche Mobilität im Lebensalltag zur Folge haben, wodurch der Pflegeaufwand positiv beeinflusst und die Lebensqualität gesteigert werden kann. Durch regelmäßige Zusammenkünfte im Rahmen von Unterhaltungsprogrammen, wie z.B. ein gemeinsames Theaterstück, wird automatisch ein Team und in diesem Sinne ein soziales Netzwerk aufgebaut. 	
Gesundheitsförderliche Themen	mentale Gesundheit, Bewegung, soziales Kapital	
Evaluation (Beschreibung)	Im Februar 2009 wurde ein Evaluationsbericht erstellt.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-	In allen evaluierten Heimen konnten durch das Vitaltraining bemerkenswerte Erfolge auf physischer, psychischer, emotionaler und sozialer Ebene bei den TeilnehmerInnen, in einzelnen Fällen oder generell, beobachtet werden. So wurden im physischen Bereich am	

zufriedenheit)	häufigsten Verbesserungen im Bereich der Gedächtnisleistung, der Konzentrations- und der Merkfähigkeit rückgemeldet. Aber auch im Bewegungsverhalten und der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit wurden positive Veränderungen bemerkt. Auf psychischer Ebene hat sich durchwegs das Wohlbefinden der Teilnehmer/innen zum Positiven verändert. Auch in Hinblick auf die Vitaltrainer/innen kann der Maßnahme ein sehr hoher Grad an Qualität und Professionalität zugesprochen werden.
Nachhaltigkeit (Langzeitplanung der Interventionen, Übertragbarkeit) und Innovation	Zur Sicherung der Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit ist die Erstellung eines Handbuches mit Erfahrungsberichten im Umgang mit seniorInnengerechtem theaterpädagogischen Vitaltraining für in diesem Bereich Beschäftigte geplant.

Tabelle 101 „SeniorInnentheater“

6.6.4 Weitere Projekte

Teilen und Umsorgen		Pdb Nr.162
Ort/Land	Großbritannien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Das Programm versuchte den Selbstwert und das Wohlbefinden zu steigern, den sozialen Kontakt und die soziale Unterstützung zu erhöhen und befähigte Menschen ihre Selbsthilfetechniken zu entdecken. • „Sharing und Caring“ war eine Gruppe die Hilfe gegen Depression und nervösen Spannungen, plötzlichen Trauerfall, Verlust von persönlichen Fähigkeiten und chronischen Krankheiten anbot. 	

Tabelle 102 „Teilen und Umsorgen“

Erzählcafé für ältere Bürgerinnen und Bürger von Görlitz		Pdb Nr.51
Ort/Land	Deutschland	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Das Erzählcafé war ein regelmäßiger Treffpunkt für ältere Menschen, wo sie unterschiedliche Themen aus der Vergangenheit oder dem Alltag besprechen konnten, wie biographische Arbeit • Dabei standen die Reduktion der mentalen Anspannungen und Belastungen, das Bewahren der mentalen Fitness, die Bildung neuer sozialer Kontakte und die Annäherung der Generationen im Vordergrund. 	

Tabelle 103 „Erzählcafé für ältere Bürgerinnen und Bürger von Görlitz“

Clowns in SeniorInnenheimen		Pdb Nr.73
Ort/Land	Italien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung aller GesundheitsexpertInnen über die basistheoretischen Prinzipien und klinischen Aufwendungen der Clowntherapie • Eine Clowngruppe führte 5 Veranstaltungen durch; Einbindung der Familien, um über die Veranstaltungen aufzuklären und sie zu beteiligen • Nach jeder praktischen Sitzung wurden Messgrößen definiert, an denen die SeniorInnen gemessen und beobachtet wurden • Rückmeldungen über das Akzeptanzlevel der Erfahrungen jener, die die Kapazität haben aktiv an der Studie teilzunehmen 	

Tabelle 104 „Clowns in SeniorInnenheimen“



Frauenherbst		Pdb Nr.36
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Bei dem Projekt handelte es sich um ein Bildungsangebot für ältere Frauen. In einem Modular aufgebauten Programm konnten Frauen ihren eigenen Alterungsprozess reflektieren, sich mit ihrer Rolle in der Gesellschaft, ihrer Sexualität, ihren Ängsten und Sorgen beschäftigen.	

Tabelle 105 „Frauenherbst“

6.7 MEDIKAMENTENGEBRAUCH



Ältere Menschen nehmen am meisten Medikamente ein, die am häufigsten eingenommenen Medikamente sind Schmerzmittel. Die Kosten für Medikamente machen einen hohen Anteil der Ausgaben des staatlichen Gesundheitssystems aus. Die falsche Verwendung der Medikamente durch ältere Menschen ist ein häufiges Problem. Die Probleme bezogen auf den Medikamentengebrauch fassen die AutorInnen von *Healthy Ageing* folgend zusammen: Fehler bei der Medikation, unpassende Verschreibung von Medikamenten, Medikamente werden verschrieben, die zur Behandlung ungeeignet sind, falsche Einnahme der Medikamente, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten können zu Nebenwirkungen führen und Schwierigkeiten beim Öffnen von Medikamenten.

6.7.1 Strategie und Ziele

Die Strategie der WHO hinsichtlich des Themas *Medikamentengebrauch* lautet wie folgt:

- Leichten Zugang zu wichtigen und sicheren Medikamenten für ältere Menschen schaffen, die diese benötigen, aber sich nicht leisten können.
- Praktische Maßnahmen und Richtlinien gegen die unangemessene Verschreibungspraxis von Gesundheitsfunktionären und sonstigen im Gesundheitswesen Tätigen. Schutz von KonsumentInnen, besonders älteren Menschen, vor gefährlichen Medikamenten und Behandlungsmethoden, sowie vor skrupellosen Verkaufstechniken.
- Die Menschen müssen im richtigen Gebrauch von Medikamenten unterwiesen werden.

WHO-Ziele die sich daraus für die gesundheitsförderliche Praxis ergeben

- Über die richtige Medikamenteneinnahme informieren

6.7.2 Evidenz und Statistik

- Arzneimittelbezogene Probleme sind eine Folge falscher Medikation oder der Schwierigkeit des Patienten, die ärztliche Verordnung zu befolgen (Non-Compliance), ungeeignete Verschreibung und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln.
- Arzneimittelbezogene Probleme können vermieden werden durch die Verwendung von Qualitätsindikatoren für Arzneimittelgebrauch, systematische Überprüfung des Arzneimittelgebrauchs der Patienten und Einbeziehung älterer Menschen in klinische Tests (Hanlon, Londblad, Hajjar, McCarthy, 2003).

FOLGLICH bedeutet das:

Zielgruppengerechte Information und Aufklärung über den richtigen Umgang mit Medikamenten und medikamentenbezogenen Problemen anbieten

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Chronischer Schmerz von Älteren*“ informierten die beteiligten Organisationen Gruppen älterer Menschen über den adäquaten Gebrauch von Schmerzmitteln.

Die Sozialversicherung sollte im Sinne ihrer Konsumentenschutzrolle Initiativen im Bereich Patienteninformation ergreifen.

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Arzneimittelsicherheitsgurt*“ wurde eine Medikamentendatenbank angelegt, durch die automatisch Wechselwirkungen von Medikamenten und Compliance-Probleme der TeilnehmerInnen überprüft werden konnten.

6.7.3 Projekte und ihre Maßnahmen

Chronischer Schmerz von Älteren		Pdb Nr.182
Link		
Ort/Land	Niederlande	
Organisation, Kontakt, Adresse	Protestantisch-Christlicher Seniorenbund (PCOB) Blijmarkt 12 8011 Ne Zwolle Tel: 038 4225588	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	Zusammenarbeit zwischen PCOB, Unie KBO und ANBO; Organisationen älterer Menschen, meist auf lokaler Ebene	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • Mitglieder von PCOB, • Unie KBO • ANBO (Organisationen älterer Menschen) 	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Organisationen älterer Menschen	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppen älterer Menschen über den adäquaten Gebrauch von Schmerzmitteln informieren 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Mitglieder von PCOB, Unie KBO und ANBO wurden geschult Informationen über den adäquaten Gebrauch von Schmerzmitteln zu vermitteln • Eine Broschüre wurde präsentiert. 	
Gesundheitsförderliche Themen	Medikamentengebrauch	
Evaluation (Beschreibung)		
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	Der Gebrauch von Medikamenten älterer Menschen verlangt die Aufmerksamkeit von ÄrztInnen, aber auch der Älteren selbst. Es gibt dbzgl. Wenige Informationen. Ältere Menschen gehen unterschiedlich mit Medikamenten um und fragen nicht in allen Situationen wie diese zu gebrauchen sind. Durch adäquate Informationen werden sie auch selbstverantwortlich.	
Nachhaltigkeit und Innovation		

Tabelle 106 „Chronischer Schmerz von Älteren“

6.7.4 Weitere Projekte

Brauchen wir wirklich so viele Medikamente im Alter		Pdb Nr.118
Ort/Land	Slowenien	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Information über die positiven und negativen Effekte des Medikamentenkonsums• Diskussion über die typischen Gruppen der Medikamente• Schulung und individuelle Befragung mit älteren Menschen auf der Basis des eigenen Erfahrungswissens	

Tabelle 107 „Brauchen wir wirklich so viele Medikamente im Alter“

Arzneimittel-Sicherheitsgurt		Pdb Nr.218
Ort/Land	Österreich	
Maßnahme/Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt ist eine speziell von Apotheken entwickelte Datenbank, die automatisch überprüft, ob verschiedene Medikamente auch tatsächlich zusammenpassen, ob Wechselwirkungen vorliegen oder ob sich Unregelmäßigkeiten bei der Einnahme des Medikamentes auf das Wohlbefinden auswirken. Diskussion über die typischen Gruppen der Medikamente• Für Patienten, die sich auf eigenen Wunsch zum Service „Arzneimittel-Sicherheitsgurt“ anmelden, wird eine Medikationsdatenbank angelegt. Bei jedem Kauf von Medikamenten in einer am Projekt teilnehmenden Apotheke können die Präparate des Patienten durch die Freigabe mit Hilfe der e-card auf Wechselwirkungen, Doppelmedikation (zwei Arzneimittel mit identischem Inhaltsstoff) und Compliance-Probleme überprüft werden.	

Tabelle 108 „Arzneimittel-Sicherheitsgurt“

6.8 RUHESTAND UND VORRUHESTAND



Mit der nachhaltigen Finanzierung des Rentensystems sind viele Länder konfrontiert. Die Anzahl der älteren Menschen steigt und gleichzeitig sinkt die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter. Das Bestreben der Politik ist, die Arbeitslosigkeit der älteren Bevölkerung zu senken, auch aus dem Grund weil Arbeitslosigkeit ein Gesundheitsrisiko darstellt und diese sich negativ auf die Rente auswirkt. Die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit durch ein gezieltes Altersmanagement, um länger arbeiten zu können sowie die Vorbereitung auf die Lebensphase nach dem Arbeitsleben stellen wichtige Maßnahmen dar, um den Übergang von der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand und den damit verbundenen Anpassungsprozess gut zu gestalten. Die Pensionierung ist der Start in einen „neuen“ Lebensabschnitt, der weniger durch gesellschaftliche Konventionen gekennzeichnet ist, sondern durch das Suchen und Finden von neuen gesellschaftlichen Rollen. Die Menschen befinden sich in einer „Übergangsphase“, die von psychischen Ungewissheiten begleitet wird (Kutscha 1991) und Anpassungsleistung und Neuorientierung (Kohli 1985, 1992) erfordert. Es wird hier die Annahme vertreten, dass die Betroffenen in dieser Phase besonders offen sind für neue Gestaltungsmöglichkeiten und Verhaltensweisen, welche die Gesundheitsentwicklung in der dritten Lebensphase positiv beeinflussen können.

Die hier dargestellten Projekte beziehen sich vor allem auf die gesundheitsförderlichen Maßnahmen in denen es darum geht, den Anpassungsprozess vom Berufsleben in die Pensionierung erfolgreich zu gestalten.

Konnte bei Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung gezeigt werden, dass sie positive Wirkung auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen haben (Boukal, Meggeneder, 2005; Illmarinen, 2005) so gibt es wenig evidenzbasierte Literatur über die Maßnahmen, die die Vorbereitung auf die Lebensphase nach dem Arbeitsleben zum Inhalt haben. Es kann an Beispielen gezeigt werden, dass soziale Maßnahmen, wie zum Beispiel Vorbereitungskurse, die Menschen auf den Ruhestand vorbereiten, einen positiven Effekt für die Betroffenen

haben. In einer Studie kam man zu dem Schluss, dass man damit das Empowerment der Betroffenen erhöhen kann (Lethbridge, 2001).

6.8.1 Strategie und Ziele

- Die Teilnahme älterer Menschen am Erwerbsleben und die Qualität ihrer Erwerbstätigkeit durch innovative Führungskonzepte steigern.
- Eine Balance zwischen den persönlichen Ressourcen des Einzelnen und den Anforderungen des Erwerbslebens schaffen und Altersdiskriminierung entgegenwirken.
- Berufskrankheiten vorbeugen, einen gesunden Lebensstil fördern und einen stressfreien Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand unterstützen.

FOLGLICH bedeutet das:

Informationen und Programme zur Vorbeugung von Berufskrankheiten zur Förderung eines gesunden Lebensstils sowie eines stressfreien Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand anbieten.

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Vorbereitung auf das spätere Leben*“ wurden Vorruhestandspakete kreiert und Workshops organisiert, um älteren Menschen Informationen zu unterschiedlichen Bereichen zur Verfügung zu stellen, um sie auf ihr späteres Leben vorzubereiten.

Vorhandene BGF-Programme in der SV für die Zielgruppe ab 50 adaptieren und initiieren.

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Smarte Regionen – Altersmanagement in innovativen Regionen*“ wurden Maßnahmen für altersbasiertes Arbeiten am Arbeitsplatz entwickelt und die Stakeholder für die Thematik sensibilisiert.

6.8.2 Projekte und ihre Maßnahmen

Vorbereitung auf das spätere Leben		Pdb Nr. 159
Link		
Ort/Land	England, Hambleton	
Organisation, Kontakt, Adresse	Hull and East Riding Community Health NHS Trust Janet McDougall janet.mcdougall@erypct.nhs.uk	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	Behörde für Gesundheitsentwicklung (jetzt teil des Nationalen Instituts für Klinische Spitzenleistung) Das Projekt war verlinkt zu Dokumenten, die von der Abteilung für Gesundheit in London publiziert wurden und förderte physische Aktivitäten und Rechte für ältere Menschen.	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere ArbeitnehmerInnen 50+.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	City Hull, Region East Riding	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt förderte Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen, setzte am Ruhestandsalter an, entwickelte Ressourcenpakete in angemessenen Formaten, um den Bedürfnissen der Menschen entgegen zu kommen und inkludierte Trainingsmaterialien für unterschiedliche Settings. • Ziel war es älteren Menschen Informationen zur Verfügung stellen, mit denen sie effektive Entscheidungen treffen können und einen Plan für ihr späteres Leben bekommen 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Die meisten Leute wurden erreicht durch Verteilung der Vorruhestandspakete, die weitreichenden Themen umfassten, wie Gesundheit, Aktivität, Übungen, mentales Wohlbefinden, Verlust, sozialer Kontakte, Beziehungen, Beschäftigungsmöglichkeiten, Freizeitaktivitäten, ehrenamtliche Arbeit, Zeit und Struktur und Finanzen • Eine kleinere Anzahl an Personen nahmen auch teil an Workshops, die von geschulten Trainern durchgeführt wurden und fähig waren andere für den Ruhestand zu „trainieren“. 	
Gesundheitsförderliche Themen	(Vor-) Ruhestand, Lebenslanges Lernen, soziales Kapital, Bewegung	
Evaluation (Beschreibung)	Die Workshops wurden evaluiert inwieweit die Einstellung der TeilnehmerInnen von der Erfahrung über den Ruhestand beeinflusst wurde z.B. ihre Auffassung über die positiven und negativen Seiten des Ruhestands oder wie sehr sie gewillt sind vor auszuplanen	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-	Über 3000 Kopien wurden von dem Ressourcenpaket verteilt, über 200 Menschen haben an den Workshops teilgenommen und 50 Personen wurden zu TrainerInnen geschult. Die Workshops wurden sehr positiv evaluiert und zeigten, dass effektive	

zufriedenheit)	<p>Ergebnisse wie beispielsweise Veränderungen in der Betrachtungsweise von Ruhestand; die Personen fühlten sich positiver, optimistischer und ermutigt; Verändertes Verhalten wie z. B: 64,4% der Menschen hatten die Absicht mehr zu planen und mehr Wissen über mögliche Angebote zu haben.</p> <p>Die Praxis wurde fortgesetzt, um sich am Arbeitsplatz der primären Versorgung und der weitreichenden Gemeinschaft zu entwickeln.</p>
Nachhaltigkeit und Innovation	<p>Das Projekt wurde seit 2001 durchgeführt. Wenn die Pakete einmal gestaltet wurden, konnten sie relativ kostengünstig für ältere Menschen angeboten werden.</p>

Tabelle 109 „Vorbereitung auf das spätere Leben“

Erfolgreiches Altern		Pdb Nr.112
Link	http://www.uvzsr.sk/	
Ort/Land	Slowakei	
Organisation, Kontakt, Adresse		
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	Regionale Public Health Institutionen	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren ältere Menschen 50+.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	In einigen Städten der Slowakei, in denen regionale Public Health Behörden vertreten sind	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt wollte die Denkweise und den Lebensstil älterer Menschen verändern. • Verstärkte mentale Bereitschaft für ein Leben im Alter ist verbunden mit einer größeren Unabhängigkeit, Selbstbewusstsein und Würde. Das Bildungsprogramm zielte darauf ab jene vorzubereiten, die sich dem Ruhestand nähern, um sie psychologisch für die Herausforderungen der Pension fit zu machen. • Hilfestellung bei der mentalen Vorbereitung auf das Leben in der Pension und Schulung die vermehrte Freizeit zu nutzen • Informationen für Ältere bei den regionalen Gesundheitsbehörden in der ganzen Slowakei verfügbar machen 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Professioneller Workshop für Gesundheitspädagogen (März 2003) • Ein Bildungsprogramm durchführen 	
Gesundheitsförderliche Themen	(Vor-) Ruhestand, Lebenslanges Lernen, mentale Gesundheit	
Evaluation (Beschreibung)		
Wirksamkeit	1. Handbuch "Gesundes Altern" für ExpertInnen, 2. Broschüren über gesundes Altern für Ältere	
Nachhaltigkeit und Innovation	Die Schulung basierte auf spezifischen methodologischen Empfehlungen für die Ausbildung von älteren Menschen z.B. neues Wissen zu erlangen soll langsam und schrittweise erreicht werden; TeilnehmerInnen mussten die Chance haben die Geschwindigkeit selbst zu wählen oder Einfluss auf die Geschwindigkeit der Bildungsfortschritte nehmen zu können. Die Quantität der Information, die in einer Sitzung angeboten wurde, sollte kleiner sein als jene für jüngere TeilnehmerInnen. Weitere wichtige Punkte: Deutlichkeit und Übersichtlichkeit, Illustrationen oder Ausstellungsstücke, fehlerhafte, unzureichende Infos vergangener Sitzungen taktvoll korrigieren, um falsche Gewohnheiten zu vermeiden, Aktivierung der TeilnehmerInnen durch zahlreiche Anreize und Fragen, um sie in der Interpretation von neuen Informationen zu involvieren.	

Tabelle 110 „Erfolgreiches Altern“

In Erwartung der goldenen Jahre		Pdb Nr.177
Link		
Ort/Land	Niederlande, Utrecht	
Organisation, Kontakt, Adresse	NIGZ G. H. van der Zanden gvanderzanden @nigz.nl Fax: + 31 348 437666	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• Utrecht Universität, Abteilung für Gesundheitspsychologie• NIGZ• Universität von Twente, Abteilung für Psychologie und Kommunikation von Gesundheit und Risiken	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Das Programm wurde angeboten für Menschen zwischen 50 und 75 Jahren, die (leicht) beunruhigt über die Zukunft sind. Das Projekt war nicht spezialisiert für Ungleichheiten oder Gender in der Gesundheit.	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	In Gemeinden, auf lokaler Ebene	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Ziel des Projekts war es die pro-aktiven Kompetenzen zu verbessern und durch Vorbereitung auf den Ruhestand und das Altern den Aufwand für die eigene (individuelle) Zukunft zu stimulieren.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• ExpertInnen machten Erfahrungen durch psychosoziale Interventionen und Gruppenarbeiten (z.B. arbeiten in Organisationen wie jene der Wohlfahrt, für mentale Gesundheit, für Heimbetreuung oder für Ältere)• Im Projekt wurde entschieden, dass der/die TrainerIn älter als 50 Jahre sein musste, Erfahrungen mit Gruppenarbeit hatte und „Altern“ als eine Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung sah.• Das Programm wurde für 20 Gruppen auf lokaler Ebene angeboten. 160 SeniorInnen haben teilgenommen.• Das Programm fokussierte auf mentale Gesundheit und sozialem Kapital in der Ruhestandsphase und wurde hauptsächlich durch quantitative Methoden evaluiert. Es gab eine randomisierte Kontrollgruppe. Ein „trainier den Trainer“ Modell wurde für die Zukunft entwickelt. Das Programm wurde in zahlreichen Artikeln dokumentiert und auch bald publiziert.	
Gesundheitsförderliche Themen	(Vor-) Ruhestand, mentale Gesundheit, Soziales Kapital	
Evaluation (Beschreibung)	Das Programm wurde evaluiert durch eine Prozessevaluation und eine Ergebnisevaluation. Die Ergebnisevaluation bestand aus einer randomisierten Kontrollstudie mit einer wartenden Kontrollgruppe. Die Stichprobe bestand aus 158 TeilnehmerInnen. Vorwiegend wurden quantitative aber auch einige qualitative Maßnahmen durchgeführt.	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-	Das Projekt wurde auf Holländisch in einem Handbuch für Interventionen und Evaluationsmaterial dokumentiert. Außerdem wurden wissenschaftliche Publikationen erarbeitet. Eine wurde im April 2006 veröffentlicht, die anderen wurden überprüft und vorbereitet.	

<p>zufriedenheit)</p>	<p>Die Prozessevaluation: Das Programm wurde positiv evaluiert. Der Grad der Anwesenheit war zufriedenstellend und die Anwendbarkeit der Techniken wurde bewiesen.</p> <p>Die Ergebnisevaluation: das Programm verbesserte die pro-aktiven Handlungskompetenzen und den Denkansatz der TeilnehmerInnen sich auf das Altern vorzubereiten signifikant (Zeit von Gruppeninteraktionen). Diese Ergebnisse blieben auch 3 Monate nach Beendigung der Interventionen stabil. Das Programm hatte weder negative Nebenwirkungen bzgl. Beunruhigung oder negativer Einstellung, noch gab es allgemeine Auswirkungen auf das Selbstvertrauen. Eine Unterschiedliche Effektivität konnte nur für einige psychologischen Charakteristiken und ein interventions-spezifisches Merkmal aufgezeigt werden.</p>
<p>Nachhaltigkeit und Innovation</p>	<p>Bis April 2006 wurde ein Antrag für die Finanzierung einer nationalen Implementierung sowie für die Prozess- und Ergebnisevaluation des Projektes eingereicht.</p> <p>Im Antrag wurde beschrieben, wie ein „trainer den Trainer“ („train the trainer“) Modell entwickelt wird. GesundheitsexpertInnen wurden geschult, um das Programm „In Erwartung der goldenen Jahre“ anbieten zu können. Das Modell könnte auch für die Bedürfnisse anderer europäischer Länder abgeändert werden. Die Organisationen sollten Erfahrungen und Kapazität für psychosoziale Interventionen haben.</p> <p>Der innovative Beitrag liegt im pro-aktiven und zukunftsorientierten Ansatz durch die Kombination von Selbstmanagementtechniken und der Betonung auf Verhaltensänderungen. Im Gegensatz zu den Ruhestandskursen kann jeder, nicht nur arbeitende SeniorInnen, teilnehmen.</p>

Tabelle 111 „In Erwartung der goldenen Jahre“

6.8.3 Weitere Projekte

Smarte Region – Altersmanagement in innovativen Regionen Pdb Nr.26	
<p>Ort/Land</p>	<p>Österreich</p>
<p>Maßnahme/Intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftliche Analyse und Wissenstransfer • Maßnahmen für altersbasiertes Arbeiten am Arbeitsplatz • Sensibilisierung der Akteure • Entwicklung eines Netzwerks, Interviews und Workshops mit den Akteuren

Tabelle 112 „Smarte Region – Altersmanagement in innovativen Regionen“

6.8.4 Projekte der österreichischen SV-Landschaft

Gesundheitsmaßnahme 50 plus Pdb Nr.233	
<p>Organisation</p>	<p>SVB ohne Kooperationspartner</p>
<p>Kontakt, Adresse</p>	<p>Johannes Gföllner 0676-81984346 johannes.gfoellner@svb.at</p>

Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• 15-tägiger Turnus als Ausstiegshilfe aus dem Erwerbsleben und Einstiegshilfe in die Pensionszeit. Durch das bei den Turnussen gebotene Programm sollte die körperliche und seelische Gesundheit der TeilnehmerInnen langfristig erhalten und verbessert werden.• Unter dem Titel „Maßnahme zur Festigung der Gesundheit“ bzw. als „Gesundheitsvorsorgemaßnahme“ wurden erholungsbedürftige Personen (Männer, Frauen, Ehepaare), die kurz vor oder nach der Pensionierung bzw. der Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit in der Landwirtschaft stehen, Hilfestellung gegeben.
--------------------------------------	--

Tabelle 113 „Gesundheitsmaßnahmen 50 plus“

GeVital		Pdb Nr.223
Organisation	<ul style="list-style-type: none">• Beteiligung als Kooperationspartner beim AKS Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin	
Kontakt, Adresse	Mag. Irene Fritz 05574 202 1060	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• Gevital half bei den vielfältigen Fragen rund um das Älterwerden, sammelte Informationen zu allem, was in dieser Lebensphase von Interesse ist – Vorträge, Veranstaltungen, sportliche Aktivitäten etc. – und gab diese an die Menschen weiter.• Außerdem organisierte Gevital selbst Veranstaltungen.	

Tabelle 114 „GeVital“

6.9 ERWEITERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION



Unter diesem Thema werden Projekte eingetragen, die derzeit im Rahmen von Initiativen der Sozialversicherung für die Zielgruppe der älteren Menschen kaum aktuell sind. Sie sind jedoch im Sinne der Innovation und der ständigen Weiterentwicklung der gesundheitsförderlichen Interventionen von besonderem Interesse. Auch auf Grund der Wirksamkeit stellen sie mögliche Zukunftsperspektiven dar. Es werden Projekte in denen gesundheitsförderliche/präventive „Hausbesuche“ gemacht werden und Projekte die sich mit der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen beschäftigen, dargestellt.

Gesundheitsförderliche/präventive Hausbesuche

Von großer Bedeutung für gesundes Altern ist die Erhaltung der Autonomie und Selbständigkeit der älteren Menschen in ihren eigenen Wohnungen. Die adäquate Unterstützung durch mobile Versorgungsdienste und die Ermutigung gesundheitsförderliche/präventive Angebote in Anspruch zu nehmen stellt die Basis dafür dar. Eine Möglichkeit der Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind Hausbesuche. Barrieren wie zum Beispiel Mobilitätsbarrieren, soziale Barrieren verhindern, dass ältere Menschen gesundheitsförderliche/ präventive Angebote in Anspruch nehmen. Im Besonderen sind davon ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und Menschen mit Migrationshintergrund betroffen.

Gesundheitsförderung mit pflegenden Angehörigen

Das Thema der Betreuung und Pflege älterer Menschen ist in Österreich in letzter Zeit stark in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Die Diskussion dreht sich im Besonderen um die „Rund um die Uhr Pflege“ durch ausländische Pflegekräfte. Neben dieser Thematik geht es vor allem auch darum, aufzuzeigen, dass ein Großteil der pflegebedürftigen Menschen zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt wird. Das klassische Bild der pflegenden Angehörige ist die Ehefrau und Tochter (Hedke-Becker, 1999), sie ist im Durchschnitt 55 Jahre alt. Ihre Arbeit wird als Selbstverständlichkeit gesehen von der Gesellschaft und von den zu Pflegenden selbst. Dass die Pflegeleistung häufig selbst zur gesundheitlichen und

psychischen Belastung für die pflegende Angehörige wird, wird dabei nicht gesehen. Im Rahmen von gesundheitsförderlichen Initiativen mit der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen wird diesem Umstand Rechnung getragen und spezielle Beratung und Unterstützungsangebote angeboten.

6.9.1 Evidenz und Statistik

- Hausbesuche für ältere Menschen können die Mortalität reduzieren, der Effekt ist moderat und die Evidenz ist für die jüngeren 73- bis 78-Jährigen stärker als für über 80-Jährige (van Haastregt, Diederiks, van Rossum, de Witte, Crebolder, 2000; Stuck, Egger, Hammer, Minder, Beck, 2002).
- Hausbesuche verringern die Zahl der Einweisungen in Institutionen der Langzeitpflege für ältere Menschen, die Evidenz ist stärker wenn sie öfter als 9 Mal besucht werden (Stuck, Egger, Hammer, Minder, Beck, 2002).

FOLGLICH bedeutet das:

Hausbesuche:

Intervention des gesundheitsförderlichen Hausbesuches am Case-Management-Ansatz ausrichten. Dies ergibt sich einerseits aufgrund der speziellen Situation der Betroffenen (familiäre Situation, persönliche Situation) und andererseits aufgrund der Vielzahl an möglichen einzubindenden Stellen (Vereine, mobile Dienste, u.a.).

⇒ Beispiel: Das Projekt „*Gesund älter werden*“ förderte durch eine umfassende, geriatrische Beurteilung und die Entwicklung eines individuellen Unterstützungsplanes die Autonomie und Unabhängigkeit älterer Menschen.

Speziell sozial benachteiligte ältere Menschen zur Teilnahme motivieren. Durch intersektorale Zusammenarbeit auf lokaler Ebene können diese speziell erfasst werden und motiviert werden lokale Angebote in Anspruch zu nehmen.

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Gesundes Aktives Altern Radevormwald „aktiv55plus“*“ wurde durch Zusammenarbeit der EntscheidungsträgerInnen die Verzahnung der Leistungen gefördert. Infolge wurden die lokalen Angebote und Aktivitäten durch den aufsuchenden, klientenzentrierten Ansatz einfach erreichbar gemacht.

Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige:

Informations- und Beratungsprogramme für pflegende Angehörige anbieten; thematisch geht es um die Haltung bei körperlich anstrengenden Pflegemaßnahmen und um den Umgang mit dem körperlichen und geistigen Abbau von nahestehenden Menschen.

Die Öffentlichkeit sensibilisieren, um die „unsichtbare Arbeit“ pflegender Angehöriger sichtbar zu machen. Hierbei geht es auch um eine Zusammenarbeit aller relevanten Stakeholder, um die mentalen, gesundheitlichen und physischen Belastungen entgegenzuwirken.

⇒ Beispiel: Im Projekt „*Die Spinne und das Netz*“ wurden pflegende Angehörige durch Selbsthilfegruppen, Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote und intensive Öffentlichkeitsarbeit unterstützt.

6.9.2 Projekte und ihre Maßnahmen

6.9.2.1 Hausbesuche

Gesundes und Aktives Altern Radevormwald „aktiv55plus“		Pdb Nr.57
Link	http://www.aktiv55plus.de/	
Ort/Land	Radevormwald, Deutschland	
Organisation, Kontakt, Adresse	Verein aktiv55plus e.V. Radevormwald Dr. med. Reinhold Hiki aktiv55plus@radevormwald.de 0049 (02195) 600-0	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none">• WHO• Johanniter Einrichtungen Radevormwald• Stadt Radevormwald• Gesundheitsamt Oberbergischer Kreis	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	Zielgruppe waren Personen über 55 Jahre, die aus dem Erwerbsleben ausschieden und in die Pension eintraten oder kürzlich ihren langjährigen Lebenspartner durch Tod verloren haben.	
Setting/Lebenswelt und Zugänglichkeit	Im Projekt werden lokale Angebote und Aktivitäten in Anspruch genommen, die für die Zielgruppe einfach zu erreichen sind.	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none">• Den Grad der Selbsttätigkeit, des Selbstbewusstseins und der Selbständigkeit für die beteiligten Menschen zu erhöhen mit den bestehenden Ressourcen in einer Gemeinschaft die Gesundheit älterer Menschen nachweisbar und effizient zu verbessern.• Dies geschieht durch einen aufsuchenden, klientenzentrierten Ansatz wie durch intersektorale Zusammenarbeit auf lokaler Ebene.• Das Projekt arbeitet auf zwei Interventionsebenen: 1. auf der Basis der individuellen Bedürfnisse, 2. auf einer systemischen Ebene, d.h. es versucht Barrieren zu benennen und anhand innovativer Strategien zu überwinden. Dies sowohl auf lokaler Ebene als auch auf Landesebene.	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• aktive und selbständige Lebensführung fördern• Zusammenarbeit auf lokaler Ebene• Die Angemessenheit der Wohnung, der Sozialleistungen und des kulturellen Angebots sowie die Verzahnung der Leistungen• Ermittlung und Zusammenführung der wichtigsten Entscheidungsträger im Bereich Gesundheit der älteren Menschen	
Gesundheitsförderliche Themen	Ernährung, Bewegung, mentale Gesundheit, soziales Kapital, Suchtprävention, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)	Die wissenschaftliche Beratung wurde vom Institut für medizinische Soziologie der Universität in Düsseldorf. Diese beinhaltet eine formative und summative Evaluation, die Analyse der Dokumente, beteiligte Beobachtung, Interviews mit unterschiedlichen Stakeholdern und TeilnehmerInnen sowie eine Lebensqualitätsanalyse (WHOQOL-Bref).	

Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten- zufriedenheit)	<p>Hausbesuche waren eine Möglichkeit</p> <ul style="list-style-type: none">• Die KlientInnen über lokale Angebote zu informieren• Ihr Vertrauen zu bekommen• In ebenbürtigen Dialog zu treten• Den Gesundheitszustand und die Lebenssituation zu analysieren• Ihnen zu helfen die für sie richtigen Aktivitäten zu finden, die ihre Gesundheit und ihre Lebensqualität verbessern• Einige KlientInnen wollten nicht an den Aktivitäten teilnehmen; bei anderen waren viel Unterstützung und Betreuung nötig, um sie zu motivieren und zu aktivieren• Am Ende des Projekts waren ca. 1/3 der KlientInnen engagiert in Gruppen (selbst organisierte Interessensgruppen wie z.B.: Wandern); Zusätzlich wurden persönlich Kontakt aufgenommen mit KlientInnen, die nicht an Gruppen teilnehmen wollten (z.B.: regelmäßige Treffen zum Reden oder Schwimmen) <p>Einige wichtige Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none">• die Steigerung jener KlientInnen, die an sozialen Aktivitäten mindestens einmal pro Woche teilgenommen haben: von 28% auf 38%• 38% der verwitweten KlientInnen waren der Meinung, dass das Projekt ihnen half mit dem einschneidendem Erlebnis umzugehen (im Gegensatz zu 23% der pensionierten Klienten)• 40% aller TeilnehmerInnen bestätigten eine Verbesserung der Lebensqualität, speziell verwitwete nutzte das Projekt• Auf lokaler Ebene war das Hauptziel die strukturellen und systemischen Barrieren zu überwinden, die ältere Menschen oft an einem aktiven Lebensstil hindern.
Nachhaltigkeit und Innovation	<p>Das Projekt läuft weiter, und wird vom Verein aktiv55plus e.V. Radevormwald geleitet. Das Projekt ist innovativ, weil es ein gutes Beispiel für kommunale Gesundheitsförderung ist.</p>

Tabelle 115 „Gesundes und Aktives Altern Radevormwald ‚aktiv55plus‘“

Gesund älter werden		Pdb Nr.55
Link	http://www.aok-business.de/niedersachsen/	
Ort/Land	Deutschland, Niedersachsen	
Organisation, Kontakt, Adresse	AOK Niedersachsen Dr. Christiane Perschke-Hartmann christiane.perschke@nds.aok.de Tel. +49 511 870116141	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Hannover • Deutscher Hausärzteverband Niedersachsen • WHO • AOK Gesundheitskasse 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • Isolierte, ältere Menschen, Alleinwohnende und MigrantInnen • Sozial benachteiligte, ältere Männer und Frauen 65+ 	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit		
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Präventive Hausbesuche um Autonomie, Unabhängigkeit und Beschäftigung zu fördern • Individuelle Interventionen (Case Management) um die Lebensqualität zu verbessern • Die Vernetzung zwischen den regionalen Angeboten im Feld der Gesundheitsförderung und der sozialen Betreuung verbessern • Ziel ist es, sie über eine gesunde Lebensführung zu beraten, sie über Veränderungen im Alter zu informieren und sie bei der Durchführung der Maßnahmen unterstützen. 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Die präventiven Hausbesuche beinhalten eine umfassende geriatrische Beurteilung und die Entwicklung eines individuellen Unterstützungsplans für die Versicherten • Das Projektteam informiert ihre KlientInnen über die unterschiedlichen Themen wie z.B.: gesunde Ernährung, Bewegung, lokale Angebote (z.B.: PC Kurse, Chor, Spaziergehen, Wassergymnastik oder Meditation) • Die KlientInnen wurden über die Verbesserungen/Anpassungen ihrer Lebensumwelt informiert, um (Un-)fälle zu vermeiden • Die BeraterInnen versuchten die KlientInnen zur Teilnahme an lokalen Angeboten und Aktivitäten zu motivieren • Zusätzlich wurden individuelle Zielvereinbarungen für alle KlientInnen aufgesetzt, um deren Teilnahme und Einsatz zu gewährleisten 	
Gesundheitsförderliche Themen	Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Fall-/Unfallvermeidung, soziales Kapital, mentale Gesundheit, Krankheitsprävention	
Evaluation (Beschreibung)	Die Interviews waren Teil des Projektes healthPROelderly (Phase 3 Evaluation von Modellen guter Praxis). Die Evaluation wurde von externen Wissenschaftlern durchgeführt. Das Projekt wurde als randomisierte Studie durchgeführt. Von 4.300 Versicherten nahmen 1.300 am Projekt teil. Die TeilnehmerInnen der Interventionsgruppen lebten in ausgewählten Bezirken Hannovers und waren zwischen 68 und 79 Jahre alt und brauchten keine Betreuung. Die Interventionsgruppen	

	<p>bekamen präventive Hausbesuche. Die anderen 3000 Versicherten waren die Kontrollgruppe. Die Evaluation beinhaltete den Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aber auch einen vorher-nachher Vergleich bei der Interventionsgruppe.</p>
<p>Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)</p>	<p>Zu den wichtigsten Evaluationsergebnissen aus den Nennungen von insgesamt 272 Klienten zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 98,5% sind mit den Hausbesuchen zufrieden bzw. sehr zufrieden • 10,3% wären gern häufiger besucht worden • 8,0% fanden den zeitl. Abstand zwischen den Besuchen zu groß • 14,4% haben mehr Kontakte • 11,5% unternehmen mehr • 19,6% ernähren sich gesünder • 34,1% nehmen mehr Flüssigkeit zu sich • 25,9% haben fehlende Impfungen nachgeholt • 29,3% haben den Hausarzt aufgesucht • 15,9% bewegen sich mehr • 17,0% gaben an, dass sich ihre Stimmung verbessert hat <p>Ein Vorher-Nachher-Vergleich bezogen auf den Gesundheitsstatus ergab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebensstil hat sich in den Bereichen sportliche Übungen, gesunde Ernährung, Rauchen nahezu nicht verändert; positive Trends in den Bereichen Flüssigkeitszufuhr und Alkoholkonsum • Positive Auswirkung auf Stimmung/ Affekte sowie Schlafstörungen • Leichter Rückgang bei Gelenkbeschwerden und mäßigen bis starken Schmerzen • Rückgang im Bereich Inkontinenz • Großer Anteil hat fehlende Schutzimpfungen nachgeholt • Positiver Trend im Bereich Blutdruck (Anteil der Personen mit einem syst. Wert von über 159 mmHg von 48,4% auf 25,3% gesunken) • Keine nennenswerten Veränderungen im Bereich der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Gangunsicherheiten. • Anteil der Personen mit Auffälligkeiten im Bereich der kognitiven Leistungsfähigkeit ist reduziert
<p>Nachhaltigkeit und Innovation</p>	<p>„Gesund Älter Werden“ wurde 2004 in Hannover gestartet, zwischenzeitlich auf vier weitere Regionen ausgeweitet und mit dem „Deutschen Präventionspreis 2005“ sowie dem „Berliner Gesundheitspreis 2007“ ausgezeichnet. Es ist zugleich ein Demonstrationsprojekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO).</p> <p>Das Projekt wurde im Dezember 2007 beendet und läuft es aufgrund des Erfolges und der öffentlichen Anerkennung als reguläres Programm in der AOK Niedersachsen weiter.</p> <p>Das Projekt ist eine innovative Kombination aus präventiven Hausbesuchen, geriatrischer Beurteilung, Case Management und individuellen Unterstützungsplänen. Außerdem werden die adaptierten/verbesserten regionalen Angebote und Netzwerke integriert.</p> <p>Beabsichtigt ist, in diesem Zusammenhang Lösungswege aufzuzeigen, wie konstruktiv und gesundheitsfördernd mit Alter in unserer Gesellschaft umgegangen werden kann.</p>

Tabelle 116 „Gesundes Altern“

6.9.3 Weitere Projekte

„Geh ma“: Gesundheit macht alt		Pdb Nr. 208
Ort/Land	Österreich, Klagenfurt	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none">• gesundheitsfördernde Aktivitäten (Vorträge, Gesundheitstage, Jahresgruppen zum SIMA Gedächtnistrainingsprogramm)• die Bildung einer gemeindeübergreifenden Plattform und Vernetzung relevanter AkteurInnen• sozial orientierte Hausbesuche• bewusstseinsbildende Öffentlichkeitsarbeit	

Tabelle 117 „Geh ma“: Gesundheit macht alt“

6.9.3.1 Gesundheitsförderung mit pflegenden Angehörigen

Die Spinne und das Netz		Pdb Nr.32
Link	http://www.fgz.co.at/Die-Spinne-und-das-Netz-Frauengesundheitszentrum-Leibnitz.60.0.html	
Ort/Land	Leibnitz, Österreich	
Organisation, Kontakt, Adresse	Frauengesundheitszentrum Leibnitz Eva Janes frauen.pflege@fgz.co.at Tel. +43 3452 74020	
Stakeholder (Finanzierung, Kooperation) und Vernetzung im Projekt	<ul style="list-style-type: none"> • Land Steiermark • Stadt Graz • der Bund • der Sozialhilfeverband • Institut für Sozialmedizin Graz 	
Zielgruppe, Unterschiedlichkeit der Zielgruppe, Gender und Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • pflegende Angehörige und professionell Tätige im Bereich Pflege • ältere Frauen, die zuhause arbeiten und Angehörige zu Hause pflegen 	
Setting/Lebenswelt und Zugängigkeit	Gemeinde, Bezirk Leibnitz	
Ziel/Strategie des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderung von Frauen, die am Laienarbeitsplatz „Familie“ Angehörige pflegen • Empowerment: Stärkung und Entwicklung des Wissens, der Methodik und des Selbstwertgefühls der Angehörigen • Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit: die unsichtbare Arbeit pflegender Angehöriger sichtbar machen und auch dadurch die Position der Frauen stärken • Bestandsaufnahme der Angebote: Zusammenarbeit mit allen Organisationen relevanten Gruppen, engagierten Individuen und Diensten • Förderung und Unterstützung der BürgerInnen zur gemeindenahen Partizipation: Beteiligung von Personen, die es bisher nicht gewohnt waren, in regionalen Arbeitskreisen zu kooperieren • Mitarbeit an der sektorübergreifenden Reorganisation der Gesundheits- und Sozialdienste: Transparenz und Übersichtlichkeit im Bereich der Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege • Zugangsmöglichkeit und bedarfsgerechte Entwicklung (Bottom-Up-Ansatz): frauengerechte und bedarfsgerechte Weiterentwicklung des vorhandenen Angebotes durch die Arbeit in den regionalen Arbeitskreisen 	
Maßnahmen/ Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegehotline • Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige • Eine Vielfalt von Fortbildungs- und Qualifizierungsangeboten im Bezirk Leibnitz • Tauschring Frauengesundheitszentrum Leibnitz • Café Spinne – ein niederschwelliger Treffpunkt • Intensive Öffentlichkeitsarbeit, um die „unsichtbare“ Pflegearbeit sichtbar zu machen 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliothek und Herausgabe einer Zeitschrift • Fortbildungen im Pflegebereich • Eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft "Qualitätszirkel Pflege" mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege bedarfs- und frauengerechter zu entwickeln • Strukturarbeitskreis „Pflegegeld“ • Beiträge auf wissenschaftlichen Tagungen und Veranstaltungen • Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation und EU-PartnerInnen
Gesundheitsförderliche Themen	Soziales Kapital, mentale Gesundheit, Pflege
Evaluation (Beschreibung)	
Wirksamkeit (Kernergebnisse der Evaluation, Kosteneffektivität, Konsumenten-zufriedenheit)	<ul style="list-style-type: none"> • Das frauenspezifische Gesundheitsförderungsprojekt konnte erfolgreich im ländlichen Raum durchgeführt werden. • Die Situation der pflegenden Angehörigen wurde zu einem Thema. • Frauen sprachen verstärkt über ihre Lebenssituation und überlegten sich (oft mit dem Partner zusammen), wie eine häusliche Pflege zu organisieren wäre. • Pflegenden Frauen traten in die Öffentlichkeit, schrieben Artikel und berichteten auch selbst den Medien, wie ihre Situation aussieht und was sie sich wünschen. • Durch den Abbau der Trägergrenzen ist die Zusammenarbeit im Bezirk verbessert worden. • Es wurden Brücken zwischen stationärem und ambulantem Bereich durch die AG Entlassungsmanagement gebaut. Der Steiermärkischen Krankenanstalten Gesellschaft GmbH (KAGES) wurde empfohlen, steiermarkweit eine Arbeitsgemeinschaft „Koordinierte Entlassung“ zu starten. • Das Landeskrankenhaus Wagna wurde durch die AG „Koordinierte Entlassung“ zum Modellspital für die ländlichen Spitäler in der Steiermark. Die Wiederaufnahmeraten im LKH Wagna sind die niedrigsten steiermarkweit geworden. • Die Trägervereine im Bereich der mobilen pflegerischen und sozialen Dienste entwickelten und erweiterten ihre Angebote für pflegende Angehörige. • Durch die Teilnahme an drei EU-Projekten war das Projekt international eingebunden. • Mit dem Abschluss des Projektes wurden die meisten der Aktivitäten des Zentrums nach einer transparenten Kriterienliste an vorhandene Träger im Bezirk übergeben. Damit wurde eine nachhaltige Entwicklung gesichert.
Nachhaltigkeit und Innovation	Strategie war es diesen Bereich durch Empowerment und Vernetzung weiter zu entwickeln (systematischer Aufbau) und in den Gemeinden bewusst die aktiven Frauen miteinander zu vernetzen und zur Weiterführung dieser Themen zu motivieren und zu unterstützen ihre Kompetenzen zu erweitern.

Tabelle 118 "Die Spinne und das Netz"

6.10 PROJEKTÜBERSICHT

Die angeführte Tabelle stellt eine Übersicht dar, welche Themen der Gesundheitsförderung und Prävention in den Projekten bearbeitet werden. Die Projekte werden im Maßnahmenkatalog einem Thema zugeordnet und näher beschrieben.

Zeichenerklärung: BW= Bewegung, ER= Ernährung, AT= Alkohol und Tabak, MG= mentale Gesundheit, UV= Unfallvermeidung und Sicherheit, ME= Medikamentengebrauch, RV= Ruhestand und Vorruhestand, LL = Lebenslanges Lernen, Bildung für ältere Menschen, Lernprogramme

	Projektname	B	E	AT	SK	MG	UV	ME	RV	LL
1	„Wohlschmeckendes Leben“	✓	✓							
2	„Gemeinsam Wohlfühlen – Bewegungs- und Ernährungskurs für Migrantinnen aus der Türkei“	✓	✓							
3	„Gesunde Ernährung im Alter“		✓		✓					✓
4	„Verbesserung der Ernährung von SeniorInnen als unterstützender Faktor ihres generellen Gesundheitszustandes“		✓							✓
5	„Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten Älterer in Frydek-Mistek und Umgebung“	✓	✓							✓
6	„Die Beteiligung und Rolle älterer Ehrenamtliche bei der Förderung einer gesunden Ernährung für die Prävention koronarer Herzerkrankungen“		✓							✓
7	„Ein Herz für Wien“	✓	✓		✓	✓				
8	„Enns gemeinsam gesünder- Wir beugen vor!“	✓	✓		✓					
9	„Aktiv und Gesund im Generationenverbund“	✓			✓	✓				
10	„Big! Move“	✓	✓							
11	„SIMA – PLUS: Projekt zur Weiterentwicklung und Konsolidierung des Trainingsprogramms ‚Selbstständig im Alter‘ (SIMA)“	✓				✓				
12	„Ein Leben lang beweglich sein“	✓					✓			✓
13	„Kognitive Trainings und physische Fitnessprogramme für ältere Menschen“	✓				✓				
14	„Auswirkung der Tanztherapie auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen“	✓					✓			
15	„Aktive Gesundheitsförderung im Alter“	✓	✓		✓	✓				
16	„Fit für 100“	✓								



	Projektname	B	E	AT	SK	MG	UV	ME	RV	LL
17	„Bewegungsprogramm für SeniorInnen“	✓								
18	„Implementierung eines Bewegungsprogramms für Menschen im dritten Lebensabschnitt von Thessaloniki“	✓								
19	„Bewegen mit Freude: Flash! – Bewegungskampagne für Menschen 55+“	✓								
20	„Gesund und Vital für ältere Menschen aus der Türkei“	✓	✓				✓			
21	„Mobilität für Gesundheit“	✓			✓					
22	„Turnsäle für Ältere“	✓	✓		✓	✓				✓
23	„Geh weiter“	✓			✓		✓			
24	„Spaziergänger aus Hambleton gehen für Gesundheit“	✓			✓	✓				
25	„Sesselgestütztes Übungsprogramm“	✓			✓		✓			
26	„Betreutes und animiertes Bewegen“	✓			✓					
27	„Fit fürs Leben“	✓			✓	✓				✓
28	„Jung.Alt.Werden.“	✓			✓					
29	„Ein Programm körperlicher Erholung für ältere Menschen“	✓			✓					✓
30	„Groningen Aktive Leben – Modell (GALM)“	✓			✓					
31	„Bundesmodellprojekt Richtig Fit ab 50“	✓			✓					
32	„Gesund älter werden im Stadtteil“	✓			✓					
33	„Herzschlag Limburg“	✓	✓	✓						
34	„Aktiv arde arden – Set in motion Fifty and fit / Fit fifties senior motion“	✓				✓				
35	„Erholungsaufenthalt für Senioren“	✓	✓		✓	✓				
36	„Lebensqualität und Gesundheit im Alter – ‚SilverKids‘“	✓	✓			✓				
37	„alt.Jung.Sein“	✓			✓	✓				
38	„Der Gesundheitspass“	✓	✓		✓		✓			
39	„Kurzprogramm für die Rehabilitation älterer Menschen durch Gleichgewichtstraining“						✓			
40	„Ausbildung zur Prävention und Reduktion von Wirbelsäulenerkrankungen im Alter“	✓					✓			✓
41	„Positive Aktionen gegen Unfälle: Ein Ansatz durch Ausbildung Gleichaltriger“	✓					✓			



	Projektname	B	E	AT	SK	MG	UV	ME	RV	LL
42	„Warrington Unfallmanagement und Präventionsservice“	✓					✓			
43	„Im Gleichgewicht bleiben“	✓					✓			
44	„Initiative der Fallprävention mit Apotheken der Gemeinde“						✓			
45	„Gesundheitsförderung für ältere Menschen“	✓			✓		✓			
46	„Sicher Gehen über 60“				✓		✓			
47	„Gesundes Altern“	✓			✓	✓	✓			✓
48	„Besser in Balance“	✓				✓	✓			✓
49	„Sicherheit und Gesundheit für Senioren“	✓	✓			✓	✓			
50	„Aktionskreis Suchtprophylaxe. Arbeitsgruppe Seniorinnen“			✓				✓		✓
51	„Streben nach gesundem Leben (AHL)“				✓					✓
52	„Los geht's“	✓			✓	✓				✓
53	„Teilnahme der ländlichen Bevölkerung an der Verbesserung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens“				✓					
54	„Das gut altern England Projekt“	✓	✓		✓		✓			✓
55	„Psychosoziale Gruppenrehabilitation für ältere, einsame Menschen“				✓					
56	„Keine Angst vor einem gesunden Älterwerden“	✓	✓			✓				✓
57	„+ Plus Leben“	✓	✓			✓		✓		✓
58	„Leben zu den Jahren hinzufügen und aktiv bleiben: Gesundes Altern“	✓				✓			✓	
59	„PASEO – Aufbau strategischer Kapazitäten für Gesundheitsförderung“	✓			✓	✓				
60	„Favoritner mit Herz“	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓
61	„Reifer Lebensgenuss – ein Projekt für und mit Menschen 50+“				✓					✓
62	„sALTo – Gut und selbstbestimmt älter werden im Stadtteil“	✓	✓		✓	✓				✓
63	„Selbsthilfegruppen für ältere Menschen in der Gemeinde“	✓			✓	✓				
64	„Selbsthilfegruppen für ältere Menschen“				✓					
65	„Von den PatientInnen zu den ExpertInnen“				✓					
66	„Unterstützende Nachbarschaft“				✓					



	Projektname	B	E	AT	SK	MG	UV	ME	RV	LL
67	„Bromley-by-Brow Center“		✓		✓					
68	„Finanzielle Unterstützung für Organisationen um generationenübergreifende Aktivitäten zu unterstützen“				✓					✓
69	„Aktiver Lebensabend“		✓		✓					✓
70	„Lebenswerte Lebenswelten“				✓					✓
71	„Reife Äpfel“				✓					
72	„Selbsthilfegruppen für schwule Männer 50+“				✓					
73	„Internetgemeinschaft ‚50plusnet‘“				✓					
74	„Scotland Braveheart“	✓	✓		✓	✓				
75	„Wohlbefinden für ältere Menschen“				✓					
76	„ONLUS Selbstmanagement von Leistungen und Aktionen“				✓	✓				
77	„Die Helpline für ältere Menschen“				✓					
78	„SMZ Liebenau – Gesundheitsplattform“				✓					
79	„Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen – Das Göppingen Projekt“				✓					
80	„Ich bin 65+ und glücklich ein gesundes Leben zu führen“				✓					✓
81	„Schule für aktives Altern“	✓	✓		✓	✓				✓
82	„Coach für das dritte Lebensalter“				✓					
83	„Stirling Gesundheitsförderungsprojekt“				✓					
84	Gesunde Region North Bohemia – Gib Jahre zum Leben und Leben zu den Jahren	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
85	„Anders Altern in Radenthein“				✓					
86	„Ältere als Protagonisten der Gegend“				✓					
87	„Aktivierung von älteren MitbürgerInnen“	✓			✓					
88	„Spurwechsel im dritten Lebensalter“				✓					
89	„LENA – Lernen in der nachberuflichen Phase“				✓					✓
90	„LIMA – Lebensqualität im Alter“	✓			✓	✓				
91	„Alt hilft Jung, Jung hilft Alt“	✓	✓		✓	✓				✓



	Projektname	B	E	AT	SK	MG	UV	ME	RV	LL
92	„Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung“				✓					✓
93	„Gesundheitszentrum für Ältere“	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
94	„Erfolgreiches Altern“				✓					✓
95	„Plan 60 – Gesundheitsförderung für Ältere im urbanen Setting“				✓					✓
96	„JA!Jetzt Aktiv“	✓	✓		✓	✓				
97	„Kleeblatt“	✓	✓		✓					
98	„Programm zum Verständnis und Schutz der Gesundheit“					✓	✓			✓
99	„Ältere Frauen und mentale Gesundheitsförderung“					✓				✓
100	„Gedächtnistraining, gemeinsam und individuell“				✓	✓				✓
101	„SeniorInnentheater“	✓			✓	✓				
102	„Teilen und Umsorgen“				✓	✓				✓
103	„Erzählcafé für ältere Bürgerinnen und Bürger von Görlitz“				✓	✓				
104	„Clowns in Pflegeheimen“				✓	✓				
105	„Frauenherbst“					✓				✓
106	„Chronischer Schmerz von Älteren“							✓		
107	„Brauchen wir wirklich so viele Medikamente im Alter“							✓		✓
108	„Arzneimittel-Sicherheitsgurt“									
109	„Vorbereitung auf das spätere Leben“	✓			✓				✓	✓
110	„Erfolgreiches Altern“					✓			✓	✓
111	„In Erwartung der goldenen Jahre“				✓	✓			✓	
112	„Smarte Regionen – Altersmanagement in innovativen Regionen“				✓				✓	
113	„Gesundheitsmaßnahmen 50 plus“	✓			✓				✓	
114	„GeVital“	✓			✓				✓	
115	„Gesundes und Aktives Altern Radevormwald ‚aktiv55plus‘“	✓	✓	✓	✓	✓				
116	„Gesundes älter werden“	✓	✓	✓	✓	✓	✓			



	Projektname	B	E	AT	SK	MG	UV	ME	RV	LL
117	„Geh ma!: Gesundheit macht alt“				✓	✓				✓
118	„Die Spinne und das Netz“				✓	✓				

Literaturverzeichnis

- Abbassi-Nik B. Gesundheit, soziale Unterstützung und Lebenszufriedenheit im Alter unter besonderer Berücksichtigung von Bluthochdruck und Familienstand. Wien: Diplomarbeit 2004.
- Alcser KH, Börsch-Supan A, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA). Health, aging and retirement in Europe: first results from the Survey of Health, ageing and retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA) 2005.
- Altgeld T. Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren: Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. 2004.
- Altgeld T. Mehr Prävention und Gesundheitsförderung kann nur vor Ort realisiert werden. Prävention und Gesundheitsförderung. 2006; 1:24-32.
- Amann A, Grundböck A, Oberzaucher N, Pabst B, Reiterer B, Stadler-Vida M. Health promotion project for elderly people in Vienna based on the concepts of empowerment, participation and active ageing. European Journal of Public Health 2005.15.121
- Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. Am J Clin Nutr 2001; 74(5):579-84.
- Association of optometrics. <http://www.assoc-optometrics.org>. 2009.
- Badura B, Schellschmidt H, Vetter C. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Springer Verlag. 2004.
- Baltes PB, Baltes MM. Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In Baltes PB, Mittelstraß J (Hrsg.). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: De Gruyter 1992; 1-34.
- Barić L, Conrad G. Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes in der Gesundheitsförderung. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 1999.
- Bogers R, Tjihuis M, van Gelder B, Kromhout D. Final report of the HALE Project, Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe. Report 260853003. Bilthoven, Netherlands: RIVM 2005.
- Böhmer F. Aufgaben der Prävention in der Gerontologie. Wiener Medizinische Wochenschrift; 2001;14, 4.
- Boukal C, Meggeneder O. Healthy work in an ageing Europe: a European collection of measures for promoting the health of ageing employees at the workplace. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 2005.
- Braunsteiner-Reidinger A, Greindl G, Kozdera G, Rajecky R, Seidenschwann M, Schuch R. Beiträge der Psychologie zur Lebensbewältigung im hohen Alter. Das psychologische Arbeitsfeld der Gerontopsychologie im Kuratorium Wiener Pensionisten Wohnhäuser (KWP). Psychologie in Österreich 2006; 3: 219-222.
- Brehm J, Wendy R. Individual-level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital. American Journal of Political Science 1997;41 (3):999-1023.

Brodady H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(5):657-64.

Bruck, I. So bleiben Sie länger fit! Gesundheit und Beweglichkeit bis ins hohe Alter. Wien: Ueberreuter 2004.

Bukasa B, Panosch E. Ältere Lenker und Lenkerinnen. *Psychologie in Österreich* 2006; 3: 192-195.

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Freiwilliges Engagement in Österreich – Zahlen, Daten, Fakten. Wien. 2008

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Prävention für die zweite Lebenshälfte: Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. 2009

Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: Disease consequences and the benefit of cessation. *The science of health promotion* 2000; 14(6).

Cattan M, White M, Bond J, Learmonth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society* 2005; 25:41-67.

Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and metaanalysis of randomised clinical trials. *Bmj* 2004; 328 (7441):680.

Christ R. Erfolgreiche Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung im Alter und Umsetzungsszenarien für Österreich. Abstract 11. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. *Gesundes Altern*. Linz. 2008.

Conn VS, Valentine JC, Cooper HM. Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 2002; 24(3):190-200.

Dahlgren G, Whitehead M: Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for further studies 1991.

Dapp U, Anders J, Von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP. Aktive Gesundheitsförderung im Alter – ein neues, präventives Konzept und erste Ergebnisse aus dem Albertinen-Haus, Hamburg. 2003a. Bericht präsentiert am 6. Wiener Internationaler Geriatriekongress – Aktives Altern – Active Ageing. 22.-24.05.2003.

Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP. Durchführung und Erfolg gesundheitsfördernder Gruppenveranstaltungen für Senioren an einem geriatrischen Zentrum in Hamburg. 2003b. Bericht präsentiert am 6. Wiener Internationaler Geriatriekongress – Aktives Altern – Active Ageing. 22.-24.05.2003.

Dietscher C, Herbek S, Hübel U, Mosser K, Nowak P. Gesundheitsförderung als Leitidee für Spitäler und Pflegeheime? *Österreichische Krankenhauszeitung* 2001a; 42(3):10-13.

Dietscher C, Herbek S, Hübel U, Mosser K, Nowak P. Gesundheitsförderung für PatientInnen: Eine Aufgabe für Spitäler und Pflegeheime? *Österreichische Krankenhauszeitung* 2001b; 42 (1):12-15.

Dietscher C, Nowak P. Förderung gesunden Alterns für MitarbeiterInnen. Ein Überblick. 2005. www.gspwien-info.net. 22.12.2006.

Diketmüller R. Der Beitrag von Sport und Bewegung für „Erfolgreiches Altern“. Eine empirische Analyse von Kriterien und Strategien „erfolgreichen Alterns“ im Hinblick auf sportliche und körperliche Aktivität und ihre Konsequenzen für sportpädagogische/ger(ont)agogische Ansätze in der Altenarbeit. Wien: Dissertation. 1997.

Dooris M. Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships?. *Critical Public Health* 2004; 14 (3): 49-61.

Dorner T, Rieder A. Präventives Risikomanagement der koronaren Herzerkrankung. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2004; 15 (11-12):257-265.

Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. *J Fam Pract* 2000; 49(2):158-68.

Elmadfa I, Freisling H. Fat intake, diet variety and health promotion. *Forum Nutrition* 2005; 57:1-10.

Engelmann F, Halkow A. *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung; Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung.* 2008.

EU. Beschluss über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013), *Amtsblatt der europäischen Union*, 20.11.2007.

EURAG Österreich. Fit durch Bewegung. *Bewusst leben – Gesund altern.* –a.

EURAG Österreich. Geist und Psyche. *Bewusst leben – Gesund altern.* –b.

EURAG Österreich. Keine Angst vor dem Älterwerden. *Bewusst leben – Gesund altern.* –c.

EURAG Österreich. Ohne Essen geht es nicht. *Bewusst leben – Gesund altern.* –d.

EURAG Österreich. Sexualität und Erotik. *Bewusst leben – Gesund altern.* –e.

EURAG Österreich. Vorsorge als Lebensprinzip. *Bewusst leben – Gesund altern.* –f.

EUROPA – Eurostat: Population projections. http://epp.eurostat.ec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&product=Yearlies_new_population&language=en&root=/C/C1/C11/caa11024. 03.05.2006.

Europäische Kommission. Studie Healthy Ageing. www.healthyageing.eu. 2004-2007.

Feinsod R. Business case for workers age 50+: planning for tomorrow's talent needs in today's competitive environment: a report for AARP. Washington DC: AARP 2005.

Fries JF, Bloch DA, Harrington H, Richardson N, Beck R. Two-Year Results of a Randomized Controlled Trial of a Health Promotion Program in a Retiree Population: The Bank of America Study, *The American Journal of Medicine* 1993; 9 (4).

Fries JF, Harrington H, Edwards R, Kent LA, Richardson N. Randomized Controlled Trial of Cost Reductions from a Health Education Program: The California Public Employees' retirement System (PERS) Study, *American Journal of Health Promotion*; 1994, 8 (3).

Fries JF. Editorial: Can Preventive Gerontology Be on the Way? *American J of Public Health* 1997; 87 (10): 1592-1593.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; (4).

Gillies P. The effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International* 1998; 13:1-21.

Godfrey M, Townsend J, Surr C, Boyle G, Brooker D. Literature and policy review on prevention and service provision: Mental health problems in later life. London: Age Concern and the Mental Health Foundation.

<http://www.mhilli.org/index.aspx?page=stage2services.htm>. 20.11.2006.

Greenwood DC, Muir KR, Packham CJ, Madeley RJ. Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support. *J Public Health Med* 1996; 18(2): 221-31.

Gregg EW, Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(8):883-93.

Güntert BJ. Chancen und Herausforderungen des Alters aus (gesundheits-) ökonomischer Sicht. ÖBPB "Zum Heiligen Geist" Brixen. Tag der offenen Tür 02.10.2009.

Habl C. 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht mit besonderer Berücksichtigung der Männergesundheitsvorsorge. Wien: ÖBIG. 2004.

Hagberg L, Lindholm L. Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity, *Scandinavian Journal of Public Health* 2006, 24: 641-653.

Halbwachs C, Weiß O, Bauer R. Sport und Gesundheit. Die Auswirkungen des Sports auf die Gesundheit – eine sozio-ökonomische Analyse. Wien: Bundesministerium für Soziales und Generationen. 2000.

Hanlon JT, Lindblad CI, Hajjar ER, McCarthy TC. Update on drug-related problems in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother* 2003; 1(1): 38-43.

Hedtke-Becker A. Die Pflegenden pflegen. Gruppen für Angehörige alter Menschen. Eine Arbeitshilfe. Lambertus-Verlag, Freiburg i.Br. 1999.

House JS, Kessler RC, Herzog AR et al. Age, socioeconomic status, and health. *Milbank Quarterly* 1990; 68, 383-411.

Ilmarinen J. Towards a longer worklife – Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health 2005.

Jansen B, Karl F, Radebold H, Schmitz-Scherzer R (Hrsg.). Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim Basel: Beltz. 1999.

Kawachi I, Berkman LF. Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New*. 2001.

Keysor JJ, Jette AM. Have we oversold the benefit of late-life exercise? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(7): M412-23.

Kickbusch I. Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen: Gesundheitsförderung – Eine Moderne Profession, 2.Auflage, München, Urban&Fischer 2002; 181 ff.

Kiefer I. Diet and prevention of obesity. *Acta Medica Austriaca*. 2004a; 31, 120-124.

Kiefer I. Ernährung und Prävention der Adipositas. *Acta Medica Austriaca*. 2004b; 31(4): 120-124.

Kohli M. Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 37. (1), 1985; 1-29.

Kohli M. Altern in soziologischer Perspektive. In Baltes PB, Mittelsstraß J. (Hrsg.). *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin de Gruyter. 1992; 231-259.

Kolb M. Sportgeragogik – Zur Begründung und Konzeption von Modellen für den Alterssport. *Psychologie in Österreich*. 2003; 3:184-191.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Health Strategy White Paper, 2007.

Kruse A. Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. In: *Bildungsforschung* 2006; 3, (2) <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/gesundheit>. 04.05.2007.

Kurz R. Aktiv und Gesund im Generationenverbund Gesundheit kontra Krankheit. Bericht präsentiert am 6. Wiener Internationaler Geriatriekongress – Aktives Altern – Active Ageing. Wien 22.-24.05.2003.

Kutscha G. Übergangsforschung. In : Beck K, Kell A. (Hrsg). Bilanz der Bildungsforschung. Weinheim: Deutscher Studien Verlag. 1991; 113-155.

Lames M, Kolb M. Gesund & Bewegt. Gesundheitsförderung in Sportvereinen. Sankt Augustin: Academia-Verlag 1997.

Latham N, Anderson C, Bennett D, Stretton C. Progressive resistance strength training for physical disability in older people. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; (2).

Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc 1999; 47(1):30-9.

Leistikow BN, Martin DC, Jacobs J, Rocke DM, Noderer K. Smoking as a risk factor for accident death: a meta-analysis of cohort studies. Accid Anal Prev 2000; 32(3):397-405.

Lenz M, Richter T, Mühlhauser I, Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter - Eine systematische Übersicht, dt. Ärzteblatt 2009; 106 (40)

Lethbridge J. Pre-retirement Health Checks and Plans: A Literature Review. London: Health Development Agency 2001.

Lis K, Reichert M, Cosack A., Billings J, & Brown R (Hrsg.). Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People. Österreichisches Rotes Kreuz, Wien. 2008.

Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in Profile. Rotterdam, Netherlands: Department of Public Health, University Medical Center Rotterdam 2006.

Masoro EJ. Ageing: Current Concepts. In Masoro EJ (Hrsg.). Handbook of Physiology. Section 11: Aging. New York-Oxford: Oxford University Press 1995; 3-21

McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; (1).

Ministry of social affairs and health Helsinki. Government Resolution on the Health 2015 public health programme. <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/health2015/health2015.pdf>. 2001.

Munro J, Brazier J, Davey R, Nicholl J. Physical activity for the over-65s: could it be a cost-effective exercise for the NHS? J Public Health Med 1997; 19(4):397-402.

Munro JF, Nicholl JP, Brazier JE, Davey R, Cochrane T. Cost effectiveness of a community based exercise programme in over 65 year olds: cluster randomised trial. J Epidemiology Community Health 2004; 58(12):1004-10.

New South Wales (NSW) Health Department. A Framework for Building Capacity to Improve Health. 2001.

Noack H, Reis-Klingspiegl K: Building health promotion capacities in local settings: Community readiness and community participation. In: Horst Noack, Dorothea Kahr-Gottlieb (Hrsg.): Promoting the Public's Health. EUPHA 2005 Conference Book, Gamburg 2006, S. 113-122.

Nowotny M, Dachenhausen A, Stastny P, Zidek T, Brainin M. Empowerment, Lebensqualität und Partizipation in der neurologischen Rehabilitation. Eine empirische Studie an Schlaganfallpatienten und Angehörigen. Wiener Medizinische Wochenschrift 2004; 154 (23-24), 577-583.

Nutbeam D: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International, 2000, 15, 3, S. 259-267.

Ottensmeier B, Rothen HJ. Kommunale Seniorenpolitik. Handlungskonzepte zu Politikfeldern. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Demografie konkret - Seniorenpolitik in den Kommunen. 2006.

Parker MJ, Gillespie LD, Gillespie WJ. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; (3).

Peacock SC, Forbes DA. Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. Can J Nurs Res 2003; 35(4):88-107.

Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging. Am J Prev Med 2005; 28(3):298-304.

Pelikan J M, Nowak P, Dietscher C. Gesundheitsförderung praktisch als Führungsaufgabe. 2002. www.gspwien-info.net. 22.12.2006.

Pinquart M, Sörensen S. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? Journal of Mental Health and Aging 2001; 7(2):207-43.

Pochobradsky E. Sozialschicht und Gesundheit von Menschen im erwerbsfähigen Alter. Wien: Diplomarbeit. 1995.

Przyklenk A. Handbuch Alter. Gesundheit, Geld, Wohnen, Reisen, Partnerschaft. München: Dt. Taschenbuch-Verlag 1996.

Raeburn J., Corbett, T.: Community development: How effective is it as approach in health promotion? Paper prepared for the Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion. Auckland 2001.

Reid MC, Boutros NN, O'Connor PG, Cadariu A, Concato J. The health-related effects of alcohol use in older persons: a systematic review. Subst Abus 2002; 23(3):149-64.

Reis-Klingspiegl K., Pöcheim E., Schlemmer G.: Community readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks. Wissen und Intuition für eine schwierige Praxis. In: Sprenger, M. (Hrsg.): Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ. Prof. Dr. R. Horst Noack PhD, Lengerich 2005, S. 33-39.

Reis-Klingspiegl K., Kommunale Gesundheitsförderung als Aktivitätsbereich der österreichischen Sozialversicherungsträger. In Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.). Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung. 2005. S.112-117

Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. Am J Clin Nutr 2003; 78(3 Suppl):559S-69S.

Rieder A. Exkurs 2: Gesundheitsförderungsprogramm "Ein Herz für Wien". In Freidl W, Stronegger WJ, Neuhold C. (Hrsg.), Lebensstile in Wien (pp. 263-272). Wien: Magistrat Wien 2003.

Rieder JM. Gesundheitspflege. Gesunde Gemeinde Poysdorf. Gemeinsam das Wohlbefinden stärken. ProCare 1999; 10.

Rind W. Hallo Senior, mach mit! Gesund und fit im reifsten Lebensabschnitt durch Laufgehen, Bewegung und Entspannung. Wien: Eigenverlag Dr. Walter Rind 1995.

Robertson MC, Devlin N, Gardner MM, Campbell AJ. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial. Bmj 2001; 322(7288):697-701.

Robertson MC, Gardner MM, Devlin N, McGee R, Campbell AJ. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 2: Controlled trial in multiple centres. *Bmj* 2001; 322(7288):701-4.

Rosenbrock R. Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW: Gesundheitsförderung und Selbsthilfe 2004; 8: 7-149.

Rosenmayr, L. Kreativität im späten Leben - Erwecken und Stützung. Bericht präsentiert auf der Tagung "Erfahrungswissen für Initiativen". 23.06.2004.

Sahlén KG, Löfgren C, Lindholm L. Is prevention profitable after the age of 65? Preventive care home visits in Nordmaling. 2006:19. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health 2006.

Schierl R. Entlastende Maßnahmen am Beispiel einer österreichischen Bank. Personalentwicklung über 40. Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Lebens- und Arbeitsfreude älter werdender Mitarbeiter in GiroCredit. In R. Karazman, H. Geißler, I. Kloimüller & N. Winker (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer 1995; pp. 141-148. Gamburg: Conrad.

Schildhammer E. Gesundheit bis ins Alter - durch Sport! Physiologische Grundlagen und Anpassungsmechanismen des Alterns des Menschen und die Bedeutung trainingstheoretischer Aspekte von Bewegung und Sport zur Gesunderhaltung bis ins hohe Alter. Wien: Diplomarbeit 1996.

Schmeiser-Rieder A, Kunze U, Mitsche N, Schwarz B, Schoberberger R, Kunze M: Gesundheitsmonitor (SERMO-Studie) – Konzept, Methodik und ein beispielhaftes Ergebnis zur subjektiv erlebten Morbidität von Kopfschmerz. *Gesundheitswesen* 59, 144-149, 1997.

Schwendimann R. Sturzprävention im Krankenhaus. Bericht präsentiert am 6. Wiener Internationaler Geriatriekongress - Aktives Altern - Active Ageing. Wien. 22.-24.05.2003.

Sevick MA, Dunn AL, Morrow M., Marcus BH, Chen GJ, Blair StN, Cost-Effectiveness of Lifestyle and Structured Exercise Interventions in Sedentary Adults - Results of Project ACTIVE, *American Journal of Preventive Medicine* 2000; 19(1)

Sherrington C, Lord SR, Finch CF. Physical activity interventions to prevent falls among older people: update of the evidence. *J Sci Med Sport* 2004; 7(1 Suppl):43-51.

Sjöstedt C. Healthy Ageing collection of policy/strategy/action plan questionnaire results. Healthy Ageing. EU-funded project 2004-2007.
http://www.healthyageing.nu/upload/Healthy_Ageing_policies_Jan_2006.pdf. 2006. aufgesucht 2009.

Sprenger M, Pammer C, Püringer U. Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie der österreichischen Sozialversicherung 2005-2010. Innovationsprojekt Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention - Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention Josefhof der VAEB Graz 2005.

Stark W. Partizipation. Mitwirkung und Mitentscheidung der Bürger/innen. 2003. In Franzkowiak P, Sabo P. Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung Mainz: Sabo (2. Aufl.). 1998; 170-172.

Stegeman I, Costongs C. Promoting social exclusion and tackling health inequalities in Europe – an overview of good practices from the health field. EuroHealthNet; December 2004.

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *Jama* 2002; 287(8):1022-8.

Swedish National Institute of Public Health (SNIPH), Healthy Ageing a Challenge for Europe. http://www.euro.who.int/healthy-cities/UHT/20050806_13. 2007.

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). <http://www.share-project.org/>. 2004 aufgesucht September 2009

Tengs TO, Osgood ND. The link between smoking and impotence: two decades of evidence. *Prev Med* 2001; 32(6):447-52.

Tredaniel J, Boffetta P, Buiatti E, Saracci R, Hirsch A. Tobacco smoking and gastric cancer: review and meta-analysis. *Int J Cancer* 1997; 72(4):565-73.

Van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *Bmj* 2000; 320(7237):754-8.

Verein SV-Wissenschaft. ExpertInnengespräch SV Wissenschaft – Forschung und LEhre in der österreichischen Sozialversicherung: Gesundheitsförderung (in der SV): Projekte und was nun?. http://www.sv-wissenschaft.at/mediaDB/MMDB134610_Res%C3%BCmee%20ExpertInnengespr%C3%A4ch%20SV%20Wissenschaft.pdf

Vogt A, Fehlernährung. Download am 24. Jänner 2010 von <http://www.vitanet.de/ernaehrung/ernaehrung-alter/besonderheiten/fehlernaehrung/>

Walter U, Schwartz FW. Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen: Prävention – Definition, 2.Auflage, München, Urban&Fischer 2002; S.189 ff.

Wegscheidler C. Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter. Eine Arbeit zur Erweiterung und Validierung des Health Utility Index Mark 2 und 3. Wien: Diplomarbeit 2004.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Aktiv Altern Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. 2002.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Active Ageing – A Policy Framework. 2002

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21.Jahrhundert, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5. Dänemark. 1998.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century. Report to the International Conference 20-23 April 1997 Halifax, Nova Scotia, Canada, WHO, Geneva.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), ed. Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Ottawa, Ontario, Canada; 17.–21.11.1986.

Wheeler JA, Gorey KM, Greenblatt B. The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: a metaanalysis. *Int J Aging Hum Dev* 1998; 47(1): 69-79.

Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a metaanalysis of randomised, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136(7):493-503.



Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J et al.: Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analysis of 57 prospective studies. Lancet 2009; 373: 1083-96

WHO Europe. European Working Group on Health Promotion Evaluation. Health Promotion Evaluation. Recommendations to Policy-Makers. Copenhagen: Ed. 1998.

Wiesmann U, Eisfeld K, Hannich HJ, Hirtz P. Motor competence and quality of life in elderly active persons. Bericht präsentiert am 6. Wiener Internationaler Geriatriekongress - Aktives Altern - Active Ageing. Wien. 22.-24. Mai 2003.

Wilson C, Datta K. Tai Chi for prevention of fractures in a nursing home population: An economic analysis. Journal of Clinical Outcomes Managements 2001; 8:19-27.

Public Health Agency of Canada. Crossing Sectors – Experiences in intersectoral action, public policy and health. 2007

ANHANG



STAKEHOLDERANALYSE

Mittels Stakeholderanalyse wurden sämtliche Akteure im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health zusammengetragen, die für die Durchführung eines Projektes im Bereich in Österreich hilfreich bzw. von Nöten sein könnten. Wie in den folgenden Abbildungen ersichtlich wurde in die Bereiche „Politik, Interessensvertretungen und Sozialversicherung“, „Forschung, Bildung“, „Gesundheitseinrichtungen und relevante Akteure“, Institutionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health“, „Verbände und Vereine“ sowie „Medien“ gegliedert.¹⁹

Politik, Interessensvertretungen und Sozialversicherung									
National- u. Bundesräte	BKA Sektion II Frauenangelegenheiten und Gleichstellung	Bundeskanzleramt	Landesregierungen der Bundesländer	BM für Gesundheit	BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	BM für europäische und internationale Angelegenheiten	BM für Finanzen	BM für Inneres	BM für Justiz
BM für Landesverteidigung und Sport	BM für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft	BM für Unterricht, Kunst und Kultur	BM für Verkehr, Innovation und Technologie	BM für Wirtschaft, Familie und Jugend	BM für Wissenschaft und Forschung	Bundesgesundheitsagentur	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds	Gesundheitsfonds Steiermark	Oberöstr. Gesundheitsfonds
BURGEF Burgenländischer Gesundheitsfonds	KGF Kärntner Gesundheitsfonds	Salzburger Gesundheitsfonds	Tiroler Gesundheitsfonds	WGF Wiener Gesundheitsfonds	Vorarberger Gesundheitsfonds	Länderkonferenz	Gemeindebund	Städtebund	Bundessozialamt
Landes-sanitäts-direktionen	Ärzttekammer	Apothekerkammer	Arbeiterkammer	Landwirtschaftskammer	Landarbeiterkammer	ÖGB	Wirtschaftsbund	Hauptverband der österr. SV	Gebietskrankenkassen
VAEB	SVA	SVB	PVA	AUVA	Betriebskrankenkassen	VA d. öst. Notariates	ARGEKV		

¹⁹ Die Vollständigkeit der Angaben ist nicht gewährleistet.

Forschung und Bildung									
LBI für angewandte Gerontologie	LBI für Altersforschung	Medizinische Universitäten Wien, Graz, Salzburg, Innsbruck	PMU Paracelsus Medizinische Privatuni	UMIT Innsbruck	Institut für Sozialmedizin Wien, Graz	Institut für Hygiene und Sozialmedizin der Meduni Innsbruck	Institut der Soziologie der Uni Wien, Graz, Linz, Salzburg, Klagenfurt, Innsbruck	Institut der Soziologie der Katholisch Theologischen Privatuni Linz	Sigmund Freud Privatuni Wien (u.a. für Soziologie)
Zentrum für Public Health der Meduni Wien	Zentrum für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung	FH Salzburg Urstein	FH Campus Wien	FH Krems	FH Technikum Wien	FH Wiener Neustadt	FH St. Pölten	FH OÖ Linz	FH Pinkafeld
FH Joanneum Bad Gleichenberg	FH Joanneum Graz	FH Kärnten Feldkirchen	Pädagogische Hochschule	WIFI	VHS	BFI	ÖRK - Wissenschaftszentrum	Institut für Umwelthygiene	IMSB (Institut für med. und sportwissenschaftl. Beratung)
Institut für psychosoziale Aufgaben	Anton Proksch Institut für Suchtberatung	Institut für Sozialmedizin	Institut f. Psychosomatik und Biofeedback	Solution Sozialforschung und Entwicklung	Institut für Suchtforschung	Europäische Gesellschaft für Altersforschung	Europäische Seniorenakademie	Europäisches Zentrum für Wohlfahrts politik und Sozialforschung	

Gesundheitseinrichtungen und relevante Akteure									
Krages Burgenland	LK-Holding NÖ	KAV Wien	Kages Steiermark	GESPAG Oberösterreich	SALK Salzburg	KRABEG Kärnten	TILAK Tirol	KHVG Vorarlberg	Privat- und Ordensspitäler
ARGE Selbsthilfe Österreich	Selbsthilfe Burgenland-Dachverband	Selbsthilfe Kärnten-Dachverband	Dachverband der niederösterreich. Selbsthilfegruppen	Dachverband der oberösterreich. Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich	Dachverband der Salzburger Selbsthilfegruppen	Selbsthilfe-Kontaktstelle Steiermark	Dachverband der Tiroler Selbsthilfvereine und -gruppen im Gesundheitsbereich	Kontakt- und Servicestelle Selbsthilfe Vorarlberg	Österr. ARGE Suchtvorbereitung und 9 Landesstellen
Anton Proksch Institut	AGES Österr. Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH	GÖG/ÖBIG	Einrichtungen des Bundesheeres	Psycho-sozialer Dienst Burgenland GmbH	Österr. Gesellschaft für Chirurgie	Österr. Gesellschaft für Gerichtliche Medizin	ÖGLUT Österr. Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose	Österr. Gesellschaft für Neurologie	Österr. Gesellschaft für Nuklearmedizin
Österr. Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin	Österr. Gesellschaft für Pathologie	APHAR Österr. Pharmakologische Gesellschaft	Österr. Gesellschaft für Zytologie	Österr. Ophthalmologische Gesellschaft	ÖGAM Österr. Gesellschaft für Allgemeinmedizin	Österr. Gesellschaft für Pneumologie	Österr. Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie	Österr. Gesellschaft für Innere Medizin	Österr. Gesellschaft für Angiologie
Österr. Diabetesgesellschaft	Österr. Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin	Österr. Gesellschaft für Psychologie	Österr. Kardiologische Gesellschaft	ÖGE Österr. Gesellschaft für Ernährung	Österr. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	Kuratorium für Verkehrssicherheit	Institut für Umwelthygiene	ESF Europäischer Sozialfonds in Österreich	Sozialfonds des Landes Vorarlberg
Fonds Soziales Wien	Sozialland Vorarlberg	Dachverband Sozialdienste Wien							

Institutionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health									
Fonds Gesundes Österreich	Verein Gesundes NÖ	Arbeitskreis für Vorsorge-medicin und Gesundheitsförderung Tirol AVOMED	Arbeitskreis für Vorsorge-medicin Vorarlberg	Fonds Gesundes NÖ	Fonds gesundes Vorarlberg	AVOS, Arbeitskreis für Vorsorge-medicin Salzburg	Styria Vitalis	Gesundheitsland Kärnten	WiG
Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit	Österr. Gesellschaft für Public Health	Österr. Suchtgesellschaft	Österr. Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention	Österr. Diabetes Gesellschaft	Wellcon Gesellschaft für Prävention und Arbeits-medicin GmbH	Referat für Fitness und Gesundheitsförderung	Institut für Frauen- und Männer-gesundheit (FEM, MEN)	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP)	Zentrum für Public Health
Frauengesundheitszentrum ISIS (Salzburg)	Netzwerk gesunde Gemeinde	Netzwerk gesunde Städte	BGF Netzwerk	GFP Netzwerk					

Vereine und Verbände								
Pensionistenverband	Seniorenbund	Grüne SeniorInnen	Seniorenring	ÖRK	Grünes Kreuz	Johanniter	Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs	Hilfsorganisationen (Caritas, Hilfswerk, Volkshilfe, Promente)
ARGE Pensionisten- und Seniorenheime	KWP Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Verband für Seniorenwohnhäuser	Sportverbände (Sportunion, ASKÖ, ASVÖ, Verein Fit für Österreich)	VEÖ Verband der Ernährungs-wissenschaftler Österreichs	Verband der Diätologen Österreichs	Österr. Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	Österr. Berufsverband für Psychotherapie	Österr. Heilbäder- und Kurortverband
Österr. Touristenklub, Naturfreunde Österreich	Bücherei-verband Österreichs	Forum Volkskultur, 9 Bundesverbände	Autoclubs (ÖAMTC, ARBÖ)	EURAG Austria	GEFAS Steiermark - Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des Seniorenstudiums an der Uni Graz	Arbeitsmarkt-service	Fachstelle für Suchtvorbeugung NÖ	Netzwerk- Psychosomatik
Netzwerk Brustkrebs								

Medien				
Audiovisuelle Medien (ORF, ATV, TW1, Sat1, 3-sat, Pro 7 Puls4, RTL, Kabel 1 etc)	sämtliche Printmedien (Tageszeitungen, Magazine etc.)	Printmedien der politischen Seniorenvertretungen	Österr. Kommunalverlag	Unsere Generation
www.seniorkom.at	www.gesundesleben.at	www.kerngesund.at	www.gesundes-oesterreich.at	www.medlink.at
www.krankheiten.at	www.wecarelife.at	www.geronto.at	www.gesundesooe.at	