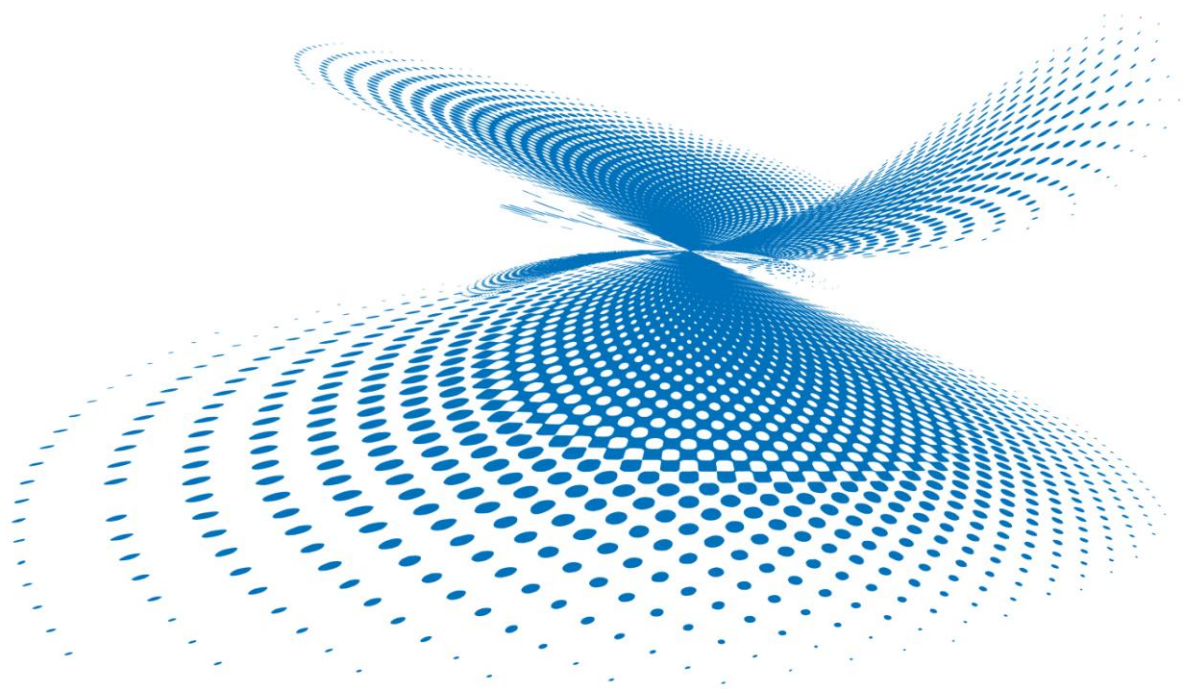


.....
Gesundheitskompetenz
Training für
Frauen und Männer 50+



Institut für Gesundheitsförderung und Prävention



Impressum

INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Geschäftsführerin:

Mag.a Beate Atzler, MPH

Dieser Bericht wurde am 15. Februar 2013 fertig gestellt.

Mag.a Monika Bauer
Mag.a Martina Galler
Mag.a Uschi Sucher

KONTAKTADRESSE FÜR RÜCKFRAGEN

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
Haideggerweg 40
8044 Graz
Ansprechpartner
Tel.: +43 (0) 50 / 23 50 DW 37942
Fax: +43 (0) 50 / 23 50 DW 77900
E-Mail: monika.bauer@ifgp.at

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung	6
1.1 Hintergrund und warum dieses Gesundheitskompetenz Training für Frauen und Männer 50+ wichtig ist?	6
1.2 Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderungs/Präventionswissen	6
2 Das Gesundheitskompetenztraining „Gesund: Warum?“	14
2.1 Wer kann an dem Gesundheitskompetenztraining „Gesund: Warum?“ teilnehmen	17
2.2 Worin bestehen die zentralen Zielsetzungen des Gesundheitskompetenztrainings	18
2.3 Inhaltliche Schwerpunkte und Methoden	18
2.3.1 Trainingsinhalt „Zukunft Altern: Eine gute Nachricht!“ (lt. Strategische Handlungsempfehlung und Maßnahmenkatalog S 15-17)	18
2.3.2 Trainingsinhalt „Gesundheitsförderung: Was hält uns gesund?“ (lt. Strategische Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkatalog S.32)	20
2.3.3 Trainingsinhalt „Verhaltensänderung: Die 4 Schritte zur Verhaltensänderung“	21
2.3.4 Trainingsinhalt „Bewegung und körperliches Training“ (lt. Handlungsleitende Strategien und Maßnahmenkatalog S. 69-70)	23
2.3.5 Trainingseinheit „Ernährung für Fortgeschrittene“ (lt. Handlungsleitende Strategien und Maßnahmenkatalog S. 60)	24
2.4 Planung des Gesundheitskompetenztrainings	25
2.5 Inhalte und Methoden des Trainings	28
2.6 Optimaler Aufbau eines Trainings und weitere Unterstützungsmaßnahmen	50
3 Anhang Ernährung und Bewegung	51
4 Literatur	52
4.1 Zitierte Literatur	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Organisation des Trainings	25
Tabelle 2: Allgemeine Inhalte und Methoden	28
Tabelle 3: Stundenbild: Basistraining 1. Tag	29
Tabelle 4: Stundenbild: Basistraining 2. Tag	32
Tabelle 5: Stundenbild: Basiseinführung Ernährung	34
Tabelle 6: Stundenbild: Aufbau Ernährung 1: Ernährung für Fortgeschrittene	35
Tabelle 7: Stundenbild: Aufbau Ernährung 2: Gewichtsmanagement	36
Tabelle 8: Stundenbild: Aufbau Ernährung 3: Einkaufstraining	37
Tabelle 9: Stundenbild: Aufbau Ernährung 4: Geschmacks- und Geruchsinn	38
Tabelle 10: Stundenbild: Basiseinführung Bewegung	39
Tabelle 11: Stundenbild: Aufbau Bewegung 1: Ausdauertraining	41
Tabelle 12: Stundenbild: Aufbau Bewegung 2: Krafttraining	44
Tabelle 13: Stundenbild: Aufbau Bewegung 3: Beweglichkeit	46
Tabelle 14: Stundenbild: Aufbau Bewegung 4: Koordination	48
Tabelle 15: Idealer Aufbau eines Gesundheitsförderungsprogramms	50

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und warum dieses Gesundheitskompetenz Training für Frauen und Männer 50+ wichtig ist?

Aufgrund der demographischen Entwicklung steht unser Sozialversicherungssystem vor einigen großen Herausforderungen. Eine Strategie diesen Herausforderungen zu begegnen, besteht in der Investition in die Interventionsfelder Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei versucht die Sozialversicherung dem Grundsatz „für ein selbstbestimmtes und langes Leben bei guter Gesundheit“ zu folgen, d.h. es muss Ziel der Bemühungen im Gesundheitswesen sein, die gesunden Lebensjahre für die Österreicherinnen und Österreicher zu vermehren. Neben einer Optimierung der Krankenbehandlung, orientiert an Health Technology Assessment, Schnittstellenmanagement und strukturierten Betreuungsformen, tritt die Sozialversicherung dafür ein, dass der Gesundheitsförderung und Prävention (im weiteren mit GF/P abgekürzt) in der Gesundheitspolitik ein höherer Stellenwert zukommt.

Die Ausgangslage stellt sich nun folgenderweise dar: Spezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für 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.

In „Länger leben bei guter Gesundheit. Strategische Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkatalog“, beauftragt vom HVB, 2009, wurden internationale und nationale Strategien, Praxisprojekte angeführt und Leitlinien für die gute Praxis erarbeitet. Das hier vorliegende Trainingskonzept zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten gründet auf der Basis wesentlicher Leitlinien wie: Partizipation, Empowerment, settingorientierte Gesundheitsförderung, Zielgruppenorientierung und Nachhaltigkeit.

Das vorliegende Trainingsprogramm setzt sich zum Ziel, Versicherte beim Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils zu unterstützen, Wissen über gesundheitsförderliches Verhalten zu vermitteln und die dabei notwendigen Strategien zur Verfügung zu stellen. Es basiert auf theoriegeleiteten Annahmen, evidenzgesicherten Ergebnissen, einer langjährigen Praxis und erreicht durch die Ausformulierung eines Curriculums einen hohen Standardisierungsgrad.

1.2 Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderungs/Präventionswissen

Mangel an regelmäßiger körperlicher Aktivität und riskante Essgewohnheiten sind zentrale Themen der Gesundheitsdiskussion. Chronische Erkrankungen, die heute das Krankheits- und Sterbegeschehen bestimmen, sind die Folgen eines ungesunden Lebensstiles. Dies führt wiederum zu erhöhten Ausgaben im Gesundheitswesen, weshalb die Idee der GF/P immer mehr in den Vordergrund gelangt.

Seit den 80er Jahren setzt man sich mit der Frage auseinander, wieso mache Menschen fähiger sind, mit der eigenen Gesundheit und Bedürftigkeit umzugehen. „Gesundheitskompetenz ist demnach die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005).

Es kann davon ausgegangen werden, dass Menschen wissen, dass sie sich ungesund verhalten – zu wenig bewegen, sich ungesund ernähren und damit Krankheiten mitbeeinflussen. Die einfache Regel, dass wenn ich mich jetzt mehr bewege, weniger fettreich esse und somit gesünder bin und Krankheiten dadurch verhindere, funktioniert nicht. Das Aufzeigen von Problemzonen und die Konsequenz abzunehmen führen zu einem ablehnenden und widerständigen Verhalten. Die Gesundheitsförderung geht den Weg der Orientierung an den Ressourcen und es zeigt sich, dass Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit ist, mehr als körperliches Wohlbefinden sondern ein lebenslanger Prozess und eine Balance, die wir aktiv herstellen können, wenn wir unsere eigenen Lebenskompetenzen und Ressourcen stärken (Maag, 2007).

1.3 Leitbegriffe des Trainings (lt. Strategische Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkatalog S.36-53)

Aktives Altern, Gesundes Altern - Aktivierung der nicht Aktiven

Aktives Altern steht unter dem Aspekt der Erhaltung der psychischen und körperlichen Gesundheit und der Selbstständigkeit mit zunehmendem Alter. Neben körperlicher Aktivität und gesundheitsbewusster Ernährung steht die soziale Gesundheit im Mittelpunkt des vorliegenden Trainingskonzeptes. „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).

Setting Region – Regionale Gesundheitsförderung mit/für ältere 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, 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 nur 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.

Das vorliegende Training trägt diesem Umstand Rechnung und ist so konzipiert, dass es vor Ort in den Regionen, in den verschiedenen Settings umgesetzt werden kann, um sowohl das Gesundheitshandeln von Personen sowie eine nachhaltige gesundheitsförderliche Lebenswelt für ältere Menschen mitzugestalten.

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, ist nicht möglich. 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.

Für die Auswahl der gesundheitsförderlichen 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 nachfolgenden Generationen werden 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

Das Training richtet sich an Menschen im mittleren Erwachsenenalter (50- bis 60-jährigen) und kann ihre Anwendung bei älteren Zielgruppen finden. Die Adaptierung der Trainingsinhalte und Trainingsdauer ist dann wichtig.

Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen/Gruppen

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. Statistisch gesehen leben Menschen aus höheren sozialen Schichten 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 Einkommenskala 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 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. 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. Das vorliegende Gesundheits-Kompetenztraining ist so konzipiert, dass es vor Ort in Gruppen umgesetzt werden kann, in denen besonderer Bedarf besteht. Durch den niederschweligen Zugang werden Hürden für schwer erreichbare Personen abgebaut.

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.

Akteure der Gesundheitsförderung/Prävention – 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 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 Stakeholder sind im Rahmen eines Projekts nicht statisch und müssen im Projektlauf 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/PensionistInnenverbände, Vernetzung und Aufbau von PartnerInnenschaften, Gründung von Plattformen.

Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit durch Engagement von MultiplikatorInnen

Partizipation und Empowerment stellen Grundbausteine für erfolgreiche Gesundheitsförderung dar und sind wichtige Teile 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 und Empowerment 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 Settingorientierte Gesundheitsförderung), die den Grad Beteiligung 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 Lebensalter geschaffen ist“, das *active ageing* den Unterschied ausmacht. Neben der Gestaltung des eigenen Lebensstils werden die Beteiligung 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 gesellschaftlichen Belangen 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).

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. 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 (Rosenmayr, 2004).

Im vorliegenden Training wird der Partizipation und dem Empowerment ein hoher Stellenwert eingeräumt. Das praxisnahe Training, das auf Wissensvermittlung, Selbstreflexion und Austausch ausgerichtet ist, ermöglicht den TeilnehmerInnen sich aktiv mit ihrer Gesundheit zu beschäftigen und sie zu befähigen, Entscheidungen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu treffen. Die Mitgestaltungsmöglichkeiten sind bereits im Training und auch nach Absolvierung des Trainings gegeben. Die TeilnehmerInnen werden im Rahmen des Trainings aufgefordert und angeleitet gemeinsame Ziele für die selbständige Weiterführung des Erlernten zu finden und MultiplikatorInnen/Ansprechpersonen zu bestimmen. Als MultiplikatorInnen werden im Bereich der Gesundheitsförderung diejenigen bezeichnet, die Informationen weiterleiten, weiterempfehlen und dadurch vielfältigen und multiplizieren. Die MultiplikatorInnen sind Schlüsselpersonen in der Vermittlung der Themen. Sie haben eine wichtige Transferfunktion.

MultiplikatorInnen der Gesundheitsförderung können Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit sein, sowie auch Angehörige der Zielgruppe wie

Meinungsführer, Zielgruppenvertreter, Schlüsselpersonen und auch Personen, die besonderes Interesse für neue Themen haben (Innovatoren) und andere Menschen motivieren und begeistern wollen und können (Motivatoren).

Die Bedeutung der MultiplikatorInnen liegt darin, möglichst viele Personen einer Zielgruppe zu erreichen. Durch die MultiplikatorInnen ist die Zielgruppenerreichung sichergestellt. Je mehr „Arbeit“ die MultiplikatorInnen der Gesundheitsförderung abnehmen, desto geringer ist der Aufwand für die Gesundheitsförderung. Der Wirkungsbereich der MultiplikatorInnen ist zielgruppengerecht und alltagsnah. Sie agieren in der Lebenswelt der Zielgruppe. Auch sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten können mit Hilfe der MultiplikatorInnen besser erreicht werden.

In dem Sinne wird auch dem Anspruch auf Nachhaltigkeit entsprochen. Nur Gesundheitsförderungsprogramme mit nachhaltiger Wirkung über die Projektphase/Trainingsphase hinaus gewährleisten ihren Nutzen für die Gemeinschaft, Bevölkerung und Individuen. Besteht die Schwierigkeit 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 die Erwartungen an die MultiplikatorInnen von ihnen erfüllt werden können, ist der Aufbau von Unterstützungsstrukturen notwendig.

2 Das Gesundheitskompetenztraining „Gesund: Warum?“

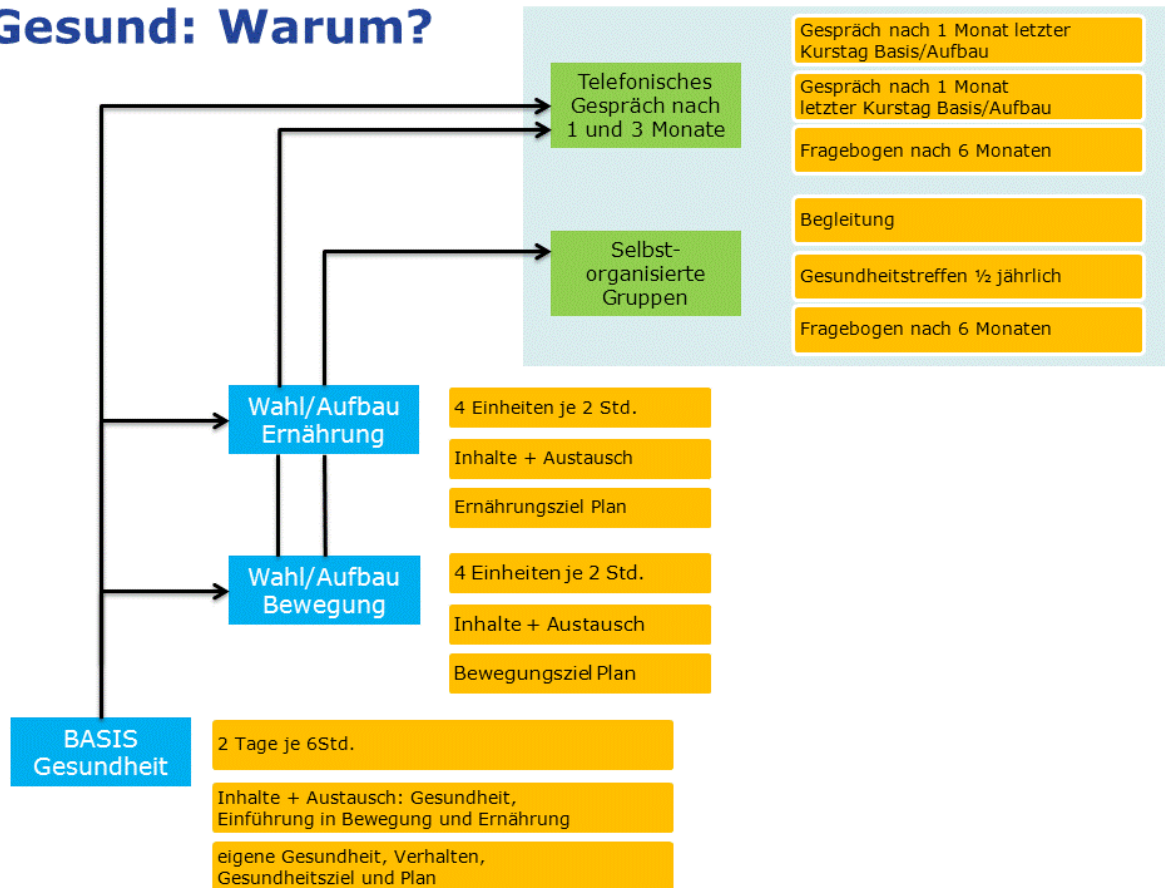
Die Erarbeitung des Gesundheitskompetenztrainings erfolgt in einem beteiligungsorientierten Prozess von Zielgruppenvertretern und ExpertInnen¹ der Gesundheitsförderung sowie einer

¹ Experten sind fachlich qualifizierte und meist auch wissenschaftlich ausgebildete Fachleute im weiteren Sinn aber auch alle, die in einem Problembereich, z. B. als Beteiligte oder Betroffene, sich besonders gut auskennen. Das Ziel ist genauere Kenntnisse über die Sachlage zu erhalten. Es wurde ein Workshop mit den ExpertInnen der VAEB und des IfGP, und ein weiterer mit den ExpertInnen der Zielgruppe umgesetzt, die bereits Erfahrung mit dem Thema Gesundheitsförderung und im Leiten einer Gruppe haben und deswegen dazu eine fundierte Meinung abgeben konnten.

Recherche von Gesundheitskompetenztrainings/schulungen im deutschsprachigen Raum und der jahrelangen Praxis der ExpertInnen (im Bereich Psychologie, Gesundheitsförderung, Bewegung, Ernährung) der Gesundheitseinrichtung Josefhof. Für den beteiligungsorientierten Zugang werden Zielgruppenvertreter und ExpertInnen zu einem Entwicklungsteam eingeladen. Es wird die Sicht vertreten, dass durch die Einbindung der Zielgruppenvertreter, das Gesundheitsförderungstraining gemäß den Anforderungen und Bedürfnissen der Zielgruppe entwickelt wird. Es wird das Ziel verfolgt, Impulse für ein gesundheitsbewussteres Verhalten anzubieten und mit der Hilfe von Zielformulierungen und Planung gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag zu etablieren.

„Gesund: Warum?“ ist ein Mix-Programm und verknüpft die Handlungsfelder Gesundheit, Bewegung und Ernährung. Es basiert auf einem ganzheitlichen Ansatz von Gesundheit und auf den Grundlagen der Konzepte der Selbstwirksamkeit (Badura 1986, Schwarzer 1996) und der geplanten Verhaltensänderung.

Gesund: Warum?



Das Training ist als ein Gruppentraining, das unter der professionellen Anleitung von TherapeutInnen und GesundheitsförderungsexpertInnen umgesetzt wird, angelegt. Grundlage der Gruppenarbeit sind die vorliegenden Trainingsunterlagen, in dem für jedes Modul die Inhalte und didaktischen Methoden festgehalten werden. Das Gruppenprogramm findet auf kognitiver und praktischer Ebene statt. D. h es erfolgt eine Wissensvermittlung, Austausch und Selbstdialog der TeilnehmerInnen. Das Ziel ist ein Dialog mit sich selbst, dabei sollen die Fähigkeiten zum Selbstmanagement gestärkt werden. Dadurch wird es möglich, mehr Kontrolle über das eigene Handeln zu erlangen. Es werden realistische Verhaltensziele bzw. Planung der Umsetzung im Alltag erarbeitet sowie praktische Einheiten umgesetzt.

In der vorliegenden Schulung werden die Themen Bewegung und Ernährung in den Mittelpunkt gestellt. Bewegung ist ein Erfolgsrezept der Gesundheitsförderung. Die Bedeutung regelmäßiger Bewegung für die Gesundheit ist wissenschaftlich unumstritten und die Bevölkerung ist sich dessen auch bewusst. Dennoch gibt es die Tendenz, dass sich Menschen zu wenig bewegen, insbesondere ältere Menschen, Frauen und Menschen mit geringem Haushaltseinkommen.

Im Aufbautraining „Gesund: Warum? Bewegung“ wird diesem Umstand Rechnung getragen. Basierend auf internationalen Empfehlungen für gesundheitsgerechte Bewegung wird ein Modul

erarbeitet. Zuvor werden die theoretischen Grundlagen aufgezeigt und in praktischen Übungen werden Koordinations-, Kraft-, Ausdauer- und Gleichgewichtstraining vermittelt.

Im Aufbaustraining „Gesund: Warum? Ernährung“ wird eine Körperanalyse mit Auswertung, ein Einkaufstraining und Geschmackstestung vorgenommen. Im Mittelpunkt steht Ernährung in bestimmten Lebenssituationen insbesondere im Alter. Internationale Empfehlungen für Ernährung werden als Basis für die Erarbeitung des Aufbaustrainings herangezogen.

Bei den Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen handelt es sich um allgemeine Richtlinien für ein „adäquates Bewegungs- und Ernährungsverhalten“, das jeweils abgestimmt werden muss, auf den vorliegenden Gesundheitszustand der TeilnehmerInnen. Im vorliegenden Training dienen die „Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“ (Titze/ Ring-Dimitriou/ Schober/ Halbwachs/ Samitz/ Miko/ Lercher/ Stein/ Gäbler/ Bauer/ Gollner/ Windhaber/ Bach/ Dorner & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (Wissen 8). (2012)), und Ernährungsempfehlungen der schweizerischen Vereinigung für Ernährung (Schweizerische Vereinigung für Ernährung. Ernährung im Alter 2012) als Grundlage für die Aufbaumodule Bewegung und Ernährung.

Die weiterführenden unterstützenden Maßnahmen (in der Abbildung „Gesund: Warum?“ im hellblauen Feld) sind Gespräche, Gesundheitstreffen und die Versendung eines Fragebogens. Diese Trainingsbestandteile werden in den Trainingsunterlagen nur mehr angeführt, aber nicht mehr im Detail ausgeführt.

2.1 Wer kann an dem Gesundheitskompetenztraining „Gesund: Warum?“ teilnehmen

Die Zielgruppe für das Gesundheitskompetenztraining sind Frauen und Männer aus der Zielgruppe der über 50-jährigen, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung, Bewegung und Ernährung beschäftigen wollen. Im Besonderen werden Personen angesprochen, die sich für das Thema interessieren, motiviert sind eine Verhaltensänderung vorzunehmen und zu den bisher „weniger Aktiven“ gehören. Explizit wendet sich das Training auch an Zielgruppenvertreter und an solche Personen, die auch die Funktion von MultiplikatorInnen übernehmen wollen. Hier kann es sich um Personen handeln, die „aktiv eine Funktion als Zielgruppenvertreter“ ausüben (z.B. Gewerkschaftsvertreter, PensionistInnenvertreter). Die Ergebnisse aus den bisherigen Gesundheitsprogrammen haben gezeigt, dass ein rein auf MultiplikatorInnen ausgerichtetes Programm, die weitere Zielsetzung „Aufbau von selbstorganisierten Gruppen“ schwer macht. Es stellt sich so dar, dass den motivierten MultiplikatorInnen die teilnehmenden Personen fehlen. Vermischen sich im Training diejenigen, die das Potenzial haben eine selbstorganisierte Gruppe zu leiten und diejenigen, die gerne teilnehmen wollen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich auch tatsächlich eine selbstorganisierte Gruppe nach dem Training findet.

2.2 Worin bestehen die zentralen Zielsetzungen des Gesundheitskompetenztrainings

Die Zielsetzung besteht darin, den teilnehmenden Personen:

- Information über gesundheitsförderliches Wissen, gesundheitsgerechte Bewegung, gesundheitsbewusste Ernährung, Strategien zur erfolgreichen gesundheitsbewussten Lebensstilveränderung zu vermitteln, um damit die Selbstverantwortung für Gesundheit zu steigern
- Erkennen der eigenen Gesundheitsressourcen und Fähigkeiten, Reflexion über eigenes Gesundheitsverhalten, und der persönlichen Gesundheitsmotivation sowie Erkennen von Mustern. Fragen stellen sich: Was will ich ändern? Wozu? Wohin führt es mich und wie soll es gehen damit es sich nachhaltig im Alltag verankert?
- Vom Wissen zum Handeln zu gelangen, Unterstützung für die ersten Schritte der Verhaltensänderung anbieten
- Ermutigung eigene Initiativen zu zeigen und TeilnehmerInnen darin bestärken, aktiver in ihrer Umgebung zu agieren und Verantwortung bei der Organisation von Gruppen zu übernehmen, um gesundheitsförderliche Lebenswelten zu initiieren

2.3 Inhaltliche Schwerpunkte und Methoden

Im Weiteren werden die inhaltlichen Scherpunktthemen, ihre theoretische Verortung, angeführt.

2.3.1 Trainingsinhalt „Zukunft Altern: Eine gute Nachricht!“ (lt. Strategische Handlungsempfehlung und Maßnahmenkatalog S 15-17)

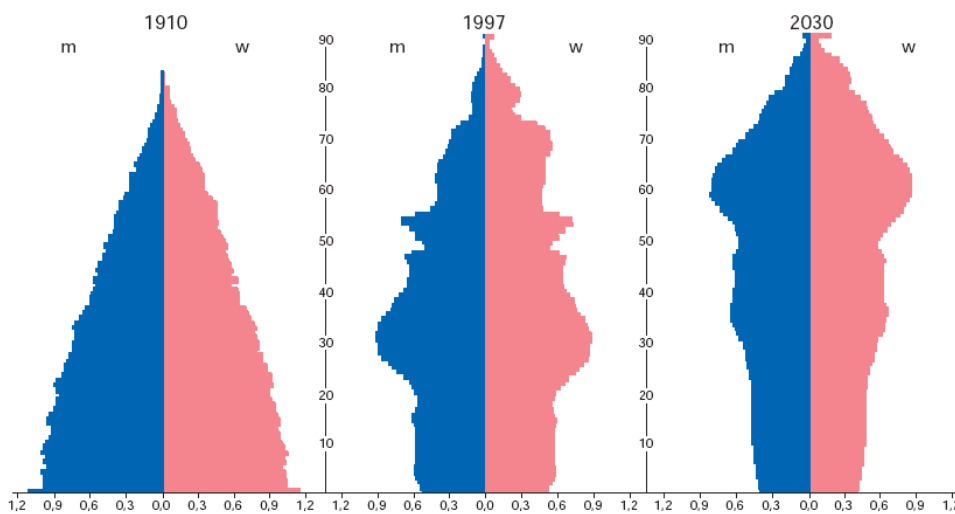
In vielen Ländern der industrialisierten Welt altert die Bevölkerung. Gesundheitspolitisch ist diese Entwicklung erfreulich – maximal lange Lebenserwartung für alle Geborenen. Ab dem Jahr 2000 wird der Anteil der älteren Menschen weiter zunehmen und bis zum Jahr 2030 wird weltweit eine Milliarde Menschen über 60 Jahre alt sein – und in Österreich werden dies 2,7 Millionen sein (Seniorenbericht 1999/2001). In Österreich wird der PensionistInnen 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.

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 spielen dabei eine wichtige Rolle.

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 werden 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. 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.



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

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 Hoch-betagten über 85 Jahre wird sich von 140.000 auf 500.000 bis 600.000 (je nach Entwicklung der Lebenserwartung) mehr als verdreifacht haben (PensionistInnenbericht 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-Kreislauferkrankungen, 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 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 Herzkreislauf-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 Herzkreislauf-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 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 gesetzlichen Gesundheitssystems.

2.3.2 Trainingsinhalt „Gesundheitsförderung: Was hält uns gesund?“ (lt. Strategische Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkatalog S.32)

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 Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta fokussiert wie hier beschrieben auf einem ganzheitlichen positiven Konzept und stellt die Ressourcenorientierung in den Vordergrund. In der Gesundheitsförderung ist das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky stark vertreten. Er interessiert sich dafür, warum Menschen gesund bleiben und weniger dafür, warum eine Person krank geworden ist und stellt damit die Ressourcen und Gesundheitspotenziale in den Vordergrund. „Zusammenfassend definiert die salutogenetische Sicht den Menschen auf einem Weg, der als ein ‚Gesundheits-Krankheits-Kontinuum‘ mit vielen verschiedenen Betrachtungsdimensionen zu sehen ist und der sich von der dichotomen Sicht Gesundheit vs.

Krankheit abwendet. Dabei konzentrieren wir uns auf die Frage, welche Faktoren, welche Coping-Ressourcen das Leben bewältigen helfen und wenden uns zugleich ab von der negativ besetzten Sicht über Stressoren [...] (Lorenz, 2005, S.26).

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

Im vorliegenden Gesundheitskompetenz-Training werden die Gesundheitsressourcen als Kraftquellen in Selbstreflexionsprozessen erarbeitet, die als Basis für die weitere Arbeit mit der eigenen Gesundheit dienen. Fragen, die sich stellen sind: Was ist Gesundheit/Gesundheitsförderung? Was sind Gesundheitsressourcen? Wie schaut das eigene Verhalten in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Risikoverhalten: Rauchen und Alkohol und psychische und soziale Gesundheit aus und wie verhält sich das Alter dazu? Was ist meine persönliche Gesundheitsmotivation? Wie kann ich langfristig mein Verhalten verändern? Was finde ich gut? Und Was hilft mir dabei?

2.3.3 Trainingsinhalt „Verhaltensänderung: Die 4 Schritte zur Verhaltensänderung“

Die theoretischen Grundlagen für den Trainingsinhalt „Verhaltensänderung“ bieten der Interventionsansatz des Mo-Vo-LIVE-Konzepts (Göhner, Fuchs 2007) und das transtheoretische Modell (Prochaska, Velicer 1997). Das transtheoretische Modell geht davon aus, dass man bei Veränderungsprozessen mehrere qualitativ unterschiedliche Stufen durchläuft. Daher wird das Modell auch als Stufenmodell der Verhaltensänderung gesehen.

Das Mo-Vo-LIVE Konzept besteht aus einem Prozessmodell, das den Aufbau und die Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen erklärt. Es geht dabei nicht nur „um den Aufbau einer

starken Motivation zur Verhaltensänderung, sondern auch um den Erwerb von volitionaler Umsetzungscompetenzen“ (Göhner/Fuchs, 2007). In das Konzept fließen die Erfahrungen ein, dass es oftmals nicht an der Motivation fehlt, um Vorsätze in die Tat umzusetzen, sondern um die volitionalen Umsetzungscompetenzen, womit jene Prozesse gemeint sind, die es den Menschen ermöglichen, auch dann an ihren Vorsätzen dran zu bleiben, wenn äußere oder innere Hindernisse auftreten.

Das MoVo-Prozessmodell geht davon aus, dass der Aufbau und die Aufrechterhaltung eines gesundheitsschützenden Verhaltens (z.B. eines kontinuierlichen Sportverhaltens oder einer fettarmen Ernährungsweise) im Wesentlichen von fünf psychologischen Faktoren abhängig ist, nämlich vom Vorliegen einer starken Zielintention (Intentionsstärke), von einer möglichst hohen Selbstkongruenz dieser Zielintention, von realistischen Implementierungsintentionen, von wirksamen Strategien der Handlungskontrolle und Intentionsabschirmung und schließlich von der Existenz positiver Konsequenzenerfahrungen mit dem neuen Verhalten (Göhner, Fuchs, 2007).

Die Zielintention, laut Gollwitzer (1999; Gollwitzer et al., 2004), ist eine relativ allgemeine Absichtsbekundung, die im Wesentlichen von zwei Faktoren abhängig ist: der Konsequenzenerwartung und der Selbstwirksamkeitserwartung. (Biddle & Nigg, 2000; Culos-Reed, Gyurcsik & Brawley, 2001; Lippke, Ziegelmann & Schwarzer 2005, Scholz, Sniehotta & Schwarzer, 2005). Das soll heißen, dass die Motivation der Personen steigt, wenn sie einen höheren Nutzen erkennen, als die damit verbundenen Kosten und wenn sie glauben, ihr Verhalten kontrollieren zu können.

Eine möglichst hohe Selbstkongruenz (=Entsprechung von Ziel und authentischen Interessen) ist wichtig für die Initiierung und Verfestigung einer Zielintention und somit zu einer Verfestigung eines bestimmten Verhaltens. Studien (Koestner, Lekes, Powers und Chicoine; 2002) zeigen, dass eine ausgeprägte Selbstkongruenz zu einer erfolgreicherer Erreichung ihrer Zielintention führt. „Bei den Implementierungsintentionen werden kleine Pläne erstellt um somit ein tatsächliches Verhalten der Zielintention umsetzen zu können. „Der Zweck von Implementierungsintentionen besteht darin, durch Explizierung der in der Zielintention beabsichtigten Handlung und durch Spezifizierung ihrer situativen Ausführungsbedingungen die Initiierung dieser Handlung zu unterstützen (Göhner, Fuchs 2007, S 12).“

Durch Barrieren und Widerstände scheitern oftmals Implementierungsintentionen (z.B. lange Arbeitszeiten, Müdigkeit, Bequemlichkeit, unerwarteter Besuch,...). Sollte dies eintreffen, so steht die Person vor der Herausforderung, die konkurrierende Handlungsoption vorwegzunehmen. Die Auseinandersetzung mit Widerständen und den Konsequenzen nimmt hier eine zentrale Stellung ein. Die persönlichen Erfahrungen werden mit den Erwartungen verglichen. Bei einer positiven Bilanz kann dies eine Motivation sein, das Verhalten beizubehalten, bei einer negativen Erfahrung kann das Gegenteil eintreffen.

Basiert das hier vorgestellte Training auf Erkenntnissen der motivationalen und volitionalen Intervention, wie hier dargestellt, so stellt die angewandte Grundstruktur, die sich in den 4 Schritten zur Verhaltensänderung widerspiegelt „1. Schritt: Kraft zur Umsetzung (positive Konsequenzenerfahrung des bisherigen eigenen Tuns), 2. Schritt: Gesundheitsziele definieren (starke Zielintention), 3. Schritt: Aktivitätenplan aufsetzen (realistische Implementierungsintention)

und 4. Schritt: Barrieren und Möglichkeiten reflektieren (Strategien der Handlungskontrolle und Intensionsabschirmung)“ eine Abwandlung des Mo-Vo-Prozessmodells dar und orientiert sich an den praktischen Erfahrungen des Modells in den BGF-Gesundheitsförderungswochen der VAEB-Einrichtung Josefhof.

2.3.4 Trainingsinhalt „Bewegung und körperliches Training“ (lt. Handlungsleitende Strategien und Maßnahmenkatalog S. 69-70)

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, 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 nehmen zu und die physische Stärke und Ausdauer nehmen ab (Dietscher, Nowak, 2005). Mehr als ein Drittel der Österreichischen Frauen und Männer sterben an kardiovaskulären Erkrankungen (EURAG Österreich). 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) Regelmäßige Ausdauerübungen wie Laufen, Walken, Wandern oder Langlaufen helfen 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 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 (Pochabradsky, 1995).

2.3.5 Trainingseinheit „Ernährung für Fortgeschrittene“ (lt. Handlungsleitende Strategien und Maßnahmenkatalog S. 60)

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-Kreislauferkrankungen 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 PensionistInnen 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 Einrichtungen für PensionistInnen 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 ist deshalb auch bei kurzen Erkrankungen zu achten.

2.4 Planung des Gesundheitskompetenztrainings

Für die Planung eines Gesundheitskompetenztrainings ist es von Bedeutung, sich vorab mit verschiedenen Punkten auseinanderzusetzen. Am Beginn steht immer eine konkrete Zielsetzung mit bestimmten Schwerpunkten, an denen sich das Training orientiert. Die Frage „Wie finde ich TeilnehmerInnen?“ darf nicht außer Acht gelassen werden. Hierbei ist es besonders wichtig, gutes Werbematerial zu erstellen. Auch Organisatorisches wie die Gruppengröße, Räumlichkeiten und bester Zeitrahmen sollten einen Platz in der Planung haben. Bei der Einstellung von TrainerInnen sollte darauf geachtet werden, dass diese Personen schon Erfahrung besitzen, da unerfahrene TrainerInnen die Erfolgchancen mindern.

Tabelle 1: Organisation des Trainings

Organisation des Trainings	
Ziel	Festlegung konkreter Ziele. Werden hier Ziele (siehe vorne) für das Training angegeben, ist es immer darüber hinaus notwendig, die Ziele für die jeweilige Gruppe festzulegen.
Zielgruppe	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.
Wie finden Sie TeilnehmerInnen?	Das Training wurde hier für die Zielgruppe der älteren Menschen konzipiert, kann aber bei allen Personengruppen angewandt werden. Eine Voraussetzung ist, dass die Personen beabsichtigen, ihr Bewegungs- und Ernährungsverhalten ändern zu wollen und auch eine dementsprechende Grundmotivation mitbringen. Diese Motivation geht oft einher mit gesundheitlichen Problemen oder aus spezifischen Gründen, wie etwa das eigene Körperbild zu ändern. Die Teilnehmer sollten keine medizinischen Kontraindikationen aufweisen und ca. 90 Minuten (mit kurzer Bewegungspause) sitzen können. Sehr empfehlenswert ist auch die Rekrutierung der TeilnehmerInnen über bestehende Gruppen/Vereine. Die Teilnahme des Gruppenleiters, des Vereinsleiter bietet eine günstige Basis, damit auch im Anschluss an das Training weiter das Thema Gesundheit aufrechterhalten bleibt. Auch die Bildung von Gesundheitsgruppen wird dadurch erleichtert.

<p>Gruppengröße</p>	<p>Idealerweise besteht die Gruppengröße aus 8-16 Personen. Einerseits um den individuellen Kontakt zu den TeilnehmerInnen zu gewährleisten und andererseits um Gruppendiskussionen zu ermöglichen.</p>
<p>Was ist der beste Zeitraum?</p>	<p>Bestimmend für den Zeitraum ist die Anzahl der TeilnehmerInnen, deren Lebens- und Lernerfahrung, sowie die Art der geplanten Aktivität. Hier wird für das Basisprogramm vorgeschlagen, 2 mal 4-5 Stunden Einheiten und für die Aufbauprogramme Bewegung und Ernährung jeweils 4 mal 1,5-2 Stunden Einheiten zu planen. Das Basisprogramm kann jedoch auch bei Personen 65+ in kürzeren Einheiten abgehalten werden, da eine Einheit von 5 Stunden dann zu lang ist.</p>
<p>Welche Räumlichkeiten sind die passenden?</p>	<p>Eignung des Veranstaltungsortes: Ideal wäre ein Raum, der Platz bietet für 8-16 Personen und außerdem die Möglichkeit bietet, Flipchartständer aufzustellen. Des Weiteren ist es nötig, dass jeder Teilnehmer einen Stuhl und eine Schreibunterlage bzw. einen Tisch zur Verfügung hat. Die Tische sollten allerdings so angeordnet sein, dass sie bei Bedarf beiseitegeschoben werden können. Die Wand sollte genügend Platz aufweisen, sodass Plakate für alle sichtbar sind.</p>
<p>Erreichbarkeit der Zielgruppe – vor Ort</p>	<p>Die Erreichbarkeit ist gerade auch bei der Zielgruppe der älteren Menschen von großer Bedeutung. Die Mobilität ist zum Teil eingeschränkt, die Nähe zum Wohnort oder eine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel daher wichtig. Darüber hinaus findet das Training über einen längeren Zeitraum statt, mit der Grundidee mittels Regelmäßigkeit den Alltag zu verändern.</p>
<p>Welche Ressourcen sind notwendig?</p>	<p>Die bedeutendsten Ressourcen sind im besten Fall 1-2 erfahrene TrainerInnen, (GesundheitsförderungsexpertInnen, Sport- und ErnährungsexpertInnen), ein passender Veranstaltungsort, sowie Basisunterlagen und eine entsprechende Verpflegung.</p> <p>Eine Kostenaufstellung kann wichtig sein, da gegebenenfalls Geldquellen außerhalb des Auftragsgebenden rekrutiert werden müssten.</p>
<p>Wie finden Sie die passenden TrainerInnen?</p>	<p>Vorraussetzung für TrainerInnen ist selbstverständlich, dass sie mit dem theoretischen Hintergrund vertraut sind und diesen auch entsprechend weitergeben können. Um als glaubwürdige Ratgeberin agieren zu können, ist es wichtig, Akzeptanz für den hier vertretenen Interventionsansatz, sowie eine pädagogische Ausbildung genossen haben. Die TrainerInnen sollten Erfahrung von Durchführung von Programmen auf der Basis des Selbst-Managements haben. Die TrainerInnen sollten klar und präzise Informationen in kurzer Zeit vermitteln können, Teilnehmerberichte auf den Punkt bringen und Diskussionen so leiten können, dass diese inhaltlich in richtige</p>

	<p>Bahnen geführt werden. Abgesehen von den inhaltlichen und methodischen Kenntnissen, ist es von Vorteil emphatisch, neugierig und kreativ zu sein, um sich auch in die Lage der TeilnehmerInnen hineinzusetzen und diese auch zum Mitmachen animieren zu können. Gute TrainerInnen zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Gruppe führen und motivieren ohne dabei dominant und fordernd zu wirken.</p>
<p>Unterschiedliche Settings und Einbindung in bestehende Strukturen</p>	<p>Programme zur Lebensstiländerung können in vielen verschiedenen Bereichen integriert werden. Beispiele dafür wären ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Fitnessstudios und Volkshochschulen sowie Vereine und andere Gruppentreffen. Wenn das Programm in medizinischen Einrichtungen integriert wird ist es besonders wichtig, dass ÄrztInnen und andere TherapeutInnen mit dem Programm vertraut sind, da mitunter eine Zusammenarbeit zwischen der medizinischen Behandlung und dem sport- und bewegungsbezogenen Programm sinnvoll wäre.</p>
<p>Benötigtes Material-Begleitmaterial für die GF-ExpertInnen</p>	<p>Begleitmaterial in Form von Flipcharts und/oder Plakate, Flipchartständer, Flipchartstifte sind empfehlenswert. PowerPoint-Präsentationen bieten sich für die aktivierende Arbeit mit Zielgruppen weniger an, die TeilnehmerInnen können bei Powerpoint Präsentationen weniger interaktiv mitarbeiten. Die Plakate sollten an den Wänden angebracht werden, um die Präsenz des Themas in den Vordergrund zu bringen. Die vorliegenden Trainingsunterlagen enthalten Stundenbilder zur Abhaltung der einzelnen Trainingsinhalte und dienen als Unterlage für die Umsetzung des Trainings.</p>
<p>Benötigtes Material für die TeilnehmerInnen</p>	<p>Die Trainingsunterlagen für die TeilnehmerInnen bestehen aus einer Präsentation in Form von einem Buch bzw. Mappe und werden in der ersten Einheit ausgeteilt. Diese Mappe ist während des gesamten Trainings ein Leitfaden und Arbeitsgrundlage für die TeilnehmerInnen.</p>
<p>Werbematerialien</p>	<p>Folgende Inhalte sollten die Werbematerialien beinhalten: Beschreibung der Trainings-Ziele, Information über das Programm, Datum, Uhrzeit und Veranstaltungsort.</p>

2.5 Inhalte und Methoden des Trainings

Tabelle 2: Allgemeine Inhalte und Methoden

Methodik	Inhalt
Input Zukunft und Altern, Gesundheitsförderung und Prävention	Die Inputs zu diesen Themen bieten einen Einblick in die Thematiken und bilden den Hintergrund der weiterführenden Erarbeitung von Gesundheitszielen und Gesundheitsplänen. Inputs sollen einfach aufgearbeitet und für die Zielgruppe verständlich vorgetragen werden. Verwendung von Bildmaterial.
Reflexion und Austausch zum eigenen Gesundheitsverhalten	Eigenes Verhalten, eigene Gesundheitsressourcen reflektieren und im Austausch mit den anderen TeilnehmerInnen sich selbst kennenlernen. Einsatz von kreativen Methoden, Gruppensettings (Paarübungen, 3 Gruppen...) sind besonders förderlich.
Erarbeitung der 4 Schritte zur Verhaltensveränderung	Formulieren persönlicher Gesundheitsziele, Erstellung von Plänen zur Verhaltensveränderung, Erarbeitung von Hindernissen und Möglichkeiten – die Auseinandersetzung und Erarbeitung in der Gruppe unterstützt die konkrete Bearbeitung und ermöglicht dies zu Papier zu bringen.
Wissensvermittlung – gesundheitsgerechte Bewegung und gesundheitsbewusste Ernährung zwischen Theorie und Praxis, Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung	Gesundheitsgerechte Bewegung und gesundheitsbewusste Ernährung werden theoretisch in kurzen Inputs vermittelt und im praktischen Übungen erfahrbar gemacht.
Stärkung der Selbstorganisation und Initiierung von Gruppen	In der Gruppe werden gemeinsame Ziele formuliert, Gruppenaktivitäten angeregt und Ansprechpersonen gefunden

Tabelle 3: Stundenbild: Basistraining 1. Tag

Thema/ Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Basistraining 1. Tag				
Begrüßung Einleitung Organisation des Trainings	Flipchart: Begrüßung, Programmablauf	<ul style="list-style-type: none"> Hintergrund und Inhalte des Trainings darstellen 	<p>Einleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Begrüßung Darstellung Hintergrund des Trainings Gesundheitsförderung in der Sozialversicherung Inhalte und Ziele des Trainings 	15 Min
Vorstellung der TeilnehmerInnen		<ul style="list-style-type: none"> Kennenlernen, Gruppengefüge herstellen 	<ul style="list-style-type: none"> Gegenseitiges Kennenlernen, alle bekommen eine Moderationskarte, zeichnen ein Symbol für Gesundheit darauf und stellen sich mit Namen, Wohnort vor 	15 Min
Impuls Zukunft und Gesundheit	Flipchart: Gesundheitsdeterminanten	<p>Wissen vermitteln zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Demografische Entwicklung und die Entwicklung der Krankheitslast. Was ist Gesundheitsförderung? Verstehen lernen, dass Gesundheit kein Zustand sondern ein Prozess ist, der mitbeeinflussbar ist. dass Gesundheit körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden beinhaltet dass Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums verstanden 	<p>Hauptteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Impuls: Die gute Nachricht: Wir leben länger Wissen zur demografischen Entwicklung, veränderten Lebenserwartung, Aufteilung der Krankheitslast, Wurzeln der chronischen Erkrankungen, Risikofaktoren und die Beeinflussbarkeit vermitteln Wissen zu den Einflussfaktoren von Gesundheit. Was ist Gesundheitsförderung? Die Geschichte der Gesundheitsförderung und die Blickrichtung der Gesundheitsförderung darstellen. Übung Gesundheitskontinuum: Am Boden zwei Moderationskuller mit Gesundheit und Krankheit in einem Abstand von 3 Metern auflegen und die TeilnehmerInnen sich auf dieser imaginären Linie verorten lassen. „Wie gesund fühl ich mich heute“. Die TeilnehmerInnen stellen sich auf und die 	30 Min

		<p>werden können, auf dem chronische Erkrankungen nicht auf den Pol Krankheit festgelegt sind.</p>	<p>TrainerIn fragt nach, warum sich die Personen an diese Stelle stellen. Z.B.: „Wie fühl ich mich heute? Und „Man kann sich auch gesund fühlen, wenn man chronische Rückenbeschwerden hat“.</p>	
<p>Gesundheitskraft- quellen</p>	<p>Flipchart: Gesundheits- Kraftquellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeiten von Gesundheits-Kraftquellen • Über eigene Gesundheits-Kraftquellen reflektieren • Die TeilnehmerInnen erkennen, dass ihre Lebensweise und die Wahrnehmung der Eigenverantwortung wesentlich für die Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit sind und auf eigene Ressourcen zurückgegriffen werden kann. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impuls Gesundheits-Kraftquellen: Was sind soziale, persönliche und äußere Kraftquellen. • Austausch: Gemeinsam Kraftquellen erheben. Trainerin schreibt die Kraftquellen in die Kreise. • Einzelübung Kraftquellen: Jeder TeilnehmerIn versucht die eigenen Kraftquellen für sich zu erarbeiten und schreibt sie in das Übungsblatt und macht eine Selbsteinschätzung der Zufriedenheit mit den eigenen Kraftquellen 	<p>20 Min</p>
<p>Verhaltens- veränderung</p>	<p>Flipchart: Gesundheits- spinne, Stufe der Verhaltensänd- erung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen zur Stufenleiter der Verhaltensveränderung vermitteln • Selbstreflexion des eigenen Gesundheitsverhaltens • Austausch mit anderen darüber 	<ul style="list-style-type: none"> • Impuls Stufenleiter der Verhaltensänderung • Übung Gesundheitsspinne: Die TrainerIn stellt die Bereiche der Gesundheitsspinne vor, die TeilnehmerInnen erhalten Klebepunkte und verorten sich selbst in der Gesundheitsspinne am Flipchart. Es entsteht ein gemeinsames Bild. Die Gruppe diskutiert über den „Gesundheitszustand“ in der Gruppe. Was lässt sich ableiten und aussagen z.B viele im Bereich Alkohol im grünen Bereich – Alkohol ist kein wichtiges Thema in der Gruppe. • Impuls SOK-Prinzip • Übung eigene Gesundheitsbereiche: Die TeilnehmerInnen bestimmen für sich in welchen 2 Bereichen sie eine Veränderung ihres Verhaltens vornehmen wollen 	<p>20 Min</p>

Einführung in gesundheitsgerechte Bewegung		<ul style="list-style-type: none"> Einführung in Theorie und Praxis gesundheitsgerechter Bewegung 	Siehe Stundenbild Bewegung	1,5 Std.
Schritt 1: Glaube an die eigene Kraft	Flipchart: 1 Schritt	<ul style="list-style-type: none"> Erarbeitung von Schritt 1 und den bereits geleisteten Erfolgen in Bezug auf Gesundheit Die Teilnehmer(innen) wissen, dass Selbstvertrauen der erste Schritt zur Verhaltensänderung darstellt. 	<ul style="list-style-type: none"> Impuls Schritt 1 Glaube an die eigene Kraft Übung Gesundheitsorden: Jede TeilnehmerIn erstellt sich selbst einen Orden für eine Leistung bezogen auf Gesundheit, die er bereits erreicht hat wie z.B. „einmal in der Woche laufen gehen“ und präsentiert sich den anderen damit. 	20 Min
Schritt 2: Gesundheitsziele	Flipchart: 2 Schritt	<ul style="list-style-type: none"> Auseinandersetzung mit Gesundheitszielen, und verstehen warum Gesundheitsziele genau formuliert werden sollen Hintergrund von Zielsetzungen und deren Motivationskraft Eigene Gesundheitsziele formulieren 	<ul style="list-style-type: none"> Impuls Gesundheitsziele: Einleitung anhand der Geschichte von Alice im Wunderland. Beispiele von Gesundheitszielen präsentieren und in der Gruppe selbst welche finden und aufschreiben. Übung Gesundheitsziele: Die Teilnehmerinnen tragen eigene Gesundheitsziele in das Übungsblatt ein. 	20 Min
Schritt 3: Aktivitätenplan	Flipchart: 3 Schritt	<ul style="list-style-type: none"> Die Bedeutung der genauen Planung von Aktivitäten, um Gesundheitsziele zu erreichen, verstehen und kennenlernen Erstellung eines eigenen Aktivitätenplanes 	<ul style="list-style-type: none"> Impuls Aktivitätenplan: Erklären warum die genaue Planung von Aktivitäten bedeutsam sind. Übung Aktivitätenplan: in der Gruppe Aktivitäten suchen, mit denen Gesundheitsziele erreicht werden können. Ein Beispiel geben für einen genauen Aktivitätenplan. Erklären worauf es ankommt. 	20 Min
Abschluss	Flipchart: Aufgabenbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> Besprechung der Aufgabe: Aktivitätenplan für die 2 Gesundheitsziele machen 	<p>Schluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> Besprechung der Aufgabe, die die TeilnehmerInnen bis zum nächsten Mal machen sollen und Verabschiedung 	15 Min

Tabelle 4: Stundenbild: Basistraining 2. Tag

Thema/ Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Basistraining 2. Tag				
Begrüßung	Flipchart: Begrüßung, Programmablauf	<ul style="list-style-type: none"> • Einstieg, • Kennen lernen, • Namen merken 	<p>Einleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung der TeilnehmerInnen, Stimmungsabfrage „Wie geht es den TeilnehmerInnen“. Namensspiel Kometenbahn: Ein Ball wird in der Runde von einer Person zur anderen geworfen. Die werfende Person nennt den Namen derjenigen, der sie den Ball zuwirft. Der Ball zieht eine Kometenbahn dabei. Die TeilnehmerInnen sollen sich die Reihenfolge merken und wiederholen die Übung. Im Weiteren machen ein 2 und ein 3 Ball eine Kometenbahn. 	30 Min
Austausch Gesundheitsziele und Aktivitätenplanung	Flipchart: Schritt 2 und Schritt 3	<p>Austausch und anerkennende Fragen stellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besprechung der persönlichen Gesundheitsziele, Austausch untereinander 	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechung der persönlichen Gesundheitsziele, wenn notwendig wird dafür noch einmal eine Zeit gegeben. <i>Nicht alle werden die Aufgabe zu Hause gemacht haben.</i> Die TeilnehmerInnen tauschen sich untereinander zu zweit oder zu dritt über ihre Gesundheitsziele aus. Eine Person stellt ihr Ziel und die Planung vor. Die anderen stellen Fragen, wenn sie etwas nicht verstehen oder es ihnen nicht schlüssig vorkommt. 	30 Min
Schritt 4: Hindernisse und Möglichkeiten	Flipchart: Schritt 4	<p>Impuls und Austausch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit Hindernissen und Möglichkeiten zur Überwindung • Austausch untereinander 	<p>Hauptteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impuls Hindernisse und Möglichkeiten der Überwindung, Beispiele werden aufgezeigt. • Übung Hindernisse und Möglichkeiten: gemeinsam werden Hindernisse und Möglichkeiten gesucht und am Flipchart aufgeschrieben. • Übung: Jede Person findet für sich und die eigenen Gesundheitsziele Hindernisse und Möglichkeiten, diese zu überwinden. 	30 Min

Einführung in gesundheitsbewusste Ernährung		Einführung in gesundheitsbewusste Ernährung	Siehe Stundenbild Ernährung	2Std.
Wichtige Strategien der Überwindung von Hindernissen	Flipchart: Netzwerk	Strategien zur Überwindung von Hindernissen „Belohnung“ und „Gemeinsames Tun“ kennen lernen.	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung von 2 wichtigen Strategien zur Überwindung von Hindernissen: Belohnung und Gemeinsam Tun. • Übung Belohnung: Die Personen finden für ihre eigenen Gesundheitsziele Belohnungen, wenn sie diese erreicht haben. • Übung Gemeinsam Tun: Es wird ein Netzwerk erstellt. Alle schreiben ihren Namen auf ein Flipchart und machen zu den Personen, die sie kennen, eine Verbindungslinie. Ein Netzwerk entsteht. Gemeinsam wird überlegt wie nach dem Training gemeinsam weiter gemacht werden kann. Die Ergebnisse werden festgehalten. 	30 Min
Abschluss	Flipchart: Feedback	Feedback zum Training	<p>Schluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verabschiedung, Information über die nächsten Schritte: Aufbautraining: Ernährung und Bewegung und telefonische Nachfrage bei denjenigen TeilnehmerInnen, die nicht an den Aufbautrainings teilnehmen, Umgang mit der Selbstbeobachtung erklären. Kurzen Überblick über das Aufbautraining bieten und Feedback zum Basistraining einholen. 	30 Min

Tabelle 5: Stundenbild: Basiseinführung Ernährung

Thema/ Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel/ Leitziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten	
Basiseinführung: Fit und gesund durch den Ernährungsdschungel					
Basisvortrag Gesunde Ernährung	„Fit und Gesund durch den Ernährungsdschungel“	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist gesunde Ernährung? • Eine Frage der Dosierung? • Aktuelle Empfehlungen lt. Österreichischer Ernährungspyramide (NAP.e 2012) • Erkennen von Werbelügen • Eigenverantwortung übernehmen – Ich bin selber für mein Essverhalten verantwortlich, ich kann etwas dagegen tun 	<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis für die gesundheitsförderliche, abwechslungsreiche Mischkost (nach NAP.e) • Klärung von Begrifflichkeiten was bedeutet „gesund“ und ab wann kann Ernährung „ungesund“ werden? • Klären von Ernährungsmythen (z.B. Kohlenhydrate machen uns dick, ab 17 Uhr keine Mahlzeit etc.) 	<p>Einleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppenübung: Aufteilen der Lebensmittel in „gesund“ und „und gesund“ und Besprechen der einzelnen Lebensmittelgruppen <p>Hauptteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auflösung der Gruppenübung: die Menge der einzelnen Lebensmittel entscheidet über „gesund“ und „ungesund“ → KEINE VERBOTE in der gesunden Ernährung, mit Maß und Ziel • Klären der Begriffe „ausgewogen“, „abwechslungsreich“ und „regelmäßig“ • Gruppenübungen zum Thema Schokoladetestung, Mehlsorten sowie Geschmack von Ölen erkennen, Erkennen von Qualitätsunterschieden: Fett ist nicht gleich Fett, Wie erkenne ich Vollkorn etc. <p>Schluss: Klären offener Fragen</p>	90

Tabelle 6: Stundenbild: Aufbau Ernährung 1: Ernährung für Fortgeschrittene

Thema/ Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel/ Leitziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Aufbau Ernährung 1: Ernährung für Fortgeschrittene – für Körper, Geist und Seele, Säure-Basen-Haushalt, Brainfood, Prävention von Eiweißmangelernährung etc.				
<p>Ernährung für Fortgeschrittene mit Schwerpunkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brainfood • Säure-Basen-Haushalt • Erhalt der Muskelmasse • Vermeidung von Mangelernährung 	<p><u>Austeilen von:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsprotokoll <p><u>Flip-Chart-Plakat:</u></p> <p>Veränderungen im Laufe des Lebens</p>	<p>Der/Die TeilnehmerInnen sollen am Ende dieser Einheit folgende Punkte erkennen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die abwechslungsreiche Mischkost ist die Basis bei div. Stoffwechselerkrankungen wie z.B.: HLP, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2 • Brainfood hilft dem Gehirn wichtige Botenstoffe zu bilden und die geistige Leistungsfähigkeit positiv zu beeinflussen • Wichtig ist dabei auch ein regelmäßiges Gedächtnistraining • Eiweiß ist wichtig für die Muskelmasse • Wichtig ist dabei auch die körperliche Bewegung, damit Eiweiß in den Muskel eingebaut werden kann • Diäten sind nicht sinnvoll. Sie machen uns meist übergewichtiger als vor Beginn einer Diät. Diäten helfen uns zwar kurzfristig bei der Gewichtsabnahme, durch den JOJO-Effekt haben aber viele nach der Diät mehr Gewicht als vorher. 	<p>Einleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen im Laufe des Lebens – welche Veränderungen werden wahrgenommen? • Welche Veränderungen gibt es – Abnahme der Muskelkraft und Muskelmasse • Ausblick – Themenschwerpunkte im Aufbau <p>Hauptteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunktthemen werden schrittweise besprochen: Brainfood (Wunschthema der Teilnehmer) + Gedächtnisübung, Säure-Basen-Haushalt (Wunschthema der Teilnehmer), Ernährung für Fortgeschrittene mit Schwerpunkt Eiweißmangelernährung <p>Schluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Austeilen der Checkliste „Gesunde Mischkost“ + erklären der Vorgehensweise, Austeilen des Ernährungsprotokolls, Austeilen des Schreibens BIA-Messung, Einladungsschreiben 	90

Tabelle 7: Stundenbild: Aufbau Ernährung 2: Gewichtsmanagement

Thema/ Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel	Leitziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Aufbau Ernährung 2: Gewichtsmanagement ohne Diät – BIA-Messung					
BIA-Messung	Durchführen einer BIA-Messung Ausdrucken der Ergebnisse A) Analyse der Körperzusammensetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Woraus besteht unser Körper • Erkennen des eigenen Körperbildes • Erkennen der eigenen Stärken und Schwächen in Bezug auf die Körperzusammensetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen der Wichtigkeit der Körperzusammensetzung bis ins hohe Alter • Ableitung von Empfehlungen (Ernährung, Bewegung) • Erkennen von Mangelernährung und Fehlernährung im Alter (zum Beispiel Abnehmen durch Diät, Krankheit, Appetitlosigkeit etc.) 	Vorstellung/Erklärung der BIA-Messung Durchführung der BIA-Messung Einleitung: <ul style="list-style-type: none"> • Erklären von Grundbegriffen wie Grundumsatz, Body Mass Index, BCM, ECM, FFM, Fettmasse • Woraus besteht der Körper Hauptteil: <ul style="list-style-type: none"> • Besprechen der individuellen Messergebnisse • Veränderung des Körpers im Alter Schluss: <ul style="list-style-type: none"> • Beantwortung von Fragen • Abfragen der individuellen Zufriedenheit - Wie geht es mir mit meinem Messergebnis? 	90

Tabelle 8: Stundenbild: Aufbau Ernährung 3: Einkaufstraining

Thema/ Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel	Leitziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Aufbau Ernährung 3: Einkaufstraining					
Einkaufstraining	<p>In der Gruppe</p> <p>A) Einkaufstraining</p> <p>B) diverse Lebensmittelattrappen zur Analyse der Verpackungsangaben bzw. Lebensmittelkennzeichnung</p> <p>C) Flip-Chart-Plakat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewerten von Lebensmitteln und Getränken • Erkennen von Zusatzstoffen • Erkennen der Wertigkeit von frischen Lebensmitteln • Überdenken der eigenen Einkaufsgewohnheiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Die gesunde Alternative muss die leichtere werden (NAP.e) 	<p>Einleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was steht auf den Produkten drauf? Gemeinsames Erarbeiten der Bezeichnungen/Siegeln auf den Produkten. • Sammeln der Begrifflichkeiten auf einem Flip-Chart Plakat <p>Hauptteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besprechung der gesammelten Begrifflichkeiten (z.B. Zutatenliste, Zusatzstoffe, Biologischer Landbau etc.) anhand der PowerPoint-Präsentation <p>Schluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abschlussbewertung: Würde ich dieses Produkt kaufen + Begründung 	90

Tabelle 9: Stundenbild: Aufbau Ernährung 4: Geschmacks- und Geruchssinn

Thema/ Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Aufbau Ernährung 4: G'schmackig & Gesund, Der Geschmacks- und Geruchssinn				
Geschmacks- und Geruchstestung „Geschmack – die Veränderung unserer Sinne“	Arbeitsblatt: Geschmackstestung Geschmacksproben Geruchsproben (Sniffin-Sticks)	<ul style="list-style-type: none"> Sowohl das Geschmacks- als auch das Geruchsempfinden nehmen im Alter ab Die TeilnehmerInnen kennen am Ende der Einheit die fünf Geschmacksrichtungen süß, sauer, salzig, bitter, umami Die TeilnehmerInnen kennen am Ende der Einheit den Unterschied zwischen Geruch und Geschmack Die TeilnehmerInnen erkennen am Ende der Einheit den Zusammenhang zwischen Geruch und Geschmack 	<p>Einleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Geschmackstestung Übung 1: Erkenne den Geschmack – Basis, damit Geschmack richtig interpretiert wird + Auflösung <p>Hauptteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Daten/Fakten zum Geschmacks- und Geruchssinn Geschmackstestung: 2 in 1 + Auflösung Welche Veränderungen gibt es im Laufe des Lebens, Was verändert sich und wie? Geruchstestung mittels Sniffin Sticks: Erkenne den Geruch + Auflösung Geschmackstestung: Triangeltest + Auflösung, und Geschmackstestung: Schokoladenreise <p>Schluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was hat mir in den 4 Aufbauteilen besonders gut gefallen + Rückblick Feedback von den TeilnehmerInnen 	90

Tabelle 10: Stundenbild: Basiseinführung Bewegung

Thema der Einheit	Methode/Materialien	Lernziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Basiseinführung Bewegung				
<p>Zutat: Bewegung als Medikament</p> <ul style="list-style-type: none"> Literatur zum Nachlesen für die TrainerInnen: Bewegungsempfehlungen des FGÖ, 2012 Bewegungsbroschüre des FGÖ. 	<p>Ausgabe: Bewegungsquiz</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reflektieren über das persönliche Bewegungsverhalten Wertfreie Diskussion der Ergebnisse des Bewegungsquiz 	<p>Einleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> Begrüßung der TeilnehmerInnen, Vorstellungsrunde, TrainerIn und TeilnehmerInnen Abfragen wie wichtig Bewegung für die jeweilige TeilnehmerIn ist, wer wie viel und was an Bewegung macht Eisbrecher: Bewegungsquiz ausfüllen Bewegungsquiz besprechen Überleitung zu was und wie viel ist gesundheitsförderliche Bewegung 	20 Minuten
	<p>Ausgabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bewegungsempfehlungen für Erwachsene (FGÖ, 2012) Erwartete Wirkung durch regelmäßige Bewegung <p>Ausgabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Poster Kraft-Koordination-Gleichgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisieren der TeilnehmerInnen wie viel „Macht“ Bewegung als Medikament besitzt, was es alles bewirken kann Kennenlernen der Gruppe durch 	<p>Hauptteil</p> <p>Theorieteil</p> <ul style="list-style-type: none"> Besprechen der Wirksamkeit von Bewegung als Medikament und welche Bewegungskomponenten in einem gesundheitsförderlichen Bewegungstraining Einzug finden müssen (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination) + Wirkung von Bewegung <p>Praxisteil</p> <p>Aufwärmen:</p>	50 Minuten

		spielerischen Zugang <ul style="list-style-type: none"> • Barrieren abbauen • Körperwahrnehmung steigern • Kennenlernen und Einüben einfacher, jederzeit und überall durchführbarer Koordinations-, Kraft- und Beweglichkeitsübungen 	<ul style="list-style-type: none"> • spielerischer Zugang, kleine Bewegungsspiele mit oder ohne Kleingeräte, Mobilisieren und Bewegen der Gelenke (Vorbereiten auf diverse Übungen im Hauptteil) Hauptteil: <ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen und Einüben des Kraft-Koordinations- Beweglichkeitsprogramms (siehe Poster) • Cool Down, Beweglichkeit, Dehnung, Mobilisation 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Nachfühlen wie es sich angefühlt hat • Klären, ob alles verständlich war • Vorbereiten der TeilnehmerInnen was in der kommenden Einheit passiert, welche Bekleidung/ Ausrüstung benötigt wird • Motivation, weiterhin teilzunehmen, steigern • Empowerment der TeilnehmerInnen fördern 	Schluss <ul style="list-style-type: none"> • Nachbesprechen und Zusammenfassen der erlernten Inhalte und der Erlebnisse. • Wie geht es nun jeder TeilnehmerIn? • Anmoderieren: was passiert im Aufbau Modul 1 Ausdauer, kurze Vorausschau • eine Bewegungsaufgabe bis zum nächsten Treffen als Hausübung den TeilnehmerInnen mitgeben • Die Teilnehmer sollen selber kreativ werden, was umgesetzt werden kann, soll, wird 	20 Minuten

Tabelle 11: Stundenbild: Aufbau Bewegung 1: Ausdauertraining

Thema der Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Aufbau Bewegung 1: Ausdauertraining				
<p>Literatur zum Nachlesen für die TrainerInnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Literatur zum Nachlesen für die TrainerInnen: Bewegungsempfehlungen des FGÖ, 2012 Bewegungsbroschüre des FGÖ 	<p>Ausgabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intensitäten Übersicht Intensitäts-Skala nach BORG <p>Ausgabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Herzfrequenz-Tabelle Wie steigern ich mein Ausdauertraining? 	<ul style="list-style-type: none"> Reflektieren von umgesetzten Bewegungen seit dem Basismodul Festigen warum gesundheitsförderliche Bewegung wichtig ist → Wirkung Festigen wie oft Bewegung durchgeführt werden soll 	<p>Einleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> Begrüßung der TeilnehmerInnen Diskussion, wie viel und welche Art von Bewegung die TeilnehmerInnen seit dem Basismodul gemacht haben <i>Wenn ja:</i> welche und wie haben Sie es geschafft Bewegung umzusetzen? <i>Wenn nein:</i> was waren hinderliche Faktoren, warum die Bewegung nicht gemacht werden konnte? Wiederholung wie Bewegung (Ausdauer) wirkt Wiederholung Bewegungsempfehlungen → welche Bewegungskomponenten sollen Inhalt eines gesundheitsförderlichen Trainings sein Intensitäten von Bewegung, was ist intensive Bewegung, was ist moderate Bewegung? BORG-Skala besprechen und mit den 	<p>20 Minuten</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Erlernen welche unterschiedlichen Intensitäten Bewegung haben kann • Kennenlernen von belastungsorientiertem/ herzfrequenzgesteuertem Ausdauertraining 	<p>TeilnehmerInnen besprechen, welche Sportarten für welche Intensitäten stehen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensitäten in der Praxis besprechen • Besprechen, ob jemand der TeilnehmerInnen bereits mit Herzfrequenzmesser arbeitet, Reflexion. • Besprechen von Ausdauertraining (Herzfrequenztafel) 	
	<p>Ausgabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poster Nordic Walking Dehnungsübungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen von einfachem Ausdauertraining • Kennenlernen und Einüben einfacher, jederzeit und überall durchführbarer Dehnungsübungen mit Nordic Walking Stöcken 	<p>Hauptteil</p> <p>Aufwärmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spielerischer Zugang, kleine Bewegungsspiele (eventuell mit Nordic Walking Stöcke), Mobilisieren und Bewegen der Gelenke (Vorbereiten auf Hauptteil). <p>Hauptteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Nordic Walking-/Wogging-/Wander- Einheit <p>Abwärmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cool down • Dehnungsübungen mit oder ohne Nordic 	<p>60 Minuten</p>

			Walking Stöcke (analog Poster, Ausgabe)	
		<ul style="list-style-type: none"> • Nachfühlen der Bewegungseinheit • Mögliche Unklarheiten und Fragen klären • Vorbereiten der TeilnehmerInnen was in der kommenden Einheit passiert, welche Bekleidung/ Ausrüstung benötigt wird • Motivation, weiterhin teilzunehmen, steigern • Empowerment der TeilnehmerInnen fördern 	<p>Schluss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachbesprechen und Zusammenfassen der erlernten Inhalte und der Bewegungserlebnisse • Wie haben die Teilnehmer die Bewegungseinheit empfunden? • Anmoderieren: was passiert im Aufbau Modul 2 Kraft, kurze Vorausschau • eine Bewegungsaufgabe bis zum nächsten Treffen als Hausübung den TeilnehmerInnen mitgeben • Die Teilnehmer sollen selber kreativ bleiben, was umgesetzt werden kann/ soll/ wird 	10 Minuten

Tabelle 12: Stundenbild: Aufbau Bewegung 2: Krafttraining

Thema der Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Aufbau Bewegung 2: Krafttraining				
	Ausgabe: <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungen für gesundheitsorientiertes Krafttraining • Warum ist Krafttraining wichtig Ausgabe: <ul style="list-style-type: none"> • Anleitung Krafttraining mit BORG-Skala 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für Krafttraining (warum ist es wichtig) • Erkennen der einzelnen Intensitätsbereiche beim Krafttraining • Erlernen der wichtigsten Muskelgruppen für die ein Krafttraining durchgeführt werden soll 	Einleitung <ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung der TeilnehmerInnen • Kurzes Resümee welche Übungen seit dem letzten Modul durchgeführt wurden • Erklären und gemeinsames erarbeiten warum Krafttraining wichtig ist • Welche Muskelgruppen sollen beim gesundheitsorientierten Krafttraining trainiert werden • Erklärung der Anzahl der Krafteinheiten anhand von FGÖ Bewegungsempfehlungen • Wie intensiv kann Krafttraining sein → Zusammenführung mit BORG-Skala 	20 Minuten
	Ausgabe: <ul style="list-style-type: none"> • Poster Krafttrainingsübungen 		Hauptteil Aufwärmen: <ul style="list-style-type: none"> • spielerischer Zugang, kleine Bewegungsspiele, Mobilisieren Bewegungen der Gelenke 	60 Minuten

		<ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen von einfachen selbstständig durchführbaren Krafttrainingsübungen der wichtigsten Muskelgruppen 	<p>Hauptteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Krafttrainingseinheit: freie Übungen der wichtigsten Muskelgruppen auf der Matte <p>Abwärmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cool Down, Beweglichkeit, Dehnung, Mobilisation 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Nachfühlen der Bewegungseinheit • Mögliche Unklarheiten und Fragen klären • Vorbereiten der TeilnehmerInnen was in der kommenden Einheit passiert, welche Bekleidung/ Ausrüstung benötigt wird • Motivation, weiterhin teilzunehmen, steigern • Empowerment der TeilnehmerInnen fördern 	<p>Schluss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachbesprechen und Zusammenfassen der erlernten Inhalte und der Krafttrainingserlebnisse • Wie haben die Teilnehmer die Krafttrainingseinheit empfunden? • Anmoderieren: was passiert im Aufbau Modul 3 Beweglichkeit, kurze Vorausschau • eine Bewegungsaufgabe bis zum nächsten Treffen als Hausübung den TeilnehmerInnen mitgeben • Die Teilnehmer sollen selber kreativ bleiben, was umgesetzt werden kann/ soll/ wird 	<p>10 Minuten</p>

Tabelle 13: Stundenbild: Aufbau Bewegung 3: Beweglichkeit

Thema der Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Aufbau Bewegung 3: Beweglichkeit				
	Ausgabe: <ul style="list-style-type: none"> • Beweglichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für Beweglichkeit (warum ist es wichtig) • Erlernen wann und wie Beweglichkeitstraining durchgeführt werden soll 	<i>Einleitung</i> <ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung der TeilnehmerInnen • Kurzes Resümee welche Übungen seit dem letzten Modul durchgeführt wurden • Erklären und gemeinsames erarbeiten warum Beweglichkeitstraining wichtig ist • Wie und wann soll Beweglichkeitstraining durchgeführt werden? • Wie intensiv soll Beweglichkeitstraining sein? 	20 Minuten
	Ausgabe: <ul style="list-style-type: none"> • Poster Ausgleichsübungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen von einfachen selbstständig durchführbaren Beweglichkeits-/ Ausgleichsübungen 	<i>Hauptteil</i> <p>Aufwärmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spielerischer Zugang, kleine Bewegungsspiele, Mobilisieren und Bewegen der Gelenke <p>Hauptteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsames Beweglichkeitstraining: freie Ausgleichübungen <p>Abwärmen:</p>	60 Minuten

			<ul style="list-style-type: none"> Cool Down, Dehnung, Mobilisation 	
		<ul style="list-style-type: none"> Nachfühlen der Bewegungseinheit Mögliche Unklarheiten und Fragen klären Vorbereiten der TeilnehmerInnen was in der kommenden Einheit passiert, welche Bekleidung/ Ausrüstung benötigt wird Motivation, weiterhin teilzunehmen, steigern Empowerment der TeilnehmerInnen fördern 	<p>Schluss</p> <ul style="list-style-type: none"> Nachbesprechen und Zusammenfassen der erlernten Inhalte und der Beweglichkeitstrainingseinheit Wie haben die Teilnehmer die Beweglichkeitsübungen empfunden? Anmoderieren: was passiert im Aufbau Modul 4 Koordination, kurze Vorausschau eine Bewegungsaufgabe bis zum nächsten Treffen als Hausübung den TeilnehmerInnen mitgeben Die Teilnehmer sollen selber kreativ bleiben, was umgesetzt werden kann/ soll/ wird 	10 Minuten

Tabelle 14: Stundenbild: Aufbau Bewegung 4: Koordination

Thema der Einheit	Methode/ Materialien	Lernziel	Inhalte: Einleitung, Hauptteil, Schluss	Dauer in Minuten
Aufbau Bewegung 4: Koordination und Gleichgewicht				
	Ausgabe: <ul style="list-style-type: none"> Koordination und Gleichgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierung für Koordinationstraining (warum ist es wichtig) Erlernen wann und wie Koordinationstraining durchgeführt werden soll 	Einleitung <ul style="list-style-type: none"> Begrüßung der TeilnehmerInnen Kurzes Resümee welche Übungen seit dem letzten Modul durchgeführt wurden Erklären und gemeinsames erarbeiten warum Koordinationstraining wichtig ist Wie und wann soll Koordinationstraining durchgeführt werden? Wie intensiv soll Koordinationstraining sein? 	10 Minuten
		<ul style="list-style-type: none"> Kennenlernen von einfachen selbstständig durchführbaren Koordinations- und Gleichgewichtsübungen 	Hauptteil Aufwärmen: <ul style="list-style-type: none"> spielerischer Zugang, kleine Bewegungsspiele, Mobilisieren und Bewegen der Gelenke (Vorbereiten auf Hauptteil). Hauptteil: <ul style="list-style-type: none"> Gemeinsames Koordinationstraining: 	60 Minuten

			<p>Übungen auf labiler/instabiler Unterlage wie z.B. Matte, Polster, sball, MFT-Platte (Einbeinstand, Einbein-Diagonalstreck, etc.); Übungen mit geschlossenen und/oder offenen Augen; Ballspiele mit TrainingspartnerIn (verwenden von linker und rechter Hand abwechselnd)</p> <p>Abwärmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cool Down, Dehnung, Mobilisation 	
	<p>Ausgabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungstipps 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachfühlen der Bewegungseinheit • Mögliche Unklarheiten und Fragen klären • Motivation weiter selbstständig gesundheitsförderliche Bewegung durchzuführen → Tipps wie in Alltag integrieren • Bedanken und gratulieren für/zur Teilnahme 	<p>Schluss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachbesprechen und Zusammenfassen der erlernten Inhalte und der Beweglichkeitstrainingseinheit • Wie haben die Teilnehmer die Koordinationsübungen empfunden? • Tipps wie gesundheitsförderliche Bewegung weiter in den Alltag integriert werden kann (z.B. eigenen Trainingsplan schreiben, etc.) • TeilnehmerInnen motivieren, weiterhin Bewegung zu machen (Wiederholen warum wichtig) 	20 Minuten





2.6 Optimaler Aufbau eines Trainings und weitere Unterstützungsmaßnahmen

Wie bereits angeführt, kann davon ausgegangen werden, dass der nachhaltige Erfolg einer Trainingsmaßnahme wie „Gesund: Warum?“ von weiteren Unterstützungsmaßnahmen abhängen. Dies zeigt sich auch in den Aussagen die am Ende der Trainings von den TeilnehmerInnen gemacht wurden. Folgender idealer Aufbau eines Gesundheitsförderungsprogramms mit dem Schwerpunkt Bewegung und Ernährung lässt sich daraus ableiten.

Tabelle 15: Idealer Aufbau eines Gesundheitsförderungsprogramms

Zielgruppen Akquise	Persönliches Einladungssystem, Impulsveranstaltung Gesundheitsförderung und Prävention, Erstellung von Werbematerialien, Information von MultiplikatorInnen (Vertreter von Zielgruppen)
Involvierung ÄrztInnen	Untersuchung beim Arzt, wenn es sich um ältere Personen mit Beschwerden handelt – Bewegungstauglichkeit überprüfen
Umsetzung des Trainings	Das Training kann vor Ort in der Region in geeigneten Räumen oder in einer Gesundheitseinrichtung der Sozialversicherung umgesetzt werden. Die rechtlichen Grundlagen für die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Bewegungstrainings müssen dabei beachtet und entsprechende Verträge mit VertragspartnerInnen geschlossen werden. Die TeilnehmerInnen sollen am Basis- und Aufbauprogramm teilnehmen. Wobei es auch möglich ist, nur das Basisprogramm zu absolvieren.
Weiterführendes Unterstützungsangebot	Das Training wurde so aufgesetzt, dass es regelmäßig in 2-3 Monaten umgesetzt werden kann und idealtypisch in der Bildung von eigenen Gesundheitsgruppen mündet. Die TeilnehmerInnen werden angeregt, selbständig oder in Gruppen gemeinsam ihre Gesundheitsziele zu verfolgen. Bekannt ist, dass jedoch sobald die fachliche Begleitung nicht mehr vorhanden ist, die Motivation nachlässt. Auch bei Gruppenbildungsprozessen ist die fachliche Unterstützung über einen längeren Zeitraum notwendig. Als weiterführendes Unterstützungsangebot wird vorgeschlagen: Newsletter, halbjährliche Gesundheits-Treffen, ein Recall-System Follow-Up nach einem halben Jahr oder Gruppenleiterunterstützungstreffen (diese Maßnahmen werden hier nicht mehr im Detail dargestellt, da sie nicht Bestandteil dieses Trainings sind).
Feedbackinstrument	Ein Kurzfragebogen, der im Handbuch eingebunden ist, wurde erstellt und dient der Befragung und erneuten Kontaktaufnahme 6 Wochen nach dem Training. Die TeilnehmerInnen werden aufgefordert, den Fragebogen an die TrainerIn zurückzuschicken. Er kann entweder von den TeilnehmerInnen selbst zurück geschickt werden oder per Anruf von der TrainerIn abgefragt werden. Es soll damit das Training bei den TeilnehmerInnen in Erinnerung gerufen werden bzw. als Unterlage für das Feedback-Gespräch nach 6 Wochen dienen, und wird weniger als Evaluationstool eingesetzt.

3 Anhang Ernährung und Bewegung

Bereich	Inhalt	Anhang
Ernährung	Ernährungsprotokoll	 Ernährungsprotokoll.pdf
Ernährung	Geschmackstestung Anleitung	 GeschmackAnleitung.pd
Ernährung	Geschmackstestung	 Geschmackstestung.pdf
Bewegung	Poster Bewegung	 BAM-Plakate.zip

4 Literatur

4.1 Zitierte Literatur

Alcser K.H. & 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.

Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bauer M., Beyer, R., Fasching, E. (2010). Länger leben bei guter Gesundheit. Gesundheitsförderung für Frauen und Männer ab 50. Strategische Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkatalog. Hrsg. Hauptverband der österreichischen Krankenversicherungen. Wien.

Biddle, S. N. & Nigg, C. R. (2000). Theories of exercise behaviour. International Journal of Sport Psychology, 31, 290-304

Culos-Reed, S.N., Gyurcsik, N.C. & Brawley, L.R. (2001). Using theories of motivated behaviour to understand physical activity. In R.N. Singer, H.A. Hausenblas & J.P. Janelle (Eds.), Handbook of Sport Psychology (pp.695-717). New York

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

Eakin E.G., Glasgow R.E., Riley K.M. 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.

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.

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

Göhner, W./ Fuchs, R. (2007). Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe

Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation Intentions. Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503

Gollwitzer, P.M., Fujita, K. & Oettingen, G. (2004). Planning and the implementation of goals. In R.F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Selfregulation. Research, theory and applications* (pp. 211-228). New York, NY: Guilford Press.

Güntert B.J. 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.

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.

House J.S., Kessler R.C., Herzog A.R. et al. Age, socioeconomic status, and health. *Milbank Quarterly* 1990; 68, 383-411.

Keller, S. (Hrsg.). (1999): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Lambertus, Freiburg 1999.

Kickbusch I. Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen: Gesundheitsförderung – Eine Moderne Profession, 2.Auflage, München, Urban&Fischer 2002; 181 ff.
Koestner, R., Leke, N., Powers, T.A. & Chicoine, E. (2002). Attaining personal goals: Self-concordance plus implementation intentions equals success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 231-244.

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.

Lippke, S., Ziegelmann, J.P. & Schwarzer, R. (2005). Stage-specific adoption and maintenance of physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 585-603

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

Lorenz, R. (2005). Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. (2.Aufl.). München: Reinhardt.

Maag, D. (2007). Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht. Lugano: Dissertation

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

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

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.

[Pelikan J.M., Nowak P., Dietscher C. Gesundheitsförderung praktisch als Führungsaufgabe. 2002. www.gspwien-info.net. 22.12.2006.](http://www.gspwien-info.net)

(PensionistInnenbericht 1999/2001)

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

Prochaska, J. O. & Velicer, W. F.: The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 1997, S. 38–48.

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 J.M. 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.

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

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.

Scholz, U., Sniehotta F.F. & Schwarzer, R. (2005). Predicting physical exercise in cardiac rehabilitation: The role of phase-specific self-efficacy beliefs. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27, 135-151

Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens [Psychology of health behaviors]*. (2nd rev. ed.). Göttingen, Germany: Hogrefe.

Sevick M.A., Dunn A.L., Morrow M., Marcus B.H., Chen G.J., Blair St.N., Cost-Effectiveness of Lifestyle and Structured Exercise Interventions in Sedentary Adults - Results of Project ACTIVE, *American Journal of Preventive Medicine* 2000; 19(1)

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

Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K.V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (2010). Bundesministerium für Gesundheit, *Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich* (Hrsg.). Österreichische Empfehlung für gesundheitswirksame Bewegung

Walter U., Schwartz F.W. *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), Active Ageing – A Policy Framework. 2002

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

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.

Whelton S.P., 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.

Wiesmann U., Einfeld K., Hannich H.J., 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.

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