



Gesundheitsförderung älterer Menschen in Österreich

Rygalyk Miriam

Gmf 04030

Mag. Dr. Erwin Gollner MPH

Sommersemester 2007

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG.....	1
2. DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG IN ÖSTERREICH	3
3. ALTERN UND „AKTIVES ALTERN“ – DEFINITION.....	6
3.1 ALTERN.....	6
3.2 „AKTIVES ALTERN“	7
4. DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT IM ALTER	10
4.1 FAKTOREN DES AKTIVEN ALTERNS	11
4.1.1 <i>Universell gültige Faktoren Kultur und Geschlecht.....</i>	<i>11</i>
4.1.2 <i>Gesundheit und soziale Sicherheit.....</i>	<i>11</i>
4.1.3 <i>Verhaltenseinflüsse</i>	<i>12</i>
4.1.4 <i>Persönliche Einflüsse</i>	<i>12</i>
4.1.5 <i>Physische Umgebung.....</i>	<i>13</i>
4.1.6 <i>Soziale Einflüsse</i>	<i>13</i>
4.1.7 <i>Wirtschaftliche Einflüsse.....</i>	<i>14</i>
5. GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR ÄLTERE MENSCHEN IM KONTEXT ALLGEMEINER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	15
5.1 ANSÄTZE UND STRATEGIEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	16
5.1.1 <i>Vorrangige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung</i>	<i>17</i>
5.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG ÄLTERER MENSCHEN.....	19
5.3 THEMEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG ÄLTERER MENSCHEN.....	20
5.3.1 <i>Ernährung.....</i>	<i>21</i>
5.3.2 <i>Körperliche Aktivität.....</i>	<i>22</i>
5.3.3 <i>Unfallschutz.....</i>	<i>22</i>
5.3.4 <i>Kognitive Aktivität</i>	<i>23</i>
6. DAS ANGEBOT AN GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-PROJEKTEN FÜR ÄLTERE MENSCHEN IN ÖSTERREICH.....	24
6.1 METHODE DER ANGEBOTSERHEBUNG	24
6.1.1 <i>Projektbeschreibung: healthPROelderly.....</i>	<i>24</i>



6.1.2	<i>Recherche</i>	25
6.2	BESCHREIBUNG DES ANGEBOTES	27
6.3	DETAILLIERTE BESCHREIBUNG AUSGEWÄHLTER PROJEKTE	31
6.3.1	<i>Plan 60</i>	31
6.3.2	<i>Lebenswerte Lebenswelten im Alter</i>	33
6.3.3	<i>Anders Altern in Radenthein</i>	35
6.3.4	<i>Aktiv ins Alter</i>	37
6.3.5	<i>Die Spinne und das Netz</i>	39
6.4	SCHLUSSFOLGERUNG.....	41
7.	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	43
8.	VERZEICHNISSE	45
8.1	LITERATURVERZEICHNIS	45
8.2	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	48
9.	ANHANG	I
9.1	ERKLÄRUNG	I
9.2	LISTE DER ERMITTELTEN GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROJEKTE FÜR ÄLTERE MENSCHEN.....	II

Abkürzungsverzeichnis

BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
bzw.	beziehungsweise
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
Gefas	Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des Seniorenstudiums an der Universität Graz
GF	Gesundheitsförderung
kcal	Kilokalorie
vgl.	Vergleiche
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung und Fragestellung

Der Begriff der Gesundheitsförderung gewinnt in der heutigen Zeit immer mehr an Bedeutung. Die Menschen sollen befähigt werden Verantwortung über ihre Gesundheit zu übernehmen und diese positiv zu beeinflussen. Um die Menschen besser zu erreichen geht der Trend in Richtung der Spezialisierung auf verschiedene Zielgruppen, wie etwa Gesundheitsförderung für Kinder oder Frauen, und verschiedene Settings, vor allem Betriebliche Gesundheitsförderung oder auch Gesundheitsförderung an Schulen oder Gemeinden.

Auch die Gruppe der älteren Menschen stellt eine wichtige Zielgruppe für die Gesundheitsförderung dar. Die Lebenserwartung der Menschen steigt stetig an, das erhöht die Zeit der aktiven Jahre und auch die Jahre die im Ruhestand verbracht werden. Von großer Bedeutung ist es deshalb auch für ältere Menschen ihre physische und mentale Gesundheit und ihr Wohlbefinden nach besten Möglichkeiten zu fördern, damit sie längstmöglich gesund, mental aktiv und vor allem auch selbstständig bleiben.

Der Bedarf an Gesundheitsförderung steigt somit stetig, denn zukünftig wird die Prävention von Krankheiten alleine nicht ausreichen, vielmehr muss das Augenmerk auf die Erhaltung der Selbstständigkeit und der körperlichen und geistigen Fähigkeiten gelegt werden. Auch die Entwicklung der sozialen, umwelt- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ist von großer Bedeutung.

Von den bereits angesprochenen Trends lässt sich ableiten, dass großer Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen für ältere Menschen in Österreich vorhanden ist. Die vorliegende Arbeit geht deshalb der Frage nach, welches Angebot es an Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen in Österreich gibt. Weiters wird darauf eingegangen welche Themen, Theorien und „Philosophien“ im Vordergrund der

angebotenen Programme stehen, nach welchen Methoden und Strategien vorgegangen wird und auf welche Ziele sich diese richten.

Um die Fragestellung ausführlich zu beantworten ist die Struktur der Arbeit wie folgt aufgebaut: Vorerst wird auf die demographische Entwicklung in Österreich eingegangen, nachfolgend werden der Begriff des Alterns und die Determinanten der Gesundheit im Alter näher betrachtet. Die Gesundheitsförderung älterer Menschen und deren vorrangig behandelte Themen werden im darauffolgenden Teil der Arbeit besprochen. Das anschließende Kapitel widmet sich dem Angebot der gesundheitsfördernden Projekte für ältere Menschen in Österreich. Es werden sowohl die Erhebung des Angebots als auch das Ergebnis erläutert um in Folge ausgewählte Projekte näher vorzustellen. Die Autorin war im Rahmen ihres Pflichtpraktikums beim Österreichischen Roten Kreuz mit der Recherche zu Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen in Österreich für die Datenbank des Projekts „healthPROelderly“ betraut. Das Angebot wurde mit der Hilfe einer Literatur- und Internetrecherche erhoben. Das Projekt „healthPROelderly“ beinhaltet unter anderem die Erstellung einer Datenbank der Gesundheitsförderungsprojekte in den teilnehmenden Ländern Österreich, Griechenland, Italien, den Niederlanden, Deutschland, der Tschechischen Republik, Polen, der Slowakei, Großbritannien und Slowenien.

Um die Arbeit abzurunden werden schlussendlich die wichtigsten Punkte zusammengefasst, es wird eine Schlussfolgerung gezogen und ein Blick in die Zukunft gewagt.

2. Demographische Entwicklung in Österreich

Weltweit kann ein stetiger Anstieg der Lebenserwartung festgestellt werden. Der Anteil der über Sechzigjährigen an der Weltbevölkerung wird immer größer. In der Periode von 1970 bis 2025 wird deshalb ein Anstieg der besagten Altersgruppe um 223 Prozent erwartet (vgl. WHO, 2002, S. 6f).

In den vergangenen hundert Jahren konnte in Österreich ein Anstieg der Lebenserwartung der Menschen um fast das Doppelte verzeichnet werden (vgl. Noack / Reis-Klingspiegel, 1999, S. 16). Dieser Anstieg ist zurückzuführen auf mehrere Faktoren, unter anderem auf den Rückgang der Kindersterblichkeit und den Wandel des Todesursachenspektrums, welches sich von Infektionskrankheiten hin zu chronisch-degenerativen Krankheiten entwickelte. Ausgelöst wurden diese Veränderungen sowohl von einer Verbesserung der Ernährungssituation der Menschen als auch neuer Erkenntnisse um Krankheitserreger und darauf folgenden Verbesserungen bezüglich der Hygiene (vgl. Kytir / Münz, 2000, S. 42f).

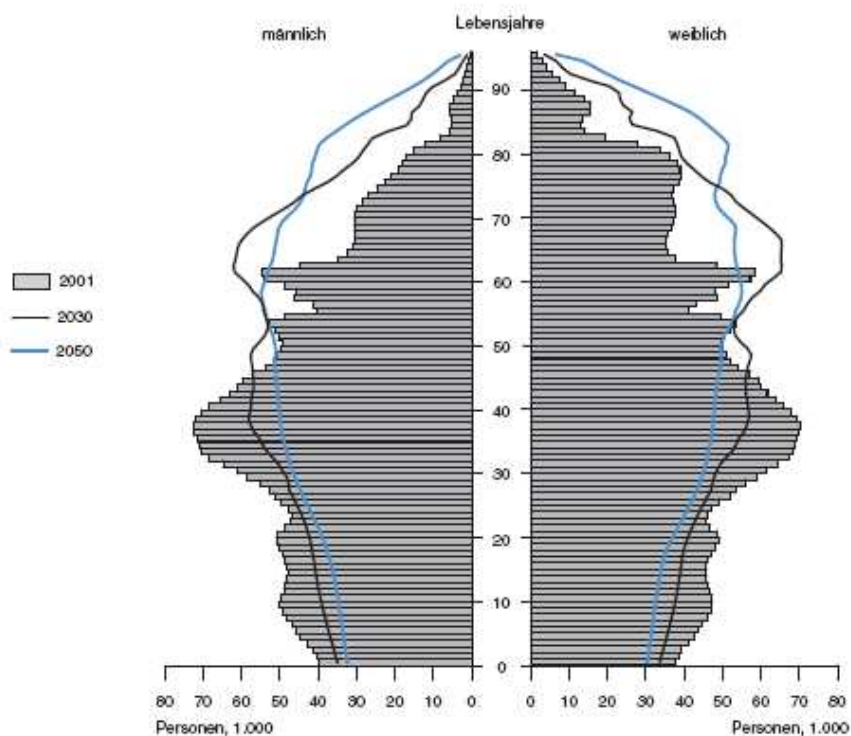
Die Zahl der aktiven, gesunden Jahre steigt stetig an, hierzu beigetragen haben etwa die Fortschritte in der Medizin und der Aufbau einer Gesundheitsversorgung, die sowohl gut zugänglich als auch umfassend ist (vgl. Noack / Reis-Klingspiegel, 1999, S. 16). Verantwortlich für das kontinuierliche Anwachsen des Durchschnittsalters ist jedoch nicht nur der Anstieg der Lebenserwartung sondern auch abnehmende Fertilitätsraten (vgl. WHO, 2002, S. 6f).

In Österreich lässt sich demographisches Altern seit dem Ende des Ersten Weltkrieges verzeichnen. So stieg die Zahl der über Sechzigjährigen im Zeitraum von 1923 bis 1970 von 650.000 auf 1,5 Millionen an. In den Jahren von 1970 bis 2000 fanden keine große Veränderungen der Zahl der über Sechzigjährigen statt, es konnte jedoch

ein deutlicher Anstieg der 20- bis 59-Jährigen verzeichnet werden (vgl. Kytir / Münz, 2000, S. 26f).

Die Abbildung 2.1. zeigt sowohl die Bevölkerungspyramide im Jahr 2000 als auch Prognosen der weiteren Entwicklung in den Jahren 2030 und 2050. Man kann anhand der Abbildung erkennen, dass sowohl bei der männlichen als auch der weiblichen Bevölkerung sich die Zahl der 30- bis 50-Jährigen verringern wird und sich im Gegenzug die Zahl der über Fünfzigjährigen bis über Neunzigjährigen erhöhen wird.

Abbildung 2.1: Bevölkerungspyramide 2001, 2030 und 2050



Quelle: Statistik Austria, 2005, Statistisches Jahrbuch Österreich 2005, S. 49

Als häufigste Ursache von Morbidität, Behinderung und Sterblichkeit gelten im zunehmenden Alter nichtübertragbare Krankheiten. Diese verursachen in weiterer Folge den betroffenen Personen, ihren Angehörigen und auch der Gesellschaft hohe Kosten. Dadurch werden große Ressourcen aufgebraucht, welche eigentlich auch zur Abdeckung der gesundheitlichen Bedürfnisse anderer Altersgruppen nötig wären (vgl.



WHO, 2002, S.14). Bei diesen Krankheiten besteht jedoch die Möglichkeit sie durch Vorbeugemaßnahmen zu verhindern oder ihren Ausbruch zu verzögern. Gerade deshalb ist es wichtig die notwendigen Maßnahmen rechtzeitig zu setzen.

Das Anwachsen der Lebenserwartung der Menschen ist ein großer Erfolg. Die demographische Entwicklung birgt neben neuen Chancen jedoch auch Herausforderungen, die mit einem Wandel der heutigen Welt einhergehen.

3. Altern und „Aktives Altern“ – Definition

3.1 Altern

Mit der Geburt setzt bereits der Prozess des Alterns ein. Unter dem Begriff des Alterns wird folglich primär das Durchschreiten des individuellen Lebenslaufs verstanden. Doch dieser Weg verläuft bei jedem Individuum anders und wird von diesem auch unterschiedlich bewertet (vgl. Filipp / Mayer, 1999, S.29).

Das Altern ist nachweislich kein homogener, also gleichförmiger und gleichsinnig verlaufender Prozess, vielmehr ist er geprägt von höchst unterschiedlichen Verläufen sowohl zwischen Individuen als auch innerhalb einzelner Individuen. Man findet hier ebenso zunehmenden körperlichen Verfall in Kombination mit hoher geistiger Leistungsfähigkeit als auch das umgekehrte Veränderungsmuster. Festzustellen ist, dass das Altern sowohl Gewinne als auch Verluste und Stabilität als auch Abbau umfasst.

Menschen altern auf ganz unterschiedliche Weise und die psychologischen und auch physiologischen Unterschiede zwischen ihnen werden immer größer. Zurückführen lässt sich dies sowohl auf die individuelle genetische Ausstattung als auch auf die Tatsache, dass jeder Mensch eine unterschiedliche Biographie aufweist. Die Biographie ist geprägt von Erfahrungen die im Laufe des Lebens angesammelt werden und in Folge unterschiedliche Stile des Alterns formen.

Dessen ungeachtet gibt es auch Argumente dafür, dass sich bei aller Unterschiedlichkeit gemeinsame Elemente finden. So lässt sich etwa bei fast allen Menschen im höheren Alter eine zunehmende Verlangsamung des Organismus und all seiner psychischen und physischen Funktionen feststellen (vgl. ebd., S. 31).

Auch die Frage wie das Altern subjektiv empfunden wird, konnte in Studien erforscht werden. Keller et al. (1989, in: Filipp / Mayer, 1999, S.29f). konnten aus den Antworten der befragten Probanden fünf subjektive Sichtweisen über das Altern ableiten. Diese werden folgend aufgeführt:

- Altern als natürlicher und graduell verlaufender Prozess
- Altsein als Periode der Lebensbewertung, philosophischen Reflexion, Weisheit und Reife
- Altsein als Phase neuer Freiheiten und Interessen sowie reduzierter Pflichten
- Altern als Prozess zunehmender Sorgen um die Gesundheit sowie Altsein als Zeit persönlicher und sozialer Verluste.

Daraus lässt sich eindeutig ableiten, dass Altern auch von den betroffenen Personen nicht ausschließlich negativ bewertet wird. Im Gegenteil, das Alter als Lebensabschnitt wird immer bedeutender, deshalb ist eine neue Bewertung dieser Phase des Lebens und ihrer Möglichkeiten umso wichtiger. Dieser Frage hat sich auch die WHO in ihrem Konzept „Aktives Altern“ angenommen.

3.2 „Aktives Altern“

„Unter aktiv Altern versteht man den 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.“ (WHO, 2002, S. 12)

In den späten Neunzigerjahren wurde der Ausdruck „Aktives Altern“ von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägt. Die WHO will so ein umfassendes Konzept transportieren, welches alle Faktoren beeinflusst die, über die Wahrung der Gesundheit hinaus, die Lebensqualität jedes

einzelnen Menschen als auch der Bevölkerung im Verlauf des Alterns bestimmt (vgl. ebd., S. 13).

Mit dem Begriff „Aktiv“ soll ausgedrückt werden, dass es Ziel ist allen Menschen *„andauernde Teilnahme am sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, spirituellen und zivilen Leben“* (vgl. WHO, 2002, S.12) zu ermöglichen.

Es soll eine Ausweitung der Lebenserwartung und Lebensqualität aller Menschen, sowohl der gesunden als auch der schwachen, behinderten und pflegebedürftigen, erzielt werden.

Sowohl für Einzelpersonen als auch für die Politik wurde die Dringlichkeit erkannt Maßnahmen zu setzen um die Autonomie und die Unabhängigkeit in zunehmendem Alter zu wahren.

Der Alterungsprozess spielt sich auch in sozialem Kontext ab, deshalb sind Konzepte wie Solidarität unter Generationen ein wichtiger Bestandteil des „Aktiven Alterns“. Um zukünftig die Lebensqualität älterer Menschen zu steigern, kann bereits jetzt angesetzt werden, denn die Kinder von heute werden im Laufe der Zeit zu den älteren Menschen der Zukunft (vgl. ebd., S. 12).

Wenn es gelingt die Anliegen des Konzepts „Aktives Altern“ zu berücksichtigen, könnte dies in Zukunft

- zu einer Verringerung vorzeitiger Todesfälle von Personen in den produktivsten Lebensphasen führen,
- die Anzahl von Behinderungen welche aus chronischen Krankheiten resultieren könnte abnehmen,
- die Zahl der Menschen die im Alter über eine hohe Lebensqualität verfügen könnte zunehmen,
- die Zahl der älteren Menschen die aktiv am sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Geschehen teilhaben könnte steigen und schlussendlich
- käme es zu einer Verringerung der Kosten für medizinische Behandlung und Pflege.



Für die Erreichung dieser Ziele sind jedoch Bemühungen vieler Akteure nötig. Neben der politischen Ebene, welche angehalten ist die Umgebung so zu gestalten, dass ein gesundes Leben geführt werden kann, ist auch jeder Einzelne selbst verantwortlich in jedem Alter auf eine gesunde Lebensführung zu achten (vgl. ebd., S. 16f).

4. Determinanten der Gesundheit im Alter

Der Begriff „Determinanten der Gesundheit“ wird im Glossar für Gesundheitsförderung des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wie folgt definiert:

„Persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften bestimmen. Diese Faktoren beeinflussen einander. Gesundheitsförderung befasst sich damit, aktiv die gesamte Bandbreite solcher Determinanten anzugehen und sie in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen.“ (FGÖ, 2007a)

Zur Konzipierung und Beurteilung von Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen ist es von Dringlichkeit die Einflüsse und Faktoren des aktiven Alterns und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit zu kennen.

Abbildung 4.1: Die bestimmenden Faktoren für ein Aktives Altern



Quelle: WHO. (2002). Aktiv altern – Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, S. 19.

Abbildung 4.1 zeigt die, von der WHO definierten, Faktoren für das Aktive Altern, welches im Kapitel 3.2 näher beschrieben wurde. Dies sind die beiden universell gültigen Faktoren Geschlecht und Kultur und weiters Gesundheit und soziale Sicherheit, Verhaltenseinflüsse, persönliche Einflüsse, physische Umgebung sowie soziale und wirtschaftliche Einflüsse. Vorerst soll erwähnt sein, dass bestimmte Wirkungen nicht auf einen einzigen Auslösefaktor zurückzuführen sind, vielmehr müssen sie in ihrer Gesamtheit und ihrem Zusammenwirken betrachtet werden (vgl. WHO, 2002, S. 19).

4.1 Faktoren des Aktiven Alterns

Nachfolgend werden die einzelnen Faktoren des aktiven Alterns näher betrachtet.

4.1.1 Universell gültige Faktoren Kultur und Geschlecht

Die kulturellen Werte und Traditionen einer Gesellschaft beeinflussen in hohem Maße sowohl den Stellenwert einer gesundheitsbewussten Lebensführung, als auch die Einstellung gegenüber alten Menschen und dem Prozess des Alterns.

Betrachtet man die Unterschiede zwischen den Geschlechtern lässt sich feststellen, dass hier zum Beispiel verschiedene traditionelle Rollen vorliegen, es unterschiedliche Achtung der Personen gibt und teilweise ein differenzierter Zugang sowohl zu gesunden Nahrungsmitteln, Schulausbildung, Arbeitsmöglichkeiten als auch medizinischer Versorgung vorliegt (vgl. ebd., S. 20).

4.1.2 Gesundheit und soziale Sicherheit

Diese beiden Faktoren werden als ausschlaggebend für die Lebensqualität von Menschen angesehen. Der bestmögliche Fall wäre ein Gesundheits- und Sozialsystem welches integriert, koordiniert und kostengünstig gestaltet ist.

Ältere Menschen dürfen bei der Bereitstellung medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen nicht diskriminiert werden und müssen mit der gleichen Würde und dem gleichen Respekt wie alle anderen Menschen behandelt werden (vgl. ebd., S. 21).

4.1.3 Verhaltenseinflüsse

Das Verhalten eines Individuums kann seine Gesundheit auf vielfältige Weise beeinflussen. Es ist von großer Bedeutung, dass man in allen Altersstufen einen gesunden Lebensstil führt und aktiv an allen Belangen des Lebens teilnimmt. Es ist zu jeder Zeit und in jedem Alter möglich sein Verhalten zu ändern und hier wäre vor allem sinnvoll die körperliche Aktivität zu steigern, gesunde Essgewohnheiten anzunehmen, das Rauchen und den Konsum von Alkohol zu verringern oder einzustellen und der vernünftige Einsatz von Medizin (vgl. WHO, 2002, S. 22ff).

4.1.4 Persönliche Einflüsse

Als persönliche Einflüsse gelten hier vor allem Biologie und Genetik sowie psychologische Faktoren.

Das Altern ist von der Biologie und Genetik eines Menschen geprägt, da es aus einer Vielzahl biologischer Prozesse besteht, welche genetisch determiniert sind. Auch die Tendenz zur Langlebigkeit ist oft in bestimmten Familien höher, dies lässt davon zeugen, dass auch dies von genetischen Faktoren mitbestimmt wird (vgl. Kirkwood, 1996).

Intelligenz und kognitive Fähigkeiten, welche als psychologische Faktoren gelten, beeinflussen wie ein Mensch das Älterwerden bewältigt und welches Alter er erreicht (vgl. Smits, et al., 1999). So fand die Statistik Austria in einer Studie im Jahr 2007 heraus, dass Akademiker im Durchschnitt ein höheres Alter erreichen, als Menschen die nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen (vgl. Statistik Austria, 2007).

4.1.5 Physische Umgebung

Unter dem Begriff der physischen Umgebung, oder auch der Umweltfaktoren, wird vor allem die Umgebung, die Sicherheit zu Hause, die Sturzgefahr und der Zugang zu sauberem Wasser, sauberer Luft und ungefährlichen Nahrungsmitteln verstanden. All diese Faktoren sind für ältere Menschen und ihre Gesundheit ausschlaggebend.

Die Umgebung in der man lebt, beeinflusst wie unabhängig man agieren kann und ob man sich sicher fühlt auch auszugehen und so Isolation vermeidet. Sowohl für junge jedoch vor allem für ältere Menschen sind sichere und situationsgerechte Wohn- und Nachbarschaftsverhältnisse von großer Wichtigkeit (vgl. WHO, 2002, S.27f).

Auch die Gefahr von Stürzen sollte so weit wie möglich verringert werden, denn im hohen Alter gehen diese oft mit schweren Verletzungen, die zu Immobilität und damit zu einer massiven Verschlechterung der Lebensqualität führen können, und schlimmstenfalls auch Todesfällen einher (vgl. WHO, 2002, S. 28).

4.1.6 Soziale Einflüsse

Der Mensch ist sein Leben lang von vielerlei sozialen Faktoren beeinflusst. Man findet hier sowohl jene die der Gesundheit, der sozialen Integration und der Sicherheit älterer Menschen förderlich sind als auch solche die das Risiko von Behinderungen und Tod im Alter fördern.

Zu der Kategorie der förderlichen Faktoren lassen sich vor allem der Zugang zu sozialen Hilfeleistungen als auch Ausbildungsmöglichkeiten und die Chance auf lebenslange Weiterbildung, auf Leben in Frieden und auf Schutz vor Gewalt und Missbrauch zählen.

Wohingegen sowohl soziale Isolierung, Einsamkeit, Analphabetismus und Ausbildungsmängel als auch Konfliktsituationen der Gesundheit älterer Menschen hinderlich sind (vgl. WHO, 2002, S. 28f).



4.1.7 Wirtschaftliche Einflüsse

Das Altern ist ab einem bestimmten Zeitpunkt auch immer mit dem Übertritt von der Arbeitswelt in den Ruhestand verbunden. Dies bedeutet in vieler Hinsicht große Umstellung, das Gehalt wird abgelöst von den Pensionszahlungen, man verfügt oft nicht mehr über ausreichende finanzielle Mittel.

Das Einkommen, die Arbeit und die soziale Geborgenheit/Absicherung sind die drei wesentlichsten wirtschaftlichen Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen können (vgl. WHO, 2002, S. 30f).

5. Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Kontext allgemeiner Gesundheitsförderung

Im Laufe der Zeit unterlag das Verständnis von Gesundheit vielen Veränderungen. Wurde diese in frühen Jahren nur als die Abwesenheit von Krankheit definiert, so spricht man seit 1978 von einem „Zustand körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, 1978).

Es kann jedoch nicht jeder Einzelne die gesamte Verantwortung für die eigene Gesundheit selbst tragen, entscheidend sind auch die Verhältnisse unter denen man lebt. Um diese gesundheitsförderlich zu gestalten und die Menschen zu einem gesünderen Verhalten zu bewegen, dient die Gesundheitsförderung.

Interventionen, die einen Gesundheitsgewinn zum Ziel haben, fallen sowohl in den Bereich der Krankheitsprävention als auch in den der Gesundheitsförderung. In einigen, der in der Folge beschriebenen, Projekte wirken jedoch beide Bereiche zusammen. Trotzdem soll im folgenden durch eine kurze Erklärung eine Abgrenzung der beiden Bereiche durchgeführt werden.

Die Anfänge der Krankheitsprävention, im folgenden abgekürzt als Prävention bezeichnet, lassen sich ins 19. Jahrhundert zurückführen, wo sich durch die Debatte um soziale Hygiene und Volksgesundheit erstmals dieser Begriff in der Sozialmedizin entwickelte. Das Augenmerk der Prävention liegt auf der Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und ihrer Verbreitung, wobei dies durch Zurückdrängen oder Ausschalten der Auslösefaktoren geschehen soll.

Der Begriff der Gesundheitsförderung hingegen kam erst Mitte der 80er Jahre auf. Im Unterschied zu der Vermeidungsstrategie, die man bei der Prävention findet, lässt sich hier eine Promotionsstrategie erkennen. Die Verbesserung der Lebensbedingungen soll eine stärkere gesundheitliche Entfaltungsmöglichkeit zulassen (vgl. Hurrelmann et al, 2004, S. 11).

Der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung liegen verschiedene theoretische Grundlagen und Eingriffslogiken zu Grunde. Die Prävention greift ein indem sie Ausgangsbedingungen und Risiken für Krankheiten so weit als möglich zu verhindern und abzuwenden versucht, wohingegen die Gesundheitsförderung die individuellen Fähigkeiten der Bewältigung des Lebens verbessern will und die ökonomischen, sozialen, beziehungsmaßigen und hygienischen Bedingungen fördern will.

So stützt sich die Prävention auf die Kenntnis pathogenetischer Dynamiken und die Gesundheitsförderung im Unterschied dazu auf die Kenntnis salutogenetischer Dynamiken (vgl. Hurrelmann et al, 2004, S. 12). Feststellen lässt sich in Folge dessen, dass diese beiden Interventionsformen unterschiedlich eingreifen und unterschiedliche Wirkungsprinzipien verfolgen, sie doch ein gemeinsames Ziel verbindet - der Gesundheitsgewinn.

5.1 Ansätze und Strategien der Gesundheitsförderung

Den Grundstein zur Entwicklung und Prägung des Begriffes der Gesundheitsförderung legte die WHO im Jahr 1986 im Rahmen einer Konferenz in Ottawa. Dort wurde die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung verabschiedet, sie gilt bis heute als wichtigster Wendepunkt in Richtung eines neuen Gesundheitsverständnisses, weg von der Krankheitsorientierung hin zur Ausrichtung an der Gesundheit, und als Ausgangspunkt der Entwicklung nationaler und internationaler Gesundheitsförderungsstrategien (vgl. Altgeld / Kolip, 2004, S. 42f).

Die Ottawa-Charta definiert den Begriff der Gesundheitsförderung folgendermaßen:

"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. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu

erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinn ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. “
(Ottawa Charta der WHO, 1986)

5.1.1 Vorrangige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung

In der Ottawa Charta der WHO (1986) wurden fünf Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung festgelegt:

- Aufbauen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffen von gesundheitsfördernden Lebenswelten
- Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung von persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten und
- die Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Weiters wurden Empfehlungen abgegeben wie im Rahmen der Umsetzung der Gesundheitsförderung gehandelt werden soll. Die erste dieser zentralen Handlungsstrategien besagt, dass die Anwaltschaft für Gesundheit übernommen werden soll. Darunter wird verstanden, dass sowohl soziale, politische als auch kulturelle Faktoren soweit wie möglich beeinflusst werden sollen um der Gesundheit der Menschen förderlich zu sein. Eine weitere Handlungsstrategie empfiehlt das Befähigen und Ermöglichen. Der Ausgleich von Ressourcen und die Chancengleichheit sollen verbessert werden. Die dritte Empfehlung der WHO zum Handeln in der Gesundheitsförderung ist Vermitteln und Vernetzen. Der Gesundheitssektor alleine kann nicht die besten Voraussetzungen für Gesundheit schaffen. Es soll angestrebt werden verschiedene Bereiche zu vernetzen, denn es bedarf der Zusammenarbeit mehrerer Sektoren um bestmögliche Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen (vgl. Steinbach, 2004, S.62).



„Empowerment“, „Verhalten und Verhältnis“ und „Settingansatz“, sind wichtige Begriffe in der ganzheitlichen Gesundheitsförderung und sollen im Folgenden erläutert werden:

Empowerment

Die Gesundheitsförderung will den Menschen befähigen und unterstützen vernünftig mit seiner Gesundheit umzugehen, also „empowern“. Das Konzept des Empowerment ist für die Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Dieses Konzept stammt aus den USA und bezeichnet einen Prozess, der Menschen, Organisationen, Gemeinschaften oder Gesellschaften dazu befähigen soll, die Herrschaft über ihr Leben und ihre Lebensbedingungen zu erhalten (vgl. Steinbach, 2004, S.50).

Verhalten und Verhältnis

Gesundheitsförderung kann entweder am Individuum und dessen Verhalten ansetzen oder an den sozialen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen, also an den Verhältnissen. Am wirkungsvollsten in der Gesundheitsförderung scheint die Kombination von sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogenen Interventionsmaßnahmen (vgl. Altgeld / Kolip, 2004, S. 42).

Settingansatz

Als wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung wird der Settingansatz gesehen. Dieser entspringt der Idee, dass die *„Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird“* (Altgeld / Kolip, 2004, S. 45). Daraus lässt sich schließen, dass Gesundheitsförderung im Lebensalltag ansetzen muss, es erfolgt eine Fokussierung auf Settings wie etwa den Arbeitsplatz, die Schule, was wiederum hilft die Zielgruppen und Akteure besser zu bestimmen und so angepasste Zugangswege zu definieren und bestehende Ressourcen bestmöglich zu nutzen (vgl. ebd., S. 45).

Im Laufe der Zeit bedurfte es der weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema der Gesundheitsförderung. Deshalb wurden im Rahmen der Konferenz von Jakarta im Jahr 1997 neue Prioritäten für die Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert festgelegt.

Diese sind die Förderung der sozialen Verantwortung für die Gesundheit, die Festigung und der Ausbau von Partnerschaften für die Gesundheit, eine Steigerung der Investitionen in die Entwicklung der Gesundheit sowie eine Stärkung der Handlungskompetenz des Einzelnen und der gesundheitsfördernden Potenziale der Gemeinschaft und die Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung (vgl. Hurrelmann, 1999, S. 56).

Im Rahmen weiterer Konferenzen der WHO wurden die Kernstrategien der Ottawa-Charta weiter ausdifferenziert. So wurde etwa in Adelaide 1988 auf die Bedeutung eines gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsdiensten hingewiesen und in Sundsvall 1991 wurde unter anderem die Chancenungleichheit zwischen den Geschlechtern thematisiert (vgl. Altgeld / Kolip, 2004, S. 44).

5.2 Gesundheitsförderung älterer Menschen

Die demographischen Entwicklungen der heutigen Welt steigern den Bedarf an Gesundheitsförderung älterer Menschen stetig. Die Menschen werden immer älter und verbringen immer mehr Zeit aktiv. Um so lange wie möglich gesund und selbstständig zu bleiben, ist es daher wichtig die Gesundheit zu fördern und die Lebensqualität zu verbessern.

Gesundheit im Alter kann als ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden werden, welches sich aus den folgenden Dimensionen zusammensetzt. Die erste Dimension stellt das Fehlen von Krankheit und deren Symptomen dar, weiters werden ein optimaler funktionaler Status sowie eine aktive, selbstverantwortliche und persönlich zufriedenstellende

Lebensgestaltung als jeweils eine Dimension gesehen. Auch die gelingende Bewältigung von Belastungen und Krisen und zu guter Letzt ein individuell angemessenes System medizinisch-pflegerischer und sozialer Unterstützung stellen je eine Dimension dar (vgl. Kruse, 2004, S. 83).

Jede Intervention strebt Veränderung an, um diese in die gewünschte Richtung zu leiten, werden Ziele gesetzt. Im Falle der Gesundheitsförderung für ältere Menschen werden bei Kruse (2004) die folgenden Ziele definiert:

- Die Erhaltung einer aktiven, selbstständigen Lebensführung
- Die Erhaltung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit
- Das Vermeiden von körperlichen und psychischen Erkrankungen
- Die Aufrechterhaltung eines angemessenen Systems der Unterstützung

5.3 Themen der Gesundheitsförderung älterer Menschen

Um den bereits beschriebenen Zielen gerecht zu werden und die Bedürfnisse der älteren Menschen zu berücksichtigen, beschäftigen sich Gesundheitsförderungsprojekte für die genannte Altersgruppe mit unterschiedlichen Themen. Es finden sich hier sowohl die Themen, die in Gesundheitsförderungsprojekten für jede Zielgruppe thematisiert werden, wie Ernährung, körperliche Aktivität, soziale Kontakte oder psychische Gesundheit, als auch jene Themen, die vorrangig diese Zielgruppe betreffen (altersspezifische Schwerpunkte), wie etwa Unfallschutz, kognitive Aktivität, Lebenslanges Lernen, Abbau sozialer Ungleichheiten und chronische Krankheiten. Nachfolgend werden einige bedeutende Themen und ihre Wichtigkeit für die Gesundheitsförderung älterer Menschen näher ausgeführt.

5.3.1 Ernährung

Im Laufe des Lebens verändern sich sowohl das Ernährungsverhalten als auch die Bedürfnisse des Körpers im Bezug auf die Nahrung. Dies führt dazu, dass das Ernährungsverhalten im Alter den Bedürfnissen angepasst werden muss.

Im Alter nimmt der Grundumsatz ab, deshalb muss die Energiezufuhr an den veränderten Bedarf angepasst werden. Der Hauptgrund der Abnahme des Grundumsatzes liegt in der Abnahme der körperlichen Aktivität, einen weiteren Grund stellt die alterbedingte Abnahme der fettfreien Körpermaße dar. Ein 19-24 jähriger Mann benötigt etwa 2.600 kcal, im Unterschied dazu beansprucht ein Mann der bereits älter als 65 Jahre ist nur mehr 1.900 kcal, bei Frauen findet man in denselben Altersgruppen eine Reduktion von 2.200 kcal auf 1.700 kcal (vgl. Kruse, 2004, S. 88).

Empfehlungen, die Ernährung im Alter betreffend, besagen, dass der Anteil komplexer Kohlehydrate, wie man sie etwa in Getreide oder Kartoffeln findet, erhöht werden sollte. Der Anteil der Kohlehydrate an der Gesamtenergie sollte über 50% liegen, jedoch sollte die Zuckeraufnahme 10% nicht überschreiten. Auch auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sollte im Alter besonderes Augenmerk gelegt werden (vgl. ebd., S. 87f).

Im Falle von Erkrankungen die spezielle Anforderungen an die Ernährung stellen, wie etwa Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankungen, muss die Ernährung natürlich an diese angepasst werden.

Das Ziel einer gesunden Ernährung im Alter soll das Vermeiden von Mangelzuständen und die Bewahrung der körpereigenen Ressourcen sein (vgl. ebd., S. 87f).

Allgemein lässt sich feststellen, dass die Ernährung eines Menschen im Laufe seines Lebens große Auswirkungen auf seine Gesundheit im Alter hat. Deshalb sollte man bereits früh beginnen sich gesund zu ernähren, um nicht im Alter mit den Auswirkungen falscher Ernährung kämpfen zu müssen.

5.3.2 Körperliche Aktivität

Mit zunehmendem Alter sinkt bei den meisten Menschen der Grad körperlicher Aktivität. Eine Steigerung der körperlichen Aktivität hat zu jedem Zeitpunkt und selbst bei starker gesundheitlicher Beeinträchtigung positive Auswirkungen auf die Gesundheit (vgl. Kruse, 2004, S. 86).

Große Bedeutung haben körperliche Aktivität und Sport auch für die funktionale Gesundheit. Unter dem Begriff der funktionalen Gesundheit versteht man die Fähigkeit die alltäglichen Aktivitäten des Lebens eigenständig durchführen zu können. Körperliche Aktivität führt zu einer Stärkung der Muskulatur und zur Förderung des Gleichgewichtssinns, somit wird das Risiko von Stürzen gemindert (vgl. ebd., S. 87).

Je früher mit Sport begonnen wird, desto besser ist dies für den Körper, jedoch sollte man es im Alter auch nicht übertreiben. Es wird empfohlen als Anfänger mit circa 50% der maximalen Leistungsfähigkeit zu beginnen und diese auf 60 bis maximal 70%, welches die optimale Belastung bei älteren Menschen ist, zu steigern. Intensives Training im Alter sollte allerdings nur nach Absprache mit einem Arzt erfolgen (vgl. ebd., S. 87).

Körperlicher Aktivität ist laut Skelton (2001) der wichtigste Faktor um Stürze zu vermeiden oder zu reduzieren und die Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungsapparates zu erhalten.

5.3.3 Unfallschutz

Im Alter sind Menschen einem höheren Risiko von Unfällen im Haushalt, wie etwa Stürzen und Verbrennungen, und Unfällen im Straßenverkehr ausgesetzt. Wie bereits zuvor erwähnt wurde, kann körperliche Aktivität viel zur funktionalen Gesundheit beitragen und so das Risiko von Stürzen vermindern. Wichtig sind in diesem Zusammenhang sowohl Programme zur Sicherheit im Alter, Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität, die Beratung älterer Menschen im Umgang mit technischen Geräten als auch Kampagnen zur Sicherheit im Straßenverkehr (vgl. Kruse, 2004, S. 88f).



5.3.4 Kognitive Aktivität

Mit der kognitiven Leistungsfähigkeit verhält es sich ähnlich wie mit der körperlichen, man muss daran arbeiten, um sie zu erhalten.

Zahlreiche Studien belegen, dass durch die wiederkehrende Auseinandersetzung mit neuen Herausforderungen und Aufgaben die geistige Leistungsfähigkeit gesteigert werden kann (vgl. Kruse, 2004, 89f).

Dies deutet auch auf die Dringlichkeit hin, Interventionen zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit, wie etwa kognitive Trainings, in der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

In der Folge führt eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten zu einer besserer Bewältigung des Lebens und kann so die Lebensqualität steigern (vgl. ebd., 89f).

Ein Ziel im Alter soll sein, so lange wie möglich unabhängig und selbstständig zu bleiben, und um dies zu erreichen, kann geistige Flexibilität einen wesentlichen Teil beitragen.

6. Das Angebot an Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen in Österreich

6.1 Methode der Angebotserhebung

Die Angebotserhebung erfolgte in Form einer Literaturrecherche und einer Internetrecherche im Rahmen der Mitarbeit im Projekt healthPROelderly (Public-Health-Programme).

6.1.1 Projektbeschreibung: healthPROelderly

Das Projekt healthPROelderly beschäftigt sich mit der Gesundheitsförderung älterer Menschen und wird im Rahmen des ersten Public Health Programmes der Europäischen Kommission durchgeführt.

Das Hauptziel dieses Projektes ist die Unterstützung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen durch die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien, welche außerdem Empfehlungen für zukünftige Akteure auf EU-, nationaler und lokaler Ebene beinhalten.

Das Projekt wird von 17 Partnern aus den folgenden 11 europäischen Ländern unterstützt: Italien, Griechenland, Spanien, Österreich, Niederlande, Belgien, Großbritannien, Polen, Slowenien, Slowakei und Tschechische Republik. Mit der Koordination des Projektes ist das Österreichische Rote Kreuz betraut.

Das Projekt healthPROelderly erstreckt sich über eine Laufzeit von April 2006 bis Dezember 2008.

Das Projekt ist in die folgenden fünf Phasen gegliedert:

Phase 1: Literatur-Recherche

In dieser Phase entstanden 11 nationale Länderberichte und ein Internationaler Bericht

Phase 2: Sammeln von Projekten der Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Phase 3: Evaluierung der „Models of best practice“

Phase 4: In dieser Phase findet die „Final conference“ und deren Planung statt

Phase 5: Entwicklung der evidenzbasierten Leitlinien mit Empfehlungen

Im Laufe des Projektes werden eine Vielzahl an Produkten geschaffen. Man findet bereits eine Homepage (<http://www.healthproelderly.com/>), Projektfolder in mehreren Sprachen, ein Glossar der Gesundheitsförderungs-Terminologie für ältere Menschen und einen Kriterienkatalog zur Auswahl der Projekte für eine Datenbank. Es werden weiters noch ein Literaturüberblick in Form einer Datenbank, eine Datenbank mit Projekten, Evaluationsinstrumente und –ergebnisse, eine Internationale Konferenz und zugehörige Dokumentation sowie Empfehlungen entwickelt.

6.1.2 Recherche

Mitarbeit am Projekt healthPROelderly

Bei der Projektsuche für die Datenbank, welche ausgewählte Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen in Österreich beinhaltet, ergaben sich Synergieeffekte mit der Projektsuche für die vorliegende wissenschaftliche Arbeit.

Literaturrecherche

Im Zuge der Recherche und Aufarbeitung der Literatur zum Thema „Gesundheitsförderung älterer Menschen“ wurde die Autorin auf Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen in Österreich

aufmerksam. Zu diesen Projekten wurde in weiterer Folge, im Zuge der Internetrecherche, nähere Informationen gesammelt.

Internetrecherche

Im Rahmen der Internetrecherche wurde auf zahlreichen themenspezifischen Websites und deren Datenbanken nach Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen gesucht. Nachfolgend werden diese kurz aufgelistet:

Gefas-Projekte:	http://www.seniorweb.at/
Fond Gesundes Österreich:	http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/fgoe_project_search_form http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modellprojekte
Styria Vitalis:	www.styriavitalis.at
Arbeit und Alter:	http://www.arbeitundalter.at/
Projekte des Forschungsinstitutes des Wiener Roten Kreuz:	http://www.wrk.at/cn/?xml_file=frk.xml&new_start=cn/was_wir_tun/frk/seiten/start.html#
Wiener Sozialdienste:	http://www.wiso.or.at/wiso/projekte/abgesch.php
Europäisches Projekt "Chancengleichheit für ältere Frauen – Informations- und Erfahrungsaustausch im Internet"; (Deutsch, English, Französisch),	http://www.sophia-net.org/deutsch/ini_d.htm

Darüber hinaus wurde mit Hilfe von bekannten Suchmaschinen wie Google, Yahoo, Altavista nach Begriffen wie Gesundheitsförderung, ältere Menschen, 50+, Alter, Gesundheit und weiteren ähnlichen Begriffen gesucht, um auf diesem Weg weitere Projekte ausfindig zu machen.

Es wurden im Vorhinein Kriterien festgelegt, welche die Suche einschränkten und eine Fokussierung auf die gesuchten Projekte sicherte. Nachfolgend werden diese Kriterien aufgeführt und erläutert.

- Ort des Projektes

Die Angebotserhebung beschränkte sich ausschließlich auf Projekte in Österreich. Es wurden sowohl regionale als auch überregionale Projekte berücksichtigt.

- Periode oder Zeitraum

Die Angebotserhebung erfolgte von März bis April 2007. Einbezogen wurden Interventionen welche im Zeitraum von 1995 bis 2007 stattfinden oder noch laufen.

- Zielgruppe

Im Rahmen der Angebotserhebung wurden Projekte für die Zielgruppe ältere Menschen, Menschen 50+, Senioren und jenen Begriffen die synonym verwendet werden, gesucht.

- Ziele des Projektes

Als entscheidendes Kriterium bei der Angebotserhebung wurde festgelegt, dass ein Projekt auf die Förderung und Erhaltung der Gesundheit zielt.

6.2 Beschreibung des Angebotes

Das erhobene Angebot gibt einen Überblick über die Projekte in Österreich, die sich mit der Gesundheitsförderung für ältere Menschen befassen.

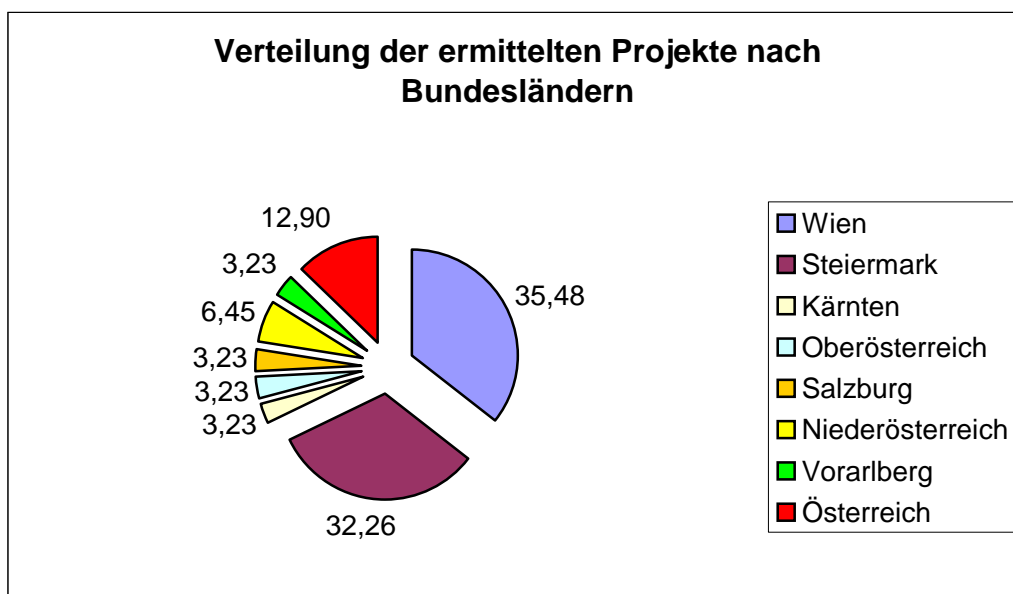
Anzahl der Projekte:

Im Rahmen der Angebotserhebung wurden 31 Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen in Österreich ermittelt.

Bundesländerverteilung

Um einen Überblick über die Verteilung der Projekte zu bekommen, wurde ermittelt in welchem Bundesland sie durchgeführt wurden. In zwei Bundesländern wurden im Rahmen der Angebotserhebung keine Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen gefunden, im Burgenland und in Tirol. Weiters fiel auf, dass einige Projekte sich über das ganze Land erstreckten und nicht explizit einzelnen Bundesländern zuordenbar waren.

Abbildung 6.2.1: Bundesländerverteilung der Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen in Österreich



Wie Abbildung 6.2.1 zeigt, entfallen mehr als die Hälfte der erhobenen Projekte auf die Bundesländer Wien und Steiermark. Das Bundesland Niederösterreich weist einen Prozentsatz von 6,45% auf, das entspricht bei einer Gesamtzahl von 31 zwei Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen in diesem Bundesland. Mit je 3,23%, also einem Projekt, folgen die Bundesländer Vorarlberg, Oberösterreich, Salzburg und Kärnten. Weiters wurden 4 Projekte ermittelt, die sich über das gesamte Land erstrecken und keinem Bundesland zuzuordnen sind.

Themen der erhobenen Gesundheitsförderungsprojekte

Die Projekte weisen eine Vielzahl unterschiedlicher Themengebiete auf. Die nachfolgend aufgeführten Themen wurden als Fokus einer oder mehrerer Projekte gefunden:

- Allgemeine, ganzheitliche Gesundheitsförderung
- Körperliche Aktivität
- Wohnumfeld
- Alterngerechtes Arbeiten
- Pflege und Betreuung zu Hause, pflegende Angehörige
- Spezifische Probleme älterer Frauen
- Geistige Aktivität
- Lebenslanges Lernen / Bildung
- Gesundheitsförderung für sozial isolierte Gruppen älterer Menschen
- Partizipation und Empowerment
- Unfälle
- Netzwerk-Aufbau
- Ausbildung von Coaches für ältere Menschen
- Kommunikation zwischen Jung und Alt

Einige der Projekte ließen sich jedoch mehreren Themenschwerpunkten zuordnen.

Grundsätzlich war aus der Verteilung abzulesen, dass die Themen die am häufigsten in Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen behandelt wurden, die Themen „körperliche Aktivität“ und „altersgerechtes Arbeiten“ sind. Eine ähnliche Anzahl an Projekten zielte auf eine ganzheitliche Gesundheitsförderung hin. Auch „Lebenslanges Lernen“ bzw. „Bildung“ wurde in einigen Projekten thematisiert. Es fanden sich jeweils zwei Projekte sowohl zum Schwerpunkt Unfälle als auch zu Pflege und Betreuung zu Hause bzw. pflegende Angehörige. Die übrigen Themen wurden meist nur in einzelnen Projekten behandelt.



Zielgruppen der Projekte

Die erhobenen Projekte zielten primär auf die Gruppe älterer Menschen, doch es fanden sich meist weitere Spezifizierungen zur Zielgruppe.

So wurde in 12 Projekten das Alter oder die Altersuntergrenze der Zielgruppe genau definiert. Auch die Gruppe „Menschen in der nachberuflichen bzw. nachfamiliären Lebensphase“ wurde in zwei Projekten als Zielgruppe festgesetzt.

Es ließ sich feststellen, dass insgesamt 4 der 31 Projekte nur auf ältere Frauen gerichtet waren. Projekte, die sich nur auf die Zielgruppe der Männer konzentrieren, konnten jedoch nicht gefunden werden.

Einige Projekte zielten nur auf Mitarbeiter eines bestimmten Unternehmens oder auf Menschen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, etwa Pflegende.

6.3 Detaillierte Beschreibung ausgewählter Projekte

Um einen tieferen Einblick in das vielseitige Angebot an Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen in Österreich zu geben, werden nachfolgend ausgewählte Projekte näher beschrieben.

Bei der Auswahl der beschriebenen Projekte wurde auf geografische und thematische Vielfalt geachtet, weiters wurde Wert darauf gelegt die zwei Modellprojekte des Fonds Gesundes Österreich vorzustellen.

Die Autorin stützt sich in den Beschreibungen über die Projekte auf die Ausführungen die sich auf der jeweiligen Projekthomepage finden. Die Internet-Adressen sind jeweils in der Beschreibung angegeben. Wurden andere Quellen hinzugezogen, so sind diese ausnahmslos angeführt.

6.3.1 Plan 60

Das Projekt Plan60 – Gesundheitsförderung für Ältere im urbanen Setting – unterstützt aktive ältere Menschen bei der Umsetzung ihrer Ideen und der Durchführung von Projekten.

Das Projekt wurde durchgeführt vom Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes und war ein Modellprojekt im Auftrag des FGÖ. Zielgruppe waren ältere Menschen in Wien zwischen 60 und 75 Jahren. Das Projekt erstreckte sich über den Zeitraum von Dezember 2002 bis Juli 2005.

Die Idee hinter diesem Projekt war, den älteren Menschen in Wien die Chance zu geben ihren Erfahrungsschatz und ihre Energie zu nutzen und ihnen die Möglichkeiten und Strukturen zur Verfügung zu stellen, eigene Ideen in Projekten umzusetzen.

Themen des Projektes

Partizipation und Empowerment

Ziele des Projektes

Die folgenden Ziele wurden vor Beginn des Projektes festgelegt:

- Erhöhung der Lebensqualität älterer Menschen in Wien durch Aktivität und Engagement
- Aktivierung und Stärkung der Ressourcen älterer Menschen in Kursen
- Entwicklung und Bereitstellung einer Struktur zur Umsetzung von Ideen
- Gesundheitsförderung älterer Menschen durch aktive Teilnahme am gesellschaftspolitischen Leben

Interventionen / Maßnahmen

Die Hauptaktivitäten des Projektes Plan60 bestanden in Empowermentkursen, Initiativgruppen und der Weiterbildung zu den Themen Zielfindung, Gruppenleitung, Projektmanagement und Öffentlichkeitsarbeit. Weiters wurde eine Netzwerkstatt gegründet, als neuer Arbeitsort an dem die Ideen zu Projekten werden. Die Teilnehmer wurden im Rahmen eines Projekt-Coaching durch Experten bezüglich des Aufbaus ihrer Projekte beraten.

Evaluation / Ergebnisse

Mit der Evaluation des Projektes Plan60 wurden das Zentrum für Altersforschung und Sozialpolitik – Zentas – und das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (EZ) betraut. Das Projekt wurde auf seine Machbarkeit und Effektivität überprüft und bewertet. An den Ergebnissen lässt sich ablesen, dass die weiblichen Teilnehmerinnen sowohl in den Empowermentkursen als auch in den Initiativgruppen überrepräsentiert waren. Es ließ sich weiters feststellen, dass bei den Gesundheitsparametern der teilnehmenden älteren Menschen eine wesentliche Verbesserung eintrat. Eine Steigerung der Lebensqualität und der Lebenszufriedenheit im Verlauf des Projekts konnte bestätigt werden.



Es wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass das Projekt Plan60 den teilnehmenden älteren Menschen die Chance bietet den Anteil der in Gesundheit verbrachten Jahre zu erhöhen (vgl. Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuz, S. 158ff).

Homepage des Projektes

<http://www.plan60.at>

6.3.2 Lebenswerte Lebenswelten im Alter

Das Projekt „Lebenswerte Lebenswelten im Alter“ will Bewohnern bestimmter Regionen ein erfolgreiches und aktives Älterwerden ermöglichen und sie dabei unterstützen.

Dieses Projekt war ein Modellprojekt im Auftrag des FGÖ. Es wurde geleitet von Univ.-Prof. Dr. R. Horst Noack und durchgeführt vom Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Graz. Das Projekt lief über einen Zeitraum von drei Jahren in der Zeit von März 2003 bis März 2006. Als Zielgruppe sah dieses Projekt Bewohner der Bezirke Graz-Umgebung und Voitsberg, welche sich im Bundesland Steiermark befinden, im Alter von 60 bis 75 Jahren.

Das Projekt „Lebenswerte Lebenswelten im Alter“ strebt durch die partizipative Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtstrategie nachhaltig verbesserte Gesundheitschancen, Gesundheitspotentiale und Lebensqualität an.

Themen des Projektes

ganzheitliche Gesundheitsförderung

Ziele des Projektes

Im Rahmen des Projektes wurde das Ziel gesetzt eine veränderte Kultur im Reden und Denken über Altern, zu erschaffen, welche ein Bild von aktiv gestaltetem, autonomen und integriertem „Altern“ zeichnen soll. Weiters wurde ein Wachsen der Gesundheitskommunikation angestrebt.

Um das soziale Kapital in den Modell-Gemeinden zu vermehren, sollten die sozialen Netze der Bewohner vergrößert werden. Schließlich sollten nachhaltige Strukturen geschaffen werden, wie etwa ein Seniorennetz und eine Senioreninitiative, um die Ideen des Projektes nachhaltig umzusetzen.

Interventionen / Maßnahmen

Im Projekt Lebenswerte Lebenswelten im Alter bestanden die Interventionen in:

- einem Angebot an Seminaren, Workshops und Kursen
- der Umsetzung regionaler Projekte zu wichtigen Themen durch Projektverantwortliche in den Regionen
- Qualifizierungsmaßnahmen für die Projektverantwortlichen in den Regionen
- Schaffung des Seniorennetzes und der Senioreninitiative

Evaluation / Ergebnisse

Das Projekt Lebenswerte Lebenswelten wurde im Rahmen einer großen Kohortenstudie evaluiert. Es konnten viele positive Veränderungen festgestellt werden, etwa an den Gesundheitsdeterminanten der älteren Menschen. So verringerten sich etwa die Beeinträchtigungen körperlicher Funktionen um 8-10% (vgl. Gesundes Österreich, 2007, S. 25).

Die Evaluation ergab, dass die Kontakte ins formelle Netz, etwa zu Pfarren, Vereinen und Ärzten, sowohl bei Frauen als auch bei Männern stieg. Es konnte ein Anstieg des Sozialkapitals in den Gemeinden festgestellt werden, dies zeigte sich durch mehr Partizipation und einer veränderten Kultur. Auch die Lebenszufriedenheit konnte erhöht werden. Es zeigten sich auch geschlechterspezifische Veränderungen, so konnte durch das vermehrte Bewegungsangebot ein neues Motiv für körperliche Aktivität bei Frauen geschaffen werden. Festgestellt werden konnte außerdem, dass eine settingorientierte Gesundheitsförderung gewisser Voraussetzungen, wie etwa der Bereitschaft der Gemeinde (Community

Readiness), bedarf. Unter dem Begriff der Community Readiness wird ein Zusammenspiel der folgenden fünf Dimensionen verstanden:

- Verankerung von Gesundheit in Gemeindeskultur
- Entwicklung und Anwendung von Leadership-Kompetenzen
- Vorhandensein angemessener Ressourcen
- Netzwerke und Partnerschaften
- Partizipation und Empowerment

Weiters konnte man aus den Ergebnissen der Evaluation ablesen, dass Gemeinden mit ausreichender Infrastruktur einen Bedarf an Vernetzung aufwiesen, wohingegen in Gemeinden mit ungenügender Infrastruktur zuerst Struktur aufgebaut werden musste (vgl. Reis-Klingspiegl, 2006).

Homepage des Projektes

<http://lebenswelten.meduni-graz.at>

6.3.3 Anders Altern in Radenthein

Zu diesem Projekt gibt es keine Projekt-Homepage, die Autorin bezieht sich daher auf die diesbezüglichen Ausführungen des FGÖ (2007c), des Amtes der Kärntner Landesregierung (2003) und der Zeitschrift „Die Apotheke“ (2005).

Dieses Projekt sieht die Schaffung von nachhaltigen Strukturen für ältere Menschen in der Region um Radenthein, Kärnten als sein allgemeines Ziel. Diese Region gilt als Abwanderungsregion, was zur Folge hat, dass es hier zu einem hohen Anteil an älteren Bewohnern kommt und diese einen erhöhten Bedarf an gesundheitsbezogenen Angeboten haben. Das Projekt „Anders Altern in Radenthein“ wurde vom Zentrum für Gesundheitsförderung Vitamin R. durchgeführt und vom FGÖ, der Kärntner Landesregierung und der AHA – Gemeinnützige Altenbetreuungs- und Pflege GmbH - gefördert.

Zielgruppe dieses Projektes waren sowohl die älteren, eingeschränkt mobilen Menschen und die Generation 50plus als auch pflegende Angehörige. Besonderer Wert wurde im Rahmen des Projektes „Anders Altern in Radenthein“ auch auf den geschlechterspezifischen Zugang zum Thema Gesundheitsförderung gelegt (vgl. Die Apotheke, 2005).

Themen des Projektes

ganzheitliche Gesundheitsförderung

Ziele des Projektes

Dieses Projekt setzte sich die folgenden Ziele:

- Gesundheitsförderung für ältere Menschen
- eine Kompetenzsteigerung für Angehörige und spezielle Berufsgruppen
- die Förderung der Kommunikation zwischen Jung und Alt
- den Aufbau von Schulungen für unterschiedliche Zielgruppen und
- die Zusammenarbeit mit der lokalen Wirtschaft (vgl. Amt der Kärntner Landesregierung, 2003).

Interventionen / Maßnahmen

Im Rahmen des Projektes „Anders Altern in Radenthein“ wurde eine Vielzahl an Angeboten entwickelt. Die Palette reichte von der Gesundheitsbildung und Information für die Zielgruppe 50plus, speziellen Programmen für die Zielgruppe pflegender Angehöriger, dem Aufbau eines Programms zum Thema Begegnung der Generationen, der Verknüpfung mit örtlichen Aktivitäten bis hin zur Errichtung eines Tageszentrums für ältere und eingeschränkt mobile Menschen (vgl. FGÖ, 2007c)

Evaluation / Ergebnisse

Die Evaluation des Projektes „Anders Altern in Radenthein“ wurde extern durchgeführt. Im Zuge dieser Evaluation wurde festgestellt, dass sich die eingebundenen Akteure im Verlauf des Projektes ein hohes Maß an

Qualifikationen und Kompetenzen aneigneten. Es gelang die zu Beginn definierten Schwerpunkte zu thematisieren und zu verknüpfen.

Wie bereits erwähnt wurde Wert auf den geschlechterspezifischen Zugang zur Gesundheitsförderung gelegt. So wurde die Möglichkeit geschaffen verschiedene Aspekte des Lebens, wie etwa der Umgang mit Körper und Gesundheit, in reinen Männer- oder Frauengruppen zu diskutieren, Maßnahmen wurden getrennt entwickelt und durchgeführt. Durch eine zeitweilige Zusammenführung der Gruppen konnte neben der Arbeit an den Themen auch der Geschlechterdialog gefördert werden.

Im Evaluationsbericht wird resümiert, dass es im Zuge des Projektes gelang partizipativ zielgruppenspezifische Angebote und Strukturen zu erarbeiten und zu erproben (vgl. Buchinger / Gschwandtner / Marchner, 2006).

Homepage des Projektes

Das Projekt verfügt nicht über eine Homepage.

6.3.4 Aktiv ins Alter

Im Rahmen des Projektes „Aktiv ins Alter“ – Anregungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Großstadt – soll Menschen in spezifischen Regionen Wiens die Chance auf ein aktives und selbstbestimmtes Altern gegeben werden.

Dieses Projekt war ein Demonstrationsprojekt der WHO zum Thema „Investition in die Gesundheit älterer Menschen“. Das Projekt fand in Wien statt und beschränkte sich auf die Per-Albin-Hansson-Siedlung sowie die Regionen Meidling-Zentrum und Rudolfsheim-Fünfhaus. Das Projekt sah 55- bis 80-jährige Wiener und Zuwanderer als seine Zielgruppe. Mit der Durchführung waren die Wiener Sozialdienste und das Institut für Soziologie der Universität Wien betraut. Die Projektlaufzeit erstreckte sich von Dezember 2002 bis einschließlich Juni 2005.

Themen des Projektes

ganzheitliche Gesundheitsförderung

Ziele des Projektes

Das Projekt hatte zum Ziel aktivierende und vernetzende Maßnahmen in den drei Regionen zu setzen, um die Chancen für ein aktives und selbstbestimmtes Leben im Alter zu erweitern. Bereits bestehende Maßnahmen und Strategien der Gesundheitsförderung sollten verbessert und gebündelt werden, weiters sollten Ressourcen und der Zugang zu bestehenden Institutionen, Vereinen und Einrichtungen für Senioren verbessert werden.

Interventionen / Maßnahmen

Im Rahmen des Projektes „Aktiv ins Alter“ nahmen die Projektmitarbeiter Kontakt mit Senioren in den vorgesehenen Regionen auf. Es fanden Gespräche statt, in denen die Ziele der Befragten zu aktivem Altern und ihre Ressourcen und Barrieren im Zugang und der Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten aufgespürt wurden. Es wurden Arbeitsgruppen auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene gebildet, welche sicherstellten, dass möglichst viele Barrieren beseitigt wurden.

Evaluation / Ergebnisse

Am Ende der Laufzeit des Projekts bewerteten die Projektteilnehmer im Rahmen einer Befragung das Projekt „Aktiv ins Alter“. Die Schwerpunkte dieser Befragung waren die Beurteilung des Projektes, der Zugang zum Projekt sowie die Motive zur Teilnahme am Projekt und die Lebensqualität.

Die Teilnehmer sagten aus, dass sie positive Veränderungen bemerkten. So wurde Kontakt zu neuen Menschen geschlossen und sie erhielten im Rahmen des Projektes Informationen zu wichtigen Themen, wie Gesundheit und Ansprüche oder Beihilfen. Die Teilnehmer wurden bewegt wieder mehr für ihre Gesundheit zu tun und öfter außer Haus zu

gehen. Mehr als 70% der Befragten gaben an, die Aktivitäten auch nach Projektende weiterzuführen.

Auch die zu Beginn des Projekts „Aktiv ins Alter“ ermittelten Barrieren für Migranten im Zugang zu sozialen Diensten konnten bearbeitet werden, so konnte eine bessere Kenntnis des Angebots erreicht werden und Schwellenängste, wie etwa Angst vor Diskriminierung, abgebaut werden. Im Bezug auf die Lebensqualitätsdimensionen konnte die Zufriedenheit mit der Freizeit, den sozialen Kontakten, der Gesundheit, dem Leben und der Lebensqualität positiv verändert werden (vgl. Institut für Soziologie an der Universität Wien, 2005, S. 77ff).

Homepage des Projektes

<http://www.aktivinsalter.at>

6.3.5 Die Spinne und das Netz

Das Projekt „Die Spinne und das Netz“ unterstützt Pflegende in allen Belangen und Schwierigkeiten der Pflege zu Hause.

Das Modellprojekt wurde vom Frauengesundheitszentrum Graz durchgeführt. Es erstreckte sich über eine Dauer von 2 Jahren, im Zeitraum von Oktober 1997 bis Oktober 1999. Zielgruppe dieses Projektes waren Frauen im Alter von 40 bis 65 Jahren, die als Pflegende in der Familie tätig sind oder einen Beruf im Bereich der Pflege ausüben. Das Projekt beschränkte sich auf den Bezirk Leibnitz in der Steiermark.

Themen des Projektes

Pflege und Betreuung zu Hause, pflegende Angehörige

Ziele des Projektes

Als Ziele wurden in diesem Projekt die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, Empowerment, die Förderung und Unterstützung der Bürgerinnen sowie Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit definiert.

Interventionen / Maßnahmen

Die Maßnahmen des Projektes „Die Spinne und das Netz“ beinhalteten unter anderem eine umfassende Aufklärung über alle wichtigen Themen bezüglich der Pflege von Angehörigen zu Hause, weiters wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft gegründet, um die Rahmenbedingungen der häuslichen Pflege weiterzuentwickeln. Es wurde auch eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige gegründet und Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um die Pflegearbeit der Angehörigen präsenter zu machen.

Evaluation / Ergebnisse

Das Projekt konnte hohen Bekanntheitsgrad erreichen und verzeichnete eine hohe Nutzung durch pflegende Angehörige. Auch durch den Sozialhilfverband erfuhr das Projekt „Die Spinne und das Netz“ hohe Akzeptanz und konnte mit allen mobilen Diensten zusammenarbeiten. Die weitere Qualifizierung der Pflegenden konnte durch das Projekt gefördert werden. Im Rahmen des Projektes wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft gebildet, welche das Ziel verfolgt die Rahmenbedingungen für die Pflege zu Hause zu verbessern. Die angestrebte Öffentlichkeitsarbeit konnte durch Medienarbeit und Präsentationen der Projektergebnisse erzielt werden. Eine Tagung zum Thema „Pflegende Angehörige“ konnte im Jahr 1999 erfolgreich durchgeführt werden. Ein weiterer wichtiger Schritt war die Schaffung von internationalen Netzwerken.

Homepage des Projektes

<http://www.fgz.co.at/Die-Spinne-und-das-Netz-Frauengesundheitszentrum-Leibnitz.60.0.html>

6.4 *Schlussfolgerung*

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Österreich“ hat gezeigt, dass sich zu diesem Thema eine Vielzahl an Projekten finden lässt. Diese Projekte beschäftigen sich mit einem breiten Spektrum an Themen und sind in vielen Regionen des Landes zu finden. Die Auseinandersetzung mit allen 31 erhobenen Projekten ließ feststellen, dass die Bundesländer Wien und Steiermark führend in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind und man hier eine Vielzahl an Projekten finden kann. Die Interventionen der Projekte beschränken sich meist auf spezifische Regionen, Städte, Gemeinden oder Bezirke der Bundesländer und erreichen deshalb nur einen gewissen Teil der Einwohner des jeweiligen Bundeslandes.

Betrachtet man die bestehenden Projekte, erkennt man, dass das Thema der Gesundheitsförderung sehr unterschiedlich angesehen und interpretiert wird und sich unterschiedliche Zugänge und Ansätze finden. Auch die Zielsetzung weist Differenzen auf, wobei man bei manchen Projekten sehr konkrete Ziele findet und andere eher allgemeine Ziele ansteuern.

Aus der Evaluation der in Kapitel 6.3 beschriebenen Projekte kann abgelesen werden, dass es im Rahmen dieser zu positiven Veränderungen bezüglich der Lebensqualität als auch der Lebenszufriedenheit und der Gesundheitsparameter gekommen ist. Es konnte ein höherer Grad der Information der älteren Menschen erreicht werden. Der soziale Kontakt vieler Teilnehmer wurde erhöht, was diese als sehr bereichernd für ihr Leben empfanden. Im Falle der settingorientierten Gesundheitsförderung in Gemeinden konnte auch das Sozialkapital gesteigert werden.

Die ausführliche Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Projekte führte die Autorin zu der Ansicht, dass es im Rahmen der



Gesundheitsförderungsprojekte von Bedeutung ist eine Vielzahl an Dingen zu berücksichtigen. Die Entwicklung und Durchführung des Projektes sollte in allen Phasen in Zusammenarbeit mit den betroffenen älteren Menschen geschehen, im Sinne der Partizipation. Der Settingansatz sollte Beachtung finden, um die Zielgruppen besser erreichen zu können. Um umfassende Verbesserungen der Gesundheit zu erreichen, muss am Verhalten der Menschen angesetzt werden, jedoch müssen ebenso die Verhältnisse fördernd beeinflusst werden. Die Vernetzung verschiedener Akteure birgt viele Chancen für den Erfolg und die Effektivität von Gesundheitsförderungsprojekten. Das Setting bedarf einiger Voraussetzungen um ein Projekt erfolgreich durchführen zu können, etwa die „Community Readiness“ der Gemeinde.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Gesundheitsförderung älterer Menschen in Österreich thematisiert wird und sich zahlreiche Projekte finden. Dessen ungeachtet steigt der Handlungsbedarf bezüglich der Gesundheitsförderung für ältere Menschen aufgrund der demographischen Situation stetig und so wird in Zukunft eine umfassendere Auseinandersetzung mit diesem Thema unabdinglich sein.

7. Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit über die Gesundheitsförderung älterer Menschen in Österreich wurden vorerst die theoretischen Grundlagen zum Thema Altern, Gesundheit im Alter und Gesundheitsförderung im Alter dargelegt. Das Angebot an Projekten zu diesem Schwerpunkt in Österreich wurde erhoben und erläutert. Die Angebotserhebung wurde beschrieben, ein Überblick über das Angebot gegeben und schließlich wurden einige ausgewählte Projekte ausführlich beschrieben.

In Österreich kann von Jahr zu Jahr ein Anstieg der Lebenserwartung festgestellt werden. Die demografischen Veränderungen bringen sowohl positive Aspekte als auch einige Schwierigkeiten mit sich. Es wird notwendig sich diesen Änderungen anzupassen, um dem veränderten Bedarf gerecht zu werden.

Wie Menschen Altern und ihr Leben verbringen, hat großen Einfluss darauf welchen Weg ihr Leben geht und wie viel Zeit sie aktiv, sowohl körperlich als auch geistig, verbringen können.

Das Altern ist ein Prozess dem wir uns nicht entziehen können. Dieser Prozess ist nicht homogen und verläuft bei jedem Menschen individuell. Im Konzept der WHO zum „Aktiv Altern“, wird beschrieben, dass die Wahrung der Gesundheit, die Teilhabe am sozialen Leben und das Erhöhen der Lebensqualität im Alter angestrebt werden muss.

Die Gesundheit wird von vielen Einflussgrößen, sogenannten Determinanten, geprägt. Die Determinanten der Gesundheit umfassen sowohl persönliche, soziale und umweltbedingte als auch wirtschaftliche Faktoren.

Durch die Konferenz der WHO in Ottawa und die Verabschiedung der Ottawa Charta wurde der Grundstein für die Gesundheitsförderung gelegt. Das Ziel der Gesundheitsförderung soll sein, den Menschen mehr Möglichkeiten zu geben, ihre Gesundheit selbst zu erhalten und zu fördern, und die Umwelt, in der die Menschen leben, gesundheits-

fördernder zu gestalten. Die Gesundheitsförderung für ältere Menschen muss auf die Bedürfnisse dieser Gruppe zugeschnitten werden. Es werden teilweise die selben Themen behandelt wie im Falle anderer Zielgruppen, wie etwa Ernährung und körperliche Aktivität, daneben gibt es aber auch alterspezifische Themen wie etwa Unfallschutz oder kognitive Aktivität.

Das Angebot an Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen in Österreich umfasst zahlreiche Projekte, die über das ganze Land verteilt zu finden sind. Im Rahmen dieser Projekte wird ein weites Spektrum an Themen behandelt. Die Effekte der gesundheitsfördernden Projekte reichen von der Steigerung der Lebensqualität und der Lebenszufriedenheit über die Verbesserung der Gesundheitsparameter bis hin zur Erhöhung des Sozialkapitals und der Ausweitung sozialer Kontakte der Teilnehmer.

Für die Zukunft lässt sich sagen, dass die Zahl der älteren Menschen und auch deren Lebenserwartung jedes Jahr steigen wird. Um diesen Veränderungen gerecht zu werden, müssen viele Maßnahmen getroffen werden, damit ältere Menschen längstmöglich gesund, aktiv und selbstständig bleiben können. Der Bedarf an Gesundheitsförderung für ältere Menschen wird stetig anwachsen und fordert von jedem Einzelnen einen gesunden Lebensstil, jedoch muss auch an den Verhältnissen gearbeitet werden. Hierfür muss sich auch die Politik ihrer Verantwortung bewusst sein und die Rahmenbedingungen für ein „aktives Altern“ schaffen.

Das folgende Zitat bildet den Abschluss dieser Arbeit und soll noch einmal unterstreichen, dass es nicht wichtig ist wie alt man wird, sondern bei welcher Lebensqualität dies geschieht, und hierzu kann die Gesundheitsförderung einen großen Teil beitragen.

*„Nicht die Jahre in unserem Leben zählen,
sondern das Leben in unseren Jahren“ (Adlai E. Stevenson)*

8. Verzeichnisse

8.1 Literaturverzeichnis

Altgeld, T. / Kolip, P. (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung.

In: Hurrelmann, K. / Klotz, T. / Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern, S. 41-54

Filipp, S.-H. / Mayer, A.-K. (1999). Bilder des Alters – Alterstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen, Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln

Gesundes Österreich (2007). Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention, Modellprojekt „Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen“, 9. Jahrgang, Nr. 1, März 2007

Hurrelmann, K. (1999). Gesundheitswissenschaften. Springer, Berlin.

Hurrelmann, K. / Klotz, T. / Haisch, J. (2004). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.

In: Hurrelmann, K. / Klotz, T. / Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern, S. 11-20

Kirkwood, T. (1996). “Mechanisms of Ageing.”

In: Epidemiology in Old Age. Ebrahin, S. / Kalache, A. (eds) London: BMJ Publishing Group

Kruse, A. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Alter.

In: Hurrelmann, K. / Klotz, T. / Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern, S. 83-96

Kytir, J. / Münz, R. (2000). Demografische Rahmenbedingungen: die alternde Gesellschaft und das älter werdende Individuum.

In: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Ältere Menschen – Neue Perspektiven, Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich, S. 22-51

Noack, H. / Reis-Klingspiegel, K. (1999). Altern als Herausforderung 2 – Gesundheit macht alt, Graz, Leykam Verlag

Skelton, D.A. (2001). Effects of physical activity on postural stability. Age and Ageing, 30, S. 33-39

Smits, Ch. / Deeg, Dm. / Schmand, B. (1999). „Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population“. American Journal Epidemiology, 150 (9): S.978-986.

Statistik Österreich (2005). Statistisches Jahrbuch Österreich 2005

Steinbach, H. (2004). Gesundheitsförderung – Ein Lehrbuch für die Pflege- und Gesundheitsberufe, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

WHO (1986). Ottawa-Charter for Health Promotion

WHO (2002). Aktiv altern – Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln.

Internetquellen:

Amt der Kärntner Landesregierung (2007). Anders Altern in Radenthein.

In: www.ktn.gv.at/eupgst/download/leader/ANDERS-ALTERN.pdf, entnommen am 27. März 2007

Buchinger, B. / Gschwandtner, U. / Marchner, G. (2006). Evaluierung – Anders Altern in Radenthein, Endbericht. Juli 2006. In: http://www.solution.co.at/template2/x/catnr/103/catid/139/doc_eingabe/all/sortorder/jahr%20desc,titel/template2.htm, entnommen am 25. März 2007

Die Apotheke (2005). Alter(n) kann gesund sein. In: http://www.apoverlag.at/DieApotheke/2005/06/seiten/prom03_fgoe_0506.html, entnommen am 23. März 2007

Fonds Gesundes Österreich (2007a). Gesundheitsdeterminanten. In: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?&view=gesundheitsdeterminanten>, entnommen am 26. März 2007

Fonds Gesundes Österreich (2007b). „Lebenswerte Lebenswelten im Alter“ – Ältere Menschen zwischen 60 und 75 im ländlichen Lebensraum. In: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modellprojekte/aeltere-menschen-am-land>, entnommen am 23. März 2007

Fonds Gesundes Österreich (2007c). Anders Altern in Radenthein – Gesundheitsförderung im Alter: Angebote und Strukturen. In: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefuehderte-projekte/FgoeProject_132834, entnommen am 12. Mai 2007

Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuz. Abschlussbericht des Modellprojekts Plan60 – Gesundheitsförderung für ältere im urbanen Setting.

In: www.w.rotekreuz.at/cn/was_wir_tun/frk/seiten/gf/Plan60Gesamtbericht.pdf, entnommen am 27. April 2007

Institut für Soziologie an der Universität Wien (2005). Aktiv ins Alter. Forschungsbericht - Ergebnisse der Begleitforschung. WHO-Projekt „Investition in die Gesundheit älterer Menschen“ In: <http://www.wiso.or.at/wiso/projekte/abgesch.php>, entnommen am 24. März 2007

Reis-Klingspiogl, K. (2006). Gesunde Gemeinde wirkt! – Ergebnisse settingorientierter Gesundheitsförderung, Tagung Evidenzbasierte Gesundheitsförderung, 16. November 2006.

In: www.stgkk.at/mediaDB/115893.PDF, entnommen am 5. Mai 2007

Statistik Austria (2007). Presseinformation - Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen

In: <http://www.statistik.at/cgi-bin/presstext.pl?INDEX=2007021498>, entnommen am 7. Mai 2007

WHO (1978). Declaration of Alma Ata.

In: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1, entnommen am 7. März 2007

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Bevölkerungspyramide 2001, 2030 und 2050	4
Abbildung 4.1: Die bestimmenden Faktoren für ein Aktives Altern	10
Abbildung 6.2.1: Bundesländerverteilung der Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen in Österreich	28



9. Anhang

9.1 *Erklärung*

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis „Gesundheitsförderung älterer Menschen in Österreich“ selbstständig verfasst habe. Die von mir verwendeten Hilfsmittel habe ich angegeben, Zitate kenntlich gemacht.

Enzesfeld, 31. Mai 2007

9.2 *Liste der ermittelten Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen*

Nr.	Projektname	Organisation
001	Aktiv älter werden Set in motion Fifty and fit / Fit fifties senior motion	Österreichische Turn- und Sportunion St. Pölten
002	Aktiv ins Alter – Anregungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Großstadt	Stadt Wien (Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Magistratsabteilung 47 bzw. 15A – jetzt Fonds Soziales Wien)
003	Aktiv und Gesund im Generationenverbund	Gefas Steiermark – Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des Seniorenstudiums an der Universität Graz
004	Alt hilft Jung / Jung hilft Alt	Hauptschule Eferding
005	Alt macht neu	Verein RES[!] horcht Raum – Arbeitsgemeinschaft für Stadt und Mensch
006	Altersgerechte Arbeitskarrieren in Kleinbetrieben	Arbeitsmarktservice Wien
007	Anders Altern in Radenthein	Vitamin R. – Zentrum für Gesundheitsförderung
008	Beratung am Eck	Fonds Soziales Wien
009	Changing Track at Third Age	Gefas Steiermark – Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des Seniorenstudiums an der Universität Graz
010	Die Spinne und das Netz	Frauengesundheitszentrum Graz
011	Ein Leben lang beweglich sein	Drehpunkt – Studio für ganzheitliche Bewegung
012	healthPROelderly	Österreichisches Rotes Kreuz
013	Herzhafte Frauen	Gefas Steiermark – Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und



		des Seniorenstudiums an der Universität Graz
014	Investition in die Gesundheit älterer Menschen	Institut für Soziologie der Universität Wien
015	Lebenswerte Lebenswelten im Alter	Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Graz
016	LENA	Gefas Steiermark – Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des Seniorenstudiums an der Universität Graz
017	LIFE Voest Alpine AG	Voest Alpine AG
018	LIFETIME – Lebensphasengerecht Arbeiten und Leben	Erste Bank der österreichischen Sparkassen AG
019	LISA Learning in senior age	Gefas Steiermark – Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und des Seniorenstudiums an der Universität Graz
020	Meisterhafte Pflegekunst – Alter(n)sgerechte Karrierewege in der Pflege	AKH Allgemeine und Gesundheitskrankenpflegeschule
021	Minigolf kommt zu dir	Minigolfcompany Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser
022	Nordic Walking für Senioren	AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH
023	Plan60 Gesundheitsförderung für Ältere im urbanen Setting	Wiener Rotes Kreuz
024	Plan60 Wien West	Wiener Rotes Kreuz – Bezirksstelle Wien West
025	Productive Ageing in der Girocredit Bank	Girocredit Bank (besteht nicht mehr)
026	Reife Äpfel	Gefas Steiermark – Gesellschaft zur Förderung der Alterswissenschaften und



		des Seniorenstudiums an der Universität Graz
027	Seniorenplattform	SMZ Liebenau
028	Sicher Gehen Über 60	Institut Sicher Leben, Stadt Wien (WHO- Projekt „Gesunde Stadt“)
029	Smart Region – Alternsgerechtes Arbeiten in innovativen Regionen	ÖSB Consulting GmbH
030	Third Age Coach	Volkshochschule 1050 Polycollege Stöbergasse
031	Wissenssicherung und Altersteilzeit - Schmid Schrauben Fabrik	Schmid Schrauben Fabrik, Hainfeld, Niederösterreich