

Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen

Band Nr. 4 aus der Reihe WISSEN



Fonds Gesundes
Österreich

Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen

Beauftragt vom Fonds Gesundes Österreich

Autorin und Autor

Ingrid Spicker

Gert Lang

Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien

IMPRESSUM

Herausgeber

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich
der Gesundheit Österreich GmbH

Kontaktperson: Dr. Rainer Christ

Download unter www.fgoe.org

Wien, 2011

Zitiervorschlag

Spicker, Ingrid; Lang, Gert (2011): Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen (Wissen 4), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Gestaltung: paco.Medienwerkstatt, Wien

Druck: Grasl Druck & Neue Medien, Bad Vöslau

Inhalt

Zusammenfassung	7
1 Ziel und Zielgruppe des Berichts.	8
2 Evidenz und Best Practice in der Gesundheitsförderung	8
3 Methodisches Vorgehen	9
3.1 Interviews mit ExpertInnen und MultiplikatorInnen	10
3.2 Befragung von BürgermeisterInnen und anderen AkteurInnen	10
3.3 Sammlung und Aufbereitung von wissenschaftlicher Evidenz und von Erfahrungswissen.	10
3.3.1 Konkretes Vorgehen im Review-Prozess.	11
3.3.2 (Erweitertes) Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz	13
3.4 Synthese des Materials	14
4 Kommunale Gesundheitsförderung: Definitionen, Konzepte und AkteurInnen.	14
4.1 Einflussfaktoren auf die Gesundheit	14
4.2 Was ist Gesundheitsförderung?	15
4.3 Gemeinden als zentrales Setting der Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen	16
4.4 „Gesunde Gemeinde“ in Österreich	17
4.5 AkteurInnen der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen	18
4.6 Kapazitätsentwicklung im kommunalen Setting	19
5 Gesundes und aktives Altern	20
5.1 Demografischer Wandel und die Herausforderungen	20
5.2 Wichtige Gesundheitsthemen im höheren Lebensalter	22
5.3 Gesundes und aktives Altern: Was heißt das?	22
6 Leitprinzipien und Erfolgsfaktoren von kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen	23
6.1 Partizipation	24
6.2 Empowerment	25
6.3 Gesundheitliche Chancengleichheit	26
6.4 Setting-Ansatz	27
6.5 Partnerschaften, Kooperationen und Vernetzung	27
6.6 Spezifikum der kommunalen Gesundheitsförderung: Ehrenamtliche Arbeit.	28
7 Argumente für kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen	29

8	Evidenzbasiertes Wissen zu Verbesserungen der Gesundheit und zu wirksamen Maßnahmen.	30
8.1	Erzielte Verbesserungen auf Ebene der Gesundheit.	31
8.2	Erfolg versprechende Maßnahmen und ihre Wirkungen	32
8.2.1	Entwicklung eines gesundheitsfördernden Angebots.	33
8.2.2	Interessenvertretung, Zusammenarbeit, Organisationen	35
8.2.3	Soziale Mobilisierung	37
8.2.4	Entwicklung persönlicher Kompetenzen	37
9	Schritte bei der Planung und Umsetzung von kommunaler Gesundheitsförderung.	38
10	Beispiele guter und bester Praxis	40
	Praxisprojekt 1: Anders Altern in Radenthein	41
	Praxisprojekt 2: Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen	42
	Praxisprojekt 3: Lebensqualität im Alter (LIMA)	43
	Praxisprojekt 4: Minigolf kommt zu dir.	44
	Praxisprojekt 5: Silver Song Clubs.	45
	Praxisprojekt 6: Gesundes und aktives Altern, Radevormwald „aktiv55plus“	46
	Praxisprojekt 7: Pink Buddies – Buddy Care for Homosexual Elderly People.	47
	Praxisprojekt 8: Senior Citizens Council	48
	Praxisprojekt 9: Ich bin über 65 und glücklich, ein gesundes Leben zu führen	49
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.	50
	Literatur	51

Zusammenfassung

Kommunale Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, die spezifischen Rahmenbedingungen im Setting „Gemeinde/Kommune“ gesundheitsförderlich zu gestalten. Im kommunalen Setting sind ältere und alte Menschen als Zielgruppe der Gesundheitsförderung besonders gut zu erreichen.

Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich hat das Forschungsinstitut des Roten Kreuzes im Zeitraum von Jänner 2009 bis Februar 2010 eine umfassende Recherche zu wirksamen Maßnahmen und Vorgehensweisen in der kommunalen Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen durchgeführt. Neben der Aufbereitung von Evidenz in wissenschaftlicher Literatur und von Projektbeispielen wurden auch Interviews mit ExpertInnen und MultiplikatorInnen sowie eine österreichweite schriftliche Befragung von BürgermeisterInnen und anderen AkteurInnen durchgeführt. In einem abschließenden Arbeitsschritt erfolgte die Synthese des Materials. Als konzeptioneller Rahmen diente das Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz. Die Ergebnisse liegen in Form eines Berichts vor. Er soll EntscheidungsträgerInnen, UmsetzerInnen und MultiplikatorInnen bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene unterstützen.

Die **Ergebnisse** zeigen, dass die kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen eine große Bandbreite hinsichtlich der vorliegenden Konzepte und Methoden aufweist, die auf die Gegebenheiten vor Ort und die Anforderungen und gesundheitlichen Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe älterer Menschen angepasst werden müssen.

Die **wichtigsten Gesundheitsthemen** für ältere Menschen sind seelische Gesundheit (Depression, kognitives Verhalten, Gedächtnis, emotionale Unterstützung, Empowerment), soziale Teilhabe (z. B. Lebenslanges Lernen, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Selbsthilfegruppen, Ehrenamtlichkeit) und Lebensstilfaktoren (Ernährung, Bewegung, Sturz- und Unfallprävention, sexuelle Aktivität), worin auch das besondere Potenzial für die Gesundheitsförderung liegt.

Auf der **Ebene der Gesundheit** bzw. **Gesundheitsindikatoren** konnten in wissenschaftlich geprüften, kommunalen Projekten für ältere Menschen folgende Verbesserungen erzielt werden:

- Verbesserung der subjektiven Gesundheit (körperliche Funktionalität, psychisches Wohlbefinden)
- Verbesserung der Lebensqualität
- Reduktion von Pflegeheim- und Spitalsüberweisungen und Krankenhaustagen
- Reduktion der Mortalität

Bei den konkreten **Maßnahmen der Gesundheitsförderung** liegen v. a. für folgende Interventionen auf individueller und organisatorischstruktureller Ebene Evidenzen vor:

- Hausbesuchsprogramme (aufsuchende Aktivierung)
- Erweiterung des gesundheitsförderlichen Angebots in Einrichtungen der Primärversorgung (z. B. Lebensstilberatung in Apotheken)
- Angebote zur ehrenamtlichen Tätigkeit
- MultiplikatorInnen-Schulungen (z. B. ApothekerInnen, Pflegekräfte)
- Aktivitäten zur interdisziplinären und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit
- Maßnahmen zur Kapazitätsentwicklung (Capacity Building)
- Maßnahmen zur sozialen Mobilisierung (Aktivierung, Beteiligung, Erreichbarkeit, Öffentlichkeitsarbeit)
- Maßnahmen zur Entwicklung persönlicher Kompetenzen (im Rahmen von Hausbesuchen, Apotheken)

Im Bericht wurde darüber hinaus eine Auswahl von österreichischen und europäischen **Praxisprojekten** der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen aufgenommen. Quelle für die Praxisprojekte waren die europäische Projektdatenbank „healthPROelderly“ und die Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich. Die dargestellten Projektbeispiele illustrieren die große Bandbreite von Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen im kommunalen Setting und können als Anregung zur Umsetzung und Weiterentwicklung von kommunalen Gesundheitsförderungsaktivitäten mit Fokus auf die Bedürfnisse älterer Menschen dienen.

1 Ziel und Zielgruppe des Berichts

Dieser Bericht soll EntscheidungsträgerInnen, UmsetzerInnen und MultiplikatorInnen bei der Planung und Umsetzung von kommunaler Gesundheitsförderung speziell für die Zielgruppe der älteren Menschen unterstützen. Der Bericht zeigt evidenzbasierte Maßnahmen und in der Praxis bewährte Ansatzpunkte und Vorgehensweisen auf. Damit kann dazu beigetragen werden, die Qualität der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen weiter zu verbessern.

Für eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung gibt es kein Patentrezept, denn die Rahmenbedingungen in den Gemeinden und Regionen sind unterschiedlich. Die hier vorliegende Aufbereitung des evidenz- und erfahrungsbasierten Wissens soll helfen, jene Ansatzpunkte und Maßnahmen auszuwählen, die aufgrund des derzeit verfügbaren Wissens gesundheitlichen Nutzen für ältere und alte Menschen versprechen. Der Bericht stellt dabei keine systematische Übersichtsarbeit (Review) dar, sondern ist vielmehr eine Zusammenstellung von nach bestimmten Kriterien ausgewählten wissenschaftlichen Befunden und von Erfahrungswissen aus der Praxis.

Der Bericht wurde unter Einbeziehung von potenziellen NutzerInnen erstellt (vgl. Kap. 3). Diese sind:

- **Verantwortungs- und EntscheidungsträgerInnen**
auf Gemeindeebene und regionaler Ebene
- **UmsetzerInnen** von Gesundheitsförderungsprojekten (Einzelpersonen, Organisationen)
- **MultiplikatorInnen** in unterschiedlichen Feldern

2 Evidenz und Best Practice in der Gesundheitsförderung

In der Gesundheitsförderung wird – wie in der Prävention und der Medizin auch – der Anspruch gestellt, dass Interventionen zum Einsatz gelangen, die wirksam sind. Wirksamkeit ist nicht zuletzt ein Entscheidungskriterium, ob und wie viel öffentliche Gelder dafür eingesetzt werden (FGÖ 2008). Auch wenn Einigkeit über den **Anspruch der Wirksamkeit** besteht, debattieren ForscherInnen in den letzten Jahren verstärkt, was in der Gesundheitsförderung als Evidenz gilt, **welche Art von Evidenz dem komplexen Ansatz adäquat ist** und wie diese Evidenz geschaffen werden kann (z. B. Elkeles 2008; Broesskamp-Stone und Ackermann 2007; Aro et al. 2005; Ruckstuhl 2003). Konsens besteht darüber, dass sich Evidenz in der Gesundheitsförderung von derjenigen der Medizin unterscheidet (Ruckstuhl 2003), insbesondere im Hinblick auf Ziele, AkteurInnen, Komplexität und Nachhaltigkeit (Noack 2008a). Gesundheitsförderung kann zwar ei-

nerseits auf evidenzbasiertem Wissen zu Einflussfaktoren auf Gesundheit aufbauen. Andererseits sind zur Frage, wie evidenzbasiert konkrete Maßnahmen und Vorgehensweisen sind, weitaus weniger wissenschaftliche Informationen vorhanden.

Evidenzbasierte Empfehlungen, wie sie in der Medizin entwickelt wurden, gibt es für die Gesundheitsförderung noch nicht. Der Einsatz von kontrollierten Studien, um die Wirksamkeit zu beweisen (goldener Standard in der evidenzbasierten Medizin), ist kompliziert und logistisch schwierig. Da Maßnahmen der Gesundheitsförderung stark **kontextabhängig** und **prozessorientiert** umgesetzt werden, sind sie schwer zu definieren (Gesundheitsförderung wird nicht für oder an Menschen, sondern durch und mit Menschen gemacht), ihre Umsetzung dementsprechend schwer zu kontrollieren und ihre Wirkung schwer zu messen (Thaler et al. 2009).

Ein der Gesundheitsförderung angemessenes Evidenzverständnis ist gefragt. Noack (2002, zit. nach Ruckstuhl 2003: 35) schlägt vor, **Evidenz in der Gesundheitsförderung** als „umfassendes, plausibles Wissen über die Wirksamkeit komplexer gesundheitsfördernder Aktivitäten in komplexen sozialen Systemen oder Lebenswelten“ zu begreifen.

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung versucht zu verstehen, unter welchen Bedingungen und mit welchen Methoden komplexe soziale Interventionen erwünschte Wirkungen erzeugen, was die wesentlichen Erfolgsfaktoren sind und wie man Prozess und Ergebnis messbar macht (Ruckstuhl 2002).

Um optimale Gesundheitsförderung umzusetzen, empfehlen Broesskamp-Stone/Ackermann (2007: 7), das zu einer bestimmten Zeit „Beste“ bestmöglich zu tun. Wichtig ist hier, den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand und nicht einen individuell oder subjektiv definierten Maßstab anzulegen. **Best Practice** in der Gesundheitsförderung heißt, „die **Werte** und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health systematisch zu berücksichtigen, auf das aktuelle wissenschaftliche **Wissen** und Experten-/Erfahrungswissen aufzubauen, die relevanten **Kontextfaktoren** zu beachten, sowie die beabsichtigten positiven **Wirkungen** erreicht zu haben“ (Broesskamp-Stone und Ackermann 2007: 7). „Best-Practice-Interventionen“ sind demnach Interventionen, die wissenschaftlich, ethisch und kontextbezogen sehr gut begründet zur „Nachahmung“ empfohlen werden können (Broesskamp-Stone und Ackermann 2007: 8).

3 Methodisches Vorgehen

Um wissenschaftliches Wissen und ExpertInnen-Wissen zu Werten, relevanten Kontextfaktoren, Maßnahmen und Wirkungen von kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu erheben und aufzubereiten, wurden im Zuge der Entwicklung dieses Berichts folgende Methoden eingesetzt:

- Interviews mit ExpertInnen und MultiplikatorInnen
- Befragung von BürgermeisterInnen und anderen AkteurInnen
- Sammlung und Aufbereitung von Evidenz in wissenschaftlicher Literatur und Projektbeispielen
- Synthese des Materials

Zu den Interviews, der Befragung und zum Review liegen jeweils detaillierte Einzelberichte vor

(Lang und Spicker 2010, 2009; Spicker und Lang 2009).

Die Arbeitsschritte und angewendeten Methoden werden nachfolgend kurz erläutert.

3.1 Interviews mit ExpertInnen und MultiplikatorInnen

Im Zuge des Projekts wurden mittels Telefoninterviews elf Personen befragt, die in unterschiedlichen Rollen mit kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Österreich zu tun haben (Wissenschaft, Forschung, Umsetzungspraxis, Ausbildung, BürgermeisterIn, Interessenvertretung der Gemeinden, SeniorInnen-Vertretungen). Ziel der explorativ ausgerichteten Interviews war es, unterschiedliche Sichtweisen und Empfehlungen zur Thematik zu erheben und für weitere Schritte der Berichtsentwicklung nutzbar zu machen.

Grundlage der Interviews war ein Interviewleitfaden, der folgende Themen umfasste: Besonderheiten des kommunalen Settings, Handlungsbedarf für kommunale Gesundheitsförderung für Ältere, wichtige Gesundheitsthemen, erwarteter Nutzen, bewährte Strategien und Herausforderungen in der Umsetzung, AkteurInnen und Zuständigkeiten, Zielgruppen für ein Argumentarium, Form und Inhalte eines Argumentariums sowie Empfehlungen der Befragten.

Die Ergebnisse der Interviews wurden mit den Ergebnissen der Fragebogenerhebung und den Ergebnissen der Aufarbeitung des evidenz- und erfahrungsbasierten Wissens zusammengeführt und trugen zur inhaltlichen Ausgestaltung des Berichts bei.

3.2 Befragung von BürgermeisterInnen und anderen AkteurInnen

Zu Fragen der Umsetzung von kommunaler Gesundheitsförderung für Ältere wurde eine österreichweite, elektronische Fragebogenerhebung durchgeführt (Rücklauf: 21 %; n = 593). Die Erhebung richtete sich an BürgermeisterInnen und andere AkteurInnen (ProjektumsetzerInnen, GF-ExpertInnen und -PraktikerInnen) im kommunalen Setting.

Der Fragebogen umfasste folgende Themen: Erfahrungen, Möglichkeiten und Ressourcen in Bezug auf kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen 60+, förderliche und hinderliche Bedingungen für eine konkrete Umsetzung sowie Wahrnehmung der Verantwortung für Initiierung, Finanzierung und Umsetzung. Aus den Ergebnissen der Fragebogenerhebung wurden Ableitungen für die weitere Entwicklung des Berichts getroffen.

3.3 Sammlung und Aufbereitung von wissenschaftlicher Evidenz und von Erfahrungswissen

Es wurde eine Sammlung und Beurteilung von evidenz- und erfahrungsbasiertem Wissen, das in wissenschaftlichen Studien und Projektberichten zur Verfügung steht, vorgenommen. Ziel war, Auskunft über **wirksame Vorgehensweisen und Maßnahmen** für die Gesundheitsförderung im kommunalen Setting mit Fokus auf ältere Menschen 60+ zu identifizieren und zu bewerten. Obwohl es mittlerweile zahlreiche Initiativen in der kommunalen Gesundheitsförderung gibt und Projekt-Evaluationen vorliegen, sind Reviews und zusammenfassende Bewertungen, auf die auf-

gebaut werden könnte, noch kaum vorhanden.

In der vorliegenden Zusammenstellung wurden zwei Kategorien von Wissen einbezogen. Im Vordergrund stand die Frage nach den **wissenschaftlichen Grundlagen (Evidenzen)** im Hinblick auf die Wirksamkeit von Maßnahmen. Darüber hinaus wurde **Erfahrungswissen** aus der Praxis recherchiert, wobei v. a. Ergebnisse des EU-Projekts healthPROelderly berücksichtigt wurden (Resch et al. 2010). Es ist durchaus möglich, dass einzelne Maßnahmen, die in Praxisprojekten umgesetzt wurden und eine Wirkung erzielen, in diesem Bericht nicht aufscheinen. Die Ursache liegt darin, dass sich der Schwerpunkt der Recherche auf wissenschaftliche Literatur bezog bzw. die Projektmaßnahmen nicht wissenschaftlich geprüft waren.

3.3.1 Konkretes Vorgehen im Review-Prozess

Das konkrete Vorgehen im Review-Prozess orientierte sich an den Empfehlungen im European Review Protocol for Health Promotion von Rätty und Aro (2005) und umfasste die in Abb. 1 dargestellten Eckpunkte. Für den wissenschaftlichen Review wurden 39 Beiträge und Artikel kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen analysiert (vgl. Lang und Spicker 2010).

Abbildung 1: Eckpunkte im Review-Prozess



- Bücher und Buchbeiträge in Sammelbänden
- wissenschaftliche Forschungs- und Evaluationsberichte

Verwendete Suchwörter

- Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung, Förderung der Gesundheit
- Ältere/-r Mensch/-en, Alter, Alte, Ältere, SeniorIn, PensionistIn
- Gemeinde, Kommune, Dorf, Quartier, Region

Datenbank-Quellen

- Gerolit (Deutsches Zentrum für Altersfragen), SOLIS, SOFIS (FORIS)
- WiSo-net (Sozialwissenschaften), Sociological Abstracts, Social Sciences Full Text
- Sozialwissenschaften (OLC-SSG), Social Science Citation Index
- PsychInfo, PsychArticles, PsynindexPLUS, Medline
- Annual Reviews
- Projektdatenbank „healthPROelderly“: www.healthPROelderly.com/database
- FGÖ-Projektdatenbank: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte>

Datenextraktion und Datengrundlage

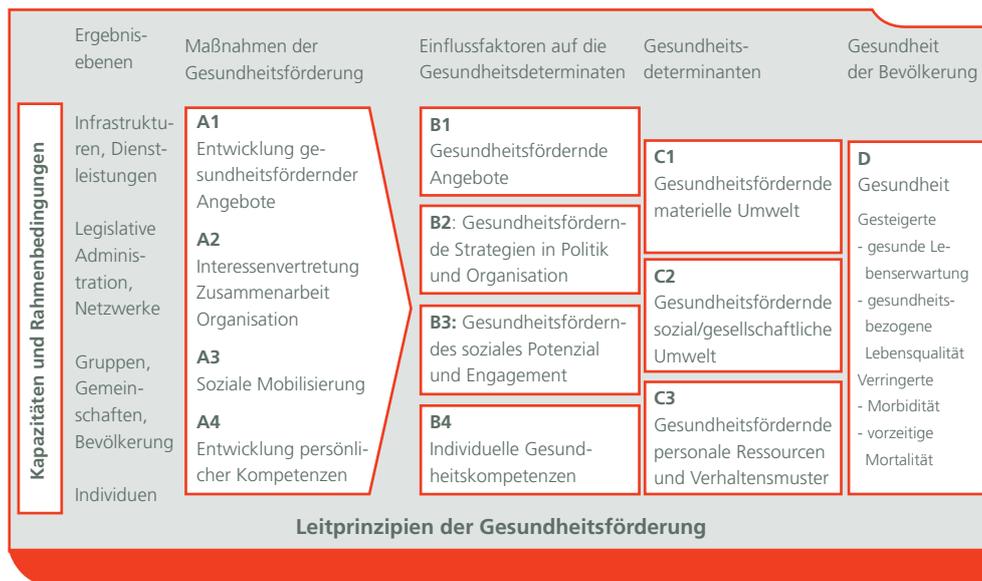
Die Literatur wurde schließlich anhand spezifischer Forschungsfragen bewertet, die aus dem Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz (Cloetta et al. 2005), dem Rahmenmodell von Saan und de Haes (2005) sowie den Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung Schweiz (www.quint-essenz.ch) abgeleitet wurden. Die letztendlich ausgewählten Arbeiten sind:

- wissenschaftliche **Literaturanalysen** (qualitative bzw. systematische Literaturreviews) (Dennis et al. 2009; Campbell et al. 2007; Butterfoss 2006; de Leeuw und Skovgaard 2005; Meinck et al. 2004; Boyce 2001; Anderson 2000; King et al. 1998)
- **Metaanalysen** bzw. Reviews randomisiert-kontrollierter Studien (Ploeg et al. 2005; Elkan et al. 2001)
- (prospektiv) randomisiert-kontrollierte **Studien** (Nicolaidis-Bouman et al. 2007; Poulsen et al. 2007; Vass, Avlund, Hendriksen et al. 2007)
- kontrollierte **Feldversuche** (z. B. in Kleingemeinde) (Sahlen et al. 2006)
- qualitativ-vergleichende **Multifallanalysen** (z. B. Analyse von Projektpublikationen und Berichten bzw. Interviews mit Beteiligten) (Boyce 2001), andere **Mixed-Methods-Ansätze** (qualitative und quantitative Methoden) bzw. **Evaluationsmethoden** (Berry et al. 2009; Loss et al. 2007)
- standardisierte **Befragungen** (Kaczorowski et al. 2008; Trojan und Nickel 2008; Etkin et al. 2006; Fried et al. 2006; Knesebeck et al. 2006; Reis-Klingspiegl et al. 2005; Plümer und Trojan 2004; Boschek und Kügler 2002)

3.3.2 (Erweitertes) Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz

Als **konzeptionelle Basis, Analyseraster** und **Darstellungsrahmen** für die wissenschaftliche und erfahrungsbasierte Evidenzsammlung wurde das (im Zuge des vorliegenden Projekts erweiterte) Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz angewendet (Cloetta et al. 2005). In der Projektpraxis der Gesundheitsförderung dient das Ergebnismodell dazu, eine Situationsanalyse vorzunehmen sowie Maßnahmen und Ziele/Ergebnisse systematisch zu planen, aufzuzeigen und zu evaluieren. Es kann daher in vielen Projektphasen angewendet werden. Die Grundannahme des Modells ist, dass Gesundheit als Ziel von gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht direkt, sondern nur über Zwischenstufen (die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten) erreicht werden kann (ebd.). Da sich das Ergebnismodell weniger gut dafür eignet, zu analysieren, welche Prozesse auf welche Weise zur Erreichung oder Nichterreichung der Ziele der Gesundheitsförderung beigetragen haben, und auch die Leitprinzipien der Gesundheitsförderung den Maßnahmen- und Ergebnisbereichen nicht eindeutig zuordenbar sind (Ackermann 2005; Cloetta et al. 2005), wurde das Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz zum Zwecke der Evidenzsammlung um die Bereiche „Kapazitäten und Rahmenbedingungen“ sowie „Leitprinzipien der Gesundheitsförderung“ erweitert (Abb. 2).

Abbildung 2: (Erweitertes) Ergebnismodell



Quelle: Cloetta et al. 2005

Der Kern des Ergebnismodells beinhaltet vier Spalten (A–D), in denen Maßnahmen (A) und Ziele/Ergebnisse (B–D) erfasst werden können. Die Ergebnisebene B umfasst die Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten, die Ergebnisse C umfassen die Gesundheitsdeterminanten selbst. Das letztlich anvisierte Ergebnis, die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, befindet sich im Bereich D. Betrachtet man die horizontalen Ergebnisebenen, so sind Ergebnisse in Bezug auf Infrastrukturen und Dienstleistungen, auf gesetzgeberischer oder organisationaler Ebene, im Bereich von Gruppen, Gemeinschaften und der Bevölkerung sowie auf Ebene der Individuen

Die Gesundheitsdeterminanten wirken auf folgenden, in der Grafik dargestellten Ebenen:

- die individuellen Verhaltens- und Lebensweisen (erste Ebene)
- das soziale und kommunale Umfeld (zweite Ebene)
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen (dritte Ebene)
- die sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (vierte Ebene)

Diese vier Ebenen sind nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern stehen in enger Wechselbeziehung zueinander. In der kommunalen Gesundheitsförderung wird v. a. in den drei inneren Einflussebenen – individuelle Lebensweisen, das soziale und kommunale Umfeld und die Lebens- und Arbeitsbedingungen – angesetzt.

4.2 Was ist Gesundheitsförderung?

Gesundheitsförderung geht von einem **salutogenetischen Verständnis** aus und orientiert sich an der Frage, was gesund erhält (anstatt der Frage, was krank macht) (Antonovsky 1997). Sie fragt also danach, wo angesetzt werden muss, um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern. Dabei verfolgt sie einen **ressourcenorientierten Ansatz**, d. h., Gesundheitsförderungsprojekte sind darauf ausgerichtet, v. a. personale und soziale Ressourcen zu stärken.

Gesundheitsförderung geht davon aus, dass Gesundheit im Zusammenwirken der Gesundheitsdeterminanten entsteht. Grundgedanke ist die **Einflussnahme auf die Determinanten von Gesundheit** (Hurrelmann 2003). Dabei steht insbesondere der Prozess im Vordergrund, der Individuen und Gruppen befähigen soll, größere Kontrolle über Gesundheitsdeterminanten zu gewinnen (Ruckstuhl und Abel 2001). Dieses Verständnis von Gesundheitsförderung ist bereits in ihrem Grundlagendokument, der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation, festgehalten (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. 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.“

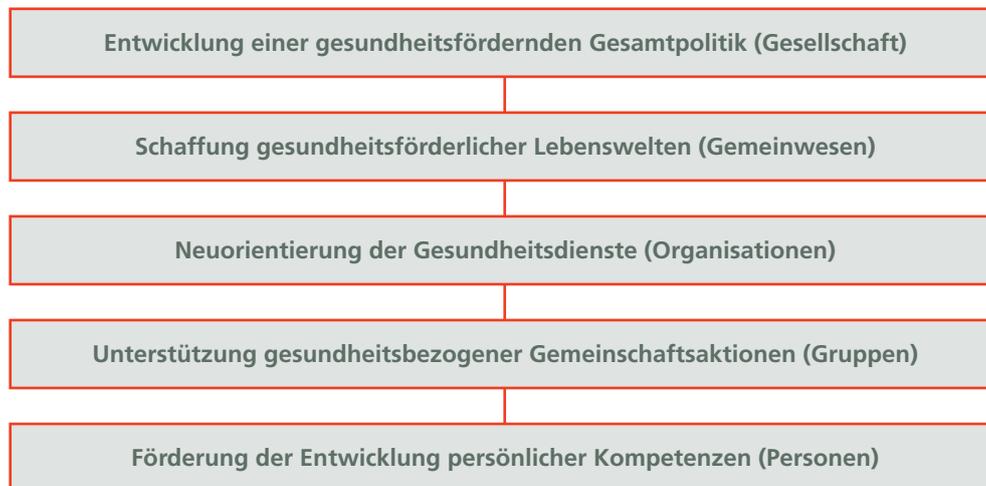
Um das Ziel, mehr Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen, werden in der Gesundheitsförderung **zwei Zielrichtungen** unterschieden:

- Maßnahmen, die individuelle Faktoren verändern sollen, werden als **verhaltensbezogen** bezeichnet (z. B. Vorträge/Kurse für gesundes Ernährungsverhalten oder RaucherInnenentwöhnung)
- Maßnahmen, die Faktoren verändern sollen, die von außen auf das Individuum einwirken, werden als **verhältnisbezogen** bezeichnet (z. B. soziale Netzwerke, Arbeits- und Lebensbedingungen, bauliche Gegebenheiten)

Diese Zielrichtungen sind in der Praxis eng gekoppelt und beeinflussen sich wechselseitig. So haben beispielsweise die Arbeits- und Lebensbedingungen oder die sozialen Netzwerke auch Einfluss auf individuelle Lebensweisen und das Gesundheitsverhalten.

Im Sinne der Ottawa-Charta erstreckt sich Gesundheitsförderung auf fünf Aktionsebenen (Abb. 4).

Abbildung 4: Aktionsebenen der Gesundheitsförderung



Quelle: Göpel 2008, 2004; WHO 1986

Die Idee der kommunalen Gesundheitsförderung findet sich insbesondere auf Ebene der gesundheitsförderlichen Lebenswelten und der gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen.

Für ältere Menschen sind jedoch alle Aktionsebenen in spezifischer Weise wichtig: die Lebensräume Wohnung, Wohnumwelt und der weitere regionale Bereich, das Aufbrechen von sozialer Isolation durch Förderung sozialer Netze, die Stärkung der Eigenkompetenz, die Einrichtung spezifischer Beratungs- und Vermittlungsdienste, Vernetzung von Diensten und mehr Transparenz der Angebote (Backes und Clemens 2008: 337).

4.3 Gemeinden als zentrales Setting der Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen

Den Gemeinden kommt in der Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen eine Schlüsselrolle zu, denn sie schaffen Rahmenbedingungen, innerhalb derer Gesundheit gelebt werden kann (Altgeld 2009). Die Gemeinde bestimmt mit ihren sozialen Strukturen, ihren Angeboten, ihrer jeweiligen Kultur und Tradition die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten jedes Einzelnen und jeder Einzelnen mit (Schwartz et al. 1998: 146). Verkehrsplanung, Umweltpolitik, Infrastruktur, Wohnumfeld usw. werden durch kommunale Entscheidungen beeinflusst und wirken sich wiederum entscheidend auf die Gesundheit der Menschen aus. In der Gemeinde können BürgerInnen aller Altersgruppen mit Gesundheitsförderung direkt angesprochen und beteiligt werden. Die Gemeinde ist auch Rahmen für Ansätze in spezifischeren Settings, die hier angesiedelt sind, wie z. B. Kindergärten, Schulen, Betriebe oder Pflegeeinrichtungen. Vor allem im Hinblick auf die Gesundheit von älteren Menschen ist die Gemeinde ein wichtiges Setting. Hier kann die Gruppe der Älteren, der Alten und der (autonomen) Hochbetagten mit Maßnahmen und Interventionen gut erreicht werden (Reis-Klingspiogl et al. 2005). Soll Gesundheit in der Gemeinde nachhaltig zum Thema werden, muss Gesundheitsförderung v. a. auch mit den Zielen und aktuellen Problemlagen der Gemeinde angemessen verknüpft werden. (Kick-busch 2003).

Kommunale Gesundheitsförderung verfolgt – wie andere settingorientierte Programme auch – einen Zugang, der darauf ausgerichtet ist, die spezifischen Rahmenbedingungen im Setting „Gemeinde/Kommune“ gesundheitsförderlich zu gestalten. Umfassend gedacht, heißt das, einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderung anzuregen und zu unterstützen. Die Veränderungen können sich z. B. auf den Organisationsablauf der Gemeinde oder auf die Beziehungen der Gemeindemitglieder untereinander beziehen. In diesem Sinne ist Gesundheitsförderung als Strategie der Organisationsentwicklung auf Gemeindeebene zu verstehen (Broesskamp-Stone et al. 1998).

Der Blick auf die Projektpraxis zeigt, dass kommunale Gesundheitsförderung (Raeburn/Corbett 2001, zit. nach Reis-Klingspiogl 2008c) oszilliert zwischen

- Projekten, für welche die Gemeinde nur der Ort der Intervention ist,
- Projekten, in denen Personen aus der Gemeinde an der Durchführung beteiligt sind und
- Projekten, die auf Übernahme der Kontrolle durch die Lebenswelt zielen (gesundheitsbezogene Gemeindeentwicklung).

4.4 „Gesunde Gemeinde“ in Österreich

Initiativen für „Gesunde Gemeinden“ gibt es in Österreich seit etwa 20 Jahren. Die „Gesunden Gemeinden“ sind in den Bundesländern unterschiedlich weit entwickelt und verfolgen leicht unterschiedliche Konzepte. Ziele der niederösterreichischen „Gesunden Gemeinden“ sind z. B. die Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung, die Förderung der Eigenverantwortung und die Organisation von nachhaltigen Maßnahmen im Gesundheits- und Vorsorgebereich. (Gesundes Niederösterreich o. J.) Ziel der steirischen „Gesunden Gemeinden“ ist, von der Gemeinde als Ort, in dem Maßnahmen gesetzt werden (= Interventionsort), hin zur umfassenden gesundheitsbezogenen Gemeindeentwicklung zu kommen (Styria vitalis 2009).

In den „Gesunden Gemeinden“ gibt es in der Regel einen Gemeindebeschluss, in dessen Folge ein Arbeitskreis eingerichtet wird, der von einer/einem ArbeitskreisleiterIn koordiniert wird. Der Arbeitskreis der Gemeindemitglieder setzt sich meist aus ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zusammen, wobei GemeinderätInnen und Personen aus Gesundheitsberufen am häufigsten vertreten sind (Reis-Klingspiogl 2009; Institut für Gesundheitsplanung 2006). Auch RegionalbetreuerInnen werden in manchen Bundesländern als Bindeglied zwischen der Gemeinde und dem Land zur Unterstützung eingesetzt. Sowohl Arbeitskreis als auch Regionalbetreuung sind zentrale Bestandteile von gemeindenaher Gesundheitsförderung, die positive gesundheitliche Effekte erzeugt (Partizipation, Empowerment, Stärkung sozialer Netze, Verbesserung der Gesundheitskompetenzen) (Thaler et al. 2009). Eine umfassende empirische Untersuchung der „Gesunden Gemeinden“ in Kärnten (Penz 2008) hat u. a. gezeigt, dass wesentliche Einflussfaktoren auf den Erfolg des Programms die dem Arbeitskreis eingeräumte Entscheidungskompetenz, die Ausstattung und Verfügungsgewalt über die nötigen Budgetmittel, die stabile Zusammensetzung der Arbeitskreise sowie klare Strukturen und Informationsflüsse sind.

Eine Evaluierung der „Gesunden Gemeinden“ in Oberösterreich hat ergeben, dass sehr unterschiedliche Aktivitäten stattfinden, wobei Vorträge und Seminare zu gesundheitsrelevanten Themen bisher den Schwerpunkt der Maßnahmen bilden (Institut für Gesundheitsplanung 2006). Die

Erfahrungen des steirischen Netzwerks „Gesunde Gemeinden“ zeigen anhand eines mehrjährigen, umfassenden kommunalen Gesundheitsförderungsprojekts (Reis-Klingspiegl 2008b), dass nicht nur die Lebensqualität und die subjektive Gesundheit gestiegen sind, sondern beispielsweise auch die sozialen Netzwerke gewachsen sind und gesundheitlich benachteiligte Personengruppen von den Aktivitäten profitieren konnten. Die steirischen Erfahrungen zeigen auch, dass sich eine institutionalisierte, kontinuierliche Prozessbegleitung für die Gemeinden lohnt und sie die Nachhaltigkeit der angestoßenen Prozesse in den Gemeinden unterstützen kann (Reis-Klingspiegl 2009).

4.5 AkteurInnen der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Um in der kommunalen Gesundheitsförderung erfolgreich zu sein, bedarf es einer zielgerichteten Zusammenarbeit von unterschiedlichen AkteurInnen in Politik und Praxis. Die Vielfalt von möglichen Trägern, organisatorischen Ebenen und Politikbereichen spiegelt die Komplexität des Ziels einer gesundheitsfördernden Gestaltung von Lebensbedingungen wider (Trojan und Legewie 2007). Festgestellt werden jedoch Mängel an politischer Strukturbildung, intersektoraler Zusammenarbeit, gemeinsamen Zielsetzungen (z. B. Gesundheitsförderungsziele), Kapazitätsentwicklung, Finanzmittel und der Verantwortungsübernahme für Gesundheitsförderung (z. B. Dür 2008; Noack 2008b). Eine österreichweite Befragung (Lang und Spicker 2009) bei BürgermeisterInnen und PraktikerInnen/ExpertInnen kann diese Ergebnisse für den Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen weitgehend bestätigen. Die Studienergebnisse zeigen, dass sich zwei Drittel der Befragten derzeit nicht in der Lage sehen, kommunale Gesundheitsförderung für Ältere umzusetzen. Als **Barrieren** werden v. a. geringe Entscheidungsspielräume, zu geringer Einfluss und ein Mangel an Ressourcen für die konkrete Planung und Durchführung von kommunaler Gesundheitsförderung für Ältere angeführt.

Vernetzung und Kooperation mit PartnerInnen auf unterschiedlichen Ebenen nehmen einen wichtigen Stellenwert ein, insbesondere bei jenen, die bereits Erfahrung mit Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene haben. Als KooperationspartnerInnen für erfolgreiche Gesundheitsförderung werden die „Gesunden Gemeinden“, die Wohlfahrtsverbände und Einrichtungen auf Landesebene (z. B. Gesundheitsland Kärnten), wahrgenommen. Auch niedergelassene ÄrztInnen, Apotheken, Krankenhäuser sowie SeniorInnen-Vereine oder Sport-/Turnvereine sind wichtige PartnerInnen, wenn es um kommunale Gesundheitsförderung für Ältere geht (Lang und Spicker 2009). Die verantwortlichen Rollen bei der **Initiierung, Finanzierung und Umsetzung** von kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen werden von den Befragten unterschiedlich verortet: So sollte die **Initiierung** zwar grundsätzlich von unterschiedlichen AkteurInnen übernommen werden, allen voran werden aber die SeniorInnen-Verbände und die Gemeinde- und Landespolitik, aber auch die niedergelassenen ÄrztInnen und Gesundheitsförderungseinrichtungen in den Ländern gesehen. Demgegenüber wird die Verantwortung für die **Finanzierung** hauptsächlich der Landes- und Bundespolitik sowie den Sozialversicherungsträgern, aber auch Wirtschaftsunternehmen und der Gemeindepolitik zugeschrieben. Als für die **Umsetzung** verantwortlich wird v. a. die Gemeinde selbst gesehen. Darüber hinaus sind Gesundheitsförderungseinrichtungen, SeniorInnen-Verbände sowie Freizeit-, Sport- und Kulturvereine wichtige UmsetzerInnen. Konkrete Beiträge zur Umsetzung von kommunaler Gesundheitsförderung werden eher nicht bei Wohlfahrtsverbänden, Sozialversicherungsträgern und bei der Landespolitik gesehen. Hinsichtlich

der Wahrnehmung der eigenen Rolle zeigt die Studie, dass sich die meisten Befragten selbst eher in der UmsetzerInnen- und InitiatorInnenrolle als in jener der FinanzgeberInnen sehen, wobei dies bei den BürgermeisterInnen weniger stark ausgeprägt scheint (Lang und Spicker 2009). In Bezug auf die Rollen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zeigen die Studienergebnisse, dass durchaus **unterschiedliche Sichtweisen bei den AkteurInnen** (Selbst- und Fremdwahrnehmung differieren) bestehen. Daraus resultieren gewisse **Spannungsfelder**, aber auch neue **Handlungsmöglichkeiten für die AkteurInnen** im Feld der kommunalen Gesundheitsförderung, die für eine Weiterentwicklung genutzt werden können. Der Setting-Ansatz bietet insbesondere für eine intersektorale Zusammenarbeit (Gesundheit, Pflege, Soziales, Wohnen, Verkehr, Bildung) auf Gemeindeebene sehr gute Voraussetzungen (Lang und Spicker 2009).

4.6 Kapazitätsentwicklung im kommunalen Setting

Gemeinden weisen in der Regel sehr unterschiedliche infrastrukturelle und soziale Rahmenbedingungen und Kapazitäten für die Entwicklung von kommunaler Gesundheitsförderung auf. Die Frage, die sich für die Gemeinden stellt, ist, inwieweit bestehende Strukturen und Prozesse nachhaltig gesundheitsförderlicher gestaltet werden können und welche Kapazitäten dafür genutzt bzw. aufgebaut werden müssen. Die Entwicklung von Kapazitäten (Capacity Building) gilt als wesentliche Ziel- und Erfolgsgröße für gemeindebezogene Gesundheitsförderung (Trojan und Nickel 2008). Der Begriff „Capacity Building“ wird in der Literatur noch unterschiedlich weit gefasst und bezieht sich im Wesentlichen auf die Bereitschaft und Befähigung, geeignete Strukturen zu entwickeln, um eine spezifische Maßnahme erfolgreich anzubieten und aufrechtzuerhalten, bis hin zur Nutzung und Mobilisierung geeigneter Ressourcen und Kooperationsstrukturen und der Entwicklung adäquater Strategien zur Umsetzung und Implementierung von Maßnahmen (Hawe et al. 1999).

Smith et al. (2006: 2) definieren Capacity Building als die „Weiterentwicklung von Wissen, Fertigkeiten, Engagement, Strukturen, Systemen und Führung, um effektive Gesundheitsförderung zu ermöglichen“.

Um Kapazitäten weiterzuentwickeln und Gesundheitsgewinne zu erzielen, wird auf drei Ebenen angesetzt (Smith et al. 2006):

- **Personen:** Weiterentwicklung von Wissen und Fertigkeiten bei den direkt Beteiligten/PraktikerInnen
- **Organisationen:** Ausbau der Unterstützung und Infrastruktur für Gesundheitsförderung in den Organisationen
- **Gemeindeebene/Gesellschaft:** Zusammenarbeit und Partnerschaften für Gesundheit auf kommunaler/gesellschaftlicher Ebene, Bewusstseinsbildung

Um eine Standortbestimmung zur Einschätzung der Kapazitätsentwicklung vorzunehmen, kann u. a. das Konzept der „Community Readiness“ nützlich sein (Reis-Klingspiegl 2008b). Unter Community Readiness versteht man die soziale Reife einer Gemeinde für settingorientierte Gesundheitsförderung. Betrachtet werden dabei fünf Dimensionen (Abb. 5), wobei jede durch vier Kriterien bestimmt ist, die abgefragt werden können. Die Dimensionen sind: Verankerung von Gesundheit in der poli-

tischen Kultur, Vernetzung und Partnerschaften von Strukturen, Verfügbarkeit von Leadership und Managementkompetenzen, Ressourcenlage und -allokation, Partizipation und Empowerment.

Abbildung 5: Dimensionen von Community Readiness



Quelle: Reis-Klingspiegl 2008a

Das „Community Readiness“-Konzept kann ProjektumsetzerInnen und ProzessbegleiterInnen die Einschätzung ermöglichen, ob mit begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen eine Intervention in einer bestimmten Gemeinde zu einem bestimmten Zeitpunkt voraussichtlich erfolgreich sein kann oder nicht. Darüber hinaus kann es dazu beitragen, den Prozess der Gesundheitsförderung in einer Gemeinde anzuleiten und zu steuern (Reis-Klingspiegl 2009, 2008b; Reis-Klingspiegl et al. 2005).

5 Gesundes und aktives Altern

5.1 Demografischer Wandel und die Herausforderungen

Im Jahr 2008 lebten in Österreich 1,5 Millionen Menschen über 60 Jahre. Dies entspricht einem Anteil von 23 Prozent der Gesamtbevölkerung. Es wird davon ausgegangen, dass der Anteil von älteren, alten und vor allem hochbetagten Menschen weiter stark steigen wird. Zugleich wird die Zahl bzw. der Anteil der Bevölkerung im Erwachsenenalter abnehmen (**demografische Alterung**). Charakteristisch für die alte Bevölkerung ist die **Überrepräsentanz von Frauen**, die sich vor allem in den Altersgruppen ab 75 Jahre bemerkbar macht (Statistik Austria 2009). Weiters ist davon auszugehen, dass auch in Zukunft der weitaus größte Teil der über 80-Jährigen, nämlich etwa 80 Prozent, zu Hause leben wird. Gegenwärtig spricht man ab einer Altersgrenze von 60 oder 65 Jahren (Pensionsalter) von „Alten“, ab 80 Jahren von „sehr Alten oder Hochbetagten“ (Schwartz et al. 1998: 125).

Die demografische Alterung wird politisch meist unter Kostengesichtspunkten diskutiert, da Krankheitshäufigkeit, chronische Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit vor allem bei den Hochbetagten stark zunehmen (Trojan und Legewie 2007). Besondere Belastungen für das Individuum und besonders hohe Krankheits- und Pflegekosten ergeben sich aus Erkrankungen des Bewegungsapparats, Stürzen, neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen, sensorischen Behinderungen und Inkontinenz (Garms-Homolová und Schaeffer 1998: 538).

Chronologisches Alter ist kein präziser Marker für die körperlich-funktionalen, kognitiven und persönlichen Veränderungen, die mit dem Altern einhergehen. Je stärker diese Einschränkungen sind, desto wichtiger wird ein Umfeld, das diese Defizite zu kompensieren vermag und den Betroffenen das Gefühl gibt, trotz Einschränkungen ihr Leben selbst gestalten und bestimmen zu können. Wichtig für die Gesundheitsförderung ist, vom vorherrschenden **defizitorientierten Altersbild** hin zu einem Altersbild zu kommen, in dem mit den im Alter auftretenden Verlusten positiv umgegangen wird und das den **Blick auf die spezifischen Kompetenzen und Erfahrungen** der älteren Generation und ihren gesellschaftlichen Beitrag lenkt.

Gesundheitsförderung kann Multimorbidität und chronische Krankheiten zwar nicht aus der Welt schaffen, sie ist aber ein noch viel zu wenig genutztes Potenzial zum Erhalt von Lebensqualität und Selbstständigkeit im Alter, zur Ausschöpfung von sozialen Kompetenzen und zur Verzögerung oder Verlangsamung von Abbauprozessen (Trojan und Legewie 2007: 206 f.). Auch muss der Gesundheitsförderung und dem **Ressourcenerhalt** bei bedingter Gesundheit und chronischer Krankheit mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden (Garms-Homolová und Schaeffer 1998: 658). Die **Intensivierung von altersbezogener Gesundheitsförderung** wird nicht zuletzt davon abhängen, wieweit sich gesellschaftliche Wertvorstellungen hinsichtlich des Alters verändern (Kruse 2001, zit. nach Garms-Homolová und Schaeffer 1998: 658).

Gerade die Gemeinden werden durch den demografischen Wandel vor besondere Herausforderungen gestellt, denn hier vollzieht sich die Bevölkerungsentwicklung konkret (Altgeld 2009). Dabei hat der demografische Wandel in jeder Gemeinde ganz unterschiedliche Ausprägungen. Auf der kommunalen Ebene nutzen daher Patentrezepte zum Umgang mit dem demografischen Wandel wenig, jede Gemeinde muss ihre eigene Ausgangslage, die Perspektiven und die damit verbundenen Herausforderungen analysieren. Altgeld (2009) verortet gerade hier auch einen guten Ansatzpunkt, um mehr Gesundheit vor Ort herzustellen und Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe im Sinne der Ottawa-Charta intersektoral zu verankern. Der demografische Wandel erhöht die Notwendigkeit, den Fokus nicht nur auf die Versorgungsstrukturen zu richten, sondern auch **integrierte Handlungskonzepte der Gesundheitsförderung** vor Ort zu entwickeln, um die erreichten Zugewinne an Lebensjahren möglichst gesund zu verbringen (ebd.).

Handlungskonzepte der Gesundheitsförderung müssen berücksichtigen, dass die große Gruppe der „älteren Menschen“ über 60 Jahren keine homogene Gruppe ist, sondern von einer großen **Diversität (Vielfalt)** gekennzeichnet ist. Sie unterscheidet sich hinsichtlich ihrer Lebensbedingungen, materiellen und sozialen Ressourcen, gesundheitlichen Bedürfnisse, Erfahrungen und Potenziale. Die Bedürfnisse von 60-Jährigen unterscheiden sich beispielsweise beträchtlich von jenen der 100-Jährigen (EuroHealthNet 2007: 23). Diversität wird durch Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, soziale Schichtzugehörigkeit, ethnische Herkunft, Staatsbürgerschaft, Religion, sexuelle Orientierung und weitere Faktoren bedingt, die sich wechselseitig beeinflussen. Hinzu kommt, dass es bei Menschen gleichen Alters große Unterschiede im Gesundheitszustand, im Grad der Unabhängigkeit und in der Beteiligung/Partizipation gibt. Dies alles muss bedacht werden, wenn Interventionen der Gesundheitsförderung wirksam werden sollen (WHO 2002).

5.2 Wichtige Gesundheitsthemen im höheren Lebensalter

Als wichtige Themen der Gesundheitsförderung für Ältere 60+ werden von österreichischen GemeindevertreterInnen und AkteurInnen der kommunalen Gesundheitsförderung seelische Gesundheit, Vernetzung, Bewegung, Ernährung, Sicherheit, die medizinisch-pflegerische Versorgung sowie die Möglichkeit der Älteren zur Teilnahme am sozialen Leben genannt (Lang und Spicker 2009; Spicker und Lang 2009).

Diese Ergebnisse werden im Wesentlichen auch von einer europäischen Literaturübersichtsarbeit bestätigt, wonach drei zentrale Themen die Gesundheitsförderung für ältere Menschen prägen (Strümpel und Billings 2008):

- **Soziale Teilhabe** (z. B. Lebenslanges Lernen, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Selbsthilfegruppen, Ehrenamtlichkeit)
- **Seelische Gesundheit** (z. B. Depression, kognitives Verhalten, Gedächtnis, emotionale Unterstützung, Empowerment)
- **Lebensstil** (z. B. Ernährung, Bewegung, Sturz- und Unfallprävention, sexuelle Aktivität)

Die körperlichen, seelischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit stehen in enger Wechselbeziehung zueinander. So sind Bewegungsaktivitäten gemeinsam mit anderen sozialen Aktivitäten, und sie können nicht nur positive Effekte auf die körperliche, sondern auch auf die seelische und soziale Gesundheit haben.

5.3 Gesundes und aktives Altern: Was heißt das?

Gesundheit im Alter ist das Resultat des Zusammenspiels von vielen positiven und negativen Einflussfaktoren aus allen Lebensphasen. Aus dieser Lebenslaufperspektive ergeben sich zwei für die Gesundheitsförderung zentrale Punkte: Erstens wird die Gesundheit im Alter über das ganze Leben bestimmt; zweitens ist der individuelle gesundheitliche Zustand so unterschiedlich wie die individuellen Biografien der älteren Menschen (Backes und Clemens 2008).

„**Altern**“ bezeichnet alle Veränderungen eines individuellen Organismus im Laufe seines Lebens. Diese Veränderungen können als Reifungs-, aber auch als Abbauprozesse interpretiert werden. Alterungsprozesse unterliegen biologischen, biografischen, subjektiven, sozialen und kulturellen Bewertungen. Altern ist gleichzeitig ein biologisches, psychisches und gesellschaftliches Phänomen (Schwartz et al. 1998: 124).

Gesundes und aktives Altern sind eng verwandte Konzepte. Unter „**gesundem Altern**“ (Healthy Ageing) versteht man den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten für physische, soziale und seelische Gesundheit, der ältere Menschen dazu befähigt, eine aktive und diskriminierungsfreie Rolle in der Gesellschaft einzunehmen und ein unabhängiges Leben in guter Lebensqualität zu führen (EuroHealthNet 2007: 16). **Aktives Altern** im Sinne der Gesundheitsförderung bedeutet das Erlernen eines Umgangs mit Veränderungen, auch den Umgang mit Krankheit und Einschränkungen. Es geht um eine gelingende Anpassung an die spezifischen Veränderungen im Alter und den Einschluss von Wachstum und Entwicklung bis ins hohe Alter. Erfolg oder Gesundheit stellen sich ein, wenn alternde Menschen trotz schwindender Ressourcen und steigender Vulnerabilität

Ziele haben und nach diesen streben (Reis-Klingspiegl 2008b).

Die Konzepte gesundes und aktives Altern können sich sowohl auf Einzelpersonen als auch auf ganze Bevölkerungen beziehen und haben nicht nur eine individuelle, sondern auch eine gesellschaftliche Bedeutung. Gesundes und aktives Altern beinhaltet (Reis-Klingspiegl 2008b):

- geringe Wahrscheinlichkeit für Krankheiten und Behinderungen
- hohe kognitive und physische Funktionsfähigkeit
- aktives Engagement in der sozialen Lebenswelt
- positive Auseinandersetzung mit dem Ende des Lebens

Gesundheit und Wohlbefinden im Alter sind in hohem Ausmaß von einer aktiven und selbstbestimmten Lebensführung abhängig. Die Förderung des aktiven Alterns kann als Investition in die Gesundheit älterer Menschen betrachtet werden (WHO 2005). Voraussetzung dafür ist, Barrieren und Hindernisse, die einer Verwirklichung von individuellen Bedürfnissen im Wege stehen, zu erkennen und zu überwinden. Hindernisse bei der Verwirklichung persönlicher Lebensziele im Alter gibt es beispielsweise durch eine fehlende Vernetzung der Institutionen und AkteurInnen, die im Alltagsleben der älteren Menschen eine große Rolle spielen. Die Zusammenführung der AkteurInnen und EntscheidungsträgerInnen, die zur Gesundheit der älteren Menschen in einer Region beitragen, ist daher ein notwendiger Bestandteil jeder Gesundheitsförderung (WHO 2005).

Letztendlich bedeutet Gesundheitsförderung für ältere Menschen, auch in dieser Lebensphase zu partizipieren, aktiv zu bleiben bzw. aktiv zu werden – dies bezieht sich etwa auf den konkreten Lebensstil, auf die Freizeitgestaltung, auf den sozialen Aktionsradius und auf funktionierende soziale Netzwerke sowie auf existenzielle Sicherheit.

6 Leitprinzipien und Erfolgsfaktoren von kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Interventionen in der Gesundheitsförderung sind in der Regel dann am wirksamsten, wenn sie sich an Qualitätskriterien und bewährten Vorgehensweisen orientieren. Auf Wirksamkeit geprüfte Strategien und Methoden tragen wiederum zur Qualität der Interventionen bei (Aro et al. 2005: 10). Gesundheitsförderung strebt nachhaltige Systemlösungen an, und ihre Leitprinzipien und Methoden sind determinantenorientiert, salutogenetisch, partizipativ, lern- und entwicklungsorientiert (Empowerment) sowie intersektoral und multiprofessionell ausgerichtet (Broesskamp-Stone 2003: 244; Kickbusch 2003: 185).

In den letzten Jahren wurden von verschiedenen Einrichtungen und AkteurInnen Leitprinzipien und Erfolgsfaktoren für Praxisprojekte der (kommunalen) Gesundheitsförderung und Primärprävention definiert.

Die wichtigsten **Leitprinzipien** in relativer Übereinstimmung sind (Gesundheitsförderung Schweiz 2010; Resch et al. 2010; FGÖ 2009; Gesundheit Berlin 2009; BZgA 2007a):

- Partizipation
- Empowerment
- gesundheitliche Chancengleichheit

- Setting-Ansatz
- Partnerschaften, Kooperationen, Vernetzung

Als wesentliche **Erfolgsfaktoren** für umfassende Praxisprojekte der kommunalen Gesundheitsförderung speziell für Ältere werden genannt (Resch et al. 2010; Bundesministerium für Gesundheit und Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. 2009; Grabowsky 1997, zit. nach Pühringer 2007; Jané-Llopis und Barry 2005):

- Kapazitätsaufbau und -entwicklung (Leadership, Wissen, Fähigkeiten, Commitment und Engagement); Unterstützung durch BürgermeisterIn (z. B. in Form eines Gemeinderatsbeschlusses), Motivation der Beteiligten
- ausreichende Ressourcen
- klare organisatorische Strukturen (Kommunikation, Informationsfluss, Klärung von Rollen, Erwartungen und Kompetenzen, Sitzungsprotokolle, Übernahme von Verantwortung, partnerschaftlicher Führungsstil)
- Glaubwürdigkeit und Vertrauen
- Berücksichtigung der Diversität der Gruppe der „älteren Menschen“
- Interdisziplinarität
- Sicherung von Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit
- Evaluation
- Werbung und Öffentlichkeitsarbeit

Nachfolgend werden die fünf wichtigsten Leitprinzipien für Gesundheitsförderung, die insbesondere auch für das kommunale Setting gelten, angeführt und erläutert. In einem kurzen Exkurs wird abschließend auch auf das Thema der ehrenamtlichen Arbeit eingegangen, das in der kommunalen Gesundheitsförderung besondere Bedeutung hat.

6.1 Partizipation

Unter **Partizipation** wird allgemein das Mitwirken und Mitentscheiden von BürgerInnen verstanden (Gesundheit Berlin 2009). Das Prinzip der Partizipation basiert auf der Annahme, dass Veränderung am ehesten dort möglich und nachhaltig ist, wo die Menschen, die davon betroffen sind, in den Veränderungsprozess eingebunden sind (Jané-Llopis und Barry 2005). Die aktive Integration der Gemeindeglieder in die Programmplanung, -gestaltung und -bewertung (Partizipation) gilt als Kernelement der kommunalen Gesundheitsförderung (Loss 2008). Ein gelingender Partizipationsprozess ist ein ebenso zentraler Erfolgsfaktor für die Gesundheitsförderung wie die Ergebnisse am Ende eines Projekts (Ruckstuhl und Abel 2001). Dabei bedeutet Partizipation in der kommunalen Gesundheitsförderung mehr als eine reine Teilnahme an gesundheitsförderlichen Angeboten. Im Zuge von partizipativ angelegten Prozessen können die in der Gemeinde lebenden Menschen die Aktivitäten nach ihren Interessen und Bedürfnissen mitgestalten. Partizipation gelingt insbesondere dort, wo Einzelne oder Gruppen in die Lage versetzt werden, sich aktiv einzubringen, ihre eigenen Angebote mit entwickeln und so Einfluss auf ihre Lebensbedingungen nehmen können. Oft wird es notwendig sein, diese Voraussetzungen erst zu schaffen. Dies ist u. a. das Ziel von Empowerment (Kap. 6.2).

Auch in der kommunalen Gesundheitsförderung haben sich Maßnahmen bewährt, an deren Planung, Entwicklung, Umsetzung und Bewertung betroffene Personen und Gruppen aktiv beteiligt werden (Resch et al. 2010). Partizipation kann hier je nach Art des Projekts bzw. des Angebots

unterschiedlich ausgestaltet sein. Projekte zeigen die Vorteile einer aktiven Beteiligung bei der Projektentwicklung, bei der Einbeziehung des Feedbacks im Projektverlauf und bei der Einbindung von älteren Menschen als MultiplikatorInnen oder TrainerInnen.

Um die **Aktivierung und Beteiligung von älteren Menschen an Gesundheitsförderung** zu fördern, haben sich z. B. folgende Ansätze bewährt

(Resch et al. 2010):

- Älteren mit unterschiedlichen ethnischen, kulturellen und sozialen Hintergründen von Anfang an eine Stimme geben und in alle Phasen der Gesundheitsförderung einbeziehen
- Die Bedürfnisse, Ziele und Ressourcen der (potenziellen) TeilnehmerInnen müssen in allen Phasen der Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Programmen einbezogen werden.
- Ressourcen anerkennen und nutzen, auf dem Potenzial, dem Wissen und den persönlichen Kompetenzen der Älteren aufbauen
- Eigeninitiative, Eigenverantwortung, Lernbereitschaft und Gruppenfähigkeit fördern
- Gewinnung von „Schlüsselpersonen“ (MultiplikatorInnen) wie z. B. ÄrztInnen, Pflege- und Betreuungskräfte, SozialarbeiterInnen oder VertreterInnen von Religionsgemeinschaften oder anderen vorhandenen Gemeindezentren
- Einbindung von Bezugspersonen der Zielgruppe oder von informellen Gruppen (z. B. FreundInnen, NachbarInnen), die einen „Schneeballeffekt“ erzeugen können; die Zusammenarbeit mit organisierten Gruppen (z. B. Kirchengruppen, Begegnungsstätten für ältere Menschen, lokale Gesundheitseinrichtungen, SeniorInnen-Einrichtungen)
- Nutzung verschiedenster kultureller und freizeitbezogener Veranstaltungen als „Türöffner“ für den Zugang zur Zielgruppe
- persönliche Kontaktpflege, um zur Teilnahme zu motivieren
- Verwendung des Internets, da immer mehr Ältere mit dem Computer umgehen können

6.2 Empowerment

Empowerment gilt als Schlüsselkategorie in der Gesundheitsförderung und steht in enger Verbindung mit Partizipation. Empowerment bezeichnet in der Gesundheitsförderung einen Prozess, durch den Menschen eine größere Kontrolle über ihre eigene Gesundheit und die Entscheidungen, die ihre Gesundheit beeinflussen, erlangen (WHO 1998). Durch den Empowerment-Ansatz sollen Personen (individuelles Empowerment) und Gruppen/Gemeinschaften (Community Empowerment) dazu befähigt werden, ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen und ihre Fähigkeiten zur Beteiligung an Entscheidungsprozessen zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen Lebenswelt (wieder) zu erlangen. Die Förderung von Partizipation und Gemeinschaftsbildung sind wesentliche Strategien des Empowermentprozesses (Gesundheit Berlin 2009; WHO 1998). Rootman et al. (2001, zit. nach Kickbusch 2003: 186) schlagen vor, Empowerment als vorrangiges Kriterium heranzuziehen, um zu entscheiden, ob eine Initiative als gesundheitsförderlich bezeichnet werden kann. Im Rahmen von kommunaler Gesundheitsförderung kann die Gemeinde Rahmenbedingungen schaffen, unter denen Empowerment möglich wird.

Um zum **Empowerment von Älteren** beizutragen, werden z. B. folgende Strategien empfohlen (Resch et al. 2010):

- Einbindung in Gruppen, um Informations- und Erfahrungsaustausch und gemeinsames Lernen zu unterstützen
- Selbstwertgefühl durch die Stärkung und Nutzung der persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen verbessern
- Unabhängigkeit und Autonomie durch die Erweiterung von praktischen Fähigkeiten fördern
- Zugang älterer Menschen zu neuen Technologien durch Schulungen unterstützen
- Ressourcen und Potenziale anerkennen und fördern, um Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen

6.3 Gesundheitliche Chancengleichheit

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, bestehende Ungleichheiten in den Gesundheitschancen unterschiedlicher sozialer Gruppen zu reduzieren (Walter 1998: 641). **Gesundheitliche Chancengleichheit** bedeutet die Herstellung gleicher Möglichkeiten, gesund zu sein und gesund zu bleiben (Altgeld 2003). Die bisherige Praxis der Gesundheitsförderung für Ältere zeigt, dass es Zielgruppen gibt, die von Angeboten der Gesundheitsförderung nicht erreicht werden, das sind v. a. (BZgA 2007b):

- sozial benachteiligte/bildungsferne Ältere
- nicht mobile ältere Menschen
- ältere Migrantinnen und Migranten
- ältere, alleinstehende Männer

Kommunale Gesundheitsförderung sollte versuchen, vor allem diese Gruppen zu erreichen, da sie ein höheres Risiko haben, schwer zu erkranken und früher zu sterben. Ältere Menschen, die zurückgezogen und in schwierigen Lebensverhältnissen leben, können über gezielte Angebote und Methoden der Gesundheitsförderung erreicht und in ihren Gesundheitsressourcen gestärkt werden.

Gesundheitsförderungsprojekte können folgendermaßen auf **sozial benachteiligte ältere Menschen** ausgerichtet werden (Resch et al. 2010):

- Nutzung innovativer oder erprobter Methoden und Strategien, wie z. B. (präventive) Hausbesuche, aufsuchende Aktivierung
- Berücksichtigung des Wissens von MultiplikatorInnen innerhalb einer Gemeinde, wie z. B. GemeindevorsteherInnen, KirchenvorsteherInnen, um Kontakt mit wenig wahrgenommenen Personen der Gemeinde zu knüpfen
- Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen älterer Menschen, die z. B. durch ihre sexuelle Orientierung marginalisiert sind

6.4 Setting-Ansatz

Der **Setting-Ansatz** ist eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung und zieht die Bedeutung der Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben und arbeiten, in den Blickpunkt. Mit dem Setting-Ansatz wird nicht der einzelne Mensch und sein Verhalten in den Vordergrund von Maßnahmen gestellt, sondern das soziale System selbst (Grossmann und Scala 1994). Die Einflussnahme auf diese sozialen Kontexte ist das wesentliche Ziel der modernen Gesundheitsförderung.

Unter **Setting** versteht man in der Gesundheitsförderung einen Ort oder sozialen Kontext, in dem Menschen ihren Alltagsaktivitäten nachgehen, im Verlauf derer verschiedene Faktoren zusammenwirken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen. Beispiele für Settings sind Schulen, Arbeitsstätten, Krankenhäuser, Gemeinden, Dörfer und Städte (WHO 1998: 19).

Die Fokussierung in der Gesundheitsförderung auf in der Regel ein Setting ermöglicht es, die Zielgruppen und AkteurInnen genauer zu bestimmen, passende Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen (Altgeld 2004). Eine Stärke des Setting-Ansatzes wird u. a. darin gesehen, dass die in der Gemeinde in Gang kommenden Prozesse nicht nur dem zunächst festgelegten Ziel der Gesundheitsförderung dienen, sondern dass sie auch in andere Bereiche einfließen und diese in positiver Weise verändern können (Bundesministerium für Gesundheit und Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. 2009).

Interventionen nach dem Setting-Ansatz sind systemisch, prozessorientiert und langfristig angelegt. Sie zielen auf die aktive Einbeziehung (Partizipation) aller relevanten Gruppen im Setting, knüpfen bei der Wahl der Methoden an Erfahrungen, Fertigkeiten und Potenzialen an (Ressourcenorientierung) und bemühen sich um die Kompetenzstärkung aller Beteiligten (Empowerment) (Geene 2008; Altgeld 2004; Ruckstuhl und Abel 2001). Der Setting-Ansatz ermöglicht es überdies, verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen miteinander zu kombinieren (Altgeld 2004). Im Idealfall verstärken sich diese Maßnahmen durch eine Reihe von Feedback- und Verstärkerprozessen (Kickbusch 2003).

6.5 Partnerschaften, Kooperationen und Vernetzung

Weitreichend akzeptiert ist, dass Gesundheit nur zum geringsten Teil im Gesundheitssektor, zum größten Teil aber in allen anderen Politikbereichen entsteht. Strategien der Gesundheitsförderung sind daher wirksamer und nachhaltiger, wenn es gelingt, über den Gesundheitsbereich hinaus Netzwerke und Partnerschaften mit anderen Sektoren und zwischen unterschiedlichen Professionen zu bilden (Trojan und Legewie 2007). Gesundheitsförderung ist hier als „**Querschnittsmaterie**“ auf Basis einer intersektoralen Zusammenarbeit zu verstehen (Dür 2008). Dies birgt insbesondere auf kommunaler Ebene großes Potenzial, denn damit Gesundheitsförderung hier ihre Ziele erreicht, ist die Zusammenarbeit von unterschiedlichen AkteurInnen in der Gemeinde notwendig. Wenn es gelingt, BündnispartnerInnen zu gewinnen und ihre Stärken und Ressourcen zu nutzen, ist dies ein wichtiger Schlüssel zu einer erfolgreichen und gut integrierten kommunalen Gesundheitsförderung (Jané-Llopis und Barry 2005: 49). Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Professionen und Bereiche ist für die Schaffung gesünderer Lebenswelten unumgänglich.

Für Projekte der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen gibt es eine große Zahl an potenziellen **PartnerInnen** vor Ort, wie z. B.:

- SeniorInnen-Einrichtungen und -Netze
- Pflege- und Sozialstationen
- Sport- und Turnvereine
- Apotheken
- ÄrztInnen
- PhysiotherapeutInnen
- AkteurInnen aus dem Bereich Soziales, Bildung, Verkehr, Wohnen, Bauen, Umwelt und der Wirtschaft

6.6 Spezifikum der kommunalen Gesundheitsförderung: Ehrenamtliche Arbeit

Für die Umsetzung von kommunalen Gesundheitsförderungsprojekten und -programmen scheint der Einsatz von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen entscheidend zu sein, um große Effekte bei verhältnismäßig geringen Kosten zu erzielen (Pühringer 2007: 26). Die Ehrenamtlichkeit wird von österreichischen ExpertInnen im Feld in gewisser Weise auch als Spezifikum der kommunalen Gesundheitsförderung wahrgenommen und insofern problematisiert, als dadurch die strategische und nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung in der Gemeinde erschwert werden kann (Spicker und Lang 2009).

Ehrenamtlich tätige Personen stellen ihre Freizeit zur Verfügung, um eine Organisation oder andere Menschen unentgeltlich zu unterstützen. In der Gesundheitsförderung können sie unterschiedliche Rollen einnehmen, die von gelegentlicher Unterstützung bis hin zur Koordination des Projekts reichen (Resch et al. 2010). Ehrenamtlich Tätige haben oft viele Ressourcen (insbesondere Zeit), die für Gesundheitsförderungsprogramme nützlich sein können. Sie können zudem eine unschätzbare Hilfe sein, um isolierte oder sozial benachteiligte ältere Menschen zu erreichen (MultiplikatorInnenrolle). Ehrenamtliche Tätigkeit kann auch eine positive Wirkung auf die Gesundheit der freiwilligen MitarbeiterInnen selbst haben (Kruse 2002, zit. nach Resch et al. 2010). Eine Evaluierung der „Gesunden Gemeinden“ in Oberösterreich zeigt, dass es eher schwierig ist, MitarbeiterInnen für die ehrenamtliche Tätigkeit im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung zu gewinnen (Institut für Gesundheitsplanung 2006). Umso wichtiger scheint es, Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass auch längerfristiges Engagement für ehrenamtliche Tätigkeit gesichert werden kann (Resch et al. 2010).

Strategien für die **Gewinnung und Motivation von ehrenamtlich tätigen älteren Menschen** im Rahmen der Gesundheitsförderung wurden von Resch et al. (2010) aufgezeigt:

- Die Vorteile und der Nutzen von ehrenamtlicher Arbeit (für sich selbst, für andere) sollten hervorgehoben werden, um Ältere zu ermutigen, freiwillig tätig zu werden.
- Freiwillige nach ihren individuellen Erwartungen und spezifischen Fähigkeiten einsetzen
- Freiwillige gezielt gewinnen, ausbilden und begleiten
- freiwillige MitarbeiterInnen gut in das multiprofessionelle Team integrieren und Rollen klären
- Die Arbeit der freiwilligen MitarbeiterInnen anerkennen, auch in Form von materieller (z. B. Erstattung der Spesen, Bereitstellung von Infrastruktur) und sozialer Unterstützung
- Die spezifischen Bedürfnisse von Frauen und Männern berücksichtigen, zugleich traditionell männliche bzw. weibliche Rollenzuschreibungen nach Möglichkeit vermeiden

7 Argumente für kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen

Vor dem Hintergrund des Wissens über die Determinanten der Gesundheit (siehe Kap. 4) wird klar, dass den Gemeinden eine große Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bevölkerung zukommt. Gerade die ältere Bevölkerung kann über einen Gesundheitsförderungsansatz auf kommunaler Ebene gut erreicht werden.

Die **Argumente**, warum Gesundheitsförderung für ältere Menschen von größter Wichtigkeit ist, sind vielfältig und beziehen sich sowohl auf die individuelle als auch auf die gesellschaftliche Ebene (Resch et al. 2010):

- Gesundheit ist ein Grundrecht von (älteren) Menschen.
- Gesundheit ist ein wichtiger Einflussfaktor auf Zufriedenheit und Lebensqualität im Alter.
- Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für ein autonomes Leben im Alter.
- Gesundheit ist entscheidend, um eine akzeptable Lebensqualität älterer Menschen aufrechtzuerhalten und um einen fortwährenden Beitrag älterer Menschen für die Gesellschaft sicherzustellen.
- Gesundheit ist ein bestimmender Faktor von ökonomischem Wachstum und Wettbewerbsfähigkeit (z. B. Abnahme von Frühpensionierungen).
- Eine gesunde Bevölkerung senkt die Kosten des Gesundheitswesens und entlastet das Gesundheitssystem.

Der größte Nutzen von Gesundheitsförderung für ältere Menschen wird von österreichischen BürgermeisterInnen und anderen AkteurInnen in der Gesundheitsförderung in einer möglichen Kostenreduktion, einer Steigerung der Lebensqualität und dem Erhalt der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der älteren Menschen gesehen (Lang und Spicker 2009; Spicker und Lang 2009).

Es ist davon auszugehen, dass Gemeinden dann in Gesundheitsförderung investieren, wenn sie

Lösungen für Probleme bietet und mit anderen Zielen gekoppelt werden kann, wenn Anreize von außen da sind und wenn es politische, finanzielle, wissenschaftliche und praktische Unterstützung gibt. Gesunde BürgerInnen sind in der Regel auch zufriedene BürgerInnen und WählerInnen (Spicker und Lang 2009). Ob und wann sich eine Gemeinde dazu entschließt, konkrete Schritte zur Entwicklung von kommunaler Gesundheitsförderung zu setzen, hängt von vielen Faktoren und Konstellationen ab, nicht zuletzt von den vorhandenen finanziellen und personellen Kapazitäten, der sozialen Reife der Gemeinde (Community Readiness) und der „Kunst des rechten Augenblicks“ (Reis-Klingspiegl et al. 2005).

Entgegen dem vorherrschenden passiven Altersbild in der Gesellschaft zeigen Projektergebnisse insbesondere auch, dass ältere Menschen trotz ihrer Beschwerden und Beeinträchtigungen eine Zielgruppe sind, die grundsätzlich offen für Neues, mobilisierbar und an Partizipation und Mitsprache sehr interessiert ist (Neuhold o. J.).

8 Evidenzbasiertes Wissen zu Verbesserungen der Gesundheit und zu wirksamen Maßnahmen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Sammlung wissenschaftlicher Evidenz zusammengefasst. Die Evidenzsammlung und -bewertung wurde entlang des Ergebnismodells von Gesundheitsförderung Schweiz durchgeführt (Abb. 6).

Abbildung 6: Ergebnismodell



Quelle: Cloetta et al. 2005 (eigene Hervorhebung)

Nachfolgend werden zunächst die Verbesserungen auf Ebene der Gesundheit (Ergebnisebene D in Abb. 6) dargestellt, die für ältere Menschen mit Gesundheitsförderung im kommunalen Setting erreicht werden konnten (Kap. 8.1).

Daran anschließend werden die Maßnahmen und Einflüsse auf die Gesundheitsdeterminanten zusammengefasst (Maßnahmenebene A1–A4 in Abb. 6), die im Kontext der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der Literatur berichtet werden (Kap. 8.2).

8.1 Erzielte Verbesserungen auf Ebene der Gesundheit

Gesundheitsförderung zielt auf die nachhaltige Verbesserung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Da Gesundheit nicht direkt, sondern nur über die Gesundheitsdeterminanten beeinflusst werden kann, ist es das Ziel der Gesundheitsförderung, die Gesundheitsdeterminanten so zu beeinflussen, dass sie positiv auf die Gesundheit Einzelner und von Gruppen wirken (Cloetta et al. 2005).

Indikatoren zur Messung der verbesserten Gesundheit sind z. B. eine gesteigerte Lebenserwartung, eine erhöhte Anzahl krankheits- und behinderungsfreier Lebensjahre, eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität, eine verminderte Krankheitshäufigkeit (Morbidität) sowie eine verminderte frühzeitige Sterblichkeit (Mortalität). Veränderungen auf Ebene dieser Indikatoren können allerdings in der Regel nicht einzelnen Maßnahmen der Gesundheitsförderung zugeschrieben werden, sondern sind das Ergebnis von vielen Einflussfaktoren (Gesundheitsdeterminanten) aus dem Bereich des individuellen Verhaltens und der Lebensverhältnisse.

Nachfolgend werden jene Verbesserungen der Gesundheit zusammengefasst, die in der Literatur mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen im kommunalen Setting erzielt werden konnten.

- Fried et al. (1997) konnten mit einem intergenerationalen Ansatz (ältere Ehrenamtliche werden in die Arbeit mit Kindern eingebunden) zeigen, dass die physische und kognitive Aktivität sowie die soziale Einbindung (Unterstützung und Netzwerke) von Älteren mit einer **Verbesserung der körperlichen Funktionalität** sowie einem **besseren psychischen Wohlbefinden** einhergehen und zur Intensivierung der Sozialkontakte (Jugendliche und Gleichaltrige) beitragen (Fried et al. 1997).
- Knesebeck et al. (2006) konnten eine umfassende **Verbesserung der Lebensqualität** von älteren Menschen beobachten, insbesondere durch die Intensivierung sozialer Aktivitäten im Rahmen eines Programms zur „aufsuchenden Aktivierung“. Dies wirkte vor allem bei jenen signifikant, die zuvor ein kritisches Lebensereignis erleiden mussten (Verlust des Partners bzw. der Partnerin) (Knesebeck et al. 2006).
- Elkan et al. (2001) konnten im Zusammenhang mit präventiven Hausbesuchen bei älteren Menschen **einen verbesserten Gesundheitsstatus, verbesserte instrumentelle Aktivitäten, eine reduzierte Anzahl von Pflegeheimüberweisungen** und eine signifikant **reduzierte Mortalität** nachweisen. Weder die Merkmale der Zielgruppe, die Dauer der Intervention noch die Altersgruppe hatten einen Effekt auf Mortalität oder Pflegeheimüberweisungen (Elkan et al. 2001). In einem Viertel der von Ploeg et al. (2005) analysierten Studien konnte nachgewiesen werden, dass im Zusammenhang mit Hausbesuchsprogrammen die **Wahrscheinlichkeit, weiterhin zu Hause leben zu können, erhöht wird** (Ploeg et al. 2005). Sie können auch das Fortschreiten körperlicher Einschränkungen von älteren Menschen verzögern (Minder et al. 2002).

- Hendriksen et al. (1984) konnten eine signifikante **Reduktion der Überweisungen in Spitäler** durch ein Hausbesuchsprogramm nachweisen. Zusätzlich kam es zu einer signifikanten **Reduktion der Krankenhaustage** und zu einer **niedrigeren Mortalitätsrate** in der Interventionsgruppe (Hendriksen et al. 1984). Neben der Reduktion von Mortalität kann der **funktionale Status verbessert** und die Neigung zu **depressiven Verstimmungen reduziert** werden (Markle-Reid et al. 2006).
- Sahlen et al. (2006) kommen zu dem Ergebnis, dass präventive Hausbesuche die **Mortalität älterer Menschen verringern** können, wenn sie durch Gesundheitsfachkräfte professionell durchgeführt werden. Dieser Effekt verschwand jedoch wieder, wenn die Hausbesuche beendet wurden. Die Wirksamkeit von Hausbesuchen hängt vor allem mit den spezifischen Kontextfaktoren zusammen, Ergebnisse sind daher kaum in allgemeine Empfehlungen zu gießen. Die Ergebnisse zeigen keinen Unterschied nach Geschlecht, jedoch einen tendenziell größeren Effekt bei alleinlebenden Personen (Sahlen et al. 2006).
- Reis-Klingspiogl (2009) berichtet von drei Kohortenstudien, die im Netzwerk „Gesunde Gemeinden“ in der Steiermark durchgeführt wurden und die deutliche Hinweise auf eine **Veränderung von Gesundheitsindikatoren** geben: So ist die **Lebensqualität** in jüngeren und älteren Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern gestiegen, wobei die Lebensqualitätsgewinne bei den Älteren größer als bei den Jüngeren sind. Neben der Verbesserung verschiedener personaler Gesundheitsdeterminanten (Gesundheitshandeln, Kohärenzsinn, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit, Vertrauen) kam es auch zu einer **verbesserten subjektiven Einschätzung der Gesundheit bei jüngeren und älteren Frauen**. Dieser Effekt scheint jedoch von Qualität und Quantität des implementierten Angebots abzuhängen (Reis-Klingspiogl 2009).

8.2 Erfolg versprechende Maßnahmen und ihre Wirkungen

In diesem Kapitel finden sich gesundheitsförderliche Maßnahmen für ältere und alte Menschen im Kontext der kommunalen Gesundheitsförderung, deren Umsetzung evidenzbasiert und nachvollziehbar dokumentiert ist. Die Strukturierung dieses Kapitels erfolgt entsprechend dem Schweizer Ergebnismodell entlang der vier Maßnahmen-Bereiche:

- Entwicklung eines gesundheitsfördernden Angebots
- Interessenvertretung, Zusammenarbeit, Organisationen
- soziale Mobilisierung
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen

Im Bewusstsein, dass sich diese Ebenen in der Realität überlappen und auch die Wirkungen einer Maßnahme komplex und auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sein können, wurden die in der Literatur beschriebenen Maßnahmen jeweils einem dieser Bereiche zugeordnet. Sie wurden jenem Bereich zugeordnet, der am ehesten dem Kern der Maßnahme entspricht.

Angemerkt werden muss, dass die nachfolgend beschriebenen gesundheitsförderlichen Maßnahmen nicht als „Patentrezepte“ zu verstehen sind, da ihre Wirkung immer von der konkreten Ausgestaltung, dem Vorgehen und den jeweiligen Bedingungen vor Ort abhängt. Auch wenn ein und dieselbe Maßnahme in einer Gemeinde wirkt, kann sie in einer anderen, unter anderen Gegebenheiten, nicht wirksam oder sogar unangemessen sein (Broesskamp-Stone und Ackermann 2007). Gesagt werden kann, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Ältere eher dann

wirksam sind, wenn sie einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen und sowohl auf individueller als auch auf sozialer und struktureller Ebene ansetzen.

Aus den im Rahmen der Evidenzsammlung begutachteten Arbeiten und Studien geht nicht immer hervor, an welche Altersgruppe von „Älteren“ sich die Maßnahme richtet. Da die Gruppe der „älteren Menschen 60+“ eine sehr große Gruppe und außerordentlich heterogen ist, sind die angeführten Maßnahmen als Beispiele zu sehen, die einer Anpassung an die jeweiligen Bedürfnisse der in einem kommunalen Gesundheitsförderungsprogramm definierten Zielgruppe bedürfen.

Gesundheitsförderung für ältere und alte Menschen findet bislang vor allem in ihren **Wohnungen**, in Einrichtungen der **Primärversorgung** und anderen **lokalen Einrichtungen** statt. Die Interventionen fokussieren v. a. auf die **körperliche** (Bewegung, Funktionalität), aber auch auf die **seelische** und **soziale Gesundheit** (soziale Netze, Einbindung). Obwohl es sich bei der für diese Evidenzsammlung ausgewählten Literatur nur um einen kleinen Ausschnitt der gesamten Literatur handelt, decken sich diese Ergebnisse mit der umfassenden Literaturanalyse im Projekt healthPROelderly (Strümpel und Billings 2008).

8.2.1 Entwicklung eines gesundheitsfördernden Angebots

In diesem Bereich geht es vor allem um die Planung und Realisierung von infrastrukturellen Angeboten und Dienstleistungen der Gesundheitsförderung. Zielgruppe dieser Angebote können sowohl die Bevölkerung allgemein wie auch spezielle Berufsgruppen (MultiplikatorInnen) sein (Cloetta et al. 2005). Die Literatur zeigt im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen vor allem drei Ansatzpunkte auf: Hausbesuchsprogramme, Angebotserweiterung in Einrichtungen der Primärversorgung und Angebote zum Ehrenamt.

Hausbesuchsprogramme

Unter Hausbesuchsprogrammen versteht man speziell entwickelte Angebote, die darauf basieren, dass ältere Menschen in ihren Wohnungen von Gesundheitsfachkräften aufgesucht werden und im Rahmen eines geriatrischen Assessments (Bewertung der medizinischen, funktionalen, psychosozialen und umgebungsbezogenen Anliegen) spezielle Aktivitäten gemeinsam geplant und umgesetzt werden (aufsuchende Aktivierung).

Es scheinen sich besonders solche Programme zu bewähren, die nicht nur eine Einzelaktivität zum Ziel haben, sondern auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene ansetzen (subjektive Gesundheit, funktionale Fähigkeiten, Wohlbefinden und soziale Netzwerke) und in einer gewissen Regelmäßigkeit erfolgen. Bewährt hat sich ein **multidimensionaler Ansatz**, bei dem Gesundheitsförderung, Krankheitsmanagement und Prävention, Lebensstilberatung und Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ineinanderfließen. Bewährt haben sich Hausbesuchsprogramme, welche die körperliche Fitness für stark bewegungseingeschränkte ältere Personen fördern. Andere fokussieren auf das psychische Wohlbefinden, indem sie zu vermehrter sozialer Aktivität anregen.

Es zeigt sich, dass bei der Gestaltung und Umsetzung von „präventiven Hausbesuchsprogrammen“ einige wichtige Aspekte zu beachten sind. So sind insbesondere die Anzahl und **Regelmäßigkeit** der Kontakte, die zeitliche **Kontinuität**, die Durchführung durch erfahrene und

gegebenenfalls speziell geschulte **Gesundheitsfachkräfte**, ein **Supervisionsangebot** für die BeraterInnen, eine hohe **KlientInnenorientierung**, interdisziplinäre **Zusammenarbeit**, eine professionelle **Steuerung und Koordinierung** der Hausbesuche sowie der ganzheitliche Ansatz des Konzepts relevant.

(Liebel et al. 2009; Avlund et al. 2007; Nicolaidis-Bouman et al. 2007; Vass, Avlund und Hendriksen 2007; Vass, Avlund, Hendriksen et al. 2007; Knesebeck et al. 2006; Sahlen et al. 2006; Minder et al. 2002; Elkan et al. 2001; Hendriksen et al. 1984)

Erweiterung des gesundheitsförderlichen Angebots in Einrichtungen der Primärversorgung

Es finden sich einige Arbeiten, die von der Entwicklung spezifischer gesundheitsfördernder Angebote für Ältere in lokalen Einrichtungen der Primärversorgung (z. B. Apotheken, Hausarztpraxen, Gesundheits- und Sozialsprengel) berichten. Hier sind vor allem **Apotheken** zu nennen, die unter anderem folgende Aktivitäten setzen: Einrichtung einer Gesundheitsförderungsbibliothek, Veranstaltungen, Informationsbroschüren, Aufbau von Servicestellen, Etablierung von Gesundheitsnachmittagen für Frauen, Erweiterung des Angebots für PatientInnen mit chronischen Beschwerden, Sensibilisierungsprogramme, Assessment von Risikofaktoren, Einbindung von „GesundheitserzieherInnen“).

(Dennis et al. 2009; Kaczorowski et al. 2008; Anderson 2000)

Andere Angebote (z. B. Ehrenamt)

Angebote, die darauf abzielen, dass ältere Menschen einer sinnstiftenden Tätigkeit nachgehen, sich einbringen und **ehrenamtlich tätig** werden können, sind zum Teil vorhanden. In den USA hat sich beispielsweise das neu entwickelte Programm der „Experience Corps“ als erfolgreich herausgestellt. Dabei handelt es sich um ein Angebot für ältere Menschen ab dem 60. Lebensjahr, die für die Arbeit mit Kindern in Kindergärten und Schulen ehrenamtlich engagiert und dadurch auf mehreren Ebenen gefördert werden. Es hat sich auch deshalb als nutzbringend erwiesen, da es einerseits eine gute Kosten-Nutzen-Relation aufweist und andererseits sowohl den Älteren als auch den Kindern zugutekommt.

Soziale und kirchliche Einrichtungen sind wichtige AkteurInnen und MultiplikatorInnen in der Gesundheitsförderung. So können über derartige Einrichtungen gezielt z. B. Materialien verbreitet und ältere Menschen in der Gemeinde erreicht werden. Auch **Telefonservices**, z. B. zur **Seelsorge** bzw. Förderung der mentalen Gesundheit, haben sich als effektiv erwiesen. Es werden vor allem positive Verhaltensänderungen berichtet: Dazu zählen Änderungen im Ernährungsverhalten und in der körperlichen Aktivität und Gewichtsreduktion. Auch Initiativen zur **Krebsvorsorge**, **RaucherInnenentwöhnung**, **Cholesterinreduktion** sind gut dokumentiert.

Ein **niederschwelliger Zugang** scheint für die Wirksamkeit von spezifischen Angeboten entscheidend zu sein. Niederschwellige Angebote sind dadurch gekennzeichnet, dass durch die Gestaltung der Maßnahme keine Personen der Zielgruppe ausgeschlossen werden. Ein niederschwelliger Zugang gelingt umso besser, je weniger spezielle Fähigkeiten zur Teilnahme erforderlich sind und je geringer die physischen oder finanziellen Barrieren sind. Insofern sind derartige Angebote für benachteiligte Ältere und für die Gesundheitsförderung insgesamt von hoher Bedeutung.

(Kaczorowski et al. 2008; Campbell et al. 2007; Fried et al. 2006; Fried et al. 1997)

8.2.2 Interessenvertretung, Zusammenarbeit, Organisationen

Auf dieser Ebene geht es vor allem um Maßnahmen, die darauf abzielen, Gesundheitsförderung in Politik, Verwaltung und Organisationen zu verbreiten und zu verankern (Cloetta et al. 2005). Aus der Literatur lassen sich hier v. a. drei Ansätze zuordnen: MultiplikatorInnen-Schulungen, interdisziplinäre und organisationsübergreifende Zusammenarbeit sowie Kapazitätsentwicklung.

MultiplikatorInnen-Schulungen

Evaluierte MultiplikatorInnen-Schulungen finden sich in der Literatur v. a. im Zusammenhang mit **Hausbesuchsprogrammen**. So wurden Schulungen für BeraterInnen mit unterschiedlichem professionellem Hintergrund beispielsweise zu Themen der Pflege- und Sozialgesetzgebung, zur Gesprächsführung und zum „Active Ageing“-Ansatz durchgeführt. Schulungsthemen waren aber auch **geriatrische/gerontologische Problemstellungen**. Die MultiplikatorInnen wurden auch im Hinblick auf das regionale Angebot (beispielsweise für das sportliche Angebot) geschult und lernten auch Transportmöglichkeiten für ältere Menschen kennen, um diese Informationen auch weitergeben zu können.

Ein anderes Trainingsangebot wurde speziell für den **Hausbesuchsdienst** und für **HausärztInnen** geplant. In der dreijährigen, interdisziplinären Weiterbildung wurde die Wichtigkeit psychologischer und sozialer Faktoren für die Gesundheit betont. Geschult wurden die Einschätzung von Frühsignalen von Behinderung und Krankheit, die Möglichkeiten der Förderung von individuellen Ressourcen, Empowermentstrategien sowie Möglichkeiten zur körperlichen Aktivierung. Informationen über lokale Einrichtungen wurden gegeben und zur interdisziplinären Zusammenarbeit ermutigt sowie Praktiken guter Kommunikationstechniken geübt.

Auch von speziellen Schulungen zur Gesundheitsförderung (Wissensvermittlung, Einstellungsänderung, Verhaltensänderung) für **ApothekerInnen** und **Pflegfachkräfte** wird berichtet. (Dennis et al. 2009; Avlund et al. 2007; Poulsen et al. 2007; Knesebeck et al. 2006)

Interdisziplinäre und organisationsübergreifende Zusammenarbeit

Gesundheitsförderung für ältere Menschen im kommunalen Setting bedarf der interdisziplinären und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit in der Gemeinde. Entscheidend dürfte sein, alle **relevanten AkteurInnen und Organisationen** (Hausarztpraxen, Apotheken, PensionistInnen-Vereine) auf lokaler bzw. regionaler Ebene für eine Kooperation zu gewinnen. In der Literatur wird im Zusammenhang mit einigen Interventionen berichtet, dass sie nur aufgrund der guten Zusammenarbeit der lokalen AkteurInnen so erfolgreich waren. Vernetzungsbemühungen sind daher ein wichtiger Beitrag zur Initiierung und Aufrechterhaltung von Gesundheitsaktionen und führen zu einer Veränderung in der Gemeinde auf unterschiedlichen Ebenen, u. a. zu einer Verbesserung des sozialen Klimas.

Im „Strong for Life“-Programm besteht eine Koalition mit mehr als 1.000 lokalen Anbietern im Bereich sozialer Dienste sowie Gesundheits- und Zivileinrichtungen. Dieses Netzwerk unterstützt bei der Implementierung des Programms. Dadurch werden freiwillige TrainerInnen akquiriert, die ältere Menschen zu Hause unterstützen, ihre körperliche Funktionalität und Gesundheit zu erhalten. Ein spezielles Modell zum Training von Freiwilligen wurde dafür entwickelt (sog. Train-the-Trainer-Programm mit Trainingsmanual, Anleitung für TeilnehmerInnen etc.).

In einer anderen Intervention wurde ein Bewusstseinsbildungsprogramm in 39 Gemeinden um-

gesetzt. Auf lokaler Ebene wurde dazu eng **mit lokalen Einrichtungen** wie **Apotheken, Freiwilligenorganisationen** und **HausärztInnen** zusammengearbeitet. Pro Gemeinde wurde eine Organisation mit entsprechenden personellen und infrastrukturellen Ressourcen für die Leitung dieser Kooperationen ausgewählt.

Die Ergebnisse weisen insgesamt darauf hin, dass Gesundheitsförderungsprojekte dann erfolgreicher sind, wenn sie die **Erfahrungen** und die bestehende **Vernetzung** etc. von Personen bzw. Einrichtungen einbeziehen (Kaczorowski et al. 2008). Deshalb empfiehlt sich, von Anfang an das soziokulturelle Umfeld und die strukturellen Komponenten auf Gemeindeebene genauer unter die Lupe zu nehmen.

(Kaczorowski et al. 2008; Campbell et al. 2007; Nicolaidis-Bouman et al. 2007; Vass, Avlund, Hendriksen et al. 2007; Etkin et al. 2006; Knesebeck et al. 2006; Sahlen et al. 2006; de Leeuw und Skovgaard 2005)

Kapazitätsentwicklung (Capacity Building)

Gesundheitsfördernde Interventionen auf Gemeindeebene scheinen dann wirksamer zu sein, wenn sie an den vorhandenen **Ressourcen und Kapazitäten** vor Ort ansetzen und diese **weiterentwickeln**. Einige Arbeiten berichten von Aktivitäten, die in Zusammenhang mit dem systematischen Aufbau und der Messung von Kapazitäten (Verankerung von Gesundheit in der Gemeindepolitik und -verwaltung, Aufbau einer sozialen Infrastruktur, Partnerschaften, Netzwerke, Leadership, Managementkompetenzen, Ressourcen) in der Gemeinde stehen. Zusätzlich ist die **Initiierung von Partizipations- und Empowermentprozessen** nötig.

Trojan (2008) entwickelte ein Instrument zur Messung von Kapazitätsentwicklung und befragte AkteurInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich auf kommunaler Ebene (Quartier) zweimal im Zeitraum von fünf Jahren. Es konnten deutliche Verbesserungen bei allen Dimensionen der Kapazitätsentwicklung nachgewiesen werden, die v. a. auf das starke Engagement einzelner AkteurInnen und das allgemein positive Klima der Gemeindeentwicklung zurückgeführt wird.

Reis-Klingspiegl (2009; 2005) prüft im Zuge von Gesundheitsförderungsprozessen auf Gemeindeebene mittels eines Tools die **Community Readiness**, d. h. die soziale Reife einer Gemeinde zur Umsetzung von Gesundheitsförderung. Das Ergebnis kann eine Planungsgrundlage für die Steuerungsgruppe auf Gemeindeebene sein und auch wichtige Hinweise für eine etwaige externe Prozessbegleitung geben. „Gesunde Gemeinden“ in der Steiermark durchlaufen so im Idealfall einen **Strukturentwicklungsprozess**. Zu Beginn ist ein **Gemeinderatsbeschluss** mit infrastruktureller und finanzieller Ausstattung notwendig. **Öffentlichkeitsarbeit** bei Schlüsselpersonen und Bevölkerung werden auf dieser Basis betrieben und **kommunale Arbeitsgruppen** für Gesundheitsförderungsthemen können entstehen. **Stakeholder auf Gemeindeebene** (z. B. Kirchen, Vereine) übernehmen Partnerschaften für spezifische Programmpunkte.

Entsprechende Kapazitäten in der Gemeinde tragen zur Erreichung der Gesundheitsförderungsziele bei. Kapazitätsentwicklung fördert die gesundheitsbezogenen Normen und Werte in der Gemeinde, es kommt zum **Aufbau von Sozialkapital** und zu einer Form von Vergemeinschaftung. **Soziale Kohäsion** wird gefördert, und eine **höhere Identifikation** mit der Gemeinde trägt zu einer Verbesserung des sozialen Klimas in der Gemeinde bei, was eine wesentliche Grundlage für gesundheitsfördernde Gemeinden ist.

(Reis-Klingspiegl 2009; Trojan und Nickel 2008; Reis-Klingspiegl et al. 2005; Anderson 2000)

8.2.3 Soziale Mobilisierung

In diesem Bereich geht es v. a. um Maßnahmen, die die soziale Mobilisierung, Aktivierung und Beteiligung von älteren Menschen für Anliegen der Gesundheitsförderung betreffen (z. B. Partizipationsprozesse, Gemeindearbeit) (Cloetta et al. 2005).

Um ältere Menschen mit gesundheitsbezogenen Angeboten zu erreichen, sind spezifische Strategien notwendig, die sich je nach konkretem Angebot unterscheiden. Zielführend sind Strategien, die besonderes Augenmerk auf die **Gestaltung der persönlichen Beziehung** und die Schaffung von **Vertrauen** zwischen GesundheitsförderInnen und älteren Menschen abzielen, die die individuellen Bedürfnisse berücksichtigen und das familiäre Umfeld sowie weitere ExpertInnen bei der Gestaltung des Angebots einbeziehen.

Konkret angesprochen werden die Menschen zu Hause häufig über postalische Aussendungen, die Informationen über gesundheitsfördernde Angebote enthalten. Unklar bleibt, welche Gruppen älterer Menschen man damit erreichen kann.

Wichtig scheinen Informationen über **lokale Serviceeinrichtungen** oder **PensionistInnen-Vereine** u. Ä. zu sein, da sie die Kommunikation und den sozialen Austausch anregen. In manchen Arbeiten wird davon berichtet, dass Apotheken und Hausarztpraxen besonders wichtig sind, wenn es um den Zugang zu sozial benachteiligten älteren Menschen geht.

Einzelne Programme konnten erfolgreich ältere Menschen mobilisieren, indem sie gezielt **Öffentlichkeitsarbeit** für kommunale Gesundheitsförderungsprogramme gemacht haben. Die Formen dafür sind unterschiedlich und reichen von Flugzettel über Broschüren und Zeitungsinserte bis hin zu Schaufensterwerbungen oder groß angelegten Medienkampagnen. Auch neue Medien wie DVDs, Internet etc. und die nach wie vor wirksame Mundpropaganda sind relevant, um eine Aktivierung und Mobilisierung der Zielgruppe bzw. der Gemeindemitglieder zu erreichen.

Soziale Mobilisierung und eine hohe Beteiligung an der Gesundheitsförderung können insbesondere dadurch erreicht werden, dass die spezifischen Gegebenheiten vor Ort (Regeln, Ansehen, Verantwortung, Ressourcen, Rollen etc.) bereits in die Planung des Projekts einfließen.

Die **Akzeptanz** und **Bekanntheit des Angebots** sind für die Beteiligung älterer Menschen entscheidend. Vertrauen gegenüber dem Anbieter bzw. der Anbieterin muss bei der Zielgruppe gegeben sein. Bei guter kommunaler Zusammenarbeit der Stakeholder sind auch höhere Beteiligungsraten zu erwarten. (Campbell et al. 2007; Poulsen et al. 2007; Knesebeck et al. 2006; Pratt et al. 2006; Sahlen et al. 2006; Boyce 2001; Anderson 2000; Hendriksen et al. 1984)

8.2.4 Entwicklung persönlicher Kompetenzen

Dieser Bereich betrifft Maßnahmen, die sich an Einzelpersonen richten und auf die Entwicklung gesundheitsbezogener Kompetenzen abzielen (z. B. Gesundheitsinformation, -aufklärung, -beratung und -erziehung). Darunter fallen beispielsweise **Erährungs- und Bewegungsberatung** oder **Informationsveranstaltungen** zu sozialen Einflüssen auf die Gesundheit (Cloetta et al. 2005). Wissen über Gesundheits- oder Risikofaktoren sind eine wichtige Basis für eine Verhaltensänderung bis hin zu einem gesünderen Lebensstil. Ergebnis können geänderte Einstellungen, Normen und Werte gegenüber der eigenen Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens sein. Im Rahmen von Hausbesuchsprogrammen werden häufig Maßnahmen und Strategien umgesetzt, die auf die Entwicklung von persönlichen **Gesundheitskompetenzen** abzielen. Häufig erfolgt

zunächst die Erfassung der psychosozialen Situation der älteren Menschen mittels standardisierter Fragebögen. Auf dieser Basis finden dann gezielt Beratungen statt, und Vereinbarungen über die gesundheitsfördernden Ziele und Umsetzungsschritte können getroffen werden. Dadurch können persönliche Kompetenzen aufgezeigt, sichtbar gemacht und weiterentwickelt werden (Empowerment). **Apotheken** nehmen im Hinblick auf die Entwicklung von persönlichen Gesundheitskompetenzen der älteren Menschen eine wichtige Rolle ein. Häufig werden dort **Lebensstilberatungen** und Maßnahmen der **Gesundheitserziehung** durchgeführt und **Informationen** mittels Broschüren und Magazinen gezielt an ältere Menschen weitergegeben.

Gesundheitsinformationen als Beitrag zur Entwicklung von Gesundheitskompetenzen können auch über Medienkampagnen wirksam werden (z. B. Förderung der körperlichen Aktivität, Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums). Im amerikanischen „Strong for Life“-Programm wurden die persönlichen Kompetenzen von älteren Menschen insofern gestärkt, als sie durch freiwillige und ausgebildete LainertrainerInnen zu einem gemeinsamen körperlichen Training motiviert wurden. Ziel war es, dass die TeilnehmerInnen die Funktions- und Körpertrainings dreimal pro Woche in ihrer Wohnung selbstständig durchführten. Im ebenfalls amerikanischen Projekt „Experience Corps“ wurden die persönlichen Kompetenzen der ehrenamtlich engagierten Menschen vor allem im sozialen Austausch untereinander und in der Auseinandersetzung mit den Kindern in der Schule und im Kindergarten gefördert. Die Aufgabe der Älteren bestand hier u. a. darin, den Kindern die Fähigkeit zu vermitteln, gewaltfrei zu spielen, Konflikte zu lösen, Regeln zu befolgen und den Unterricht regelmäßig zu besuchen. Die älteren Freiwilligen lernten so selbst dazu und konnten sich persönlich weiterentwickeln. Für die Entwicklung gesundheitsbezogener Kompetenzen scheint die Vermittlung eines **ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses** ebenfalls wichtig. Verhaltensänderungen sind dann wahrscheinlicher, wenn an den individuellen Ressourcen von älteren Menschen angesetzt wird. Empowerment ist auch in der Gesundheitsförderung von älteren Menschen eine zentrale Strategie. **Vertrauen** und **Selbstbewusstsein** von älteren Menschen können so entscheidend gestärkt werden, was wiederum zu vermehrter körperlicher und sozialer Aktivität führen kann.

(Berry et al. 2009; Kaczorowski et al. 2008; Avlund et al. 2007; Etkin et al. 2006; Fried et al. 2006; Knesebeck et al. 2006; Anderson 2000; Hendriksen et al. 1984)

9 Schritte bei der Planung und Umsetzung von kommunaler Gesundheitsförderung

Es existieren verschiedene Modelle für die Planung und Umsetzung von kommunaler Gesundheitsförderung. Unabhängig davon, welches dieser Modelle gewählt wird, finden sich in der Regel übereinstimmend dieselben grundlegenden Elemente (Loss 2008: 32 f.):

- Auseinandersetzung mit dem gewählten Setting
- Verstehen der Stärken und Schwächen der Gemeinde
- Erhebung von spezifischem Bedarf und spezifischen Bedürfnissen der BürgerInnen
- Festsetzung von Prioritäten und Zielen
- Entwicklung und Implementierung einer Intervention/Maßnahme
- Evaluation der Ergebnisse

Für die Planung und Durchführung von kommunaler Gesundheitsförderung hat sich folgender beispielhafter Ablauf bewährt (Gesundheit Berlin 2009; Loss 2008) (Tab. 1):

Tabelle 1: Ablauf in der kommunalen Gesundheitsförderung

Bedarfserhebung und -analyse	→ Durchführung einer Analyse zur Ermittlung von settingspezifischen Belastungsschwerpunkten, Ressourcen, Bedürfnissen und Veränderungspotenzialen bei den betroffenen Gruppen
Zielformulierung und Programmplanung	→ auf Basis der Analyse Abstimmung über das allgemeine Projektziel im Hinblick auf die Zielgruppen, Handlungsfelder und Maßnahmen → Konkretisierung der Ziele, d. h. Formulierung überprüfbarer und realistischer Teilziele bzw. Meilensteine des Projekts → Planung der Maßnahmen
Aufgabenverteilung	→ Festlegung der Rollen der AkteurInnen, KooperationspartnerInnen und Finanziers für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionschritte inner- und außerhalb des Settings und der Finanzierung; Zeitplanung → Festlegung von Routinen für die Dokumentation und Bewertung von Interventionen
Durchführung der Interventionen	→ Umsetzung und Steuerung der Maßnahmen und Interventionen auf verschiedenen Ebenen
Evaluation	→ Bewertung der Durchführung und Ermittlung der Ergebnisse der konkreten Ziele erfolgt projektbegleitend oder am Ende ergebnisbezogen – auch unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit

Quelle: modifiziert nach Gesundheit Berlin 2009, Loss 2008

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Unterstützungsmaterialien und -instrumenten für die praktische Arbeit in der Gesundheitsförderung. So hat z. B. der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de) eine praxisnahe Sammlung von Werkzeugen zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene in Form von **Arbeitshilfen** zusammengestellt. Die Arbeitshilfen erläutern, worauf ProjektplanerInnen und -umsetzerInnen bei ihrer Arbeit achten sollen und beschreiben die notwendigen Schritte am Weg von der Idee zu einem konkreten Konzept und zur Projektdurchführung (Gesundheit Berlin 2009).

Gesundheitsförderung Schweiz betreibt die **Webseite** www.quint-essenz.ch, die sich ebenfalls an Personen richtet, die sich mit der Planung und Durchführung von Projekten in den Bereichen

Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Sie enthält Elemente aus dem Projekt- und Qualitätsmanagement sowie der Gesundheitsförderung und bietet Instrumente für die Planung und Umsetzung von Projekten.

10 Beispiele guter und bester Praxis

In diesem Kapitel findet sich eine Auswahl von österreichischen und europäischen Praxisprojekten der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Die Projekte werden in ihren Zielen, Aktivitäten/Maßnahmen und Evaluationsergebnissen dargestellt. Auf besonders gelungene Aspekte der Umsetzung wird jeweils hingewiesen.

Die Projekte wurden nach folgenden **Kriterien** ausgewählt:

- ausführlich dokumentiert und evaluiert
- an Leitprinzipien der Gesundheitsförderung orientiert (Partizipation, Empowerment, gesundheitliche Chancengleichheit, Setting-Ansatz, Partnerschaften)
- ganzheitlicher Zugang (körperliche, seelische, soziale Gesundheit, verhaltens- und verhältnisorientiert)
- nachhaltiger Ansatz

Folgende **Quellen** wurden zur Auswahl der Praxisprojekte herangezogen:

- Europäische Projektdatenbank „healthPROelderly“: www.healthPROelderly.com/database
- Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich:
www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte

Die Projektbeispiele sind dazu gedacht, die Bandbreite von Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen im kommunalen Setting zu illustrieren. Sie können als Anregung zur Umsetzung und Weiterentwicklung von kommunalen Gesundheitsförderungsaktivitäten mit Fokus auf die Bedürfnisse älterer Menschen dienen.

Praxisprojekt 1: Anders Altern in Radenthein

Träger:

vitamin R – Zentrum für Familie, Soziales und Gesundheit

Laufzeit:

2003–2006

Land:

Österreich

Ausgangslage:

Im Rahmen einer Orts- und Regionalentwicklung wurde Bedarf an Strukturen und Angeboten zum Thema „Altern und Alt-Sein“ festgestellt.

Ziele:

- partizipative Entwicklung und Erprobung eines nachhaltigen gesundheitsbezogenen Angebots zur sozialen Aktivierung älterer Männer und Frauen in der Gemeinde

Aktivitäten/Maßnahmen:

Das Projekt konzentrierte sich auf die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Angeboten unter Einbindung älterer Menschen und unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Kompetenzen. Dazu wurde eine komplexe Projektstruktur eingerichtet und eine umfassende Evaluation umgesetzt. Besonderes Augenmerk wurde gelegt auf die Diversität der Zielgruppe und die unterschiedlichen Bedürfnisse, die Beteiligung benachteiligter Gruppen sowie die Zugänglichkeit der Angebote. Im Rahmen von Arbeitsgruppen wurden in Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen (Altenwohnheim, Rotes Kreuz, Bürgermeister, Sozial- und Kulturreferat, mobile Dienste, regionale Institutionen, PensionistInnenverbände) Strukturen für die Gesundheitsförderung aufgebaut.

Ergebnisse:

Die Evaluation des Projekts konzentrierte sich auf die Bewertung und Steuerung des Prozesses durch die laufende Analyse aller Projektdimensionen (Struktur, Individuen, Konzept, Inhalt, Prozesse, Resultate). Dafür setzte sie Evaluationsmeetings, Fokusgruppeninterviews und Instrumente zur Selbstreflexion ein. Hauptergebnis des Projekts war die Entwicklung von Qualitätsstandards, -kriterien und -indikatoren für die Gesundheitsförderung älterer Menschen entlang struktureller und individueller Dimensionen. Die Ergebnisevaluation zeigte eine Verbesserung der individuellen Gesundheit und eine verstärkte Gruppenaktivität samt Verhaltensänderung.

Besonderheit des Projekts:

- Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote
- Zusammenarbeit von lokalen Organisationen
- gesundheitliche Chancengleichheit, Partizipation, Empowerment
- umfangreiche Prozess- und Ergebnisevaluation

Quelle: Buchinger et al. 2006, Burgstaller et al. 2006

Link: www.vitamin-r.at

Praxisprojekt 2: Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen

Träger:

Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Graz

Laufzeit:

2003–2006

Land:

Österreich

Ausgangslage:

Ausgangspunkt waren die gesellschaftlichen Herausforderungen durch die demografische Alterung. Allgemeine Fragestellung war, wie sich eine settingorientierte Gesundheitsförderungsarbeit in Gemeinden umsetzen lässt und wie ein adäquates Evaluationskonzept entwickelt werden kann. Leitkonzepte waren Sozialkapital und Capacity Building.

Ziele:

- Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden
- soziale Aktivierung und Mobilisierung
- Angebot von Information und Wissen
- Schaffung bedarfsgerechter Angebote
- strukturelle Verankerung

Aktivitäten/Maßnahmen:

Das Modellprojekt wurde in 13 steirischen Gemeinden durchgeführt. Auf Ebene der Maßnahmen waren die Ansätze: Vernetzung in SeniorInnennetzen und Plattformen, Initiierung von Programmen, Einrichtung eines überregionalen Projektfonds, Durchführung einer Kohortenstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten 2003 und 2005. In den genannten Bereichen wurde eine große Anzahl an Aktivitäten umgesetzt.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass es gelungen ist, die Gruppe der älteren Menschen zu mobilisieren, zu befähigen und sie partizipieren zu lassen. Dadurch konnten ihre sozialen Netzwerke erweitert und gestärkt werden. Die über Jahre geprägten Normen, Werte und Einstellungen sowie die individuellen Gesundheitspotenziale konnten aufgrund der kurzen Projektdauer nur bedingt beeinflusst werden. Es konnten jedoch die körperliche Fitness und die Lebenszufriedenheit gesteigert werden.

Besonderheit des Projekts:

- Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote
- gemeindebezogene Interessenvertretung, Zusammenarbeit und Organisation
- Kapazitätsentwicklung
- Empowerment und Partizipation
- umfangreiche Evaluation der Maßnahmen (Kohortenstudien)
- Entwicklung eines Instruments zur Bewertung der „Community Readiness“

Quelle: Reis-Klingspiegl 2008b, Neuhold o. J.

Link: www.lebenswelten.meduni-graz.at/

Praxisprojekt 3: Lebensqualität im Alter (LIMA)

Träger:

Katholisches Bildungswerk Österreich

Laufzeit:

2001 (läuft weiter)

Land:

Österreich

Ausgangslage:

Verschlechterungen der körperlichen Funktionsfähigkeit sind oft mit einer reduzierten Lebensqualität und niedriger Zufriedenheit im Alter verbunden. Bei steigender Lebenserwartung und der damit verbundenen Wichtigkeit des Erhalts der körperlichen Gesundheit kommt dieser Tatsache besondere Bedeutung zu.

Ziele:

- Förderung der körperlichen Gesundheit und Mobilität
- Durchführung von Gedächtnistrainings, um Körper, Geist und Seele anzusprechen
- Förderung der Autonomie von älteren Menschen

Aktivitäten/Maßnahmen:

Es wurden Trainingskurse auf einer soliden theoretischen Basis (SIMA-Handbücher) entwickelt, um die Gesundheit von älteren Menschen ganzheitlich zu fördern. Ältere Freiwillige wurden zu TrainerInnen ausgebildet. Die Kurse werden in kirchennahen Einrichtungen für ältere Menschen angeboten, wobei verschiedene Trainingsmodule für ältere Menschen angeboten werden: Gedächtnistraining (Konzentration, Aufmerksamkeit, Erinnerung), Psychomotorik (Tanzen, Atmen, Spielen, Ausdauer); Förderung von Kompetenzen des täglichen Lebens (Lebenssituation, Ernährung, Sozialkontakte, Information); Glaubensfragen (Ängste und Zweifel, Hoffnung und Wünsche, Tagesstrukturierung, Teilhabe und Teilnahme, Krankheit, Tod und Einsamkeit).

Ergebnisse:

Die TeilnehmerInnen von LIMA sind sehr zufrieden mit den Kursen, und die ausgebildeten TrainerInnen wenden psychomotorische bzw. Gedächtnistrainings nicht nur bei den KursteilnehmerInnen, sondern auch bei sich selbst an. Das Projekt ist besonders nachhaltig wegen seines funktionierenden Netzwerkes von TrainerInnen. Außerdem wird der Trainingskurs als gut übertragbar in ähnliche Kontexte eingeschätzt.

Besonderheit des Projekts:

- theoretisch fundierte Entwicklung eines gesundheitsfördernden Kursangebots
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Interessenvertretung, Zusammenarbeit, Organisation (MultiplikatorInnen-Schulungen)
- ehrenamtliche Arbeit
- Partizipation und Empowerment
- gute Übertragbarkeit des Angebots in andere Settings

Quelle: Schaffer 2002

Link: www.bildungswerk.at/lima/0

Praxisprojekt 4: Minigolf kommt zu dir

Träger:

Verein zur Förderung des Minigolfsports

Laufzeit:

2004

Land:

Österreich

Ausgangslage:

Für ältere Menschen (nicht nur) in PensionistInnen-Wohnhäusern sind die Einstiegsbarrieren für neue Bewegungsaktivitäten besonders hoch. Es sollte gezeigt werden, dass es für das Erlernen der Sportart „Minigolf“ nie zu spät ist und eine Teilnahme an Sport-Wettbewerben auch für Menschen mit körperlichen Einschränkungen „lebenslang“ möglich ist.

Ziele:

- Initiierung von strukturellen Veränderungen zur Schaffung von barrierefreien und beteiligungswirksamen Bewegungsaktivitäten in PensionistInnen-Wohnhäusern
- Anregung von älteren Menschen mit zunehmender körperlicher und/oder geistiger Einschränkung zur Nutzung des Minigolf-Angebots

Aktivitäten/Maßnahmen:

Das Angebot setzte an fehlenden bzw. lang zurückliegenden Erfahrungen im Hinblick auf Sportaktivitäten an. Es ist niederschwellig, da kaum spezielle Voraussetzungen erforderlich sind und es auch von Personen mit körperlicher Einschränkung ausgeübt werden kann. Eine mobile Indoor-Minigolfbahn kann zu diesem Zweck leicht aufgebaut werden. Zunächst wurden Schnupperangebote vor Ort angeboten, Spielregeln erklärt und ein erster Kontakt aufgebaut. Wichtig war, dass die TeilnehmerInnen unverbindlich und ohne großen Aufwand das Angebot ausprobieren und positive Erfahrungen sammeln konnten.

Ergebnisse:

Die Evaluation ergab, dass ein hoher Anteil (Hoch-)Betagter durch das Angebot erreicht werden kann. Ältere Menschen nutzten das Angebot regelmäßig, teilweise fanden sogar Wettbewerbe (u. a. unter der Beteiligung von BewohnerInnen anderer Häuser) statt. Fast 80 Prozent der BewohnerInnen nutzten das Angebot auch zwischen den Wettbewerben regelmäßig, meistens in der Gruppe und zu Trainingszwecken. Die gelungene Kooperation dreier Organisationen (Minigolfcompany, Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser, Abteilung Bewegungs- und Sportpädagogik des Instituts für Sportwissenschaft der Universität Wien) hat zum Erfolg und zur Nachhaltigkeit beigetragen.

Besonderheit des Projekts:

- Entwicklung eines gesundheitsfördernden Angebots
- soziale Mobilisierung, Aktivierung und Beteiligung (niederschwelliges Angebot)
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen

Quelle: Diketmüller 2005, Diketmüller und Kolb o. J.

Link: www.minigolfcompany.com

Praxisprojekt 5: Silver Song Clubs

Träger:

Sing For Your Life

Laufzeit:

2004 (läuft weiter)

Land:

Großbritannien

Ausgangslage:

Sozial und gesundheitlich benachteiligte ältere Menschen (z. B. MigrantInnen, Personen mit Demenz) stehen im Zentrum dieses Programms.

Ziele:

- Aktivierung von sozial und gesundheitlich benachteiligten Älteren
- Animierung zum Singen und Musizieren in der Gruppe

Aktivitäten/Maßnahmen:

Das Programm wird durch das „Silver Song Club Netzwerk“ angeboten. Es finden regelmäßig Singabende unter der Leitung von ausgebildeten ModeratorInnen und freiwilligen, lokalen Amateurmusikgruppen statt. Die Veranstaltungen sind derart gestaltet, dass das Singen mit anregender körperlicher Betätigung und kognitivem Training verknüpft und der soziale Austausch gefördert wird. Es kommen verschiedene soziale und ethnische Gruppen zusammen. Die Veranstaltungen finden in mehr als 30 Klubs in Südengland statt, wobei die Teilnahme kostenlos und leicht möglich ist (z. B. bei Bedarf Transportservice).

Ergebnisse:

Das evaluierte Programm zeichnet sich durch eine gute lokale Erreichbarkeit und Zugänglichkeit für ältere Menschen aus, da die Klubs in Ortszentren, Kirchen etc. veranstaltet werden. So konnten verschiedene sozial benachteiligte Gruppen aktiviert und ihre kognitiven Fähigkeiten gestärkt werden. Durch die regelmäßigen Gruppenaktivitäten werden die Kommunikation und die soziale Aktivität gefördert. Das Programm wird mit innovativer Öffentlichkeitsarbeit verknüpft, was wiederum die Nachhaltigkeit unterstützt. Zusätzlich trägt ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis zum Erfolg des Programms bei.

Besonderheit des Projekts:

- Entwicklung eines gesundheitsfördernden Angebots (Singclubs)
- soziale Mobilisierung, Aktivierung und Beteiligung
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- gesundheitliche Chancengleichheit (sozial benachteiligte Gruppen älterer Menschen)
- Übertragbarkeit in andere Settings und Gemeinden

Quelle: Bamford und Clift 2006

Link: www.singforyourlife.org.uk/silver_song_clubs.htm

Praxisprojekt 6: Gesundes und aktives Altern, Radevormwald „aktiv55plus“

Träger:

Verein aktiv55plus e.V. Radevormwald,
Partnerprojekte in Wien (Aktiv ins Alter) und Hannover (Gesund älter werden)

Laufzeit:

2000–2004

Land: Deutschland

Ausgangslage:

Ein Drittel der Bevölkerung in Radevormwald ist älter als 55 Jahre. Lebensqualität und Mobilität sind vor allem in dieser Altersgruppe wichtig, Handlungsbedarf ist daher gegeben.

Ziele:

- Förderung der aktiven und selbstständigen Lebensführung älterer Menschen und Verbesserung der Lebensqualität
- Erweiterung der Möglichkeiten zur Partizipation und zum Einsatz von Erfahrungswissen und Kompetenzen
- Förderung der dauerhaften Beteiligung älterer Menschen an sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, intellektuellen und öffentlichen Prozessen

Aktivitäten/Maßnahmen:

Es wurde ein Hausbesuchsprogramm entwickelt, wobei die zentrale Methode die aufsuchende Aktivierung älterer Menschen war. Sie wurden professionell beraten und mit kommunalen Einrichtungen vernetzt (Sport, Freizeit, Kultur, Ehrenamt etc.). Dabei wurde an den Ressourcen, Wünschen und Ideen der älteren Menschen angesetzt. Das Projekt wurde von der Stadt Radevormwald, Johanniter-Einrichtungen und der WHO getragen und durch eine Vielzahl kommunaler und regionaler Organisationen unterstützt. Mit ihnen wurden Kooperationen und Vernetzungsstrukturen aufgebaut.

Ergebnisse:

Soziale Isolation konnte in vielen Fällen aufgehoben und ältere Menschen konnten zur Übernahme von ehrenamtlichen Aufgaben angeregt und auch vermittelt werden. Verwitwete hatten den größten Zuwachs an Lebensqualität. Nach Projektende wurden die Aktivitäten an den Verein übertragen. Seitdem wurde der Prozess stetig weiterentwickelt (z. B. nun mehrere hauptamtliche bzw. ehrenamtliche MitarbeiterInnen). Zusätzlich hat sich ein Handwerkernetzwerk für ein barrierefreies Wohnen gebildet. Perspektiven eines ressourcenorientierten aktiven Alterns haben das Alter(n)sbild bei den Projektbeteiligten erweitert. Die Erfahrungen haben sich durch Öffentlichkeitsarbeit in der gesamten Gemeinde verbreitet.

Besonderheit des Projekts:

- Entwicklung eines gesundheitsfördernden Angebots (Hausbesuchsprogramm)
- Interessenvertretung, Zusammenarbeit und Organisationen (MultiplikatorInnen-Schulungen, organisationsübergreifende und intersektorale Zusammenarbeit auf lokaler Ebene)
- soziale Mobilisierung, Aktivierung und Beteiligung (aufsuchende Aktivierung)
- gesundheitliche Chancengleichheit, Empowerment

Quelle: Hinkl und Bill o. J., WHO 2005

Link: www.aktiv55plus.de

Praxisprojekt 7: Pink Buddies – Buddy Care for Homosexual Elderly People

Träger:

Schorer Foundation – National Institute for Homosexuality, Health and Well-Being

Laufzeit:

2001 (läuft weiter)

Land:

Niederlande

Ausgangslage:

Ältere homosexuelle Männer und Frauen leiden noch häufiger an Einsamkeit und Depressionen als ältere Menschen allgemein. Diese extrem vulnerable Gruppe ist durch geringen Selbstwert und schwache soziale Netzwerke gekennzeichnet.

Ziele:

→ Reduzierung von Einsamkeit und Verbesserung des seelischen Wohlbefindens

Aktivitäten/Maßnahmen:

Zunächst wurden mehr als 200 ehrenamtliche Pink Buddies („rosa Kumpel“) für die Arbeit mit Älteren ausgebildet. Im Rahmen von Hausbesuchen (6 Monate bis 1 Jahr) unterstützen diese dann ältere Schwule, Lesbierinnen und Transgender-Personen (55+), um die Gefahr der sozialen Isolation zu mindern. Emotionale und soziale Unterstützung (Gespräche, Zuhören, praktische Unterstützung bei Spitals- bzw. Arztbesuchen, Hilfe bei amtlichen Dokumenten, Vorschläge für Aktivitäten) standen im Vordergrund. Für die Erreichung der Zielgruppe wurden einerseits VermittlerInnen angesprochen, wobei Folder und auch die Presse zum Einsatz kamen, andererseits zielt man auch auf eine Vernetzung mit anderen Organisationen, z. B. Freiwilligen-, Jugend- und MigrantInnen-Organisationen sowie Gesundheitseinrichtungen. Für das Projekt standen Ehrenamtliche im Durchschnitt acht Stunden pro Woche zur Verfügung.

Ergebnisse:

Die Mehrheit (74 %) der von Pink Buddies besuchten TeilnehmerInnen fühlte sich nach der Intervention weniger allein. Buddy Care wurde von 80 Prozent der Älteren als wertvoll eingestuft, wobei vor allem praktische, emotionale und soziale Aspekte positiv bewertet wurden. Buddy Care ist eine effektive Maßnahme für vulnerable Zielgruppen und wurde in leicht adaptierter Form auch auf andere Zielgruppen (minderjährige Mütter, psychiatrische PatientInnen) bzw. andere Settings übertragen.

Besonderheit des Projekts:

- Schaffung eines gesundheitsfördernden Angebots (Hausbesuchsprogramm)
- Interessenvertretung, Zusammenarbeit, Organisationen (Schulungen von BeraterInnen)
- gesundheitliche Chancengleichheit, Empowerment und Partizipation
- ehrenamtliche Arbeit
- Übertragbarkeit des Ansatzes

Quelle: Vliet van et al. 2008

Link: www.schorer.nl

Praxisprojekt 8: Senior Citizens Council (Tobiasz-Adamczyk et al. 2008)

Träger:

Department of Clinical and Social Gerontology of the Medical University in Bialystok

Laufzeit:

1993 – laufend

Land:

Polen

Ausgangslage:

Vor allem sozial isolierte und alleinstehende ältere Menschen brauchen Unterstützung. Selbsthilfegruppen können eine positive Wirkung auf diese vulnerablen Gruppen und ihr gesundheitliches Wohlbefinden haben. SeniorInnen finden jedoch wenige Angebote dafür vor.

Ziele:

- Ermutigung zur gegenseitigen Unterstützung und Hilfe unter älteren Menschen, die in der Gemeinde leben
- Förderung der sozialen Interaktion

Aktivitäten/Maßnahmen:

Im Rahmen des Projekts wurde eine Art Selbsthilfegruppe aufgebaut. Der Verein „Senior Citizens for Mutual Help“ bzw. das „Senior Citizens Council“ organisiert und fördert diese Selbsthilfegruppe, die Unterstützung und Hilfe unter älteren Menschen im polnischen Bezirk Bialystok-Antoniuk anbietet. Der Verein unterstützt gezielt die Kooperation zwischen den älteren BürgerInnen und den lokalen Partnerorganisationen für Aktivitäten speziell für ältere Menschen.

Ergebnisse:

Die Evaluation ergab einen relativen Anstieg von älteren Personen, die zur Unterstützung anderer beitragen wollen, einen höheren Anteil älterer Personen, die gegenseitige Unterstützung leisten, und eine geringere Inanspruchnahme von Pflegediensten. Das Senior Citizens Council hat nachhaltige Wirkung, da es nach wie vor Unterstützung in sozialen und kulturellen Belangen anbietet.

Besonderheit des Projekts:

- Schaffung eines gesundheitsfördernden Angebots (Selbsthilfegruppe)
- soziale Mobilisierung, Aktivierung und Beteiligung
- Partnerschaften und Kooperationen auf lokaler Ebene
- Partizipation und Empowerment

Quelle: Tobiasz-Adamczyk et al. 2008

Praxisprojekt 9: Ich bin über 65 und glücklich, ein gesundes Leben zu führen

Träger:

Public Health Gesellschaft Slowakei

Laufzeit:

2004–2008

Land:

Slowakei

Ausgangslage:

Die Lebenserwartung in der Slowakei ist niedriger als in anderen EU-Ländern. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind die häufigsten Todesursachen älterer Menschen. Risikofaktoren sind Isolation, geringe Aktivität, falsche Ernährung und Depression.

Ziele:

- Erhöhung der Lebensqualität älterer Menschen
- Förderung des gesundheitsbezogenen Wissens und eines gesunden Lebensstils
- Ausbildung von älteren Menschen zu GesundheitslektorInnen
- Öffentlichkeitsarbeit für die Problemlagen älterer Menschen

Aktivitäten/Maßnahmen:

Mittels eines zertifizierten Programms zur Gesundheitserziehung wurden ältere Menschen zu GesundheitslektorInnen ausgebildet. Der inhaltliche Fokus lag auf den Gesundheitsdeterminanten soziales Umfeld, körperliche Aktivität, Ernährung, seelische Gesundheit und Gesundheitsinformation. Daran anschließend wurden in insgesamt 37 slowakischen Regionen eine „Gesundheits-SeniorInnen-Woche“ in Supermärkten und Public-Health-Niederlassungen durchgeführt, wo diverse Gesundheitsparameter (Blutdruck, BMI, Blutzucker, Cholesterin) gemessen wurden. Das Programm wurde mittels Informationsfolder und Broschüren beworben.

Ergebnisse:

Während der Gesundheitswochen wurden durch die GesundheitslektorInnen fast 600 SeniorInnen untersucht und beraten, was zu erhöhtem Gesundheitsbewusstsein beigetragen hat. Die erzielten Gesundheitseffekte konnten aufgrund der kurzen Interventionszeit kaum entsprechend evaluiert werden. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass das Projekt zu einem gesteigerten Interesse an Gesundheitsthemen beitragen konnte. Auch die Zufriedenheit mit dem Programm war sehr hoch.

Besonderheit des Projekts:

- Entwicklung eines gesundheitsfördernden Angebots
- Interessenvertretung, Zusammenarbeit, Organisation (MultiplikatorInnen-Schulung, Kooperation mit SeniorInnen-Organisationen)
- soziale Mobilisierung, Aktivierung und Beteiligung (aufsuchend über Supermärkte)
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen

Quelle: Katreniakova 2008

Link: <http://www.uvzsr.sk/en/>

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Eckpunkte im Review-Prozess	11
Abbildung 2: (Erweitertes) Ergebnismodell	13
Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Gesundheit.	14
Abbildung 4: Aktionsebenen der Gesundheitsförderung.	16
Abbildung 5: Dimensionen von Community Readiness	20
Abbildung 6: Ergebnismodell	30
Tabelle 1: Ablauf in der kommunalen Gesundheitsförderung.	39

Literatur

- Ackermann, Günter**, 2005: Ein Wegweiser zur guten Praxis. In: *focus wissen* 24/2005, S. 14–17.
- Altgeld, Thomas**, 2003: Gesundheitliche Chancengleichheit. In: BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim/Selz: Peter Sabo, S. 57–61.
- Altgeld, Thomas**, 2004: Gesundheitsfördernde Settings – Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen? In: E&C-Fachforum: „Perspektive: Gesunder Stadtteil – Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten“, Dokumentation der Veranstaltung vom 26. bis 27. Januar 2004 in Berlin.
- Altgeld, Thomas**, 2009: Gemeindenahe Gesundheitsförderung für ältere Menschen Die Wiederentdeckung des Quartiers als zentrale Handlungsebene. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 3/4, S. 149–157.
- Anderson, Claire**, 2000: Health Promotion in Community Pharmacy. The UK Situation. In: *Patient Education and Counseling* 39/2000: S. 285–291.
- Antonovsky, Aaron**, 1997: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Aro, Arja R., Stephan Van den Broucke und Sanna Rätty**, 2005: Toward European Consensus Tools for Reviewing the Evidence and Enhancing the Quality of Health Promotion Practice. In: *Promotion & Education* 1, S. 10–14.
- Avlund, Kirsten, Mikkel Vass und Carsten Hendriksen**, 2007: Education of Preventive Home Visitors. The Effects on Change in Tiredness in Daily Activities. In: *European Journal of Ageing* 4, S. 125–131.
- Backes, Gertrud und Wolfgang Clemens**, 2008: *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim, München: Juventa.
- Bamford, Alistair und Stephen Clift**, 2006: *Southampton Silver Song Club. Reflections on Music Making with Elderly People Facilitated by Student Volunteers*. Canterbury: Canterbury Christ Church University.
- Berry, Tanya R., John C. Spence, Ronald C. Plotnikoff, Adrian Bauman, Linda McCargar, Chad Witcher, Marianne Clark und Sean Stolp**, 2009: A Mixed Methods Evaluation of Televised Health Promotion Advertisements Targeted at Older Adults. In: *Evaluation and Program Planning* 32/2009, S. 278–288.
- Boschek, H. J. und K. J. Kügler**, 2002: Kommunale Gesundheitsziele aus Sicht von Bürgern und Experten. Ergebnisse zweier Befragungen im Ennepe-Ruhr-Kreis. In: *Gesundheitswesen* 64/2002, S. 633–638.
- Boyce, William F.**, 2001: Disadvantaged Persons' Participation in Health Promotion Projects. Some Structural Dimensions. In: *Social Science & Medicine* 52/2001, S. 1551–1564.
- Broesskamp-Stone, Ursel**, 2003: Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich W., Bernhard Badura, Reinhard Busse, Reiner Leidl, Heiner Raspe, Johannes Siegrist und Ulla Walter (Hg.): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer, S. 243–254.
- Broesskamp-Stone, Ursel und Günter Ackermann**, 2007: Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention. Konzept und Leitlinien für Entscheidungsfindung und fachliches Handeln. http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praevention/tipps_tools/291831_best_practice_d.pdf (26. 02. 2010). Gesundheitsförderung Schweiz.
- Broesskamp-Stone, Ursel, Ilona Kickbusch und Ulla Walter**, 1998: Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich W., Bernhard Badura, Reiner Leidl, Heiner Raspe und Johannes Siegrist

- (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Buchinger, Birgit, Ulrike Gschwandtner und Günther Marchner**, 2006: Evaluierung „Anders Altern in Radenthein – Gesundheitsförderung im Alter“ (Endbericht). Salzburg: Solution, Sozialforschung & Entwicklung.
- Bundesministerium für Gesundheit und Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.**, 2009: Dokumentation der Tagung „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“, 26. Februar 2009. http://www.tagung-gesundheitsfoerderung.de/doku_tagung_web.pdf (Berlin, 26. 02. 2010).
- Burgstaller, Barbara, Monika Bauer und Ines Krenn**, 2006: Endbericht zum Projekt „Anders Altern in Radenthein – Gesundheitsförderung im Alter“. Radenthein: v i t a m i n R – Zentrum für Gesundheitsförderung.
- Butterfoss, Frances Dunn**, 2006: Process Evaluation for Community Participation. In: Annual Review of Public Health 27/2006, S. 323–340.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hg.)**, 2007a: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz, Beispiele, weiterführende Informationen. Köln: BZgA.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hg.)**, 2007b: Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – Eine Bestandsaufnahme. Köln: BZgA.
- Campbell, Marci Kramish, Marlyn Allicock Hudson, Ken Resicow, Natasha Blakeney, Amy Paxton und Monica Baskin**, 2007: Church-Based Health Interventions. Evidence and Lessons Learned. In: Annual Review of Public Health 28/2007, S. 213–234.
- Cloetta, Bernhard, Adrian Spörri-Fahrni, Brenda Spencer, Günter Ackermann, Ursel Broesskamp-Stone und Brigitte Ruckstuhl**, 2005: Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Dahlgren, Göran und Margret Whitehead**, 1991: Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- de Leeuw, Evelyne und Thomas Skovgaard**, 2005: Utility-Driven Evidence for Healthy Cities. problems with Evidence Generation and Application. In: Social Science & Medicine 61/2005, S. 1331–1341.
- Dennis, Sarah, Jenny May, David Perkins, Nicholas Zwar, Bonnie Sibbald und Iqbal Hasan**, 2009: What Evidence is there to Support Skill Mix Changes between GPs, Pharmacists and Practice Nurses in the Care of Elderly People Living in the Community? In: Australia and New Zealand Health Policy 23/6, S. 1–7.
- Diketmüller, Rosa und Michael Kolb**, o. J.: „Minigolf kommt zu dir“ – Konzeption, Durchführung und Evaluation eines sportspielorientierten Bewegungsangebotes in Pensionistenhäusern in Wien. http://zsu-schmelz.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/spowi/ISW/Abteilungen/Sportpaedagogik/Downloads/BEITRAG_Diketmueller_Kolb_Minigolf_dvs_sportspielsymposion.pdf (25. 02. 2010).
- Diketmüller, Rosa und unter Mitarbeit von Toril Jones**, 2005: Projektdokumentation und Projektevaluation des EU-geförderten Projektes im Europäischen Jahr der „Erziehung durch Sport“ „Minigolf kommt zu Dir“. Bewegung und lebenslanges Lernen mit älteren Menschen in Wiens „Häusern zum Leben“. Wien: unveröffentlichter Projektbericht.
- Dür, Wolfgang**, 2008: Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich. In: Spicker, Ingrid und Gabriele Sprengseis (Hg.): Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas, S. 48–60.

- Elkan, Ruth, Denise Kendrick, Michael Dewey, Michael Hewitt, Jane Robinson, Mitch Blair, Deb Williams und Kathy Brummell**, 2001: Effectiveness of Home Based Support for Older People. Systematic Review and Meta-Analysis. In: *British Medical Journal* 323, S. 1–9.
- Elkeles, Thomas**, 2008: Evidenzbasierung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. In: Spicker, Ingrid und Gabriele Sprengseis (Hg.): *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze*. Wien: Facultas, S. 61–78.
- Etkin, Caryn, Thomas R. Prohaska, Bette Ann Harris, Nancy Latham und Alan Jette**, 2006: Feasibility of Implementing the Strong for Life Programme in Community Settings. In: *The Gerontologist* 2/46, S. 284–292.
- EuroHealthNet**, 2007: *Healthy Ageing – A Challenge for Europe: The Swedish National Institute of Public Health*.
- FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) (Hg.)**, 2008: *Was kann Gesundheitsförderung? Evidenz in Theorie und Praxis*. Tagungsband der 10. Österreichischen Gesundheitskonferenz 2008 in Graz. Wien: FGÖ.
- FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) (Hg.)**, 2009: *Leitfaden für Antragsteller/innen und Fördernehmer/innen*. Stand: 3. Juli 2009. Wien: FGÖ.
- Fried, Linda P., Michelle C. Carlson, Marc Freedman, Kevin D. Frick, Thomas A. Glass, Joel Hill, Sylvia McGill, George W. Rebok, Teresa Seeman, James Tielsch, Barbara A. Wasik und Scott Zeger**, 1997: A Social Model for Health Promotion for an Aging Population: Initial Evidence on the Experience Corps Model. In: *Journal of Urban Health* 1/81, S. 64–78.
- Fried, Linda P., Kevin D. Frick, Michelle C. Carlson und George W. Rebok**, 2006: Experience Corps. Ein Gesellschaftsmodell für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. In: *GGW* 1/6, S. 23–35.
- Garms-Homolová, Vjenka und Doris Schaeffer**, 1998: Ältere und Alte. In: Schwartz, Friedrich W., Bernhard Badura, Reinhard Busse, Reiner Leidl, Heiner Raspe, Johannes Siegrist und Ulla Walter (Hg.): *Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, S. 536–549.
- Geene, Raimund**, 2008: Sozialogenorientierte Gesundheitsförderung. In: Spicker, Ingrid und Gabriele Sprengseis (Hg.): *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze*. Wien: Facultas, S. 119–143.
- Gesundes Niederösterreich**, o. J.: Konzept „Gesunde Gemeinde“. http://www.gesundes-noe.at/downloads/gemeinde/gesunde_gemeinde/downloads/konzept_gesunde_gemeinde_05012009.pdf (20. 01. 2010).
- Gesundheit Berlin**, 2009: *Aktiv werden für Gesundheit. Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“*.
- Gesundheitsförderung Schweiz**, 2010: Webseite: www.quintessenz.ch (23. 01. 2010).
- Göpel, Eberhard**, 2004: *Kommunale Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten 2*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Göpel, Eberhard**, 2008: *Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten 3*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Grossmann, Ralph und Klaus Scala**, 1994: *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung*. Weinheim, München: Juventa.
- Hawe, Penelope, Lesley King, Michelle Noort, Christopher Jordens und Beverley Lloyd**, 1999: *Indicators to Help with Capacity Building in Health Promotion*. <http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2000/pdf/capbuild.pdf> (20. 01. 2010). North Sydney: Australian Centre for Health Promotion, NSW Health Department.

- Hendriksen, Carsten, E. Lund und E. Stromgard**, 1984: Consequences of Assessment and Intervention among Elderly People. A Three Year Randomised Controlled Trial. In: *British Medical Journal* 289, S. 1522–1524.
- Hiki, Reinhold und Petra Bill**, o. J.: Aktives Altern in Radevormwald. Investitionen für die Gesundheit älterer Menschen. Ein Demonstrationsprojekt der WHO in Zusammenarbeit mit den Johanner Einrichtungen, Radevormwald, Stadt Radevormwald, Gesundheitsamt Kreis Gummersbach und Partnerorganisationen. Abschlussbericht, Ergebnisse und Perspektiven, Anregungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Kleinstadt. <http://www.aktiv55plus.de/uploads/Abschlussbericht.pdf> (25. 02. 2010).
- Hurrelmann, Klaus**, 2003: Determinanten von Gesundheit. In: BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung*. Swabenheim/Selz: Peter Sabo, S. 26–28.
- Institut für Gesundheitsplanung (Hg.)**, 2006: *Gesunde Gemeinde. 15 Jahre Gesunde Gemeinde in Oberösterreich. Evaluierung*. Linz: Institut für Gesundheitsplanung.
- Jané-Llopis, Eva und Margaret M. Barry**, 2005: What Makes Mental Health Promotion Effective? In: *Promotion & Education Supplement* 2/12, S. 47–53.
- Kaczorowski, Janusz, Larry W. Chambers, Tina Karwalajtys, Lisa Dolovich, Barbara Farrell, Beatrice McDonough, Rolf Sebaldt, Cheryl Levitt, William Hogg, Lehana Thabane, Karen Tu, Ron Goeree, J. Michael Paterson, Mamdouh Shubair, Tracy Gierman, Shannon Sullivan und Megan Carter**, 2008: Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). A Community Cluster-Randomised Trial among Elderly Canadians. In: *Preventative Medicine* 46/2008, S. 537–544.
- Katreniakova, Zuzana**, 2008: *healthPROelderly. National Evaluation Report – Slovakia*. Kosice: Slovak Public Health Association.
- Kickbusch, Ilona**, 2003: Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich W., Bernhard Badura, Reinhard Busse, Reiner Leidl, Heiner Raspe, Johannes Siegrist und Ulla Walter (Hg.): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer, S. 181–189.
- King, A. C., W. J. Rejeski und D. M. Buchner**, 1998: Physical Activity Interventions Targeting Older Adults. A Critical Review and Recommendations. In: *American Journal of Preventative Medicine* 4/15, S. 316–333.
- Knesebeck, Olav von dem, K. David, P. Bill und R. Hiki**, 2006: Aktives Altern und Lebensqualität. Evaluationsergebnisse eines WHO-Demonstrationsprojektes. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, S. 82–89.
- Lang, Gert und Ingrid Spicker**, 2009: Entwicklung eines Argumentariums für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting in Österreich mit Fokus auf Gesundheitsförderung für ältere Menschen 60+. Ein Projekt im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich. Ergebnisse einer Fragebogenerhebung. Wien: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes (unveröffentlicht).
- Lang, Gert und Ingrid Spicker**, 2010: Entwicklung eines Argumentariums für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting in Österreich mit Fokus auf Gesundheitsförderung für ältere Menschen 60+. Ein Projekt im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich. Ergebnisse der Evidenzsammlung und -bewertung. Wien: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes (unveröffentlicht).
- Liebel, Dianne, Bruce Friedman, Nancy M. Watson und Bethel A. Powers**, 2009: Review of Nurse Home Visiting Interventions for Community-Dwelling Older Persons with Existing Disability. In: *Medical Care Research and Review* 2/66, S. 119–146.
- Loss, J., C. Eichhorn, J. Gehlert, J. Donhauser, M. Wise und E. Nagel**, 2007: Gemeindenahe Gesundheitsförderung – Herausforderung an die Evaluation. In: *Gesundheitswesen* 69, S. 77–87.

- Loss, Julika**, 2008: Erfolgsfaktoren und Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung. In: FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) (Hg.): Was kann Gesundheitsförderung? Evidenz in Theorie und Praxis. Tagungsband der 10. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz 2008 in Graz. Wien: Fonds Gesundes Österreich, S. 32–35.
- Markle-Reid, Maureen, Gina Browne, Robin Weir, Amiram Gafni, Jacqueline Roberts und Sandra R. Henderson**, 2006: The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People. A Review of the Literature. In: *Medical Care Research and Review* 5/63, S. 531–569.
- Meinck, M., N. Lübke, J. Lauterberg und B.-P. Robra**, 2004: Präventive Hausbesuche im Alter. Eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. In: *Gesundheitswesen* 66, S. 732–738.
- Minder, Christoph E., Tobias Müller, Gerhard Gillmann, John C. Beck und Andreas E. Stuck**, 2002: Subgroups of Refusers in a Disability Prevention Trial in Older Adults: Baseline and Follow-Up Analysis. In: *American Journal of Public Health* 3/92, S. 445–450.
- Neuhold, Christine**, o. J.: Modellprojekt Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich. http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modellprojekte/aeltere-menschen-am-land/ergebnisse/end-und-evaluationsbericht-des-projektes-lebenswerte-lebenswelten/view?set_language=en (10. 01. 2010). Graz: Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz.
- Nicolaides-Bouman, Ans, Erik van Rossum, Herbert Habets, Gertrudis I. J. M. Kempen und Paul Knipschild**, 2007: Home Visiting Programme for Older People with Health Problems. Process Evaluation. In: *Journal of Advanced Nursing* 5/58, S. 425–435.
- Noack, Horst Richard**, 2008a: Evidenzgeleitete Gesundheitsförderung – Anmerkungen zur aktuellen Diskussion. In: FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) (Hg.): Was kann Gesundheitsförderung? Evidenz in Theorie und Praxis. Tagungsband der 10. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz 2008 in Graz, S. 15–19.
- Noack, Horst Richard**, 2008b: Gesundheit und Wohlstand. Investitionen in eine nachhaltige Gesundheitspolitik. In: Meggeneder, Oskar (Hg.): *Volkswirtschaft und Gesundheit. Investitionen in Gesundheit – Nutzen aus Gesundheit*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag, S. 339–353.
- Penz, Holger**, 2008: Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ploeg, Jenny, John Feightener, Brian Hutchison, Christopher Patterson, Christopher Sigouin und Mary Gauld**, 2005: Effectiveness of Preventive Primary Care Outreach Interventions Aimed at Older People. Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: *Canadian Family Physician* 51, S. 1245–1255.
- Plümer, K. D. und Alf Trojan**, 2004: „Gesunde Städte“ – Anspruch und Performance. Befragungsergebnisse und ein Vorschlag zum Qualitätsmonitoring (Gesunde-Städte-Barometer). In: *Gesundheitswesen* 66/2004, S. 202–207.
- Poulsen, Tine, Eva Elkjaer, Mikkel Vass, Carsten Hendriksen und Kirsten Avlund**, 2007: Promoting Physical Activity in Older Adults by Education of Home Visitors. In: *European Journal of Ageing* 4, S. 115–124.
- Pratt, R., L. Clare und V. Kirchner**, 2006: „It’s like a Revolving Door Syndrome“. Professional Perspectives on Models of Access to Services for People with Early-Stage Dementia. In: *Aging & Mental Health* 1/10, S. 55–62.
- Pühringer, Ursula**, 2007: Grundlagenkonzept zu Interventionen der Herz-Kreislauf-Gesundheit in Österreich. Wien: Fonds Gesundes Österreich.

- Räty, Sanna und Arja R. Aro**, 2005: European Review Protocol for Health Promotion. A Protocol Produced by the „Getting Evidence Into Practice“ Strand I. http://ws5.e-vision.nl/systeem3/images/EUROPEAN_REVIEW_PROTOCOL.pdf (27. 01. 2010). Finnland: National Public Health Institute (KTL).
- Reis-Klingspiegl, Karin**, 2008a: Kommunale Gesundheitsförderung als Aktivitätsbereich der österreichischen Sozialversicherung. In: HVB (Hg.): Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung 2005. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, S. 112–116.
- Reis-Klingspiegl, Karin**, 2008b: Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen (Endbericht). Ein Modellprojekt im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich. Graz: Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz.
- Reis-Klingspiegl, Karin**, 2008c: Was kann kommunale Gesundheitsförderung bewirken? Capacity Building in der Gemeinde. Ziele, Ergebnisse, Tools. In: FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) (Hg.): Was kann Gesundheitsförderung? Evidenz in Theorie und Praxis. Tagungsband der 10. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz 2008 in Graz. Wien: FGÖ, S. 29–31.
- Reis-Klingspiegl, Karin**, 2009: Das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden. Eine Entwicklungsgeschichte nach Ottawa. In: Prävention und Gesundheitsförderung 3/4, S. 175–183.
- Reis-Klingspiegl, Karin, Eva Pöheim und Gudrun Schlemmer**, 2005: Community Readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks. Wissen und Intuition für eine schwierige Praxis. In: Sprenger, Martin und Horst Richard Noack (Hg.): Public Health in Österreich und Europa. Lengerich: Pabst, S. 33–39.
- Resch, Katharina, Charlotte Strümpel, Monika Wild, Gert Lang und Cornelia Hackl (Hg.)**, 2010: healthPROelderly. Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung für ältere Menschen. (Hrsg. der englischen Originalfassung: Katharina Lis, Monika Reichert, Alexandra Cosack, Jenny Billings und Patrick Brown, 2008: Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People). Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.
- Ruckstuhl, Brigitte**, 2002: Was unternimmt Gesundheitsförderung Schweiz in Richtung Evidenz? (24.–25. Jänner 2002). Referat bei der 4. Nationalen Gesundheitsförderungskonferenz. Delémont.
- Ruckstuhl, Brigitte**, 2003: Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. In: BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim/Selz: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Fachverlag Peter Sabo, S. 34–36.
- Ruckstuhl, Brigitte und Thomas Abel**, 2001: Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. In: Prävention 2/24, S. 35–38.
- Saan, Hans und Willy de Haes**, 2005: Der Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung. <http://www.nigz.nl/upload/refka%20en%20cirkel%20in%20DUITS.pdf> (26. 02. 2010). Rotterdam: NIGZ, GGD.
- Sahlen, Klas-Goran, Lars Dahlgren, Britt Mari Hellner, Hans Stenlund und Lars Lindholm**, 2006: Preventive Home Visits Postpone Mortality. A Controlled Trial with Time-Limited Results. In: BMC Public Health 1/6, S. 220–220.
- Schaffer, K.**, 2002: LIMA – Projektdokumentation. St. Pölten: Katholisches Bildungswerk der Diözese St. Pölten.
- Schwartz, Friedrich W., Bernhard Badura, Reiner Leidl, Heiner Raspe und Johannes Siegrist (Hg.)**, 1998: Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Smith, Ben J., Kwok Cho Tang und Don Nutbeam**, 2006: WHO Health Promotion Glossary. New Terms. In: Health Promotion International 4/21, S. 340–343.

- Spicker, Ingrid und Gert Lang**, 2009: Entwicklung eines Argumentariums für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting in Österreich mit Fokus auf Gesundheitsförderung für ältere Menschen 60+. Ergebnisse einer ExpertInnen-Befragung. Ein Projekt im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich. Wien: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes (unveröffentlicht).
- Statistik Austria**, 2009: Bevölkerungsprognose. www.statistik-austria.at (14. 05. 2011).
- Strümpel, Charlotte und Jenny Billings (Hg.)**, 2008: Overview on Health Promotion for Older People. European Summary Report. http://www.healthproelderly.com/pdf/hpe_European_Report_May_2008.pdf (27. 02. 2010). Vienna: Austrian Red Cross.
- Styria vitalis**, 2009: www.styriavitalis.at (23. 01. 2010).
- Thaler, Kylie, Andrea Chapman, Ludwig Grillich und Gerald Gartlehner**, 2009: Gesunde Gemeinde. Synopse evidenzbasierter Empfehlungen für gemeindenahe gesundheitsfördernde Maßnahmen. Krems: Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems.
- Tobiasz-Adamczyk, Beata, Barbara Woźniak, Monika Brzyska und Tomasz Ocetkiewicz**, 2008: healthPROelderly. National Evaluation Report – Poland. Krakow: Jagiel-Ionian University Medical College, Department of Medical Sociology, Chair of Epidemiology and Preventive Medicine.
- Trojan, Alf und Heiner Legewie**, 2007: Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt/Main: VAS.
- Trojan, Alf und Stefan Nickel**, 2008: Empowerment durch Kapazitätsentwicklung im Quartier – Erste Ergebnisse und Einschätzung eines Erhebungsinstruments. In: Gesundheitswesen 12/70, S. 771–778.
- van Vliet, Katja, Trudi Nederlands und Marit Moll**, 2008: healthPROelderly. National Evaluation Report – The Netherlands. Amsterdam: Verwey-Jonker Instituut.
- Vass, Mikkel, K. Avlund, C. Hendriksen, L. Philipson und P. Riis**, 2007: Preventive Home Visits to Older People in Denmark. Why, How, by Whom, and When? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 4/40, S. 209–216.
- Vass, Mikkel, Kirsten Avlund und Carsten Hendriksen**, 2007: Randomized Intervention trial on Preventive Home Visits to Older People: Baseline and Follow-Up Characteristics of Participants and Non-Participants. In: Scandinavian Journal of Public Health 4/35, S. 410–417.
- Walter, Ulla**, 1998: Glossar. In: Schwartz, Friedrich W., Bernhard Badura, Reinhard Busse, Reiner Leidl, Heiner Raspe, Johannes Siegrist und Ulla Walter (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, S. 636–654.
- WHO**, 1986: Ottawa Charta für Gesundheitsförderung. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO**, 1998: Health Promotion Glossary. Prepared by Don Nutbeam. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf (13. 02. 2010). Geneva: World Health Organization.
- WHO**, 2002: Active Ageing. A Policy Framework. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf (27. 02. 2010). Geneva: World Health Organization.
- WHO**, 2005: Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen. http://www.soz.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_soziologie/Reinprecht5.pdf (25. 02. 2010). Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.

© Gesundheit Österreich GmbH
www.goeg.at