

Anita Buchegger-Traxler:

Gesundheitsförderung und Prävention

Ein Beitrag für ein selbstbestimmtes Leben im Alter

Vorbemerkung

Die vorliegenden Ausführungen stammen zum Teil aus einer unveröffentlichten Masterthese der Autorin im Rahmen des postgradualen Universitätslehrgangs „Public Health and Health Systems Management“ an der Johannes Kepler Universität Linz (Buchegger-Traxler 2009).

1. Ausgangslage und gesellschaftliche Relevanz

Die demographische Entwicklung verbunden mit dem steigenden Anteil der über 60-jährigen Personen regt unweigerlich dazu an, Überlegungen zu Integration und Gesundheit älterer Menschen anzustellen. Zudem stellen gesellschaftliche Veränderungen den alten Generationenvertrag in Frage. Die Europäische Union hat bereits im Jahr 1993 auf diese Entwicklung reagiert und das „Europäische Jahr der älteren Menschen und der Solidarität zwischen den Generationen“ ausgerufen. Im Herbst 1993 wurde eine internationale Tagung in Salzburg mit dem Titel „Die Zukunft des Alterns. Sozialpolitik für das dritte Lebensalter“ abgehalten und ein Tagungsband dazu veröffentlicht (vgl. Evers et al. 1994). Das Jahr 2012 war das Europäische Jahr für ein aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen. Im Mittelpunkt stand die Sensibilisierung für die Herausforderungen und Chancen von Gesellschaften mit steigender Lebenserwartung der Menschen mit dem Ziel, Möglichkeiten zur Bewältigung des Alter(n)s in seinen unterschiedlichen Dimensionen aufzuzeigen (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2012).

Die soziale Sicherheit des Alters ist eine der wichtigsten Errungenschaften in der Geschichte der europäischen Sozialstaaten, die es auch zu erhalten gilt. Wir befinden uns in einer historischen Einzigartigkeit der gegenwärtigen Bevölkerungsstruktur: noch nie zuvor sind so viele Menschen so alt geworden wie heute; damit steigt allerdings auch das Risiko pflegebedürftig zu werden. Die Anzahl der gleichzeitig lebenden, einander überlagernden Generationen steigt, die Zahl der Mitglieder pro Generation schrumpft allerdings. Umso wichtiger wird es, die Selbstständigkeit und Autonomie der älteren Menschen zu stimulieren und zu unterstützen. Hilfe zur Selbsthilfe, die Chance, sich im sozialen Bereich zu engagieren, dem eigenen Leben weiteren Sinn zu geben – das sind Aspekte, die genauer zu betrachten sein werden, und für die Sozialarbeit mit alten Menschen wichtige Aufgaben darstellen. Sozialarbeit soll anbietend, beratend, unterstützend

und aktivierend wirken, die Klientinnen und Klienten zum eigenen Handeln zu befähigen (vgl. Lutz 2008). Es geht vor allem um die Förderung der Kompetenzen und Ressourcen des/der Einzelnen. Das folgende Zitat von Pincus (1992, zit. nach Walter et al. 2006: 39) weist auf die „Pluralität des Alters“ hin, dies gilt es bei etwaigen Entwicklungen von Maßnahmen im Hintergrund mitzudenken:

„Alte Menschen sind ja nicht alle gleich, wahrscheinlich sind sie das sogar noch weniger als irgendeine andere Altersgruppe: denn ihr langes Leben hat sie zu Individualisten gemacht. Eines unserer augenblicklichen Probleme ist, dass die Gesellschaft sich weigert, das zu verstehen, und alle alten Leute als ‚gleich‘ behandelt.“

Auch ist die Wichtigkeit der Gesundheit der älteren Bevölkerung eine Zielsetzung der WHO u. a. im Rahmenkonzept „Gesundheit 21“. Im Konkreten fokussiert Ziel 5 das Altern in Gesundheit: „Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen“ (WHO 1999: 43). Noch deutlicher wird dieser Aspekt in den Teilzielen 5.1 und 5.2 formuliert (ebd.):

„Die Lebenserwartung von Menschen im Alter von 65 Jahren – mit und ohne Behinderung – sollte mindestens um 20 Prozent steigen. Der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, dass sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, sollte mindestens um 50 Prozent steigen.“

Es rechtfertigt nicht nur das Faktum, dass der Anteil an älteren Bevölkerungsgruppen in allen industrialisierten Ländern im Vergleich zur jüngeren Generation zunimmt, sich mit dem Thema der Lebenssituation der Älteren auseinanderzusetzen. Auch die soziale und familiäre Vernetzung in einer Zeit der hohen Mobilität und des Geburtenrückgangs regt gerade dazu an, sich mit diesem Thema zu befassen. Das überstrapazierte Gesundheits- und Sozialsystem, v. a. in finanzieller Hinsicht, wird beinahe in jedem Wahlkampf zum Thema gemacht. Immer wieder steht die Zuständigkeit für die ältere Generation in Frage: Sollte mehr aus dem Sozialtopf oder mehr aus dem Gesundheitstopf verwendet werden? Umso wichtiger erscheint es, der älteren Generation Angebote zu bieten, mit deren Unterstützung sie ihr Leben eigenständig und gesund führen und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Vor diesem Hintergrund wird auf die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention für die Gesellschaft und die Lebenssituation der Älteren eingegangen. Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden kurz erläutert. Das Hauptaugenmerk liegt im Aufzeigen von Beispielen, die es unserer älteren Generation erlaubt, ein qualitätsvolles und selbstbestimmtes Leben so lange wie möglich zu führen.

2. Gesundheitsförderung und Prävention – eine Begriffsbestimmung

In Anlehnung an die Überlegungen der Salutogenese von Antonovsky (1979) ist anzunehmen, dass jede einzelne Person über interne (z. B. genetische Veranlagung, Immun-, Nerven-, Hormonsystem, Persönlichkeitsstruktur) und externe (z. B. sozioökonomische Lage, Ökologie, Wohnbedingungen, private Lebensform, soziale

Einbindung) Ressourcen verfügt, um ihre jeweilige Gesundheit zu erzeugen, bzw. Widerstand gegen Stressoren im psychosozialen und biochemischen Bereich zu leisten (vgl. Antonovsky 1979, zit. nach Hurrelmann 2000). Dabei steht im Vordergrund, mögliche Belastungen zu senken und Ressourcen zu stärken, unspezifische Interventionen (z. B. Information, Aufklärung, Beratung) aufzuwerten, Kontextbeeinflussung und Partizipation der Betroffenen zu verstärken, Gesundheit als Handlungsziel in eine Vielzahl von Politikbereichen einzubinden (vgl. Kickbusch 2003, Rosenbrock/Kümpers 2006).

Gesundheitsförderung wurde bereits 1986 von der WHO in der Ottawa-Charta aufgenommen und entsprechend als Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen und eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu entwickeln, formuliert¹.

In der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung des 21. Jahrhunderts (WHO 1999) werden als Zielgruppe ausdrücklich Ältere genannt.² In dieser Erklärung kommen explizit soziale Komponenten zur Sprache: Förderung der Selbstsicherheit, Training der Kognition und Mobilität, Bewältigung von Lebenskrisen, reflektierter Umgang mit Einbußen und Förderung der Fähigkeit der Kompensation, soziale Unterstützung, Lebensmut und Austausch mit Gleichgesinnten. In diesen Komponenten ist soziale Altenarbeit besonders gefordert, einen Beitrag zu leisten.

Veränderungen im Alltag sind zentrale Themen in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen (vgl. Spicker/Lang 2011): (1) Soziale Teilhabe (z. B. soziale Netzwerke und Unterstützung, Selbsthilfe, Ehrenamt, lebenslanges Lernen), (2) Seelische Gesundheit (z. B. Empowerment, Depression, Gedächtnis, kognitives Verhalten), (3) Lebensstil (z. B. Ernährung, Bewegung, Sturz- und Unfallprävention).

Prävention und Gesundheitsförderung setzt am Menschen in seiner Ganzheit an: physiologisch, sozial, räumlich. Der physiologische Alterungsprozess soll verlangsamt werden und ein Training der Funktionalität gefördert werden. Potenziale für Prävention in physiologischer Hinsicht sind (vgl. Walter et al. 2006: 29): Herz-Kreislauf-Erkrankung, bestimmte Krebserkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Osteoporose, Atemwegserkrankungen, Inkontinenz, Mundgesundheit, Infektionskrankheiten, Überprüfung von Mehrfach-Medikationen und die Vorbeugung von Pflegefehlern.

Zur Stärkung der Gesundheitspotenziale gehört die Unterstützung zur angemessenen Bewältigung von kritischen Lebensereignissen, das können soziale Krisen (z. B. Tod des Partners oder von Bekannten, Eintritt in den Ruhestand), aber auch sensorische und motorische Einbußen im hohen Alter und die Fähigkeit ihrer Kompensation sein (z. B. Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Hygiene, Bewegung).

Externe Ressourcen beziehen sich auf die Umwelt. „Der Mensch ist immer in räumlich-soziale Kontexte eingebettet“ (Saup 1993: 9). Das menschliche Leben ist ohne Umwelt- oder Raumbezug nicht denkbar. Im Besonderen ist der Alltag im Alter vor allem Wohnalltag. Mit zunehmendem Alter wird der Aktionsradius wieder geringer (vgl. auch Pelizäus-Hoffmeister 2014), umso wichtiger wird die bedürfnisorientierte und risikoarme Gestaltung des Innenraumes. Aufgabenbereiche einer ökologischen Gerontologie sind nach Saup (1993: 30) folgende: (1) Theoretisierung der Wechselbeziehungen zwischen Person und Umwelt, (2) Beschreibung des

raumbezogenen Verhaltens und Erlebens älterer Menschen sowie (3) deren Bedingungsanalyse und (4) das Aufzeigen von Möglichkeiten einer Optimierung von Umweltbedingungen für ältere Menschen.

Umweltrelevante Fähigkeiten werden in den grundlegenden Eigenschaften der Person gesehen, die auf körperliche Gegebenheiten sowie frühere Lernerfahrungen und Übung zurückgeführt, beobachtet oder registriert werden können (z. B. Sehfähigkeit, Hörfähigkeit, taktile Sensitivität, Gehfähigkeit und körperliche Mobilität, sensomotorische Fähigkeiten, Kompensationsmöglichkeiten für Fähigkeitseinbußen).

Der Erwerb von Handlungsoptionen und die tatsächliche Umsetzung in Gesundheitsverhalten werden von spezifischen Kontextbedingungen beeinflusst. Dabei sind die Überlegungen Bourdieus über die unterschiedlichen Formen des Kapitals der Menschen hilfreich. Als gesundheitsrelevante Ressourcen werden das ökonomische (d. s. finanzielle Ressourcen und Eigentum), kulturelle (Normen, Werte, Wissen, praktische Fertigkeiten) und soziale Kapital gesehen. Das soziale Kapital wird definiert als „die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind“ (Bourdieu 1983, zit. nach Abel/Schori 2009: 57). Das Zusammenspiel des Kapitals ermöglicht eine Strukturierung und Erweiterung gesundheitsförderlicher Handlungsspielräume und damit ein Wohlergehen und gesundheitsförderliche Lebensstile. Dazu bedarf es Angebote, um v. a. auch das kulturelle Kapital zu erweitern – Lebenslanges Lernen, aktives und produktives Altern sind angesprochen. Ältere Menschen sind dabei zu unterstützen, die vorhandenen Handlungsspielräume zu gestalten und zu erweitern, soziale Altenarbeit muss mit einbezogen werden (vgl. Aner 2013).

Gesundheitsförderung und Prävention muss in den für die ältere Bevölkerung adäquaten Settings stattfinden, dazu sollen im Folgenden einige Beispiele angeführt werden.

3. Beispiele von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Im Rahmen des ersten Public-Health-Programmes der Europäischen Union wurde von 2006 bis 2008 das Projekt healthPROelderly durchgeführt, in dessen Mittelpunkt die Gesundheitsförderung älterer Menschen stand. Im Rahmen dieses Projektes sollte ein Überblick über den Stand der Forschung geschaffen werden. Weiters sollte von Good-Practice-Beispielen gelernt werden können, Kriterien für eine nachhaltige Umsetzung von Projekten sollten festgemacht werden können, praxisrelevante Empfehlungen wurden erarbeitet (vgl. Lang/Resch 2008). Auf einer Homepage sind die jeweiligen nationalen Berichte und ein Gesamtüberblick über recherchierte Projekte im Bereich Gesundheitsförderung im Alter aufgelistet³.

Schelling und Martin 2008 stellen eine Wechselwirkung von Ressourcenniveau, der Einstellung zum eigenen Alter und dem Wohlbefinden fest. Daher ist es angezeigt, präventive Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung beider Bereiche – Ressourcenniveau und Einstellung zum eigenen Alter – anzubieten, um ein positives Selbstbild und eine positive Selbstbewertung aufrecht zu erhalten bzw. zu entwickeln. Die positive Wirkung von langfristigen und multidimensionalen Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen zeigt sich in einer Verringerung der Pflegebedürftigkeit (vgl. Stuck/Born 2001). Unabhängigkeit im Alter kann gefördert werden, mögliche Ansatzpunkte sind z. B. die Förderung körperlicher

und kognitiver Aktivitäten, Ernährungsverhalten und -angebot und Unfallschutz (etwa Sturzprävention) (vgl. auch Reif et al. 2007).

3.1 Aktive Gesundheitsförderung im Alter – ein Beispiel aus Deutschland⁴

Das Hamburger Modell des Albertinen-Hauses dient als gutes Beispiel für Prävention im Alter in Deutschland (vgl. Meier-Baumgartner et al. 2004, Dapp et al. 2005). Das Projekt wurde im Jahre 2001 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der Max und Ingeburg Herz Stiftung gestartet. Die Durchführung oblag der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, einer wissenschaftlichen Einrichtung an der Universität Hamburg. Das Programm erhielt nach einer Reihe von kleineren Preisen (Innovationspreis für Früherkennung und Prävention der Kaufmännischen Krankenkasse, Parkwohnstift Preis für Gerontologie) im Jahre 2005 den 1. Preis des Deutschen Präventionspreises (vgl. Deutscher Präventionspreis 2005).

Folgende Ziele wurden mit diesem Projekt angestrebt:

- aktive Gesundheitsförderung im Alter mit dem Ziel der Vorbeugung der Pflegebedürftigkeit im hohen Alter, d. h. Neuentstehung von Krankheit und Behinderung zu verhindern;
- enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen;
- die Förderung geriatrischer Kompetenz im ambulanten Bereich, auch geriatrische Netzwerkarbeit (ambulant und stationär);
- Integration von ExpertInnen aus verschiedenen Disziplinen (Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialpädagogik, Ökotrophologie);
- Empowerment der Betroffenen durch Förderung der Eigenverantwortung.

Als Zielgruppe wurde ein Mindestalter für die Teilnahme mit 60 Jahren festgelegt, um tatsächlich präventiv zu wirken. Das ist ein Zeitpunkt, wo für die meisten Personen ein Wechsel von beruflicher Aktivität in den Ruhestand stattfindet oder bevorsteht. Ausschlusskriterien waren: keine bekannte demenzielle Erkrankung, keine Pflegebedürftigkeit im Alltag. Beide Informationen stammen von den niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, über die auch die Zielgruppe erreicht wurde.

Die Vorgehensweise war

- multidimensional: mit den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung und Soziales, der sogenannte (dreiblättrige) „Kleeblatt“-Ansatz;
- interdisziplinär: mit VertreterInnen aus Physiotherapie, Ökotrophologie und Sozialpädagogik, Teamleitung durch Arzt/Ärztin, in der Regel mit geriatrischer Ausbildung;
- verhaltensorientiert: zur Unterstützung der Eigenverantwortung (Empowerment);
- verhältnisorientiert: wohnortnahe Angebote zur Unterstützung der persönlichen Vorhaben, Förderung der Bildung von Netzwerken.

Für die Rekrutierung der TeilnehmerInnen werden standardisierte Verfahren zur Anamnese verwendet, z. B. ein Fragebogen zur Gesundheit. Der Fokus liegt auf gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität und sozialem Netzwerk. Ein Vortragsteil steht am Beginn, anschließend gibt es individuelle Beratungen in Kleingruppenarbeit. Nach ca. zwei Wochen erhalten die TeilnehmerInnen ein individuelles Protokoll über die für sie persönlich erarbeiteten Erkenntnisse und Empfehlungen.

Die Ergebnisse der Evaluierung dieses Projektes verweisen auf eine Nachhaltigkeit der Maßnahme (vgl. Meier-Baumgartner et al. 2004): Durch die Seminare wurden neue Fertigkeiten zu einer gesünderen und aktiven Gestaltung des Alltags erworben. Es kommt zu einer Steigerung der Motivation, zu mehr Selbstständigkeit und Flexibilität im Verhalten. Die Akzeptanz des Projektes war seitens der TeilnehmerInnen hoch. Seitens der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen gab es eine positive Resonanz (Entlastung, Erhöhung der Bereitschaft zu Maßnahmen der sozialen Vorsorge, Vertiefung präventiv-medizinischer und geriatrischer Kenntnisse).

3.2 Präventive Hausbesuche – ein Beispiel aus Dänemark

In Dänemark sind Ältere sehr aktiv und haben viele Wirkungsmöglichkeiten. Dies zeigt sich u. a. in den seit 1996 gesetzlich verankerten Seniorenbeiräten auf Gemeindeebene. Diese haben allerdings lediglich beratende Funktion, sie sind also keine Beschlussorgane. Alle Angelegenheiten, welche die älteren Menschen betreffen (z. B. Bau von SeniorInnenwohnungen, Straßen, der Gemeindehaushalt usw.), müssen dem Seniorenbeirat vorgelegt werden. Zudem gibt es sogenannte Klagebeiräte, die sich mit Beschwerden und Klagen über die hauswirtschaftliche Versorgung der SeniorInnen beschäftigen (vgl. Häkkinen 2000).

Dänemark wird von Schulz (2006), neben Schweden, England und die Niederlande, als Vorbild für ein Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger, auch in Zusammenhang mit Prävention und mobiler Rehabilitation, angeführt. Die Angelegenheiten älterer Menschen sind in der Verantwortung des Staates verankert, finanziell und im Anspruchsrecht auf Unterstützung im Bedarfsfall.

Wohnen ist ein zentrales Lebenslagenmerkmal mit objektiven und subjektiven Aspekten (vgl. auch Saup 1993). Zu erwähnen ist die Bedeutung von Stadt-Land-Unterschieden: auf dem Land durchleben alte Menschen die Erfahrungen und Veränderungen in verzögerter Weise, sehen sich einem schlechteren Angebot an Gütern und Dienstleistungen gegenüber, unterliegen anderen kulturell geprägten Normen als jene in städtischen Räumen. Wohnen birgt auch Gefahren für den Alltag der älteren Menschen.

Das Angebot Präventiver Hausbesuche in Dänemark setzt im Setting Wohnen an. Erfahrungen gibt es auch in der Schweiz und in Deutschland. Stuck und Born (2001) weisen auf eine beobachtete Reduktion von Pflegebedürftigkeit und Pflegeheimweisungen aufgrund präventiver Hausbesuche in der Schweiz hin.

In Dänemark müssen seit dem Jahre 1996 die Gemeinden laut Gesetz allen über 80-Jährigen – im Jahr 1998 erfolgte eine Herabsetzung dieser Altersgrenze auf 75 Jahre – zwei Hausbesuche jährlich anbieten (vgl. Häkkinen 2000, Platz/Brodhurst 2001). Seit Mai 2005 werden von den Sozialdiensten bereits betreute Haushalte nicht mehr bei den präventiven Hausbesuchen berücksichtigt, um mehr Zeit für Besuche noch nicht betreuter Haushalte zu haben (vgl. Hendriksen/Vass 2005). Die Älteren

entscheiden grundsätzlich selber über die Inanspruchnahme der Besuche, bisherige Erfahrungen sind sehr positiv. Die Statistik zeigt, dass 30% der Älteren diese Hausbesuche angenommen haben (vgl. Häkkinen 2000), Hendriksen und Vass (2005) nennen eine Quote von 60%. Im Jahr 2006 wurde vertraglich festgelegt, dass Niedergelassene Ärzte gebrechliche ältere Personen präventiv besuchen dürfen (vgl. Vass et al. 2006).

Die Hausbesuche werden von geschultem Personal in den kommunalen Sozial- und Gesundheitsdiensten (Krankenpflegekräfte, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen) durchgeführt. Vorrangiges Ziel der Hausbesuche ist die funktionale Mobilität der älteren Personen zu erhalten (vgl. Hendriksen/Vass 2005).

Die Gespräche bei den Hausbesuchen beinhalten die Aktivitäten des täglichen Lebens, das soziale Netz, Wohnen, Umbaumaßnahmen, Hilfsmittel, Haushalt und Wohlbefinden. Neben der Abschätzung des Hilfebedarfs der alten Menschen werden Informationen über die Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten gegeben. Ein Krankenhausaufenthalt oder eine Einweisung in andere stationäre Institutionen kann damit nachweislich verhindert bzw. reduziert werden (vgl. Häkkinen 2000, Hendriksen/Vass 2005).

Das soziale Netzwerk soll erhalten und gestärkt werden, über lokale Aktivitäten und Angebote wird informiert. Ideen werden entwickelt, wie die SeniorInnen (verstärkt) in Aktivitäten der Kommune eingebunden werden können.

3.3 Die Situation in Österreich – eine exemplarische Darstellung

Gesundheitsförderung und Vorsorge sind in Österreich in der Gesundheitsreform 2005 verankert. Bemühungen, Gesundheitsförderung und Prävention in die öffentliche Diskussion zu rücken, sind zu beobachten: Etwa in der Festlegung von drei themenspezifischen Schwerpunkten des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) im Dreijahresprogramm 2003 bis 2005. Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit werden berücksichtigt und für drei Zielgruppen besonders forciert: Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich, Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben und ältere Menschen im ländlichen und städtischen Raum (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2006).

In Österreich wird das Konzept der Ottawa Charta als subsidiäres Handlungsprinzip aufgegriffen, die Umsetzung erfolgt vorwiegend im Rahmen regionaler Strukturentwicklung. Mitte der 1990er Jahre lag der Schwerpunkt des Feldes Gesundheitsförderung in folgenden Punkten (vgl. Scharinger/Reis-Klingspiel 2005):

- Verstärkung des Aufbaus von Setting-orientierten Netzwerken;
- bundesweiter Aufbau von Aufgabenbereichen wie Information, Vernetzung und Qualitätssicherung;
- Entwicklung von Aus- und Fortbildungsprogrammen.

Impulsgeber für die Förderung von Projekten für Gesundheitsförderung und Primärprävention mit ganzheitlichem Gesundheitsbegriff war das Gesundheitsförderungsgesetz von 1998. Als zentrale Förderungs- und Fortbildungsstelle für Gesundheitsförderung gilt der Fonds Gesundes Österreich

(FGÖ). Daneben gibt es ein Forum der österreichischen Umsetzungsorganisationen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreise – aks austria). Als zentrale Handlungsfelder für Gesundheitsförderung wurden das Setting Schule und die Betriebliche Gesundheitsförderung definiert. Österreich ist an den WHO- bzw. EU-Netzwerken der Gesunden Städte, der Gesundheitsfördernden Schulen und Gesundheitsfördernden Krankenhäuser beteiligt. Es ist in Österreich also einiges an Gesundheitsförderung und Prävention passiert, allerdings fehlt es an gemeinsamen Zielen, an einem abgestimmten Vorgehen und dem politischen Willen: „Es fehlt an Capacity Building“ (Scharinger/Reis-Klingspiel 2005: 31).

In dem an obiger Stelle genannten EU Projekt healthPROelderly sind aus einer Vielzahl an Projekten drei als gute Beispiele ausgewählt worden: „Aktiv ins Alter“, „Lebensqualität im Alter“ und „Anders altern in Radenthein“ (vgl. Resch/Lang 2008). Diese Beispiele werden im Folgenden vorgestellt.

Das Projekt **„Aktiv ins Alter“ in Wien** baut auf die WHO Programmatik „Investitionen für die Gesundheit“ auf. Ziel ist, durch aufsuchende Aktivierung die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern. Von Juli 2003 bis Juni 2005 wurden in drei ausgewählten Wohngebieten Initiativen zur Verbesserung der Lebensqualität gesetzt. Zielgruppe waren Personen zwischen 55 und 80 Jahren. An sie ging das Angebot für einen Hausbesuch, um Aktivierungsprozesse in Gang zu setzen. In einer Befragung werden Ressourcen für Aktivitäten aufgedeckt, Barrieren und Hindernisse erkannt. Im Fokus stehen insbesondere sozial isolierte Gruppen in strukturschwächeren Stadtregionen (zurück gezogen lebende, vereinsamte Personen, Angehörige von gesellschaftlich benachteiligten und einkommensschwächeren Schichten und ältere MigrantInnen). Inhalte der Befragung sind: Wohnen und Lebensverhältnisse, Lebensführung im Alter, Aktivitäten, soziales Netzwerk, gesundheitliche Situation, Lebensqualität und Lebenssituation älterer MigrantInnen. Es werden vier Handlungsansätze verfolgt: Aktivitätsansatz, ganzheitlicher Ansatz, Diversitätenansatz und sozialräumlicher Ansatz. Die Rückmeldungen der involvierten Personen sind sehr positiv. Drei Viertel der Befragten nehmen sich vor, die Aktivitäten weiterhin zu betreiben, v. a. der Kontakt zu Anderen ist wichtig geworden (vgl. Reinprecht et al. 2005).

Das Projekt **„Lebensqualität im Alter – LIMA“** beinhaltet ein Trainingsprogramm zur Förderung von Gedächtnis, Bewegung, Alltagsfähigkeiten und Lebenssinn für Personen ab 55 Jahren. Das Programm soll dazu beitragen, die Gesundheit zu erhalten, die Selbstständigkeit zu fördern, die Beziehungsfähigkeit zu erweitern und das eigene Älterwerden sinnvoll zu gestalten. Themen im Training für alltagsbezogene Fähigkeiten können sein: Veränderungen im Alter, Wohnen im Alter, Ernährung, soziale Kontakte und Information über regionale Angebote und Hilfsdienste. Räumlichkeiten der Pfarren, der Caritas, Seniorenzentren oder Tageszentren werden für die Abhaltung der Trainings genutzt. Ziel ist einerseits, TrainerInnen auszubilden (meist Frauen), die in weiterer Folge Trainings für ältere Personen anbieten, mit einer Teilnehmerzahl von 10 bis 20 Personen. LIMA wird in vielen Gemeinden angeboten, ein Hol- und Heimbringerdienst (durch Zivildienstler oder durch die TrainerInnen selbst) gewährleistet die Berücksichtigung von weniger mobilen Personen. Basis von LIMA sind die Erfahrungen in Deutschland mit dem Programm SIMA – Selbstständigkeit im Alter. Hier werden Gedächtnis- und Psychomotoriktrainings angeboten, mit dem Ergebnis dass sich die Selbstständigkeit

der Älteren nachweislich im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verbessert hat (vgl. Resch/Lang 2008).

Im Projekt „**Anders altern in Radenthein**“ stehen folgende Ziele im Mittelpunkt: Auseinandersetzung mit dem eigenen Alt-Sein, Stärkung des Selbstbewusstseins, soziale Einbindung, Mitbestimmung und -gestaltung und öffentliche Sensibilisierung zum Alt-Sein. Es werden Maßnahmen zur Entwicklung, Aufbau und Verankerung von gesundheitsfördernder Tagesbetreuung, zur gesundheitsförderlichen Tagesstrukturierung und Tageszentren als Ort der Generationenbegegnung geschaffen. Das Angebot der Tagesbetreuung mit gesundheitsbezogenen Aktivitäten wird von der gemeinnützigen Altenbetreuungs & Pflege GmbH weiterhin angeboten. Das Thema Gesundheitsförderung im Alter hat eine politische Verankerung in der Gemeinde Radenthein, etwa in Form der Installierung eines Seniorenbeirates in der Gemeinde (vgl. Burgstaller et al. 2006). Ergebnisse einer externen Evaluierung bestätigen die Nachhaltigkeit der Angebote. Die Zielgruppen konnten gesundheitsfördernde Kompetenzen entwickeln (vgl. Buchinger et al. 2006).

In Vorarlberg wird das Hamburger „**Kleeblatt**“ als ganzheitliches Gesundheitsprogramm für SeniorInnen in den Gemeinden angeboten (vgl. Mayrhofer 2008⁵). Zielgruppe sind selbstständig lebende mobile Menschen ab dem 60. Lebensjahr, die unter Bewegungsmangel leiden, mit leichten Beschwerden am Bewegungsapparat, schlechter Herz-Kreislauleistung oder mangelnden Stressmanagementtechniken. Die Maßnahmen umfassen eine Lebensstilanalyse und Empfehlungen für Bewegung (Kraft, Ausdauer und Geschicklichkeit), Ernährung (Motivation für gesunde Ernährung), der soziale Bereich (Unabhängigkeit, geistige Fähigkeit, Beziehungen, Freizeit und Ehrenamt) und medizinische Vorsorge (Vorsorgeuntersuchung und Impfung) – unter Berücksichtigung der bereits vorliegenden Angebote in den jeweiligen Gemeinden. Die Veranstaltung findet in Form von Kursen statt, mit dem Titel „Fit und gesund ins Alter mit dem ‚Kleeblatt‘“ unter der Kategorie Wohlbefinden, die Veranstaltungsorte variieren⁶.

4. Abschließende Bemerkung

Aus der umfassenden Literatur zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Alter ist zu lesen: Es gibt großes unausgeschöpftes Potenzial für Prävention im Alter. Politische EntscheidungsträgerInnen müssen dieses Faktum wahrnehmen und Rahmenbedingungen (politische, gesetzliche und finanzielle) für eine Umsetzung der Konzepte schaffen. Führende Einrichtungen im Gesundheitswesen, SozialversicherungsträgerInnen sowie Akteurinnen und Akteure auf Landesebene und auf kommunaler Ebene sind aufgerufen, Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung im Alter zu tätigen. Es tun sich einige Felder für soziale Altenarbeit dabei auf: offene Altenarbeit zur Förderung der Integration des alten Menschen in das Gemeinwesen, Unterstützung der familiären und nachbarschaftlichen Netzwerke bei der Organisation häuslicher Betreuungsarrangements und Sozialdienst in stationären Einrichtungen (Krankenhaus und Altenheime) (vgl. Karl 2009).

Es gibt Handlungsbedarf: „Nicht zuletzt müssen Wissensdefizite zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter bei politischen und fachlichen Entscheidungsträgern sowie Leistungserbringern im Gesundheitswesen ausgeglichen werden“ (Walter et al. 2006: 37). Helfferich (2008) zitiert in diesem Zusammenhang Rita Süßmuth: Der

demographische Wandel birgt viele Herausforderungen in sich und „statt Katastrophenszenarios brauchen wir Gestaltungsszenarios“ (Süßmuth 2006, zit. nach Helfferich 2008: 44). Denn eines ist unbestritten: Alle Beteiligten (die älteren Menschen selbst und ihre Angehörigen, LeistungserbringerInnen im Gesundheits- und Sozialwesen, politische EntscheidungsträgerInnen) werden letztendlich NutznießerInnen der Ergebnisse von Prävention und Gesundheitsförderung sein.

Die Chancen von Gesundheitsförderung und Prävention liegen im Sichtbar-Machen der Situation von älteren Menschen. Die unmittelbare, gewohnte Lebenswelt der Älteren steht im Vordergrund. Oft sind nur kleine Veränderungen des Umfeldes notwendig, die aber große Wirkung haben können. Durch den direkten Kontakt mit den älteren Personen kann das soziale Umfeld in die Anamnese mit einbezogen werden. Soziale Isolation wird erkannt, Anregungen zur Integration in unterschiedliche Gruppen können überlegt werden. Die Schaffung von Netzwerken für Ältere – mit sozialen Aspekten, Förderung der Mobilität, auch zur Weiterbildung – beugt einer Isolierung vor. Soziale Kontakte wirken auf das Wohlbefinden und somit auf die Gesundheit (z. B. soziale und geistige Aktivitäten zur Verhinderung von Demenz). Eine ehrenamtliche Organisation von Hilfe und Unterstützung im vierten Lebensalter ist möglich (z. B. Selbsthilfegruppen und Nachbarschaftshilfe). Gute Beispiele sind in einer Informationsschrift des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Deutschland aufgelistet.⁷

Ein Umdenken in der Werthaltung gegenüber Älteren – weg vom Defizitdenken, hin zur Integration im Alltag – muss stattfinden. Alternative Wohnkonzepte mit einer Durchmischung der Generationen und eine Partizipation der Älteren in den Planungs- und Entscheidungsprozessen können Ansätze dafür sein.

Die Beispiele zeigen: Es sind oftmals nur kleine Veränderungen in den bestehenden Strukturen vorzunehmen. Im ersten Schritt entstehen Kosten der Implementierung der Maßnahmen. Auf längere Sicht führen Präventivmaßnahmen zu einer Kostendämpfung in der Betreuung und Pflege von Älteren und sind als wesentlicher Beitrag zur längeren Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit und damit zu einer längeren Lebenszeit mit höherer Lebensqualität zu sehen. Eine derartige Zielsetzung sollte auf jeden Fall gesellschaftspolitisch außer Streit stehen.

Verweise

¹ <http://www.euro.who.int>

² http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf

³ <http://www.healthproelderly.com/>

⁴ Die Beispiele für Deutschland und Dänemark wurden in einer Arbeit von Buchegger und Buchegger-Traxler (2007) näher betrachtet.

⁵ vgl. http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/10-osterreichische-praeventionstagung-zum-thema-201eherz-kreislauf-gesundheit201c/WS_5_Mayerhofer_081114.pdf

⁶ siehe <http://www.aks.or.at/kurse>

⁷ z. B.: freiwilliges Engagement (Vorlese-Omas, Lernnetzwerke, Oldie-Computer-Club), Seniorentreffs, Seniorennachmittage, Nachbarschaftshilfe und Freizeitangebote (Schwimmen)

Literatur

- Abel, Thomas / Schori, Dominik (2009): Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 2, 34. Jg., S. 48-64.
- Aner, Kirsten (2013): Kritische Gerontologie und Soziale Altenarbeit im aktivierenden Staat. In: Hünersdorf, Bettina / Hartmann, Jutta (Hg.): Was ist und wozu betreiben wir Kritik in der Sozialen Arbeit? Disziplinäre und interdisziplinäre Diskurse. Wiesbaden: Springer VS, S. 303-316.
- Buchegger, Reiner / Buchegger-Traxler, Anita (2007): Ermittlung der Kosten eines verstärkten Paradigmenwechsels in der Altenhilfe Oberösterreich. Unveröffentlichter Forschungsbericht im Auftrag von Amt der OÖ Landesregierung. Linz: Sozialabteilung.
- Buchegger-Traxler, Anita (2009): Gesundheitsförderung und Prävention im Alter – einige europäische Beispiele. Masterthese im Rahmen des postgradualen Universitätslehrganges „Public Health and Health Systems Management“ der Johannes Kepler Universität, Linz.
- Buchinger, Birgit / Gschwandtner, Ulrike / Marchner, Günther (2006): Evaluierung: Anders altern in Radenthein – Gesundheitsförderung im Alter. Salzburg.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.) (2012): Sozialbericht 2011-2012. Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Wien. <https://broschuerenservice.bmask.gv.at>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006): Gesundheitsbericht 2006. Wien.
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hg.) (2008): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien. http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/hochaltrigen_bericht_ende1.pdf [06.08.2009].
- Deutscher Präventionspreis (Hg.) (2005): Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50 plus). Die Preisträger und Nominierten. Köln.
- Burgstaller, Barbara / Bauer, Monika / Krenn, Ines (2006): Endbericht zum Projekt „Anders altern in Radenthein – Gesundheitsförderung im Alter“. http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte/FgoeProject_132834/746901 [07.08.2009].
- Dapp, Ulrike / Anders, Jennifer / Renteln-Kruse, Wolfgang von / Meier-Baumgartner, Hans Peter (2005): Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. In: Journal of Public Health, Vol. 13, No 3, S. 122-127.
- Evers, Adalbert / Leichsenring, Kai / Marin, Bernd (Hg.) (1994): Die Zukunft des Alterns. Sozialpolitik für das Dritte Lebensalter. Schriftenreihe „Soziales Europa“. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Häkkinen, Hannele (2000): Altenhilfe in Dänemark und Finnland am Beispiel präventiver Hausbesuche in Dänemark und einem Servicehaus in Finnland. In: Walter, Ulla / Altgeld, Thomas (Hg.): Altern im ländlichen Raum. Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 173-188.
- Helfferich, Cornelia (2008): Alles beim Alten? Wie der demografische Wandel Lebenslaufmuster von Frauen und Männern morgen und das Alter übermorgen beeinflusst. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 31-45.
- Hendriksen, Carsten / Vass, Mikkel (2005): Preventive home visits to elderly people in Denmark. In: European Journal of Health Economics, vol 38, Supplement 1, i31-i33, September.
- Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Karl, Fred (2009): Einführung in die Generationen- und Altenarbeit. Opladen/Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Kickbusch, Ilona (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm / Badura, Bernhard / Busse, Reinhard / Leidl, Reiner / Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Walter, Ulla (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Jena: Urban & Fischer, S. 181-189.
- Lang, Gert / Resch, Katharina (2008): 33 European Best-Practice Projects: A Case-Study Evaluation of Health Promotion for Older People. Wien: Research Institute of the Red Cross.

- Lutz, Ronald (2008): Perspektiven der Sozialen Arbeit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 2008, 12-13, S. 3-10.
- Meier-Baumgartner, Hans Peter / Dapp, Ulrike / Anders, Jennifer (2004): Aktive Gesundheitsförderung im Alter: ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pelizäus-Hoffmeister, Helga (2014): Gesellschaftliche Teilhabe Älterer durch Alltagsmobilität. In: Forum: Qualitative Sozialforschung, 15 (1), Art. 11, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2021/3611> [04.01.2014].
- Platz, Merete / Brodhurst, Sally (2001): Denmark. In: Blackman, Tim / Brodhurst, Sally / Convery Janet (Hg.): Social Care and Social Exclusion – A Comparative Study of Older People's Care in Europe. Hampshire: Palgrave, S. 42-54.
- Reif, Martin / Birgmann, Richard / Palk, Daniela / Peböck, Markus (2007): Gesundheitsbericht Senioren in Oberösterreich. Linz.
- Reinprecht, Christoph / Donat, Lisa / Kienzl-Plochberger, Karin (2005): Aktiv ins Alter. Forschungsbericht, Ergebnisse der Begleitforschung WHO Projekt „Investition in die Gesundheit älterer Menschen“, Wien, http://www.wiso.or.at/pdf/Begleitforschung_AktivinsAlter_Endbericht.pdf [12.08.2009].
- Resch, Katharina / Lang, Gert (2008): National Evaluation Report – Austria. Wien: HealthPROelderly.
- Rosenbrock, Rolf / Kümpers, Susanne (2006): Die Public Health Perspektive. Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. In: Wendt, Claus / Wolf, Christof (Hg.): Soziologie der Gesundheit. Sonderheft 46 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Saup, Winfried (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Scharinger, Christian / Reis-Klingspiel, Karin (2005): Gesundheitsförderung in Österreich 1995 bis 2005: Im Zeichen der Professionalisierung. In: Sprenger, Martin (Hg.): Public Health in Österreich und Europa. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 27-31.
- Schelling, Hans Rudolf / Martin, Milke (2008): Einstellungen zum eigenen Altern: eine Alters- oder eine Ressourcenfrage? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 41, S. 38-50.
- Schulz, Michael (2006): Ergebnisorientierte Evaluation ambulanter (Mobiler) Rehabilitation. Ein Beitrag zur pflege- und rehabilitationswissenschaftlichen Methodenentwicklung und zur qualitätssichernden Entscheidung im Gesundheitswesen. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 5. Jg./2.
- Spicker, Ingrid / Lang, Gert (2011): Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen (Wissen 4). Wien: GÖG/FGÖ, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.
- Stuck, Andreas / Born, Stefan (2001): Gesundheitsförderung im Alter: Das Projekt SOIPRA. In: Managed Care 2, S. 28-31.
- Vass, Mikkel / Avlund, Kirsten / Hendriksen, Carsten / Holmberg, Rasmus / Nielsen, Henrik Fiil (2006): Older people and preventive home visits. AgeForum.
- Walter, Ulla / Flick, Uwe / Neuber, Anke / Fischer, Claudia / Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2006): Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. Aus der Reihe: Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 11. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walter, Ulla / Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Prävention. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm / Badura, Bernhard / Busse, Reinhard / Leidl, Reiner / Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Walter, Ulla (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Jena: Urban & Fischer, S. 189-214.
- WHO World Health Organisation (1999): Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6, Kopenhagen.

Weitere Internetquellen

<http://www.euro.who.int>

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf

<http://www.healthproelderly.com/>

<http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/10-osterreichische-praeventionstagung-zum-thema-201eherz-kreislauf-gesundheit201c/WS 5 Mayerhofer 081114.pdf>

Über die Autorin



Dr.ⁱⁿ Anita Buchegger-Traxler, MPH, Jg. 1965

anita.buchegger-traxler@jku.at

Soziologin, Master of Public Health

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Johannes Kepler Universität Linz, Abteilung für Pädagogik und Pädagogische Psychologie.

Arbeitsschwerpunkte: Alterssoziologie, Familiensoziologie, Gesundheitssoziologie, Methoden empirischer Sozialforschung

Lehrtätigkeit an der Johannes Kepler Universität Linz, FH OÖ Studienbetriebs GmbH (Studiengang Soziale Arbeit), FH Gesundheitsberufe OÖ (Bachelorstudiengang Ergotherapie, Master-Lehrgang Hochschuldidaktik für Gesundheitsberufe)

<http://paedpsych.jk.uni-linz.ac.at/mitarbeiter/buchegger-traxler.shtml>

Abstract

Gesellschaftliche und demographische Entwicklungen machen es notwendig, sich mit der Lebenssituation und Lebensqualität im Alter auseinander zu setzen. In diesem Zusammenhang bieten die Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention wertvolle Ideen für die Erhaltung bzw. Verbesserung eines selbstbestimmten Lebens im Alter. Der Beitrag stellt einige bereits praktisch erprobte Beispiele dazu vor.

Social and demographic developments require giving some thoughts to the health situation and the quality of life of the elderly. Health promotion and prevention are approaches which offer some interesting ideas for maintenance and improvement of a self-determined life in old age. In this essay some best practice solutions will be presented.