



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die Rolle von Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung
- unter spezifischer Berücksichtigung von SeniorInnen

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Verfasserin / Verfasser:	Lisa-Maria WAGNER
Matrikel-Nummer:	0106709
Studienrichtung /Studienzweig (lt. Studienblatt):	A474 Diplomstudium Ernährungswissenschaften UniStG
Betreuerin / Betreuer:	Ass. Prof., Dr. Petra RUST

Wien, im Februar 2010

Danke ...

Mein Dank gilt allen Menschen, die mich auf meinem bisherigen Lebensweg begleitet haben. Sie alle haben dazu beigetragen, dass ich an diesem Punkt angekommen bin.

Ich möchte mich ganz besonders bei meinen Eltern Brigitta und Johannes sowie meiner Schwester Marie-Therese bedanken, die mich mit ihrer bedingungslosen Liebe bereits ein Leben lang in allem unterstützen und mir zur Seite stehen. Ebenso möchte ich meiner Nichte Lena für die Freude danken, die sie mir jeden Tag in mein Leben bringt.

Ein ganz spezielles Dankeschön gebührt meinem Freund Markus, der mich zu einem Ganzen vervollständigt und durch dessen Liebe ich noch besser alle Höhen und Tiefen beim Verfassen dieser Arbeit, aber vor allem des Lebens, meistere.

Weiters möchte ich Chri, Lisi und Martina für ihre Freundschaft danken – sie sind mir auch abseits vom Studium sehr ans Herzen gewachsen und bereichern mein Leben.

Für ihren Beistand möchte ich auch Elisabeth Höld danken. Nicht nur ihr fachliches Wissen und ihre allzeit prompte Hilfe haben zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Bei Petra Rust möchte ich mich schließlich für diese „CHANCE“ bedanken. Es war eine Freude an diesem Projekt mitarbeiten und so viele Einblicke gewinnen zu dürfen. Vielen Dank für die umfangreiche Unterstützung!

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VI
1 Einleitung und Fragestellung	1
2 Literaturübersicht	3
2.1 Community Health Management	3
2.1.1 Definition	3
2.1.2 Der Wegbereiter – „Primäre Gesundheitsversorgung“	3
2.1.3 Hauptmerkmale von Community Health Management	5
2.1.4 Anforderungen an Community Health Management.....	6
2.2 Community Setting	6
2.2.1 Definition Setting	6
2.2.2 Definition Community	9
2.2.3 Community Setting	11
2.2.3.1 Bedeutung von Community Setting.....	12
2.2.3.2 Aufgaben des Community Setting.....	13
2.2.3.3 Vor- und Nachteile des Community Settings.....	14
2.3 Multiplikatoren	14
2.3.1 Definition	14
2.3.2 Auswahl von Multiplikatoren	16
2.3.3 Vor- und Nachteile des Einsatzes von Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung	17
2.3.4 Ausbildung der Multiplikatoren	17
2.3.5 Peer Involvement.....	18
2.4 Gesundheit	20
2.4.1 Allgemeine Definition.....	20
2.4.2 Definition – Weltgesundheitsorganisation WHO	20
2.4.3 Vier Leitvorstellungen zu Gesundheit und Krankheit.....	21
2.4.4 Vier Konzepte zu Gesundheit.....	23

2.4.5	Verständnis von Gesundheit	26
2.4.6	Einflüsse auf die Gesundheit.....	27
2.4.6.1	Soziale Schichtzugehörigkeit als Einflussfaktor auf die Gesundheit.....	28
2.4.6.2	Einkommen als Einflussfaktor auf die Gesundheit	29
2.4.6.3	Wohnverhältnisse als Einflussfaktor auf die Gesundheit.....	30
2.4.6.4	Arbeit als Einflussfaktor auf die Gesundheit.....	30
2.5	Gesundheitsförderung	31
2.5.1	Definition	31
2.5.2	Geschichte der Gesundheitsförderung	32
2.5.3	Akteure, Zielgruppen und Voraussetzungen der Gesundheits- förderung	33
2.5.4	Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung	34
2.5.5	Maßnahmen der Gesundheitsförderung.....	37
2.5.6	Erfolge der Gesundheitsförderung	38
2.5.7	Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert....	38
2.6	Gesundheitsförderung in Österreich.....	39
2.6.1	Geschichte der Gesundheitsförderung in Österreich.....	39
2.6.2	Österreichisches Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)	39
2.6.3	Fonds Gesundes Österreich.....	41
2.7	Gesundheitsförderung im Alter	42
2.7.1	Biologische und psychologische Veränderungen im Laufe des Lebens.....	42
2.7.2	Gesundheitsbegriff im Alter	43
2.7.3	Zusammenhang Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	44
2.7.4	Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter.....	45
2.7.5	Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung im Alter.....	45
2.7.6	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Alter.....	46
2.7.6.1	Ernährungsverhalten	46
2.7.6.2	Körperliche Aktivität.....	47
2.7.6.3	Kognitive Aktivität	48
2.7.6.4	Abbau sozialer Ungleichheit.....	49

2.8	Aktiv ins Alter	50
2.8.1	WHO Gesunde Städte	50
2.8.1.1	Definition	50
2.8.1.2	Das Gesunde Städte Programm	50
2.8.1.3	Gesundes Altern.....	51
2.8.2	Aktiv ins Alter – Projektbericht	52
2.8.2.1	Projektablauf	52
2.8.2.2	Aktives Altern	53
2.8.2.3	Ziele	53
2.8.2.4	Zielgruppen	54
2.8.2.5	Zielgebiete.....	55
2.8.2.6	ProjektmitarbeiterInnen	55
2.8.2.7	Methoden	56
2.8.2.8	Ergebnisse	58
2.8.2.9	Fazit	60
3	Material und Methoden	61
3.1	CHANCE – Beschreibung des Projektes	61
3.1.1	Partneruniversitäten	61
3.1.2	Hypothese	61
3.1.3	Allgemeine Ziele	61
3.1.4	Ziele auf EU-Ebene	62
3.1.5	Zielgruppe	62
3.1.6	Zeitplan des Projektes	63
3.1.7	Angewandte Methoden.....	63
3.1.8	Zielgebiet Wien Simmering, Schneiderviertel	63
3.2	CHANCE – quantitativer Fragebogen der Ersterhebung	65
3.2.1	Akquirierung der Teilnehmer	65
3.2.2	Untersuchungszeitraum und Stichprobenumfang.....	65
3.2.3	Aufbau des Fragebogens	66
3.3	CHANCE – quantitative Fragebögen der Interventionsphase.....	69
3.3.1	Teilnehmer der Veranstaltungen	69
3.3.2	Nicht-Teilnehmer der Veranstaltungen	70

3.4	CHANCE – statistische Auswertung.....	71
3.4.1	Auswertungsmethoden.....	71
4	Ergebnisse und Diskussion	73
4.1	Ergebnisse aus dem Fragebogen der Ersterhebung	73
4.1.1	Stichprobe	73
4.1.2	Gesundheitsinformation	80
4.1.3	Leben im Stadtteil.....	85
4.1.4	Ernährungsverhalten	89
4.1.5	Dinge des täglichen Lebens	101
4.1.6	Gesundheitsverhalten	101
4.1.7	Gesundheitswissen	106
4.1.8	Allgemeine Aussagen - Soziales	108
4.2	Ergebnisse aus den Fragebögen der Interventionsphase	110
4.2.1	Stichprobe	110
4.2.2	Gesundheit	113
4.2.3	Gesundheitsfördernde Veranstaltungen.....	115
4.3	Bedürfnisse für eine optimale Gesundheitsförderung.....	118
4.3.1	Gesundheitsfördernde Themen und Informationen	118
4.3.2	Gesundheitsfördernde Angebote.....	120
4.3.3	Gesundheitsfördernde Maßnahmen.....	121
4.3.4	Gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen.....	122
4.3.5	Gesundheitsfördernde Infrastruktur	123
4.4	Multiplikatoren für eine optimale Gesundheitsförderung.....	123
4.5	Leitlinie zur optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen.....	125
4.5.1	Politische Rahmenbedingungen.....	125
4.5.2	Fragestellungen vor dem Projekt.....	126
4.5.3	Ziele	127
4.5.4	Ansätze	127
4.5.5	Finanzierungsbeitrag.....	129
4.5.6	Schwerpunkte.....	130
4.5.7	Multiplikatoren	131
4.5.7.1	Tätigkeitsbereich „Ernährung“	131

4.5.7.2	Tätigkeitsbereich „Bewegung“	132
4.5.7.3	Tätigkeitsbereich „Soziales“	132
4.5.7.4	Ausbildung Multiplikatoren	133
4.5.8	Laien als Multiplikatoren	134
4.5.9	Teilnahme an der optimalen Gesundheitsförderung	135
4.5.10	Ablauf und Durchführung	136
4.5.10.1	Ort	136
4.5.10.2	Form	137
4.5.10.3	Didaktik	139
4.5.11	Beispiel Bewegte Apotheke	140
4.5.11.1	Ziel	141
4.5.11.2	Zielgruppe	141
4.5.11.3	Durchführung	141
4.5.11.4	Nachhaltigkeit	142
4.6	Materialien für die optimale Gesundheitsförderung	144
4.6.1	Präsentation	144
4.6.2	Folder und Poster	144
4.6.3	Rezeptblätter	144
4.6.4	Kalender	145
5	Schlussbetrachtung	146
6	Zusammenfassung	151
7	Summary	153
8	Literaturverzeichnis	155
9	Anhang – diverse Materialien, Fragebögen	173

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Multiplikatoren und Mediatoren in der Gesundheitsaufklärung	15
Abbildung 2: Multiplikatoren vervielfältigen Botschaften	16
Abbildung 3: Systematik von Peer-Involvement-Ansätzen.....	19
Abbildung 4: SeniorInnen - Verteilung der Altersgruppen	73
Abbildung 5: SeniorInnen - Verteilung der Geschlechter in Altersgruppen	74
Abbildung 6: Klassifizierung des BMI nach Kriterien der WHO.....	79
Abbildung 7: SeniorInnen - Verteilung der Geschlechter in Altersgruppen	102
Abbildung 8: Schwerpunkte der optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen durch Multiplikatoren.....	130

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: SeniorInnen - Geburtsland der Mutter	75
Tabelle 2: SeniorInnen – Geburtsland des Vaters	75
Tabelle 3: Höchster Schulabschluss – Vergleich zwischen SeniorInnen und Erwachsenen.....	77
Tabelle 4: Anzahl der SeniorInnen mit Unter-, Normal-, Übergewicht bzw. Adipositas	80
Tabelle 5: Wichtigste Quellen für Gesundheitsinformationen im Vergleich.....	83
Tabelle 6: SeniorInnen (Interventionsphase)- höchster Schulabschluss	112
Tabelle 7: SeniorInnen (Interventionsphase) - wichtigste Quellen von Gesundheitsinformationen.....	113
Tabelle 8: Hindernisse und dazugehörige Lösungsansätze.....	136

1 Einleitung und Fragestellung

„Die Gabe guter Gesundheit ist das größte Geschenk.“ [‘ABDU’L BAHÀ, 2003]

Um sich guter Gesundheit zu erfreuen ist es nie zu spät. Nie zu spät um Gesundheit zu fördern und Verhalten zu ändern. Aus diesem Grund spielen Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung, gerade auch bei SeniorInnen, eine wichtige Rolle.

Diese Altersgruppe stellt aufgrund der Wandlung der Bevölkerungsstruktur in den letzten Jahren einen beachtlichen Teil unserer Gesellschaft dar. In Österreich sind 2009 bereits 21,50 % [STATISTIK AUSTRIA, 2009] der Bevölkerung über 61 Jahre alt.

Neben der Lebenserwartung hat sich im Laufe der Zeit auch die Erwartung an den letzten Lebensabschnitt verändert. SeniorInnen möchten sich auch in dieser Phase guter Gesundheit erfreuen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft spielen. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass Aktivität im Alter die Lebenserwartung steigern kann, auch wenn dieses Potential der Gesundheitsförderung bisher eher unterbewertet blieb.

Durch den Einsatz von Multiplikatoren und geeigneten Maßnahmen kann dieses Potential noch besser ausgeschöpft werden. Einen angebrachten Handlungsrahmen bieten dabei sowohl persönliche Faktoren wie Lebensstil, Gesundheitsverhalten und Bewältigung von Belastungen als auch Faktoren der Umwelt wie Wohnungsgestaltung und Infrastruktur. Diese Einflüsse sind vor allem im „sozialen Wohnumfeld – Community Setting“ zu finden.

Schritte für ein aktives und gesundes Leben – auch im Alter – sollten nicht mehr als Aufwand sondern als wichtige Erfordernisse angesehen werden.

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit widmet sich den mit Gesundheit und Gesundheitsförderung verbundenen Theorien und Ansätzen. Hier soll ein umfassender Überblick geschaffen werden – von „Community Health

Management“, „Community Setting“ über „Multiplikatoren“, „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ werden die wichtigsten Begriffe sowie ein Praxisbeispiel im Zusammenhang mit SeniorInnen näher beleuchtet.

Der empirische Teil der Arbeit befasst sich mit dem EU – geförderten Projekt „CHANCE – Community Health Management to Enhance Behaviour“. Hier wird angenommen, dass die Gemeindestruktur das Wissen hinsichtlich eines gesunden Lebensstils sowie dessen Umsetzung im täglichen Leben beeinflusst.

Ziel dieser Arbeit ist es, folgende drei Fragen umfassend zu klären. Erstens sollen die Bedürfnisse der SeniorInnen hinsichtlich einer optimalen Gesundheitsförderung ermittelt werden. Als Grundlage dafür dienen die Ergebnisse, die im Rahmen des Projektes „CHANCE“ erfasst wurden. Weiters soll geklärt werden, welche Rolle Multiplikatoren in der optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen spielen. Dabei werden unter anderem die Fragen geklärt, wer hierfür im Besonderen geeignet ist sowie wer bereits von den SeniorInnen als Quelle von Gesundheitsinformation genutzt wird. Schlussendlich wird anhand all dieser Ergebnisse unter Berücksichtigung der vorhandenen Literatur eine Leitlinie für die optimale Gesundheitsförderung von SeniorInnen durch Multiplikatoren erstellt.

2 Literaturübersicht

2.1 *Community Health Management*

2.1.1 Definition

Das Konzept des „Community Health Management“ („Gesundheitsverwaltung auf Gemeindeebene“) kann mit folgenden vier Punkten kurz umrissen werden.

„Community Health Management:

- ist Problembasiert,
- ist Gemeindeorientiert,
- nutzt einen „Learning-by-Doing“ Prozess,
- benötigt keine speziellen Lernunterlagen,
- fördert die intellektuelle Neugierde und das Selbststudium“ [WHO, 2006].

Community Health Management spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Informationssystemen im Gesundheitssektor, v.a. auf lokaler Ebene. Informationen sollen verstärkt genutzt und gesammelt werden und dadurch die Planung der Gesundheitsbehörden weiterentwickeln. [WHO, 2006]

2.1.2 Der Wegbereiter – „Primäre Gesundheitsversorgung“

Im Rahmen der Alma-Ata Konferenz der WHO entstand 1978 das Konzept der „Primären Gesundheitsversorgung“. Dieses Erfolg versprechende Konzept stellt eine grundlegende neue Orientierung für die Gesundheitspolitik dar und ebnet den Weg für das neue Verständnis von Gesundheitsförderung.

In der Deklaration von Alma Ata wird „[KABA-SCHÖNSTEIN, L., BZgA, 2006a] erstmals explizit darauf hingewiesen, dass zum Erreichen der Gesundheitsziele das Zusammenwirken von sozialen und ökonomischen Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors und die Beteiligung der Bevölkerung notwendig sei“. [KABA-SCHÖNSTEIN, L. – BZgA, 2006a]

Die „Primäre Gesundheitsversorgung“ basiert auf dem WHO-Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ sowie wesentlichen Forderungen und Handlungsstrategien der Ottawa-Charta. „Die drei Grundpfeiler sind:

- Gleichgewichtigkeit der vier Säulen in der Gesundheitssicherung
 - o Gesundheitsförderung
 - o Prävention
 - o Kuration
 - o Rehabilitation
- Aufbau einer öffentlichen Gesundheitsversorgung unter Mitwirkung der Menschen als Einzelne oder Gruppen
- Zugang für alle sowie gesundheitliche Chancengleichheit“

[SABO, P. – BZgA, 2006a]

Um eine Gesundheit für alle erreichen zu können, wurden mehrere Prinzipien in der Deklaration von Alma Ata festgelegt. Einerseits liegt der Fokus auf den Bedürfnissen der Bevölkerung sowie auf der Beteiligung der Gemeinschaft und Gemeinde, andererseits sollen auch andere Sektoren wie Landwirtschaft, Industrie, Erziehungs- und Bildungswesen, Wohnungsbau sowie Verkehrswesen einbezogen werden. Ebenso sollen die Gesundheitsdienste miteinander kooperieren. Auch auf Qualitätssicherung wird Wert gelegt. [SABO, P. – BZgA, 2006a]

Auch wenn das Konzept der „Primären Gesundheitsversorgung“ vor über dreißig Jahren entwickelt wurde, so ist es aktueller denn je. Es kann „als Teil einer Entwicklung im Geiste sozialer Gerechtigkeit und Politik der gesundheitlichen Chancengleichheit“ angesehen werden [KABA-SCHÖNSTEIN, L. – BZgA, 2006a].

Derzeit kann ein Ungleichgewicht noch in vielen Bereichen beobachtet werden. Sei es der ungleiche Zugang zum Gesundheitssystem, das Ungleichgewicht von Armut und Reichtum oder aber die veränderte Chancengleichheit zwischen den Generationen. [SABO, P. – BzGA, 2006]

Daher sind die Aufgaben der Primären Gesundheitsversorgung, die in der Deklaration von Alma Ata festgelegt wurden, noch immer dieselben. Sie umfassen „unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen, soziokulturellen und politischen Situation eines Landes und der hauptsächlichen Gesundheitsprobleme in der entsprechenden Gemeinschaft bzw. Gemeinde“ wichtige Bereiche wie Gesundheitserziehung und Gesundheitsschutz, Prävention und Behandlung von regionalen Krankheiten, medizinische Grundversorgung aber auch Aufklärung und Sicherstellung von richtiger Ernährung [SABO, P. – BZgA, 2006a].

Diese Aufgaben sollen „durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative und rehabilitative Dienste“ in der Gemeinde, auf unterster Ebene des nationalen Gesundheitssystems, durchgeführt werden [KABA-SCHÖNSTEIN, L., BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 2006a]. So kann davon ausgegangen werden, dass die „Primäre Gesundheitsversorgung“ für jeden leicht zugänglich ist. [KABA-SCHÖNSTEIN, L., BZgA, 2006a]

2.1.3 Hauptmerkmale von Community Health Management

Durch die Schulung und Einführung von Community Health Management konnten in vielen Ländern die folgenden Entwicklungen beobachtet werden. So kann gesagt werden, dass Community Health Management ein geeignetes Hilfsmittel ist, um einen Planungsprozess auf lokaler, regionaler sowie nationaler Ebene zu verstärken. Durch die Schulung im Community Health Management ist es den Mitwirkenden möglich, ihre Leistungen zu verbessern und Unterstützung von der Gemeinde sowie von anderen Handelnden auf lokaler Ebene zu beziehen. Daraus können dann nützliche Kooperationen und Partnerschaften entstehen. Ein solcher Prozess führt dabei zu Veränderungen in der Einstellung der Mitwirkenden. Er stellt die Qualität der Betreuung in den Mittelpunkt der Bemühungen und Bestrebungen der Mitwirkenden, sodass die Effizienz der dargebrachten Leistungen erhöht und die Klienten zufrieden gestellt werden können. Ein weiterer Schlüsselpunkt hin zur Dezentralisation und zu einem erfolgreichen, lokalen Gesundheitssystem ist die Verbesserung

der Führungsqualitäten. Die Erfahrung hat auch gezeigt, dass – wann immer Mitwirkende in die Planung involviert sind – die Dienstleistungen sich zum Besseren verändern. Die Mitwirkenden können mithilfe dieses Konzepts sowohl organisatorische als auch operative Probleme lösen. Sie werden befähigt, die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen und einen integrierten Ansatz zur Übermittlung von Gesundheitsservices zu entwickeln. Die Schulung in Community Health Management fördert die interaktive Kommunikation zwischen allen Beteiligten ebenso wie Teamwork. Sie zeigt den Mitwirkenden auf, dass für eine effiziente Planung von Aktivitäten, deren Einführung sowie für die Überwachung des Fortschritts die Entwicklung einer exakten Datenbank notwendig ist. Auch wird dadurch in den Mitwirkenden das Bedürfnis geweckt, am neuesten Wissensstand zu bleiben. [WHO, 2006]

2.1.4 Anforderungen an Community Health Management

Die Organisation bzw. Einführung der Infrastruktur des Community Health Management ist nur durch Einbindung von Entscheidungsträgern auf oberster Ebene in den jeweiligen Gesundheitsministerien möglich.

Auch muss gesagt werden, dass großteils die Bemühungen hinsichtlich einer Dezentralisierung des Gesundheitsversorgungssystems eher zögerlich und wirkungslos vonstatten gingen. Grund dafür könnte sein, dass Mitwirkende auf lokaler Ebene selten Entscheidungen selber treffen konnten bzw. durften. Sie sind ebenso selten in die Planung und Entscheidungsfindung der Programme, die sie implementieren sollen, eingebunden. Bisherige Schulungen befähigten die Mitwirkenden auch nicht, eine klare Vision der verschiedenen Programme und deren Vernetzung zu entwickeln. [WHO, 2006]

2.2 Community Setting

2.2.1 Definition Setting

„Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von

Gesundheit auch gestaltet werden können. (...) Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren“ [GROSSMANN R. und SCALA K. – BZgA, 2006a].

Das Setting – wörtlich aus dem Englischen übersetzt auch „Schauplatz“ oder „Rahmen“ – ist in diesem Zusammenhang ein definierter Sozial- oder Lebensraum, wie zum Beispiel eine Region, ein Quartier, ein Betrieb oder eine Schule. In diesem Rahmen können Zielgruppen und Handelnde für Maßnahmen der Gesundheitsförderung exakter definiert, geeignete Zugangswege bestimmt und vorhandene Ressourcen besser genutzt werden. [ALTGELD T. und KOLIP P., 2004]

Der Setting-Ansatz basiert darauf, dass Gesundheit dort entsteht, wo sie von den Menschen in ihrer täglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. [WHO, 1986]

Es konnte festgestellt werden, dass sich ein problemorientiertes Konzept, das den Einfluss der ökonomischen, sozialen und institutionellen Umwelt auf das Verhalten des Einzelnen außer Acht lässt, sein Ziel nicht erfüllen kann [GROSSMANN R. und SCALA K., 2001a].

Aus diesem Grund müssen Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf die Lebensbereiche fokussieren, die strukturell die Gesundheit aller Beteiligten beeinflussen und räumlicher oder zeitlicher Mittelpunkt der Menschen sind. Die Gesundheit aber auch das Gesundheitsverhalten und das Gesundheitsverständnis werden durch die spezifischen sozialen Gefüge und Organisationsstrukturen von Wohnort, Familie, Arbeitsplatz, ... sowie durch Kultur und Tradition dieser jeweiligen Lebensräume beeinflusst. Der partizipative Ansatz geht daher davon aus, dass für eine andauernde gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbereiche die Einbeziehung und Mitarbeit aller Mitwirkenden nötig ist. [BRÖSSKAMP-STONE U. et al in SCHWARTZ F.W. et al, 2000a]

Die Gesundheitsförderung, deren wichtigste Umsetzungsstrategie der Setting-Ansatz ist, muss daher gerade dort ansetzen. Maßnahmen und Interventionen der Gesundheitsförderung müssen auf das soziale System, den Lebensbereich, und nicht auf den Einzelnen und sein Verhalten ausgerichtet werden. Der Setting-Ansatz geht hier über individuen- oder gruppenbezogene Gesundheitsbildungs- oder Präventionsmaßnahmen hinaus. [ALTGELD T. und KOLIP P., 2004]

Naidoo und Wills [2003a] gehen davon aus, dass Gesundheit daher auch in Einrichtungen und Organisationen zum Thema gemacht werden muss, die ihren Fokus eigentlich woanders haben und ihre Aufgabe nicht unbedingt im Bereich der Gesundheitsförderung sehen. Anhand des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung soll sich das Thema „Gesundheit“ in den Strukturen und Handlungen dieser Einrichtungen und Organisationen manifestieren und auf diese Weise routinemäßiger Fokus ihrer Lebenswelten werden. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003a].

Der Setting-Ansatz bedarf keineswegs einer Eingrenzung auf bestimmte Probleme. Gerade für konkrete Projektplanungen ist es wichtig, die Problemorientierung mit dem Setting-Ansatz in Zusammenhang zu bringen. Ein Beispiel dafür wäre ein Ernährungsprojekt in einem Stadtteil. Dabei stellt „Ernährung“ das Problem bzw. Thema dar und der Stadtteil das Setting. Der Projektrahmen muss konkret festgelegt werden und während des Projekts evaluiert und gegebenenfalls neu angepasst werden um gute Ergebnisse zu erhalten. [GROSSMANN R. und SCALA K., 2001a]

Mithilfe des Setting-Ansatzes soll den Menschen durch Beeinflussung der gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen mehr Möglichkeiten hinsichtlich Einfluss, Beteiligung und Auswahl für ein größtmögliches Gesundheitspotential gegeben werden. Ebenso sollen ihnen dadurch Möglichkeiten eines alternativen Verhaltens geboten werden. Die Verantwortung für Gesundheit liegt dabei aber nicht bei den Individuen alleine [GROSSMANN R. und SCALA K., 2001a].

Auf dem Setting-Ansatz basierende Projekte versuchen, durch systemisch angelegte Interventionen, Bedingungen für ein gesundes Leben im Setting zu schaffen. Sie versuchen auch nachzuweisen, dass die Gesundheit einen Beitrag zur besseren Erfüllung der ursprünglichen Aufgaben des Settings leisten kann. Durch Integration in bestehende Settingspezifische Verfahren des Qualitätsmanagements, der Auditierung und Evaluierung soll dies möglich sein. Weiters setzen sich diese Projekte die Entwicklung einer Setting-spezifischen Gesundheitspolitik zum Ziel. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003a].

2.2.2 Definition Community

Trojan [2004] definiert „Community“ bzw. das „soziale Wohnumfeld“ einerseits über die geographische Nähe und andererseits über die politische Zusammengehörigkeit. Hinsichtlich der geographischen Nähe nennt er Städte und Gemeinden als Beispiele für alle Formen von „Gebiets-“, und „Sozialraum-bezogenen“ Ansätzen. So können sich diese, je nach Größe des Bezugsgebietes, auf „Nachbarschaften“, „Quartiere“, „Kommunen“, „Stadtteile“ oder „Städte“ beziehen. Wird das „soziale Wohnumfeld“ über die politische Zusammengehörigkeit definiert, so stellt die „Gemeinde“ oder „Kommune“ die unterste Ebene der politischen Strukturen dar. Aus diesem Grund werden die Ansätze der Prävention auf dieser Strukturebene auch als „kommunale“ oder „Gemeindeorientierte“ Prävention bzw. Gesundheitsförderung bezeichnet. [TROJAN A., 2004]

Naidoo und Wills [2003b] sehen das „soziale Wohnumfeld“ als das „direkte Umfeld, in dem die Menschen leben, arbeiten und spielen“. Es ist eine kleine örtliche Gemeinde, die eine – durch die Gemeinschaft von Menschen definierte – eigene Identität besitzt. Die dort wohnenden Menschen sind einander bekannt und nutzen die gleichen Einrichtungen (Post, Geschäfte, medizinische Versorgungsdienste). Außerdem ist es das soziale Umfeld für soziale schwache Bevölkerungsgruppen.

Laut Naidoo und Wills zählen zum „sozialen Wohnumfeld“ auch Laiennetzwerke und soziale Unterstützungssysteme.

Es ist eine Umgebung, in der die Förderung von sozialer Identität und das Selbstgefühl immer wichtiger wird, während soziale Interaktionen immer weniger und übergeordnete Gemeinschaftssymbole (Religion, nationale Zugehörigkeit) immer unwichtiger werden. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003b]

Das Wohnumfeld umfasst die physische (Lärmbelästigung, Wohnqualität, Vorhandensein von Grünflächen) und soziale (soziale Interaktionen, Organisationen, Selbsthilfeaktivitäten) Umwelt sowie Dienstleistungsangebote (Geschäfte, Gesundheitsdienste, Gebetshäuser, Sportvereine).

Diese drei Aspekte beeinflussen neben der Gesundheit auch die Lebensqualität. Fallen beispielsweise Dienstleistungsangebote im Wohnumfeld weg, wird ein zusätzlicher Aufwand nötig um die benötigten Dienstleistungen in Anspruch nehmen zu können. Dieser zusätzliche Aufwand kann unter Umständen zu einer verminderten Lebensqualität führen. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003b]

Die Untersuchungen von „gesunden Kommunen“ durch Wilkinson [1996] ergaben, dass „sozialer Zusammenhalt, das Vorhandensein sozialer Netze und die aktive Beteiligung und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger“ „zu ihrer besseren Lebensqualität beitragen“. [WILKINSON R.G., 1996 in NAIDOO J. und WILLS J., 2003]

Für die soziale Umwelt sowie die Dienstleistungsangebote ist ebenso das „Sozialkapital“ sehr wichtig. Ein Konzept, das auf Vertrauen und Verständnis der Menschen untereinander und ihren Kontakten mit Organisationen basiert und grundlegend für die Begünstigung des Gemeinwohls durch gemeinschaftliches Handeln ist.

Das „Sozialkapital“ kann indirekt durch Gesundheitsförderung vergrößert werden. Indem das soziale Wohnumfeld aktiv gefördert wird, wird auch die Gesundheit gefördert und das Gesundheitsverhalten direkt beeinflusst. Das wiederum führt zu mehr Sozialkontakten und einer Stärkung des Vertrauens untereinander. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003b]

Im Rahmen von Entwicklungsarbeit konnte festgestellt werden, dass für die Ausbildung von „Sozialkapital“ ein bestimmtes Einkommen nötig ist. Ist das Einkommen zu gering, ist es den Menschen nicht möglich an sozialen Aktivitäten der Gemeinschaft teilzuhaben. [MOSER C., 1996 in NAIDOO J. und WILLS J., 2003].

2.2.3 Community Setting

Der Ursprung des „Community Setting“ liegt im angloamerikanischen Sprachraum. Dort dient der Begriff einer „Community“ zur Beschreibung von Menschen, „die eine gemeinsame soziale Identität haben und sich diesem Gemeinwesen sozial zugehörig fühlen“ [TROJAN A., 2004].

In der Deklaration von Alma Ata 1978, die das Konzept der Primären Gesundheitsversorgung hervorbrachte, liegt der Fokus bereits auf der Gemeinde bzw. der Gemeinschaft. Die Strategie der „Primary Healthcare“ (Primäre Gesundheitsversorgung) sollte eigentlich mit „local health services“ betitelt werden. Eine wichtige Aufgabe, die in diesem Konzept genannt wird, ist die „community participation“ (Mitwirkung der Gemeinde bzw. Gemeinschaft“). Hier wird betont, dass der Einbezug der Gemeinde unerlässlich für „eine bedürfnisbezogene Gesundheitssicherung im umfassenden Sinne“ ist. Dieser Fokus wird auch in der Ottawa-Charta aufgegriffen und weitergeführt – als Prinzip der „strengthening community action“ (Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen). [TROJAN A. – BZgA, 2006a]

Das Prinzip der Unterstützung von Gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen hat folgende Punkte zum primären Fokus der Gesundheitsförderung gemacht [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]:

„Unterstützung von

- Nachbarschaften
- Gemeinschaftsaktivitäten von Bürgern
- Selbsthilfeaktivitäten und
- Gemeinden

im Sinne vermehrter Selbstbestimmung“ sowie von

- „Autonomie und Kontrolle über ihre eigenen Gesundheitsbelange“

[KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

2.2.3.1 Bedeutung von Community Setting

Trojan [2004] stellte fest, dass die Prävention in Städten und Gemeinden „die Mutter aller Settingansätze“ ist. Sie ist gleichzeitig eine „gut etablierte, natürlich gewachsene, auf Lebensbedingungen orientierte Handlungsstrategie“, die während der Industrialisierung und der Entwicklung der Städte entstand, und „der Rahmen für Ansätze in spezifischeren Settings“, beispielsweise das Setting Schule, Arbeitsplatz oder Krankenhaus. [TROJAN A., 2004]

Das britische Gesundheitsministerium ist der Meinung [DEPARTMENT OF HEALTH, 1999a], „Menschen leben im engen Zusammenhang mit ihrem sozialen Wohnumfeld und sind wahrscheinlich gesünder, wenn sie in einem Wohnumfeld leben, in dem es ein Gefühl des Stolzes und der Zugehörigkeit gibt. Es gibt genügend Nachweise dafür ... dass ein starker sozialer Zusammenhalt und ausgeprägte Netzwerke sozialer Unterstützung der Gesundheit förderlich sind.“

Daher ist es nicht verwunderlich, dass es das soziale Wohnumfeld als wichtigstes Setting der Gesundheitsförderung in einer Reihe von Strategiepapieren nennt. [DEPARTMENT OF HEALTH, 1999a]

Die Wichtigkeit dieses Settings für die Gesundheitsförderung ist unbestritten, wenn man beachtet, dass das Wohnumfeld, als physisches und soziales

Setting selbst, zur Gesundheitsförderung aber auch zur Gesundheitsschädigung wesentlich beitragen kann. Es prägt daher die gesundheitliche Infrastruktur. Durch die Interaktion von physischer und sozialer Umwelt mit Dienstleistungsangeboten wird ein Setting mit großem gesundheitsförderlichem Potenzial geschaffen.

Weiters ist die Bedeutung unbestritten, wenn man bedenkt, dass die Lösung von sozial tief verwurzelten Gesundheitsproblemen nur durch die Menschen selbst sowie einer besseren Nutzung der lokalen sozialen Energien und Bindungen erfolgen kann. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003b]

Es konnte festgestellt werden, dass das soziale Wohnumfeld sich besonders gut eignet um schutzbedürftige Gruppen wie beispielsweise ältere Menschen zu erreichen. Diese haben in diesem realitätsnahen Lebensraum die Möglichkeit, selbst die gesundheitlichen Prioritäten anstelle von Vertretern der Gesundheitsberufe zu definieren.

Hier – im sozialen Wohnumfeld – ist außerdem eine Auseinandersetzung mit den Grunddeterminanten der Gesundheit (Sozialgefüge, Lebensqualität) nötig um gesundheitliche Probleme lösen zu können. Es ist von großer Wichtigkeit, die von den Bewohnern selbst definierten Probleme nicht außer Acht zu lassen, auch wenn es einfacher wäre, sich nur auf die spezifischen Anliegen der Gesundheitsberufe zu stürzen.

Naidoo und Wills [2003b] sehen im Setting des sozialen Wohnumfelds, mit seinen Stärken der Eigendynamik und des Sozialkapitals, „gute Möglichkeiten für innovative und phantasievolle Wege der gesundheitsfördernden Arbeit, die deren wichtigste Grundsätze unterstützen: Partizipation, gesundheitliche Chancengleichheit, Empowerment und Zusammenarbeit“ [NAIDOO J. und WILLS J., 2003b]

2.2.3.2 Aufgaben des Community Setting

Nutbeam [1998] ist der Ansicht: „Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist gekennzeichnet durch eine ausdrückliche Sorge um Gesundheit und Gerechtigkeit in allen Politikbereichen und durch eine Verantwortlichkeit für ihre Gesundheitsverträglichkeit“. [NUTBEAM D., 1998]

Um Prävention und Gesundheitsförderung im Community Setting zu ermöglichen, müssen die Handlungsprinzipien der Ottawa-Charta bedacht werden. Diese sind „Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen“. [TROJAN A., 2004]

Trojan und Legewie haben folgende Aufgabenbereiche dazu erfasst: „[TROJAN A. und LEGEWIE H., 2001]:

- Befähigen, Kompetenzentwicklung und Empowerment
- Organisationsentwicklung und Netzerkennung
- Kommunikation und Dialoge
- Mediation, Kooperations- und Konfliktmanagement
- Bürgerbeteiligung
- Gemeinwesenentwicklung
- Selbsthilfe- und Netzwerkförderung“

2.2.3.3 Vor- und Nachteile des Community Settings

Laut Trojan sind die Vorteile „[TROJAN A. – BZgA, 2006a]:

- + Überschaubarkeit der Verhältnisse
- + Kürze der Kommunikations- und Entscheidungswege
- + bessere Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung“

Diese Ansätze bringen aber auch Nachteile für die Gemeinden bzw. kleineren sozialen Einheiten mit sich:

- Beschränkung des Entscheidungs- und Handlungsspielraums durch mächtigere zentrale Einheiten

[TROJAN A. – BZgA, 2006a]

2.3 Multiplikatoren

2.3.1 Definition

Haisch definiert den Begriff des „Multiplikators“ als „eine vortrainierte Person, die ihr Wissen und Können weitergibt oder auch als Person mit neu

erworbenem gesundheitsförderlichen Verhalten, die ihrerseits als Vorbild wirkt und so das erwünschte Gesundheitsverhalten weiter trägt.“ [LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006]

Da auch Begriffe wie „Mediatoren“, „Drehpunktpersonen“ oder „Schlüsselpersonen“ oft anstelle von „Multiplikatoren“ verwendet werden, dient auch die Definition des „Mediators“ als nützliche Beschreibung.

Haisch definiert den Begriff des „Mediators“ als „Vermittler und Verbreiter von gesundheitsförderlichem Wissen und Verhalten“.

Zur besseren Abgrenzung von „Multiplikator“ und „Mediator“ sollte der Begriff des Multiplikators dann eingesetzt werden, wenn es sich um einseitige Kommunikations- und Marketingkonzepte handelt. Der Begriff des Mediators sollte dann eingesetzt werden, wenn dieser einerseits Vermittler zwischen Absender und Empfänger ist und andererseits den Absender in seinen Auffassungen, Interessen, Anliegen und Vorstellungen vertritt.

Diese unterschiedlichen Positionen von Multiplikatoren und Mediatoren können in Abbildung 1 veranschaulicht werden. Hier wird deutlich, dass die Multiplikatoren die Botschaft der gesundheitlichen Aufklärung aufnehmen und an die Zielgruppe weitergeben. Die Mediatoren hingegen stehen sowohl in Wechselwirkung mit der gesundheitlichen Aufklärung als auch mit der Zielgruppe. [LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006]

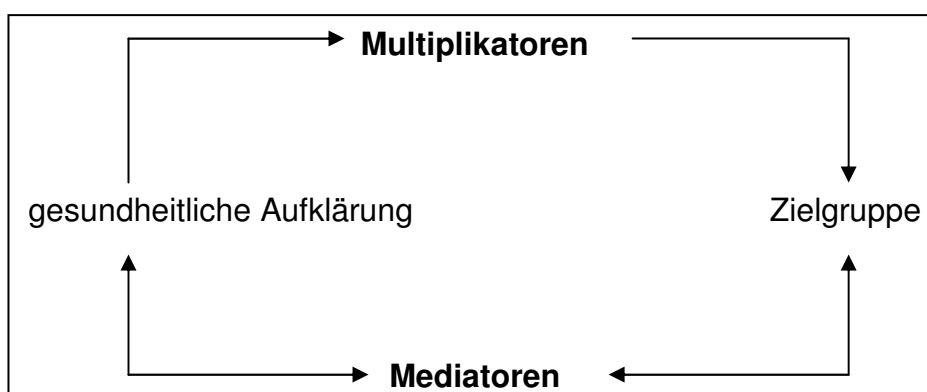


Abbildung 1: Multiplikatoren und Mediatoren in der Gesundheitsaufklärung
[nach LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006]

Multiplikatoren können aber auch als Personen oder Institutionen angesehen werden, die erhaltenes, erlerntes Wissen an andere weitergeben und dieses Wissen auf diese Art und Weise „multiplizieren“. Sie dienen daher in der Gesundheitsförderung als Unterstützer und Verstärker von deren Strategien und Zielen. [LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006]

2.3.2 Auswahl von Multiplikatoren

Die Gesundheitsförderung bedient sich verschiedener Berufsgruppen und Institutionen zur Rekrutierung ihrer Multiplikatoren. So werden Multiplikatoren aus den Bereichen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit, Pädagogik sowie Massenmedien bevorzugt. Aber auch Mitglieder der Zielgruppe selbst können als Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Dies geschieht häufig unter dem Deckmantel des „Peer Involvement“. Diese Wege bzw. Möglichkeiten der Vervielfältigung von Botschaften können in Abbildung 2 veranschaulicht werden. Der Absender gibt Botschaften entweder an „Fachleute“ (Multiplikatorengruppe 1) oder an „Laien“ (Multiplikatorengruppe 2) weiter, die diese dann an ihre jeweilige Zielgruppe weiterleiten und somit vervielfachen. [LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006]

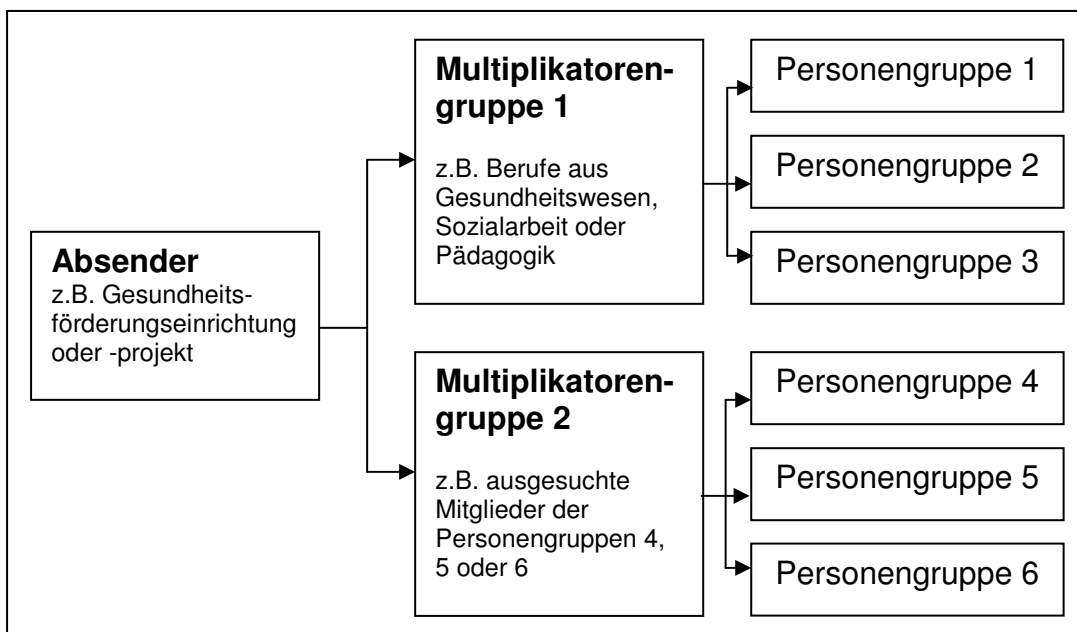


Abbildung 2: Multiplikatoren vervielfältigen Botschaften
[nach LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006]

Die Wirkung von Meinungsführern in der Kommunikation und im Marketing ist groß. Aus diesem Grund sollten Multiplikatoren in diesen Bereichen der Gesundheitsförderung einbezogen werden. Sie können dafür sorgen, dass die Informationen abgestimmt auf die Zielgruppe überliefert werden. Einzige Voraussetzung dafür ist, dass die Multiplikatoren auf diesem Gebiet Fachleute ihrer Zielgruppe sind und von diesen als solche anerkannt werden. Es ist daher wichtig, die richtigen Mitglieder der Zielgruppe als Multiplikatoren auszuwählen, da nicht nur ihre Sachverständigkeit im Bereich der Gesundheit sondern auch im Bereich der Gesundheitsförderung, abgestimmt auf die jeweilige Zielgruppe, wichtig ist. [LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006]

2.3.3 Vor- und Nachteile des Einsatzes von Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung

Multiplikatoren unterstützen die Gesundheitsförderung aber auch insofern, indem sie die Reichweite und Rekrutierung möglichst vieler Mitglieder einer Zielgruppe verstärken. Dies zeigt sich auch bei den Kosten für Gesundheitsförderung. Diese können niedriger gehalten werden, wenn bereits durch Multiplikatoren viele Mitglieder der Zielgruppe erreicht werden können.

Ein Nachteil ist, dass man nie wissen wird können wie die Informationen und Botschaften tatsächlich beim Empfänger ankommen. Man wird sich auch nie sicher sein können, ob es zu Verzerrungen, Missverständnissen oder Bewertungen bei der Überbringung der Informationen durch die Multiplikatoren kommt. Aus diesem Grund sollten die Absichten von Absender und Multiplikatoren sehr kongruent sein. [LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006]

2.3.4 Ausbildung der Multiplikatoren

Um all diese Anforderungen motiviert und qualifiziert erfüllen zu können, bedarf es einerseits einer ständigen Unterstützung und Evaluierung der Multiplikatoren und andererseits einer geeigneten Schulung und Ausbildung.

Daher sollten Multiplikatoren eine spezielle Schulung und Fortbildung erhalten um die Anforderungen der Auftraggeber der Gesundheitsförderung erfüllen zu können. Weiters sollten sie mit speziellen Unterlagen und Materialien

ausgestattet werden um Wissen bestmöglich weitergeben zu können.
[LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006]

2.3.5 Peer Involvement

„Peers“ oder auch „Gleichaltrige“ werden als Übermittler von personalkommunikativen Informationen eingesetzt. Sie sind LaienmultiplikatorInnen, die aus ihrer eigenen Zielgruppe rekrutiert werden. Diese Art der Multiplikatoren wird derzeit vor allem in der Arbeit mit Jugendlichen eingesetzt. Das bedeutet allerdings nicht, dass „Peers“ in Zukunft nicht auch in anderen Altersgruppen eingesetzt werden können. [BACKES H. – BZgA, 2006]

Es können drei Formen unterschieden werden:

- „Peer Counseling“: ist die persönliche Beratung zu spezifischen Themen.
- „Peer Projekte“: sind stark aktionsorientierte Projekte. Die Inhalte sind bedürfnisorientiert und können auf vielfältige und kreative Art und Weise umgesetzt werden. Beispiele dafür wären Theaterstücke, Informationsstände,
- „Peer Education“: soll die Zielgruppe durch eigens Geschulte zu einem speziellen Thema informieren und ihre Haltung und ihr Verhalten beeinflussen.

[BACKES H. – BZgA, 2006]

Aufgrund der Wichtigkeit von „Peer Education“ für die vorliegende Arbeit, wird dieser Begriff im Folgenden näher betrachtet.

Unter dem Begriff der „Peer Education“ wird im Bereich der Gesundheit „das Lehren oder Teilen von Informationen, Werten und Verhaltensweisen zur Gesundheit durch Mitglieder gleicher Alters- oder Statusgruppen“ verstanden [BACKES H. – BZgA, 2006].

Die Theorie, auf der die „Peer Education“ basiert, bezieht sich auf entwicklungs- und sozialpsychologische Modelle um die Bedeutung von Gleichaltrigen

erklären zu können. Weiters hat sie sozial- und gesundheitspsychologische Theorien hinsichtlich Einstellung und Handlung zur Grundlage.

Der Ansatz der „Peer Education“ hat viel mit den theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung gemein. Auch hier stehen die Förderung von Netzwerken sowie das Zusammenschließen von freiwilligen Mitarbeitern, die sich an subjektiv wichtigen Aufgaben beteiligen, im Fokus. Die Schlüsselbegriffe des Empowerments und der Partizipation haben in der „Peer Education“ eine wichtige Stellung, denn „Peer Education“ kann nur stattfinden, wenn Selbstorganisation und autonome Lebensformen unterstützt werden und die Zielgruppe mehr Entscheidungsbefugnis (Empowerment) erhält.

Auch die Partizipation der teilnehmenden Zielgruppe ist von Beginn eines Projektes an nötig. Sei es bei der Definition dessen Ziele oder bei dessen Entstehung, Realisierung sowie Auswertung. [BACKES H. – BZgA, 2006]

Diese Peer-Involvement-Ansätze können anhand folgender Abbildung veranschaulicht werden:

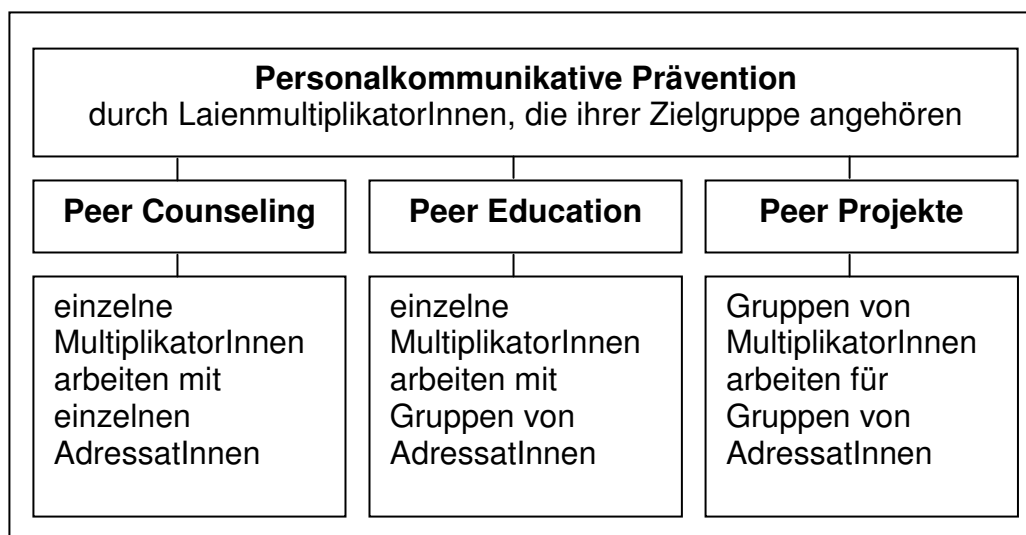


Abbildung 3: Systematik von Peer-Involvement-Ansätzen
 [nach BACKES/SCHÖNBACH et al. 2001, 7 in BACKES H. – BzgA, 2006a]

2.4 Gesundheit

2.4.1 Allgemeine Definition

Das Wort „health“ (Gesundheit) hat seinen Ursprung im altenglischen „heal“ (heilen), dessen Bedeutung „Vollständigkeit“ ist. In diesem Zusammenhang kann Gesundheit als „Integrität, Unversehrtheit oder Wohlbefinden“ der ganzen Person verstanden werden. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

Wird Gesundheit im Alltag verwendet, so hat dieser Begriff meist einen negativen oder positiven Beigeschmack. Wird Gesundheit eher negativ verstanden, wie es der Fall beim medizinisch-wissenschaftlichen Modell westlicher Prägung ist, so wird sie als ein Fehlen von Krankheit und Gebrechen gesehen. Im Gegensatz zum positiven Verständnis von Gesundheit. Hier wird Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens betrachtet. Dieser Ansatz spiegelt sich auch in der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO wider. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

2.4.2 Definition – Weltgesundheitsorganisation WHO

In der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO wurde 1948 folgende Definition für „Gesundheit“ festgelegt [WHO, 1948]: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“. [WHO, 1948]

Diese umfangreiche Definition von Gesundheit grenzt sich vom biomedizinischen Verständnis von Krankheit sowie von den alltäglichen Vorstellungen dazu ab. Hier liegt der Fokus klar auf der Sicherung von Wohlbefinden auf allen Ebenen des täglichen Lebens, die gewisser Grundvoraussetzungen bedarf. Um gesund leben zu können müssen positive

Voraussetzungen in Politik, Kultur, Ökonomie sowie Sozialökologie geschaffen werden. [HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P. – BZgA, 2006]

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO ist oft ins Feuer der Kritik geraten, da sie teilweise unreal oder undurchführbar scheint, vor allem wenn man die vorherrschende Lebenssituation der Bevölkerungsmehrheit betrachtet. Auch scheint diese Beschreibung von Gesundheit als zu „statisch“, nimmt man doch auch an, dass Gesundheit ein sich verändernder Prozess ist. [FRANKE A., 1993]

Die Formulierung von Gesundheit als „Zustand vollständigen Wohlbefindens“ ist gerade im Deutschen sehr umstritten, da „complete“ eher mit „umfassend“ als mit „vollständig“ übersetzt werden sollte.

Gesundheit kann zudem nicht als Dauerzustand gesehen werden, sondern als ein ständig aktiv zu erneuerndes Gleichgewicht, dessen körperliche, seelisch-geistige und soziale Anteile sich wechselseitig beeinflussen. [HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P. – BZgA, 2006]

Obwohl die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO hinsichtlich Gesundheit häufig kritisiert wurde, wirkt sie als Vision und beeinflusst die Gesundheitspolitik und deren Ziele in zahlreichen Ländern. [SCHWARTZ F. W. et al, 2000a]

2.4.3 Vier Leitvorstellungen zu Gesundheit und Krankheit

Hurrelmann und Franzkowiak [2006] haben mithilfe zentraler wissenschaftlicher Theorien Grundbegriffe von Gesundheit abgefragt. Ziel war es, Theorien für einen umfassenden Gesundheitsbegriff herbeizuführen. Es konnten dabei Theorien des Lernens und der Persönlichkeit, von Stressbewältigung, der Sozialisation, der Interaktions- und Sozialstruktur aber auch des Public-Health-Bereichs differenziert werden und daraus vier interdisziplinär tragfähige Leitvorstellungen zu Gesundheit und Krankheit abgeleitet werden. [HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P. – BZgA, 2006]

Die erste Leitvorstellung ist Bewältigungsorientiert. Sie geht bei Gesundheit von gelungener Bewältigung und bei Krankheit von nicht gelungener Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen aus. Unter inneren Anforderungen werden in diesem Zusammenhang biologische (genetische sowie körperliche Verfassung, Immun-, Nerven-, Hormonsystem) sowie psychische Faktoren (Persönlichkeit, Temperament, Belastbarkeit) verstanden. Diese treten mit den äußeren Anforderungen (sozioökonomische Lage, ökologische Umwelt, Wohnsituation, Hygiene, Bildung, Arbeitsbedingungen, private Lebensformen, soziale Eingliederung) in Wechselwirkung. Gesundheit besteht daher dann, wenn der Mensch alle Anforderungen – körperlicher, psychischer, sozialer oder materieller Natur – bearbeitet und bewältigt. Diese Vorstellung dient vor allem dem theoretischen Fortschritt von Gesundheitsförderung. [HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P. – BZgA, 2006]

Die zweite Leitvorstellung betrachtet Gesundheit als Ausgewogenheit und Krankheit als Unausgewogenheit von körperlichen, psychischen sowie sozialen Risiko- und Schutzfaktoren. [HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P. – BZgA, 2006]

Die dritte Leitvorstellung teilt „relative“ Gesundheit und „relative“ Krankheit nach objektiven und subjektiven Vorstellungen ein. [HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P. – BZgA, 2006]

Die vierte und letzte Leitvorstellung sieht Gesundheit und Krankheit als Folge von gesellschaftlichen Konstellationen. [HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P. – BZgA, 2006]

Als Konsens kann Gesundheit als ein Zustand der Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren gesehen werden, der dann vorherrscht, wenn ein Mensch sowohl innere (körperlich, psychisch) als auch äußere (sozial, materiell) Faktoren bewältigen kann. Dieser Zustand der Gesundheit bringt dem

Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude. [HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P. – BZgA, 2006]

2.4.4 Vier Konzepte zu Gesundheit

Zur Definition von Gesundheit gibt es vier Konzepte, die im Folgenden näher erläutert werden.

Das erste Konzept definiert Gesundheit ganzheitlich und positiv „als Freisein von Beschwerden und Krankheiten“. [SCHWARTZ F. W. et al, 2000b]

Diese Definition veranschaulicht die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Dimensionen der Gesundheit. So muss beispielsweise die medizinische Diagnose einer Krankheit nicht unbedingt mit der persönlichen Wahrnehmung des Krankseins kongruent sein. Kritikpunkt an diesem Konzept ist, dass es zu wirklichkeitsfern, unschlüssig und unerreichbar ist. Es scheint daher als Orientierung für die Gesundheitsförderung ungeeignet zu sein. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

Das zweite Konzept definiert Gesundheit als „Kapital“ oder „Ressource“ jedes einzelnen. [SCHWARTZ F. W. et al, 2000b] Parsons, ein Vertreter der strukturfunktionalen Theorie, sieht Gesundheit in diesem Zusammenhang als „geistige und körperliche Fitness“. [SCHWARTZ F. W. et al, 2000b]

Dieser Sichtweise dient die Erfüllung sozialer Normen ohne Berücksichtigung individueller Unterschiede als Orientierung. Denn sie nimmt den Zustand der Gesundheit so lange an, wie jemand seinen Alltagsverpflichtungen nachkommen und seine soziale Rolle ausüben kann. Allerdings werden hier chronisch kranke oder behinderte Menschen, denen es nicht möglich ist ihre Verpflichtungen zu erfüllen, von Gesundheit ausgeschlossen. Auch wenn Menschen sich ihrer Behinderung stellen und den Umgang damit lernen, gelten sie unter diesen Gesichtspunkten als nicht gesund. [NADIOO J. und WILLS J., 2003c]

Das dritte Konzept betrachtet Gesundheit als „persönliche Stärke“ [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]. Diese Sichtweise hat ihre Wurzeln in der Humanpsychologie und bestärkt den Einzelnen seine Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen. Maslow geht davon aus, dass Gesundheit durch Selbstverwirklichung und Selbstentdeckung erreicht werden kann. Kritikpunkt an diesem Konzept ist, dass die soziale Umwelt, die Einfluss auf Gesundheit und Krankheit hat, nicht bedacht wird. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

Das vierte Konzept geht von Gesundheit als „Ware“ aus. Dazu gibt es einige Kritikpunkte. Höhere Ausgaben im Bereich der Gesundheitsversorgung können beispielsweise keine Garantie für Gesundheit geben. Gesundheit ist zudem nichts, das man kaufen kann, auch wenn diese Betrachtungsweise dazu verlockt, die ganzheitliche Kenntnis von Gesundheit und Krankheit in Einzelteile auseinander zu nehmen und diese dann in Rechnung zu stellen. Auch widerspricht die Ansicht von Gesundheit als Ware dem tatsächlichen Erleben von Gesundheit und Krankheit. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

Seedhouse versuchte diese vier Konzepte der Gesundheit zusammenzufassen. Er meinte [SEEDHOUSE D., 1986 in NAIDOO J. und WILLS J., 2003]: „Der optimale Gesundheitszustand einer Person entspricht dem Zustand seiner Rahmenbedingungen, die es ihm oder ihr ermöglichen daran zu arbeiten, seine bzw. ihre realistisch ausgewählten und biologischen Möglichkeiten voll zu verwirklichen. Einige dieser Rahmenbedingungen sind von größter Bedeutung für alle Menschen. Andere hängen von den jeweiligen Fähigkeiten und Umständen des Einzelnen ab“.

Dieses Konzept der Gesundheit zur Selbstverwirklichung des Menschen betrachtet Gesundheit als Hilfsmittel um ein bestimmtes Ziel erreichen zu können. Der Mensch kann daher befähigt werden all seine Möglichkeiten voll nutzen zu können, sofern bestimmte Grundvoraussetzungen für Gesundheit vorhanden sind.

Um Gesundheit zu schaffen ist es daher von Nöten folgende Voraussetzungen zu schaffen:

- Stillen der Grundbedürfnisse (Nahrung, Wasser, Obdach, Geborgenheit)
- Bereitstellen von Informationen zu Gesundheitsbeeinflussenden Faktoren
- Befähigung und Selbstbewusstsein zur entsprechenden Nutzung dieser Informationen

Allerdings muss bei diesem Konzept kritisiert werden, dass die gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Ein Einwand dieser Sichtweise könnte sein, dass hier die gesellschaftlichen Determinanten der Gesundheit nicht genügend Beachtung finden. Der einzelne Mensch hat in der Regel nur wenig Spielraum bei der Bestimmung der optimalen Voraussetzungen zur Verwirklichung seiner vollen Gesundheitspotenziale. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

Die WHO ist daher dafür zuständig, eine geeignete Definition von Gesundheit zu schaffen. Sie hat 1984 folgende Definition veröffentlicht [WHO, 1984 in NAIDOO J. und WILLS J., 2003]: „(Gesundheit ist) das Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern und verändern zu können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen ebenso betont wie deren körperliche Leistungsfähigkeit“.

Diese Definition vereinigt sowohl die Ansicht, dass Gesundheit aus der Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und dem Einzelnen entsteht, als auch den dynamischen und positiven Wesenszug der Gesundheit. In diesem Kontext sehen Naidoo und Wills [2003c] die Gesundheit „nicht nur als ein grundlegendes Menschenrecht, sondern auch als eine gesellschaftliche Investition“. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

2.4.5 Verständnis von Gesundheit

Untersuchungen hinsichtlich des Laienverständnisses von Gesundheit haben einerseits Kongruenzen bei den Vorstellungen der Menschen aufgezeigt und andererseits Unterschiede bei Alter, Geschlecht oder sozialer Schicht hervorgebracht. Anhand der psychologischen Termini der „Eigenkontrolle menschlichen Handelns“ und „Fremdkontrolle menschlichen Handelns“ wird versucht, diese Ungleichheiten zu erklären. Die „Eigenkontrolle“ bzw. „Fremdkontrolle“ deuten auf den „Grad der Handlungsfreiheit und Selbstbestimmung“ [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c], den Menschen zu haben glauben, hin. So kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit hohem Grad an Eigenkontrolle eher bereit sein werden, Vorschlägen zu Umgestaltungen und Besserungen ihrer Gesundheit nachzukommen. Grund dafür könnte sein, dass sie meinen, den dafür nötigen Einfluss sowie die Befugnisse für ein selbst bestimmtes Leben zu besitzen. Menschen mit hohem Grad an Fremdkontrolle fühlen sich hingegen weniger befähigt Veränderungen in ihrem Gesundheitsverhalten durchzuführen. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

Das kulturabhängige Verständnis von Gesundheit sowie von Krankheit wird von den „Grundwerten einer Gesellschaft und deren Verständnis vom Leben in der Gemeinschaft und der Welt“ beeinflusst. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

Allgemein kann gesagt werden, dass das Verständnis von Gesundheit durch Faktoren wie soziale Stellung, Schichtzugehörigkeit, Geschlecht, ethnischer Ursprung oder Beruf geprägt wird. Außerdem wird es in westlichen Industrienationen stark von der: „Fokussierung auf das Kranksein und die Krankheit und die Vernachlässigung der Gesundheit als ein eigenständiges positives Konzept“ durch die Medizin beeinflusst. Das führt bei Medizinern dazu, dass die Gesundheitsförderung zu Gunsten der Behandlung von Erkrankungen vernachlässigt wird. Außerdem finden die Faktoren von Gesellschaft und Umwelt in Bezug auf Gesundheit sowie der subjektive Eindruck von Gesundheit keine Berücksichtigung. Weiters baut diese

Sichtweise auf „ein Konzept von Normalität, das keine breite Akzeptanz hat“. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003c]

Ebenso haben Untersuchungen eine Bildungs- und Berufsabhängige Vorstellung von Gesundheit ergeben. Medizin-soziologische Studien haben einen Unterschied innerhalb von Gesundheitskonzepten hinsichtlich Theorien zu Krankheiten sowie Ansichten über den Körper und seine Funktionen nach Bildungsgrad und Beruf aufgezeigt. Soziale Schichten mit geringerer Bildung weisen „Einstellungsmuster und Handlungsorientierungen“ auf, „die von eher fatalistischen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, von geringerer Präventivorientierung und Symptomaufmerksamkeit, von weniger ausgeprägten Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in gesundheitlichen Belangen und von einem instrumentellen Verhältnis zum Körper geprägt sind“. In diesem Bereich werden allerdings auch Unterschiede zwischen „[SCHWARTZ F. W. et al, 2000b] Einstellung und Verhalten, zwischen Vorstellung und Wissen einerseits und tatsächlichem Tun (Gesundheits- und Krankheitsverhalten) andererseits“ bemerkt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit hinsichtlich Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Lage sowie soziokulturell-religiöser Orientierung unterscheiden. [SCHWARTZ F. W. et al, 2000b]

2.4.6 Einflüsse auf die Gesundheit

Um Einflüsse auf die Gesundheit feststellen zu können, ziehen Sozialwissenschaftler und Epidemiologen einerseits eine Messgröße für Gesundheit oder Krankheit, beispielsweise Mortalität oder Morbidität, und andererseits einen deskriptiven Faktor, wie zum Beispiel Geschlecht oder Bildung heran. Diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit dabei entweder auf direktem Weg oder indirekt über eingreifende Faktoren. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003d]

Dahlgren und Whitehead [DAHLGREN, WHITEHEAD M., 1991 in NAIDOO J. und WILLS J., 2003] haben unter diesen Aspekten „vier Einflussebenen der Gesundheit“, die beeinflusst werden können, herausgearbeitet. Diese Ebenen umfassen: „

- die Verhaltens- und Lebensweisen des Einzelnen
- die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld des Einzelnen, das der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten
- die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie z.B. der Lebensstandard oder der Arbeitsmarkt“

2.4.6.1 Soziale Schichtzugehörigkeit als Einflussfaktor auf die Gesundheit

Die soziale Schichtzugehörigkeit liegt im Fokus wenn Einflussgrößen der Gesundheit untersucht werden. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003d]

Sie wird oft synonym mit „sozialer Benachteiligung“, „sozioökonomischem Status“, „Berufszugehörigkeit“ verwendet.

Eine Einteilung in Sozialschichten kann zur Beschreibung der Art und Weise sowie des Standards für das Leben verschiedener Gruppen dienen. Sie steht in engem Verhältnis mit anderen Faktoren der sozialen Position eines Menschen, wie beispielsweise Einkommen, Wohnverhältnisse, Ausbildung, Arbeits- und Lebensumfeld.

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass die Gesellschaft einen maßgeblichen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit hat. Phillimore et al. [1994] haben festgestellt, „die zunehmenden Einkommensunterschiede, die mit dem wirtschaftlichen Wachstum einhergehen, spiegeln sich in den Mortalitätsraten wider, welche die bereits bestehenden Unterschiede zwischen den einzelnen Sozialschichten noch weiter vergrößern werden [PHILLIMORE P. et al. 1994 in NAIDOO J. und WILLS J., 2003]“.

Auch wenn die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht ein unumstrittener Einflussfaktor auf die Gesundheit ist, so sind die dafür ausschlaggebenden Faktoren umstritten. Es wird jedoch angenommen, dass die Faktoren – Einkommen, Wohnverhältnisse, Beruf – in engem Zusammenhang damit

stehen. Die Verteilung von Einkommen und Ressourcen sowie der Grad der sozialen Ausgrenzung wirken sich eindeutig auf die Gesundheit aus. Beweise dafür liefern zahlreiche Untersuchungen, die „zeigen, dass nicht die Industrieländer mit dem höchsten Durchschnittseinkommen den besten Gesundheitszustand haben, sondern jene mit dem höchsten Grad an sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit“. Gesellschaftliche Strukturen, die gesund und sozial gerecht sind, besitzen stärkere soziale Verbindungen und haben ein profiliertes Gemeinschaftsleben. Dieses „Sozialkapital“ wirkt sich wiederum positiv auf die Gesundheit aus, denn „ein funktionierendes soziales Netz ermöglicht dem Einzelnen auf soziale Unterstützung und Ermutigung zurückzugreifen“. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003d]

2.4.6.2 Einkommen als Einflussfaktor auf die Gesundheit

Das Einkommen und die gegebenenfalls materiellen Mängel beeinflussen nicht nur den Lebensstandard eines Menschen sondern schlagen sich auch in der Morbiditäts- und Mortalitätsrate nieder.

So unterscheidet Blackburn [1991] drei Einflussmöglichkeiten von niedrigem Einkommen auf die Gesundheit. Er differenziert einen physiologischen, psychologischen sowie verhaltensbedingten Ansatz. Der physiologische Ansatz umfasst nicht angemessene oder unzulängliche Lebensverhältnisse, ebenso wie mangelnde Lebensmittel und Heizmittel. Stress und fehlende soziale Unterstützung sind Aspekte des psychologischen Ansatzes. Unter dem verhaltensbedingten Ansatz werden Verhaltensweisen zusammengefasst, von denen die Menschen wissen, dass sie eine schädigende Wirkung besitzen, diese aber trotzdem ausüben um ihre Benachteiligungen bewältigen zu können. Außerdem muss festgestellt werden, dass durch geringeres Einkommen bzw. Armut den Menschen scheinbar die Möglichkeit, ihr Leben gesünder zu gestalten, genommen wird. Naidoo und Wills [2003d] führen hierzu an: „Zum Beispiel sind gesündere Lebensmittel häufig teuer, weshalb Familien bei Geldknappheit mehr auf Lebensmittel zurückgreifen, die reich an Kalorien und sättigend sind, aber nicht unbedingt einen hohen Nährwert haben.“ [NAIDOO J. und WILLS J., 2003d]

2.4.6.3 Wohnverhältnisse als Einflussfaktor auf die Gesundheit

Großen Einfluss auf die Gesundheit üben auch schlechte Wohnverhältnisse sowie Obdachlosigkeit aus. So treten vor allem bei Obdachlosen „Erkrankungen der Atemwege, Erschöpfungszustände, hohe Infektionsraten bei Kindern, höhere Unfallrisiken sowie Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten“ auf. Ist ein Obdach vorhanden, beeinflussen beispielsweise die Lage und die Wohnverhältnisse die Gesundheit. So konnte beim Leben in Hochhäusern ein häufigeres Auftreten von psychischen und praktischen Problemen vor allem bei Hausfrauen und Älteren festgestellt werden. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003d]

Auch der Wohnort selbst hat einen Einfluss auf die Gesundheit seiner Bewohner. Dabei können auch Unterschiede innerhalb von Städten oder Regionen auftreten. Grund dafür könnte die Verteilung der sozialen Schichten auf die unterschiedlichen Städte oder Regionen sein. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003d]

2.4.6.4 Arbeit als Einflussfaktor auf die Gesundheit

Die Arbeit ist besonders wichtig, da sie sich sowohl direkt als auch indirekt auf die Gesundheit auswirkt. Sie beeinflusst die Gesundheit indirekt durch das Einkommen und das Selbstwertgefühl sowie direkt über die Art der Arbeit selbst.

Außerdem wirken sich die Anforderungen an die Arbeit, der Grad der Selbstbestimmung sowie der Grad des sozialen Rückhalts auf die Gesundheit aus. Naidoo und Wills [2003d] führen hierfür ein Beispiel an, „dass hohe Arbeitsanforderungen und ein geringer Grad an Selbständigkeit zu mehr Arbeitsstress und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen“.

Aber auch der Verlust von Arbeit wirkt sich auf die Gesundheit aus. Umstritten ist, ob sich der Verlust selbst oder die damit verbundenen Mängel dabei negativ auf die Gesundheit auswirken. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003d]

2.5 Gesundheitsförderung

2.5.1 Definition

Im Groben können folgende Definitionen von Gesundheitsförderung unterschieden werden:

Die „weite Definition“ von Gesundheitsförderung wird als Fokus von Public Health (Öffentliche Gesundheit) angesehen. Sie beinhaltet zur Förderung von Gesundheit alle „nicht-therapeutischen Aktivitäten“ der Prävention und Rehabilitation.

Die „engere Definition“ von Gesundheitsförderung bezieht sich meist auf die Ottawa-Charta und wird als Fokus von New Public Health (Neue Öffentliche Gesundheit) betrachtet. Hier liegt die Betonung der Gesundheitsförderung auf dem salutogenetischen Ansatz im Gegensatz zum pathogenetischen Ansatz der Prävention. Auch die anderen Punkte, in denen sich die Gesundheitsförderung von der Prävention unterscheidet, werden in dieser Definition der Gesundheitsförderung hervorgehoben. So orientiert sie sich hier an den „Potenzialen und Ressourcen“ im Unterschied zur Prävention, die sich an „Risiken und Defiziten“ orientiert. In diesem Zusammenhang werden auch die Möglichkeiten von der Autonomie, des Empowerment der Teilhabe ebenso wie die „über das Medizinsystem hinausgehende sozial- und gesamtpolitische Handlungsorientierung, Kontextsteuerung und Systemintervention“, die durch die Gesundheitsförderung unterstützt werden, hervorgehoben. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006c]

Auch wenn „Gesundheitsförderung“ oft im gleichen Atemzug mit „Prävention“ genannt wird, so sind es zwei unterschiedliche Richtungen und Ansichten von Intervention. Beide haben aber ein gemeinsames Ziel. Hurrelmann [2004] hat dieses folgendermaßen festgehalten: „Gemeinsames Ziel beider Interventionsformen ist, einen sowohl individuellen als auch kollektiven Gesundheitsgewinn zu erzielen: einmal durch das Zurückdrängen von Risiken und Krankheiten, zum anderen durch die Förderung von gesundheitlichen Ressourcen. Dabei beruft sich die Krankheitsprävention auf die Dynamik der

Entstehung von Krankheit, die Gesundheitsförderung auf die Dynamik der Entstehung von Gesundheit“. [HURRELMANN K. in HURRELMANN K. et al, 2004]

Der Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Prävention liegt in der Herangehensweise. Die Gesundheitsförderung versucht über die Stärkung und Förderung von Ressourcen der Salutogenese Gesundheit herzustellen. Die Prävention hingegen versucht dies durch Vermeidung von Krankheit und ihren Risiken. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006c]

Durch Gesundheitsförderung sollte nicht mehr nur die Krankheitsprävention (Vermeidungsstrategie) oder die Identifikation von Risikogruppen im Vordergrund stehen, sondern die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Menschen (Promotionsstrategie). Die Definition von Gesundheitsproblemen liegt in der Hand von Fachleuten und Gesundheitsberufen, aber auch bei den Menschen selbst. Sie können am besten erkennen, welche Probleme für sich und ihre Umgebung von Wichtigkeit sind. Hier wird erkennbar, dass nicht mehr der Einzelne alleine sondern die gesamte Gesellschaft aufgrund ihres sozialen und ökonomischen Einflusses für die Gesundheit aller verantwortlich ist. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003e]

2.5.2 Geschichte der Gesundheitsförderung

Die Geschichte der Gesundheitsförderung ist stark von der WHO und ihren Programmen geprägt. Die Ottawa-Charta von 1986 spielt hier eine besondere Rolle. Sie „gilt als Kristallisationspunkt für ein neues Gesundheitsverständnis und als Startsignal für Gesundheitsförderungsstrategien auf internationaler und nationaler Ebene. Sie greift die Ideen unterschiedlicher sozialer Bewegungen (Umwelt-, Bürgerrechtsbewegung) und medizinkritische Diskussionen auf und bündelt sie in einem programmatischen Papier“. [HURRELMANN K. et al, 2004b]

Obwohl die WHO bereits 1946 „Gesundheit“ in ihrer Verfassung als erweiterte Definition verankert hatte, hatte dies bis Anfang der 1980er Jahre kaum Auswirkungen auf ihre Programme und Strategien. Auch in der Deklaration von Alma Ata (1978) war noch eine starke Orientierung an Krankheit bemerkbar. Das Blatt wendete sich mit der Ottawa-Charta 1986, als Gesundheit „als Prozess, der in den konkreten Lebenszusammenhängen stattfindet“ erkannt wurde. [HURRELMANN K. et al, 2004b]

Die Ottawa-Charta hielt fest, dass das Ziel von Gesundheitsförderung folgendes ist: „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. In der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) wurde diese Definition erweitert und angepasst. Sie setzt fest, dass Gesundheitsförderung „ein Prozess“ ist, „der Menschen „befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit.“ [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

Ein wichtiger Ansatz der Gesundheitsförderung ist die Überwindung von gesundheitlicher und sozialer Ungerechtigkeit hin „zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit“ [ALTGELD T. und WALTER U., 1997]. Die WHO hebt somit auch den Impuls der Gesundheitsförderung an die Politik hervor um die Ungerechtigkeiten zu überwinden. [HURRELMANN K. et al, 2004b]

2.5.3 Akteure, Zielgruppen und Voraussetzungen der Gesundheitsförderung

Da Gesundheitsförderung nicht nur zentrales Anliegen des Gesundheitswesens sein sollte, ist eine Zusammenarbeit zahlreicher Bereiche nötig. Die Akteure dieser Bereiche sind dazu aufgefordert, sich aktiv am Prozess der Gesundheitsförderung zu beteiligen. Ebenso muss die Bevölkerung aktiv an diesem Prozess beteiligt werden.

Zielgruppe der Gesundheitsförderung sind Menschen aller Altersgruppen und Lebensphasen. Auch Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sind hiervon nicht ausgeschlossen.

Die Grundvoraussetzungen für Gesundheit sowie Gesundheitsförderung sind in der Ottawa-Charta festgehalten worden. Dazu zählen: „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

2.5.4 Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung

Das Europäische Regionalbüro der WHO hat schon vor der Ottawa-Charta im Jahre 1984 in seinem Grundsatzpapier „Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien“ die Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung festgehalten. Darin ist ersichtlich, dass eine intersektorale Zusammenarbeit notwendig ist, um einerseits den Einzelnen dazu zu befähigen, seine Gesundheit selbst in die Hand nehmen zu können, und andererseits um die Grundvoraussetzungen für Gesundheit schaffen zu können.

Die Diskussionsgrundlage umfasst folgende Punkte: „

- sozio-ökologisches Verständnis der ständigen Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt
- Blick auf die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich auf spezifische Risikogruppen
- Verbindung unterschiedlicher, aber einander ergänzender Maßnahmen oder Ansätze, einschließlich Information, Erziehung, Gesetzgebung, steuerliche Maßnahmen, organisatorische Regelungen, gemeindenähe Veränderungen sowie spontane Schritte gegen Gesundheitsgefährdungen
- konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit
- Gesundheitsförderung als primäre Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und nicht „medizinische Dienstleistung“ [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

Die offizielle Veröffentlichung der Ziele und Prinzipien erfolgte dann 1986 im Rahmen der Ottawa-Charta. Hier werden für die Gesundheitsförderung drei grundlegende Handlungsstrategien und fünf primäre Handlungsbereiche festgehalten. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

Die drei Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung sind:

1. „Anwaltschaft für Gesundheit – Advocacy“

Hierunter wird ein aktiver Einsatz für Gesundheit verstanden. Faktoren der Politik, Ökonomie, Soziales, Kultur, Biologie, Umwelt und Verhalten sollen beeinflusst werden.

2. „Befähigen und Ermöglichen – Enable“

Durch Förderung von Kompetenzen sowie Empowerment soll eine gesundheitliche Chancengleichheit geschaffen werden, damit aus dem größtmöglichen Potential der Gesundheit geschöpft werden kann.

3. „Vermitteln und Vernetzen – Mediate“

Eine intersektorale Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens soll auf Dauer geschaffen werden.

[KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

Der „Mehrebenenansatz“ der Gesundheitsförderung bzw. die fünf primären Handlungsbereiche umfassen:

1. „Entwicklung einer Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik – Build healthy public policy“

Um Gesundheit in allen Bereichen zum Thema zu machen bzw. um die Auswirkungen der Politik auf die Gesundheit zu verdeutlichen, werden unterschiedliche, sich ergänzende Ansatzpunkte angewendet. Beispiele hierfür wären „Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen, organisatorisch-strukturelle Veränderungen“

2. „Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen – Create supportive environments“

Durch Gesundheitsförderung sollen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen verbessert, gesichert und geschützt werden

3. „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen – Strengthen community action“

Nicht nur der Einzelne sondern die Gesellschaft in ihren unterschiedlichen Settings soll befähigt werden, selbst bestimmt und autonom die Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen. Aus diesem Grund werden beispielsweise Bürger, Nachbarschaften und Gemeinden in ihren Aktivitäten unterstützt.

4. „Persönliche Kompetenzen entwickeln – Develop personal skills“

Anhand von Aufklärung, Gesundheitsbildung und Förderung von Kompetenzen soll der Einzelne befähigt werden, seine Gesundheit selbst zu bestimmen. „Menschen sollen zu lebenslangem Lernen befähigt werden und ihnen soll geholfen werden, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können“

5. „Gesundheitsdienste neu orientieren – Reorient health services“ bzw. „Ebene der Institutionen“

Die Gesundheitsdienste sollten ihren Fokus auf die Gesundheitsförderung und die Wahrnehmung der ganzheitlichen Bedürfnisse der ihnen Anvertrauten richten anstatt auf die reine medizinisch-kurative Betreuung dieser.

Ebenso sollen sie eine verbesserte intersektorale Zusammenarbeit mit „anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Kräften“ schaffen.

Diese fünf Handlungsfelder gelten als Erfolgsversprechender Ansatz für das Funktionieren von Gesundheitsförderung. Es hat sich erwiesenermaßen gezeigt, dass die Kombination dieser fünf Strategien zu umfangreichen Ansätzen am förderlichsten ist. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

2.5.5 Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Laut Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowohl den Aspekt der Stärkung der persönlichen bzw. gesellschaftlichen Ressourcen als auch den Aspekt der Vermeidung von Krankheit nicht außer Acht lassen. Die Stärkung von Ressourcen könnte beispielsweise durch Förderung von Kompetenzen oder durch geeignete Maßnahmen hinsichtlich des Settings erfolgen. Krankheiten könnten durch Senkung externer oder vom Verhalten abhängiger Risiken und Belastungen vermieden werden. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006c]

Um die Gesundheitsressourcen der Gesellschaft stärken zu können, setzen die Maßnahmen der Gesundheitsförderung zum einen beim Einzelnen und zum anderen bei den „sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen“ an. Hurrelmann et al. [2004b] gehen davon aus, dass die Gesundheitsförderung vor allem dann von großer Wirkung ist, „wenn verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Interventionsmaßnahmen miteinander kombiniert werden.“ [HURRELMANN K. et al, 2004b]

Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind zudem stark gesundheitspolitisch geprägt. So zählen gesetzliche Regelungen zu Gesundheitsbelastungen, Gesundheitshandeln, Gesundheitsverträglichkeit sowie strukturelle Maßnahmen für bessere Wohn-, Arbeits- und Verpflegungsbedingungen in der Gemeinschaftsverpflegung dazu. Auf diese Weise soll „die gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ des Einzelnen gemacht werden. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

Da sich die Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht rein auf den Gesundheitsbereich beschränken, ist eine Zusammenarbeit zahlreicher Bereiche nötig. Kolip [2003] nennt beispielsweise „den Bildungsbereich, die Stadt- und Verkehrsplanung und die Jugendarbeit“.

2.5.6 Erfolge der Gesundheitsförderung

Es ist wissenschaftlich belegt, dass ein Erfolg der Gesundheitsförderung vor allem dann besteht, wenn einerseits die fünf Handlungsstrategien zu umfangreichen Ansätzen kombiniert werden und andererseits das Setting als Lebensraum für diese Ansätze bedacht wird. Auch der Einbezug der Bevölkerung in das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung sowie die Kooperation mit verschiedenen Fachbereichen sind dazu Notwendig. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006c]

Durch das Bestreben der Gesundheitsförderung konnte bereits ein neues, umfangreiches, sozial-ökologisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit geschaffen werden. Kaba-Schönstein [2003c] hält als bisherigen Erfolg fest, dass Gesundheitsförderung als „Zukunftsinvestition“ erfasst und gemeinsam mit verstärkter Krankheitsprävention als ein großes Potential im Gesundheitswesen diskutiert wird. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006c]

2.5.7 Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert

In der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung 1997 wurden die Ziele und Prinzipien der Ottawa-Charta schließlich für das 21. Jahrhundert angepasst und bestätigt. Hierfür wurden fünf Prioritäten der Gesundheitsförderung festgelegt. [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

Der Fokus sollte dabei auf folgenden Punkten liegen: „

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit

- Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenzen des Einzelnen
- Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung“ [KABA-SCHÖNSTEIN L. – BZgA, 2006b]

2.6 Gesundheitsförderung in Österreich

2.6.1 Geschichte der Gesundheitsförderung in Österreich

1988 wurde – zwei Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta – das „Forum Gesundes Österreich“ eigens für die Gesundheitsförderung in Österreich geschaffen. Das Forum Gesundes Österreich diente einerseits als Informations- und Koordinationsplattform im Bereich der Gesundheitsförderung, andererseits der Dokumentation von Gesundheitsförderungen und Selbsthilfe. Später wurde es zum „Fonds Gesundes Österreich“ umbenannt.

Seit dem EU-Beitritt Österreichs dient der Fonds Gesundes Österreich als Plattform im Rahmen der, 1996 eingerichteten, transnationalen Netzwerke der EU-Mitgliedsstaaten. Diese Netzwerke leisten einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung, da sie im Bereich der Gesundheitsförderung kooperieren und dabei gewonnene Erfahrungen austauschen.

Ein Meilenstein in der Geschichte der Gesundheitsförderung in Österreich ist zweifelsfrei die gesetzliche Verankerung der Gesundheitsförderung durch das Gesundheitsförderungsgesetz 1998 – zehn Jahre nach Einrichtung des „Forum Gesundes Österreich“.

Am 1. August 2006 wurde der Fonds Gesundes Österreich schließlich in den Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH. eingegliedert. [INTERNET FONDS GESUNDES ÖSTERREICH]

2.6.2 Österreichisches Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)

Das Gesundheitsförderungsgesetz wurde 1998 als Ergebnis eines Gesetzesentwurfs von MandatarInnen und ExpertInnen zum Thema „Gesundheitsförderung“ im österreichischen Parlament als „Bundesgesetz über

Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz – GfG)“ beschlossen.

Eine wichtige Basis für dieses Gesetz stellt die Ottawa-Charta von 1986 dar. Ihre umfassende Begriffsdefinition von „Gesundheit“ dient zur Orientierung im Gesundheitsförderungsgesetz. [INTERNET FONDS GESUNDES ÖSTERREICH]

Der gemeinnützige Fonds Gesundes Österreich erhielt durch das Gesetz sowohl einen erweiterten Aufgabenbereich als auch einen festgelegten Budgetrahmen. Dieser beläuft sich auf 7,25 Millionen Euro an öffentlichen Mitteln, die für die Durchführung von Aktivitäten auf dem Sektor der Gesundheitsförderung pro Jahr zur Verfügung stehen. Dieser Budgetrahmen wird von Bund, Ländern, Gemeinden und Städten aus Umsatzsteuermitteln für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt. [INTERNET FONDS GESUNDES ÖSTERREICH]

Im Paragraph 1 des Gesundheitsförderungsgesetz sind Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung festgelegt (Auszug): „[GESUNDHEITSFÖRDERUNGSGESETZ, 1998]

§ 1. (1) Gegenstand dieses Bundesgesetzes sind Maßnahmen und Initiativen, die zur Erreichung folgender Zielsetzungen beitragen:

1. Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens;
2. Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren.

Der Paragraph 2 des Gesundheitsförderungsgesetz hält fest (Auszug): „[GESUNDHEITSFÖRDERUNGSGESETZ, 1998]

§ 2. Folgende grundlegende Strategien sind zur Erreichung der in § 1 genannten Zielsetzungen vorzusehen:

1. Strukturaufbau für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention unter Berücksichtigung und Einbindung bestehender Einrichtungen und Strukturen;

2. Entwicklung und Vergabe von bevölkerungsnahen, kontextbezogenen Programmen und Angeboten in Gemeinden, Städten, Schulen, Betrieben und im öffentlichen Gesundheitswesen;
3. Entwicklung zielgruppenspezifischer Programme zur Information und Beratung über gesunden Lebensstil, Krankheitsprävention sowie Umgang mit chronischen Krankheiten und Krisensituationen;
5. Unterstützung der Fortbildung von Personen, die in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention tätig sind;

2.6.3 Fonds Gesundes Österreich

Der Fonds Gesundes Österreich ist die bundesweite Kontakt- und Förderstelle für Gesundheitsförderung und Prävention. Er liefert sowohl Unterstützung bei praxisorientierten und wissenschaftlichen Projekten als auch beim Strukturaufbau, bei Fortbildung und Vernetzung. Ebenso werden die Aktivitäten der mannigfaltigen österreichischen Selbsthilfe-Szene durch den Fonds gefördert. [INTERNET FONDS GESUNDES ÖSTERREICH]

Die sechs Handlungsfelder des Fonds Gesundes Österreich umfassen die Bereiche Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit, Kinder und Jugendliche, Menschen am Arbeitsplatz sowie ältere Menschen. Der Fonds initiiert und koordiniert vornehmlich in diesen Bereichen die Entstehung von Modellprojekten mit Vorbildcharakter für gesundheitsrelevantes Verhalten als auch von Bedingungen, die vor allem kennzeichnende Merkmale wie Alter, Geschlecht, Sozialstatus oder Nationalität berücksichtigen. Durch regelmäßige Aktivitäten wie Projektförderung, Vernetzung, Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit in diesen Bereichen soll das Gesundheitsbewusstsein der ÖsterreicherInnen verbessert werden. [INTERNET FONDS GESUNDES ÖSTERREICH]

Der Fonds Gesundes Österreich fokussiert sowohl Einflussfaktoren auf das gesunde Altern als auch Förderungsmaßnahmen dieser, um die Gesundheit älterer Menschen zu verbessern. [INTERNET FONDS GESUNDES ÖSTERREICH]

Seit 2008 setzt der Fonds Gesundes Österreich den Schwerpunkt seiner Arbeit auf die Bereiche der Herz-Kreislaufgesundheit, des kommunalen Settings, von Kindergarten und Schule sowie von Arbeitsplatz und Betrieb. Durch diese Prioritätensetzung sollen Ressourcen im Bereich der Gesundheitsförderung besser genutzt werden und schnellere Entwicklungen möglich gemacht werden. [INTERNET FONDS GESUNDES ÖSTERREICH]

2.7 Gesundheitsförderung im Alter

Die Gesundheitsförderung im Alter wird durch die demographischen Veränderungen der Gesellschaft ein immer wichtigeres Thema. Die langfristige Erhaltung von Gesundheit und Selbständigkeit, aber auch die Möglichkeit diese immer wieder herstellen zu können, sollte in den Fokus der Bestrebungen auf diesem Sektor rücken. [ROBINE J. M. et al, 2003 in MEIER-BAUMGARTNER H. P. et al, 2006].

2.7.1 Biologische und psychologische Veränderungen im Laufe des Lebens

Hurrelmann et al [2004c] stellen fest, dass sich der Mensch im Laufe seines gesamten Lebens aufgrund von „natürlichen biologischen und psychologischen“ Prozessen kontinuierlich in seiner körperlichen Leistungs- und Anpassungsfähigkeit verändert. Dies bedeutet allerdings nicht, dass der Grad der Veränderungen nicht beeinflussbar ist. Es hat sich gezeigt, dass die körperliche Leistungs- und Anpassungsfähigkeit im hohen Alter durch Maßnahmen in jungem Alter nachhaltig beeinflusst werden kann. Dies ist auch für den seelisch-geistigen Bereich möglich. Hier ist die Entwicklung von „Wissenssystemen und effektiven Handlungsstrategien“ in jungen Jahren von Nöten, um im Alter einen „Zuwachs an Wissen, Erfahrungen und Handlungskompetenzen“ zu erfahren“. [HURRELMANN K. et al, 2004c]

2.7.2 Gesundheitsbegriff im Alter

Hurrelmann et al. [2004c] erfassen „Gesundheit im Alter“ als fünfdimensionales Konzept. Dieses umfasst folgende Punkte: „

- Fehlen von Krankheiten und Krankheitssymptomen
- optimaler funktionaler Status
- aktive, selbstverantwortliche, persönlich zufrieden stellende Lebensgestaltung
- gelingende Bewältigung von Belastungen und Krisen
- individuell angemessenes System medizinisch-pflegerischer und sozialer Unterstützung“

[HURRELMANN K. et al, 2004c]

Das Konzept der „aktiven Lebenserwartung“ bezieht sich auf den „optimalen funktionalen Status“ als eine Dimension von Gesundheit [BRANCH L. G., 2001; KATZ S. et al., 1983 in HURRELMANN K. et al, 2004]. Dieses Konzept basiert einerseits auf der Erkenntnis, dass Krankheiten nicht gezwungenermaßen Ursache für Behinderungen sind, und andererseits, „dass sich Erfolge der Prävention, Therapie und Pflege nicht allein in dem Hinausschieben von Erkrankungen („Kompression der Morbidität“) [FRIES J. F., 1989 in HURRELMANN K. et al, 2004], sondern auch im späteren Auftreten von Behinderungen widerspiegeln [MANTON K. G. et al, 1997 in HURRELMANN K. et al, 2004]“.

Untersuchungen von Unger [2002] liefern den Beweis, dass durch die gesteigerte Lebenserwartung aktive Jahre im Alter gewonnen werden können. Der Anteil an aktiv geführten Lebensjahren liegt beispielsweise bei 67 – 70jährigen Männern (Geburtsjahr 1917) durchschnittlich bei 73% und ist bei später geborenen Männern (Geburtsjahr 1927) mit 81,5% im Durchschnitt markant höher. Ebenso verhält es sich bei den Frauen: hier liegt der Anteil an aktiven Lebensjahren bei den 67 – 70-jährigen Frauen (Geburtsjahr 1917) im Durchschnitt bei 72,5%, während er bei später geborenen Frauen (Geburtsjahr 1927) im Mittel bei 77% liegt.

In diesem Zusammenhang wird unter „aktiven Jahren“ eine „aktive, selbstverantwortliche Lebensführung“ verstanden, die ein eigenständiges Meistern des Alltags umfasst. [UNGER R., 2002]

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) definiert „Gesundheit im Alter“ unter Einbezug der physischen, psychischen und sozialen Komponente des Alterns um eine Reduzierung des Alterns auf einen „körperlich determinierten Prozess“ zu verhindern. [KOMMISSION, 2001]

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vertritt die Meinung: „Die hohen präventiven Potentiale bei älteren Menschen werden unterschätzt. Um diese Potentiale zu realisieren, sollten sich die Maßnahmen und Strategien nicht allein auf die Verhütung von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Alternsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration berücksichtigen“. [KOMMISSION, 2001]

2.7.3 Zusammenhang Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Gerade im Alter steht die Gesundheitsförderung in engem Zusammenhang zur Prävention. Während die Gesundheitsförderung die Förderung von Gesundheitsressourcen zum Ziel hat, versucht die Prävention gesundheitliche Hindernisse zu vermeiden. Kruse et al. [2002] verweisen in diesem Zusammenhang auf „die Tatsache, dass spezifische Krankheiten in ihrem Auftreten und in ihrem Verlauf durch nachgewiesenermaßen wirksame, risikoarme und kostengünstige Maßnahmen beeinflusst werden können, auf vorhandene Präventionspotentiale“. [KRUSE A. et al, 2002]

Beispiel für ein solches Präventionspotential wäre die Senkung des arteriellen Bluthochdrucks durch verhaltensmedizinische Vorgehensweisen. Auf diese Weise können die Lebensqualität gesteigert aber auch Kosten eingespart werden. [KRUSE A., 2004b].

Inwieweit diese Präventionspotentiale genutzt werden können, ist einerseits vom Gesundheitsbewusstsein und andererseits vom Gesundheitswissen und den dazugehörigen Kompetenzen der jeweiligen Zielgruppe abhängig. Maßnahmen der Gesundheitsförderung können allerdings auf diese Faktoren einen positiven Einfluss haben. Um die Chancengleichheit zu verbessern, sollten gerade „hoch belastete Bevölkerungsgruppen sowie sozial benachteiligte Menschen“ im Fokus dieser Maßnahmen sein. [KRUSE A., 2004b]

2.7.4 Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

Kennie [1993] und Kruse [2002] sind der Auffassung, dass sich die Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung im Alter folgende Punkte zum Ziel setzen sollte: „[KENNIE D. C., 1993; KRUSE A., 2002 in HURRELMANN K. et al, 2004]

- Vermeidung von Erkrankungen und Funktionseinbußen
- Erhaltung der funktionalen Unabhängigkeit
- Erhaltung der aktiven Lebensgestaltung
- Vermeidung von psychischen Erkrankungen aufgrund von Überforderung
- Aufrechterhaltung eines angemessenen Systems der Unterstützung“.

Ein geeignetes Mittel scheint der „präventive Hausbesuch“ zu sein. Dieser hat das Ziel, Risikofaktoren und Behinderungen frühzeitig zu erkennen. [KRUSE A. et al, 2002 in HURRELMANN K. et al, 2004; v. RENTELN-KRUSE et al., 2003; STUCK A., 2001]

2.7.5 Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung im Alter

Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung im Alter sind einerseits persönliche Faktoren und andererseits Umweltfaktoren. Die persönlichen Faktoren

umfassen „Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten, subjektive Deutung und Bewältigung von Belastungen, Fähigkeit zur Kompensation von Einschränkungen“. Die Umweltfaktoren hingegen umfassen beispielsweise die „Gestaltung der Wohnung (Barrierefreiheit, Ausstattung mit Hilfsmitteln) sowie die Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen (Infrastruktur)“. [KRUSE A., 2004b]

2.7.6 Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Alter

Im Folgenden werden spezifische Maßnahmen hinsichtlich Gesundheitsförderung im Alter näher aufgelistet.

Dabei handelt es sich um vier Kernbereiche:

- Ernährung
- Bewegung
- Kognitive Aktivität
- Soziales.

2.7.6.1 Ernährungsverhalten

Im Laufe des Lebens verändern sich die Physiologie des Körpers und daher auch die Anforderungen des Körpers an die Ernährung. Aus diesem Grund sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention diese speziellen Bedürfnisse hinsichtlich einer angemessenen Ernährung des Älteren berücksichtigen. [ELMADFA I. und LEITZMANN C., 2004]

Folgende Veränderungen sind bei Frauen ab der Menopause bzw. bei Männern über 65 Jahre feststellbar:

- Rückgang im Energieverbrauch durch niedrigeren Grundumsatz, weniger körperlicher Aktivität, weniger aktiver Muskelmasse, gesteigertes Körpergewicht
- Rückgang der Verdauungsgeschwindigkeit durch verminderte Speichel- und Magensekretion, reduzierte Resorption von Fett und Calcium, verminderte Kohlenhydrattoleranz

- Rückgang der Adaptionfähigkeit durch verminderten Geruchs- und Geschmackssinn, gesenktes Durstempfinden, häufigeres Auftreten von Kauproblemen, Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck, Gicht

[ELMADFA I. und LEITZMANN C., 2004]

Wird die Ernährung nicht an den veränderten Bedarf angepasst, kann es zu Mangelzuständen kommen. Diese äußern sich durch „körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen, verminderte Immunfunktion, allgemein erhöhte Morbidität und Mortalität, verzögerte Genesung nach Erkrankungen und eine erhöhte Anfälligkeit für Nekrosen- und Geschwürbildung durch örtliche Druckwirkung“. [ELMADFA I. und LEITZMANN C., 2004]

Moreiras et al. [1996] sehen auch in der geringeren Aufnahme von Nahrungsmitteln einen Grund für Mangelzustände, insbesondere kann eine ausreichende Versorgung mit Vitaminen nicht sichergestellt werden. [MOREIRAS O. et al., 1996]

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich angemessener Ernährung im Alter sollten nicht nur Wissen über ein gesundes Ernährungsverhalten vermitteln, sondern dieses auch in das geriatrische Assessment inkludieren. Im Zuge dieser Maßnahmen sollte die gesunde Ernährung Älterer unterstützt werden. Sei es indem Kosten für gesunde Lebensmittel gesenkt werden oder Menschen, denen es finanziell nicht möglich ist hohe Preise für gesunde Lebensmittel zu zahlen, zu unterstützen. Weiters soll es – gerade den älteren Verbrauchern – durch gesetzliche Reglements möglich sein durch geeignete Etikettierung von Lebensmitteln die Produktqualität beurteilen zu können [KRUSE A., 2004b]

2.7.6.2 Körperliche Aktivität

Gesundheitsförderliche oder präventive Maßnahmen hinsichtlich körperlicher Aktivität sind ein großer Gewinn für – vor allem gesundheitlich stark beeinträchtigte – ältere Menschen.

McAuley und Rudolph [1995] gehen davon aus, dass der Gesundheitszustand durch regelmäßige körperliche Aktivität, unabhängig vom Alter, verbessert werden kann. [MC AULEY E. und RUDOLPH D., 1995]

Daher sollten Maßnahmen zur körperlichen Aktivität es einer breiten Masse an älteren Menschen möglich machen, an eigenen Trainingsprogrammen teilnehmen zu können, die für diese auch von Interesse sind. Die Älteren sollten in solchen Trainingsprogrammen fachlich unterstützt werden und es sollte ihnen möglich sein, diese in einer sicheren und angenehmen Atmosphäre auszuüben. Ein weiterer Aspekt solcher Maßnahmen zur körperlichen Aktivität sollte die Gesundheitserziehung der Älteren sein. [KRUSE A., 2004b]

Durch körperliche Aktivität ist es den Älteren möglich, den Alltag funktionell gesund meistern zu können. Die Ergebnisse einer Längsschnittstudie von Atchley und Scala [1998] zeigen, dass körperliche Aktivität mit einem höheren Maß an funktionaler Kapazität gekoppelt ist. [ATCHLEY R. C. und SCALA M. A., 1998]

Skelton hält zudem fest, dass bei der Vermeidung von Stürzen die körperliche Aktivität eine wichtige Rolle spielt. [SKELTON D. A., 2001]

Eine intensive sportliche Betätigung ist Älteren dennoch nur nach medizinischer Abklärung möglicher Risiken und Erkrankungen anzuraten, da eine bereits bestehende Krankheit negative Folgen mit sich führen könnte. [KRUSE A., 2004b]

2.7.6.3 Kognitive Aktivität

Wilson und seine Mitarbeiter [1999] folgern in ihrer Studie, „dass das allgemeine Ausmaß an kognitiver Aktivität für die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter von ähnlicher Bedeutung ist wie die Teilnahme an kognitiven Trainings.“ Ihre Untersuchung stellte jedoch zwischen dem Ausmaß an kognitiver Aktivität und dem Alter nur einen schwachen Zusammenhang fest. Zwischen der kognitiven Aktivität und dem Bildungsstand bzw. dem Einkommen

konnten sie hingegen einen stärkeren Zusammenhang aufzeigen. Daher wurde der Einfluss von soziodemographischen Variablen kontrolliert und eine „statistisch bedeutsame Beziehung zwischen dem Ausmaß an kognitiver Aktivität und der kognitiven Leistungsfähigkeit“ konnte schlussendlich festgehalten werden. [KRUSE A., 2004b]

Ergebnisse der MacArthur-Studie lassen darauf schließen, „dass die Dominanz monotoner Tätigkeiten im Berufsleben dazu beitragen kann, dass die geistige Flexibilität zurückgeht, während Problemlösefähigkeiten von Menschen, die sich im Beruf immer wieder mit neuen Aufgaben und Herausforderungen auseinandersetzen müssen und die auch nach Austritt aus dem Beruf neue Aufgaben und Herausforderungen gesucht haben, im Alter keine wesentliche Veränderung zeigen“ [ROWE J. W. und KAHN R. L., 1998].

2.7.6.4 Abbau sozialer Ungleichheit

Greene und Gold [2000] sehen den „Abbau sozialer Ungleichheit im Bereich der Gesundheit ... als eine vordringliche Aufgabe von Prävention und Gesundheitsförderung“ vor allem zugunsten von älteren Menschen. [GREENE R. und GOLD C., 2000]

So betonten Strawbridge et al. [1996] den annähernd direkten Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Morbiditäts- und Mortalitätsrate. Die Arbeitsgruppe beobachtete, dass je höher der Sozialstatus umso geringer die Wahrscheinlichkeit für Krankheit oder Tod ist [STRAWBRIDGE W. J. et al, 1996].

Als Gründe werden Schichtunterschiede hinsichtlich Rauchens, Ernährung, körperlicher Aktivität sowie vorherrschende Bedingungen in Beruf und der physikalischen sowie sozialen Umwelt angenommen. [KRUSE A., 2004b]

Es besteht die Annahme, dass sich soziale Unterschiede hinsichtlich Produktivität und Selbständigkeit im Alter nicht verringern, sondern eher

vergrößern. [MAYER K. U. und WAGNER M., 1996 in HURRELMANN K. et al, 2004; STRAWBRIDGE W. J. et al, 1996]

Gunning Schepers und Gepkens [1996] gehen davon aus, dass zwar Maßnahmen für eine gesundheitliche Chancengleichheit durch die Krankenkasse dienlich wären, aber aufgrund mangelnder Erfahrungen bei Älteren alleine nicht ausreichen würden. [GUNNING SCHEPERS L. J. und GEPKENS A., 1996]

2.8 Aktiv ins Alter

2.8.1 WHO Gesunde Städte

2.8.1.1 Definition

Zahlreiche Städte innerhalb der WHO-Europa-Region sind Gesunde Städte und erfüllen unter anderem folgende Richtlinien: „[INTERNET WIEN]

- sichere, saubere und physische Lebensbedingungen von hoher Qualität, einschließlich der Wohnqualität
- eine sich gegenseitig unterstützende Gemeinschaft und Nachbarschaft
- ein hohes Maß an Einbindung der Bürgerinnen und Bürger bei Planungen und Entscheidungen, die die Gesundheit beeinflussen können
- Befriedigung der Grundbedürfnisse Wasser, Ernährung, Wohnen
- Arbeit und Sicherheit für alle Bürgerinnen und Bürger
- breites Verständnis gegenüber der eigenen kulturellen Vergangenheit und gegenüber anderen ethnischen Gruppen in der Stadtbevölkerung
- Chancengleichheit aller Bürgerinnen und Bürger für bestmögliche Gesundheit und Wohlbefinden“ [INTERNET WIEN]

2.8.1.2 Das Gesunde Städte Programm

Das WHO Europäische Gesunde Städte Programm wählt auf Basis von Kriterien, die alle fünf Jahre erneuert werden, Städte zur Umsetzung ihrer Pläne

aus. Jede Fünf-Jahres-Phase fokussiert Kernthemen und ruft politische Deklarationen sowie eine Reihe von strategischen Zielen ins Leben. [INTERNET WHO GESUNDE STÄDTE]

Das Gesunde Städte Programm unterstützt dabei die Entwicklung von Gesundheit durch einen Prozess:

- des politischen Engagements
- des institutionellen Wandels
- des Ausbaus von Kapazitäten
- der partnerschaftlichen Planung
- der innovativen Projekte.

[INTERNET WHO GESUNDE STÄDTE]

Allgemeines Ziel des Gesunde Städte Programms ist es, Gesundheit in allen Bereichen zum Thema zu machen und eine einflussreiche Lobby für öffentliche Gesundheit zu etablieren. Das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden aber auch die Umweltbedingungen sollen verbessert werden.

Das Gesunde Städte Programm ist ein geeignetes Mittel um die Strategie der WHO „Gesundheit für alle“ auf Gemeindeebene umzusetzen. [INTERNET WIEN]

2.8.1.3 Gesundes Altern

Gesundes Altern ist eines der Kernthemen der Phase IV (2003 – 2008) des WHO Gesunde Städte Netzwerks.

Ziel dieser Phase IV war es, ein solides politisches Engagement zu schaffen und Richtlinien sowie Planungsprozesse einzuführen, die eine ganzheitliche und ausgeglichene Einstellung hinsichtlich der Bedürfnisse älterer Menschen zu Gesundheitsentwicklung und Pflege sichern.

Diese Städte erstellen ein Gesundheitsprofil von älteren Menschen anhand dessen eine Entwicklungsstrategie zur Erreichung des Ziels geschaffen werden soll.

Eine gesunde Einstellung hinsichtlich des Alterns berücksichtigt die Möglichkeit eines jeden Menschen, jeden Alters, ein gesundes, sicheres und sozial

integriertes Leben zu führen. Sie erfasst Einflussfaktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden, die über Gesundheit und soziale Betreuung hinausgehen, sowie den Beitrag, der von allen Gesundheitsbeeinflussenden Bereichen benötigt wird. Eine solche Haltung umfasst eine lebenslange Einstellung zu Gesundheit, die den Einfluss von frühen Erfahrungen auf das Alter erkennt.

Der Ansatz des Gesunden Alterns berücksichtigt die Rechte eines jeden Menschen auf Chancengleichheit und Gleichstellungen in allen Aspekten, vor allem beim Altern. Er unterstützt eine positive Einstellung während des ganzen Lebens hinsichtlich des Alterns und versucht mit Klischees zu brechen. Weiters versucht er die Einstellung zum Altern durch Förderung des Verständnisses der Generationen untereinander zu verändern. [INTERNET WHO GESUNDE STÄDTE]

2.8.2 Aktiv ins Alter – Projektbericht

2.8.2.1 Projektablauf

Das Projekt „Aktiv ins Alter“ fand von Anfang Juli 2003 bis Ende Juni 2005 statt. Dieses Modellprojekt basiert auf der Empfehlung des WHO Regionalbüros für Europa. Es empfiehlt, dass Gesundheitsförderungsstrategien für ältere Menschen im Kontext mit dem Konzept des Aktiven Alterns entwickelt werden. Die Stadt Wien ergriff die Möglichkeit um vorhandene Gesundheitsförderungsmaßnahmen weiterzuentwickeln und auf Stadtteile auszuweiten, die bisher nicht erreicht wurden. [REINPRECHT C., 2005]

„Aktiv ins Alter“ wurde in Zusammenarbeit durchgeführt mit:

- Stadt Wien (Magistrat 47)
- Fonds Soziales Wien (Subventionsgeber)
- Verein Wiener Sozialdienste (Projektträger)
- Institut für Soziologie der Universität Wien (wissenschaftliche Begleitforschung)

[REINPRECHT C., 2005]

In einer internationalen Kooperation mit „aktiv55plus“ in Radevormwald (Nordrhein-Westfalen, Deutschland) und „Gesund älter werden“ (Hannover, Deutschland) konnte die Wichtigkeit der Gemeindestruktur für Gesundheitsförderung und Aktivierung aufgezeigt werden, da hier ein Vergleich der Ergebnisse zwischen Metropole (Wien), Großstadt (Hannover) und Kleinstadt (Radevormwald) möglich war. [REINPRECHT C., 2005]

2.8.2.2 Aktives Altern

Aktives Altern wird von der WHO als ein Prozess beschrieben, „der auf bestmögliches körperliches, soziales und geistiges Wohlergehen ausgerichtet ist. Ziel ist es, die gesunde Lebenserwartung auszudehnen“. Hier werden Betrachtungsweisen der Gesundheitsförderung, der gesellschaftlichen Beteiligung, der sozialen Eingliederung und der sozialen Sicherheit miteinander verbunden. [REINPRECHT C., 2005]

In diesem Kontext steht Aktivität für „eine andauernde Teilnahme am sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, spirituellen und zivilen Leben, also nicht bloß auf die Möglichkeit, körperlich aktiv oder in den Arbeitsprozess integriert zu bleiben“. [WHO, 2002a]

2.8.2.3 Ziele

Die Bedingungen für gesellschaftliche Partizipation und aktive Lebensgestaltung sollten einerseits auf individueller Ebene als auch auf Ebene des Stadtteils durch aktivierende und vernetzende Schritte ausgeweitet werden. Auf diese Weise sollte die Lebensqualität vor allem in Bezug auf Gesundheit fortwährend verbessert werden. [REINPRECHT C., 2005]

Dabei sollten keine neuen Angebote geschaffen werden, sondern die Bedürfnisse und Ressourcen der SeniorInnen im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Stadtteilen, Lebenssituationen und sozio-kulturellen Kontexten mittels Interventionsmaßnahmen erfasst werden. Weiters war es das Ziel, vorhandene Einrichtungen und Angebote in den Stadtteilen so zu

vernetzen, dass gemeinsam Lösungen und Strategien für die jeweilige Situation der älteren Menschen geschaffen werden konnten. [REINPRECHT C., 2005]

Zu diesem Zweck ging das Projekt „Aktiv ins Alter“ Kooperationen ein mit: „

- regionalen Gesundheits- und Sozialzentren
- Nachbarschaftszentren oder Gebietsbetreuungen
- lokale Initiativen wie die Agenda 21
- Volkshochschulen
- Bezirksvertretungen
- Einrichtungen der verschiedenen Religionsgemeinschaften
- kulturelle Vereine
- Ärzte oder Apotheken“.

[REINPRECHT C., 2005]

Ansätze zur Aktivierung und Verbesserung der Lebensqualität sind:

- Aufsuchende Aktivierung als Hausbesuch
- zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit
- Informationstätigkeit in der jeweiligen Muttersprache
- lokale Orientierung durch Stärkung und Nutzung vorhandener Ressourcen
- Vernetzung durch Förderung der fachübergreifenden Zusammenarbeit

[REINPRECHT C., 2005]

2.8.2.4 Zielgruppen

„Aktiv ins Alter“ richtete sich an Menschen im Alter von 55 bis 80 Jahren, die im jeweiligen Zielgebiet wohnten. Der Schwerpunkt lag hier bei Menschen, die entweder kurz davor in Pension gingen oder ihren Partner verloren hatten, da dies einschneidende Ereignisse im Leben sind. Weiters wollte das Projekt ältere Menschen ansprechen, zu denen in Bezug auf Gesundheitsförderung durch soziale Isolation sowie einer strukturschwachen Umgebung schwer ein Zugang gefunden werden kann. Hierzu gehören gesellschaftlich benachteiligte und einkommensschwächere Schichten, wie etwa Menschen mit Migrationshintergrund, vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien und der

Türkei. Ihre Lebenssituation ist oft geprägt durch schwierige materielle als auch wohnliche Verhältnisse. Hinzu kommt, dass ihr gesundheitlicher Zustand oft nicht der beste ist und sie mit wesentlichen Zugangsproblemen im Sozial- und Gesundheitssystem zu kämpfen haben. [REINPRECHT C., 2005]

2.8.2.5 Zielgebiete

In drei sehr unterschiedlichen aber typischen Stadtteilen Wiens wurde das Projekt angesiedelt. Die Unterschiede liegen hier in der städtebaulichen Struktur sowie in der Bevölkerungsstruktur in Bezug auf Soziales und Ökonomie.

Die Zielgebiete sind:

- Per-Albin-Hansson-Siedlung (10. Bezirk): ist Stadterweiterungsgebiet der 1950er und 1960er Jahre und geprägt von viel Grünraum
- Meidling-Zentrum (12. Bezirk): ist traditioneller Arbeiterbezirk mit hohem Anteil an Gemeindebauten und hoher Einwohnerdichte
- Rudolfsheim-Fünfhaus (15. Bezirk): Gründerzeitgebiet mit wenig Grünraum

[REINPRECHT C., 2005]

2.8.2.6 ProjektmitarbeiterInnen

MitarbeiterInnen der Sozialarbeit, Psychologie und Sozialpädagogik waren am Projekt beteiligt. Voraussetzung dafür war ein fundiertes Wissen über die Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens ebenso wie ein Einblick in die Bevölkerungsstrukturen. Sie mussten in der Lage sein mit älteren Menschen verschiedenster sozio-kultureller Hintergründe in Kontakt zu treten. [REINPRECHT C., 2005]

Die Aufgaben der ProjektmitarbeiterInnen waren: „[REINPRECHT C., 2005]

- klientenzentrierte Erfassung der individuellen Bedürfnisse, Bedarfslagen, Interessen und Fähigkeiten der am Projekt beteiligten älteren Menschen
- Unterstützung bei der Entwicklung von Lösungsansätzen und Lebensperspektiven

- Beratung über öffentliche und private Leistungsangebote, rechtliche und finanzielle Ansprüche, etc.
- Begleitung und Unterstützung bei der Findung und Erschließung sozialer Netze, die für die älteren Menschen die Möglichkeit zur Teilhabe bieten“.

Hierfür genutzte Methoden der ProjektmitarbeiterInnen waren: „

- Ressourcenmobilisierung über Bewusstseinsbildung
- Modellveränderung
- Handlungstraining
- Sozialkompetenz
- soziale Vernetzung
- Öffentlichkeitsarbeit

[REINPRECHT C., 2005]

2.8.2.7 Methoden

Aktiv ins Alter versuchte anhand von Hausbesuchen Aktivierungsprozesse zu starten. Gezielte Befragungen zu Lebensqualität und aktiver Lebensweise sollten sowohl Ressourcen und Möglichkeitsräume für Aktivitäten aufzeigen als auch Hürden und Schwierigkeiten erkennen, die die Realisation individueller Anliegen behindern. [REINPRECHT C., 2005]

Aufsuchende Aktivierung

„Aktivierung bedeutet, wenn über mehrere Schritte hinweg die Erfahrung gemacht werden kann, dass es sich lohnt, aktiv zu werden, dass man durch sein Tun etwas bewirken kann, und nicht nur Opfer einer Situation oder eines Konfliktes ist, sondern (Mit-) GestalterIn.“ [REINPRECHT C., 2005]

Für die Dynamik der Aktivierung und des Interesses war es von Bedeutung, dass die Maßnahmen auf die Bedürfnisse der SeniorInnen ausgerichtet waren, sowie die Niederschwelligkeit der Aktivierungsinstrumente und der Möglichkeiten für Engagement. [REINPRECHT C., 2005]

Es wurden in regelmäßigen Abständen Sprechstunden sowohl in Kaffeehäusern, Gesundheits- und Sozialzentren der Stadt Wien im jeweiligen Stadtteil sowie in der „Beratung am Eck“ (in Rudolfsheim-Fünfhaus) oder in der „Bassena“ (in der Per-Albin-Hansson-Siedlung) abgehalten. Auf diese Weise hatten die interessierten SeniorInnen die Möglichkeit die ProjektmitarbeiterInnen zu kontaktieren und sich unverbindlich Informationen über das Projekt einzuholen.

Auch Stammtische wurden ein- bis zweimal pro Monat in den drei Stadtteilen angeboten und gerne genutzt.

Kernstück der Aktivierung war der Hausbesuch. Die briefliche Kontaktaufnahme sowie eine persönliche Ansprache der möglichen ProjektteilnehmerInnen stellten einen ersten Schritt dar, einen Hausbesuch bei den SeniorInnen zu tun. Einzige Bedingung dafür war das Interesse und die Wahrung des angekündigten Termins der TeilnehmerInnen. Ziel der Hausbesuche war es, Daten über die älteren Menschen einzuholen und ihnen mögliche Hürden aufgrund von „Zurückgezogenheit, Kontaktarmut, Passivität und Angst vor Veränderungen“ zu nehmen. Durch den persönlichen Kontakt in ihrer gewohnten Umgebung konnte eine Vertrauensbasis zwischen MitarbeiterInnen und TeilnehmerInnen geschaffen werden. Der Großteil nahm diese Methode positiv auf. In seltenen Fällen sahen die älteren Menschen keinen Bedarf dafür. [REINPRECHT C., 2005]

Vernetzung

Durch die Vernetzung und Zusammenarbeit verschiedener Institutionen, Initiativen und Projekte sollten Hürden abgebaut werden, die ein Erreichen von persönlichen Lebenszielen gerade im Alter erschweren. Sie entstehen beispielsweise durch nicht vorhandene Zusammenarbeit zwischen Institutionen und „[Publikumsbericht] außer-institutionellen Akteuren und Netzwerken wie Vereinen oder nachbarschaftlichen Gruppierungen, die im Alltagsleben der älteren Menschen eine große Rolle spielen“. [REINPRECHT C., 2005]

2.8.2.8 Ergebnisse

Die TeilnehmerInnen wurden gleich zu Beginn des Projektes hinsichtlich objektiver Lebenslage, Gesundheit, subjektiver Befindlichkeit in verschiedenen Lebensbereichen und Aktivitätspotenzialen befragt um näheres über ihre Lebensqualität zu erfahren. Aufgrund einer standardisierten Messmethode für Lebensqualität konnten die Ergebnisse international verglichen werden. [REINPRECHT C., 2005]

In der Interventionsphase 2004 wurden insgesamt 335 TeilnehmerInnen (55 – 80 Jahre) erstmals in mündlichen, vollstandardisierten Interviews von den ProjektmitarbeiterInnen befragt. [REINPRECHT C., 2005]

Von den Befragten waren 45 Prozent zwischen 66 und 75 Jahre sowie zwischen 55 und 65 Jahre („schwierig zu erreichende Gruppe der „jüngeren Alten““). 12 Prozent waren über 76 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 66,5 Jahre. [WHO, 2005]

Bedeutung von Lebensqualität

Die TeilnehmerInnen stufen ihre Lebensqualität etwas niedriger ein als das Vergleichskollektiv in Radevormwald („aktiv55plus“), vor allem hinsichtlich der „unmittelbaren Lebensbedingungen (Umwelt-Dimension)“ als auch der „Einschätzung der globalen Lebensqualität“. [REINPRECHT C., 2005]

Bedeutung der (Wohn-)Umwelt für die Lebensqualität

Hier ist auffällig, dass die Befragten die Ästhetik der Wohnumgebung aller drei Zielgebiete niedrig einstuft. [REINPRECHT C., 2005]

Informiertheit

25% des Kollektivs fühlt sich schlecht informiert. „[Publikumsbericht] Mobilität, als eine Möglichkeit sich Informationen zu beschaffen, ist aber nicht für alle TeilnehmerInnen gleich gut möglich“. [REINPRECHT C., 2005]

Subjektive Zufriedenheit als Basis für Wohlbefinden

Die drei häufigsten angeführten Krankheiten sind:

- Gelenksleiden
- Augenleiden
- Herz-Kreislaufferkrankungen

Auffallend ist, dass Frauen ihren Gesundheitszustand öfter schlechter bewerten als Männer ebenso wie Verheiratete und Ledige im Gegensatz zu Verwitweten. [REINPRECHT C., 2005]

Inanspruchnahme von Sozial- und Gesundheitsdiensten

Praktische Ärzte und Fachärzte werden am häufigsten konsultiert. Personen mit Migrationshintergrund nutzen Gesundheits- und Sozialdienste eher seltener, mit Ausnahme von Notrufdienst, Krankenhaus und Beratungsstellen. [REINPRECHT C., 2005]

Anknüpfungspunkte für Aktivierungsmöglichkeiten

Die Ergebnisse der Schlussbefragung weisen ein hohes Aktivitätspotenzial auf: Ehrenamtliche Tätigkeiten werden nicht nur von den TeilnehmerInnen gerne in Anspruch genommen. Sie sind auch bereit diese ehrenwerten Aufgaben selbst zu übernehmen.

Auch besteht großer Bedarf hinsichtlich einer sinnvollen Freizeitgestaltung. Das Interesse liegt hier bei körperlicher Betätigung, kulturellen Aktivitäten aber auch Auseinandersetzung mit modernen Medien wie beispielsweise Internet. [WHO, 2005]

Grundtenor dabei ist der Wunsch nach Kontakten mit anderen Menschen. Die älteren Menschen wünschen sich mehr soziale Geselligkeit vor allem aufgrund von: „[WHO, 2005]

- Unzufriedenheit mit bestehenden Beziehungen
- die Sorge um soziale Isolation und Einsamkeit sowie
- das Fehlen von Freizeitpartnern“.

Sie alle sind zwar nicht völlig sozial isoliert, trotzdem haben 25 Prozent von ihnen keinen Freizeitpartner und 10 Prozent keine Vertrauensperson.

Auch wenn Migranten meist ein großes soziales Netzwerk besitzen, können sie weniger oft eine ihnen nahe stehende Person nennen. So ergeht es insgesamt 15 Prozent vom gesamten Kollektiv. [WHO, 2005]

2.8.2.9 Fazit

Der größte Output für die TeilnehmerInnen selbst ist: „[REINPRECHT C., 2005]

- Erweiterung des sozialen Kontaktkreises
- Zugewinn an Information über Gesundheitsfragen, Freizeitmöglichkeiten und soziale Leistungen“.

Einen wichtigen Beitrag zu mehr Lebensqualität leisten „die Informiertheit über das Geschehen im Wohnumfeld sowie die Qualität der sozialen Netzwerke“.

„Die Bedeutung von Aktivierungsprozessen besteht so gesehen in einem Öffnen und Offenhalten von Möglichkeitsräumen – in welcher Form auch immer diese dann von den einzelnen gelebt bzw. ausgestaltet werden“.
[REINPRECHT C., 2005]

3 Material und Methoden

3.1 CHANCE – Beschreibung des Projektes

Die Abkürzung „CHANCE“ steht für „Community Health Management to Enhance Behaviour“. Dieses Projekt der Europäischen Union ist Teil des „Lifelong Learning Programme - Grundtvig“ und wird von der Europäischen Kommission unterstützt. Es fand von Dezember 2007 bis November 2009 in insgesamt 6 europäischen Ländern statt. Dort wurde „CHANCE“ von 10 Partnern in ausgewählten Stadtteilen der Projektstädte durchgeführt.

3.1.1 Partneruniversitäten

In Österreich nahmen die Universität Wien – Institut für Ernährungswissenschaften sowie die Technische Universität Wien – Institut für Raumentwicklung, Infrastruktur- und Umweltplanung am „CHANCE“-Projekt teil. Die „Uppsala University“ in Schweden, die „Latvia University of Agriculture“ in Lettland, die „Liverpool John Moores University“ in Großbritannien, die „Hochschule Fulda – University of Applied Sciences“ in Deutschland sowie die „West University of Timisoara“ stellten die Partner-Universitäten dar.

3.1.2 Hypothese

Das Projekt basiert auf der Annahme, dass die Struktur einer Gemeinde das Wissen bezüglich eines gesunden Lebensstils und seine Umsetzung im täglichen Leben beeinflusst.

3.1.3 Allgemeine Ziele

Das Projekt CHANCE möchte spezifische Ressourcen und Bedürfnisse verschiedener europäischer Gemeinden analysieren und auf dieser Ebene vergleichen. Es sollen ebenso die verschiedenen Gesundheitssysteme untersucht und verglichen werden. In verschiedenen „Communities“ sollen das Gesundheitswissen und die Aufnahme von Gesundheitsbotschaften geprüft werden und in Zusammenhang mit der lokalen Struktur gebracht werden. Außerdem soll ein lokales Netzwerk initiiert

werden. Dieses soll als neue Einrichtung genutzt werden, um Erwachsene anhand von Gesundheitsinterventionen in ihrem Wissen weiterzubilden und in ihren Kompetenzen weiter zu befähigen. Ebenfalls sollen spezifische gemeindebezogene Angebote für Gesundheitsinformation und Gesundheitsbildung entwickelt und umgesetzt werden. [INTERNET CHANCE]

3.1.4 Ziele auf EU-Ebene

Ein gemeindebezogenes Analyseinstrument soll entwickelt und durch Anwendung in verschiedenen europäischen Ländern und Kulturen auf seine Tauglichkeit geprüft werden. Es sollen die Ressourcen der lokalen „Community“, die Aufnahme von Gesundheitsbotschaften, die Einstellung der Bevölkerung zu Gesundheit und den speziellen Bedarf von Interventionen hinsichtlich Gesundheitsinformationen eruiert werden. Verschiedene Methoden, zugeschnitten auf die Bedürfnisse der lokalen „Community“, sollen eingesetzt und schließlich ausgewertet werden. Sie sollen der Gesundheits- und Konsumentenbildung dienen. Weiters soll das Potential eines lokalen Gesundheitsmanagements mit Augenmerk auf die kulturellen Charakteristika getestet, gefördert und verglichen werden. [INTERNET CHANCE]

3.1.5 Zielgruppe

Zielgruppe des Projektes sind sozial benachteiligte Menschen, die im Allgemeinen von Gesundheitsinformationen nicht erreicht werden und meist Interventionen fernbleiben. Durch den Community Ansatz sollen die adressierten Menschen zur Teilnahme an Gesundheitsinterventionen motiviert und unterstützt werden. Weiters soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden vom stattfindenden, sozialen Prozess zu profitieren. [INTERNET CHANCE]

3.1.6 Zeitplan des Projektes

Der Zeitplan des Projektes gliedert sich in 3 Hauptteile:

- Phase 1 (Jänner bis September 2008) – theoretische (national) und empirische (lokal) Analyse, Erstellung von Konzepten
- Phase 2 (Oktober 2008 bis Juni 2009) – Einführung von modellhaften Methoden der Gesundheitserziehung und Gesundheitsinformation sowie deren Evaluation
- Phase 3 (Februar bis November 2009) – Erstellung einer Leitlinie „Stadtteilbezogenes Gesundheitsmanagement zur Verhaltensänderung“

3.1.7 Angewandte Methoden

Das jeweilige nationale Gesundheitssystem wurde analysiert. Ebenso wurden die Strukturen der lokalen Gemeinden sowie die Strukturen der lokalen Netzwerke mittels qualitativen Interviews begutachtet. Für Österreich wurden diese qualitativen Interviews vom Institut für Raumentwicklung, Infrastruktur- und Umweltplanung (Technische Universität Wien) durchgeführt. Die Haushaltsressourcen und die Wahrnehmung von Gesundheitsinformationen wurden anhand von quantitativen Fragebögen erfasst. Das Institut für Ernährungswissenschaften (Universität Wien) untersuchte diese Aspekte für Österreich. Weitere quantitative Fragebögen wurden im Rahmen der Interventionsphase erhoben. Einer davon richtete sich an jene Teilnehmer der Ersterhebung, die Interesse an weiteren Informationen bezüglich des CHANCE-Projektes hatten, aber nicht an Veranstaltungen während der Interventionsphase teilnahmen. Der zweite Fragebogen richtete sich an Teilnehmer der Interventionsprojekte.

3.1.8 Zielgebiet Wien Simmering, Schneiderviertel

In Österreich wurde das CHANCE-Projekt lokal in Wien Simmering umgesetzt. In Kooperation mit der Gebietsbetreuung GB 11 wurde zwischen Mai und Juli 2008 das „Schneiderviertel“, ein im Süden von Wien gelegenes „Arbeitsviertel“, als Untersuchungsgebiet ausgewählt.

Beschreibung – Schneiderviertel:

Auf einer Fläche von etwa 20 km² leben 4012 Personen in insgesamt 1765 Haushalten. Der Anteil an Erwerbstätigen ist im Wien-Vergleich mittel (1600 Erwerbstätige), der Anteil an Arbeitslosen ist jedoch überdurchschnittlich hoch (331 Arbeitslose).

Das „Schneiderviertel“ ist unter anderem gekennzeichnet durch einen Anteil von 13 % an SeniorInnen (Vergleich Gesamt-Wien 21,12% [INTERNET STATISTIK AUSTRIA]) – die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit. [MA 18]

Das Untersuchungsgebiet kann als dicht bewohntes Siedlungsgebiet mit geringer Infrastruktur beschrieben werden. Die meisten Gebäude wurden Anfang des letzten Jahrhunderts gebaut und sind daher meist sanierungsbedürftig. Im Gebiet gibt es drei Gemeindebauten sowie einen öffentlichen Park – „Hybler Park“ im Süden des Viertels gelegen. Er bietet Möglichkeiten zur Erholung sowie zur sportlichen Betätigung.

Die Charakteristika der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im „Schneiderviertel“ sind folgende:

- Lebensraum mit hoher, aber auch mittlerer Lebensqualität vorhanden
- das gesamte Gebiet ist ein Durchzugsgebiet
- vereinzelt gibt es die Möglichkeiten Lebensmittel zu beziehen
- Straßen und Gehsteige sind breiter als im Stadtzentrum – mehr Raum für Bewegung
- die angrenzende Simmeringer Hauptstrasse ist ein Verkehrsknotenpunkt und dient mit ihren Geschäften der Grundversorgung der Anrainer

3.2 CHANCE – quantitativer Fragebogen der Ersterhebung

Im Anschluss folgen weitere Details hinsichtlich des quantitativen Fragebogens der Ersterhebung. Dieser wurde im Rahmen des CHANCE-Projektes vom Institut für Ernährungswissenschaften im Zeitraum von August bis September 2008 im „Schneiderviertel“ durchgeführt und liefert dieser Arbeit grundlegende Ergebnisse.

3.2.1 Akquirierung der Teilnehmer

Zur besseren Information und Ankündigung der Befragung wurden Tage zuvor Aushänge in den Wohnhäusern platziert.

Die TeilnehmerInnen wurden willkürlich im gesamten „Schneiderviertel“ akquiriert. Einerseits wurden sie im Hybler Park oder auf der Straße angesprochen (öffentlicher Raum), auf der anderen Seite wurden sie in ihren Wohnungen aufgesucht (privater Raum). Auch beim Stadtteilst, das vom lokalen Verein „Centro Once“ gemeinsam mit der Gebietsbetreuung GB 11 im September 2008 organisiert wurde, konnten TeilnehmerInnen den quantitativen Fragebogen gemeinsam mit Interviewerinnen ausfüllen.

Um sprachliche Barrieren zu meistern, stand der quantitative Fragebogen in deutscher, englischer und türkischer Sprache den Interviewten zur Verfügung. Da keine sprachlichen Probleme bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien zu erwarten waren, wurde der Fragebogen nicht in diese Sprachen übersetzt.

3.2.2 Untersuchungszeitraum und Stichprobenumfang

Im Zeitraum von August bis September 2008 konnten die Daten von 254 gültigen, quantitativen Fragebögen mit einer Rücklaufquote von etwa 40% gesammelt werden. Von den Befragten waren 89,8% jünger als 60 Jahre und 10,2% 61 Jahre und älter.

3.2.3 Aufbau des Fragebogens

Der quantitative Fragebogen wurde anhand von Vortests an der Hochschule Fulda – University of Applied Sciences erstellt und von allen Partnerländern in gleicher Form verwendet.

Das Hauptaugenmerk des Fragebogens liegt auf folgenden Punkten:

- Gesundheitsinformationen – im Allgemeinen, Quellen, Umsetzung
- Leben im Stadtteil – Bewertung der Nachbarschaft, Interesse am Stadtteil
- Ernährungsverhalten – FFQ (= Food Frequency Questionnaire)
- Dinge des täglichen Lebens – Unterstützungen
- Gesundheitsverhalten – Gesundheit, Bewegung, Fernsehen
- Gesundheitswissen
- Allgemeines – Soziales
- familiärer Hintergrund, Herkunft

Teil 1: Gesundheitsinformationen

Der erste Teil des Fragebogens befasst sich mit Gesundheitsinformationen. Hier wird erfragt, wie sich der Interviewte über Gesundheitsthemen (Bewegung, Ernährung, Psychische Gesundheit, Soziales Wohlbefinden) informiert fühlt, ob er diese im Stadtteil erhalten kann und ob er diese auch versteht.

Die Quellen von Gesundheitsinformationen werden ebenso erhoben.

Die Interviewten werden in diesem Teil aber auch zur Umsetzung von Gesundheitsinformationen und zur Problemlösung hinsichtlich Gesundheit befragt.

Teil 2: Leben im Stadtteil

Im zweiten Teil werden Informationen hinsichtlich der Lebensqualität im Stadtteil erhoben. Fragen über Sicherheit, Wohlfühlen, soziale Kontakte aber auch Verkehr im Stadtteil und im eigenen Zuhause werden gestellt.

Auch Daten zur Wohnsituation (Eigentumsverhältnis der Wohnung / des Hauses sowie Wohnfläche) werden erhoben.

Dieser Teil des Fragebogens befasst sich aber auch mit dem Freizeitverhalten der Interviewten im Stadtteil. Wie viel Zeit im Freien verbracht wird, wie oft und wo Sport betrieben wird, werden abgefragt.

Die Einbindung in den Stadtteil-Alltag wird durch gezielte Fragen über die Teilnahme an Veranstaltungen des Stadtteils und die Mitgliedschaft in Vereinen oder Organisationen erfasst.

Auch die Wichtigkeit gewisser Bereiche im Stadtteil, wie zum Beispiel Einkaufszentren, Bildungsstätten, Grünflächen, soziale Einrichtungen, Sportstätten, Gebetshäuser, wird erhoben.

Teil 3: Gesundheit – Verhalten, Wissen sowie Dinge des täglichen Lebens

Dieser Teil des Fragebogens befasst sich mit dem Gesundheitswissen der Interviewten, beispielsweise ob Zutatenlisten und Nährstoffangaben beim Einkauf von Lebensmitteln gelesen werden.

Die Verzehrshäufigkeiten von detailliert aufgelisteten Lebensmitteln (Kohlenhydrathaltige Lebensmittel, Obst, Gemüse, Milch und Milchprodukte, Fleisch und Wurst, Fisch, Öle und Fette, Süßspeisen, Bioprodukte, Fertiggerichte, Getränke) wurden erhoben. Auch die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln und die subjektive Wahrnehmung der Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen wurden erfragt.

Bei der Zubereitung der Mahlzeiten wurde(n) die zuständige(n) Person(en) sowie die Häufigkeit erhoben. Auch spezielle Aspekte der Speisenzubereitung (Verwendung hochwertiger pflanzlicher Öle, Gewürze, Fettsparende bzw. Vitaminschonende Zubereitung, Verwendung regionaler bzw. saisonaler Produkte) wurden erfasst um weitere Hintergründe des Gesundheitsverhaltens zu erfahren.

Ebenso befasst sich dieser Teil des Fragebogens mit dem Einkauf von Lebensmitteln und Dingen des täglichen Bedarfs sowie der Unterstützung im Haushalt.

Anhand der Wichtigkeit der eigenen Gesundheit, der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit sowie des für die nächsten drei Jahre erwarteten Gesundheitszustandes können wichtige Informationen gesammelt werden.

Das tägliche Fernsehverhalten wird ebenso abgefragt.

Mit Fragen hinsichtlich der weltweiten Kampagne von „5 am Tag“ und zu Lebensmittel-Hygiene anhand der Lagerung von frischem Faschierten im Kühlschrank soll das Gesundheitswissen erfasst werden.

Aspekte wie Arztbesuche, Hygiene, Bewegung, Lebensweise, Konsum von Obst und Gemüse, Umgang mit Lebensmitteln sollen Aufschluss über das Gesundheitsbewusstsein der Befragten geben.

Auch die Einstellung hinsichtlich Familie, Karriere, Gesundheit, Stadtteilarbeit, Umweltschutz und Sport wird erfasst.

Bei der letzten Frage dieses Teils haben die Interviewten die Möglichkeit, dezidiert Ideen anzugeben, die sie als Gemeindevorsteher ändern würden, um die Gesundheit im Stadtteil zu verbessern.

Teil 4: Angaben zur Person

Im letzten Teil des Fragebogens werden soziodemographische Merkmale der Befragten erhoben. Angaben zu Alter, Geschlecht, Körpergröße und Körpergewicht sowie das Zusammenleben im Haushalt werden erfragt. Auch der höchste Schulabschluss, die momentane Erwerbssituation und das subjektive Empfinden des eigenen Einkommens verglichen mit dem anderer Bewohner des Stadtteils werden abgefragt.

Um einen möglichen Migrationshintergrund besser feststellen zu können, wird nach dem Geburtsland von Mutter und Vater gefragt. Auch ob der Interviewer seit seiner Geburt beziehungsweise seit wann dieser in Österreich lebt, sowie Deutsch als Muttersprache, werden erfasst. Sollte Deutsch nicht die Muttersprache sein, wird das subjektive Empfinden der Deutschkenntnisse erfragt, um Schlüsse auf die Integration der Befragten in österreichische Strukturen ziehen zu können.

3.3 CHANCE – quantitative Fragebögen der Interventionsphase

Im Folgenden werden Details hinsichtlich der quantitativen Fragebögen Interventionsphase beschrieben. Diese wurden im Sommer 2009 durchgeführt und liefern dieser Arbeit weitere grundlegende Ergebnisse.

3.3.1 Teilnehmer der Veranstaltungen

Einer der quantitativen Fragebögen der Interventionsphase richtete sich an die Teilnehmer der Veranstaltungen. Dieser Fragebogen wurde in zwei Versionen erstellt.

Eine Version des Fragebogens richtete sich an Teilnehmer im Allgemeinen, die an mindestens einer Veranstaltung der Interventionsphase teilgenommen hatten – ohne SeniorInnen und MigrantInnen. Diese dreizehn TeilnehmerInnen wurden im Zeitraum von 21. Juli bis 12. August 2009 telefonisch kontaktiert. Konnten sie nicht erreicht werden, wurde der Fragebogen per Post zugestellt.

Diese Version des Fragebogens umfasst folgende Punkte:

- allgemeine Angaben zur Person: Alter, Geschlecht, Körpergröße, -gewicht, Schulabschluss, Erwerbsstatus
- Quellen von Gesundheitsinformationen
- CHANCE-Projekt – wie hat man davon erfahren
- Grund für Teilnahme an Veranstaltungen der Interventionsphase: Beurteilung der Veranstaltungen, Inhalte, Umsetzung im Alltag
- Interesse an weiteren Veranstaltungen, Wünsche

Hier konnten insgesamt zehn Fragebögen ausgewertet werden (76% Rücklaufquote).

Eine erweiterte Version des Fragebogens richtete sich an SeniorInnen, die am Vortrag „Gesund Genießen“ teilnahmen. Dieser Vortrag wurde im Rahmen der Interventionsphase einerseits für die örtliche evangelische Gemeinde (24. Juni 2009) und andererseits für das katholische Seniorencafé (16. September 2009) abgehalten.

Diese erweiterte Version des Fragebogens beinhaltet Folgende Schwerpunkte:

- allgemeine Angaben zur Person: Alter, Geschlecht, Körpergröße, -gewicht, Schulabschluss, Erwerbsstatus
- Leben im Stadtteil (aus dem Fragebogen der Ersterhebung)
- Gesundheit: Informationen zur Gesundheit (aus dem Fragebogen der Ersterhebung), Quellen von Gesundheitsinformationen, Wichtigkeit von Gesundheit, Erwartung für die nächsten drei Jahre
- gesundheitsfördernde Veranstaltungen: Grund für Teilnahme am Vortrag „Gesund Genießen“, Beurteilung des Vortrages, Inhalte, Umsetzung im Alltag, Interesse, Wünsche
- Ernährungs-, Bewegungsverhalten

Den SeniorInnen der evangelischen Gemeinde wurde dieser erweiterte Fragebogen Mitte Juni per Post zugeschickt. Von diesen wurden insgesamt sieben Fragebögen (70% Rücklaufquote) an das Institut für Ernährungswissenschaften retourniert. Den TeilnehmerInnen des katholischen Seniorencafés wurde der erweiterte Fragebogen im Rahmen des Vortrages ausgeteilt, wovon sieben auswertbare Fragebögen zurückkamen (42% Rücklaufquote).

3.3.2 Nicht-Teilnehmer der Veranstaltungen

Der zweite Fragebogen der Interventionsphase richtete sich an jene 76 Personen, die nicht an der Interventionsphase teilgenommen haben obwohl sie bei der Ersterhebung Interesse an weiteren Veranstaltungen des CHANCE-Projektes bekundet haben. Von diesen Nicht-Teilnehmern waren die Telefonnummern von 45 Personen bekannt. Diese wurden im Rahmen einer Telefonbefragung im Zeitraum von 14. Juli bis 28. Juli 2009 mindestens fünf Mal zu erreichen versucht. Insgesamt konnten 21 Nicht-Teilnehmer, mit einer Rücklaufquote von 47% befragt werden.

Die quantitative Telefonbefragung umfasste folgende Bereiche:

- allgemeine Angaben zur Person – Alter, Geschlecht, Beruf, Körpergewicht, Körpergröße
- Gesundheitsinformationen – Quellen, leichtester / bequemster Weg um an sie zu gelangen, wie sie am liebsten zu ihnen gelangen würden
- Gründe für die Nicht-Teilnahme
- Beschreibung wie ein Kurs gestaltet sein sollte, damit sie teilnehmen würden
- für sie interessante gesundheitsrelevante Themen

3.4 CHANCE – statistische Auswertung

Die gesamte Datenerfassung, Bearbeitung und Auswertung aller Fragebögen erfolgte mittels Statistikprogramm SPSS Version 15.0.

3.4.1 Auswertungsmethoden

Anhand von deskriptiver Statistik (Mittelwert, Standardabweichung, Varianz, Minimum, Maximum) konnten die allgemeinen Merkmale der Stichprobe beschrieben werden.

t-Test:

Mittels t-Tests für unabhängige Stichproben wurden Unterschiede von Merkmalen zwischen zwei Gruppen untersucht. Voraussetzung für diesen Test ist einerseits die Normalverteilung und andererseits die Varianzhomogenität der Stichprobe.

Eine Normalverteilung ist auf jeden Fall gegeben, wenn die Mindeststichprobengröße $n = 30$ ist. Davon kann aufgrund des Zentralen Grenzwertsatzes ausgegangen werden. Er besagt, dass Werte aus einer Stichprobe mit Stichprobenumfang n , die einer beliebig verteilten Grundgesamtheit entnommen werden, normal verteilt sind, sofern der Stichprobenumfang n genügend groß ist. Bei annähernd symmetrischen Verteilungen erhält man bereits ab $n = 30$ eine vertretbare Approximation [TIMISCHL W., 2000].

Kolmogorov-Smirnoff-Test:

War der Stichprobenumfang $n < 30$ wurde der Kolmogorov-Smirnoff-Test (K-S-Test) herangezogen, um die Normalverteilung der Stichprobe zu untersuchen.

Anhand des Levene-Tests konnte die Varianzhomogenität geprüft werden.

Der Mann-Whitney-Test (U-Test) wurde herangezogen sofern die Voraussetzungen für den t-Test (Normalverteilung, Homogenität) nicht gegeben waren. Der U-Test ist das verteilungsfreie Pendant zum parametrischen t-Test für unabhängige Stichproben. [BORTZ J. et al, 2008]

Chi-Quadrat Test:

Mittels Chi-Quadrat Test (χ^2 -Test) wurden die Unterschiede zweier Gruppen hinsichtlich eines kategorialen Merkmals untersucht.

Für alle Tests gilt ein Signifikanzniveau von 5% ($\alpha = 0,05$). Ein signifikantes Ergebnis erhält man für den Kolmogorov-Smirnoff-Test und den Levene-Test bei $\alpha > 0,05$ sowie für den Mann-Whitney-Test und den Chi-Quadrat-Test bei $\alpha < 0,05$.

Sofern Unterschiede weniger interessant bzw. relevant waren als Häufigkeiten, wurde auf die Anwendung von statistischen Tests verzichtet. In diesen Fällen wurden nur Häufigkeiten berechnet.

4 Ergebnisse und Diskussion

4.1 Ergebnisse aus dem Fragebogen der Ersterhebung

Im folgenden Teil werden, mit Fokus auf die Zielgruppe der SeniorInnen (= alle Personen ≥ 61 Jahren), die Ergebnisse des Fragebogens der Ersterhebung dargestellt. Die Fragen werden hierfür zu relevanten Themenblöcken zusammengefasst. Können signifikante Unterschiede zwischen Erwachsenen und SeniorInnen festgestellt werden, werden diese dargestellt.

Ist die Anzahl nicht anders angegeben, handelt es sich bei den SeniorInnen um $n = 26$ und bei den Erwachsenen um $n = 228$.

4.1.1 Stichprobe

4.1.1.1 Allgemeines

Anhand des quantitativen Fragebogens konnten 254 Personen befragt werden. Insgesamt waren 10,2% (26 Personen) dieser Gesamtpopulation SeniorInnen. Die Altersverteilung bei den SeniorInnen war rückgängig – je höher das Alter umso weniger konnten befragt werden. Der Großteil (69,2%) von ihnen war im Alter von 61 – 70 Jahren. Ein weitaus geringerer Teil (19,2%) der befragten SeniorInnen war zwischen 71 – 80 Jahre alt. Am wenigsten (11,5%) konnten SeniorInnen über 81 Jahre befragt werden.

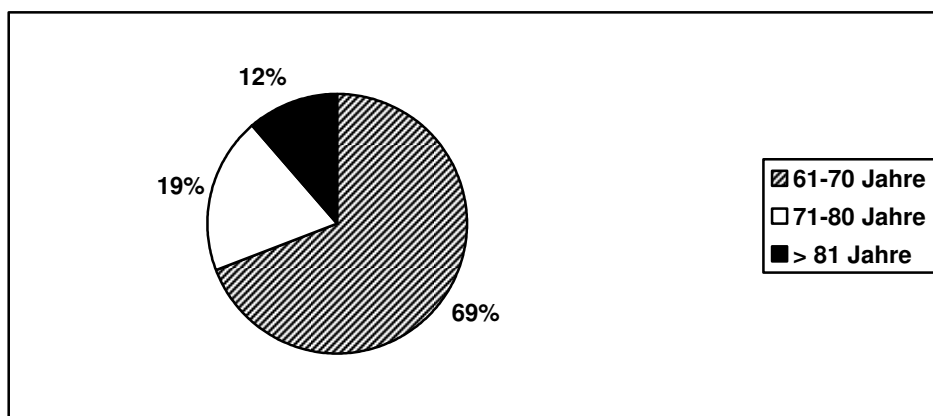


Abbildung 4: SeniorInnen - Verteilung der Altersgruppen

Die charakteristische Überrepräsentanz der Frauen macht sich auch bei dieser quantitativen Befragung bemerkbar. Von den SeniorInnen waren mehr als die Hälfte (61,5%) Frauen. Der Anteil der befragten Männer machte zirka ein Drittel (38,5%) aus.

Hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter in den Altersgruppen über 61 Jahren konnte festgestellt werden, dass die Hälfte (50%) der Befragten Frauen zwischen 61 und 70 Jahren waren. Bei den über 70-jährigen überwiegt hingegen der Anteil der Männer.

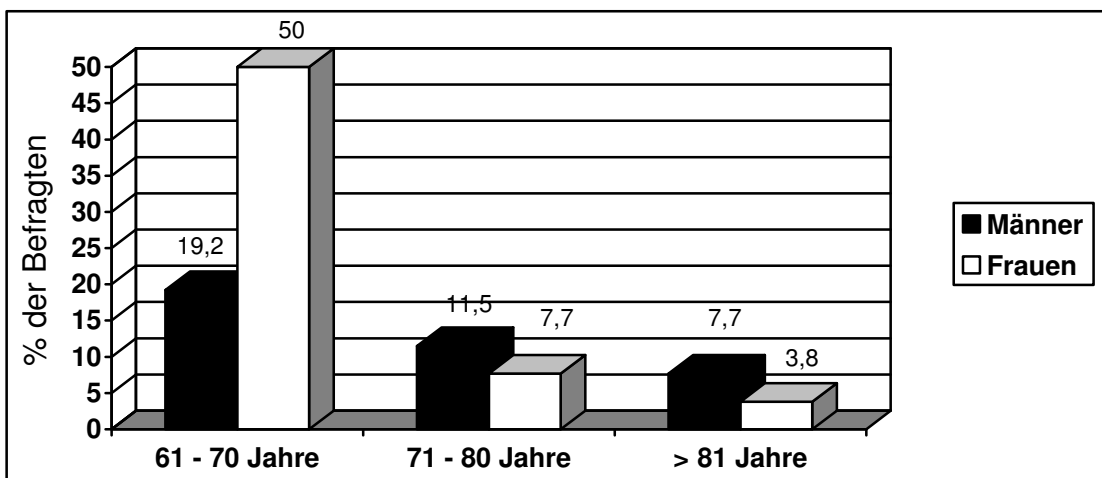


Abbildung 5: SeniorInnen - Verteilung der Geschlechter in Altersgruppen

4.1.1.2 Herkunft

Die kulturwissenschaftliche Perspektive ist in der Gesundheitsförderung nicht außer Acht zu lassen. Es wird angenommen, dass das kulturelle Umfeld sowohl die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit als auch den Umgang damit beeinflusst. Auch der Lebensstil bzw. die Lebensweise wird auf diese Weise beeinflusst. [LAFAILLE R. – BZgA, 2003]

Da Kultur mit Herkunft gleichgesetzt werden kann, war dieser Aspekt bei der Befragung der SeniorInnen sehr wichtig.

Der Großteil der Personen (92,0%) gab an, seit der Geburt in Österreich zu leben. Die drei Personen (8,0%), die nicht in Österreich geboren wurden, leben bereits mehr als vierundzwanzig Jahre in Österreich (seit 1941, 1944 bzw. 1985).

Die Mehrheit nannte Deutsch als ihre Muttersprache (95,8%).¹ Nur eine einzige Person (4,2%) bezeichnete Deutsch nicht als ihre Muttersprache. Wenn Deutsch nicht die Muttersprache ist, so war es wichtig zu erfahren, wie die SeniorInnen ihre Kenntnisse der deutschen Sprache subjektiv wahrnehmen. Hier führten zwei SeniorInnen an, dass sie ihr Deutsch als sehr gut einschätzen würden, auch wenn Deutsch den Angaben zufolge nur von einer Person nicht als Muttersprache definiert wird (7,7%; $n=2$, $M_{\text{Deutschkenntnisse}} = 1,00$, $SD_{\text{Sprachkenntnisse}} = 0,00$).²

Die Herkunft der Eltern beeinflusst das kulturelle Umfeld ebenso stark. Daher war diese auch ein wichtiger Punkt der Befragung. Es konnte festgestellt werden, dass der Großteil der Eltern der SeniorInnen auch in Österreich geboren wurde – 80,0% der Mütter und 84,0% der Väter. Die Mütter der SeniorInnen wurden zudem auch in Tschechien, Deutschland, Frankreich und Amerika (USA) geboren. Die Väter der SeniorInnen stammten neben Österreich aus Deutschland, Tschechien und Ungarn.

Geburtsland Mutter	Anzahl	gültige Prozent
Österreich	20	80,0
Deutschland	1	4,0
Tschechien	2	8,0
Frankreich	1	4,0
Amerika	1	4,0

Tabelle 1: SeniorInnen - Geburtsland der Mutter

Geburtsland Vater	Anzahl	gültige Prozent
Österreich	21	84,0
Deutschland	2	8,0
Tschechien	1	4,0
Ungarn	1	4,0

Tabelle 2: SeniorInnen – Geburtsland des Vaters

¹ Muttersprache: $n=24$, $M_{\text{Muttersprache}} = 0,96$, $SD_{\text{Muttersprache}} = 0,204$, $\text{Varianz } \alpha_{\text{Muttersprache}} = 0,042$

² Variablenoperationalisierung – Deutschkenntnisse: 1= sehr gut, 2= gut, 3= weder noch, 4= schlecht, 5= sehr schlecht

4.1.1.3 Sozioökonomischer Status

Bildung, Einkommen und beruflicher Status sind die drei zentralen Kriterien, anhand derer die Gesellschaft in soziale Schichten eingeteilt werden kann. Der sozioökonomische Status der befragten SeniorInnen konnte anhand dieser Merkmale festgestellt werden.

Die Bildung ist zusammen mit der Möglichkeit zur Fortbildung und dem Verstehen von gesundheitsbezogenen Zusammenhängen („health literacy“) einer der bedeutendsten Einflüsse um ein aktives, gesundheitsförderliches Leben führen zu können. [MEIER-BAUMGARTNER H. P. et al, 2006a]

Hinsichtlich der Ausbildung bzw. dem höchsten Schulabschluss konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte (61,5%) der befragten SeniorInnen eine Lehre bzw. Fachschule abgeschlossen haben. Einen höheren Schulabschluss, nämlich Matura, haben zwei SeniorInnen (7,7%). Die Hauptschule haben ungefähr ein Fünftel (19,2%) abgeschlossen. Aufgrund der historischen Ereignisse am Anfang des 20. Jahrhunderts ist es nicht verwunderlich, dass 11,5% der SeniorInnen angaben, keinen Schulabschluss zu besitzen ($M_{\text{Schulabschluss}} = 2,65$; $SD_{\text{Schulabschluss}} = 0,79$; $\text{Minimum}_{\text{Schulabschluss}} = 1$, $\text{Maximum}_{\text{Schulabschluss}} = 4$).³

Die Ergebnisse der Erwachsenen unterscheiden sich hier signifikant ($n = 226$; $M_{\text{Schulabschluss}} = 3,08$; $SD_{\text{Schulabschluss}} = 0,87$; $\text{Minimum}_{\text{Schulabschluss}} = 1$; $\text{Maximum}_{\text{Schulabschluss}} = 5$; $T = 2,368$; $df = 250$; $p = 0,944$)³. Etwa die Hälfte von ihnen (46,9%) haben eine Lehre bzw. Fachschule abgeschlossen, während ungefähr ein Viertel (26,5%) die Matura als höchsten Schulabschluss angab. 18,6 Prozent der Erwachsenen hat einen Hauptschulabschluss. Gleich viele der Befragten (4,0%) haben entweder keinen Abschluss bzw. ein Studium abgeschlossen.

³ Variablenoperationalisierung - Ausbildung: 1= kein Abschluss, 2= Hauptschulabschluss, 3= Lehre/Fachschule, 4= Matura, 5= Studium

höchster Schulabschluss	Senioren		Erwachsene	
	Anzahl	gültige Prozent	Anzahl	gültige Prozent
kein Abschluss	3	11,5	9	4
Hauptschulabschluss	5	19,2	42	18,6
Lehre/Fachschule	16	61,5	106	46,9
Matura	2	7,7	60	26,5
Studium	0	0	9	4

Tabelle 3: Höchster Schulabschluss – Vergleich zwischen SeniorInnen und Erwachsenen

Was den beruflichen Status betrifft, so war es nicht verwunderlich, dass sich zum Zeitpunkt der Befragung 96,2% der SeniorInnen bereits in der Pension befanden. Lediglich eine Person (3,8%) gab an arbeitslos zu sein ($M_{\text{Erwerbssituation}} = 5,92$; $SD_{\text{Erwerbssituation}} = 0,39$; $\text{Minimum}_{\text{Erwerbssituation}} = 4$, $\text{Maximum}_{\text{Erwerbssituation}} = 6$).⁴

Unter den Erwachsenen (maximal 60 Jahre) befanden sich auch dreizehn FrühpensionistInnen (5,8%).

Die befragten SeniorInnen hatten das Gefühl, dass ihr Einkommen verglichen mit anderen Personen ihres Stadtteils im Durchschnitt liegt ($M_{\text{Einkommen}} = 1,77$; $SD_{\text{Einkommen}} = 0,71$).⁵ Ähnlich empfinden es auch die befragten Erwachsenen ($M_{\text{Einkommen}} = 1,87$; $SD_{\text{Einkommen}} = 0,67$).⁵

4.1.1.4 Haushaltsgröße

Faktoren der physischen Umwelt, wie zum Beispiel die Wohnverhältnisse, beeinflussen die Gesundheit und somit die Lebensqualität. So konnte festgestellt werden, dass sich das mit psychischen und praktischen Schwierigkeiten verbundene Leben in Hochhäusern und abgelegenen Wohnungen nachteilig auf die Gesundheit von älteren Menschen auswirken kann [NAIDOO J. und WILLS J., 2003d].

⁴ Variablenoperationalisierung - Erwerbssituation: 1= studiere, 2=arbeite Teilzeit, 3= arbeite Vollzeit, 4= bin arbeitslos, 5= bin Hausfrau, 6= bin Pensionist,

⁵ Variablenoperationalisierung - Einkommen: 1= unter dem Durchschnitt, 2= Durchschnitt, 3= über dem Durchschnitt;

Die teilnehmenden SeniorInnen gaben an, großteils (61,5%) alleine zu leben. Im Vergleich mit Erwachsenen kann – aufgrund des signifikanten Chi-Quadrates ($n=16$, $\chi^2= 36,46$, $df= 5$, $p<0,001$), gesagt werden, dass SeniorInnen in der Gruppe der alleine Lebenden überzufällig häufig vertreten sind. Etwa ein Drittel (38,5%) der SeniorInnen lebt mit einem Partner zusammen.

Weiters konnte berechnet werden, dass die SeniorInnen verglichen mit Erwachsenen, in der Gruppe der mit Partner und Kind/Kindern Zusammenlebenden unterrepräsentiert sind ($n=0$; $\chi^2= 36,46$; $df= 5$; $p<0,001$).

Weiters konnte festgestellt werden, dass unter den alleine lebenden SeniorInnen mehr Frauen (68,8%) als Männer (31,3%) sind.

Ein weiterer signifikanter Unterschied zwischen SeniorInnen und Erwachsenen liegt auch in der Anzahl der Personen, die in einem Haushalt zusammen leben (Mann-Whitney-U= 1102,00; $p<0,001$).⁶ So ist es bei den SeniorInnen im Durchschnitt eine Person pro Haushalt ($M_{\text{Personen}}= 1,38$; $SD_{\text{Personen}}= 0,49$). Bei den Erwachsenen hingegen leben durchschnittlich drei Personen in einem Haushalt zusammen ($M_{\text{Personen}}= 2,87$; $SD_{\text{Personen}}= 1,41$).

Aber nicht nur wie viele Personen zusammenleben ist ausschlaggebend. Auch die Größe der Wohnfläche ist hier ein wichtiger Faktor für Lebensqualität. Die SeniorInnen leben im Durchschnitt auf 61 – 80 m² ($M_{\text{Wohnfläche}}= 1,58$; $SD_{\text{Wohnfläche}}= 0,70$; $T= 0,89$, $df= 252$, $p= 0,37$)⁷. Die Angaben der Erwachsenen unterscheiden sich in diesem Punkt nicht signifikant ($n=228$; $M_{\text{Wohnfläche}}= 1,76$; $SD_{\text{Wohnfläche}}= 1,76$).

Sowohl SeniorInnen (80,8%) als auch Erwachsene ($n=226$, 86,7%) sind großteils Mieter bzw. Pächter ihres Heimes. Die restlichen 19,2% Befragten unter den älteren TeilnehmerInnen sowie 8,0% der Erwachsenen sind

⁶ Variablenoperationalisierung-Personen/Haushalt: 1= 1Person, 2= 2Personen, 3= 3Personen, 4= 4Personen, 5= 5 Personen, 6= 6Personen und mehr

⁷ Variablenoperationalisierung-Wohnfläche: 1= bis 60m², 2= 61-80m², 3= 81-100m², 4= mehr als 100m²

Eigentümer. Unter den Erwachsenen gibt es auch noch Untermieter (4,4%). Zwei Personen unter 60 Jahren befinden sich in einem sonstigen Eigentumsverhältnis.

4.1.1.5 BMI (= Body Mass Index)

Um einen groben Überblick über den Gesundheits- bzw. Ernährungszustand der Probanden zu bekommen, wurden Körpergröße und Körpergewicht von ihnen erfragt.

Anhand dieser Messgrößen konnte der BMI errechnet werden ($\text{BMI} = \text{Körpergewicht kg} / \text{Körpergröße in Metern zum Quadrat m}^2$). Der Body Mass Index ist ein gutes Maß zur Klassifizierung des Körpergewichts.

Klassifizierung	BMI (kg/m ²) - Erwachsene	BMI (kg/m ²) – SeniorInnen
Untergewicht	< 18,50	< 20,00
Risiko für Untergewicht		20,00 – 23,90
Normalgewicht	18,50 – 24,99	24,00 – 29,00
Übergewicht	≥ 25,00	
- leichtes Übergewicht	25,00 – 29,00	29,10 – 34,90
Adipositas	≥ 30,00	
- Adipositas Grad I	30,00 – 34,99	35,00 – 40,00
- Adipositas Grad II	35,00 – 39,99	> 40,00
- Adipositas Grad III	≥ 40,00	

Abbildung 6: Klassifizierung des BMI nach Kriterien der WHO
[WHO, 2000]

Bei den befragten SeniorInnen konnte ein mittlerer BMI von 28,1 kg/m² errechnet werden.⁸

Es gibt aber auch Extremata bei den errechneten BMI-Werten. Sie zeigen auf, dass sich unter den befragten SeniorInnen sowohl Personen an der Grenze zwischen Normal- und Untergewicht (Minimum-Wert von 20,69 kg/m²) als auch

⁸ BMI-SeniorInnen: n=25, $M_{\text{BMI}} = 28,08 \text{ kg/m}^2$, $SD_{\text{BMI}} = 4,388$, $\text{Minimum}_{\text{BMI}} = 20,69 \text{ kg/m}^2$, $\text{Maximum}_{\text{BMI}} = 40,35 \text{ kg/m}^2$

an der Grenze zu Adipositas Grad II (Maximum-Wert von 40,35 kg/m²) befinden.

Einerseits ist für die SeniorInnen damit ein Risiko für Untergewicht (BMI 20,00 – 23,90 kg/m²) [WHO, 2000] und andererseits ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen und chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II (BMI > 29,00 kg/m²) [VOLKERT D. B.Y. et al, 2006] gegeben.

Im Vergleich zu den SeniorInnen konnte bei den Erwachsenen ein durchschnittlicher BMI von rund 25,4 kg/m² errechnet werden.⁹ Daraus ist ersichtlich, dass das durchschnittliche Gewicht der befragten Erwachsenen an der Grenze zwischen Normal- und Übergewicht liegt.

Auch hier konnten Extremata abgeleitet werden. Anhand der Ergebnisse kann einerseits starkes Untergewicht (Minimum-Wert von 17,10 kg/m²) und andererseits Adipositas Grad III (Maximum-Wert von 43,25 kg/m²) unter den befragten Erwachsenen festgestellt werden.

BMI (= Body Mass Index)	Anzahl	gültige Prozente
Untergewicht – BMI 20,0 – 23,9 kg/m ²	4	16,0
Normalgewicht – BMI 24,0 – 29,0 kg/m ²	12	48,0
Übergewicht – BMI 29,1 – 34,9 kg/m ²	7	28,0
Adipositas Grad I – BMI 35,0 – 40,0 kg/m ²	1	4,0
Adipositas Grad II – BMI > 40 kg/m ²	1	4,0

Tabelle 4: Anzahl der SeniorInnen mit Unter-, Normal-, Übergewicht bzw. Adipositas

4.1.2 Gesundheitsinformation

4.1.2.1 Information über Gesundheitsthemen¹⁰

Zu den wichtigen Bereichen, um Gesundheit und Selbstständigkeit sowie Eigenverantwortung und Selbstbestimmung im Alter zu erhalten, zählen eine gesunde Ernährung, ausreichend körperliche Aktivität und ein gut

⁹ BMI-Erwachsene: n=218, M_{BMI} = 25,42 kg/m², SD_{BMI} = 4,71, Minimum_{BMI} = 17,10 kg/m², Maximum = 43,25 kg/m²

¹⁰ wenn nicht anders angegeben: Variablenoperationalisierung: 1= trifft zu, 2= weder noch, 3= trifft nicht zu

funktionierendes soziales Netzwerk, weshalb die TeilnehmerInnen auch dahingehend befragt wurden. [MEIER-BAUMGARTNER H. P. et al, 2006]a Hierüber geben die Antworten zur Frage wie gut sich die SeniorInnen über die Gesundheitsthemen „Bewegung“, „Ernährung“, „psychische Gesundheit“, „soziales Wohlbefinden“ informiert fühlen, Aufschluss.

Zum Thema „Bewegung“, „Soziales Wohlbefinden“, „Ernährung“ sowie „Psychische Gesundheit“ konnten fünf SeniorInnen befragt werden. Fast alle von ihnen gaben an, sich hinsichtlich „Bewegung“ und „Sozialem Wohlbefinden“ gut informiert zu fühlen. In Bezug auf „Ernährung“ fühlt sich etwa die Hälfte von ihnen gut informiert. Hinsichtlich „Psychischer Gesundheit“ fühlt sich eine einzige Person gut informiert.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den befragten SeniorInnen ($n=5$, $M_{\text{psychGesundheit}} = 2,2$; $SD_{\text{psychGesundheit}} = 0,83$) und Erwachsenen ($n=42$, $M_{\text{psychGesundheit}} = 1,41$; $SD_{\text{psychGesundheit}} = 0,67$) besteht hinsichtlich der Information über „Psychische Gesundheit“. In diesem Punkt fühlen sich die Erwachsenen besser informiert ($T = -2,414$; $df=44$; $p=0,020$).

Die befragten Erwachsenen ($n = 42$) fühlen sich insgesamt über alle vier Bereiche – „Bewegung“ ($M_{\text{Bewegung}} = 1,24$; $SD_{\text{Bewegung}} = 0,53$), „Ernährung“ ($M_{\text{Ernährung}} = 1,26$; $SD_{\text{Ernährung}} = 0,54$), „Psychische Gesundheit“ und „Soziales Wohlbefinden“ ($M_{\text{Soziales}} = 1,24$; $SD_{\text{Soziales}} = 0,53$) – gut informiert.

4.1.2.2 Informationen zu Gesundheit¹¹

Um herauszufinden ob das Angebot an Gesundheitsinformationen im Stadtteil ausreichend ist, wurden die SeniorInnen gefragt, ob sie Informationen zur Gesundheit dort auch bekommen könnten.

Es wurde beobachtet, dass 61,5% der befragten SeniorInnen diese immer in ihrem Stadtteil bekommen, allerdings gaben 15,4% an, sie dort nie zu erhalten ($M_{\text{Infoangebot}} = 1,54$; $SD_{\text{Infoangebot}} = 0,76$).

¹¹ Variablenoperation: 1= immer, 2= manchmal, 3= nie

Die Ergebnisse der Erwachsenen (n=226) ergaben, dass diese zur Hälfte (51,8%) nur manchmal Gesundheitsinformationen im Stadtteil erhalten. Nur etwas mehr als ein Drittel (35,8%) kann diese dort immer beschaffen und etwa ein Achtel (12,4%) nie. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Auch das Verständnis von Gesundheitsinformationen ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger Aspekt. 92,3% der befragten SeniorInnen gaben an, dass sie Anweisungen ihres Arztes – ihrer wichtigsten Quelle für Gesundheitsinformationen – immer verstehen ($M_{\text{Arztanweisung}} = 1,08$; $SD_{\text{Arztanweisung}} = 0,27$).

Ähnlich sind auch die Ergebnisse der Erwachsenen (n=227). 78,9% von ihnen verstehen Anweisungen ihres Arztes immer sowie 19,8% manchmal. Nur 1,3% verstehen die Anweisungen nie.

50% der SeniorInnen wird durch die meisten Informationen zur Gesundheit nie und 42,3% manchmal verwirrt ($M_{\text{Verwirrung}} = 2,42$; $SD_{\text{Verwirrung}} = 0,64$). Einen kleinen Anteil (7,7%) verwirren Informationen dieser Art immer.

Bei den Erwachsenen (n=226) sind die Ergebnisse ähnlich verteilt. Hier gaben 53,5% an manchmal und 38,5% nie durch Gesundheitsinformationen verwirrt zu werden. Nur 8% werden immer verwirrt.

4.1.2.3 Quellen von Gesundheitsinformationen

Um herauszufinden, an wen sich die Befragten wenden bzw. welche Medien sie nutzen um sich hinsichtlich Gesundheit zu informieren, wurden die TeilnehmerInnen nach den von ihnen am häufigsten genutzten Quellen für Gesundheitsinformationen gefragt. Diese Ergebnisse sollen unter anderem dazu dienen, mögliche Zielgruppen zur Rekrutierung von Multiplikatoren ausfindig zu machen.

Die drei wichtigsten Quellen von Gesundheitsinformationen der SeniorInnen sind:

1. der Arzt (80,8%)
2. Medien wie Fernsehen und Zeitung (je 53,8%)
3. die Apotheke (42,3%).

Quellen von Gesundheitsinformationen	SeniorInnen		Erwachsene	
	Anzahl	gültige Prozent	Anzahl	gültige Prozent
Freunde	5	19,2	82	36,0
Familie	6	23,1	85	37,3
Fernsehen	14	53,8	95	41,7
Zeitung	14	53,8	79	34,6
Internet	1	3,8	88	38,6
Arzt	21	80,8	158	69,3
Apotheke	11	42,3	84	36,8
Ernährungsindustrie	2	7,7	15	6,6
Gemeinde-/Stadtverwaltung	2	7,7	7	3,1
Sonstige	1	3,8	22	9,6

Tabelle 5: Wichtigste Quellen für Gesundheitsinformationen im Vergleich (Mehrfachnennungen waren möglich)

Anhand des signifikanten Chi-Quadrates konnte festgestellt werden, dass die SeniorInnen – im Vergleich mit Erwachsenen – in der Gruppe der Internet-User (n=1) unterrepräsentiert bzw. in der Gruppe der Nicht-Internet-User (n=25) überrepräsentiert sind ($\chi^2 = 12,38$; df= 1; $p < 0,001$). Hinsichtlich der restlichen Quellen unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant.

4.1.2.4 Umsetzen von Gesundheitsinformation im Alltag¹²

Um herauszufinden, ob vermitteltes Gesundheitswissen bzw. verbreitete Gesundheitsinformationen auch angenommen und im Alltag umgesetzt werden können, wurden die SeniorInnen diesbezüglich befragt.

So konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte (57,7%) der SeniorInnen es einfach finden Gesundheitsinformationen im Alltag umzusetzen ($M_{\text{Umsetzung}} = 2,15$; $SD_{\text{Umsetzung}} = 0,88$).

Für 47,3% der Erwachsenen ($n=226$) trifft es ebenfalls zu, Gesundheitsinformationen leicht im Alltag umzusetzen ($M_{\text{Umsetzung}} = 2,59$; $SD_{\text{Umsetzung}} = 1,03$).

Ebenso konnte diesbezüglich ein signifikanter Unterschied zwischen SeniorInnen und Erwachsenen aufgezeigt werden (Mann-Whitney-U= 2264,500, $p = 0,040$). Erwachsene geben nämlich an, es weder einfach noch schwer zu finden, Gesundheitsinformationen im Alltag umzusetzen ($M_{\text{Umsetzung}} = 2,59$; $SD_{\text{Umsetzung}} = 1,03$), während SeniorInnen es einfach finden.

Nicht nur die Umsetzung von Gesundheitsinformationen ist wichtig für die Förderung von Gesundheit. Es ist ebenso notwendig, bei gesundheitlichen Problemen, eine Lösung zu finden. So gaben die SeniorInnen ($M_{\text{Problemlösung}} = 1,27$; $SD_{\text{Problemlösung}} = 0,55$) an, meist eine Lösung für Probleme hinsichtlich ihrer Gesundheit zu finden.

Der Alterungsprozess ist mit physiologischen und psychosozialen Veränderungen verbunden, was mit einer Abnahme an Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht werden kann. [JONKER A. A. G. C. et al, 2009] So nehmen ältere Menschen, die mit einem sich verschlechternden Gesundheitszustand konfrontiert sind, ihr Wohlbefinden auf einem geringeren Level wahr [KUNZMANN U. et al, 2000]. Beobachtungsstudien zeigten, dass

¹² Variablenoperationalisierung – Umsetzung Gesundheitsinformationen: 1= trifft sehr zu, 2= trifft zu, 3= weder noch, 4= trifft weniger zu, 5= trifft gar nicht zu

sich Ressourcen in der Bewältigung positiv auf das Wohlbefinden älterer Menschen auswirken [JONKER A. A. G. C. et al, 2009].

4.1.3 Leben im Stadtteil

4.1.3.1 Leben zu Hause und im Stadtteil

Da die Hypothese des Projektes „CHANCE“ davon ausgeht, dass die Gemeinde und ihre nähere Umgebung die Gesundheit der Bewohner beeinflusst, lag ein Hauptaugenmerk des Fragebogens auf dem Leben zu Hause und im Stadtteil.

Hier konnte festgestellt werden, dass sich der Großteil aller sowohl sicher (Senioren 84,6%; Erwachsene n=227; 78,4%) als auch wohl (Senioren 80,8%; Erwachsene n=228; 83,8%) in ihrem Zuhause fühlt.

Ebenso empfindet die Mehrheit ihre Wohnung als erholsam (Senioren 84,6%; Erwachsene n=226; 73,0%) und mag diese (Senioren 80,8%; Erwachsene n=223; 73,5%).

Ein signifikanter Unterschied zu den befragten Erwachsenen besteht hinsichtlich des Gefühls der räumlichen Enge (Mann-Whitney-U= 1711,500; $p < 0,001$). Während sich die SeniorInnen größtenteils (88,5%) nicht räumlich beengt fühlen ($M_{\text{Enge}} = 2,85$; $SD_{\text{Enge}} = 0,46$), geben die Erwachsenen (30,1%) an, sich eher räumlich beengt zu fühlen ($n=226$; $M_{\text{Enge}} = 2,2$; $SD_{\text{Enge}} = 0,97$). Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass SeniorInnen mit weitaus weniger Menschen auf durchschnittlich gleich großer Wohnfläche zusammenleben als Erwachsene.

So konnte festgestellt werden, dass zwölf der SeniorInnen (46,2%) alleine auf bis zu 60 Quadratmetern leben. Nur eine/r (3,8%) der älteren TeilnehmerInnen lebt zu zweit auf bis zu 60 Quadratmetern. Auf einer Wohnfläche zwischen 61 und 80 Quadratmetern leben vier (15,4%) der SeniorInnen alleine und acht (30,8%) mit einer zweiten Person. Eine weitere ältere Person (3,8%) lebt auf mehr als 100 Quadratmetern.

Befragt zu ihrem Stadtteil gaben alle der vier befragten Senioren (100%) an, sich in ihrem „Grätzl“ wohl zu fühlen ($n=4$; $M_{\text{Wohlfühlen}}= 1,0$; $SD_{\text{Wohlfühlen}}= 0,0$). Dreizehn der SeniorInnen (50%) fühlen sich hier auch sicher, während sich acht von ihnen (30,8%) nicht sicher fühlen ($n=26$; $M_{\text{sicherfühlen}}=1,81$; $SD_{\text{sicherfühlen}}=0,89$). Die Ergebnisse der Erwachsenen zeigen, dass sich 27 von ihnen ($n=32$; 84,4%) wohl und 132 ($n=222$; 59,5%) sicher in ihrem Stadtteil fühlen.

Es konnte festgestellt werden, dass vier der fünf befragten SeniorInnen aktive soziale Kontakte in ihrer Nachbarschaft pflegen ($n=5$, $M_{\text{Kontakte}}= 1,4$, $SD_{\text{Kontakte}}= 0,894$). Achtzehn der SeniorInnen (69,2%) kennen Menschen in ihrer Nachbarschaft ($n=26$; $M_{\text{Menschen}}= 2,54$, $SD_{\text{Menschen}}= 0,761$). Weiters gaben die SeniorInnen im Mittel an, dass sie „weder noch“ die besten Nachbarn hätten, die sie sich vorstellen könnten ($n=26$; $M_{\text{Nachbarn}}= 1,85$, $SD_{\text{Nachbarn}}= 0,834$). Von den Erwachsenen pflegen 19 der 33 Befragten (57,6%) aktive soziale Kontakte in der Nachbarschaft. Ihre Nachbarn kennen 151 Erwachsene ($n=225$; 67,1%). Nur 57 von ihnen ($n=222$; 25,7%) halten diese aber auch für die besten Nachbarn.

Keine eindeutigen Aussagen konnten hinsichtlich Lärm ($M_{\text{Lärm}}= 2,04$, $SD_{\text{Lärm}}= 0,916$) und sauberer Luft ($M_{\text{Luft}}= 1,88$, $SD_{\text{Luft}}= 0,909$) unter den älteren Befragten herausgefunden werden. Während 38,5% von ihnen bejahten, in einem Gebiet mit viel Verkehrslärm zu wohnen, verneinten dies 42,3%. Ebenso stimmten 46,2% zu, in einem Gebiet mit sauberer Luft zu wohnen, gleichzeitig stimmten 34,6% dem nicht zu.

Ähnliche Ergebnisse konnten auch bei den Erwachsenen festgestellt werden. Für 26,1% ($n=226$) trifft es zu, in einem Gebiet mit sauberer Luft zu wohnen, für 29,2% allerdings nicht. Fast die Hälfte ($n=217$; 48,4%) stimmte allerdings nicht zu, dass sie in einem Gebiet mit viel Verkehrslärm wohnen würden.

Für die Hälfte (50%) des Senioren-Kollektivs trifft es zu, in einer gesunden Umgebung zu leben ($M_{\text{Umgebung}}= 1,65$; $SD_{\text{Umgebung}}= 0,74$). Fast genauso viele

(53,8%) möchten – vielleicht gerade deshalb – nicht in einem anderen Stadtteil wohnen ($M_{\text{woanders}} = 2,36$; $SD_{\text{woanders}} = 0,79$).

Bei den Erwachsenen hatte nur etwa ein Drittel ($n=227$; 35,2%) das Gefühl, in einer gesunden Umgebung zu wohnen. Etwa genau so viele ($n=223$; 35,0%) wollen auch in einem anderen Stadtteil wohnen.

4.1.3.2 Teilnahme am kulturellen Leben des Stadtteils

Das soziale Netzwerk und die Nutzung von Stadtteilorganisationen wurden ebenfalls analysiert.

Etwas mehr als die Hälfte der befragten SeniorInnen (53,8%) gab an, Veranstaltungen des Stadtteils zu besuchen. Das sind deutlich mehr als die befragten Erwachsenen (43,6%). Als Beispiele werden hier v.a. das Simmeringer Straßenfest, Aufführungen und Vorträge genannt.

Nur 15,4% der SeniorInnen sind Mitglied eines Vereins bzw. einer Organisation in ihrem Stadtteil. Nur halb so viele Erwachsene (8,4%) nutzen Stadtteilorganisationen als Mitglieder.

Beispiele für Vereine, bei denen SeniorInnen Mitglieder sind, sind der Kriegsgesundheitsverein sowie diverse Kultur- und Sportvereine.

Diese Einrichtungen des Stadtteils bieten großes Potential für die Gesundheitsförderung von SeniorInnen. Durch Verstärkung an kulturellen Veranstaltungen könnte SeniorInnen niederschwellig Informationen zu einem gesunden Lebensstil vermittelt werden.

4.1.3.3 Bereiche des Stadtteils¹³

Um die Wahrnehmung der Infrastruktur des „Schneiderviertels“ zu erfassen, wurden die SeniorInnen befragt, wie wichtig sie gewisse Bereiche für ihren Stadtteil erachten. Hierbei konnte festgestellt werden, dass für die SeniorInnen folgende Bereiche sehr wichtig sind:

- Einkaufszentrum ($M_{\text{Einkaufszentrum}} = 1,38$; $SD_{\text{Einkaufszentrum}} = 0,75$)
- Lebensmittelmarkt ($M_{\text{Lebensmittelmarkt}} = 1,19$; $SD_{\text{Lebensmittelmarkt}} = 0,56$).

¹³ Variablenoperationalisierung-Bereiche: 1= sehr wichtig, 2= weder noch 3= gar nicht wichtig

Keine besondere Wichtigkeit für den Stadtteil bemessen die SeniorInnen für folgende Bereiche – möglicherweise, da sie keinen Bedarf für sich erkennen:

- Gesundheitsamt ($n=25$; $M_{\text{Gesundheitsamt}}= 1,84$; $SD_{\text{Gesundheitsamt}}= 0,94$)
- Sozialstation ($n=24$; $M_{\text{Sozialstation}}= 2,0$; $SD_{\text{Sozialstation}}= 0,83$)
- Bildungseinrichtungen ($n=24$; $M_{\text{Bildungseinrichtung}}= 1,83$; $SD_{\text{Bildungseinrichtung}}= 0,92$)
- Kirche, Gebetshaus ($n=25$; $M_{\text{Kirche}}= 2,08$; $SD_{\text{Kirche}}= 0,99$)

Signifikante Unterschiede konnten bei den Ergebnissen von SeniorInnen und Erwachsenen für folgende Bereiche erfasst werden:

- Schule (Mann-Whitney-U= 1551,0; $p<0,001$)
- Kindergarten (Mann-Whitney-U= 1651,0; $p<0,001$)
- Sportverein (Mann-Whitney-U= 1881,00; $p=0,014$)
- soziale Vereine (Mann-Whitney-U= 1939,50; $p=0,018$)
- Sportplatz bzw. Sporthalle (Mann-Whitney-U= 1807,50; $p= 0,004$)

Während für Erwachsene – vermutlich aufgrund ihrer Elternschaft – die Bereiche Schule ($n=228$; $M_{\text{Schule}}= 1,48$; $SD_{\text{Schule}}= 0,91$), und Kindergarten ($n=226$; $M_{\text{Kindergarten}}= 1,53$; $SD_{\text{Kindergarten}}= 0,83$) sehr wichtig sind, gelten diese Bereiche für die SeniorInnen als weder noch wichtig ($n=24$; $M_{\text{Schule}}= 2,25$; $SD_{\text{Schule}}= 0,94$; $M_{\text{Kindergarten}}= 2,25$; $SD_{\text{Kindergarten}}= 0,94$).

Auch sozialen Vereinen, einem Sportplatz bzw. Sporthalle und Sportverein messen die SeniorInnen ($n=24$; $M_{\text{sozVerein}}= 2,21$; $SD_{\text{sozVerein}}= 0,83$;

$M_{\text{Sportplatz}}= 2,08$; $SD_{\text{Sportplatz}}= 0,83$; $M_{\text{Sportverein}}= 2,25$; $SD_{\text{Sportverein}}= 0,85$) im Gegensatz zu den Erwachsenen ($n=223$; $M_{\text{sozVerein}}= 1,81$; $SD_{\text{sozVerein}}= 0,92$; $M_{\text{Sportplatz}}= 1,59$; $SD_{\text{Sportplatz}}= 0,759$; $n=220$; $M_{\text{Sportverein}}= 1,81$; $SD_{\text{Sportverein}}= 0,78$) weder noch eine besondere Wichtigkeit bei. Den Erwachsenen sind diese Bereiche sehr wichtig.

Ein Trend ist bei der Wichtigkeit von Grünflächen für den Stadtteil erkennbar (Mann-Whitney-U= 2564,00; $p= 0,051$). Hier zeigt sich, dass die SeniorInnen in Richtung „weder noch wichtig“ tendieren ($M_{\text{Grünfläche}}= 1,38$; $SD_{\text{Grünfläche}}= 0,75$),

während Grünflächen für die befragten Erwachsenen ($n=227$; $M_{\text{Grünfläche}}= 1,15$; $SD_{\text{Grünfläche}}= 0,46$) wichtig zu sein scheinen.

4.1.4 Ernährungsverhalten

Das Ernährungsverhalten kann als "die Gesamtheit aller geplanten und gewohnheitsmäßigen Handlungsvollzüge, deren Sinn es ist, Nahrung zu erzeugen, zu beschaffen, zu bearbeiten, sich einzuverleiben oder auch anderen Zwecken symbolischer Art zuzuführen" angesehen werden. [BODENSTEDT A., 1983]

Es wird durch ökonomische, ökologische, psychologische und soziokulturelle Einflüsse geprägt und hat Auswirkungen auf unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. [INTERNET AGEV]

Um das Ernährungsverhalten zu erfassen, wurde im Fragebogen einerseits nach dem Lesen von Zutatenlisten und Nährstoffangaben beim Lebensmitteleinkauf, dem subjektiv empfundenen Versorgungszustand mit Vitaminen und Mineralstoffen sowie nach der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln gefragt und andererseits ein FFQ (= Food Frequency Questionnaire) durchgeführt.

Denn gerade der Umgang mit Lebensmitteln bzw. deren Verzehrshäufigkeit stellt ein vermeintliches Gesundheitsrisiko dar. [MILTON K., 2000; TRUSWELL A. S., 1998]

4.1.4.1 Lesen von Zutatenlisten bzw. Nährstoffangaben¹⁴

Die EU-weite Regelung hinsichtlich Lebensmittel-Kennzeichnung führt laufend zu Diskussionen. Es ist umstritten, welche Informationen auf Lebensmitteln bezüglich Zutaten und Nährstoffangaben für den Konsumenten relevant sind und in welcher Form diese dargestellt werden sollten, sodass der Konsument angeregt wird, sich Zutatenlisten und Nährstoffangaben auf Lebensmitteln durchzulesen. Anhand dieser Informationen sollen dem Konsumenten Entscheidungen „für“ oder „gegen“ ein Produkt leichter fallen.

¹⁴ Variablenoperationalisierung-Zutatenliste: 1=immer, 2=häufig, 3=manchmal, 4=selten, 5=nie

So war es interessant, dass ein Drittel der befragten SeniorInnen (34,6%) angab, diese Informationen häufig auf Lebensmitteln zu lesen. Fast genauso viele SeniorInnen (30,8%) gaben aber auch an, sich die Zutatenlisten bzw. Nährstoffangaben auf Lebensmitteln nie durchzulesen. Im Durchschnitt kann gesagt werden, dass sich – beim derzeitigen Stand der Regelung hinsichtlich der Lebensmittel-Kennzeichnung – die SeniorInnen manchmal diese Informationen ansehen ($M_{\text{Zutatenliste}} = 2,81$, $SD_{\text{Zutatenliste}} = 1,6$).

Unter den Erwachsenen ($n=226$) halten sich die Antworten, wie häufig Informationen auf Lebensmitteln gelesen werden, ungefähr die Waagschale. 20,4% von ihnen lesen diese immer und 13,3% nie.

Im Durchschnitt lesen die Erwachsenen die Informationen wie die SeniorInnen lediglich manchmal ($M_{\text{Zutatenliste}} = 2,79$; $SD_{\text{Zutatenliste}} = 1,36$).

Grund für das seltene Durchlesen der Zutatenlisten und Nährstoffangaben könnte die schlechte Lesbarkeit der Angaben sein. So ergab eine Untersuchung der Arbeiterkammer Wien, dass erst ein Etikett mit Schriftgröße eineinhalb bis zwei Millimeter gut lesbar ist. Das Gesundheitsministerium empfiehlt daher bei der Etikettierung die Einhaltung einer Mindestschriftgröße von zwei Millimetern, da es derzeit keine einheitlichen Regelungen hinsichtlich der Form (Schriftgröße, Abstand der Buchstaben, Schrifttype, Kontrast, Spiegelungseignung des Verpackungsmaterials) gibt. [INTERNET ARBEITERKAMMER WIEN]

4.1.4.2 Versorgung, Einnahme von Vitaminen und Mineralstoffen¹⁵

Nahrungsergänzungen sind bei einer ausgewogenen und abwechslungsreichen Ernährung, ausreichend Bewegung und weitestgehendem Verzicht auf Genussmittel auch in höherem Alter nicht von Nöten. [PILS K. et al, 2007; RAYMAN M. P. et al, 2008]

Daher war es interessant zu erfahren, dass sich vier der fünf befragten SeniorInnen ($n=5$; 80%) ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen durch

¹⁵ Variablenoperationalisierung-Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln: 1= mehrmals täglich, 2= (fast) täglich, 3= mehrmals pro Woche, 4= etwa 1mal pro Woche, 5= mehrmals pro Monat, 6= selten/nie

die tägliche Ernährung versorgt fühlen ($n=5$; $M_{\text{Versorgung}}= 0,80$; $SD_{\text{Versorgung}}= 0,45$). Auch die befragten Erwachsenen fühlen sich zu zwei Drittel (63,6%) durch ihre tägliche Ernährung ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt ($n=44$; $M_{\text{Versorgung}}= 0,68$; $SD_{\text{Versorgung}}= 0,52$).

Von den fünf befragten SeniorInnen gaben je zwei an (fast) täglich (40%) oder selten/nie (40%) Nahrungsergänzungsmittel zu sich zu nehmen. Eine einzige Person (20%) gab an, mehrmals täglich Vitamine, Mineralstoffe und dergleichen einzunehmen.

Unter den Erwachsenen ($n=45$) nimmt der Großteil (64,4%) selten oder nie Nahrungsergänzungsmittel ein.

SeniorInnen konsumieren Nahrungsergänzungsmittel – wenn überhaupt – regelmäßiger als Erwachsene. Diesbezüglich konnte ein Trend hinsichtlich der Häufigkeit der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln zwischen SeniorInnen und Erwachsenen ($T= 1,898$; $df= 48$; $p= 0,064$) festgestellt werden. So gaben die SeniorInnen an, im Durchschnitt mehrmals pro Woche Nahrungsergänzungsmittel einzunehmen ($n=5$; $M_{\text{Nahrungsergänzungsmittel}}= 3,40$; $SD_{\text{Nahrungsergänzungsmittel}}= 2,41$), während die befragten Erwachsenen dies im Durchschnitt mehrmals pro Monat ($n=45$; $M_{\text{Nahrungsergänzungsmittel}}= 4,96$; $SD_{\text{Nahrungsergänzungsmittel}}= 1,66$) tun.

4.1.4.3 FFQ (= Food Frequency Questionnaire)¹⁶

Diese prospektive Methode zur Erfassung des Lebensmittelverzehr liefert quantitative Daten über das zurückliegende Ernährungsverhalten der SeniorInnen.

¹⁶ Variablenoperationalisierung-FFQ: 1= mehrmals täglich, 2= (fast) täglich, 3= mehrmals pro Woche, 4= etwa 1mal pro Woche, 5= mehrmals pro Monat 6= selten/nie

Anhand des FFQ konnten die Verzehrshäufigkeiten der TeilnehmerInnen für folgende Lebensmittelgruppen erfasst werden:

- Kohlenhydrathaltige Lebensmittel
- Obst, Gemüse
- Milch, Milchprodukte
- Fleisch, Fleischprodukte
- Fisch
- pflanzliche Öle, Streichfette
- Süßigkeiten, Mehlspeisen
- Bioprodukte
- Fertigprodukte
- Wasser, antialkoholische Getränke
- Genussmittel – Kaffee, Tee, alkoholische Getränke

Kohlenhydrathaltige Lebensmittel

Die SeniorInnen gaben an, (fast) täglich Brot und Gebäck ($M_{\text{Brot,Gebäck}} = 1,62$; $SD_{\text{Brot,Gebäck}} = 1,06$) zu essen. Vollkornbrot und Vollkorng Gebäck nehmen sie seltener, nämlich etwa einmal pro Woche ($n=25$; $M_{\text{Vollkornbrot}} = 3,84$; $SD_{\text{Vollkornbrot}} = 2,13$), zu sich. Hier spiegelt sich die allgemein bekannte Ablehnung von SeniorInnen hinsichtlich des Konsums von Vollkornprodukten wider. Grund dafür könnte eine mangelnde Aufklärung hinsichtlich der Beschaffenheit von Vollkornprodukten sein, denn „Vollkorn“ bedeutet nicht gezwungenermaßen „ganze Körner“. Auch Vollkornprodukte aus fein gemahlenem Mehl (ohne Schrotanteile), wie es beispielsweise in fein vermahlenem Vollkornbrot oder bei Grahamprodukten verwendet wird, tragen die positiven Eigenschaften von Vollkorn in sich. Die Verträglichkeit solcher Vollkornprodukte ist bei SeniorInnen besser und bereitet ihnen beispielsweise weniger Probleme beim Kauen und bei der Verdauung. Auch Flocken aus Vollkorn eignen sich als leicht verdauliche Alternative.

Die befragten Erwachsenen essen Vollkornbrot und Vollkorng Gebäck häufiger ($n=225$; $M_{\text{Vollkorn}} = 3,34$; $SD_{\text{Vollkorn}} = 1,77$) – mehrmals pro Woche – als die SeniorInnen.

Reis und Nudeln verzehren die SeniorInnen mehrmals pro Woche ($M_{\text{Reis,Nudeln}} = 3,46$; $SD_{\text{Reis,Nudeln}} = 0,76$).

Bei der Verzehrshäufigkeit von Müsli und Cornflakes konnte zwischen den SeniorInnen und Erwachsenen ein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Mann-Whitney-U = 1612,00, $p < 0,001$). So ergab der FFQ, dass die SeniorInnen Müsli und Cornflakes selten oder nie ($n=24$; $M_{\text{Müsli}} = 5,56$; $SD_{\text{Müsli}} = 1,26$) essen, hingegen Erwachsene diese Lebensmittel etwa einmal pro Woche ($n=224$; $M_{\text{Müsli}} = 4,36$; $SD_{\text{Müsli}} = 1,68$) zu sich nehmen.

Kartoffel stehen bei SeniorInnen ($M_{\text{Kartoffel}} = 3,31$; $SD_{\text{Kartoffel}} = 1,08$) als auch Erwachsenen ($n=223$; $M_{\text{Kartoffel}} = 3,51$; $SD_{\text{Kartoffel}} = 1,20$) mehrmals pro Woche auf dem Speiseplan.

Obst und Gemüse

Die täglich mehrmalige Aufnahme von frischem Obst und Gemüse wird vor allem durch die Kampagne von „5 am Tag“ beworben.

Wie auch die Ergebnisse zur Ernährungswissens-Frage „5 am Tag“ (siehe 4.1.7.1) zeigen, wird der Aufruf nicht mehrheitlich in der Praxis umgesetzt.

So essen die SeniorInnen zwar (fast) täglich frisches Obst ($M_{\text{Obst}} = 2,42$; $SD_{\text{Obst}} = 1,36$), aber nur mehrmals pro Woche Gemüse ($M_{\text{Gemüse}} = 2,81$; $SD_{\text{Gemüse}} = 1,16$).

Die Erwachsenen verzehren, im Gegensatz zu den SeniorInnen, Gemüse ($n=227$; $M_{\text{Gemüse}} = 2,42$; $SD_{\text{Gemüse}} = 1,15$) (fast) täglich.

Milch und Milchprodukte

Die Ergebnisse zeigen, dass SeniorInnen mehrmals pro Woche Milch ($n=25$; $M_{\text{Milch}} = 2,76$; $SD_{\text{Milch}} = 2,16$) zu sich nehmen, während Erwachsene dies (fast) täglich tun ($n=225$; $M_{\text{Milch}} = 2,37$; $SD_{\text{Milch}} = 1,51$).

Die Verzehrshäufigkeit von fettarmen Milchprodukten (z.B. Topfen, Magerjoghurt) wurde in zwei Versionen abgefragt. War direkt die Frage nach Topfen und Joghurt, so gaben die SeniorInnen an, diese Lebensmittel eher etwa einmal pro Woche ($n=21$; $M_{\text{Topfen,Joghurt}} = 3,57$; $SD_{\text{Topfen,Joghurt}} = 1,91$) zu

essen. Wurden die SeniorInnen „versteckt“ gefragt, wie häufig sie fettarme Milchprodukte (z.B. Topfen, Magerjoghurt) zu sich nehmen, war das Ergebnis mehrmals pro Woche ($n=5$; $M_{\text{fettarmeMilchprodukte}} = 3,4$; $SD_{\text{fettarmeMilchprodukte}} = 1,67$).

Die Erwachsenen gaben an, dass sie Topfen und Joghurt hingegen mehrmals pro Woche ($n=183$; $M_{\text{Topfen,Joghurt}} = 3,25$; $SD_{\text{Topfen,Joghurt}} = 1,60$) konsumieren.

Fettreiche Milchprodukte (z.B. Schlagobers, Creme fraiche) wurden von den SeniorInnen mehrmals pro Monat ($n=4$; $M_{\text{fettreicheMilchprodukte}} = 5,25$; $SD_{\text{fettreicheMilchprodukte}} = 0,95$) gegessen.

Ebenso wurde probiotisches Joghurt nur mehrmals pro Monat ($n=21$; $M_{\text{probJoghurt}} = 4,9$; $SD_{\text{probJoghurt}} = 1,73$) von den SeniorInnen verzehrt.

Mehrmals pro Woche konsumierten die SeniorInnen Käse ($M_{\text{Käse}} = 2,85$; $SD_{\text{Käse}} = 1,28$).

Fleisch und Fleischprodukte

Mageres Fleisch und magere Wurst (z.B. Schinken) werden von den SeniorInnen (fast) täglich ($n=5$; $M_{\text{Magerfleisch}} = 2,4$; $SD_{\text{Magerfleisch}} = 0,55$) und von den Erwachsenen mehrmals pro Woche ($n=41$; $M_{\text{Magerfleisch}} = 3,32$; $SD_{\text{Magerfleisch}} = 1,65$) verzehrt.

Hingegen gaben die SeniorInnen an, fettes Fleisch sowie fette Wurstwaren (z.B. Salami, Extra Wurst) nur mehrmals pro Monat ($n=4$; $M_{\text{Fettfleisch}} = 5,25$; $SD_{\text{Fettfleisch}} = 0,96$) zu essen. Die Erwachsenen konsumieren fettes Fleisch und fette Wurstwaren einmal pro Woche ($n=39$; $M_{\text{Fettfleisch}} = 3,90$; $SD_{\text{Fettfleisch}} = 1,73$).

Wurden die SeniorInnen undifferenziert nach ihrer Verzehrshäufigkeit von Fleisch und Wurst gefragt, so gaben sie an, diese Lebensmittel mehrmals pro Woche ($n=21$; $M_{\text{Fleisch,Wurst}} = 3,0$; $SD_{\text{Fleisch,Wurst}} = 1,05$) zu konsumieren.

Fisch

Fisch sollte speziell von SeniorInnen ein- bis zweimal pro Woche, vor allem aufgrund seines günstigen Fettsäuremusters und hohem Vitamin D-Gehalts, gegessen werden. Leider besteht in diesem untersuchten Kollektiv Verbesserungsbedarf.

Der FFQ ergab, dass die SeniorInnen nur mehrmals pro Monat ($n=25$; $M_{\text{Fettfisch}}=5,52$; $SD_{\text{Fettfisch}}=0,77$) fetten Fisch (z.B. Lachs, Thunfisch) essen.

Selten – eher mehrmals pro Monat – verzehren sie auch fettarmen Fisch (z.B. Dorsch, Zander) ($M_{\text{Fisch}}=4,92$; $SD_{\text{Fisch}}=0,68$).

Pflanzliche Öle, Streichfette

Öle und Fette stehen an der Spitze der Ernährungspyramide und sollten daher maßvoll konsumiert werden. Aber nicht nur auf die Quantität sondern auch auf die Qualität der Öle und Fette sollte geachtet werden. [ÖGE, 2009]

Es wurde festgestellt, dass die SeniorInnen dies auch beherzigen. Bei pflanzlichen Ölen (z.B. Olivenöl, Sonnenblumenöl) gaben sie einen (fast) täglichen Konsum ($M_{\text{Öle}}=2,5$; $SD_{\text{Öle}}=1,14$) an. Erwachsene verwenden diese mehrmals pro Woche ($n=217$; $M_{\text{Öle}}=2,94$; $SD_{\text{Öle}}=1,46$).

Tierische Streichfette, die aufgrund ihres ungünstigen Fettmusters sparsam konsumiert werden sollen, werden mehrmals pro Woche ($M_{\text{Butter}}=2,77$; $SD_{\text{Butter}}=1,73$) gegessen.

Pflanzliche Streichfette wie Margarine werden einmal pro Woche ($M_{\text{Margarine}}=4,04$, $SD_{\text{Margarine}}=2,01$) von den SeniorInnen verzehrt.

Süßigkeiten, Mehlspeisen

Süßigkeiten und Mehlspeisen sollten sparsam gegessen werden.

Die SeniorInnen essen Kuchen entsprechend den Empfehlungen einmal pro Woche ($n=25$; $M_{\text{Kuchen}}=4,16$; $SD_{\text{Kuchen}}=1,65$).

Einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Verzehrshäufigkeit zwischen Erwachsenen und SeniorInnen gibt es bei Süßigkeiten (Mann-Whitney-U= 2050,00; $p= 0,011$). Während SeniorInnen angeben, Süßigkeiten etwa einmal pro Woche ($M_{\text{Süßigkeiten}}= 4,19$; $SD_{\text{Süßigkeiten}}= 1,67$) zu naschen, tun dies Erwachsene mehrmals pro Woche ($n=225$; $M_{\text{Süßigkeiten}}= 3,28$; $SD_{\text{Süßigkeiten}}= 1,48$).

Bioprodukte

Bioprodukten haben den Ruf, einen höheren Gehalt an sekundären Pflanzeninhaltsstoffen, Vitamin C, Mineralstoffen und Spurenelementen sowie ein besseres Fettsäuremuster zu haben. Diese ernährungsphysiologischen Beurteilungen sind umstritten. Stand der aktuellen Wissenschaft ist, dass Bioprodukte einen geringeren Anteil an Schadstoffen und Rückständen haben. [ELMADFA I. et al, 2009a]

Weitere positiv besetzte Assoziationen mit „biologischer Landwirtschaft“ sind ein „Nichteinsatz von Spritzmitteln und Kunstdünger“ sowie „Gentechnikfreiheit“ und „artgerechte Tierhaltung“. [RUST P., 2009]

Mit zunehmendem Alter schenken Verbraucher der Qualität von biologisch hergestellten Produkten auch immer mehr Vertrauen. So ergab eine Untersuchung, dass 88% der Befragten (über 51 Jahre) nicht an einem Qualitätsunterschied zwischen Produkten unterschiedlicher Herstellungsweise zweifeln. [RUST P., 2009]

Es wird auch beobachtet, dass Bioprodukte aufgrund des relativ hohen Preisunterschiedes (ca. 20%) zu konventionellen Produkten von sozial besser gestellten Menschen öfters gekauft und konsumiert werden. [NAIDOO J. und WILLS J., 2003d]

SeniorInnen, die ihr Einkommen als überdurchschnittlich ($n=3$; $M_{\text{Überdurchschnitt}}= 3,67$; $SD_{\text{Überdurchschnitt}}= 1,15$) bzw. durchschnittlich ($n=12$; $M_{\text{Durchschnitt}}= 4,08$; $SD_{\text{Durchschnitt}}= 1,93$) empfinden, verzehren Bioprodukte häufiger – etwa einmal pro Woche, als jene, die ihr Einkommen unterdurchschnittlich ansehen. Diese essen Bioprodukte im Mittel mehrmals pro Monat ($n=10$; $M_{\text{Unterdurchschnitt}}= 5,10$; $SD_{\text{Unterdurchschnitt}}= 1,66$).

Allgemein kann gesagt werden, dass die SeniorInnen angaben, Bioprodukte etwa einmal pro Woche ($n=25$, $M_{\text{Bio}}= 4,44$, $SD_{\text{Bio}}= 1,781$) zu konsumieren.

Fertigprodukte

Ein wichtiger Trend der heutigen Zeit ist der Wunsch nach immer mehr Convenience bzw. Bequemlichkeit. Gerade im Lebensmittelbereich liegen daher Fertigprodukte voll im Trend. [BUNDESMINISTERIUM FÜR LAND- UND FORSTWIRTSCHAFT, UMWELT UND WASSERWIRTSCHAFT, 2007]

Die Ergebnisse des FFQ zeigen, dass hier ein signifikanter Unterschied bei der Verzehrshäufigkeit von Fertigprodukten zwischen Erwachsenen und SeniorInnen (Mann-Whitney-U= 1974,50; $p= 0,010$) vorliegt. So greifen SeniorInnen selten / nie ($n=25$; $M_{\text{Fertigprodukt}}= 5,56$; $SD_{\text{Fertigprodukt}}= 0,76$) zu Fertigprodukten, während sich Erwachsene mehrmals pro Monat Fertigprodukte ($n=223$; $M_{\text{Fertigprodukt}}= 4,77$; $SD_{\text{Fertigprodukt}}= 1,50$) zubereiten.

Wasser, antialkoholische Getränke

Laut österreichischem Ernährungsbericht 2008 [ELMADFA I. et al, 2009b] ist Wasser das beliebteste Getränk der Österreicher. Das spiegelt sich auch in der Verzehrshäufigkeit von Wasser bei den untersuchten SeniorInnen wieder. Diese gaben an, mehrmals täglich Wasser und Mineralwasser ($M_{\text{Wasser}}= 1,19$, $SD_{\text{Wasser}}= 0,491$) zu trinken. Da SeniorInnen oft aufgrund eines verminderten Durstempfindens zum Trinken angeregt werden müssen, ist das Ergebnis zufrieden stellend – zumindest die Trinkhäufigkeit betreffend.

Das Trinkverhalten der SeniorInnen unterscheidet sich signifikant von dem der Erwachsenen bei Saft und Nektar (Mann-Whitney-U= 2084,00; $p= 0,035$) sowie bei Limonade und Cola (Mann-Whitney-U= 1879,00; $p= 0,005$).

SeniorInnen trinken Saft und Nektar etwa einmal pro Woche ($n=25$; $M_{\text{Saft,Nektar}}= 4,2$; $SD_{\text{Saft,Nektar}}= 2,04$) während Erwachsene Saft und Nektar mehrmals pro Woche ($n=223$; $M_{\text{Saft,Nektar}}= 3,35$; $SD_{\text{Saft,Nektar}}= 1,81$) konsumieren.

Limonaden und Cola werden sowohl von SeniorInnen als auch von Erwachsenen seltener als Säfte getrunken. SeniorInnen gaben an, Limonade und Cola mehrmals pro Monat ($n=25$; $M_{\text{Limo,Cola}}= 5,04$; $SD_{\text{Limo,Cola}}= 1,72$) zu trinken, Erwachsene etwa einmal pro Woche ($n=224$; $M_{\text{Limo,Cola}}= 4,0$; $SD_{\text{Limo,Cola}}= 1,91$).

Genussmittel - Kaffee, Tee, alkoholische Getränke

Die Empfehlungen für SeniorInnen hinsichtlich Genussmittel wie Kaffee, Tee und alkoholische Getränke lauten dahingehend, dass sie nur in Maßen konsumiert werden sollten. [PILS K., 2007; DGE, 2007]

Die SeniorInnen trinken (fast) täglich Kaffee ($M_{\text{Kaffee}}= 2,27$; $SD_{\text{Kaffee}}= 1,91$).

Etwas weniger oft nehmen sie Tee zu sich – etwa einmal pro Woche ($n=25$; $M_{\text{Tee}}= 3,88$; $SD_{\text{Tee}}= 1,76$).

Alkoholische Getränke wie Wein und Sekt ($n=25$; $M_{\text{Wein,Sekt}}= 5,28$; $SD_{\text{Wein,Sekt}}= 1,02$) sowie Bier ($n=25$; $M_{\text{Bier}}= 4,8$; $SD_{\text{Bier}}= 1,58$) werden nur mehrmals pro Monat von den SeniorInnen getrunken.

Spirituosen werden sogar nur selten bzw. nie ($n=25$; $M_{\text{Spirituosen}}= 5,8$; $SD_{\text{Spirituosen}}= 0,50$) von den SeniorInnen genossen.

4.1.4.4 Zubereitung von Mahlzeiten

Neben Aspekten des Ernährungsverhaltens gibt die Zubereitung von Mahlzeiten Aufschluss über die verbliebene Selbstständigkeit des untersuchten Kollektivs.

Mehr als zwei Drittel der befragten SeniorInnen (70,4%) bereiten ihre Mahlzeiten meist selbst zu. Bei 25,9% bereitet der Partner die Mahlzeiten zu. Eine Person (3,7%) gab an, dass die Eltern die Mahlzeiten im Haushalt zubereiten würden. Hier wird angenommen, dass sich vermutlich die Person selbst in der Rolle eines Elternteils versteht und daher diese unerwartete Angabe getätigt hat. Diese(r) TeilnehmerIn gab auch bei der Frage bezüglich des Einkaufs von Lebensmitteln und Dingen des täglichen Bedarfs

(siehe 4.1.5.1) die gleiche Antwort. Die besagte Person ist zwischen 61 – 70 Jahre alt und lebt mit ihrem Partner zusammen. Daher wäre es sehr unerwartet, würden die Eltern die Mahlzeiten zubereiten.

Unter den SeniorInnen (n=19), die ihre Mahlzeiten selbst zubereiten, sind mehr Frauen als Männer. So gaben dreizehn (68,4%) der älteren TeilnehmerInnen an weiblich und sechs (31,6%) männlich zu sein.

Der Großteil der Erwachsenen (n=228; 86,0%) bereitet die Mahlzeiten selbst zu. Bei einem Drittel von ihnen (33,3%) tut dies der Partner. In wenigen Fällen fertigen die Eltern (12,7%), die Kinder (3,9%), die Großeltern (1,3%) oder andere (1,3%) das Essen an.

Im Haushalt der SeniorInnen wird im Durchschnitt (fast) täglich frisch gekocht (n=5; $M_{\text{Häufigkeit}} = 2,2$; $SD_{\text{Häufigkeit}} = 1,09$).¹⁷ Ebenso verhält es sich bei den Erwachsenen (n=45; $M_{\text{Häufigkeit}} = 2,36$; $SD_{\text{Häufigkeit}} = 1,19$)¹⁷.

Anhand gezielter Fragen in Bezug auf die Speisenzubereitung konnten weitere Fakten hinsichtlich des Ernährungsverhaltens der Befragten erfasst werden.¹⁸ Allerdings handelt es sich hierbei um ein kleineres Kollektiv, da diese Fragen im ursprünglichen Fragebogen nicht enthalten waren.

Es konnte festgestellt werden, dass alle der befragten SeniorInnen (n=5; 100%; $M_{\text{pflÖle}} = 1,00$; $SD_{\text{pflÖle}} = 0,00$) bei der Zubereitung von Speisen auf die Verwendung von hochwertigen pflanzlichen Ölen achten). Auch der Großteil der Erwachsenen (n=45; 80%) achtet darauf.

Während unter diesen Befragten zwei SeniorInnen (n= 4; 50%; $M_{\text{fettsparend}} = 1,5$, $SD_{\text{fettsparend}} = 0,57$) beispielsweise durch Grillen oder Garen in der Folie Fett einzusparen versuchen, tun dies sogar 60,5% (n=43) der Erwachsenen.

¹⁷ Variablenoperationalisierung-Häufigkeiten: 1 = mehrmals täglich, 2 = (fast) täglich, 3 = mehrmals pro Woche, 4 = etwa 1 mal pro Woche, 5 = mehrmals pro Monat, 6 = selten/nie

¹⁸ Variablenoperationalisierung-Speisenzubereitung: 1 = trifft zu, 2 = weder noch, 3 = trifft nicht zu

Ebenso legen zwei SeniorInnen auf eine vitaminschonende Zubereitung Wert ($n = 4$, $M_{\text{vitaminschonend}} = 1,5$, $SD_{\text{vitaminschonend}} = 0,577$). Bei den Erwachsenen sind es 58,1% ($n=43$).

Auf Geschmack wird von allen der befragten SeniorInnen ($n = 4$, $M_{\text{Geschmack}} = 1,0$, $SD_{\text{Geschmack}} = 0,0$) und einem Großteil der Erwachsenen ($n=43$; 89,7%) geachtet.

Ebenso verhält es sich bei etwas mehr als der Hälfte dieser befragten SeniorInnen ($n=5$; 60,0%; $M_{\text{Region}} = 1,4$; $SD_{\text{Region}} = 0,55$) und Erwachsenen ($n=42$; 81,0%) hinsichtlich der Verwendung von regionalen Produkten. Saisonale Produkte werden von fast allen der SeniorInnen ($n=5$; $M_{\text{Saison}} = 1,2$; $SD_{\text{Saison}} = 0,45$) und der Erwachsenen ($n=43$; 74,4%) beachtet.

Nur ein(e) dieser SeniorInnen ($n=4$; 25% $M_{\text{Gewürze}} = 2,0$; $SD_{\text{Gewürze}} = 0,82$) verwendet Gewürze und Kräuter anstatt Salz – die Hälfte dieses Kollektives (50,0%) nutzt sie „weder noch“, und eine Person (25,0%) gar nicht.

Das könnte mit dem verminderten bzw. eingeschränkten Geschmacksinn im Alter zusammenhängen, welcher in zahlreichen Untersuchungen festgestellt werden konnte. So ergaben die Untersuchungen von Mojet et al [2003], dass die Sensitivität der einzelnen Grundgeschmacksarten (süß, sauer, salzig, bitter, umami) im Alter unterschiedlich stark nachlässt. Die Empfindlichkeit für salzig und umami ist dabei am stärksten betroffen. [MOJET J. et al, 2003]

Weiters konnten Kremer et al [2007] herausfinden, dass ältere Menschen salzig und süß weniger stark schmecken als jüngere Menschen [KREMER S. et al, 2007].

Mehr als die Hälfte ($n=43$; 65,1%) der Erwachsenen versucht Salz durch Gewürze und Kräuter einzusparen.

4.1.5 Dinge des täglichen Lebens

4.1.5.1 Einkauf

Die selbständige Erledigung von Dingen des täglichen Lebens ist vielen SeniorInnen ein wichtiges Anliegen und gibt ihnen oft das Gefühl, Teil der „aktiven Gesellschaft“ zu sein.

Daher war es erstaunlich zu sehen, dass Dreiviertel (75,0%) der befragten SeniorInnen angab, selbst den Einkauf von Lebensmitteln und Dinge des täglichen Bedarfs zu erledigen. Bei weniger als einem Viertel (21,9%) kauft der Partner ein (siehe auch 4.1.4.4).

4.1.5.2 Unterstützung im Haushalt

Die Notwendigkeit von Unterstützungen im Haushalt ist ebenfalls ein wesentliches Kriterium für die Selbstständigkeit von älteren Menschen.

Etwas mehr als die Hälfte (55,9%) der befragten SeniorInnen gab an, keine Unterstützung im Haushalt zu benötigen. Wird Hilfe benötigt, so ist das für putzen (17,6%), einkaufen (11,8%) oder für Verwaltungsangelegenheiten (2,9%).

Für sonstige Arbeiten im Haushalt nehmen 11,8% der SeniorInnen Unterstützung an. Hier sind die SeniorInnen verglichen mit den Erwachsenen aufgrund eines signifikanten Chi-Quadrates überrepräsentiert ($n=4$; $\chi^2=7,164$; $df=1$; $p=0,007$).

4.1.6 Gesundheitsverhalten

4.1.6.1 Gesundheit

Nicht nur der tatsächliche Gesundheitszustand, mittels BMI (= Body Mass Index), sondern auch der subjektiv empfundene Gesundheitszustand der befragten SeniorInnen wurde erfasst. [WHO, 2005]

So gab die Hälfte (50,0%) der befragten SeniorInnen an, ihren Gesundheitszustand als „gut“ zu erachten. Hingegen erachten 15,4% der SeniorInnen ihre Gesundheit als „schlecht“.¹⁹

Hier konnte ein Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Zwei Drittel der befragten Seniorinnen (62,5%) gaben an, dass ihr Gesundheitszustand „gut“ sei, während nur ein Drittel der Senioren (30,0%) dies behauptete. Dieses Ergebnis lässt sich durch die Verteilung der Geschlechter in den Altersgruppen erklären.

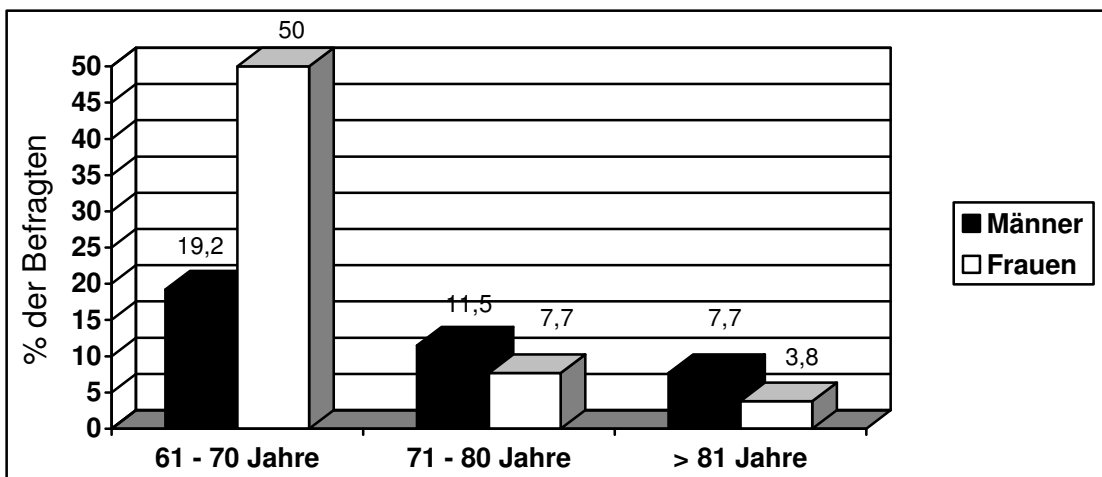


Abbildung 7: SeniorInnen - Verteilung der Geschlechter in Altersgruppen

Ein signifikanter Unterschied konnte zwischen dem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand von Erwachsenen und SeniorInnen festgestellt werden (Mann-Whitney-U= 1954,0; $p= 0,001$). Die SeniorInnen erachten ihren momentanen Gesundheitszustand, möglicherweise aufgrund des Alters und dem dadurch vermehrten Auftreten von Krankheiten, als weder gut noch schlecht ($M_{\text{Gesundheit}}= 2,5$; $SD_{\text{Gesundheit}}= 0,86$). Die Erwachsenen hingegen empfinden ihre Gesundheit, vermutlich aufgrund der besseren Vitalität, im Moment als gut ($n=227$; $M_{\text{Gesundheit}}= 1,98$; $SD_{\text{Gesundheit}}= 0,77$).

¹⁹ Variablenoperationalisierung-Gesundheitszustand jetzt: 1= sehr gut, 2= gut, 3= weder noch, 4= schlecht, 5= sehr schlecht

Mehr als die Hälfte der SeniorInnen (61,5%) und Erwachsenen (64,9%) gab an, dass ihnen ihre Gesundheit sehr wichtig ist. Gut einem Drittel der Befragten (SeniorInnen 30,8%; Erwachsene 32,0%) ist sie wichtig. Je einem Senior (je 3,8%) ist die Gesundheit „weder noch“ bzw. gar nicht wichtig. Einem geringen Teil unter den Erwachsenen (2,6%) ist sie ebenso „weder noch“ wichtig. Einer einzigen Person (0,4%) ist sie gar nicht wichtig.

Alles in allem ist dem durchschnittlichen Senior ($M_{\text{Wichtigkeit}} = 1,54$; $SD_{\text{Wichtigkeit}} = 0,91$)²⁰ ebenso wie dem durchschnittlichen Erwachsenen ($M_{\text{Wichtigkeit}} = 1,39$; $SD_{\text{Wichtigkeit}} = 0,58$) die Gesundheit sehr wichtig.

Für die nächsten drei Jahre erwarteten sich 92,3% der SeniorInnen, dass ihr Gesundheitszustand gleich bleibt ($M_{\text{Gesundheit}} = 2,0$; $SD_{\text{Gesundheit}} = 0,28$).²¹

Je eine Person (je 3,8%) hoffte, dass sich ihr Gesundheitszustand in den nächsten 3 Jahren verbessert bzw. befürchtete, dass er sich verschlechtert.

Die SeniorInnen weisen hier weniger Optimismus auf wie die Erwachsenen – ein signifikanter Unterschied kann festgestellt werden (Mann-Whitney-U= 1975,5; $p = 0,001$). Von den Erwachsenen erwarten 59,7%, dass ihr Gesundheitszustand in den nächsten 3 Jahren gleich bleibt. Etwas mehr als ein Drittel (37,2%) hofft, dass er sich verbessert. Nur 3,1% der Erwachsenen befürchten, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtern wird.

4.1.6.2 Gesundheitsrelevantes Verhalten

Auch das gesundheitsrelevante Verhalten, das in der Lebensweise eingebettet ist, wurde bei einem kleinen Kollektiv erfragt. Es wurde erhoben, was sie tun, um gesund zu sein.

Alle befragten SeniorInnen ($n=5$; 100%; $M_{\text{Arzt}} = 1,00$; $SD_{\text{Arzt}} = 0,00$) gaben an, regelmäßig zum Arzt zu gehen. Ein Großteil von ihnen achtet auch auf eine ausgewogene Lebensweise ($n=5$; 80,0%; $M_{\text{Lebensweise}} = 1,20$; $SD_{\text{Lebensweise}} = 0,45$). Einflussfaktoren auf die Gesundheit wie Stress oder Rauchen werden von den

²⁰ Variablenoperationalisierung-Wichtigkeit von Gesundheit: 1= sehr wichtig, 2= wichtig, 3= weder noch, 4= weniger wichtig, 5= gar nicht wichtig

²¹ Variablenoperationalisierung-Gesundheitszustand 3Jahre: 1= sich verbessert, 2= gleich bleibt, 3= sich verschlechtert.

SeniorInnen nur teilweise beachtet. Immerhin gaben rund zwei Drittel der SeniorInnen an, ihrer Gesundheit wegen nicht zu rauchen ($n=26$; 65,4%; $M_{\text{Rauchen}}= 1,69$; $SD_{\text{Rauchen}}= 0,97$) und Stress zu vermeiden ($n=5$; 60%; $M_{\text{Stress}}= 1,6$; $SD_{\text{Stress}}= 0,89$).

Unter den Erwachsenen besuchen rund zwei Drittel einen Arzt ($n=33$; 63,6%; $M_{\text{Arzt}}= 1,52$; $SD_{\text{Arzt}}= 0,75$) und versuchen für ihre Gesundheit ein ausgewogenes Leben zu führen (66,7%; $M_{\text{Lebensweise}}= 1,48$; $SD_{\text{Lebensweise}}= 0,75$). Nur ein Drittel (33,3%; $M_{\text{Stress}}= 1,97$; $SD_{\text{Stress}}= 0,81$) versucht Stress zu vermeiden um gesund zu sein. Fast die Hälfte der Erwachsenen ($n=225$; 49,3%; $M_{\text{Rauchen}}= 1,96$; $SD_{\text{Rauchen}}= 0,97$) raucht trotz Gesundheitsgefährdung.

Einen signifikanten Unterschied beim gesundheitsrelevanten Verhalten zwischen SeniorInnen und Erwachsenen konnte in Bezug auf Bewegung festgestellt werden (Mann-Whitney-U= 2288,0; $p= 0,01$). Insgesamt 96,2% der SeniorInnen gaben an, dass sie sich bewegen um gesund zu sein. Lediglich eine Person (3,8%) bewegt sich „weder noch“ für die Gesundheit. Bei den Erwachsenen sind es 74,7%, die sich – um gesund zu sein – bewegen. Während sich 7,6% nicht bewegen, gaben 17,8% an, sich „weder noch“ für die Gesundheit zu bewegen.

4.1.6.3 Bewegungsverhalten

Bewegung ist gemeinsam mit der richtigen Ernährung sowie einem sozialen Netz ein wichtiger Faktor für Gesundheit und Wohlfühlen.

Die befragten SeniorInnen gaben an, im Durchschnitt zwei bis drei Stunden ihrer Freizeit ($M_{\text{Freizeit}}= 3,08$; $SD_{\text{Freizeit}}= 0,89$) täglich im Freien zu verbringen.²² Davon verbringen sie durchschnittlich rund eine Stunde und acht Minuten ($n=4$, $M_{\text{Umgebung}}= 1,13$; $SD_{\text{Umgebung}}= 0,85$) in ihrer direkten Umgebung bzw. im Stadtteil. Das ist in etwa die Hälfte der Zeit, die die Erwachsenen angeben, im Freien in ihrer direkten Umgebung zu verbringen ($n=28$, $M_{\text{Umgebung}}= 2,21$; $SD_{\text{Umgebung}}= 1,80$). Ihre Freizeit verbringen sie durchschnittlich zwei bis drei Stunden pro Tag im Freien ($n=227$; $M_{\text{Freizeit}}= 2,98$; $SD_{\text{Freizeit}}= 1,04$) – ähnlich wie die SeniorInnen.

²² Variablenoperationalisierung-Freizeit: 1= weniger als 1Stunde, 2= 1-2Stunden, 3= 2-3Stunden, 4= mehr als 3 Stunde

SeniorInnen wie Erwachsene gaben weiters an, pro Woche im Durchschnitt ein bis drei Stunden Sport zu betreiben (Senioren: $M_{\text{Sport}} = 3,19$, $SD_{\text{Sport}} = 1,60$; Erwachsene: $M_{\text{Sport}} = 3,20$; $SD_{\text{Sport}} = 1,54$).²³

Etwas weniger als die Hälfte der SeniorInnen (41,4%) treibt Sport vor allem in der Natur (Wald,...). Ein Drittel der SeniorInnen hingegen bevorzugt Sport in privater Umgebung (31,0%) zu betreiben. Auch Sportvereine (6,9%) und andere Orte (17,2%) werden von den SeniorInnen zur sportlichen Betätigung genutzt. Der beliebteste Ort der Erwachsenen ($n=224$) zur sportlichen Betätigung ist die Natur, gefolgt von privater Umgebung (25,4%) und Fitnessstudios (19,6%). Sie ertüchtigen sich aber auch anderswo (16,1%) sowie in Sportvereinen (9,8%).

Anhand eines signifikanten Chi-Quadrates ($n = 1$, $\chi^2 = 3,938$, $df = 1$, $p = 0,047$) konnte festgestellt werden, dass die SeniorInnen in der Gruppe der Fitnessstudio-Benutzer im Vergleich zu den Erwachsenen unterrepräsentiert sind. Diese Einrichtung wird lediglich von einer Person (3,8%) genutzt.

4.1.6.4 Fernsehverhalten

Das Fernsehverhalten gibt Aufschluss über die Nutzung des Mediums „Fernsehen“ als Quelle für Information.

In diesem Punkt weist das Verhalten von SeniorInnen und Erwachsenen einen signifikanten Unterschied (Mann-Whitney-U = 1936,50, $p = 0,003$) auf.²⁴ Während die SeniorInnen im Durchschnitt zwei bis vier Stunden pro Tag ($M_{\text{TV}} = 2,88$, $SD_{\text{TV}} = 0,711$) fernsehen, tun dies Erwachsene nur ein bis zwei Stunden pro Tag ($n=226$, $M_{\text{TV}} = 2,31$, $SD_{\text{TV}} = 0,998$).

²³ Variablenoperationalisierung-Sport: 1= mehr als 5Stunden/Woche, 2= 3-5Stunden/Woche, 3= 1-3Stunden/Woche, 4= 0-1Stunde/Woche, 5= selten/nie

²⁴ Variablenoperationalisierung-TV-Verhalten: 1= 0-1Stunde/Tag, 2= 1-2Stunden/Tag, 3= 2-4Stunden/Tag, 4= mehr als 4 Stunden/Tag

4.1.7 Gesundheitswissen

4.1.7.1 „5 am Tag“

Die weltweite Kampagne „5 am Tag“ ist ein viel versprechendes Vorhaben, das auf einem evidenzbasierten Public-Health-Konzept mit Schwerpunkt Ernährung beruht. Die Kampagne versucht mittels konkreter Handlungsaufforderung, die Botschaft „5 mal am Tag Obst und Gemüse zu verzehren“ zu verbreiten.

Trotz der internationalen, aber auch nationalen Bewerbung dieser Botschaft war es interessant zu sehen, dass nur rund ein Drittel (34,6%) der befragten SeniorInnen wusste, dass „5 am Tag“ für „5 Portionen Obst / Gemüse pro Tag“ steht. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch im Obst- und Gemüsekonsum wieder, der mittels FFQ Food Frequency Questionnaire erfasst wurde.

Trotz der Hilfestellung – es wurden drei mögliche Bedeutungen von „5 am Tag“ aufgelistet – konnten 38,5% der SeniorInnen nichts mit dem Slogan anfangen. Für 23,1% der Befragten wäre es auch plausibel, wenn es „5 Mahlzeiten pro Tag“ bedeuten würde. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass immer wieder beworben wird, 5 Mahlzeiten verteilt über den Tag zu sich zu nehmen. Eine einzige Person (3,8%) nahm an, dass „5 am Tag“ für „5 Flaschen Wasser pro Tag“ stehen würde.

Die Kampagne dürfte aber nicht nur die SeniorInnen nicht erreicht haben. Auch von den befragten Erwachsenen wussten nur 37,8%, dass „5 am Tag“ für „5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag“ steht. Fast genauso viele unter ihnen (36,0%) wussten mit der Botschaft nichts anzufangen. Beinahe ein Viertel (21,8%) der Erwachsene war der Meinung, „5 am Tag“ würde für „5 Mahlzeiten pro Tag“ stehen. Ein geringer Anteil (4,4%) dachte, dass es „5 Flaschen Wasser pro Tag“ bedeutet.

Die Ergebnisse hinsichtlich Bekanntheit der Kampagne „5 am Tag“ sind konform mit den Ergebnissen einer Fragebogenerhebung zur Evaluierung von in Österreich durchgeführten Ernährungskampagnen, die im Rahmen des Österreichischen Ernährungsberichts 2008 [ELMADFA I. et al, 2009c]

durchgeführt wurde. Hier hat sich gezeigt, dass fast Dreiviertel (72,0%) der Befragten die Kampagne „5 am Tag“ nicht kannten.

4.1.7.2 Lebensmittel-Hygiene

Beim hygienischen Qualitätsaspekt von Lebensmitteln bereitet nach wie vor der Umgang der Verbraucher mit Lebensmitteln Probleme und nicht die Qualität der Lebensmittel selbst. Das Risiko, das von mangelnder Beachtung der Grundregeln der Lebensmittelhygiene ausgeht, wird unterschätzt [INTERNET AGEV]. Dieser Aspekt des Gesundheitswissens wurde auch bei den teilnehmenden SeniorInnen erfasst. Sie wurden hinsichtlich ihres Verhaltens beim Umgang mit Lebensmitteln bzw. bei der Lagerung von Lebensmitteln befragt.

In Bezug auf die Lagerung von Lebensmitteln wurde erhoben, wie lange man frisches Faschiertes im Kühlschrank lagern kann.²⁵

Gerade Faschiertes birgt aufgrund seiner großen Oberfläche und dem hohen Eiweißgehalt ein großes Risiko für raschen Lebensmittelverderb.

Etwas mehr als ein Drittel (38,5%) der befragten SeniorInnen gab an, dass man es für einen Tag lagern könne ($M_{\text{Faschiertes}} = 2,54$; $SD_{\text{Faschiertes}} = 1,79$).

Die Empfehlung lautet jedoch, das Faschierte noch am Tag des Einkaufs zu verarbeiten. 26,9% der SeniorInnen gaben an, frisches Faschiertes für null Tage im Kühlschrank zu lagern – entsprechend den Empfehlungen. Fast genauso viele Erwachsene ($n=226$; 25,6%) halten sich daran.

Nicht nur Lagerungsdauer von Lebensmitteln, sondern auch dabei vorherrschende Bedingungen sind ausschlaggebend für die verbleibende Qualität und einen möglichen Verderb. Gerade die Einhaltung der richtigen Temperatur im Kühlschrank ist ein wichtiger Einflussfaktor. [SAUTER A. et al, 2007]

Hier gaben 96,2% der SeniorInnen und 82,8% der Erwachsenen ($n=227$) an, die von ihnen als richtig erachtete Temperatur im Kühlschrank zu halten, um gesund zu sein.

²⁵ Variablenoperationalisierung-Faschiertes: 1= 0Tage, 2= 1Tag, 3= 2Tag, 4= 3Tage, 5= 4Tage, 6= 5Tage, 7= weiß nicht

Eine weitere Grundregel der Lebensmittelhygiene umfasst den Umgang mit Lebensmitteln. Der Großteil aller Befragten (Senioren: 80,8%; Erwachsene: n=226; 77,0%) vermeidet den Kontakt von rohem Fleisch mit anderen Lebensmitteln.

Hygienemaßnahmen nach Benutzung der Toilette sind ebenfalls ein wichtiger Aspekt. Fast alle SeniorInnen (n=25; 96,0%) gaben an, sich nach Benutzung der Toilette die Hände zu waschen um gesund zu sein. Hier könnte das Ergebnis durch die soziale Erwünschtheit der Antwort verfälscht sein. Denn nur eine einzige Person (4,0%) gab an, sich nach der Benutzung der Toilette die Hände nicht zu waschen.

Unter den Erwachsenen wurden ähnliche Ergebnisse erfasst. Während 92,5% von ihnen angaben, sich nach Benutzung der Toilette die Hände zu waschen, traf dies für 6,1% „weder noch“ bzw. für 1,3% nicht zu.

4.1.8 Allgemeine Aussagen - Soziales

Das Interesse der TeilnehmerInnen an ihrer direkten – nahen und indirekten – weiteren Umgebung wurde ebenso erfasst. Die direkte – nahe Umgebung umfasst Aspekte wie Familie, Karriere, Gesundheit und Sport. Zur indirekten – weiteren Umgebung werden der Stadtteil und Umweltschutz zusammengefasst.²⁶

Zwei Drittel der SeniorInnen (65,4%) ist ihre Familie sehr wichtig. In diesem Punkt konnte ein signifikanter Unterschied zwischen SeniorInnen und Erwachsenen festgestellt werden (Mann-Whitney-U= 2298,0; p= 0,004). Im Gegensatz zu den SeniorInnen ($M_{\text{Familie}} = 1,73$, $SD_{\text{Familie}} = 1,251$), denen die Familie im Durchschnitt „wichtig“ ist, ist sie den Erwachsenen (n=228, $M_{\text{Familie}} = 1,17$, $SD_{\text{Familie}} = 0,439$) im Mittel sogar „sehr wichtig“.

Auch die Antworten in Bezug auf die Wichtigkeit von Karriere weisen signifikante Unterschiede zwischen SeniorInnen und Erwachsenen auf (Mann-Whitney-U= 1277,0; p<0,001).

²⁶ Variablenoperationalisierung-Soziales: 1= stimme sehr zu, 2= stimme zu, 3= weder noch, 4= stimme weniger zu, 5= stimme gar nicht zu

Während die Erwachsenen ($n=223$, $M_{\text{Karriere}}= 2,45$, $SD_{\text{Karriere}}= 1,29$), die Großteils im Berufsleben stehen, zustimmten, dass ihnen Karriere wichtig ist, stimmten die SeniorInnen ($M_{\text{Karriere}}= 3,96$, $SD_{\text{Karriere}}= 1,562$) dem weniger zu.

Auch stimmten sowohl SeniorInnen als auch Erwachsene der Aussage, dass gesund zu leben langweilig ist, weniger zu (SeniorInnen: $M_{\text{Gesundheit}}= 3,88$; $SD_{\text{Gesundheit}}= 1,45$; Erwachsene: $n=225$; $M_{\text{Gesundheit}}= 3,84$; $SD_{\text{Gesundheit}}= 1,39$). Sie gaben weiters an, dass sie mehr Geld für gesunde Lebensmittel (SeniorInnen: $M_{\text{gesundeLM}}= 2,50$; $SD_{\text{gesundeLM}}= 1,50$; Erwachsene: $M_{\text{gesundeLM}}= 2,51$; $SD_{\text{gesundeLM}}= 1,23$) ausgeben würden.

An aktivem Sport sind SeniorInnen wie Erwachsene interessiert (SeniorInnen: $M_{\text{Sport}}= 2,54$; $SD_{\text{Sport}}= 1,50$; Erwachsene: $n=227$; $M_{\text{Sport}}= 2,45$; $SD_{\text{Sport}}= 1,37$).

Die „weitere Umgebung“ scheint den SeniorInnen weniger wichtig zu sein. Sie stimmten weniger zu, dass es wichtig ist in der Stadtteilarbeit mitzuwirken ($M_{\text{Stadtteilarbeit}}= 3,73$, $SD_{\text{Stadtteilarbeit}}= 1,733$). Den Erwachsenen ist es „weder noch“ wichtig, an der Stadtteilarbeit mitzuhelfen ($n=225$; $M_{\text{Stadtteilarbeit}}= 3,48$; $SD_{\text{Stadtteilarbeit}}= 1,78$).

Umweltschutz ist den SeniorInnen und Erwachsenen jedoch ein wichtiges Anliegen (SeniorInnen: $M_{\text{Umweltschutz}}= 1,85$; $SD_{\text{Umweltschutz}}= 1,37$; Erwachsene: $n=217$; $M_{\text{Umweltschutz}}= 1,83$; $SD_{\text{Umweltschutz}}= 1,06$).

Die SeniorInnen hatten im Rahmen der Befragung auch die Möglichkeit Dinge anzugeben, die sie als Gemeindevorsteher ändern würden um die Gesundheit in ihrem Stadtteil zu verbessern. Die Änderungsvorschläge lassen sich grob in folgende Bereiche zusammenfassen:

- verbesserte Nahversorgung
- erweitertes Angebot bzw. Unterstützung von Bewegung, Sport
- mehr Sauberkeit (v.a. Hunde)
- weniger Lärm
- mehr Grünflächen
- Förderung eines besseren Zusammenlebens aller Menschen

4.2 Ergebnisse aus den Fragebögen der Interventionsphase

In diesem Teil werden die Ergebnisse der – insgesamt drei verschiedenen – Fragebögen der Interventionsphase dargestellt. Die Fragen werden hierfür wieder zu themenrelevanten Blöcken zusammengefasst. Der Fokus beruht weiter auf der Gruppe der SeniorInnen (= Personen ≥ 61 Jahre). Treten markante Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern dieser Altersgruppe auf, werden diese besonders hervorgehoben. Wenn nicht anders angegeben handelt es sich bei der Anzahl der Befragten um $n = 18$ bei den SeniorInnen.

4.2.1 Stichprobe

Insgesamt wurden die Fragebögen der Interventionsphase von 45 Personen ausgefüllt. Davon waren 60% ($n=27$) Erwachsene (≤ 60 Jahre) und 40% ($n=18$) SeniorInnen (≥ 61 Jahre).

Der Anteil an Frauen unter den SeniorInnen ($n=18$) beträgt 72,2%, der an Männern 27,8%. Auch hier ist die weibliche Überrepräsentanz im Alter bemerkbar.

4.2.1.1 Teilnahme an Veranstaltungen der Interventionsphase

Zu den TeilnehmerInnen der Veranstaltungen der Interventionsphase zählen mit 72,2% weitaus mehr SeniorInnen als Erwachsene (40,7%). Das ist auf die gut besuchten Vorträge im Rahmen der Seniorencafés zurückzuführen.

Am evangelischen Seniorencafé nahmen ein Drittel der befragten SeniorInnen (33,3%) teil. Ein weiteres Drittel (27,8%) der teilnehmenden SeniorInnen besuchte das katholische Seniorencafé.

Obwohl sie bei der Ersterhebung ihr Interesse an weiteren Projekten bzw. Veranstaltungen von CHANCE bekundet hatten, konnten 21 Personen hinsichtlich ihrer Nicht-Teilnahme befragt werden. Unter diesen Nicht-TeilnehmerInnen waren 27,8% SeniorInnen sowie 59,3% Erwachsene.

4.2.1.2 Information über CHANCE²⁷

Es musste festgestellt werden, dass die teilnehmenden SeniorInnen weder durch den Informationsfolder, noch durch den Aushang in den jeweiligen Wohnhäusern vom Projekt CHANCE und seinen Veranstaltungen erfahren haben. Auch die Promotion (Nordic Walken) im Hyblerpark, das Nachbarschaftsfest sowie das Simmeringer Straßenfest haben die teilnehmenden SeniorInnen nicht auf CHANCE aufmerksam gemacht.

Einzig durch das evangelische bzw. katholische Seniorencafé (100%) haben zwölf SeniorInnen von den Veranstaltungen der Interventionsphase erfahren und nahmen am Vortrag „Gesund genießen“ teil.

Eine einzige Seniorin gab als sonstige Quelle (7,7%), durch die sie von CHANCE erfahren und an Veranstaltungen schließlich teilgenommen hat, die Kronenzeitung an.

Hier konnte ein (nicht charakteristischer) Unterschied zu den teilnehmenden Erwachsenen festgestellt werden. Diese gaben an, durch den Informationsfolder von CHANCE erfahren zu haben (9,1%). Ebenso wurden sie durch Promotion im Hyblerpark (9,1%) auf das Projekt aufmerksam. Die Teilnehmer unter den Erwachsenen konnten auch beim Nachbarschaftsfest (18,2%), beim religiösen Seniorencafé (27,3%; diese waren < 60 Jahre) sowie beim katholischen Babytreff (27,3%) über CHANCE erreicht werden.

Sie gaben weiters als sonstige Quellen die Apotheke und Kronenzeitung (9,11%) an. Auch konnten die teilnehmenden Erwachsenen durch persönliches Ansprechen an der Haustüre (9,1%) auf das Projekt CHANCE aufmerksam gemacht werden.

²⁷ Variablenoperationalisierung – CHANCE: 1= Informationsfolder, 2= Aushang am schwarzen Brett im Haus, 3= durch Freunde/Bekannte, 4= wurde im Hyblerpark angesprochen, 5= wurde telefonisch informiert, 6= Nachbarschaftsfest im Hyblerpark (26.5 2009), 7= Simmeringer Straßenfest (6.6 2009), 8= sonstiges

4.2.1.3 Höchster Schulabschluss²⁸

Hier konnten ähnliche Ergebnisse erfasst werden wie bei der Ersterhebung.

Etwas mehr als die Hälfte (53,9%) der teilnehmenden SeniorInnen sowie ein Großteil aller nicht-teilnehmenden SeniorInnen (80%) gaben als höchsten Schulabschluss die Lehre oder Fachschule an ($M_{\text{TeilnehmerInnen}} = 3,08$; $SD_{\text{TeilnehmerInnen}} = 0,86$; $M_{\text{Nicht-TeilnehmerInnen}} = 2,80$; $SD_{\text{Nicht-TeilnehmerInnen}} = 0,45$).

Unter den teilnehmenden SeniorInnen waren weiters drei Personen mit Hauptschulabschluss (23,1%), zwei Personen mit Matura (15,4%) und eine Person mit Hochschulabschluss (7,7%). Der höchste Schulabschluss der restlichen nicht-teilnehmenden SeniorInnen (20%) war die Hauptschule.

Höchster Schulabschluss	TeilnehmerInnen		Nicht-TeilnehmerInnen	
	Anzahl	gültige Prozent	Anzahl	gültige Prozent
Hauptschulabschluss	3	23,1	1	20
Lehre/Fachschule	7	53,8	4	80
Matura	2	15,4	-	-
Hochschule	1	7,7	-	-

Tabelle 6: SeniorInnen (Interventionsphase)- höchster Schulabschluss

Es konnte festgestellt werden, dass der durchschnittlich höchste Schulabschluss der teilnehmenden SeniorInnen höher ist als jener der nicht-teilnehmenden SeniorInnen. Aus diesem Grund kann festgehalten werden, dass die Bereitschaft der SeniorInnen zur Auseinandersetzung mit Gesundheit mit ihrem Bildungsgrad steigt.

²⁸ Variablenoperationalisierung - Ausbildung: 1= kein Abschluss, 2= Hauptschulabschluss, 3= Lehre/Fachschule, 4= Matura, 5= Studium

4.2.2 Gesundheit

4.2.2.1 Quellen von Gesundheitsinformationen

Ähnlich den Ergebnissen der Ersterhebung, gaben die teilnehmenden SeniorInnen (n=13) folgende als ihre wichtigsten Quellen für Gesundheitsinformationen an:

1. Arzt (76,9%)
2. die Apotheke (61,5%)
3. Medien wie Fernsehen und Zeitung (je 38,5%)

Die nicht – teilnehmenden SeniorInnen (n=5) gaben den Arzt als eindeutig wichtigste Quelle (100%) an. Dahinter rangieren ex equo Freunde, Familie, Zeitung und Apotheke (mit je 20%) als Quelle für Gesundheitsinformationen.

Quellen von Gesundheitsinformationen	TeilnehmerInnen		Nicht-TeilnehmerInnen	
	Anzahl	gültige Prozent	Anzahl	gültige Prozent
Freunde	3	23,1	1	20
Familie	4	30,8	1	20
Fernsehen	5	38,5	-	-
Zeitung	5	38,5	1	20
Internet	1	7,7	-	-
Arzt	10	76,9	5	100
Apotheke	8	61,5	1	20
Gemeinde-/Stadtverwaltung	1	7,7	-	-
Sonstige	1	7,7	1	20

Tabelle 7: SeniorInnen (Interventionsphase) - wichtigste Quellen von Gesundheitsinformationen (Mehrfachnennungen waren möglich)

Es kann festgehalten werden, dass die älteren TeilnehmerInnen weniger oft Arzt oder Apotheke als Quelle für Gesundheitsinformationen angaben als die Nicht-TeilnehmerInnen dieser Altersgruppe. Das könnte mitunter auch ein Grund für die Teilnahme der SeniorInnen an der Interventionsphase gewesen sein. Die nicht-teilnehmenden SeniorInnen holen sich ihre

Gesundheitsinformationen eher von Arzt und Apotheker während die teilnehmenden SeniorInnen auch andere Quellen nutzen.

4.2.2.2 Information über Gesundheitsthemen²⁹

Die SeniorInnen, die an Veranstaltungen der Interventionsphase teilgenommen hatten, wurden hinsichtlich ihres subjektiven Empfindens, wie gut sie sich über Gesundheitsthemen informiert fühlen, befragt.

Dieses gesamte Kollektiv (100%) gab an, sich gut über „Bewegung“ ($n=9$; $M_{\text{Bewegung}}= 1,00$; $SD_{\text{Bewegung}}= 0,00$) und „Ernährung“ ($n=10$; $M_{\text{Ernährung}}= 1,00$; $SD_{\text{Ernährung}}= 0,00$) informiert zu fühlen.

Auch hinsichtlich „Soziales Wohlbefinden (Familie, Freunde)“ gaben alle teilnehmenden SeniorInnen ($n=11$, $M_{\text{sozWohlbefinden}}= 1,00$; $SD_{\text{sozWohlbefinden}}= 0,00$) an, gut informiert zu sein.

88,9% fühlten sich gut sowie 11,1% weder gut noch schlecht hinsichtlich „Psychischer Gesundheit“ informiert ($n=9$; $M_{\text{psychGesundheit}}= 1,11$; $SD_{\text{psychGesundheit}}= 0,33$).

4.2.2.3 Gesundheit – Wichtigkeit und Erwartungen

Während fast Dreiviertel aller teilnehmenden SeniorInnen (72,8%) ihre Gesundheit sogar sehr wichtig ist, gab der Rest (27,3%) an, dass ihnen die Gesundheit wichtig ist ($n=11$; $M_{\text{Wichtigkeit}}= 1,27$; $SD_{\text{Wichtigkeit}}= 0,46$).³⁰

Diese älteren TeilnehmerInnen haben eine sehr positive Empfindung ihres derzeitigen Gesundheitszustandes. So empfindet die Hälfte von ihnen (54,5%) ihren Gesundheitszustand als gut. Eine Person (9,1%) gab sogar an, dass ihre Gesundheit derzeit sehr gut ist. Lediglich für etwas mehr als ein Drittel (36,4%) ist der Gesundheitszustand weder gut noch schlecht ($n=11$; $M_{\text{Gesundheitszustand}}= 2,27$; $SD_{\text{Gesundheitszustand}}= 0,64$).³¹

²⁹ Variablenoperationalisierung – Information über Gesundheitsthemen: 1= trifft zu, 2= weder noch, 3= trifft nicht zu

³⁰ Variablenoperationalisierung-Wichtigkeit von Gesundheit: 1= sehr wichtig, 2= wichtig, 3= weder noch, 4= weniger wichtig, 5= gar nicht wichtig

³¹ Variablenoperationalisierung-Gesundheitszustand jetzt: 1= sehr gut, 2= gut, 3= weder noch, 4= schlecht, 5= sehr schlecht

Auch hier konnte festgestellt werden, dass die SeniorInnen eher zurückhaltend mit ihren Erwartungen, wie sich ihr Gesundheitszustand in den nächsten drei Jahren verändern wird, sind. Fast zur Gänze (90,9%) gaben die teilnehmenden SeniorInnen an, dass sie einen gleich bleibenden Gesundheitszustand für die nächsten drei Jahre erwarten würden. Eine einzige Person (9,1%) war optimistisch und meinte, dass sich ihr Gesundheitszustand verbessern werde ($n=11$; $M_{\text{Zukunft}}= 1,91$; $SD_{\text{Zukunft}}= 0,30$).³²

4.2.3 Gesundheitsfördernde Veranstaltungen

4.2.3.1 Grund für Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme

Der wichtigste Grund der Teilnahme am Vortrag „Gesund genießen“ war für 83,3% der SeniorInnen das Thema. Etwas mehr als die Hälfte (54,5%) hat am Vortrag teilgenommen, da sie immer zum Seniorencafe gehen.

Eine einzige Person (7,7%) gab als Grund für die Teilnahme ihre Bekannte(n) an, die auch am Vortrag teilgenommen hatte(n).

Ein(e) SeniorIn, die nicht am Seniorencafe teilnahm, dafür aber bei anderen Veranstaltungen der Interventionsphase, begründete ihre / seine Teilnahme damit, etwas für sich und für ihre / seine Gesundheit sowie für die Gesundheit der Familie tun zu wollen.

Der wichtigste Grund für eine Nicht-Teilnahme der SeniorInnen an Veranstaltungen der Interventionsphase war kein Interesse (60%). Zeitmangel (40%) hinderte SeniorInnen auch an der Teilnahme.

4.2.3.2 Vorstellungen für zukünftige Veranstaltungen

Die teilnehmenden SeniorInnen sind an Themen wie „Spezifische Ernährungstipps für SeniorInnen – Gesundes Altern“ (84,6%), „körperliche Aktivität“ (38,5%) für künftige Veranstaltungen interessiert. Auch das Thema „Welchen Beitrag kann „ICH“ zur Vorsorge von Diabetes, Bluthochdruck, Herz-

³² Variablenoperationalisierung-Gesundheitszustand 3Jahre: 1= sich verbessert, 2= gleich bleibt, 3= sich verschlechtert.

Kreislaufkrankungen leisten“ würden sich 30,8% der teilnehmenden SeniorInnen für weitere Veranstaltungen wünschen. Die teilnehmenden SeniorInnen haben aber auch Interesse an „Stressmanagement“ (7,7%) und „Maßvoller Umgang mit Genussmitteln (Nikotin, Alkohol)“ (7,7%). Ein(e) TeilnehmerIn bekundete ihr Interesse am Thema „Ernährung und Abnehmen“ (7,7%).

Unter den Nicht-TeilnehmerInnen der SeniorInnen liegt das Interesse bei der Krankheitsvorsorge („Welchen Beitrag kann „ICH“ zur Vorsorge von Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislaufkrankungen leisten“ (33,3%) und beim „Stressmanagement“ (33,3%).

Sowohl TeilnehmerInnen als auch Nicht-TeilnehmerInnen unter den SeniorInnen sind sich einig, was eine Veranstaltung zu gesundheitsrelevanten Themen beinhalten sollte.

Dass ein Teil dieser Veranstaltungen praktische Übungen wie zum Beispiel Kochen sein sollten, wünschen sich mehr Nicht-TeilnehmerInnen (66,7%) als TeilnehmerInnen (30,8%). Bei Erfahrungsberichten verhält es sich genau umgekehrt. Fast doppelt so viele TeilnehmerInnen (61,5%) fanden – im Gegensatz zu 33,3% Nicht-TeilnehmerInnen – dass diese Berichte bei Veranstaltungen zu gesundheitsrelevanten Themen Platz finden sollten. Auch Diskussionen sollten laut 30,8% der TeilnehmerInnen und 33,3% der Nicht-TeilnehmerInnen im Rahmen von solchen Veranstaltungen abgehalten werden.

Die teilnehmenden SeniorInnen fanden mehr Orte für Veranstaltungen zu gesundheitsrelevanten Themen geeignet als die nicht-teilnehmenden SeniorInnen. Sowohl die Volkshochschule (27,3% TeilnehmerInnen, 66,7% Nicht-TeilnehmerInnen) als auch die Schule (9,1% TeilnehmerInnen, 33,3% Nicht-TeilnehmerInnen) wurden von beiden Gruppen hier genannt.

Von den teilnehmenden SeniorInnen wurden außerdem noch das Gemeindezentrum (36,4%) sowie Restaurants oder Cafes (27,3%) als geeignet

erachtet. Weiters gaben sie den Park (9,1%) und als sonstige Örtlichkeit die Glaubenskirche Simmering (7,7%) an.

Die Nicht-TeilnehmerInnen unter den SeniorInnen gaben außerdem noch den Kindergarten (33,3%) als passende Örtlichkeit an.

Für zukünftige Veranstaltungen würden sich die SeniorInnen unter den Nicht-Teilnehmern als Vortragende Ärzte, Ernährungswissenschaftler, Köche oder „jemanden der sich auskennt und Erfahrung hat“ wünschen (je 33,3%). Diese können als mögliche Multiplikatoren in Betracht gezogen werden.

Den SeniorInnen wäre es am liebsten, wenn diese Veranstaltungen unter der Woche (100%) entweder am Nachmittag (66,7%) oder untertags (33,3%) stattfinden würden.

4.3 Bedürfnisse für eine optimale Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung im Rahmen des Projektes CHANCE als Bedürfnisse und Grundlage für eine optimale Gesundheitsförderung von SeniorInnen dargestellt. Darauf basierend wird im Anschluss (4.4) eine Leitlinie erstellt, die eine optimale Gesundheitsförderung von SeniorInnen durch Multiplikatoren anleiten soll.

4.3.1 Gesundheitsfördernde Themen und Informationen

Die Ergebnisse der Chance-Fragebögen ergaben, dass hinsichtlich „Ernährung“ und „Psychischer Gesundheit“ ein großes Aufklärungs- und Informationspotential bei den befragten SeniorInnen besteht. In diesen Punkten fühlen sie sich weder gut noch schlecht informiert.

Auch wenn das Informationsangebot bezüglich „Bewegung“ und „Soziales Wohlbefinden“ den SeniorInnen scheinbar ausreichend erscheint, um sich gut informiert zu fühlen, ist dem nicht genug getan. Gerade die Ergebnisse hinsichtlich „Bewegung um gesund zu sein“ sowie „soziale Kontakte“ zeigen, dass hier noch Potential besteht.

Themenbereiche, die sich die SeniorInnen zur Förderung ihrer Gesundheit aber auch zur Aufklärung und Information wünschen wären: „Seniorenernährung“, „Bewegung“, „Gesundheitsvorsorge“ aber auch „Stressmanagement“, „Genussmittel“ und „Reduktion von Körpergewicht“. Diese Themen, auch wenn sie sicherlich nicht alle Aspekte der Gesundheit abdecken, könnten als Anknüpfungspunkte von einigen Disziplinen genutzt werden um in der Gesundheitsförderung von SeniorInnen tätig zu werden.

Weitere Themenbereiche umfassen die Bausteine der Ernährungspyramide. Die Ergebnisse des FFQ (= Food Frequency Questionnaire) ergaben, dass bei allen Elementen für eine ausgewogene, zielgruppengerechte Ernährung Aufklärungs- und Handlungsbedarf besteht. Insbesondere die Lebensmittelgruppen „Kohlenhydrate – Vollkornprodukte“, „Obst und Gemüse“,

„Fisch“ sowie „Getränke – Trinkverhalten“ weisen großes Potential zur Verbesserung auf.

Die Ergebnisse der Ernährungswissensfrage zu „5 am Tag“ sowie die des FFQ (= Food Frequency Questionnaire) zeigen, dass die SeniorInnen nicht ausreichend von der Kampagne „5 am Tag“ erreicht wurden. Sie sollten über die Wichtigkeit von Obst, Gemüse und Hülsenfrüchten für eine gesunde Ernährung zielgruppengerecht informiert werden – möglicherweise auch durch eine Änderung der Kampagne.

Informationsbedarf besteht bei den SeniorInnen auch hinsichtlich Zutatenlisten und Nährstoffangaben auf Lebensmitteln. Diese werden von den älteren Menschen kaum als Informationsquelle genutzt bzw. wahrgenommen. Eine Aufklärung darüber, welche Informationen hier bereitgestellt werden und wie diese die Entscheidung zum Produktkauf bzw. für eine ausgewogene Ernährung beeinflussen können, könnte im Rahmen von Gesundheitsvorträgen stattfinden.

Ein Mangel an Information besteht bei den SeniorInnen auch hinsichtlich der Haltung bzw. Lagerung sowie Verarbeitung von Lebensmitteln. Hier kann das Potential weiter ausgeschöpft werden.

Ein weiterer Handlungsbedarf besteht im Angebot von Informationen hinsichtlich Gesundheit im Stadtteil. Die SeniorInnen gaben an, dass sie nur manchmal die von ihnen gewünschten und benötigten Gesundheitsinformationen in ihrem Stadtteil bekämen.

Die Befragung ergab weiters, dass sich die SeniorInnen folgende Orte – im Stadtteil – als geeignet zur Informationsweitergabe vorstellen könnten:

- Volkshochschule
- Schule, Kindergarten
- Gemeindezentrum
- Restaurant, Cafe

- Park
- Glaubenskirche

Dies sind lokale Orte, die – abgesehen von Arztpraxen, Räumlichkeiten von Netzwerkpartnern oder anderen Gesundheitseinrichtungen – genutzt werden könnten, um die SeniorInnen gesundheitlich zu fördern.

Die Nutzung und Einbeziehung der lokalen Einrichtungen in die Gesundheitsförderung wäre ganz im Sinne des Community Setting Ansatzes. Die Literatur bestätigt, dass dieses physische und soziale Umfeld einen besonders wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung, gerade von älteren Menschen, leistet [NAIDOO J. und WILLS J., 2003b].

4.3.2 Gesundheitsfördernde Angebote

Bei den Änderungsvorschlägen der SeniorInnen wurde ein verstärktes Angebot an Sport- und Bewegungsmöglichkeiten gefordert.

Die Ergebnisse hinsichtlich des Bewegungsverhaltens haben zwar gezeigt, dass die SeniorInnen bereits aktiv sind, aber hier weiter Potential besteht. Auch die Nutzung der verschiedenen Einrichtungen zur körperlichen Ertüchtigung ist ausbaufähig. So könnten Einrichtungen wie Sportvereine oder Fitnessstudios durch spezielle Angebote für SeniorInnen, wenn möglich im Stadtteil, diese Zielgruppe verbessert erreichen und so zu mehr Bewegung unter ihnen beitragen.

Angebote dieser Art stellen sowohl präventive als auch gesundheitsförderliche Maßnahmen gerade für ältere Menschen dar. Sie können einen großen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen [MC AULEY E. und RUDOLPH D., 1995].

Die Befragung hinsichtlich der Nutzung von Quellen für Gesundheitsinformationen ergab, dass die SeniorInnen in der Gruppe der Internet-User im Vergleich zu den Erwachsenen unterrepräsentiert sind. Daher würde es sich anbieten, die SeniorInnen dahingehend zu befähigen, dass sie das Internet als Informationsquelle für sich entdecken und nutzen können.

Hier können ebenfalls Multiplikatoren eingesetzt werden. Auch Laienmultiplikatoren wären denkbar, um den älteren Menschen aufzuzeigen, dass sie das Internet auch nutzen können.

Die Auseinandersetzung mit dem Medium „Internet“ erfordert von den SeniorInnen erhöhte kognitive Aktivität und wirkt sich auf ihre kognitive Leistungsfähigkeit aus [WILSON R. S. et al., 1999].

Handlungsbedarf besteht hier aber auch in der Bereitstellung von zielgruppengerechten Botschaften und Gestaltung eben dieser im Internet. Im World Wide Web kursieren zahlreiche Informationen, die die SeniorInnen verunsichern könnten.

4.3.3 Gesundheitsfördernde Maßnahmen

Geeignete Methoden, um gesundheitsrelevante Themen bei gesundheitsfördernden Maßnahmen zu vermitteln, wären laut der SeniorInnen:

- praktische Übungen wie beispielsweise Kochen
- Erfahrungsberichte
- Diskussionen

Sie wünschen sich, dass diese Methoden separat oder im Rahmen von Vorträgen eingesetzt werden würden.

Gerade Kochkurse könnten sehr gut zur Vermittlung von Gesundheits- und Ernährungswissen für SeniorInnen verwendet werden, da

- sie diese selbst als geeignet zur Wissensvermittlung empfinden
- sie großteils selbst ihre Mahlzeiten zubereiten und so eine gesunde Zubereitung beeinflussen können
- sie so weiter zur Selbstständigkeit und Aktivität animiert werden können
- hier Theorie und Praxis für eine gesunde Küche vereint werden können

Im Zusammenhang mit einem solchen Kochkurs könnte ebenso ein „Einkaufstraining“ stattfinden, bei dem die SeniorInnen auch die Wichtigkeit von Zutatenlisten und Nährwertangaben in der Praxis vermittelt bekommen.

In Bezug auf die zeitliche Abhaltung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, wie zum Beispiel Vorträge, gaben die SeniorInnen an, dass sie es als geeignet ansehen, wenn diese unter der Woche entweder nachmittags beziehungsweise untertags stattfinden würden.

4.3.4 Gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen

Ein Handlungsbedarf der Öffentlichkeit hinsichtlich der äußeren Rahmenbedingungen in der Wohnumgebung besteht ebenso. Hier könnten beispielsweise Maßnahmen in Bezug auf „Verkehrslärm“ oder „saubere Luft“ getroffen werden, da ein beachtlicher Teil der älteren Anwohner der Meinung ist, in einem Gebiet mit viel Verkehrslärm und unsauberer Luft zu wohnen. Weiters wünschen sich die SeniorInnen – in den von ihnen genannten Änderungsvorschlägen – die Achtung auf mehr Sauberkeit, vor allem in Bezug auf Hunde.

Auch wenn die älteren TeilnehmerInnen Grünflächen als weder wichtig noch unwichtig für ihren Stadtteil erachten, so zeigte sich bei den Änderungsvorschlägen, dass sie sich mehr von solchen Erholungsgebieten wünschen würden. Es wäre denkbar, dass dieser Bereich an Bedeutung für die SeniorInnen gewinnen würde, wenn ein Seniorengerechtes Angebot an Grün- oder Parkflächen bestehen würde. Beispielsweise ein „Seniorenspielplatz“ wäre hier eine Möglichkeit, wie er bereits am Gelände des Allgemeinen Krankenhaus Wien AKH mit verschiedenen Outdoor-Trainingsgeräten zur körperlichen Betätigung besteht. [INTERNET ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR GERIATRIE UND GERONTOLOGIE, 2007]

Weiters haben die Ergebnisse ergeben, dass die aktiven sozialen Kontakte in der Nachbarschaft weiter ausbaufähig sind. Auch wenn die SeniorInnen bereits größtenteils die Organisationen und Veranstaltungen im Stadtteil nutzen, könnte hier das (vorhandene) Potential künftig ausgeschöpft werden. Diese Einrichtungen könnten mit dem Ziel einer noch stärkeren Vernetzung sowohl der SeniorInnen als auch der Organisationen gefördert und unterstützt werden.

Dies könnte auch zu einer Förderung des besseren Zusammenlebens aller Menschen im „Schneiderviertel“ führen – ein Wunsch, der von den SeniorInnen geäußert wurde.

4.3.5 Gesundheitsfördernde Infrastruktur

Wie auch bei den Änderungsvorschlägen der SeniorInnen selbst angeführt, ergaben die Ergebnisse in Bezug auf die Infrastruktur des „Schneiderviertels“ Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Nahversorgung. Den älteren Menschen sind die Bereiche „Einkaufszentrum“ und „Lebensmittelmarkt“ sehr wichtig für ihren Stadtteil. Diese Einrichtungen sind wichtig, um eine lang andauernde Selbstständigkeit auch im hohen Alter zu ermöglichen.

4.4 Multiplikatoren für eine optimale Gesundheitsförderung

Betrachtet man Multiplikatoren als Personen oder Einrichtungen, die Wissen und Können verbreiten bzw. angelernte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen weitergeben, so stellt sich die Frage, wer sich für diese Aufgabe im Bereich der Gesundheitsförderung für SeniorInnen am besten eignen würde. Es ist von großer Wichtigkeit, die richtigen Personen oder Einrichtungen für die Weitergabe von Wissen und Können als Multiplikatoren auszuwählen. Nur so kann man sichergehen, dass die Zielgruppe für gesundheitsförderliche Maßnahmen, hier SeniorInnen, auch wirklich erreicht wird.

Die ausgewählten Personen und Einrichtungen müssen aber nicht nur von den SeniorInnen als Experten wahrgenommen und anerkannt werden, diese müssen auch eine gewisse Sachverständigkeit und Expertise auf dem Bereich der Gesundheitsförderung speziell für SeniorInnen besitzen.

Als geeignete Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung von SeniorInnen können daher all jene in Betracht gezogen werden, die von den an CHANCE teilgenommenen SeniorInnen als wichtigste Quellen für Gesundheitsinformationen angegeben wurden. Die Ergebnisse der ersten

sowie zweiten Erhebung decken sich, sodass die Wichtigkeit dieser Quellen für die Befragten noch einmal betont wird.

Die fünf wichtigsten Quellen für Gesundheitsinformationen sind:

- Arzt
- Apotheke
- Medien wie Fernsehen, Zeitungen
- Familie
- Freunde

Weiters gaben die SeniorInnen unter den Nicht-Teilnehmern an, dass sie sich Ärzte, Ernährungswissenschaftler, Köche bzw. „jemanden, der sich auskennt und Erfahrung hat“ als Vortragende für gesundheitsrelevante Themen wünschen.

Hieraus kann geschlossen werden, dass die am besten geeigneten Zielgruppen für die Rekrutierung von Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung von SeniorInnen Experten aus dem Gesundheitswesen (Ärzte, Apotheker, Ernährungswissenschaftler) sowie aus dem Bereich Familie und Freunde sind. Das deckt sich mit Ergebnissen, die aus der Literatur ersichtlich sind. Hier werden Multiplikatoren bevorzugt aus den Fachbereichen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit, Pädagogik sowie Massenmedien für die Gesundheitsförderung herangezogen [LEHMANN M. und SABO P. – BZgA, 2006].

Für Multiplikatoren im Sinne von „Peer Involvement“ sind die bereits als „Quellen für Gesundheitsinformationen“ erfassten Personen aus dem Familien- und Freundeskreis zur Übermittlung von Gesundheitsinformationen und Gesundheitsverhalten besonders gut geeignet.

Die genannten Quellen der Medien wie Fernsehen, Zeitungen oder Bücher können ebenso zur Verbreitung von Gesundheitsinformation und zur Vermittlung von Gesundheitswissen als „Multiplikatoren“ herangezogen werden.

Hierzu wird aber nicht näher darauf eingegangen, da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf „reellen“ Multiplikatoren liegt.

4.5 Leitlinie zur optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen

Diese Leitlinie basiert einerseits auf den Bedürfnissen von SeniorInnen, die im Rahmen von CHANCE erörtert werden konnten, und andererseits auf Erkenntnissen der Literatur wie beispielsweise dem Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“, das am geriatrischen Zentrum Albertinen-Haus in Hamburg (Deutschland) [MEIER-BAUMGARTNER H. P. et al, 2006] entwickelt wurde.

4.5.1 Politische Rahmenbedingungen

Die Öffentlichkeit hat nicht nur Rechte hinsichtlich der Gesundheitsförderung älterer Menschen, sie hat auch Pflichten. So ist es nicht damit getan, öffentliche Mittel und Gelder für gesundheitsförderliche Projekte und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Es müssen auch die politischen Rahmenbedingungen für ein Altern in Gesundheit und Aktivität geschaffen werden, damit es den SeniorInnen möglich wird, Maßnahmen gesundheitsförderlicher Projekte auch wirklich in ihren Alltag integrieren zu können.

Gesundheit und ihre Förderung müssen daher in allen politischen Bereichen zum Thema gemacht werden.

Die politischen Rahmenbedingungen könnten beispielsweise umfassen: „[WHO, 2002b]

- Schaffung von sicheren, altenfreundlichen Umgebungen und Einrichtungen mit Barrierefreiheit
- Förderung von Lebensqualität, sozialem Schutz sowie der geistigen Gesundheit
- Ermöglichung von leistbaren, niederschweligen Gesundheitsleistungen sowie sozialen Dienstleistungen, beispielsweise durch verschiedene Formen der Pflege

- Förderung einer aktiven Teilnahme beispielsweise durch Ermunterung zu ehrenamtlichen Tätigkeiten von älteren Menschen
- Ermöglichung der vollen Teilnahme am gesellschaftlichen Leben: beispielsweise durch geeignete, altersgerechte Verkehrsmittel
- Wahrung des Rechts auf soziale, finanzielle und körperliche Sicherheit
- Annahme der Anliegen älterer Menschen“.

4.5.2 Fragestellungen vor dem Projekt

Zu Beginn eines Vorhabens ist es wichtig, dem Projektauftrag zufolge, ein den Problemen entsprechendes Netzwerk einzurichten und die Weitergabe der Ergebnisse aus dem Projekt zu garantieren. Weiters müssen Ziele, Erfolgs- und Qualitätskriterien abgegrenzt werden.

Gerade für den Aufbau eines Netzwerkes und die Rekrutierung von möglichen Multiplikatoren ist es in dieser Phase wichtig vorhandene bzw. mögliche Ressourcen zu ermitteln. Es gilt zu klären: „[GROSSMAN R. und SCALA K., 2001b]:

- Wer soll in das Projekt miteinbezogen werden?
- Wer ist für die Erfüllung des Auftrags wichtig?
- Wer verfügt über wichtige Informationen und Kontakte?
- Wer hilft, die Verbindung zu wichtigen Interessentengruppen zu finden?
- Wer kann wichtige Beiträge zur Zusammenarbeit im Projekt leisten?“

Ressourcen, die hierfür nötig sind, besitzen „Wissenskapital“, „Entscheidungskapital“, „Beziehungskapital“ sowie „Kapital der Betroffenheit“.

Diese und weitere Fragen müssen stetig, auch während des Projektes, geklärt und neu evaluiert werden. Nur so kann ein Erfolg der Maßnahmen gewährleistet werden.

4.5.3 Ziele

Gesundheitsförderung steht im Alter für den Ausbau von Reserven, für den Rückgewinn von verlorenen Befähigungen sowie für die Verhinderung von psychosozialen Benachteiligungen durch körperliche Behinderungen.

Das Ziel der optimalen Gesundheitsförderung durch Multiplikatoren ist es, älteren Menschen, die selbstständig ihren Alltag meistern können und bei denen Gesundheitsförderung noch ansetzen kann, ein Altern in Gesundheit und Zufriedenheit zu ermöglichen. Ihnen sollen die Zusammenhänge zwischen eigenem Lebensstil, Lebenserwartung und Erwartung an das Leben im Alter durch die Arbeit der Multiplikatoren vermittelt werden. Weiters sollen sie durch die Multiplikatoren befähigt werden, ihr Schicksal selbst in die Hand zu nehmen und präventive Maßnahmen hinsichtlich Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit im hohen Alter zu setzen.

4.5.4 Ansätze

Der allgemeine Ansatz für eine optimale Gesundheitsförderung im Alter sollte:

- multidimensional, aufgrund mehrerer Schwerpunkte
- interdisziplinär, aufgrund verschiedener Fachbereiche der Multiplikatoren
- verhaltensorientiert, aufgrund Förderung von Empowerment
- verhältnisorientiert, aufgrund Nutzung vorhandener Ressourcen sein.

So kann gewährleistet werden, dass möglichst alle Aspekte der Gesundheit und Gesundheitsförderung von SeniorInnen berücksichtigt werden.

Für Maßnahmen in der Gesundheitsförderung haben sich folgende zusätzliche Ansätze als vorteilhaft erwiesen: [REINPRECHT C., 2005]

- Aktivitätsansatz
- Ganzheitlicher Ansatz
- Diversitätsansatz
- Setting Ansatz

Aktivitätsansatz

Hierunter wird die Förderung und Unterstützung der älteren Menschen für ein aktives Altern verstanden. Ihnen soll es möglich sein bzw. werden, ihr Leben aktiv und selbst zu gestalten sowie aufgrund von sozialen und geistigen Tätigkeiten Wohlbefinden und Gesundheit zu erfahren. Das wiederum hat Auswirkungen auf ihre Aktivität und Lebensqualität – der Kreislauf schließt sich.

Ganzheitlicher Ansatz

Es gilt den älteren Menschen mit seinen möglichen Barrieren, Hindernissen sowie Problemen ganzheitlich zu betrachten und daraufhin Lösungen anzubieten bzw. gemeinsam mit ihm zu entwickeln.

Wichtig ist, dass diese Hürden, die eine Umsetzung von individuellen Anliegen behindern, erkannt und überwunden werden. Diese können auf individueller aber auch systemischer Ebene entstehen. Behinderungen auf individueller Ebene können beispielsweise aufgrund von fehlenden finanziellen Mitteln, gesellschaftlicher Vereinsamung, Sprachproblemen, Krankheiten und Gebrechen entstehen. Gründe für Erschwernisse auf systemischer Ebene wären zum Beispiel Informationsdefizite oder Unübersichtlichkeiten im Sozialsystem. Hürden können aber gerade im Alter auch aufgrund von mangelnder Vernetzung zwischen sozialen Einrichtungen und außerinstitutionellen Akteuren und Netzwerken entstehen.

Daher ist es zur Förderung von Gesundheit älterer Menschen nötig, alle Entscheidungsträger und Handlungspartner am Projekt zu beteiligen und zu vernetzen. Gemeinsam mit ihnen können Problemlösungen angeboten und erarbeitet werden.

Diversitätsansatz

Die unterschiedlichen Hintergründe der SeniorInnen (Geschlecht, Herkunft, Kultur, Ausbildung,...) müssen beachtet werden, um besser auf ihre Erwartungen und Ansprüche, die sie an das Altern haben, eingehen zu können.

Setting Ansatz

Wie bereits erwähnt, gestaltet das Setting die Gesundheit, Lebensqualität und Aktivität eines jeden mit. So ist gerade das Gemeinde – Setting besonders gut für die Gesundheitsförderung älterer Menschen geeignet, da es deren nahe Umgebung mit einbezieht. Hier können förderliche als auch hinderliche Faktoren gefunden und überwunden werden. Im Gemeinde – Setting ist auch das soziale Netz der älteren Menschen beheimatet, dass eine wichtige Rolle für Aktivität und aktives Altern spielt. Die vorhandenen Ressourcen dienen als Hilfe zur Bewältigung des alltäglichen Lebens aber auch als Anknüpfungspunkt für Aktivitäten. Sie sollten im Sinne der Gesundheitsförderung genutzt bzw. wenn noch nicht vorhanden, geschaffen werden.

4.5.5 Finanzierungsbeitrag

Eine finanzielle Beteiligung der TeilnehmerInnen selbst ist bei einem gesundheitsförderlichen Projekt durchaus denkbar.

Laut dem Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ waren 74% der SeniorInnen bereit, einen Selbstbehalt für die Teilnahme am Projekt zu entrichten, wenn sie über die Gründe und Wichtigkeit bereits im Vorfeld aufgeklärt wurden – frei nach dem Motto „Was nichts kostet, ist nichts wert“. [MEIER-BAUMGARTNER H. P. et al, 2006b]

Auch Gespräche bei Interventionsveranstaltungen im Rahmen von „CHANCE“ ergaben durchwegs eine Bereitschaft der TeilnehmerInnen zur Eigenbeteiligung. Hier zeigte sich, dass die Anmeldungen für die Veranstaltungen nicht unbedingt als verbindlich angesehen wurden. Grund dafür könnte gewesen sein, dass die Teilnahme kostenlos war.

Auch eine Beteiligung der Krankenversicherer der älteren Personen wäre möglich. Durch die gesundheitsförderliche sowie präventive Weiterbildung ihrer Klienten könnten erwiesenermaßen Kosten eingespart werden. [GOETZEL R. Z., et al., 2007]

Können zudem vorhandene Ressourcen und die Möglichkeiten der Kooperationspartner wie beispielsweise Seniorentreffs, ... genutzt werden, ist eine weitere Senkung der Projektkosten möglich.

4.5.6 Schwerpunkte

Die Kernthemen der optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen sollten folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Aufrechterhaltung von Gesundheit sowie Eigenständigkeit im Alter
- Bestimmung durch Eigenverantwortlichkeit und Eigenständigkeit

Die Themen „Ernährung“, „Bewegung“ sowie „Soziales“ erfüllen diese Kriterien. Hinzu kommt, dass sie stark interagieren und sich teilweise überlagern. Weiters konnte festgestellt werden, dass jeweils ein Bereich die anderen beiden beeinflusst – sowohl durch positive als auch durch negative Einflussfaktoren. [TINETTI M. E. et al, 1995]

Durch die Verknüpfung dieser drei Schwerpunkte kann dem multidimensionalen Ansatz entsprochen werden und Bemühungen hinsichtlich eines Alterns in Gesundheit und Zufriedenheit erfolgsversprechend in Angriff genommen werden.

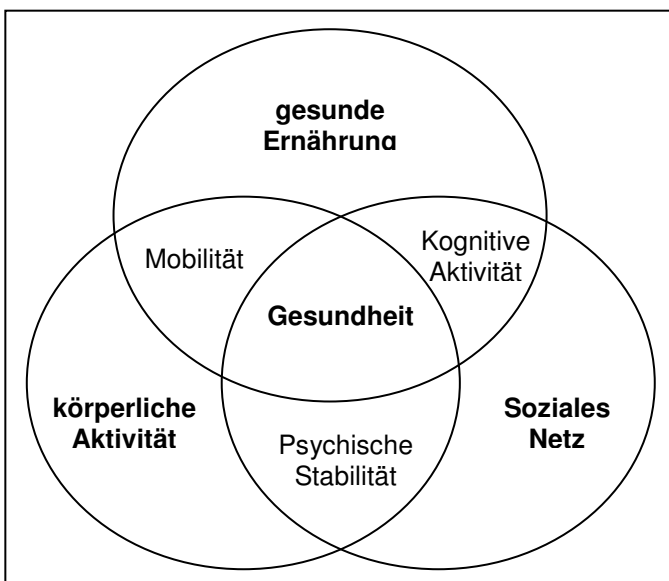


Abbildung 8: Schwerpunkte der optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen durch Multiplikatoren
[nach MEIER-BAUMGARTNER H. P. et al, 2006c]

4.5.7 Multiplikatoren

Die Multiplikatoren sollen erhaltenes, erlerntes Wissen sowie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen an die SeniorInnen weitergeben und sie auf diese Art und Weise „multiplizieren“. Sie werden als Unterstützer und Verstärker der Projektstrategien und –ziele eingesetzt.

Da sich die Bereiche „Gesunde Ernährung“, „Körperliche Aktivität“ sowie „Soziales Netz“ als wichtig in der Förderung der Gesundheit von älteren Menschen herausgestellt haben, ist es nahe liegend Fachleute aus diesen Gebieten als Multiplikatoren zu nutzen. Durch eine fächerübergreifende Zusammenarbeit dieser, können die Maßnahmen der Gesundheitsförderung noch effizienter und effektiver ausgeführt werden.

Für die Multiplikatoren ist es von Vorteil, wenn sie bereits vorab über klinisch-geriatriische Kenntnisse verfügen und in der Arbeit mit SeniorInnen Erfahrungen besitzen.

4.5.7.1 Tätigkeitsbereich „Ernährung“

Folgende Berufsgruppen sind für diesen Tätigkeitsbereich geeignet:

- Ernährungswissenschaftler, Ökotrophologen, Diätassistenten
- Ernährungsmediziner, Ärzte

Sie sollten die Zusammenhänge zwischen Medizin und Sozialem erfassen und an die SeniorInnen weitervermitteln. Weiters sind für die Multiplikatoren Erfahrungen in der Beratung älterer Menschen von Vorteil.

Mögliche Schwerpunkte könnten im Bereich „Ernährung“ und „Gesundheit“ sein:

- Ernährung und Veränderungen des Körpers im Alter
- Angemessenes Ernährungsverhalten im Alter
- Einkaufstraining und Lebensmittelkunde
- Ernährung und Krankheiten (Diabetes mellitus, Osteoporose, ...)

- Gesundheit im höheren Alter
- Gesundheitsvorsorge
- Schnittpunkte zwischen Ernährung – Bewegung (Mobilität), Ernährung – Soziales (Kognitive Aktivität)

4.5.7.2 Tätigkeitsbereich „Bewegung“

In diesem Bereich könnten folgende Berufsgruppen eingesetzt werden:

- Physiotherapeut, Ergotherapeut
- Sportwissenschaftler, Sportpädagoge
- Sportmediziner

Die Multiplikatoren sollten die Grenzen der physischen Belastbarkeit sowie die gängigsten Krankheiten von älteren Menschen kennen. Auch wenn sich die optimale Gesundheitsförderung an SeniorInnen richtet, die ihr Leben noch selbständig führen können, muss das Auftreten von chronischen oder degenerativen körperlichen Einschränkungen sowie von Schmerzen berücksichtigt werden.

Im Bereich „Bewegung“ könnte der Fokus auf folgenden Themen liegen:

- Sturz-Training, Verminderung von Stürzen
- Ausdauer-Training, z.B. Nordic Walking
- Kraft-Training, z.B. Übungen mit Hanteln, Kraftbändern
- Koordinations-Training, z.B. rhythmische Gymnastik, Yoga, Tai Chi, Tanz
- Entspannung
- Übungen für die Feinmotorik
- Schnittpunkte zwischen Bewegung – Ernährung (Mobilität), Bewegung – Soziales (Psychische Stabilität)

4.5.7.3 Tätigkeitsbereich „Soziales“

Für diesen Bereich sind diese Berufsgruppen angebracht:

- Sozialpädagoge, Sozialarbeiter, Sozialberater, Sozialmanager
- Altenbetreuer
- Psychologe, Psychotherapeut

Sie sollten nicht erst dann eingesetzt werden, wenn bereits Probleme bestehen, sondern bereits – ganz im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention – im Vorfeld. Die Multiplikatoren können so vorsorglich wichtige Informationen an die SeniorInnen weitergeben. Durch Beratung können sie individuell auf die Bedürfnisse und Probleme der älteren Menschen eingehen.

Themen in diesem Bereich könnten folgende sein:

- seelische Gesundheit
- Informationen zu sozialen Diensten und Recht
- Möglichkeiten und Risiken des Älterwerdens
- Vorsorge(-möglichkeiten) für das hohe Alter
- Hilfestellung für Angehörige von Menschen mit Demenz oder Behinderungen
- Wege aus der Einsamkeit
- Vorsorge für das Lebensende
- Schnittpunkte zwischen Soziales – Ernährung (Kognitive Aktivität), Soziales – Bewegung (Psychische Stabilität)

4.5.7.4 Ausbildung Multiplikatoren

Sofern die Multiplikatoren keine Erfahrungen in der Arbeit mit älteren Menschen besitzen, sollten ihnen vorab Kenntnisse der Geriatrie und Gerontologie vermittelt werden. Es ist von Vorteil, wenn diese Grundlagen sowohl theoretisch als auch praktisch von den Multiplikatoren erworben werden können.

Die Schulung der Multiplikatoren soll sie weiters darauf vorbereiten, dass sie:

- gesundheitsrelevante Informationen zielgruppengerecht an die SeniorInnen weitergeben können
- Verknüpfungen zwischen Lebensstil und eventuellen Behinderungen im Alter den SeniorInnen aufzeigen können
- fähig sind, gemeinsam mit den SeniorInnen Vorschläge auszuarbeiten um gesundheitsförderliche Maßnahmen in ihren Alltag einzubinden.

Den Multiplikatoren soll die Möglichkeit gegeben werden, ihre eigenen Erfahrungen und Kenntnisse einzubringen.

Weiters ist es notwendig, die Multiplikatoren hinsichtlich der Weitergabe von Wissen und Kenntnissen an die SeniorInnen zu schulen – welche Materialien und Methoden hier angebracht sind und wie sie diese richtig einsetzen.

Die Multiplikatoren sollen über vorhandene Strukturen des Netzwerks und über vorhandene Ressourcen des Settings hinsichtlich Gesundheitsförderung von SeniorInnen und damit verbundenen Bereichen informiert werden.

4.5.8 Laien als Multiplikatoren

Laienmultiplikatoren haben die Aufgabe wie Multiplikatoren, angeeignetes Wissen und Verhalten im Sinne der Gesundheitsförderung weiterzugeben. Allerdings werden sie aus der Zielgruppe selbst rekrutiert und müssen daher nicht unbedingt eine einschlägige Fachausbildung besitzen. Voraussetzung für ihren Einsatz ist, dass sie von ihren „Peers“ als Experten wahrgenommen werden.

Sie sollen am Projekt beteiligt werden, um ihre Gleichaltrigen oder Gleichgesinnten zu einem aktiven Altern zu befähigen. Wichtig ist ein Interesse und persönliches Engagement ihrerseits zum jeweiligen gesundheitsrelevanten Thema.

Ein Vorteil der Laienmultiplikatoren ist, dass sie auf gleicher Ebene wie die Zielgruppe stehen und so keine Barrieren bei der Vermittlung von Wissen und Verhalten auftreten.

Ausbildung Laienmultiplikatoren

Da die Laienmultiplikatoren meist über kein einschlägiges Fachwissen in den jeweiligen Bereichen „Ernährung“, „Bewegung“ und „Soziales“ besitzen, ist es von Nöten, sie gezielt in gewissen Schwerpunkten weiterzubilden. Diese liegen

wenn möglich im Bereich ihres Interesses, da so von einem starken persönlichen Engagement ausgegangen werden kann.

Gerade diesen Multiplikatoren soll das Wissen und Verhalten so vermittelt werden, dass sie es mit ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten zielgruppengerecht überliefern können. Sie selbst sollen „Empowerment“ erfahren um diese Befähigung bestmöglich an ihre Gleichgesinnten bzw. Gleichaltrigen weitergeben zu können.

4.5.9 Teilnahme an der optimalen Gesundheitsförderung

Die SeniorInnen werden am einfachsten über die Kooperationspartner erreicht. Sie können einen ersten Kontakt herstellen und Informationen über das Projekt weitergeben. Sind SeniorInnen nicht sozial integriert und in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen erreichbar, so muss versucht werden, sie direkt zu kontaktieren. Dies kann zuerst in schriftlicher Form erfolgen, sodass sich die älteren Menschen nicht überrumpelt fühlen. Bei Interesse kann durch einen Hausbesuch eine Vertrauensbasis geschaffen werden und gemeinsam für mögliche Barrieren, die eine bisherige Teilnahme am sozialen Leben verhindert haben, Lösungsansätze entwickelt werden.

Von Anfang an müssen den älteren Menschen Lösungen und Möglichkeiten für Hindernisse geboten werden, die ihnen die Teilnahme am Projekt möglich machen. Ihre Verpflichtungen und Handlungsspielräume sind nicht zu vergessen – sie müssen bei den Maßnahmen der optimalen Gesundheitsförderung bedacht werden.

Beispiele für mögliche Hindernisse und dazugehörige Lösungsansätze:

mögliches Hindernis	mögliche Lösung
pflegebedürftiger Angehöriger	PflegerIn für die Zeit der Projektmaßnahme – in Kooperation mit den lokalen Sozialdiensten
Beaufsichtigung von Kindern	Kinderbetreuung während der Projektmaßnahme bzw. gleichzeitiges „Kinderprogramm“ in Kooperation um diese Gruppe ebenfalls zu erreichen
Hund als Haustier	Möglichkeit Hund mitnehmen zu können, bei z.B. Sportprogramm im Freien
eingeschränkte Bewegungsfähigkeit	Fahrdienst zur Projektmaßnahme und retour, gewährleistete Barrierefreiheit am Veranstaltungsort

Tabelle 8: Hindernisse und dazugehörige Lösungsansätze

4.5.10 Ablauf und Durchführung

4.5.10.1 Ort

Im Sinne des „Setting Ansatzes“ und den Erkenntnissen der Bedeutung des Gemeinde – Settings sollte ein Projekt zur optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen ebendort angesetzt werden.

In dieser Umgebung bieten sich folgende Orte zur Abhaltung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen an:

- Zuhause der SeniorInnen
- Gemeinschaftsräume in Wohnsiedlungen
- Senioren-, Sozial-, Gesundheitszentren
- Arztpraxen, Apotheken
- Bildungseinrichtungen wie Volkshochschule, Schule, ...
- Nachbarschaftszentren oder Gebietsbetreuungen
- kulturelle Vereine

- Einrichtungen der verschiedenen Religionsgemeinschaften
- Kaffeehäuser, Gasthäuser, Restaurants

Vorteil der privaten Räume der SeniorInnen ist, dass sie in ihrem gewohnten, persönlichen Umfeld beispielsweise im Rahmen eines Hausbesuches erreicht werden können. Dies bedarf allerdings ihres Einverständnisses und einer behutsamen Vorgehensweise.

Vorteil der öffentlichen Orte ist die freie Zugänglichkeit für alle. Auf diese Weise können viele TeilnehmerInnen auf einmal erreicht werden. Hier können auch Räumlichkeiten ausgesucht werden, die den Anforderungen der Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen entsprechen (technische Ausstattung, Barrierefreiheit, ...). Werden zudem Räume der Kooperationspartner benutzt, können auf diese Weise Ressourcen genutzt werden.

4.5.10.2 Form

Um die Lebensgewohnheiten der SeniorInnen nachhaltig zu verändern, sollte ein Gesundheitsförderungsprojekt „den Teilnehmer oder die Teilnehmerin da abholen, wo er oder sie steht“ [LABONTE R. und PENFOLD S., 1981 in MEIER-BAUMGARTNER H. P. et al, 2006]. Geeignete Formen hierfür sind einerseits Einzelgespräche und andererseits Veranstaltungen im Plenum.

Einzelgespräche

Einzelgespräche eignen sich vor allem dann, wenn eine Beratung oder ein Hausbesuch als gesundheitsförderliche Maßnahme durchgeführt wird. In dieser Form kann besonders gut auf die individuellen Bedürfnisse der SeniorInnen eingegangen werden. Ebenso können mögliche Vorbehalte oder Barrieren abgebaut und ein Vertrauensverhältnis für weitere Maßnahmen aufgebaut werden. Einzelgespräche sind vor allem für Beratungen des Schwerpunkts „Soziales“ geeignet.

Sie können vor allem dann eingesetzt werden, wenn gemeinsam mit den älteren TeilnehmerInnen Veränderungen für den Alltag entwickelt und

umgesetzt werden sollen. In dieser Form gelingt es besonders gut, die SeniorInnen in die Entscheidungsfindung einzubeziehen, welches gesundheitsförderliche Verhalten in den Alltag eingegliedert werden soll. Auf diese Weise kann auch ihre Beihilfe bzw. ihr Beitrag hinsichtlich der gemeinsam gefundenen Vorschläge gesichert werden.

Nachteil der Einzelgespräche ist ein erhöhter struktureller, zeitlicher und finanzieller Aufwand.

Veranstaltungen in der Gruppe

Veranstaltungen im Plenum können dann eingesetzt werden, wenn möglichst viele TeilnehmerInnen erreicht werden sollen und sich das gesundheitsrelevante Thema in dieser Form auch umsetzen lässt. Hier können Synergien besser genutzt werden – zwischen den Fachbereichen und Schwerpunkten auf der einen Seite und zwischen den TeilnehmerInnen auf der anderen Seite.

So haben die Erfahrungen beim Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ folgende Thesen ergeben: „

- Das Gespräch der Teilnehmer und Teilnehmerinnen miteinander kann die Suche nach einer Problemlösung unterstützen.
- Der ältere Teilnehmer und die Teilnehmerin erkennen sich wieder in seinem Gegenüber und fühlen sich nicht mehr allein mit seinen Fragen und Problemen.
- Aktive ältere Menschen haben eine Vorbildfunktion gegenüber den übrigen Teilnehmern und Teilnehmerinnen.“

[MEIER-BAUMGARTNER H. P. et al, 2006c]

Die soziale Komponente solcher Gruppenveranstaltungen wirkt sich positiv auf die Gesundheit der älteren Menschen aus. Sie haben so die Möglichkeit, mit anderen in Kontakt zu treten und einer sozialen Isoliertheit entgegenzuwirken.

Zu beachten ist aber auch die Anzahl der Teilnehmer. Diese sollte nicht zu groß sein – als ideal haben sich beim Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zwölf TeilnehmerInnen herausgestellt.

Diese Form eignet sich besonders gut für die Schwerpunkte „Ernährung“ und „Bewegung“. Hier sollten die Teilnehmer nach einer ersten Übersicht im Plenum, zur besseren Vertiefung in die Themen, in Kleingruppen eingeteilt werden. Auf diese Weise können angeleitete Diskussionen unter den SeniorInnen sowie eine strukturierte Erarbeitung von individuellen Empfehlungen stattfinden. Studien von Lewin [1936] hinsichtlich Änderungen der Einstellung von älteren Menschen im Bereich Ernährung zeigen, „dass Diskussionen in kleinen Gruppen wirkungsvoller sind als Großgruppenlehrgänge oder individuelle Instruktionen“ [LEWIN, 1936].

4.5.10.3 Didaktik

Frei nach Konfuzius „Ich höre und ich vergesse, ich sehe und ich behalte, ich tue etwas und begreife ...“ [INTERNET KONFUZIUS] sowie Empfehlungen der Verhaltensforschung und Pädagogik sind folgende Punkte zu beachten:

- Visualisierung von Informationen durch die Nutzung verschiedener Medien und Lehrmittel wie z.B. Poster, Präsentation mit Flip Chart, Overhead-Projektion oder Power Point, Materialproben
- Weitergabe von Informationsmaterialien zum Eigenstudium
- praxisnahe, individuell abgestimmte Empfehlungen

[BECKER F. und ZARIT S. H., 1978]

Eine mögliche Methode zu Beginn der Vorträge wäre der Frontalunterricht, um den SeniorInnen einen Überblick zum jeweiligen Thema zu verschaffen. In dieser Phase versuchen die Multiplikatoren die zu vermittelnden Informationen anhand von Bildmaterial, eigenen Erfahrungen sowie durch Fallbeispiele zu beleuchten. Anschließend werden die TeilnehmerInnen dazu eingeladen, sich aktiv zu beteiligen, beispielsweise durch Fragerunden, Quize und Rätsel aber auch durch praktische Umsetzungsbeispiele.

Dieses hat folgende Vorteile: „

- komplexe Zusammenhänge und ihre Wechselwirkungen werden veranschaulicht,
- im Sinne der interdisziplinären Arbeitsweise nimmt jeder Experte bzw. jede Expertin kurz Stellung zum Fachbereich seiner Kollegen und klärt den Bezug zur eigenen Thematik,
- die vermittelten Informationen erhalten durch den Bezug zur persönlichen Situation Bedeutung,
- die Übertragung auf eigene Erlebnisse schafft eine Authentizität der Berater und Beraterinnen, die Grundlage für ein Vertrauensverhältnis zu den Teilnehmern und Teilnehmerinnen ist,
- die Aufmerksamkeit der Senioren und Seniorinnen wird durch direkte Ansprache gefördert,
- die älteren Menschen werden Schritt für Schritt einbezogen und übernehmen so früh mit Verantwortung („self efficacy“) als Grundlage der Stärkung ihrer Eigenverantwortung im Sinnes des angestrebten Empowerment,
- die nachfolgende intensive Beratung der einzelnen Teilnehmer und Teilnehmerinnen in Kleingruppen wird vorbereitet“.

[MEIER-BAUMGARTNER H. P. et al, 2006c]

4.5.11 Beispiel Bewegte Apotheke

Das Projekt „Bewegte Apotheke“ führt die Interventionsmaßnahme Bewegung – Nordic Walking, die im Rahmen des Projektes CHANCE gestartet wurde, nachhaltig unter anderem im Stadtteil Simmering – Schneiderviertel weiter.

Es geht davon aus, dass durch körperliche Aktivität und Fitness das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einem frühzeitigen Tod gesenkt werden kann. Daher hat es einen niederschweligen und allen zugänglichen Ansatz, basierend auf der einfachsten Bewegungsform – dem Gehen, entwickelt. Diese Bewegung ist alltagstauglich und kann unabhängig von sozialem Status, Alter oder Erkrankungen ausgeführt werden. [WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

4.5.11.1 Ziel

Ziel des Projektes ist es, „Möglichkeiten aufzeigen und schaffen, wann, wo und wie die Wiener Bevölkerung moderate körperliche Aktivität in den Alltag integrieren kann!“. Durch „Wahrnehmen“ und „Informieren“ soll unter den Teilnehmern ein Gesundheitsbewusstsein geschaffen werden. Das Projekt soll weiters Hilfe zu mehr Aktivität sowie zu Verhaltensänderung im Alltag und nachhaltiger Verhältnisänderung leisten.

[WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

4.5.11.2 Zielgruppe

Zielgruppe von „Bewegte Apotheke“ sind ältere, relativ gesunde, sozial benachteiligte Menschen: „

- die allein nicht genügend Energie zur regelmäßigen Bewegung aufbringen können.
- die eine gut betreute Gruppe als Motivation brauchen.
- denen die finanziellen Möglichkeiten für die Teilnahme an entsprechenden Kursen fehlen.

[INTERNET WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG]

Da diese Menschen als eher schwer erreichbar gelten, wird versucht an sie über Apotheken als Kooperationspartner heranzutreten. Apotheken werden von dieser Zielgruppe gerne genutzt und sind außerdem gerade dabei, sich als Gesundheitszentren zu etablieren. [WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

4.5.11.3 Durchführung

Im Rahmen des Konzeptes „Gemeinsam Geh!sund“ wird das Projekt „Bewegte Apotheke“ ab Ende September 2009 in Form von „Nordic Walking Treffs“ durchgeführt. Diese finden im 11., 16., 20., und 22. Wiener Gemeindebezirk in sozial schwachen Stadtteilen in Zusammenarbeit mit vier lokalen Apotheken statt. [WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

Diese „Nordic Walking Treffs“ werden von professionellen TrainerInnen für die Dauer von vier bis sechs Wochen geleitet. Während der einstündigen Kurse werden den älteren TeilnehmerInnen nicht nur die Grundlagen des Nordic Walkens vermittelt sondern auch gesundheitsförderliche Informationen in möglichst anschaulicher Art und Weise. Die SeniorInnen erhalten beispielsweise Schrittzähler um die Botschaft „3000 Schritte für Ihre Gesundheit“ besser umsetzen zu können.

Die soziale Komponente dieser Treffen ist für viele ältere Menschen vordergründig und sollte in ihrer gesundheitsförderlichen Wirkung nicht ungeachtet bleiben. [WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

Aufgabe der Apotheke ist die Akquise der TeilnehmerInnen mit Hilfe von Informationsmaterialien sowie kleinen Aufmerksamkeiten für SeniorInnen. [WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

Die Teilnahme an den „Nordic Walking Treffs“ kostet einen Euro („Walkingeuro“) und der Einstieg ist jederzeit möglich. [WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

4.5.11.4 Nachhaltigkeit

Basierend auf dem Konzept der „Bewegten Apotheke“ wurde auch ein Nachhaltigkeitskonzept entwickelt. Dieses hat zum Ziel, mittels Laienmultiplikatoren die „Nordic Walking Treffs“ weiter abzuhalten und die Kooperation mit den Apotheken als Gesundheitszentren weiter für die Multiplikatoren zu nutzen. [WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

Die Laienmultiplikatoren werden von den professionellen Nordic Walking TrainerInnen im Rahmen der „Nordic Walking Treffs“ ausgewählt. Voraussetzung dafür ist, dass sie ein Potenzial besitzen, längerfristig als Multiplikatoren zu wirken, und sich diese Aufgabe auch selbst zutrauen.

Die Schulung zum „Nordic Walking Co-Trainer“ umfasst neben 2 Modulen zu Nordic Walking (je 4 Stunden Theorie und Praxis) auch eine Weiterbildung zu gesundheitsrelevanten Themen wie „Ernährung“, „Bewegung“ und

„Psychosozialer Gesundheit“. Themen dieser Module wären beispielsweise „Humor und Lebenslust“ (z.B. Lachyoga-Übungen), „Multikultureller Kochworkshop“, „Ernährung 50+ inkl. Geschmacksschulung“, „Gruppendynamik und Kommunikationstraining“, „Kraft kennt kein Alter – kleine Kräftigungsübungen für zwischendurch“, usw.. Die Laienmultiplikatoren erhalten weiters für ihre Tätigkeit als Co-Trainer einfache Nordic Walking Unterlagen, die für die Zielgruppe abgestimmt und verstärkt auf Bildsprache aufgebaut sind. Durch diese Schulung sollen die Laienmultiplikatoren dazu befähigt werden, als Co-Trainer selbstständig die „Nordic Walking Treffs“ weiterführen zu können, nachdem sie ab Mai 2010 neben den professionellen TrainerInnen bereits eingesetzt wurden. In der Zeit als Co-Trainer erhalten sie regelmäßig Rückmeldung von den professionellen TrainerInnen. Weiters sollen sie die Apotheken als Gesundheitstreffpunkt für die Abhaltung der „Nordic Walking Treffs“ beibehalten. [WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

Durch die Ausbildung von zahlreichen Laienmultiplikatoren soll eine stadtteilübergreifende „MultiplikatorInnen-Community“ entstehen. [WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2009]

4.6 Materialien für die optimale Gesundheitsförderung

4.6.1 Präsentation

Die Präsentation „Das Fundament allen Glücks ... ist eine gute Küche“ soll praktische Tipps für ein vitales und gesundes Leben im Alter aufzeigen. Anhand der Ernährungspyramide und ihren Bausteinen soll den SeniorInnen erklärt werden, dass jedes einzelne Element für sie notwendig ist, allerdings mit Maß und Ziel. Angefangen von kohlenhydrathaltigen Lebensmitteln über Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte sowie Eiweiß, Fetten und Ölen bis hin zu Flüssigkeiten werden die Bausteine einer gesunden Ernährung und ihre Eigenschaften praxisnah und zielgruppenorientiert besprochen. Fazit ist, wenn die SeniorInnen ihre Bedürfnisse mit ihrer Ernährung in Einklang bringen und die Bausteine gemäß den Empfehlungen zuführen, schaffen sie eine gute Grundlage um ein vitales und gesundes Leben zu führen.

Dieser Vortrag eignet sich als Übersicht hinsichtlich gesunder, ausgewogener Ernährung im Seniorenalter, durchgeführt im Plenum.

4.6.2 Folder und Poster

Der Folder sowie das Poster sind als Begleitmaßnahme zur Präsentation gedacht. Hier sollen die wichtigsten Punkte noch einmal aufgezeigt und der Inhalt vertieft werden. Die Schwerpunkte liegen hier auf den Bausteinen der Ernährungspyramide in Bezug auf eine angemessene Ernährung im Seniorenalter.

4.6.3 Rezeptblätter

Die Rezeptblätter können bei Kochkursen für SeniorInnen verwendet werden. Nicht nur ein ausgewogenes Rezept, das den Empfehlungen für eine gerechte Ernährung im höheren Alter entspricht, wird hier den TeilnehmerInnen zur Verfügung gestellt. Die Rezepte sind einfach aufgebaut und durch eine Schritt-für-Schritt Bebilderung der Arbeitsschritte leicht nachzukochen. Eine ansprechende Bebilderung der fertigen Speisen soll die Leser zum nachkochen animieren.

Auch Informationen über besonders wichtige Zutaten und ihre Inhaltsstoffe sowie eine Nährwertberechnung liegen in dieser Form vor. Die Rezepte sind saisonal und regional anwendbar, um den SeniorInnen ein Gefühl dafür zu vermitteln.

Ein Kochkurs dieser Art könnte im Anschluss an den Vortrag „Das Fundament allen Glücks“ in Kleingruppen stattfinden.

4.6.4 Kalender

Im Rahmen des Projektes CHANCE wurde ein Kalender erstellt und den TeilnehmerInnen der Interventionsphase als nachhaltige Aufmerksamkeit überreicht.

Der Kalender enthält:

- Kochrezepte der Rezeptblätter
- Tipps hinsichtlich Ernährung, Bewegung, Entspannung

Durch seine ansprechende Form soll der Kalender die TeilnehmerInnen nachhaltig dazu bewegen, die gesundheitsförderlichen Verhaltensmaßnahmen und Informationen in ihren Alltag sukzessive einzubauen.

5 Schlussbetrachtung

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, die Hinweise auf gesundheitsfördernde Maßnahmen liefern, zusammengefasst. Am Ende werden mögliche Erklärungsansätze geliefert und neue Aspekte aufgeworfen.

In Bezug auf „Bildung“, ein bedeutender Einflussfaktor auf die Gesundheit, konnte festgestellt werden, dass der Großteil der SeniorInnen als höchsten Schulabschluss eine Lehre beziehungsweise Fachschule angab.

Eine weitere Einflussgröße stellen die Wohnverhältnisse dar. Hier zeigte sich, dass die SeniorInnen entweder alleine oder mit Partner leben. Unter den Alleinlebenden waren in dieser Altersgruppe mehr Frauen als Männer. Es konnte ebenso festgestellt werden, dass sich die SeniorInnen kaum räumlich beengt fühlen. Dies liegt vermutlich daran, dass sie ihren – verhältnismäßig großen Wohnraum – mit maximal einer weiteren Person teilen.

In Bezug auf die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln konnte erfasst werden, dass die SeniorInnen diese – wenn überhaupt – regelmäßig einnehmen.

Der FFQ (= Food Frequency Questionnaire) zeigte vor allem einen Aufklärungs- und Handlungsbedarf hinsichtlich folgender Lebensmittelgruppen: „Vollkornprodukte“, „Obst und Gemüse“, „Fisch“ sowie „Getränke“.

Ein interessantes Ergebnis konnte beim Verbrauch von Bioprodukten festgestellt werden. Hier zeigte sich, dass solche von SeniorInnen, die ihre Einkommen über- bzw. durchschnittlich empfinden, häufiger gegessen werden, als von SeniorInnen, die ihr Einkommen als unterdurchschnittlich empfinden.

Die befragten SeniorInnen erachten ihren momentanen Gesundheitszustand als weder gut noch schlecht. Grund dafür könnte das vermehrte Auftreten von Krankheiten und Gebrechen im Alter sein. Diese neutrale Haltung konnte auch bei den Erwartungen für den Gesundheitszustand der nächsten drei Jahre

festgestellt werden. Die SeniorInnen hofften, dass ihr Gesundheitszustand während dieser Zeit gleich bleibt.

In Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten konnte festgestellt werden, dass sich ein Großteil der SeniorInnen bewegen um gesund zu sein.

Die Frage nach den Bedürfnissen der SeniorInnen für eine optimale Gesundheitsförderung kann wie folgt beantwortet werden.

Informationsbedarf besteht bei den älteren Personen in den Bereichen „Ernährung“, „Bewegung“, „Psychischer Gesundheit“ sowie „Soziales Wohlbefinden“. Innerhalb dessen, würden sich die SeniorInnen Maßnahmen beispielsweise zu „Seniorenernährung“, „Bewegung“, „Gesundheitsvorsorge“ oder „Stressmanagement“ wünschen. Aber auch Aufklärung über die Ernährungspyramide und ihre Bedeutung für eine ausgewogene Ernährung weisen Potential auf. Hier wäre auch eine zielgruppengerechtere Informationsstrategie der Kampagne „5 am Tag“ wünschenswert, da diese den Ergebnissen zufolge die SeniorInnen nicht erreicht. Weitere Themenbereiche von gesundheitsförderlichen Maßnahmen wären „Lebensmittelhygiene“, „Lebensmittellagerung“, „Lesen von Lebensmitteletiketten“.

Da die SeniorInnen nicht ausreichend Gesundheitsinformationen in ihrer näheren Umgebung erhalten können, ist es notwendig, diese im Stadtteil anzusiedeln. Passende Orte wären – laut den älteren TeilnehmerInnen der Befragung – Bildungseinrichtungen (Volkshochschule, Schule, Kindergarten), Gemeindeeinrichtungen, Gastronomie (Restaurant, Cafe) aber auch religiöse Einrichtungen und öffentliche Plätze (Park).

Die SeniorInnen wünschen sich ebenfalls mehr Sport- und Bewegungsmöglichkeiten in ihrem Stadtteil.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten laut Aussagen der TeilnehmerInnen Praxis und Theorie vereinen. Hier sind praktische Übungen wie Kochkurse aber auch Erfahrungsberichte und Diskussionen neben Vorträgen denkbar.

Handlungsbedarf besteht auch von öffentlicher Seite. So sollten Maßnahmen für weniger Verkehrslärm und saubererer Luft durchgeführt werden. Ebenso

wünschen sich die älteren Personen eine bessere Nahversorgung und mehr Grünflächen.

Eine weitere Notwendigkeit ist der Ausbau des sozialen Netzwerkes der SeniorInnen. Hier besteht Potential, das gefördert werden sollte – auch von der Öffentlichkeit. Diese könnte mehr Möglichkeiten und Einrichtungen hierfür schaffen und fördern.

Die Rolle der Multiplikatoren ist unumstritten. Sie können einen wesentlichen Beitrag in der Gesundheitsförderung liefern. Wichtig ist allerdings, dass die richtigen Personen und Einrichtungen für diese Aufgabe ausgewählt werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass sie die Zielgruppe auch erreichen. Aus diesem Grund kann angenommen werden, dass diejenigen Personen oder Einrichtungen als geeignet betrachtet werden können, die von den SeniorInnen bereits als wichtigste Quelle für Gesundheitsinformationen genutzt werden. Hierzu zählen vor allem Angehörige des Gesundheitswesens (Arzt, Apotheker) aber auch Mitglieder der Familie und des Freundeskreises. Ebenso werden Medien wie Fernsehen und Zeitungen von den SeniorInnen als Gesundheitsinformationsquellen angesehen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass sich die SeniorInnen als Multiplikator „jemanden, der sich auskennt“ wünschen.

Der Einsatz von Laienmultiplikatoren in der Gesundheitsförderung von SeniorInnen steckt noch in den Kinderschuhen und wurde bisher eher bei jüngeren Zielgruppen (Teenager) erprobt. „Peers“ (Gleichaltrige, Gleichgesinnte) könnten aber auch für diese Altersgruppe geeignet sein.

Damit die Multiplikatoren noch effizienter und effektiver in der Gesundheitsförderung von SeniorInnen tätig sein können, ist eine fächerübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen des Gesundheitsbereiches wichtig.

Sind die Multiplikatoren dazu befähigt, ihr gesundheitsförderliches Wissen und Verhalten zielgruppengerecht weiterzugeben, steht einem Erfolg in ihrer Arbeit kaum noch etwas im Weg.

Die wichtigsten Aspekte der Leitlinie zur optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen durch Multiplikatoren werden im Folgenden beschrieben.

Ziel der optimalen Gesundheitsförderung durch Multiplikatoren soll sein, durch Maßnahmen dem selbstständigen Senior ein Altern in Gesundheit und Zufriedenheit zu ermöglichen. Weiters sollen ihm dadurch die Zusammenhänge zwischen Lebensstil und Lebenserwartung aufgezeigt werden. Er soll dazu befähigt werden, sein Leben aktiv zu gestalten.

Ansätze für die optimale Gesundheitsförderung sollen multidisziplinär, interdisziplinär, verhaltens- sowie verhältnisorientiert sein. Weiters haben sich ein Aktivitätsansatz, Ganzheitlicher Ansatz, Diversitätsansatz sowie Setting Ansatz als vorteilhaft erwiesen.

Die Schwerpunkte zur Förderung der SeniorInnen sollten folgende Bereiche sein: „Ernährung“, „Bewegung“ und „Soziales“. Diese drei Bereiche beeinflussen und überdecken einander teilweise. Aus diesem Grund ist es angebracht, Multiplikatoren aus den jeweiligen Fachbereichen für die Tätigkeit in der optimalen Gesundheitsförderung für SeniorInnen auszuwählen. Aber auch die Integration von Laienmultiplikatoren in Maßnahmen der optimalen Gesundheitsförderung für SeniorInnen ist denkbar. Voraussetzung dafür ist das Interesse und persönliche Engagement von Personen aus der Zielgruppe. Ihr Vorteil ist, dass sie auf gleicher Ebene wie „ihre Zielgruppe“ stehen und somit barrierefrei ihr neu erlangtes Gesundheitswissen und –verhalten vermitteln können. Durch ihr eigenes „Empowerment“ können sie andere Menschen zu einem aktiven, gesundheitsförderlichen Leben befähigen.

Die SeniorInnen werden hierfür am einfachsten über bestehende Kontakte, beispielsweise zu den Kooperationspartnern, erreicht. Sind sie nicht sozial integriert, ist eine direkte, persönliche Kontaktaufnahme nötig, um sie für die Teilnahme an der optimalen Gesundheitsförderung gewinnen zu können. Bestehen mögliche Hindernisse, warum eine Teilnahme bzw. soziale Integration und Vernetzung nicht möglich sein sollte, ist es unabdingbar, den SeniorInnen Lösungsansätze anzubieten. Diese sollten möglichst viele Eventualitäten umfassen und von Anfang an zur Verfügung stehen.

Für die Durchführung sind besonders Einrichtungen und Örtlichkeiten in der näheren Umgebung, dem Stadtteil, in dem die SeniorInnen leben, geeignet. Dies ist auch im Sinne des „Community Setting Ansatzes“.

Als geeignete Formen haben sich Einzelgespräche, beispielsweise als Hausbesuche, oder Gruppenveranstaltungen, beispielsweise Vorträge im Plenum oder Workshops in der Kleingruppe, erwiesen.

Im Sinne der optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen wurden für die Multiplikatoren unterstützende Unterlagen und Materialien beispielhaft erstellt. Diese umfassen eine Präsentation für eine ausgewogene, zielgruppengerechte Ernährungsweise im Sinne der Ernährungspyramide, einen dazugehörigen Informationsfolder sowie ein passendes Poster. Ebenso wurden Rezeptblätter erstellt, die für einen Kochkurs verwendet werden können. Diese sind auch Teil eines Kalenders, der neben den Rezepten auch Informationen zu Ernährung, Bewegung und Wohlbefinden beinhaltet.

Abschließend kann gesagt werden, dass die Rolle von Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung von SeniorInnen noch nicht ausreichend untersucht ist. Faktoren wie der Einsatz bzw. Einfluss von Laienmultiplikatoren, Eingrenzung der Zielgruppe beispielsweise auf schwer erreichbare SeniorInnen mit Migrationshintergrund oder der Einsatz von Multiplikatoren im Community Setting, allerdings mit anderen sozioökonomischen Rahmenbedingungen, sind Bereiche, die weiter erforscht werden sollten.

6 Zusammenfassung

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit liefert wesentliche Erkenntnisse hinsichtlich Gesundheit und Gesundheitsförderung von SeniorInnen sowie dem Einsatz von Multiplikatoren darin. Hierfür wurden die Bereiche „Community Health Management“ und „Community Setting“ als Rahmenbedingungen näher beleuchtet. Weiters wurden die Begriffe „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ sowie die politischen Gegebenheiten in Österreich im Detail betrachtet. Ebenso wurde die Rolle und Bedeutung von Multiplikatoren genauer erörtert. All diese theoretischen Begrifflichkeiten konnten anhand eines Gesundheitsförderungsprojektes für SeniorInnen („Aktiv ins Alter“) verdeutlicht werden.

Für den empirischen Teil konnten während des Projektes CHANCE (Community Health Management to Enhance Behaviour) in Wien Simmering – Schneiderviertel Daten gesammelt werden. In der Zeit von August 2008 bis September 2009 erfolgte eine quantitative Befragung von 44 SeniorInnen (≥ 61 Jahre). Ziel hiervon war es, Faktoren, die im Community Setting vorherrschen und die die Gesundheit der dort Lebenden beeinflussen, zu erfassen. Diese Ergebnisse wurden als Grundlage für die Erstellung einer Leitlinie zur optimalen Gesundheitsförderung von SeniorInnen durch Multiplikatoren herangezogen. Es zeigte sich, dass beinahe alle der SeniorInnen in Österreich geboren wurden und Deutsch als Muttersprache hatten. Als höchsten Schulabschluss gab der Großteil der älteren Befragten eine Lehre oder Fachschule an.

In Bezug auf Gesundheitsinformationen konnte bei einem kleinen Kollektiv festgestellt werden, dass sich die meisten von ihnen durchwegs gut über „Bewegung“, „Soziales Wohlbefinden“ und „Ernährung“ aufgeklärt fühlen. Ein subjektiv empfundener Mangel an Informiertheit konnte im Bereich „Psychische Gesundheit“ erfasst werden. Diese Informationen können die SeniorInnen im Durchschnitt manchmal in ihrem Stadtteil erhalten. Die wichtigsten Quellen dafür sind Ärzte, Apotheker, Medien aber auch Familie und Freunde. All diese

können als Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung angesehen bzw. in Betracht gezogen werden.

Der FFQ (= Food Frequency Questionnaire) ergab ein Aufklärungspotential hinsichtlich Vollkornprodukten, Obst und Gemüse sowie Fisch. Die Verzehrshäufigkeiten dieser Lebensmittelgruppen entsprechen nicht den Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung im Seniorenalter. Weiters zeigte sich, dass der Verzehr an Bioprodukten unter den SeniorInnen mit der subjektiven Empfindung eines höheren Einkommens stieg.

Die SeniorInnen wurden von der weltweiten Kampagne „5 am Tag“ kaum erreicht, was sich in der Verzehrshäufigkeit von Obst und Gemüse widerspiegelt.

Die vorwiegend selbstständig lebenden SeniorInnen empfanden ihren momentanen Gesundheitszustand im Durchschnitt als weder gut noch schlecht, wobei ihnen ihre Gesundheit sehr wichtig war.

Die älteren TeilnehmerInnen der Interventionsphase konnten am besten durch Kooperationspartner für die gesundheitsfördernden Maßnahmen gewonnen werden. Die teilnehmenden SeniorInnen wiesen einen höheren Bildungsgrad als die nicht-teilnehmenden SeniorInnen auf.

Für zukünftige Veranstaltungen sollen Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung kombiniert werden. Als geeignete Örtlichkeiten wurden von den SeniorInnen lokale Einrichtungen wie Volkshochschulen, Gemeindezentren oder Gastronomie genannt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der empirischen Erhebung ein großes Potential für die Gesundheitsförderung von SeniorInnen durch Multiplikatoren aufzeigen.

7 Summary

The theoretical part of this thesis provides essential findings concerning health and health promotion of elderly persons as well as the assignment of “Multiplicators” (persons who promote and provide knowledge on health issues). For this purpose the fields of “Community Health Management” and “Community Setting” were highlighted as determining factors. Moreover the concepts of “Health” and “Health Promotion” were examined in detail as well as their political conditions in Austria. In the same way the role and importance of “Multiplicators” were discussed. All these concepts were pointed up by a health promotion project for elderly persons – “Aktiv ins Alter”.

For the empirical part data was collected within the project CHANCE (Community Health Management to Enhance Behavior) in Vienna Simmering – Schneiderviertel. From August 2008 till September 2009 a quantitative survey of 44 persons (≥ 61 years) took place. Target thereof was the detection of parameters that predominate within the community setting and influence health of its residents. These findings were used as basis to create a guideline for optimal health promotion of elderly persons by “Multiplicators”.

It showed that nearly all of the elderly persons were born in Austria and had German as mother tongue. In large part the older interviewees stated an apprenticeship or technical school as their highest educational achievement.

Regarding health information it was detected within a smaller collective that most of them felt themselves good informed about “Physical Action”, “Social Wellbeing” and “Nutrition”. A subjective sensed lack of information was recorded for the field of “Mental Health”. The elderly persons could get these information in average sometimes locally. The most important sources of this health information are doctors, the chemist’s shop and media as well as family and friends. All these can be regarded as “Multiplicators” respectively are suitable for this task.

The FFQ (= Food Frequency Questionnaire) resulted in a potential of educational advertising regarding wholemeal-products, fresh fruits and

vegetables as well as fish. The frequency of consumption of these foods does not correspond with the recommendations for a well-balanced nutrition of older people. Furthermore it showed that the consumption of organic food was higher amongst elderly persons who regarded their income as above-average.

The elderly persons were hardly reached by the world wide campaign “5 a day”, which was also reflected in the frequency of consumption of fruits and vegetables.

The predominantly independent living elderly persons regarded their state of health in average as neither good nor bad, whereas health was very important to them.

The older participants of the intervention were recruited for the health promotion action best through co-operation partners. The participating elderly persons showed a higher level of education than the non-participating.

For future actions theory and praxis of health promotion should be combined. Local establishments like adult education centers, community centers or gastronomy were named by the elderly interviewees as suitable locations.

In summary it can be said that the results of the empirical survey showed great potential for the health promotion of elderly persons by “Multiplicators”.

8 Literaturverzeichnis

‘ABDU’L BAHÀ: Gesundheit – Ernährung, Medizin und Heilen, (Hrsg. Klapp-Schwartz P., Klapp T.), Verlag Schwartz-Klapp, Rudolstadt, 2003, S. 11

AGEV ARBEITSGEMEINSCHAFT ERNÄHRUNGSVERHALTEN

<http://www.agev.net/wissenswertes/index.htm> [Stand: 5. Januar 2010]

ALTGELD T. und WALTER U.: Don’t hesitate, innovate, Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität in: ALTGELD T. und WALTER U.: Wie kann Gesundheit verwirklicht werden, (Hrsg. WALTER U.), Verlag Juventa Weinheim und München, 1997, S. 13 – 22

ALTGELD T. und KOLIP P.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung in Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 41 – 54 b

ATCHLEY R.C. und SCALA M. A.: Long-range antecedents of functional capability in later life, Journal of Aging and Health, 1998, 10, S. 3 – 19

ARBEITERKAMMER WIEN – SCHÖFFL H.: Wie gut lesbar und wie übersichtlich ist die Kennzeichnung von Lebensmitteln? Wien, 2005
http://www.arbeiterkammer.at/pictures/d25/Kennzeichnung_Lebensmittel_2005.pdf [Stand: 02. Feber 2010]

BACKES H., SCHÖNBACH K., Peer Education – ein Handbuch für die Praxis, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), 2001 in BACKES H.: Peer Education, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 176 – 179a

BACKES H.: Peer Education, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 176 – 179

BECKER F. und ZARIT S. H.: Training older adults as Peer Counselors, Educational Gerontology: An International Quarterly 3, 1978, S. 241 – 250

BLACKBURN C.: Poverty and health: working with families, Open University, Buckingham, 1991 in NAIDOO J. und WILLS J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 34

BODENSTEDT, A.: Ernährungsverhalten und Ernährungsberatung in Handbuch der Landwirtschaft und Ernährung in den Entwicklungsländern, Band 2: Nahrung und Ernährung, (Hrsg. Cremer H. D.), 2. Auflage, Ulmer Verlag, Stuttgart, 1983, S. 239 – 267

BORTZ J., LIENERT G. A., BARSKOVA T., LEITNER K., OESTERREICH R.: Der U-Test von Mann-Whitney, Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung, Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben, Springer Verlag Heidelberg, 2008, S. 140 – 151

BRANCH L.G.: Das geriatrische Assessment, 2001 in Das geriatrische Assessment, (Hrsg. E. Steinhagen-Thiessen), Schattauer, Stuttgart, S. 3 – 22 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

BRÖSSKAMP-STONE U., KICKBUSCH I., WALTER U.: Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung in SCHWARTZ F. W.: Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, (Hrsg. Schwartz F. W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J.), Urban & Fischer, München – Jena, 2000, S. 144 – 148 a

BUNDESMINISTERIUM FÜR LAND- UND FORSTWIRTSCHAFT, UMWELT UND WASSERWIRTSCHAFT: Lebensmittelbericht Österreich 2008, Wien, 2007, S. 74 – 117

CHANCE COMMUNITY HEALTH MANAGEMENT TO ENHANCE BEHAVIOR
<http://www.community-health.eu/content/view/1/2/> [Stand: 5. Januar 2010]

DAHLGREN, WHITEHEAD M.: Policies and strategies to promote social equity in health, Institute for Future Studies, Stockholm, 1991 in NAIDOO J. und WILLS J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 29

DEPARTMENT OF HEALTH DoH, Saving lives: our healthier nation White Paper, Stationery Office, London, 1999, S. 52 in NAIDOO J. und WILLS J., Das Sozialkapital (social capital), Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 293

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG DGE E.V.: Essen und Trinken im Alter, Bonn, 2007

ELMADFA I. und LEITZMANN C.: Ältere Menschen, Ernährung des Menschen, 4. Auflage, Verlag Eugen Ulmer GmbH & Co., Stuttgart, 2004, S. 496ff

ELMADFA I., FREISLING H., NOWAK V., HOFSTÄDTER D., HASENEGGER V., FERGE M., FRÖHLER M., FRITZ K., MEYER A. L., PUTZ P., RUST P., GROSSGUT R., MISCHKE D., KIEFER I., SCHÄTZER M., SPANBLÖCHEL J., STURTZEL B., WAGNER K.-H., ZILBERSZAC A., VOJIR F., PLSEK K.: Österreichischer Ernährungsbericht 2008, (Hrsg. Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Wien), Wien, 2009, S. 264 – 267 a; S.155 – 163 b; S. 397 c

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH <http://www.fgoe.org/der-fonds> [Stand: 5. Januar 2010]

FRANKE A.: Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen, Psychosomatische Gesundheit, Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept, (Hrsg. Broda M.), dgvt, Tübingen, 1993, S. 15 – 35

FRIES J.F., GREEN L.W., LEVINE S.: Health promotion and the compression of morbidity, Lancet, 1989,1, S. 481 – 483 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

GESUNDHEITSFÖRDERUNGSGESETZ: Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz GfG), Bundesgesetzblatt der Republik Österreich BGBl, Teil I, Nr. 51/1998
http://ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1998_51_1/1998_51_1.pdf

GOETZEL R.Z., SHECHTER D., OZMINKOWSKI R. J., STAPELTON D. C., LAPIN P. J., MCGINNIS J. M., GORDON C. R., BRESLOW L.: Can health promotion programs save Medicare money, Journal of Clinical Interventions in Aging, 2007, 2(1), S.117 – 122

GREENE R. und GOLD C.: Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden?, (Hrsg. Gold C.), b_books, Berlin, 2000 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

GROSSMANN R. und SCALA K.: Angelpunkte der Projektentwicklung, Gesundheit durch Projekte fördern – Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, (Hrsg. Badura B., Hurrelmann K., Laaser U.), Juventa Verlag Weinheim und München, 2001, S. 87 – 130 b

GROSSMANN R. und SCALA K.: Der Setting Ansatz, Gesundheit durch Projekte fördern – Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, (Hrsg. Badura B., Hurrelmann K., Laaser U.), Juventa Verlag Weinheim und München, 2001, S. 65 – 74 a

GROSSMANN R. und SCALA K.: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 205 – 206 a

GUNNING SCHEPERS L.J. und GEPKENS A.: Reviews of interventions to reduce social inequalities in health, Research and policy implications, Health Education Journal, 1996, 55, S. 226 – 238

HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P.: Gesundheit, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 52 – 55

HURRELMANN K.: Gesundheitssoziologie, Juventa Verlag Weinheim und München, 2000 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004 S. 11 – 12

JONKER A. A. G. C., COMIJS H. C., KNIPSCHER K. C. P. M., DEEG D. J. H.: Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP), European Journal of Aging, Volume 6, 2009, S. 303 – 314

KABA – SCHÖNSTEIN L.: Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge bis zur Ottawa-Charta 1986, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 78 – 82 a

KABA – SCHÖNSTEIN L.: Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und -strategien, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 73 – 78 b

KABA – SCHÖNSTEIN L.: Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme, Perspektiven, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 104 – 111 c

KATZ S., BRANCH L.G., BRANSON M.H., PAPSIDERO J.A., BECK J.C., GEER D.S.: Active life-expectancy, New English Journal of Medicine, 1983, 309, S. 1218 – 1224 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

KENNIE D.C.: Preventive Care for Elderly People, Cambridge University Press, Cambridge, 1993 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

KOLIP P.: Ressourcen für Gesundheit, Potenziale und ihre Ausschöpfung, Das Gesundheitswesen, 2003, 65, S. 155 – 162

KOMMISSION: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzenorientierung und Partizipation, Nomos, Baden-Baden, 2001 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S. 83 – 90

KONFUZIUS <http://de.wikipedia.org/wiki/Verstehen> [Stand: 5. Januar 2010]

KREMER S., MOJET J., KROEZE J. H.A.: Differences in perception of sweet and savoury waffles between elderly and young subjects, Food Quality and Preference, Volume 18, Issue 1, January 2007, S. 106 - 116

KRUSE A., GABER E., HEUFT G., OSTER P., RE S., SCHULZ-NIESWANDT F.: Gesundheit im Alter, Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Verlag Robert Koch Institut, Berlin, 2002 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S. 83 – 90 a

KRUSE A.: Gesund altern, Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Nomos, Baden-Baden, 2002 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S. 83 – 90

KRUSE A.: Prävention und Gesundheitsförderung im Alter in Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S. 83 – 90b

KUNZMANN U., LITTLE T. D., SMITH J.: Is age-related stability of subjective well-being a paradoxon? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study, Psychology and Aging, Volume 15, Issue 3, September 2000, S. 511 – 526

LABONTE R. und PENFOLD S.: Canadian Perspectives in Health Promotion: A Critique, Health Education, April, 1982, S. 4 – 9 in MEIER-BAUMGARTNER H. P., DAPP U., ANDERS J.: Teil II: Theoretische Grundlagen und wissenschaftlicher Bericht des Programms, Aktive Gesundheitsförderung im Alter – Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2006, S. 46

LAFAILLE R.: Kulturwissenschaftliche Perspektive in der Gesundheitsförderung, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 141 – 142

LEHMANN M. und SABO P.: Multiplikatoren, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 154 – 156

LEWIN K.: Principles of topological psychology, Mc Graw Hill, New York, 1936
 in MEIER-BAUMGARTNER H. P., DAPP U., ANDERS J.: Teil II: Theoretische Grundlagen und wissenschaftlicher Bericht des Programms, Aktive Gesundheitsförderung im Alter – Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2006, S. 48

MA 18 – Interne Berechnung der Magistratsabteilung 18 nach Angaben der Statistik Austria

MANTON K.G., STALLARD E., CORDER L.S.: Chances in the age dependence of mortality and disability: cohort and other determinants, Demography, 1997, 34, S. 135 – 157 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.:, Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

MAYER K.U., WAGNER M.: Lebenslagen und soziale Ungleichheit im Alter in
 MAYER K.U. und BALTES P.B.: Die Berliner Altersstudie, (Hrsg. Baltes B.), Akademie, Berlin, 1996, S. 251 – 276 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.:, Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

McAULEY E. und RUDOLPH D.: Physical activity, aging and psychological well-being, Journal of Aging and Physical Activity, 1995, 3, S. 67 – 96

MEIER-BAUMGARTNER H. P., DAPP U., ANDERS J.: Teil III: Verlängerung der Projektphase 2003 – 2005, Aktive Gesundheitsförderung im Alter – Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2006, S. 71 – 80 a

MEIER-BAUMGARTNER H. P., DAPP U., ANDERS J.: Teil IV: Praktische Anleitungen, Aktive Gesundheitsförderung im Alter – Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2006, S. 81 – 161 b

MEIER-BAUMGARTNER H. P., DAPP U., ANDERS J.: Teil II: Theoretische Grundlagen und wissenschaftlicher Bericht des Programms, Aktive Gesundheitsförderung im Alter – Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2006, S. 29 – 70 c

MILTON K.: Hunter-gatherer diets - a different perspective, American Journal of Clinical Nutrition, 2000, 71, S. 665 – 667

MOJET J., HEIDEMA J., CHRIST-HAZELHOF E.: Taste Perception with Age: Generic or Specific Losses in Supra-threshold Intensities of Five Taste Qualities? Chemical Senses, Volume 28, Number 5, 2003, S. 397 - 413

MOREIRAS O., VAN STAVEREN W.A., AMORIM CRUZ J.A., CARBAJAL A., DE HENAUW S., GRUNENBERGER F.: Longitudinal changes in the intake of energy and macronutrients of elderly Europeans, European Journal of Clinical Nutrition, 1996, 50, Suppl. 2, S. 77 – 85

MOSER C.: Confronting crisis, Comparative study of household responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities, Environmentally sustainable investment studies, Monographs Series 3. World Bank, Washington, 1996 in NAIDOO J. und WILLS J., Das Sozialkapital (social capital), Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 297

NAIDOO J. und WILLS J.: Einführung zur Gesundheitsförderung in Setting, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 259 – 261 a

NAIDOO J. und WILLS J.: Gesundheitsförderung im sozialen Wohnumfeld, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 293 – 304 b

NAIDOO J. und WILLS J.: Sichtweisen und Verständnis der Gesundheit, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 5 – 26 c

NAIDOO J. und WILLS J.: Einflussfaktoren auf die Gesundheit, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 27 – 50 d

NAIDOO J. und WILLS J.: Definierung der Gesundheitsförderung, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 71 – 88 e

NUTBEAM D.: Glossar Gesundheitsförderung, Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung, 1998 in Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004 S. 305 - 316

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG ÖGE:
Positionspapier der ÖGE zur gesundheitlichen Bedeutung der Fettqualität in der
Ernährung, Wien, 2009

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR GERIATRIE UND
GERONTOLOGIE

<http://www.geriatrieonline.at/dynasite.cfm?dsmid=84199&dspaid=669093>

[Stand: 5. Januar 2010]

PHILLIMORE P., BEATTIE A., TOWNSEND P.: Widening inequality of health in
northern England, British Medical Journal, 1994, 308, S. 1125 – 1128 in
NAIDOO J. und WILLS J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für
Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 31

PILS K.: Gesund ins hohe Alter, (Hrsg. BMGF Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen), Wien, 2007

RAYMAN M. P., THOMPSON A. J., BEKAERT B., CATTERICK J., GALASSINI
R., HALL E., WARREN-PERRY M., BECKETT G. J.: Randomized controlled
trial of the effect of selenium supplementation on thyroid function in the elderly
in the United Kingdom, American Journal of Clinical Nutrition, Februar 2008,
Vol. 87, Nr. 2, S. 370 – 378

REINPRECHT C.: Aktiv ins Alter, Publikumsbericht – Ergebnisse und
Perspektiven, (Hrsg. Wiener Sozialdienste), Wien, 2005

ROBINE J. M., JAGGER C., MATHERS C. D., CRIMMINS E. M., SUZMAN R. M.: Determining Health Expectancies, John Wiley & Sons, Chichester, 2003 in MEIER-BAUMGARTNER H. P., DAPP U., ANDERS J.: Teil II: Theoretische Grundlagen und wissenschaftlicher Bericht des Programms“, Aktive Gesundheitsförderung im Alter – Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2006, S. 30

v. RENTELN-KRUSE W., ANDERS J., DAPP U., MEIER-BAUMGARTNER H. P.: Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg, Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie, 2003, 36, S. 378 – 391

ROWE J.W. und KAHN R.L.: Successful aging. New York: Pantheon Books, 1998, S. 63f in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

RUST P.: Bedeutung von Bioprodukten aus ernährungsphysiologischer Sicht, (Hg. ÖGE Österreichische Gesellschaft für Ernährung), Ernährung aktuell, 2009, Ausgabe 2, S. 12 - 13

SABO P.: Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 183–185 a

SAUTER A., WINKLER G., WILDT B.: Zur Lagerung von Lebensmitteln in privaten Haushalten, Ernährung, 2007, 1, S. 252 – 257

SCHWARTZ F. W., SIEGRIST J., v. TROSCHKE J.: Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? in SCHWARTZ F. W.: Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, (Hrsg. Schwartz F. W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J.), Urban & Fischer, München – Jena, 2000, S. 10 – 12 a

SCHWARTZ F. W., SIEGRIST J., v. TROSCHKE J.: Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? in SCHWARTZ F. W.: Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, (Hrsg. Schwartz F. W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J.), Urban & Fischer, München – Jena, 2000, S. 9 – 10 b

SEEDHOUSE D.: Health: foundations for achievement, (Hrsg. John Wiley), Chichester, 1986 in NAIDOO J. und WILLS J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 22

SKELTON D.A.: Effects of physical activity on postural stability, Age and Ageing, 2001, 30, S. 33 – 39

STATISTIK AUSTRIA: Bevölkerung am 1. Januar 2009 nach Alter und Bundesland

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/023470.html [Stand: 5. Januar 2010]

STRAWBRIDGE W.J., COHEN R.D., SHEMA S.J., KAPLAN G.A.: Successful aging: predictors and associated activities, American Journal of Epidemiology, 1996, 144, S. 135 – 141

STUCK A.: Präventive Hausbesuche mit geriatrischem Assessment, in Das geriatrische Assessment, (Hrsg. E. Steinhagen-Thiessen), Schattauer, 2001, S. 155 – 167

TIMISCHL W.: Zentraler Grenzwertsatz, Biostatistik – Eine Einführung für Biologen und Mediziner, Springer Verlag Wien – New York, 2000, S. 43

TINETTI M. E., INOUE S. K., GILL T. M., DOUCETTE J. T.: Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes, Journal of the American Medical Association, 1995, 273, S. 1348 – 1353

TROJAN A. und LEGEWIE H.: Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung in Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, (Hrsg. M.L. Dierks et al), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, 2001, S. 51 – 72 in Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004 S. 305 – 316

TROJAN A.: Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden, Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004 S. 305 - 316

TROJAN A.: Gemeindeorientierung, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 43 – 45 a

TRUSWELL A.S.: Practical and realistic approaches to healthier diet modifications, American Journal of Clinical Nutrition, 1998, 67 (3. Suppl), S. 583 – 590

UNGER R.: Soziale Differenzierung der aktiven Lebenserwartung im internationalen Vergleich, Phil. Dissertation, Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität, 2002 in KRUSE A.: Prävention und Gesundheitsförderung im Alter in Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

VOLKERT D. B.Y., BERRY E., CEDERHOLM T., COTI B. P., MILNE A., PALMBLAD J., SCHNEIDER S., SOBOTKA L., STANGA Z., LENZEN-GROSSIMLINGHAUS R., KRYSS U., PIRLICH M., HERBST B., SCHUTZ T., SCHROBER W., WEINREBE W., OCKENGA J., LOCHS H.: ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics, Clinical Nutrition, Volume 25, Issue 2, April 2006, S. 330 – 360

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 – 22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948; deutsche Übersetzung aus HURRELMANN K. und FRANZKOWIAK P.: Gesundheit, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim, 2006, S. 52 – 55

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION: Health Promotion: a discussion document on the concept and principles, (Hrsg. WHO Regional Office for Europe), Copenhagen, 1984 in NAIDOO J. und WILLS J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 23

WHO World Health Organization – Ottawa charter for health promotion, (Hrsg. WHO), Genf, 1986, S. 1 – 4

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION: Obesity: preventing and managing the global epidemic, WHO Technical Report Series 894, Genf, 2000

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION – BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATIONEN UND KONSUMENTENSCHUTZ, KOMPETENZZENTRUM FÜR SENIOREN- und BEVÖLKERUNGSSCHUTZ: Aktiv Altern – Das Konzept und seine Begründung in Aktiv Altern – Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, (Hrsg.: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungsschutz), Wien, 2002, S. 12 a

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION – BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATIONEN UND KONSUMENTENSCHUTZ, KOMPETENZZENTRUM FÜR SENIOREN- und BEVÖLKERUNGSSCHUTZ: Vorschläge für politisches Handeln in Aktiv Altern – Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, (Hrsg.: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungsschutz), Wien, 2002, S. 45 – 53 b

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION: Aktiv ins Alter, Gesundes Altern – Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen, 2005, S. 19 – 28 a

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION, Community Health Management in Community Health Management – A Problem-Solving Approach, (Hrsg. WHO), Kairo, 2006, S. 9 – 20

WHO WELTGESUNDHEITSORGANISATION REGIONALBÜRO FÜR EUROPA: Gesunde Städte und städtische Gesundheitspolitik
<http://www.euro.who.int/healthy-cities?language=German>
 [Stand: 5. Januar 2010]

WIEN: Gesunde Städte Projekt der WHO

<http://www.wien.gv.at/who/projekt.htm> [Stand: 5. Januar 2010]

WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG: Projekt Bewegte Apotheke

<http://www.einherzfuerwien.at/projekte/Gehsund/Apotheken.html>

[Stand: 5. Januar 2010]

WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG WIG: Projektskizze Bewegte Apotheke, 2009

WILKINSON R.G., 1996 Unhealthy societies: the afflictions of inequality. Routledge, London in NAIDOO J. und WILLS J., Das soziale Umfeld, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln), Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2003, S. 296 – 297

WILSON R.S., BENNETT D.A., BECKETT L.A., MORRIS M.C., GILLEY D.W., BIENAIIS J.L., SCHERR P.A., EVANS D.A.: Cognitive activity in older persons from a geographically defined population, Journal of Gerontology, 1999, 54, S. 155 – 160 in HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J., Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, (Hrsg. Hurrelmann K.), Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004, S 83 – 90

9 Anhang – diverse Materialien, Fragebögen

Präsentation zur optimalen Gesundheitsförderung

Folie 1

Das Fundament allen Glücks ...



Praktische Tipps für ein
vitales & gesundes Leben im Alter

Folie 2

Die gute Küche ...

- gesundes und vitales Lebensgefühl
- Bedürfnisse in Einklang mit der Ernährung bringen
- wichtige Bausteine für einen optimalen Stoffwechsel



Folie 3

Brot, Reis, Nudeln, Erdäpfel & Co

- 2 mal täglich eine kohlenhydratreiche Mahlzeit
- Vollkornprodukte bevorzugen
- Kohlenhydrate in Form von Süßem meiden



Folie 4

Obst, Gemüse & Hülsenfrüchte

- Vitamine – essentielle Bausteine
- 5 am Tag
- 3 – 4 Portionen Gemüse oder Salat
- 2 – 3 Portionen Obst



Folie 5

Obst, Gemüse & Hülsenfrüchte

- intensiv gefärbte, reife Sorten wählen
- Hülsenfrüchte nicht vergessen

1 Hand = 1 Portion



Folie 6

Eiweiß – das „Wichtigste“

- Aufbau von Körpersubstanz
- Erhaltung von Muskel- und Knochenmasse
- wichtig für Blutzellen, Hormone ...
- optimale Körperfunktionen



Folie 7

Eiweiß-Quelle Milch

- Kalziumlieferant
- fettarme Produkte bevorzugen

Tipp:

Joghurt mit frischen Früchten – eine leckere Zwischenmahlzeit!



Folie 8

Eiweiß-Quelle Fisch

- liefern herzschonende Omega-3 Fettsäuren
- 1 – 2 Fischmahlzeiten pro Woche
- v.a. fette Meeresfische: Lachs, Makrele, Hering



Folie 9

Eiweiß-Quelle Fleisch

- oft fettreich – enthält ungünstige Fettsäuren
- 2 – 4 Fleischmahlzeiten pro Woche
- magere Fleisch- und Wurstsorten bevorzugen



Folie 10

Fette und Öle

- günstig = pflanzliche Öle & Fischöle
- weniger günstig = tierische Fette
- Pflanzenöle – zum Kochen & für Salate geeignet



Folie 11

Fette und Öle

- Achten Sie auf versteckte Fette!
- Tipp: Nüsse sind gesunde Fettquellen und „Nahrung für's Gehirn“



Folie 12

Trinken nicht vergessen!

- mindestens 1 ½ Liter pro Tag
- Durstempfinden nimmt mit der Zeit ab
- Wasser bevorzugen
- „Automatisieren“ Sie Ihr Trinken!



Folie 13

Trinken nicht vergessen!

- Tipp: Blüten oder Edelsteine sind ein optischer Blickfang im Wasserkrug



Folie 14

Die Pyramide

von der Basis zur Spitze:

- das richtige Verhältnis zählt
- Gestalten Sie Ihren Speiseplan abwechslungsreich!



Folie 15

Das Fundament allen Glücks ...



ist eine gute Küche!

Poster zur optimalen Gesundheitsförderung

Mit Ernährung gesund ins hohe Alter

Eine gesunde Ernährung und Lebensweise sind die Grundlage um auch noch im Alter gesund und fit zu sein. Sie liefert dem Körper alle wichtigen Bausteine, die für einen optimalen Stoffwechsel benötigt werden: Energie, Vitamine, Mineralstoffe,



Flüssigkeit müssen in ausreichendem Maß aufgenommen werden, um ein robustes und gut funktionierendes Bauwerk zu errichten. Bei der Ernährung geht es noch um viel mehr. Neben dem körperlichen Wohlbefinden fördert das Essen auch das seelische Gleichgewicht.

Veränderungen beim Essen im Alter

- Der Energiebedarf sinkt bei gleich bleibendem Bedarf an Vitaminen, Mineralstoffen, ... → Die Ernährung muss gehaltvoller und von besonderer Qualität sein
- Durstgefühl, Geschmack- & Geruchssinn und Appetit verändern sich → Kontrollieren Sie Ihr Körpergewicht einmal pro Woche um unerwünschten Gewichtsverlust festzustellen
- Kauprobleme, Zahnverlust oder Entzündungen im Mundbereich beeinträchtigen die Nahrungsaufnahme









Halten Sie sich fit!
Regelmäßiger Sport ist auch im Alter wichtig. Er hilft die Gesundheit zu erhalten und Krankheiten abzuwehren.

Trinken Sie ausreichend...
täglich mindestens 1,5 l Flüssigkeit, am besten in Form von Wasser. Dies fördert u.a. Ihre geistige Leistungsfähigkeit.

Ihr täglich Brot
sowie Kartoffeln, Nudeln, Reis oder andere Getreideprodukte sollten am besten aus Vollkorn sein. Es enthält wichtige Ballaststoffe für die Verdauung sowie Vitamine und Mineralstoffe.

Gemüse, Hülsenfrüchte, Obst sind lebensnotwendig!
Als hervorragende Lieferanten von Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen sind sie für viele Körperfunktionen unverzichtbar. 5 mal am Tag Obst und Gemüse!

Die Milch bringt's!
Sie liefert Eiweiß, das Sie zur Erhaltung von Muskelmasse und z.B. für ein gut funktionierendes Immunsystem benötigen. Milch- und Milchprodukte helfen zusätzlich ausreichend Kalzium aufzunehmen. Dies ist wichtig für die Festigkeit Ihrer Knochen.

Fett ist nicht gleich Fett...
man unterscheidet günstige pflanzliche Öle & Fischöle und weniger günstige tierische Fette aus Wurst, Fleisch und Milchprodukten. Bevorzugen Sie beim Kochen und auf Salaten hochwertige pflanzliche Öle - in Maßen.

Fischers Fritze frisst frische Fische...
essen auch Sie frische Fische 1 - 2 mal pro Woche! Sie liefern neben Eiweiß herzschonende Omega-3 Fettsäuren.

Naschkatzen und Fleischtiger aufgepasst!
Süßigkeiten und Fleischspeisen sind häufig fettreich und liefern wenig wichtige Ernährungsbausteine. Daher: nur in Maßen genießen!

Das Poster wurde gemeinsam mit Mag. Romana Schlaffer im Rahmen der Lehrveranstaltung „Medienkunde und Unterrichtstechnik“ erstellt.

Folder zur optimalen Gesundheitsförderung

... ist eine gute Küche

Die gute Küche ist nicht nur das Fundament allen Glücks – sie ist auch für ein gesundes und vitales Lebensgefühl im Alter verantwortlich!

Um gesund zu bleiben, müssen wir unsere Ernährung in Einklang mit unseren Bedürfnissen bringen. Sie verändern sich mit den Jahren – der Energiebedarf sinkt, der Bedarf an Vitaminen und Nährstoffen bleibt jedoch gleich.

Die gute Küche soll helfen, alle wichtigen Bausteine, die für einen optimalen Stoffwechsel benötigt werden, zu liefern: Obst, Gemüse, Getreide, Eiweiß, etc.

Diese Bausteine müssen aufgenommen werden, um ein robustes und gut funktionierendes Bauwerk errichten zu können.

Diese kurze Einführung soll Ihnen Tipps und Tricks verraten, wie Sie alle wichtigen Bausteine in Ihre gute Küche einbauen können, um so fit und vital bis ins hohe Alter zu bleiben.



Das Fundament allen Glücks ...

Brot, Reis, Nudeln, Erdäpfel & mehr

Nehmen Sie zweimal täglich Brot, Kartoffeln, Nudeln, Reis oder andere Getreideprodukte zu sich.

- ⇒ Bevorzugen Sie Vollkornprodukte - sie enthalten neben Ballaststoffen auch mehr Vitamine und spezielle Pflanzenschutzstoffe!
- ⇒ Vollkornflocken mit Joghurt oder Milch (kalt oder warm) gemeinsam mit Früchten der Saison können eine schmackhafte, leicht verdauliche Mahlzeit sein!

Milch & Milchprodukte

sind gemeinsam mit Fisch wichtige Eiweißlieferanten.

- ⇒ Bevorzugen Sie fettarme Milchprodukte!
- ⇒ 3-4 Portionen decken Ihren täglichen Kalziumbedarf – 1 Portion entspricht z.B. 1 – 2 Blatt Käse

Fisch

- ⇒ 1-2 Fischmahlzeiten pro Woche (à 150 g)
- ⇒ Bevorzugen sie fette Fische wie Lachs oder Makrele - sie liefern herzschonende Omega-3 Fettsäuren.
- ⇒ Probieren Sie andere Zubereitungsarten wie z.B. Dämpfen

Fette und Öle

Fett ist nicht gleich Fett – es gibt günstige pflanzliche Öle & Fischöle und weniger günstige tierische Fette.

Zu viel tierische Fette wirken sich ungünstig auf den Cholesterin-Stoffwechsel aus. Pflanzliche Öle & Fischöle helfen Ihre Gefäße zu schützen.

- ⇒ 2 Teelöffel Streichfett pro Tag – z.B. nicht gehärtete Pflanzenmargarine
- ⇒ 2 Teelöffel Öl pro Tag. Pflanzenöle wie Oliven-, Raps-, Sonnenblumenöl sind zum Kochen & für Salate geeignet



Fleisch, Wurst, Eier

enthalten neben viel Eiweiß auch Fett, v.a. für den Stoffwechsel ungünstige (gesättigte) Fettsäuren.

- ⇒ max. 2-4 Fleisch-mahlzeiten pro Woche
- ⇒ Bevorzugen Sie magere Fleisch- und Wurstsorten
- ⇒ 1-3 Eier pro Woche

5 am Tag – Obst und Gemüse

Hervorragende Lieferanten von Vitaminen, Mineral- und Ballaststoffen sind Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte. Diese essenziellen Bausteine sind für viele Körperfunktionen unverzichtbar.

- ⇒ 3 – 4 Portionen Gemüse oder Salat
- ⇒ 2 – 3 Portionen Obst (roh od. gekocht)
- ⇒ bevorzugen Sie intensiv gefärbte, reife Obst- und Gemüsesorten
- ⇒ Integrieren Sie auch Hülsenfrüchte in Ihren Speiseplan – trotz „Flatulenz-Gefahr“
- ⇒ Würzen Sie Ihre Speisen mit Kräutern, ...

Trinken nicht vergessen!

Pro Tag benötigt Ihr Körper mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit! Diese fördert u.a. die geistige Leistungsfähigkeit. Mit zunehmendem Alter kann das Durstgefühl abnehmen – achten Sie daher bewusst auf das Trinken!

- ⇒ Bevorzugen Sie Wasser – das Lieblingsgetränk der Österreicher
- ⇒ Kräuter- oder Früchtetees, verdünnte Fruchtsäfte, Molke, ... sind auch geeignete Durstlöscher
- ⇒ essbaren Blüten, Edelsteine, ... im Wasserkrug sind ein optischer Blickfang – erhöhte Aufmerksamkeit kann Sie zum Trinken animieren!

Rezeptblatt zur optimalen Gesundheitsförderung

Topfen-Joghurt Creme mit frischer Mango

Zutaten: (2-3 Portionen)

Für die Creme:

125 g Topfen (10% F. i. T.)
65 g Joghurt (1% F. i. T.)
30 g Mangopüree
5 g Honig

Für das Mangopüree:

100 g frische Mango
(geschält, ohne Kern)
25 g Fruchtmolke Mango

Für die Garnitur:

50 g frische Mango
(geschält, ohne Kern)



Zubereitung:

1. Mango mit einem Sparschäler schälen. Das Fruchtfleisch seitlich (links und rechts) vom Kern schneiden. Die restlichen Stücke direkt vom Kern lösen.
2. Mit einem Stabmixer oder Cutter die Mango mit der Fruchtmolke zu einem eher festen Fruchtpüree verarbeiten.
Tipp: Sollte das Püree zu flüssig sein, können Sie es mit einem Stück Banane nachbinden!
3. Topfen und Joghurt mit einem Kochlöffel cremig rühren. Anschließend ca. ¼ vom Mangopüree beimengen und eventuell mit Honig nachsüßen.
4. Die Topfen-Joghurt Creme abwechselnd mit dem restlichen Mangopüree in Gläser füllen und mit frischen Mangostückchen garnieren.

Tipp: Anstatt Mango können Sie auch andere Früchte wie z.B. Erdbeeren, Himbeeren, ... verwenden!

Milchprodukte – wichtige Calcium-Lieferanten:

Milchprodukte wie Topfen und Joghurt sind neben Eiweiß auch besonders reich an Calcium. Dieses wichtige Mineral kommt vor allem in Knochen und Zähnen vor – es verleiht ihnen Stabilität und Festigkeit. Calcium ist außerdem für eine optimale Funktion von Muskeln, Nerven und der Blutgerinnung zuständig. Damit der Körper das Calcium gut verwerten kann, ist eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D notwendig. Dieses kann großteils vom Körper selbst durch Sonnenbestrahlung gebildet werden.

Guten Appetit!

1 Portion enthält durchschnittlich **99 kcal / 414 kJ** – davon:

- | | |
|-----------------|------------------------|
| ▪ 1,5 g Fett | ▪ 13,1 g Kohlenhydrate |
| ▪ 7,3 g Protein | ▪ 108 mg Calcium |



Dieses Rezept wurde für Sie von Lisa-Maria Wagner & Viktor Schiffer vorbereitet!

Kalender zur optimalen Gesundheitsförderung

Beispiel für ein Kalenderblatt:

04



Kunterbunte Gemüseminestrone
Rezept auf der Rückseite

Wer die Abwechslung liebt, dem sind bei der Zubereitung einer Minestrone keine Grenzen gesetzt!

Der hohe Anteil an Gemüse und Hülsenfrüchten macht die Suppe zu einer reichen Quelle an Vitaminen und sekundären Pflanzeninhaltsstoffen.



Simmering bewegt sich
„Nordic Walking“ am 30. Juni 09



Simmering kocht
„Für Kinder kochen“ am 15. Juni 09



Simmering informiert sich
„Gesund genießen“ am 9. Juni 09

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

April



Vorderseite

ZUTATEN:

für 5 Portionen

½ Zwiebel
 ½ EL Olivenöl
 1 Stk. Karotte, gewürfelt
 50 g Stangensellerie
 90 g weiße Bohnen (Dose)
 40 g Sellerie, gewürfelt
 1 Stück Petersilwurzel, gewürfelt
 ½ Dose Tomaten (Dose)
 25 g Lauch
 1 – 2 Stk. kl. Kartoffeln, gewürfelt
 ¼ l Gemüsesuppe
 Petersilie, Basilikum
 Salz, Pfeffer
 Knoblauch

1 Portion enthält circa:

99 kcal / 415 kJ

davon:

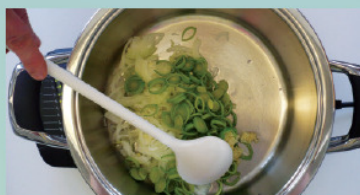
Kohlenhydrate	11,0 g
Eiweiß	3,7 g
Fett	4,4 g
Ballaststoffe	4,5 g

KUNTERBUNTE GEMÜSEMINESTRONE

ZUBEREITUNG:

1. Würfelig geschnittene Zwiebel in Olivenöl anschwitzen.
2. Das restliche Gemüse dazugeben und mit Tomaten sowie der Gemüsesuppe aufgießen.
3. Die Suppe mit Knoblauch, Salz und Pfeffer würzen und 10 – 15 Minuten köcheln lassen.
4. Am Ende die Suppe mit frischen Kräutern (zum Beispiel Petersilie und Basilikum) vollenden.

GUTEN APPETIT!



Ernährungstipp

„5 am Tag“ – 5 Hände voller Genuss

Essen Sie sich regelmäßig durch die bunte Vielfalt von Obst und Gemüse! Eine Portion entspricht etwa einer Handvoll. Entsprechend Ihrer Farbe enthalten Obst und Gemüse unterschiedliche Vitamine und sekundäre Pflanzeninhaltsstoffe – greifen Sie daher täglich zu grünem, gelbem und rotem Obst bzw. Gemüse!



Bewegungstipp

Atmen Sie tief durch und erleben Sie den Frühling besonders intensiv bei einer Nordic Walking Runde im Hyblerpark, Herderpark (im Frühling findet sich hier ein wunderschönes Blütenmeer) oder Leberberg. Spüren Sie, wie die Frühlingsmüdigkeit verfliegt!



Wenn dir dein Spielzeugbagger schon zu langweilig ist, wie wär's mit einem echten Bagger die Frühlingserde umzugraben?

Baggerpark, Albener Hafenzufahrtsstr. 262, 1110 Wien



Entspannungstipp

Erfreuen Sie sich an den ersten warmen Sonnenstrahlen bei einem Spaziergang über einen Ostermarkt.

z.B. Schloss Neugebäude, Otmar-Brix-G. 1, 1110 Wien

CODE _____

Chance

Community Health Management to Enhance Behaviour

Fragebogen

Guten Tag, mein Name ist _____. Ich komme von der Universität Wien, Institut für Ernährungswissenschaften und führe im Rahmen des Projektes CHANCE eine Befragung zur Gesundheit im Stadtteil Simmering - Schneiderviertel durch.

Gesundheit und persönliches Wohlbefinden sind eng miteinander verbunden. Was tue ich, um gesund zu leben? Woher weiß ich wie ich mich gesund ernähre, bewege und wie ich mich wohl fühlen kann?

Aber wie und wo finde ich Empfehlungen, Ratschläge, Tipps, die für meinen Alltag hilfreich sind? Wer oder was unterstützt mich dabei? Diesen Fragen möchten wir nun genauer nachgehen. So können wir im Herbst / Winter passende Angebote in Ihrem Stadtteil entwickeln.

1. Ich bekomme hilfreiche Informationen für meine Gesundheit

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	immer	manchmal	nie
Ich kann alle Informationen zur Gesundheit, die ich möchte, in meinem Stadtteil bekommen.....	☐	☐	☐
Ich verstehe die Anweisungen meines Arztes.....	☐	☐	☐
Die meisten Informationen zur Gesundheit verwirren mich	☐	☐	☐

2. Ich bekomme Gesundheitsinformationen von

(Bitte maximal 3 der am häufigsten genutzten Informationsquellen ankreuzen)

Freunden.....	☐	Schule meiner Kinder.....	☐
Familie.....	☐	Apotheke.....	☐
Fernsehen.....	☐	Ernährungsindustrie (Lebensmittelkennzeichn. ...)	☐
Zeitung.....	☐	Gemeinde-/ Stadtverwaltung.....	☐
Internet.....	☐	Institutionen, Einrichtungen, Vereine...	☐
Nachbarn.....	☐	Staat, Regierung.....	☐
Arzt.....	☐	Sonstigen.....	☐

Bitte geben Sie Ihre wichtigste Quelle für Gesundheitsinformationen an:

3. Es ist einfach, Gesundheitsinformationen in meinem Alltag umzusetzen.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft sehr zu	trifft zu	weder noch	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
☐	☐	☐	☐	☐

4. Wenn ich Probleme habe, finde ich meistens eine Lösung.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
☐	☐	☐

5. Wenn ich Probleme mit meiner Gesundheit, Ernährung oder Bewegung habe, ...

(mehrere Antworten sind möglich)

frage ich meine Familie.....	☐	frage ich meine Freunde.....	☐
frage ich meine Nachbarn.....	☐	frage ich meinen Arzt.....	☐
frage ich meinen Lebensmittelhändler.....	☐	frage ich meinen Trainer.....	☐
besuche ich einen Kurs.....	☐	besuche ich einen Vortrag.....	☐
suche ich im Internet.....	☐	besuche ich ein Gruppentreffen von Menschen mit ähnlichen Problemen...	☐
		Sonstiges.....	☐

6. Wenn ich daran denke, wie ich zuhause und in meinem Stadtteil lebe ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
Mein Zuhause ist sicher.....	☐	☐	☐
Ich fühle mich wohl zuhause.....	☐	☐	☐
Mein Zuhause ist erholsam.....	☐	☐	☐
Ich lebe räumlich zu beengt.....	☐	☐	☐
Ich mag meine Wohnung/ mein Haus.....	☐	☐	☐
Ich kenne niemanden aus meiner Nachbarschaft...	☐	☐	☐
Ich habe die besten Nachbarn, die man haben kann	☐	☐	☐
Ich lebe in einer gesunden Umgebung.....	☐	☐	☐
Ich lebe in einem Gebiet mit zu viel Verkehrslärm...	☐	☐	☐
Ich lebe in einem Gebiet mit sauberer Luft.....	☐	☐	☐
Ich fühle mich sicher in meinem Stadtteil.....	☐	☐	☐
Ich würde lieber in einem anderen Stadtteil wohnen	☐	☐	☐

7. Ich lebe in meiner Wohnung/ meinem Haus als...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Eigentümer	Mieter, Pächter	Unter-mieter
☐	☐	☐

8. Ich lebe in einer Wohnung/ einem Haus mit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

bis zu 60 m ²	61-80 m ²	81-100 m ²	mehr als 100 m ²
☐	☐	☐	☐

9. So viel Zeit verbringe ich täglich draußen ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

weniger als 1 Stunde	1-2 Stunden	2-3 Stunden	mehr als 3 Stunden
☐	☐	☐	☐

10. Ich treibe gerne Sport (z.B. Wandern, Radfahren, Schwimmen, Ballsport ...)

(Bitte zutreffende
Antwort ankreuzen)

mehr als 5 Stunden pro Woche	3-5 Stunden pro Woche	1-3 Stunden pro Woche	0-1 Stunden pro Woche	selten, nie
☐	☐	☐	☐	☐

11. Ich treibe Sport in/ im ...

(mehrere Antworten
sind möglich)

freier Natur (Wald, ...)	privater Umgebung	Fitness Studio	Sportverein	anderswo
☐	☐	☐	☐	☐

12. Besondere Ereignisse (z.B. Feste, Kirtag, Treffen, Aufführungen, Vorträge, ...) sind Attraktionen im Alltag.

Ich besuche gerne Veranstaltungen meines Stadtteils

ja ☐

nein ☐

Wenn ja, welche? _____

13. Ich bin Mitglied eines Vereins/ einer Organisation meines Stadtteils? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche/r? _____

14. Für meinen Stadtteil sind die folgenden Bereiche ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	sehr wichtig	weder noch	gar nicht wichtig
Einkaufszentrum.....	☐	☐	☐
Lebensmittelmarkt.....	☐	☐	☐
Schule.....	☐	☐	☐
Kindergarten.....	☐	☐	☐
Sportverein.....	☐	☐	☐
Grünflächen.....	☐	☐	☐
Gesundheitsamt.....	☐	☐	☐
Sozialstation.....	☐	☐	☐
Bildungseinrichtungen.....	☐	☐	☐
Kirche.....	☐	☐	☐
Soziale Vereine.....	☐	☐	☐
Sportplatz, -halle.....	☐	☐	☐

15. Wenn ich Lebensmittel kaufe, lese ich die Zutatenliste und Nährstoffangaben.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

immer	häufig	manchmal	selten	nie
☐	☐	☐	☐	☐

16. Ich esse/ trinke die folgenden Lebensmittel ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
Brot, Gebäck ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vollkornbrot....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reis, Nudeln....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli, Cornflakes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kartoffeln.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
frisches Obst...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Milch.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Topfen, Jogurt...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
probiot. Jogurt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Käse.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch, Wurst..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fettfisch.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
fettarmer Fisch	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Öl.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Butter.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Margarine.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fertiggerichte...	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Ich esse/ trinke die folgenden Lebensmittel ... (Fortsetzung)

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
Bioprodukte.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mineralstoff/ Vitamin-tabletten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser, Mineralwasser	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Saft, Nektar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Limonade, Cola	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tee.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kaffee.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wein, Sekt.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bier.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spirituosen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Wer bereitet im Haushalt die Mahlzeiten zu?

(mehrere Antworten sind möglich)

Eltern	ich selbst	Partner	Kinder	Großeltern	Andere
☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Wer kauft Lebensmittel und Dinge des täglichen Bedarfs für den Haushalt ein?

(mehrere Antworten sind möglich)

Eltern	ich selbst	Partner	Kinder	Großeltern	Andere
☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Ich brauche Unterstützung in meinem Haushalt für ...

(mehrere Antworten sind möglich)

putzen.....	☐	kochen.....	☐
einkaufen.....	☐	Verwaltung (Formulare ausfüllen, Amtsgänge)	☐
pflegen.....	☐	Kinderbetreuung	☐
persönliche Hygiene.....	☐	Sonstiges	☐
		Keine Unterstützung nötig	☐

20. Für mich ist meine Gesundheit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr wichtig	wichtig	weder noch	weniger wichtig	gar nicht wichtig
☐	☐	☐	☐	☐

21. Allgemein würde ich sagen ist meine Gesundheit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr gut	gut	weder noch	schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

22. Ich erwarte für die nächsten 3 Jahre, dass mein Gesundheitszustand ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sich verbessert	gleich bleibt	sich verschlechtert
☐	☐	☐

23. Ich sehe täglich Fernsehen ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

0-1 Stunde	1-2 Stunden	2-4 Stunden	mehr als 4 Stunden
☐	☐	☐	☐

24. Was heißt „5 am Tag“?

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- 5 Mahlzeiten pro Tag..... ☐ 5 Portionen Obst/ Gemüse pro Tag... ☐
 5 Flaschen Wasser pro Tag ☐ weiß nicht..... ☐

25. Für wie viele Tage kann ich frisches Faschiertes in meinem Kühlschrank lagern?

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- 0 Tage ☐ 1 Tag ☐ 2 Tage ☐ 3 Tage ☐ 4 Tage ☐ 5 Tage ☐ weiß nicht ☐

26. Um gesund zu sein,

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | trifft zu | weder noch | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| halte ich im Kühlschrank die richtige Temperatur..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| bewege ich mich täglich..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| esse ich täglich Obst und Gemüse..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| rauche ich nicht..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| wasche ich mir nach Benutzung der Toilette die Hände.. | ☐ | ☐ | ☐ |
| lasse ich rohes Fleisch nicht in Kontakt m. anderen Lebensm. kommen | ☐ | ☐ | ☐ |

27. Den folgenden Aussagen stimme ich zu/ nicht zu ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | stimme sehr zu | stimme zu | weder noch | stimme weniger zu | stimme gar nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meine Familie ist mir wichtig.. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Meine Karriere ist mir wichtig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gesund zu leben ist langweilig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es ist wichtig in der Stadtteilarbeit mitzuwirken | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Umweltschutz ist mir wichtig.. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich gebe mehr Geld für gesunde Lebensmittel aus.... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mich interessiert aktiver Sport | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

28. Wenn ich Gemeindevorsteher wäre, würde ich die folgenden Dinge ändern, um die Gesundheit in meinem Stadtteil zu verbessern

29. Mein Alter ist ... (Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | unter 20 Jahre | 21 – 30 Jahre | 31 – 40 Jahre | 41 – 50 Jahre | 51-60 Jahre | 61 – 70 Jahre | 71 – 80 Jahre | 81 und mehr Jahre |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

30. Ich bin ...

- weiblich..... ☐
 männlich..... ☐

31. Dies ist meine/ mein ...

- Körpergröße (in cm).....
 Körpergewicht (in kg).....

32. Ich lebe ... (Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| allein..... ☐ | nur mit einem Partner..... ☐ |
| mit Kind/ Kindern..... ☐ | mit Partner und Kind/ Kindern..... ☐ |
| mit Anderen..... ☐ | ☐ |

33. So viele Personen leben in meinem Haushalt ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

1 Person	2 Personen	3 Personen	4 Personen	5 Personen	6 und mehr Personen
☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Mein höchster Schulabschluss ist ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

kein Abschluss	Hauptschul- abschluss	Lehre / Fachschule	Matura
☐	☐	☐	☐

35. Ich ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

studiere	arbeite teilzeit	arbeite vollzeit	bin arbeitslos	bin Hausfrau	bin Rentner
☐	☐	☐	☐	☐	☐

36. Verglichen mit anderen Leuten dieses Stadtteils ist mein Einkommen ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

unter dem Durchschnitt	Durchschnitt	über dem Durchschnitt
☐	☐	☐

37. Meine Eltern sind in diesem Land geboren ...

Mutter in _____ Vater in _____

38. Ich lebe in Österreich ...

seit meiner Geburt ☐ seit (Jahr) _____

39. Deutsch ist meine Muttersprache? ja ☐

nein ☐

40. Falls Deutsch nicht meine Muttersprache ist ... Mein Deutsch ist ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr gut	gut	weder noch	schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

Herzlichen Dank!

Wichtige Information

Sie haben bereits jetzt durch das Ausfüllen des Fragebogens einen großen Beitrag für diese Studie geleistet. Es besteht außerdem noch die Möglichkeit für Sie an Veranstaltungen zur Förderung Ihrer Gesundheit und Ihres Wohlbefindens (Sportkurse, Ernährungsinformation, Gesundheitsstrasse, ...) teilzunehmen.

Ihre Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist natürlich gratis!

☐ **Ich werde gerne über diverse Veranstaltungen informiert:**

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte noch kurz folgende Fragen:

Ihr Name: _____

Ihre Adresse: _____

Ihre Telefonnummer: _____

Ihre e-mail: _____

Ihre Daten werden natürlich vertraulich behandelt!

CODE _____

Chance

Community Health Management to Enhance Behaviour

Fragebogen

Herzlich Willkommen! Das Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien führt im Rahmen des Projektes CHANCE eine Befragung zur Gesundheit im Stadtteil Simmering - Schneiderviertel durch.

Gesundheit und persönliches Wohlbefinden sind eng miteinander verbunden. Was tue ich, um gesund zu leben? Woher weiß ich wie ich mich gesund ernähre, bewege und wie ich mich wohl fühlen kann?

1. Ich bin über folgende Gesundheitsthemen gut informiert ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
Bewegung.....	☐	☐	☐
Ernährung.....	☐	☐	☐
Psychische Gesundheit.....	☐	☐	☐
Soziales Wohlbefinden (Familie, Freunde,...)	☐	☐	☐

2. Ich bekomme hilfreiche Informationen für meine Gesundheit

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	immer	manchmal	nie
Ich kann alle Informationen zur Gesundheit, die ich möchte, in meinem Stadtteil bekommen	☐	☐	☐
Ich verstehe die Anweisungen meines Arztes	☐	☐	☐
Die meisten Informationen zur Gesundheit verwirren mich	☐	☐	☐

3. Ich bekomme Gesundheitsinformationen von

(Bitte maximal 3 der am häufigsten genutzten Informationsquellen ankreuzen)

Freunden.....	☐	Schule meiner Kinder.....	☐
Familie.....	☐	Apotheke.....	☐
Fernsehen.....	☐	Ernährungsindustrie (Lebensmittelkennzeichn. ...)	☐
Zeitung.....	☐	Gemeinde / Stadtverwaltung.....	☐
Internet.....	☐	Institutionen, Einrichtungen, Vereine...	☐
Nachbarn.....	☐	Staat, Regierung.....	☐
Arzt.....	☐	Sonstigen.....	☐

Bitte geben Sie Ihre wichtigste Quelle für Gesundheitsinformationen an:

4. Es ist einfach, Gesundheitsinformationen in meinem Alltag umzusetzen.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft sehr zu	trifft zu	weder noch	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
☐	☐	☐	☐	☐

5. Wenn ich Probleme habe, finde ich meistens eine Lösung.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft zu

weder noch

trifft nicht zu

☐
☐
☐

6. Wenn ich daran denke, wie ich zuhause und in meinem Stadtteil lebe ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft zu

weder
noch

trifft
nicht zu

In meinem Zuhause fühle ich mich sicher

☐
☐
☐

Ich fühle mich wohl zuhause.....

☐
☐
☐

Mein Zuhause ist erholsam.....

☐
☐
☐

Ich mag meine Wohnung

☐
☐
☐

Ich lebe räumlich zu beengt.....

☐
☐
☐

Ich fühle mich wohl in meinem Stadtteil

☐
☐
☐

Ich fühle mich sicher in meinem Stadtteil.....

☐
☐
☐

Ich habe aktive soziale Kontakte in meiner Nachbarschaft

☐
☐
☐

Ich habe die besten Nachbarn, die man haben kann.....

☐
☐
☐

Ich kenne niemanden aus meiner Nachbarschaft.....

☐
☐
☐

Ich lebe in einer gesunden Umgebung.....

☐
☐
☐

Ich lebe in einem Gebiet mit zu viel Verkehrslärm.....

☐
☐
☐

Ich lebe in einem Gebiet mit sauberer Luft.....

☐
☐
☐

Ich würde lieber in einem anderen Stadtteil wohnen.....

☐
☐
☐

7. Ich lebe in meiner Wohnung/ meinem Haus als...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Eigentümer

Mieter, Pächter

Unter-mieter

☐
☐
☐

8. Ich lebe in einer Wohnung/ einem Haus mit...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

bis zu
60 m²

61-80 m²

81-100 m²

mehr als
100 m²

☐
☐
☐
☐

9. So viel Freizeit verbringe ich täglich im Freien...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

weniger als
1 Stunde

1-2
Stunden

2-3
Stunden

mehr als
3 Stunden

☐
☐
☐
☐

Davon verbringe ich _____ Stunden in meiner direkten Umgebung (im Stadtteil)

10. Ich treibe gerne Sport (z.B. Nordic Walking, Radfahren, Schwimmen, Ballsport ...)

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

mehr als 5
Stunden
pro Woche

3-5 Stunden
pro Woche

1-3 Stunden
pro Woche

0-1 Stunden
pro Woche

selten,
nie

☐
☐
☐
☐
☐

11. Ich treibe Sport in/ im ...

(mehrere Antworten sind möglich)

freier Natur
(Wald, ...)

privater
Umgebung

Fitness
Studio

Sportverei
n

anderswo

☐
☐
☐
☐
☐

12. Besondere Ereignisse (z.B. Feste, Kirtag, Treffen, Aufführungen, Vorträge, ...) sind Attraktionen im Alltag.

Ich besuche gerne Veranstaltungen meines Stadtteils ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

13. Ich bin Mitglied eines Vereins/ einer Organisation meines Stadtteils? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche/r?

14. Für meinen Stadtteil sind die folgenden Bereiche ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	sehr wichtig	weder noch	gar nicht wichtig
Einkaufszentrum.....	☐	☐	☐
Lebensmittelmart.....	☐	☐	☐
Schule.....	☐	☐	☐
Kindergarten.....	☐	☐	☐
Sportverein.....	☐	☐	☐
Grünflächen.....	☐	☐	☐
Gesundheitsamt.....	☐	☐	☐
Sozialstation.....	☐	☐	☐
Bildungseinrichtungen.....	☐	☐	☐
Kirche.....	☐	☐	☐
Soziale Vereine.....	☐	☐	☐
Sportplatz, -halle.....	☐	☐	☐

15. Wenn ich Lebensmittel kaufe, lese ich die Zutatenliste und Nährstoffangaben.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

immer	häufig	manchmal	selten	nie
☐	☐	☐	☐	☐

16. Ich esse/ trinke die folgenden Lebensmittel ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
Brot, Gebä	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vollkornbrot, -gebäck	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reis, Nudel...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli, Cornflakes...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kartoffel.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Obst.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Milch.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fettarme Milchprodukte (Topfen, Magerjoghurt)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fettreiche Milchprodukte (Schlagobers, Creme fraiche)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Käse.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mageres Fleisch, magere Wurst (Schinken)...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fettes Fleisch, fette Wurstwaren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(Salami, Extra Wurst)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fetter Fisch (Lachs, Thunfisch).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
fettarmer Fisch (Dorsch, Zander).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
Pflanzliche Öle (Olivenöl, Sonnenblumenöl).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Butter.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Margarine.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bioprodukte.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fertiggerichte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser, Mineralwasser	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Saft, Nektar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Limonade, Cola.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tee	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kaffee	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wein, Sekt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spirituosen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16a. Fühlen Sie sich durch Ihre tägliche Ernährung ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt? Ja ☐ Nein ☐

Ich nehme Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralstoffe, Ginseng,...) ein

mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Wer bereitet in Ihrem Haushalt die Mahlzeiten zu?

(mehrere Antworten sind möglich)

Eltern	ich selbst	Partner	Kinder	Großeltern	Andere
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie oft wird in Ihrem Haushalt frisch gekocht?

mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Worauf achten Sie bei der Zubereitung Ihrer Speisen?

	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
Verwendung hochwertiger pflanzlicher Öle	☐	☐	☐
Fettsparende Zubereitung durch z.B. Grillen, Folie	☐	☐	☐
Verwendung von Gewürzen und Kräutern statt Salz	☐	☐	☐
Vitaminschonende Zubereitung (Dämpfen, kurze Garzeit)	☐	☐	☐
Geschmack	☐	☐	☐
Verwendung regionaler Produkte	☐	☐	☐
Verwendung saisonaler Produkte	☐	☐	☐

18. Wer kauft Lebensmittel und Dinge des täglichen Bedarfs für den Haushalt ein?

(mehrere Antworten sind möglich)

Eltern	ich selbst	Partner	Kinder	Großeltern	Andere
☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Ich brauche Unterstützung in meinem Haushalt für...

(mehrere Antworten sind möglich)

putzen.....	☐	kochen.....	☐
einkaufen.....	☐	Verwaltung (Formulare ausfüllen, Amtsgänge) ...	☐
pflegen.....	☐	Kinderbetreuung	☐
persönliche Hygiene	☐	Sonstiges	☐
		Keine Unterstützung nötig	☐

20. Für mich ist meine Gesundheit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr wichtig	wichtig	weder noch	weniger wichtig	gar nicht wichtig
☐	☐	☐	☐	☐

21. Allgemein würde ich sagen ist meine Gesundheit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr gut	gut	weder noch	schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

22. Ich erwarte für die nächsten 3 Jahre, dass mein Gesundheitszustand ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sich verbessert	gleich bleibt	sich verschlechtert
☐	☐	☐

23. Ich sehe täglich Fernsehen...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

0-1 Stunde	1-2 Stunden	2-4 Stunden	mehr als 4 Stunden
☐	☐	☐	☐

24. Was heißt „5 am Tag“?

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

5 Mahlzeiten pro Tag.....	☐	5 Portionen Obst/ Gemüse pro Tag...	☐
5 Flaschen Wasser pro Tag...	☐	weiß nicht.....	☐

25. Für wie viele Tage kann ich frisches Faschiertes in meinem Kühlschrank lagern?

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

0 Tage	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	weiß nicht
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

26. Um gesund zu sein,

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
gehe ich regelmäßig zum Arzt	☐	☐	☐
halte ich im Kühlschrank die richtige Temperatur.....	☐	☐	☐
bewege ich mich täglich.....	☐	☐	☐
vermeide ich Stress	☐	☐	☐
achte ich auf eine ausgewogene Lebensweise	☐	☐	☐
esse ich täglich Obst und Gemüse.....	☐	☐	☐
rauche ich nicht.....	☐	☐	☐
wasche ich mir nach Benutzung der Toilette die Hände..	☐	☐	☐
lasse ich rohes Fleisch nicht in Kontakt m. anderen Lebensm. kommen	☐	☐	☐

27. Den folgenden Aussagen stimme ich zu/ nicht zu ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	stimme sehr zu	stimme zu	weder noch	stimme weniger zu	stimme gar nicht zu
Meine Familie ist mir wichtig..	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Karriere ist mir wichtig	☐	☐	☐	☐	☐
Gesund zu leben ist langweilig	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist wichtig in der Stadtteilarbeit mitzuwirken....	☐	☐	☐	☐	☐
Umweltschutz ist mir wichtig..	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gebe mehr Geld für gesunde Lebensmittel aus....	☐	☐	☐	☐	☐
Mich interessiert aktiver Sport	☐	☐	☐	☐	☐

28. Wenn ich Gemeindevorsteher wäre, würde ich die folgenden Dinge ändern, um die Gesundheit in meinem Stadtteil zu verbessern

29. Mein Alter ist ... (Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

unter 20 Jahre	21 – 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51-60 Jahre	61 – 70 Jahre	71 – 80 Jahre	81 und mehr Jahre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. Ich bin ...

weiblich..... ☐
männlich..... ☐

31. Dies ist meine/ mein ...

Körpergröße (in cm)..... _____
Körpergewicht (in kg)..... _____

32. Ich lebe ... (Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

allein..... ☐	nur mit einem Partner..... ☐
mit Kind/ Kindern..... ☐	mit Partner und Kind/ Kindern..... ☐
mit Anderen..... ☐	 ☐

33. So viele Personen leben in meinem Haushalt ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

1 Person	2 Personen	3 Personen	4 Personen	5 Personen	6 und mehr Personen
☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Mein höchster Schulabschluss ist ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

kein Abschluss	Hauptschulabschluss	Lehre / Fachschule	Matura
☐	☐	☐	☐

35. Ich ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

studiere	arbeite teilzeit	arbeite vollzeit	bin arbeitslos	bin Hausfrau	bin Rentner
☐	☐	☐	☐	☐	☐

36. Verglichen mit anderen Leuten dieses Stadtteils ist mein Einkommen...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

unter dem Durchschnitt	Durchschnitt	über dem Durchschnitt
☐	☐	☐

37. Meine Eltern sind in diesem Land geboren ...

Mutter in _____

Vater in _____

38. Ich lebe in Österreich ...seit meiner Geburt ☐

seit (Jahr) _____

39. Deutsch ist meine Muttersprache? ja ☐ nein ☐**40. Falls Deutsch nicht meine Muttersprache ist ... Mein Deutsch ist ...**

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr gut

gut

weder noch

schlecht

sehr schlecht

☐☐☐☐☐**Herzlichen Dank!**

CODE _____

Chance

Community Health Management to Enhance Behaviour

Fragebogen

Herzlich Willkommen! Das Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien führt im Rahmen des Projektes CHANCE eine Befragung zur Gesundheit im Stadtteil Simmering - Schneiderviertel durch.

Gesundheit und persönliches Wohlbefinden sind eng miteinander verbunden. Was tue ich, um gesund zu leben? Woher weiß ich wie ich mich gesund ernähre, bewege und wie ich mich wohl fühlen kann?

2. Ich bin über folgende Gesundheitsthemen gut informiert ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
Bewegung.....	☐	☐	☐
Ernährung.....	☐	☐	☐
Psychische Gesundheit.....	☐	☐	☐
Soziales Wohlbefinden (Familie, Freunde,...)	☐	☐	☐

2. Ich bekomme hilfreiche Informationen für meine Gesundheit

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	immer	manchmal	nie
Ich kann alle Informationen zur Gesundheit, die ich möchte, in meinem Stadtteil bekommen	☐	☐	☐
Ich verstehe die Anweisungen meines Arztes	☐	☐	☐
Die meisten Informationen zur Gesundheit verwirren mich	☐	☐	☐

3. Ich bekomme Gesundheitsinformationen von

(Bitte maximal 3 der am häufigsten genutzten Informationsquellen ankreuzen)

Freunden.....	☐	Schule meiner Kinder.....	☐
Familie.....	☐	Apotheke.....	☐
Fernsehen.....	☐	Ernährungsindustrie (Lebensmittelkennzeichn. ...)	☐
Zeitung.....	☐	Gemeinde / Stadtverwaltung.....	☐
Internet.....	☐	Institutionen, Einrichtungen, Vereine...	☐
Nachbarn.....	☐	Staat, Regierung.....	☐
Arzt.....	☐	Sonstigen.....	☐

Bitte geben Sie Ihre wichtigste Quelle für Gesundheitsinformationen an:

4. Es ist einfach, Gesundheitsinformationen in meinem Alltag umzusetzen.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft sehr zu	trifft zu	weder noch	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
☐	☐	☐	☐	☐

5. Wenn ich Probleme habe, finde ich meistens eine Lösung.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft zu

weder noch

trifft nicht zu

☐
☐
☐

6. Wenn ich daran denke, wie ich zuhause und in meinem Stadtteil lebe ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft zu

weder
noch

trifft
nicht zu

In meinem Zuhause fühle ich mich sicher

☐
☐
☐

Ich fühle mich wohl zuhause.....

☐
☐
☐

Mein Zuhause ist erholsam.....

☐
☐
☐

Ich mag meine Wohnung

☐
☐
☐

Ich lebe räumlich zu beengt.....

☐
☐
☐

Ich fühle mich wohl in meinem Stadtteil

☐
☐
☐

Ich fühle mich sicher in meinem Stadtteil.....

☐
☐
☐

Ich habe aktive soziale Kontakte in meiner Nachbarschaft

☐
☐
☐

Ich habe die besten Nachbarn, die man haben kann.....

☐
☐
☐

Ich kenne niemanden aus meiner Nachbarschaft.....

☐
☐
☐

Ich lebe in einer gesunden Umgebung.....

☐
☐
☐

Ich lebe in einem Gebiet mit zu viel Verkehrslärm.....

☐
☐
☐

Ich lebe in einem Gebiet mit sauberer Luft.....

☐
☐
☐

Ich würde lieber in einem anderen Stadtteil wohnen.....

☐
☐
☐

7. Ich lebe in meiner Wohnung/ meinem Haus als...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Eigentümer

Mieter, Pächter

Unter-mieter

☐
☐
☐

8. Ich lebe in einer Wohnung/ einem Haus mit...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

bis zu
60 m²

61-80 m²

81-100 m²

mehr als
100 m²

☐
☐
☐
☐

9. So viel Freizeit verbringe ich täglich im Freien...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

weniger als
1 Stunde

1-2
Stunden

2-3
Stunden

mehr als
3 Stunden

☐
☐
☐
☐

Davon verbringe ich _____ Stunden in meiner direkten Umgebung (im Stadtteil)

10. Ich treibe gerne Sport (z.B. Nordic Walking, Radfahren, Schwimmen, Ballsport ...)

(Bitte zutreffende Antwort
ankreuzen)

mehr als 5
Stunden
pro Woche

3-5 Stunden
pro Woche

1-3 Stunden
pro Woche

0-1 Stunden
pro Woche

selten,
nie

☐
☐
☐
☐
☐

11. Ich treibe Sport in/ im ...

(mehrere Antworten sind
möglich)

freier Natur
(Wald, ...)

privater
Umgebung

Fitness
Studio

Sportverei
n

anderswo

☐
☐
☐
☐
☐

12. Besondere Ereignisse (z.B. Feste, Kirtag, Treffen, Aufführungen, Vorträge, ...) sind Attraktionen im Alltag.

Ich besuche gerne Veranstaltungen meines Stadtteils

ja ☐

nein ☐

Wenn ja, welche?

13. Ich bin Mitglied eines Vereins/ einer Organisation meines Stadtteils?

ja ☐

nein ☐

Wenn ja, welche/r?

14. Für meinen Stadtteil sind die folgenden Bereiche ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	sehr wichtig	weder noch	gar nicht wichtig
Einkaufszentrum.....	☐	☐	☐
Lebensmittelmarkt.....	☐	☐	☐
Schule.....	☐	☐	☐
Kindergarten.....	☐	☐	☐
Sportverein.....	☐	☐	☐
Grünflächen.....	☐	☐	☐
Gesundheitsamt.....	☐	☐	☐
Sozialstation.....	☐	☐	☐
Bildungseinrichtungen.....	☐	☐	☐
Kirche.....	☐	☐	☐
Soziale Vereine.....	☐	☐	☐
Sportplatz, -halle.....	☐	☐	☐

15. Wenn ich Lebensmittel kaufe, lese ich die Zutatenliste und Nährstoffangaben.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

immer

häufig

manchmal

selten

nie

☐

☐

☐

☐

☐

16. Ich esse/ trinke die folgenden Lebensmittel ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
Brot, Gebä	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vollkornbrot, -gebäck	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reis, Nudel...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli, Cornflakes...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kartoffel.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Obst.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Milch.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fettarme Milchprodukte (Topfen, Magerjoghurt)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fettreiche Milchprodukte (Schlagobers, Creme fraiche)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Käse.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mageres Fleisch, magere Wurst (Schinken)...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fettes Fleisch, fette Wurstwaren (Salami, Extra Wurst)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fetter Fisch (Lachs, Thunfisch).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
fettarmer Fisch (Dorsch, Zander).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
Pflanzliche Öle (Olivenöl, Sonnenblumenöl).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Butter.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Margarine.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bioprodukte.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fertiggerichte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser, Mineralwasser	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soft, Nektar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Limonade, Cola.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tee	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kaffee	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wein, Sekt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spirituosen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16a. Fühlen Sie sich durch Ihre tägliche Ernährung ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt? Ja ☐ Nein ☐

Ich nehme Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralstoffe, Ginseng,...) ein

mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Wer bereitet in Ihrem Haushalt die Mahlzeiten zu?

(mehrere Antworten sind möglich)

Eltern	ich selbst	Partner	Kinder	Großeltern	Andere
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie oft wird in Ihrem Haushalt frisch gekocht?

mehrmals täglich	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	etwa 1mal pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Worauf achten Sie bei der Zubereitung Ihrer Speisen?

	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
Verwendung hochwertiger pflanzlicher Öle	☐	☐	☐
Fettsparende Zubereitung durch z.B. Grillen, Folie	☐	☐	☐
Verwendung von Gewürzen und Kräutern statt Salz	☐	☐	☐
Vitaminschonende Zubereitung (Dämpfen, kurze Garzeit)	☐	☐	☐
Geschmack	☐	☐	☐
Verwendung regionaler Produkte	☐	☐	☐
Verwendung saisonaler Produkte	☐	☐	☐

18. Wer kauft Lebensmittel und Dinge des täglichen Bedarfs für den Haushalt ein?

(mehrere Antworten sind möglich)

Eltern	ich selbst	Partner	Kinder	Großeltern	Andere
☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Ich brauche Unterstützung in meinem Haushalt für...

(mehrere Antworten sind möglich)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| putzen..... | ☐ | kochen..... | ☐ |
| einkaufen..... | ☐ | Verwaltung (Formulare ausfüllen, Amtsgänge) ... | ☐ |
| pflegen..... | ☐ | Kinderbetreuung | ☐ |
| persönliche Hygiene | ☐ | Sonstiges | ☐ |
| | | Keine Unterstützung nötig | ☐ |

20. Für mich ist meine Gesundheit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr wichtig | wichtig | weder noch | weniger wichtig | gar nicht wichtig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

21. Allgemein würde ich sagen ist meine Gesundheit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr gut | gut | weder noch | schlecht | sehr schlecht |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

22. Ich erwarte für die nächsten 3 Jahre, dass mein Gesundheitszustand ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| sich verbessert | gleich bleibt | sich verschlechtert |
| ☐ | ☐ | ☐ |

23. Ich sehe täglich Fernsehen...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 0-1 Stunde | 1-2 Stunden | 2-4 Stunden | mehr als 4 Stunden |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

24. Was heißt „5 am Tag“?

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 5 Mahlzeiten pro Tag..... | ☐ | 5 Portionen Obst/ Gemüse pro Tag... | ☐ |
| 5 Flaschen Wasser pro Tag... | ☐ | weiß nicht..... | ☐ |

25. Für wie viele Tage kann ich frisches Faschieretes in meinem Kühlschrank lagern?

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 Tage | 1 Tag | 2 Tage | 3 Tage | 4 Tage | 5 Tage | weiß nicht |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

26. Um gesund zu sein,

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | trifft zu | weder noch | trifft nicht zu |
| gehe ich regelmäßig zum Arzt | ☐ | ☐ | ☐ |
| halte ich im Kühlschrank die richtige Temperatur..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| bewege ich mich täglich..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| vermeide ich Stress | ☐ | ☐ | ☐ |
| achte ich auf eine ausgewogene Lebensweise | ☐ | ☐ | ☐ |
| esse ich täglich Obst und Gemüse..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| rauche ich nicht..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| wasche ich mir nach Benutzung der Toilette die Hände.. | ☐ | ☐ | ☐ |
| lasse ich rohes Fleisch nicht in Kontakt m. anderen Lebensm. kommen | ☐ | ☐ | ☐ |

27. Den folgenden Aussagen stimme ich zu/ nicht zu ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	stimme sehr zu	stimme zu	weder noch	stimme weniger zu	stimme gar nicht zu
Meine Familie ist mir wichtig..	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Karriere ist mir wichtig	☐	☐	☐	☐	☐
Gesund zu leben ist langweilig	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist wichtig in der Stadtteilarbeit mitzuwirken....	☐	☐	☐	☐	☐
Umweltschutz ist mir wichtig..	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gebe mehr Geld für gesunde Lebensmittel aus....	☐	☐	☐	☐	☐
Mich interessiert aktiver Sport	☐	☐	☐	☐	☐

28. Wenn ich Gemeindevorsteher wäre, würde ich die folgenden Dinge ändern, um die Gesundheit in meinem Stadtteil zu verbessern

29. Mein Alter ist ... (Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

unter 20 Jahre	21 – 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51-60 Jahre	61 – 70 Jahre	71 – 80 Jahre	81 und mehr Jahre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. Ich bin ...

weiblich..... ☐
 männlich..... ☐

31. Dies ist meine/ mein ...

Körpergröße (in cm).....
 Körpergewicht (in kg).....

32. Ich lebe ... (Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

allein.....	☐	nur mit einem Partner.....	☐
mit Kind/ Kindern.....	☐	mit Partner und Kind/ Kindern.....	☐
mit Anderen.....	☐		☐

33. So viele Personen leben in meinem Haushalt ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

1 Person	2 Personen	3 Personen	4 Personen	5 Personen	6 und mehr Personen
☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Mein höchster Schulabschluss ist ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

kein Abschluss	Hauptschul- abschluss	Lehre / Fachschule	Matura
☐	☐	☐	☐

35. Ich ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

studiere	arbeite teilzeit	arbeite vollzeit	bin arbeitslos	bin Hausfrau	bin Rentner
☐	☐	☐	☐	☐	☐

36. Verglichen mit anderen Leuten dieses Stadtteils ist mein Einkommen...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

unter dem Durchschnitt	Durchschnitt	über dem Durchschnitt
☐	☐	☐

37. Meine Eltern sind in diesem Land geboren ...

Mutter in _____

Vater in _____

38. Ich lebe in Österreich ...seit meiner Geburt ☐

seit (Jahr) _____

39. Deutsch ist meine Muttersprache? ja ☐ nein ☐**40. Falls Deutsch nicht meine Muttersprache ist ... Mein Deutsch ist ...**

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr gut**gut****weder noch****schlecht****sehr schlecht**☐☐☐☐☐**Herzlichen Dank!**

Chance

Community Health Management to Enhance Behaviour

Fragebogen

1. Ich bin _____ Jahre alt.

2. Ich bin ...

3. Dies ist meine/ mein ...

weiblich..... ☐

Körpergröße (in cm).....

männlich..... ☐

Körpergewicht (in kg).....

4. Mein höchster Schulabschluss ist ...

(Bitte zutreffende
Antwort ankreuzen)

kein
Abschluss

Hauptschule

Lehre/
Fachschule

Matura

Fachhochschule/
Universität

☐
☐
☐
☐
☐

3. Ich ...

(Bitte zutreffende
Antwort ankreuzen)

studiere

arbeite
teilzeit

arbeite
vollzeit

bin
arbeitslos

bin
Hausfrau

bin
Rentner

☐
☐
☐
☐
☐
☐

4. Ich bekomme Gesundheitsinformationen von

(Bitte maximal 3 der am häufigsten genutzten Informationsquellen ankreuzen)

Freunden.....

☐

Schule meiner Kinder.....

☐

Familie.....

☐

Apotheke.....

☐

Fernsehen.....

☐

Ernährungsindustrie (Lebensmittelkennzeichn. ...)

☐

Zeitung.....

☐

Gemeinde / Stadtverwaltung.....

☐

Internet.....

☐

Institutionen, Einrichtungen, Vereine...

☐

Nachbarn.....

☐

Staat, Regierung.....

☐

Arzt.....

☐

Sonstigen.....

☐

Von den drei genannten ist folgende meine wichtigste Quelle für Gesundheitsinformation:

5. Ich habe von dem CHANCE-Projekt erfahren...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Informationsfolder.....

☐

Aushang am schwarzen Brett im Haus.....

☐

durch Freunde/Bekannte.....

☐

wurde im Hyblerpark angesprochen.....

☐

wurde telefonisch informiert.....

☐

Nachbarschaftsfest im Hyblerpark, 26.5.2009.....

☐

Simmeringer Straßenfest, 6.6.2009.....

☐

sonstiges.....

☐

z.B. _____

6. Ich habe an der/den Veranstaltungen teilgenommen weil...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- mich das Thema interessiert..... ☐
 ich etwas für mich und die Gesundheit von meiner Familie und
 mir tun wollte..... ☐
 meine Bekannten auch hingegangen sind..... ☐
 es kostenlos war..... ☐
 sonstiges..... ☐
 z.B. _____

7. Mir hat die Veranstaltung/en gefallen:

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Sehr gut

Gut

Weniger
gut

Überhaupt nicht

☐
☐
☐
☐

8. Die Vortragende/Kursleiterin war...

(Bitte max. 3 zutreffende Antworten ankreuzen)

- kompetent..... ☐
 inkompetent..... ☐
 freundlich..... ☐
 unfreundlich..... ☐
 konnte den Inhalt für mich verständlich erklären..... ☐
 konnte den Inhalt für mich nicht verständlich erklären..... ☐
 ist auf Fragen eingegangen..... ☐
 ist auf Fragen nicht eingegangen..... ☐
 sonstiges..... ☐
 z.B. _____

9. Die Inhalte des Veranstaltung/en waren...

(Bitte max. 2 zutreffende Antworten ankreuzen)

- das was ich mir erwartet habe..... ☐
 leider nicht das, was ich mir erwartet habe..... ☐
 informativ..... ☐
 nicht informativ..... ☐
 sonstiges..... ☐
 z.B. _____

10. Ich fand das vermittelte Wissen praxisrelevant:

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Ja ☐

Nein ☐

11. Ich konnte das vermittelte Wissen in den Alltag umsetzen:

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, wie?

Wenn nein, warum nicht?

12. Ich würde es begrüßen, wenn das Projekt weitergeführt wird...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Ja

☐

Nein

☐

13. Folgende gesundheitsrelevanten Themen würden mich für weitere Veranstaltungen interessieren:

(Bitte max. 3 zutreffende Antworten ankreuzen)

- Für einen gesunden Start ins Leben – Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit..... ☐
- Was Kinder wirklich brauchen – Ernährung bei Kindern und Jugendlichen..... ☐
- Spezifische Ernährungstipps für SeniorInnen – gesundes Altern..... ☐
- Welchen Beitrag kann „ICH“ zur Vorsorge von Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauferkrankungen leisten..... ☐
- Maßvoller Umgang mit Genussmitteln (Nikotin, Alkohol...)..... ☐
- Stressmanagement..... ☐
- körperliche Aktivität..... ☐
- sonstiges..... ☐
- z.B. _____

14. Eine Veranstaltung mit gesundheitsrelevanten Themen sollte beinhalten...

(Bitte max. 2 zutreffende Antworten ankreuzen)

- praktische Übungen z.B. Kochen..... ☐
- Informationen in Form eines Vortrages..... ☐
- offene Diskussionen..... ☐
- Erfahrungsberichte von Betroffenen..... ☐
- sonstiges..... ☐
- z.B.: _____

15. Eine derartige Veranstaltung sollte stattfinden...

(Bitte max. 2 zutreffende Antworten ankreuzen)

- Gemeindezentrum..... ☐
- Volkshochschule..... ☐
- Kindergarten..... ☐
- Schule ☐
- Park ☐
- Restaurant, Café und Ähnliches ☐
- sonstiges..... ☐
- z.B.: _____

Vielen Dank!

Chance

Community Health Management to Enhance Behaviour

Fragebogen

1. Ich bin _____ Jahre alt.

2. Ich bin ...

weiblich..... ☐

männlich..... ☐

3. Dies ist meine/ mein ...

Körpergröße (in cm).....

Körpergewicht (in kg).....

4. Mein höchster Schulabschluss ist...

(Bitte zutreffende
Antwort ankreuzen)

kein
Abschluss
☐

Hauptschule
☐

Lehre/
Fachschule
☐

Matura
☐

Fachhochschule/
Universität
☐

5. Ich bekomme Gesundheitsinformationen von

(Bitte maximal 3 der am häufigsten genutzten Informationsquellen ankreuzen)

Freunden..... ☐

Familie..... ☐

Fernsehen..... ☐

Zeitung..... ☐

Internet..... ☐

Nachbarn..... ☐

Arzt..... ☐

Schule meiner Kinder..... ☐

Apotheke..... ☐

Ernährungsindustrie (Lebensmittelkennzeichn. ...) ☐

Gemeinde / Stadtverwaltung..... ☐

Institutionen, Einrichtungen, Vereine... ☐

Staat, Regierung..... ☐

Sonstigen..... ☐

Von den drei genannten ist folgende meine wichtigste Quelle für
Gesundheitsinformation:

5.a. Das ist auch der einfachste Weg/Quelle um zu Gesundheitsinformation zu kommen:

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Ja ☐

Nein ☐

Wenn nicht, wie würden Sie am liebsten Gesundheitsinformationen erhalten?

6. Ich habe an dem CHANCE-Projekt nicht teilgenommen weil,...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

ich keine Zeit hatte..... ☐

ich keine Lust hatte..... ☐

mich so etwas nicht interessiert..... ☐

ich keine Informationen erhalten habe..... ☐

sonstiges..... ☐

z.B. _____

6. Damit ich an einer derartigen Veranstaltung teilnehmen würde, müsste der Vortragende zu folgender Gruppe gehören:

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- Arzt..... ☐
 Wissenschaftler..... ☐
 Betroffene..... ☐
 Egal..... ☐
 sonstiges..... ☐
 z.B. _____

8. Damit ich an einer derartigen Veranstaltung teilnehmen würde, müsste sie an diesen Tagen stattfinden:

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- unter der Woche..... ☐
 am Wochenende..... ☐
 egal..... ☐

9. Damit ich an einer derartigen Veranstaltung teilnehmen würde, müsste sie zu dieser Zeit stattfinden:

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

- am Vormittag..... ☐
 am Nachmittag..... ☐
 am Abend..... ☐
 egal..... ☐

10. Damit ich an einer derartigen Veranstaltung teilnehmen würde, sollte sie an diesen Plätzen stattfinden...

(Bitte max. 2 zutreffende Antworten ankreuzen)

- Gemeindezentrum..... ☐
 Volkshochschule..... ☐
 Kindergarten..... ☐
 Schule..... ☐
 Park..... ☐
 Restaurant, Café und Ähnliches..... ☐
 sonstiges..... ☐
 z.B.: _____

11. Damit ich an einer derartigen Veranstaltung teilnehmen würde, sollte sie beinhalten...

(Bitte max. 2 zutreffende Antworten ankreuzen)

- praktische Übungen z.B. Kochen..... ☐
 Informationen in Form eines Vortrages..... ☐
 offene Diskussionen..... ☐
 Erfahrungsberichte von Betroffenen..... ☐
 sonstiges..... ☐
 z.B.: _____

12. Damit ich an einer derartigen Veranstaltung teilnehmen würde, sollten folgende gesundheitsrelevanten Themen angeboten werden:

(Bitte max. 3 zutreffende Antworten ankreuzen)

- | | |
|--|--------------------------|
| Für einen gesunden Start ins Leben – Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit..... | ☐ |
| Was Kinder wirklich brauchen – Ernährung bei Kindern und Jugendlichen..... | ☐ |
| Spezifische Ernährungstipps für SeniorInnen – gesundes Altern..... | ☐ |
| Welchen Beitrag kann „ICH“ zur Vorsorge von Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauferkrankungen leisten..... | ☐ |
| Maßvoller Umgang mit Genussmitteln (Nikotin, Alkohol.....) | ☐ |
| Stressmanagement..... | ☐ |
| körperliche Aktivität..... | ☐ |
| sonstiges..... | ☐ |
- z.B. _____

Vielen Dank!

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Wagner Lisa-Maria
Geburtsdatum: 04.08.1983
Geburtsort: Wien
Nationalität: Österreich
Familienstand: ledig

Ausbildung

Oktober 2001 bis Februar 2010 Diplomstudium der Ernährungswissenschaften
Universität Wien
■ Wahlschwerpunkt: Ernährungsökonomie
■ 1. Diplomprüfung: Februar 2007
■ 2. Diplomprüfung: Februar 2010

September 1993 bis Juni 2001 BG und BRG Perchtoldsdorf, musischer Zweig

September 1989 bis Juni 1993 Volksschule Babenberbergasse, Mödling

Berufserfahrung und Praktikas

Juli bis August 2009 **Institut für Ernährungswissenschaften**
(Wien)
■ Unterstützung bei der Rekrutierung von Probanden im Rahmen eines EU-Projektes
■ Anthropometrische Messungen
■ Fragebogenerhebung (zur Erfassung von Gesundheits- und Ernährungsverhalten)
■ Computergestützte Datenbearbeitung
■ Fragebogen- und FFQ-Auswertung

August bis September 2008 **eatconsult**
(Wien)
■ Ernährungswissenschaftliche Recherche
■ Konsumentengerechte Aufbereitung ernährungswissenschaftlicher Inhalte
■ Pressearbeit (Vorbereitung für und Anwesenheit bei TV-Interview zum Thema „Fruchtsäfte“)

seit April 2007

Umweltberatung Niederösterreich

(Tullnerbach)

- ▣ freie Referentin für umweltpädagogische Themen, derzeit „Wissen zum Essen“

Juli bis August 2006

Biofeinkost Hiel

(Wien)

- ▣ Herstellung biologisch-vegetarischer Lebensmittel
- ▣ Pasteurisation, Verpackung, Etikettierung, Kommissionierung

Juli bis August 2005

„die umweltberatung“ Niederösterreich

(Wiener Neustadt)

- ▣ Erstellung von Beratungsstandards und Informationsblättern
- ▣ wissenschaftliche Recherche
- ▣ Datenbankpflege
- ▣ Erarbeitung von didaktischen Materialien

Dezember 2001

Landeskrinikum Thermenregion Mödling

(Mödling)

- ▣ Mitarbeit Diätassistentin

Nebentätigkeit

März 2000 bis Juni 2009

MOL Johannes Wagner

(Mödling)

- ▣ Unterstützung Tankstellenmanagement

Fremdsprachen

- ▣ Englisch: verhandlungssicher
Seminar an der Medizinischen Universität Wien,
 - ▣ Ao. Univ. Prof. Dr. Timothy Skern (WS 05 / SS 06):
 - “Writing and Speaking Scientific English“
 - “Advanced Writing and Speaking Scientific English“
- ▣ Spanisch: Grundkenntnisse

Spezielle Kenntnisse

EDV-Kenntnisse:

- MS Office: Word, Excel, Powerpoint, etc.
- SPSS: Statistikprogramm
- DGE-PC professional: Nährwertberechnung
- Adobe: Photoshop, Illustrator

Sonstige Ausbildungen:

- Ernährung nach TCM (18 Stunden) – Shiatsu Schule Tripp in 1030 Wien
- Ausbildung zum Ethikunterricht für Kinder von 3 – 10 Jahren

Auslandsaufenthalte

- August 2007: Chile, Santiago – Sprachaufenthalt
- September 2006: Kanada, Toronto – Sprachaufenthalt
- Juli – August 2004: USA, Boston – Sprachaufenthalt
- August - September 2001: USA, Los Angeles – „Au pair“
- August 1999: Kanada, Toronto – Praktikum in Büro
- August 1997: England, London – Sprachaufenthalt