

Reach the Generation

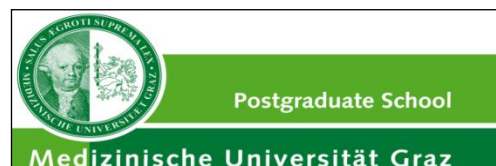
Erreichbarkeit älterer Menschen für niederschwellige gesundheitsfördernde Interventionen am Beispiel der Region Fürstenfeld

Beate Wurzwallner BA

Matrikelnummer: 1033402

Zur Erlangung des akademischen Grades: Master of Public Health MPH
Universitätslehrgang Public Health
Medizinische Universität Graz

Betreuer: Mag. Florian Schnabel, MPH
Zweitbegutachter: Dr. med. Martin Sprenger
Fürstenfeld, am 01. November 2014



Danksagung

Für meine liebe Familie, meinen Mann Günther Gölles und meine wunderbare Tochter Regina Ludmilla.

Mein lieber Günther, danke für Deine energiegeliebenden Rückmeldungen. Danke für all die technischen Hilfestellungen. Danke, dass Du mich immer bestärkt hast!

Liebe Regina, danke für die vielen Stunden an denen Du neben mir gesessen hast, den Locher in der Hand und Dich mit mir gefreut hast. Danke für all die Pausen, die ich durch Dich erfahren habe, wenn du selbst „in die Tasten gehauen“ hast.

Danke an meinen Betreuer Mag. Florian Schnabl, MPH der mir immer wieder vor Augen geführt hat, dass ich schon „total weit“ bin. DANKE!

Danke an meinen Laptop, Du hast immer zuverlässig kooperiert.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt bzw. die wörtlich und sinngemäß entnommenen Stellen anderer AutorInnen als solche kenntlich gemacht habe.

Ort/ Datum

Unterschrift

Kurzfassung

Hintergrund: Die Unterjüngung und der steigende Anteil älterer Menschen sind, unter anderem, Auswirkungen der Veränderung der Altersstruktur in unserer Gesellschaft.

Als Triebkräfte werden z.B. das erhöhte bzw. höhere Lebensalter der Generation der „Babyboomer“, die steigende Lebenserwartung und die Veränderung in der Geburtenbilanz beschrieben.

Neben der steigenden Lebenserwartung steigt auch das Risiko von komplexen und gleichzeitig nebeneinander auftretenden, physiologischen Altersveränderungen. Eine Zunahme der Lebenserwartung von drei Jahren bedeuten immer noch zwei Jahre mit chronischer Erkrankung und Betreuungsabhängigkeit.

Angesichts dieser Prognosen ist es notwendig, über Maßnahmen nachzudenken, die diese Entwicklung verändern. Dazu gehört auch das Setzen gezielter Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung im frühen Alter, also bei der Zielgruppe der über 50-Jährigen.

Den Gemeinden kommt in Sachen Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen eine Schlüsselrolle zu, da sie die Rahmenbedingungen schaffen, innerhalb derer Gesundheit gelebt werden kann.

Ziel dieser Masterthesis ist es, herauszuarbeiten, wie die Erreichbarkeit und Partizipation von älteren Menschen im kommunalen Setting am Beispiel der Region Fürstenfeld umgesetzt werden kann. Zudem sollen Erfolgsfaktoren aus anderen Projekten erhoben werden, sowie die strukturellen Voraussetzungen der Region.

Methodik: Eine systematische Recherche bildet die Basis des Theorieteils, in dem die demographische Entwicklung in Österreich und speziell in der Region Fürstenfeld erhoben wird. Aufbauend darauf, werden Modelle und theoretische Konzepte von Gesundheit und Gesundheitsförderung dargestellt, die dann in der Kommunalen Gesundheitsförderung weitere Ausführung finden und mit Modellen zur Erreichbarkeit der Zielgruppe ergänzt werden. Eine ausführliche Beschreibung der Zielgruppe und eine Regionalanalyse der Region Fürstenfeld bilden den Abschluss des Theorieteils. Dieser bildet das Fundament für die ExpertInnen-Interviews. Insgesamt wurden vier ExpertInnen aus den Bereichen der Wissenschaft und praktischen Umsetzung sowie Politik befragt.

Ergebnisse: Die Veränderungen der Altersstruktur mit den Herausforderungen für die Gesellschaft sind komplex und können nur mit komplexen Konzepten begegnet werden. Kommunale Gesundheitsförderung ist ein geeignetes Mittel, um dem Bedarf der Zielgruppe gerecht zu werden.

Zur Erreichbarkeit älterer Personen für gesundheitsförderliche Interventionen im kommunalen Bereich eignen sich eine Reihe von Methoden und Instrumente.

Es gibt aber keine Garantie dafür, dass es DIE eine Methode gibt, die immer funktioniert, vielmehr soll auf die jeweiligen Begebenheiten der jeweiligen Region und Bevölkerung Rücksicht genommen werden.

Schlussfolgerung: Besonders hervorzuheben ist die Erkenntnis, dass sich besonders in der kommunalen Struktur die persönliche Ansprache und der Einsatz von Peer-MultiplikatorInnen besonders gut eignen, um Menschen für gesundheitsförderliche Interventionen zu erreichen.

Schlüsselwörter: Demographische Alterung, *Demographischer Wandel*, kommunale Gesundheitsförderung, soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Alter, Partizipation, Peer-MultiplikatorInnen, Regionalanalyse

Abstract

Background: Over the coming decades, Austrian's demographic make up will change dramatically. Our populations are becoming older than ever before because of three major trends. First, as the baby-boom generation approaches retirement age, second, birth rates have remained low for several decades and third, we are simply living longer.

In addition to increase in life expectancy also increases the risk of complex and at the same time occurrence of physiological age-related changes. An increase in the life expectancy of three years always mean two more years with chronic disease and care dependency.

Given these forecasts, it is necessary to think about measures that change this trend. This includes setting specific activities of prevention and health promotion at an early age, at the target group of over 50 year olds.

Municipalities play an key role in health promotion for and with older people. They are setting conditions, in which health will be create and lived with.

The aim of this master thesis is to work out how the accessibility and participation of older people in the community setting can be implemented using the example of Fürstenfeld region. Plus, success factors should be collected from other projects, as well as the structural conditions of the region.

Methods:

A systematic research forms the basis of the theory part in the demographic development in Austria and especially in the region Fürstenfeld will be charged.

Building on models and theoretical concepts of health and health promotion are presented, especially with the participation-focus and accessibility. A detailed description of the target group and a regional analysis of Fürstenfeld region and conclude the theoretical part. It forms the foundation for the Guide Support expert interviews. A total of four experts from the perspectives of science and practice, and policy were interviewed.

Results: The changes in the age structure of the challenges for society are complex and can only be countered with complex concepts. Municipal health promotion is an appropriate means to meet the needs of the target group to meet. To access older people for health-promoting interventions in the municipal sector, a number of methods and tools are suitable. But there is not one method that always works, but should be made to the current situations of each region and population into consideration.

Conclusion: Particularly noteworthy is the finding that especially in the municipal structure, the personal approach and the use of peer facilitators are particularly well suited to reach people for health-promoting interventions.

Key Words: Demographic aging, demographic change, community health promotion, social inequality and health in older age, participation, peer facilitators, regional analysis

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Public Health Relevanz	1
1.2 Aufgabenstellungen für die Kommunen.....	2
1.3 Ziele und Fragestellung	4
1.4 Methode und Studiendesign.....	4
2. Begriffsdefinitionen & Abgrenzungen	7
2.1 Begriffsdefinition Gesundheit.....	7
2.2 Krankheit.....	8
2.3 Demographischer Wandel	9
2.3.1 Demographische Alterung.....	9
2.3.2 Der epidemiologische Übergang: Die Altersstruktur als Alterspyramide	10
3. Bevölkerungsentwicklung & demographische Alterung.....	12
3.1 Der Demographische Wandel	13
3.2 Die demographische Alterung	13
3.3 Demographischer Wandel in Österreich.....	14
3.4 Zukünftige Bevölkerungsentwicklung Österreichs 2012-2069 (2075) gemäß Hauptvariante der Prognose	17
3.4.1 Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark (Hauptszenario)	19
3.4.2 Bevölkerungsentwicklung im Bezirk Fürstenfeld.....	21
4. Modelle und theoretische Konzeptionen von Gesundheit & Gesundheitsförderung.....	23
4.1 Determinanten von Gesundheit.....	24
4.2 Gesundheitsförderung.....	25
4.3 Ressourcenorientierung – Salutogenese und Kohärenzgefühl	26
4.4 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell	27
5. Kommunale Gesundheitsförderung älterer Menschen unter dem Schwerpunkt des Peer-Multiplikatoren-Ansatzes	30
5.1 Kommunale Gesundheitsförderung.....	30
5.2 Modelle & Methoden zur Partizipation	32
5.2.1 Stufen der Partizipation	33
5.2.2 Methoden der Partizipation	36
5.3 Peer-Multiplikatoren-Ansatz	39

6. Ausgewählte Good-Practice-Beispiele aus der kommunalen Gesundheitsförderung	40
7. Bedeutung der Zielgruppe älterer Menschen für die Gesundheitsförderung	44
7.1 Was bedeutet <i>Altern</i> ?.....	45
7.2 Gesellschaftliche und politische Partizipation als Basis von Maßnahmen der Gesundheitsförderung	45
7.2.1 Wahrnehmung älterer Menschen in der Gesellschaft	46
7.2.2 Leistungspotentiale der neuen „Alten“	46
7.3 Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter	47
7.3.1 Sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf Morbidität und Mortalität	47
7.3.2 Krankheiten und Beschwerden.....	48
7.4 Soziale Lage: Armut im Alter	49
7.5 Alters-? und Gendergap: Die besondere Lage älterer Frauen	50
7.6 Wohnen im Alter.....	51
7.7 Freizeitverhalten, Alltag und Isolation.....	52
7.7.1 Freizeitverhalten und Alltag.....	52
7.7.2 Reisen und Ausflüge	53
7.8 Ernährungssituation älterer Menschen	54
7.9 Einsamkeit und Isolation im Alter.....	54
7.10 Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität	55
7.10.1 Lebenserwartung	56
7.10.2 Gesunde Lebensjahre	57
8. Regionsanalyse Fürstentum.....	59
8.1 Bestandsaufnahme	59
8.1.1 Strukturdaten Region Fürstentum.....	59
8.1.2 Soziale Daten für ältere Menschen.....	60
8.1.3 Wohnraumangebote & Stadtbild.....	61
8.1.4 Mobilität.....	62
8.2 Bedarfsanalyse	62
9. Überblick über die theoretischen Vorüberlegungen.....	64
10. Qualitative Befragung	65
10.1 Forschungsmethode und Interviewleitfaden	65
10.1.1 Auswahl der ExpertInnen	65
10.1.2 Befragungsprozess und Interviewleitfaden	66

10.2	Ergebnisse der ExpertInnen-Interviews	68
10.2.1	Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema Bedeutung von Gesundheit und Gesundheitsförderung	68
10.2.2	Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema gesundheitsförderliche Maßnahmen	69
10.2.3	Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema Aktivierung der Zielgruppe .	71
10.2.4	Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema Peer-Multiplikatoren-Ansatz	72
10.2.5	Meinungsbild der ExpertInnen zum Theme Good-Practice.....	74
11.	Zusammenfassung.....	75
11.1	Beantwortung der Forschungsfrage	75
11.2	Diskussion und Schlussfolgerung.....	76
12.	Verzeichnisse	78
	Literaturverzeichnis.....	78

1. Einleitung

Der Begriff *Demographischer Wandel* wird oft mit den Schlagwörtern niedrige Geburtenrate und Überalterung assoziiert und als Problem für Pensionsversicherung, Gesundheitssystem und Altenbetreuung wahrgenommen.¹ Die Auswirkungen der Veränderung der Altersstruktur sind aber in der gesamten Bevölkerungsstruktur zu erkennen. So kommt es zu einer Unterjüngung der Gesellschaft mit den Phänomenen, dass es mehr Singles und Kinderlose geben wird, mehr Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und einen steigenden Migrantenanteil in allen Altersgruppen.

Als Triebkräfte für diese umfassenden Veränderungen in der gesamtösterreichischen Gesellschaft und in den Gesellschaften der westlichen Industrienationen, werden folgenden Faktoren beschreiben:

Die Steigerung der Lebenserwartung führt zu einem höheren Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft. Gleichzeitig gibt es Veränderungen in der sogenannten Geburtenbilanz. Also der Saldo aus Geburten und Sterbefällen. (ebd.)

Die Zahl der Kinder je Frau im Jahr und die Sterbefälle im Jahr halten sich derzeit die Waage.² Zukünftige Prognosen zum Bevölkerungswachstum gehen davon aus, dass sich die Geburtenbilanzen in immer stärker werdende Geburtsdefizite verwandeln werden.³ In den Jahren von 1951 bis 1971 war das Wachstum der österreichischen Bevölkerung weitgehend durch Geburtenüberschüsse entstanden. Seit 1971 wächst Österreich hauptsächlich durch Zuwanderung aus dem Ausland. (ebd.)

Prognosen der Österreichischen Raumordnungskonferenz ÖROK zufolge, wird die Gesamtzahl der österreichischen Bevölkerung im Jahr 2020 um 4,5 % und im Jahr 2040 um 11 % gewachsen sein.⁴ Ausgangspunkt der Bevölkerungszahl ist der 01.01.2010. In der Region Fürstenfeld wird der Zuwachs Schätzungen zufolge im Jahr 2020 2 % und 2040 4 % betragen. Wobei es zu einem Bevölkerungsdefizit in der Altersgruppe der 0 bis 19-Jährigen kommen wird und bei den 20- bis 64-Jährigen. Hingegen nimmt der Anteil der über 65-Jährigen mit bis zu 78 % im Jahr 2040 zu und der Anteil der über 85-Jährigen wird sich bis ins Jahr 2040 mehr als verdoppelt haben. (ebd.)

1.1 Public Health Relevanz

Was bedeutet dies nun für den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand älterer Menschen?

Zunächst wird festgehalten, dass die WHO (Weltgesundheitsorganisation) Gesundheit als einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert, und nicht allein durch das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen.⁵ Diese

Definition legt Wert auf die Subjektivität von Gesundheit. Neuere Gesundheitsmodelle enthalten neben den krankheitsbezogenen Kriterien auch die Aspekte subjektiven Gesundheitserleben, Lebenszufriedenheit, Gesundheitsverhalten und soziale Aktivität. Sowie weitere Einflussfaktoren wie Umwelt, Gesellschaft und politisches Einwirken/oder Eindrücke

Insbesondere in der Gruppe der Hochaltrigen steigt das Risiko für ein komplexes und gleichzeitiges Nebeneinander physiologischer Altersveränderungen von Organfunktionen, behandelbaren Erkrankungen und eingetretenen Behinderungen.⁶ Auch wenn durch Fortschritt der Medizin, Prävention und gesteigener Lebensstandards die Jahre der zunehmenden Lebenserwartung steigen, bedeuten immer noch drei gewonnene Lebensjahre zwei Jahre mit chronischer Erkrankung und Betreuungsabhängigkeit.

Charakteristika der Erkrankungen im Alter sind die Multimorbidität, also das gleichzeitige Auftreten oder Vorhandensein mehrerer behandlungswürdiger Erkrankungen und die dadurch verursachte Polypragmasie. Darunter wird die Multimedikation zur Behandlung der vielen Diagnosen, Symptome und Beschwerden verstanden. Ein weiteres Charakteristikum ist die Chronizität der Krankheiten im Alter.

Zudem kommen depressive Reaktionen auf vielfältige Verluste, beginnende Demenz, Isolation durch Versterben der Partner und getrennte Lebensräume der Familie auf ältere Personen hinzu. (ebd.)

Angesichts der Prognosen zu dem Anteil älterer Personen in der Bevölkerung und den Prognosen zu dem Gesundheits- bzw. Krankheitszustand dieser Personengruppe ist es notwendig, über Maßnahmen nachzudenken, die diese Entwicklung verändern.⁷ Dazu gehört auch das Setzen gezielter Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung im frühen Alter, also bei der Zielgruppe der über 50-Jährigen.

Die Prävention ist auf ein bestimmtes Ziel gerichtet, nämlich auf die Bewahrung der Gesundheit sowie die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten. Unterschieden wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention“. (ebd.)

Gesundheitsförderung orientiert sich an der Frage, was gesund hält.⁸ Dabei verfolgt sie einen ressourcenorientierten Ansatz und ist darauf ausgerichtet, personale und soziale Ressourcen zu stärken. Es werden zwei Zielrichtungen unterschieden: Maßnahmen, die das individuelle Verhalten von Personen ändern sollen, und Maßnahmen, die von außen auf eine Person einwirken. Beispielsweise soziale Netzwerke, Arbeits- und Lebensbedingungen.

1.2 Aufgabenstellungen für die Kommunen

Den Gemeinden kommt in Sachen Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen eine Schlüsselrolle zu, da sie die Rahmenbedingungen schaffen, innerhalb derer Gesundheit gelebt werden kann.

Sie bestimmt mit ihren sozialen Strukturen, ihren Angeboten, ihrer Kultur und ihrer Tradition die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten jeder Person mit – z.B. durch die Verkehrsplanung, Umweltpolitik, Infrastruktur, Wohnbau. In Gemeinden können ältere Personen und autonome Hochbetagte mit Maßnahmen und Interventionen gut erreicht werden.

Gesundheitsförderung kann Multimorbidität und chronische Erkrankungen zwar nicht verhindern, sie ist aber ein geeignetes Mittel, um den Erhalt von Lebensqualität und Selbständigkeit im Alter zu erhöhen und Verzögerung/Verlangsamung von Abbauprozessen entgegenzuwirken.

Jedoch müssen die Handlungskonzepte der Gesundheitsförderung berücksichtigen, dass die Gruppe „älterer Menschen“ überaus heterogen ist. Sie unterscheidet sich unter anderem in ihren Lebensbedingungen, materiellen und sozialen Ressourcen und gesundheitlichen Bedürfnissen. Zudem werden die Unterschiedlichkeiten von Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, soziale Schichtzugehörigkeit, ethnische Herkunft, Religion und weitere Faktoren beeinflusst.

Diese Umstände machen den Zugang zur heterogenen Zielgruppe der älteren Menschen sehr schwierig, da sie nicht über klar abgegrenzte soziale Räume zugänglich ist. Zur Aktivierung und Beteiligung der Zielgruppe der älteren Menschen im Setting Gemeinde haben sich folgende Ansätze bewährt: Älteren Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen von Anfang an mit ihren Bedürfnissen, Zielen und Ressourcen miteinzubeziehen. Die Verwendung des Internets, hierbei darf nicht vergessen werden, dass die zukünftigen Alten mit der digitalen Welt bestens vertraut sind.

Die Gewinnung von Schlüsselpersonen aus dem öffentlichen Leben (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, VertreterInnen von Religionsgemeinschaften) und die Einbindung von Bezugspersonen aus der Zielgruppe selbst. Dazu gehören beispielsweise Kirchengruppen, Begegnungsstätten für ältere Menschen, Vereinsobleute, uvm. Dieser Multiplikatoren-Ansatz mit Beteiligten aus der Zielgruppe selbst kann einen Schneeballeffekt erzeugen und mehr Menschen miteinbeziehen. (ebd.)

Der Multiplikatoren-Ansatz führt auch zu einer positiven Wechselwirkung für die Multiplikatoren selbst.⁹ Hier kommt das Kohärenzgefühl nach Aaron Antonovsky zur Geltung. Er bezeichnet das Kohärenzgefühl als ein durchdringendes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens, auf die Strukturiertheit, Vorhersagbarkeit und Erklärbarkeit von inneren und äußeren Anforderungen. Dieses Vertrauen bzw. diese globale Orientierung gilt auch für die Verfügbarkeit von Ressourcen, um den Anforderungen gerecht zu werden. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob es sich auch lohnt, sich denen zu stellen. Aaron Antonovsky betrachtet das Kohärenzgefühl als eine Eigenschaft, die auch durch historische, soziale und kulturelle Bedingungen geprägt ist. Eine

Möglichkeit, um das Kohärenzgefühl zu steigern, sieht er in der Teilhabe (Partizipation) an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen. (ebd.)

Ältere Personen, die in der Planung und Durchführung von gesundheitsfördernden Initiativen involviert werden, unterstützen dadurch nicht nur die Initiative selbst und fördern Gesundheit von anderen älteren Personen, sondern auch ihre eigene.

Mit dem Hintergrund dieser Wechselwirkung von Gesundheitsförderungsinitiativen mit dem Multiplikatoren-Ansatz aus der Zielgruppe entsteht eine Win-Win-Situation für Gesellschaft und Individuum.

1.3 Ziele und Fragestellung

Die vorliegende Masterthesis zur Erreichbarkeit älterer Menschen für niederschwellige gesundheitsfördernde Interventionen am Beispiel der Region Fürstenfeld soll einerseits diese Effekte genauer beleuchten, und andererseits die Zielgruppe näher beschreiben und Handlungsoptionen für Aktivitäten zur Gesundheitsförderung herausarbeiten. Dabei wird auch kurz auf die örtlichen und räumlichen Strukturen (Bevölkerungsstand, Vereinswesen, Angebote, die der Gesundheitsförderung dienlich sind, Verkehrsanbindung, politische Situation, Finanzierung und weitere) eingegangen.

Weiters werden Good-Practice-Beispiele aus Österreich bzw. international untersucht, um Erfolgsfaktoren für die Einbindung älterer Personen abzuleiten. Auch mit dem Blick auf die gesundheitsfördernden Effekte bei der eingebundenen Zielgruppe selbst.

Für die Masterthesis richtungsweisend sind folgende Fragestellungen:

Kann durch die Einbindung von älteren Personen der Zugang zu gesundheitsfördernden Interventionen für die Zielgruppe 60+ erleichtert werden?

Welche Erfolgsfaktoren lassen sich aus regionalen Good-Practice-Beispielen in Österreich ableiten?

Lässt sich durch die Einbindung dieser Zielgruppe auch deren eigenes subjektives Wohlbefinden steigern?

Welche strukturellen Begebenheiten und Voraussetzungen sind in der Region Fürstenfeld vorhanden?

1.4 Methode und Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragestellungen werden verschiedene wissenschaftliche Instrumente angewendet.

Als Basis für den Theorieteil dienen die systematische Literaturrecherche und die systematische Beschreibung der Ausgangssituation in der Region Fürstenfeld, sowie die Suche nach Good-Practice-Beispielen.

Die Literatursuche konzentriert sich auf Publikationen aus dem Themenfeld Gesundheitsförderung, Partizipation und Gemeinwesen, Demographischer Wandel und weitere. Die systematische Beschreibung der Ausgangssituation analysiert Bevölkerungsstand, räumliche und strukturelle Begebenheiten und politischer Wille von niederschweligen Gesundheitsförderungsinitiativen in der Region Fürstenfeld. Die Region Fürstenfeld umfasst die Gemeinden Altenmarkt, Übersbach und Fürstenfeld.

Good-Practice-Beispielen werden vorrangig aus Österreich gesucht, doch werden Beispiele aus dem Ausland nicht ausgeschlossen.

Als Studientyp wird eine qualitative Befragung mit anschließender qualitativer Inhaltsanalyse gewählt.

Neben der theoretischen Beantwortung der Fragestellung werden qualitative Experteninterviews herangezogen.

Interviewt werden EntscheidungsträgerInnen aus der Politik, ExpertInnen für Gesundheitsförderungsinitiativen und Personen aus der Zielgruppe. Dieser sogenannte 360°-Blick soll die Beantwortung der Fragestellung aus verschiedenen Sichtweisen garantieren.

Grundsätzlich erhebt der qualitative Forschungsansatz, im Gegensatz zum quantitativen Ansatz, nicht den Anspruch, repräsentativ im Sinne von statistischer Generalisierbarkeit, zu sein.¹⁰ Das bedeutet aber nicht, dass qualitative Forschung keinen Regeln folgt, sondern dass die Methoden immer in Abhängigkeit vom Kontext gewählt werden. (ebd.)

Die stärkere Subjektbezogenheit der Forschung, die Betonung der Deskription und der Interpretation, sowie die Forschung in der alltäglichen Lebenswelt sind wichtige Grundlagen der qualitativen Forschung, die sich primär für das *WIE* dieser Zusammenhänge und deren inneren Struktur vor Allem aus der Sicht der Betroffenen interessieren.¹¹

Die vorliegende Thesis interessiert sich speziell für das *WIE* und erfordert demnach diese Methodenwahl. Es ist nicht Ziel, eine große Untersuchungsmenge nach einer standardisierten Methode zu untersuchen, sondern mit dem Fokus der Fragestellung an die ExpertInnen heranzutreten.¹²

Lamnek bezeichnet diese Methode als theoretical sampling, welche das Gegenstück zum statistical sampling darstellt. Nicht die statistisch-wahrscheinlichkeitstheoretisch bestimmte Stichprobe, sondern die gewählten Fälle bieten die Basis der Analyse.

Das qualitative Interview und andere Methoden selbst dienen zur Rekonstruktion eines sozialen Prozesses, und sind ein nicht standardisierter Interviewtyp. Eine Liste vorbereiteter Fragen bildet die Grundlage des Gespräches. (ebd.)

Die Interviews und andere Befragungsmethoden werden nach einem teilstandardisierten Leitfaden geführt, digital aufgezeichnet (nach Einverständnis der interviewten Per-

son) und nach Transkription mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring bearbeitet.

2. Begriffsdefinitionen & Abgrenzungen

2.1 Begriffsdefinition Gesundheit

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“¹³

Diese WHO-Definition von Gesundheit löste die rein biomedizinische Sichtweise ab. Gesundheit wird demnach als dynamischer Prozess verstanden, der eine lebensgeschichtliche und alltäglich immer wieder neu und aktiv herzustellende Balance zum Ziel hat.¹⁴

Auf Basis dieses breiten Verständnisses für Gesundheit wurde der Gesundheitsförderungsansatz der WHO 1986 in der Ottawa-Charte für Gesundheitsförderung gebildet, mit dem Ziel: „Gesundheit für alle“. (ebd.)

Laut der Ottawa-Charta zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Dabei werden drei Grundprinzipien beschrieben:

- das Vertreten von Interessen
- das Befähigen, Ermöglichen, Vermitteln und Vernetzen von Personen
- fünf Handlungsstrategien.
 - Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
 - Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
 - Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
 - Persönliche Kompetenzen entwickeln
 - Gesundheitsdienste neu orientieren

Diese sollen es Personen und Gruppen ermöglichen, die Kontrolle über die Gesundheit und ihre Determinanten zu gewinnen. (ebd.)

Ein weiterer Gesundheitsbegriff, der nicht die Gefahr der Utopie in sich trägt, ist der Gesundheitsbegriff nach Johannes Bircher und Karl-Heinz Wehkamp.

„Gesundheit ist ein dynamischer Zustand von Wohlbefinden, bestehend aus einem biopsychosozialen Potential, das genügt, um die alters- und kulturspezifischen Ansprüche des Lebens in Eigenverantwortung zu befriedigen. Krankheit ist ein Zustand, bei dem das Potential diesen Ansprüchen nicht genügt“.¹⁵

2.2 Krankheit

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit unterliegt einem kulturgeschichtlichen Wandel. Während Gesundheit das Wohlbefinden einer uneingeschränkten Vitalität und Aktivität bezeichnet, lässt sich die Erfahrung von Krankheit als eine Krise im menschlichen Dasein bezeichnen. Diese Krise ist charakterisiert durch Beeinträchtigung oder Verlust selbstbestimmter Lebens- & Handlungsfähigkeit.¹⁶

Gesundheit und Krankheit verhalten sich zueinander wie Norm und Abweichung, wobei dies vom jeweiligen Bezugssystem und Interpretationsrahmen abhängt.

Zudem lässt sich ein Unterschied zwischen einer Krankheit haben und sich subjektiv krank fühlen erkennen. Nach Auffassung der Psychosomatik bzw. der anthropologischen Medizin sind nicht von der Person abgespaltene Krankheiten, sondern kranke Menschen das Thema der Medizin.

Gesundheit ist laut Dietrich Rössler nicht die Abwesenheit von Störungen, sondern die Kraft mit ihnen zu leben, dann kann es gesunde Kranke und kranke Gesunde geben. (ebd.)

Die Bestimmung von "krank" oder "gesund" findet in zwischenmenschlicher Kommunikation statt, konkret in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die ihrerseits eingebunden in das gesellschaftliche Gesundheitssystem ist. Entsprechend kann die konkrete Bestimmung von Krankheit und Gesundheit auf drei Ebenen erfolgen:

- Der Patient selbst befindet über das Vorhandensein von Gesundheit oder Krankheit und bestimmt letztlich selbst, wann er krank ist.
- Der Arzt selbst macht sich über das Kommunikationsgeschehen ein Bild vom Kranken und bestimmt das Vorhandensein einer Krankheit.
- Das Versorgungssystem einer Gesellschaft, in das sowohl Patient als auch Arzt eingebunden sind, definiert durch die gesetzliche Krankenversicherung das Vorhandensein einer Krankheit. (ebd.)

Krankheit und Gesundheit sind eine gesellschaftliche Konstruktion und nicht ein rein biologischer Tatbestand. Medizin ist Naturgeschichte und Kulturgeschichte, und kann nicht allein auf Biologie und Physik begrenzt werden.

Insofern liefert das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell ein besseres Verständnis zwischen den Zusammenhängen zwischen Krankheit und Gesellschaft, Krankheit und sozialer Stellung, Krankheit und Geschlecht oder auch die Besonderheiten von Krankheit im Alter. (ebd.)

2.3 Demographischer Wandel

Mit dem Begriff Demographischer Wandel wird die Veränderung der Zusammensetzung der Altersstruktur einer Gesellschaft bezeichnet.

Der Begriff ist zunächst weder positiv noch negativ behaftet und kann sowohl eine Bevölkerungszunahme als auch eine Bevölkerungsabnahme bezeichnen.

Die demographische Entwicklung wird dabei von folgenden drei Faktoren beeinflusst:

- Fertilität/Geburtenrate
- Lebenserwartung
- Wanderungssaldo

Die Entwicklung der Bevölkerungszahl ergibt sich also aus der Summe des Wanderungssaldo und des Geburten- oder Sterbeüberschusses.¹⁷

2.3.1 Demographische Alterung

Demographische Alterung ist als Vorgang aufzufassen, der das Durchschnittsalter einer Bevölkerung (Medianalter, in dem sich eine Bevölkerung in zwei gleich große Teile – Älterer und Jüngerer – teilt) ansteigen lässt.¹⁸

Das Durchschnittsalter von einer jungen, wachsenden Bevölkerung kann bei 20 Jahren liegen, in Europa liegt es aktuell bei 40 Jahren.

So gesehen altern die Bevölkerungen weltweit, jedoch von unterschiedlichen Altersstufen aus. In Europa und Ostasien ist demografische Alterung am weitesten fortgeschritten: Der Anteil älterer Menschen einer Bevölkerung (60 Jahre und älter) wächst dort vergleichsweise rasch an.

Das bewirken zwei Komponenten:

- ein Jugendrückgang wegen geburtenschwacher Jahrgänge („Alterung vom Fuße“ der Bevölkerungspyramide her)
- eine steigende Lebenserwartung in den hohen Altersklassen

Der Jugendrückgang ist mit zwei Dritteln an diesem Vorgang beteiligt. Beide Komponenten erhöhen das besagte Medianalter mit folgender Wirkung: Bis 2050 wird in den modernen Gesellschaften ein Drittel der Bevölkerung 60 Jahre und älter sein.

2.3.2 Der epidemiologische Übergang: Die Altersstruktur als Alterspyramide

Als Alterspyramide wird die Darstellung der Altersstruktur einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt und getrennt nach Geschlecht bezeichnet.¹⁹

Die Darstellung wird ausgehend von der vertikal angeordneten Altersachse nach links bzw. rechts die Häufigkeiten für die (in der Regel einjährigen) Altersklassen von Männern und Frauen abgetragen (Säulendiagramm).

Der Altersaufbau ist das zeitpunktbezogene Resultat folgender Prozesse: Geburtentätigkeit (Fertilität), Sterblichkeit (Mortalität) und Wanderungsbewegungen (Migration). Er spiegelt die Geschichte des vor dem Referenzzeitpunkt gelegenen Jahrhunderts wieder. (ebd.)

Die nachstehende Grafik veranschaulicht den Wandel der Altersstruktur in Form der Alterspyramide mit stichwortartigen Interpretationen bei den jeweiligen Ereignissen.

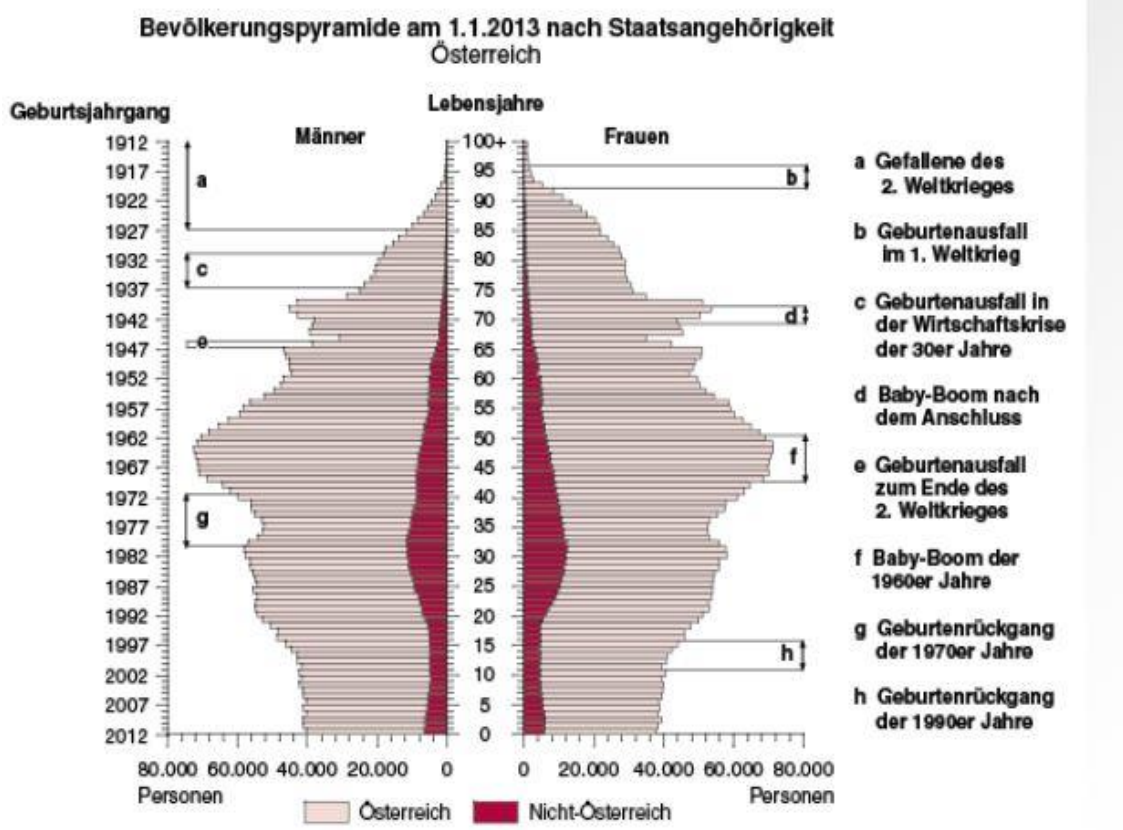


Abbildung 1 österreichische Bevölkerungspyramide am 1.1.2013²⁰

Die Darstellung zeigt die fortlaufende Veränderung der Altersstruktur am Beispiel von Österreich. An der Spitze der Pyramide finden sich die Hochaltrigen. Geschehnisse aus der letzten Zeitgeschichte zeigen das Ungleichgewicht der Anzahl von Männern und Frauen wieder. Der große Geburtenauschlag (f) der 1960er Jahre wandert stetig Richtung Spitze der Pyramide und lässt diese verbreitern. Parallel dazu führen der Geburtenrückgang (g) & (f) der 1970er und 1980er Jahre zu einer „Verspitzung“ der Pyramidenbasis. Demnach stellt sich die Pyramide in den nächsten Jahrzehnten auf den Kopf.

3. Bevölkerungsentwicklung & demographische Alterung

Die Bevölkerungsentwicklung ist das Ergebnis aus dem Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Zu diesen Faktoren zählen die aktuelle Bevölkerungsstruktur, die Geburten- und Sterbefälle sowie die Zu- und Abwanderung.

Daraus lässt sich u.a. die Altersstruktur einer Gesellschaft herausarbeiten und beschreiben.

In Europa lässt sich derzeit ein Wandel in der Altersstruktur der Bevölkerung erkennen, der im Wesentlichen durch Überalterung und Unterjüngung gekennzeichnet ist.

Diese Entwicklung entsteht vorrangig durch eine anhaltend niedrige Geburtenrate und eine höhere Lebenserwartung.

Als Motor dieser Entwicklung ist in erster Linie der beträchtliche ökonomische, soziale und medizinische Fortschritt zu sehen. Zudem können vier demographische Tendenzen ausgemacht werden, die diese Entwicklung begünstigen: Die durchschnittliche Anzahl der Kinder je Frau, der Rückgang der Fruchtbarkeit in den letzten Jahrzehnten, die gestiegene Lebenserwartung und die Zuwanderung aus dem Ausland.

Auswirkungen dieser Veränderungen sind in allen Bereichen der Gesellschaft sichtbar, insbesondere im sozialen und regionalen Bereich sowie in den Bereichen Gesundheits- und Wohnraumversorgung.

Diese Veränderung zeigt sich auch in Österreich durch ein ansteigendes Durchschnittsalter der Bevölkerung und einen schrumpfenden Kinder- und Altenabhängigkeitsquotienten. Parallel dazu verringert sich die Zahl der Sterbefälle und die Sterberate, die Lebenserwartung jedoch erhöht sich stetig.

Betrachtet man die Geburtenbilanz, also den Saldo aus Geburten und Sterbefällen, zeigt sich in Österreich im Zeitraum von 1961-2008 eine weitgehend sinkende Tendenz. Die Geburtenbilanz als treibende Kraft für die Bevölkerungsdynamik wird massiv an Bedeutung verlieren. Gewinnen wird die Bedeutung der Zuwanderung aus dem Ausland für das Wachstum der Bevölkerung.

Die stärksten Zuwächse werden in den Bundesländern Wien und Niederösterreich erwartet. Ähnlich stark wächst die Bevölkerungsanzahl in Vorarlberg und im Burgenland. Während die anderen Bundesländer einem unterdurchschnittlichen Wachstum entgegensehen, ist in Kärnten ein Bevölkerungsrückgang sichtbar, der sich weiter fortsetzen lässt.

Bevölkerungszunahmen in der Steiermark werden bis 2030 erwartet, internationale Zuwanderung für das Wachstum verantwortlich sein wird Bezirke innerhalb einer Stadtregion zeigen deutlich höhere Zuwächse in der Bevölkerung als Bezirke außerhalb.

Besonders in den suburbanen Gebieten, wie dem Grazer Umland, wird sich dieser Trend weiter fortsetzen.

Der (ehemalige) Bezirk Fürstenfeld wird in den kommenden Jahrzehnten einem steigenden Anteil von Personen ab 65 Jahren entgegensehen. Diese werden fast mehr als ein Drittel der Bevölkerung ausmachen, hingegen wird der Anteil der 20- bis 64-Jährigen und der Personen unter 19 Jahren sinken.

3.1 Der Demographische Wandel

In ganz Europa vollzieht sich ein Wandel der Altersstruktur der Bevölkerung. Es kommt zu einer Überalterung und Unterjüngung der Bevölkerung. Dieser Entwicklung gehen eine anhaltend niedrige Geburtenrate und eine höhere Lebenserwartung voraus.²¹

Diese Veränderungen wirken auf die unmittelbare Lebensumgebung der Menschen in Städten und Gemeinden ein?. Durch die sinkenden Geburtenzahlen entsteht ein mittelfristiger Bevölkerungsrückgang, der sich beispielsweise auf den Wohnungsmarkt, die Infrastruktur, die Finanzen, den Arbeitsmarkt und die Wirtschaft auswirken. Für die Kommunen bedeutet dies, dass sich finanzielle Ressourcen und ökonomische Handlungsspielräume verändern und zusätzliche Herausforderungen entstehen werden.²²

Die Bevölkerungsentwicklung ist das Ergebnis vom (statt: aus dem) Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Dazu gehören die aktuelle Bevölkerungsstruktur, die Geburten und Sterbefälle sowie Zu- und Abwanderung. Prognosen und Modellrechnungen über die Bevölkerungsentwicklung in Österreich bis ins Jahr 2075 wurden und werden von Statistik Austria erstellt. Dabei werden verschiedene Varianten mit unterschiedlichen Annahmen bezüglich Fertilität, Lebenserwartung und Wanderung gerechnet. (ebd.)

3.2 Die demographische Alterung

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung ist in erster Linie das Ergebnis beträchtlicher ökonomischer, sozialer und medizinischer Fortschritte, die es den Menschen ermöglicht, ein in der Geschichte beispiellos langes, angenehmes und sicheres Leben zu führen.

Diese Veränderung kann auf vier demographische Tendenzen, die sich gegenseitig beeinflussen, zurückgeführt werden. Die durchschnittliche Zahl von Kindern je Frau, der Rückgang der Fruchtbarkeit in den letzten Jahrzehnten, die gestiegene Lebenserwartung und der Zuwanderung aus dem Ausland.

Diese Veränderungen haben auch regionale und soziale Auswirkungen. Die kommenden Anforderungen betreffen die schrumpfende Bevölkerung in den Regionen, die sich im Wesentlichen aus älteren Menschen zusammensetzt. Herausforderungen betreffen die Angebote an öffentlichen Gütern und Dienstleistungen, wie z.B. den Leistungen der Gesundheitsversorgung, der Wohnraumversorgung, der Stadtentwicklung sowie Ver-

kehr- und Tourismusleistungen. Mit dem Demographischen Wandel gehen tiefgreifende soziale Veränderungen einher, die auch die Zusammensetzungen der Familien betreffen. Dies äußert sich auch dadurch, dass immer mehr ältere Menschen alleine leben. Gleichzeitig nimmt die Zahl der sehr alten und hilfsbedürftigen zu, woraus sich neue wirtschaftliche, soziale wie auch ethische Probleme ergeben. (ebd.)

3.3 Demographischer Wandel in Österreich

Im Jahresdurchschnitt 2011 waren 14,6 % der ÖsterreicherInnen unter 15 Jahre, 62 % im Erwerbsalter (15-59 Jahre) und 23,4 % 60 Jahre und älter. In absoluten Zahlen gesehen, stieg die Zahl der Personen im Erwerbsalter weiter an, der Anteil an der Gesamtbevölkerung blieb nahezu unverändert. Hingegen stieg bei den älteren Menschen sowohl die Zahl als auch der Anteil in der Bevölkerung deutlich an. Genau entgegengesetzt verlief die Entwicklung bei Zahl und Anteil der Kinder unter 15 Jahren. Ihr Anteil verringert sich Jahr für Jahr.²³

Nachfolgende Graphik dient zur Veranschaulichung:

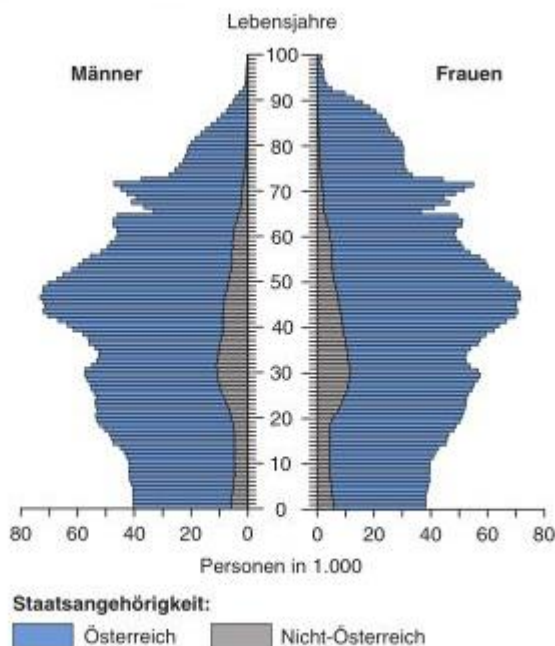


Abbildung 2 Altersstruktur der Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2011

Das demographische Altern der Bevölkerung zeigt sich auch im steigenden Durchschnittsalter. Es stieg zwischen 2000 und 2011 um mehr als 2 Jahre, nämlich auf 41,8 Jahre an. Seit den frühen 1970er Jahren erhöhte sich das Durchschnittsalter um rund 5,7 Jahre.

Der Kinder- und Altenabhängigkeitsquotient (bezogen auf 100 Personen im Erwerbsalter) entwickelte sich in die entgegengesetzte Richtung. Im Jahr 2011 entfielen auf 100 Personen im Erwerbsalter nur 23,5 unter 15 Jahren und 37,7 Personen im Alter von 60 und mehr Jahren. (ebd.)

Neben der Alterung ist auch die Sterbe- und Geburtenrate im Zuge des Demographischen Wandels zu betrachten. Im Vergleich zum Jahr 2010 verringerten sich die Zahl der Sterbefälle und die Sterberate (Geborene auf 1.000 EinwohnerInnen) im Jahr 2011. Seit 2009 veränderte sich die Datenlage, da die Gestorbenenstatistik auch einen Großteil der Todesfälle im Ausland einschließt. Daraus ergibt sich ein Zeitreihenbruch im Jahr 2009.

Die Säuglingssterblichkeitsrate (Geborene im 1. Lebensjahr bezogen auf 1.000 Lebendgeborene) war in den vergangenen Jahren nur geringfügigen Schwankungen unterworfen und liegt derzeit unter der vier Promille Marke. Ebenso minimalen Schwankungen unterworfen ist die Totgeburtenrate. Sie liegt bei 3,8 Promille.

Hingegen stieg die Lebenserwartung im Jahr 2011 bei der Geburt um weitere 0,41 Jahre für Frauen und 0,29 Jahren bei Männern. Im Jahr 2011 neugeborene Knaben werden im Durchschnitt 78,11 Jahre und Mädchen 83,45 Jahre alt.

Die Lebenserwartung erhöhte sich damit seit 1970 für Männer um insgesamt 11,65 Jahre und für Frauen um 10,07 Jahre. Die nachstehende Graphik verdeutlicht diesen Trend. Im Durchschnitt der vergangenen Jahrzehnte stieg die Lebenserwartung bei der Geburt pro Dekade um 2,8 Jahre für Männer und 2,5 Jahre für Frauen. (ebd.)

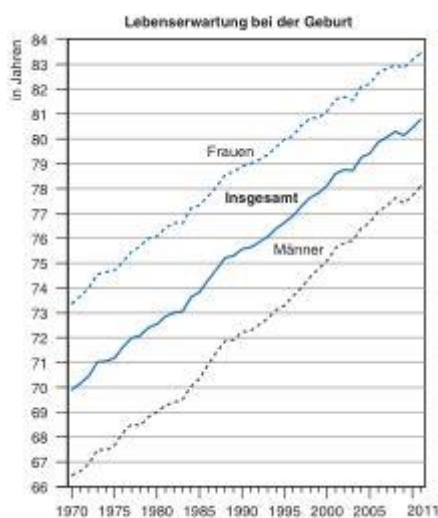


Abbildung 3 Lebenserwartung 1970-2011 nach Geburt

Durch den Rückgang der Kinder je Frau wird die Veränderung der Bevölkerungsstruktur mitbestimmt. Dieser Rückgang ist ein Phänomen des späten 19. und 20. Jahrhunderts. Der Übergang von agrarischen bzw. frühindustriellen Erwerbsformen im Familienverband zur Dominanz unselbständiger Erwerbsarbeit und die Einführung sozialstaatlicher Sicherheitssysteme ließen die funktionalen Aspekte in der Kinderentscheidung zurücktreten. Wirksame Formen der Geburtenregelung und der Anstieg der Überlebenschancen von Neugeborenen machten Kinder zu einem planbaren Bestandteil der individuellen Lebensplanung. In Österreich kam es in der Zeitspanne zwischen der Jahrhundertwende und Mitte der 1930er Jahre zu niedrigeren Kinderzahlen. Die durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau sank von etwa 4 auf rund 1,5 Kindern ab. In den späten 1930er und den frühen 1940er sowie in den frühen 1960er Jahren kam es zum zwischenzeitlichen „Baby-Boom“.²⁴

Vom hohen Niveau des „Baby-Booms“ der frühen 1960er Jahren sank die Gesamtfertilitätsrate schon in den 1970er Jahren wieder unter die Schwelle der Generationenerneuerung. Im Jahr 2008 lag die durchschnittliche Kinderzahl je Frau bei 1,41 Kindern – diese Position wird sich mittelfristig auch nicht wesentlich ändern. (ebd.)

Die Geburtenbilanz, also der Saldo aus Geburten und Sterbefällen wird durch die Fertilitätsrate nur mittelbar beeinflusst. Dennoch zeigen die Geburtenbilanzen in Österreich im Zeitraum 1961-2008 weitergehend eine sinkende Tendenz. Der Saldo nimmt in allen Bundesländern (außer Wien) deutlich ab. Hier hat sich der Saldo aus Geburten und Todesfällen von negativen Werten in den 1960er und 1970er Jahren kontinuierlich verbessert. Auf Ebene der Bundesländer sind durchaus relevante Unterschiede in der „natürlichen“ Bevölkerungsentwicklung erkennbar. Die Geburtenbilanzen in den Bundesländern im Süden und Osten (ohne Wien) sind bereits negativ und werden sich auf Sicht zumindest nicht verbessern. Die Bevölkerungsdynamik kann sich daher nur auf Impulse aus der Wanderungsbilanz stützen.

Die Geburtenbilanz als treibende Kraft für die Bevölkerungsdynamik wird in Zukunft massiv an Bedeutung verlieren. (ebd.)

An Bedeutung für das Bevölkerungswachstum gewinnt hingegen die Zuwanderung. Die Bevölkerung Österreichs wächst fast ausschließlich dadurch. Es kommen jährlich mehr Menschen nach Österreich, als das Land verlassen. Die Bilanz aus Geburten und Sterbefällen ist nahezu ausgeglichen.²⁵

Während noch 2004 knapp 50.000 Personen mehr zu als abwanderten, verringerte sich der „Wanderungsgewinn“ seither auf knapp 30.000 Personen im Durchschnitt der Jahre 2007 bis 2010. Damit ist die Bevölkerungszahl Österreichs um rund 4,2 % gewachsen.

Infolge der Zuwanderung ist die Zahl der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit zu Beginn der neunziger Jahre stark angestiegen. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt 11 %. Davon kommen rund 38,7 % aus anderen EU-Staaten. Unter den EU BürgerInnen stellen die Deutschen die größte Nationalität dar, gefolgt von Rumänien, Polen und Ungarn. Unter den Angehörigen aus Nicht-EU-Staaten stammt ein Großteil aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens (ohne Slowenien). Die drittstärkste Ausländergruppe bilden türkische Staatsangehörige. (ebd.)

3.4 Zukünftige Bevölkerungsentwicklung Österreichs 2012-2069 (2075) gemäß Hauptvariante der Prognose

Nach den Ergebnissen der letzten Bevölkerungsprognose von Statistik Austria basierend auf dem Bevölkerungsstand 1.1.2012 wird die Bevölkerung Österreichs weiter wachsen. Derzeit leben in Österreich 8,42 Millionen Menschen, im Jahr 2030 werden 9,0 Millionen Menschen erwartet (+ 7 %) und 9,38 Millionen im Jahr 2060. Dabei verschiebt sich die Altersstruktur deutlich zu den älteren Menschen. Derzeit stehen 23 % der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren, im Jahr 2030 rund 20 % und im Jahr 2060 25 %. Die Absolutzahl der über 80-Jährigen steigt bis 2030 von derzeit 414.000 um mehr als die Hälfte (+ 54 %) auf 640.000 Menschen an.²⁶

Die stärksten Bevölkerungszunahmen werden bedingt durch die Zuwanderung in den Bundesländern Wien und Niederösterreich erwartet. In Vorarlberg und im Burgenland wächst die Bevölkerungszahl ähnlich stark wie im Bundestrend. In Tirol, Oberösterreich, Salzburg und in der Steiermark fällt das Bevölkerungswachstum unterdurchschnittlich stark aus. Im Bundesland Kärnten wird sich der seit 2008 anhaltende Bevölkerungsrückgang weiter fortsetzen.

Der Alterungsprozess wird im Wesentlichen alle Bundesländer betreffen, allerdings mit unterschiedlicher Intensität. Wien wird sich in Zukunft zum demographisch jüngsten Bundesland entwickeln. (ebd.)

Für den Fall, dass die Fertilität mittelfristig in allen Bundesländern leicht steigt, wird sich der langfristige Rückgang seit der 2. Hälfte der 1960er-Jahre bei der jährlichen Zahl der Lebendgeburten in Zukunft nicht fortsetzen. Seit der Jahrhundertwende sind die jährlichen Geburten zahlenmäßig relativ stabil. Dies ist auch eine Folge der Zuwanderung nach Österreich.

Auf der anderen Seite ist trotz steigender Lebenserwartung mit einer Zunahme der jährlichen Sterbefälle zu rechnen. Dies ist die unmittelbare Folge des Alterungsprozesses der Bevölkerung.

Demgemäß ist bis zum Jahr 2025 mit leicht positiven Geburtenbilanzen zu rechnen. 2030 dürften bereits um 3.600 Sterbefälle mehr als Geburten zu verzeichnen sein, 2060 um 20.900 mehr. Seitens der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist langfristig nicht von einem Bevölkerungswachstum auszugehen. 2011 betrug der Zuwanderungsgewinn rund 35.600 Personen, auch in Zukunft werden die prognostizierten Wanderungsgewinne für ein starkes Bevölkerungswachstum sorgen.

Während die Gesamtbevölkerung wächst, verändert sich die Altersstruktur. Siehe Grafik. Die Absolutzahl der unter 20-Jährigen bleibt in den nächsten Jahren relativ konstant, ihr Anteil in der Gesamtbevölkerung geht langfristig stark zurück. Die Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren wird hingegen zahlen- und anteilmäßig stark an Gewicht gewinnen. Die erwerbsfähige Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren wird im Prognosezeitraum stetig sinken. (ebd.)

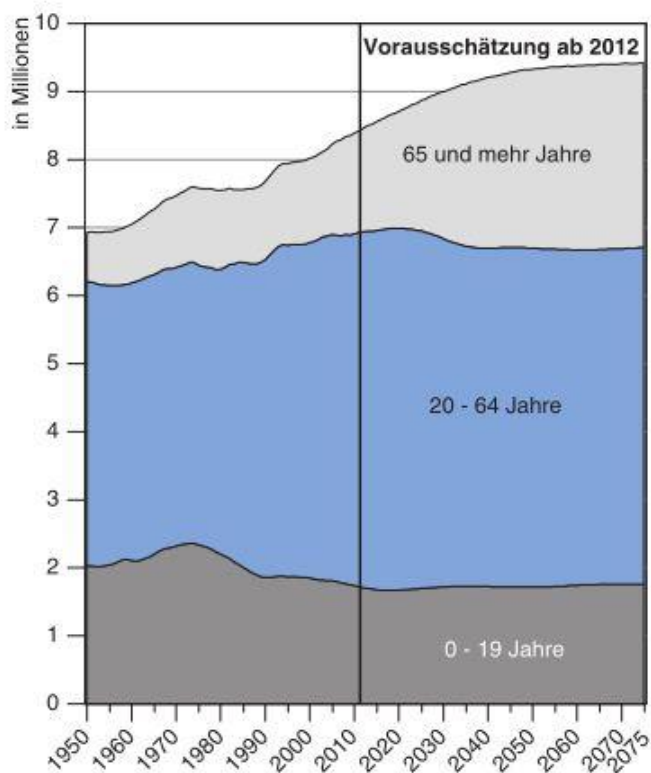


Abbildung 4 Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1959-2075 (Hauptszenario)

Der demographische Abhängigkeitsquotient ist ein Maß für das quantitative Verhältnis der Personen im Erwerbsalter (20 bis unter 65 Jahren) zu den Kindern und Jugendlichen (unter 20 Jahren) bzw. zu älteren Personen (über 65 Jahre) pro 100 Personen.

Der demographische Abhängigkeitsquotient (Jugend und Alter) beträgt derzeit (2011) 61,5 und erhöht sich langfristig bis zum Jahr 2030 auf 75,9. Bis 2060 erreicht er schließlich den Wert von 90,3 Kindern bzw. älteren Menschen pro 100 erwerbsfähige Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren. Eine demographische Abhängigkeit die-

ser Größenordnung gab es bereits um 1971 in Österreich, also in der Zeit nach dem „Baby-Boom“. Damals war der Jugendquotient noch doppelt so hoch wie der Altenquotient.

Sehr kräftig wird die Gruppe der „jungen Alten“ zwischen 65 und 79 Jahren anwachsen. Sie sind bereits in Pension, stellen aber aufgrund ihres erreichten relativen Wohlstands und ihres deutlich besseren Gesundheitszustands als früher eine immer bedeutendere ökonomische Zielgruppe dar.

Die betagten und hochbetagten Personen (80 und mehr Jahre) werden langfristig die stärksten zahlenmäßigen Zuwächse erfahren. (ebd.)

Die Nachfrage nach allen Arten von Altenbetreuungseinrichtungen und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sind stark von der demographischen Entwicklung dieser Gruppe abhängig. (ebd.)

3.4.1 Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark (Hauptszenario)

Im Hauptszenario wird die Zahl der Personen über 65 Jahren in allen Bundesländern stark ansteigen.

Am stärksten ausgeprägt ist die Alterung im äußersten Osten und Süden Österreichs. Das Burgenland wird mit 2031 mit 29 % den höchsten Anteil der über 65-Jährigen aufweisen, gefolgt von Kärnten und der Steiermark mit rund 28 %.

Wichtiger als der Anteil ist die absolute Zahl der Zunahmen. Daraus lassen sich künftige Pflege- und Betreuungsstrukturen ableiten. Bis zum Jahr 2031 gibt es etliche Regionen in denen eine Zunahme der älteren Personen (65 und älter) um zwei Drittel und mehr abzusehen ist.

Neben den suburbanen Bezirken der Landeshauptstadt Graz – Graz-Umgebung und Leibnitz betrifft das auch die Bezirke Deutschlandsberg, Feldbach, Hartberg, Fürstentfeld und Weiz.

Hier wird die Nachfrage nach Pflege- und Betreuungsinfrastruktur besonders groß sein. Dies erfordert eine Umorientierung insbesondere in der Gesundheits- und Sozialpolitik. (ebd.)

Für die Steiermark werden Bevölkerungszunahmen prognostiziert, die aber in drei Jahrzehnten ihr Ende finden werden. Bis 2030 steigt die Einwohnerzahl von derzeit 1,21 Mio. auf 1,24 Mio. (+ 2 %). Im Jahr 2043 erreicht sie schließlich mit 1,25 Mio. (+ 3 %) ihr Maximum. Bis 2060 sinkt die Bevölkerungszahl der Steiermark wiederum leicht auf 1,23 Mio. ab. Hier wird in erster Linie internationale Zuwanderung für das Wachstum verantwortlich sein. (ebd.)

Bevölkerungsentwicklung - 1971-2001, ÖROK-Prognose 2001-2031, Gesamtbevölkerung und Altersklassen

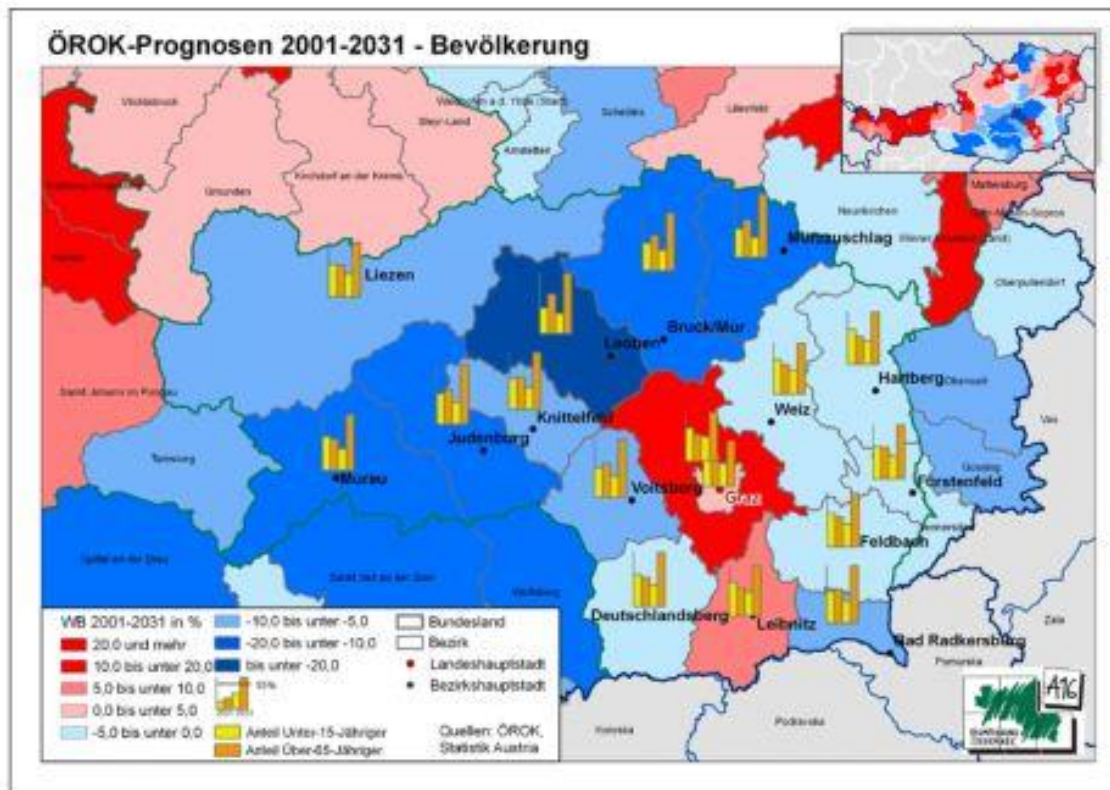


Abbildung 5 Bevölkerungsentwicklung Steiermark

Das Hauptszenario zeigt sehr deutlich, welche Regionen in den nächsten Jahrzehnten wachsen und welche Verluste in der Bevölkerung zu erwarten haben.

Alle Bezirke die innerhalb einer Stadtregion liegen, zeigen deutlich höhere Zunahmen in der Bevölkerung, als Bezirke außerhalb einer Stadtregion. Stadtregionen sind Wachstumspole der nationalen Wirtschaft. Dies hat Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und in weiterer Folge auf die Bevölkerungsentwicklung.

Große Zunahmen in der Bevölkerung haben jedoch nicht die Städte selbst, sondern wie es das Beispiel Grazer Umland zeigt, die Stadtumländer. So wird das Grazer Umland bis 2031 um mehr als 10 % an EinwohnerInnen dazugewinnen, während die Stadt Graz selbst in der Einwohnerzahl stagnieren wird. Die starke Bevölkerungszunahme der suburbanen Bezirke wird sich fortsetzen.

Zuwächse in der Bevölkerung sind in jenen Regionen zu erwarten, die an großen Verkehrsachsen liegen. Entlang dieser Verkehrsachsen ist eine starke wirtschaftliche Dynamik zu beobachten.

Die Bezirke mit den größten Bevölkerungsrückgängen sind Leoben, Judenburg und Murau.²⁷

Wie bereits mehrfach erwähnt nimmt der Anteil der Kinder und Jugendlichen deutlich ab und jener der älteren Menschen nimmt zu. Diese Unterschiede sind auf Ebene der Bezirke zum Teil sehr stark ausgeprägt. Bezirke wie Leoben, Bruck an der Mur und Mürzzuschlag, die einen sehr niedrigen Anteil an Kindern und Jugendlichen haben, werden diesen Trend fortsetzen. In diesen Bezirken kommt es zu keiner nennenswerten internationalen Zuwanderung oder Zuzug junger Familien durch die Suburbanisierung. (ebd.)

3.4.2 Bevölkerungsentwicklung im Bezirk Fürstenfeld

Auf Basis der Prognosen aus dem Jahr 2009 lässt sich folgendes Szenario für das Bevölkerungswachstums des Bezirkes Fürstenfeld ausmachen.

Die folgenden Graphiken sind eigene Darstellungen aus dem Datenmaterial der Österreichischen Raumordnungskonferenz. In einer Excel Tabelle (siehe Literaturverzeichnis) wurden sämtliche demographische Daten dokumentiert und für eigene Darstellungen freigegeben.²⁸

100 % beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung Österreichs, auf die Gesamtbevölkerung der Steiermark und die Gesamtbevölkerung des Bezirkes Fürstenfeld im Jahr 2009.

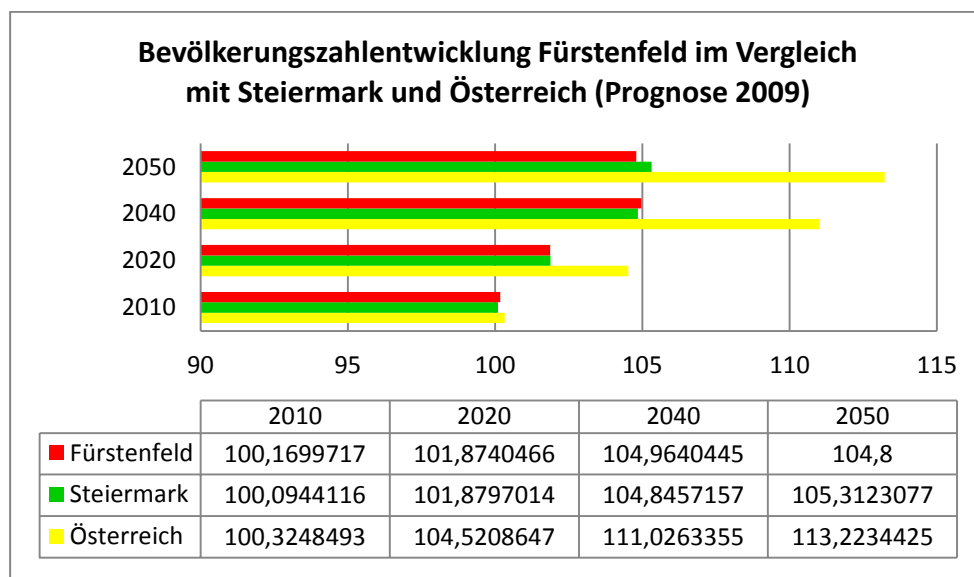


Abbildung 6 Bevölkerungsentwicklung Fürstenfeld im Vergleich zur Steiermark und Österreich (eigene Darstellung)

Für den (ehemaligen) Bezirk Fürstenfeld wird ein Bevölkerungswachstum erwartet, welches jedoch unter dem steirischen Trend liegen wird. Auffallend ist die Altersstruktur des Bezirkes in den kommenden 40 Jahren. Der Anteil der Personen über 65 Jahre

steigt kontinuierlich an während der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) massiv sinkt.

Im Jahr 2050 sollen rund 50 % der Personen im erwerbsfähigen Alter einer Gruppe von rund 32 % über 65 Jahren gegenüberstehen. Der Anteil der bis zu 19-Jährigen verringert sich leicht und wird bei 18 % erwartet.

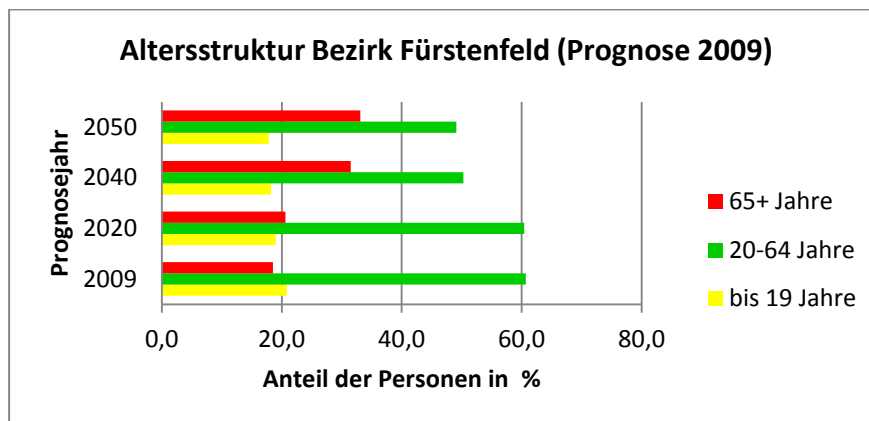


Abbildung 7 Altersstruktur Bezirk Fürstenfeld Prognose 2009 (eigene Darstellung)

Für die Region Fürstenfeld bedeutet dies, dass sich das Bild der Altersstruktur in der Öffentlichkeit massiv verändern wird. Macht der Anteil der über 65-Jährigen im Jahr 2009 ca. 20 % aus, so verdoppelt er sich nahezu bis zum Jahr 2050. Somit verdoppelt sich diese Altersgruppe im Vergleich zu den Personen bis 19 Jahren. Sie verringern ihren Anteil geringfügig.

Salopp gesagt wird das Straßenbild im Bezirk Fürstenfeld doppelt so viele Personen über 65 Jahren ausweisen als Kinder und Jugendliche. Diese demographische Veränderung wirkt sich zwangsläufig auch auf die Region, ihre Raumgestaltung und ihr kulturelles und gesundheitliches Angebot aus. Letzteres ist hinsichtlich dieser Altersverschiebung von besonderer Bedeutung.

Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung älterer Personen im kommunalen Setting werden an Bedeutung gewinnen.

4. Modelle und theoretische Konzeptionen von Gesundheit & Gesundheitsförderung

Auf Grund der demographischen Altersveränderungen in der Gesellschaft werden, vor allem durch den wachsenden Anteil der über 65-Jährigen, neue Herausforderungen erkennbar.

Alter verändert das Leben und die Lebensformen der Menschen. Es ändert vor allem auch den gesundheitlichen Zustand. Nachdem der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen stetig wächst, liegt es auch in der Verantwortung der Gesellschaft, der Politik und auch jedes Einzelnen, dort Einfluss zu nehmen, wo Gesundheit „passiert“ bzw. hergestellt wird.

Dem Determinanten System der Gesundheit zufolge lässt sich die Einflussnahme auf drei Ebenen definieren: Sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Faktoren, Lebensweisen und Lebensstile sowie individuelle Faktoren (Alter, Geschlecht, erbliche Faktoren).²⁹

Besonders die Einflussnahme der äußeren Faktoren gilt es zu berücksichtigen, wenn von Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung älterer Personen gesprochen wird.

Hier kann die Gesundheitsförderung über zwei Richtungen erfolgen: Die Person selbst ändert Verhalten zugunsten der eigenen Gesundheit und die äußeren Bedingungen ändern sich, um Gesundheit für Bevölkerung zu gewähren. Beide Richtungen bedingen sich gegenseitig.

Für beide Richtungen kann der Ressourcenorientierte Ansatz zur Anwendung kommen. Ziel ist es, durch Interventionsmaßnahmen die Ressourcen einer Person oder Gemeinde zu stärken und die Gesundheitspotentiale zu erhöhen. Hinter diesem Ansatz steht das theoretische Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Er stellte die Frage: „Was hält Menschen gesund?“ ins Zentrum seiner Forschung und fand drei wesentliche Faktoren dazu.

Eingebettet in die kurz beschriebenen Modelle ist das Systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell, welches Gesundheit und Krankheit als Ergebnis von Anpassungs- und Regulationsprozessen sieht.

Bei allen beschriebenen Modellen wird deutlich, dass eine Gesellschaft auf vielfältige Weise auf die Gesundheit der Bevölkerung Einfluss nehmen kann und diese auch nutzen sollte, um allen Personen, insbesondere der älteren Personen, ein möglichst selbständiges und gesundheitsförderliches Leben ermöglichen zu können.

4.1 Determinanten von Gesundheit

Unter Determinanten werden jene Faktoren verstanden, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen. Sie lassen sich in drei große Bereiche einteilen. (ebd.)

- Sozioökonomische und umweltbedingte Faktoren
- Lebensweisen und Lebensstile
- Individuelle Faktoren – wie Alter, Geschlecht, erbliche Faktoren

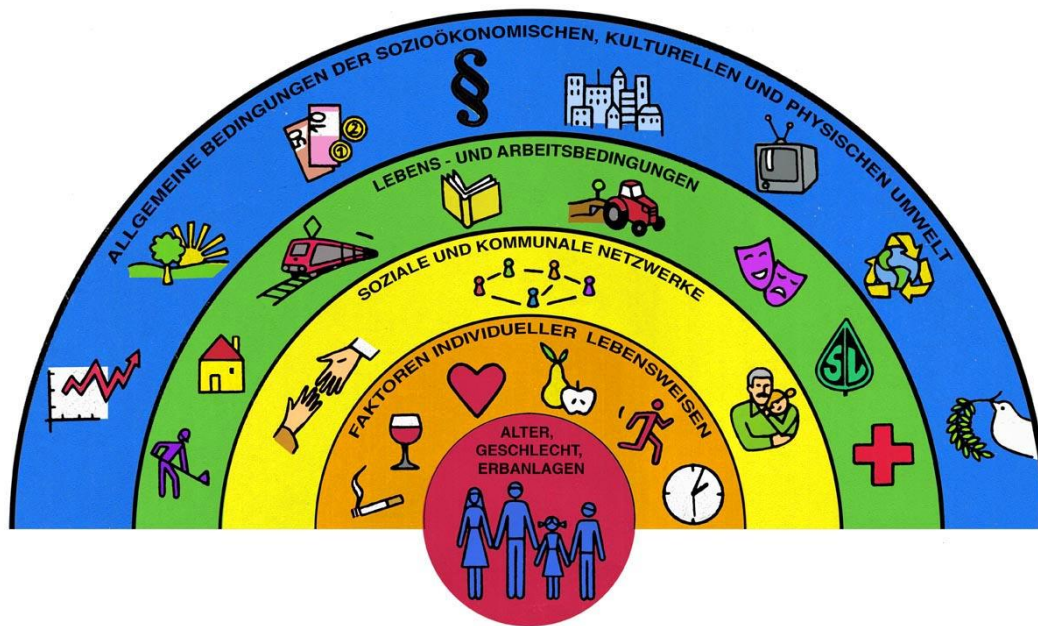


Abbildung 8 Determinanten von Gesundheit

Die Gesundheitsförderung zielt auf die veränderbaren und beeinflussbaren Faktoren ab. Nach diesem Verständnis lautet die zentrale Frage, über welche gesundheitsfördernden personalen und sozialen Ressourcen eine Person verfügen kann, soll oder muss, um sein bio-psychosoziales Wohlbefinden zu optimieren.

Die Kernaufgabe der Gesundheitsförderung ist es, Einzelne und Gemeinschaften zu stärken und mehr Kontrolle über bestimmte Faktoren der Gesundheit zu gewinnen. (ebd.)

Dabei müssen die Gesundheitschancen von sozial belasteten oder schwachen Bevölkerungsgruppen besonders verbessert werden, da Armut nach wie vor die größte Bedrohung von Gesundheit darstellt. (ebd.)

4.2 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung definiert sich durch den strategischen Ansatz der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit jenem einer systematischen Politik, die auf Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit abzielt.³⁰

In der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung definiert die WHO 1986 folgendermaßen:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.³¹

Die strategischen Schlüsselpunkte sind das Empowerment und die Intersektoralität. Empowerment bedeutet die Stärkung von Kompetenzen und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit, wohingegen durch zweiteres die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in einer Vielzahl von Politikbereichen verstanden wird. Zudem orientiert sich die Gesundheitsförderung an einem dialogischen Paradigma, welches durch partnerschaftliche Vorgehensweise auf interpersoneller und politischer Handlungsebene gekennzeichnet ist.³²

Laut Ilona Kickbusch werden folgende Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung beschrieben:

- Strategien an Determinanten ausrichten
- Gesundheit in allen Dimensionen, dem salutogenetischen Ansatz zufolge, verstehen
- Partizipatives Vorgehen
- Interdisziplinäres und ressourcenübergreifendes Handeln

Die Aufgabe der Gesundheitsförderung ist es, jene Felder zu identifizieren, in denen die Ressource Gesundheit gestärkt werden kann. Hier sollen durch Handlungsstrategien gesellschaftliche und persönliche Veränderungsprozesse eingeleitet werden, um wichtige Gesundheitsdeterminanten zu beeinflussen. Gesundheitsförderung lässt sich nicht als eindeutig abgrenzbares Handlungsfeld beschreiben, da dessen Strategien in nahezu jedem gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bereich angewandt werden können, um soziale Netzwerke, soziales Kapital, Lebensqualität und ein Mehr an Gesundheit herzustellen.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden zwei Richtungen in der Gesundheitsförderung unterschieden:

- Maßnahmen, die individuelle Faktoren verändern sollen. Sie sind verhaltensbezogen wie z.B. Vorträge/Kurse
- Maßnahmen, die Faktoren verändern sollen, die von außen auf das Individuum einwirken. Sie werden als verhältnisbezogen bezeichnet, wie z.B. soziale Netzwerke, bauliche Gegebenheiten. (ebd.)

4.3 Ressourcenorientierung – Salutogenese und Kohärenzgefühl

Die Interventionsmaßnahmen der Gesundheitsförderung zielen auch auf die Ressourcensteigerung und Erhöhung der Gesundheitspotentiale in bestimmten Settings (Gemeinde, Arbeitsplatz, etc.) ab.

Die Maßnahmen richten sich an die Lebensbedingungen der Menschen, um ressourcenstärkende Persönlichkeitsanteile zu stärken und gesundheitsförderliche Lebensstile zu entwickeln bzw. auszubauen.

Der Mensch verfügt über interne und externe Ressourcen. Sie halten ihn mehr oder weniger gesund. Zu den internen zählen z.B. das Selbstwertgefühl, Bewältigungsstrategien und Kompensationsmöglichkeiten. Externe Ressourcen beziehen sich auf das soziale Umfeld, die ökonomischen Bedingungen, das berufliche Umfeld, etc. (ebd.)

Die Haltung hinter dem Ressourcenansatz beruht auf der Frage: Wie entsteht Gesundheit und welche Faktoren können positiv beeinflusst werden. Auf diese Fragen entwickelte der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky sein Modell der Salutogenese. Dieses Modell geht davon aus, dass der Mensch, abhängig von seinen internen und externen Ressourcen, mehr oder weniger gesund ist. (ebd.)

Antonovkys Hauptthese ist, dass das Kohärenzgefühl als Kern der Frage nach der Entstehung von Gesundheit betrachtet werden muss.

Unter Kohärenzgefühl versteht man das Empfinden des Zusammenhangs mit der Welt. Dabei werden drei Faktoren unterschieden, die zusammen das Kohärenzgefühl („sense of coherence“ SOC) umfassen.³³

- Verstehbarkeit
- Handhabbarkeit
- Bedeutsamkeit

Verstehbarkeit meint, dass Lebensereignisse und die eigene Biographie sinnvoll geordnet und nachvollziehbar sind. Mit Handhabbarkeit ist gemeint, dass das Leben und

seine Erfordernisse als bewältigbar erlebt werden und Herausforderungen, die sich stellen, angenommen werden können. Der Faktor Bedeutsamkeit betrifft die Motivation einer Person. Sie empfindet bestimmte Dinge ihres Lebens als wichtig und sinnvoll. (ebd.)

4.4 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell

In der Gesundheitsförderung gibt es neben dem theoretischen Rahmen der Salutogenese und des Kohärenzgefühls ein weiteres Rahmenmodell, das hier näher beschrieben wird.³⁴

Das systematische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) basiert auf dem Stressbewältigungsmodell, dem salutogenetischen Modell, sowie auf bedürfnisorientierten und ökologischen Perspektiven und Ansätzen.

Im SAR-Modell werden Gesundheit und Krankheit als Resultat von Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen einem Individuum und seiner Umwelt konzipiert. Dabei werden Umwelt und Individuum als komplexe hierarchisch strukturierte Systeme aufgefasst. Das System selbst besteht aus Systemelementen und ist den Suprasystemen übergeordnet. Systeme und Systemelemente stehen in Interaktion und beeinflussen sich wechselseitig. Beeinflussungsprozesse sind „Anforderungen“ und „Ressourcen“. (ebd.)

Das System stellt an andere Systeme Anforderungen, auf die mit der Aktivierung oder Bereitstellung von Ressourcen geantwortet wird. Im günstigsten Fall kommt es zu einer wechselseitigen Bewältigung von Anforderung durch die Nutzung oder den Austausch von Ressourcen.

In der folgenden Abbildung sind diese Prozesse stark vereinfacht dargestellt. In der Abbildung reagiert ein Individuum auf externe Anforderung mit der Aktivierung interner Ressourcen. Umgekehrt reagiert die (soziale) Umwelt auf die interne Anforderung eines Individuums mit der Bereitstellung externer Ressourcen.

Im SAR-Modell ist folgende Annahme grundlegend: Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt davon ab, wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen. (ebd.)

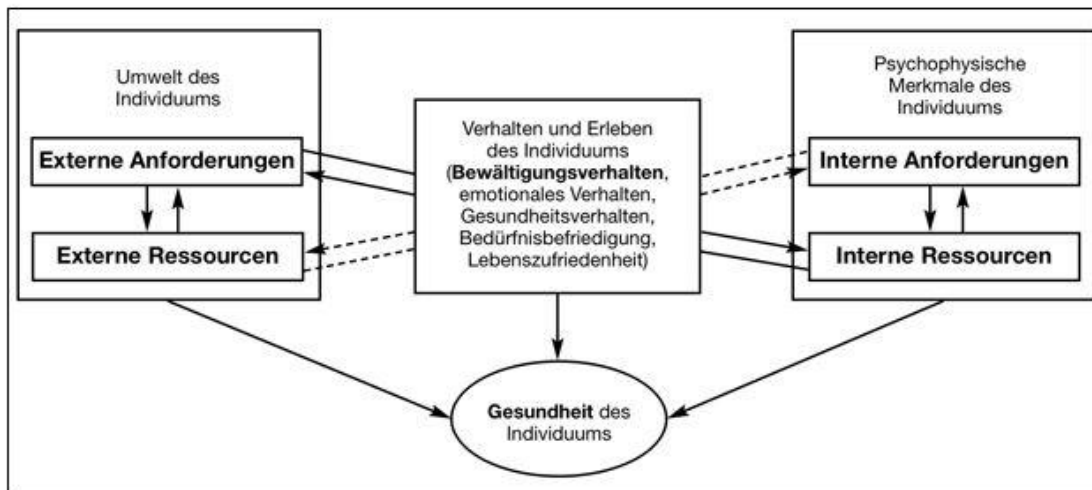


Abbildung 9 Systemisches Anforderungs- und Ressourcen-Modell (ebd.)

Unter Anforderungen werden Bedingungen verstanden, mit denen sich ein Individuum auseinandersetzen muss. Externe Anforderungen sind z.B. berufliche und soziale Anforderungen. Interne Anforderungen resultieren aus den Bedürfnissen, Zielen, Werten und Normen. Zu den wichtigsten Bedürfnissen des Menschen zählen neben den physiologischen Bedürfnissen (Nahrung, Wohnen, ...) die Bedürfnisse nach der Erkundung der Umwelt und dem Selbst, Selbstverwirklichung, Orientierung und Sicherheit, Bindung und Achtung. Sehr hohe oder auch geringe Anforderungen in Relation zu den verfügbaren Ressourcen werden als belastend erlebt und lösen negative Emotionen und damit verbunden physiologische Reaktionen aus. (ebd.)

Zur Bewältigung von Anforderungen wird auf Ressourcen zurückgegriffen. Dabei stehen interne, psychische und physische Ressourcen als Handlungsmittel zur Verfügung, z.B. Fähigkeiten, Kompetenzen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen usw. sowie physische Voraussetzungen z.B. Fitness. Unter externen Ressourcen werden soziale Ressourcen (soziale Stützsysteme, gute Beziehungen zu Bezugspersonen, religiöse Gemeinschaften, ...), berufliche Ressourcen (Besitz eines Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes, hinreichendes Einkommen, ...), gesellschaftliche Ressourcen (Bildungssystem, Gesundheitssystem, ...) und ökologische Ressourcen (saubere, intakte Umwelt, ...) verstanden. (ebd.)

Im Rahmen der Gesundheitsförderung kann das SAR-Modell als Verbesserung der Voraussetzungen zur Bewältigung externer und interner Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen charakterisiert werden. Ein derartiges Verständnis ist eine multidisziplinäre Aufgabe.

Gesundheitsförderung kann (exemplarisch dargestellt) ausgehend von Anforderungen oder Ressourcen betrieben werden. Das bedeutet zum einem die Konzentration auf die Anpassung externer oder interner Anforderungen z.B. Verringerung von Überforderungen oder Aufbau und Aufrechterhalten von Bindungen und zum anderen können die Ressourcen in den Mittelpunkt rücken, z.B. durch den Aufbau, Bereitstellung und Nutzen externer Ressourcen oder Verbesserung der körperlichen Fitness. (ebd.)

Fehldosierte Anforderungen sowie Defizite und Verluste von Ressourcen und daraus resultierende Misserfolge der Anforderungsbewältigung sind begleitet von negativen Gefühlen, Lebensunzufriedenheit und unter Umständen auch mit Veränderungen im Gesundheitsverhalten (z.B. erhöhter Konsum von Alkohol). Wohldosierte Anforderungen und die Bewahrung oder Vergrößerung von Ressourcen sowie die erfolgreiche Bewältigung externer und interner Anforderungen tragen zu Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit und körperlicher und seelischer Gesundheit bei. (ebd.)

5. Kommunale Gesundheitsförderung älterer Menschen unter dem Schwerpunkt des Peer-Multiplikatoren-Ansatzes

Eine Schlüsselrolle für Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen kommt den Gemeinden zu. Denn diese schaffen Rahmenbedingungen, innerhalb derer Gesundheit gelebt werden kann. Gemeinden bestimmen durch ihre sozialen Strukturen, ihre diversen Angebote und ihre Kultur und Tradition das Gesundheitsverhalten jedes und jeder Einzelnen. Zudem beeinflussen Gemeinden auf der Verhältnisebene durch die Verkehrsplanung, Umweltpolitik, Wohnumfeld usw. die Gesundheit der Menschen. Die Gemeinde bietet zudem den Vorteil, dass alle BürgerInnen aller Altersgruppen mit Gesundheitsförderung direkt angesprochen und beteiligt werden können. Besonders in Hinblick auf Gesundheit von älteren Menschen ist die Gemeinde ein wichtiges Setting. Der Aktionsradius älterer Menschen ist bei weitem geringer als der Personengruppe der Berufstätigen. Ältere Menschen halten sich vorwiegend in ihrem Stadtteil bzw. Wohnort und hier in den eigenen vier Wänden auf.

Gemeinden bieten älteren Menschen neben dem Wohn- & Lebensraum auch die Möglichkeit der Freizeitgestaltung und der Versorgung der Mittel für den täglichen Bedarf sowie oft auch medizinische Versorgung.

Nahezu das gesamte Leben spielt sich in Gemeinden ab, daher ist das kommunale Setting der ideale Ort um ältere Menschen in ihrer Lebenswelt zu erreichen.

5.1 Kommunale Gesundheitsförderung

Kommunale Gesundheitsförderung verfolgt, wie andere settingorientierte Programme auch – einen Zugang, der darauf ausgerichtet ist, die spezifischen Rahmenbedingungen im Setting „Gemeinde/Kommune“ gesundheitsförderlich zu gestalten. Die Gestaltung kann sich z.B. auf den Organisationsablauf der Gemeinde oder die GemeindemitgliederInnen untereinander beziehen.³⁵

Kommunale Gesundheitsförderung ist auf Zusammenarbeit und Partnerschaften angewiesen, ...

- da sie vor allem auf die umfassenden Änderungen von Lebensbedingungen und Angeboten (mit Einfluss auf die Gesundheit) abzielt, die viele verschiedene Akteure und Institutionen betreffen.
- die kommunale Gesundheitsförderung auf dem Prinzip der Bürgerbeteiligung aufbaut

- auf Kommunalebene häufig nur dann etwas erreicht werden kann, wenn viele verschiedene Institutionen zusammenarbeiten.³⁶

Ein wesentlicher Bestandteil effektiver Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde stellt die Zusammenarbeit der örtlichen Akteure aus den Bereichen Erziehung, Bildung, Gesundheit & Soziales und der Bevölkerung dar. (ebd.)

Um eine erfolgreiche Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure zu erzielen, hat sich die Gründung einer kommunalen Initiative zur Förderung der Gesundheit bewährt. Dadurch kann eine hohe Akzeptanz und Beteiligung der Bevölkerung erzielt werden.

Unabhängig davon, von welcher Gruppe die Initiative ausgeht, ist die Einbindung der Kommunalpolitik wesentlich, da ohne politische Zustimmung die notwendigen Voraussetzungen fehlen.

Eine Verankerung der Initiative kann durch einen Gemeinderatsbeschluss gefestigt werden, in dem auch die finanziellen und personellen Ressourcen berücksichtigt werden. (ebd.)

Gesundheitsförderung empfiehlt sich in vorhandene Politikbereiche (Familien- und Generationsfreundlichkeit) und in die Planung der verschiedenen Ämter zu integrieren. Familienfreundlichkeit ist ein wichtiger Standort- und Wirtschaftsfaktor und hat für viele Gemeinden hohe Priorität. Das Thema Alter gewinnt in Zuge des Demographischen Wandels an Aufmerksamkeit. Generationsfreundlichkeit als Begriff und Konzept bietet die Chance, mit einem innovativen Anspruch wegweisend zu sein. (ebd.)

Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen zielt auf den Setting orientierten Ansatz ab. Dieser verfolgt einen ganzheitlichen, system- und verhältnispräventiven Zugang. Daraus folgt, dass nicht das Individuum, sondern dessen soziale System Gegenstand der Intervention ist. Das Setting, im speziellen Fall die Gemeinde, stellt einen sinnvollen Anknüpfungspunkt für die Gesundheitsförderungsinterventionen dar.³⁷

Unterschieden wird zwischen „Gesundheitsförderung im Setting“ und einem gesundheitsfördernden Setting. Gesundheitsfördernd im Setting nutzt dann den sozialen und organisatorischen Rahmen des Settings als Zugangsweg zu den Zielgruppen. Dagegen fokussiert der „Setting-Ansatz“ auf die Integration gesundheitsfördernder Aspekte in die gesamten Funktionsbedingungen eines Settings, in seine Struktur, seine Kultur, seine Prozesse und die Routinen des alltäglichen Setting-Lebens. (ebd.)

Die kommunale Gesundheitsförderung eignet sich besonders für die Zielgruppe der älteren Menschen, da diese insbesondere über dieses Setting erreicht werden können. Gesundheitsförderung im Setting bedeutet Entwicklungsprozesse einzuleiten und

Menschen durch intensive Beziehungs- und Kontaktarbeit zu motivieren, sich bei gesundheitsförderlicher Arbeit zu involvieren. Dabei wird in der Partizipationshypothese nach dem Grad der Involviertheit von Gemeindestrukturen und -bevölkerung unterschieden.

Unterschieden werden: Lebensweltbasierte Interventionen, lebensweltlich orientierte Aktivitäten und Gemeinde- und Regionalentwicklung.

Bei lebensweltbasierten Interventionen wird die Gemeinde als Ort der Maßnahme genutzt. Die Planung ist zumeist abgeschlossen und wird von ExpertInnen umgesetzt. Es gibt nur wenig Bezug zu den Bedürfnissen der Zielgruppe. Beispiele dafür sind Gesundheitstage, Gesundheitsvorträge, Kariesprophylaxe, etc.

Hingegen ist bei lebensweltlich orientierten Aktivitäten die aktive Beteiligung der Gemeindeglieder in der Planung und Umsetzung gewährleistet. Der objektive Bedarf der Zielgruppe steht im Mittelpunkt.

Bei der Gemeinde- und Regionalentwicklung wird die Kontrolle über die Intervention in die Lebenswelt der Zielgruppe verlagert. Die gesamte Planung und Umsetzung erfolgt in der Gemeinde. Dem voraus stehen Visionen oder Grobziele, wie die Förderung der Lebensqualität und Gesundheit. Die Struktur ist geplant, die Inhalte noch unspezifisch, da sie im Beteiligungsprozess entstehen. Dieser wird häufig extern begleitet.

Die große Herausforderung in der Prozessbegleitung liegt darin, den Übergang von ExpertInnen-orientierten Projekten und Programmen zu deren selbst bestimmen Handeln zu ermöglichen. Für diese Bewältigung bedarf es der sozialen Bereitschaft der Gemeinden bzw. kommunalen Strukturen, sich auf diesen Prozess einzulassen.

Weiters bedarf es entsprechende zeitliche Voraussetzungen, um der Möglichkeit zur Entschleunigung zu gewährleisten. (ebd.)

5.2 Modelle & Methoden zur Partizipation

Partizipation bedeutet nicht nur Teilnahme sondern auch Teilhabe, also Entscheidungsmacht bei allen wesentlichen Fragen der Lebensqualität.

Je mehr Einfluss eine Person auf einen Entscheidungsprozess nimmt, umso größer ist seine bzw. ihre Partizipation.

Partizipation ist eine zentrale Forderung der Ottawa-Charta, um Selbstbestimmung der BürgerInnen als Kern der Gesundheitsförderung umzusetzen.

Partizipation legt einen besonderen Schwerpunkt auf die Teilhabe der Zielgruppen und ProjektmitarbeiterInnen, weil diese Akteure über lokales Wissen verfügen und wesentlich zum Erfolg von Intervention beitragen.

Partizipation ist kein „Entweder/Oder“ sondern ein Entwicklungsprozess. Selbstreflexion und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren vor Ort fördern die Weiterentwicklung der Partizipation in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention.

In der konkreten Umsetzung ist Partizipation je nach Rahmenbedingungen unterschiedlich umsetzbar.³⁸

5.2.1 Stufen der Partizipation

Anhand der Ergebnisse aus Forschungsprojekten und in Anlehnung an die Arbeit von Sherry Arnstein – eine US-Amerikanerin, die erfolgreiche BürgerInnen-Initiativen erforschte – entstand ein Stufenmodell, das es ermöglichen soll, die Ausprägung existierender partizipativer Prozesse zu beschreiben.³⁹

Nachfolgende Grafik dient zur Veranschaulichung der einzelnen Stufen.

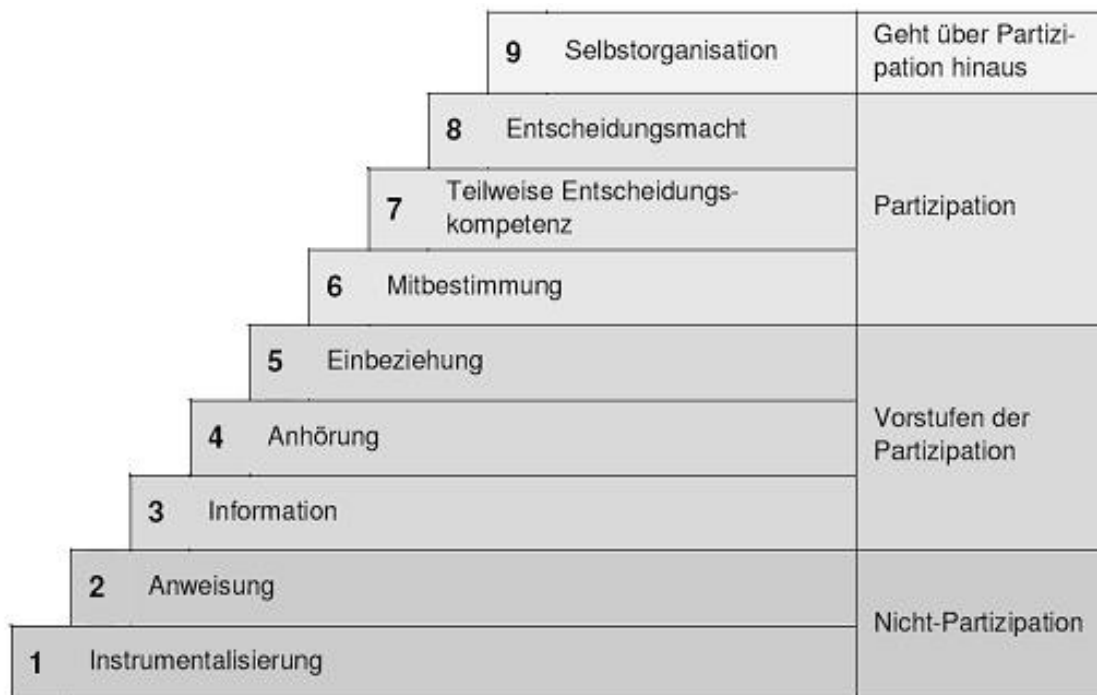


Abbildung 10 Stufen der Partizipation (ebd.)

Stufe 1: Instrumentalisierung

Die Interessen und Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle und die Entscheidungen werden außerhalb der Zielgruppe gemacht. Hier stehen vielmehr die Interessen der Entscheidungsträger im Mittelpunkt. Die Zielgruppe dient eher der „Dekoration“.

Beispiel:

Es werden nur diejenigen der Zielgruppe befragt, die die Ansichten der Entscheidungsträger vertreten. Diese Meinung wird dann als Meinung aller dargestellt. (ebd.)

Stufe 2: Anweisung

Entscheidungsträger, oft ausgebildete Fachkräfte, nehmen die Lage der Zielgruppe wahr. Auf Grundlage dieser (fachlichen) Meinung der Entscheidungsträger werden die Probleme der Zielgruppe definiert und Vorgänge zur Beseitigung oder Linderung der Probleme festgelegt. Die Meinung der Zielgruppe zu ihrer eigenen Situation wird nicht berücksichtigt. Die Kommunikation seitens der Entscheidungsträger ist direktiv.

Stufe 3: Information

Die Entscheidungsträger teilen der Zielgruppe mit, welche Probleme die Gruppe hat und welche Hilfe sie benötigt: Verschiedene Handlungsmöglichkeiten werden der Zielgruppe für die Beseitigung oder Linderung ihrer Probleme empfohlen. Das Vorgehen der Entscheidungsträger wird erklärt und begründet. Die Sichtweise der Zielgruppe wird berücksichtigt, um die Akzeptanz der Informationsangebote und die Aufnahme der Botschaften zu fördern.

Beispiel:

Herkömmliche Aufklärungsarbeit fällt in der Regel unter diese Kategorie. Ob im Rahmen von bundesweiten Kampagnen oder auf Veranstaltungen steht die Mitteilung von Informationen, die von ExpertInnen aufbereitet und vorgestellt werden, im Vordergrund. (ebd.)

Stufe 4: Anhörung

Die Entscheidungsträger interessieren sich für die Sichtweise der Zielgruppe auf ihre eigene Lage. Die Mitglieder der Zielgruppe werden angehört, haben jedoch keine Kontrolle darüber, ob ihre Sichtweise Beachtung findet.

Beispiel:

Die am häufigsten verwendete Form der Anhörung in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Befragung. Ob schriftlich oder mündlich, im Einzel- oder Gruppengespräch geht es darum, die Situation der Zielgruppe in Erfahrung zu bringen. (ebd.)

Stufe 5: Einbeziehung

Die Einrichtung lässt sich von ausgewählten Personen aus der Zielgruppe (oft Personen, die den Entscheidungsträgern nahestehen) beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Beispiel:

Bei der Überlegung zur Errichtung eines neuen Angebots nimmt eine Einrichtung Kontakt zu einer Migrantenorganisation auf, um sich näher über die Situation der jungen Frauen aus dem entsprechenden Kulturkreis zu informieren. (ebd.)

Stufe 6: Mitbestimmung

Die Entscheidungsträger halten Rücksprache mit VertreterInnen der Zielgruppe, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme mit ihnen abzustimmen. Es kann bei Verhandlungen zwischen der Zielgruppenvertretung und den Entscheidungsträgern zu wichtigen Fragen kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinigen Entscheidungsbefugnisse.

Beispiel:

Die Mitgliedschaft von VertreterInnen aus der Zielgruppe in Entscheidungsgremien (Vorstand, Beirat, Steuerungsgruppe) ist ein Beispiel der Mitbestimmung. (ebd.)

Stufe 7: Teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz

Ein Beteiligungsrecht stellt sicher, dass die Zielgruppe bestimmte Aspekte einer Maßnahme selbst bestimmen kann. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt jedoch in den Händen von anderen, z.B. bei MitarbeiterInnen einer Einrichtung.

Beispiel:

Eine Einrichtung will einen Aufklärungsfilm für Jugendliche zum Thema Sexualität entwickeln und beantragt eine Gruppe von Jugendlichen mit der inhaltlichen Gestaltung des Films. (ebd.)

Stufe 8: Entscheidungsmacht

Die Zielgruppenmitglieder bestimmen alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme selbst. Dies geschieht im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft mit einer Einrichtung oder anderen Akteuren. Andere Akteure außerhalb der Zielgruppe sind an wesentlichen Entscheidungen beteiligt, sie spielen jedoch keine bestimmende, sondern eine begleitende oder unterstützende Rolle.

Beispiel:

Frauen in einem Wohnviertel haben das Anliegen, einen Kochkurs zu organisieren und bekommen hierfür eine Küche von einer Einrichtung zur Verfügung gestellt. (ebd.)

Die letzte Stufe des Modells geht über die Partizipation hinaus. Sie umfasst alle Formen selbst organisierter Maßnahmen, die nicht unbedingt als Folge eines partizipativen Entwicklungsprozesses entstehen, sondern von Anfang an von BürgerInnen selbst initiiert werden können.

Stufe 9: Selbstorganisation

Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Häufig entsteht die Eigeninitiative aus eigener Betroffenheit. Die Entscheidungen trifft die Zielgruppe selbstständig und eigenverantwortlich. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt bei der Zielgruppe. Alle Entscheidungsträger sind Mitglieder der Zielgruppe. (ebd.)

5.2.2 Methoden der Partizipation

Bei Beteiligungsprozessen können unterschiedliche Methoden zur Anwendung kommen. Diese leisten einen wesentlichen Beitrag dazu, dass die Prozesse strukturiert und effizient durchgeführt werden. Zudem werden sie dadurch abwechslungsreich und interessant gestaltet und es gelingt abseits von gängigen Wegen nach Lösungen zu suchen.

Die Wahl der Methode ist unter anderem abhängig von:

- der TeilnehmerInnen-Anzahl
- der zur Verfügung stehenden Zeit
- auf welcher Stufe der Partizipation der Prozess aktiv ist

Die Kombination mehrerer Methoden oder die Auswahl der Methode im Beteiligungsprozess selbst kann Sinn machen.⁴⁰

In der folgenden Tabelle findet sich eine Auswahl an Methoden sortiert nach Gruppengröße, Dauer der Durchführung und Kurzbeschreibung:

Gruppengröße	Art der Methode	Dauer der Durchführung	Kurzbeschreibung
Kleingruppen bis 15 Personen	BürgerInnen-Rat ⁴¹	2 Tage	Zusammensetzung aus 12 nach Zufallsprinzip gewählten BürgerInnen. Sie identifizieren Themen des öffentlichen Interesses in ihrem Umfeld und entwickeln Verbesserungs-/ Lösungsvorschläge. Eine Moderation unterstützt dabei. Nach der Präsentation löst sich der Rat auf und die Bevölkerung wird (z.B. in Arbeitsgruppen) eingeladen das Thema zu diskutieren. Eine periodische Durchführung des BürgerInnen-Rates erhöht die Qualität der Ergebnisse.
	Systemische Konsensieren ⁴²	Abhängig von Komplexität der Fragestellung. Wenige Minuten bis Stunden	Eine Gruppe ermittelt aus selbst entwickelten Lösungsvorschlägen jene, die am wenigsten Ablehnung erfahren – es wird das Ausmaß des Widerstandes erfragt. Der Ablauf gliedert sich in die Phasen: Entwicklung der Fragestellung, Sammeln der Lösungsvorschläge, Bewertungsphase und Auswertung.
Mittelgroße Gruppen von 20 bis 30 Personen	World Café ⁴³	1 Tag bis 1 Woche	In entspannter Kaffeehaus-ähnlicher Atmosphäre wird ein kreativer Prozess in Gang gesetzt, bei dem der Austausch von Wissen und Ideen zu neuen Erkenntnissen führt. In 3 aufeinander aufbauenden Gesprächsrunden von je 20-30 Minuten arbeiten 4-6 Personen pro Tisch und konkreten Thema zusammen. Ein Tischgastgeber bleibt am Tisch zurück und gibt die wesentlichen Gedanken der Vorrunde wieder.
Mittelgroße Gruppe von 2 bis 10 Personen bzw. Einzelpersonen	THANCS „Thriving for Awareness for Non-Conflicting Strategies“	3 Stunden pro Konflikt/ Spannung	In einem 4-stufigen Prozess werden Spannungen erkannt – diese persönlich reflektiert. Hier geht es darum den Auslöser für die Spannungen zu identifizieren. Im 3.Schritt werden die Reflexi-

	gies ⁴⁴	nung	onsergebnisse an die von den Spannungen betroffenen Personen kommuniziert. Der 4. Schritt sollte zur Verhaltensänderung führen.
Große Gruppen ab 20 Personen	BürgerInnen-Versammlung ⁴⁵	1 Tag bis mehrere Veranstaltungen in Serie	Dient zur Information und Meinungseinholung über geplante Projekte auf kommunaler Ebene. BürgerInnen-Versammlungen bestehen aus einem Informationsteil und einem Diskussionsteil. Sie werden auf kommunaler Ebene themenspezifisch oder dauerhaft eingesetzt und können mit anderen Methoden kombiniert werden.
	Internet Forum ⁴⁶	Einige Tage bis Monate	Internet Foren sind online-Diskussionsforen die die Möglichkeit bieten sich zu einem bestimmten Thema schriftlich zu äußern oder mit anderen zu diskutieren. Zu einem bestimmten Thema wird ein Forum eröffnet und moderiert. Durch Eingangsfragen oder Artikel wird die Diskussion angeregt. Teilung der Einträge in weitere Themen ist möglich. Die Verknüpfung mit realen Entscheidungsverfahren ist notwendig.

Tabelle

1

Auswahl

an

Methoden

der

Partizipation

5.3 Peer-Multiplikatoren-Ansatz

Der Multiplikatoren-Begriff wird im Bereich der Gesundheitsaufklärung und -information flächendeckend aber häufig unbestimmt verwandt. In Werbung, Marketing und Bildung sind Multiplikatoren Personen oder Institutionen, die Informationen an mehrere Personen und Institutionen weiterleiten und dadurch vervielfältigen.⁴⁷

Sie spielen besonders bei Einrichtungen oder Projekten der Gesundheitsförderung eine entsprechend wichtige Rolle als Unterstützer und Verstärker von Absichten und Zielen der Gesundheitsförderung.

MultiplikatorInnen gelten als Schlüsselpersonen in der Vermittlung von und in der Auseinandersetzung mit diversen Themen. Sie haben eine wichtige Transferfunktion und können, abgestimmt auf die Zielgruppe, durch geeignete Maßnahmen zur Selbstreflexion und zum Nachdenken anregen. (ebd.)

In der Gesundheitsförderung können Multiplikatoren Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit, der Pädagogik sowie den Massenmedien sein. Auch Angehörige einer Zielgruppe können als MultiplikatorInnen wirken.

Damit die MultiplikatorInnen die Erwartungen, z.B. von den Projektverantwortlichen erfüllen können, werden sie entsprechend fortgebildet. Um sie auf ihre Aufgaben (z.B. Erreichung & Aktivierung der Zielgruppe vorzubereiten.

Die Aufgaben müssen sich nicht auf die Ebene von Wissen und Einstellungen begrenzen. MultiplikatorInnen können mit neu erworbenem, gesundheitsförderlichem Verhalten auch als Vorbilder für die Zielgruppe wirken, die das erwünschte Gesundheitsverhalten weitertragen.) (ebd.)

Jedoch ist nicht auszuschließen, dass Informationen und Botschaften bei der Weitergabe missverstanden, verzerrt, abgeschwächt oder überbewertet werden können. Daher setzt das Multiplikatoren-Konzept ein möglichst hohes Maß an Übereinstimmung zwischen Absender und Multiplikatoren voraus. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit die MultiplikatorInnen über Kompetenzen verfügen sollen, um die Erwartungen erfüllen zu können. Motivation, Qualifizierung, begleitende Betreuung und Kontrolle sind wichtige Bestandteile einer erfolgreichen Umsetzung.

MultiplikatorInnen können in ihrem Wirkungsbereich eine wesentliche Übersetzungsfunktion ausüben, indem sie Botschaften zielgruppengerecht, also lebens- und alltagsnah weitergeben. Das setzt voraus, dass sie ExpertInnen ihrer Zielgruppe sind, und von den Zielgruppenmitgliedern akzeptiert und als glaubwürdig angesehen werden. Die richtige Auswahl ist sehr von diesen Rahmenbedingungen abhängig. (ebd.)

6. Ausgewählte Good-Practice-Beispiele aus der kommunalen Gesundheitsförderung

In der nachfolgenden Tabelle werden ausgewählte Good-Practice-Beispiele aus der kommunalen Gesundheitsförderung dargestellt. Die Auswahl erfolgte über die drei Datenbanken:

- Projektdatenbank des *Fonds Gesunden Österreichs* (FGÖ, Teilbereich der Gesundheit Österreich GmbH),
- Datenbank *Health pro Elderly* (internationale Projektdatenbank für Gesundheitsförderungsprojekte mit Schwerpunkt ältere Menschen) und
- Projektdatenbank von Styria Vitalis (steirischer Verein im Auftrag von Gesundheit Österreich GmbH, Steiermärkische Gebietskrankenkasse & Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau).

Die Projekte wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt: Zielgruppe älterer Menschen, regionaler bzw. kommunaler Bereich und Multiplikatoren-Ansatz. Die Kriterien Bewegung, Ernährung, soziale Isolation und weitere finden ebenso Bedeutung.

Exemplarisch werden Projekte aus dem europäischen Ausland, aus Österreich und der Steiermark verwendet.

Die Darstellung erfolgt stichwortartig mit folgender Einteilung: Projektname, Ort, Zielgruppe, Zeitraum und Projektträger.

Sie dienen einem kleinen Überblick und dienen lediglich zur Veranschaulichung.

Tabelle 2 Good-Practice-Beispiele für kommunale Gesundheitsförderung

Projektname	Projektort/ Region & Zielgruppe	Ziele	Inhalte	Projektetails
Partnerschaft für ältere Menschen Dorset ⁴⁸	<p>Projektort: Dorset – Bezirk im Südwesten Englands</p> <p>Setting: Stadt- Gemeinde- Stadtteil</p> <p>Zielgruppe: Ältere Menschen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauensstärkung in Zusammenarbeit lokaler Anbieter von gesundheits- und sozialer Fürsorge • Gesteigerte Wahrnehmung von Dienstleistungsangeboten für ältere Menschen • Lokale Lösungen um älteren Menschen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen • Verminderte Isolation und verbessertes Sicherheitsgefühl • Förderung der seelischen Gesundheit • Soziale Partizipation & Inklusion 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau des Capacity Buildings • Unterteilung des Bezirkes in Nachbarschaftsgruppen mit LeiterInnen • Lokale „WegfinderInnen“ (MultiplikatorInnen) die Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Unterstützung geben • Lokale „EvaluatordInnen“ (MultiplikatorInnen) wurden ausgebildet & eingesetzt für die Evaluation • 2 Hauptamtliche MitarbeiterInnen für die Projektverantwortung & die Leistungsanalytik 	<ul style="list-style-type: none"> • 01.05.2006 – lfd. • Projektleitung: Sue Warr Sue.warr@dorsetcc.gov.uk • Finanzierung über staatlicher Gesundheitsdienst • Evaluierung mit Miteinbezug der älteren menschen
Gesundheitszentrum für ältere Menschen ⁴⁹	<p>Projektort: Niederlande</p> <p>Setting: Stadt – Gemeinde - Stadtteil</p> <p>Zielgruppe: Ältere Männer und Frauen Sozial benachteiligte ältere Menschen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsprobleme älterer Menschen in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht vorzubeugen • Auswirkungen zu vermindern • Bewusstseinsbildungsprozess • Förderung der kognitiven Belange • Depressions- Stress und Burnout Prävention • Verbesserung der Ernährungssituation • Steigerung der körperlichen Aktivität und Sturzprävention 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung von kardiovaskulären Problemen, Knochenbrüchen, Sturz- & Frakturrisiken • Erhebung psychosozialer Probleme • Individuelle Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • 01.01.2004 – lfd. • Projektorganisation: Org. häuslicher Pflege SeniorInnen-, KlientInnen- und PatientInnen Organisation Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen Städtische Gesundheitsämter • Finanzierung durch Kooperation beteiligter Organisa-

Projektname	Projektort/ Region & Zielgruppe	Ziele	Inhalte	Projektdetails
<p>Ich bin 65+ und froh, ein gesundes Leben zu führen⁵⁰</p>	<p>Projektort: Slowakei</p> <p>Setting: Stadt – Gemeinde – Ländliche Gebiete</p> <p>Zielgruppe: Alte Menschen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung des Interesses für Gesundheit in der Zielgruppe • Entwicklung eines zertifizierten Bildungssystems für ältere Menschen • Lenkung der Aufmerksamkeit der Gesellschaft & Politik auf Probleme älterer Menschen • Umsetzung der Vorstellung von einem gesunden Lebensstil <p>Soziale Partizipation & Inklusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kampagne „SeniorInnenwoche“ • Nationale Konferenz • Vorbereitung des zertifizierten Bildungsprogrammes • Beobachtung & Evaluierung 	<p>tionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01.09.2004 – 01.01.2008 • Projektleitung: Katarina Hulanska • Finanzierung: staatliches Budget
<p>Aktiv ins Alter! Investition in die Gesundheit älterer Menschen⁵¹</p>	<p>Projektort: Österreich, Wien</p> <p>Setting: Kommune</p> <p>Zielgruppe: Bildungsferne ältere Menschen Ältere Menschen Sozial benachteiligte ältere Menschen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angebot der Gesundheitsförderung für sozial isolierte Gruppen • Emotionale Unterstützung • Soziale Unterstützung • Aufbau von Netzwerken 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung durch Hausbesuche • Befragungen zur Lebensqualität • Aufrechterhaltung des Kontakts über ein Jahr und Begleitung des Aktivierungsprozesses • Erstellung von mehrsprachigen Broschüren („Gesundheitswegweisern“) • Einrichtung eines Stammtisches in Meidling 	<ul style="list-style-type: none"> • 30.11.2002 – 31.05.2005 • Projektleitung: Christoph Reinprecht Karin Kienzl-Plochberger • Finanzierung: World Health Organisation Fonds Soziales Wien

Projektname	Projektort/ Region & Zielgruppe	Ziele	Inhalte	Projektdetails
MENTA 50+ ⁵² Lernen zur Förderung der mentalen Fitness und des seelischen Wohlbefindens im höheren Alter	Projektort: Wien, sowie Partner in Italien, Großbritannien, Griechenland, Zypern & Israel Setting: Stadt/ Gemeinde Zielgruppe: Ältere Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Schulungsmaterialien und Kurskonzepten zur Förderung seelischer Gesundheit mit ganzheitlicher Themenvielfalt 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenzbasierte und praxisbasierte Materialien • Multiplikatoreinbindung auf kommunaler Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> • 12/2012 – 11/2014 • Projektleitung: TREBAG(Ungarn) Kontakt Österreich: Gert Lang • Finanzierung: Europäische Kommission & Fond Gesundes Österreich
Gemeinsam Gehen ⁵³	Projektort: Steiermark Setting: Kommune Zielgruppe: Ältere Menschen Sozial benachteiligte ältere Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung des Interesses für Gesundheit in der Zielgruppe Emotionale Unterstützung • Steigerung der Bewegungsaktivität • Soziale Unterstützung • Aufbau von Netzwerken & ehrenamtlichen sozialer Begleitdienstes 	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung einer Sozialraumanalyse • Aufbau eines ehrenamtlichen, sozialen Begleitdienstes • Niederschwellige „Gehen-Treffen“ • Entwicklung von Schwerpunktangeboten (Themenrundgänge, Wandergruppen, ..) 	<ul style="list-style-type: none"> • 01.07.2011 – 30.09.2013 • Projektleitung: Christine Neuhold • Finanzierung: World Health Organisation Fonds Soziales Wien

7. Bedeutung der Zielgruppe älterer Menschen für die Gesundheitsförderung

Wenn von *Alter* die Rede ist, wird meist der biologische Ansatz des Älterwerdens des Organismus verstanden. Neben dieser meist verlustbetonten Sicht kommen in der Gesundheitsförderung besonders die Sichtweisen der Psychologie, der Entwicklungspsychologie und der Soziologie zur Anwendung.

Basierend auf diesen Altersmodellen findet in der Gesundheitsförderung das Prinzip der Partizipation und Empowerment ihre Anwendung. Gesellschaftliche und politische Teilhabe ermöglicht älteren Personen ein aktives Gestalten ihrer Lebenssituation und Einwirken auf ihre Lebensqualität und Gesundheit.

Engagement dieser Personengruppe stellt sich somit dem weitverbreiteten Bild der öffentlichen Wahrnehmung entgegen. Welches oft geprägt ist durch sozialpolitische Klischees, die mitunter davon ausgehen, dass ältere Menschen eine ökonomische Last für die Gesellschaft darstellen.

Ältere Menschen, insbesondere Frauen, haben tatsächlich ein hohes Risiko in eine prekäre wirtschaftliche Lage zu geraten. Geschwächte familiäre Netze, Mangel an Freunden und gesellschaftliche Ausgrenzen beschleunigen diese Entwicklung. Durch die Ressourcenaktivierung älterer Personen in der Gesellschaft kann dem sehr stark entgegengewirkt werden.

Die Zielgruppe der älteren Menschen ist aber sehr heterogen. Die Ressourcen einer Person (z.B. Bildung, ökonomische und soziale Ressourcen) erhalten im Alter besondere Bedeutung, da sie über den Grad der Mitwirkung und Teilhabe an der Gesellschaft, sowie an Mobilität und Gesundheitszustand Auskunft geben. Dementsprechend unterschiedlich sind auch die Persönlichkeitseigenschaften und Gewohnheiten älterer Menschen. Darauf basiert unter anderem deren Alltagsgestaltung.

Deutlich sichtbar im Alter wird auch der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Die sozioökonomischen Unterschiede in der Morbidität und Mortalität werden vor allem auf ungleiche materielle Lebensbedingungen, psychosoziale Belastungen, gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensressourcen sowie persönliche und soziale Ressourcen zurückgeführt.

Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies, die Interventionen treffsicher zu gestalten und die Zielgruppe sehr genau untersuchen, um festzustellen, wo die Anknüpfungspunkte und Bedarfe sind.

7.1 Was bedeutet Altern?

Zu unterscheiden ist zunächst der Prozess des Alterns und der Lebensabschnitt Alter. Altern bezieht sich auf individuelle Veränderungsprozesse über die Lebensspanne, während Alter einen Abschnitt im Lebenslauf meint.

In der Biologie werden als Alternsprozesse Veränderungen definiert, die mit der Reproduktionsphase einsetzen und eine Abnahme der Anpassungsfähigkeit eines Organismus nach sich ziehen.⁵⁴

Im Gegensatz zur verlustbetonten biologischen Definition des Alters zeichnet die Psychologie ein multidimensionales Bild der Veränderungsprozesse. Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist Altern auch durch Gewinne gekennzeichnet. So werden Alterungsprozesse und Abbauprozesse als beeinflussbar aufgefasst. Etwa im Bereich der Gesundheit durch Gesundheitsförderung und Prävention. Die Entwicklungspsychologie erweitert die individuelle Perspektive durch die Einbettung der Entwicklung in soziale, gesellschaftliche und historische Kontexte. So werden Rahmenbedingungen für die Alterungsveränderungen (mit-)verantwortlich gemacht.

Aus soziologischer Sicht wird das Altwerden als Teil des Lebenslaufes betrachtet. Individuelle Altersveränderungen sind eingebettet in lebenslange Sozialisationsprozesse. Diese Betrachtung wirft die Frage auf, ob und wie Alterungsprozesse durch frühere Lebenserfahrungen beeinflusst werden. (ebd.)

7.2 Gesellschaftliche und politische Partizipation als Basis von Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Partizipation und gesellschaftliche Teilhabe sind Grundprinzipien der Gesundheitsförderung.

Unter Partizipation ist die Teilhabe bzw. Teilnahme an Entscheidungs- und Willensbildungsprozessen zu verstehen. Soziale Partizipation umfasst die Mitwirkung in den verschiedensten Lebensbereichen. Typische Ausdrucksformen von Partizipation sind z.B. die Bürgerbeteiligung, die Mitwirkung in Beiräten und Interessensverbänden, Vereinen, politischen Parteien, etc.⁵⁵

Soziale Partizipation wird in drei Formen unterteilt: Die kollektive Partizipation (z.B. gemeinsame Reisen), die produktive, soziale Partizipation (z.B. Vermittlung von Diensten oder Hilfen an andere) und die politische Partizipation, worunter das Handeln im Sinne von Entscheidungen über und für soziale Gruppen und die Verteilung von Ressourcen verstanden wird. (ebd.)

Soziale Partizipation und soziale Unterstützung sind eng mit Gesundheit und Wohlbefinden über den ganzen Lebenslauf miteinander verbunden. Die Teilnahme an Freizeitaktivitäten, an sozialen, kulturellen und religiösen Aktivitäten in der Gemeinde und in der Fami-

lie ermöglicht es dem alternden Menschen, seine Kompetenz zu realisieren und darzustellen und Respekt und Wertschätzung zu genießen.⁵⁶

Dieses Engagement verläuft im engen Zusammenhang mit dem Bildungsstatus. Je höher die abgeschlossene Bildungsstufe, umso höher die Lebenszufriedenheit und das Empfinden dazuzugehören.

Eine wesentliche Rolle spielt daher das immer bessere Bildungsniveau der nachwachsenden Generationen älterer Menschen – vor allem bei den Frauen, die den Großteil der Altengeneration stellen. Ältere mit höherer Schulbildung sind aktiver, selbstsicherer und in einem höheren Maße bestrebt, ihren Interessenkreis aufrechtzuerhalten und planen stärker für die Zukunft. Vor allem die nicht-familiären Aktivitäten sind bei ihnen stärker ausgeprägt. Daraus folgt eine höhere Durchsetzungskraft, Konfliktfähigkeit und -bereitschaft und ein großes Potential für die Gesundheitsförderung hier die Zielgruppe zu unterstützen. (ebd.)

7.2.1 Wahrnehmung älterer Menschen in der Gesellschaft

Die öffentliche Wahrnehmung der älteren Menschen läuft darauf hinaus, dass diese nichts mehr zur Gesellschaft beitragen und eine ökonomische Last darstellen. Dieses Bild erzeugt gesellschafts- und sozialpolitisch wirksame Klischees, deren Effekt in der Legitimation der Ausschließung oder Fernhaltung von Entscheidungsprozessen besteht.

Demgegenüber steht das nicht zu unterschätzende Maß an produktiver Leistung sowohl im formellen als auch im informellen Sektor.

Nicht nur eine Bestandsaufnahme der Leistungen der älteren Generation wäre sinnvoll, sondern ebenso eine differenzierte Darstellung ihrer spezifischen Ressourcen und Leistungspotentiale. (ebd.)

7.2.2 Leistungspotentiale der neuen „Alten“

Partizipation und Mitwirkungsanspruch werden mit großer Wahrscheinlichkeit vermehrt auftreten. Die neue Generation von Senioren hat den 2. Weltkrieg nicht erlebt und ihre formativen Jahre in den sechziger und frühen siebziger Jahren (68er Generation) verbracht. Zudem unterscheidet sie sich massiv von der vorangegangenen Generation und wird vermutlich eine anspruchsvollere sowie konflikt- und durchsetzungsfähigere Altengeneration darstellen, als ihre Elterngeneration es war.

Mitverantwortlich dafür ist unter anderem der Strukturwandel in der Gesellschaft der älteren Personen. Sie haben im Durchschnitt ein wesentlich höheres Bildungsniveau und eine hohe politische Einflussnahme bei Wahlen durch die Steigerung des Anteils dieser Altersgruppe. (ebd.)

7.3 Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter

Obwohl Österreich zu den reichsten Ländern der Welt gehört und über sehr gut ausgebaute soziale Sicherungssysteme verfügt, lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage der Menschen feststellen.

Personen statusniedriger Bevölkerungsgruppen sind häufiger von chronischen Krankheiten und Beschwerden, Unfallverletzungen und Behinderungen betroffen. Sie beurteilen Gesundheit und Wohlbefinden schlechter und unterliegen einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit als vergleichsweise Personen von besser gestellten Gruppen.

In den letzten Jahren wird der Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit ein zunehmender Stellenwert eingeräumt. Mit der Sozialepidemiologie hat sich inzwischen eine eigene Fachrichtung etabliert, die sich schwerpunktmäßig mit dieser Thematik befasst. Trotzdem ist über das Ausmaß und Erscheinungsbild der gesundheitlichen Ungleichheit bei älteren Menschen nur wenig bekannt. Die Mehrzahl der Studien konzentriert sich auf die Bevölkerung im Erwerbsalter.

Die gerontologische Forschung belegt, dass der Prozess des Alterns interindividuell sehr unterschiedlich verläuft und die Verfügung über sozioökonomische Ressourcen dabei eine wichtige Rolle spielt.

7.3.1 Sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf Morbidität und Mortalität

Sozioökonomische Unterschiede in der Morbidität und Mortalität werden vor allem auf ungleiche materielle Lebensbedingungen, psychosoziale Belastungen, gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensressourcen sowie personale und soziale Ressourcen zurückgeführt. Im Zusammenhang mit den materiellen Lebensbedingungen wird neben den Auswirkungen von Armut unter anderem die Situation am Arbeitsplatz miteinbezogen. Eine niedrige berufliche Stellung geht mit stärkeren arbeitsbezogenen Gesundheitsgefährdungen einher. Personen aus sozioökonomischen benachteiligten Gruppen leben zudem häufiger in kleinen und schlecht ausgestatteten Wohnungen. In ihrer Wohnumgebung sind sie stärkeren Luftverschmutzungen und Lärmbelastungen ausgesetzt.

Sozioökonomische Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten lassen sich für den Tabak- und Alkoholkonsum empirisch belegen. Daneben dürfen die Unterschiede in der Ernährungsweise und in der körperlichen Aktivität zu den beobachtbaren sozioökonomischen Unterschieden in der Morbidität und Mortalität beitragen. Das Gesundheitsverhalten ist in engem Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Einstellungen zu sehen. Die Zugehörigen statusniedriger Gruppen weisen seltener eine langfristige Gesundheitsorientierung auf und messen der Gesundheit einen niedrigeren Stellenwert bei als Personen aus besser gestellter Gruppen. Was sich auch in einer geringen Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens niederschlägt. (ebd.)

7.3.2 Krankheiten und Beschwerden

Soziale Unterschiede im Vorkommen von körperlichen Beschwerden lassen sich mit Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes untersuchen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurde u.a. danach gefragt, ob in den vergangenen vier Wochen Schmerzen aufgetreten sind und wie stark diese waren. Bei Männern im Alter von 50 bis 59 Jahren zeigten sich keine Unterschiede nach dem sozialen Status, der über Angaben zum Bildungsniveau, zur beruflichen Stellung und zum Haushaltsnettoeinkommen gemessen wurde. In der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen waren Männer aus der niedrigsten Statusgruppe hingegen zweimal häufiger von starken Schmerzen betroffen als Männer aus der höchsten Statusgruppe. Bei den 70-Jährigen und älteren Männern betrug dieses Verhältnis sogar 3:1. Bei Frauen zeigten sich sehr starke statusspezifische Unterschiede in den Gruppen der 50- bis 59-Jährigen und 60- bis 69-Jährigen.

Im höheren Alter hingegen variierte das Schmerzvorkommen nicht mit dem sozialen Status. Siehe *Abbildung 11* Auftreten starker oder sehr starker Schmerzen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht

Auftreten starker oder sehr starker Schmerzen in den letzten vier Wochen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht
Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

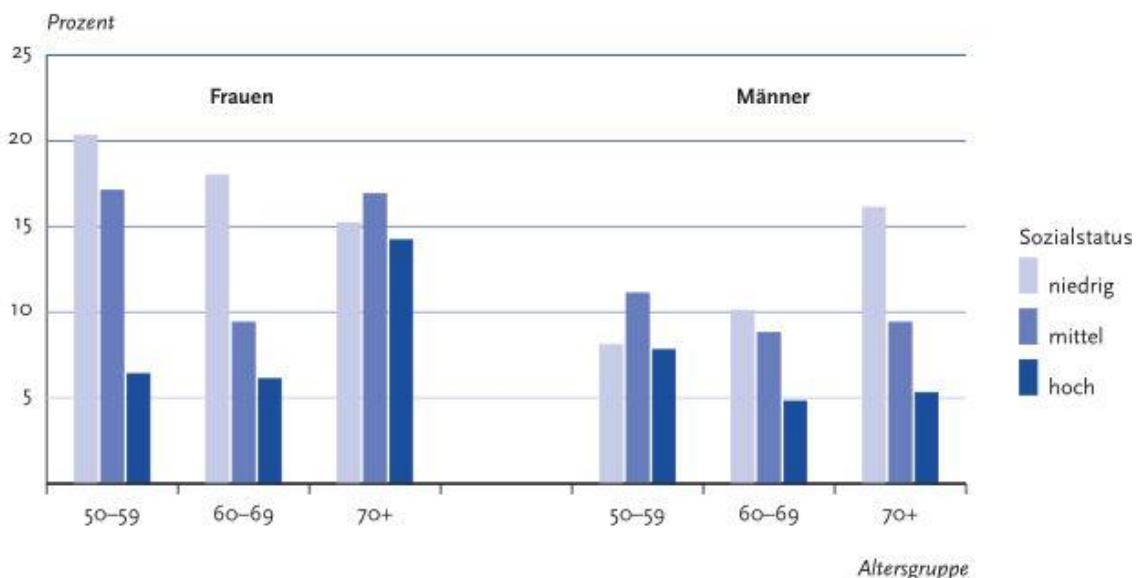


Abbildung 11 Auftreten starker oder sehr starker Schmerzen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht

Im Allgemeinen gilt: Je niedriger der soziale Status, desto höher ist die Risikoexposition. Bei Männern zeichnet sich ein kontinuierliches Statusgefälle ab, allerdings nur in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen ab. Unter den 60- bis 69-Jährigen ist eine stärkere Verbreitung des Rauchens und der körperlichen Inaktivität in der niedrigen im Vergleich zu hohen Statusgruppe zu beobachten. In der Gruppe der 70-Jährigen und älteren fällt vor allem der höhere Anteil an Rauchern in der niedrigen Statusgruppe auf. Für das Rau-

chen sind demnach im fortschreitenden Alter relativ stabile Ungleichheitsrelationen festzustellen, während sich insbesondere bei der sportlichen Aktivität eine Verringerung der sozialen Unterschiede im höheren Alter zeigt.

Auch für Frauen sind statusspezifische Unterschiede der Exposition gegenüber den betrachteten Risikofaktoren festzustellen, die sogar noch stärker ausgeprägt sind. Dies gilt insbesondere für die Verbreitung von Adipositas. Beim Rauchen fällt auf, dass die sozialen Unterschiede im höheren Alter zunehmen, was allerdings vor dem Hintergrund des insgesamt relativ geringen Tabakkonsums in diesem Alter zu sehen ist. Dass Frauen mit niedrigem sozialen Status seltener Sport treiben als Frauen mit hohem sozialen Status, zeigt sich in allen betrachteten Altersgruppen in ähnlicher Weise. Siehe dazu Abbildung 12 Aktuelles Rauchen, sportliche Inaktivität und Adipositas nach sozialem Status, Alter und Geschlecht

Aktuelles Rauchen, sportliche Inaktivität und Adipositas nach sozialem Status, Alter und Geschlecht
Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Rauchen (aktuell)		sportliche Inaktivität (<1-mal pro Woche)		Adipositas (BMI > 30)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
50–59 Jahre						
niedriger Sozialstatus	35,4%	43,5%	50,8%	54,0%	45,9%	36,1%
mittlerer Sozialstatus	29,4%	34,8%	35,8%	43,4%	29,2%	27,9%
hoher Sozialstatus	25,2%	24,5%	28,6%	28,7%	13,6%	20,0%
60–69 Jahre						
niedriger Sozialstatus	14,9%	34,8%	43,4%	65,2%	48,1%	30,6%
mittlerer Sozialstatus	16,4%	19,3%	34,4%	42,5%	30,7%	22,3%
hoher Sozialstatus	11,3%	16,4%	27,7%	36,9%	19,1%	20,4%
70 Jahre und älter						
niedriger Sozialstatus	6,9%	26,8%	63,6%	58,9%	42,6%	21,8%
mittlerer Sozialstatus	8,7%	14,7%	53,7%	52,9%	30,4%	28,5%
hoher Sozialstatus	1,5%	11,1%	43,8%	52,7%	16,4%	16,0%

Abbildung 12 Aktuelles Rauchen, sportliche Inaktivität und Adipositas nach sozialem Status, Alter und Geschlecht

7.4 Soziale Lage: Armut im Alter

Mit dem Begriff *Soziale Lage* wird die Situation von Bevölkerungsgruppen hinsichtlich des sozioökonomischen Status, Wohnen und Umgebung, soziale Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung etc. umschrieben. Lebensbereiche, die mit so genannten „Indikatoren“ abgebildet werden können.⁵⁷

Relativ schlechte soziale Lagen gehen häufig mit Ausgrenzung, Versorgungsproblemen, Teilhabeminderung und Pflegebedürftigkeit einher. Je älter Menschen werden, desto

deutlicher werden die Wirkungen von wirtschaftlicher Lage, Bildungshintergrund und Gesundheit. Geschwächte familiäre Netzwerke, Mangel an Freunden und Nachbarn sind Bedingungen, die Ausgrenzung beschleunigen.

Generell schränken der Verlust eines nahestehenden Menschen, Alleinleben oder fehlende soziale Netzwerke die soziale Teilhabe erheblich ein. Die jüngere Ausgrenzungsforschung berücksichtigt folgende Überlegungen:

- Ökonomische Ausgrenzung bzw. unzureichender Lebensstil
- Institutionelle Ausgrenzung bzw. mangelnder Zugang zu öffentlichen Einrichtungen und Leistungen
- Kulturelle Ausgrenzung bzw. stereotype Klassifizierung einzelner Gruppen
- Soziale Ausgrenzung bzw. Konzentration in benachteiligten Wohngebieten

Diese Zusammenhänge machen sichtbar, dass eine rein ökonomische Absicherung zu wenig ist, um für Seniorinnen und Senioren ein integriertes Leben in die Gesellschaft zu gewährleisten. (ebd.)

7.5 Die besondere Lage älterer Frauen

Der Anteil der älteren Frauen an der Gesamtbevölkerung steigt kontinuierlich an. Besonders deutlich wird er im höheren Erwachsenenalter. Bei der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen liegt der Anteil bei 51,8 %, bei der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen beträgt der Anteil 73 %, in der Gruppe der 90- bis 94-Jährigen sind 76,9 % Frauen und in der Altersgruppe der über 95-Jährigen liegt der Frauenanteil bereits bei 80,5 %.

Die Zahl der hochaltrigen Menschen steigt in den nächsten Jahren an, wobei es im Alter von 85+ Jahren dreimal so viele Frauen wie Männer gibt. Demographisch gesehen, ist das Alter und insbesondere das hohe Alter eine von Frauen dominierte Lebensphase.⁵⁸

Für viele dieser Frauen bedeutet dies aber auch ein Leben in bzw. mit Armutsgefährdung. Derzeit beziehen 1.179.983 Frauen Pensionsleistungen, wobei die überwiegende Anzahl älterer Frauen auf eine einzige Einkommensquelle angewiesen ist. Die Durchschnittspension im Dezember 2009 betrug 853 Euro und liegt damit deutlich unter der Armutsgefährdungsschwelle, diese lag im Jahr 2008 bei ca. 950 Euro im Monat. Diese Differenz zeigt die ökonomische Benachteiligung und Armutsgefährdung älterer Frauen. (ebd.)

In einzelnen Altersgruppen ist das Risiko zu verarmen für Frauen in Singlehaushalten bedeutend höher als für Männer. Neben dem niedrigen Einkommen und der geringen Schulbildung trägt auch die Wohnsituation von Singles und Frauen zum erhöhten Risiko des Verarmens bei. Gerade im Alter oder bei Verwitwung können die Kosten für Miete und Heizung zu einer zunehmenden finanziellen Belastung werden.⁵⁹

Ein Blick auf die Erwerbsbeteiligung von Frauen zeigt, dass die Ausgangslage, eigene Pensionsansprüche zu erwerben, nur für eine Minderheit von Frauen bestand. So lag die Frauenerwerbsquote in den Jahren 1951 bei 35 %, 1961 bei 36 % und 1971 bei 31,2 %. Die gegenwärtige ökonomische Lage von älteren Frauen spiegelt ein gesellschaftliches Wertesystem vergangener Jahrzehnte wieder und die damals akzeptierten Geschlechterrollen und die Einstellung zur Frauenerwerbstätigkeit generell. Der Sozialstaat, der an diese Vorstellung nahtlos anknüpft, verstärkt diese Strukturen. Die sozialstaatliche Orientierung an einer männlichen Erwerbsbiographie (eine Vollzeitstelle mit durchgängiger Beschäftigung über viele Lebensjahre hinweg) bringt den Frauen, die zum Beispiel wegen der Kindererziehung nicht durchgängig beschäftigt sind, Nachteile in den Pensionsleistungen. Diejenigen Frauen, die dem Arbeitsmarkt fern blieben, haben sowohl keine eigenen Pensionsansprüche als auch keine Anrechnung von Kindererziehungszeiten. In späteren Generationen werden die Kindererziehungszeiten und andere Pflegezeiten mittlerweile berücksichtigt und Versicherungszeiten erworben. Unterschiedliche Altersgruppen sind mit unterschiedlichen Grundlagen konfrontiert. (ebd.)

Wird die Schulausbildung in die Analyse der EU-SILC Daten 2008 miteinbezogen, zeigt sich eine generell höhere Armutsgefährdung als bei Personen mit geringerem Bildungsabschluss. Frauen mit Pflichtschulabschluss sind einem deutlich höheren Armutsrisiko ausgesetzt.

Bildung zeigt sich im höheren Lebensalter als relevanter Faktor zur Beeinflussung von Armut und Gesundheit. Ein höherer Bildungsabschluss reduziert die Armutsgefährdung und wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus.

7.6 Wohnen im Alter

Wohnen ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Eine anregende Wohnumgebung und eine gut ausgestattete Wohnung erhöhen die Lebenszufriedenheit und den Aktivitätsradius älterer Menschen. Im höheren Lebensalter erhalten Wohnung und näheres Wohnumfeld eine hohe sozial-emotionale Bedeutung. Eine ideale Wohnform im Alter gibt es nicht. Je nach Lebensphase, sozialer Lebenslage und biographischer Erfahrungen sind Wohnangebote zu gestalten. Menschen altern nicht gleichförmig und bedürfen daher einer Vielfalt an Wohnformen.⁶⁰

Haushalts- und Wohnform älterer Menschen werden durch ihre Lebenslage und Lebensgeschichte geprägt. Ein Großteil der Wohnungen zukünftiger Altersgenerationen ist bereits gebaut, das bedeutet, dass sich ein wesentlicher Teil des Wohnens zukünftiger Älterer in bestehenden Wohnungen vollziehen wird. Somit ist Wohnen im Alter mit einer dop-

pelten Herausforderung konfrontiert. Einerseits mit der biographischen Prägungen und den gegebenen Wohnbedingungen und andererseits mit den zukünftigen Wohnbedürfnissen und -bedarfen.

Die Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen beschränken sich heute nicht mehr auf die Alternative „Daheim oder Heim“. Neben den traditionellen Wohnformen geraten neue, innovative Modelle in den Blickpunkt. Diese reichen von privatem Wohnen über betreutes/betreubares Wohnen bis hin zum Mehr-Generationen-Wohnen und zu Wohngemeinschaften. (ebd.)

7.7 Freizeitverhalten, Alltag und Isolation

Die gesamte Alltagswelt wird durch Gewohnheiten bestimmt, durch Persönlichkeitseigenschaften geprägt und soziokulturelle Umweltbedingungen beeinflusst.

Für ein Verständnis des Lebensalltags älterer Menschen reicht es jedoch nicht aus, nur die basalen Alltagsaktivitäten zu betrachten. Aktivitäten des täglichen Lebens können erst aus dem Zusammenwirken zwischen Ressourcen der Person und Faktoren der Umgebung erklärt werden.⁶¹

7.7.1 Freizeitverhalten und Alltag

Bedeutung für Interventionen der Gesundheitsförderung haben Untersuchungen zum Freizeitverhalten älterer Menschen. Diese haben nachgewiesen, dass sich ein entsprechendes Aktivitätsniveau günstig auf Lebenszufriedenheit und Gesundheit auswirkt. Darüber hinaus führen Freizeitaktivitäten zu sozialer Integration und Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten.

Für die Gesundheitsförderung ergeben sich daraus mehrere Anforderungen:

- Zunächst ist die Frage, inwieweit es zu einer Veränderung von Bedürfnissen kommt, zu stellen, bzw. ob spezifische Bedürfnisse gegeben sind und diese durch vorhandene Freizeitangebote abgedeckt sind.
- Weiters stellt sich die Frage nach Angeboten unter der Bedingung gesundheitlicher Veränderungen. Eine Reihe von Freizeitaktivitäten ist an Mobilität gebunden. Wie kann diese Mobilität aufrechterhalten werden?
- Inwieweit braucht es Angebote, die darauf Rücksicht nehmen, dass hochaltrige Menschen drei Viertel ihres Alltags zu Hause verbringen?(ebd.)

Freizeit ist ein von der Erwerbsarbeit weitgehend unabhängiger Lebensbereich. Der Bedeutungszuwachs der Freizeit im Alter ist zwar gekoppelt an die Entberuflichung des Al-

ters, jedoch die Gestaltung der Freizeit selbst ist nicht durch die ehemaligen Arbeitsbedingungen vollkommen determiniert.

Untersuchung der Berliner Altersstudie BASE zu den Aktivitätsprofilen älterer Menschen zeigen, dass diese 19 % ihrer Wachheit mit obligatorischen alltäglichen Aufgaben und leichten hauswirtschaftlichen Tätigkeiten verbringen. Weitere 13 % der Zeit wird komplexeren Hausarbeiten gewidmet und 7 % für soziale Aktivitäten; 26 % der Zeit für Ausruhen und 35 % für Freizeitaktivität und aktive Fortbewegung. Wobei Männer mehr Zeit mit Freizeitaktivität verbringen und Frauen mehr Zeit für komplexere Hausarbeiten aufwenden.

Interesse an kulturellen Veranstaltungen und die Häufigkeit der Besuche pro Jahr stehen in einem deutlichen Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit. Den stärksten Einfluss auf Kulturaktivitäten hat der Faktor Schulbildung. Je höher die Schulbildung, desto häufiger die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen. (ebd.)

Ergebnisse aus der Umfrage „Generation 50plus“ des Fessel-GfK Institutes für Marktforschung 2006 zeigt, dass die konsumtiven Beschäftigungen die vordersten Rangplätze in der Freizeitnutzung einnehmen und als alltagsbestimmend eingeschätzt werden können. Bei den Hochaltrigen sind es: Fernsehen, Radio hören, Zeitungen und Zeitschriften und weiteres lesen. (ebd.)

Ältere Menschen sind intensive Nutzer der Massenmedien. Fernsehen, Radio und Printmedien beeinflussen die Freizeitstruktur vieler Menschen, indem zu bestimmten Tageszeiten, die auf Dauer festgelegt sind oder werden, die Tageszeitung gelesen wird, bestimmte Sendungen im Fernsehen verfolgt oder im Radio gehört werden.

Die Massenmedien verändern des Weiteren die Kommunikationsstruktur, denn die Medienkommunikation ist nicht nur für Alleinlebende, sondern für die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen Teil ihrer Alltagskommunikation. Mediennutzung hängt auch mit aktiver Freizeitbeteiligung außer Haus zusammen, und zwar in der Weise, dass jene Ältere, die außer Haus aktiver sind, jene sind, die auch die Medien weniger häufiger nutzen.

Durch die Verbreitung der Massenmedien hat die eigene Wohnung als Ort der Freizeitgestaltung entscheidend an Geltung gewonnen. Diese Entwicklung führt auch zu einer Abkoppelung vom gesellschaftlichen Leben und in weiterer Folge zur Isolation. (ebd.)

7.7.2 Reisen und Ausflüge

Die Reiseintensität bzw. Reisebeteiligung der älteren Bevölkerung hat in den letzten Jahrzehnten konstant zugenommen. Wenn allerdings von reisefreudigen SeniorInnen die Rede ist, dann sind damit primär die 50- bis 59-Jährigen gemeint.

Als primäre Ursache für den Altersgruppenvergleich abnehmbare Reisebeteiligung ist die Gesundheit zu nennen.

Die Reisemotive „Ausruhen und Erholen“ bzw. Strand- und Badeaufenthalte älterer Menschen werden in Zukunft an Bedeutung verlieren, im Gegenzug wird das Interesse an Aktivurlaub zur Förderung der Gesundheit und des körperlichen Wohlbefindens zunehmen. Neben Reisebüros sind es vor allem Gemeinden, Seniorenverbände und Vereine, die zu Autofahrten einladen. (ebd.)

7.8 Ernährungssituation älterer Menschen

Die ernährungswissenschaftliche Forschung war bis vor einem Jahrzehnt weitgehend auf geriatrische PatientInnen sowie betagte HeimbewohnerInnen beschränkt. Der überwiegende Anteil der SeniorInnen lebt jedoch mehr oder weniger selbständig in Privathaushalten. Nachfolgende Beschreibung der Ernährungssituation älterer Menschen ist das Ergebnis einer deutschen Studie aus den Jahren 1997-1998. In der zweigeteilten Studie wurden grundlegende Daten zu Ernährungs- und Gesundheitssituation, Ernährungsgewohnheiten, Lebensmittelauswahl, Energie- und Nährstoffaufnahme sowie zum Ernährungszustand nicht-pflegebedürftiger zu Hause lebender Personen über 65 erhoben.⁶²

So wurde festgestellt, dass die partnerschaftliche Situation Auswirkungen auf die Mahlzeitenversorgung hat. So waren nur 30 % der alleinstehenden Männer in der Lage, sich selbst eine warme Mahlzeit zuzubereiten, während alleinstehende Frauen entweder selbst kochten oder diese Aufgabe übertrugen. Spezielle Serviceangebote wie „Essen auf Rädern“ hatte eine verschwindend geringe Bedeutung. Das traditionelle Einhalten der drei Hauptmahlzeiten wurde von 98 % der Beteiligten angegeben, Zwischenmahlzeiten spielten eine untergeordnete Rolle.

Die regelmäßigen Essenszeiten stellen klar planbare und verlässliche Eckpunkte im Tagesablauf dar. (ebd.)

Auffallend ist, dass SeniorInnen, die sich bewusst ernährten, auch bewusst Supplemente, also Nahrungsergänzungsmittel zu sich nehmen. In erster Linie Magnesium, Calcium, Vitamin E und Multivitamine.

Laut dieser deutschen Studie ist die Ernährungssituation der SeniorInnen nicht als kritisch einzustufen. Zu Hause lebende, überwiegend selbstständige SeniorInnen können aber in jedem Fall von einer vollwertigeren Kost mit einem hohen Anteil an schmackhaft zubereiteten Vollkornprodukten, Gemüse, Obst und Milchprodukten und einem geringeren Anteil an Lebensmitteln tierischer Herkunft (Ausnahme: Fisch) profitieren. (ebd.)

7.9 Einsamkeit und Isolation im Alter

Einsamkeit (oder Vereinsamung) ist ein komplex zusammengesetzter psychosozialer Tatbestand, welcher uneinheitlich definiert wird. Grundsätzlich muss zwischen Einsamkeit, Isolation und Desolation unterschieden werden (Townsend 1963). Während Einsamkeit ein subjektives Erlebnis ist, wird unter Isolation eine objektiv niedrige Anzahl von Sozial-

kontakten verstanden; Desolation ist eine Sonderform der Isolation und bezieht sich auf die mit zunehmendem Alter gehäuft auftretenden Personenverluste.⁶³

Für ältere Menschen ist die späte Lebensphase ungleich stärker durch Einsamkeit gekennzeichnet, vor allem durch das Eintreten von Personenverlusten. Die objektiven Kontaktmöglichkeiten und auch die faktisch ablaufenden Kontakte verringern sich dramatisch, z.B. durch das Sterben des Ehepartners, von Geschwistern und anderen Angehörigen, Freunden und Nachbarn. Am schwerwiegendsten wird die Verwitung erlebt. Sie bedeutet das Ende einer meist langjährigen und emotional hochbesetzten Beziehung. In der Regel stehen diesen Verlusterfahrungen keine Kompensationen gegenüber. Doch spielen neugeschlossene Freundschaften, Beschäftigung mit Enkelkindern oder Begegnungen mit MitarbeiterInnen von sozialen Diensten eine wichtige Rolle. (ebd.)

Bedeutend für die Betrachtung von Einsamkeit im Alter ist der gesamte Lebenslauf bzw. wie die Person seine Sozialkontakte gepflegt hat, die Wohnsituation und die individuelle Verarbeitung von Verlusterfahrungen. (ebd.)

7.10 Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen könnte sich in der subjektiven Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität in besonderem Maße widerspiegeln, da diese auch von individuellen Einstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen abhängen und angenommen werden. Da sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen nicht nur stärker von Krankheit und Beschwerden betroffen sind, sondern auch über geringere personale und soziale Ressourcen verfügen, um dies auch zu bewältigen.

Daten aus dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003 zeigen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität folgende Unterschiede: Bei Betrachtung von Beeinträchtigungen, die von den Befragten selbst als ziemlich stark oder stark bewertet wird, zeigt sich in der Tendenz, dass die Angehörigen der niedrigen Statusgruppe stärker betroffen sind, als diejenigen der hohen Statusgruppe. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen findet sich jedoch kein klares Muster in Bezug auf die Veränderungen im höheren Alter. (ebd.)

Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogene Lebensqualität (»stark« oder »ziemlich stark«) in den letzten 4 Wochen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht
 Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	körperliche Funktionsfähigkeit		psychisches Wohlbefinden		emotionale Rollenfunktion	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
50–59 Jahre						
niedriger Sozialstatus	13,8%	8,1%	15,2%	11,3%	7,7%	11,5%
mittlerer Sozialstatus	8,3%	8,2%	11,9%	7,5%	5,8%	7,5%
hoher Sozialstatus	6,4%	7,3%	7,9%	8,2%	4,0%	2,4%
60–69 Jahre						
niedriger Sozialstatus	11,4%	12,2%	10,7%	8,9%	6,1%	3,4%
mittlerer Sozialstatus	8,2%	8,5%	9,3%	4,6%	3,4%	2,6%
hoher Sozialstatus	7,1%	7,7%	6,1%	1,9%	4,3%	3,9%
70 Jahre und älter						
niedriger Sozialstatus	14,4%	12,5%	16,5%	3,6%	5,8%	5,4%
mittlerer Sozialstatus	17,3%	8,1%	10,1%	3,6%	6,0%	4,5%
hoher Sozialstatus	6,7%	5,9%	2,9%	2,2%	2,2%	3,9%

Abbildung 13 Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den letzten 4 Wochen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht

7.10.1 Lebenserwartung

Das häufigere Auftreten von Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren in den unteren Statusgruppen korrespondieren mit einer geringen Lebenserwartung.

Studienergebnisse des sozioökonomischen Panels aus den Jahren 1995 bis 2005 in Deutschland zeigen folgende Unterschiede in den Lebenserwartungen bei Einkommensunterschieden.

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass auch in der älteren Bevölkerung ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage besteht. Dies lässt sich sowohl im Hinblick auf Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren als auch in Bezug auf die subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität und fernere Lebenserwartung feststellen. Dabei finden sich nur wenige Anhaltspunkte dafür, dass die gesundheitliche Ungleichheit in der älteren Bevölkerung wesentlich schwächer ausgeprägt ist, als in der Bevölkerung im mittleren Lebensalter.

Zwar ist in einigen Bereichen im fortgeschrittenen Alter eine Verringerung der sozialen Unterschiede festzustellen, so z.B. bei der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, in anderen Bereichen wie der Verbreitung von chronischen Krankheiten und verhaltenskorrelierten Risikofaktoren erweisen sich die Unterschiede aber als relativ stabil oder sie nehmen sogar noch zu.

Auch die sozialen Unterschiede in der ferneren Lebenserwartung sind stark ausgeprägt und fallen proportional noch größer aus als die sozialen Unterschiede in der Lebenserwartung bei Geburt. Darüber hinaus ist bemerkenswert, dass die gesundheitliche Ungleichheit bei Frauen ähnlich stark zutage tritt wie bei Männern. Dies steht im Widerspruch zu der in der Sozialepidemiologie vorherrschenden Auffassung, dass sich die soziale Ungleichheit der Lebensumstände und des Lebensstils bei Frauen weniger deutlich als bei Männern in den Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken widerspiegelt.⁶⁴

7.10.2 Gesunde Lebensjahre

Es ist schwierig, den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu messen, wie er sich bei Einzelpersonen, Personengruppen, Kulturen oder auch über bestimmte Zeiträume hinweg nur schwer bestimmen lässt. Daher wird die Lebenserwartung als demographische Größe häufig zur Bestimmung der Gesundheitssituation eines Landes verwendet. Allerdings lässt sich von der Lebenserwartung keine Information über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung ableiten.⁶⁵

Der Indikator „gesunde Lebensjahre“ (HLY-healthy life year) führt das Konzept der Lebensqualität ein, indem er die Zahl der Jahre misst, die einer Person ohne Beeinträchtigung durch Krankheiten oder Behinderung voraussichtlich verbleiben.

Chronische Erkrankungen, Gebrechlichkeit, psychische Störungen und körperliche Behinderungen sind im höheren Alter verbreiteter, und die dadurch entstehenden Belastungen können sich auf das Gesundheitswesen und das Rentensystem auswirken und gleichzeitig die Lebensqualität der darunter leidenden Personen beeinträchtigen. (ebd.)

Die nachfolgende Abbildung vergleicht die Lebenserwartung (LE) und die Lebensjahre in Gesundheit (HLY) im Alter von 65 Jahren für Österreich und den Staaten der Europäischen Union (EU 15 und EU 25).⁶⁶

Restlebenserwartung (life expectancy; LE) und Lebensjahre in Gesundheit (healthy life years; HLY) im Alter 65 für Österreich und die Europäische Union (EU15 und EU25) basierend auf Daten des ECHP (1995-2001) und des SILC (2004-2009)

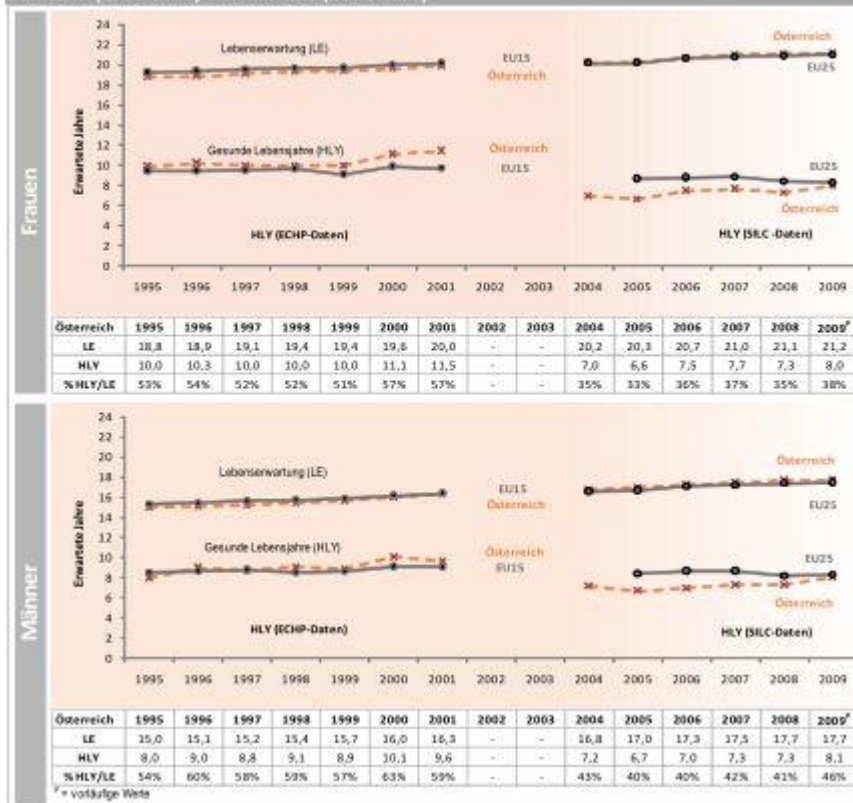


Abbildung 14 Lebenserwartung und Lebensjahre in Gesundheit im Alter von 65 für Österreich und die Europäische Union (ebd.)

Die Restlebenserwartung (LE) in Österreich im Alter 65 stieg in der Zeit von 1999 – 2009 für Frauen um 1,8 Jahre und für Männer um 2,0 Jahre. Sie entsprach dem EU15 Durchschnitt im Jahr 2001 und im Jahre 2009 dem EU % Durchschnitt.

Die gesunde Lebenserwartung, die auf Daten zur körperlichen Beeinträchtigung basiert, stieg im ECHP für Personen im Alter von 65 Jahren im Zeitraum von 1995 bis 2001 kontinuierlich, daher stieg der Anteil der HLY (oder der Jahre ohne selbsteingeschätzte Beeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsproblems oder einer Behinderung) an der Gesamtzahl erwarteter Lebensjahre beider Geschlechter an. (ebd.)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass neben der Anzahl der Lebensjahre auch die Lebensjahre in Gesundheit in Österreich ansteigen. So können sowohl Frauen als auch Männer rund 40 bis 46 Prozent ihrer verbleibenden Lebensspanne ohne selbst eingeschätzte körperliche Einschränkung verbringen. (ebd.)

8. Regionsanalyse Fürstenfeld

Die nachstehende Regionalanalyse bezieht sich auf die Gemeinden Fürstenfeld, Altenmarkt & Übersbach.

Für die Regionalanalyse werden strukturelle und soziale Daten erhoben und versucht, die Bedarfe der Region in Bezug auf Gesundheitsförderung an Hand von statistischen Daten erhoben. Eine empirische Überprüfung ist im Rahmen dieser Masterthesis nicht vorgesehen, hat jedoch im Falle einer Maßnahmenplanung unbedingt ihren Platz zu finden.

Die Analyse gliedert sich in eine Bestandsaufnahme und in eine Bedarfsanalyse. Die Bestandsaufnahme umfasst geografische Besonderheit, Klima, Altersstruktur, Angebote, Wohnraum und Mobilität.

Die Bedarfsanalyse leitet Umsetzungsmaßnahmen für die Region ab.

8.1 Bestandsaufnahme

Fürstenfeld liegt nahe der Grenze zum Burgenland am Unterlauf der Feistritz. Das Stadtgebiet liegt zwischen 255 und 300 Seehöhe. Der Hauptteil der Stadt liegt auf einer Talstufe oder Terrasse, welche ca. 20 m über dem eigentlichen Talboden liegt.

Knapp hinter Hartberg ist Fürstenfeld der zweitgrößte Ort in der Südoststeiermark, die nächsten deutlich größeren Orte Graz und das ungarische Szombathely (Steinamanger) sind fast 60 km weit entfernt, wodurch sich für Fürstenfelds Wirtschaft und Schulwesen ein für die Stadtgröße vergleichsweise großes Einzugsgebiet ergibt.

Die Lage auf der Terrassenstufe bedingt ein Übergangsklima zwischen dem Klima der kontinentalen Talböden und dem thermisch begünstigten Riedelland. Das Klima rund um Fürstenfeld gilt als sommerwarmes, mäßig winterkaltes, schwach kontinentales Klima. Der durchschnittliche Jahresniederschlag beträgt 800 mm.⁶⁷

Nachstehend wird die Bevölkerungsstruktur der Region Fürstenfeld grafisch dargestellt, sowie eine Auflistung der Ärzte und Angebote.

Die Auflistung bezieht sich auf die Angaben von Gemeinden und bezieht nicht alle informellen Angebote mit ein.

8.1.1 Strukturdaten Region Fürstenfeld⁶⁸

In der nachstehenden Grafik werden die Daten aus den drei Gemeinden Fürstenfeld, Altenmarkt und Übersbach dargestellt. Die Daten entstammen aus den jeweiligen Gemeindeämtern und beziehen sich auf das Jahr 2013.

Region Fürstenfeld						
Einwohner			Altersklassen		männlich	weiblich
		männlich	4112		0-20	751
	weiblich	4578		20-60	2433	2937
Fläche		31,85		60 - 80	767	913
Todesfälle		116		80+	144	373
Geburten		58		über 100		1
Abwanderung		450				
Zuwanderung		480				

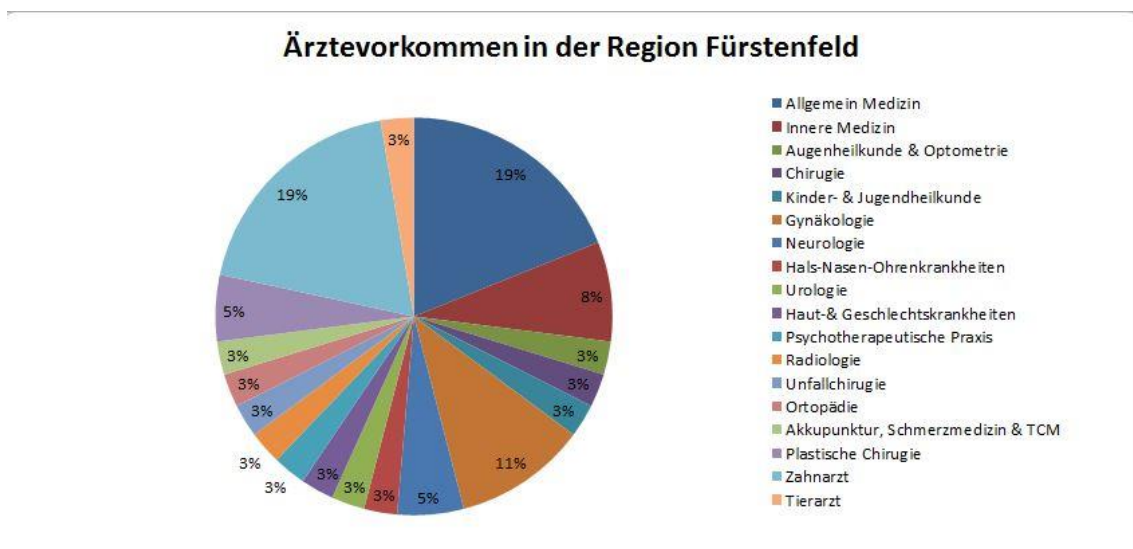
Abbildung 15 Strukturdaten Region Fürstenfeld (eigene Darstellung)

Die Region liegt mit der Altersverteilung und der Geschlechterverhältnisse zu dem Alter im Landestrend. Auffallend ist die geringe Zahl der Geburten im Vergleich zu den Sterbefällen. Sie beträgt die Hälfte.

Die Verteilung der Altersklassen wird in der Region in den kommenden Jahren eine wichtige Rolle einnehmen, was die gesamte Infrastruktur und soziale Konstellation betrifft.

8.1.2 Soziale Daten für ältere Menschen

Die folgenden Diagramme, Tabellen und Listen bezüglich Ärztevorkommen und Angebote für unter anderem auch ältere Menschen.



In der Region Fürstenfeld sind insgesamt 37 Ärzte tätig. Neben den niedergelassenen Ärzten gibt es auch ein Krankenhaus (ohne Geburtsstation), welches die medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet.

Neben der medizinischen Versorgung gibt es ein umfassendes Angebot für die Bevölkerung, insbesondere für die Älteren.

In der nachfolgenden Auflistung (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) werden die Anzahl der Vereine, Betreuungseinrichtung etc. dargestellt.

Die Angaben beziehen sich auf die Angaben der Gemeinden. Informelle Initiativen und Gruppen sind hier nicht enthalten.

Angebote in der Region	
	Anzahl
Sportvereine	49
Volkshochschule	1
Rad- & Gehwege	25
Pensionistengruppen	6
Reiseverein	3
Nahversorger	4
Krankenhaus	1
Altersheim	1
Betreutes Wohnen	3
Mobile Dienste	2
psychiatrische Begleitung	1
Pfarren	3
Einkaufszentren	2
Freibad	1

Abbildung 16 Angebote in der Region

8.1.3 Wohnraumangebote & Stadtbild

Die Region Fürstenfeld ist geprägt von ländlichen und städtischen Gebieten. In den Umlandgemeinden finden sich hauptsächlich Eigentümshäuser, Landwirtschaften und wenige Häuser mit Miet- oder Eigentumswohnungen. Hingegen zeigt das Stadtbild von Fürstenfeld einen Mix aus Eigentümshäusern sowie privaten Zinshäusern und große Siedlungsgebiete mit Miet- bzw. Eigentumswohnungen. Diese Siedlungsgebiete entstanden Anfang des 20. Jahrhunderts auf Grund des großen Bevölkerungswachstumes. Fürstenfeld verfügte über eine große Tabakproduktion mit mehreren tausend Arbeitsplätzen.

Diese Wohnsiedlungen prägen das Wohnumfeld rund um den Stadtkern. Sie sind auch Wohnraum von zunehmend älteren Personen und nicht altersgerecht ausgestattet.⁶⁹

Das Zentrum von Fürstenfeld liegt auf einer Anhöhe und erinnert mit seinen nahezu quadratischen Hauptplatz an eine italienische Kleinstadt. Die Innenstadt ist gut ausgestattet mit

Nahversorgern, Kleidungsgeschäften, Schneidereien, Behörden und Ämtern – die Einrichtungen sind gut zugänglich.

Auffallend ist die durchgehende Bepflasterung des Hauptplatzes mit kleinen Kopfsteinpflastern. Sie können für Rollstühle oder Rollatoren hinderlich sein.

Viele Gehsteige sind nicht geeignet, um mit dem Rollstuhl oder dem Rollator gefahrlos zu fahren. Abschrägungen und gerade Abschlüsse zum Straßenniveau sind mangelhaft.

Fehlerhaft ist auch ein durchgängiges Radwegenetz.– in der Innenstadt gibt es kein durchgängig beschriftetes und sicheres Netz. (ebd.)

8.1.4 Mobilität

Fürstenfeld ist in das Verkehrsnetz des Verbundes eingegliedert und Knotenpunkt für den öffentlichen Verkehr. Es fahren Linienbusse in die umliegenden Städte und Regionen, zudem gibt es eine Zugverbindung Richtung Wien und Fehring/Feldbach mit weiteren Anschlüssen nach Graz.

Die Region Fürstenfeld ist recht weitläufig bezüglich Einkaufszentren, Krankenhaus und weitere. Um diese Strecken zu erleichtern, wurde das Fürstentaxi installiert. Es handelt sich um ein „Anruf-Sammeltaxi“. Wenn das Taxi geteilt wird, kommt es zu einem günstigeren Tarif im Stadtzentrum.

8.2 Bedarfsanalyse

Aus der Bestandsaufnahme heraus lässt sich lesen, dass sich die Einwohnerstruktur in den nächsten Jahren verändern wird. Es werden mehr ältere Menschen das Alltagsbild prägen. Deren Anforderungen an eine lebenswerte Region sind unterschiedlich zu den Anforderungen junger Menschen.

Während die Region mit medizinischer Versorgung, dem bunten Vereinswesen sowie weiteren Angeboten gut ausgestattet ist, (gibt es bei der Wohnraumversorgung, dem Stadtbild und der innerstädtischen Mobilität Mängel.

Aus diversen Befragungen und Studien geht hervor, dass ältere Menschen so lange wie möglich in den eigenen Wohnräumen leben wollen. Dafür benötigt es ein geeignetes Umfeld. Nahversorger, gefahrlose Gehwege und passende Wohnräume sind dafür nötig.

Der Wohnraum vieler in der Stadt Fürstenfeld lebender älterer Menschen ist nicht geeignet für Geh- und Bewegungsbeeinträchtigungen. Zudem sind die bepflasterten Plätze und Gehsteige eine Stolpergefahr.

Ältere Menschen in den Gemeinden Altenmarkt und Übersbach haben die Herausforderung, dass Einkaufsmöglichkeiten, soziale Einrichtungen, kulturelle Veranstaltungen etc. nur mit dem Auto erreichbar sind. Die Abhängigkeit von Hilfe von außen ist groß.

Das Fürstentaxi bietet die Möglichkeit, die Geschäfte etc. zu erledigen, es bedarf aber eines finanziellen Aufwandes, der vermutlich nicht für alle leistbar ist.

Die Region Fürstenfeld ist noch nicht Mitglied bei Styria Vitalis und hat bis dato noch an keinem Gesundheitsförderungsprogramm für die Bevölkerung teilgenommen. Die Angebote der Region sind schwer zu finden und viele Informationen laufen über Mundpropaganda.

Eine Initiative zur Sammlung und Koordinierung der Angebote für ältere Menschen könnte hier eine Möglichkeit sein, Angebote sichtbar zu machen. Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprojekte könnten hilfreich sein, um weitere Bedarfe zu decken oder sichtbar zu machen.

Die Region Fürstenfeld wird sich diesen kommenden Herausforderungen stellen und den Lebensraum für ältere Menschen altersgerecht gestalten müssen.

9. Überblick über die theoretischen Vorüberlegungen

Die nachfolgende Grafik dient zur Gewinnung eines Überblickes zu den theoretischen Vorüberlegungen zur Beantwortung der Fragestellung.

Diese lautet:

Kann durch die Einbindung von älteren Personen der Zugang zu gesundheitsfördernden Interventionen für die Zielgruppe 60+ erleichtert werden?

- Welche Erfolgsfaktoren lassen sich aus regionalen Good-Practice-Beispielen in Österreich ableiten?
- Lässt sich durch die Einbindung dieser Zielgruppe auch deren eigenes subjektives Wohlbefinden steigern?
- Welche strukturellen Begebenheiten und Voraussetzungen sind in der Region Fürstenfeld vorhanden?

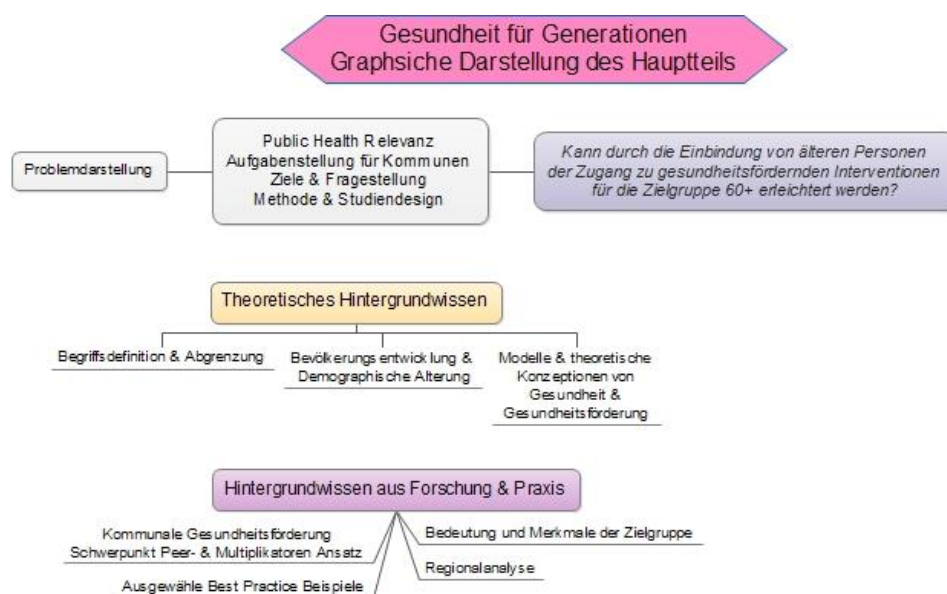


Abbildung 17 Grafische Darstellung der theoretischen Überlegungen

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden Informationen aus den angeführten Wissensgebieten herangezogen. Sie bilden das theoretische Fundament der Arbeit.

Im empirischen Teil der Masterthesis werden zusätzlich Informationen aus Interviews erhoben, um die Forschungsfrage auch aus Sicht der ExpertInnen zu beleuchten.

10. Qualitative Befragung

Der empirische Teil dieser Arbeit soll die theoretischen Hintergrundinformationen zur Beantwortung der Fragestellung durch Informationen und Empfehlungen von handelnden Akteuren ergänzen. Die ausgewählten Interviewpartner sind auf verschiedenen Ebenen in der kommunalen Gesundheitsförderung tätig und ermöglichen einen 360°-Blick auf die Beantwortung der Fragestellung.

10.1 Forschungsmethode und Interviewleitfaden

Die wichtigsten Grundlagen der Qualitativen Befragungen sind die stärkere Subjektbezogenheit, die Betonung der Interpretation, sowie die Erforschung der alltäglichen Lebenswelt. Sie dienen dazu, das *WIE* der Zusammenhänge und die innere Struktur aus Sicht der ExpertInnen darzustellen.

Diese Methode bezeichnet Lamnek als *theoretical sampling*, welche das Gegenstück zum *statistical sampling* darstellt. Nicht die statistisch-wahrscheinlichkeitstheoretische bestimmte Stichprobe, sondern die gewählten Fälle bieten die Basis der Analyse.⁷⁰ Diese gewählten Fälle (oder in diesem Fall die InterviewpartnerInnen selbst) sind das „Erhebungsinstrument“.⁷¹

Bei den Interviewformen lassen sich je nach Offenheit der Fragestellung und des Freiheitsgrades bei der Beantwortung und Interpretation der Auswertung folgende Interviewtypen unterscheiden: offene vs. geschlossene Interviews, unstrukturierte vs. strukturierte Interviews und qualitative vs. quantitative Interviews. (ebd.)

In der vorliegenden Masterthesis wurde das teilstrukturierte leitfadengestützte qualitative ExpertInnen-Interview gewählt. Die teilweise Strukturierung mittels Leitfaden gibt den notwendigen Rahmen des Interviews und die qualitative Form ermöglicht es, der interviewten Person subjektive Perspektiven und Deutungen einzubauen. Nachdem ExpertInnen zu den Interviews gebeten werden, wird auf spezifisches Fach- und Erfahrungswissen zurückgegriffen. (ebd.)

10.1.1 Auswahl der ExpertInnen

Die Auswahl der ExpertInnen erfolgte nach dem sogenannten 360°-Blick. Zur Beantwortung der Fragestellungen ist es der Autorin wichtig, neben ExpertInnen aus der Forschung auch ExpertInnen aus der politischen Umsetzung und der praktischen Umsetzung vor Ort heranzuziehen. Insgesamt wurden 4 (n=4) Personen interviewt. Zudem erfolgte die Auswahl neben den fachlichen Ebenen auch auf geographischen Ebenen. So wurden Personen befragt, deren Erfahrungsschatz sich auf nationale Ebene beziehen und Personen, die auf regionaler Ebene aktiv sind.

Name	Institution	Arbeitsgebiet
Mag. Gert Lang	Rotes Kreuz	Projektleiter und wissenschaftlicher Mitarbeiter
Werner Gutzwar	Stadt Fürstenfeld	Bürgermeister Fürstenfeld
Renate Habetler	Gemeinde Bernstein	Bürgermeisterin Bernstein
Regina Stampfl	Katholische Kirche	Pastoralassistentin

10.1.2 Befragungsprozess und Interviewleitfaden

Alle vier ExpertInnen-Interviews wurden im Zeitraum April bis Mai 2014 durchgeführt. Die Interviews wurden größtenteils persönlich durchgeführt und einmal via Telefon. Die Interviewdauer betrug meist 20-35 Minuten. Im Vorfeld wurden alle ExpertInnen über das Thema der Masterthesis informiert und über den Forschungsgegenstand aufgeklärt. Die Termine wurden in gemeinsamer Absprache vereinbart und auf ungestörte Rahmenbedingungen geachtet. Diese beinhalteten den zeitlichen Rahmen und den Ort. Zwei der vier Termine fanden bei den jeweiligen Arbeitsstätten der ExpertInnen statt, eines per Telefon und das vierte in den Räumlichkeiten der Autorin.

Im Vorfeld wurde der Interviewleitfaden mit den Hauptfragen an die InterviewpartnerInnen übermittelt. Dieser wurde auf Grundlage theoretischer Vorüberlegungen und unter Berücksichtigung des MultiplikatorInnen-Ansatzes entworfen. Das Prinzip der Offenheit kam zur Beachtung, indem die Möglichkeit gegeben wurde, gemäß des Wissens- und Interessengebietes der Interviewperson zu antworten.

Zu Interviewbeginn wurden erzählgenerierende Fragen zum Gesprächseinstieg gewählt, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen.

Allgemeine Punkte bezüglich des Gesprächsablaufes sowie der Rahmenbedingungen ergänzten den Gesprächsbeginn.

- Dank für die Teilnahme am Interview
- Kurze Vorstellung der Masterarbeitsthemas
- Ablaufklärung
- Vertraulichkeit & Datenschutz
- Klären etwaiger auftauchender Fragen

Die Datenerfassung erfolgte, nach Erteilung der Zustimmung, zeitgleich mit der Datenerhebung durch das Mitprotokolieren des Gesprochenen. Das Transkript wurde den InterviewpartnerInnen zur Durchsicht per Mail geschickt, um ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre Angaben zu ergänzen.

Für die Inhaltsanalyse nach Mayring wurden in das Software-Bearbeitungsprogramm „Atlas ti“ gespielt und bearbeitet.

Als Kodiereinheiten wurden analog zu den Leitfragen die Begriffe Erreichbarkeit, Umsetzung, Methoden, Good-Practice und Empfehlungen herangezogen und relevante Textpassagen diesen Kodiereinheiten zugeordnet. Durch diese Vorgehensweise sind die Beantwortung der Fragestellung und die Frage nach Empfehlungen für die Praxis leichter nachvollziehbar.

Folgende Hauptfragen bildeten den Interviewleitfaden für die ExpertInnen-Gespräche:

Bedeutung von Gesundheit	Welche Bedeutung hat Gesundheit und Gesundheitsförderung in Ihrem Leben? Welche Bedeutung hat Gesundheit und Gesundheitsförderung aus Sicht der Gemeinde? Welche Bedeutung hat Gesundheit und Gesundheitsförderung in Bezug auf die Zielgruppe?
Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Gemeinde	Welche Maßnahmen in der Gemeinde würden Sie der Gesundheitsförderung zuordnen?
Aktivierung der Zielgruppe	Welche Maßnahmen empfinden Sie als sinnvoll zur Aktivierung älterer Menschen für gesundheitsförderliche Interventionen in der Gemeinde?
Peer-MultiplikatorInnen-Ansatz	Wie beurteilen Sie die Idee, ältere Menschen zu aktivieren, um gleichaltrige Personen für Interventionen zu erreichen?
Good-Practice	Können Sie mir Good-Practice oder Erfolgsfaktoren zu Erreichung älterer Menschen nennen?

10.2 Ergebnisse der ExpertInnen-Interviews

In diesem Kapitel werden nun die gewonnen Aussagen im Rahmen der ExpertInnen-Interviews mit den getroffenen Annahmen aus dem theoretischen Teil miteinander in Verbindung gebracht – um diese entweder zu stützen oder zu widerlegen.

10.2.1 Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema Bedeutung von Gesundheit und Gesundheitsförderung

Der Begriff Gesundheit mit dem Hintergrund des Determinanten Systems, wie er im theoretischen Teil dieser Arbeit angeführt ist, ist auch in der Beschreibung von Gesundheit bei den befragten Personen erkennbar. Der Gesundheitsbegriff ist komplex, da er nicht nur die personenbezogenen Eigenschaften wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen miteinbezieht, sondern auch die individuellen Lebensweisen, das soziale Leben, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine sozioökonomische, kulturelle und physische Umwelten.

Die befragten ExpertInnen sprachen oft vom „*höchsten Gut*“ des Menschen, dem besonders aus Sicht der Gemeinde ein hoher Stellenwert zukommt, da diese der Raum ist, wo Gesundheit gelebt wird. Die Gemeinde als Lebensraum der BewohnerInnen bildet den Rahmen, in dem sich das Leben abspielt und ist somit auch ein guter Rahmen, um Gesundheitsförderung zu leben.

Neben dem entscheidenden Teil der Lebensqualität ist auch die Leistungsfähigkeit eines Menschen eine wichtige Voraussetzung im Berufs- und Lebensalltag.

„Wie schon der Volksmund sagt, zählt Gesundheit zu den höchsten Gütern des Menschen. [...] Der Gesundheit und Gesundheitsförderung kommt aus Sicht der Gemeinde ein besonders hoher Stellenwert zu.“ [Gutzwar. s. A.]

Gesundheit wurde im ganzheitlichen Sinn beschrieben. Darunter wurde die Zufriedenheit und „*heil sein/heil werden*“ mit Körper, Geist und Seele verstanden. Lebensfreude und Sinnfindung als wichtige Elemente der Gesundheitsförderung wurden ebenso erwähnt.

„Gesundheit hat für mich eine große Bedeutung, aber nicht die allergrößte [...] darüber hinaus steht für mich die Zufriedenheit und „heil sein/heil werden im ganzheitlichen Sinn, das heißt mit Körper, Geist und Seele.“ [Stampfl, s.S.]

10.2.2 Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema gesundheitsförderliche Maßnahmen

„Die Zielgruppe ist sehr interessant für Gesundheitsförderungsprojekte. Sie ist engagiert und motiviert [...] und möchte sich nach der Erwerbstätigkeit gerne weiter einbringen.“ [Lang, s. A.]

Maßnahmen, die der Gesundheit der Bevölkerung dienlich sind, sind so komplex wie der Gesundheitsbegriff selbst. Sie betreffen die Personen, die es betrifft, selbst, deren soziale Kontakte, deren Lebensweisen und deren Umwelt. Dementsprechend vielfältig sind sie zu betrachten und dementsprechend vielfältig sind auch die Antworten der ExpertInnen auf diese Fragestellung.

„Gesundheitsförderung passiert mit gesunder Ernährung, Bewegung und für mich vor allem im Erhalten bzw. Trainieren der Lebensfreude und Sinnfindung. Zur Gesundheitsförderung gehört für mich auch geistige Fitness, die mitunter auch durch gezieltes Gedächtnistraining (LIMA- Lebensqualität Im Alter) erzielt werden kann.“ [Stampfl, s. A.]

„Zugang über den positiven Gesundheitsbegriff ist wichtig, um Teile der Zielgruppe nicht auszuschließen. z.B. „Bluthochdruck“. Nicht alle aus der Zielgruppe haben hohen Blutdruck und sind für diese gesundheitsfördernde Maßnahme nicht erreicht. Alternativ: Wohlbefinden oder Lebensqualität.“ [Lang, s. A.]

Mit der Konzentration der Fragestellung auf den Raum Fürstenfeld kamen konkrete Maßnahmen, die der Gesundheitsförderung zugeschrieben werden.

„Die Maßnahmen sind vielfältig und reichen von der Gesundheit fördernden Früherziehung im Städtischen Kindergarten und Bewegungsprojekten [...] bis zu den von uns massiv geförderten Sportvereinen.“ [Gutzwar. s. A.]

Tabelle 3 Qualitative Auswertung: erwähnte Maßnahmen im Raum Fürstenfeld

Maßnahme	Beschreibung
Mitgliedschaft in übergeordneten Netzwerken	„Gesunde Städte“ des Städtebundes, Beteiligung des Gründer- und Servicezentrums GZSZ an Gesundheitsschwerpunktaktionen wie „Lebenswerte Region Fürstenfeld“
Klimaschutz und Ökologie	Regionales Kraftwerk, Förderung der E-Mobilität
Förderung der Sportvereine und Gesundheitsaktionen	Finanzielle Unterstützung der Vereine, sowie Gesundheitsaktionen wie Sportevents durch die Stadtgemeinde Fürstenfeld
Früherziehung im städtischen Kindergarten und Gesundheitsprojekten	Projekte wie „Gesunde Jause“, Bewegungsland Steiermark“
Besuchsdienst älterer Menschen	Ehrenamtliche SeniorInnen wurden zu BesuchsbegleiterInnen ausgebildet und besuchen regelmäßig alleinstehende SeniorInnen im Raum Fürstenfeld
LIMA „Lebensqualität im Alter“	1x im Monat treffen sich bis zu 15 Personen unter der Anleitung einer Limatrainerin zu Kaffee und Kuchen und arbeiten zu gesundheitsrelevanten Themen & Vorträgen sowie Gedächtnistraining.
Intergenerative Projekte	z.B. Firmlinge besuchen BewohnerInnen des Alten- & Pflegeheimes
Tanzgruppe Fürstenfeld	Regelmäßige Tanzveranstaltungen für SeniorInnen
VHS Kurse	Kursprogramm im Rahmen der Erwachsenenbildung der Volksschulen Steiermark
Alpenverein Klettern und Wandern für SeniorInnen	Regelmäßige Wander- & Klettertouren sowie Trainings für SeniorInnen
Diverse Vereine und Gruppen	Reisegruppen, SeniorInnen-Verbände

„[...] wir sind in übergeordneten Netzwerken wie „Gesunde Städte“ des Städtebundes und als kommunaler Partner [...] an Gesundheitsschwerpunkt-Aktionen wie „Lebenswerte Region Fürstenfeld“ beteiligt.“ [Gutzwar, s. A.]

10.2.3 Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema Aktivierung der Zielgruppe

Ein zentraler Punkt für die Umsetzung der Maßnahmen ist der Grad der Erreichbarkeit. Hier bekommen die Stufen der Partizipation eine besondere Bedeutung. In der Gesundheitsförderung soll es nicht nur darum gehen, die Zielgruppen auf „gesunde Lebensweisen“ hinzuweisen oder zu informieren, sondern die Personen Teil des Geschehens werden zu lassen, bis hin zur Selbstorganisation.

Die Stufen der Partizipation werden in den oben genannten Beispielen unterschiedlich wiedergespiegelt.

„Die Zielgruppe lässt sich sehr gut über aufsuchende Maßnahmen erreichen. Hier spielen Peergroups, bestehende Netzwerke und bekannte Einrichtungen/Organisationen (z.B. Seniorenverbände) eine große Rolle. Wichtig dabei ist, dass das Vertrauen zu den Multiplikatoren hoch ist.“ [Lang, s. A.]

Die befragten Personen erwähnten verschiedene Beispiele, wie die Zielgruppe für die Maßnahme erreicht werden kann. Sie reichen von der Meta-Ebene, also die Schaffung eines regionalen Rahmens bis hin zur Mikro-Ebene, die persönliche Ansprache.

„Jede Maßnahme braucht eine Kampagne, die darüber aufklärt, was Gesundheit fordernde Aktionen an Lebensqualität und Wohlbefinden bewirken.“ [Gutzwar, s. A.]

Die Region Fürstenfeld ist als „Sport- und Wellnessregion“ touristisch bekannt und wirkt somit auch auf die BewohnerInnen und SeniorInnen der Stadtgemeinde. Die Infrastruktur der Region mit ihren komplexen Rad- und Wanderwege-Netz, den Thermen, den kulinarischen Genussregionen und weiteren Angeboten wird sowohl von Touristen als auch von Einheimischen genutzt. Diese Maßnahmen sind auf der Meta-Ebene wirksam.

„[...] gerade hier bei uns, wir leben ja Dank der vielen Thermen im Herzen der Wellness-Region, ist das Thema ja in aller Munde und allgegenwärtig. Entsprechend verfügen wir hier auch über ein repräsentatives, vielfältiges Angebot, gerade für die ältere Generation.“ [Gutzwar, s. A.]

Die Zielgruppe der älteren Personen lässt sich, laut unseren ExpertInnen jedoch über die Meso- und die Mikro-Ebene am besten erreichen. Unter Meso-Ebene wird hier der Einsatz von MultiplikatorInnen aus Zwischenstufe für Informationsweitergabe gesehen. Hier spielen Peergroups, bestehende Netzwerke und bekannte Einrichtungen und Organisationen eine große Rolle in der Region. Wichtig ist hierbei, dass das Vertrauen in die Multiplikatoren hoch ist.

Unter Mikro-Ebene wird die „Mundpropaganda“ verstanden. Also die persönliche Weiterempfehlung einer Idee, Veranstaltung, Vereines, etc.

Im lebensnahen Bereich, wie der Gemeinde, lässt sich die Zielgruppe sehr gut über etablierte Personen (Peers) und Institutionen erreichen.

„Am besten funktioniert die persönliche Ansprache bei Hausbesuchen oder wenn Freunde und Bekannte davon erzählen.“ [Stampfl, s. A.]

Eine weitere, vor allem in der Region Fürstenfeld geläufige und durchaus akzeptierte Form der Aktivierung findet durch die Information über Gemeindenachrichten, Pfarrnachrichten, Aushänge, Zeitungen und Messen statt.

„Wir informieren die Menschen über die Pfarrnachrichten, Aushänge, Zeitungen und in der Messe.“ [Stampfl, s. A.]

Die Akzeptanz der Maßnahmen wird als sehr hoch eingeschätzt. Als Grund dafür wird unter anderem das hohe Eigenengagement der Zielgruppe erwähnt. Die Personengruppe möchte sich nach der Erwerbstätigkeit weiter in der Gesellschaft einbringen, ihre Potentiale zur Verfügung stellen und sich wichtig und wahrgenommen fühlen.

10.2.4 Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema Peer-Multiplikatoren-Ansatz

Unter Multiplikatoren werden Personen oder Institutionen verstanden, die Informationen an mehrere Personen und Institutionen weiterleiten und dadurch vervielfältigen.

Der Peer-Multiplikatoren-Ansatz kann sowohl auf der Meso- wie auch auf der Mikro-Ebene seine Anwendung genießt in der Kombination einen sehr hohen Grad der Akzeptanz und Umsetzung der Maßnahme.

„Peer-Multiplikatoren sind sehr wirkungsvoll.“ [Lang, s. A.]

Die befragten ExpertInnen sind sich einig, dass sich Multiplikatoren als besonders herausgestellt haben, wenn es darum geht, die Maßnahme als Programm oder Struktur nachhaltig in der Region zu verankern. Durch die persönliche Ansprache funktioniert das Aktivieren der Personen besonders gut. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang die MultiplikatorInnen entsprechend zu schulen und zu unterstützen.

„Wichtig ist die Multiplikatoren entsprechend zu schulen.“ [Lang, s. A.]

Besonders erfolgreich zeigten sich Maßnahmen, so die ExpertInnen, in denen schon vertraute und bekannte Personen mitwirkten.

„Besonders wenn es darum geht, das Projekt nachhaltig als Programm oder Struktur in der Region zu verankern, haben sich Multiplikatoren als sehr gut herausgestellt.“ [Lang, s. A.]

„Wenn schon bekannte Personen mitmachen, lassen sich andere viel schneller motivieren dabei zu sein und mitzuwirken.“ [Stampfl, s. A.]

Ein Beispiel einer Expertin ist der Besuchsdienst (siehe Tabelle oben). „Besuchte“ entschlossen sich selbst, andere zu besuchen, weil sie gemerkt haben, wie angenehm das ist und es „gut tut“, wenn wieder Sinn und Wert in der Gemeinschaft erlebt wird.

„ [...] z.B. beim Besuchsdienst. Dort hat sich gezeigt, dass sich die „Besuchten“ auch dazu entschließen, andere zu besuchen, weil sie gemerkt haben wie angenehm das ist.“

„Besuchsdienste finden vor allem nach dem Tod eines Angehörigen statt, um den Personen zu zeigen, dass es neben der Trauer auch Platz für Neues gibt.“ [Stampfl, s. A.]

In der konkreten Umsetzung gab eine Expertin an, dass sich auffallend mehr Frauen für Projekte und Ideen gewinnen lassen als Männer.

„Frauen werden leichter erreicht als Männer. Sie stehen dem Thema Gesundheit thematisch näher, als Männer.“ [Stampfl, s. A.]

10.2.5 Meinungsbild der ExpertInnen zum Theme Good-Practice

Good-Practice an Stelle von Best-Practice wird als passender Begriff beschrieben, da es schwer zu beurteilen ist, was „best“ ist und die einzelnen Projekte untereinander schwer zu vergleichen sind. Vielmehr geht es bei dieser Fragestellung darum, erfolgreiche Handlungsweisen und Projekte sichtbar zu machen.

Good-Practice für Projekte mit dem Schwerpunkt Peer-Multiplikatoren-Ansatz lassen sich auf der Projektdatenbank von „Health pro Elderly“ finden.

Weitere Datenbanken werden vom „Fonds gesundes Österreich“ und „Styria Vitalis“ geführt. Beispiele für Projekte aus den Datenbanken, so ein Experte, sind „Aktiv ins Alter“ der WHO mit der Umsetzung der UNI Wien.

Ein weiteres Projekt, das ein Experte erwähnte, ist das Projekt „Gesundes Ottakring“, bei dem MultiplikatorInnen in den Gemeindebauten ausgebildet wurden und gemeinsam mit den BewohnerInnen gesundheitsförderliche Projektideen umsetzen.

Als Good-Practice-Projekt fand auch das Projekt „LIMA – Lebensqualität im Alter“ nochmals Erwähnung, siehe Auflistung der Tabelle unter 10.2.2.

Das katholische Bildungswerk bildet „LIMA-Trainerinnen“ aus, die in Kleingruppen in den jeweiligen Kirchengemeinden Vorträge zu Gesundheitsthemen, seelische Gesundheit oder Gedächtnistraining durchführen.

„Durch die vorhandenen Strukturen der katholischen Kirche breiten sich LIMA Gruppen sehr schnell aus und es hat sich eine Art „Schneeball-Effekt“ ergeben.“

[Lang, s. A.]

Als Good-Practice zur Erreichbarkeit der Zielgruppe werden von den befragten Personen weitgehend die „Mundpropaganda“ erwähnt, sowie das Vertrauen in die Projektdurchführende Organisation und/oder Person.

„Hat man den Zugang zu einer Generation gefunden[...] hängt es sehr von der Atmosphäre im jeweiligen Projekt ab, um weitere Menschen dazu zu motivieren.“

[Gutzwar, s.A.]

11. Zusammenfassung

Das kommende Resümee dient dazu, nochmals die Kernaussagen der jeweiligen Kapitel der Masterarbeit zusammenzufassen, um dann zur Beantwortung der Forschungsfrage überzuleiten.

11.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Um die nun folgenden Fragestellungen beantworten zu können, werden das jeweilige Ziel der Kapitel sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen und Empfehlungen aufgezeigt:

Kann durch die Einbindung von älteren Personen der Zugang zu gesundheitsfördernden Interventionen für die Zielgruppe 60+ erleichtert werden?

Welche Erfolgsfaktoren lassen sich aus regionalen Good-Practice-Beispielen in Österreich ableiten?

Lässt sich durch die Einbindung dieser Zielgruppe auch deren eigenes subjektives Wohlbefinden steigern?

Welche strukturellen Begebenheiten und Voraussetzungen sind in der Region Fürstenfeld vorhanden?

Nach einer kurzen Einführung in das Thema mit Hintergrundinformationen und Klärung der Begrifflichkeiten in den Kapiteln 1 und 2 dient das 3. und 4. Kapitel dazu, den theoretischen Rahmen der Masterthesis vorzustellen. Hier finden die Themen Bevölkerungsentwicklung, demographische Alterung, Modelle & Konzeptionen zur Gesundheit und Gesundheitsförderung ihren Platz.

Das 5. Kapitel führt tiefer in die Komplexität der Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde und thematisiert die Herausforderungen und Möglichkeiten sowie Methoden zur Partizipation. Komplexität meint hier nicht nur durch die Heterogenität der Zielgruppe sondern auch durch die Miteinbeziehung von Institutionen, Einrichtungen und Akteuren in den Gemeinden. Besonders die Zielgruppe älterer Menschen lässt sich im Setting Gemeinde besonders gut erreichen. Wichtig hier ist der Rückhalt durch die politischen Entscheidungsträger in der Gemeinde und die Einbeziehung der Zielgruppe sowohl in die Planung also auch in die Entscheidung und Durchführung.

Auf Grund der vorliegenden Informationen kristallisierte sich der Peer-Multiplikatoren-Ansatz als Instrument zur Erreichbarkeit und Verankerung von gesundheitsförderlichen Projekten und Programmen heraus. Durch den Einsatz von Schlüsselpersonen aus der Peer gelingt es, die Zielgruppe zu erreichen. Peer-MultiplikatorInnen üben eine wesentli-

che Übersetzungsfunktion aus, indem sie die Botschaften zielgruppengerecht weitergeben. Zudem ergibt sich ein Effekt, dass die MultiplikatorInnen selbst von der Peer-Aktivität profitieren.

Im Anschluss gibt das Kapitel 6 einen Überblick über Good-Practice-Beispiele aus Europa und Österreich.

Das Kapitel 7 beschreibt die Bedeutung der Zielgruppe älterer Menschen für die Gesundheitsförderung indem auf die Lebenswelt und Herausforderungen der Personen eingegangen wird. Ausgehend von der Wahrnehmung älterer Menschen in der Gesellschaft werden soziale Ungleichheiten, Armut, Wohnen, Freizeitverhalten, Ernährung, Einsamkeit und Isolation im Alter sowie die besondere Lage älterer Frauen und die subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität dargestellt.

Vorbereitend für die qualitative Befragung wurde im Kapitel 8 eine Regionalanalyse für den Raum Fürstenfeld angestellt. Inhalte sind strukturelle und soziale Daten sowie Wohnraumangebote und Mobilität. Darauf aufbauend wurde eine kurze Bedarfsanalyse abgeleitet.

Ein graphischer Überblick über die vorangegangenen Kapitel rundet den Theorieteil ab und geht in die qualitative Befragung über. Durch die Befragung von ExpertInnen nach dem 360°-Blick wurden weitere Antworten für die Fragestellung generiert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich einige Methoden gut eignen, um ältere Menschen für gesundheitsfördernde Maßnahmen im kommunalen Setting zu erreichen. In der Theorie und in der empirischen Auswertung wird deutlich, dass es nicht „die“ Methode gibt. Vielmehr die Komplexität die Methoden vorgibt. Es wurde aber klar festgestellt, dass sich Peer-to-Peer-Ansätze und „Mundpropaganda“ sehr gut eignen, um Informationen und Teilhabe im kommunalen Setting zu ermöglichen.

Dies hat auch einen gesundheitsfördernden Effekt auf die Peer-MultiplikatorInnen selbst, da diese aktiv beteiligt sind, sowohl in der Planung als auch bei der Entscheidung und Umsetzung.

Die Ergebnisse der Regionalanalyse lassen den Verdacht zu, dass die Region gute Voraussetzungen für gesundheitsförderliche Interventionen bietet. Sowohl aus Sicht der „wachsenden“ Zielgruppe als auch auf Grund der strukturellen Gegebenheiten.

11.2 Diskussion und Schlussfolgerung

Die Masterthesis konnte einen guten Überblick über Erreichbarkeit und Teilhabe älterer Menschen im kommunalen Setting für gesundheitsförderliche Maßnahmen geben. Die komplexen Herausforderungen der Zielgruppe und deren Heterogenität erschweren ihre Erreichbarkeit und den Grad der Teilhabe. Im lebensnahen Bereich, wie der Gemeinde, lässt sich die Zielgruppe sehr gut über etablierte Personen (Peers) und Institutionen errei-

chen. Besonders Frauen sind, laut den Aussagen der ExpertInnen, leichter zu ermutigen, sich zu beteiligen als Männer. Sie dienen wiederum als MultiplikatorInnen für Männer.

Kritisch anzumerken ist, dass diese Form der Beteiligungsprozesse sehr viel Zeit und Energie benötigt. Im kommunalen Bereich, der sehr stark von politischen EntscheidungsträgerInnen geprägt ist, kann es dazu kommen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen von „oben nach unten“ kommuniziert werden und an der Zielgruppe vorbeiziehen. Zudem vermag Gesundheitsförderung alleine es nicht, die Lebenswelten der Betroffenen zu verbessern. Die multikausalen Problemstellungen, wie sie im Kapitel 7 beschrieben werden, sind dafür zu komplex und rühren aus anderen Gebieten.

Die überblicksgebende Regionalanalyse bringt Limitierungen mit sich, da es im Rahmen der Masterthesis nicht vorgesehen war, durch Bürgerbeteiligungsprozesse den tatsächlichen Bedarf an gesundheitsförderlichen Interventionen erkennbar zu machen. Auch ist die Bedarfsanalyse nicht als vollständig zu betrachten, sondern als Denkhilfe zu verstehen. Die Bedarfsanalyse durch eine empirischen Untersuchung zu unterziehen wäre eine geeignete Methode, um Herausforderungen sichtbar zu machen. Dies war hier aber nicht Gegenstand der Arbeit. Vielmehr ging es in dem Kapitel Regionalanalyse darum, aus den vorhandenen Daten mögliche Bedarfe abzuleiten.

Die vorliegende Masterthesis machte, vor allem durch die empirische Befragung, sichtbar, dass es eine Reihe an Aktivitäten in der Region gibt, die der Gesundheit älterer Menschen förderlich ist. Diese zu koppeln, das Angebot zu vernetzen und sichtbar zu machen bzw. weitere Angebote aus der Zielgruppe heraus zu entwickeln, könnte neue Aufgabe der Region Fürstentum werden.

12. Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

¹ **Österreichisches Institut für Familienforschung und Schipfer Rudolf** www.oicf.ac.at [Online] // Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich. Auswirkungen auf Regionen und KÖmmunen. - 06. 12 2012. - http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/Working_Paper/wp_51_demographischer_wandel.pdf.

² **Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung [et al.]** www.wifo.ac.at [Online]. - 10 2010. - 07. 12 2012. - [http://www.wifo.ac.at/wwa/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2010_DEMOGRAPHISCHER_WANDEL_TEILBERICHT1_41126\\$.PDF](http://www.wifo.ac.at/wwa/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2010_DEMOGRAPHISCHER_WANDEL_TEILBERICHT1_41126$.PDF).

³ **Österreichische Raumordnungskonferenz und Hanika Alexander** www.oerok.gv.at [Online]. - 06. 08 2010. - 07. 12 2012. - http://www.oerok.gv.at/fileadmin/Bilder/2.Reiter-Raum_u._Region/2.Daten_und_Grundlagen/Bevoelkerungsprognosen/Prognose_2010_Teil1/Endbericht_Bevoelkerungsprognose_08-2010.pdf.

⁴ **Österreichische Raumordnungskonferenz** www.oerok.gv.at [Online]. - 07. 12 2012. - <http://www.oerok.gv.at/raum-region/daten-und-grundlagen/oerok-prognosen/oerok-prognosen-2010.html>.

⁵ **Robert Koch Institut** www.edoc.rki.de [Online]. - Statistischen Bundesamtes, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch Institut, 2009. - 12-07 2012. - http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reJBwqKp45Pil/PDF/21r1eZ1NVL2AY_02.pdf.

⁶ **Franz Böhmer** www.bmg.gv.at [Online]. - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 11 2009. - 2. Auflage. - 07. 12 2012. - <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/2/1/CH1104/CMS1201520486131/seniorenbericht.pdf>.

⁷ **Bundesministerium für Gesundheit** www.bmg.gv.at [Online]. - 08. 12 2012. - http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung#f5.

⁸ **Spicker Ingrid, Lang Gert und Forschungsinstitut des Roten Kreuzes** Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen [Bericht]. - Wien : Gesundheit Österreich GmbH, 2011.

⁹ **Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung und zit.n. Antonovsky 1993a** Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert [Bericht]. - Köln : BZgA, 2001.

¹⁰ **Gläser Jochen und Laudel Grit** Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruktiver Untersuchungen [Buch]. - Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009. - Bd. 3. überarbeitete Auflage.

¹¹ **Kiefl Walter und Lamnek Siegfried** Qualitative Methoden in der Marktforschung [Artikel] // Planung & Analyse. - 1984. - 11/12.

¹² **Lamnek Siegfried** Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie [Buch]. - Weinheim : Beltz Verlag, 1995a. - Bde. 3., korr.Auflage.

¹³ **World Health Organisation WHO** www.bmg.gv.at [Online]. - 2010. - 08. 07 2013. - <http://bmg.gv.at/home/Informationen/Impressum/>.

¹⁴ www.bmg.gv.at [Online]. - 2010. - 08. 07 2013. - http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung.

¹⁵

Bircher Johannes und Wehkamp Karl-Heinz Das ungenutzte Potential der Medizin [Buch]. - Zürich : Rüffer & Rub, 2006.

¹⁶ **Körtner Ulrich** www.science.orf.at [Online]. - 01. 07 2005. - 09. 01 2014. - <http://sciencev1.orf.at/science/koertner/137179>.

¹⁷ **www.foerderland.de** www.foerderland.de [Online]. - 09. 01 2014. - <http://www.foerderland.de/itoffice/personal/talent-management/demographischer-wandel/>.

¹⁸ **Gabler Wirtschaftslexikon** <http://wirtschaftslexikon.gabler.de> [Online]. - 09. 01 2014. - <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/2581/demografische-alterung-v9.html>.

¹⁹ **Wirtschaftslexikon Gabler und Schmidt Katrin** <http://wirtschaftslexikon.gabler.de> [Online]. - 18. 09 2013. - 09. 01 2014. - <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/436/altersaufbau-v10.html>.

²⁰ **Wirtschaftskammer Steiermark** <http://wko.at> [Online]. - 01. 01 2013. - 09. 01 2014. - <http://wko.at/statistik/bundesland/Altersstruktur.pdf>.

²¹ **Österreichisches Institut für Familienforschung und Schipfer Rudolf Karl** Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich. Auswirkungen auf Regionen und Kommunen [Online] // www.oif.ac.at. - 2005. - 06. 12 2012. - http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/Working_Paper/wp_51_demographischer_wandel.pdf.

²² **Europäische Kommission. Generaldirektion Beschäftigung soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit.Referat E.1** Die demografische Zukunft Europas-Von der Herausforderung zur Chance [Bericht]. - Luxemburg : Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2007.

²³ **Statistik Austria** Demographisches Jahrbuch 2011 [Bericht]. - Wien : Statistik Austria, 2012.

²⁴ **Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung [et al.]** www.wifo.ac.at [Online]. - 10 2010. - 07. 12 2012. - [http://www.wifo.ac.at/wwa/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2010_DEMOGRAPHISCHER_WANDEL_TEILBERICHT1_41126\\$.PDF](http://www.wifo.ac.at/wwa/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2010_DEMOGRAPHISCHER_WANDEL_TEILBERICHT1_41126$.PDF).

²⁵ **Statistik Austria** Österreich. Zahlen. Daten.Fakten [Bericht]. - Wien : Statistik Austria, 2011.

²⁶ **Statistik Austria** Demographisches Jahrbuch 2011 [Bericht]. - Wien : Statistik Austria, 2012

²⁷ **ÖROK Österreichische Raumordnungskonferenz und Statistik Austria** www.raumplanung.steiermark.at [Online]. - 2001. - 02. 02 2013. - http://www.raumplanung.steiermark.at/cms/dokumente/10172643_28444368/fa26406b/text_bev_prog.pdf.

²⁸ **Raumordnungskonferenz Österreichische** www.oerok.gv.at [Online]. - 2010. - 06. 12 2012. - <http://www.oerok.gv.at/raum-region/daten-und-grundlagen/oerok-prognosen/oerok-prognosen-2010.html>.

²⁹ www.fgoe.org [Online]. - 2010. - 08. 07 2013. - <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien>.

³⁰ **Kickbusch Ilona** Public Health-Gesundheit und Gesundheitswesen: Gesundheitsförderung-Eine Moderne Profession [Buch]. - München : Urban & Fischer, 2002. - Bd. 2. Auflage.

³¹ **World Health Organisation WHO** www.bmg.gv.at [Online]. - 2010. - 08. 07 2013. - <http://bmg.gv.at/home/Informationen/Impressum/>.

www.bmg.gv.at [Online]. - 2010. - 08. 07 2013. - http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung.

³² **Kickbusch Ilona** Public Health-Gesundheit und Gesundheitswesen: Gesundheitsförderung-Eine Moderne Profession [Buch]. - München : Urban & Fischer, 2002. - Bd. 2. Auflage.

³³ www.diedrei.org [Online]. - 09. 08 2004. - 08. 07 2013. - <http://www.diedrei.org/Heft %208-9 %2004/04 %20Salutogenese-Antonovsky.pdf>.

³⁴ **Blümel Stephan** www.bzga.de [Online]. - 25. 08 2010. - 20. 10 2013. - <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=a7a2d769a25d94b0626647d2f9ee009d&id=angebote&idx=140>.

³⁵ **Spicker Ingrid, Lang Gert und Forschungsinstitut Rotes Kreuz Wien** Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen [Bericht]. - Wien : Fonds Gesundes Österreich, 2011.

³⁶ **Württemberg Landesgesundheitsamt Baden** Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg. Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung [Bericht]. - Stuttgart : Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2012.

www.bmg.gv.at [Online]. - 2010. - 08. 07 2013. - http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung.

³⁷ **Hauptverband der österr. Sozialversicherung** Länger Leben bei guter Gesundheit. Gesundheitsförderung und Prävention bei Frauen und Männern ab 50 [Bericht]. - Wien : Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung , 2010.

³⁸ **Wright Bock, Unger** www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de [Online]. - 26. 06 2014. - <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation.html>.

³⁹

Whright, Block, Unger www.partizipative-qualitätsentwicklung.de [Online]. - 10. 07 2014. - <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>.

⁴⁰ **partiziaption & Nachhaltige Entwicklung in Europa** www.partizipation.at [Online]. - 10. 07 2014. - <http://www.partizipation.at/methoden.html>.

⁴¹ **Partizipation & Nachhaltige Entwicklung in Europa** www.partizipation.at [Online]. - 10. 07 2014. - <http://www.partizipation.at/buergerinnenrat.html>.

⁴² **Partizipation & Nachhaltige Entwicklung in Europa** [Online]. - 07! = 2014. - <http://www.partizipation.at/systemisches-konsensieren.html>.

⁴³ **Partizipation & Nachhaltige Entwicklung in Europa** www.partizipation.at [Online]. - 10. 07 2014. - <http://www.partizipation.at/worldcafe.html>.

⁴⁴ **Partizipation & Nachhaltige Entwicklung in Europa** www.partizipation.at [Online]. - 10. 07 2014. - <http://www.partizipation.at/thanacs.html>.

⁴⁵ **Partizipation & Nachhaltige Entwicklung in Europa** www.partizipation.at [Online]. - 11. 07 2014. - <http://www.partizipation.at/buergerinnenversamml.html>.

⁴⁶ **Partizipation & Nachhaltige Entwicklung in Europa** www.partizipation.at [Online]. - 2014=/10. - <http://www.partizipation.at/internet-forum.html>.

⁴⁷ **Lehmann Manfred und Sabo Peter** Multiplikatoren [Buchabschnitt] // Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung / Buchverf. Aufklärung Bundeszentrale für gesundheitliche. - Schwabenheim a.d. Selz : Verlag Peter Sabo, 2003. - Bd. 4. erweiterte Auflage.

⁴⁸ <http://www.healthproelderly.com> [Online]. - Health pro Elderly. - 16. 01 2014. - [http://www.healthproelderly.com/database/index.php?id=1&L=1&tx_imhpeprojects_pi1\[uid\]=237&cHash=8dba1c7f35b0d8ee3ea2d5bb9f9d65b1](http://www.healthproelderly.com/database/index.php?id=1&L=1&tx_imhpeprojects_pi1[uid]=237&cHash=8dba1c7f35b0d8ee3ea2d5bb9f9d65b1).

⁴⁹ **Bundesministerium für Gesundheit** www.healthproelderly.com [Online]. - 16. 01 2014. -

[www.healthproelderly.com/database/index.php?id=1&L=1&tx_imhpeprojects_pi1\[uid\]=175&cHash=08f66d95a1eddea2c8576795112e4bb6](http://www.healthproelderly.com/database/index.php?id=1&L=1&tx_imhpeprojects_pi1[uid]=175&cHash=08f66d95a1eddea2c8576795112e4bb6).

⁵⁰

Bundesministerium für Gesundheit [Online] // www.healthproelderly.com. - 17. 01 2014. - [http://www.healthproelderly.com/database/index.php?id=1&L=1&tx_imhpeprojects_pi1\[uid\]=209&cHash=27b3cf415b6133db34cd1e021940255d](http://www.healthproelderly.com/database/index.php?id=1&L=1&tx_imhpeprojects_pi1[uid]=209&cHash=27b3cf415b6133db34cd1e021940255d).

⁵¹ Bundesministerium für Gesundheit [Online] // www.healthproelderly.com. - 15. 01 2014. -

[http://www.healthproelderly.com/database/index.php?id=1&L=1&tx_imhpeprojects_pi1\[uid\]=2&cHash=e049b3fbd72cbb511bfabe2bfde8fe50](http://www.healthproelderly.com/database/index.php?id=1&L=1&tx_imhpeprojects_pi1[uid]=2&cHash=e049b3fbd72cbb511bfabe2bfde8fe50).

⁵² **Kreuz Österreichisches Rotes** www.rotekreuz.at [Online]. - 11 2012. - 31. 01 2014. - <http://www.rotekreuz.at/wien/forschungsinstitut-des-roten-kreuzes/projekte/laufende-forschungsprojekte/menta-50/>.

⁵³ Styria Vitalis [Online]. - 17. 01 2014. - http://www.styriavitalis.at/cms/Aktuell/Aktuelle_Projekte/Gemeinsam_Gehen/1,10,1,0.html

.

⁵⁴ **Tesch-Römer Clemens und Wurm Susanne** Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern [Buchabschnitt] // Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts / Buchverf. Böhm Karin, Tesch-Römer Clemens und Ziese Thomas. - Berlin : Robert Koch Institut, 2009. - Bde. S. 7-21

⁵⁵ **Bukov Aleksej, Maas Ineke und Lampert Thomas** Social Participation in Very Old Age: Cross Sectional and Longitudinal Findings from Base [Artikel] // Journal of Gerontology. - Oxford : Oxford Journals, 2002. - 57b. - S. 510-517 : Bd. 6.

⁵⁶ **Majce Gerhard** Gesellschaftliche und politische Partizipation [Buchabschnitt] // Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten. Forschungsexpertise für einen Bundesplan für Seniorinnen und Senioren / Buchverf. Amann Anton [et al.]. - Wien : Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik (WISDOM), 2010.

⁵⁷ **Amann Anton** Ökonomische Lage, soziale Differenzierung und Generationengerechtigkeit [Buchabschnitt] // Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten. Forschungsexpertise zu einem Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. - Wien : Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik, 2010.

⁵⁸ **Kolb Bettina** Alter und Genderfragen. die besondere Lage älterer Frauen [Buchabschnitt] // Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten. Forschungsexpertise zu einem Bundesplan für Seniorinnen und Senioren / Buchverf. Amann Anton. - Wien : Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik (WISDOM), 2010.

⁵⁹ Ebd.

⁶⁰ **Kolland Franz und Baumgartner Katrin** Wohnbedingungen, Technik und Mobilität [Buchabschnitt] // Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten. Forschungsexpertise zu einem Bundesplan für Seniorinnen und Senioren / Buchverf. Amann Anton. - Wien : Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik (WISDOM), 2010.

²⁹ **Kolland Franz** Alltag im Alter [Buchabschnitt] // Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme / Buchverf. BMASK. - Wien : Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009.

⁶² **Stehle Peter [et al.]** Ernährung älterer Menschen. Ernährungsbericht 2000 [Artikel] // Deutsche Gesellschaft für Ernährung. - Frankfurt/Main : Druckerei Henrich, 2000. - Bde. S. 147-178.

⁶³ **Hörl Josef** Einsamkeit und Isolation [Buchabschnitt] // Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme / Buchverf. Hörl Josef, Kolland Franz und Majce Gerhard. - Wien : Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009. - Bd. 2. Auflage.

⁶⁴ **Lampert Thomas** Gesundheit im Alter bedingt durch Schicksal, Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile. Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter [Buchabschnitt] // Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Berichterstattung des Bundes / Buchverf. Böhm Karin, Tesch-Römer Clemens und Ziese Thomas. - Berlin : Robert Koch-Institut, 2009. Clemens und Ziese Thomas. - Berlin : Robert Koch Institut, 2009. - Bde. S. 7-21.

⁶⁵ **Eurostat** <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> [Online]. - Eurostat, 01 2008. - 20. 10 2013. - http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-07-001-03/DE/KS-CD-07-001-03-DE.PDF.

⁶⁶ **Eruopean Health and Life Expectancy Information System ELHEIS** www.eurohex.eu [Online]. - 01 2008. - 20. 10 2013. - http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue5_translated/Osterreich.pdf.

⁶⁷ **Wikipedia** www.wikipedia.at [Online]. - 28. 02 2013. - 13. 03 2014. - [http://de.wikipedia.org/wiki/F %C3 %BCrstenfeld](http://de.wikipedia.org/wiki/F%C3%BCrstenfeld).

⁶⁸ Steiermark WIBIS www.wibis-steiermark.at [Online]. - WIBIS Steiermark, 09 2012. - 31.012014. http://www.wibissteiermark.at/_uploads/_elements/1351173518__2434_file3.pdf.

⁶⁹ **Fürstenfeld Gemeinde** [Interview]. - Fürstenfeld : [s.n.], 25. 02 2014.

⁷⁰ **Siegfried Lamnek und Kiefl Walter** Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie (3. korrigierte Auflage) [Buch]. - Weinhheim : Beltz Verlag, 1995a.

⁷¹ **Lamnek Siegfried** Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch (4. Auflage) [Buch]. - München : Weinheim Verlags Union, 2005.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 österreichische Bevölkerungspyramide am 1.1.2013	17
Abbildung 2 Altersstruktur der Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2011	21
Abbildung 3 Lebenserwartung 1970-2011 nach Geburt.....	22
Abbildung 4 Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1959-2075 (Hauptszenario) ...	25
Abbildung 5 Bevölkerungsentwicklung Steiermark	27
Abbildung 6 Bevölkerungsentwicklung Fürstenfeld im Vergleich zur Steiermark und Österreich (eigene Darstellung)	28
Abbildung 7 Altersstruktur Bezirk Fürstenfeld Prognose 2009 (eigene Darstellung) ...	29
Abbildung 8 Determinanten von Gesundheit	31
Abbildung 9 Systemisches Anforderungs- und Ressourcen-Modell (ebd.).....	35
Abbildung 10 Stufen der Partizipation (ebd.)	40
Abbildung 11 Auftreten starker oder sehr starker Schmerzen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht	55
Abbildung 12 Aktuelles Rauchen, sportliche Inaktivität und Adipositas nach sozialem Status, Alter und Geschlecht	56
Abbildung 13 Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den letzten 4 Wochen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht	63
Abbildung 14 Lebenserwartung und Lebensjahre in Gesundheit im Alter von 65 für Österreich und die Europäische Union (ebd.)	65
Abbildung 15 Strukturdaten Region Fürstenfeld (eigene Darstellung).....	67
Abbildung 16 Angebote in der Region	68
Abbildung 17 Grafische Darstellung der theoretischen Überlegungen	71

Anhang

Einleitung

- Dank für die Teilnahmebereitschaft
- Vorstellung der Interviewerin und der Masterthesis
- Ablaufklärung: Interviewdauer ca. 30 Minuten
- Vertraulichkeit & Datenschutz: Tonbandaufzeichnung, vertrauliche Behandlung aller Daten, Anonymisierung der persönlichen Daten, Transkription mit Einverständnis
- Klärung auftauchender Fragen

Aufnahme und Interview starten

- 1) Fragen zur sozialstatistischen Merkmalen:
- 2) Wie alt sind Sie?
- 3) Welche Ausbildungen haben Sie abgeschlossen?
- 4) Wie lange sind Sie schon in diesem Beruf tätig?

Interview-Leitfaden zur Masterthesis

Beate Wurzwallner

ExpertInnen auf der Forschungsebene

Gesundheitsförderung im kommunalen Setting – Erreichbarkeit & Partizipation der
älteren Zielgruppe

	Leitfrage	Check – wurde das erwähnt?	Aufrechterhaltung - Steuerungsfragen
1	Was fällt Ihnen spontan zur der Zielgruppe älterer Menschen im kommunalen Setting ein?	inhomogene Gruppe nicht über Arbeit zu erreichen	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
2	Wie hoch schätzen Sie die Akzeptanz älterer Menschen für gesundheitsfördernde Maßnahmen ein?	Aufbau auf bestehende Projekte Multiplikatoren Peer-Multiplikatoren	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
3	Ihrer Erfahrung nach, wie lässt sich diese Zielgruppe gut für gesundheitsfördernde Maßnahmen erreichen?	Gemeindezeitung, Flugblätter	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
4	Wie beurteilen Sie den Einsatz von Peer-Multiplikatoren zur Erhöhung der Akzeptanz und Fortbestand?	Begründung	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
5	Können Sie mir Best Practice Beispiele nennen?	Beispiel angeben	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?

Interview-Leitfaden zur Masterthesis Beate

Wurzwallner

politische EntscheidungsträgerInnen

Gesundheitsförderung im kommunalen Setting – Erreichbarkeit & Partizipation der älteren Zielgruppe

	Leitfrage	Check – wurde das erwähnt?	Aufrechterhaltung - Steuerungsfragen
1	Welche Bedeutung hat Gesundheit und Gesundheitsförderung in Ihrem Leben und aus Perspektive der Gemeinde?	Wohlbefinden, Unabhängigkeit, lebenswerte Gemeinde, Ärzte, medizinische Versorgung	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
2	Welche Maßnahmen in der Gemeinde würden Sie der Gesundheitsförderung zuordnen?	Laufende & abgeschlossene Projekte Förderungen	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
3	Welche Maßnahmen empfinden Sie als sinnvoll zur Aktivierung älterer Menschen zu gesundheitsfördernden Interventionen in der Gemeinde?	Gemeindezeitung, Flugblätter	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
4	Wie beurteilen Sie die Idee, ältere Menschen zu aktivieren um gleichaltrige Personen für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erreichen?	Begründung	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
5	Können Sie mir typische Erfolgsfaktoren zur Erreichung älterer Menschen nennen?	Beispiel angeben	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?

Interview-Leitfaden zur Masterthesis Beate

Wurzwallner

Multiplikatoren & Mitwirkende

Gesundheitsförderung im kommunalen Setting – Erreichbarkeit & Partizipation der älteren Zielgruppe

	Leitfrage	Check – wurde das erwähnt?	Aufrechterhaltung - Steuerungsfragen
1	Welche Bedeutung hat Gesundheit und Gesundheitsförderung in Ihrem Leben?	Wohlbefinden, Unabhängigkeit, lebenswerte Gemeinde, Ärzte, medizinische Versorgung, Glaube	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
2	Welche Maßnahmen in der Gemeinde würden Sie der Gesundheitsförderung zuordnen?	Aufzählung Seelsorge der Kirche	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
3	Welche Maßnahmen empfinden Sie als sinnvoll zur Aktivierung älterer Menschen zu gesundheitsfördernden Interventionen in der Gemeinde?	Mundpropaganda Vertrauen zur Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
4	Wie beurteilen Sie die Idee, ältere Menschen zu aktivieren um gleichaltrige Personen für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erreichen?	Begründung	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?
5	Können Sie mir typische Erfolgsfaktoren zur Erreichung älterer Menschen nennen?	Beispiel angeben	<ul style="list-style-type: none">• Nonverbale Aufrechterhaltung• Können Sie dazu mehr erzählen?• Haben Sie dazu ein Beispiel?

Postskriptum

Interviewsituation:

Besondere Vorkommnisse während des Interviews?

Gespräche vor Einschalten des Aufnahmegerätes:

Verhalten des Interviewers:

Sonstige Auffälligkeiten, Informationen