

Masterarbeit

**ERFAHRUNGEN VON PERSONEN, DIE IN DER
GEMEINDENAHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR
ÄLTERE MENSCHEN TÄTIG SIND**

Welche Erfahrungen, Probleme und Bedürfnisse haben Personen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung und welche Aufgaben übernehmen sie?

eingereicht von:

Elisabeth Haussteiner (geb. Kreer), BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft, Graz

unter der Anleitung von:

Erstbetreuer: FH-Prof. Dipl. Pflegepäd. Dr. Thomas Boggatz

Zweitbetreuerin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿrer. cur. Pflegepäd. Christa Lohrmann

Graz, 31. August 2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 31.08.2015

Elisabeth Haussteiner, BSc eh.

Danksagung

Ein großer Dank gilt dem Erstbetreuer der vorliegenden Arbeit – Dr. Thomas Boggatz – der mit großem Engagement den gesamten Forschungsprozess, von der Findung des Forschungsthemas über die Datensammlung bis zum Verfassen der Arbeit, begleitet hat.

Ein weiteres Dankeschön möchte ich an meine Mitstudentin Frau Nicole Kreuzberger, BSc aussprechen. Die Zusammenarbeit mit ihr hinsichtlich Interviewführung und unabhängigem Kodieren war sehr angenehm und funktionierte reibungslos.

Ich danke auch allen Freundinnen die sich zum Korrekturlesen der vorliegenden Arbeit bereit erklärt haben.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei meiner Familie – insbesondere bei meinen Eltern und meinem Ehemann – für die finanzielle sowie emotionale Unterstützung während meines gesamten Studiums und in der Zeit der Masterarbeit bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	i
Abbildungsverzeichnis.....	ii
Tabellenverzeichnis.....	iii
Zusammenfassung.....	iv
Abstract.....	vi
Einleitung.....	1
Prinzipien und Ansätze der Gesundheitsförderung im Alter	3
Definition „Gesundheitsförderung“	3
Ganzheitliches Gesundheitsverständnis	4
Zielgruppenfokus.....	4
Erreichbarkeit – Zugang zur Zielgruppe	5
Zusammenarbeit	5
Nachhaltigkeit.....	6
Einfache Erreichbarkeit von Angeboten	7
Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Alter	7
Perspektive von Betroffenen.....	8
Gesundheitsverständnis und Einstellung zur Gesundheitsförderung	8
Motive der Gesundheitsförderung und erwarteter Nutzen.....	9
Barrieren hinsichtlich Gesundheitsförderung.....	10
Fördernde Faktoren hinsichtlich Gesundheitsförderung.....	11
Methode	13
Studiendesign	13
Sampling und Stichprobenbeschreibung	13
Datensammlung.....	14
Ethische Aspekte.....	16

Datenanalyse	16
Ergebnisse	21
Gesundheitsförderung - Allgemein	23
Grundverständnis der Tätigkeit	23
Aufgabenbereiche und Maßnahmen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung.....	25
Durchführung von gesundheitsfördernden Angeboten.....	29
Mutmaßlicher Nutzen/Effekt der gesundheitsfördernden Maßnahmen.....	30
Nutzen für ältere Menschen	30
Nutzen für pflegende Angehörige.....	31
Allgemeiner Nutzen und Effekte.....	32
Bedarf und Nachfrage.....	32
Erfolg der Informationsstrategien	32
Nachfrage durch die Zielgruppe	33
Bedarfsdeckung	34
Notwendige persönliche Voraussetzungen.....	35
Vorhandene Voraussetzungen	35
Fehlende Voraussetzungen	38
Organisatorischer Rahmen für Gesundheitsförderung im Alter	38
Zusammenarbeit und Ehrenamt.....	38
Notwendige Ressourcen	41
Politische Verantwortung.....	43
Zusammenfassung - Ergebnisse	44
Diskussion	47
Methodische Diskussion	47
Vergleich mit „State of the art“	47
Grundverständnis der Tätigkeit	47

Aufgabenbereiche und Maßnahmen	49
Durchführung von gesundheitsfördernden Angeboten	50
Nutzen und Effekte der Maßnahmen	53
Bedarf und Nachfrage	54
Persönliche Voraussetzungen und Organisatorischer Rahmen	55
Conclusion.....	59
Antwort auf die Forschungsfrage	59
Implikationen für Forschung und Praxis.....	59
Literaturverzeichnis	I
Anhang.....	IV

Abkürzungsverzeichnis

et al. et alli (und andere)

n Stichprobengröße

n.D..... no date (keine Angabe zur Jahreszahl in der Quelle)

WHO World Health Organization (Welt-Gesundheitsorganisation)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Zusammenfassung - Hauptkategorien	44
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Stichprobenbeschreibung	14
Tabelle 2 Halbstrukturierter Interviewleitfaden.....	14
Tabelle 3 COREQ-Checkliste	17
Tabelle 4 Kategorienbaum.....	21

Zusammenfassung

Hintergrund: Wie in allen europäischen Ländern wächst auch in Österreich die Zahl der älteren Bevölkerung. Das führt dazu, dass ein Anstieg der Ausgaben für Gesundheit und Pflege angenommen wird. Es gibt Hypothesen, die davon ausgehen, dass ein aktiver und gesundheitsfördernder Lebensstil im Alter zu mehr Vitalität und weniger Krankheit und Pflegebedarf führt. Im Bundesland Salzburg wird in einigen Gemeinden Gesundheitsförderung durch Sozialbeauftragte und Ehrenamtliche betrieben. Wie das funktioniert, ist bislang nicht bekannt und sollte deshalb erforscht werden.

Fragestellung: Welche Erfahrungen, Probleme und Bedürfnisse haben Personen die in der gemeindenahen Gesundheitsförderung für ältere Menschen tätig sind?

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Querschnittsstudiendesign gewählt. Dabei wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews geführt. Die Stichprobe bestand aus einer Vollerhebung der derzeit tätigen Sozialbeauftragten im Salzburger Flachgau (n=4) und neun Ehrenamtlichen, die durch ein Snowballsampling erreicht wurden. Die Interviews wurden aufgenommen, in literarischer Umschrift transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und der Software MAXQDA©11 kodiert und kategorisiert. Kontrolliert wurde die Analyse durch unabhängiges Kodieren und externe Audits.

Ergebnisse: Die Datenanalyse ergab einen Kategorienbaum aus fünf Hauptkategorien, die sich in weitere Subkategorien unterteilen. Die Hauptkategorien sind: „Gesundheitsförderung“, darunter fallen Grundverständnisse der Tätigkeit, Aufgabenbereiche und gesundheitsfördernde Angebote sowie deren Durchführung. „Nutzen/Effekte der Maßnahmen“, dazu gehören Effekte von Informationsstrategien, Nutzen für die Zielgruppe, für pflegende Angehörige sowie für die Allgemeinheit. „Nachfrage und Bedarf“ beschreibt die Nachfrage durch die Zielgruppe, Gründe für mangelnde Nachfrage sowie die Bedarfsdeckung. „Notwendige persönliche Voraussetzungen“ und „Organisatorischer Rahmen“ gehen auf Voraussetzungen für das Gelingen von Gesundheitsförderung ein.

Schlussfolgerung: Die gemeindenahere Gesundheitsförderung basiert vor allem auf einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis und wird als Möglichkeit der Lebensstilveränderung und gesellschaftlichen Partizipation verstanden. Angebote sollen sich dabei an den Bedürfnissen und Ressourcen älterer Menschen orientieren und deren Mitgestaltung erlauben. Funktionierende Gesundheitsförderung kann dazu führen, dass die Lebensqualität älterer Menschen und die Lebenswürdigkeit einer Ortschaft erhöht werden. Sozialbeauftragte und Ehrenamtliche nehmen in diesem Kontext vor allem die Rollen der Beratung, der Vermittlung, der Organisation und Durchführung gesundheitsfördernder Angebote ein. Die größten Herausforderungen stellen dabei das Erreichen und die Motivation älterer Menschen sowie die Lukrierung finanzieller, räumlicher und zeitlicher Ressourcen dar.

Schlüsselwörter: ältere Menschen, Gemeinde, Gesundheitsförderung, qualitative Forschung

Abstract

Background: As in all European countries the proportion of the elderly population is increasing in Austria. This means that expenses in health care are expected to rise. Several hypotheses suggest that a more health-promoting lifestyle has an impact on vitality, illness frequency and care needs. In Salzburg, social agents and volunteers promote this lifestyle by offering trainings, but there is no data available on how this is done.

Objective: Which problems, needs and challenges experience people who are active in the community-based health promotion for elders?

Method: In order to answer the research question a qualitative cross-sectional study design was chosen. Semi-structured qualitative interviews were conducted. The sample consisted of a full survey among social agents currently working in the Salzburger Flachgau (n=4) and nine volunteers who were reached by a Snowball sampling. The interviews were recorded, transcribed, encoded and categorized by using the qualitative content analysis according to Mayring and the software MAXQDA©11. The analysis was reviewed by independent coding and external audits.

Results: The main categories are: "health promotion", this includes basic understanding of the activities, tasks and health-promoting offers and their implementation. "Benefit/effects of measures", including benefits for the target group, caregivers and the general public. "Need and demand" describes the demand by the target group as well as the fulfilment of needs. "Necessary personal conditions" and "Organisational framework" describe requirements for successful health promotion.

Conclusion: The community-based health promotion is based on a holistic view of health. It is understood as a way of lifestyle-change and social participation. Offers in this area are tailored to the needs and resources of elders and should allow their participation. Successful health promotion can increase the quality of life of older people and the liveability of villages. Social agents and volunteers take on the roles of counselling, mediation, organization and implementation of health-

promoting properties. The biggest challenges turned out to be reaching and motivating elders to participate. Furthermore allocation of financial, spatial and temporal resources is additional hurdles to overcome to successfully implement health improving programs for seniors.

Key words: Aged, Community, Health promotion, Qualitative research

Einleitung

Wie in allen europäischen Ländern steigt die Anzahl der älteren Bevölkerung auch in Österreich an. Das Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014 verzeichnete 1,49 Millionen Personen im Alter von über 65 Jahren. Für das Jahr 2050 wird ein Anstieg auf 2,94 Millionen Menschen in dieser Altersgruppe prognostiziert. (Vgl. Statistik Austria 2014). Neben dem Anstieg der älteren Bevölkerung wird auch eine sinkende Geburtenrate verzeichnet. Diese beiden Faktoren führen dazu, dass das Gesundheitssystem vor neuen Herausforderungen steht, denn es wird ein Anstieg der Ausgaben für Gesundheit und Pflege erwartet. (Vgl. Strümpel & Billings 2008) Diese Annahme wird durch die „Expansion-of-morbidity“-Hypothese unterstützt, welche davon ausgeht, dass die Lebenserwartung zwar steigt, der Gesundheitszustand von alten Menschen aber derselbe bleibt und so eine Zunahme an Lebensjahren eine Zunahme an Krankheitsjahren bedeutet (vgl. Nusselder 2003). In diesem Kontext steht vor allem die Forderung im Mittelpunkt, dass Personen nicht nur länger leben, sondern gleichzeitig gesund bleiben. (Vgl. Strümpel & Billings 2008). Diese Forderung deckt sich mit der zweiten Hypothese von Nusselder (2003) – der „Compression-of-morbidity“-Hypothese – die annimmt, dass die Lebenserwartung begrenzt ist und ein aktiver und gesundheitsfördernder Lebensstil im Alter zu mehr Vitalität und Selbstständigkeit und zu weniger Krankheit und Pflegebedarf führt. Des Weiteren führt Selbstständigkeit und verringerte Abhängigkeit bzw. geringerer Pflegebedarf zur höheren Lebensqualität im Alter (vgl. Boggatz 2012). Ausgehend von diesen Aussagen zeigt sich die Relevanz des Themas Gesundheitsförderung.

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ kommt aus den 1980er Jahren. Definiert wurde der Begriff von der WHO in der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa. Zentrale Elemente der Gesundheitsförderungsdefinition sind die Selbstbestimmung, die Befähigung der Menschen, das ganzheitliche und prozesshafte Gesundheitsverständnis – körperlich, seelisch und soziales Wohlbefinden – sowie die Verantwortungsverteilung auf die Individuen, den Gesundheitssektor und alle politischen Bereiche. (Vgl. WHO 1986). Gesundheitsförderung ist wichtiger denn

je, denn sie zielt vor allem auf die Stärkung der Gesundheit ab, in dem Lebensumstände, Verhalten und Kompetenzen von einzelnen Personen verbessert werden (vgl. Lis et al. 2008). Gesundheitsförderung basiert dabei auf der Grundidee, dass Gesundheit ein Grundrecht von (älteren) Menschen ist und einer der bedeutendsten Indikatoren für Zufriedenheit im Alter darstellt. Gesundheit bedeutet auch Unabhängigkeit und höhere Lebensqualität im Alter und reduziert Ausgaben des Gesundheitssystems, indem beispielsweise frühere Pensionierungen vermieden werden können oder (kostspieliger) Pflegebedarf hinausgezögert bzw. nicht notwendig wird. (Vgl. Lis et al. 2008).

Im Bundesland Salzburg wird in einigen Flachgauer Gemeinden Gesundheitsförderung durch Sozialbeauftragte und deren ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betrieben. Wie das funktioniert ist bislang nicht bekannt und sollte deshalb in einer empirischen, qualitativen Studie erforscht werden.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Zielsetzung bzw. die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit entwickelt: Welche Erfahrungen, Probleme und Bedürfnisse, haben Personen, die in der gemeindenahen Gesundheitsförderung tätig sind?

Zu Beginn der Arbeit werden allgemeine Prinzipien und Ansätze der Gesundheitsförderung im Alter aus nationaler und internationaler Literatur dargestellt. Anschließend findet sich der Methodenteil, in dem erläutert wird, wie die qualitative Studie durchgeführt wurde. Im dritten Kapitel werden die Resultate der Datensammlung dargestellt, welche im folgenden Kapitel mit aktueller Literatur in Verbindung gebracht werden. In diesem Kapitel werden zusätzlich Limitationen der Arbeit diskutiert. Im letzten Kapitel findet sich die Antwort auf die Forschungsfrage sowie Implikationen für Forschung und Praxis.

Prinzipien und Ansätze der Gesundheitsförderung im Alter

Die Bedeutung von Gesundheitsförderung wird vor allem dadurch belegt, dass es zahlreiche internationale und nationale Literatur zum Thema gibt. Im folgenden Abschnitt werden wesentliche Prinzipien bzw. Ansätze der Thematik dargestellt.

Definition „Gesundheitsförderung“

Gesundheitsförderung umfasst „alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen zu beeinflussen versuchen“ (Hurrelmann & Laaser, 2003, S.395). Im Unterschied zur Krankheitsprävention, die sich auf das Vermeiden und Wiederauftreten bestimmter Erkrankungen bezieht, liegt der Fokus der Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa-Charta der WHO (1986) auf der Befähigung zur Gesundheit und der Stärkung der Gesundheitspotentiale. Drei verschiedene Ansätze versuchen auf unterschiedliche Art und Weise den Lebensstil einer Zielgruppe zu verändern (vgl. Naidoo & Wills 2010): Der Ansatz der **Verhaltensänderung** zielt auf eine Annahme von gesünderen Verhaltensweisen bei der Zielgruppe ab (z.B. Umstellung der Ernährungsgewohnheiten), wobei die Ziele in einem top-down-Ansatz von Expertinnen und Experten vorgegeben sind und in Kampagnen an die Zielgruppe herangetragen werden. Der Ansatz der **Gesundheitsaufklärung** beschränkt sich darauf, der Zielgruppe Wissen und Fertigkeiten zu vermitteln, auf deren Grundlage die Betroffenen selbst Entscheidungen für oder gegen ein bestimmtes Verhalten treffen können. Der Ansatz des **Empowerments** soll die Betroffenen befähigen, ihre Gesundheitsprobleme und Handlungsziele selbst zu bestimmen, und sie beim Erwerb der hierzu notwendigen Fähigkeiten unterstützen. In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch die Frage, was der Begriff „Gesundheit“ konkret bedeutet und was es demnach zu fördern gilt.

Ganzheitliches Gesundheitsverständnis

Hier ist zu betonen, dass Gesundheitsförderung im Alter auf einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis basiert. Dabei wird Gesundheit beispielsweise nicht auf den körperlichen Zustand reduziert, sondern zum „Gesundsein“ gehören auch psychische, soziale/gesellschaftliche, umweltbedingte, spirituelle, emotionale, ökonomische und kulturelle Faktoren. Gesundheit wird also als „umfassendes Wohlbefinden“ beschrieben. (Vgl. Lis et al. 2008, Strümpel & Billings 2008, Pavlik et al. 2004). Besonders hervorgehoben wird in zahlreichen Quellen der soziale Ansatz bezüglich Gesundheitsförderung im Alter. Angebote sollten die soziale Partizipation und das Knüpfen sozialer Kontakte für Teilnehmerinnen und Teilnehmer ermöglichen, um Einsamkeit und Isolation erfolgreich zu vermeiden. Das begründet die Tatsache, dass viele Angebote in Gruppen abgehalten werden. (Vgl. Cattan et al. 2005, Strümpel & Billings 2008, Schomeier & Pettrup 2007, Pavlik et al. 2004). Um dies zu erreichen betonen Pavlik et al. (2004) die Notwendigkeit, dass Risikofaktoren, die die soziale Teilhabe beeinträchtigen (z.B. eine eingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit oder mangelnde Mobilität und Selbstständigkeit) frühzeitig aufgespürt und beeinflusst werden müssen.

Gesundheitsförderung im Alter soll den „Lifestyle“ – sprich soziale sowie körperliche Aktivität und Ernährung – älterer Menschen verbessern (vgl. Cattan et al. 2005, Strümpel & Billings 2008, Pavlik et al. 2004). Hierzu ist zu erwähnen, dass Änderungen im Lifestyle nicht nur von außen initiiert werden können, sondern dadurch entstehen, dass die Betroffenen persönliche Kompetenzen entwickeln und deshalb ihr Verhalten und ihre Gewohnheiten verändern. Das wird bereits von der WHO (1986) in der Ottawa-Charta angedeutet und sollte vor allem durch den Ansatz des „Empowerments“ erreicht werden. Dabei kann mitunter „soziale Partizipation“ als erfolgreiches Mittel eingesetzt werden.

Zielgruppenfokus

Neben einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis wird in zahlreicher Literatur die Notwendigkeit betont, dass Angebote der Gesundheitsförderung sich an der Zielgruppe orientieren müssen. Gesundheitsförderung wird oft in Verbindung mit Kindern/Jugendlichen und Schulen gebracht. Angebote für ältere Menschen

können nicht dieselben wie die der Kinder/Jugendlichen sein, sie müssen spezifisch zugeschnitten, flexibel und an die Bedürfnisse, Ressourcen und Potentiale der Zielgruppe angelehnt sein. Um diesem Anspruch zu genügen wird vorgeschlagen, dass Assessments (z.B. Befragungen) in der Zielgruppe durchgeführt und Mitplanung und -gestaltung durch ältere Personen ermöglicht werden. Ebenso sollte dadurch das Knowhow der Betroffenen verbessert werden, die Autonomie und Eigenverantwortung steigen und durch diese Art des „Empowerments“ die Motivation zur Teilnahme wachsen. (Vgl. Cattan et al. 2005, Lis et al. 2008, Strümpel & Billings 2008, WHO 1986, Pavlik et al. 2004). Doch nicht nur die mangelnde Miteinbeziehung in die Planung und das fehlende Wissen zum Thema Gesundheitsförderung sind Ursachen für fehlende Motivation. Pavlik et al. (2004) vermuten auch, dass negative Altersbilder, wie z.B. Ältere Menschen sollten keinen Sport mehr betreiben, dazu führen, dass die Zielgruppe nicht an entsprechenden Angeboten teilnimmt.

Erreichbarkeit – Zugang zur Zielgruppe

Schomeier & Pettrup (2007) erwähnen, dass der Zugang zu älteren Personen hinsichtlich Gesundheitsförderung sich oft als schwierig erweist und betonen, dass es eine zentrale Anlaufstelle und Schlüsselpersonen vor Ort braucht – sie nennen es „Quartiersmanager“. Auch Cattan et al. (2005) und Schomeier & Pettrup (2007) geben an, dass die Erreichbarkeit vor allem durch persönlichen Kontakt und Mundpropaganda gelingt. Neben direktem Kontakt zur Zielgruppe wird weiters auf den Einsatz von Massenmedien gesetzt, wie etwa Radio, Poster, das Verteilen von Flugblättern oder das Inserieren in Zeitungen (vgl. Cattan et al 2005, Lis et al. 2008, National Council on Aging 2012).

Zusammenarbeit

Um Gesundheitsförderung im Alter erfolgreich umsetzen zu können ist es unabdingbar, dass verschiedene Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitsbereich interdisziplinär zusammenarbeiten. Ebenso ist die Kooperation und Vernetzung zwischen verschiedenen Einrichtungen und Organisationen notwendig. Diese Zusammenarbeit sollte sowohl den Erfolg von

gesundheitsfördernden Maßnahmen als auch die Finanzierung garantieren. (Vgl. Lis et al. 2008, National Council on Aging 2012, Schomeier & Pettrup 2007). Eine besondere Stellung in der Thematik der Zusammenarbeit scheinen freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzunehmen – wie es vor allem die „Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People“ beschreibt (vgl. Lis, K. et al. 2008). Diese sind häufig von der Planung bis zur Umsetzung involviert und durch ihren Einsatz verspricht man sich mehrere Vorteile. Zum einen ist ihre Mitarbeit kosteneffektiv und meist sehr niederschwellig, so dass sie vor allem isoliert lebende Menschen besser erreichen. Zum anderen wird angenommen, dass ihr ehrenamtliches Engagement Vorteile für sie selber mitbringt, indem sie dadurch ein aktives Leben in Rente führen und so zur eigenen Gesundheitsförderung beitragen. Allerdings ist es wichtig, dass Ehrenamtliche nicht überbeansprucht werden – schließlich arbeiten sie in ihrer Freizeit – und dass ihre Leistung und ihr Engagement honoriert werden. (Vgl. Lis et al. 2008, National Council on Aging 2012, Schomeier & Pettrup 2007).

Nachhaltigkeit

Ein weiterer wichtiger Ansatz in der Thematik der Gesundheitsförderung im Alter ist die Nachhaltigkeit. Damit ist gemeint, dass Projekte bzw. Maßnahmen nur dann sinnvoll sind und einen langfristigen Erfolg erzielen, wenn sie über einen längeren Zeitraum angeboten und von Betroffenen genutzt werden können. (Vgl. Lis et al. 2008, National Council on Aging 2012, Strümpel & Billings 2008). In der Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert wird dieses Thema mit den Worten „Gesundheitsförderung ist eine Schlüsselinvestition“ treffend zusammengefasst und es soll damit zum Ausdruck kommen, dass sich Investitionen in die Verbesserung der Gesundheit (später) als Gesundheitsgewinn für die Menschen und die Gesellschaft rentieren. Schomeier & Pettrup (2007) erwähnen zusätzlich, dass es wichtig ist, frühzeitig die Weichen für gesundes Altern zu stellen und dass Verantwortliche sich heute die Frage stellen sollen, welche Bedürfnisse die „Alten von morgen“ mitbringen und wie man diesen am besten begegnen kann.

Einfache Erreichbarkeit von Angeboten

Ein wichtiges Prinzip für das Anbieten von Maßnahmen scheint die einfache Erreichbarkeit zu sein. Das bedeutet, dass Maßnahmen einfach und ohne Anfahrtsweg am besten zuhause bzw. vor Ort umgesetzt werden sollten (vgl. Lis et al. 2008). Einige weitere Quellen erwähnen ebenfalls, dass Interventionen stets wohnortnah passieren sollen, sich an den örtlichen/regionalen Gegebenheiten orientieren müssen und sich so in die Lebenswelt der Betroffenen am besten integrieren lassen (vgl. WHO 1986, Schomeier & Pettrup 2007, Pavlik et al. 2004).

Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Alter

Die Literatur diskutiert unterschiedliche gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie verschiedene Eigenschaften von wirksamen Interventionen.

Zum einen wird in zahlreichen Literaturquellen auf die Notwendigkeit von Maßnahmen hingewiesen, die das Wissen der Betroffenen hinsichtlich der Thematik Gesundheitsförderung erhöhen. Dazu zählen beispielsweise Vorträge, Schulungen, Informations- und Bildungsveranstaltungen zu den Themen Ernährung, Bewegung, psychische Erkrankungen, Sicherheit, etc. (vgl. Strümpel & Billings 2008, Schomeier & Pettrup 2007, Pavlik et al. 2004). Cattani et al. (2005) und Strümpel & Billings (2008) erwähnen auch die „one-to-one“-Beratung und Hausbesuche als wichtiges Element. Zum anderen führen Schomeier und Pettrup (2007) an, dass einfache Angebote wie z.B. spazieren gehen, Rad fahren oder die Teilnahme in Sportstätten häufig umgesetzte Maßnahmen sind. Interessant ist auch, dass Strümpel & Billings (2008) erwähnen, dass es nicht nur Angebote für die entsprechende Zielgruppe – ältere Menschen – geben sollte, sondern auch für jene, die „Gesundheitsförderung anbieten“. Das heißt für Ehrenamtliche, Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen, aber auch für pflegende Angehörige – welche hier explizit erwähnt werden.

Perspektive von Betroffenen

Um vor allem dem Zielgruppenfokus gerecht zu werden ist es bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung wichtig, die Perspektive Betroffener mit einzubeziehen. Dazu werden deren Ansichten zum Gesundheitsverständnis, zur Gesundheitsförderung, ihre Motive zur Teilnahme, sowie hindernde und fördernde Faktoren hinsichtlich Gesundheitsförderung dargestellt.

Gesundheitsverständnis und Einstellung zur Gesundheitsförderung

Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner einer qualitativen Studie aus Deutschland, die zu den Themen Gesundheit und Lebensqualität in narrativen Leitfadeninterviews befragt wurden sowie Befragte einer weiteren Studie aus den USA – in der qualitative Fokusgruppeninterviews mit älteren Menschen ab 60 Jahren, zum Thema „Einstellungen bezüglich Wohlbefinden, Selbstpflege und Teilnahme an Gesundheitsförderungsaktivitäten“ durchgeführt wurden – beschreiben Gesundheit ganzheitlich, indem sie neben körperlichen Aspekten, wie funktionaler Unabhängigkeit, Selbstpflege und Alltagsbewältigung auch das Ausleben von sozialen Beziehungen, soziales Engagement sowie intakte geistige Fähigkeit und Sicherheit nannten (vgl. Miller & Iris 2002, Behr et al. 2014).

Eine qualitative Fokusgruppenstudie aus England mit Personen ab 40 Jahren zum Thema „Perspektive hinsichtlich Veränderung des Gesundheitsverhaltens“ beschreibt, dass Gesundheit – aus Sicht mehrerer teilnehmender Personen – externe Ursachen hat, das heißt vom Schicksal oder den Genen abhängig ist und somit schwer oder gar nicht zu beeinflussen ist (vgl. Ellwell et al. 2013). Diese Perspektive wird auch von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Behr et al. (2014) beschrieben. Diese berichten allerdings von einer zweiten Gruppe von Personen, für die Gesundheit durch eine bewusste Lebensweise entsteht und daher durchaus beeinflussbar und gestaltbar ist.

Eine weitere qualitative Studie aus Deutschland – in der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwischen 50 und 83 Jahren an halbstrukturierten Leitfadeninterviews unter anderem zum Thema „Sich gesund halten“ befragt wurden – ergab, dass die Einstellung älterer Menschen gegenüber Gesundheitsförderung stark variiert und beschreibt fünf verschiedene Typen, die von „Nicht-Interesse“ – Menschen die

absolut kein Interesse an Gesundheitsförderung oder Fitness haben – bis hin zum Typ „Vitalitätssteigerung und Ganzheitlichkeit“ reichen, welche Personen umfasst, die täglich körperliche Übungen machen, bewusste Ernährung einhalten, den inneren Ausgleich suchen und fernöstliche Praktiken anwenden (vgl. Boggatz 2011).

Motive der Gesundheitsförderung und erwarteter Nutzen

Eine qualitative Fokusgruppenstudie aus den USA, bei der die Perspektive von älteren Menschen aus verschiedensten Kulturen zu physischer Aktivität und Sport untersucht wurde, beschreibt, dass vor allem der Mangel an Gesundheit bzw. die Krankheitsvorbeugung den Hauptantrieb zur Gesundheitsförderung darstellt (vgl. Belza et al. 2004). Eine weitere qualitative halbstrukturierte Befragung per Telefon von Personen zwischen 40 und 79 Jahren in Neuseeland zum Thema „Einstellung von Betroffenen zur physischen Aktivität“ ergab, dass Menschen vor allem an gesundheitsfördernden Aktivitäten teilnehmen, weil sie „körperliche Motive“ dazu antreiben, das heißt sie wollen ihren Schlaf verbessern, bessere Gesundheit erlangen oder draußen an der frischen Luft sein (vgl. Elley et al. 2007). Diese Ergebnisse bestätigen sich in der Studie von Hardy & Grogan (2009), welche in qualitativen Fokusgruppen persönliche und soziale Einflüsse auf physische Aktivität von Personen zwischen 52 und 87 Jahren untersuchten und zu dem Ergebnis kamen, dass vor allem die Vorbeugung von Gesundheits- und Funktionsproblemen Antriebskräfte zur Aktivität darstellt. Neben körperlichen Motiven gibt es aber auch zahlreiche soziale Faktoren, die die Teilnahme fördern. Dazu zählen: Beziehungen festigen, Spaß haben, Geselligkeit erleben, soziale Unterstützung leisten und das Treffen von anderen Menschen (Peers, Freunde) (vgl. Belza et al. 2004, Boggatz 2011, Miller & Iris 2002, Hardy & Grogan 2009).

Diese sozialen Motive finden sich auch in der österreichischen Studie von Boggatz (2015), bei der über 60-Jährige hinsichtlich ihrer Einstellung zu Gesundheitsförderung in qualitativen halbstrukturierten Interviews befragt wurden. Ebenso berichtet die qualitative Studie aus den USA von van Leuven (2010) über dieselben sozialen Faktoren. Bei dieser Studie wurden Personen über 75 Jahre, die sich selbst als gesund beschreiben, hinsichtlich Gesundheit,

Gesundheitsförderung und „Lifestyle“ befragt. Van Leuven (2010) fasst Vorteile von Gesundheitsförderung zusammen indem er sagt, dass Beschäftigung der Schlüssel zum erfolgreichen Altern ist, worunter das Ausleben von Hobbies, das Pflegen von Kontakten zu Freunde und Familie, das Verrichten von Hausarbeit und nicht nur der Sport an sich, fällt.

Weitere wichtige Motive sind: sich durch Aktivität selbstbewusster und wohler zu fühlen, Gefühle zum Ausdruck zu bringen, etwas Neues zu lernen, Herausforderung zu erleben und früheren Aktivitäten nachgehen zu können (vgl. Elley et al. 2007, Miller & Iris 2002, van Leuven 2010).

Wie bereits erwähnt, motivieren sich Betroffene nicht nur durch „körperliches Interesse“ – dazu zählt auch eine bessere Verdauung und Blutzirkulation, weniger Schmerzen, der Verzicht auf Medikamente, etc. (vgl. Belza et al. 2004) – für die Durchführung von Gesundheitsförderung im Alter. Sie versprechen sich durch entsprechende Maßnahmen vor allem eine höhere Lebensqualität (vgl. Behr et al. 2014) und funktionale Unabhängigkeit. Ebenso motiviert sie ein aktives Leben und eine gezielte Prävention von Einschränkungen, was eine weitere qualitative Studie aus den USA betont, die durch unterschiedliche Methoden – darunter auch halbstrukturierte Interviews – die Erfahrungen und Einstellungen zu Gesundheitsförderung von Personen zwischen 62 und 88 Jahren untersuchte (vgl. Frenn 1996). Gelebte Gesundheitsförderung ermöglicht es daher Beziehungen aufrecht zu erhalten, sich sozial zu betätigen, Arbeiten zuhause zu verrichten, psychosoziale Aktivität zu erleben und eine Balance zwischen Aktivität und Ruhe zu finden (vgl. Frenn 1996, Miller & Iris 2002).

Barrieren hinsichtlich Gesundheitsförderung

Betroffene berichten über unterschiedliche Barrieren hinsichtlich Gesundheitsförderung bzw. beschreiben Gründe, warum sie nicht (immer) entsprechende Maßnahmen ergreifen. Dazu wird in einigen Quellen die Problematik der körperlichen Verfassung bzw. körperlicher Einschränkungen oder eines schlechten Gesundheitszustands beschrieben, was dazu führt, dass gesundheitsförderndes „Aktivsein“ nur eingeschränkt möglich ist (vgl. Belza et al. 2004, Elley et al. 2007, van Leuven 2010). In der Studie von Ellwell et al. (2013)

werden zusätzlich die Gründe „zu wenig Zeit wegen anderen Verpflichtungen“, „zu wenig Ressourcen“ oder „es ist ohnehin zu spät“ angegeben. Betroffene in der Studie von Elley et al. (2007) ergänzen noch, dass das Wetter oft eine Barriere für gesundheitsfördernde Maßnahmen darstellt.

Fördernde Faktoren hinsichtlich Gesundheitsförderung

Vielen Betroffenen ist die soziale Teilhabe und Interaktion wichtig und somit bevorzugen sie Aktivitäten in der Gruppe (vgl. Elley et al. 2007, Miller & Iris 2002, Behr et al. 2014). Behr et al. (2014) ergänzt hierbei, dass Mobilität eine wichtige Voraussetzung für Teilhabe ist und sieht somit in der Mobilität den Schlüssel für soziale Interaktion und Selbstständigkeit, welche wiederum Voraussetzungen für Lebensqualität darstellen.

Belza et al. (2004), Elley et al. (2007) und Hardy & Grogan (2009) betonen auch die Wichtigkeit von Bezugspersonen, die Betroffene an gesundheitsfördernde Aktivitäten erinnern, dazu motivieren oder sogar darin überwachen. Darunter fallen Freunde, die Familie sowie Expertinnen und Experten in Gesundheitsdiensten.

Boggatz (2015) beschreibt weiters, dass ein einfacher (niederschwelliger) Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen notwendig ist. Ähnlich wie bereits bei den allgemeinen Prinzipien angeführt wurde, fordern auch Betroffene Angebote die zielgruppenspezifisch, flexibel und individuell angepasst sind und altersentsprechende Einschränkungen akzeptieren (vgl. Miller & Iris 2002, van Leuven 2010, Ellwell 2013). Eine quantitative Studie aus den USA analysierte Befragungen zum Thema „Beeinflussende Faktoren hinsichtlich der Nutzung von sozialen und gesundheitsrelevanten Angeboten“ von über 60-jährigen Personen und kam zu dem Ergebnis, dass Angebote den Bedürfnissen und dem Bedarf von älteren Menschen entsprechen müssen (vgl. Wan & Odell 1981). Dazu gehört für Belza et al. (2004) und Boggatz (2015), dass Betroffene in die Entwicklung von Angeboten miteinbezogen werden und Selbstgestaltung bei der Teilnahme an Programmen ermöglicht wird. In der Studie von Hardy & Grogan (2009) sprechen Betroffene davon, dass ihre Bedürfnisse oft nicht berücksichtigt werden und Angebote deshalb unpassend sind. Elley et al. (2007) und Ellwell et al. (2013) erwähnen, dass durch eine kontinuierliche und andauernde Unterstützung,

nachhaltige Verhaltensänderungen erreicht werden. Wichtig für Betroffene ist, Angebote so zu konzipieren, dass sie verstanden werden. Außerdem soll Wert auf Information, Vermittlung von Hintergrundwissen und gelingende Kommunikation gelegt werden (vgl. Ellwell 2013, Wan & Odell 1981). Betroffene in der Studie von Belza et al. (2004) ergänzen, dass Angebote nicht zu teuer sein dürfen, für den Transport dorthin und die persönliche Sicherheit gesorgt werden muss.

Methode

Studiendesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Querschnittsstudiendesign gewählt. Dabei wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews geführt, um möglichst tiefe Einblicke in die Erfahrungswelt der Betroffenen zu gewinnen. Diese sind angelehnt an die phänomenologische Hermeneutik, wobei die Interpretation der Aussagen im Kontext eine zentrale Rolle spielt (vgl. Holloway & Wheeler 2010, S. 228).

Sampling und Stichprobenbeschreibung

Die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer wurde vom Salzburger Bildungswerk (Gemeindeentwicklung Salzburg) unterstützt. Die Stichprobe sollte jene Personen beinhalten, die in der gemeindenahen Gesundheitsförderung tätig sind und setzt sich deshalb grundsätzlich aus zwei verschiedenen Personengruppen zusammen: Zum einen wurde eine Vollerhebung der derzeit tätigen Sozialbeauftragten im Salzburger Flachgau (n=4) vorgenommen, zu welchen direkter Kontakt – zuerst telefonisch, dann persönlich – aufgebaut wurde. Zum anderen besteht die Stichprobe aus neun ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die aus Sicht der Sozialbeauftragten besonders viel Engagement in die gemeindenahen Gesundheitsförderung in den betreffenden Gemeinden legen. Der Kontakt wurde hierbei jeweils über die Sozialbeauftragten hergestellt, was einem „Snowballsampling“ entspricht (vgl. Grove et al. 2013, S. 366).

Wichtigste Einschlusskriterien waren somit, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer entweder als Sozialbeauftragte oder als Ehrenamtliche in der gemeindenahen Gesundheitsförderung direkt „an der Bevölkerung“ tätig sind und ihre Tätigkeit im Salzburger Flachgau ausführen. Dabei gab es keine Ausschlusskriterien hinsichtlich Alter, Geschlecht, Ausbildung, etc.

Wie in *Tabelle 1 Stichprobenbeschreibung* ersichtlich, nahmen insgesamt 13 Personen an der Studie teil, davon sind vier Sozialbeauftragte und neun

ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 55,5 Jahren und die durchschnittliche Dauer der Tätigkeit der Sozialbeauftragten beträgt 4,5 Jahre und der ehrenamtlich Tätigen 12,5 Jahre. Alle vier Sozialbeauftragten sind weiblich. Unter den ehrenamtlich Tätigen sind weitere vier Personen weiblich und fünf männlich. Insgesamt bringen vier Personen eine Vorbildung im Gesundheits-/Sozialbereich mit, davon sind zwei als Sozialbeauftragte und zwei weitere als Ehrenamtliche tätig. Alle anderen haben keine Vorbildung im Gesundheits- oder Sozialbereich und haben z.B. eine Lehre als Angestellte oder Bankkauffrau absolviert.

Tabelle 1 Stichprobenbeschreibung

	Sozialbeauftragte	Ehrenamtliche
Alter Ø in Jahren	49,8	61,1
Dauer der Tätigkeit Ø in Jahren	4,5	12,5
männlich	0	5
weiblich	4	4
Pflege (Dipl. der Gesundheits- und Krankenpflege und Altenfachsozialbetreuung)	1	1
Dipl. Erwachsenenbildung	1	1
Sonstige	2	7

Datensammlung

Als Grundlage für die Datensammlung wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden (siehe *Tabelle 2 Halbstrukturierter Interviewleitfaden*) konzipiert. Dieser deckt die wesentlichen Aspekte des Themas ab und stellt Fragen hinsichtlich Gesundheitsverständnis, Zielgruppenfokus, Zusammenarbeit, Zugang, gesundheitsfördernde Maßnahmen, Barrieren, Motive sowie organisatorische Strukturen.

Tabelle 2 Halbstrukturierter Interviewleitfaden

Allgemeine Fragen	Gesundheitsförderung
Was sind Ihre Aufgaben?	Definition „Gesundheitsförderung“
Persönlicher Hintergrund?	Was sind die Ziele Ihrer Arbeit bzw. die Ziele von Gesundheitsförderung?
	Wen sehen Sie als Zielgruppe für gesundheitsfördernde Maßnahmen (in Ihrer Gemeinde)?
	Wie erfolgt die Kontaktaufnahme bzw. wie erreichen Sie die

	Zielgruppe?
	Wie beurteilen Sie Bedarf und Nachfrage an gesundheitsfördernden Maßnahmen/Aktivitäten?
	Welche Methoden wenden Sie bei der Planung sowie bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung an?
	Welchen Nutzen hat die Zielgruppe durch gesundheitsfördernde Maßnahmen?
	Mit wem arbeiten sie in dieser Thematik zusammen?
	Worin sehen Sie die größten Probleme und Schwierigkeiten in Ihrer Arbeit? (Zugang zur Zielgruppe, persönliche Grenzen, Motivation,...)
	Was wünschen Sie sich für sich/ für die Zielgruppe hinsichtlich Gesundheitsförderung für ältere Menschen?
	Was wünschen Sie sich für die Gemeinde hinsichtlich Gesundheitsförderung für ältere Menschen? (Weiterentwicklung?)
	Was würden Sie jemandem auf den Weg geben, der in der gemeindenahen Gesundheitsförderung tätig ist/wird?

Die Datensammlung erfolgte zwischen April und Juni 2015 und sollte ursprünglich in qualitativen Einzelinterviews stattfinden. Dies wurde mit neun Personen so umgesetzt. Vier ehrenamtlich Tätige wünschten ein Interview jeweils gemeinsam mit ihrem Ehepartner bzw. ihrer Ehepartnerin, der/die ebenfalls zur Stichprobe gehörte. Daraus resultierte, dass es neun Einzel- und zwei Paarinterviews gab. Den Ort der Interviews konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer jeweils selbst festlegen, was dazu führte, dass sie zum Teil im Gemeindeamt, im „Sozialbüro“ oder bei den Menschen zuhause stattfanden. Diese Wahlmöglichkeit sollte dazu führen, dass sich die teilnehmenden Personen in vertrauter Umgebung wohlfühlen und offener sprechen (vgl. Polit & Beck 2012, S. 533f).

Zusätzlicher Vertrauensaufbau zwischen Interviewerinnen und Teilnehmerinnen und Teilnehmern sollte dadurch ermöglicht werden, dass die Interviewerinnen vorab bei einem Quartalstreffen der Sozialbeauftragten teilnahmen und sich dort kennen lernten (vgl. Polit & Beck 2012, S. 533f). Dort wurde auch abgeklärt, ob es in Ordnung ist, dass die Interviews von zwei Personen geführt werden. Grund dafür war die Tatsache, dass es zur vorliegenden Arbeit eine Parallelarbeit zum Thema „Gemeindenaher Pflegeberatung“ mit derselben Stichprobe gibt. Somit wurde die Datensammlung der beiden Themen „Pflegeberatung“ und

„Gesundheitsförderung“ in einem Interview abgedeckt. Dabei wurden die Fragen/Themen abwechselnd bzw. nacheinander besprochen.

Die Interviews dauerten zwischen 25 und 60 Minuten und wurden mittels Diktiergerät aufgenommen.

Ethische Aspekte

Um die aufgeklärte und freiwillige Teilnahme zu garantieren, erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor den Interviews eine schriftliche Information zur Studie (siehe Anhang), welche die Vor- und Nachteile, Rechte für Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Informationen zur Datenauswertung, etc. beinhaltet. Diese wurde von allen befragten Personen vorab unterzeichnet.

Um die Anonymität zu gewährleisten wurde sowohl bei der Datensicherung als auch bei der -auswertung die Identität der teilnehmenden Personen nicht offengelegt, sondern mit „Personencodes“ gearbeitet. Um im Ergebnisteil die Personen, von denen die Zitate stammen zu charakterisieren, werden jeweils die Funktion, das heißt „Sozialbeauftragte“ oder „Ehrenamt“ sowie das Geschlecht angegeben. Aus Gründen der Anonymität wird in dieser kleinen Stichprobe, in der sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander kennen, das Alter bewusst nicht angegeben.

Datenanalyse

Die Daten wurden in literarischer Umschrift transkribiert, um die Ausdrucksweise und Wortwahl der befragten Personen zu bewahren. Die Datenanalyse erfolgte durch die Inhaltsanalyse nach Mayring, um ein systematisches, regel- und theoriegeleitetes Verständnis der Interviewinhalte zu gewinnen (vgl. Mayring 2003, S.13). Die Analyse der Daten orientierte sich am halbstrukturierten Interviewleitfaden sowie an der induktiven Kategoriendefinition nach Mayring, wobei die Hauptkategorien teilweise direkt aus dem vorliegenden Material (= Interviewtranskript) gewonnen wurden (vgl. Mayring 2003, S. 75). Dabei wurden zuerst Kodiereinheiten festgelegt, welche die kleinsten Einheiten und somit direkte Textteile/Zitate beinhalten (vgl. Mayring 2003, S. 53). Anschließend wurde das

vorliegende Datenmaterial durchgelesen und der Fragestellung entsprechende Sätze und Textpassagen markiert, kodiert und kategorisiert. Dabei war es möglich, einen Gedanken doppelt oder dreifach zu kodieren. Anschließend wurden die kodierten Einheiten zu größeren Kategorien zusammengefasst, was schlussendlich ein Kategoriensystem in fünf Stufen ergab. Zur Analyse wurde die Software MAXQDA© 11 (Release 11.1.0) verwendet, was ein systematisches Kategorisieren und Kodieren der Daten ermöglichte (vgl. Polit & Beck 2012, S. 561).

Um die Auswertung zu kontrollieren (vgl. Polit & Beck 2012, S. 559) wurde ein erstes Audit der Ergebnisse im Rahmen des Kolloquiums durchgeführt. Anschließend wurden die Kategorien und Codes neu überarbeitet. Als nächster Schritt wurden die Interviewdaten von einer Studienkollegin unabhängig codiert, in dem ihr lediglich der Kategorienbaum zur Verfügung gestellt wurde. Danach wurden die unabhängigen Codes und erstellten Kategorien gemeinsam abgeglichen und diskutiert, bis schließlich ein „stimmiger Kategorienbaum inkl. Codes“ entstand. Dieser wurde abschließend einem weiteren Audit im Rahmen des Masterarbeitskolloquiums unterzogen. Diese Maßnahmen sollten die Glaubwürdigkeit, die Nachvollziehbarkeit sowie die Stabilität der qualitativen Daten erhöhen (vgl. Polit & Beck 2012, S. 584ff).

Eine Übersicht über das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit bietet *Tabelle 3 COREQ-Checkliste*. Die Angaben beziehen sich auf die 32-Item umfassende Checkliste „Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)“. (Vgl. Tong et al. 2007)

Tabelle 3 COREQ-Checkliste

Leitfragen		
Domäne 1: Forschungsteam und Reflexivität		
Persönliche Eigenschaften		
1. Interviewer	Wer führte die Interviews?	Autorin der Arbeit und eine Mitstudentin
2. Qualifikationen	Welche Qualifikationen hatte die Person, die die Interviews führte?	BSc
3. Berufliche Tätigkeit	Welche berufliche Tätigkeit übte sie zur Zeit der Interviews aus?	Studentin
4. Geschlecht	Welches Geschlecht hat forschende	weiblich

	Person?	
5. Erfahrung, Ausbildung	Welche Erfahrung oder Ausbildung hat die forschende Person?	erste qualitative Studie
Beziehung zu teilnehmenden Personen		
6. bestehende Beziehung	Gab es eine bestehende Beziehung zu den teilnehmenden Personen vor der Studie?	Nein keine bestehende Beziehung. Erstes Treffen/ Kennenlernen zum Vertrauensaufbau, Ziel/Zweck klären,... wurde vor den Interviews durchgeführt.
7. Wissen der teilnehmenden Personen über Interviewer	Was wussten teilnehmende Personen über forschende Person?	
8. Eigenschaften der Interviewer	Welche Eigenschaften (Bias, Vorannahmen, Gründe und Interesse am Thema) sind zum Interviewer bekannt?	Interviewerin steht Forschungsthema neutral gegenüber. Auseinandersetzung mit dem Thema (siehe Kapitel 1).
Domäne 2: Studiendesign		
Theoretischer Rahmen		
9. Methodische Orientierung und Theorie	Welche methodologische Orientierung liegt der Studie zugrunde?	Phänomenologische Hermeneutik und Inhaltsanalyse nach Mayring.
Auswahl der teilnehmenden Personen		
10. Sampling	Wie wurden teilnehmende Personen ausgewählt?	Vollerhebung Sozialbeauftragte Salzburger Flachgau und Schneeballsampling ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Salzburger Flachgau.
11. Zugang/Annäherung zu teilnehmenden Personen	Wie wurde auf teilnehmende Personen zugegangen?	Zum Teil face-to-face, zum Teil über Email und Telefon.
12. Stichprobengröße	Wie viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren in der Studie?	13
13. Nicht-Teilnahme	Wie viele Personen haben die Teilnahme verweigert oder hörten auf? Gründe?	Keine – alle angefragten Personen waren zur Teilnahme bereit und schlossen Interviews auch ab.
Setting		
14. Setting der Datensammlung	Wo fand die Datensammlung statt?	Konnte von Teilnehmerinnen und Teilnehmer frei gewählt werden: zuhause, Gemeindeamt, Büro.
15. Anwesenheit von	War sonst noch jemand anwesend,	Nein. Auf Wunsch der

anderen	außer teilnehmende Personen und Forscherinnen?	teilnehmenden Personen, wurden zwei Interviews mit jeweils zwei Befragte durchgeführt
16. Beschreibung der Stichprobe	Was sind die wichtigsten Eigenschaften der Stichprobe?	Alter, Dauer der Tätigkeit, Geschlecht und Vorbildung werden in <i>Tabelle 1 Stichprobenbeschreibung</i> angegeben.
Datensammlung		
17. Interviewleitfaden	Wurden Fragen/Aufforderungen, Leitfäden von den Autoren bereitgestellt? Wurden sie vorab getestet (Pilotstudie)?	Interviews wurden anhand halbstrukturierter Interviewleitfäden geführt – wurden vorab per Mail an teilnehmende Personen gesendet. Es gab keine Pilotstudie.
18. Zweitinterviews	Wurden Interviews wiederholt? Wenn ja, wie viele?	Nein. Jedes Interview wurde nur einmal geführt.
19. Aufzeichnung der Interviews	Wurden die Interviews durch die forschende Person aufgenommen?	Ja, mittels digitalen Aufnahmegeräts.
20. Feldnotizen	Wurden Feldnotizen während des Interviews vorgenommen?	Nein.
21. Dauer	Wie lange dauerten die Interviews?	zwischen 25 und 60 min
22. Datensättigung	Wurde Datensättigung diskutiert?	Datensättigung war kein Kriterium für die Größe der Stichprobe – gewisse Datensättigung am Ende der Interviewreihe wurde erreicht.
23. Transkriptionen kontrolliert	Wurden Transkriptionen zum Kommentieren bzw. zur Korrektur an teilnehmende Personen gegeben?	Nein, war nicht notwendig, da ohnehin wortwörtlich transkribiert wurde.
Domäne 3: Analyse und Ergebnisse		
Datenanalyse		
24. Anzahl an codierenden Personen	Wie viele Personen codierten die Daten?	Zwei unabhängig voneinander inkl. externes Audit durch Betreuer der Arbeit.
25. Beschreibung des Kodier-/Kategorienbaums	Gibt es eine Beschreibung des Kodier-/Kategorienbaums?	Kategorienbaum besteht aus 5 Stufen (Über-/ Unterkategorien) – genaue Beschreibung siehe „Ergebnisse“.
26. Ableitung von Themen	Wurden die Themen im Voraus identifiziert oder von den Daten abgeleitet?	Kategorien wurden aus dem halbstrukturierten Interviewleitfaden sowie aus den Daten direkt abgeleitet.
27. Software	Welche Software wurde für die Datenauswertung verwendet?	MAXQDA© 11 (Release 11.1.0)
28. Kontrolle durch teilnehmende Personen	Konnten Teilnehmerinnen und Teilnehmer Feedback zu den Ergebnissen abgeben?	Nein, es wurde kein Membercheck durchgeführt.

Berichterstattung		
29. Angeführte Zitate	Werden Zitate von Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeführt, um Themen bzw. Ergebnisse zu veranschaulichen? Sind Zitate identifizierbar?	Ja, siehe Ergebnisse ab S. 21.
30. Konsistenz zwischen aktuellen Daten und Ergebnissen	Gab es einen Zusammenhang zwischen den aktuellen Daten und den Ergebnissen?	Ja, siehe Diskussion.
31. Klarheit der Hauptthemen	Wurden Hauptthemen im Ergebnisteil klar dargestellt?	Ja, siehe Ergebnisse ab S. 21.
32. Klarheit der Unterthemen	Gibt es eine Beschreibung der kontroversen Fälle oder die Diskussion über kleinere Themen?	

Ergebnisse

In den Interviews berichteten die Befragten einerseits über „Gesundheitsförderung - Allgemein“, „Mutmaßlicher Nutzen/Effekt der Maßnahmen“, „Bedarf und Nachfrage“ und andererseits über „Notwendige persönliche Voraussetzungen“ und „Organisatorischer Rahmen“, die im Folgenden beschrieben werden. Diese fünf Hauptkategorien unterteilen sich in zwei bis vier Subkategorien. Diese Subkategorien unterteilen sich in weitere Unterkategorien. Um den Überblick nicht zu verlieren, wurden lediglich die Subkategorien erster und zweiter Ebene dargestellt – siehe *Tabelle 4 Kategorienbaum*.

Tabelle 4 Kategorienbaum

Hauptkategorien	Subkategorien 1. Ebene	Subkategorien 2. Ebene
Gesundheitsförderung - Allgemein	Grundverständnis der Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitlich • Eher körperlich • Bedürfnisorientierung • Ressourcenorientierung • Umweltfaktoren beeinflussen • Lebensstil ändern • Zielgruppe: Gesamte Bevölkerung vs. Unklares Verständnis
	Aufgabenbereiche und Maßnahmen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Ansprechperson • Information und Beratung • Administration • Organisation & Umsetzung • Unterstützung pflegender Angehöriger • Angebote für... <ul style="list-style-type: none"> ○ körperliche Gesundheit ○ psychosoziales Wohlbefinden ○ Informationsbedarf
	Durchführung von gesundheitsfördernden Angeboten	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfserhebungsmethoden • Informationsstrategien

Mutmaßlicher Nutzen/ Effekt der gesundheitsfördernden Maßnahmen	Nutzen für die Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Häusliche Versorgung ermöglichen • Gesellschaftliche Teilhabe • Wohlbefinden & Lebensqualität • Unabhängigkeit und Fähigkeiten erhalten/ausbauen • Normalität erleben • Krankheitsprävention • Neues erfahren
	Nutzen für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung • Abwechslung
	Allgemeiner Nutzen und Effekt	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenswürdigkeit des Ortes • Gesundheitssystem entlasten
Nachfrage und Bedarf	Erfolg der Informationsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Mittelmäßig • Sehr gut
	Nachfrage durch die Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedlich • Gut • Bescheiden • Immer die selben • Gründe für mangelnde Nachfrage
	Bedarfsdeckung aus Sicht der Sozialbeauftragten und ehrenamtlich Beschäftigten	<ul style="list-style-type: none"> • Unterangebot • Ausgewogenheit • Überangebot
Notwendige persönliche Voraussetzungen	Vorhandene Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Kompetenz • Offenheit und Neugierde • Fort-, Aus-, Weiterbildungen • PC-Kenntnisse • Bekannt sein • Grenzen setzen • Selbstreflexionsfähigkeit • Kampfgeist und Stärke
	Fehlende Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fort-, Aus-, Weiterbildungen • Offenheit
Organisatorischer Rahmen	Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamt • Regelmäßiger Austausch • Wichtige Organisationen und Institutionen • Frei von Konkurrenz
	Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitlich • Finanziell • Räumlich
	Politische Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention wird nicht gefördert • frühzeitiges Weichenstellen

Gesundheitsförderung - Allgemein

Befragte gaben Aussagen zum Grundverständnis der Tätigkeit, ihren Aufgabenbereichen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung, angebotenen Maßnahmen in den Gemeinden sowie deren Durchführung an.

Grundverständnis der Tätigkeit

Es gibt ein differenziertes Verständnis von „Gesundheit“. Zum einen hatten Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis indem Gesundheit für sie sowohl körperliche, seelische, umweltbedingte als auch soziale Aspekte beinhaltet. Besonders bedeutend war dabei die Verbindung von Gesundheit mit Gesellschaft, Gemeinschaft sowie einer gewissen Sinnfrage.

„Also ich denke mir Gesundheit ist immer so etwas Ganzes: körperliche Gesundheit, seelische Gesundheit und geistig, was so die Sinnfrage betrifft. Ja, alles gehört zusammen.“ (EA8m, Ehrenamt, männlich)

Dieser Teilnehmer erwähnte einen weiteren wichtigen Aspekt von Gesundheit in dem er sinngemäß sagt, dass Gesundheit keine absolute Sache ist, vor allem im Alter. Darüber hinaus unterliegt sie ständiger Veränderungen und es gehören auch Einschränkungen zum „Gesundsein“. Zum anderen hatten Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein eher körperliches Gesundheitsverständnis in dem sie vor allem Bewegung, Ernährung und Rauchverhalten in Verbindung mit Gesundheit brachten.

Das Verständnis von Gesundheit zeigte sich dann in Bezug auf die Gesundheitsförderung, indem auch hier Ganzheitlichkeit zum Ausdruck gebracht wurde.

„Gesundheitsförderung für mich ist sehr weitläufig und ein umfangreicher Begriff. Aber wenn ich es kurz definiere, dann ist es eigentlich - so habe ich es kurz vorher noch zusammengeschrieben - alles was ich zum Wohle von Körper, Geist, Seele, der Psyche beitrage, das ist für mich Gesundheitsförderung“ (EA5m, Ehrenamt, männlich)

An dieser Stelle wurde auch berichtet, dass Gesundheitsförderung darauf abzielt, die Gemeinschaft zu fördern und soziale Integration zu ermöglichen.

Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer vertraten allerdings ein Gesundheitsverständnis, dass sich eher auf das Körperliche beschränkte und bezogen sich deshalb in ihren Ausführungen zur Gesundheitsförderung auf körperliche Aspekte.

„Also vor allem Bewegung [gehört zur Gesundheitsförderung]. Dass die Leute... Bewegung, Bewegung, Bewegung.“ (EA2m, Ehrenamt, männlich)

Gesundheitsförderung wurde von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern unter anderem als Lebensstilveränderung beschrieben, welche Menschen die Gelegenheit gibt, ihre Lebensumstände zu überdenken und zu verändern.

Ein wichtiges Prinzip der Gesundheitsförderung stellte vor allem für Personen, die ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis hatten, die Bedürfnisorientierung dar. Darunter wird verstanden, dass bei der Gesundheitsförderung individuell auf die Menschen und die Gemeinde eingegangen werden sollte und so gezielte Gesundheitsförderung angeboten werden kann. Zu Gesundheitsförderung gehörte für diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch sich an den Ressourcen von älteren Menschen zu orientieren und diese bewusst zu fördern.

„...das was da ist an Möglichkeiten, [dass man] das fördert was eben da ist oder noch da ist, weniger von den Defiziten her, sondern von dem was positiv [da ist]...“ (EA8m, Ehrenamt, männlich)

Weiters wurde angesprochen, dass Gesundheit neben dem eigenem Verhalten der Menschen ein Resultat von Umweltbedingungen ist, indem sie beispielsweise gesundheitsrelevante Faktoren wie Lärm, Abgase oder Elektromog erwähnten.

„Genauso wie die Bevölkerung, die bei mir aus der Landwirtschaft kommt, die Älteren haben ein Problem mit den Staublungen...Bei uns werden noch andere Dinge dazukommen in unseren Generationen, das ist so, der ganze Elektromog wird auf Dauer sicher nicht gut sein, denk ich mir aber wir werden zumindest keine Asbest und Staublungen mehr haben....“ (EA1m, Ehrenamt, männlich)

Hinsichtlich der Abgrenzung der Zielgruppe gaben alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass sämtliche Bewohnerinnen und Bewohner der Gemeinde – egal ob jung oder alt, Familien oder Senioren, arbeitslos, sozial Vereinsamte oder Menschen mit einer Suchtproblematik – zur Zielgruppe gehören.

„...quer durch den Gemüsegarten“ (EA5m, Ehrenamt, männlich)

Eine Teilnehmerin lenkte allerdings etwas ein und erwähnte zwar zuerst „alle Gemeindegewissnerinnen und Gemeindegewissner“ als Zielgruppe, wies aber später darauf hin, dass sie noch ein unklares Zielgruppenverständnis besitzt und es noch ein Stück Arbeit wäre, zu formulieren, wer jetzt tatsächlich die Zielgruppe ist.

Zu erwähnen ist auch, dass sich im Laufe der Interviews durchaus eine besondere Zielgruppe herauskristallisiert hat – pflegende Angehörige. Sie wurden zwar nicht direkt als Zielgruppe genannt, jedoch bezogen sich durchgeführte gesundheitsfördernde Maßnahmen mitunter auf sie, weshalb sie durchaus als explizite Zielgruppe angeführt werden können.

Aufgabenbereiche und Maßnahmen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung

Vor dem Hintergrund des überwiegend ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses und den Prinzipien Bedürfnis- und Ressourcenorientierung, Lebensstilveränderung sowie der Beeinflussung von Umweltfaktoren sahen sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer für unterschiedliche Aufgabenbereiche im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung zuständig.

Viele der Befragten beschrieben sich als „Allgemeine Ansprechpersonen“ für ältere Menschen und deren Familien, in dem sie sich als niederschwellige Anlaufstelle – ohne viel Bürokratie – sehen und Zeit und Raum haben, um das Gesprächsbedürfnis von Betroffenen zu befriedigen.

Weiters leisten sie Information und Beratung über gesundheitsfördernde Angebote in der Gemeinde. Dazu gibt es eine große Palette an gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Gemeinden, welche von Bürgerinnen und Bürgern genutzt werden können. Aufgrund des ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses ist es nachvollziehbar, dass es **Angebote zur Förderung der körperlichen Gesundheit, informative Angebote** und **Angebote zur Förderung des psychosozialen Wohlbefindens** gibt. Eine strikte Trennung in diese drei Gebiete ist nicht immer möglich, so kann es beispielsweise sein, dass ein Angebot sowohl körperlich als auch gesellschaftlich ist, z.B. eine Wanderung in der Gruppe.

Zu den Angeboten zur Förderung der körperlichen Gesundheit gehören den Befragten zu Folge Maßnahmen der körperlichen Fitness wie Seniorentanz, Wanderungen, Walkinggruppen und die Möglichkeit an Gymnastik- und Turnstunden teilzunehmen sowie das Gedächtnistraining zur Förderung der geistigen Fitness. Als Ergänzung hierzu nannten Befragte das Angebot von Essen auf Rädern sowie die Verfügbarkeit von regionalen Bio-Produkten im Ort.

Die Angebote zur körperlichen Fitness werden zum Teil von den Sozialbeauftragten und ihren ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst geplant und durchgeführt (z.B. handwerkliche Tätigkeiten/basteln in der Gruppe, Essen auf Rädern, Wanderungen und Walkinggruppen). Andere wiederum werden als Ergänzung ihrer eigenen Arbeit gesehen und von landwirtschaftlichen Betrieben vor Ort angeboten (z.B. das Angebot an Bio-Produkte). So verhält es sich auch mit dem Seniorentanz oder den Gymnastik- und Turnstunden, welche beispielsweise von ortsansässigen Sportvereinen abgehalten werden.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche informative Angebote in den Gemeinden. Diese haben vor allem zum Zweck, ältere Menschen über gesundheitsfördernde Aspekte und Themen zu informieren, das heißt vor allem Wissen zu vermitteln. Dies findet in Form von Vorträgen und Informationsveranstaltungen, z.B. zu den Themen Ernährung, Bewegung, verschiedene körperliche Krankheitsbilder wie Diabetes und neuropsychiatrische Krankheitsbilder wie Demenz oder Depression, statt.

Ebenso gibt es Angebote die einen Kurs- bzw. Seminarcharakter haben, worin Themen wie „Autofahren im Alter“, „Wohlbefinden und Glück im Alter“, „Sturzgefahr im Alter“, „Rückengesundheit“, „Computerkurse“ oder „Blutzuckerschulungen“ behandelt werden.

Wie bereits erwähnt, werden Angebote und Maßnahmen entweder von Sozialbeauftragten und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst durchgeführt, von anderen Organisationen übernommen (z.B. Sportverein) oder von Sozialbeauftragten und freiwilligen Helferinnen und Helfern organisiert und von Expertinnen und Experten ausgeführt, z.B. Vorträge. In diesem Fall liegt vor allem die Administration und Organisation solch einschlägiger Maßnahmen oder Projekte im Aufgabenfeld der befragten Personen. Das heißt, sie kümmern sich

von der Ideenfindung, über die Finanzierung bis zur konkreten Umsetzung um das Projekt, wie eine Teilnehmerin über ihre Aufgaben im Zusammenhang mit gesundheitsfördernden Projekten in der Gemeinde erzählt.

„...erstens Mal Ideen suchen, was brauchen wir in der Gemeinde XY, dass wir nicht doppelgleisig fahren, weil einfach gewisse andere Sachen auch schon angeboten werden in der Gemeinde. Dass ich schaue, dass ich ausarbeite,...erstmal die Vorschläge...dann mitausarbeiten, und schaue, dass es wirklich so fertig wird, dass die Veranstaltungen auch rein kommen. Also die ganze Abwicklung...“ (SBA4w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Aufgrund des durchwegs ganzheitlichen Gesundheits- und Gesundheitsförderungsverständnisses überrascht es nicht, dass eine Vielzahl an Angeboten zur Förderung des psychosozialen Wohlbefindens von den Befragten genannt wurde. Dazu zählen das Feiern von religiösen und weltlichen Festen oder unterschiedliche Vereine (Obst- und Gartenbau, Musik, Sport), die Abwechslung und Gemeinschaft in die Gemeinden bringen. Eine Teilnehmerin beschrieb, dass sie mit diesen Festen den Spagat von Unterhaltung – durch „Würstel und Bier“ – und Gesundheitsförderung versuchen zu meistern und so auch garantieren wollen, dass sie die Leute erreichen.

„Es ist auch so, je lustiger und unterhaltsamer es ist (kombiniert mit Würstl und Bier) je mehr kommen. Wir verbinden dann das Grillen mit Optiker, Akustiker, Sanitätshaus, Gedächtnistrainer, Seniorentanz usw.“ (EA7w, Ehrenamt, weiblich)

Auch hier sehen sich befragte Personen zum Teil in der ausführenden Rolle, das heißt sie organisieren zusammen mit der politischen Gemeinde oder mit Vereinen ein Fest oder aber sie sehen Angebote als Ergänzung ihrer eignen Arbeit, indem sie beispielsweise den Musikverein als zentrales Element in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen sehen.

Ein sehr wichtiges Angebot scheinen Seniorentreffpunkte zu sein, welche von mehreren teilnehmenden Personen genannt wurden

„Naja das ist eine Gruppe, die hat sich halt über die Jahre zusammengefunden. Das ist praktisch wie so ein Stammtisch ... die treffen sich da auch auf einen Kaffee oder was und das ist ja auch schon "G'sund" - sagen wir es so.“ (SBA1w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Weitere wichtige soziale Maßnahmen sind Ausflüge oder Urlaubsfahrten die speziell für Seniorinnen und Senioren angeboten werden. Einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nannten auch Angebote die unter den Begriff „Jung und Alt“ zusammengefasst werden können. Hier geht es darum, dass bewusst generationenübergreifende Projekte stattfinden, z.B. gemeinsames Kochen, Umgang mit neuer Technik oder gemeinsames Spielen von Gesellschaftsspielen. Darüber hinaus wurden Spielenachmittage, Singgruppen, der Sozialkreis der Pfarrgemeinde, der „Leihoma- und Leihopadienst“ sowie sonstige kulturelle Angebote wie Filmabende, Literaturlesungen, Konzerte und Wallfahren genannt.

Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung ist die Unterstützung von pflegenden Angehörigen im Sinne einer Gesundheitsförderung für Pflegende. Hier sehen die befragten Personen ihren Zuständigkeitsbereich vor allem in der Vermittlung an weitere Institutionen und Hilfsdienste. Einige der befragten Personen engagieren sich auch ehrenamtlich im Projekt „MIA – Mit Angehörigen arbeiten“, bei dem sie sich nach einer Ausbildung explizit um pflegende Angehörige kümmern, indem sie diese durch Information, Gespräche, gemeinsame Unternehmungen, etc. in ihrer Aufgabe unterstützen, stärken und entlasten (vgl. Gemeinde Elixhausen n.D.). Die Sozialbeauftragte und ihre ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten sich hierzu beispielsweise für ein entlastendes Gespräch an oder gehen mit ihnen gemeinsam spazieren und einkaufen.

Ebenso scheinen teilnehmende Personen ihren Aufgabenbereich in der „Barrierefreiheit“ der öffentlichen Gemeinde zu sehen. Sie berichteten, dass durch Barrierefreiheit, Menschen mit Einschränkungen der Zugang zur Gesellschaft überhaupt erst ermöglicht wird. Ein wichtiges Angebot in einer Gemeinde stellt aus diesem Grund der „Bürgerbus“ dar. Dieser Kleinbus wird von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gefahren und ermöglicht älteren Menschen im Ort zu billigen Tarifen jederzeit z.B. einkaufen zu fahren, die Kirche zu besuchen, Bankgeschäfte zu erledigen oder Besuche zu tätigen, indem sie sich vom Bürgerbus chauffieren lassen und so unabhängig von der Unterstützung durch die Familie oder Angehörige bleiben.

Durchführung von gesundheitsfördernden Angeboten

Bei der Durchführung von gesundheitsfördernden Angeboten wurde einerseits darüber gesprochen, wie der Bedarf von bestimmten Maßnahmen erhoben wird und andererseits wie die Zielgruppe von einschlägigen Angeboten erfährt.

Der größere Teil der befragten Personen nannte eine „Bottom-Up“-Methode, das heißt die betroffenen Personen wurden über den Bedarf befragt. Das funktionierte in den meisten Fällen so, dass per Post eine Umfrage ausgeschildet wurde und diese z.B. an die Gemeinde oder an Initiatorinnen und Initiatoren retourniert werden konnten. Ebenso nannten Befragte die Möglichkeit, dass sie Personen z.B. bei einer Veranstaltung ansprechen und direkt fragen, ob sie Wünsche oder Vorschläge bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen hätten. Des Weiteren wurde berichtet, dass auch Betroffene selbst auf Sozialbeauftragte oder ehrenamtliche Helfer/ ehrenamtlicher Helfer zukommen und gewisse Dinge vorschlagen oder anregen. Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschrieben eher einen „Top-down“-Ansatz, bei dem beispielsweise ein sozialer Arbeitskreis oder verantwortliche Personen in der Gemeinde einen bestimmten Bedarf annahmen und sich dabei z.B. an anderen Gemeinden oder an ihrem bloßen Bauchgefühl orientierten.

Als Informationsstrategien die die befragten Personen anwenden, um ältere Menschen auf gesundheitsfördernde Angebote aufmerksam zu machen, stellte sich die direkte Ansprache von Menschen, von denen geglaubt wird, dass sie Interesse an bestimmten Maßnahmen haben könnten, als besonders bedeutend heraus. Außerdem werden Angebote in Gemeindezeitschriften inseriert oder Flyer, Plakate und Broschüren gedruckt, die aufgehängt bzw. an verschiedensten Stellen in der Gemeinde (Gemeindeamt, Praxis von Ärztinnen und Ärzten, Schule, Kirche,...) aufgelegt werden. Vielfach funktioniert die Information auch durch Mundpropaganda, das heißt ältere Menschen hören von den Angeboten von anderen (älteren) Personen und probieren es aus. In manchen Fällen wird auch versucht „Werbung“ über bestimmte Netzwerke zu machen, z.B. über die Kirche oder die Vereine. Eine Teilnehmerin berichtete darüber, dass alle Angebote im Internet zu finden sind.

In der Diskussion hinsichtlich fördernder und hemmender Faktoren sprachen Befragte auch davon, dass in der Durchführung von Gesundheitsförderung zu beachten ist, dass entsprechende Maßnahmen kontinuierlich angeboten werden. Darunter fällt, dass immer wieder Veranstaltungen – mitunter auch zum selben Thema – angeboten werden und die Zielgruppe dadurch ständig an gesundheitsfördernde Themen erinnert werden. Ebenso ist es wichtig, dass Angebote so strukturiert sind, dass sie von älteren Menschen verstanden werden können und die

„Verpackung [von gesundheitsfördernden Angeboten] sie anspricht.“ (EA3w, Ehrenamt, weiblich)

Mutmaßlicher Nutzen/Effekt der gesundheitsfördernden Maßnahmen

Der Nutzen gesundheitsfördernder Angebote wurde einerseits für ältere Menschen und andererseits für pflegende Angehörige beschrieben. Ebenso wurde ein allgemeiner Nutzen genannt, welcher sich auf die Gemeinde bzw. die Öffentlichkeit bezieht.

Nutzen für ältere Menschen

Viele der befragten Personen sahen den Nutzen von Gesundheitsförderung im Alter vor allem darin, dass häusliche Versorgung bzw. ein Leben zuhause (länger) möglich ist.

„...die es ermöglicht in den eigenen vier Wänden alt werden zu können [in Würde alt werden zu können] und möglichst nicht irgendwo in Betreuung weggehen oder abgeschoben werden zu müssen. Und ich glaube darauf läuft es im Prinzip hinaus.“ (EA1m, Ehrenamt, männlich)

Befragte Personen sahen weitere Effekte in diesem Zusammenhang in dem sie beschrieben, dass durch gesundheitsfördernde Maßnahmen die Unabhängigkeit erhalten bleiben kann bzw. gefördert wird, Fähigkeiten bewahrt oder ausgebaut sowie Krankheiten erfolgreich abgewehrt oder hinausgezögert werden können.

Doch bloße Vermeidung von Krankheit oder Abhängigkeit ist nicht ausreichend, denn ein weiterer wichtiger Effekt von einschlägigen Angeboten stellt die gesellschaftliche Teilhabe dar, welche von einigen Befragten sehr positiv hervorgehoben wurde und so wiederum das ganzheitliche

Gesundheitsverständnis – bei dem soziale Aspekte eine wesentliche Rolle spielen – unterstrichen wird.

Auch der Aspekt der „Normalität“ als Nutzen für ältere Menschen spielt im Zusammenhang mit dem Thema „in Würde alt werden zu können“ eine wichtige Rolle. Das heißt es ist nicht ausreichend „in den eigenen vier Wänden alt werden zu können“ sondern es sollte aus der Perspektive der befragten Personen, älteren Menschen ermöglicht werden, Dinge zu tun und zu erleben, die früher normal waren, z.B. regelmäßig den Friseur zu besuchen oder ins Restaurant essen zu gehen.

„...irgendwo mal hinfahren und Essen gehen. Auch das kann...wenn der das immer gewohnt ist. Jetzt gehe ich von älteren Menschen aus und vielleicht einmal im Jahr fahr ich mit ihm wo hin und dann kann er wieder ganz schön essen. Er wird bedient, er ist...er fühlt sich einfach anders. Oder auch eine Gesundheitsförderung ist, wir haben - was wohl sehr wichtig ist - dass jemand nachhause kommt, ein Friseur und zuhause das macht, aber viele wollen sehr wohl ins Geschäft kommen. Dass ich da Freiwillige organisiere und die bringen sie dorthin mit dem Rollstuhl und holens auch wieder ab.“ (SBA4w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass Unabhängigkeit, Normalität und gesellschaftliche Teilhabe die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Betroffenen erhöhen, was letztendlich als zwei wichtige Ziele von Gesundheitsförderung genannt wurde. Zusätzlich sollte stets die Möglichkeit der Stimulation bestehen, indem ältere Personen – neben Aspekten der Normalität – auch Neues erfahren können.

Nutzen für pflegende Angehörige

Aufgrund der Tatsache, dass es nicht nur Angebote für ältere Menschen – sprich für die Zielgruppe selbst gibt – sondern auch die Arbeit mit pflegenden Angehörigen ein zentrales Element darstellt, formulierten Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer auch Ziele bzw. Effekte für die Arbeit mit pflegenden Angehörigen. Befragte Personen sehen den Nutzen dieser Unterstützung vor allem darin, dass pflegende Angehörige jemanden zum Reden haben, dass sie stundenweise entlastet werden und Abwechslung erfahren, z.B. indem sie einen Ausflug machen, in die Kirche gehen können oder dass sie an professionelle Stellen weitervermittelt werden.

„Glaube ich auch, dass das [Arbeit mit Angehörigen] sogar sehr, sehr gesundheitsfördernd ist. Ich mein, es ist natürlich nicht wahnsinnig viel Zeit, aber es ist trotzdem - sie fühlen sich vielleicht ernst genommen und abgeholt in ihrer Situation, weil oft gehen sie halt wirklich so an ihre Grenzen, dass sie sich selber nicht mehr spüren.“ (SBA2w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Allgemeiner Nutzen und Effekte

Teilnehmende Personen bezogen sich in ihren Ausführungen zum Thema „Nutzen und Effekte“ nicht nur auf Personen, sondern waren zum Teil davon überzeugt, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen eine Gemeinde lebenswürdiger machen, indem sie für die gesamte Lebensspanne zu einem Ort des Wohlfühlens wird. Andere wiederum sahen den Nutzen von gesundheitsfördernden Maßnahmen vor allem in der (finanziellen) Entlastung des Gesundheitssystems, was beispielsweise dadurch erreicht wird, dass ältere Menschen länger zuhause leben können und nicht auf (kostspielige) Betreuung angewiesen sind.

Bedarf und Nachfrage

Der Erfolg von Gesundheitsförderung hängt einerseits von zweckvollen Informationsstrategien und andererseits von Nachfrage und Bedarf ab. Unter Nachfrage wird hierbei verstanden, inwieweit ältere Personen an gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Gemeinde interessiert sind. Im Unterschied zur Nachfrage zielt die Frage nach dem Bedarf auf die Notwendigkeit von gesundheitsfördernden Angeboten in den Gemeinden ab – aus Sicht der befragten Personen und unabhängig davon, wie sich die Zielgruppe verhält.

Erfolg der Informationsstrategien

Der Nutzen der durchgeführten Informationsstrategien, um ältere Personen über einschlägige Angebote in Kenntnis zu setzen, wird von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unterschiedlich beurteilt. Es gibt eine Gruppe von Befragten, die die Informationsstrategien sehr gut beurteilte und der Meinung war, dass eigentlich alle betroffenen Menschen in der Gemeinde über gesundheitsfördernde Angebote Bescheid wissen. Andere wiederum waren der Meinung, dass bestimmt nicht jeder

ältere Mensch im Ort erreicht wird. Ein Teilnehmer räumte ein, dass es vor allem schwierig ist, einsame und isoliert lebende Menschen zu erreichen.

Nachfrage durch die Zielgruppe

Hinsichtlich Nachfrage gab es sehr unterschiedliche Aussagen. Eine Teilnehmerin war der Ansicht, dass die Nachfrage stark variiert und sie keine allgemeine Aussage dazu treffen kann. Mehrere befragte Personen schätzten die Nachfrage eher gering ein.

„Wobei der Zulauf, das muss ich auch ehrlich dazu sagen, manchmal sehr gering ist. Also das würde ich schon oft hoffen, dass es mehr sind. Dass mehr Leute...“ (SBA3w, Sozialbeauftragte, weiblich, 3)

„Also aus meiner Sicht ist die [die Nachfrage] bescheiden.“ (EA1m, Ehrenamt, männlich)

Eine Teilnehmerin beschrieb die Nachfrage als sehr gut.

„Aber das Problem [mit der Nachfrage] haben wir gar nicht - wenn wir etwas machen, dann sind eh immer so viele Leute, dass wir keinen Platz haben oft.“ (SBA4w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Mehrere Personen ergänzten hinsichtlich Nachfrage durch die Zielgruppe, dass es immer bzw. oft dieselben Menschen sind, die an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilnehmen. Eine Interviewteilnehmerin führte weiter dazu aus

„...und witziger Weise die, bei denen man sich denkt "wäre auch gut, wenn die mal gehen würden", die kommen halt nicht.“ (SBA2w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Als Grund, für die zum Teil bescheidene Nachfrage und dafür, dass „immer dieselben teilnehmen“, wurde von fast allen Befragten angegeben, dass viele ältere Menschen aufgrund von fehlendem Bewusstsein hinsichtlich Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht an entsprechenden Maßnahmen und Aktivitäten teilnehmen. Interviewte führten näher dazu aus, dass deshalb an der Aufklärung bzw. an der Bewusstseinsbildung der Zielgruppe (noch weiter) gearbeitet werden muss. Einige waren allerdings auch der Meinung, dass das Wissen sehr wohl vorhanden wäre, es aber am Interesse an der Gesundheit oder an Verhaltensänderungen fehle. Ein weiterer bedeutender Grund scheint das Thema des „Festhaltens an alten Gewohnheiten“ zu sein, der von vielen Teilnehmerinnen

und Teilnehmern angesprochen und immer wieder in Verbindung mit Bequemlichkeit gebracht wurde.

„Bequemlichkeit bei den Leuten, viele sind in ihrem Lebensstil drinnen und wollen diesen beibehalten und nichts ändern.“ (EA7w, Ehrenamt, weiblich)

„Sie kennen das ja, zu Silvester die guten Vorsätze, nein es ist wirklich so. Morgen fang ich an weniger zu trinken, aber heute geb ich mir noch zwei Bier, das ist so. Da ist der Mensch halt furchtbar bequem“ (EA1m, Ehrenamt, männlich)

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren der Meinung, dass die Schwierigkeit des „Sich-nicht-ändern-Wollens“ speziell bei älteren Menschen vorliegt. Ein weiterer Grund, den Befragte nannten – und der auch vermutlich mit dem „Festhalten an alten Gewohnheiten“ zusammenhängt – ist, dass Betroffene häufig keine Hilfe annehmen wollen und sich nicht – wie es eine interviewte Person nannte –

„in ein Schema rein pressen [lassen], das gibt es auch. Die sagen „nein“.“ (EA7w, Ehrenamt, weiblich)

Ein weiterer Grund für mangelnde Nachfrage der von den Befragten erwähnt wurde, ist die Einsamkeit und Isolation. Das heißt, dass es Menschen in den Gemeinden gibt, die sehr zurückgezogen leben und deshalb nicht an entsprechenden Aktivitäten teilnehmen und gewisse Berührungängste haben. Eine weitere Hürde hinsichtlich Nachfrage stellt die körperliche Mobilität dar, aufgrund derer Betroffene nicht (mehr) an Aktivitäten oder am Gemeinschaftsleben teilnehmen können. Folgendes Zitat spricht sowohl die Mobilität als auch die (gegenseitig bedingte) Isolation an.

„Es ist sicher eines, dass ich auch bei uns merke, ist eine gewisse Mobilität. Viele trauen sich dann gar nicht, weil sie einfach immer [ein] bisschen zurückgezogen gelebt haben, dass sie sich dann sowas in Anspruch zu nehmen trauen.“ (EA5m, Ehrenamt, männlich)

Bedarfsdeckung

Hier sind die Ansichten, die sehr allgemein gehalten wurden und wenig Konkretes ableiten lassen, durchaus kontrovers, denn es gab jene die sagten, dass Angebot und Bedarf ausgewogen sind und die Aktivitäten, die in der Gemeinde angeboten

und durchgeführt werden, ausreichend sind. Andere waren wiederum der Meinung, dass der ganze Bedarf nicht abgedeckt wird.

„Der ganze [Bedarf]? Nein den kann man schwer decken.“ (EA2m, Ehrenamt, männlich)

Wieder andere waren sogar der Meinung, dass es ein Überangebot oder zumindest die Gefahr eines Überangebots, an gesundheitsfördernden Maßnahmen – verbunden mit Überforderung – besteht.

„Ich muss ganz ehrlich sagen, dass wir eigentlich sehr vieles anbieten. Man muss auch einmal bisschen haushalten können und den Bogen nicht überspannen, weil die können das gar nicht mehr in den vielen Bereichen konsumieren - wie beim Spielzeug, da ist so viel da, dass ich gar nicht mehr weiß, was habe ich. Und so ist es da auch.“ (EA5m, Ehrenamt, männlich)

„...weil überfordern darf man sie auch nicht. Das ist das.“ (EA7w, Ehrenamt, weiblich)

Notwendige persönliche Voraussetzungen

Die Befragten erläuterten unterschiedliche persönliche Voraussetzungen, die aus ihrer Perspektive für die gesundheitsfördernde Arbeit in der Gemeinde notwendig sind. Dabei sprachen sie sowohl von Voraussetzungen, die sie bereits mitbringen, als auch von jenen, die ihnen (noch) fehlen.

Vorhandene Voraussetzungen

Die wohl wichtigste Voraussetzung für Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in der Arbeit der Gesundheitsförderung für ältere Menschen lässt sich als soziale Kompetenz zusammenfassen. Darunter fällt für sie ein guter Umgang mit Menschen, Menschenkenntnis, ein gewisses Gespür und ein Blick für die Bedürfnisse von Menschen und einfach die Freude an der Arbeit mit älteren Personen.

„Also ich habe das [Arbeit mit Menschen] immer schon voll gerne gemacht und es ist auch wirklich, wirklich voll schön.“ (SBA2w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Eine Teilnehmerin stellte diese soziale Kompetenz sogar über eine einschlägige Ausbildung.

„Es kommt mal auf den Menschen drauf an, ich mach sehr viel mit Hausverstand... und Menschenkenntnis. Ich habe relativ eine gute Menschenkenntnis und weiß gut, mit den Menschen umzugehen und das ist viel wichtiger. ...viel wichtiger [als einen Background im Sozialbereich zu haben]. (SBA1w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Hinsichtlich Aus-, Fort- und Weiterbildungen führten viele der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer die „Mia-Begleitungsausbildung“ – welche im Rahmen des Mia-Projekts angeboten wurde – an, die für sie offenbar eine große Bedeutung hat. Einige sprachen ebenso die Notwendigkeit an, sich regelmäßig fortzubilden, das heißt an einschlägigen Kursen oder Vorträgen zu unterschiedlichsten Themen, wie beispielsweise „Depression“ teilzunehmen. Eine Teilnehmerin nannte auch die Notwendigkeit, zumindest minimale Computerkenntnisse für die Arbeit mitzubringen.

Wichtige Voraussetzung für die Tätigkeit der Gesundheitsförderung ist auch die Offenheit. Darunter fassten Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammen, dass sie offen auf die Zielgruppe zu gehen müssen, dass sie offen sind gegenüber Alltagsorgen der Betroffenen, dass die Ziele ihrer Arbeit offen und weit gesteckt werden und dass sie

„mit offenen Augen und Ohren durch die Gemeinde gehen“ (EA5m, Ehrenamt, männlich)

um Bedürfnisse zu erkennen und neugierig auf Neues sein müssen.

„...neugierig sein auf alles Neue was auf ihn [Berufseinsteiger(in) in der Thematik] zukommt.“
(SBA3w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Offenheit und Neugierde als persönliche Voraussetzung für gelingende Gesundheitsförderung in den Gemeinden mag hier auch als Voraussetzung für die Prinzipien Ressourcen- und Bedürfnisorientierung, welche eingangs von den befragten Personen als zentral beschrieben wurden, gelten.

Eine Teilnehmerin ging einen Schritt weiter und erwähnte, dass „offene“ Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu führen, dass ältere Menschen sich im Gegenzug auch öffnen und dadurch schneller Vertrauen in Angebote fassen.

Überhaupt scheint das Thema Vertrauen eine weitere wichtige Voraussetzung für die Arbeit in der gemeindenahen Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu sein. Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer berichteten,

dass es wichtig ist, dass sie im Ort „bekannt sind“ und dadurch ältere Menschen Vertrauen zu ihnen und in den durch sie angebotenen oder empfohlenen Angeboten fassen.

Viele der interviewten Personen sprachen auch die notwendige Voraussetzung an, sich selbst Grenzen zu setzen, das heißt nicht alles mit nachhause zu nehmen und nach getaner Arbeit erfolgreich abschalten zu können.

„...dass ich mir unbedingt Grenzen setzen muss. Also die Gefahr, dass man da in ein Ding kommt, wo man, sich dann ausgenutzt vorkommt, glaube ich, ist sehr schnell gegeben. Grenzen setzen, abgeben...“. (SBA2w, Sozialbeauftragte, weiblich)

In diesem Zusammenhang scheint es auch notwendig zu sein, ein gewisses Selbstbewusstsein und die Fähigkeit zur Selbstreflexion zu besitzen.

„Kann ich mich abgrenzen bei gewissen Sachen? Wie weit kann ich das ran lassen? Das ist schon mal ganz wichtig...Also darum denke ich mir einfach, man muss schon das Gefühl haben „Du, ich hab's eigentlich gut gemacht...Es läuft nicht immer wie man es sich vorstellt“ (SBA4w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Ebenso sprachen einige Befragte davon, dass es wichtig ist zu erkennen, wann Betroffenen „nicht mehr geholfen werden kann“, wie dieselbe Dame weiter ausführte.

„Habe ich gesagt, ich lass euch das über...ihr seid da selber für euch verantwortlich. Versucht habe ich es und man kann nicht alles lösen...das ist für mich ganz normal, für alles ist man auch nicht zuständig.“ (SBA4w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Zu guter Letzt erwähnten Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass es wichtig ist, einen gewissen Kampfgeist und Stärke mitzubringen, weil sich die Thematik der Gesundheitsförderung für ältere Menschen sehr schnell entwickelt und es ein sehr breites und offenes Thema ist. Gleichzeitig mangelt es oft an der Akzeptanz für diese Arbeit von Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bereichen der Gemeinde.

„...dafür kämpfen muss, dass man mehr Zeit bekommt. Das ist sicher ein großer Teil... Nicht nur ich sondern auch alle anderen Sozialbeauftragten auch, weil man schon weiß und das wissen auch die Bürgermeister, also die Chefs, dass die Stelle notwendig ist. Das kennt man. Also der Bedarf ist ja da. Es ist ja nicht so, dass ich dasitze und nichts zum Tun hätte.“ (SBA3w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Fehlende Voraussetzungen

Hinsichtlich fehlender – aber notwendiger – persönlicher Voraussetzungen für die Thematik der Gesundheitsförderung im Alter äußerten einige Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer vor allem Wünsche bezüglich Fort-, Aus- und Weiterbildungen, was auf den ersten Blick im Widerspruch zu den Erläuterungen hinsichtlich „sozialer Kompetenz“ in den oben beschriebenen Ausführungen steht. Ein Befragter gab dazu vor allem das Problem an, dass es keine Grundausbildung – insbesondere für Sozialbeauftragte – gibt. Sozialbeauftragte selbst gaben an, dass sie sich vor allem mehr Fortbildungen zu verschiedenen Themen wie beispielsweise „Kommunikation“ oder „Depression“ wünschen.

„Er [jemand der neu als Sozialbeauftragte(r) anfängt] sollte ein Stückweit eine Vorbildung haben, also ich fände schon gut, wenn irgendwer aus dem Gesundheitsbereich kommt.“ (SBA3w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Neben diesen formalen fehlenden Voraussetzungen wurde weiters noch angesprochen, dass es manchmal an Offenheit und „vernetztem Denken“ fehlt, was demnach als Voraussetzung für gelingendes Arbeiten in diesem Feld gilt. Das Thema Offenheit bezieht sich hier vermutlich wiederum auf den offenen Zugang zur Zielgruppe und auf offene und weit gesteckte Ziele. Allerdings blieben die befragten Personen hier in ihren Ausführungen eher oberflächlich.

Organisatorischer Rahmen für Gesundheitsförderung im Alter

Teilnehmende Personen gaben neben persönlichen Voraussetzungen eine Vielzahl an externen Voraussetzungen für gelingende Gesundheitsförderung an. Darunter fallen unter anderem die Zusammenarbeit und die Notwendigkeit ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie notwendige Ressourcen.

Zusammenarbeit und Ehrenamt

Viele der Befragten sprachen die Zusammenarbeit als zentralen fördernden Faktor an. Unter Zusammenarbeit fällt dabei der regelmäßige Austausch von

Erfahrungen, Problemen und Strategien mit anderen Gemeinden sowie deren Sozialbeauftragten und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

„... , dass wir die Chance gehabt haben, andere Sachen anzuschauen – Gemeinde XY, Gemeinde YX die sind auch Vorreiter gewesen und wir haben uns etwas abgekupfert.“ (SBA3w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Daneben ist es für viele wichtig sich in der Gemeinde intern stets auszutauschen, das heißt es finden zum Teil regelmäßige Stammtischtreffen von Sozialbeauftragten, ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und pflegenden Angehörigen statt, um

„...mehr oder weniger so an Gedankenaustausch [zu betreiben] und dann kann halt jeder sagen, was ihn belastet, was ihn berührt, was ihn bedrückt.“ (SBA1w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Wichtig hinsichtlich Zusammenarbeit scheint auch das Ineinandergreifen von verschiedensten Organisationen und Institutionen zu sein, welche unterschiedlichste Maßnahmen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung abdecken. Besonders hervorgehoben wurde dabei die Gemeindeentwicklung Salzburg (initiiert durch das Salzburger Bildungswerk) und das Projekt „Altern in guter Gesellschaft“, wodurch eine breite Palette an Projekten und Angeboten abgedeckt werden, auf welche Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zurückgreifen können. Die Zusammenarbeit mit der Gemeindeentwicklung Salzburg ist für einige auch deshalb zentral, da sie mitunter Anstoß für die Thematik der Gesundheitsförderung in der Gemeinde war, Maßnahmen langjährig begleitet und auch finanzielle Förderungen zur Umsetzung von einschlägigen Angeboten zur Verfügung stellt. Besonders geschätzt wird diese Zusammenarbeit auch wegen des regen Erfahrungsaustausches aller Beteiligten.

Ähnlich wie die Gemeindeentwicklung stellt für einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch die Zusammenarbeit mit AVOS (Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg), die im Rahmen der „Gesunden Gemeinde“ verschiedene Maßnahmen und Projekte zu den Themen Bewegung, Ernährung, Umwelt, Entspannung und psychische Gesundheit anbieten, eine wichtige Kooperation dar.

Darüber hinaus sind die verschiedensten Vereine und Verbände - z.B. Musikverein, Pensionistenverband, Seniorenbund, Kulturverein, Sportverein, Behindertenverband - wichtige Kooperationsstellen für befragte Personen, um gesundheitsfördernde Maßnahmen anzubieten.

„Auch mit dem Gesundheitsverein. Immer wieder - wir sprechen uns auch immer wieder ab - wenn sie Veranstaltungen machen. Sie sagen "Du, weißt was das wäre auch noch ein Bereich, der eventuell rauskommen könnte - könntest nicht du das übernehmen?" Also wir sprechen uns einfach ab.“ (SBA4w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Einige der befragten Personen sahen auch die Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus verschiedensten Gesundheitsberufen als wichtigen Bestandteil. Darunter fallen vor allem praktische Ärztinnen und Ärzte vor Ort, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und Apothekerinnen und Apotheker.

Weitere wichtige Elemente der Zusammenarbeit sind die Volkshochschule, die Gebietskrankenkasse sowie die Pfarrgemeinden, da diese auch gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Zielgruppe anbieten und so von den befragten Personen als sinnvolle Ergänzung gesehen werden.

Sowohl interviewte Ehrenamtliche als auch Sozialbeauftragte sahen die Verfügbarkeit von weiteren ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtigen Bestandteil ihrer Arbeit. Die Aufgaben dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reichen dabei von der Zustellung des Essens auf Rädern, von der Begleitung älterer Menschen (z.B. zum Einkaufen, zum Friseur/zur Friseurin oder in die Kirche) bis zur Leitung von Maßnahmen wie Kartenspielnachmittage oder Singgruppen. Es wurden in diesem Zusammenhang unterschiedliche Motive angesprochen, welche Freiwillige dazu „antreiben“, sich ehrenamtlich zu engagieren. Dazu zählen unter anderem, dass es Spaß und glücklich macht und dass „das Leben“ dadurch nicht nur ein Nehmen sondern auch ein Geben ist.

„Aber diese Person [älterer Mensch] ist vielleicht dann glücklich und man war selber in der frischen Luft und das ist, man muss es auch bisschen genießen, also es ist nicht eine Pflicht zu erfüllen sondern ich sag immer "das ist meine Freizeit". Ich tu nichts in der Zeit. Ich gehe spazieren oder ich plaudere oder ich höre mit jemandem eine Musik...“ (EA3w, Ehrenamt, weiblich)

„Weil sie dann sehen das ist nötig und das ist lustig und das gibt mir was - das ist ja die Rückmeldung, wie wir vorher gesagt haben: das ist ja so ein Geben und Nehmen. Es ist ja nicht so, dass die Freiwilligen jetzt da ausgepowert werden, sondern im Gegenteil, das erlebe ich immer

wieder, die sagen dann, wenn ich jetzt an verschiedene denke, die sind ganz glücklich, dass sie diese Aufgabe machen können.“ (EA8m, Ehrenamt, männlich)

Neben dem potentiellen Nutzen für Ehrenamtliche selbst, schätzen die befragten Personen an den freiwilligen Helferinnen und Helfern vor allem, dass durch ihre Arbeit großer finanzieller Aufwand wegfällt und dass die verschiedensten Aufgaben und die Verantwortung untereinander aufgeteilt werden und nicht alles alleine erledigt werden muss (z.B. von der Sozialbeauftragten). Wichtig in der Arbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist für die Befragten, dass jene, die sich freiwillig engagieren auch dafür „vergütet“ werden, das heißt dass sie beispielsweise Kilometergeld für gefahrene Wege mit dem Auto erhalten oder es zumindest regelmäßige Feste für Ehrenamtliche gibt, zu denen sie als Dankeschön und zur Anerkennung eingeladen werden (z.B. zu einem Weihnachtsfest). Ein Teilnehmer stellte dabei auch die Forderung einer Haftpflichtversicherung für freiwillige Helferinnen und Helfer in den Raum, was zurzeit einen Graubereich in dieser Thematik darstellt. Zu guter Letzt war den interviewten Personen wichtig, dass Freiwilligkeit auch ihre Grenzen hat. Hier kann eine Verbindung zur persönlichen Voraussetzung des „Grenzen-Setzens“ gesehen werden.

„... Freiwillig soll freiwillig sein ... freiwillige Leute sollen auch sagen können "jetzt bin ich einmal 3 Monate nicht im Einsatz" (EA9w, Ehrenamt, weiblich)

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten darüber, dass es ab und zu Unstimmigkeiten bzw. Konkurrenzdenken zwischen verschiedenen Anbietern von gesundheitsfördernden Maßnahmen gab und wünschen sich deshalb eine Zusammenarbeit frei von Wettbewerb, bei der alle Beteiligten an einem Strang ziehen und

„mehr vernetzt arbeiten“ (SBA3w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Notwendige Ressourcen

Um Gesundheitsförderung in der Gemeinde anbieten zu können, war es aus der Perspektive der befragten Personen wichtig, dass Verantwortliche als Ansprechpersonen erreichbar sind. Das wird sowohl auf die physische Erreichbarkeit von Räumlichkeiten – sprich Barrierefreiheit – als auch auf die

Erreichbarkeit im Sinne des „Zur-Verfügung-Stehens“ (z.B. per Telefon) bezogen. So berichtete beispielsweise eine Sozialbeauftragte, dass sie ihr Sozialbüro im 1. Obergeschoss hatte, welches nur durch eine steile Treppe erreicht werden konnte und sie dadurch viel weniger Kontakt zu älteren Personen hatte als jetzt, wo ihr Büro im Erdgeschoss und „leicht zugänglich“ ist. Ähnlich verhält es sich mit dem „Zur-Verfügung-Stehen“. Es ist aus der Perspektive der teilnehmenden Personen wesentlich, dass ältere Personen wissen, an wen sie sich mit ihren Bedürfnissen und Fragen wenden können, das heißt wen sie anrufen oder aufsuchen können. Wichtig ist dabei auch, dass eine Kontinuität in der Erreichbarkeit sichergestellt ist.

„...das [die Sozialbeauftragte] sollte dann eine sein, die da wirklich immer wieder erreichbar ist.“

(EA8m, Ehrenamt, männlich)

„Wichtig ist vor allem die ständige Erreichbarkeit.“ (EA7w, Ehrenamt, weiblich)

Nicht zuletzt, aufgrund der Forderung der ständigen Erreichbarkeit, erleben vor allem Sozialbeauftragte, dass sie zu wenig Zeit haben, sich um gesundheitsfördernde Themen zu kümmern, da sie auch nebenbei viele andere Aufgaben (z.B. Administratives) in der Gemeinde inne haben.

„Sie [die Sozialbeauftragte] ist also meiner Meinung nach zu viel in der Administration und zu wenig in diesem sozialen Bereich, wo sie das - das kennen wir von anderen Gemeinden - dass noch mehr, noch besser in die Hand nehmen könnte.“ (EA2m, Ehrenamt, männlich)

„Nur das ist eben genau mein Problem. Ich habe zu wenig Zeit dazu, dass ich jetzt sage, ich entwickle da ein spezielles Angebot für die [älteren Menschen]. (SBA3w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Neben dem Mangel an zeitlichen Ressourcen stehen aus Sicht der interviewten Personen zum Teil keine geeigneten Räumlichkeiten für die Durchführung von Gesundheitsförderung zur Verfügung. Befragte fordern Räumlichkeiten die Kapazitäten für größere Veranstaltungen aufweisen sowie zum gemeinsamen Treffen, Kaffeetrinken und Feiern einladen.

Ein häufiges Hindernis von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Gemeinden stellen mangelnde bzw. beschränkte finanzielle Ressourcen dar. Schließlich müssen Referentinnen und Referenten vergütet werden und auch Kleinigkeiten wie z.B. eine Postaussendung können oft nur schwer finanziert werden. Der

Appell richtet sich hierbei vor allem an die politische Gemeinde und an das Land, mehr finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen.

„Weil jede Gesundheitsförderung hat natürlich etwas mit Kosten zu tun, fast jede - nicht alle. Und darum müsste auch von der Gemeindeseite her sagen, jetzt machen wir das, das kostet uns halt was, aber das kommt zum Wohle aller. Und da sind schon Defizite da.“ (EA8m, Ehrenamt, männlich)

Schließlich forderten einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass jede Gemeinde die Stelle der Sozialbeauftragten als Planstelle inne haben sollte und diese auch entsprechend entlohnt wird. Nicht zuletzt versprechen sich befragte Personen dadurch mehr Zeit und Geld für gesundheitsfördernde Arbeit in der Gemeinde.

„Und dann den Respekt auch, was die Entlohnung anbelangt. Nicht als Hilfsdienst abstempeln und darum ärgere ich mich jetzt, dass die Sozialbeauftragte so viel in die Hilfsdienste drinnen ist, weil das ist für mich nicht zukunftsträchtig. Das sollte wirklich eine Planposten sein und der sollte richtig entlohnt werden.“ (SBA4w, Sozialbeauftragte, weiblich)

Politische Verantwortung

Wie bereits erwähnt, wünschten sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr finanzielle, zeitliche und räumliche Ressourcen, um Gesundheitsförderung erfolgreicher betreiben zu können. Dabei sahen sie die Verantwortung vor allem in der Politik (Gemeinde, Land) und beschrieben hier zum Teil stark wahrgenommene Mängel, das heißt aus ihrer Sicht wird Gesundheitsförderung von der Politik nicht oder zu wenig gefördert.

„Also von meiner Sicht, die Gemeinde müsste mehr dahinter stehen. Die Gemeinde sollte für mich bisschen ... nein sie müssten einfach mehr dahinter stehen und sagen "ja das wollen wir, das sind gute Aspekte" und dass sie Ideen aufgreifen, die vielleicht in der Luft liegen oder die zum Teil auch angeboten werden und ich glaube dann springt auch die Bevölkerung rauf - und die Bevölkerung, die das möchte, die sind sowieso da. (EA8m, Ehrenamt, männlich)

„...ich verstehe bei uns da die Verantwortlichen nicht, das muss ich ehrlich sagen, dass sie nicht einmal den Ruck wirklich machen, sie tun nur beim Schrauben immer bisschen drehen aber nie zumachen, das ist typisch Österreichisch, wie überall. Gerade ein bisschen und das tut mir direkt weh, weil man weiß, dass gerade in der Prävention muss ich ansetzen, das wissen wir alle miteinander.“ (EA5m, Ehrenamt, männlich)

Einige der befragten Personen sprachen davon, dass Politikerinnen und Politiker rechtzeitig die Weichen stellen sollten, um erfolgreiche Gesundheitsförderung im Alter zu ermöglichen und dementsprechende Angebote früh genug eingeführt werden müssten. Wichtig war dabei für einige, dass die Politik eher im Hintergrund bleibt und Angebote nicht „verpolitisiert“ werden dürfen. Das sollte den Zugang zu allen Bevölkerungsschichten garantieren.

Zusammenfassung - Ergebnisse

Wie die Pfeile in folgender Abbildung zeigen, ergeben die fünf Hauptkategorien untereinander ein zusammenhängendes Bild.

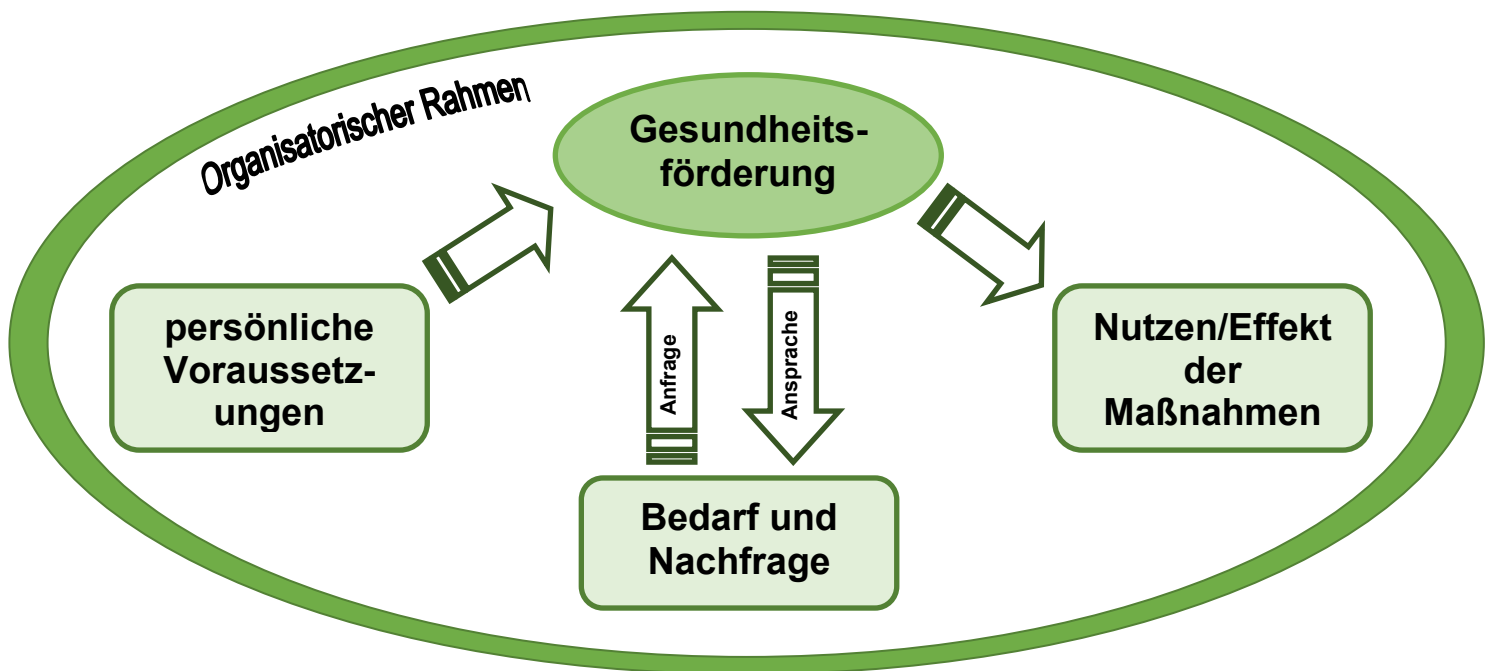


Abbildung 1 Zusammenfassung - Hauptkategorien

Im Zentrum der Thematik „Gemeindenaher Gesundheitsförderung“ steht die Gesundheitsförderung allgemein, welche gekennzeichnet ist durch ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis sowie den Prinzipien Bedürfnis- und Ressourcenorientierung. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass es gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen in den Gemeinden gibt, die sowohl zur Förderung der körperlichen Gesundheit, des Informationsbedarfs sowie des psychosozialen Wohlbefindens beitragen. In diesem Kontext nehmen

die Befragten entweder die Rolle der direkten Organisation ein oder sie sehen sich als Koordinations-, Beratungs- und Vermittlungsperson zwischen unterschiedlichen Anbietern in der Gemeinde. In der Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen setzen die befragten Personen vor allem auf eine „Bottom-Up“-Methode, das heißt sie erkundigen sich mitunter durch direkte Ansprache bei den Betroffenen über gewünschte Angebote und Maßnahmen – was wiederum Auswirkungen auf Bedarf und Nachfrage hat.

Der Erfolg der Informationsstrategien bzw. die Erreichbarkeit der potentiellen Zielgruppe wird von den befragten Personen unterschiedlich eingeschätzt. Problematisch ist vor allem die Erreichbarkeit von isoliert lebenden Menschen.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschreiben durch Gesundheitsförderung sowohl einen Nutzen für ältere Menschen, pflegende Angehörige als auch die Gemeinde selbst.

Was aber braucht es, um Gesundheitsförderung entsprechend betreiben zu können und genannte Nutzen und Effekte erreichen zu können? Voraussetzung hierzu ist ein entsprechender Bedarf – wozu es nur sehr oberflächliche und kontroverse Statements gab – und vor allem die Nachfrage durch die Zielgruppe – welche ebenso unterschiedlich beurteilt wurde. Einige beschrieben sie als sehr gut, andere wiederum als eher mangelhaft. Als Gründe für mangelhafte Nachfrage gaben Befragte beispielsweise „fehlendes Bewusstsein“, das „Festhalten an alten Gewohnheiten“ oder „Einsamkeit und Isolation“ an. Diese „Anfrage“ durch die Zielgruppe wirkt sich wiederum auf die Gestaltung von gesundheitsfördernden Angeboten aus, indem man beispielsweise bewusst auf isoliert lebende Menschen zugehen muss oder Maßnahmen so gestaltet, dass sie an den Gewohnheiten der Zielgruppe anknüpfen.

Weiteren Einfluss auf „erfolgreiche Gesundheitsförderung“ haben persönliche Voraussetzungen, die Sozialbeauftragte und Ehrenamtliche mitbringen (sollen). Dazu gaben Befragte einen „Skill-Grade-Mix“ an, der sowohl informelle Kompetenzen, wie Offenheit oder „klares Grenzen setzen“, als auch diverse Aus-, Fort- und Weiterbildungen beinhalten sollte.

Gemeindenaher Gesundheitsförderung für ältere Menschen sehen teilnehmende Personen schließlich eingebettet in einem externen organisatorischen Rahmen.

Hier geht es vor allem darum, dass die Arbeit durch die Zusammenarbeit verschiedenster Institutionen, Organisationen, Expertinnen und Experten sowie ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gekennzeichnet ist. Wichtig ist dabei auch der regelmäßige Austausch zwischen allen Beteiligten. Die Sozialbeauftragten nehmen hier in vielen Gemeinden die Rolle der Vermittlungsperson ein. Notwendig ist auch, dass dieser organisatorische Rahmen erforderliche finanzielle, zeitliche sowie räumliche Ressourcen zur Verfügung stellt, um Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Darüber hinaus ist wichtig, dass die politische Ebene (insbesondere Gemeinde und Länder) Verantwortung für die Thematik „Gesundheitsförderung im Alter“ übernehmen und entsprechende Ressourcen bereitstellen.

Diskussion

Methodische Diskussion

Methodische Limitationen dieser Arbeit liegen darin, dass die forschende Person keine Vorerfahrungen hinsichtlich der Durchführung von qualitativen Studien mit sich brachte, was durch mehrere Audits zu kompensieren versucht wurde. Eine weitere Einschränkung liegt darin, dass die Stichprobe sehr klein war und dadurch fraglich ist, inwieweit eine Verallgemeinerung der Ergebnisse möglich ist. Aufgrund der Tatsache, dass der Einsatz von Sozialbeauftragten und Ehrenamtlichen ein relativ junges Projekt ist und es momentan nur begrenzte Erfahrungswerte gibt, kann die Größe der Stichprobe durchaus als akzeptabel gewertet werden. Mängel in der Datensammlung bestehen darin, dass es keine Zweitinterviews oder Methodentriangulation in Form von zweiten Quellen (z.B. Feldnotizen) gab. Eine weitere Einschränkung bringt die Tatsache mit sich, dass es keinen Membercheck – das heißt Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekommen die Möglichkeit Feedback zu den Ergebnissen zu geben – gab. (Vgl. Tong et al. 2007)

Vergleich mit „State of the art“

Im Folgenden wird dargestellt wie sich die Meinung der Befragten zu aktueller Literatur zum Thema „Gesundheitsförderung von älteren Menschen“ verhält.

Grundverständnis der Tätigkeit

Wie Lis et al. (2008), Strümpel & Billings (2008) sowie Pavlik et al. (2004), beschrieb auch der Großteil der teilnehmenden Personen „Gesundheit“ ganzheitlich, indem körperliche, psychische sowie soziale/gesellschaftliche Aspekte mit dem Gesundheitsbegriff assoziiert werden. Ein Teilnehmer erwähnte auch, dass die Beeinflussung der Umweltfaktoren zur Gesundheit gehört – was in den oben genannten Quellen ebenfalls angeführt wird. Interessant ist die Ansicht eines Teilnehmers, dass Gesundheit keine absolute Sache ist, vor allem im Alter ständig Veränderungen unterlegen ist und auch Einschränkungen zum Gesundsein gehören. Hier spricht er eine salutogenetische Sichtweise von

Gesundheit an bei der es darum geht, Faktoren zu identifizieren, die Menschen gesund halten und nicht länger danach fragen, was Menschen krank macht. Diesen Aspekt diskutieren auch Pavlik et al. (2004) in ihren Ausführungen zu Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung wurde von den teilnehmenden Personen als sehr umfangreich und „weitläufig“ beschrieben, was sich mit der Gesundheitsförderungsdefinition nach Hurrelmann & Laaser (2003, S.395) „Gesundheitsförderung umfasst alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen zu beeinflussen versuchen...“ deckt. Bei einem so breitgefächerten Verständnis kann es möglich sein, dass der spezifische Fokus – das heißt Gesundheitsförderung an sich – etwas verloren geht. Ein Beispiel hierzu wäre, dass eine Teilnehmerin anspricht, dass durch „Würstl und Bier“ zwar das Bedürfnis der Geselligkeit befriedigt wird und auch die Erreichbarkeit dadurch möglicherweise erhöht wird, es aber fraglich ist inwieweit dieses Angebot der Förderung der Gesundheit zuträglich ist.

Hinsichtlich der Frage warum für einige befragte Personen die körperlichen Aspekte im Vordergrund standen, lassen sich nur Mutmaßungen anstellen. Möglicherweise ist in ihrem Bewusstsein bezüglich Gesundheitsförderung der Begriff „Krankheitsprävention“ verankert, weshalb sie sich vermehrt auf körperliche Faktoren bezogen und somit eher eine pathogenetische Sichtweise vertreten (vgl. Hurrelmann & Laaser 2003). Ein anderer möglicher Grund könnte darin liegen, dass für sie die Themen „Bewegung“ und „Ernährung“ präsent sind und sie weniger an psychische und soziale Faktoren denken. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass Gesundheitsförderung aus der Perspektive der meisten befragten Personen vor allem gemeinschaftliche Teilhabe und soziale Kontakte ermöglichen sollte. Diesen Aspekt betonen auch Cattani et al. (2005), Strümpel & Billings (2008), Schomeier & Pettrup (2007) und Pavlik et al. (2004). Gesundheitsförderung wird von den teilnehmenden Personen als Lebensstilveränderung beschrieben, wobei Menschen ihren Lifestyle verbessern können (vgl. Cattani et al. 2005, Strümpel & Billings 2008, Pavlik et al. 2004).

Wichtige Prinzipien in der Gesundheitsförderung stellten für viele befragte Personen die Bedürfnis- und Ressourcenorientierung dar. Diese Prinzipien können mit dem viel zitierten „Zielgruppenfokus“ verglichen werden, bei dem es darum geht, dass Angebote spezifisch auf die Zielgruppe und deren Bedürfnisse und Ressourcen zugeschnitten sein müssen, um von den Betroffenen angenommen zu werden. (Vgl. Cattan et al. 2005, Lis et al. 2008, Strümpel & Billings 2008, WHO 1986, Pavlik et al. 2004). Interessant ist auch die Tatsache, dass aus Sicht aller teilnehmenden Personen sämtliche Bewohnerinnen und Bewohner der Gemeinde – egal ob jung oder alt – zur Zielgruppe in Verbindung mit „Gesundheitsförderung für ältere Personen“ gehörten. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass Gesundheitsförderung eine Schlüsselinvestition ist und sich Verbesserungen der Gesundheit in jüngeren Jahren später als Gesundheitsgewinn rentieren (vgl. WHO 1997). Hierbei ist es wichtig zu erwähnen, dass eine Befragte später einräumte, dass sie noch ein unklares Zielgruppenverständnis hat und sie für sich noch daran arbeiten will. Diese beiden Meinungen könnten auf den ersten Blick konträr zueinander wirken – müssen sie aber nicht – denn wenn alle Bürgerinnen und Bürger zur Zielgruppe gehören, ist es undenkbar den Zielgruppenfokus zu erfüllen. Es kann daher als positiver Ansatz gewertet werden, sich nochmals Gedanken über die eigentliche Zielgruppendefinition zu machen und in weiterer Folge „maßgeschneiderte“ Angebote bereitzustellen.

Aufgabenbereiche und Maßnahmen

Im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung berichteten Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von unterschiedlichsten Aufgabenbereichen. Einer davon bezieht sich darauf, dass sich Befragte als „Allgemeine Ansprechperson“ und niederschwellige Anlaufstelle ohne viel Bürokratie sehen. Dass der Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten einfach und niederschwellig sein sollte, beschreibt auch Boggatz (2015). Weiters sehen sich die teilnehmenden Personen als Informations- und Beratungsstelle, indem sie die Zielgruppe über einschlägige Angebote in der Gemeinde informieren. Ebenso übernehmen Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst die Organisation von gesundheitsfördernden Maßnahmen, z.B.

Seniorentreffpunkte oder organisieren Vorträge. Welche Rolle teilnehmende Personen hier konkret in den Gemeinden einnehmen, variiert stark und hängt vermutlich von der übrigen Struktur der Gemeinde ab (Vereine, Organisationen, andere Stakeholder).

Durchführung von gesundheitsfördernden Angeboten

Passend zum ganzheitlichen Gesundheitsverständnis, gibt es eine Vielzahl an gesundheitsfördernden Angeboten in den Gemeinden, die sowohl körperlichen, kognitiven als auch sozialen Bedürfnissen begegnen wollen. Zu körperlichen Aktivitäten zählen beispielsweise handwerkliche Tätigkeiten, Seniorentanz, gemeinsame Wanderungen oder Gymnastikstunden. Bemerkenswert ist hierbei, dass alle Maßnahmen in der Gruppe stattfinden und so kann keine strikte Trennung zwischen körperlichen und z.B. gesellschaftlichen Tätigkeiten vorgenommen werden. Die Abhaltung in Gruppen müsste Betroffene stärker zur Teilnahme motivieren, denn sie selbst geben in zahlreichen Studien an, dass vor allem soziale Faktoren wie Spaß haben, Geselligkeit erleben, andere Menschen treffen und Beziehungen knüpfen sie zu gesundheitsfördernden Maßnahmen motivieren (vgl. Belza et al. 2004, Boggatz 2011, Miller & Iris 2002, Hardy & Grogan 2009). Weitere soziale/gesellschaftliche Angebote in den Gemeinden sind: das Feiern von Festen und das Vereinsleben, welches für Abwechslung und Gemeinschaft in den Gemeinden sorgt sowie Seniorentreffpunkte, bei denen Menschen zusammenkommen, einen Kaffee trinken und sich austauschen. Teilnehmende Personen nannten auch immer wieder Ausflugs- oder Urlaubsfahrten sowie generationsübergreifende Projekte zwischen „Jung und Alt“ – z.B. der Umgang mit moderner Technik – als gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihren Gemeinden. Diese Maßnahmen führen dazu, dass ältere Menschen etwas Neues erleben, was Betroffene neben „neuen Herausforderungen“ als wichtiges Motiv für die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen nennen (vgl. Elley et al. 2007, Miller & Iris 2002, van Leuven 2010) und auch von den befragten Personen als wichtiger Nutzen von Gesundheitsförderung für die Zielgruppe beschrieben wurde.

Um überhaupt am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, betonen Pavlik et al. (2004), dass Risikofaktoren, die die soziale Teilhabe einschränken könnten, frühzeitig bemerkt und beeinflusst werden müssen. Dazu zählen sie z.B. mangelnde Mobilität. Auch Betroffene in der Studie von Behr et al. (2014) geben an, dass Mobilität der Schlüssel für soziale Interaktion und Teilhabe ist. Ebenso sehen Befragte ihren Aufgabenbereich darin, für Mobilität und den damit verbundenen Zugang zur Gesellschaft zu sorgen. Dies geschieht beispielsweise indem sie sich dem Thema Barrierefreiheit in der öffentlichen Gemeinde annehmen und zum Teil dafür sorgen, dass ein ehrenamtlich organisierter „Bürgerbus“ ältere Menschen im Ort von A nach B bringt. Dadurch wird ermöglicht, dass diese z.B. regelmäßig Einkaufen gehen oder die Kirche besuchen können.

Neben körperlichen und gesellschaftlichen Aktivitäten gibt es zahlreiche Informationsveranstaltungen für ältere Menschen, in denen sie sich z.B. über Themen wie Ernährung, Bewegung oder psychischer Gesundheit erkundigen können. Auf die Notwendigkeit solcher Maßnahmen, die das Wissen der Betroffenen hinsichtlich Gesundheit erhöhen sollen, wird in mehreren Quellen hingewiesen (vgl. Strümpel & Billings 2008, Schomeier & Pettrup 2007, Pavlik et al. 2004) und wird unter dem Ansatz der Gesundheitsaufklärung zusammengefasst (vgl. Naidoo & Wills 2010).

Als zentrale gesundheitsfördernde Aufgabe in der Gemeinde nannten Befragte immer wieder die Arbeit mit pflegenden Angehörigen, die sie durch Informationen, Gespräche und gemeinsame Unternehmungen in ihrer Aufgabe unterstützen, stärken, entlasten und ihnen Abwechslung bieten wollen. Diesen Aspekt erwähnen auch Strümpel & Billings (2008) indem sie sagen, dass es nicht nur gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Zielgruppe – sprich ältere Menschen – geben sollte, sondern auch für jene, die „Gesundheitsförderung anbieten“ und nennen dabei explizit pflegende Angehörige. Eine Besonderheit stellt die Arbeit mit pflegenden Angehörigen auch dahingehend dar, dass sie die einzige Maßnahme ist, die nicht in Gruppen, sondern als „one-to-one“-Angebot abgehalten wird. Dies wird von Cattani et al. (2005) und Strümpel & Billings (2008) als Ansatz in der Gesundheitsförderung erwähnt.

Der Großteil der befragten Personen berichtete, dass der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen durch eine „Bottom-Up“-Methode erhoben wird und die Zielgruppe durch direktes Ansprechen oder schriftliche Umfragen Wünsche hinsichtlich Angebote äußern kann. Diese Methode greift wiederum die Prinzipien der Bedürfnis- und Ressourcenorientierung im Rahmen des Zielgruppenfokus auf. Auch das Durchführen von so genannten Assessments wird in zahlreichen Quellen empfohlen, um die Mitplanung und -gestaltung der Betroffenen zu erhöhen und dadurch im Sinne des „Empowerments“ die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen (vgl. Cattan et al. 2005, Lis et al. 2008, Strümpel & Billings 2008, WHO 1986, Pavlik et al. 2004). Nicht zuletzt sollte die Teilnahme dadurch erhöht werden, dass Angebote von der Zielgruppe verstanden werden. Im Gegensatz zur „Bottom-Up“-Methode wurde auch ein „Top-Down“-Ansatz beschrieben, bei dem z.B. verantwortliche Personen einen bestimmten Bedarf annehmen und in Kampagnen entsprechende Maßnahmen an die Zielgruppe herangetragen werden (vgl. Naidoo & Wills 2010). Vermutlich liegt in allen Gemeinden eine Mischung aus beiden Ansätzen vor. Je nach Zielsetzung – von außen initiierte Verhaltensänderung vs. Empowerment – haben beide Varianten ihre Berechtigung und Sinnhaftigkeit und müssen auf das jeweilige gesundheitsfördernde Angebot abgestimmt werden. Darüber hinaus kann über die Effektivität der beiden Strategien im Rahmen dieser Arbeit keine Aussage getätigt werden, denn dazu bräuchte es quantitative Vergleichsdaten aus Evaluationsstudien.

Hinsichtlich Informationsstrategien über gesundheitsfördernde Maßnahmen werden vor allem die direkte Ansprache und Mundpropaganda durchgeführt – was in Strukturen kleinerer Landgemeinden durchaus möglich ist. Schomeier & Pettrup (2007) und Cattan et al. (2005) betonen ebenfalls, dass die Erreichbarkeit von älteren Menschen für gesundheitsfördernde Maßnahmen vor allem durch persönlichen Kontakt – durch so genannte „Quartiersmanager“ – und Mundpropaganda funktioniert. Auch Betroffene selber weisen darauf hin, dass es wichtig ist, Bezugspersonen (z.B. Expertinnen oder Experten im Gesundheitsbereich) zu haben, die sie an gesundheitsfördernde Aktivitäten erinnern oder sogar dabei überwachen (vgl. Belza et al. 2004, Elley et al. 2007, Hardy & Grogan 2009). Ergänzend dazu setzen Befragte auf diverse Printmedien

(Gemeindezeitschrift, Plakate, Flyer,...) was auch Cattan et al. (2005), Lis et al. (2008) und der National Council on Aging (2012) beschreiben. Über die Frage wie erfolgreich diese Informationsstrategien sind, waren sich die teilnehmenden Personen nicht einig. Die einen waren der Meinung, dass jede und jeder der Zielgruppe Bescheid wissen müsste, andere wiederum berichteten, dass es schwierig sei, einsame und isoliert lebende Menschen zu erreichen – was auch als Grund für mangelnde Nachfrage genannt wurde. Hierzu führen Lis et al. (2008) an, dass vor allem ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch einen sehr niederschweligen Auftritt in den Gemeinden, isoliert lebende Menschen besser erreichen.

Ebenso wird von den Befragten erwähnt, dass Gesundheitsförderung kontinuierlich durchgeführt werden sollte und so Angebote über einen längeren Zeitraum von Betroffenen genutzt werden können. Hierauf wird auch von Lis et al. (2008), der National Council on Aging (2012) sowie Strümpel & Billings (2008) hingewiesen. Ebenso wird es von Betroffenen in den Studien von Elley et al. (2007) und Ellewell et al. (2013) eingefordert und nachhaltige Verhaltensänderungen damit in Verbindung gebracht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Befragte einen Mix aus den unterschiedlichen Ansätzen der **Gesundheitsaufklärung** (z.B. in Form von Vorträgen) und des **Empowerments** (z.B. indem Betroffene selbst auf Initiatorinnen und Initiatoren zukommen) anwenden, was sich vermutlich als Reaktion auf die örtlichen Gegebenheiten entwickelt hat. Ebenso erwähnt eine Betroffene, dass der dritte Ansatz – **der top-down-Ansatz** nicht funktioniert, denn Betroffene lassen sich nicht „in ein Schema rein pressen“. (Vgl. Naidoo & Wills 2010)

Nutzen und Effekte der Maßnahmen

Einige befragte Personen sind der Meinung, dass sich Gesundheitsförderung für die Gemeinde selbst rentiert, indem sie „lebenswürdiger“ wird – wozu sich keine nähen Ausführungen finden. Der Großteil der Befragten gibt allerdings an, dass vor allem ältere Personen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen unterschiedliche Nutzen ziehen können. Allen voran sprachen sie davon, dass die

häusliche Versorgung und ein Leben zuhause (länger) möglich sind, indem Unabhängigkeit und alltägliche Fähigkeiten erhalten bleiben. Diese Annahmen decken sich mit den Motiven zur Gesundheitsförderung von Betroffenen, die in mehreren Studien Wünsche nach „Vorbeugung von Krankheit und Funktionsproblemen“, „funktionaler Unabhängigkeit“ und „das Verrichten von Hausarbeit“ äußern (vgl. Hardy & Grogan 2009, van Leuven 2010, Frenn 1996, Miller & Iris 2002). Befragte sahen einen weiteren großen Nutzen in der Erhaltung einer gewissen „Normalität“. Darunter verstanden sie, dass ältere Menschen fähig sind, Dinge zu tun und zu erleben, die für sie früher normal waren. Dieses Bedürfnis äußern Betroffene auch in den Studien von Elley et al. (2007), Miller & Iris (2002) sowie van Leuven (2010). Schließlich sind teilnehmende Personen der Meinung, dass Unabhängigkeit, Normalität und soziale Teilhabe die Lebensqualität von älteren Menschen erhöhen, was Betroffene in der Studie von Behr et al. (2014) ebenso angeben.

Bedarf und Nachfrage

Die Nachfrage an gesundheitsfördernden Angeboten durch die Zielgruppe wurde von den befragten Personen sehr unterschiedlich eingeschätzt. Eine Teilnehmerin sagte, dass die Nachfrage in ihrer Gemeinde sehr gut ist und es keine Probleme damit gibt. Möglicherweise funktioniert in dieser Gemeinde der Zugang zur Zielgruppe besonders gut. Andere wiederum berichteten, dass die Nachfrage vom Angebot abhängig ist, was durchaus nachvollziehbar ist, denn das Bedürfnis nach körperlichen, gesellschaftlichen oder informativen Angeboten kann stark variieren. Einige Befragte berichteten, dass die Nachfrage eher gering ist bzw. immer dieselben Personen an Angeboten teilnehmen und führen unterschiedliche Gründe dafür an. Dazu zählen z.B.: fehlendes Bewusstsein und Interesse an Gesundheitsförderung, das „Festhalten an alten Gewohnheiten“, Einsamkeit und Isolation sowie körperliche Immobilität. Ellwell et al. (2013) berichten in ihrer Studie ebenfalls davon, dass es Menschen gibt die glauben, dass Gesundheit vom Schicksal abhängig ist und somit schwer oder gar nicht beeinflussbar ist oder dass es im Alter „ohnehin zu spät ist, sich zu ändern“. Diese Annahmen würden unter „fehlendes Bewusstsein“ fallen und das Festhalten an alten Gewohnheiten erklären. Ältere Menschen in anderen Studien erwähnen ebenfalls, dass ihre

körperliche Verfassung bzw. körperliche Einschränkungen häufig eine Barriere hinsichtlich der Teilnahme an Gesundheitsförderung darstellen (vgl. Belza et al. 2004, Elley et al. 2007, van Leuven et al. 2010). Die Tatsache, dass immer dieselben Personen an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilnehmen, könnte damit erklärt werden, dass es in Bezug auf die Einstellung gegenüber Gesundheitsförderung unterschiedliche Typen von Menschen gibt, welche von „Nicht-Interesse“ bis „Vitalitätssteigerung und Ganzheitlichkeit“ reichen, wie es auch Boggatz (2011) beschreibt.

Hinsichtlich der Bedarfsdeckung an gesundheitsfördernden Angeboten in den Gemeinden wurden die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr allgemein gehalten, wodurch wenig Aussagekraft erreicht wurde. Ebenso waren die Aussagen sehr unterschiedlich und reichten vom Unterangebot, über ein ausgewogenes Angebot bis zum Überangebot, welches ältere Menschen sogar überfordere. Dieser Umstand lässt sich mit der Tatsache, dass Umfragen zum Bedarf gemacht wurden, nicht vereinbaren. Es könnte allerdings sein, dass es zwar bereits viele gesundheitsfördernde Angebote gibt, der Bedarf an spezifisch zugeschnittenen Programmen für ältere Personen – das heißt der Zielgruppenfokus – noch nicht erfüllt ist. Diese Annahme könnte mit dem noch unklaren Zielgruppenverständnis zusammen hängen. So beschreiben auch Betroffene in der Studie von Hardy & Grogan (2009), dass ihre Bedürfnisse oft nicht berücksichtigt werden und Angebote deshalb häufig unpassend sind.

Persönliche Voraussetzungen und Organisatorischer Rahmen

Teilnehmende Personen berichteten über unterschiedliche persönliche und organisatorische Voraussetzungen, die aus ihrer Perspektive notwendig sind, um gemeindenaher Gesundheitsförderung entsprechend ausführen zu können. Wichtig ist vor allem, dass Beteiligte soziale Kompetenz mitbringen, das heißt, dass sie einen guten Umgang mit älteren Menschen pflegen und einen Blick für deren Bedürfnisse haben. Ebenso sollten Sozialbeauftragte und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Offenheit und Neugierde mitbringen, damit sie vor allem offen auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Zielgruppe zugehen und dadurch dem Zielgruppenfokus entsprechen. Darüber hinaus sollten sie im „Ort

bekannt“ sein, was wiederum in Verbindung mit Vertrauensaufbau und besserer Erreichbarkeit der Zielgruppe steht, wie es auch Schomeier & Pettrup (2007) und Cattan et al. (2005) sowie Betroffene in den Studien von Belza et al. (2004), Elley et al. (2007) und Hardy & Grogan (2009) fordern. Wichtig in der gesundheitsfördernden Arbeit scheint auch Selbstbewusstsein und Selbstreflexivität zu sein, sich selbst Grenzen setzen und abschalten zu können, um sich vor allem vor Überforderung zu schützen. Lis et al. (2008) erwähnen hierzu passend die Gefahr der Überforderung insbesondere von freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der „zielgruppennahen“ Gesundheitsförderung.

Wichtig ist für teilnehmende Personen auch, dass sie regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen zu verschiedensten Gesundheits-, Krankheits- und Sozialthemen (z.B. Depression, Demenz, Ernährung, Kommunikation,...) teilnehmen können. Uneinig waren sich die Befragten dahingehend, ob Sozialbeauftragte, welche hauptberuflich mitunter für das Thema Gesundheitsförderung zuständig sind, eine Vor- bzw. Ausbildung im Gesundheits- oder Sozialbereich mitbringen sollten. Lis et al. (2008) erwähnt hierzu, dass ein breitgefächertes Team, bestehend aus „Laien“ und Expertinnen und Experten, sich um die Belange der Gesundheitsförderung für ältere Menschen kümmern sollte. Darüber hinaus weisen sie darauf hin, dass sich höher qualifiziertes Personal durchaus positiv auswirken kann, gleichzeitig aber auch zu höheren Personalkosten führen würde. Vor diesem Hintergrund ist die Sinnhaftigkeit einer Vor- bzw. Ausbildung im Gesundheits- oder Sozialbereich vermutlich davon abhängig, wie die „Expertisen-Struktur“ der üblichen Akteurinnen und Akteure im Feld – sprich in der Gemeinde – beschaffen ist. Denn die Arbeit in der gemeindenahen Gesundheitsförderung ist ohnehin gekennzeichnet von starker Zusammenarbeit der unterschiedlichsten Berufsgruppen, Vereinen, Verbänden, Organisationen und Institutionen, welche wiederum verschiedenste Expertisen in die Gemeinde bringen. Befragte betonen hier insbesondere die Notwendigkeit der Kooperation durch Projekte mit der „Gemeindeentwicklung Salzburg“ oder dem „Arbeitskreis für Vorsorgemedizin Salzburg“, welche auf Länderebene professionelle Gesundheitsförderung betreiben. In diesem Zusammenhang wiesen Teilnehmerinnen und Teilnehmer darauf hin, dass sich alle Beteiligten regelmäßig gemeindeintern, darüber hinaus auch mit anderen Gemeinden und Initiatorinnen und Initiatoren austauschen. Die

Notwendigkeit des „interaktiven Arbeitens“ betont auch Lis et al. (2008) und führt näher dazu aus, dass es wichtig ist, dass verschiedenste Organisationen und Partnerinnen und Partner in einem stabilen und lokalen Netzwerk zusammenarbeiten müssen und nur so maximale Effektivität erreicht werden kann.

Einen besonderen Stellenwert in der Zusammenarbeit nehmen ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, die nicht nur isoliert lebende Menschen besser erreichen, sondern vor allem Sozialbeauftragte in ihrer Tätigkeit unterstützen sollen. Darüber hinaus fällt durch sie ein großer finanzieller Aufwand weg. Ebenso erwähnten Betroffene, dass diese Arbeit einen Nutzen für die Freiwilligen selbst mitbringt, indem sie Spaß und glücklich macht und die Gelegenheit gibt, etwas zurückzugeben. Diese Vorteile durch Ehrenamtliche beschreiben auch Lis et al. (2008), der National Council on Aging (2012) sowie Schomeier & Pettrup (2007) indem sie berichten, dass Freiwillige häufig von der Planung bis zur Umsetzung in Projekte involviert sind, sie kosteneffektiv arbeiten, und sie durch das Führen eines aktiven Lebens – häufig in Rente – zur eigenen Gesundheitsförderung beitragen. Sie erwähnen ebenso, dass Ehrenamtliche nicht überbeansprucht werden dürfen und für ihr Engagement angemessen „entlohnt“ werden müssen. Diese Ansicht teilten auch die Befragten, indem sie fordern, dass freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kleine finanzielle Entschädigungen, z.B. Kilometergeld für gefahrene Wege mit dem Auto, eine Haftpflichtversicherung für ihren Einsatz oder zumindest regelmäßige Anerkennung in Form von für sie organisierte Feste oder Ausflügen, erhalten.

Wie bereits erwähnt, war für die befragten Personen ein niederschwelliger Zugang zur Zielgruppe von großer Bedeutung. Dazu gehört für sie auch die Tatsache, dass sie regelmäßig erreichbar sind und „zur Verfügung stehen“. Teilnehmende berichteten dazu, dass sie oft zu wenig Zeit dafür haben bzw. ihnen zu wenig zeitliche Ressourcen für diese niederschwellige Tätigkeit zur Verfügung gestellt wird und fordern deshalb mehr zeitliche Ressourcen. Ebenso fehlt es laut Teilnehmerinnen und Teilnehmern an räumlichen und vor allem finanziellen Mitteln, um Gesundheitsförderung optimal durchführen zu können und sie erwähnten hierzu, dass sie viel Kampfgeist und Stärke benötigen, um für das Thema einzustehen. Sie richteten deshalb den Appell vor allem an die politisch

Verantwortlichen auf Gemeinde- und Länderebene, sich dem Thema Gesundheitsförderung vermehrt anzunehmen, eine bezahlte Planstelle für Sozialbeauftragte in den Gemeinden einzurichten, mehr Ressourcen zur Verfügung zu stellen und rechtzeitig die Weichen für erfolgreiche Gesundheitsförderung zu stellen. Schomeier & Pettrup erwähnen hierzu, dass sich Verantwortliche heute die Frage stellen sollten, welche Bedürfnisse „ältere Menschen von morgen“ mit sich bringen und greifen dadurch ebenfalls das Thema des „Weichenstellens“ auf. Lis et al. (2008) führen weiters aus, dass vor allem die Personalkosten ein häufiger „Knackpunkt“ in der Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen sind und es wichtig ist, dass finanzielle Mittel aus verschiedensten Quellen kommen, um genügend Ressourcen für die Umsetzung von einschlägigen Projekten zu haben. Ebenso wird beschrieben, dass es für die Lukrierung von (Geld-)Mittel hilfreich ist, den Erfolg der Arbeit auszuwerten – sprich Evaluationen durchzuführen und im besten Fall aufzuzeigen, dass entsprechende Maßnahmen zweckmäßig sind und in weiterer Folge das Geld sinnvoll investiert wird (vgl. Lis et al. 2008). Leider gibt es hinsichtlich der Arbeit von Sozialbeauftragten und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der gemeindenahen Gesundheitsförderung für ältere Menschen (noch) keine Evaluationsdaten.

Conclusion

Antwort auf die Forschungsfrage

Die gemeindenahere Gesundheitsförderung basiert vor allem auf einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis und wird als Möglichkeit der Lebensstilveränderung und gesellschaftlichen Partizipation verstanden. Angebote sollen sich dabei an den Bedürfnissen und Ressourcen älterer Menschen orientieren, deren Mitgestaltung erlauben und eine Mischform an unterschiedlichen Ansätzen aufweisen. Gelungene Gesundheitsförderung kann dazu führen, dass die Lebensqualität älterer Menschen und die Lebenswürdigkeit einer Ortschaft erhöht werden. Sozialbeauftragte und Ehrenamtliche nehmen in diesem Kontext vor allem die Rollen der Beratung, der Vermittlung, der Organisation und Durchführung gesundheitsfördernder Angebote ein. Die größten Herausforderungen stellen dabei das Erreichen und die Motivation älterer Menschen sowie die Lukrierung finanzieller, räumlicher und zeitlicher Ressourcen dar.

Implikationen für Forschung und Praxis

Die gesundheitsfördernde Arbeit von Sozialbeauftragten und Ehrenamtlichen ist gekennzeichnet davon, dass sie stark in die Gemeinde eingebettet ist. Die große Stärke liegt darin, dass der Zugang zur Zielgruppe durch eine Vertrauensbasis niederschwellig passieren kann und so viele Probleme wahrgenommen werden können, die in offiziellen Bedarfserhebungen möglicherweise nicht aufscheinen würden. Die Gefahr liegt allerdings darin, dass dadurch eventuell der Überblick und der Fokus der Gesundheitsförderung verloren gehen, weshalb es empfehlenswert ist, ein klares Zielgruppenverständnis zu definieren sowie den Bedarf (erneut) zu klären. Ebenso scheint es sinnvoll zu sein, ein Team aus Laien sowie Expertinnen und Experten aufzustellen bzw. zumindest deren Begleitung sicher zu stellen, wie es auch Lis et al. (2008) empfehlen.

Für weiterführende Forschungen wäre es interessant, eine Bedarfserhebung sowie eine quantitative Evaluationsstudie in den jeweiligen Gemeinden durchzuführen, um über die Wirksamkeit der gesundheitsfördernden Arbeit Aussagen tätigen zu können.

Literaturverzeichnis

Behr, A., Meyer, R., Kuhlmeier, A., Schenk, L.: Lebensqualität und Gesundheit. Subjektive Perspektiven von selbstauskünftigen Pflegeheimbewohnern – eine qualitative Studie. In: Pflege Jg. 27 / 2014, Heft 6, S. 369-380.

Belza, B., Walwick, J., Schiu-Thornton, S., Schwarzt, S., Taylor, M., LoGerfo, J.: Older adult perspectives on physical activity and exercise. Voices from multiple cultures. In: Preventing chronic disease [serial online] / 2004 Oct [10.8.15]. Available from: URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/oct/04_0028.htm.

Boggatz, T.: Leben und altern im vertrauten Umfeld. Wohnprojekte mit Quartiersbezug für ältere Menschen. In: Pflegezeitschrift Jg. 65 / 2012, Heft 1, S. 6-10.

Boggatz, T.: Die Einstellung älterer Menschen zur Gesundheitsförderung. Eine qualitative Studie. In: PrinterNet 7-8 / 2011, S. 413-421.

Cattan, M., White, M., Bond, J., Learmouth, A.: Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. In: Ageing & Society 25 / 2005, p. 41-67.

Elley, C.R., Dean, S., Kerse, N.: Physical activity promotion in general practice. Patient attitudes. In: Australian Family Physician 36 / 2007, no. 12, p. 1061-1064.

Ellwell, L., Povey, R., Grogan, S., Allen, C., Prestwich, A.: Patients' and practitioners' views on health behaviour change. A qualitative study. In: Psychology & Health 28 / 2013, no. 6, p. 653-674.

Frenn, M.: Older adults' experience of health promotion. A theory for nursing practice. In: Public Health Nursing 13 / 1996, no. 1, p. 65-71.

Gemeinde Elixhausen: MiA-Begleiterinnen. Wir lassen pflegende Angehörige nicht allein. Elixhausen: Gemeinde Elixhausen n.D. .

Grove, S.K., Burns, N., Gray, J.R.: Practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th Edition, Philadelphia: Elsevier Saunders 2013.

Hardy, S., Grogan, S.: Preventing disability through exercise. Investigating older adults' influences and motivations to engage physical activity. In: Journal of Health Psychology 14 / 2009, no. 7, p. 1036-1046.

Holloway, I., Wheeler, S.: Qualitative research in nursing and healthcare. 3rd Edition, UK: Wiley-Blackwell Publishing 2010.

Hurrelmann, K., Laaser, U.: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa 2003, S. 395-424

Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings, J., Brown, P. (Ed.): Evidence-based guidelines on health promotion for older people. Vienna: Austrian Red Cross 2008.

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz Verlag 2008.

Miller, A.M., Iris, M.: Health promotion attitudes and strategies in older adults. In: Health Education & Behavior 29 / 2002, no. 2, p. 249-267.

Naidoo, J., Wills, J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010.

Nusselder, W.J.: Compression of morbidity. In: Robine, J.-M., Jagger, C., Mathers, C.D., Crimmins, E.M., Suzman, R.M. (eds.): Determining Health Expectancies. Chichester: Wiley 2003, S. 35-58.

Pavlik, J., Gemkow, A., Bienstein, C., Bartholomeyczik, S., Löhken-Mehring, S., Monheim, U. (2004): Bericht der Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Alter – Aufgabe der Pflege“. URL: https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB/II.1/EK/EKALT/13_EK3/AG-Berichte/AG_Bericht_Reha_Praev.pdf - Download vom 10.8.2015.

Polit, D.F., Beck, C.T.: Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th Edition, Philadelphia: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins 2012.

Schomeier, I., Pettrup, S. (2007): „Gesund älter werden im Stadtteil“ – Mobilisierung sozial benachteiligter alter Menschen im Stadtteil. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit.

Berlin 2007. URL: <https://www.yumpu.com/de/document/view/13212548/gesund-alter-werden-im-stadtteil-gesundheit-berlin-ev/5> - Download vom 10.8.2015.

Statistik Austria (2014): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien: Verlag Österreich GmbH. URL: http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&pubId=495§ionName=Gesundheit – Download vom 10.8.2015.

Strümpel, C., Billings, J. (2008): Overview on health promotion for older people. European Report. URL: https://kar.kent.ac.uk/24794/1/hpe_European_Report_draft_May9_2008_finaldraft.pdf - Download vom 10.8.2015.

Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J.: Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: International Journal of Qualitative Health Care 19 / 2007, no. 6, p. 349-357.

Van Leuven, K.A.: Health practices of older adults in good health – engagement is the key. In: Journal of Gerontological Nursing 36 / 2010, no. 6, p. 38-46.

Wan, T.T.H., Odell, B.G.: Factors affecting the use of social and health services among elderly. In: Ageing and Society 1 / 1981, no. 1, p. 95-115.

WHO (1997): Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. URL: http://www.who-tag.de/2002themen_jakarta.htm - Download vom 10.8.2015.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf - Download vom 10.8.2015.

Information für Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung

„Erfahrungen mit der gemeindenahen Pflegeberatung/ Gesundheitsförderung“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Im Rahmen einer Befragung zum Thema „Erfahrungen, Probleme und Bedürfnisse in der gemeindenahen Pflegeberatung/ Gesundheitsförderung“ möchten wir Ihre Meinung als Expertin oder Experte kennen lernen. Mit Ihrer Hilfe soll das Modellprojekt der/des „Sozialbeauftragten“ beleuchtet werden.

Welchen Zweck hat die Befragung?

Wie alle europäischen Länder verzeichnet Österreich eine Zunahme seiner älteren Bevölkerung. Begleiterscheinungen dieser Entwicklung sind altersbedingte Erkrankungen, weshalb ein Modellprojekt in Form einer Etablierung von „Sozialbeauftragten“ in ländlichen Bereichen gestartet wurde. Zweck dieser Befragung ist es, herauszufinden, in wie weit diese Sozialbeauftragten zur Gesundheitsförderung/ Pflegeberatung in den jeweiligen Gemeinden beitragen.

Was bedeutet eine Teilnahme für Sie?

Sind Sie mit der Teilnahme an dieser Befragung einverstanden, werden zwei Studentinnen der Medizinischen Universität Graz (Kreer Elisabeth & Kreuzberger Nicole) diese Thematik im Zuge ihrer Masterarbeiten aufgreifen und Ihnen Fragen zu den Themen „Gesundheitsförderung“ und „Pflegeberatung“ stellen. Zur nachträglichen Auswertung werden die Gespräche mit Ihrem Einverständnis auf einem Diktiergerät aufgezeichnet. Ein Gespräch dauert etwa eine Stunde, je nachdem wie lange Sie sich unterhalten wollen.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Die zum Zweck der Befragung aufgezeichneten Gespräche werden unter einem Pseudonym gespeichert und hierzu mit einer Codenummer versehen. Auf den Codeschlüssel, der es erlaubt, Ihre Daten mit Ihrem Namen in Verbindung zu bringen, haben nur die Studentinnen Zugriff, welche auch die Auswertung und Verarbeitung der anonymisierten Befragungsdaten durchführen werden.

Was passiert mit den Ergebnissen der Befragung?

Es ist geplant, die Ergebnisse der Befragung dem interessierten Fachpublikum vorzustellen und diese Ergebnisse als Grundlage für weitere, künftige Forschungsthemen zu nutzen. Ihre Identität bleibt in beiden Fällen selbstverständlich anonym. Sie können jederzeit der Weiterverarbeitung Ihrer Daten im Rahmen der oben genannten Studie widersprechen und ihre Löschung verlangen.

Haben Sie noch Fragen?

Kreer Elisabeth, BSc.

elisabeth.kreer@stud.medunigraz.at

0664-8732957

Kreuzberger Nicole, BSc.

nicole.kreuzberger@stud.medunigraz.at

0664-3301667

Betreuer dieser Forschungsarbeiten:

FH-Prof. Dr. Thomas Boggatz

thomas.boggatz@fh-salzburg.ac.at

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe und die Unterstützung dieses Projektes!

Ort, Datum

Unterschrift