



MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Perspektiven kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Eine qualitative Untersuchung in österreichischen Gemeinden

Verfasserin

Hermine Elisabeth Schmidt-Mucker Bakk. Phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 066 905

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Soziologie

Betreuer:

PD Mag. Dr. Wolfgang Dür

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
1.1 Problemstellung	4
1.2 Zielsetzung der Arbeit	4
1.3 Fragestellungen	5
1.4 Forschungsdesign	6
2 Theoretische Grundlagen und Ansätze	7
2.1 Handlungstheoretischer Zugang	8
2.1.1 Soziales Handeln	8
2.1.2 Gesellschaftspolitisches Handeln	9
2.2 Alternstheoretische Ausrichtung	10
2.2.1 Demografischer Wandel	10
2.2.2 Alternstheorien	12
2.3 Gesundheit	15
2.3.1 Gesundheitsbegriff im Wandel	15
2.3.2 Salutogenese nach Antonovsky	16
2.3.3 Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln	18
3 Gesundheitsförderung	19
3.1 Ottawa Charta	20
3.2 Merkmale der Gesundheitsförderung	21
3.2.1 Empowerment	22
3.2.2 Partizipation	23
3.2.3 Gesundheitsförderung und Prävention	25
3.3 Der Settings-Ansatz	27
3.3.1 Das kommunale Setting	27
3.3.2 Das Quartier	29
3.4 Public Health in Österreich	30
3.4.1 Politischer Sektor	31
3.4.1.1 Bund und Länder	32
3.4.1.2 Gemeinden	34
3.4.2 Gesundheitssektor	35
3.4.3 Konsens in der Gesundheitspolitik	36
3.4.4 Evaluation in der Gesundheitsförderung	37
4 Umfeldanalyse	38
4.1 Gesunde Gemeinde OÖ	38
4.3 „healthPROelderly“	40
4.3.1 Das Projekt	40
4.3.2 Auswertungsmethode	41
4.4 „GF im kommunalen Setting für ältere Menschen 60+“	48
4.5 Fazit zur Sekundäranalyse	51
5 Argumentarium „Aktive Ältere“	51
5.1 Leitlinien	52
5.2 Erstellung des Argumentariums	53

6	ExpertInneninterviews	55
6.1	ExpertInnen	55
6.2	BürgermeisterInnen	56
6.3	Datenerhebung	58
6.3.1	Interviews	59
6.3.1.1	Interviewplanung	59
6.3.1.2	Interviewleitfaden	62
6.3.1.3	Interviewdurchführung	63
6.3.2	Artefakte	64
6.4	Datenauswertung	65
6.4.1	Interviewauswertung	66
6.4.1.1	Transkription	66
6.4.1.2	Kodierung	67
6.4.2	Artefaktanalyse	68
7	Ergebnisdarstellung	68
7.1	Bestehende und geplante kommunalpolitische Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen	69
7.1.1	Sozialpolitisch aktive Gemeinden	69
7.1.2	Sozialpolitisch wenig aktive Gemeinden	73
7.2	Faktoren zur Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen	76
7.2.1	Förderliche Faktoren	77
7.2.1.1	Einstellung der BürgermeisterInnen zur GF für ältere Menschen	78
7.2.1.2	Amtsverständnis der BürgermeisterInnen	79
7.2.1.3	Ehrenamtliche Beteiligung der älteren BürgerInnen	82
7.2.1.4	Managementstrukturen der Gemeindeverwaltung	84
7.2.1.5	Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen	89
7.2.2	Hinderliche Faktoren	90
7.2.2.1	Geografische Lage der Gemeinde	90
7.2.2.2	Geringe EinwohnerInnenzahl der Gemeinde	92
7.2.2.3	Fehlende kommunale und regionale Infrastruktur	93
7.2.2.4	Zuteilung finanzieller Mittel durch Bund und Länder	96
7.2.2.5	Prioritätensetzung der BürgermeisterInnen	98
7.2.3	Beurteilung Argumentarium „Aktive Ältere“	102
7.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	103
8	Conclusio und Ausblick	105
9	Verzeichnisse	107
9.1	Literaturverzeichnis	107
9.2	Internetquellen	111
9.3	Abbildungen	111
9.4	Tabellen	112
9.5	Abkürzungen	112
10	Anhang	112
10.1	Argumentarium „Aktive Ältere“	112
10.2	Ausgewählte Gemeinden	123
	Kurzzusammenfassung	126
	Abstract	127
	Curriculum vitae	128

1 Einleitung

Gesundheit ist ein Grundrecht aller Menschen. Die WHO erarbeitete im Jahr 1986 in der Ottawa Charta das Konzept der Gesundheitsförderung. Die Empfehlungen umzusetzen liegt im Kompetenzbereich der Nationalstaaten. In einem Sozialstaat ist die Sorge um das Wohl der gesamten Bevölkerung ursprünglich in der Verfassung fixiert. Öffentliche Gesundheitsförderung ist *Sozialpolitik par excellence* und beinhaltet Aufgaben wie Aufklärung und Information, die entsprechende Schaffung von Gesetzen und deren Überwachung sowie Initiierung, Moderation und Koordination gesundheitsfördernder Aktivitäten. Durch gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung kann präventiv ein Aufbau von Schutzfaktoren gegen Gesundheitsbelastungen erfolgen, kostendämpfend auf die Ausgaben des Sozialstaates eingegriffen und der soziale Zusammenhalt verstärkt werden. Interventionen sollten möglichst früh beginnen und über die gesamte Lebensspanne fortgeführt werden – für Gesundheitsförderung ist es nie zu spät.

Der Trend älter zu werden ist unaufhaltsam. Einer alternden Bevölkerung drohen soziale und ökonomische Probleme. Um prognostizierten Konflikten zwischen den Generationen zu begegnen, liegt die Aufgabe der gegenwärtigen Gesellschaft darin, Alter positiv zu bewerten und Gesundheit sowie soziale Handlungsfähigkeit der älteren Generation länger aufrecht zu erhalten. Ökonomische Sachzwänge sind zu relativieren. Gesundheitsförderung ist im Spannungsfeld zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und subjektivem Verhalten angesiedelt. Von den verantwortlichen PolitikerInnen verlangt sie den ausdrücklichen Willen, gezielte Öffentlichkeitsarbeit und geeignete Managementstrukturen systematisch aufzubauen. Die Beteiligung der BürgerInnen kann erfolgen, wenn Möglichkeiten dafür geschaffen werden. Die Kommune oder Gemeinde rückt als gesundheitspolitische Gestaltungsebene immer mehr in den Blickpunkt, da sie auf Grund ihrer Nähe zu den BürgerInnen bedarfsgerecht und effizient reagieren kann.

Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen braucht in Österreich noch mehr öffentliche Ermutigung. Eine aktuelle Herausforderung für die Sozialwissenschaften besteht darin die Chancen der aktuellen Bevölkerungsentwicklung stärker herauszustellen und aufzuzeigen, wo Ansatzpunkte für sinnvolle Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen liegen, wie sich Ressourcen optimal erschließen lassen und warum eine Win-Win-Situation für alle Mitglieder der Gesellschaft entsteht, wenn individuelle und kollektive Handlungsfähigkeit gestärkt werden.

1.1 Problemstellung

Gesundheitsförderung zählt zu einer der sinnvollsten Investitionen des Sozialstaates, da sie gegebenenfalls unnötige Leiden und Kosten vermeiden hilft und Menschen dazu befähigt, ein selbstbestimmtes Leben zu führen (Göpel 2001). Damit BürgerInnen Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit entwickeln können, muss soziale Ungleichheit ausgeglichen und die Lebenswelt gesundheitsgerechter gestaltet werden. Dies ist nur durch ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept mit einer soliden finanziellen Basis zu erreichen (Mielck 2010).

Trotz auferlegter Sparmaßnahmen rückt die Forderung nach gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen zunehmend in den Vordergrund. Auf Grund der demografischen Entwicklung und den damit einhergehenden Veränderungen der Gesellschaft werden sich gesundheitspolitische Aktivitäten zukünftig verstärkt auf die älteren Menschen verlagern müssen. Die zentrale Frage ist, inwieweit die AkteurInnen der österreichischen Gesundheitspolitik auf diese Herausforderung vorbereitet sind und wo sie die öffentliche Aufgabe verorten, Unabhängigkeit und Lebensqualität im Alter zu erhalten. Für die Gesundheitsforschung ergibt sich die dringende Notwendigkeit, alternative Ansätze zur Gesundheitsförderung zu erarbeiten und neue Perspektiven aufzuzeigen, die in der Folge von den politisch Verantwortlichen aufgegriffen und in der Praxis erprobt werden können.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

In Österreich sind die Effekte der Gesundheitsförderung dort wo Projekte stattgefunden haben zwar spürbar und benennbar, allerdings hat Gesundheitsförderung in Politik und Öffentlichkeit noch nicht den Charakter einer Leitidee, sondern eher den einer „luxuriösen Beschäftigung“ (Dür 1997: 54).

Durch die vorliegende Arbeit soll Gesundheitsförderung als ‚sinnvolle Investition‘ weiter in den Vordergrund gerückt werden. Darüber hinaus wird explizit der Forschungslücke kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen Rechnung getragen. Ziel ist es, Gesundheitsförderung nicht nur theoretisch-konzeptionell zu verorten, sondern mit Hilfe einer qualitativen Untersuchung in ausgewählten österreichischen Gemeinden ein aktuelles Bild kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu skizzieren und Faktoren herauszuarbeiten, die nach Aussagen der BürgermeisterInnen die Realisierung

kommunalpolitischer Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen fördern oder behindern.

Die Kommune oder Gemeinde¹ liegt als sozialpolitisches Aktionsfeld im Mittelpunkt des Interesses, da sie als direkte Steuerungsinstanz für die Umsetzung gesundheitsfördernder Interventionen gesehen wird (Badura/ Zamora 2001). BürgermeisterInnen gelten als Schlüsselpersonen der Kommunalpolitik. Ihre Einstellungen, Handlungsorientierungen und -entscheidungen sind auf Grund ihrer Position praxiswirksam (von Beyme 1993). Darüber hinaus teilen sie ihre Lebenswelt mit der Gemeindebevölkerung und haben Zugang zu maßgeblichen AkteurInnen. Um möglichst umfangreiche spezifische Informationen zum Forschungsthema zu generieren werden BürgermeisterInnen zu ihrer persönlichen Einstellung und ihrem expliziten Wissen befragt.

Mit dieser qualitativen Untersuchung wird ein Beitrag zur sozialwissenschaftlichen und öffentlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen bzw. die ältere Generation geliefert. Der Fokus liegt auf der Gruppe der jüngeren, aktiven Alten männlichen und weiblichen Geschlechts ab 55 bis 60 Jahren. Eine zahlenmäßige Alterseinschränkung ist nicht zielführend und wird bewusst vermieden.

1.3 Fragestellungen

Auf Grund der Intention, betreffend Gesundheitsförderung für ältere Menschen in ausgewählten österreichischen Gemeinden Status Quo sowie Einflussfaktoren für die Realisierung kommunalpolitischer Interventionen zu bestimmen, ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Welche kommunalpolitischen Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen bestehen in ausgewählten österreichischen Gemeinden, welche sind geplant?
- Welche Faktoren behindern oder fördern nach Aussagen von BürgermeisterInnen ausgewählter österreichischer Gemeinden die Realisierung kommunalpolitischer Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen?

Um diese Fragen zu beantworten, soll das gegenwärtige sozialpolitische Aktionsfeld in elf österreichischen Gemeinden ausgeleuchtet werden. Zur gezielten Informationsgewinnung

¹ Die Begriffe Kommune und Gemeinde werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet und als kleinste politische Verwaltungsebene definiert.

wird das ExpertInnenwissen der BürgermeisterInnen herangezogen, wobei offene, leitfadengestützte Interviews als angemessenes Erhebungsinstrument erscheinen. Parallel erfolgt eine Sammlung von Artefakten, um die Einsicht in den Forschungskontext zu vertiefen.

1.4 Forschungsdesign

Diese sozialwissenschaftliche Arbeit ist als exploratives Feldforschungsprojekt aufgebaut und folgt methodologisch den Maximen interpretativer Sozialforschung. In der qualitativen Feldforschung ist Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt Wirklichkeitskonstruktion und „ein aktiver Prozeß [sic] der Welterzeugung“ (Lueger 2000: 21). „Dieser Versuch, die Welt bzw. Ausschnitte daraus in einem wissenschaftlichen Vorstellungsmodell zu fassen, wird [...] als *(Re)Konstruktion* bezeichnet und bezieht sich auf Beobachtetes und Erzähltes“ (Lueger 2000: 15). Eine induktive Herangehensweise verlangt unbedingte Offenheit. SoziologInnen als „*Fremde in der eigenen Gesellschaft*“ (Girtler 2001: 19) müssen „die Demut aufbringen, sich überraschen zu lassen und von vorgefaßten [sic] Interpretationen abzurücken“ (ebd.).

Das Forschungsinteresse basiert auf persönlichen Erfahrungswerten und Eindrücken aus Diskussionen in den öffentlichen Medien. Im ersten Schritt dieser Untersuchung erfolgt ein Review bereits durchgeführter Studien, wodurch eine Einschätzung des Status Quo und Einsicht in bestehende Aktivitäten der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Österreich ermöglicht wird. Aufbauend auf die Ergebnisse der Analyse evidenzbasierter Leitlinien des EU-Projekts „healthPROelderly“ wird das Argumentarium „Aktive Ältere“ entwickelt. Es soll diesen Forschungsprozess um eine Facette bereichern und wird im zweiten Schritt der Untersuchung BürgermeisterInnen ausgewählter österreichischer Gemeinden als Diskussionsgrundlage vorgelegt. In anschließenden ExpertInneninterviews soll explizites Wissen rund um das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen gesammelt werden. Angestrebt wird, aktuelle kommunalpolitische Interventionen sowie Einstellung von BürgermeisterInnen exemplarisch darzustellen und Faktoren herauszuarbeiten, die aus Sicht der befragten BürgermeisterInnen die Realisierung kommunalpolitischer Interventionen fördern oder behindern. Die Analyse der ExpertInneninterviews wird in Anlehnung an Mayring (2010) themenbezogen durchgeführt. Das Zusammenfügen der thematischen Einheiten in spezifische Antwortkategorien erlaubt prägnante Aussagen in Bezug auf die im Abschnitt 1.3

gestellten Forschungsfragen. Im letzten Schritt dieser Untersuchung werden alle gewonnenen Erkenntnisse aus den Analysen der Primär- und Sekundärdaten zusammengefasst und in Rückführung auf die theoretischen Grundlagen zu einem Gesamtergebnis verknüpft.

Diese schrittweise Darstellung der Vorgehensweise dient lediglich zur Übersichtlichkeit. Der Forschungsprozess selbst wird in Ansätzen nach den Maximen der *Grounded Theory* gestaltet und zur Gänze möglichst offen, reflexiv und flexibel erfolgen. Dieser zyklische Prozess der Datenerhebung, Analyse und Theoriebildung lässt jederzeit Änderungen zu und läuft solange, bis die datenbasierte Theorie gesättigt scheint, wobei es keine endgültige Abgeschlossenheit des Forschungsprozesses gibt (Glaser & Strauss 1967).

Formal umfasst diese Arbeit einen theoretischen und empirischen Teil. In den Kapiteln 2 und 3 werden die theoretischen Grundlagen und Ansätze im Hinblick auf die Themenbereiche soziales Handeln, Alter, Gesundheit und Gesundheitsförderung dargelegt. Die Kapitel 4, 5 und 6 beinhalten die Operationalisierungs- und Ergebnisdarstellung der Umfeld- und Artefaktanalysen sowie der ExpertInneninterviews. In den Kapiteln 7 und 8 erfolgt eine Zusammenfassung und Diskussion der gewonnenen Erkenntnisse sowie ein Ausblick als Anregung für zukünftige Forschungsvorhaben.

2 Theoretische Grundlagen und Ansätze

In diesem Kapitel erfolgt einleitend eine Abhandlung handlungstheoretischer Zugänge, da sie grundlegend für die Ausrichtung und Gestaltung der vorliegenden Forschungsarbeit sowie die Annäherung an die relevanten Themen Empowerment, Partizipation und sozialpolitische Aushandlungsprozesse sind. Im darauffolgenden Abschnitt wird der demografische Wandel dargestellt, dessen Prognosen ein wichtiger Ausgangspunkt für diese Arbeit sind. Danach werden die Alternstheorien ansatzweise erläutert, wobei im Hinblick auf die gegenwärtige ältere Generation die Aktivitätstheorien und das Lebensstilkonzept fokussiert werden. Im Abschnitt über Gesundheit wird zuerst auf Gesundheitsbegriffe eingegangen. Einen Schwerpunkt bildet das Konzept der *Salutogenese*² nach Antonovsky, auf deren Prinzipien der erfolgreiche Umgang mit Gesundheit aufgebaut ist. Anschließend werden die Themen Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln angesprochen.

² Erstmals Antonovsky 1979

2.1 Handlungstheoretischer Zugang

Der handlungstheoretische Ansatz ist für die vorliegende Arbeit insofern relevant, als sich Motive und strukturelle Bedingungen für gesundheitsförderndes Handeln am besten aus der Perspektive des Subjekts in Übereinstimmung mit seiner Umwelt erschließen und auf ihre Sinnhaftigkeit hin überprüfen lassen.

2.1.1 Soziales Handeln

Soziales Handeln ist in allen seinen Dimensionen ein grundlegender Begriff der Soziologie und somit in sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzungen unentbehrlich. Max Webers Definition von Soziologie als Wissenschaft des *Verstehens* und *Erklärens* beinhaltet bereits die Sinnhaftigkeit und reflexive Perspektivenübernahme des sozialen Handelns (Weber 1984).

In der verstehenden oder interpretativen Soziologie stehen das menschliche Individuum und sein Handeln im Mittelpunkt. Die VertreterInnen des amerikanischen Pragmatismus postulierten eine praxisorientierte Ausrichtung. Die Wahrheit liegt im Erfolg des Handelns: „Truth is what works“ (Richter 2001: 187). Mead schreibt den Interaktionen des Menschen ebenfalls einen Sinn zu. Die Entwicklung des Menschen ist ganz eng mit der Entwicklung von Symbolen und damit der Sprache verbunden. Ein wichtiger Aspekt der Sozialisation liegt in der Perspektivenübernahme im Rollenspiel „*der generalisierte Andere*“ (Mead 1973: 105). Zentraler Punkt ist, dass sprachliche Symbole, die die unzähligen Bedeutungen der Welt verkörpern, über einen historischen Zeitraum akkumuliert werden. Die Weitergabe des kulturellen Wissens inklusive Anpassungsleistungen über Generationen hinweg wurde von Tomasello als *Wagenhebereffekt* (Tomasello 2006: 17) bezeichnet. Habermas nennt die Träger kumulativer Lernprozesse *sozialisierte Gehirne* (Habermas 2007: 114f) und will damit Kant und Darwin versöhnen. Auf der Ebene des Subjekts steht zur Soziogenese der Handlungsfähigkeit Selmann's Konzept der fünf Entwicklungsniveaus der Perspektivenübernahme, das auf Piaget und den von Kohlberg formulierten Stufen der Moralentwicklung aufbaut. Ontogenetisch entsteht auf dem höchsten Niveau eine Persönlichkeit, die vielfältige Perspektiven differenzieren, abstrahieren und reflektieren kann (Selmann 1984: 50ff).

Parsons beruft sich ebenfalls auf Weber und baut seine *Theorie des sozialen Handelns* auf der Handlungsdyade Alter-Ego auf. Die Handlung erfolgt nach bestimmten Mustern –

pattern variables. Gesellschaft als umfassendes Handlungssystem zerfällt in Subsysteme wie Kultur-, Sozial-, Persönlichkeits- und organismische Systeme, die bestimmte Strukturelemente besitzen und Funktionen erfüllen. Sein Schüler Luhmann entwickelte daraus die allumfassende Systemtheorie, in der Systeme auf Grund ihrer Autopoiesis als selbstreferenzielle Kommunikationssysteme funktionieren (vgl. Abschnitt 2.1.2). Alexander entwarf aufbauend auf Parsons das neofunktionalistische Konzept der *Civil Society*. Demokratie wird darin als universelle BürgerInnengesellschaft definiert. Sie ist auf Grund ihrer Handlungspraktiken ‚lebendige‘ Demokratie, in der Entscheidungen nach einer binären Logik getroffen werden. Die universelle Zugehörigkeit drückt sich aus in Gemeinsinn und Gemeinschaftsgefühl (vgl. Richter 2001).

2.1.2 Gesellschaftspolitisches Handeln

Weber thematisiert in seinen Schriften immer wieder die gesellschaftlichen Machtverhältnisse zwischen Herrschenden und Beherrschten – „Wer Politik treibt, erstrebt Macht“ (1992: 7) – und postuliert im Jahr 1919 in einer Rede „daß [sic] drei Qualitäten vornehmlich entscheidend sind für den Politiker: Leidenschaft – Verantwortungsgefühl – Augenmaß“ (1992: 62). Mit diesen Qualitäten ausgestattet können PolitikerInnen in ethischer Hinsicht ihrer Machtausübung gerecht werden und sie „in den Dienst der ‚Sache‘“ (ebd.) stellen. Auf dieser Verantwortungsethik beruht in modernen Demokratien gesellschaftspolitisches Handeln.

Die Sorge um das Gemeinwohl steht im Konzept des Kommunitarismus im Mittelpunkt und erfährt gegenwärtig auf Grund der Pathologien politischer und ökonomischer Systeme neue Wertschätzung. Es bekämpft Extremindividualismus ebenso wie Kollektivismus und fokussiert das ausgewogene Verhältnis zwischen Individualrechten und sozialen Pflichten. Die zivile Ordnung verlangt Zeit und Kraft von allen Beteiligten und wird durch soziales Engagement aufrechterhalten. Bürgerrechtsbewegungen stützen sich auf starke gemeinsame Wertvorstellungen und ihre richtungsweisende Symbolkraft. Und sie verfügen über Strategien, die politisch Verantwortlichen zum Dienst an der Gemeinschaft zu drängen (Etzioni 1998).

Im Gegensatz dazu steht Luhmann der Möglichkeit einer aktiven Steuerung von Systemen skeptisch gegenüber. Das politische System ist permanent durch Bemühungen der Inklusion bzw. Exklusion der Bevölkerung beschäftigt und muss sich in seinen Differenzierungen auf *kollektiv bindende Entscheidungen* (Luhmann 2000: 245) einlassen.

Wie alle Systeme muss es durch *strukturelle Kopplungen* (Luhmann 2000: 373) Anpassungen an Umweltbedingungen leisten, die allerdings „die kognitiven Prozesse des Systems nur irritieren, nicht aber determinieren können“ (ebd.). In der *Theorie der politischen Evolution* (Luhmann 2000: 412) gesteht Luhmann Strukturen bereits bestehender politischer Systeme Veränderung zu, erweitert um die Notwendigkeit der permanenten *Stabilisierung/Restabilisierung* (Luhmann 2000: 422). „Durch die Evolution zum Wohlfahrtsstaat wird Öffnung und Restriktion zum Dauerproblem der Politik“ (Luhmann 2000: 424). Systeme haben folglich eine ungewisse Zukunft. Um Komplexität zu verringern und Funktionalität zu gewährleisten wird das politische System wie andere Systeme in Teilsysteme zerlegt, die aufeinander bezogen und permanent gegenseitiger Korrektur durch die AkteurInnen ihrer Organisationen ausgesetzt bleiben. Relevant ist, dass Systeme in ihrer Interdependenz keineswegs veränderungsresistent sind und die Möglichkeit der Beeinflussung im Bereich der *strukturellen Kopplungen* verortet ist. Genau dort ist Kommunikation ‚Verhandlung‘ und erlaubt in der Interaktion Reflexion bei den kooperativen AkteurInnen. Durch Netzwerke werden Selbstorganisationsprozesse der politischen Teilsysteme angeregt. Sie brauchen jedoch komplementäre staatliche Intervention (vgl. Lange/ Braun 2000).

In der vorliegenden Forschungsarbeit wird die Kommune als Handlungssystem fokussiert. BürgermeisterInnen werden als EntscheidungsträgerInnen herausgestellt; sie können durch konkretes Handeln Systemveränderungen bewirken.

2.2 Alternstheoretische Ausrichtung

In diesem Abschnitt wird nach der Darstellung des demografischen Wandels auf den Paradigmenwechsel in den Alternstheorien und das Lebensstilkonzept eingegangen.

2.2.1 Demografischer Wandel

Die Zahl der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt aktuell weltweit stetig, besonders stark aber in den westlichen Industriestaaten. Die Gründe dafür sind vielfältig. Einerseits liegen sie in der gestiegenen Lebenserwartung und andererseits in der sinkenden Geburtenrate. Weiter verschärft wird die Situation durch den Babyboom der 1960er Jahre. Nach Angaben der Statistik Austria verändert sich die Altersstruktur in Österreich dramatisch. Der Anteil der Generation 60+ steigt kräftig, die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren hingegen nur leicht. Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl älterer

Menschen in Österreich auf 2,81 Millionen wachsen. Zum Zeitpunkt dieser Untersuchung im Jahr 2011 ist jeder/ jede fünfte ÖsterreicherIn über 60 Jahre alt. Im Jahr 2020 wird bereits jeder/ jede vierte ÖsterreicherIn und langfristig gesehen sogar jeder/ jede dritte BewohnerIn Österreichs über 60 Jahre alt sein. Gleichzeitig wird die Anzahl der Hochaltrigen überproportional steigen. Darüber hinaus ist ein Trend zur Feminisierung des Alters zu verzeichnen (Statistik Austria).

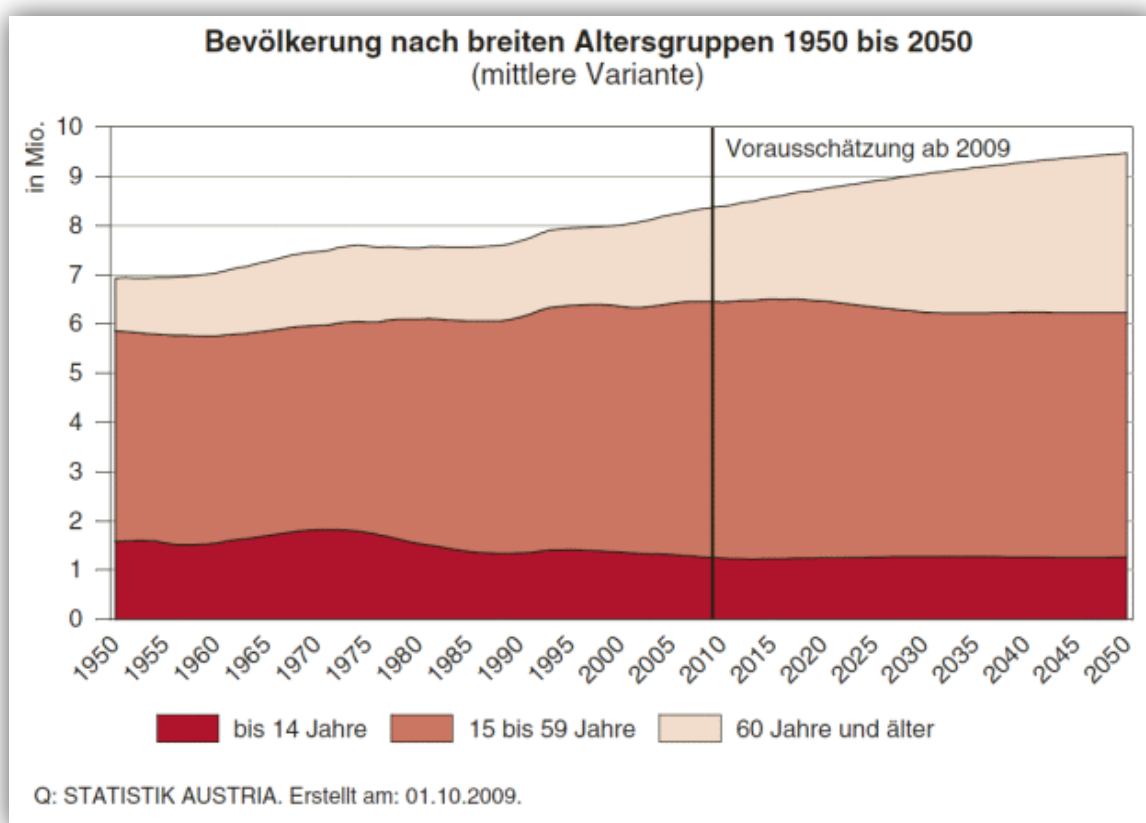


Abb. 1: Bevölkerung in Österreich bis 2050

Die Widersprüchlichkeit der Gesellschaft zeigt sich vor allem in der Bewertung der Alten. Moralische Vorstellungen von gesellschaftlicher Verpflichtung und Verantwortung mischen sich mit dem Nutzenprinzip und seiner Forderung nach Verwertbarkeit als menschliche Arbeitskraft, auf das die kapitalistische Produktionsideologie aufbaut. Solidarität ist im Generationenvertrag als rein monetäre Aushandlung zu verstehen. Er ist ein vom Staat auferlegter „Zwangsvertrag“ (Amann 2004: 78). Der Grundkonsens über die moralische Basis des menschlichen Zusammenlebens muss in kommunikativen Diskursen

immer wieder ausgehandelt und vereinbart werden. Das Ziel ist ein problemloses Miteinander, nicht mehr und nicht weniger (Dux 2004).

In der Europäischen Kommission wurde im Jahr 1999 der demografischen Entwicklung in der EU Rechnung getragen und eine Grundsatzerklärung für die „Seniorenpolitik“ ausgearbeitet. Amann merkt kritisch an, dass es darin nicht um eine Generationenpolitik geht, die Aspekte des Arbeitsmarkts, Wohnbaus, der Beschäftigung und Familie berücksichtigt und einbezieht. Es fehlen Solidaritätskonzepte, die eine Ausdehnung und Verschärfung von Ungleichheiten ausgleichen helfen. Der Blick muss dringend generationenübergreifend erweitert und auf eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung gelenkt werden, in der nicht nur Schlüsselbegriffe wie Generationenvertrag, Belastung und Finanzierung zählen (Amann 2004: 67ff). Um den Zusammenhalt der Generationen zu garantieren, bedarf es einer umfassenden Neuorientierung im Hinblick auf die geleisteten Beiträge älterer Menschen für die Gesellschaft und öffentlicher Ermutigung zur Realisierung von geeigneten Projekten (vgl. Rosenmayr/ Böhmer 2003).

2.2.2 Alternstheorien

In der gerontologischen Forschung findet aktuell zunehmend eine Verknüpfung zwischen biologischen, psychologischen und soziologischen Konzeptionen statt. Die früheren *Defizitmodelle* sind rein biologisch orientiert und verstehen Altern als zeitabhängigen, irreversiblen und vorhersagbaren Veränderungsprozess des Organismus. Cumming & Henry (1961) sprechen in ihrer *Disengagementtheorie* von Verlust von Fähigkeiten, Verschlechterung des Wissens und der Lösung von Bindungen zur Gesellschaft, wodurch Ältere immer eigensinniger werden und ihre nächste Umgebung überfordern. Diese Aussagen bedeuten eine negative Aufladung der Beziehungen zwischen Jung und Alt und sind im weitesten Sinn diskriminierend. Es kommt zu einer Etikettierung und Stigmatisierung des Alters (Lehr 2003).

Einen deutlich davon abweichenden Ansatz verfolgen die *Theorien des erfolgreichen Alterns*; diese sind an der Sozialpsychologie orientiert und gehen von Entwicklungsphasen aus sowie von subjektiven und objektiven Kriterien, die das Altern beeinflussen. Erfolgreiches Altern entsteht aus der Balance zwischen Rückzug und Aktivität. Havighurst (1963) sieht das Problem der Übergänge und meint in seinem *Aktivitätsansatz*, dass die größte Zufriedenheit im Alter darin begründet ist, dass Menschen ihre Aktivitäten und Sozialbeziehungen aus dem mittleren Lebensalter aufrechterhalten. Die *Gerotranszendenz*

nach Tornstam (1989) besagt, dass sich ältere Menschen von einer materialistischen und rationalistischen Weltansicht abwenden und zu einer kosmisch-transzendentalen Lebensperspektive wechseln. Das *SOK-Modell* von Baltes & Baltes (1989) vertritt die These, dass durch *Selektion* und *Optimierung* von bestimmten Fähigkeiten sowie durch *Kompensation* selbstwirksames Leben stattfinden kann. Verluste können aktiv ausgeglichen werden (Lehr 2003):

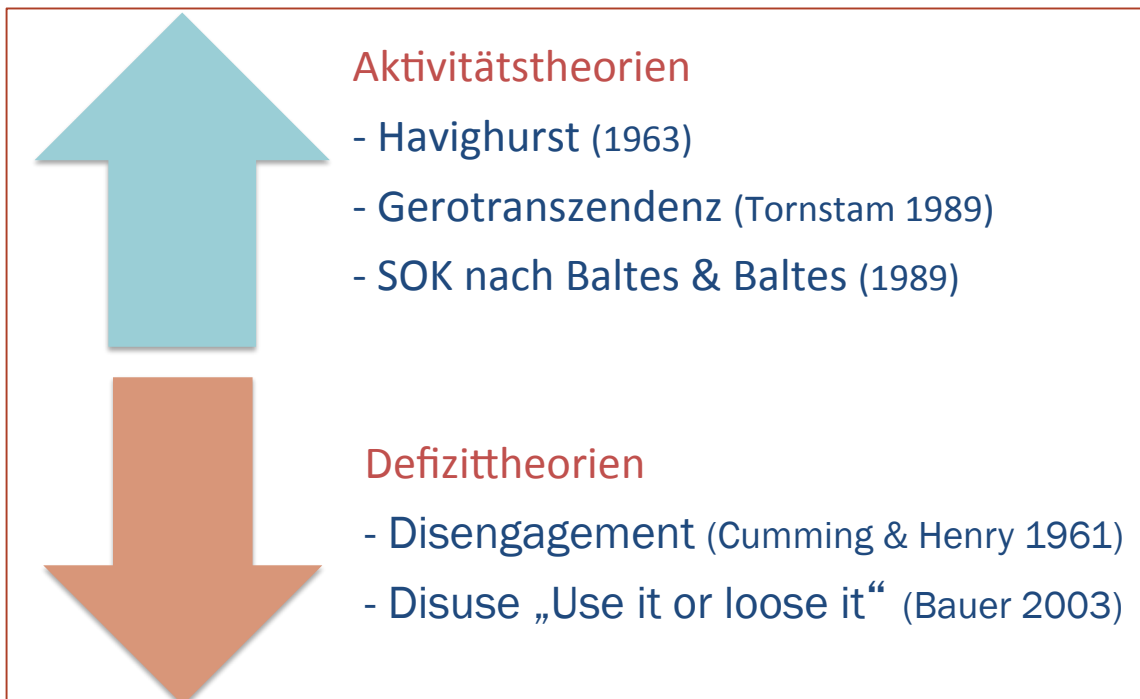


Abb. 2: Alternstheorien (HESM³)

Für erfolgreiches Altern gelten in der modernen Gerontologie eine Reihe allgemeiner Strategien für einen gesunden Lebensstil, der aus einem positiven Wechselspiel zwischen subjektiven und objektiven Dimensionen entsteht. Besonders in der Übergangsphase des Eintritts ins Pensionsalter können Menschen auf Grund von psychischen Belastungen aus der Balance geraten. Aktivitäten im Familien-, Freizeit- und Arbeitsbereich erhöhen biologische, mentale und soziale Kapazitätsreserven, wodurch negative Alterungsprozesse verlangsamt werden. Gleichzeitig „ist das Vorhandensein gesellschaftlicher Ressourcen im Sinne *entwicklungsfördernder Anreize* eine entscheidende Voraussetzung“ für gesundes Altern (Baltes & Baltes 1989: 8).

³ HESM steht für die Urheberschaft der Autorin

Die Lebensstilforschung bezieht sich auf diese zwei Einflussbereiche in der Biografie eines Menschen. Einerseits sind es die äußeren Bedingungen, die durch Strukturen bestimmt werden, andererseits ist es das subjektive Verhalten. Innerhalb einer Altersgruppe und auch zwischen den Altersgruppen gibt es demnach erhebliche Unterschiede im gesamten Alternsprozess. Gesichert ist, dass mehrere Faktoren wie soziale Herkunft, biografische Entwicklung, soziale und finanzielle Lage, Motivation und Verhalten ausschlaggebend sind für ein gelingendes Altern. Fest steht auch, dass im höheren Alter die Zahl der Krankheiten und Gebrechen zunimmt und die Anzahl der chronischen Leiden mit zunehmendem Alter steigt. Damit einhergehend steigt auch der Anteil derjenigen, die ihr Leben nicht mehr selbständig führen können (Lehr 2003).

Ein aktiver Lebensstil und die Pflege von sozialen Kontakten beeinflussen auch die Gedächtnisleistung im Alter. Die neuronalen Verknüpfungen im Gehirn sollten in Gebrauch bleiben, denn fehlende geistige, soziale und körperliche Aktivität begünstigen ihre strukturelle Auflösung (Bauer 2003) – Fazit: ‚Use it or loose it‘! Nach dem Alters-Survey von Kohli und Künemund (1998) zählen zu den Tätigkeiten, die von Älteren vorwiegend ausgeübt werden, berufliche Tätigkeiten auf Geringfügigkeitsbasis, ehrenamtliche Tätigkeiten, Betreuungstätigkeiten für Enkel und Kinder sowie Pfllegetätigkeiten. Diese Tätigkeiten werden von den Älteren als sinnvoll angesehen und ermöglichen ihnen soziale Kontakte. Sie werden über viele Jahre und solange ausgeübt, bis gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten. Durch diese Aktivitäten wird nicht nur die Lebensqualität des Individuums erhöht, sondern auch die der Familie und der Gesellschaft. Produktivität und Aktivität haben „einen prophylaktischen und einen therapeutischen Effekt“ (Lehr 2003: 244). Auf Grund der Kinderlosigkeit vieler Ehepaare, der zunehmenden Mobilität und damit einhergehenden weiteren Entfernung der Wohnorte, steigt die Bedeutung der außerfamiliären Beziehungen für ältere Menschen. Die zu verzeichnende *Singularisierung* der Gesellschaft rückt die sozialen Beziehungen zu Freunden und Nachbarn in den Vordergrund. Vereine, Sportgruppen, Kirchengemeinden etc. gewinnen ebenso an Bedeutung (Lehr 2003). Mit dem Lebensstilkonzept lassen sich verschiedene biografische Formen des *differenziellen* Alterns sozialpsychologisch beschreiben und erklären. Lebenszufriedenheit im Alter sollte auf der Balance von *selbstgewähltem Rückzug* und *selbstbestimmter Aktivität* aufgebaut sein (Böhnisch 1997: 249).

2.3 Gesundheit

Da die Auffassung von Gesundheit eine maßgebliche Grundlage für diese Arbeit ist, wird sie in einem eigenständigen Abschnitt behandelt. In den letzten 60 Jahren hat sich das wissenschaftliche Verständnis von Gesundheit grundlegend geändert. Es ist ein Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese zu verzeichnen. Während im pathogenetischen Ansatz Defizite sowie Krankheiten und deren Kategorisierung im Vordergrund stehen, werden im salutogenetischen Ansatz die gesunden Anteile im Körper und alle Bestrebungen des Subjekts zu ihrer Erhaltung und Verbesserung in den Fokus gerückt.

2.3.1 Gesundheitsbegriff im Wandel

Das *biomedizinische Krankheitsmodell* aus dem 19. Jahrhundert war stark vom naturwissenschaftlichen Denken beeinflusst. Der menschliche Körper wurde einer Maschine gleichgesetzt. Krankheit galt als Funktionsstörung, als anatomische Veränderung, als Abweichung von der Norm. Deren Ursachen sowie die physiologischen Prozesse waren genau zu analysieren und in weiterer Folge kurativ zu beeinflussen. Die krankheitsorientierte Denkrichtung der traditionellen Schulmedizin basiert noch heute auf dieser Dichotomie zwischen Krankheit und Gesundheit. Das *biopsychosoziale Gesundheitsmodell* wurde in den 1970er Jahren entwickelt und geht davon aus, dass Systeme wechselseitig voneinander abhängig sind und Gesundheit sowohl von somatischen als auch psychosozialen Faktoren abhängig ist. Erbanlagen, Bildung und Verhaltensweisen, Sozialkapital sowie sozioökonomischer Status beeinflussen das Wohlbefinden eines Individuums gleichermaßen. Ebenso werden in das Modell ökologische Umwelt wie auch die allgemeinen gesellschaftlichen Verhältnisse miteinbezogen (Hurrelmann 2000).

Die folgende Abbildung gibt einen groben Überblick über die grundlegenden Unterschiede der beiden Gesundheitsmodelle:

Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
-------------------------	--------------------------

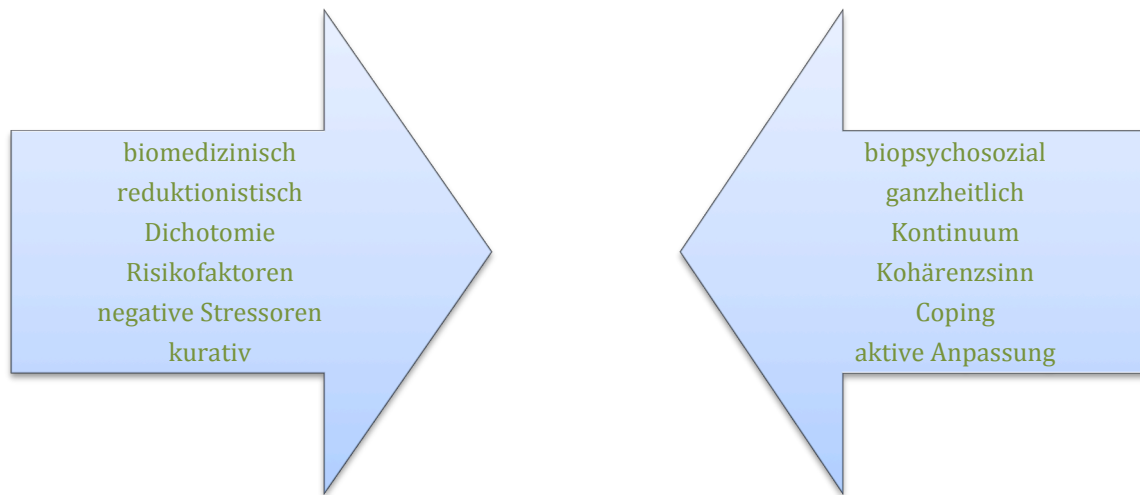


Abb. 3: Gegenüberstellung Pathogenetisches und Salutogenetisches Modell (HESM)

Die unterschiedlichen Denkansätze zwischen den beiden Modellen sind eklatant, die Ansatzpunkte völlig gegensätzlich, sodass eine Annäherung an oder ein Konsens über den Begriff Gesundheit nur durch eine grundlegende Korrektur der paternalistischen Zugangsweise erreicht werden kann.

2.3.2 Salutogenese nach Antonovsky

Antonovsky stellte 1979 in seinem Werk „Health, Stress and Coping“ das *Modell der Salutogenese* zum ersten Mal vor. Danach befinden sich Menschen Zeit ihres Lebens in einem permanenten dynamischen Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Welche Faktoren ausschlaggebend dafür sind, dass Menschen im Laufe ihres Lebens ein breites Spektrum an Stressoren erfolgreich bekämpfen wird damit zur Schlüsselfrage der Gesundheitswissenschaften.

Die *Copingtheorie* nach Antonovsky zeigt die Möglichkeiten der Bewältigung von gesundheitlichen Herausforderungen auf und ist im *Konzept des Kohärenzgefühls* als zentrale Antwort auf die salutogenetische Frage formuliert. Darin beschreibt Antonovsky das Kohärenzgefühl eines Menschen als Hauptdeterminante für seine Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und auch dafür, dass er sich in Richtung des gesunden Pols bewegt. Das *Konzept des SOC (Sense of Coherence = Kohärenzgefühl)* gliedert sich in die drei Bereiche *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit*. Die erste Komponente der *Verstehbarkeit* bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem ein Mensch

interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt. Die zweite Komponente der *Handhabbarkeit* bezieht sich auf das Ausmaß, die geeigneten Ressourcen wahrzunehmen, die ein Mensch zur Verfügung hat, um einer Herausforderung zu begegnen, seien es wiederum interne oder externe. Die dritte Komponente der *Bedeutsamkeit* umfasst das Ausmaß, in welchem ein Mensch das Leben emotional als sinnvoll empfindet und repräsentiert das motivationale Element (Antonovsky 1997: 33ff).

Ein stark ausgeprägtes *SOC* erlaubt Menschen eine gute Lebensorientierung und befähigt sie, auf konkrete Anforderungen im täglichen Leben durch den Einsatz ihrer Ressourcen flexibel und kreativ zu reagieren. Die *generalisierten Widerstandsressourcen* wie genetische und konstitutionelle Ressourcen, soziale Netze, kulturelle Stabilität oder materielle Ressourcen (Antonovsky 1997: 200) beeinflussen die Entstehung und Erhaltung des Kohärenzgefühls und liefern Strategien zur Bewältigung von Spannungszuständen. Sie sind das Kernstück der Salutogenese und ermöglichen dem Individuum eine Verschiebung in Richtung Gesundheit. Auffallend ist einerseits, dass Antonovsky in seinem Modell dem Erfahrungswissen einen breiten Einflussraum gewährt: „Die Realität der Konsistenz basiert auf Erfahrung und darf nicht munter angenommen werden“ (Antonovsky 1997: 97). Andererseits können nach Antonovsky Stressoren als Ressource gelten. Die pathogene Orientierung betrachtet Stressoren stets als Risikofaktoren, während der salutogenetische Ansatz mit dieser Annahme aufräumt und den Stressor nicht nur als „stets unglücklich“ (Antonovsky 1997: 27) sieht, sondern ihm zumindest rein theoretisch die Möglichkeit einräumt, positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben zu *können* (Antonovsky 1997: 24ff).

In der *Medizinischen Soziologie* stehen die extrinsischen Stressoren, die aus der sozialen Umwelt resultieren, im Vordergrund des Interesses. Diese *sozialen Stressoren* entstehen aus sozialen Situationen heraus, die in Form einer Bedrohung oder Herausforderung den menschlichen Erlebens- und Erfahrungsfluss unterbrechen. Sie gelten in der Stressforschung weitgehend als vorrangige Belastungsquelle für die menschliche Gesundheit. Die Krankheitsbewältigung (*Coping*) umfasst alle Bemühungen, die durch eine Krankheit auftretenden Bedrohungen und Herausforderungen kognitiv, affektiv, motivational und interpersonell vorzugsweise durch aktive Bewältigung zu meistern. Hierbei wirken sich psychosoziale Interventionen protektiv auf den Krankheitsverlauf aus (Siegrist 2005).

2.3.3 Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln

Wie im Abschnitt zuvor erläutert, sind die personellen Ressourcen, die auf Sozialisation und Erfahrung beruhen, ausschlaggebend für die Gesundheitsorientierung eines Menschen. Faltermaier nennt für das **Gesundheitsbewusstsein** die folgenden Komponenten: *die subjektive Bedeutung von Gesundheit, das subjektive Konzept von Gesundheit, das Körperbewußtsein [sic], die Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen, das subjektive Konzept von Krankheit und soziale Abstimmungen und Vergleiche* (Faltermaier 1994: 164ff).

Das **Gesundheitshandeln** wird als soziales Handeln verstanden, das in den Kontext der gesamten Lebenspraxis eingebunden ist. Faltermaier bestimmt folgende Komponenten für das Gesundheitshandeln: *das bewußte [sic] Handeln für die eigene Gesundheit, der Umgang mit dem Körper, der Umgang mit Krankheiten, der Umgang mit Risiken und Belastungen, die Herstellung von Aktivierung und Ressourcen, die soziale Gesundheitsselfhilfe, die Veränderung der Lebensweise* (Faltermaier 1994: 174ff).

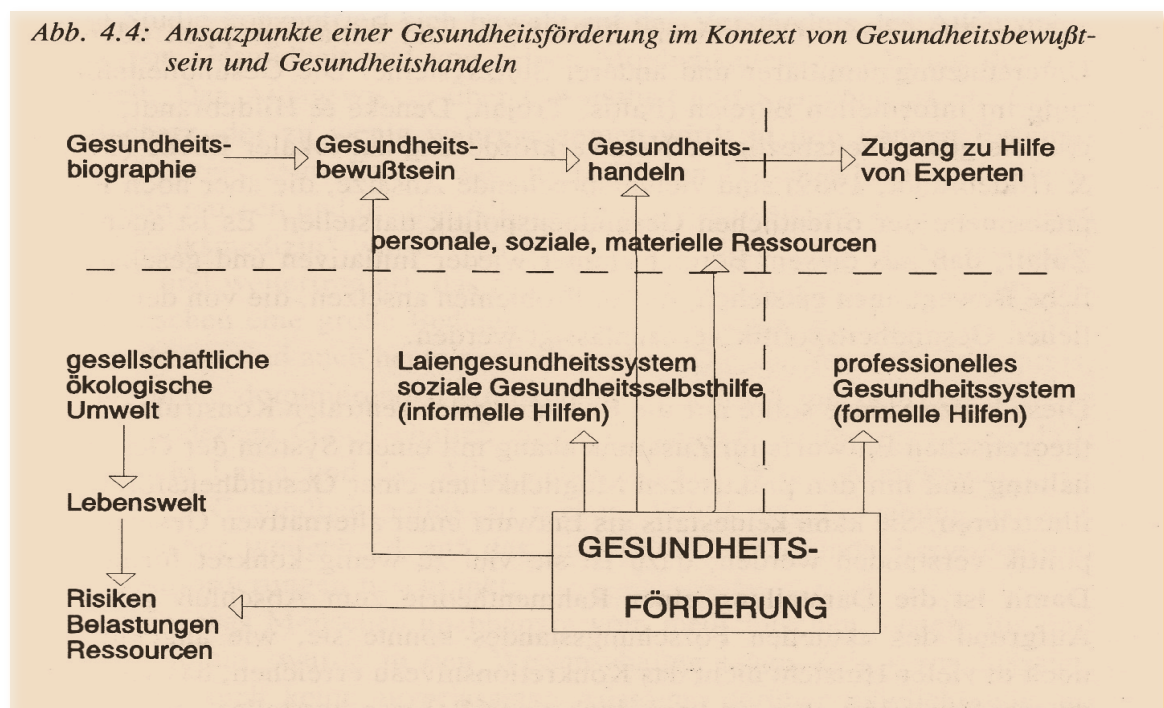


Abb. 4: Gesundheitsförderung nach Faltermaier 1998

„Das *Alltagshandeln* einer Person ist in der Regel nicht primär an Gesundheit ausgerichtet“ (Faltermaier 1998: 153), außer Gesundheit wird zum Lebensinhalt stilisiert.

Anforderungen wie Erwerbs- und Hausarbeit, Familie und Freizeit oder soziale Netzwerke stehen im Vordergrund. Wenn intendiertes Gesundheitshandeln eine Chance auf Umsetzung haben soll, muss es in die Handlungsstruktur des Alltags eingepasst werden. Allgemeine Ziele zur Gesunderhaltung lassen sich definieren als Reduktion oder Vermeidung von Risiken und Belastungen, Abbau von Risikofaktoren und Risikoverhalten, Erhaltung von gesundheitlichen Ressourcen, Ausgleich von Risiken und Herstellung eines körperlich-psychisch-sozialen Gleichgewichts (Faltermaier 1998: 150). Nicht nur kognitive, emotionale und körperliche Prozesse zeigen auf der Handlungsebene Wirkung. Situative Voraussetzungen und Rahmenbedingungen wie materielle Ressourcen oder das professionelle Gesundheitssystem können eine Förderung von Gesundheit ebenso ermöglichen oder behindern (Faltermaier 1994).

Über den Abschnitt Gesundheit ergibt sich das folgende Resümee: Durch den biografischen und sozialen Kontext steht das Subjekt in einem bestimmten Verhältnis zu seiner Umwelt. Demnach kann auch von einer ‚Sozialisation von Gesundheit‘ gesprochen werden. Die Profilierung des subjektiven Gesundheitsbewusstseins erfolgt selbstreflexiv während der gesamten Lebensspanne und zwar kognitiv und emotional sowie auch motivational und evaluativ. Durch Bewusstseins- und Verhaltensänderungen kann der Gesundheitszustand auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum lebenslang in Richtung positiver Pol bewegt werden, wobei informelle und formelle gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen hilfreich sind und unterstützend wirken.

3 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist eine relativ junge Ausrichtung auf dem Gesundheitssektor. Sie folgt dem oben dargestellten salutogenetischen Ansatz, basiert auf dem Prinzip der Ganzheitlichkeit und ist als Aufruf zum gemeinsamen Handeln zu verstehen. In diesem Kapitel werden nach der Erläuterung der Ottawa Charta die Merkmale der Gesundheitsförderung behandelt, wobei die Spezifika Empowerment und Partizipation herausgestellt werden. Im Anschluss wird auf die Problematik der Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention eingegangen. Im Abschnitt 3.3 wird der Settings-Ansatz dargelegt. Abschließend erfolgt eine Annäherung an Public Health in Österreich.

3.1 Ottawa Charta

Die WHO erarbeitet seit den 1980er Jahren in mehreren Konferenzen die Grundlagen für die Gesundheitsförderung⁴. Im Jahr 1986 fand in Ottawa, Kanada, die 1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt. Am Ende dieser Konferenz wurde eine Charta verabschiedet, die seither als zentrale Grundlage der Gesundheitsförderung gilt. Die Definition „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß [sic], allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986: 1) stellt den Menschen in den Mittelpunkt und beinhaltet bereits die prozessorientierte Logik des Empowerment sowie das Prinzip der Partizipation. Die Erreichung dieses Ziels erfolgt durch fortlaufende Lernprozesse in Gemeinschaftsaktionen in Gemeinden, Kindergärten und Schulen, am Arbeitsplatz und in der Familie. Basis sind umfassende Rahmenbedingungen:

Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden (WHO 1986: 1).

Die Ottawa Charta ist ein Aufruf zum gemeinsamen und internationalen Handeln. Die Entwicklung und Umsetzung von „Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muß [sic] auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die politische Tagesordnung gesetzt werden“ (WHO 1986: 2). Damit ist den Regierenden der Welt die Aufgabe zugeordnet, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln. Die Realisierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen soll von den Gesundheitsdiensten unterstützt werden: „Sie müssen darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht“ (WHO 1986: 3).

Die WHO stützt sich in ihren Ausführungen zur Gesundheitsförderung auf die Gesundheitsdeterminanten des alltäglichen Lebens und fordert somit einerseits die aktive

⁴ Zuletzt wurde im Oktober 2009 die 7. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung in Nairobi, Kenya abgehalten.

Teilnahme des Subjekts andererseits die unterstützende Handlungskompetenz maßgeblicher gesellschaftlicher Bereiche:

Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß [sic] man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß [sic] man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß [sic] die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen (WHO 1986: 3).

Gesundheitsförderung, ihre Ziele, Handlungsfelder und AkteurInnen sind klar definiert. Die Prinzipien zielen auf Empowerment, Partizipation, Ganzheitlichkeit, Gleichheit und Nachhaltigkeit. Die Prozesse der Entwicklung und Umsetzung sollen intersektorial und multistrategisch gestaltet werden. Die Aktionsfelder sind breit gestreut und umfassen alle Ressorts der Politik, SozialversicherungsträgerInnen, öffentlich-rechtliche Körperschaften, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Krankenhäuser, Bildungseinrichtungen, NGO's und Wirtschaftsunternehmen.

3.2 Merkmale der Gesundheitsförderung

Zusammenfassend kann auf Grundlage der Ausführungen der Ottawa Charta konstatiert werden, dass Gesundheitsförderung durch folgende Merkmale charakterisiert ist:

- *Chancengleichheit:* alle Menschen gleichermaßen einbeziehen und soziale Benachteiligungen ausgleichen
- *Empowerment:* Menschen befähigen, Autonomie, soziale Kompetenzen und Strategien zu entwickeln, um ihre Gesundheit zu erhalten oder verbessern
- *Ganzheitlichkeit:* bio-psycho-soziale Ausrichtung des Verständnisses von Gesundheit
- *Nachhaltigkeit:* Einbeziehung ökologischer Aspekte der Achtung und Erhaltung natürlicher Ressourcen
- *Partizipation:* Gesundheitserziehung durch Aktivierung und Beteiligung aller Menschen über die gesamte Lebensspanne
- *Unterstützende Rahmenbedingungen:* wirkungsvolle Beteiligung von Politik, Gesundheitswesen und Wirtschaft zum Schutz und Wohl der Bevölkerung

- **Settings-Ansatz:** die Menschen sollen an den alltäglichen Orten in ihren jeweiligen Lebenswelten erreicht werden wie Bildungseinrichtungen, Arbeitsplatz oder Gemeinde.

Diese Merkmale gelten als Grundvoraussetzung für eine gelingende Gesundheitsförderung. Der Settings-Ansatz wird im Abschnitt 3.3 ausführlich behandelt. Die Aufgaben der Politik und des Gesundheitswesens werden im Abschnitt 3.4 näher erläutert. An dieser Stelle sollen die beiden tragenden Säulen der Gesundheitsförderung Empowerment und Partizipation herausgestellt werden.

3.2.1 Empowerment

Mit Empowerment ist gegenwärtig vornehmlich die Entwicklung einer Person zur vollen Umsetzung ihrer Potenziale gemeint und hat je nach Person und Zeitpunkt ein unterschiedliches Niveau. Empowerment bedeutet, dass Menschen eine Befähigung oder Handlungskompetenz besitzen oder erarbeiten, um für sich selbst oder andere Verantwortung oder Sorge zu tragen. Dadurch erlangen sie eine Form von Eigenmacht, sie sind „empowert“, also ermächtigt. Diese Ermächtigung gestattet ihnen einen kompetenten Umgang mit sich selbst und erlaubt ihnen in der Interaktion die Weitergabe ihrer Fähigkeiten an andere. „Ziel von Empowerment ist die Förderung der Fähigkeit von Menschen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen“ (Stark 2002: 56).

Den Ausgangspunkt für den Empowerment-Gedanken bildeten Selbsthilfeinitiativen und Protestaktionen von sozial benachteiligten Gruppen im angloamerikanischen Sprachraum in den 1960er Jahren. Das Konzept des Empowerment wurde im Rahmen der *Community Psychology* entwickelt. Die Annahmen der Gemeindepsychologie haben für die Praxis sozialer Arbeit weitreichende Konsequenzen, da sie die hierarchische bzw. paternalistische Ebene verlassen und die Rechte der Hilfe- und Ratsuchenden in den Fokus rücken. Professionelle Zurückhaltung, die Abkehr von einem fürsorglichen Aktivismus und die Hinwendung zu einem Vertrauen in die Ressourcen der Hilfesuchenden sind die Eckpfeiler des gemeindepsychologischen Handlungskonzepts (Lenz 2002: 15f).

Die Gemeindepsychologie hatte nach Keupp in Europa Schwierigkeiten sich zu etablieren. Erst durch eine Akzentuierung auf sozial-ökologische und sozial-strukturelle Faktoren gelang in den 1980er Jahren die konzeptuelle Abnabelung von der klinischen Psychologie. In der Folge konnten durch die Frauenbewegung, mit dem Netzwerkkonzept und dem

Empowermentgedanken weitere Perspektiven fruchtbringend in die Gemeindepsychologie eingebracht werden. „Die Empowermentperspektive bündelt wichtige Lernprozesse des letzten Jahrzehnts. Sie knüpft ein Netz von Ideen zu einer neuen Orientierung psychosozialen Handelns“ (Keupp 1995: 21).

Empowermentprozesse spielen in Unternehmen und Organisationen eine immer größere Rolle. Zur Entwicklung von Empowerment im kommunalen Bereich sind nach Stark idealtypisch *Mobilisierung, Engagement und Förderung* sowie *Integration und Routine* als auch *Überzeugung und „brennende Geduld“* notwendig:

- *Mobilisierung* meint den Einstieg in den Empowermentprozess, der sich über mehrere Monate bis zu einem Jahr erstrecken kann und durch Zeiten der Unsicherheit, Erkunden der eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten gekennzeichnet ist
- *Engagement und Förderung* auf stabiler und dauerhafter Basis durch unterstützende Personen oder Gruppen als MentorInnen
- *Integration und Routine* in der Konzeptarbeit, Rollenzuweisung, Umgang mit Medien, Öffentlichkeit und Behörden, etc.
- *Überzeugung und „brennende Geduld“* als entwickelte Organisations- und Konfliktfähigkeit, die beständig aufs Neue erbracht und weitergeführt werden muss, um Veränderungen zu gewährleisten. Auch wenn Teilziele erreicht worden sind, gilt es, längerfristige Projekte am Leben zu halten und für Nachkommende als Unterstützung zu bewahren (vgl. Stark 2002: 58f)

Bei Empowermentprozessen sollte darauf geachtet werden, sie nicht auf die individuelle Ebene zu beschränken, denn „die Kraft dieser Prozesse liegt gerade in der wechselseitigen Abhängigkeit und Integration von Veränderung auf individueller, gruppenbezogener und struktureller Ebene“ (Stark 2002: 61).

3.2.2 Partizipation

Mit Partizipation sind die Beteiligung an sozialen Prozessen und ihre Ermöglichung gemeint. Es geht im Wesentlichen darum, Menschen in soziale Prozesse einzubinden, sei es in der Familie oder Nachbarschaft, Gemeinde oder anderen Organisationen wie Gewerkschaften, Parteien, Vereinen, etc. Die Mitwirkungsmöglichkeit in gemeinschaftsrelevanten Aktivitäten wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus, denn sie

stärkt bei Menschen das Bewusstsein, dass sie einen gestaltenden Einfluss auf Lebensbedingungen nehmen können. Ältere Menschen, die integriert in unserer Gesellschaft leben, leisten bereits einen großen Beitrag zur Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens entweder in Form von Arbeits- und Finanzleistungen als Großeltern oder ehrenamtlichen Tätigkeiten für Vereine, Beraterfunktionen, etc. Allerdings gibt es eine große Anzahl älterer Menschen, die nach der Pensionierung oder Witwenschaft nicht mehr genug gefordert sind und sich nutzlos fühlen, insbesondere Ältere ohne Familienanschluss oder ältere Alleinstehende. Diese Menschen zu aktivieren und in geeignete soziale Projekte einzubinden, würde einen guten Teil zu einer gesunden Gemeinschaft beitragen. Die Freisetzung vieler Menschen aus der Lohnarbeit schafft ebenfalls einen neuen Freiraum für selbstbestimmte, gesellschaftlich nützliche BürgerInnenarbeit, sofern die politischen Rahmenbedingungen dafür geschaffen und gesetzlich abgesichert werden. Ein öffentlich befürwortetes soziales Engagement, das durch einen moralischen Grundkonsens gestützt wird, kann zu einem zentralen Merkmal einer funktionierenden BürgerInnengesellschaft werden (vgl. Göpel 2001, vgl. Lehr 2003).

Ehrenamtliche Tätigkeiten zeichnen sich im Allgemeinen aus durch Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit. Sie dienen dem Zweck der Leistungserbringung und sind organisierte Tätigkeiten. Oft werden freiwillig Tätige geringfügig entlohnt oder erhalten eine Aufwandsentschädigung. Laut Rifkin ruft eine zunehmende Zahl der jüngeren und älteren Erwerbslosen nach dem *Dritten Sektor* oder Non-Profit-Sektor, der das Gemeinschaftliche und Soziale in den Vordergrund rückt und gesellschaftliche Solidarität fördert (Rifkin 2004). Auch Beck sieht in der BürgerInnenarbeit einen Ersatz für die fehlende Erwerbsarbeit. Speziell Menschen, die am Arbeitsmarkt benachteiligt werden wie Arbeitslose, Jugendliche, ältere Menschen oder Menschen mit Beeinträchtigungen finden in diesem Bereich oftmals eine sinnvolle Beschäftigung (Beck 1999). Demnach ist Arbeit gegenwärtig nicht mehr ausschließlich mit dem Begriff Lohn- oder Erwerbsarbeit verbunden. Arbeit wird als wesentliche menschliche Tätigkeit gesehen, ihre Relevanz ist auf Grund der Heterogenität der Lebensstile individualisiert (Füllsack 2009).

Nach dem 1. Freiwilligenbericht des Österreichischen Städtebundes aus dem Jahr 2012 sind 43,8 % der Bevölkerung freiwillig engagiert. Wöchentlich werden 14,7 Millionen Stunden in der formellen und informellen Freiwilligenarbeit erbracht. Um ältere Menschen vor Vereinsamung zu schützen und ins aktive Leben zurückzuholen, hat zum Beispiel die Stadt Salzburg ein Freiwilligennetzwerk gestartet (Österreichischer Städtebund).

Zusammenfassend wird festgehalten, dass von ehrenamtlichen Tätigkeiten nicht nur jene Menschen profitieren, denen dadurch Hilfe zuteil wird, sondern die Gesellschaft insgesamt. Ehrenamtlichkeit hat Vorbildfunktion, hilft Wertvorstellungen des sozialen Miteinanders aufrecht zu erhalten und bereichert das Leben der Ehrenamtlichen selbst. Soziales Engagement im Alter bringt soziale Kontakte und fördert die Mobilität und Aktivität. Es beugt der Isolation vor, stärkt das Selbstwertgefühl und trägt so zur Steigerung des eigenen Wohlbefindens bei.

3.2.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Die Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheit ist im deutschsprachigen Raum immer wieder ein Diskussionspunkt. Grundsätzlich kann konstatiert werden, dass Prävention dem Eintritt eines Ereignisses zuvorkommen soll. Üblicherweise wird Prävention je nach Form und Zeitpunkt des Einsatzes von Maßnahmen in *Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention* unterteilt. Präventionsmaßnahmen können demnach im Stadium vor Eintreten, bei Früherkennung oder nach erfolgter Behandlung einer Krankheit ansetzen (Siegrist 2005).

Dür konstatiert die Ungenauigkeiten in der Unterscheidung zwischen Primärprävention und Gesundheitsförderung und weist auf mögliche Differenzierungspunkte hin wie Grundorientierung am pathogenetischen oder salutogenetischen Prozess, individuelle oder bevölkerungsbezogene Interventionsebene, medizinischer oder humanwissenschaftlicher Methodenzugang, sektorale oder intersektorale, transdisziplinäre Interventionstechniken. In der praktischen Anwendung müssen die beiden Handlungsfelder „für eine effektive Gesamtstrategie kombiniert werden“ (Dür 2008: 52).

Ausgehend von der Krankheitsperspektive ist medizinische Prävention die Verhinderung oder Vermeidung des Auftretens oder Ausbreitens von Krankheiten. Demgegenüber steht der salutogenetische Ansatz, der unter Prävention die Stärkung von Gesundheit im Hinblick auf alle bestimmenden Einflussfaktoren versteht. Ebenso wie bei den im Abschnitt 2.3.1 dargestellten Gesundheitsmodellen kann auch hier von einer konträren Orientierung ausgegangen werden:

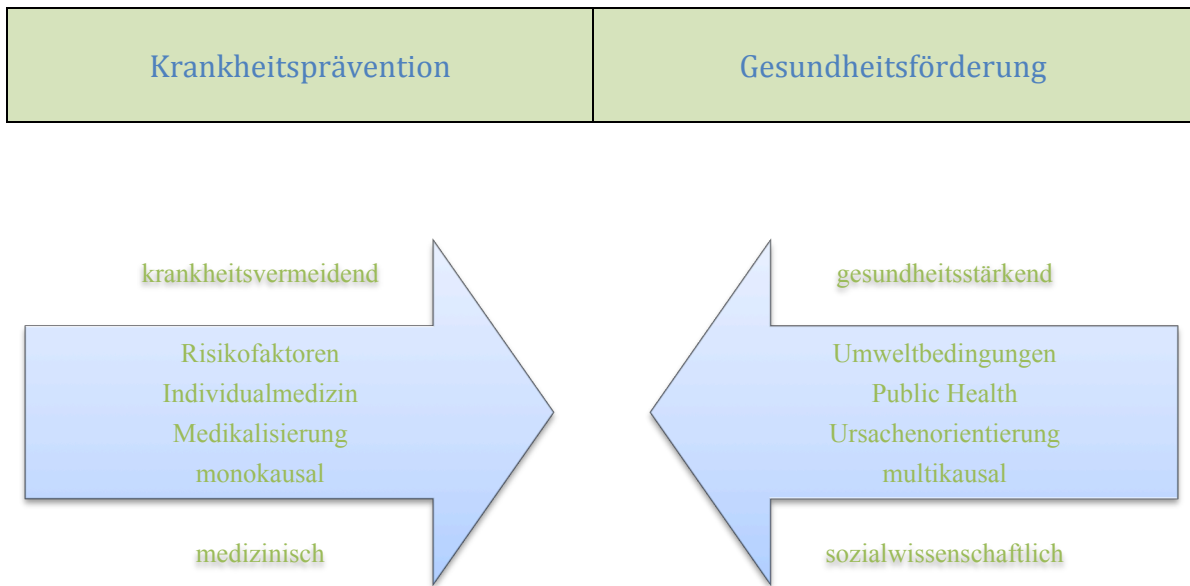


Abb. 6: Prävention versus Gesundheitsförderung (HESM)

Die Abbildung soll verdeutlichen, dass die zwei Zugänge eine völlig gegensätzliche Herangehensweise implizieren. Für die gesundheitspolitische Umsetzung der Idee einer umfassenden Gesundheitsförderung wäre in Anlehnung an Dür (2008) eine Kombination aus beiden sicherlich zielführend und erfolgreich. Eine Trennschärfe zwischen den beiden Zugängen kann zwar in der theoretischen Darstellung gezogen werden, ist jedoch in der praktischen Umsetzung vom Ganzheitsansatz der Salutogenese her betrachtet weder vertretbar noch sinnvoll.

Um Veränderungen im Hinblick auf Gesundheit zu erreichen unterscheidet Rosenbrock zwischen *Verhaltens-* und *Verhältnisprävention*. *Verhaltensprävention* ist darauf ausgerichtet, das Risikoverhalten von Individuen positiv zu beeinflussen, während *Verhältnisprävention* die möglichst risikoarme Gestaltung von Lebensbedingungen fokussiert (Rosenbrock 1994). Das *Paradox der Prävention* soll an dieser Stelle ebenfalls hervorgehoben werden. Es besagt, dass langfristig geringe Risiken einer großen Anzahl von Personen mehr zur gesamten Krankheitslast beitragen als hohe Risiken einer kleinen Anzahl von Personen. Der Hochrisikostrategie wird vielfach der Vorzug gegeben, da sie sich direkt realisieren lässt, sie verfehlt jedoch den Ansatz der Bevölkerungsstrategie, die eine nachhaltige Breitenwirkung erzielen würde (Siegrist 2005).

3.3 Der Settings-Ansatz

Mit der Ottawa Charta wurden die Nationalstaaten beauftragt, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln (vgl. Abschnitt 3.1). Der Settings-Ansatz versucht, das Interesse an der Gesundheitsförderung in die Strukturen von Familien, Organisationen und Institutionen hineinzutragen, wodurch Gesundheit routinemäßig und nachhaltig in die Lebenswelt integriert wird. Durch systemisch angelegte Interventionen werden gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen geschaffen (Naidoo/ Wills 2003).

In einer Definition der WHO aus dem Jahr 1991 heißt es:

Bis zum Jahr 2000 sollen alle Settings, in denen sich unser soziales Leben abspielt und in denen wir tätig sind – z.B. Städte, Schulen, Betriebe und das soziale Umfeld unserer Wohngegend – mehr Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung anbieten (WHO 1991: 64, zit. nach Naidoo/ Wills 2003: 259).

Gesundheitsförderung kann demnach nur in sozialen Interventionsfeldern stattfinden. Die Key-Settings sind je nach Zielgruppe unterschiedlich: für Kinder ist es der Kindergarten, für Jugendliche die Schule, für Erwerbstätige der Arbeitsplatz, für Ältere die Kommune oder Gemeinde. Gesundheit lässt sich für alle und in allen Lebensbereichen durch entsprechende gesundheitsfördernde Maßnahmen verbessern.

3.3.1 Das kommunale Setting

Die Kommune ist der Ort, an dem die Zielgruppe ältere Menschen direkt und unmittelbar angesprochen werden kann. Die Kommune als Setting wird in der vorliegenden Arbeit daher im Vordergrund stehen. In der Kommune werden Probleme von den BewohnerInnen oftmals direkt an die kommunalen PolitikerInnen und ihre MitarbeiterInnen herangetragen, sei es an den Sprechtagen oder bei Begegnungen im Rahmen von informellen Anlässen. Der „Bezug zur Basis“ ist für die AkteurInnen der Kommunalpolitik durch die persönliche Nähe zu den BürgerInnen eher gegeben als in der Landes- und Bundespolitik. Die Probleme und Anliegen der Bevölkerungsgruppen sind damit für KommunalpolitikerInnen greifbarer und verständlicher. Auch die Umsetzung wird dringlicher, da eine persönliche Anteilnahme und ein Interesse an Lösungsfindung seitens der PolitikerInnen angenommen werden kann. Für die Implementierung von gesundheitsfördernden Programmen ist die Kommune erste Steuerungsinstanz, hat die besten Vorerfahrungen und liefert potenzielle AkteurInnen (vgl. Badura/ Zamora 2001).

Zur erfolgreichen, das heißt möglichst kostengünstigen Umsetzung von anstehenden Projekten wurden von Badura/ Zamora (2001) grundlegende Handlungsempfehlungen entwickelt, die alle in Frage kommenden AkteurInnen einbeziehen und rekrutieren, Aufgaben bündeln und mit Umsicht verteilen, Maßnahmen fortlaufend dokumentieren und ihre Ergebnisse transparent darstellen. Auf kommunaler Ebene sollen die Aufgabenbereiche zwischen Politik und Verwaltung klarer abgegrenzt und eindeutige Zielsetzungen angestrebt werden. In den Reformprozessen der Dienstleistungsorientierung spielt der Kontakt zu den BürgerInnen eine zentrale Rolle. Badura/ Zamora dokumentierten einige ortsnahe Koordinations- und Kooperationsansätze in mehreren Ländern der Bundesrepublik Deutschland und kamen zu den folgenden Argumenten als Legitimationsbasis für eine kommunale Gesundheitspolitik:

- den Kommunen wird im Grundgesetz ⁵ das Recht zugestanden, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln
- die Kommune umfasst eine Vielzahl kompetenter, mit gesundheitsrelevanten Fragen befasster Institutionen und Personen, die durch ihre genaue Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten in der Lage sind, die vorhandenen Ressourcen bestmöglich zu nutzen
- die Identifikation der kommunalen AkteurInnen mit einem gemeinsamen Lebensraum und deren unmittelbare Nähe zu akuten Problemen im Gesundheits- und Sozialbereich der Gemeinde sprechen für eine höhere Kooperations- und Kompromissbereitschaft, auch zwischen konkurrierenden Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- eine kommunale Gesundheitspolitik kann wegen ihrer Nähe zu den Problemzusammenhängen und der besseren Reaktionsfähigkeit auf Bedürfnisse der Bevölkerung und/oder bestimmter Gruppen den wachsenden Anforderungen hinsichtlich Effektivität, Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung am ehesten gerecht werden (Badura/ Zamora 2001: 122f).

Weiters vertreten Badura/ Zamora die These, dass „auf kommunaler Ebene günstige fachliche, organisatorische und soziale Bedingungen für die Bildung und Aufrechterhaltung von Netzwerken“ bestehen, wodurch ein ortsnahes bzw. kommunales

⁵ Die gesetzlichen Regelungen für Kommunen in Österreich werden im Abschnitt 3.4 behandelt.

Gesundheitsmanagement im Sinne eines *lernenden Systems* entwickelt werden kann. Kommunikation, Abstimmung und Kooperation zwischen den kommunalen Akteuren fördern eine kontinuierliche Optimierung des Gesundheitssystems vor Ort. Ortsnahe Ansätze stellen „die zur Zeit einzige effektive Möglichkeit einer Bürgerbeteiligung an gesundheitspolitischen Diskussionen und Entscheidungen dar“ (ebd.).

Für ein erfolgreiches kommunales Gesundheitsmanagement werden einige grundlegende Rahmenbedingungen und Strukturen postuliert:

- der ausdrückliche Wille der Kommune zu einer gesundheitsverträglichen Gesamtpolitik und zu einer aktiven Mitgestaltung des gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystems vor Ort unter Beteiligung aller kommunalen Einrichtungen und AkteurInnen mit direktem und indirektem Gesundheitsbezug
- ein wie auch immer bezeichnetes Beratungs- und Steuerungsgremium
- themenspezifische Arbeitsgruppen, die dem Beratungs- und Steuerungsgremium zuarbeiten
- kommunale GesundheitsmanagerInnen, die die vielfältigen administrativen, fachlichen und beratenden Aktivitäten aller Beteiligten koordinieren (Badura/ Zamora 2001: 126f).

Die Erstellung der Gesundheitsberichte ist grundlegend, um eine Identifikation von Problemlagen und Zielen zu ermöglichen. „Bürgerorientierung statt Anbieterdominanz und Versorgungsintegration statt Fragmentierung und Intransparenz sind Schlagworte, die eine Neuausrichtung der Gesundheitspolitik und eine entsprechende Umsteuerung der Leistungsangebote signalisieren“ (Badura/ Zamora 2001: 131).

3.3.2 Das Quartier⁶

In den angelsächsischen Ländern wurde in einer Reihe von Strategiepapieren das *soziale Wohnumfeld* als wichtigstes Setting definiert, um die Großräumigkeit von Städten praxisgerecht aufzulösen. Diese Sichtweise kann ohne große Einschränkungen auf die Praxisaktivitäten und Probleme in andere Länder übertragen werden und zusätzliche Anregung geben. Sie soll aus diesem Grund hier angeführt werden:

⁶ In Österreich lässt sich Quartier mit dem Wiener Begriff „Grätzel“ beschreiben (Anm. HESM)

Soziale Wohnumfelder sind kleine örtliche Gegenden mit einer erkennbaren eigenen Identität, die durch eine Gemeinschaft von Menschen definiert ist, die sich untereinander kennen und die gleichen Einrichtungen wie Post, Geschäfte und medizinische Versorgungsdienste nutzen (Naidoo/ Wills 2003: 293).

Das Wohnumfeld selbst kann als physisches und soziales Setting betrachtet werden. Das direkte Umfeld, in dem Menschen leben, sich treffen, spielen und die meiste Zeit ihres Lebens verbringen, ist gerade für die Gruppen der Älteren oder sozial Schwachen wichtig, weil diese nicht so mobil sind wie andere Gruppen. Gerade in kleinräumigen Gebieten kann für diese Benachteiligten eine Stabilisierung und Verbesserung der Lebensverhältnisse über Methoden der Gemeinwesenarbeit erreicht werden, indem durch gezielte Maßnahmen Ressourcen gebündelt und Empowermentprozesse angeregt werden (Naidoo/ Wills 2003).

Im deutschen Sprachraum gibt es den Begriff Quartier, der allerdings noch nicht ausreichend definiert ist und vieles bedeuten kann wie Stadtteil, Wohnumfeld oder Wohn- und Lebensraum. Die Kommunalverwaltung hat mit einer Vielzahl von Aktivitäten den größten Einfluss auf die Entwicklung von Quartieren. Zentrale Steuerungseinheiten der Kommunalverwaltung sind in der Regel der Gemeinderat oder Ämter mit ihren zuständigen Dezernaten und Ressorts wie beispielsweise Sozialamt oder Kulturamt. Im Rahmen von Bund-Länder-Programmen zeigen sich weitere Möglichkeiten für die Kommunen Quartiermanagement zu initiieren. Aber auch Mitglieder von Selbsthilfeprojekten weisen kommunalen PolitikerInnen oftmals einen geeigneten Weg zur Beteiligung an sozialer Arbeit. Zusammenfassend wird festgestellt, dass Quartiermanagement ein komplexes „Gesamtkunstwerk“ (Grimm et alii 2004: 56) ist. Alle beteiligten AkteurInnen in kommunalen Settings müssen von QuartiermanagerInnen immer wieder zur Kooperation ermutigt und angehalten werden – „ein Tätigkeitsspektrum, das angesiedelt ist zwischen nachlaufen, überreden, drohen, überzeugen, nachhaltig lästig fallen und Überraschungsangriffe starten“ (Grimm et alii 2004: 85).

3.4 Public Health in Österreich

Ausgehend vom vorherrschenden Konzept der „korporativen Verhandlungsdemokratie“ (Lehmbruch 1996) im Parteienparlamentarismus der Länder Mittel- und Westeuropas, finden im Besonderen in Österreich gesellschaftliche Konflikt- und Problemlösungen in Aushandlungsprozessen zwischen Repräsentanten der Politik und korporativer Gruppen

statt. Im Verantwortungsbereich der österreichischen Regierung liegt unter anderem die Umsetzung einer umfassenden und gerechten Gesundheits- und Sozialpolitik. Öffentliche Gesundheitspolitik sollte in alle Bereiche der Politik hineingetragen werden und auf allen politischen Ebenen stattfinden.

Wer ist zuständig für die Aufgaben der Gesundheitsförderung? Laut Grossmann gibt es für Gesundheitsförderung keine bestimmte organisierte Zuständigkeit, sie ist vielmehr „als Intervention in komplexe soziale Systeme zu begreifen und durch Prozesse der Organisationsentwicklung zu realisieren“ (Grossmann/ Scala 1994, zit. nach Grossmann 1996: 57). AdressatInnen der Gesundheitsförderung sind demnach nicht nur Individuen, sondern auch alle organisierten Handlungskontexte (Grossmann 1996).

In Österreich wurden geprägt durch die Ottawa-Charta und mit Fokus auf den Settings-Ansatz zahlreiche gesundheitsfördernde Projekte in Gemeinden, Schulen, Betrieben und Krankenhäusern umgesetzt. Neben den staatlichen Verwaltungen und öffentlichen Forschungseinrichtungen wurde eine Vielzahl nichtstaatlicher Organisationen wie Träger von Sozialversicherungen oder Pflegeeinrichtungen, Sozialdienste, Kammern und Berufsverbände tätig. Projekte verlaufen in Österreich völlig unkoordiniert. Es herrscht ein „chaotisches Nebeneinander von Versuchsmodellen“ (Kálnoky 1996: 194). Die strukturelle Entwicklung der Gesundheitsförderung ist in den Bundesländern auf Grund der Dezentralisierung sehr unterschiedlich verlaufen, und es gibt in Österreich nur wenige ressortübergreifende Initiativen und Kooperationen. Der Forderung nach Intersektorialität wurde bisher kaum Rechnung getragen (Lobnig/ Pelikan 1996). Erhalt und Förderung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung liegt in der Zuständigkeit der Abteilung *Öffentlicher Gesundheitsdienst* (ÖGD) des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Jahr 2005 wurde vom ÖGD mit Hilfe eines überarbeiteten Aufgabenkatalogs ein Reformprozess gestartet, der die Vereinheitlichung in den Bereichen *Public Health* und *Health in All Policies* in Österreich fördern soll (ÖGD).

3.4.1 Politischer Sektor

Laut WHO tragen Staaten die Gesamtverantwortung, für gesundheitsgerechte Lebensverhältnisse ihrer Bevölkerung zu sorgen. Was sind dahingehende Aufgaben des Staates? Grundlegend ist die Sorge um Frieden und Gerechtigkeit. Für die Gesundheitspolitik im Speziellen definiert Reiners die folgenden allgemeinen Funktionen:

- Aufklärung, Information und flächendeckende Gesundheitsberichterstattung
- Gesetzgebung für Gesundheitsschutz und Überwachung
- Koordination und Moderation der administrativen Zuständigkeit (Reiners 1994: 106)

Damit diese Funktionen auf Staatsebene ausgeführt werden können, müssen Ressorts wie Ministerien oder Staatssekretariate geschaffen werden. Um die vorgegebenen Zielsetzungen zu definieren und ihre Erreichung zu ermöglichen, sollten alle verfügbaren Kapazitäten und Ressourcen zur Expertise und Umsetzung ausgelotet und herangezogen werden. Umfassende Aufklärung und Information sowie die Koordination aller AkteurInnen und Maßnahmen stehen dabei im Mittelpunkt. Dokumentation und abschließende Berichterstattung werden als wichtige Instrumente zur Weiterentwicklung genutzt (Reiners 1994).

Die Auseinandersetzung und Kooperation mehrerer Organisationen stellt aus Gründen ihrer unterschiedlichen Interessen und Arbeitslogiken eine äußerst anspruchsvolle Organisationsaufgabe dar. Um diese Aufgabe zu bewältigen, wird auf allen Verwaltungsebenen ein umfangreiches Gesundheitsmanagement notwendig. Im Zuge des *New Public Management* wird aktuell auch in Verwaltungen eine kooperative Form der Steuerung durch Verhandlungs- und Kontaktkultur bevorzugt umgesetzt. Obwohl der Kontext der Verwaltung sich von dem der Privatwirtschaft in vielen Bereichen unterscheidet, können zum Aufbau eines Personalmanagements viele Elemente aus den Erfahrungsberichten und Modellen der Privatwirtschaft übernommen werden (vgl. Schedler/ Proeller 2006).

Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik braucht auf allen politischen Ebenen EntscheidungsträgerInnen, die Gesundheit als Schwerpunkt sehen und sich ihrer sozialen Verantwortung bewusst sind. In Österreich ist auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung ein Nebeneinander von Initiativen und AkteurInnen festzustellen, die allenfalls begrenzt zusammenarbeiten. Einige Beispiele gesundheitsfördernder Aktivitäten in Österreich werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

3.4.1.1 Bund und Länder

Auf der Homepage des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit ist unter dem Schwerpunkt Prävention folgendes nachzulesen:

Mit der Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 51/1998 und der Aufgabenzuweisung an den Fonds Gesundes Österreich, der seit 1. August 2006 ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH ist, hat Österreich 1998 eine gesetzliche Grundlage für eine stärkere Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitsbereich geschaffen, die auch international als vorbildlich gilt. Das Gesundheitsförderungsgesetz, das sich inhaltlich an der Ottawa-Charta orientiert, legt auch den Budgetrahmen von 7,25 Millionen Euro aus öffentlichen Mittel fest, die jährlich für die Umsetzung von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten zur Verfügung stehen.

Das Gesundheitsförderungsgesetz umfasst:

- Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung
- Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und über seelische, geistige und soziale Faktoren, die Gesundheit beeinflussen (BM für Gesundheit).

In Österreich ist damit seit dem Jahr 2006 auf Bundesebene der *Fonds Gesundes Österreich* (FGÖ) mit der Vollziehung des Gesundheitsförderungsgesetzes beauftragt. Zu den Aufgabenfeldern des FGÖ zählen beispielsweise Förderung von Projekten und Unterstützung des Strukturaufbaus für Gesundheitsförderung oder Auf- und Ausbau von Netzwerken. Vornehmlich werden Projekte in Betrieben und Schulen gefördert (FGÖ).

Das Regierungsprogramm der XXIII. Gesetzgebungsperiode unter Bundeskanzler Gusenbauer aus dem Jahr 2007 orientierte sich ebenfalls an der WHO und dem EU Konzept *Health in All Policies* aus dem Jahr 2006. Damit ist eine Richtung für die Gesundheitsförderung zwar vorgegeben, aber im Hinblick auf die anstehenden Herausforderungen sind die Handlungsprioritäten zu wenig präzisiert. „Die strukturelle Koppelung von Mensch und Organisation“ (Dür 2008: 50) muss ins Visier genommen werden (ebd.).

Gesundheitsförderung ist in Österreich dezentral geregelt und damit Aufgabe der Landesverwaltung und -gesetzgebung, sodass es von Bundesebene keine direkten Vorgaben gibt und jedes Bundesland im Hinblick auf Gesundheitsförderung eigene Wege gehen kann. Auf Landesebene gibt es daher eine sehr unterschiedliche Auffassung und Handhabung der Gesundheitsförderung. Die landesweiten Aktionen *Gesunde Gemeinde*

gibt es laut FGÖ in den Bundesländern Burgenland, Kärnten, NÖ, OÖ, Salzburg und Steiermark. Hier ist anzumerken, dass zu Beginn des Jahres 2012 in NÖ der Anteil der teilnehmenden Gemeinden bei 45 % liegt, während in OÖ bereits 432 von 444 Gemeinden der Aktion angehören (FGÖ).

3.4.1.2 Gemeinden

Die Gemeinde ist die unterste Ebene der Verwaltung des Staates und unterliegt der sogenannten territorialen Selbstverwaltung, das heißt sie arbeitet unabhängig von Bund und Land und kann über bestimmte Vorgaben hinaus frei entscheiden, welche Maßnahmen sie setzt und wofür finanzielle Mittel aufgewendet werden. Im selbständigen Wirkungsbereich der Gemeinde ist das vollziehende Organ der Gemeindevorstand, an dessen Spitze der Bürgermeister oder die Bürgermeisterin steht. Auf die Position und Funktion von BürgermeisterInnen wird im nächsten Abschnitt dezidiert eingegangen. Im übertragenen Wirkungsbereich sind die Gemeinden nicht selbstbestimmt, sondern gegenüber dem Land oder Bund weisungsgebunden, beispielsweise bei Wahlen, Volksbegehren, Melderegister oder Staatsbürgerschaftsevidenz. Die Bezeichnungen „Stadtgemeinde“ und „Marktgemeinde“ sind Titel und haben historischen Ursprung. Statutarstädte haben eine Sonderstellung. Die Organe der Stadt sind Gemeinde- und Bezirksinstanz zugleich (refreshpolitics.at).

In Österreich gibt es aktuell 2 357 Gemeinden. Mehr als die Hälfte, nämlich 1 264 Gemeinden gehören den Gemeindegrößenklassen 1 001 bis 3 000 Einwohner an. In derartigen Gemeinden leben 26,9 % der österreichischen Bevölkerung, in 410 Gemeinden der Größenklassen zwischen 3 001 und 10 000 Einwohnern leben 24,2 % der Bevölkerung, in der Gemeinde Wien leben insgesamt 20 % der Gesamtbevölkerung Österreichs. Das bedeutet, dass etwas mehr als 50 % der ÖsterreicherInnen in kleineren Gemeinden zwischen 1 001 bis 10 000 Einwohnern leben (Statistik Austria).

Auf Bundes- und Länderebene werden gesundheitsfördernde Projekte ausgehandelt und dementsprechende Impulse gesetzt. Die direkte Umsetzung erfolgt auf kommunaler Ebene. Als Beispiel wird an dieser Stelle das FGÖ-Projekt „Anders Altern in Radenthein – Gesundheitsförderung im Alter“ angeführt, dessen Endbericht im Jahr 2006 erschienen ist (FGÖ). Weitere Projekte der Gesundheitsförderung für ältere Menschen, die sich in Österreich auf kommunaler Ebene erfolgreich bewähren, sind in der Projektdatenbank „healthPROelderly“ zu finden (healthproelderly.com).

Kommunales Gesundheitsmanagement ist eine äußerst komplexe Aufgabe und kann nur in einer übergreifenden dreidimensionalen Gemeinschaftsarbeit gelingen – mit qualifiziertem internen Personal, externen ExpertInnen und den Beteiligten aus der betroffenen Kommune. Auf die grundlegende Bedeutung von Kommune und Quartier im Hinblick auf Gesundheitsförderung wurde bereits im Abschnitt 3.3 näher eingegangen.

3.4.2 Gesundheitssektor

Der Gesundheitssektor steht in allen seinen Bereichen auf Grund der Kostenexplosion immer wieder im Mittelpunkt der Kritik. Faktoren für die steigenden Ausgaben sind einerseits die zunehmenden Leistungsangebote durch die technische Entwicklung andererseits die steigenden Ansprüche der PatientInnen. Darüber hinaus bedingt die demografische Entwicklung eine Veränderung des Krankheitsspektrums in Richtung chronische Krankheiten und Multimorbidität. Das Solidarsystem gerät an seine Grenzen. Dazu konstatierten Plamper/ Lauterbach jedoch bereits im Jahr 1998, dass 75 % der gesamten Kostensteigerung der Medizin in den Verteuerungsfaktoren medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt zu finden sind (Plamper/ Lauterbach 2001: 36).

Auch sind Zweifel angebracht an der Annahme, dass durch individualmedizinische Versorgung der größtmögliche Gesundheitsgewinn erzeugt wird, erst recht angesichts der wachsenden Ausgaben für eine Krankenversorgung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik. Nachhaltige Gesundheitsgewinne sind dann zu erwarten, wenn es gelingt, die Determinanten der Gesundheit zu verändern, also soziale Ungleichheit zu mindern oder Lebens- und Arbeitswelten gesundheitsgerechter und gesundheitsfördernder zu gestalten (Noack 1996).

In Österreich werden gesundheitsfördernde Projekte für ältere Menschen durch diverse Versicherungsunternehmen oder Gewerkschaften initiiert und unterstützt. Beispielsweise hat das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, ein Tochterunternehmen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, in Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft VIDA das Projekt „JA! Jetzt Aktiv“ für die Zielgruppe Frauen und Männer 50+ durchgeführt, um sie frühzeitig auf den Ausstieg aus dem Erwerbsleben vorzubereiten (Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau). Bei den österreichischen SozialversicherungsträgerInnen liegen die bisherigen Schwerpunkte der zahlreichen gesundheitsfördernden Projekte in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Zahngesundheit, betriebliche Gesundheitsförderung und Unfallverhütung, sind jedoch in

keinem Fall spezifisch auf die Gruppe der älteren Bevölkerung ausgerichtet (Österreichische Sozialversicherung).

3.4.3 Konsens in der Gesundheitspolitik

Gesundheitsförderung hat sich „als anerkanntes Berufsfeld im Gesundheitssektor etabliert und ist eine wichtige Komponente der neuen Public-Health-Entwicklung“ geworden (Kickbusch 2003: 181). Inzwischen kann die Gesundheitsförderung auf etwa 30 Jahre Forschung und Praxis zurückgreifen, sollte jedoch „im Zuge ihrer zunehmenden Professionalisierung die Qualität von Leistungen und Programmen sowohl im öffentlichen wie auch im privaten Bereich absichern“ (Kickbusch 2003: 188).

Gesundheitspolitische Ziele müssen im Spannungsfeld zwischen ökonomischer Rationalität und moralisch-ethischen Wertvorstellungen ausgehandelt werden. Der immerwährende Interessenskonflikt zwischen einerseits finanzpolitischen Forderungen, die Ausgabenkontrolle sowie Effizienz der Versorgung und ihren Nachweis fokussieren, und gesellschaftspolitischen Forderungen andererseits, die moralisch-ethische Werte wie Solidarität und Gesundheit als soziales Gut in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellen, zwingt alle Beteiligten zu einem Konsens über die Prioritäten einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung zu kommen. In diesem Prozess der Prioritätenfestlegung müssen die Bedürfnisse und der Schutz der Bevölkerung eine ebenbürtige Rolle spielen neben den rein rationalen Interessen medizinisch-technischer Entwicklung und ökonomischer Kosten-Nutzen-Analysen (Plamper/ Lauterbach 2001).

Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik erfordert Vernetzung, um die vielfältigen Interessen und Zuständigkeiten zusammenzuführen. Doppelgleisigkeiten können in enger Zusammenarbeit mit den AkteurInnen auf dem Gesundheitssektor vermieden werden. Der Aufbau von Kooperationsstrukturen soll helfen, „das multisektorale *Nebeneinander* aufzulösen in ein interdisziplinäres und ein intersektorales *Miteinander*“ (Trojan/ Legewie 2001: 160). Zusammenfassend kann herausgestellt werden, dass in der österreichischen Gesundheitspolitik organisatorische und strukturelle Veränderungen sowie eine engere und intersektorale Zusammenarbeit dringend geboten sind, um die Chancengleichheit der Bevölkerung nicht weiter zu gefährden und den sozialen Frieden zu gewährleisten (vgl. Lobnig/ Pelikan 1996).

3.4.4 Evaluation in der Gesundheitsförderung

In unserer gegenwärtigen Leistungsgesellschaft stehen auch AuftraggeberInnen von sozialen Projekten verstärkt unter Legitimationsdruck. Sie müssen auf Grund von Sparmaßnahmen nicht nur im Hinblick auf ihre sozialstaatliche Verantwortung stichhaltige Argumente für ihr Engagement darlegen sondern sind auch einer zunehmend kritischen Beurteilung ihrer Arbeit ausgeliefert und müssen ihre Entscheidungen permanent rechtfertigen können. Einerseits entsteht dieser Legitimationsdruck durch die verschärfte Effizienz- und Kostenkontrolle, andererseits ist das Qualitätsbewusstsein seitens einer kritischen Öffentlichkeit gestiegen. Damit einher geht ein zunehmender Bedarf an wissenschaftlich abgesicherten Nachweisen über Wirksamkeit, Effizienz, Qualität und Akzeptanz von Veränderungsmaßnahmen. Evaluationen sind eine „wissenschaftliche Antwort auf diese Herausforderung“ (von Kardorff 2009: 238).

Die Gesundheitsförderung ist eine relativ neue Fachdisziplin, sie muss den Nutzen ihrer Aktivitäten erst durch entsprechende Evaluierungsmaßnahmen nachweisen. Da diese vornehmlich evidenz-basiert sein sollen, aber häufig mehrere Arten der Intervention über einen längeren Zeitraum und mit unterschiedlichen AkteurInnen ineinandergreifen und die Gesundheitsdienste mit ihrem vorherrschenden Evaluierungsmodell der quantitativen Untersuchungen noch immer im Mittelpunkt stehen, ist es äußerst schwierig, eine geeignete Form der Evaluierung zu finden. Von der Gesundheitsförderung werden laut Naidoo/ Wills unrealistische Kriterien für die Evaluierung verlangt. Gleichzeitig hängt die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungspraxis explizit von ihrer erfolgreichen Evaluierung ab. Diese dient zur Verständigung über zukünftige Projekte und erweitert das Wissen der eingebundenen AkteurInnen (Naidoo/ Wills 2003).

Die Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen befasst sich in der Regel mit der Feststellung der *unmittelbaren und längerfristigen Auswirkungen*. Gerade die Messung der längerfristigen Auswirkungen bereitet Schwierigkeiten, da Erfolge, die in der Zukunft liegen, nicht greifbar sind. Bei den Evaluierungsprozessen kann auf die Erfahrungen jüngst durchgeführter wissenschaftlicher Untersuchungen zurückgegriffen werden, nachdem diese in Fachzeitschriften, Berichten und anderen wissenschaftlichen Publikationen kritisch gelesen wurden. Grundsätzlich ist bei gesundheitsfördernden Projekten zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Bewertungen der Erfolge durch die unterschiedlichen Gruppen von AkteurInnen und KosterträgerInnen zustande kommen

können und deshalb eine Klärung im Vorfeld stattfinden sollte, wessen Perspektiven bei der Evaluation zum Tragen kommen (Naidoo/ Wills 2003: 373f).

4 Umfeldanalyse

Wie im Abschnitt 1.4 erläutert, ist diese Arbeit als explorative Untersuchung aufgebaut, deren erster Schritt eine Analyse aktuell evaluierter Projekte der Gesundheitsförderung für ältere Menschen ist. Nach eingehender Literatur- und Internetrecherche wurden drei relevante Projekte ausgewählt und einer detaillierten sekundäranalytischen Betrachtung unterzogen. Auf Grund der durchgeführten Evaluierungen, die evidenzbasierte Schlüsse zulassen, fiel die Entscheidung auf das österreichische Projekt „15 Jahre Gesunde Gemeinde in OÖ – Evaluierung“, das EU-Projekt „healthPROelderly“ sowie die quantitative Erhebung des FGÖ „Gesundheitsförderung im kommunalen Setting für ältere Menschen 60+“. Die Ergebnisse dieser Umfeldanalyse sollen mit den Resultaten der Analyse der ExpertInneninterviews verknüpft ein Gesamtbild der gegenwärtigen Situation der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Österreich skizzieren.

4.1 Gesunde Gemeinde OÖ

Im Jahr 1989 wurde von der Oberösterreichischen Landesregierung, Abteilung Gesundheit, in Zusammenarbeit mit Städten und Gemeinden das Netzwerk *Gesunde Gemeinde* gegründet. Ziel war in Anlehnung an die WHO Richtlinien die Förderung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung und die Schaffung gesundheitsfördernder Strukturen in den Kommunen. Mittlerweile beteiligen sich 432 von 444 Städten und Gemeinden des Landes OÖ an diesem Netzwerk (gesundegemeinde.ooe.gv.at).

Aus Anlass des 15jährigen Bestehens der Aktion beauftragte das Land OÖ eine Evaluierung, die vom Institut für Gesundheitsplanung durchgeführt wurde. Die Studie beinhaltete qualitative Interviews sowie eine quantitative Befragung. Rund um die Kernfragen der Vermittlung von Gesundheitswissen, Umsetzung von Aktivitäten, Entwicklung von Strukturen und Arbeitsaufwand für Gesundheitsförderung wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt und an 299 ArbeitskreisleiterInnen in oberösterreichischen Gemeinden verschickt. Die Rücklaufquote betrug 40 %, das Durchschnittsalter der Befragten 45 Jahre, wobei Frauen gegenüber Männern geringfügig überrepräsentiert waren. Die Ergebnisse der Studie „15 Jahre Gesunde Gemeinde in OÖ - Evaluierung“ wurden im Jahr 2006 veröffentlicht und ergaben zusammengefasst:

- in den teilnehmenden Gemeinden gibt es einen oder mehrere Arbeitskreise, die am häufigsten aus 6 bis 15 ehrenamtlichen MitarbeiterInnen bestehen
- die ArbeitskreisleiterInnen arbeiten im Durchschnitt 11 Stunden im Monat für die Aktion, wobei es schwierig ist ehrenamtliche MitarbeiterInnen zu gewinnen
- am häufigsten werden Aktivitäten zu Bewegung und Ernährung angeboten
- Gesunde Schuljause, Nordic Walking und Gymnastik haben sich dauerhaft etabliert
- die Hälfte der Gemeinden veranstaltet bis zu 5 Aktivitäten im Jahr; in erster Linie Vorträge
- am stärksten werden gesundheitsfördernde Veranstaltungen von der Altersgruppe der 41- bis 60-Jährigen besucht
- die Aktion übt insgesamt einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsbewusstsein und das Gemeinschaftsleben aus
- Verbesserungsbedarf besteht in den Bereichen Erreichbarkeit desinteressierter GemeindebürgerInnen sowie Kooperation und Vernetzung der Gemeinden untereinander (gesundegemeinde.ooe.gv.at).

Kodelitsch untersuchte das Angebot der Aktion *Gesunde Gemeinde* der Sanitätsdirektion OÖ und stellte es anschließend in einen Vergleich zum Projekt *Gesunde Gemeinde* in der Steiermark, das vom Gesundheitsverein „Styriavitalis“ (Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz) durchgeführt und betreut wird. Sie kam zu den Ergebnissen, dass sich die Angebote nur in sehr wenigen Punkten ähneln. Im Unterschied zu OÖ gibt es in den steirischen Gemeinden eine verpflichtende Verbindlichkeit in puncto jährliches Budget, Kostenübernahme und Dokumentation, die sehr zum Gelingen und zur Nachhaltigkeit der Projekte beiträgt. Weiters sei in der Startphase die Einbeziehung von SozialwissenschaftlernInnen und die Identifizierung von Schlüsselpersonen von großem Vorteil. Ebenso positiv zu bewerten sind die Begleitung und Moderation durch ExpertInnen während Planungs- und Umsetzungsphasen sowie die fortlaufende Evaluierung. Ein Startgeld, die Refundierung von ReferentInnenkosten oder kostenlose Werbematerialien werden im Gegensatz dazu nur in OÖ angeboten. In beiden Fällen gibt es eine Zeitung, und die Gemeinden erhalten Tipps in Bezug auf die ReferentInnen.

Kodelitsch entwickelt aus den Ergebnissen ihrer Untersuchung Empfehlungen für die Sanitätsdirektion in OÖ, die folgendes beinhalten:

- eine genauere gemeinsame Zielsetzung zur besseren Kenntnis über die bestehenden Strukturen und Identifikation mit dem Projekt
- eine verpflichtende Finanzierung von jährlich ca. 1 Euro pro GemeindebürgerIn
- kein Startgeld oder wenn ja, dann gestaffelt, sowie Forderung nach Kostenaufstellung und genauere Festlegung von Kriterien für die Refundierung
- Befristung des Titels „*Gesunde Gemeinde*“ auf 3 Jahre, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten
- Arbeitskreise zur Benennung von ArbeitskreisleiterInnen, laufenden Sitzungen, Dokumentation und Berichterstattung verpflichten
- Hilfestellung in allen Phasen durch Moderation und Monitoring sowie Weiterbildung seitens der Sanitätsdirektion anbieten, um Korrekturen vorzunehmen oder Meilensteine zu definieren
- Vernetzung mit allen Anbietern innerhalb der Gemeinde vorantreiben, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden
- das Projekthandbuch als unterstützendes Hilfsmittel beibehalten, aber vereinfachen und übersichtlicher gestalten, um eine schnellere und bessere Handhabung zu gewährleisten (Kodelitsch 2003).

4.3 „healthPROelderly“

Bisherige Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung für ältere Menschen haben nur lokalen und nationalen Charakter und sind wenig bis gar nicht vernetzt. Das EU-Projekt „healthPROelderly“ bildet dabei eine Ausnahme und eignet sich deshalb für eine nähere Betrachtung. Ziel der Analyse ist es, Kategorien für eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen herauszufiltern und die Ergebnisse in die Entwicklung des Argumentariums „Aktive Ältere“ einfließen zu lassen.

4.3.1 Das Projekt

Mit Hinblick auf die demografische Entwicklung und die damit verbundene Problematik für die kommenden Jahrzehnte sowie aus Überlegungen zur internationalen Vernetzung

wurde von der EU das Projekt „healthPROelderly“ ins Leben gerufen. Das Projekt startete im April 2006 und wurde im Dezember 2008 beendet. 17 Partnerorganisationen aus 11 EU Ländern waren eingebunden. Mitwirkende waren ÖRK, DRK, Rotes Kreuz Spanien, Slowakei und Slowenien, Universitäten in Prag, Dortmund, Athen, Rom, Kent und Maribor und die Vereinigung der Krankenschwestern in Polen. Zu den österreichischen FördergeberInnen zählten BM für Gesundheit, FGÖ und ÖRK. In dieser europaweit durchgeführten Studie über Projekte der Gesundheitsförderung für ältere Menschen wurde ein spezifisches Angebot für alle AkteurInnen in der Gesundheitsförderung erarbeitet. Es beinhaltet 16 „Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung der älteren Generation“ und eine Sammlung von 160 Beispielen von Gesundheitsförderungsprojekten in Europa, die in einer öffentlich zugänglichen Datenbank zur Verfügung gestellt wurden. 33 Projekte davon wurden detailliert evaluiert. Dazu zählen 3 Projekte aus Österreich: *Anders altern in Radenthein*, *LIMA – Lebensqualität im Alter* und *Aktiv ins Alter! Investition in die Gesundheit älterer Menschen*. Bei diesem EU Projekt ging es vorrangig um „gathering information from the partner countries and identifying best practices in the field of health promotion for older people“ (Lis et alii, 2008: 7). Der Fokus lag auf der Identifizierung von Kriterien, die Gesundheitsförderungsprogramme für ältere Menschen erfolgreich machen. Die Ergebnisse wurden in Form von Leitlinien in einem 48seitigen Nachschlagewerk festgeschrieben (healthproelderly).

4.3.2 Auswertungsmethode

Die oben beschriebenen Leitlinien bildeten die Grundlage für die Ausarbeitung des Argumentariums „Aktive Ältere“, das sich im Anhang befindet. Im Rahmen eines Reviews erfolgte eine umfassende thematische Analyse der 16 Leitlinien inklusive der jeweils angeführten ‚Best-Practice-Beispiele‘. Mit Hilfe einer strukturierenden Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2010) wurden die einzelnen Leitlinien nach bestimmten Kriterien kodiert und in einem zweiten Schritt auf wenige Kategorien zusammengeführt. Im Hinblick auf ihre Anwendung in kommunalen Settings in Österreich wurden die relevanten Kategorien herausgefiltert, adaptiert und präzisiert. Die gewonnenen Kategorien wurden neu definiert und aufgelistet.

Die Inhaltsanalyse hat ihren Ursprung in den Kommunikationswissenschaften und bietet den Vorteil, dass größere Textmengen systematisch ausgewertet werden können. In der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wird das Material „in seinem *Kommunikationszusammenhang* eingebettet verstanden“ (2009: 471). Die Strategie der Auswertung besteht aus der „besonderen *Systematik*“ (ebd.) der Regel- und Theoriegeleitetheit sowie einem schrittweisen Vorgehen, in dem Analyseeinheiten und Kategorien gebildet werden. Die *strukturierende Inhaltsanalyse* (Mayring 2009: 473, 2010: 92) will mit Hilfe vorher bestimmter Ordnungskriterien Einschätzungen des Materials vornehmen und bestimmte Aspekte herausfiltern, wobei formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Vorgehensweisen in Betracht kommen. Dabei werden in zusammenfassenden Prozessen die Methoden der Selektion und Bündelung sowie Komprimierung bestimmter Textpassagen angewendet, während in den induktiven Prozessphasen die schrittweise Entwicklung von Kategorien erfolgt. Durch die exakte Formulierung von Definitionen, Beispielen, Abläufen und Kodierregeln entsteht ein Kodierleitfaden, der ganz entscheidend zu einer präzisen Strukturierungsarbeit beiträgt. Die zentrale inhaltsanalytische Technik der Strukturierung wurde von Mayring eingehend beschrieben und in einem Ablaufmodell anschaulich gemacht (Mayring 2009, 2010).

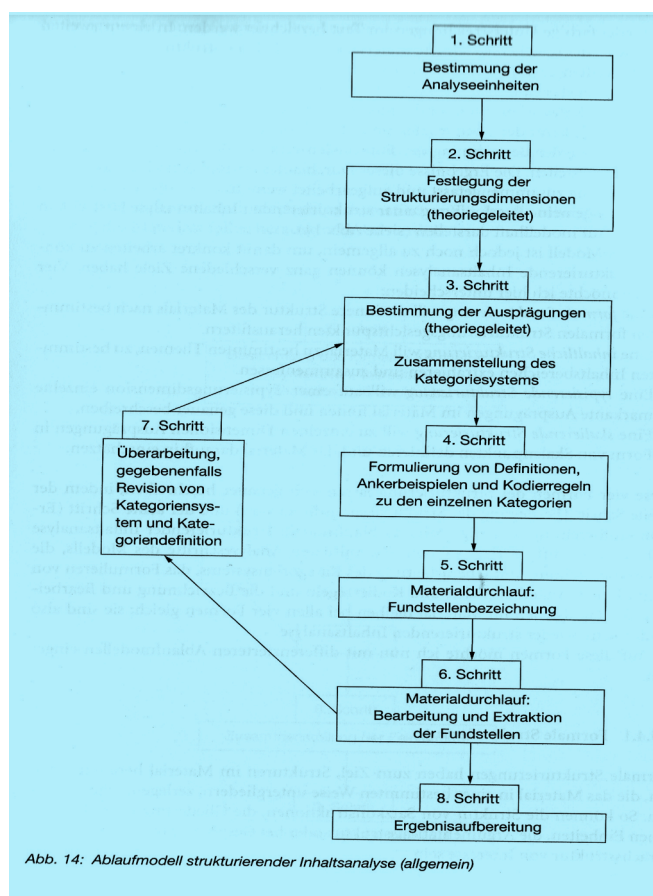


Abb. 7: Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring 2010

Im Zuge eines vorher festgelegten zyklischen Ablaufs, der jederzeit Rückkoppelungsschleifen zuließ, wurden unter der flexiblen Anwendung eines Kodierleitfadens aus dem vorliegenden Material des EU-Konzepts „healthPROelderly“ folgende Kategorien herausgefiltert und zusammengefasst:

- **Ganzheitlicher Ansatz und Nachhaltigkeit:** In einem ganzheitlichen Ansatz werden alle Dimensionen der Gesundheit in das Konzept Gesundheitsförderung miteinbezogen. Individuelle Einflussfaktoren umfassen sowohl körperliche, kognitive, sexuelle und emotionale Aspekte als auch Aspekte im Hinblick auf das soziale Umfeld wie Familie, Freunde, Bekannte oder Nachbarn. Parallel finden gesellschaftliche Einflussfaktoren wie Umweltbedingungen, ökonomische und infrastrukturelle Bedingungen Berücksichtigung. Eine oder mehrere Dimensionen dieses Konzepts zu ignorieren, wird den Erfolg von gesundheitsfördernden Maßnahmen erheblich verringern. Um alle diese Aspekte ausreichend berücksichtigen zu können, muss im Zuge der jeweiligen Projektentwicklung mit ExpertInnen aus unterschiedlichen Disziplinen zusammengearbeitet werden. Dazu zählen ÄrztInnen, PflegerInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, SoziologInnen, GerontologInnen, Ernährungs- und SportwissenschaftlerInnen, UmweltexpertInnen, StadtplanerInnen etc. Sie alle bringen in diesem interdisziplinären Team ihr spezifisches Fachwissen und ihre Erfahrung ein, wodurch theoretisch fundierte, innovative Projekte entstehen, die auf die Zielgruppe exakt zugeschnitten sind.

Das Prinzip der Nachhaltigkeit sollte ebenfalls schon zu Beginn der Projektentwicklung herausgestellt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass mit Organisationen zusammengearbeitet wird, die einen hohen Bekanntheitsgrad oder ein gutes Netzwerk an Angeboten haben. Nachhaltigkeit wird in hohem Maß durch geplante Kommunikation und regelmäßige Evaluation der Maßnahme gefördert. Einen weiteren wichtigen Beitrag leistet der Aufbau der Kompetenzen der MitarbeiterInnen durch geeignete Motivation und Unterstützungsangebote oder Fort- und Weiterbildung.

- **Zielsetzung und Zielgruppe:** Die genaue Definition des Ziels sowie der Zielgruppe sind für die erfolgreiche Implementierung von gesundheitsfördernden Projekten unerlässlich. Ältere Menschen sind eine heterogene Gruppe. Eine genaue Kenntnis der Lebensbedingungen, materiellen und sozialen Ressourcen, Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppe erleichtert die Ausarbeitung von Zielen. Sozioökonomische Faktoren, epidemiologische Erkenntnisse und Gesundheitsdeterminanten liefern zusätzlich Auskunft über die spezifischen Bedürfnisse einzelner Zielgruppen. Die benötigten Daten müssen immer wieder neu erfasst werden.

Die Identifizierung der Zielgruppe erfolgt zu Beginn eines Projekts und sollte klar abgegrenzt werden. In der Folge müssen für die Erreichbarkeit der Gruppe

Schlüsselpersonen oder bereits vorhandene, informelle oder organisierte Gruppen identifiziert werden, die einen Zugang zur Zielgruppe haben. Kulturelle oder freizeitbezogene Veranstaltungen und die Medien können genauso herangezogen werden wie ExpertInnen des Gemeinde- und Gesundheitswesens. Das gesundheitsfördernde Programm soll auf die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten sein und Herkunft, Geschlecht, kulturellen und religiösen Hintergrund, Bildungs- und Familienstand, sowie Würde, Autonomie und Individualität berücksichtigen. Hierbei ist eine hohe Sensibilität aller Beteiligten gefragt.

- **Empowerment und Partizipation:** Ziel der gesundheitsfördernden Intervention ist neben der Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen vor allem die Aktivierung der Zielgruppe. Der Prozess des Empowerment befähigt Menschen, ihre Bedürfnisse bewusst wahrzunehmen, sie zu artikulieren und Wege zu finden, sie zu erfüllen. Dadurch wird für die Betroffenen eine enge Verbindung zwischen den Lebenszielen und den Bemühungen, sie zu erreichen hergestellt und Hilfe zur Selbsthilfe ermöglicht. Die Einbindung in Gruppen erhöht die Motivation, erleichtert die Entscheidungsfindung und verstärkt das Gefühl der Kontrolle über bestimmte Einflüsse von außen. Wissen, Informationen und Erfahrungen zum gemeinsam gewählten Thema können ausgetauscht werden. Diese Form der Partizipation steigert das Selbstwertgefühl älterer Menschen. Sie können ihre Fähigkeiten nutzen und gleichzeitig stärken. Sie agieren sozusagen als ExpertInnen in eigener Sache, fühlen sich ernstgenommen und sind motiviert, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu begleiten und umzusetzen. Das Mitspracherecht und die Kompetenzen der älteren Menschen können in allen Projektphasen gewinnbringend eingesetzt werden. Bereits bestehende informelle oder formelle Gruppen sollen ebenfalls zur Teilnahme motiviert werden.

Im Mittelpunkt steht die Autonomie der älteren Menschen. Soweit sie es wünschen, sollen ihre Wirkungsmöglichkeiten entfaltet sowie ihre Ressourcen und Potenziale genutzt werden. Älteren Menschen, die durch ihren ethnischen, kulturellen oder sozialen Hintergrund benachteiligt sind, sollte von Beginn an eine Stimme gegeben werden. Gleichheit, Solidarität und ein positives Altersbild, das durch Aktivität und Teilhabe geprägt ist, durchgehend zu vertreten und zu verbreiten, trägt dazu bei, die Selbstachtung und den gegenseitigen Respekt zu fördern.

- **Verantwortungsbereich und Organisation:** Durch den Settings-Ansatz wird die Organisation der Gesundheitsförderung in die Lebenswelt der Menschen hineingetragen. Geeignete Orte für die Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere Menschen sind die Kommunen. Dort wirken alle Gesundheitsfaktoren im Hinblick auf Person und Umwelt zusammen. Die Erreichbarkeit der Zielgruppe der älteren Menschen ist gewährleistet. Die Kommune ist der Ort, wo alle an Gesundheitsförderungsinitiativen für ältere Menschen Interessierten, sowie potenzielle FördergeberInnen identifiziert werden können. Um entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und zu initiieren, bedarf es eines kommunalen Managements, das alle verfügbaren AkteurInnen aktiviert und ihr Wissen und ihre Erfahrungen bündelt und vernetzt. Die erforderliche Managementstruktur muss sukzessive und systematisch aufgebaut werden. Sie ist die tragende Säule erfolgreicher Projekte.

In den einzelnen Projekten sollen die unterschiedlichen Ressourcen der Beteiligten gezielt genutzt werden. Ihre Initiativen müssen sorgfältig geplant und koordiniert, Aufgaben, Rollen und Verantwortlichkeiten klar definiert und zugeteilt werden. Die Einbindung älterer Menschen sowie Freiwilliger ist vorteilhaft. Vernetzung hilft, bleibende Strukturen aufzubauen. Ein durchgehender Kommunikations- und Informationsfluss muss gewährleistet sein, um Wissen und Anweisungen an alle Beteiligten zu übertragen.

- **Strategien und Finanzierung:** Die Strategien zur Zielerreichung müssen umfassend geplant werden und in erster Linie auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet sein, aber auch die Kosteneffizienz berücksichtigen. Sie basieren auf einer Auswahl an theoretischen Grundlagen und evidenzbasierter Praxis und helfen Maßnahmen sowie den jeweils aktuellen Aktionsplan zu entwickeln. So können beispielsweise einzelne Arbeitsschritte zur Erreichung von Gesundheitseffekten oder verschiedene Strategien zur Aktivierung von älteren Menschen festgelegt werden. Strategien müssen klar definiert werden, um Ziele und Probleme leichter erfassen und lösen zu können. Anpassungen an veränderte Anforderungen sind im Verlauf des Projekts vorzunehmen. Die Einbeziehung bereits existierender Strategien und Methoden, die sich in der Praxis bewährt haben, erscheint sinnvoll und bringt Kostenersparnis.

Eine detailliert geplante öffentliche Bekanntmachung der Aktivitäten auf lokaler, regionaler oder auch nationaler Ebene informiert ein breites Publikum. Die

Öffentlichkeit erfährt vom Engagement für und durch die ältere Generation, wodurch das allgemeine Altersbild positiv beeinflusst wird. Unterschiedliche AkteurInnen können zur Teilnahme an den jeweiligen Aktivitäten angeregt werden. Gleichzeitig wird durch gezielte Information die Chance auf Beteiligung der älteren Menschen erhöht. Ebenso können potenzielle FördergeberInnen, Partnerorganisationen und Freiwillige durch Werbung und Öffentlichkeitsarbeit angeregt werden, sich an einem Gesundheitsförderungsprojekt zu beteiligen. Sie sollten jedoch darüber hinaus gezielt angesprochen und aktiviert werden. Zusammenarbeit mit etablierten Organisationen, die Erfahrung mit älteren Menschen und ihrer Gesundheit mitbringen, erleichtert die Durchführung von Projekten erheblich.

Finanzierungsmöglichkeiten sollten sowohl auf lokaler und regionaler als auch auf nationaler und internationaler Ebene in Betracht gezogen werden. Zur Akquirierung von Fördergeldern sind Erfahrungswissen und bestehende Netzwerke von großer Bedeutung, aber auch die Fähigkeit, den Nutzen von Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen gegenüber GeldgeberInnen überzeugend zu argumentieren. Um anfallende Personalkosten in Grenzen zu halten, müssen diese regelmäßig überprüft werden. Darüber hinaus hilft die Einbindung von Freiwilligen in die Managementstruktur Personalkosten zu sparen.

- **Evidenz und Evaluation:** Der evidenzbasierte Ansatz setzt auf die Übertragbarkeit bestimmter Merkmale und Erfahrungen aus bereits durchgeführten und evaluierten Projekten. Übertragbarkeit basiert auf präziser und ausführlicher Dokumentation, wobei die Benennung von förderlichen und hinderlichen Faktoren und Rahmenbedingungen als besonders hilfreich erscheint. Forschungsbasierte Evidenz ergänzt mit praktischer Erfahrung garantiert eine breite Wissensbasis für die Entwicklung von Konzepten der Gesundheitsförderung und trägt zu Wirksamkeit und Nachhaltigkeit bei. Die Stichhaltigkeit wissenschaftlicher Befunde sollte jedoch fortlaufend kritisch überprüft werden. Aufbauend auf evidenzbasierte Praxis können Projektziele sowie Strategien und Methoden zur Zielerreichung leichter definiert werden. Erfolgreiche und sorgfältig dokumentierte Projekte ermöglichen eine Orientierung und veranschaulichen eine gute Praxis. Ihre Erkenntnisse können für die Implementierung eines aktuellen Projekts übernommen und gegebenenfalls adaptiert werden. Die Nutzung des vorhandenen Wissens in Form von wissenschaftlicher Literatur, geprüften Handbüchern und Implementierungsplänen oder

Abschlussberichten erfolgreicher Studien wird ebenso empfohlen wie der Rückgriff auf bewährte theoretische Modelle und offizielle Dokumente. Da Effektivitätsnachweise auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung schwer zu erbringen sind, eignen sich zur Legitimation besonders bereits etablierte Konzepte. Beispielsweise besitzt das WHO-Konzept einen hohen Bekanntheitsgrad und Anerkennungswert und erhöht dadurch die Akzeptanz und Glaubwürdigkeit bei FördergeberInnen.

Eine Evaluation gesundheitsfördernder Projekte ist in jedem Fall angebracht. Die systematische Bewertung der Leistung dient als Nachweis dafür, ob und wie ein Projekt erfolgreich und wirtschaftlich umgesetzt werden konnte, und ist eine wichtige Legitimationsgrundlage für die weitere Finanzierung. Eine begleitende Evaluierung ist von hoher Relevanz für die regelmäßige Reflexion durch das beteiligte Personal. Dazu muss ab Beginn des Projekts eine durchgehende Dokumentation und Sammlung von Daten erfolgen, die zu jeder Zeit Auskünfte über den Projektfortgang erlauben. Qualitative sowie quantitative Methoden sollten zum Einsatz kommen und ExpertInnen miteinbezogen werden.

- **Freiwillige MitarbeiterInnen:** Freiwillige leisten Arbeit meist unentgeltlich und stellen dazu ihre Freizeit zur Verfügung. Menschen suchen im Ruhestand zunehmend Herausforderungen, die sie aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben lassen. Darüber hinaus kann die Einbindung von Freiwilligen zur Kosteneffektivität beitragen. Weiters hat Freiwilligenarbeit eine positive Wirkung auf die Gesundheit der Freiwilligen selbst, da sie sich eingebunden fühlen und durch die Sinnhaftigkeit der geleisteten Arbeit ihr Selbstwertgefühl steigt. Dazu sollten Freiwillige gemäß ihrer Fähigkeiten, Erwartungen und Bedürfnisse eingesetzt werden. Sie sollten gezielt gewonnen, ausgebildet und betreut werden, um ihr längerfristiges Engagement zu sichern. Freiwillige können gut in professionelle Teams integriert werden. Diese Partnerschaft sollte von gegenseitiger Akzeptanz und Anerkennung geprägt sein, Rollen und Aufgaben sollten klar zugeteilt werden. Wertschätzung in Form von materieller und sozialer Unterstützung ist dabei unumgänglich (vgl. healthproelderly).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Leitlinien gute und praxisgerechte Anhaltspunkte und Strategien für AkteurInnen auf dem Feld der Gesundheitsförderung für ältere Menschen liefern. Organisation, Finanzierung und Koordination werden ausreichend behandelt. Sicherlich gerechtfertigt ist die Betonung von kontinuierlicher Werbung und Öffentlichkeitsarbeit. Die Themen Empowerment und Partizipation finden durchgehend

Berücksichtigung. Freiwilligenarbeit und Ehrenamtlichkeit werden in einer eigenen Leitlinie behandelt, wodurch ihr hoher Stellenwert betont wird. Die Hervorhebung einer evidenzbasierten Praxis sowie die Empfehlung einer Evaluation gewährleisten nachhaltige Finanzierung und die Übertragbarkeit von Projekten. Besonders positiv herauszustellen ist die Angabe von erfolgreichen Praxisbeispielen am Ende jeder Leitlinienempfehlung und die Auflistung der 33 europäischen Projektbeispiele im Annex. Dadurch werden Zusammenarbeit, wechselseitiges Verstehen und Internationalität vorbildhaft gefördert.

Kritisch zu sehen sind die vielen Überschneidungen der einzelnen Leitlinien. In Bezug auf inhaltliche Ausrichtung und abschließende Handlungsempfehlungen sind sie teilweise zu ähnlich formuliert. Die Verwirrung wird durch Querverweise zwar etwas abgemildert, eine Reduzierung auf einzelne wichtige Aspekte wäre jedoch sinnvoll. Das Strategiepapier ist mit seinen insgesamt 48 Seiten zu lang geraten. Die Definitionen und Begründungen sind manchmal etwas schwammig und ungenau. Auf das Thema sexuelle Gesundheit wurde in den Leitlinien nicht eingegangen, obwohl das niederländische Projekt mit der Bezeichnung „Unterstützungsdienste für homosexuelle ältere Menschen/Pink Buddies“ mehrfach in der Rubrik Beispiele angeführt ist. Gender-Aspekte fanden ebenfalls keine Berücksichtigung.

Nach eingehender Recherche der Projektdatenbank „healthPROelderly“ stellten Lang/Resch fest, dass Publikationslücken im Hinblick auf die Themen sexuelle Gesundheit, Stress und Burn-Out sowie freiwilliges Engagement von älteren Menschen bestehen. Die Aspekte der physischen Gesundheit sind gut abgedeckt, während mentale und soziale Gesundheitsaspekte deutlich abfallen (Lang/Resch 2008: 164ff).

4.4 „GF im kommunalen Setting für ältere Menschen 60+“

Im Auftrag des FGÖ wurde vom Forschungsinstitut des Roten Kreuzes in Wien in Weiterentwicklung der Leitlinien „healthPROelderly“ eine österreichweite elektronische ExpertInnenbefragung unter BürgermeisterInnen durchgeführt, die von Mai bis Juni 2009 stattfand. Die Studie hatte zum Ziel, im Hinblick auf Gesundheitsförderung für ältere Menschen nicht nur allgemeine Einstellungen und Erfahrungen sowie Wahrnehmungen von hinderlichen und förderlichen Bedingungen für eine konkrete Umsetzung von Maßnahmen zu erheben, sondern auch Sichtweisen der Verantwortung für Initiierung, Finanzierung und Umsetzung zu bestimmen. Die Gesamtrücklaufquote von 19,3 % ist als zufriedenstellend einzuschätzen, allerdings sind die Verzerrungen auf Grund der Delegation der Beantwortung an Gemeindebedienstete erheblich. Auf Grund vieler

Mehrfachnennungen ist die Analyse etwas schwierig nachzuvollziehen und auszuwerten. Die Ergebnisse lassen sich zu einer Beurteilung insofern heranziehen, als sie eine überblicksmäßige Einschätzung der allgemeinen Situation im Hinblick auf Gesundheitsförderung für Ältere in österreichischen Gemeindeverwaltungen zulassen. Im Einzelnen sind für zukünftige Aktivitäten folgende Kategorien und deren Parameter als relevant zu erachten:

- **Einstellung und Erfahrung:** Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden von 95 % der Befragten als *nützlich* bzw. *sehr nützlich* eingeschätzt. 40 % der Befragten sehen darin eine Kosteneinsparung im Bereich Personal, Medikamente, Pflege und Betreuung und 29,3 % eine Steigerung der Lebensqualität älterer Menschen. Von 18,7 % wird das Potenzial für mehr körperliche Gesundheit, Fitness und Mobilität angeführt und von 17,9 % das für seelische Gesundheit und Lebensfreude. Teilhabe und Partizipation wird von 15,7 % und Prophylaxe von 16,7 % der Befragten angegeben.
- Seelische Gesundheit, Bewegung und Ernährung, medizinische und pflegerische Versorgung sowie Teilnahme am sozialen Leben wurden als wichtige **Dimensionen der Gesundheitsförderung** gesehen, ebenso der Zugang zu den Angeboten, die Vernetzung im Gesundheits- und Sozialbereich, Gesundheitsinformation und Schulungen.
- **Interessante Aspekte** waren, dass 8,3 % der Befragten Gesundheitsförderung als *solidarische* bzw. *soziale* Aufgabe und 6,7 % das Alter als Ressource sehen. 6,7 % befürworten eine *Bewusstseinsbildung* der älteren Menschen. Immerhin 5,1 % führen an, durch Gesundheitsförderung dem demografischen Wandel adäquat zu begegnen.
- Als **Ziele bzw. Strategien** zur Gesundheitsförderung werden die Initiativen *Gesundes Dorf*, *Gesunde Gemeinde* oder *Gesunde Stadt* von 11,5 % der Befragten angeführt, *Leitbilder* der Gemeinde bzw. des Landes mit 3,9 % eher selten. 10,0 % befürworten *Veranstaltungen und Gemeinschaftsaktionen*, 9,8% *Programme für Sport, Bewegung und Ernährung* und 9,4 % *gesundheitsbezogene Infoabende, Vorträge und Kurse*.
- Bei der **Initiierung** von Gesundheitsförderung stehen interessanterweise die SeniorInnenvereine mit 69,3 % an erster Stelle, gefolgt von Gemeinde- (63,3 %) und Landespolitik (57,3 %). Mit jeweils mehr als 50 % der Nennungen spielen niedergelassene ÄrztInnen, Freizeit, Kultur- und Sportvereine eine wichtige Rolle.

- Im Hinblick auf **Kooperationen** wurden von knapp 20 % der Befragten die *Gesunden Gemeinden*, das *Gesundheitsland* und *Gesundheitsförderungsnetzwerke* angegeben, 19,8 % führten *Wohlfahrtsverbände* wie Rotes Kreuz, Volkshilfe, Caritas, Hilfswerk oder Samariterbund an. Niedergelassene ÄrztInnen, Apotheken und naheliegende Krankenhäuser wurden ebenfalls als wichtige KooperationspartnerInnen genannt, aber nur 10 % der Nennungen entfallen auf *SeniorInnenvereine*, noch etwas weniger auf Sport- und Turnvereine, SozialversicherungsträgerInnen, Wohn-, Alten- und Pflegeheime, psychosoziale Dienste oder die Pfarre.
- Die **Finanzierung** liegt nach Ansicht der Befragten in der hauptsächlichen Verantwortung des Bundes (84,8 %), der Länder (81,9 %) und Gemeinden (39,8 %), SozialversicherungsträgerInnen (77,4 %) und Wirtschaftsunternehmen (45,8 %).
- Als **förderliche Bedingungen** wurden von mehr als zwei Drittel der Befragten (68 %) die vorhandene *Infrastruktur* und die *lokalen Angebote* angegeben, wobei bestehende Strukturen in Form von ÄrztInnenpraxen und Apotheken, Vereinen, mobilen Altenbetreuung etc. besonders positiv erwähnt wurden. *Unterstützung und Sensibilisierung* wurden von 14,7 % der Befragten als förderliche Bedingungen genannt, *Vernetzung und Kooperation* von 13,2 %. *Klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, gesetzliche und politische Rahmenbedingungen* sowie *Finanzmittel* wurden als hilfreich gesehen, weiters *Niederschwelligkeit, Zugänglichkeit und Erreichbarkeit des Angebots* sowie *geeignete Räumlichkeiten*.
- Die **hinderlichen Bedingungen** umfassten mit 36,1 % *Kosten bei gleichzeitig geringer Verfügbarkeit der Mittel* und mit 35,1 % *mangelndes Bewusstsein, fehlende Bereitschaft und Motivation*. 32,5 % halten *schlechte Infra- und Angebotsstruktur* und *mangelhafte Zusammenarbeit und Vernetzung* für hinderlich. Die *eingeschränkte körperliche Mobilität* der älteren Bevölkerung (13,2 %) sowie *mangelnde soziale Integration und Isolation* (5,9 %) werden weniger wahrgenommen, nur 5 % der Befragten führen *schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppe* an. 9,3 % führen den *Mangel an notwendigen Qualifikationen und personellen Ressourcen* und 8,4 % *bürokratische Hürden, unklare Zuständigkeit* und *fehlenden politischen Willen* als Hindernisse an (Lang/ Spicker 2009: 24ff).

Zusammengefasst ergab die Befragung, dass die Einstellungen der Befragten zu Gesundheitsförderung grundsätzlich positiv sind und das Engagement für

Gesundheitsförderung vom sozialen Umfeld anerkannt wird. Die Initiierung geht vorwiegend von SeniorInnenorganisationen, Gemeinde- und Landespolitik, niedergelassenen ÄrztInnen und Einrichtungen der Gesundheitsförderung aus, es bestehen jedoch nur wenige Kooperationen. Die Finanzierung wird vor allem in der Verantwortung von Bund und Ländern, Sozialversicherungsanstalten sowie Wirtschaftsunternehmen gesehen. Die Umsetzung wird dem Aufgabenbereich der Gemeindepolitik, Gesundheitsförderungseinrichtungen, SeniorInnenverbände sowie Freizeit-, Sport- und Kulturvereine zugeordnet. In der Hälfte der Gemeinden wird beabsichtigt, Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Zukunft umzusetzen, jedoch fühlen sich zwei Drittel der befragten ExpertInnen mangels Wissen, Erfahrung und Ressourcen nicht in der Lage, Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu initiieren. Leitbilder werden von nicht einmal 4 % der Gemeinden erstellt. Insgesamt kann bei den Befragten auf ein hohes Interesse an der Thematik geschlossen werden (Lang/ Spicker 2009).

4.5 Fazit zur Sekundäranalyse

Die Befunde dieser Umfeldanalyse erlauben lediglich einen fragmentarischen Einblick in die gegenwärtigen sozialpolitischen Aktivitäten für die älteren Menschen. Sie liefern jedoch wertvolle Erkenntnisse über bestehende Initiativen, kommunale Bedarfslagen und Prioritätensetzung sowie förderliche und hinderliche Bedingungen für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten für ältere Menschen und zeigen Ansatzpunkte für zukünftige Interventionen auf. In Zusammenführung mit den Ergebnissen aus der Analyse der ExpertInneninterviews und Artefakte (siehe Kapitel 6) werden sie in die Erstellung einer abschließenden Betrachtung einfließen.

5 Argumentarium „Aktive Ältere“

Auf Grundlage der Ergebnisse des Reviews der „evidence based guidelines healthPROelderly“ und unter Berücksichtigung aller weiteren Ergebnisse aus der Umfeldanalyse wurde von der Autorin das Argumentarium „Aktive Ältere“ erstellt. Das Leitlinienmodell ist als Instrument zur Steuerung gesundheitspolitischer Aktivitäten für ältere Menschen gedacht und explizit auf die Anwendung im Kontext österreichischer Gemeinden abgestimmt. Es wird im nächsten Schritt der Untersuchung Diskussionsgrundlage für die ExpertInneninterviews sein.

In diesem Kapitel wird nach einer Einführung in das Thema Leitlinien die Erstellung des Argumentariums erläutert und das erarbeitete Modell mit seinen Bausteinen und Empfehlungen ansatzweise dargestellt. Die vollständige 10seitige Version des Argumentariums „Aktive Ältere“, die den ExpertInnen zur Diskussion vorgelegt wurde, befindet sich im Anhang.

5.1 Leitlinien

In der Steuerung von Verwaltungen sind durch *New Public Management*, das eine Abkehr von der Regelungskultur bedeutet, Leitlinienentwicklungen verstärkt in den Vordergrund gerückt. Leitlinien geben Ziele und Strategien zur Zielerreichung vor. Sie dienen den beteiligten AkteurInnen als Orientierungshilfe und liefern Anhaltspunkte für die Umsetzung der festgelegten Vereinbarungen. Zu betonen ist, dass Leitlinien keinerlei rechtliche Verpflichtungen, sondern lediglich unverbindliche Empfehlungen darstellen. Für die MitarbeiterInnen ergibt sich durch diese kooperative Form der Steuerung eine größere Selbstständigkeit und damit bessere Motivation, allerdings steigt durch die erweiterten Anforderungen auch der Leistungsdruck (Schedler/ Proeller 2006).

Im Bereich des Gesundheitswesens ist die Weitergabe von Wissen durch Entscheidungs- oder Handlungshilfen seit jeher üblich. Als Beispiel nennen Rienhoff/ Kleinoeder (2003: 732) das Hebammenbuch der Sigismundin im 17. Jahrhundert. Allerdings war die Gesellschaft damals noch weit entfernt von *Public Health*: „Health was a private matter, not a public concern“ (Giddens 2006: 259). Heutzutage müssen im Sinne eines partnerschaftlichen Konzepts PatientInnen über Behandlungsschemata aufgeklärt und Handlungsanleitungen für Laien verständlich verfasst werden. Die Ableitung von Handlungsleitlinien erfolgt auf der Grundlage von Daten systematisch durchgeführter Literatur-Reviews oder Meta-Analysen oder auf Basis von ExpertInnenwissen durch Konsensus-Konferenzen oder die Delphi-Methode, ebenso durch Kombinationen von beiden. Im Rahmen der neueren Entwicklung rückt die *Evidence based Medicine* wissenschaftliche datenbasierte Kriterien im Qualitätsmanagement wieder verstärkt in den Vordergrund (Rienhoff/ Kleinoeder 2003).

Helou (2003) konstatiert einen Bedeutungszuwachs von Leitlinien als medizinisches und gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument im deutschen Gesundheitswesen. Sie sind aus ökonomischen Gründen für Krankenkassen und die Gesundheitspolitik sinnvoll, da sie

sich zur Realisierung von Einsparpotenzialen eignen. Das integrative Modell der Leitlinienentwicklung nach Helou ermöglicht unterschiedliche Variationen:

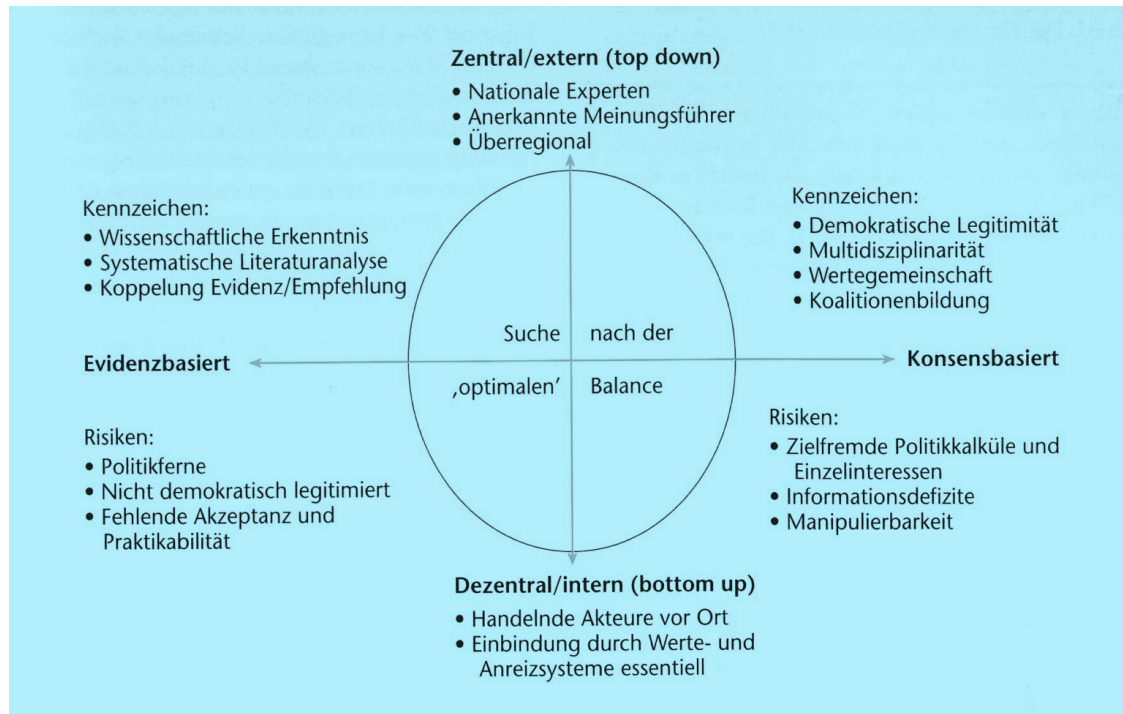


Abb. 8: Modell der Leitlinienentwicklung nach Helou 2003

Nach der Umsetzung von Leitlinien lassen sich Verbesserungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nachweisen. Die meisten Studien reflektierten allerdings ideale Bedingungen. Die festgestellte Diskrepanz zu unter durchschnittlichen Bedingungen durchgeführten Studien „wird größtenteils auf vermeidbare Defizite im Bereich der Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien sowie die unzureichende Beachtung von strukturellen Rahmenbedingungen zurückgeführt“ (Helou 2003: 743).

5.2 Erstellung des Argumentariums

Das Argumentarium „Aktive Ältere“ wurde in Anlehnung an die EU-Leitlinien „healthPROelderly“ erstellt und mehrfach rekursiv überarbeitet, um möglichst viele Erkenntnisse aus der Analyse der evidenzbasierten Studien aus Kapitel 4 in ein strukturiertes Ergebnis einzubinden. Die Erarbeitung der Handlungsempfehlungen erfolgte schrittweise und ergab die folgenden acht Bausteine:

➤ Ganzheitlicher Ansatz	➤ Zielgruppe
➤ Zielsetzung	➤ Empowerment und Partizipation
➤ Freiwillige Arbeit	➤ Organisation
➤ Finanzierung	➤ Evaluation

Tab. 1: Bausteine des Argumentariums „Aktive Ältere“ (HESM)

Jedes dieser Module behandelt ein zentrales Thema, hat eine Leitlinie vorangestellt und enthält die Punkte *Definition* zur genaueren Erläuterung, *Argumentation* zur tieferen Begründung sowie die Rubrik *Empfehlungen* mit Hinweisen zur praktischen Anwendung der Module. Das Argumentarium umfasst insgesamt zehn Seiten und ist für AkteurInnen der Gesundheitsförderung als Anhaltspunkt und Orientierungshilfe zur Realisierung von gesundheitspolitischen Interventionen für die ältere Bevölkerung gedacht. In der vorliegenden Untersuchung ist es Diskussionsgrundlage für die ExpertInneninterviews.

Die erste Seite dient zur allgemeinen Einführung in das Thema Gesundheitsförderung und stellt das Setting Kommune in den Vordergrund. Nach einer Darstellung der demografischen Problematik wird auf die zwei zentralen Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung für ältere Menschen eingegangen – die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse sowie das Nutzen ihrer Potenziale. Die finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems wird als wichtiges Argument angeführt. Anschließend erfolgt die Zuordnung des Argumentariums als Orientierungshilfe für EntscheidungsträgerInnen und MitarbeiterInnen der Kommunalpolitik, das aufbauend auf die evidenz-basierten Leitlinien des EU-Projekts „healthPROelderly“ Anregungen und Vorschläge zur Ausarbeitung von Projekten der Gesundheitsförderung für die Generation 60+ beinhaltet. In der Folge werden die oben genannten acht Bausteine auf jeweils einer Seite dargestellt. Nach der Überschrift wird die Leitlinie zum jeweiligen Modul herausgestellt. Dann wird das Modul unter der Rubrik *Definition* genau erklärt, in der anschließenden Rubrik *Argumentation* etwas breiter argumentiert und zum Schluss in der Rubrik *Empfehlungen* mit einigen Empfehlungen für eine „good practice“ versehen. Auf der letzten Seite befinden sich Internetlinks zur Auffindung von Beispielen der „good practice“ aus Datenbanken, allgemeine Hinweise und ein Verzeichnis ausgewählter Literatur.

Im Zuge dieser experimentellen Forschungsarbeit wird das Argumentarium ausgewählten EntscheidungsträgerInnen in österreichischen Gemeinden vorgelegt, die in den nachfolgenden ExpertInneninterviews ihre Meinung und Erfahrungswerte zu gesundheitsfördernden Initiativen für Ältere abgeben sowie zu Problemen in der Initiierung und Durchführung Stellung nehmen sollen. Nach Auswertung dieser Untersuchung wird durch Gegenüberstellung und Zusammenführung aller Ergebnisse ein Bild der aktuellen Ausrichtung österreichischer Gemeindepolitik im Hinblick auf Gesundheitsförderung für ältere Menschen skizziert.

6 ExpertInneninterviews

Im Rahmen von ExpertInneninterviews mit BürgermeisterInnen in elf ausgewählten österreichischen Gemeinden soll ausreichend Material gesammelt werden, um nach sorgfältiger Analyse Antworten auf die im Abschnitt 1.3 gestellten Fragen zu finden. Bestehen kommunalpolitische Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen oder sind solche in naher Zukunft geplant? Welche Faktoren sind nach Meinung von BürgermeisterInnen eine gute Voraussetzung für ihre Realisierung, welche stellen ein Hindernis dar?

In diesem Kapitel erfolgt nach einer Erläuterung des ExpertInnenbegriffs eine Annäherung an die Rolle des/der BürgermeisterIn. Anschließend wird das ExpertInneninterview inklusive seiner Abläufe behandelt. Der Abschnitt Datenerhebung beinhaltet die Kriterien der Auswahl der ExpertInnen und geht auf die einzelnen Interviewphasen sowie die Bedeutung von Artefakten ein. Im Abschnitt Datenauswertung werden die Analysemethoden der ExpertInneninterviews und Artefakte aufgezeigt.

6.1 ExpertInnen

In einer pluralisierten und globalisierten Welt zählen zum Kreis der ExpertInnen alle Personen, die aktiv an der Gestaltung öffentlicher Anliegen beteiligt sind und in ihren Aktivitäten ein problemlösungsorientiertes und analytisches Wissen entwickelt haben (Meuser/ Nagel 2009). Zusätzlich finden sich ExpertInnen oftmals in Positionen, in denen sie andere Menschen maßgeblich beeinflussen und Entscheidungen mit großer Tragweite treffen können. „Nicht die Exklusivität des Wissens macht den Experten für das deutungswissensorientierte Interview interessant, sondern seine Wirkmächtigkeit“ (Bogner/ Menz 2009: 72).

Da es sich bei ExpertInnen, die in Organisationen involviert sind, um praktisches Wissen handelt, kann ihre Expertise als *feldinterne Handlungsexpertise* bezeichnet werden. ExpertInnen besitzen damit *Sonderwissen*, das für erfolgreiches Handeln in spezifischen Organisationsstrukturen relevant ist und ForscherInnen Einsicht in die tiefere Logik des untersuchten Feldes liefert (Froschauer/ Lueger 2009: 244f).

Als ExpertInnen werden in dieser Arbeit BürgermeisterInnen definiert. Sie befinden sich kraft ihres Amtes in einflussreicher Position. Ihre Einstellung zum Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen ist kommunalpolitisch richtungsweisend und auf Grund ihres spezifischen Wissens können sie relevante Faktoren für die Realisierung entsprechender Interventionen in ihrer Gemeinde am besten einschätzen.

6.2 BürgermeisterInnen

In der vorliegenden Untersuchung wird davon ausgegangen, dass kommunalpolitisches Handeln von lokalen AkteurInnen bestimmt wird. Somit stehen BürgermeisterInnen ausgewählter österreichischer Gemeinden als ExpertInnen im Mittelpunkt einer qualitativen Befragung. Sie teilen ihre Lebenswelt mit der Gemeindebevölkerung und sind dieser in besonderer Verantwortung verpflichtet. BürgermeisterInnen sind durch ihre Persönlichkeit und ihr lokalpolitisches Engagement „gesellschaftlicher und politischer Kristallisationspunkt des Gemeindelebens“ (Klammer 1999: 453).

BürgermeisterInnen können auf Grund ihrer Position als EntscheidungsträgerInnen der politischen Elite zugeordnet werden. Im *Positionsansatz* der Elitenforschung sind die Mitglieder der politischen Elite über die Bekleidung wichtiger Positionen in Ämtern oder Institutionen definiert. Sie besitzen kraft ihres Amtes legale Einflussnahme. Auch wenn auf Gemeindeebene Sachpolitik meist Vorrang vor Parteipolitik hat, ist die Einflussnahme von BürgermeisterInnen auf Gemeindeebene als hoch einzuschätzen. Entscheidungen von BürgermeisterInnen unterliegen ihren Handlungsorientierungen oder stützen sich gemäß Luhmann (2010) auf *Entscheidungsprämissen*. Die politische Rekrutierung findet über Parteien statt, wobei Parteien weit in Staat und Gesellschaft hineinreichen (von Beyme 1993). Im Zuge der Professionalisierung des politischen Systems liegen Karriereverläufen von PolitikerInnen meist klar spezifizierte Ämterhierarchien zugrunde. Funktionen auf unterer Parteiebene sind für viele PolitikerInnen Basis für ihre Karrieren. BürgermeisterInnen mit Karriereambitionen absolvieren vielfach die ‚Ochsentour‘, einen langen und mühevollen Weg durch lokale und regionale Parteiämter. Insgesamt wird die

horizontale und vertikale Häufung politischer Ämter durch den Aufbau schützender Netzwerke begünstigt (Borchert 1999).

BürgermeisterInnen werden in Österreich je nach Bundesland direkt oder von den Gemeinderäten gewählt. Sie sind mit der administrativen und politischen Führung der Gemeinde betraut und an das Gemeinderecht gebunden, dessen Grundlagen und Aufgabenbereiche im Österreichischen Bundesverfassungsgesetz verankert sind:

Der eigene Wirkungsbereich umfasst alle Angelegenheiten, die im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse der in der Gemeinde verkörpernden örtlichen Gemeinschaft gelegen und geeignet sind, durch die Gemeinschaft innerhalb ihrer örtlichen Grenzen besorgt zu werden (Art. 118 Abs. 2 B-VG).

Was motiviert Menschen, BürgermeisterInnen zu werden? Eine Umfrage in Deutschland unter 1 153 haupt- und ehrenamtlichen BürgermeisterInnen in Städten und Gemeinden mit mehr als 2 000 EinwohnerInnen ergab, dass der Wille zur Gestaltung des Stadtbilds für 97 % der Befragten als Motiv im Vordergrund steht, gefolgt von der Freude am Umgang mit Menschen (95 %) und die Verpflichtung gegenüber der Stadt oder Gemeinde (90 %). Die Verpflichtung gegenüber Partei oder Wählergemeinschaft (26 %), finanzielle Aspekte (19 %), Karrierevorteile (15 %) oder Gefallen an einer Machtposition (12 %) wird von wenigen als Motiv genannt. Neun von zehn BürgermeisterInnen zeigen sich zufrieden mit ihrem Beruf, der Lebensqualität in ihrer Stadt und dem, was sie bislang erreicht haben. Die zeitgleich durchgeführte telefonische Befragung unter 1 303 wahlberechtigten Deutschen ergab, dass 77 % Integrität, 64 % Bürgernähe und 60 % Durchsetzungsfähigkeit als sehr wichtige Eigenschaften von BürgermeisterInnen nennen. Nach den vorliegenden Analysen zeichnet sich bei den befragten BürgermeisterInnen wie auch bei den befragten BürgerInnen ein eher positives Bild über den Beruf oder das Amt BürgermeisterIn ab. Dies liegt zum einen daran, dass die Wahl ins höchste kommunale Amt direkt erfolgt und sich KandidatInnen durch vorheriges Engagement auf kommunaler Ebene profilieren konnten. Zum anderen haben die Gewählten ein Interesse daran, ihre persönlichen Qualifikationen unter Beweis zu stellen und die Gemeinde lebenswert zu gestalten, vor allem wenn sie selbst aus der Region stammen oder ortsansässig sind (FGW Forschungsgruppe Wahlen).

Leider gibt es in Österreich keine vergleichbaren aktuellen Daten. Die oben genannten Ausführungen lassen sich nur bedingt auf Österreich übertragen. Eine Untersuchung über das Sozialprofil der BürgermeisterInnen aus dem Jahr 1999 zeigte, dass in Österreichs

Gemeinden nur 43 Frauen das BürgermeisterInnenamt bekleideten, das entsprach einem Frauenanteil von 1,8 %⁷. Besonders in kleinen und ländlichen Gemeinden scheint die Ablösung von traditionalistischen Rollenbildern zeitverzögert zu erfolgen. Weiters ist die österreichische Kommunalpolitik ein Mittelschichtphänomen – Angestellte und Beamte (hoher LehrerInnenanteil!) sowie LandwirtInnen stellen die stärksten Berufsgruppen. 71,4 % der BürgermeisterInnen sind in der Gemeinde aufgewachsen, der Großteil ist zwischen 40 und 60 Jahre alt, 55 % geben als höchste abgeschlossene Schulbildung Lehre oder Fachschule an. Mit zunehmender Gemeindegröße steigt der Anteil der BürgermeisterInnen mit Matura- oder Hochschulabschluss. Regionale Herkunft und persönliches Engagement in der Gemeinde sind ein wichtiges Kriterium bei der BürgermeisterInnenwahl, ebenso die parteipolitische Zugehörigkeit. Die ÖVP stellt mit 62,2 % den größten Teil der BürgermeisterInnen (SPÖ 25,4 %, Namensliste 10,6 % und FPÖ 1,8 %), wobei die Variable Gemeindegröße wiederum entscheidend ist. Vor allem in kleinen und ländlichen Gemeinden ist die Dominanz der ÖVP ersichtlich, während in größeren und industriell geprägten Gemeinden die SPÖ die vorherrschende politische Kraft ist (Klammer 1999).

Auf Grund ihrer Position stehen BürgermeisterInnen während ihrer Amtsausübung permanent im Spannungsfeld zwischen lokalpolitischer Selbstverwaltung und Vorgaben höherer Ebenen. Auch bei Entscheidungen in kommunalpolitischen Angelegenheiten müssen sie den Anliegen unterschiedlicher Interessengruppen gerecht werden. Zur erfolgreichen Amtsausübung brauchen BürgermeisterInnen nicht nur Wissen und Zeit, auch persönliche Qualitäten wie Verhandlungsgeschick, Überzeugungskraft und Durchsetzungsvermögen.

6.3 Datenerhebung

Wie bereits mehrfach dargelegt, erfolgt im Rahmen dieser Untersuchung eine Erhebung von Primärdaten mittels Interviews und Sammlung von Artefakten in elf ausgewählten österreichischen Gemeinden.

⁷ Im Jahr 2010 waren in 114 von 2 357 österreichischen Gemeinden Bürgermeisterinnen im Amt. Das entspricht einem Frauenanteil von 4,8 %. Gründe für die geringe Repräsentanz sind die schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit der politischen Tätigkeit sowie das Selbstbild der Frauen, die ihre Fähigkeiten eher kritisch hinterfragen (Österreichischer Gemeindebund).

6.3.1 Interviews

Qualitative Interviews sind „besonders eng mit Ansätzen der verstehenden Soziologie verbunden“ (Hopf 2009: 350). Das fokussierte Interview bezieht sich auf vorab definierte Gesprächsgegenstände und versucht mit Hilfe eines flexibel eingesetzten Leitfadens sehr spezifische Informationen und Urteilsstrukturen zu generieren. Ziel ist es, die Reichweite des Interviewthemas zu maximieren, die Spezifität der Antworten zu unterstützen sowie den persönlichen Kontext zu erfassen (vgl. Hopf 2009).

Wie im Abschnitt über ExpertInnen bereits erläutert, geht es bei ExpertInneninterviews um die Rekonstruktion von handlungsorientiertem Wissen. Durch Fragen, die sich auf Entscheidungen und Handlungen konzentrieren, können allgemeine Prinzipien und institutionalisierte Wirklichkeiten erfasst werden, die Einsicht in die Entscheidungs- und Verfahrenslogik ermöglichen. Ein vorab erstellter Leitfaden erleichtert die Fokussierung auf den jeweiligen Funktionskontext (Meuser/ Nagel 2009). ExpertInneninterviews bieten gegenüber anderen Erhebungsformen „eine konkurrenzlos dichte Datengewinnung“ (Bogner/ Menz 2009: 8).

Da die oben definierten ExpertInnen im Rahmen dieser Arbeit zu einem bestimmten Thema befragt werden und ihnen die Thematik im Vorfeld durch ein vorgelegtes schriftliches Konzept (Argumentarium „Aktive Ältere“) nähergebracht wird, kann im vorliegenden Fall von *fokussierten leitfadengestützten ExpertInneninterviews* gesprochen werden.

6.3.1.1 Interviewplanung

Nach einer intensiven theoretischen Auseinandersetzung mit dem ExpertInnenbegriff und der Erhebungsmethode ExpertInneninterview wurde der Einstieg in die praktische Forschung vorbereitet. Die Untersuchung sollte in mindestens zehn österreichischen Gemeinden stattfinden. Das Sampling fand nach mehrstufiger Auswahl statt (Dieckmann 2010). Dadurch sollte den wesentlichen sozialstrukturellen Kontextbedingungen und der Heterogenität des Untersuchungsfeldes Rechnung getragen werden. Nach der amtlichen Statistik haben etwas mehr als die Hälfte (51,1 %) der österreichischen Gemeinden unter 10 000 BewohnerInnen (Statistik Austria – vgl. Abschnitt 3.4). Aus diesem Grund wurde die Stichprobe aus Gemeinden gezogen, deren Bevölkerungsstand am 01.01.2010 weniger als 10 000 GemeindebürgerInnen auswies. In weiterer Folge wurde darauf geachtet, dass jeweils mindestens zwei Gemeinden eine ähnliche Einwohnerzahl, in Bezug auf die

Kriterien Anteil der Bevölkerung 65+ und/oder politische Ausrichtung jedoch eine explizite Heterogenität aufweisen, um breit gefächerte Daten zu generieren. Durch gezielte Gegenüberstellungen werden vergleichende Analysen ermöglicht, die zusätzliche, vertiefende Erkenntnisse liefern können. Da der Wohnort der Autorin in OÖ liegt und in dieser Arbeit die Ergebnisse der Evaluierung der *Gesunden Gemeinde OÖ* ebenfalls zur Untersuchung herangezogen wurden, kamen Gemeinden aus OÖ in die erste Auswahl. Zusätzlich wurde die Stadtgemeinde Amstetten mit 23 000 EinwohnerInnen zur Kontrastierung und auf Grund ihrer sozialpolitischen Aktivitäten als Beispiel der ‚good practice‘ herangezogen. In Zuge der Erhebung ergaben weitere Recherchen, dass Gemeinden an der nördlichen Grenze von NÖ einen besonders hohen Anteil an älteren Menschen 65+ aufweisen, wodurch sich ein spezifisches Interesse an den Aussagen der BürgermeisterInnen dieser Gemeinden zum vorliegenden Forschungsthema ergab und das Sampling in der zweiten Interviewphase entsprechend erweitert wurde. Zur Übersicht des Samplings wurde eine Liste der elf Gemeinden aufsteigend geordnet nach Einwohnerzahl erstellt:

Gemeinde	Einwohnerzahl	Anteil 65+	Stärkste Partei
St. Nikola/ Donau, OÖ	744	18,7 %	ÖVP
Eggerding, OÖ	1 246	15,4 %	ÖVP
Gutau, OÖ	2 694	18,8 %	SPÖ
Weitra, NÖ	2 769	25,5 %	ÖVP
Grein, OÖ	3 022	20,2 %	SPÖ
Ardagger, NÖ	3 357	13,4 %	ÖVP
Schwertberg, OÖ	5 122	15,7 %	SPÖ
Waidhofen/ Thaya, NÖ	5 693	21 %	ÖVP
Freistadt, OÖ	7 482	15,8 %	ÖVP
Perg, OÖ	7 727	14,9 %	ÖVP
Amstetten, NÖ	22 948	18,1 %	SPÖ

Tab. 2: Liste der Gemeinden (HESM)

Eine alphabetisch geordnete Darstellung der Gemeinden mit näheren Informationen über Bevölkerungs- und andere Gemeindestrukturen, basierend auf Zahlen der Statistik Austria und Internetplattformen der Landesverwaltungen OÖ und NÖ, befindet sich im Anhang. Über die verfügbaren Internetplattformen der einzelnen Gemeinden konnten die Namen der BürgermeisterInnen im Vorfeld bestimmt werden. Die Kontaktaufnahme wurde mittels Interviewanfrage per e-mail durchgeführt. Nach erfolgter Zusage wurde den ExpertInnen zeitnah vor dem Interviewtermin das ausgearbeitete Argumentarium „Aktive Ältere“ als Diskussionsgrundlage übermittelt. Die Erhebung wurde in zwei Phasen durchgeführt, um den Forschungsprozess möglichst offen, reflexiv und flexibel zu gestalten und Korrekturen zu ermöglichen. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Anfang Mai 2011 bis Ende August 2011.

Aufbauend auf das oben beschriebene Sampling wurde in der ersten Interviewphase (Mai 2011) an die folgenden BürgermeisterInnen eine Interviewanfrage per e-mail geschickt:

- Interview I: VBGMⁱⁿ und Sozialbeauftragte Ursula Puchebner⁸, SPÖ, hauptamtlich, geb. 1965, verheiratet, 1 Kind, Stadtgemeinde Amstetten, Bezirk Amstetten, NÖ, 23 000 Einwohner
- Interview II: NR, BGM Nikolaus Prinz, ÖVP, Landwirt, geb. 1962, verheiratet, 3 Kinder, Gemeinde St.Nikola, Bezirk Perg, OÖ, 771 Einwohner
- Interview III: Präsident LA, BGM Johann Hingsamer⁹, ÖVP, Landwirt, geb. 1956, verheiratet, 3 Kinder, Gemeinde Eggerding, Bezirk Schärding, OÖ, 1 245 Einwohner
- Interview IV: BGM Manfred Michelmayr, SPÖ, HS-Lehrer, geb. 1957, verheiratet, 3 Kinder, Stadtgemeinde Grein, Bezirk Perg, OÖ, 3 090 Einwohner
- Interview V: BGMⁱⁿ Marianne Margarete Gusenbauer, SPÖ, hauptamtlich, geb. 1956, verwitwet, 1 Kind, Stadtgemeinde Schwertberg, Bezirk Perg, OÖ, 5 154 Einwohner

Von allen fünf BürgermeisterInnen kamen umgehend Zusagen zum Interview zurück, sodass die Interviewtermine zeitnah festgelegt und wahrgenommen werden konnten. Die gesamte erste Interviewphase verlief problemlos und gestaltete sich erfolgreich. Die durchgeführten Interviews lieferten umfangreiches und aussagekräftiges Material. Im Zuge einer ersten themenzentrierten Auswertung konnten bereits unterschiedliche Positionen der

⁸ Frau Puchebner wurde am 13.10.2011 als Bürgermeisterin der Stadt Amstetten angelobt

⁹ Herr Hingsamer wird auch in seiner Funktion als Präsident der OÖ Gemeindebundes befragt

ExpertInnen und wichtige Hinweise auf mögliche Einflussfaktoren für die Realisierung von Interventionen aus ihrem Blickwinkel heraus erfasst werden.

In der zweiten Interviewphase (Juli und August 2011) wurden die folgenden sechs BürgermeisterInnen per e-mail angeschrieben:

- Interview VI: BGM Josef Lindner, SPÖ, technischer Angestellter, geb. 1960, verh., 2 Kinder, Gemeinde Gutau, Bezirk Freistadt, OÖ, 2 694 Einwohner
- Interview VII: BGM Anton Froschauer, ÖVP, hauptamtlich, geb. 1963, verh., 1 Kind, Stadtgemeinde Perg, Bezirk Perg, OÖ, 7 727 Einwohner
- Interview VIII: BGM Raimund Fuchs, ÖVP, hauptamtlich, geb. 1957, verh., 3 Kinder, Stadtgemeinde Weitra, Bezirk Gmünd, NÖ, 2 769 Einwohner
- Interview IX: BR BGM Kurt Strohmayer-Dangl, ÖVP, hauptamtlich, geb. 1964, verh., 2 Kinder, Gemeinde Waidhofen an der Thaya, Bezirk Waidhofen an der Thaya, NÖ, 5 693 Einwohner
- Interview X: BGM DI Johannes Pressl, ÖVP, Projektleiter, geb. 1970, verh., 4 Kinder, Gemeinde Ardagger, Bezirk Amstetten, NÖ, 3 357 Einwohner
- Interview XI: BR BGM Mag. Christian Jachs, ÖVP, hauptamtlich, geb. 1966, verh., 2 Kinder, Stadtgemeinde Freistadt, Bezirk Freistadt, OÖ, 7 482 Einwohner¹⁰

Die Organisation der zweiten Interviewphase gestaltete sich etwas schwieriger, da sie in die Sommerurlaubszeit fiel. Einige Interviewanfragen an ExpertInnen mussten wiederholt verschickt werden, bis eine Antwort zurückkam. Schließlich konnten jedoch alle ursprünglich geplanten Interviews durchgeführt werden. Ende August 2011 wurde die Erhebung erfolgreich abgeschlossen. Weitere Interviews schienen nicht weiter zielführend, da sich bereits eine große und gut verwertbare Datenmenge angesammelt hatte, die aussagekräftige Schlüsse versprach.

6.3.1.2 Interviewleitfaden

Durch leitfadenorientierte Interviewführung wird die Vergleichbarkeit von Interviewtexten gesichert. Die Entwicklung eines Leitfadens verschafft InterviewerInnen thematische Kompetenz und gewährleistet, dass der Fokus des Interviews auf kontextbezogene Strategien des Handelns und Kriterien des Entscheidens gerichtet bleibt: „Der Leitfaden schneidet die interessierenden Themen aus dem Horizont möglicher Gesprächsthemen der

¹⁰ alle Einwohnerzahlen laut Statistik Austria

Experten heraus und dient dazu, das Interview auf diese Themen zu fokussieren“ (Meuser/ Nagel 2009: 56).

Auf Basis des Argumentariums „Aktive Ältere“ und der gewonnenen Erkenntnisse aus der Umfeldanalyse wurde ein Themenkatalog erstellt, der als Anhaltspunkt für die Ausarbeitung eines Interviewleitfadens diente. Der Leitfaden bot einerseits größtmögliche Flexibilität im Umgang mit den Befragten und gewährleistete andererseits, dass alle wichtigen Themen angesprochen wurden. Die Erhebung der soziodemographischen Daten der befragten ExpertInnen, die teils internetgestützt in der Vorbereitungsphase teils in der face-to-face-Situation erfolgte, sollte bei der Verknüpfung und Einordnung der erzielten Ergebnisse in einen breiteren Kontext helfen.

6.3.1.3 Interviewdurchführung

Das erste Aufeinandertreffen in der Interviewsituation ist spannend und entscheidet maßgeblich über den weiteren Verlauf des Interviews. ForscherInnen sollten einerseits interessiert sein und durch ihr Auftreten Vertrauen erwecken, darüber hinaus jedoch eine vage Distanz halten. Der Gesprächseinstieg ist eine überwindbare Hürde, wenn die Phase der Vorstellung und das informelle Einstiegsgespräch positiv verlaufen sind, alle wesentlichen Punkte wie Thema, Anonymität, etc. noch einmal angesprochen und Technik und Verfahrensweisen gut erklärt wurden. In Vorausschau auf die Interviewsituation sollten gerade bei ExpertInneninterviews mögliche Interaktionseffekte beachtet werden (vgl. Abel/ Behrens 2009).

Interviews mit PolitikerInnen unterliegen einige Besonderheiten. Im politischen Bereich sind die Befragten in einer dreifachen Rolle präsent – als *Personen*, *Repräsentanten* und *Strategen*, woraus sich zusätzliche Probleme für die Interviewsituation ergeben können. In Interviews mit PolitikerInnen, die in der Regel ausgebildet, redegewandt und statusbewusst sind, müssen ForscherInnen doppelt vorsichtig sein, um nicht instrumentalisiert zu werden (Abels/ Behrens 2009: 161).

In Anlehnung an die oben genannten Empfehlungen erfolgte eine gezielte persönliche Vorbereitung auf die einzelnen Interviewsituationen, wodurch Schwierigkeiten im Umgang mit den ExpertInnen vermieden werden konnten. Von Vorteil erwies sich im vorliegenden Fall sicherlich auch das fortgeschrittene Alter der Autorin. Alle elf ExpertInneninterviews wurden von der Autorin persönlich in den Amtsräumen der jeweiligen BürgermeisterInnen durchgeführt und mittels eines Aufnahmegeräts digital

aufgezeichnet. Zeitgleich wurden handschriftliche Notizen gemacht. Die Dauer der einzelnen Interviews lag zwischen 38 und 53 Minuten. Alle interviewten ExpertInnen wollten nach eigenen Aussagen als öffentlich politisch Verantwortliche gesehen und nicht explizit anonymisiert werden.

Während der gesamten Erhebungsphase in den ausgewählten Gemeinden fanden Beobachtungen statt. Beobachtungen als „flüchtiges *Begleitmaterial*“ (Lueger 2010: 41) sind besonders wertvoll, wenn sie formale Daten hilfreich ergänzen und „natürliche Strukturierungsleistungen sichtbar machen“ (ebd.). Die Beobachtungen wurden zeitgleich oder so zeitnah wie möglich protokolliert, um sie jederzeit in die Interpretationsarbeit unterstützend einbinden zu können.

6.3.2 Artefakte

Das zentrale sozialwissenschaftliche Erkenntnisinteresse liegt darin, die Aussagen über ein soziales Umfeld so präzise wie möglich zu treffen. Artefakte sind „Indizien für soziale Sachverhalte, eingebettet in einen sozialen Kontext“ (Lueger 2010: 106) und erlauben ForscherInnen, Einsichten in ihren Forschungsbereich zu vertiefen. Artefaktanalysen können hierbei zusätzliche Informationen über die potenziellen Kontexte liefern und gut in den Forschungsprozess eingebunden werden. Nach Lueger „lässt sich die Artefaktanalyse als Parallelverfahren zu anderen Analysemethoden verwenden“ (Lueger 2010: 96).

Gemeinden berichten meist regelmäßig in öffentlichen Aussendungen über ihre Aktivitäten und halten in der Regel für ihre BürgerInnen auch Informationsmaterial über regionale und überregionale politische Aktivitäten bereit. Diese Materialien enthalten Hinweise auf die sozialpolitische Lebenswelt und sind somit Bestandteil des Untersuchungsfeldes. Vor und nach den Interviews in den jeweiligen Gemeindezentren wurde Informationsmaterial über die lokalen, regionalen und überregionalen sozialpolitischen Aktivitäten gesammelt. In allen Gemeindezentren lag spezifisches Informationsmaterial zur freien Entnahme aus. Einige BürgermeisterInnen gaben der Autorin nach den Interviews von sich aus Materialien wie Gemeindenachrichten, Amtsblätter, regionale Informationsbroschüren oder Flyer über Aktivitäten, die ältere Menschen betreffen, mit. In Amstetten wurde der Autorin der Sozialbericht 2010 zur Verfügung gestellt, in Freistadt Informationsmaterial über das neue Tageszentrum für SeniorInnen.



Abb. 9: Artefakte aus den Gemeinden (HESM)

6.4 Datenauswertung

Das auszuwertende Material beinhaltet sämtliche Aufzeichnungen aus den durchgeführten Interviews und alle gesammelten Artefakte. Das Datenmaterial der ExpertInneninterviews umfasst elf Interviewtexte, die von der Autorin mit Hilfe eines Aufnahme geräts digital aufgezeichnet wurden, die dazugehörigen Interviewprotokolle, die während der Interviews handschriftlich angefertigt wurden, sowie die zeitnah erstellten Gedächtnisprotokolle, die alle relevanten Beobachtungen, Eindrücke und Vorkommnisse während des gesamten Interviewgeschehens dokumentieren. Die vor oder nach den jeweiligen Interviews recherchierten soziodemografischen Daten der befragten BürgermeisterInnen sowie internetgestützte Daten über die ausgewählten Gemeinden fließen ebenso in die Auswertung mit ein wie alle gesammelten Artefakte, die Informationen über aktuelle Gemeindeaktivitäten oder regionale bzw. überregionale sozialpolitische Maßnahmen enthalten. Auf Grund der großen Datenmenge wurde die Auswertung strikt auf jene Daten eingeschränkt, die für die Fragestellungen relevante Aussagen beinhalten und dementsprechende Rückschlüsse zulassen.

6.4.1 Interviewauswertung

Für die ExpertInneninterviews wurde als Auswertungsmethode die themenspezifische Auswertungsstrategie nach Mayring (2009) gewählt. Dieser interpretative Zugang, der bereits bei der Analyse der Leitlinien „healthPROelderly“ angewendet und im Abschnitt 4.3.2 näher dargestellt wurde, kann flexibel gehandhabt und an die jeweiligen Forschungsbedingungen angepasst werden. Die Auswertungsstrategie gliedert sich in mehrere Phasen und orientiert sich an vorab festgelegten Regeln der Textanalyse, in deren Zentrum ein Kategoriensystem steht (vgl. Mayring 2009).

Im Hinblick auf die Auswertung von ExpertInneninterviews werden an dieser Stelle einige Spezifika angesprochen. Durch den gemeinsamen institutionell-organisatorischen Kontext der ExpertInnen und die leitfadenorientierte Interviewführung wird die Vergleichbarkeit der Interviewtexte gesichert. Im Vergleich können Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden, die repräsentative Rückschlüsse zulassen. Da die Äußerungen von ExpertInnen von Beginn an im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verortet sind, orientiert sich die Auswertung des Textmaterials an *thematischen Einheiten*. Die Transkription erfolgt dementsprechend ebenso themenzentriert. Die Verdichtung des Materials wird durch thematisches Ordnen der paraphrasierten Passagen erreicht. Thematisch vergleichbare Textpassagen aus verschiedenen Interviews werden gebündelt. Anschließend erfolgt eine Ablösung von den Texten durch *theoretische Generalisierung*. Auf diese Weise wird im Auswertungsprozess die Fülle des Datenmaterials auf wenige Kategorien reduziert und danach auf die theoretischen Bezüge hin wieder geöffnet. Der Auswertungsprozess ist rekursiv zu gestalten. Eine Kontrastierung unterschiedlicher Positionen und Interessen kann das Feld weiter öffnen (vgl. Meuser/ Nagel 2009).

6.4.1.1 Transkription

Das Transkript hält alle wesentlichen Merkmale des Datenmaterials fest, die für die Untersuchung als relevant erachtet werden. Sinnvoll erscheint es, nur so viel und so genau zu transkribieren, wie es die Fragestellung erfordert. In der Verschriftung hat sich laut Flick bislang kein Standard durchgesetzt, es soll aber ein Höchstmaß an Genauigkeit in der Klassifikation und Darstellung von Äußerungen erzielt werden, wobei auch hier die Frage der Angemessenheit des Vorgehens stets präsent sein sollte (Flick 2009).

Die Verschriftung der ExpertInneninterviews erfolgte zeitnah und in der Reihenfolge ihrer digitalen Aufzeichnungen. Die Transkripte wurden analog mit den Zahlen I bis XI

versehen. Die Bezeichnung der interviewten Personen erfolgte mittels Großbuchstaben ihrer Zu- und Vornamen, die der Interviewerin mit einem I. Nach erster Einschätzung der Relevanz der Aussagen wurden die Interviews teils vollständig, teils themenzentriert transkribiert. Die Transkriptionen können jederzeit digital oder in Papierform zur Einsicht angefordert werden. Bei den Transkriptionsregeln bedeuten beispielsweise in runde Klammern gesetzte Zahlen Pausen in Sekunden, unterstrichene Wörter stellen eine besondere Betonung oder Hervorhebung dar und nichtverbale Äußerungen werden in runden Klammern angegeben. Die erhobenen Daten wurden verschriftet, um anhand dieser Aufbereitung des Materials in weiterer Folge die eigentlichen Analysen durchführen zu können.

6.4.1.2 Kodierung

Die präzise Formulierung von Kategorien sowie das Festlegen von Ankerbeispielen und Kodierregeln gewährleisteten eine eindeutige Zuordnung der Textstellen. Durch das Herantragen des Kategoriensystems an das Beispielmateriale können relevante Passagen der Interviews in einem mehrmaligen Materialdurchlauf thematisch eingeschätzt und zugeordnet werden (vgl. Mayring 2009, vgl. Meuser/ Nagel 2009).

Nach intensiver Auseinandersetzung mit dem transkribierten Material wurden in Rückführung auf die Fragestellung Auswertungskategorien gebildet und in einem Kodierleitfaden zusammengestellt. Die betreffenden Textstellen wurden verschiedenfarbig gekennzeichnet, aus dem Material extrahiert und in das Kategoriensystem eingeordnet. Die Kodierarbeit erfolgte in mehreren Schritten und wurde rekursiv gestaltet. Das transkribierte Material wurde mehrfach gelesen, um relevante Sequenzen aufzuspüren. Schließlich wurden die Ergebnisse verglichen, gegenübergestellt und zusammengefügt.

Darüber hinaus wird an dieser Stelle betont, dass grundsätzlich die Aussagen der ExpertInnen so nah wie möglich am Datenmaterial angesiedelt wurden. Zur Illustration der Interpretationsarbeit sei angeführt, dass explizit in den vorliegenden Fällen der Aussagen von BürgermeisterInnen im Hinblick auf die politische Orientierung Ideologisierungen oder die Erstellung von Psychogrammen vermieden werden mussten. Dazu wurden die erarbeiteten Interpretationen im Hinblick auf spekulative Behauptungen immer wieder dezidiert durchforstet. Gleichzeitig wurden alle angefertigten Beobachtungsprotokolle in die Interpretationsarbeit ergänzend einbezogen, um eine umfassende Beurteilung zu gewährleisten.

6.4.2 Artefaktanalyse

Artefakte geben Auskunft über die Sinnzusammenhänge des Forschungsfeldes. Die Interpretation von Artefakten gilt als wesentlicher Bestandteil der qualitativen Analyse. Die Ergebnisse der Artefaktanalyse können in den Gesamtkontext der Interpretation integriert werden, was zu einer Erweiterung, Vertiefung und Ergänzung der Thesen und Themen führt (vgl. Lueger 2010).

Artefakte fanden auf Grund ihrer Aussagekraft Eingang in diese Untersuchung. Die Analyse der Artefakte erfolgte nach den Strategieempfehlungen von Lueger (2010) in mehreren Schritten, wobei das Verfahren so weit modifiziert und vereinfacht zur Anwendung kam, als nur einzelne Inhalte fokussiert und explizit Differenzen und Ähnlichkeiten der Darstellungen reflektiert wurden. Dadurch konnten strukturelle Unterschiede überprüft und mit den Erkenntnissen aus den ExpertInneninterviews verknüpft werden.

Abschließend sei an dieser Stelle noch einmal angemerkt, dass in der vorliegenden Arbeit den Maximen der qualitativen Feldforschung (vgl. Lueger 2000, vgl. Girtler 2001) und des *theoretical samplings* nach Glaser & Strauss (1967) Rechnung getragen wurde.

7 Ergebnisdarstellung

Nach Beendigung der Erhebungs- und Auswertungsphasen, die wie oben mehrfach erwähnt in einem zirkulären Prozess stattfanden, ergaben sich die im Folgenden dargestellten Ergebnisse. Rückgreifend auf die Fragestellungen im Abschnitt 1.3 werden die erzielten Untersuchungsergebnisse in zwei Bereiche geteilt:

- 1) *Bestehende und geplante kommunalpolitische Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen*
- 2) *Faktoren für die Realisierung kommunalpolitischer Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen*

Zusätzlich wird in einem Exkurs die Beurteilung des Argumentariums „Aktive Ältere“ durch die befragten BürgermeisterInnen erläutert. Am Ende des Kapitels erfolgen eine Verknüpfung aller Ergebnisse aus Primär- und Sekundäranalysen zu einem Gesamtbild sowie eine abschließende kritische Betrachtung der durchgeführten Untersuchung.

Die Ergebnisse spiegeln Daten wider, die nur für den Zeitraum der Erhebung (Mai bis August 2011) Gültigkeit hatten. Die Datenmenge musste auf Grund der Fülle stark eingegrenzt werden, sodass die Analysen themenbezogen erfolgten. Artefaktanalytische Details und themenspezifische Aussagen aus den einzelnen Interviews werden nur exemplarisch angeführt. Auf Grund der Aussendung des Argumentariums „Aktive Ältere“ zur Fokussierung des Themas ist eine Beeinflussung der ExpertInnen im Vorfeld der Interviews und damit eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse nicht auszuschließen.

7.1 Bestehende und geplante kommunalpolitische Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Damit sind alle kommunalpolitischen Aktivitäten mit Fokus auf die Zielgruppe ältere Menschen gemeint, die in den elf Gemeinden zum Zeitpunkt der Untersuchung im Rahmen der landesweiten Aktionen *Gesunde Gemeinde* oder durch Eigeninitiativen der Gemeinde stattfanden oder für die nahe Zukunft geplant waren. Aktivitäten von Vereinen, Wohlfahrtsverbänden oder Selbsthilfegruppen finden sich darin nur, wenn sie von den Gemeinden explizit koordiniert oder unterstützt wurden.

Um die Befunde über die vielfältigen bestehenden und geplanten Aktivitäten besser darstellen und argumentieren zu können, wurden die untersuchten Gemeinden völlig wertfrei in zwei Gruppen geteilt:

7.1.1 Sozialpolitisch aktive Gemeinden

Vier der untersuchten Gemeinden – Amstetten, Ardagger, Freistadt und Weitra – sind im Hinblick auf ihre sozialpolitischen Interventionen für ältere Menschen im Vergleich zu den anderen sieben Gemeinden sehr aktiv. Ihre spezifischen Aktivitäten werden exemplarisch herausgestellt. In der Stadtgemeinde Amstetten (22 948 EinwohnerInnen, SPÖ-regiert) laufen sozialpolitische Interventionen für ältere Menschen seit langer Zeit. Sie wurden bereits in den 1970er und 1980er Jahren eingerichtet, konnten sich über Jahrzehnte bewähren und sind mittlerweile ein Fixposten in den jährlichen Haushaltsaufwendungen der Gemeinde. Die Stadtgemeinde bietet einen SeniorInnenpass an, der Gutscheine für Hallenbad, Sauna, Freibad, Eishalle und Kulturveranstaltungen enthält. Essen auf Rädern wird seit 35 Jahren bereitgestellt und von der Gemeinde unterstützt. Im Rahmen des SeniorInnenclubs der Stadtgemeinde werden zahlreiche Veranstaltungen spezifisch für SeniorInnen abgehalten und finanziert, im LandespensionistInnenheim Muttertags- und

Weihnachtsfeier sowie ein Grillfest. Die Sozialstationen Caritas, Hilfswerk und Rotes Kreuz werden mit € 1,50 pro Person und Einsatzstunde unterstützt (Sozialbericht 2010). Die Gemeinde Amstetten ist SPÖ regiert und finanziell durch diverse Einnahmen aus Gemeindeabgaben gut aufgestellt. Das bedeutet, dass für die kommunalen PolitikerInnen ein relativ großer Handlungsspielraum für die Umsetzung von Projekten gegeben ist. Um die Bedürfnisse der Generation 55+ zu erheben, wurde durch die nahegelegene Fachhochschule Wieselburg eine Befragung in der Gemeinde durchgeführt. Aktuell hat die Stadt in Zusammenarbeit mit dem Institut Social Topics in Salzburg für die kommunale Politik Leitlinien erarbeitet, die als „Kompass für das Zusammenleben“ in den nächsten zehn Jahren dienen sollen. Akzente wurden in den Bereichen Wohnen, Freizeit, Bildung, Kultur, Gesundheit und Nachhaltigkeit gesetzt. In einer achtseitigen Broschüre werden Werte und Haltungen vorgestellt, Aufgabenbereiche und Standards für Politik und Verwaltung definiert und vorgeschlagene Maßnahmen beschrieben. Im neuen Leitbild „LebensSTETTEN“ heißt es unter dem Punkt SeniorInnen:

Für SeniorInnen zwischen Mobilität und Immobilität unterstützen wir Initiativen zur Schaffung einer SeniorInnentagesbetreuung. Ziele sind: Beschäftigung der SeniorInnen, Einsamkeitsbekämpfung sowie Entlastung pflegender Angehöriger“ (www.amstetten.at).

Ebenso werden Maßnahmen für Kinder und Jugendliche näher ausgeführt und Vorschläge für Freizeit, Vernetzung, Wohnen oder das Ehrenamt. Die Durchsetzung von sozialen Projekten ist auch hier von der Einstellung, Persönlichkeit und dem Verhandlungsgeschick der Verantwortlichen abhängig. Die Stadtgemeinde Amstetten muss allerdings auf Grund der Einwohnerzahl, finanziellen Situation und Position als Bezirkshauptstadt in dieser Untersuchung als Sonderfall betrachtet werden. Sie wird zur Kontrastierung und als Beispiel der guten Praxis herangezogen.

In der Gemeinde Ardagger (3 357 EinwohnerInnen, ÖVP-regiert) nahe der Bezirkshauptstadt Amstetten sind ebenfalls Eigeninitiativen der Gemeindepolitik im Hinblick auf die ältere Generation zu beobachten. Die Gemeinde hat eine Sozialgemeinderätin und einen Arbeitskreis *Gesunde Gemeinde*. Der Bürgermeister, der seit 2010 im Amt ist, arbeitet als Projektleiter für regionales Management bei der Niederösterreichischen Landesregierung und bringt berufsbedingt Know-How, Ideen und Erfahrung mit in seine Gemeinde. Ausschlaggebend für seine Überzeugungskraft sind neben Wissen sein Elan, Mut und Alter (geb. 1970). Er weiß als ÖVP-Funktionär zudem

17 von 23 Mandataren des Gemeinderats hinter sich. Im Juni 2011 wurde von der Gemeinde ein „Fragebogen für unsere soziale Zukunft!“ ausgesandt, der unter anderen die Punkte „Generationen verbinden“, „SeniorInnen aktiv“ oder „Besuchsdienst für ältere Menschen“ enthielt. Im Rahmen der Aktion „gemeinde 21“ des Landes NÖ wurde ein Leitbild erstellt. Darin geht es um die Sicherung der Grundinfrastruktur¹¹, Schutz des Lebensraums, Wertschätzung der heimischen Wirtschaft und den Umgang miteinander. Aktuell wird auf diesen Grundlagen ein Projektplan erstellt. Unter dem Motto „Generationen verbinden“ werden Aktivitäten zwischen Kindergarten, Volksschule, Hauptschule und älteren Menschen zumindest angestrebt. Im Oktober 2011 war Baubeginn für acht betreubare Wohnungen im Ortszentrum. Die gegenwärtige Kommunalpolitik ist von Kreativität und großer Aktivitätsbereitschaft aller Beteiligten geprägt. Insgesamt gesehen besteht in der Gemeinde Ardagger die Chance, durch die sozialpolitischen Initiativen und deren Umsetzung nachhaltig positive Veränderungen für das Zusammenleben der Gemeindebevölkerung zu ermöglichen, selbst unter Beibehaltung bewährter Traditionen.

Die Stadtgemeinde Freistadt (7 482 EinwohnerInnen, ÖVP-regiert) bietet allgemein eine sehr große Palette an Veranstaltungen und Kursen rund um Bewegung, Ernährung und Freizeit, zudem speziell für SeniorInnen Tanztage, Gesundheitsgymnastik und SeniorInnenturnen. Es besteht ein Tageszentrum für SeniorInnen unter dem Motto „So viel Selbständigkeit als möglich und Betreuung wenn nötig“ und eine generationenübergreifende Zusammenarbeit in Kindergärten und Schulen. Der Ausbau der 24-Stunden-Betreuung ist vorgesehen. Ein über die Wohnbauförderung gestütztes Projekt läuft unter dem Namen „Beschütztes Wohnen“. Von der Stadtgemeinde Freistadt wurde außerdem ein Versuchsprojekt ins Leben gerufen, das Jung und Alt verbindet:

Wir haben eine Krabbelstube im Betreuten Wohnen, wo mehrere Generationen wohnen. Das funktioniert ganz gut, Jung und Alt unter einem Dach. In Wahrheit ist das Haus voll Leben, wir haben sehr viel Freude mit dem Projekt (XI: 531 – 534).

Freistadt hat als Bezirkshauptstadt ebenfalls strukturelle Vorteile und im Bereich Gesundheit sehr viele gewerbliche wie öffentliche Anbieter. Die Besonderheit der Stadtgemeinde Freistadt liegt darin, dass ebenso wie in der Stadtgemeinde Amstetten

¹¹ Die Gemeinde Ardagger besteht aus 4 Katastralgemeinden und hat 4 Kirchen, 4 Feuerwehren, 4 Musikkapellen, etc. Diese Grundinfrastruktur soll auf Grund der großen Streuung der einzelnen Siedlungen erhalten bleiben.

durch die nachhaltigen Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Lauf der Jahre eine Form von „Gemeindekultur“ entwickelt werden konnte. Von Beginn an wurden alle Bevölkerungsgruppen in die Interventionen einbezogen. In Zusammenarbeit zwischen den kommunalen AkteurInnen wurde eine kontinuierliche Optimierung des Gesundheitsmanagements vor Ort ermöglicht. Auf Grund der langjährigen Praxis entstand eine tragfähige Basis für weiterführende gesundheitspolitische Interventionen und ein faires Miteinander.

Die Stadtgemeinde Weitra (2 769 EinwohnerInnen, ÖVP-regiert) liegt im nördlichen NÖ an der Grenze zu Tschechien. Die Grenzlage am ehemaligen „Eisernen Vorhang“ und die rauen klimatischen Bedingungen wirkten sich nachteilig auf die infrastrukturelle Entwicklung der gesamten Region aus. Die Abwanderungstendenzen der jungen Bevölkerung zeigen steil nach oben. Andererseits ist in der Bezirkshauptstadt eine Zuwanderung an älteren Menschen festzustellen, wodurch sich der hohe Anteil an der älteren Bevölkerung (25,5 %) zusätzlich erklärt:

Wenn sie jung sind, müssen viele weg, zur Ausbildung, zur Arbeit. Im Alter kommen d'Leut' wieder zurück nach Weitra und viele kaufen sich hier ein Haus. Ja, und einige Leut' aus Wien haben sich im Alter hier angesiedelt. Ja, das kann man in den letzten Jahren beobachten. Weitra ist scheinbar eine lebenswerte Stadt fürs Alter (VIII: 40 – 44).

Durch das SeniorInnenheim mit 120 BewohnerInnen wird der Anteil an älteren Menschen in der Gemeinde um fast 4 % erhöht. Es soll demnächst erweitert werden. Die Möglichkeiten zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Aktivitäten sind für die ältere Generation in der Stadtgemeinde Weitra und Umgebung vielfältig. Die hügelige Landschaft lädt zum Wandern und Walken ein. In der Region laufen unter dem Motto „xundheitswelt“ zahlreiche Gesundheitsangebote der Bewegung, Ernährung und Entspannung. Sie sind vor allem durch das Moorheilbad Harbach, den *Lebens.Resort* Ottenschlag und das Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs initiiert (xundheitswelt.at). Weitra selbst bietet einen Badeteich, ein Hallenbad, einen 18-Loch-Golfplatz und einen Motorikpark. Die Gemeinde veranstaltet für SeniorInnen zudem Ausflüge und eine Weihnachtsfeier und bietet ein umfangreiches Kulturprogramm für jeden Geschmack. Die Infrastruktur der Stadt ist intakt und kann Ärzte, Apotheke, mehrere Bäckereien und Fleischereien, zahlreiche Geschäfte und einige Handwerksbetriebe aufweisen. Gastronomie und Hotellerie sind auf dem neuesten Stand. Verkehrstechnisch ist die Stadt

nach Linz in OÖ orientiert. Hilfreich für die Stadtgemeinde Weitra hat sich nach Aussage des Bürgermeisters erwiesen, dass sie Standort einer Kaserne ist und im Zuge der Niederösterreichischen Landesausstellung im Jahr 1994 viel Geld in die Region floss. Unter anderem wurde damals das Schloss generalsaniert und für diverse kulturelle Veranstaltungen zugänglich gemacht. Weitra ist eine historische Braustadt. Vom ehemaligen Reichtum zeugt der Rathausplatz mit seinen Bürgerhäusern und dem Rathaus, die ebenfalls alle vorbildlich restauriert wurden. Abseits in den kleinen Gassen sind jedoch weitere Sanierungsmaßnahmen dringend notwendig. Auch die langen Winter bereiten dem Bürgermeister Sorgen, denn sie lassen die Gemeinde in eine Art Schlaf versinken. Im Fall Weitra sind Aktivität und Attraktivität der Gemeinde zwar historisch bedingt und gewachsen, gegenwärtig scheint die regionale Vernetzung, die alle Anbieter in das Gesamtkonzept „xundheitswelt“ einbindet und die Stärken der einzelnen Gemeinden fördert, die Schlüsselstrategie für den anhaltenden Erfolg zu sein. Die Stadtgemeinde Weitra erweist sich für ältere Menschen in jeder Hinsicht als lebenswert, wie „der Zuzug der reiferen Generation“ (VIII: 9) beweist.

Die vier beschriebenen Gemeinden sind auf Grund ihrer Einwohnerzahl, geografischen Lage, Infrastruktur und politischen Ausrichtung sehr unterschiedlich, zeigen jedoch alle exemplarisch, wie auf kommunaler Ebene durch politischen Willen und in Zusammenarbeit mit externen ExpertInnen Managementstrukturen zur Steuerung von Interventionen der Gesundheitsförderung schrittweise aufgebaut und dauerhaft erhalten werden können.

7.1.2 Sozialpolitisch wenig aktive Gemeinden

Die anderen sieben untersuchten Gemeinden sind sozialpolitisch weniger aktiv. Dementsprechend gering sind gesundheitsfördernde Angebote für ältere Menschen, woraus sich die teilweise verkürzte Darstellung ergibt.

Die Stadtgemeinde Waidhofen an der Thaya (5 693 EinwohnerInnen, ÖVP-regiert) soll an dieser Stelle im Kontrast zur oben dargestellten Stadtgemeinde Weitra ausführlich behandelt werden. Waidhofen an der Thaya hat mit 21 % einen ähnlich hohen Anteil an älteren Menschen, liegt ebenfalls im nördlichen NÖ an der Grenze zu Tschechien, hat jedoch mehr als doppelt so viele EinwohnerInnen und bietet ein gänzlich anderes Bild. Als Bezirkshauptstadt mit Landespflegeheim und Landeskrankenanstalt und vielen anderen regionalen Einrichtungen hat die Stadtgemeinde Waidhofen an der Thaya nach Aussage

des Bürgermeisters hohe Ausgaben. Das Rathaus wurde im Jahr 2007 aufwändig generalsaniert. Eine im November 2008 vom KDZ¹² durchgeführte BürgerInnenbefragung „Lebensqualität und Service“ ergab für die Verwaltung der Stadtgemeinde erfreulich positive Ergebnisse. Die Stadtverwaltung gilt bei den EinwohnerInnen als „modern“ und „bürgernah“. Im Hinblick auf die Lebensqualität in der Stadt sind die BürgerInnen aber eher unzufrieden. Die Angebote an Apotheken und praktischen Ärzten sowie die des öffentlichen Verkehrs wurden am schlechtesten beurteilt. Die Bevölkerung wünschte sich mehr Einkaufsmöglichkeiten, ein Kino, die Schaffung von mehr Arbeitsplätzen und eine Aktivierung der Innenstadt, ebenso mehr Teilhabe bei den politischen Planungen und Entscheidungen. Die ältere Generation wünschte sich ein größeres Angebot an betreutem Wohnen oder in der Innenstadt mehr Möglichkeiten zum Rasten (kdz.or.at). Die Gemeinde ist um Schadensbegrenzung sehr bemüht, kämpft jedoch stark mit der Abwanderung. Der Bürgermeister ist vor allem an der Verbesserung der wirtschaftlichen und infrastrukturellen Situation der Gemeinde interessiert. Er will versuchen, eine Spezialklinik in Waidhofen an der Thaya anzusiedeln, um damit Arbeitsplätze zu schaffen und die Bahnlinie nach Wien wiederzubeleben. Angesprochen auf das Angebot an Aktivitäten für die ältere Generation meinte er kurz und bündig: „Das ist abgedeckt, 100%ig“ (IX: 270).

Ebenso wie in der Stadtgemeinde Waidhofen an der Thaya wurden in den Gemeinden Eggerding (1 246 EinwohnerInnen) und St. Nikola (744 EinwohnerInnen) zum Zeitpunkt der Untersuchung von Seite der Gemeinde keine spezifischen Angebote für ältere Menschen gestellt, wobei in diesen beiden ‚kleinen‘ Gemeinden der Faktor geringe Einwohnerzahl erste Berücksichtigung finden muss. Die Stadtgemeinde Grein (3 022 EinwohnerInnen) beteiligt sich erst seit Sommer 2011 an der Aktion *Gesunde Gemeinde*. Der Arbeitskreis war zu diesem Zeitpunkt dabei, einen Besuchsdienst für ältere Menschen zu organisieren. In der Gemeinde Gutau (2 694 EinwohnerInnen) gibt es einen ‚Seniorenbeirat‘ im Gemeinderat; das kommunalpolitische Angebot für die ältere Generation beschränkte sich laut Veranstaltungskalender 2011 auf den „Tag der älteren Gemeindebürger“ am 23. Oktober. In der Bezirkshauptstadt Perg (7 727 EinwohnerInnen) laufen kommunalpolitische Interventionen für ältere Menschen im Rahmen von zwei Projekten innovativer Wohnformen und eines generationenintegrativen Projekts im Waldbad Perg mit dem Namen „Generationenpark“. Die Stadtgemeinde Schwertberg (5

¹² 1969 gegründet als „Kommunalwissenschaftliches Dokumentationszentrum“, heute „Zentrum für Verwaltungsforschung“ genannt

122 EinwohnerInnen) bietet aktuell in Zusammenarbeit mit Volkshilfe und Rotes Kreuz *Essen auf Räder* und stellt Auto und Geschirr zur Verfügung.

Die geringen kommunalpolitischen Aktivitäten dieser Gemeinden lassen sich durch einige Aussagen der befragten BürgermeisterInnen begründen. Die BürgermeisterInnen verlassen sich in erster Linie auf die bestehenden Strukturen und sind der Meinung, dass in ihrer Gemeinde jeglicher Bedarf durch Familien, Vereine und soziale Dienste abgedeckt ist: „Ja, ja, das hat sich alles etabliert, ist alles gut eingelaufen und läuft alles relativ gut“ (IX: 104). Oder der Bedarf wird wahrgenommen, aber ignoriert: „Ja, ich sage nicht, dass kein Bedarf da wäre, aber es ist der Druck offensichtlich nicht so groß“ (II: 53 – 54). Mit Amann kann davon ausgegangen werden, dass in Gemeinden der ländlichen Regionen auf Grund eines vorherrschenden traditionellen Familienbildes eine feste Einbindung der älteren Generation in den Familienverband angenommen und die Familie nach wie vor als Ort der Sicherheit in Notlagen und solidarisches System bei Unterstützungsbedarf gesehen wird (vgl. Amann 2004). Ebenso wird in Bedarfslagen auf Nachbarschaftshilfe und Unterstützung der Wohlfahrtsverbände gesetzt oder in puncto Freizeitaktivitäten auf die Vereine verwiesen. In der Untersuchung von Lang/ Spicker (2009) stehen bei der Nennung der InitiatorInnen für gesundheitsfördernde Aktivitäten SeniorInnenvereine an erster Stelle. Nach Untersuchungen von Kommunen in der Bundesrepublik Deutschland wurde ebenfalls konstatiert, dass im Besonderen SeniorInnenorganisationen vielfältige Initiativen für ihre Mitglieder setzen und auch die Wohlfahrtsverbände einen großen Beitrag für die Versorgung der älteren Menschen leisten (vgl. Badura/ Zamora 2001).

Einige der befragten BürgermeisterInnen sahen Gründe für die geringen sozialpolitischen Aktivitäten ihrer Gemeinde in den fehlenden finanziellen und personellen Ressourcen oder stellten die Zuständigkeit von Sozialhilfeverbänden heraus (vgl. Abschnitt 7.2.2.4). Gleichzeitig schienen sie mit der Aufgabe der Sorge um die ältere Generation überfordert zu sein oder kein Interesse daran zu haben. Zehn der elf untersuchten Gemeinden werden allerdings in Kürze in *Betreutes Wohnen* investieren und stellen dementsprechende Ansuchen auf Wohnbauförderung. Hier wurde der Bedarf von politischen AkteurInnen auf höheren Ebenen rechtzeitig erkannt und dementsprechend mit der Bereitstellung von Förderungen reagiert.

Manchen Gemeinden kommen andere Organisationen bei der Initiierung von Aktivitäten für ältere Menschen oft zuvor, was wiederum bedeutet, dass die Bedürfnisse der älteren Menschen von den sozialpolitisch Verantwortlichen zu wenig oder zu spät erkannt werden:

Ach ja, ich habe kürzlich gelesen von einer privaten Initiative, sie sich so a bissl um Menschen kümmert, die vielleicht niemanden mehr haben zum Sprechen oder für Unterhaltung oder um einen Spaziergang zu machen. Da wär' einiges machbar oder möglich (IV: 40 – 42).

Es gibt Besuchsdienste, die haben aber nicht wir jetzt, die hätte ich gerne als Gemeinde initiiert, aber da sind mir die Pfarren zuvor gekommen, und ich bin recht froh, dass sie es machen, die sind super (X: 590 – 592).

Oftmals, wenn die Kommunalpolitik auf Bedürfnisse der älteren Menschen nicht reagiert, werden Initiativen von Organisationen wie Pfarre, Wohlfahrtsverbände oder Selbsthilfegruppen gesetzt. Damit ergeben sich oft Doppelgleisigkeiten, die vermieden werden könnten, wenn sich die Gemeinde in ihrer Koordinationsaufgabe tatsächlich als zentrale Anlaufstelle oder ‚Drehscheibe‘ profilieren würde, wie es von zwei der befragten BürgermeisterInnen in den Interviews als Lösungsansatz vorgeschlagen wurde.

An dieser Stelle soll betont werden, dass die elf untersuchten Gemeinden bis auf eine (St. Nikola) den landesweiten Aktionen *Gesunde Gemeinde* angehören. In den beteiligten Gemeinden werden im Rahmen dieser Aktionen Projekte in Schulen wie beispielsweise „Gesunde Jause“ durchgeführt und/oder in längeren Abständen Gesundheitstage oder – messen sowie gesundheitsrelevante Vorträge innerhalb der Gemeinde veranstaltet. Die beteiligten Gemeinden wollen die laufenden Aktivitäten nach Aussage der BürgermeisterInnen zukünftig beibehalten oder vertiefen, wobei möglicherweise auch Projekte für ältere Menschen darin enthalten sein werden. Zum Zeitpunkt der Untersuchung im Sommer 2011 gab es gesundheitsfördernde Angebote spezifisch für Ältere nur in vier der untersuchten *Gesunden Gemeinden*. Von einer mit der Aktion *Gesunde Gemeinde OÖ* betrauten Expertin konnte in einem informellen Gespräch in Erfahrung gebracht werden, dass aktuell in den Gemeinden in OÖ im Hinblick auf die ältere Generation die Initiativen Zeitbank 55+, SeniorInnentanz und Stammtisch für pflegende Angehörige in den Vordergrund rücken.

7.2 Faktoren zur Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Nach eingehender Analyse der ExpertInneninterviews und mehrfacher rekursiver Überarbeitung kristallisierten sich zehn Faktoren heraus, die eine Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen beeinflussen. Die Faktoren sind

willkürlich geordnet und auf Grund ihrer Relevanz für die Fragestellung als gleichwertig anzusehen. Sie werden in der folgenden Tabelle als hinderliche und förderliche Faktoren dargestellt. Anschließend werden die Faktoren einzeln definiert und ausführlich begründet.

Die förderlichen wie auch die hinderlichen Faktoren sind nicht nur für die Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen von Bedeutung, sie sind generell als wichtige Faktoren für die Gestaltung der Lebenswelt in den untersuchten Gemeinden zu sehen. Die Faktoren sind jederzeit übertragbar und können in zukünftigen Projektvorhaben der Gesundheitsförderung Berücksichtigung finden. In der Betrachtung einzelner Faktoren kann durchaus der binären Logik Rechnung getragen werden.

FÖRDERLICHE FAKTOREN	HINDERLICHE FAKTOREN
Einstellung der BürgermeisterInnen zur GF für ältere Menschen	Geografische Lage der Gemeinde
Persönliches Amtsverständnis der BürgermeisterInnen	Geringe Einwohnerzahl der Gemeinde
Ehrenamtliche Beteiligung der älteren BürgerInnen	Fehlende kommunale und regionale Infrastruktur
Managementstrukturen der Gemeindeverwaltung	Zuteilung finanzieller Mittel durch Bund und Länder
Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen	Politische Prioritätensetzung der BürgermeisterInnen

Tab. 3: Faktoren zur Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen in österreichischen Gemeinden (HESM)

7.2.1 Förderliche Faktoren

Unter förderlichen Faktoren werden jene Einflüsse zusammengefasst, die sich nach eingehender Analyse der Aussagen der befragten BürgermeisterInnen für die Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen in erster Linie als positiv definieren lassen.

7.2.1.1 Einstellung der BürgermeisterInnen zur GF für ältere Menschen

Die persönliche Einstellung der BürgermeisterInnen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen zeigt sich in Aussagen, die Aufschluss darüber geben, ob und in welcher Weise Bewusstsein zu diesem Thema vorhanden und wie weit die Bewusstseinsbildung fortgeschritten ist. Sie lassen in weiterer Folge erkennen, welchen Stellenwert Gesundheitsförderung für ältere Menschen in österreichischen Gemeinden zum gegenwärtigen Zeitpunkt hat und welche Chancen der Umsetzung entsprechender Maßnahmen beigemessen werden können. Und sie geben letztendlich Auskunft über die generelle Sichtweise gegenüber der älteren Generation.

In Beantwortung der Einstiegsfrage bezüglich der Notwendigkeit von Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen wurden folgende Aussagen gemacht:

Ich glaube, es ist ganz wichtig. [...] Ich denke mir, je mobiler und gesünder wir die ältere Generation halten können, oder sich die ältere Generation halten kann, umso einfacher wird dann die Betreuungsgeschichte im hohen Alter (I: 7 – 10).

Nachdem die Lebenserwartung ja sehr stark steigt und die Verweildauer in der Pension ja immer länger und immer größer wird und auch die Belastungen für Gemeinden und öffentliche Einrichtungen bei der Versorgung der älteren Menschen ja zusehend aufwändiger werden, halte ich das für einen ganz wichtigen Bereich (III: 6 – 9).

In diesen Aussagen zeigt sich, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in erster Linie als wichtiger Beitrag zur Entlastung des Versorgungssystems wahrgenommen werden. Die Belastungen für das Sozialsystem durch die Älteren werden als vorrangig gesehen, da diese Problematik gleich zu Beginn der Interviews deutlich angesprochen wird. Der Generationenvertrag scheint in den Köpfen dieser BürgermeisterInnen fest verankert (vgl. Rosenmayr/ Böhmer 2003, vgl. Amann 2004).

Von einem Bürgermeister, der Gesundheitsförderung für Ältere als sehr wichtig erachtete und den Begriff Gesundheit differenziert betrachtete, wurde auf die entwicklungspsychologisch bedeutende Lebensphase des Übergangs hingewiesen (vgl. Baltes & Baltes 1989):

Ja, grundsätzlich ist sie sehr wichtig oder erscheint mir sehr wichtig, wobei ich unterscheiden würde, erstens einmal die rein körperliche Gesundheit und die

psychische, die seelische Gesundheit. [...] nehme ich wahr, dass gerade im Übergangsbereich, also zwischen Lebensphasen ganz allgemein, aus dem Erwerbsleben ins Pensionsleben, dass dort teilweise Sinnprobleme entstehen (X: 4 – 25).

Hinter dieser Aussage steht ein persönlicher Zugang zu älteren Menschen, der von Respekt geprägt ist und individuelle Bedürfnisse sowie problematische Lebensphasen beachtet. Das Ausscheiden der älteren Generation aus dem Erwerbsleben wird als Problem des Übergangs von einer Phase des Lebens in eine andere erkannt und in Überlegungen miteinbezogen. Ein positives Altersbild spiegelte sich auch in der folgenden Aussage: „[...] weil die haben eh schon ihren Teil geleistet und die haben mit Fug und Recht jetzt ihr Dasein und das soll entsprechend auch gestaltet sein, also ein ehrwürdiges Altwerden“ (V: 24 – 26).

Von mehreren der befragten BürgermeisterInnen wurde argumentiert, dass im Hinblick auf Gesundheitsförderung für Ältere die Bewusstseinsbildung bei den GemeindegängerInnen noch nicht genügend fortgeschritten sei. Dies kann einerseits stimmen, andererseits als Ausrede interpretiert werden. Das Argument Bewusstseinsbildung der Bevölkerung wird von politisch Verantwortlichen bevorzugt benutzt, um zur aktuellen Entlastung anstehende Aktivitäten in die Zukunft zu verlagern. Dabei ist zu beachten: wenn gesundheitsfördernde Maßnahmen für die ältere Generation nicht initiiert oder gesetzt werden, ist ihre Wahrnehmung unter den GemeindegängerInnen auch nicht möglich.

Insgesamt betrachtet wurde Gesundheitsförderung für die ältere Generation von den befragten BürgermeisterInnen als notwendig und sinnvoll gesehen. Es kam aber auch folgende Aussage: „[...] weil wenn du erst im Alter anfängst, ist es eigentlich eh schon zu spät. Da kannst du nur mehr a bisserl Reparatur machen“ (II: 6 – 7).

7.2.1.2 *Amtsverständnis der BürgermeisterInnen*

Persönliche Einstellung zu Amt und Aufgabenbereich beeinflusst die Art der Amtsführung von BürgermeisterInnen wesentlich. Durch umsichtigen und respektvollen Umgang mit den GemeindegängerInnen und ihren Bedürfnissen sowie maßvolle Entscheidungen zum Wohl aller Beteiligten prägen BürgermeisterInnen die Art des Zusammenlebens innerhalb einer Gemeinde.

Der Bürgermeister der Gemeinde Eggerding, der zugleich Abgeordneter des Landtags und Präsident der OÖ Gemeindegängerbundes ist, meinte:

Das Bürgermeisteramt ist das schönste politische Amt von allen politischen Ämtern, weil man am ehesten sichtbar gestalten kann. Bei allen anderen, Abgeordneter oder sonstwo, ist man eher in ein Getriebe eingebunden und kann nur bescheiden gestalten, a bissl was verändern, ja. [...] wengleich in Zeiten wie diesen natürlich des a bissl schwieriger wird, weil wir das Geld nicht haben. Aber es macht trotzdem Spaß, und es nimmt die Bevölkerung oft die kleinen Dinge des Lebens gleich besser wahr als irgendein großes Bauwerk oder sonst was (III: 200 – 206).

In dieser Aussage wird deutlich, dass BürgermeisterInnen durch den eigenen Wirkungsbereich große Gestaltungsmöglichkeiten in der Gemeinde haben. Der Kreativität und dem Organisationswillen von BürgermeisterInnen sind keine Grenzen gesetzt. Geld scheint nicht die wichtigste Rolle für das soziale Miteinander in einer Gemeinde zu spielen. Trotz schwindender finanzieller Mittel macht das Amt Freude, und es bleiben genug Alternativen, etwas für die Bevölkerung zu tun. Dazu zählen ‚die kleinen Dinge‘, die das tägliche Leben betreffen, seien es persönliche Gespräche oder gemeinsame Feste.

Auf die Frage, ob soziale Projekte das Image von BürgermeisterInnen fördern würden, gab es sehr gegensätzliche Antworten:

Ja, glaub ich schon sehr stark, ja. Weil man macht schon gemeinhin die Erfahrung, alles was Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensbereich betrifft ist ihnen viel näher, als zum Beispiel irgendein gigantisches Bauprojekt (IV: 231 – 233).

Da sag' ich ganz direkt: Wenn du den Leuten was schenkst, hilft das momentan immer, ja. Und es ist auch eine Frage der persönlichen Einstellung. Und ich sehe nicht ein, warum man aus öffentlichen Mitteln von mir aus *Essen auf Rädern* finanzieren soll. Entschuldigung, aber zu dem hab' ich eine Pension, zu dem hab' ich, wenn ich pflegebedürftig bin, Pflegegeld. Und wenn ich wo essen hingeh' oder mir das kaufe, dann kostet es auch Geld. Es ist nicht Aufgabe der Öffentlichkeit, dass man diese Dinge zur Verfügung stellt (II: 107 – 113).

Ein anderer Bürgermeister sieht die Vorteile sozialer Projekte auf einer anderen Ebene. Er ist sich seiner persönlichen sozialen Verantwortung und Vorbildfunktion sowie der aller KommunalpolitikerInnen durchaus bewusst und legt Wert auf eine bestimmte Form der ‚Gemeindekultur‘:

Es tut der Gemeinde insgesamt gut, ja, auch ist es gut für den Geist, also für den ‚Spirit‘ in einer Gemeinde. Persönlich kann ein Politiker damit nichts gewinnen und

nichts punkten (XI: 198 – 200). Wichtig ist, dass es in der gesamten Stadt, in der gesamten Gemeinde eine gute, positive Einstellung gibt zu Gesundheitsförderung, zu einem Gesundheitsbewusstsein, dass das auch viele vorleben. Ja, jetzt sag ich einmal Repräsentanten der Stadt: dass die sich genauso verhalten, solche Themen auch betonen, sich über die Aktivitäten auch einbringen, beteiligen, ja, um einfach dem Thema einen Stellenwert zu geben (XI: 213 – 217).

Hier kommt deutlich zum Ausdruck, wie nahe an den BürgerInnen Gemeindepolitik angesiedelt sein kann, wenn der Wille der Verantwortlichen dazu vorhanden ist und sie sich dessen bewusst sind, dass sie auf Grund ihrer Position einen wesentlichen Beitrag zu Gestaltung des Gemeindelebens beitragen. Angesprochen darauf, wie ‚BürgerInnennähe‘ der BürgermeisterInnen konkret gelebt wird, kam die Aussage: „Dass wir permanent unterwegs sind draußen bei Veranstaltungen (lacht), egal wo, und auch in den Vereinen, und permanent in Kontakt mit den Menschen sind, im Besonderen einfach über die Aktivitäten der Stadt, auch im Seniorenbereich“ (I: 74 – 76). In allen Gemeinden ist etabliert, dass Ehepaare zu Silbernen und Goldenen Hochzeiten, die Alten und Hochbetagten zu den Geburtstagen 75, 80 und höher öffentlich geehrt oder von den BürgermeisterInnen bzw. einer Gemeindeabordnung besucht werden, ob zuhause oder in den örtlichen SeniorInnenheimen. Darüber hinaus beschränken sich die kommunalen Aktivitäten betreffend ältere Menschen hauptsächlich auf finanzielle Unterstützung der ortsansässigen PensionistInnen- und SeniorInnenvereine sowie gelegentliche Besuche zu ihren Jahreshauptversammlungen und Jubiläums-, Muttertags- oder Weihnachtsfeiern.

In kleinen Gemeinden erscheint es auf Grund der geringen Einwohnerzahl für BürgermeisterInnen relativ einfach, den direkten Kontakt zu den BürgerInnen zu pflegen. Allerdings sprechen folgende Faktoren gegen die BürgerInnennähe, nämlich dass in solchen Fällen BürgermeisterInnen meist nicht hauptberuflich tätig sind und deshalb wenig Zeit für Kontaktpflege haben und/oder die BewohnerInnen sehr verstreut im Gemeindegebiet leben. An Überschaubarkeit gewinnt eine Gemeinde für BürgermeisterInnen dann wieder, wenn sie hauptberuflich tätig sind: „[...] Überschaubar insofern, weil ich hauptberuflich bin und deswegen auch Zeit investieren kann“ (V: 90 – 91).

Es lässt sich feststellen, dass im Hinblick auf das Amtsverständnis der BürgermeisterInnen die Einflussfaktoren persönliche Einstellung und Vorlieben aber auch parteipolitische Verflechtungen und Machtbestrebungen eine große Rolle spielen. Hinzu kommt der Faktor

Tradition, durch den kommunale Aktivitäten, ohne sie zu hinterfragen, weiterverfolgt oder von VorgängerInnen übernommen werden. Auf diese Weise verfestigen sich Strukturen dauerhaft und lassen sich nur schwer aufbrechen. „Wenn man immer am gleichen Gleis fährt, wird man zum Teil betriebsblind. Und man ist vielleicht geneigt dazu zu sagen: Das war immer schon so und das ist eh gut“ (I: 199 – 200). Auch wenn sich bestimmte kommunalpolitische Verfahren bewährt haben, unterliegen sie einem ständigen Wandel sozialer Strukturen oder Verhaltensweisen und müssen fallweise justiert werden. BürgermeisterInnen finden sich kraft ihres Amtes in der Position von RepräsentantInnen *und* EntscheidungsträgerInnen. Die Nähe zur Bevölkerung bringt Einsicht in ihre Bedürfnisse. Offenheit für Kritik und innovative Vorschläge hilft, rechtzeitig neue Weichen zu setzen. Die Durchsetzung von Reformen oder Projekten ist jedoch in hohem Maß vom ausdrücklichen Willen der verantwortlichen PolitikerInnen abhängig (vgl. Badura/ Zamora 2001).

7.2.1.3 Ehrenamtliche Beteiligung der älteren BürgerInnen

Ehrenamtlichkeit bietet die Möglichkeit zur Teilhabe und ist eine tragende Säule der Gesundheitsförderung. Sie trägt darüber hinaus in erheblichem Ausmaß zur finanziellen Entlastung der Gemeinschaft bei. Ohne freiwillige soziale Dienste wird die Bevölkerung auch in Zukunft nicht auskommen (vgl. Göpel 2001, vgl. Lehr 2003).

Dass ehrenamtliche Tätigkeiten in der Gemeinde in der Hauptsache von der älteren Generation durchgeführt werden, wurde von allen befragten BürgermeisterInnen bestätigt und positiv herausgestellt:

Also was ich von den Pensionisten her weiß, die sind alle freiwillig unterwegs. Dann haben wir von der Gemeinde in Zusammenarbeit mit der Volkshilfe und dem Roten Kreuz *Essen auf Räder* zum Beispiel und das betreiben eigentlich freiwillige Pensionisten (V: 39 – 42).

Die Senioren sind unsere Leistungsträger. In jedem Kulturverein, in vielen gesellschaftlichen Vereinen sind die Senioren die guten Geister und die Seelen im Verein. [...] die Senioren sind die Leistungsträger, ja, damit Vereinsleben, Vereinsaktivitäten möglich sind (XI: 105 – 112).

PensionistInnen und SeniorInnen sind nicht nur ‚die guten Geister und die Seelen‘ in diversen Vereinen, sie werden durch ihre freiwillige Tätigkeit in Wohlfahrtsverbänden

auch als LeistungsträgerInnen gesehen und akzeptiert. Die ältere Generation trägt aktuell in großem Umfang zum Gelingen des alltäglichen Lebens in den untersuchten Gemeinden bei. Im Hinblick darauf sind jedoch die folgenden zwei in einem Interview dargelegten Faktoren zu bedenken – das Potenzial an Freiwilligen und die Wertschätzung ihrer Arbeit:

Die Freiwilligkeit ist vorhanden, aber das Potenzial hat einfach eine gewisse Größe und das ist mit Sicherheit ausgeschöpft. Wenn ich sehe, wie viele ältere Menschen bei uns in den verschiedenen Vereinen tätig sind – wir haben ja eine Vereinslandschaft, die ist ja fast unermesslich – und die können sich dann zum Teil nicht noch zusätzlich irgendwo einer G'schichte annehmen. Aber vielleicht liegt es auch an uns. Vielleicht ist es auch so, dass wir's zu wenig bewerben oder schmackhaft machen (I: 246 – 252).

Hier klingt durch, dass bereits sehr viele ältere Menschen ehrenamtliche Tätigkeiten ausführen und diese Gruppe nicht mehr weiter belastbar ist. Die Selbstkritik der Bürgermeisterin geht dahin, dass Freiwilligenarbeit in der Öffentlichkeit vielleicht zu wenig beworben und honoriert wird. Ob das Potenzial an freiwillig tätigen Älteren tatsächlich ausgeschöpft ist, müsste näher untersucht werden. Einerseits ist für die ältere Generation das Engagement in der Familie vorrangig, zusätzlich rückt im Zuge der Individualisierung der Freizeitsektor als Betätigungsfeld immer weiter in den Vordergrund. Andererseits kann es auch sein, dass die Bereitschaft für freiwillige Tätigkeiten in der Bevölkerung generell nachlässt, weil sich freiwillig Tätige auf Grund der Sparmaßnahmen im Sozialbereich mehr und mehr ausgenutzt fühlen. Freiwillige Tätigkeit öffentlich zu forcieren liegt im Trend.

Freiwilligenarbeit ist ein wichtiger Faktor einer funktionierenden BürgerInnengesellschaft und erfordert Kraft und Zeit von allen Beteiligten. Ehrenamtlichkeit darf aber nicht zu grundsätzlicher Selbsthilfe führen und auf keinen Fall dazu dienen, öffentliche Verantwortung auf die Freiwilligen abzuwälzen (vgl. Etzioni 1998). Dies schien in der folgenden Aussage durch:

Aber es muss einfach so wie bei allen Dingen ein paar geben, die sagen, jawohl, wir basteln jetzt an einem Konzept und sobald wir das haben, dann starten wir auch. Aber das ist es eben, das spielt sich hauptsächlich übers Ehrenamtliche ab (II: 145 – 148).

In allen untersuchten Gemeinden verrichten ältere Menschen ehrenamtliche Tätigkeiten vor allem in Vereinen oder bei Wohlfahrtsverbänden. Auf Gemeindeebene gibt es in Gutau einen SeniorInnenbeirat, in Weitra sind ältere Menschen und in Grein behinderte ältere

Menschen in die Anlagenpflege eingebunden. Auf die Frage, wie umsichtig die Gemeinden ihre ehrenamtlich tätigen BürgerInnen behandeln, kam beispielsweise folgende Antwort: „Ja, die werden zu einer Weihnachtsfeier eingeladen, und bei einer Zehnjahres- oder Zwanzigjahresfeier, also bei einem Jubiläum unterstützt die Gemeinde“ (V: 48 – 50). Im Sozialbericht 2010 der Gemeinde Amstetten ist nachzulesen, dass für die freiwilligen FahrerInnen von *Essen auf Räder* eine Jahresabschlussfeier stattfand und dass sie als Geschenk eine Einmalzahlung von € 90 in Form von City-Talern erhielten.

Freiwillige Arbeit ist von unschätzbarem Wert für sozialpolitische Aktivitäten. Dieses Engagement wird von den befragten Gemeinden mit Ausnahme der Stadtgemeinde Amstetten zu wenig öffentlich honoriert. Vielleicht kann ein Grundkonsens darüber erreicht werden, dass freiwillige Arbeit im gesellschaftlichen Miteinander einen höheren Stellenwert bekommt und zur Normalität wird.

7.2.1.4 Managementstrukturen der Gemeindeverwaltung

Unter Managementstrukturen werden gemeindeinterne Strukturen zusammengefasst, die eine Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen erleichtern wie Leitbilder, Teams, Netzwerke und Kooperationen. Sie sind Grundlagen für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement und bieten Hilfestellung und Anknüpfungspunkte in allen Bereichen und für alle Mitglieder der Organisation (vgl. Trojan/ Legewie 2001). Seit den 1980er Jahren werden grundlegende Reformen für die öffentliche Verwaltung gefordert. Im *New Public Management* geht es nicht nur um Effizienz- und Produktivitätssteigerung sondern auch um gemeinsame Interessen und Ziele sowie Kreativität und gegenseitigen Respekt. Die Entwicklung von Leitlinien wäre ein erster Schritt, um den Aufgabenbereich der Gemeinde besser zu organisieren (vgl. Schedler/ Proeller 2006).

In den untersuchten Gemeinden wird Leitbilderstellung von den kommunalpolitischen AkteurInnen sichtlich befürwortet. Die Erarbeitung von Leitbildern läuft aktuell in drei Gemeinden, in vier Gemeinden ist sie abgeschlossen (vgl. Abschnitt 7.1.1). Probleme scheinen den untersuchten Gemeinden eher die nächsten Schritte spezifische Zielsetzung, Methodenauswahl zur Zielerreichung, Ermittlung der Ressourcen, Erstellung eines Aktionsplans bis hin zur Durchführung der Maßnahmen zu bereiten (vgl. Naidoo/ Wills 2003). Durch die landesweiten Aktionen *Gesunde Gemeinde* haben sich in einigen der untersuchten Gemeinden Arbeitskreise etabliert. Sie bestehen vielfach aus freiwilligen MitarbeiterInnen, übernehmen Kooperations- und Steuerungsaufgaben auf Gemeindeebene

und sind mehr oder weniger häufig aktiv. Laut Kodelitsch (2006) gibt es in den *Gesunden Gemeinden* in OÖ einen oder mehrere Arbeitskreise, die am häufigsten aus 6 bis 15 ehrenamtlichen MitarbeiterInnen bestehen, wobei es schwierig ist ehrenamtliche MitarbeiterInnen zu gewinnen; die Hälfte der Gemeinden veranstaltet bis zu 5 Aktivitäten im Jahr, in erster Linie Vorträge. RegionalbetreuerInnen der Aktionen leisten Schnittstellenarbeit, indem sie Jahresschwerpunkte und spezifische Kenntnisse in die Gemeinden tragen oder die Vernetzung der Gemeinden und Regionen vorantreiben. Im Jahr 2006 hatte die Aktion in OÖ als Schwerpunkt *Gesundheitsförderung im Alter* gesetzt und Themen wie „Impfungen für Senioren“, „Bewegung im Alter“ oder „Senioren am Computer“ in ihre Empfehlungen aufgenommen (gesundegemeinde.ooe.gv.at).

Netzwerke und Kooperationen aufzubauen ist die Hauptaufgabe jeder Organisation. Auf Grund der fehlenden personellen und finanziellen Ressourcen werden es vor allem kleinere Gemeinden nicht schaffen, Projekte der Gesundheitsförderung alleine umzusetzen. Sie müssen sich mit ortsansässigen Vereinen und anderen Organisationen zusammenschließen (vgl. Badura/ Zamora 2001). Einige der befragten BürgermeisterInnen haben diese Variante der Kooperation explizit herausgestellt:

„Ich glaube nicht, dass es die Gemeinde alleine machen kann. Wir können in so einem Netzwerk möglicherweise diese Oberhand sein, ja. Wir können soziale Einrichtungen zusammenführen, wir können mithelfen. Natürlich setzen wir Impulse im Rahmen der *Gesunden Gemeinde*, etc. Aber ich glaube, es geht nur immer in Kooperation mit dem bereits vorhandenen Vereinen und Organisationen oder Institutionen (I: 45 – 50).

Das ist ganz einfach die *Gesunde Gemeinde*, die arbeiten bei uns im Team, in diesem Lenkungs- und Steuerungsgremium. Das ist eine Art Gesundheitsmanager, nur ist das nicht eine Person, sondern das sind 6, 7 Personen. Da ist der Gemeindecart dabei, da ist dabei die Ortsstellenleiterin vom Roten Kreuz, da sind dabei eine Vertreterin von der Seniorenorganisation und viele andere. Also die machen das Programm (XI: 128 – 133).

Kooperationen im Rahmen der Aktionen *Gesunde Gemeinde* beschränken sich in den untersuchten Gemeinden hauptsächlich auf Vereine und Wohlfahrtsverbände. Die Kooperationsstrukturen sind vielfach einseitig und schwach ausgebaut. Die Gemeinden setzen zu stark auf freiwillige Mitarbeit und ziehen beispielsweise die Kompetenzen von Gemeindeärzten und Apotheken zu wenig heran. Zusätzliche und verbindlichere Kooperationen werden nicht weiter forciert, da vor einer ‚Einmischung‘ in bewährte

Abläufe zurückgeschreckt wird. Dieses Argument ist einerseits verständlich, andererseits entlastet es erheblich von der politischen Verantwortung und bringt eher Stillstand als Fortschritt. Wirtschaftsunternehmen in gesundheitsfördernde Aktivitäten einzubeziehen wird in den untersuchten Gemeinden mit Ausnahme Freistadt nicht in Erwägung gezogen. Im Hinblick auf gesundheits- und umweltfreundliche Pläne und Ideen der Bau- oder Energiewirtschaft sind außer in Amstetten keine spezifischen Kooperationen zu bemerken. Die Stadtgemeinde Amstetten unterstützt in öffentlichen Projekten gezielt die Nutzung erneuerbarer Energien. Generell scheint in den untersuchten Gemeinden ökologisches Denken und Handeln als eines der Grundelemente der Gesundheitsförderung noch nicht sehr weit verbreitet zu sein: „Das sind die Themen, in die man noch hineingehen will: aber da sind wir noch nicht so weit. Da ist, ich sag’ einmal, noch viel im Fluss, gerade bei uns in der ländlichen Region“ (XI: 226 – 228).

In Eigeninitiative gesetzte Netzwerkaktivitäten sind den untersuchten Gemeinden nicht üblich. Regelmäßige Kontakte bestehen zu den Landes- und Bezirksstellen, selten zu Nachbargemeinden (vgl. Kodelitsch 2003). Regionale Netzwerke sind in der Aufbauphase. Zwei der untersuchten Gemeinden sind in regionale Wirtschaftsprojekte eingebunden. Im Gesundheits- und Sozialbereich sind die Gemeinden Ardagger und Weitra in regionales Management eingebunden (vgl. Abschnitt 7.1.2). Die Stadtgemeinde Freistadt ist als „Einzelkämpfer unterwegs“ (XI: 282), vor allem getragen durch den Vorteil, dass sie Bezirkshauptstadt ist und im Bereich Gesundheit sehr viele gewerbliche wie öffentliche Anbieter hat, die in gesundheitsfördernde Projekte einbezogen werden. Perg und Amstetten sind als Bezirkshauptstädte mit Sitz großer Wirtschaftsunternehmen in ähnlich vorteilhafter Einzelposition. Die kleineren Gemeinden stoßen hier eher an finanzielle und personelle Grenzen, sind aber insgesamt gesehen nicht sehr daran interessiert, sich über ihre Gemeindegrenzen hinaus zu informieren oder vernetzen. Sie bevorzugen ihre gewohnten Strukturen (vgl. Abschnitt 7.2.2.2).

Für ein erfolgreiches kommunales Gesundheitsmanagement wichtig sind außerdem die Elemente Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Evaluation. Weiterbildungsmaßnahmen für Gemeindebedienstete werden durch die Länder zwar angeboten, können aber von MitarbeiterInnen kleiner Gemeinden auf Grund knapper Personalressourcen kaum in Anspruch genommen werden. In der Stadtgemeinde Freistadt ist Fortbildung jedoch Standard. Dort nehmen GemeindemitarbeiterInnen regelmäßig an den angebotenen Fortbildungsmaßnahmen im Rahmen der Aktion *Gesunde Gemeinde* teil:

[...] Also die bilden sich weiter. Wir evaluieren nix, sondern unsere MitarbeiterInnen sind im Arbeitskreis *Gesunde Gemeinde* und fahren regelmäßig auf Schulungen und Workshops. Das ist viel schöner, weil damit kommen wieder neue Ansätze, neue Ideen ins Spiel, neue Aktivitäten. Da gibt es einen guten Austausch und die kommen immer wieder mit viel Schwung und mit neuen Ideen zurück (XI: 163 – 170).

Evaluierung der kommunalen Aktivitäten wird in diesem Fall automatisch an die Weiterbildungsmaßnahmen gekoppelt, ein Vorgehen, das bis zu einem gewissen Grad verständlich ist und insofern vertreten werden kann, als alleine durch die Sicht von außen eine Korrektur der eigenen Sichtweise stattfindet, die sich in der Folge auf Eigenaktivitäten auswirkt. In den meisten der untersuchten Gemeinden findet Evaluierung als rein informelle Praxis in Form von Selbstevaluation statt: „Ah, das ist eher auf informeller Ebene. Das heißt, dass man sich mit den ArbeitskreisleiterInnen a bissl austauscht, aber nicht strukturiert in einer Sitzungsform“ (IV: 186 – 187). Ob Qualitätsprüfungen sinnvoll sind, wurde nur einmal uneingeschränkt befürwortet: „Natürlich, sonst arbeiten wir irgendwann am Bedarf vorbei“ (I: 386). In der Stadtgemeinde Amstetten wird die kommunalpolitische Arbeit durchgehend dokumentiert und jedes Jahr ein Sozialbericht erstellt:

Wir können jährlich, also gerade im Sozialbereich einen Bericht bis spätestens Ende März legen, wie die Inanspruchnahmen der verschiedensten Aktionen und Aktivitäten sind. Und da kann man immer feststellen, wie die Entwicklungen sind, und dann muss man irgendwann sagen, wir überarbeiten etwas und schauen, ob wir noch an den Menschen und an den Bedürfnissen sind (I: 399 – 403).

Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt in den meisten der untersuchten Gemeinden durch regelmäßige Herausgabe von amtlichen Nachrichten und Veranstaltungskalendern, die durch die Post an alle Haushalte verteilt werden. Darüber hinaus werden Broschüren über touristische Attraktionen oder spezifische kulturelle und gesellschaftliche Veranstaltungen erstellt. Fallweise werden Plakate geklebt oder aufgestellt. Die Stadtgemeinde Freistadt verfügt über einen eigenen Radiosender. Kommunale Gesundheitsförderung wird in den untersuchten Gemeinden jedoch generell öffentlich weder dauerhaft thematisiert noch beworben.

An das BürgermeisterInnenamt selbst werden insgesamt betrachtet hohe Anforderungen gestellt. BürgermeisterInnen bringen zwar meist auf Grund ihres Alters Lebenserfahrung

und Wissen über gesundheitliche und soziale Bedürfnisse von Menschen mit und haben Ideen und Vorschläge für ein soziales Miteinander. Sie geraten in der Ausübung ihres Amtes jedoch leicht in Situationen der Überforderung, denn sie können nicht in allen Angelegenheiten gleichermaßen Kompetenz besitzen und erlangen. Und sie können sich aus zeitlichen Gründen nicht um alle anstehenden Probleme selber kümmern: „Ein Bürgermeister ist ein Bürgermeister und ich sag’s noch einmal, der muss für die Leut’ in der Gemeinde da sein. Dass ein Bürgermeister kraft dieses Amtes in allen Materien kompetent ist, das kann man und darf man nicht erwarten“ (XI: 395 – 397). BürgermeisterInnen sind in Amtsausübung und Entscheidungssituationen in erster Linie auf sich selbst gestellt. Im Besonderen für sie ist eine Förderung und Unterstützung durch Weiterbildungsmaßnahmen denkbar. Die Weitergabe von Wissen ist nicht nur hilfreich für alle AkteurInnen und förderlich für eine funktionierende Gemeinschaft, sondern auch aus ökonomischer Sicht effizient (vgl. Rienhoff/ Kleinoeder 2003).

Der Präsident des OÖ Gemeindebundes wünscht sich für die BürgermeisterInnen mehr Bewusstseinsbildung in die Richtung, dass sie sich wieder mehr um „die kleinen Dinge des Lebens“ (III: 206) kümmern. Außerdem würde er gerne durch den Gemeindebund Gesundheitsseminare für BürgermeisterInnen und in weiterer Folge für GemeindemitarbeiterInnen anbieten. Dieser Vorschlag ist hervorzuheben, da EntscheidungsträgerInnen im Rahmen dieser Seminare zu direkt Betroffenen werden und dadurch Handlungskompetenzen entwickeln können. Diese Ansicht klang auch in einer Aussage des Bürgermeisters der Gemeinde Ardagger durch:

Ich wünsche mir, dass jeder Bürgermeister einen Sozialkoordinator hätte. [...] das kann das Land auch verstärken, aber letztlich ist es nicht mit Broschüren abzudecken, die ich drucke [...] Ich muss das erfahren, ich muss das im persönlichen Gespräch weitergegeben bekommen, aber das muss mich selber in irgendeiner Art berühren (X: 496 – 502).

Ein Bürgermeister wünscht sich für eine effektive Zusammenarbeit mit Bund und Ländern

[...] ein super Gesundheitsmarketing. Die Gesundheitsförderung braucht eine bessere Öffentlichkeitsarbeit. [...] Das braucht eine akkordierte, konzertierte Aktion von vielen, die man dort ins Boot bringen muss. Das sind Gemeinde, Land und Bund, da müssen alle zusammenhalten (XI: 335 - 344).

Eine fortlaufende Unterstützung und Begleitung durch externe ExpertInnen wird von den befragten BürgermeisterInnen grundsätzlich befürwortet und gewünscht. Durch gezielte Hilfestellung von außen werden interne Arbeitsabläufe und Korrekturansätze besser sichtbar. BürgermeisterInnen werden entlastet. Innovative Ideen und Ansätze beleben die kommunalpolitische Arbeit, zusätzlich wird der Sinn- und Wissenshorizont innerhalb der Gemeinde erweitert (vgl. Stark 2002).

7.2.1.5 Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen

Durch Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen kann über einen längeren Zeitraum Einfluss auf die Gesundheit von Menschen genommen werden. Im Lauf der Zeit werden die Interventionen verfeinert und verbessert, ihr Bekanntheitsgrad steigt und immer mehr Menschen werden erreicht. Nachhaltigkeit gilt als Erfolgsindikator und stellt weitere Fördermittel sicher (vgl. Stark 2002).

Der Bürgermeister von Freistadt meinte, dass auf Grund der bereits über Jahrzehnte durchgeführten Interventionen im Rahmen der Aktion *Gesunde Gemeinde* eine tragfähige Basis für gesundheitsfördernde Aktivitäten in der Gemeinde entstanden ist. Die Maßnahmen sind breit gestreut und haben sich über einen langen Zeitraum bewähren können. Sie sind mittlerweile fest im Bewusstsein der Bevölkerung verankert:

Wir haben die *Gesunde Gemeinde*, die ganz generell darauf Wert legt, ein Bewusstsein für eine gesunde, aktive Lebensführung zu leben. [...] Also die Gesundheitsförderung beginnt für uns ja in den Kindergärten, zieht sich, geht über in die Volks- und Hauptschulen, wir machen's im Bereich der Mütter und wir machen's vor allem dann gezielt für die Generation 50+, da auch möglichst frühzeitig, also die Gemeindeaktivitäten setzen sehr, sehr früh an (XI: 24 – 33).

Auf Grund dieser positiven Bilanz des Bürgermeisters kann geschlossen werden, dass Interventionen der Gesundheitsförderung nicht nur für alle Generationen gleichermaßen angeboten und zu einem möglichst frühen Zeitpunkt angesetzt werden sollen. Sie müssen auch über einen längeren Zeitraum hinweg durchgeführt und kontinuierlich öffentlich beworben werden sowie in sich konsistent sein, um eine breite Akzeptanz zu finden und sich nachhaltig bewähren zu können. Denk- und Verhaltensmuster der Bevölkerung werden so dauerhaft beeinflusst und Gesundheitsförderung wird auf allen Ebenen in den Alltag integriert (vgl. Grimm 2004, vgl. Kodelitsch 2006).

Auch die Stadtgemeinde Amstetten liefert ein gutes Beispiel dafür, dass Interventionen, die sich über Jahrzehnte bewähren konnten, zu einem festen Bestandteil der ‚Gemeindekultur‘ geworden sind (vgl. Abschnitt 7.1.1). Für neue Interventionen der Gesundheitsförderung heißt das, dass sie erst einmal initiiert und gesetzt werden müssen – je früher, desto besser sowie zielgerichtet auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe und unter Einbeziehung aller verfügbaren AkteurInnen. Die Bewährungsprobe der Intervention findet anschließend in der alltäglichen Praxis statt. Zur Orientierung kann jederzeit auf zahlreiche Beispiele der ‚good practice‘ zurückgegriffen werden.

7.2.2 Hinderliche Faktoren

Unter hinderlichen Faktoren werden jene Einflüsse zusammengefasst, die nach eingehender Analyse der Aussagen der befragten BürgermeisterInnen für die Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen in erster Linie als negativ gesehen werden können.

7.2.2.1 Geografische Lage der Gemeinde

Natürliche Gegebenheiten wie Klima oder Extremelage haben unmittelbare Auswirkungen auf das Leben der Menschen. Weltweit ist die geografische Lage *ein* Faktor für Prosperität und Wettbewerbsfähigkeit und kann massive Nachteile für die Bevölkerung bedeuten, wie das Nord-Süd-Gefälle der Pro-Kopf-Einkommen auf der Weltkarte demonstriert (Landes 1999). Auch innerhalb der Grenzen von hochentwickelten Industriestaaten der nördlichen Hemisphäre gibt es geografische Beeinträchtigungen verbunden mit Ungleichheit.

Die geografische Lage in Randzonen oder Gebirgslagen ist für die Bevölkerung vielfach als nachteilig zu sehen. Sie bringt nur in Ausnahmefällen Vorteile, beispielsweise in österreichischen Bergbauerngemeinden in völlig abgelegenen Gebirgsregionen, die vom aufkommenden Alpinismus und späteren Schitourismus profitieren konnten (Opaschowski 2002). Andere Gemeinden in Randzonen oder Gebirgslagen, die touristisch nicht ausgeschöpft werden können, bieten meist nur wenige Arbeitsplätze, sodass Erwerbstätige pendeln oder wegziehen müssen. Alle untersuchten ländlichen Gemeinden haben Probleme mit unzureichender Anbindung durch den öffentlichen Verkehr. Beispielsweise zahlen Gemeinden im Verkehrsverbund in einen großen Fördertopf, aus dem Bahn- und Buslinien gestützt werden sollen, ihre BürgermeisterInnen beklagen jedoch mangelnde und schlecht koordinierte Angebote. Die Mobilität der GemeindebürgerInnen wird negativ beeinflusst,

bringt zusätzliche Belastungen und verstärkt die Ausgrenzung. Einige BürgermeisterInnen bemängeln außerdem, dass vornehmlich auf den Straßenverkehr gesetzt wird, der ohnehin bereits regelmäßig Staus und hohe Umweltbelastung verursacht. Auf die Angebote der Österreichischen Bundesbahnen angesprochen meint der Bürgermeister von Freistadt: „Die Bahn bietet zwar ihre eigenen Tickets an, aber das mit wenig Erfolg“ (XI: 265). Der Bürgermeister in Waidhofen an der Thaya hofft: „Die Franz-Josefs-Bahn fährt, ich hoff’ die wird ausgebaut. [...] Jetzt rennt auch momentan ein Probegalopp mit einer schnellen Bahn und einer langsamen Bahn. Aber da sind dann wieder die Ortskaiser und sagen: Meine 10 Leut’ müssen da auch einsteigen können“ (IX: 267 – 279). Aushandlungsprozesse erscheinen in diesem Bereich auf Grund der unterschiedlichen Interessen sehr schwierig. Der Schienenverkehr muss außerdem als ein sehr starres System betrachtet werden, das sich nur bedingt auf die unterschiedlichen Bedürfnislagen der BenutzerInnen einstellen lässt. Gemeinden in Randlagen haben eine zusätzliche Problematik. Einer Firma schmackhaft zu machen, sich in einer Gemeinde anzusiedeln, die wie beispielsweise Waidhofen an der Thaya in einem Umkreis von 80 km keine Autobahn hat und von den ÖBB vernachlässigt wird, ist schwierig. Die Gemeinden müssen auf die ansässigen Betriebe bauen und diese auch angemessen unterstützen um sie zu halten, was manchmal Unmut seitens der Bevölkerung oder konkurrierender Unternehmen hervorruft.

Andererseits haben exponierte Lagen auch Vorteile, die nicht überbewertet aber genutzt werden sollten wie ein Bürgermeister feststellt: „Wir haben eine unberührte Natur und Gegend, für einen ‚sanften Tourismus‘ ideal. Es ist ausgezeichnet hier zu wohnen, aber unsere Jugend muss woanders hinfahren zum Arbeiten“ (IX: 304 – 305). Für viele ältere Menschen ist es interessant und gesundheitsfördernd, in natürlicher Umgebung zu leben. Die Grundidee des ‚sanften Tourismus‘ kommt den Bedürfnissen der älteren Generation ebenfalls entgegen. Das regionale Konzept „xundheitswelt“ ist hier beispielgebend für die gelungene Förderung eines Randzonengebietes (vgl. Abschnitt 6.4.1).

Geografische Lage sollte in Österreich nichts Schicksalhafteres sein. Durch ihre Abgeschlossenheit wird den Gemeinden zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, wodurch die Bedürfnisse ihrer BürgerInnen zusätzlich vernachlässigt werden. Entlegene Gemeinden sind von Angeboten an Dienstleistungen, Freizeit und Bildung weitgehend ausgeschlossen. Sie werden von Bund und Ländern nicht bedarfsgerecht gefördert oder in Aktivitäten einbezogen und sind damit von „Überalterung“ und „Aussterben“ bedroht. Vor allem von den BürgermeisterInnen in Gemeinden der Randzonengebiete zu Tschechien aber auch der

Grenzlagen OÖ/NÖ wurden eine gerechtere Zuteilung der Finanzmittel und umsichtige Unterstützung von Bund und Ländern gefordert, um eine faire Teilhabe für die ansässige Bevölkerung zu gewährleisten.

7.2.2.2 Geringe EinwohnerInnenzahl der Gemeinde

Die EinwohnerInnenzahl ist für die Betrachtung sozialer und kommunalpolitischer Zusammenhänge von Gemeinden eine ausschlaggebende Variable. In einer quantitativen Untersuchung österreichischer Gemeinden zeigt die Gemeindegröße nicht nur Varianzen im Sozialprofil ihrer EinwohnerInnen, sie lässt auch als Muster erkennen, dass der Anteil der Mandate für ÖVP und Namenslisten mit steigender Gemeindegröße zugunsten SPÖ und andere Parteien abnimmt (Klammer 2000).

In Lauf der vorliegenden Untersuchung konnten gestützt auf Beobachtungen und Aussagen der BürgermeisterInnen mehrere theoretische Bezüge hergestellt werden. Besonders in ländlicher Umgebung ist der soziale Raum Gemeinde geprägt von Tradition, Brauchtum und Naturverbundenheit, aber auch Religiosität und starker Identifikation. Auf Grund der Überschaubarkeit und gegenseitiger Abhängigkeiten ist das Dorfleben bestimmt durch Intimität, Kontrolle und Abgrenzung zur Außenwelt. Das Dorf ist der Ort, wo Kleinbürgertum als Normalität gilt und in „gepflegter Privatheit von Familie, Haus und Garten“ (Franke 1988: 215) gelebt, aber auch die prekäre Lage des Mittelstandes ersichtlich und der Boden für Ideologisierungen bereitet wird (vgl. Franke 1988). Die Subsistenzperspektive rückt ein soziales Wirtschaftsmodell als Alternative zur neoliberalen Globalisierung in den Mittelpunkt und favorisiert die Maxime ‚lokal statt global‘. Durch Dezentralisierung und den Schutz der Natur vor Ausbeutung bleiben der kommunale Lebensraum, lokale Aktivitäten und kulturelle sowie biologische Vielfalt erhalten. Aus ökofeministischer Sicht bedeutet Förderung lokaler Ökonomien nicht Rückzug in Provinzialismus, sondern „Globalisierung von unten“ (Mies 2002: 189).

26,9 % der Bevölkerung Österreichs leben in Gemeinden mit weniger als 3 000 EinwohnerInnen, 50,1 % leben in Gemeinden mit weniger als 10 000 EinwohnerInnen. Auch in Österreich stehen dem ökonomischen Modernisierungsoptimismus gegenwärtig in den ländlichen Gemeinden ökologische und Probleme durch den Wandel sozialer Strukturen entgegen. Die kleineren der untersuchten Gemeinden sind durch die Veränderungen im Agrarbereich zu Pendler- oder Tourismusgemeinden geworden. Sie haben mit der Abwanderung der jüngeren Generation zu kämpfen. Landwirtschaftsbetriebe

wurden teilweise auf biologische Produktion umgestellt, laufen im Nebenerwerb weiter oder wurden ganz aufgegeben. Hinzu kommen infrastrukturelle Nachteile und die Problematik der ungerechten Zuteilung finanzieller Mittel durch Bund und Länder (vgl. Abschnitt 7.2.2.4). Auf Grund geringer Einnahmen und vermehrter Vorschreibung von Ausgaben zählen fast alle der untersuchten Gemeinden zu Abgangsgemeinden¹³. Der Österreichische Gemeindebund stellt aktuell fest, dass durch den abgestuften Bevölkerungsschlüssel eine krasse Benachteiligung der kleinen Gemeinden bei der Zuteilung von Förderungen und Finanzzuweisungen besteht. Der Kopfanteil aus den Ertragsanteilen liegt in Gemeinden unter 10 000 Einwohner bei etwa € 643, in Gemeinden über 50 000 Einwohnern hingegen bei etwa € 934, die Stadt Wien erhält sogar € 2 253 pro Einwohner (Österreichischer Gemeindebund).

Im Zuge der anstehenden Sparmaßnahmen werden besonders die kleinen Gemeinden Eigeninitiativen entwickeln und die Ambivalenz der dörflichen Lebensform zwischen Tradition und Moderne weiter ausdifferenzieren müssen, inklusive Berücksichtigung der wachsenden Anzahl älterer Menschen in der Dorfgemeinschaft. Ansätze dazu konnten in einigen der untersuchten Gemeinden beobachtet werden. Gesellschaftspolitische Projekte zur Dorferneuerung wie die Aktion „gemeinde 21“ des Landes NÖ unterstützen.

7.2.2.3 Fehlende kommunale und regionale Infrastruktur

Die Infrastruktur innerhalb der Gemeindegrenzen sowie der umliegenden Region hat großen Einfluss auf die Gesamtsituation einer Gemeinde. Im Laufe dieser Untersuchung hat sich gezeigt, dass Lage der Gemeinde, Gemeindegröße und Infrastruktur stark korrelieren. Gemeinden in zentraler Lage und mit guter Verkehrsanbindung konnten sich historisch gut entwickeln. Durch den Sitz von Wirtschaftsunternehmen sind sie finanziell gut aufgestellt.

In den untersuchten Gemeinden der Größenordnung bis ca. 3 000 Einwohner (Ardagger, Grein, Gutau, St. Nikola und Weitra) ist nach den Beobachtungen der Autorin und den Aussagen der jeweiligen BürgermeisterInnen die Infrastruktur wenig ausgeprägt oder im Auflösen begriffen. Die Anbindung der Gemeinden an den öffentlichen Verkehr ist lückenhaft und geht weiter verloren, Gewerbebetriebe wie Bäckereien oder Fleischereien sowie kleine Geschäfte weichen Supermarktketten, Pfarren werden zusammengelegt, Ärzte

¹³ Abgangsgemeinden beanspruchen auf Grund ihrer negativen Bilanz Ausgleichszahlungen durch Bund und Länder

siedeln bevorzugt in größeren Gemeinden. Dementsprechend sinken die Aktivitäten in den Gemeinden ganz allgemein. Es gibt allerdings zwei Ausnahmen, wodurch von einer Pauschalierung wiederum strikt Abstand genommen werden muss: Die Gemeinde Ardagger hat den Vorteil der Nähe zur Bezirkshauptstadt Amstetten und Westautobahn, der verstärkt genutzt werden kann, und die Stadtgemeinde Weitra ist gut in ein regionales Gesundheitsprogramm eingebettet und konnte die gemeindeinterne Infrastruktur erhalten.

Die untersuchten Gemeinden mit einer Einwohnerzahl über 3 000 sind generell aktiver. Bezirkshauptstädte haben auf Grund ihrer zentralen Rolle in der Bezirksverwaltung einen Standortvorteil durch gute öffentliche Verkehrsanbindung und Ansammlung von Ämtern, Ausbildungsstätten, Wirtschaftsunternehmen, Gesundheits- und Freizeiteinrichtungen, etc. Sie können bei der Realisierung von gesundheitsfördernden Projekten aus einem großen Repertoire an AkteurInnen schöpfen wie beispielsweise die Bezirkshauptstadt Freistadt:

Unser Vorteil ist, dass wir eine Bezirkshauptstadt sind (...) Wir haben im Bereich Gesundheit sehr viele Anbieter, gewerbliche wie öffentliche, und aus diesen Ressourcen schöpfen wir. Wir beteiligen auch sehr viel die Schulen, ja die helfen uns einfach bei der Programmgestaltung. Wir versuchen, das sehr breit und sehr umfassend zu machen (XI: 303 – 306).

Die Stadtgemeinde Amstetten mit 22 948 Einwohnern wird an dieser Stelle noch einmal zur Kontrastierung herangezogen. Amstetten ist Bezirkshauptstadt, liegt an der Westbahnstrecke und gilt als gewachsene ‚Eisenbahnerstadt‘. Die gesamte Infrastruktur ist gut ausgebaut und bringt nicht nur Arbeitsplätze für die BewohnerInnen der Gemeinde und gesamten Region, sondern auch ausreichend Geld in die Gemeindekasse. Nach Aussage der Bürgermeisterin wird der Haushalt seit Jahrzehnten gut und mit Bedacht geführt, ein Faktor, der für die wirtschaftliche Situation einer Gemeinde sicherlich maßgeblich ist. Die Gesamtsituation der Stadtgemeinde Schwertberg mit 5 122 EinwohnerInnen ist ähnlich gut wie die der Bezirksstadt Amstetten, weil sie Sitz mehrerer international tätiger Wirtschaftsunternehmen ist und hohe Einnahmen durch Gemeindeabgaben vorweisen kann. Angesprochen auf die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung sozialer Projekte durch ansässige Wirtschaftsunternehmen wurde von der Bürgermeisterin folgende Aussage gemacht:

Wir haben viele und finanzkräftige Unternehmen in der Gemeinde. [...] Naja (lacht), die Gemeinde kriegt kaum mehr Unterstützung finanzieller Natur über die normalen Abgaben hinaus, was ich vielleicht sogar verstehe (V: 203 – 211).

Hier klingt die Ansicht durch, dass sich Unternehmen durch ihre Gemeindeabgaben bereits stark belastet fühlen und zusätzliche freiwillige Unterstützung nicht erwartet werden kann. Die Bürgermeisterin der Stadtgemeinde Amstetten sieht Sponsoring durch ansässige Wirtschaftsunternehmen ‚in Zeiten wie diesen‘ zwar kritisch, nutzt diese Möglichkeit der Geldbeschaffung aber durchaus:

Es gibt immer wieder die Möglichkeit, dass man für soziale Projekte die Wirtschaft anspricht, keine Frage. Das ist natürlich in Zeiten wie diesen nicht einfach [...] Unterstützung wird es hoffentlich in Zukunft wieder mehr geben. (I: 329 – 333).

Der Bürgermeister der Stadt Grein stellt zum Thema Sponsoring sozialer Projekte fest, dass Gemeinnützigkeit – ein Grundgedanke der sozialen Marktwirtschaft – immer mehr verschwindet und Unternehmen sich von ihrer gesellschaftlichen Verantwortung immer weiter distanzieren:

Ja, auch das wird schwieriger. Die Erfahrung mache ich auch zum Beispiel bei den Geldinstituten. Wir hatten ja in der Vergangenheit eine Gemeindesparkasse, die ja einen Förderauftrag hatte und einen gewissen Teil des Gewinns ausgeschüttet hat. Und da gab es in der Gemeinde einen Beirat, der dann über die Verwendung dieser Mittel entschieden hat. Aber das ist alles Geschichte und Vergangenheit. Die Sparkasse ist längst Mitglied – oder aufgesaugt worden – von größeren Verbänden und ist jetzt eine Filiale der OÖ Sparkasse. Und diese, wie soll ich sagen, Gemeinnützigkeit, die ist verschwunden aus den Satzungen, die gibt es nicht mehr (IV: 171 – 177).

Abgesehen von den finanziellen Nachteilen für die Gemeinden durch geringe Einnahmen kann mangelhaft ausgeprägte Infrastruktur nicht grundsätzlich als nachteilig für die Gemeindebevölkerung gesehen werden (vgl. Abschnitt 7.2.2.1). Menschen bevorzugen aus unterschiedlichen Motiven das Leben in der Abgeschlossenheit kleiner Gemeinden. Sie suchen Ruhe, gute Luft, intakte Natur oder das dörfliche Leben und nehmen dafür Nachteile in Kauf. In jedem Fall erschwert es den Alltag der ansässigen Bevölkerung, wenn Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätze, Nahversorgung und Freizeiteinrichtungen nicht ausreichend vorhanden sind. Meist ist auch die Anbindung durch den öffentlichen

Verkehr mangelhaft, wodurch die Mobilität und der Zugang zu Angeboten zusätzlich eingeschränkt werden. Auch für die ältere Generation ergeben sich daraus erhebliche Benachteiligungen. In allen untersuchten Gemeinden wird immer stärker auf die Versorgung der Bevölkerung durch mobile Dienstleistungsunternehmen gesetzt.

7.2.2.4 Zuteilung finanzieller Mittel durch Bund und Länder

Im Zuge der Interviews hat sich herauskristallisiert, dass dem Faktor Zuteilung finanzieller Mittel durch Bund und Länder eine herausragende Rolle zukommt (vgl. Abschnitt 7.2.2.2).

Seit Jahren klafft in der Finanzgebarung von Bund, Ländern und Gemeinden das Verhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben auseinander. Der Präsident des OÖ Gemeindebundes erwartet in den OÖ Gemeinden im Jahr 2011 zwar eine Steigerung der Einnahmen von etwa 7 %, dieses Geld würde jedoch zur Gänze aufgebraucht durch die Mehrkosten für Sozialhilfeverband, Krankenhäuser, Löhne und Zinszahlungen. Die Einnahmen hielten mit den Ausgaben nicht Schritt:

„Wir haben in den Gemeinden im Gesundheits- und Sozialbereich seit 2004 jedes Jahr Kostensteigerungen zwischen 6,1 % und 10,6 %. Das macht uns zu schaffen. [...] Der Gesundheitsbereich ist ein Bereich, wo man den Gemeinden sehr viel zugemutet hat. Land und Gemeinden sitzen in einem Boot und haben an den gesamten Spitalskosten im Jahr 1997 29 % der Kosten getragen und im Jahr 2010 42 % der Kosten“ (III: 236 – 260).

Der Bund hat sich demnach aus der finanziellen Verantwortung für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung immer weiter zurückgezogen und überträgt Kosten immer stärker auf SozialversicherungsträgerInnen, Länder und Gemeinden. Hier darf die Frage gestellt werden, ob Verantwortliche der Landespolitik in einer Dezentralisierungsstrategie für sich selbst mehr Einflussnahme wollten.

Die Gemeinden in OÖ müssen an den OÖ Sozialhilfeverband eine Sozialabgabe leisten. Der Sozialhilfeverband entlastet die Gemeinden, indem er sozialpolitische Aufgaben übernimmt und bündelt. Auf die Frage, ob sich Gemeinden auf Grund der vorgeschriebenen Abgaben aus ihrer direkten sozialen Verantwortung für die ortsansässige Bevölkerung zurückziehen, meinte ein Bürgermeister:

Das ist sicher nicht falsch. Das ist ein erheblicher Teil eines Gemeindebudgets, der in diesen Verband hineinfließt. Und man hat dann eigentlich so a bissl das Gefühl, OK,

für das wird gesorgt, da braucht man sich selber nicht wirklich intensiv darum kümmern. Ich bin ja selber im Sozialhilfeverband im Vorstand. [...] Ich bin der Meinung, dass das sehr gut organisiert ist und der Sozialhilfeverband ja finanziell auf viel stabileren Beinen steht als eine einzelne Gemeinde und auch durchaus eher die Möglichkeiten hat, a bissl vorausschauend zu planen und zu arbeiten. Die Bedürfnislagen der Gemeinden sind auch sehr verschieden, und dezentrale Strukturen sind gut und richtig und werden vom Sozialhilfeverband auch so erzeugt (IV: 120 – 135).

Ein anderer Bürgermeister sieht die Organisation sehr kritisch und hält die Abgaben an den Sozialhilfeverband für übertrieben: „Schau dir einmal den Sozialhilfeverband an, was da schon Leut’ umeinander rennen. Ich meine, wie viel die Gemeinden da schon zahlen. Der Sozialhilfeverband ist für jede Gemeinde die größte Ausgabe“ (II: 58 – 60).

Wofür das restliche vorhandene Geld des Gemeindebudgets ausgegeben wird, liegt gänzlich in den Händen der KommunalpolitikerInnen. Sie können unter der Leitung der Bürgermeisterin oder des Bürgermeisters bei der Finanzplanung Prioritäten setzen. Aufgabe von BürgermeisterInnen ist nicht nur gut zu wirtschaften, sie müssen auch genaue Kenntnis darüber haben, von welchen Stellen des Landes und Bundes sie Unterstützung in Form von Geld akquirieren können: „Das ist richtig. Vor allem wenn es ganz konkrete Projekte gibt, dann muss man einfach im Vorfeld ganz genau ausloten wo es Unterstützung geben könnte und was dann letztendlich für die Gemeinde überbleibt“ (I: 315 – 317). Es kann sicherlich von Vorteil sein, wenn BürgermeisterInnen Funktionen in mehreren Gremien haben, wodurch ihr Netzwerk vergrößert wird und in weiterer Folge auch das Wissen über anstehende Projekte oder die Zugangsmöglichkeiten zu deren Förderung.

Insgesamt gesehen sind die befragten BürgermeisterInnen sehr unzufrieden mit der Verteilung der Finanzmittel durch Bund und Länder. Auf die Frage was sich BürgermeisterInnen vom Land oder Bund zur Unterstützung wünschen, stellte sich als wichtigstes Anliegen eine gerechtere Verteilung der finanziellen Ressourcen heraus. Beispielsweise wurde in NÖ der „Speckgürtel Wien Umgebung – St. Pölten – Krems“ in Frage gestellt, in den reichlich Finanzmittel fließen (Interviewprotokoll IX). Finanzielle Mittel sind nach Aussagen der BürgermeisterInnen landes- und bundesweit ausreichend vorhanden, würden aber ungerecht zugeteilt (vgl. Abschnitt 7.2.2.2). Infrastrukturell benachteiligte Gemeinden fühlen sich nicht ausreichend berücksichtigt. Ihre BewohnerInnen werden dadurch von einer fairen Teilhabe ausgeschlossen und sind

zunehmend auf Selbsthilfe angewiesen. Grundsätzlich ist die Gesundheits- und Sozialpolitik von einer Kostendiskussion geprägt. Einige BürgermeisterInnen sehen dies mit großer Skepsis und stehen persönlich einer rein ökonomischen Sicht bewusst entgegen. Weitere Anliegen, die BürgermeisterInnen an Bund und Länder herantragen würden, beziehen sich direkt auf die Themen Gesundheitsförderung und Soziales. In den Aussagen werden Wünsche geäußert, die auf gegenseitige Unterstützung und Zusammenarbeit aller politischen Ebenen abzielen oder Vorschläge für gänzlich neue Diskussionen enthalten:

[...] ein super Gesundheitsmarketing. Die Gesundheitsförderung braucht eine bessere Öffentlichkeitsarbeit. [...] Das braucht eine akkordierte, konzertierte Aktion von vielen, die man dort ins Boot bringen muss. Das sind Gemeinde, Land und Bund, da müssen alle zusammenhalten (XI: 335 - 344).

Ja, vom Bund würde ich mir wünschen, dass wir nicht über eine Abschaffung der Wehrpflicht diskutieren, sondern dass wir über einen Dienst für Österreich diskutieren, wo Männer und Frauen gleichermaßen 1/2 Jahr, vielleicht sogar mehr ihrer Lebenszeit in jungen Jahren der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen dürfen (X: 526 – 529).

7.2.2.5 *Prioritätensetzung der BürgermeisterInnen*

Nicht allen befragten BürgermeisterInnen sind soziale Themen oder Gesundheitsförderung wichtige Anliegen. Die persönlichen Interessen sind sehr unterschiedlich gelagert. Ob Bedürfnisse und Schutz der Bevölkerung eine ebenbürtige Rolle spielen wie ökonomische Interessen müssen BürgermeisterInnen im persönlichen Prozess der Prioritätenfestlegung entscheiden (vgl. Plamper/ Lauterbach 2001).

Auf die Frage, ob Gesundheitsförderung eine Aufgabe der Gemeinde sei, antwortete der Präsident des OÖ Gemeindebundes:

Ja, die Gesundheitsförderung, das ist die Frage. Wenn ich die Verfassung hernehme, dann ist das nur am Rande eine Aufgabe der Gemeinde. Gesundheitsförderung ist sicher eine Aufgabe der Sozialversicherungsträger, der Krankenversicherungen, vielleicht auch der Pensionsversicherungen, aber im Wesentlichen der Krankenversicherungen. Ah, es ist aber in Summe doch eine Aufgabe der drei Gebietskörperschaften Bund, Länder und Gemeinden, in einer Zusammenarbeit doch auch hier Angebote zu machen. Und Gesundheitsförderung wird in OÖ über die vielen Aktivitäten der *Gesunden Gemeinde* gemacht (III: 21 – 27).

In dieser Aussage lässt sich erkennen, dass Gesundheitsförderung in erster Linie als Aufgabe der SozialversicherungsträgerInnen gesehen wird. Erst danach wird die Zuständigkeit von Bund, Länder und Gemeinden angesprochen. Die Verantwortung der Gemeindepolitik wird als abgedeckt durch die Aktion *Gesunde Gemeinde* gesehen. Der Bürgermeister von St. Nikola meinte, dass es nicht die Aufgabe der Gemeinde sei, Eigeninitiativen zu entwickeln. Er plädiert für die Bottom-Up-Strategie:

Man muss die Kirche schon im Dorf lassen. Und wenn der Bedarf so groß wird, wird es ein paar Leute geben, die sagen OK, und das ist uns jetzt ein Anliegen. Du kannst es nicht erzwingen. Man tut meistens was, wenn es von unten kommt und nicht dass du es aufsetzt (II: 46 – 49).

Die Gemeinde St. Nikola (744 EinwohnerInnen) beteiligt sich als eine der wenigen Gemeinden in OÖ nicht an der landesweiten Aktion *Gesunde Gemeinde*. Im Sommer 2011 konnte der Bürgermeister ein neu errichtetes Gemeindezentrum eröffnen, das kolportierte 4,8 Millionen Euro gekostet haben soll. Der Bürgermeister ist ÖVP-Funktionär, zugleich Abgeordneter zum Nationalrat und Vizepräsident des OÖ Bauernbundes und genießt hohes Ansehen. Seine Prioritätensetzung wird von neun der 13 Gemeinderäte unterstützt. Die Gemeinde St. Nikola liegt am äußersten östlichen Rand OÖs an der Donau und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln nur schwer erreichbar. Die ansässigen Landwirte beziehen auf Grund der Steillage ihrer Felder und Wälder hohe Subventionen, Erwerbstätige pendeln bis nach Linz. Die ältere Generation organisiert sich teils im ‚Pensionistenverein‘ (SPÖ) und teils im ‚Seniorenbund‘ (ÖVP). Die beiden Vereine pflegen trotz geringer Mitgliederzahlen keinen Kontakt.

Dem Bürgermeister von Freistadt – ebenfalls ÖVP zugehörig – „ist es wichtig, dass alle meine Gemeinderäte sozial aktiv sind. Also jeder Gemeinderat macht 1x im Jahr einen Hausbesuch. Wir kommen sicher mit den Gemeinderäten 1x im Jahr in jeden Haushalt, in jede Wohnung“ (XI: 101 – 102). Allerdings räumt er ein, dass es manchmal von Seiten der BürgerInnen ganz allgemeine oder spezifische Ressentiments gegen Hausbesuche der öffentlichen Stellen gibt. Beispielsweise werden SozialarbeiterInnen, die bei Problemen Haushalte aufsuchen, als „Störenfriede oder Unruhepole“ (XI: 205) gesehen und von den Betroffenen nicht geschätzt, „obwohl es eigentlich gut gemeint ist, die ja wirklich positiv wirken wollen“ (XI: 209).

Der Bürgermeister von Ardagger – ebenfalls ÖVP Mitglied – stellt sich in seiner Aussage bereitwillig den Herausforderungen des Amtes und fragt sich, wie er mit Problemlagen der GemeindebürgerInnen umgehen kann:

[...] Ja, also die Leut' müssen auf der einen Seite wissen, dass sie auf den Bürgermeister zugehen können und auch alle möglichen Fragen stellen können, auf der zweiten Seite ist es auch eine Frage: „Auf welche Problemstellung lässt man sich ein?“ (X: 37 – 39).

BürgermeisterInnen treffen auf Grund ihrer Position immer wieder Entscheidungen. Diese sind stark von ihrer persönlichen Prioritätensetzung beeinflusst. Wenn es in Gemeinden um die Realisierung von Vorhaben geht, müssen Entscheidungen immer unter Rücksichtnahme auf vorhandene finanzielle Mittel getroffen werden. Oftmals führt das zur Ablehnung von Projekten, außer es werden Alternativen zu Geld in Betracht gezogen, die neue Entscheidungshorizonte eröffnen:

„Mein Zugang ist sowieso als erstes nicht der Satz: ‚Das können wir uns nicht leisten‘... So geht es nicht. Wenn man etwas will, dann muss es auch einen Weg geben“ (V: 235 – 236).

Gute Programme und gute Aktivitäten sind eigentlich nie eine Frage des Geldes, sondern der Idee, die dahinter steht [...] Es geht ja sehr viel um Gespräche, es müssen ja nicht nur Leistungen sein, es geht ja um Gemeinschaft, Gemeinschaftserlebnisse, die für die eigene Gesundheit und für das eigene Selbstwertgefühl sehr, sehr wichtig sind (XI: 461 – 467).

In diesen beiden Aussagen klingt durch, dass bei der Initiierung von Aktivitäten in einer Gemeinde nicht die Finanzierung an erster Stelle stehen sollte, sondern Ideen. Kreativität und Wille zur Umsetzung sind im gesamten Prozess der gemeinsamen Zielerreichung wichtig. Die positive Erfahrung gemeinschaftlicher Aufgaben und Erlebnisse der BürgerInnen trägt weit mehr zu einem gesunden gesellschaftlichen Miteinander bei als ablehnende Entscheidungen im Alleingang (vgl. Etzioni 1998).

Ein Bürgermeister brachte ein scheinbar allgemein verbreitetes Verhaltensproblem der PolitikerInnen auf den Punkt – dass sie reagieren anstatt zu agieren – und sprach gleichzeitig das Phänomen Lobbying an:

Ah, politisch agiert man häufig so, dass man dann reagiert, wenn starker Druck erzeugt wird von einer Gruppe. Wenn ältere Menschen, Senioren nicht wirklich gut organisiert sind und diesen Druck entwickeln, ah, ist natürlich die Aktivität, die man dann entwickelt wahrscheinlich geringer als wenn es da massive Forderungen oder Wünsche gäbe. [...] Ach ja, das Stichwort Lobbying: Also Leute, die stark aufgestellt sind und sich laut äußern, werden natürlich eher gehört als solche, die nicht organisiert sind und sich irgendwo im Hintergrund befinden (IV: 292 – 298).

Hier wurde angesprochen, dass auch auf Gemeindeebene Gruppen, die organisiert sind, größere Chancen haben, dass ihre Bedürfnisse gehört und erfüllt werden. Organisationen sind entsprechend Mitgliederzahl und Organisationsgrad wirkmächtig und können Druck ausüben auf die verantwortlichen PolitikerInnen. An dieser Stelle wird die Situation der älteren MigrantInnen in den untersuchten Gemeinden angesprochen. Sie stehen eher im Hintergrund und finden selten eine gemeinsame Stimme, wodurch ihre Bedürfnisse nicht wahrgenommen werden. In Bezug auf die Integration von MigrantInnen gibt es Aktionen in den Stadtgemeinden Amstetten, Perg und Freistadt, die alle drei einen vergleichsweise hohen AusländerInnenanteil aufweisen. In Perg wurde bereits im Jahr 1997 eine *Arbeitsgruppe Integration* gebildet, seit dem Jahr 2003 gibt es ein Integrationsbüro und ein Projekt der „aufsuchenden Sozialarbeit“ (VII: 164). Die Integration der MigrantInnen bzw. wachsenden Anzahl älterer MigrantInnen scheint in den anderen acht Gemeinden keine spezifischen Probleme aufzuwerfen. Möglich ist, dass es auf Grund der geringen Anzahl an MigrantInnen oder gelungener Integration keine Probleme gibt, es kann aber auch sein, dass sie nicht wahrgenommen oder ignoriert werden.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass BürgermeisterInnen manchmal auf Grund ihrer persönlichen Prioritätensetzung gesundheitsfördernden Projekten keinen Raum geben. Wenn wirtschaftliche Interessen, parteipolitische Verpflichtungen oder persönliche Machtbestrebungen im Vordergrund stehen, geraten sozialpolitische Verantwortlichkeiten in den Hintergrund. BürgermeisterInnen sind in ihren Gemeinden ‚Opinionleader‘ und EntscheidungsträgerInnen. Ihre Sicht- und Handlungsweisen haben in jedem Fall Vorbildcharakter und prägen die ‚Gemeinkultur‘. Ihre Entscheidungen haben tiefgreifende Auswirkungen auf das Leben der Gemeindebevölkerung. Alle beschriebenen Fälle zeigen beispielhaft, dass die Einflussnahme von BürgermeisterInnen auf gesundheitspolitische Aktivitäten in der Gemeinde nicht hoch genug bewertet, ihre Prioritätensetzung aber nicht unbedingt parteipolitisch verortet werden kann.

7.2.3 Beurteilung Argumentarium „Aktive Ältere“

Das Argumentarium „Aktive Ältere“ wurde den BürgermeisterInnen kurzfristig vor den Interviewterminen als Diskussionsgrundlage per e-mail-Anhang übermittelt. Am Ende der Interviews wurden sie auf Grund ihrer ExpertInnenrolle in wenigen Fragestellungen um ihr Urteil über Inhalt und Aufbereitung gebeten.

Alle BürgermeisterInnen gaben an, das Argumentarium gelesen zu haben, drei von ihnen hätten es aus Mangel an Zeit „überflogen“ (V, VI und IX). Sowohl die formale Gestaltung als auch die inhaltliche Aufbereitung der Themen wurden insgesamt und generell positiv beurteilt. Die Argumente seien „alle sehr schlüssig“ (V: 253), die Empfehlungen sehr klar. Ein Bürgermeister meinte, das Wort Empowerment sollte durch ein deutsches Wort ersetzt werden, und der Inhalt müsste sprachlich insgesamt auf ein verständlicheres Niveau für BürgermeisterInnen und Gemeindebedienstete heruntergebrochen werden. Von fünf BürgermeisterInnen wurde das Zitat „Es kommt nicht darauf an, dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern den Jahren mehr Leben zu geben“ (Alexis Carrel) besonders positiv herausgestellt: „Also das Zitat macht auch klar, worum es geht, nämlich ums Leben und zwar ein gutes Leben, ja um Lebensqualität“ (XI: 7 – 8).

Das Argumentarium „Aktive Ältere“ wurde von den BürgermeisterInnen als wichtiges Hilfsinstrument für die Initiierung von Interventionen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen begrüßt. Ein Bürgermeister hat das Papier mit meinem Einverständnis zur Weiterverwendung an die Sozialbeauftragte seiner Gemeinde weitergeleitet. Ein anderer äußerte den Wunsch nach Anführung von konkreten Anleitungen oder Fallbeispielen: „Das wünschen sich Ausführende immer. Ja, oder vielleicht das eine oder andere Fallbeispiel“ (IV: 278). Einem Bürgermeister ist aufgefallen,

[...] wie viele Ansatzpunkte es gibt, ja also, dass es viel zu tun gibt. Ihr Argumentarium ist nicht nur ein Argumentarium, ja, das ist in Wahrheit ein Handbuch, ein Buch voller Aktivitäten und Maßnahmen, also es gibt viel zu tun“ (XI: 12 – 14).

Diese Aussage deutet auf ‚brennendes Interesse‘ hin, lässt jedoch auch Überforderung auf Grund der vielen anstehenden Aufgaben durchscheinen. Sie zeigt außerdem auf, dass das Argumentarium zu lang und zu kompakt geraten ist. Die Länge des Papiers wurde mehrmals kritisch gesehen. Das deutet auch darauf hin, dass politische AkteurInnen mit Informationen überhäuft werden oder wenig Zeit zum Lesen haben. Daraus ergibt sich,

dass Argumentarien noch kürzer und prägnanter verfasst werden müssen. Abschließend kann konstatiert werden, dass die im Argumentarium „Aktive Ältere“ dargestellten Ausführungen mit der realen Situation in den untersuchten österreichischen Gemeinden im Einklang stehen.

7.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das zentrale Anliegen der vorliegenden Arbeit war es, kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen in den Fokus zu rücken, wobei anwendungsrelevante Kriterien im Vordergrund standen und dem ExpertInnenwissen der BürgermeisterInnen besondere Beachtung geschenkt wurde. Nach Abschluss dieser qualitativen Untersuchung in elf Gemeinden in OÖ und NÖ konnten Status Quo und Perspektiven aufgezeigt sowie Faktoren für und gegen die Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen bestimmt werden. Die Befunde lassen mit allen Einschränkungen auf die aktuelle Gesamtsituation der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Österreich schließen.

Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen ist in den untersuchten Gemeinden wenig verbreitet. Im Rahmen der landesweiten Aktionen *Gesunde Gemeinde* wurden zum Zeitpunkt der Erhebung in vier Gemeinden Computerkurse für SeniorInnen oder SeniorInnenturnen angeboten, in zwei Fällen liefen kommunale Interventionen unter dem Motto ‚Generationen verbinden‘. In allen Gemeinden gab es jedoch zahlreiche gesundheitsfördernde Aktivitäten für ältere Menschen durch ortsansässige Vereine, Wohlfahrtsverbände und Pfarren. Es handelt sich vorwiegend um Angebote in den Bereichen Bewegung und Freizeit, *Essen auf Räder* und mobiler Pflege; in zwei Gemeinden wird versucht, Besuchsdienste oder Tagesbetreuung für ältere Menschen aufzubauen. Generell war in allen Gemeinden festzustellen, dass sich die ältere Generation im Hinblick auf ihre Bedürfnisse in zahlreichen Vereinen selbst organisiert. Darüber hinaus werden ältere Menschen weitgehend durch Aktivitäten der Wohlfahrtsverbände und Pfarren versorgt. Anzumerken ist, dass Angebote in den Bereichen der sexuellen und psychischen Gesundheit gänzlich fehlen. Auch für die Gruppe älterer MigrantInnen gibt es keine spezifischen Angebote.

Die Analyse der Aussagen ergab, dass bei den befragten BürgermeisterInnen das Bewusstsein über die gesellschaftlichen Veränderungen auf Grund der demografischen Entwicklung ausnahmslos vorhanden ist. Gesundheitsförderung für ältere Menschen wurde

mit einer Ausnahme nicht nur als wünschenswert oder nützlich, sondern als dringend notwendig erachtet. Dabei schien die Entlastung des Solidarsystems vordergründig. Von der älteren Generation wurde durchgehend mit Anerkennung und Respekt gesprochen. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Bedürfnisse der älteren Menschen durch die Einbindung in ihre Familien und die ‚normalen‘ Aktivitäten der Gemeinde sowie die ortsansässigen Vereine, Wohlfahrtsverbände und Pfarren abgedeckt sind und somit keine zusätzlichen Angebote gewünscht werden. Vorherrschende Meinung ist, dass ‚alles relativ gut läuft.‘ Die befragten BürgermeisterInnen stützen sich insgesamt betrachtet bevorzugt auf wenige eingespielte Kooperationen und Verfahren als Eigeninitiativen zu entwickeln. Es wird nicht nur von einer ‚Einmischung‘ in andere Organisationen Abstand genommen, sondern auch auf die Bottom-Up-Strategie gesetzt und erst reagiert, wenn Druck durch die Bevölkerung erzeugt wird. Gesundheitsförderung wird nicht zuerst als kommunalpolitische Aufgabe, sondern als Aufgabe von Sozialhilfeverband, SozialversicherungsträgerInnen, Vereinen und Wohlfahrtsverbänden gesehen.

Obwohl die befragten BürgermeisterInnen bewusst artikulierten, dass sich erfolgreiche Gemeindearbeit auch abseits ökonomischer Überlegungen manifestiert, stand die Sorge um gerechte Zuteilung finanzieller Mittel durch Bund und Länder im Mittelpunkt. Vor allem BürgermeisterInnen von kleineren Gemeinden und Gemeinden in Grenzlagen sprachen von massiver Benachteiligung. Kommunale Managementstrukturen wie Leitbilder, Teams, Netzwerke und Kooperationen sind in den untersuchten Gemeinden wenig oder nur teilweise ausgebaut. Einige BürgermeisterInnen fühlen sich in ihrer Amtsausübung in manchen Belangen überfordert. Die persönliche Intention, selbsttätig Impulse zu setzen, Kreativität zu fördern oder Vernetzung und Koordination in der kommunalen Arbeit voranzutreiben, klang nur in wenigen Fällen durch. Alle BürgermeisterInnen befürworten Weiterbildung und gezielte Unterstützung durch ExpertInnen von außen. Erfreulich war festzustellen, dass sich in zwei Gemeinden die Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Interventionen im Rahmen der Aktionen *Gesunde Gemeinde* sehr positiv auf die Bewusstseinsbildung der Gemeindebevölkerung ausgewirkt hat und im Lauf der Jahre eine ‚gesundheitsbewusste Gemeindkultur‘ entstehen ließ. In diesen Gemeinden hat sich kommunale Gesundheitsförderung dauerhaft etabliert und umfasst aktuell auch zahlreiche Interventionen für die älteren Menschen. Ehrenamtlichkeit der älteren Generation ist nach Aussage aller BürgermeisterInnen eine tragende Säule sozialpolitischer Aktivitäten. Die Arbeitskreise der Aktionen *Gesunde Gemeinde* sowie alle Vereine, Wohlfahrtsverbände

und Pfarren stützen sich auf freiwillige Arbeit. Ehrenamtliche Tätigkeit wird allerdings in den Gemeinden zu wenig öffentlich honoriert.

Auf Grund der Einsichten in das Forschungsfeld konnten Faktoren herausgearbeitet werden, die eine Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen wesentlich beeinflussen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Überlegungen der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen ‚harte Faktoren‘ wie Lage, Größe, Infrastruktur und finanzielle Situation der Gemeinde ebenso einzubeziehen sind wie persönliche Einstellung, Amtsverständnis oder politische Prioritätensetzung der BürgermeisterInnen. Grundlegend für die Umsetzung von Projekten sind kommunale Managementstrukturen und Freiwilligenarbeit. Durch Nachhaltigkeit wird eine ‚gesundheitsbewusste Gemeindkultur‘ entwickelt. Die Ergebnisse der Primäranalyse decken sich in allen relevanten Teilen mit den Befunden aus den Sekundärdaten und stehen in Einklang mit den Ausführungen des Argumentariums „Aktive Ältere“. Sie zeigen ausreichende Perspektiven für eine Optimierung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen auf.

Die Forschungsarbeit musste sich auf Grund personeller, zeitlicher und finanzieller Ressourcen auf erste Bestandsaufnahmen kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen beschränken. Diese Untersuchung erhebt weder den Anspruch, auf einer allumfassenden Erhebung zu beruhen noch den der Allgemeingültigkeit ihrer Aussagen. Generell wurden durch die vorliegende Untersuchung viele Fragen aufgeworfen, die interessante Anknüpfungspunkte für weiterführende Studien darstellen. So lassen sich beispielsweise Überlegungen anstellen, wie in der kommunalen Gesundheitsförderung die Schlüsselposition von BürgermeisterInnen besser genutzt oder auf welche Weise Partizipation und ehrenamtliche Tätigkeit der älteren Generation zukünftig stärker gefördert und in Projekte eingebunden werden kann.

8 Conclusio und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung konnte sich nur auf wenige Studien stützen. Die Kommune als kleinste politische Verwaltungsebene ist in Österreich weitgehend unerforscht und kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen hat noch keinen nennenswerten Stellenwert in den Wissenschaften. Nach den ersten Phasen der Untersuchung wurde der Autorin bereits bewusst, dass sie sich mit dem kommunalen Setting auf ein sehr breit gefächertes sozialpolitisches Aktionsfeld eingelassen hatte. Die Doppelrolle der

kommunalen Gesundheitspolitik als einerseits landespolitisch geleitet und andererseits in Selbstverantwortung gestaltet kam erschwerend hinzu. Ebenso schwierig war es, die Zielgruppe der älteren Menschen einzugrenzen und in den Analysen im Fokus zu behalten. Der Feldzugang gestaltete sich vergleichsweise unproblematisch. Die BürgermeisterInnen stellten ihr ExpertInnenwissen und Artefakte über die spezifischen Gemeindeaktivitäten gerne zur Verfügung. Somit konnten im Hinblick auf das Thema kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen die eingangs gestellten Fragen beantwortet und neue Perspektiven eröffnet werden.

Projekte bereichern unser Leben und treiben Reformen voran, sie bergen aber auch die Gefahr der Unterordnung unter das Paradigma der *Projektbasierten Polis* (Boltanski/Chiapello 2006: 160), in der das Leben der Menschen aus einer Abfolge von unterschiedlichen, zeitlich begrenzten Projekten besteht, die noch dazu in einer unsicheren Zukunft angesiedelt sind. Eine Frage der Zukunft wird sein, wie unsere hochzivilisierte Gesellschaft mit den Problemen durch die ‚Überalterung‘ umgeht. Die AkteurInnen in allen Bereichen der Politik und auf allen politischen Ebenen sind herausgefordert, gemeinsam adäquate Lösungen zu finden. Der gerechten Zuteilung finanzieller Mittel durch Bund und Länder ist besondere Beachtung zu schenken. Um die Reformdiskussion in der Gesundheitspolitik voranzutreiben empfiehlt es sich, Kommunen als gesundheitspolitische Steuerungsebene weiter in den Vordergrund zu rücken. Durch eine weitsichtige Top-Down-Strategie ist eine angemessene Unterstützungs- und Koordinationsarbeit durch Gremien auf Landes- und Bundesebene zu forcieren. Wenn es um Initiativen und Kooperationen, Koordinierung und Umsetzung von Interventionen auf kommunaler Ebene geht, sind BürgermeisterInnen die Schlüsselfiguren. Sie müssen für neue Projekte der kommunalen Gesundheitsförderung unbedingt gewonnen werden. Auf Grund ihrer Position können sie Gemeinderat und Mitglieder ihrer Gemeinde in der Meinungsbildung wesentlich beeinflussen. Allerdings braucht es dazu BürgermeisterInnen, die diese Macht im Einzelfall ‚meisterlich‘ zu handhaben wissen.

Wenn ältere Menschen durch unterstützende Rahmenbedingungen aktiviert und in spezifische Projekte der kommunalen Gesundheitsförderung eingebunden werden, können sie einen guten und sichtbaren Teil zu einer gesunden Gemeinschaft beitragen. Die Autorin hofft, mit ihren theoretischen Überlegungen und den Ergebnissen ihrer Untersuchung einen richtungsweisenden Beitrag für die anstehenden Diskussionen zum Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Österreich geliefert zu haben.

9 Verzeichnisse

9.1 Literaturverzeichnis

- Abels, Gabriele; Behrens, Maria, 2009: ExpertInnen-Interviews in der Politikwissenschaft. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang, (Hg.), 2009: Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 159 – 179.
- Ajzen, Icek; Fishbein, Martin, 1980: Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Amann, Anton, 2004: Die großen Alterslügen. Generationenkrieg – Pflegechaos – Fortschrittsbremse? Wien: Böhlau.
- Antonovsky, Aaron, 1979: Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, Aaron; 1997 (1987): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Baltes, P. B.; Baltes, Margret M., 1989: Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In: Baltes, Margret M.; Kohli, Martin; Sames, Klaus, (Hg.), 1989: Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern: Huber. 5 – 18.
- Baltes, Margret M.; Kohli, Martin; Sames, Klaus, (Hg.), 1989: Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern: Huber.
- Badura, Bernhard; Zamora, Pablo; 2001: Versorgungsoptimierung durch Dezentralisierung und Bürgerbeteiligung. In: Kellermann, Kerstin; Konegen, Norbert; Staeck, Florian, (Hg.), 2001: Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 117 – 136.
- Bauer, Joachim, 2003: Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt am Main: Eichborn.
- Beck, Ulrich, 1999: Schöne neue Arbeitswelt: Vision: Weltbürgergesellschaft. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Berger, Peter; Luckmann, Thomas, 1980: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt am Main: Fischer.
- Beyme, Klaus von, 1993: Die politische Klasse im Parteienstaat. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Böhnisch, Lothar, 1997: Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. Weinheim: Juventa.
- Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang, 2009: Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang, (Hg.), 2009: Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 61 – 98.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang, (Hg.), 2009: Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Boltanski, Luc; Chiapello, Ève, 2006: Der neue Geist des Kapitalismus. Konstanz: UVK.
- Bourdieu, Pierre, 1998: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 10. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dieckmann, Andreas, 2010: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Dür, Wolfgang, 1997: Regional, aktionistisch, konzeptlos? Versuch einer Standortbestimmung der Gesundheitsförderung in Österreich. In: Dür, Wolfgang; Pelikan, Jürgen M., (Hg.), 1997: Gesundheitsförderung regional. Projekte aus den österreichischen Bundesländern. Wien: Facultas. 37 – 64.

- Dür, Wolfgang; Pelikan, Jürgen M., (Hg.), 1997: Gesundheitsförderung regional. Projekte aus den österreichischen Bundesländern. Wien: Facultas.
- Dür, Wolfgang, 2001: Systemtheorie sensu Luhmann. In: Richter, Rudolf, 2001: Soziologische Paradigmen. Eine Einführung in klassische und moderne Konzepte. Wien: WUV-Universitätsverlag. 138 – 170.
- Dür, Wolfgang, 2008: Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dux, Günter, 2004: Die Moral in der prozessuralen Logik der Moderne. Warum wir sollen, was wir sollen. Weilerswist: Velbrück.
- Etzioni, Amitai, 1998 (1988): Die Entdeckung des Gemeinwesens. Ansprüche, Verantwortlichkeiten und das Programm des Kommunitarismus. Frankfurt am Main: Fischer.
- Faltermaier, Toni, 1994: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz.
- Faltermaier, Toni; Kühnlein, Irene; Burda-Viering, Martina, 1998: Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.
- Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Steinke, Ines, (Hg.), 2009: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred, 2009: ExpertInnengespräche in der interpretativen Organisationsforschung. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang, (Hg.), 2009: Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 239 – 258.
- Füllsack, Manfred, 2009: Arbeit. Wien: Facultas.
- Giddens, Anthony, 2006: Sociology. 5th ed. Cambridge: Polity Press.
- Glaser, Barney G., & Strauss, Anselm L., 1967: The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine.
- Göpel, Eberhard, 2001: Bürgerbeteiligung in den Kommunen: Ansätze zur Förderung sozialkommunikativer Lernkreisläufe im Alltag. In: Kellermann, Kerstin; Konegen, Norbert; Staeck, Florian, (Hg.), 2001: Aktivierender Staat und aktive Bürger: Wegweiser zu einer integrativen Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 255 – 270.
- Göpel, Eberhard, (Hg.), 2010: Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Girtler, Roland, 2001: Methoden der Feldforschung. 4. Aufl. Wien: Böhlau.
- Grimm, Gaby; Hinte, Wolfgang; Litges, Gerhard, 2004: Quartiermanagement. Eine kommunale Strategie für benachteiligte Wohngebiete. Berlin: edition sigma rainer bohn verlag.
- Grossmann Ralph; Scala, Klaus; 1994: Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim: Juventa.
- Grossmann, Ralph; 1996: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich. In: Lobnig, Hubert; Pelikan, Jürgen M., (Hg.), 1996: Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz. Wien: Facultas. 55 – 70.
- Habermas, Jürgen, 2007: „Freiheit und Determinismus.“ In: Krüger, Hans-Peter, (Hg.), 2007: Hirn als Subjekt? Philosophische Grenzfragen der Neurobiologie. Berlin: Akademie Verlag. 101-120.
- Helou, Antonius, 2003: Medizinische Leitlinien. In: Schwartz, F. W., et al., (Hg.), 2003: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag. 739 – 745.
- Hopf, Christel, 2009: Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Steinke, Ines, (Hg.), 2009: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 349 – 360.
- Hurrelmann, Klaus, 2000: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Weinheim: Juventa.

- Kardoff, Ernst von, 2009: Qualitative Evaluationsforschung. In: Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Steinke, Ines, (Hg.), 2009: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 238 – 250.
- Kellermann, Kerstin; Konegen, Norbert; Staeck, Florian, (Hg.), 2001: Aktivierender Staat und aktive Bürger. Wegweiser zu einer integrativen Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Keupp, Heiner, 1995: Gemeindepsychologische Identitäten: Vergangenheit und mögliche Zukünfte. In: Röhrle, Bernd; Sommer, Gert, (Hg.), 1995: Gemeindepsychologie: Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: dgvt-Verlag. 5 – 24.
- Kickbusch, Ilona, 2003: Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F. W., et al., (Hg.), 2003: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag. 181 – 189.
- Klammer, Dieter, 1999: Die BürgermeisterInnen – ihr Sozialprofil und ihre Karrieren: Eine Untersuchung zur lokalen Positionselite in Österreich. In: ÖZPW 1999/4. Institut für Staats- und Politikwissenschaft Wien (Hg.). Baden-Baden: Nomos Verlag. 451 – 461.
- Klammer, Dieter, 2000: Kommunalpolitiker und Ortsparteien in Österreich. Eine empirische Untersuchung der lokalen Positionseliten in Österreichs Gemeinden. Linz: Trauner.
- Kodelitsch, Sonja, 2003: Gesundheitsförderung im regionalen Setting in OÖ – das Projekt „Gesunde Gemeinde“. Johannes Kepler Universität Linz: Diplomarbeit.
- Krüger, Hans-Peter, (Hg.), 2007: Hirn als Subjekt? Philosophische Grenzfragen der Neurobiologie. Berlin: Akademie Verlag.
- Landes, David S., 1999 (1998): Wohlstand und Armut der Nationen. Warum die einen reich und die anderen arm sind. Berlin: Siedler.
- Lang, Gert; Spicker, Ingrid, 2011: Kommunale Gesundheitsförderung für Ältere in österreichischen Gemeinden: Umsetzungsbedingungen aus der Sicht von BürgermeisterInnen. In: Prävention und Gesundheitsförderung 1/6. 27 – 33.
- Lehr, Ursula, 2003: Psychologie des Alterns. 10. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lehmbruch, Gerhard, 2011 (1996): Die korporative Verhandlungsdemokratie in Westmitteleuropa. SPSR. Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft. 2 (4): 1 – 41.
- Lenz, Albert; Stark, Wolfgang, (Hg.), 2002: Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lis, Katharina; Reichert, Monika; Cosack, Alexandra; Billings, Jenny; Brown, Patrick, 2008: Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People. Vienna: Austrian Red Cross.
- Lobnig, Hubert; Pelikan, Jürgen M., (Hg.), 1996: Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz. Wien: Facultas.
- Lueger, Manfred, 2000: Grundlagen qualitativer Feldforschung. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Lueger, Manfred, 2010: Interpretative Sozialforschung: Die Methoden. Wien: Facultas.
- Luhmann, Niklas, 2000: Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas, 2006: Organisation und Entscheidung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, Niklas, 2010: Politische Soziologie. Berlin: Suhrkamp.
- Mayring, Philipp, 2009: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Steinke, Ines, (Hg.), 2009: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 468 – 475.
- Mayring, Philipp, 2010: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mead, George Herbert, 1973 (1934): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike, 2009: Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang, (Hg.), 2009: Experteninterviews. Theorien,

- Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 35 – 60.
- Mielck, Andreas, 2010: Konzepte sozialer Gerechtigkeit im Kontext nachhaltiger Gesundheitsförderung. In: Göpel, Eberhard, (Hg.), 2010: Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 110 – 124.
- Noack, R. Horst; 1996: Public Health, Salutogenese und Gesundheitsförderung. In: Lobnig, Hubert; Pelikan, Jürgen M., (Hg.), 1996: Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz. Wien: Facultas. 26 – 38.
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane, 2003 (1994): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Oerter, Rolf; Montada, Leo, (Hg.) 2002: Entwicklungspsychologie. 5. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Opaschowski, Horst W., 2002: Tourismus. Eine systematische Einführung. Analysen und Prognosen. 3. Auflage. Opladen: Leske + Budrich.
- Plamper, Evelyn; Lauterbach, Karl W., 2001: Das ökonomische Dilemma der Gesundheitspolitik: Fehlsteuerungen und Fehlversorgungen im Gesundheitsbereich – ein Diktat der Knappheit? In: Kellermann, Kerstin; Konegen, Norbert; Staack, Florian, (Hg.), 2001: Aktivierender Staat und aktive Bürger: Wegweiser zu einer integrativen Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 33 – 49.
- Reiners, Harmut, 1994: Zuständigkeiten und Kompetenzen in der gesundheitlichen Prävention: eine organisierte Verantwortungslosigkeit? In: Rosenbrock, Rolf; Kühn, Hagen; Köhler, Barbara Maria, (Hg.), 1994: Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: edition sigma rainer bohn verlag. 96 – 114.
- Richter, Rudolf, 2001: Soziologische Paradigmen. Eine Einführung in klassische und moderne Konzepte. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Rienhoff, Otto; Kleinoeder, Thomas, 2003: Qualitätsmanagement. In: Schwartz, F. W., et al., (Hg.), 2003: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag. 725 – 738.
- Rifkin, Jeremy, 2004: Das Ende der Arbeit und ihre Zukunft. Neue Konzepte für das 21. Jahrhundert. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Röhrle, Bernd; Sommer, Gert, (Hg.), 1995: Gemeindepsychologie: Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Rosenbrock, Rolf; Kühn, Hagen; Köhler, Barbara Maria, (Hg.), 1994: Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: edition sigma rainer bohn verlag.
- Schedler, Kuno; Proeller, Isabella, 2006: New Public Management. 3. Aufl. Bern: Haupt.
- Schwartz, F. W., et al., (Hg.), 2003: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag.
- Selman, Robert L., 1984 (1980): Die Entwicklung des sozialen Verstehens. Entwicklungspsychologische und klinische Untersuchungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Siegrist, Johannes, 2005: Medizinische Soziologie. 6. Aufl. München: Elsevier.
- Sozialbericht der Stadt Amstetten 2010: Bericht an den Gemeinderat über Sozialaktionen der Stadtgemeinde Amstetten. Berichtszeitraum 2010. Amstetten: Stadtgemeinde Amstetten.
- Stark, Wolfgang, 2002: Gemeinsam Kräfte entdecken – Empowerment als kompetenz-orientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit. In: Lenz, Albert; Stark, Wolfgang, (Hg.), 2002: Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: dgvt-Verlag. 55 – 74.
- Strübing, Jörg, 2004: Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Tomasello, Michael, 2006 (1999): Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Zur Evolution der Kognition. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Trojan, Alf; Legewie, Heiner, 2001: Intermediäre Strukturen für Gesundheitsförderung. Entwicklung, Probleme und Erfolgsbedingungen. In: Kellermann, Kerstin; Konegen, Norbert; Staack, Florian, (Hg.), 2001: Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 159 – 183.
- Weber, Max, 1984: (1921): Soziologische Grundbegriffe. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Weber, Max, 1992: (1919): Politik als Beruf. Stuttgart: Reclam.

9.2 Internetquellen

- Bevölkerungsstatistik:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/049395.html am 24.06.2011
- BMG:http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung, 29.05.2011
- FGÖ-Projekt Datenbank: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte--projekte>, 12.05.2011
- FGW Forschungsgruppe Wahlen: www.forschungsgruppe.de, 24.01.2011
- „Aufstand der Alten“: http://de.wikipedia.org/wiki/2030_%E2%80%93_Aufstand_der_Alten, 08.11.2010
- Fonds Gesundes Österreich: <http://www.fgoe.org/der-fonds>, 16.10.2011
- Gemeindaufgaben:http://www.refreshpolitics.at/de/menu_main/deine-gemeinde/die-aufgaben-der-gemeinde, 28.11.2010
- Gemeindestatistiken: <http://www.statistik.at/blickgem/>, 04.07.2011, <http://www.land-oberoesterreich.gv.at>, 04.07.2011, <http://www.noe.gv.at>, 04.07.2011
- Gesunde Gemeinde OÖ: <http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at>, 19.10.2010
- healthproelderly: <http://www.healthproelderly.com/database>, 20.10.2009
- Österreichischer Gemeindebund: <http://www.gemeindebund.gv.at>, 25.01.2012
- Österreichische Gesellschaft für Public Health: <http://www.oeph.at>, 15.10.2011
- Österreichische Sozialversicherung: <http://www.sozialversicherung.at>, 29.05.2011
- Österreichischer Städtebund: <http://www.staedtebund.gv.at>, 26.01.2012
- Öffentlicher Gesundheitsdienst: http://www.ktn.gv.at/207031_DE-allg-HB_OeGD, 26.01.2012
- refreshpolitics: <http://www.refreshpolitics.at/de>, 19.10.2010
- Statistik Austria: <http://www.statistik-austria.at>, 15.10.2010, 28.11.2010, 18.05.2011, 04.07.2011
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau: <http://www.vaeb.at>, 29.05.2011
- WHO: http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf, 12.10.2010
- xundheitswelt: www.xundheitswelt.at

9.3 Abbildungen

Abb. 1: Bevölkerung in Ö bis 2050.....	11
Abb. 3: Gegenüberstellung Pathogenetisches und Salutogenetisches Modell (HESM)	16
Abb. 4: Gesundheitsförderung nach Faltermaier 1998.....	18
Abb. 6: Prävention versus Gesundheitsförderung (HESM)	26
Abb. 7: Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring 2010.....	44
Abb. 8: Modell der Leitlinienentwicklung nach Helou 2003.....	53
Abb. 9: Artefakte aus den Gemeinden (HESM).....	65

9.4 Tabellen

Tab. 1: Bausteine des Argumentariums „Aktive Ältere“ (HESM)	54
Tab. 2: Liste der Gemeinden (HESM).....	60
Tab. 3: Faktoren zur Realisierung von GF für ältere Menschen in österreichischen Gemeinden (HESM)....	77

9.5 Abkürzungen

BGBL	Bundesgesetzblatt
BVG	Bundesverfassungsgesetz
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FGW	Forschungsgruppe Wahlen
FPÖ	Freiheitliche Partei Österreich
GF	Gesundheitsförderung
HESM	Hermine Elisabeth Schmidt-Mucker
NGO	Non Governmental Organisation
NÖ	Niederösterreich
ÖBB	Österreichische Bundesbahnen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖVP	Österreichische Volkspartei
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
OÖ	OÖ
SPÖ	Sozialistische Partei Österreich
WHO	World Health Organisation

10 Anhang

10.1 Argumentarium „Aktive Ältere“

„AKTIVE ÄLTERE“

Argumentarium zur Gesundheitsförderung der älteren Generation

Um allen Menschen ein Leben in Frieden und Gesundheit zu ermöglichen sind nach den Richtlinien der WHO (World Health Organisation) die Nationalstaaten aufgerufen, für die unterstützenden Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung Sorge zu tragen (8). Gesundheitsförderung ist primäre Prävention und hilft Krankheiten zu verhindern und Gesundheit zu stärken. Sie zählt zu einer der sinnvollsten Investitionen, da sie unnötige Leiden und Kosten vermeiden kann und Menschen dazu befähigt, ein selbstbestimmtes, gesundes Leben zu führen (2). Auf Gemeindeebene lassen sich gesundheitsfördernde Maßnahmen durch die Nähe zu den BürgerInnen bevorzugt umsetzen. In Gemeinden wirken alle Gesundheitsfaktoren im Hinblick auf Person und Umwelt zusammen und die Erreichbarkeit der Zielgruppen ist gewährleistet.

Die Anzahl der älteren Menschen wird auch in den österreichischen Gemeinden in den kommenden Jahrzehnten noch stärker ansteigen. Wie kann den weitreichenden

Herausforderungen dieser gesellschaftlichen Veränderung sozialpolitisch begegnet werden? Zwei zentrale Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse sowie das Nutzen ihrer Potenziale. Gleichheit, Solidarität und ein positives Altersbild sind die tragenden Säulen. Zuhören, gemeinsam offen über Probleme sprechen, Ideen zulassen, Ausgrenzungen vermeiden und freiwilliges Engagement anregen sind bewährte Strategien für ein faires Miteinander. Die Gesundheit der Älteren zu fördern und langfristig zu erhalten ist nicht zuletzt ein wichtiger Faktor für die finanzielle Entlastung unseres Gesundheitssystems.

Das vorliegende Argumentarium „Aktive Ältere“ beruht auf den evidenz-basierten Leitlinien des EU-Projekts „healthPROelderly“ (healthproelderly.com). Es dient zur Orientierung für EntscheidungsträgerInnen und MitarbeiterInnen der Kommunalpolitik und beinhaltet Anregungen und Lösungsvorschläge zur Ausarbeitung von Projekten der Gesundheitsförderung für die Generation 60+. Das Argumentarium umfasst 8 Module, die jeweils ein zentrales Thema behandeln. Jedes Modul hat eine Leitlinie und enthält die Punkte *Definition* zur genaueren Erläuterung, *Argumentation* zur tieferen Begründung sowie die Rubrik *Empfehlungen* zur praktischen Anwendung der Module. Im Anhang befinden sich Internetlinks, allgemeine Hinweise und ausgewählte Literatur.

*Es kommt nicht darauf an, dem Leben mehr Jahre zu geben,
sondern den Jahren mehr Leben zu geben.*

Alexis Carrel

1 GANZHEITLICHER ANSATZ

Berücksichtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitsbedürfnisse von älteren Menschen unter Einbeziehung des Fachwissens aller Beteiligten mit dem Ziel der Nachhaltigkeit

★ Definition

Ganzheitlichkeit umfasst alle Dimensionen der Gesundheit. Körperliche, geistige, sexuelle oder emotionale Aspekte des einzelnen Menschen werden ebenso berücksichtigt wie sein soziales Umfeld oder ökologische, infrastrukturelle und ökonomische Bedingungen. Deshalb muss in der Gesundheitsförderung mit ExpertInnen aus unterschiedlichen Bereichen zusammengearbeitet werden. Nachhaltige Aktivitäten werden auch nach Projektabschluss weitergeführt.

★ Argumentation

Gesundheitsförderung soll für den einzelnen Menschen in allen Lebensbereichen wirken und über die gesamte Lebensspanne hinweg. Körper, Geist und Seele, Sexualität und Emotionalität beeinflussen die Gesundheit, aber auch soziale Faktoren wie Familie, Freunde oder Bekannte. Dazu kommen ökologische, ökonomische oder infrastrukturelle

Umwelteinflüsse. Eine oder mehrere Dimensionen dieses Gesundheitskonzepts zu ignorieren, verringert den Erfolg von gesundheitsfördernden Maßnahmen erheblich. Um alle Aspekte der Gesundheit in der Projektentwicklung berücksichtigen zu können, muss das Fachwissen aller verfügbaren ExpertInnen einfließen. Unter gemeinsamer Zielsetzung und in gegenseitigem Respekt entstehen fundierte, innovative Projekte mit Langzeitwirkung. Nachhaltigkeit ist ein wichtiger Nachweis für eine gelungene Intervention. Sie gilt als Erfolgsindikator, wodurch weitere Fördermittel sichergestellt werden können. Durch Nachhaltigkeit kann über einen längeren Zeitraum Einfluss auf die Gesundheit von Menschen genommen werden. Die Interventionen werden im Laufe der Zeit verfeinert und verbessert, ebenso steigt ihr Bekanntheitsgrad und immer mehr Menschen können erreicht werden.

★ Empfehlungen

- ✓ Verbreitung und Förderung des ganzheitlichen Ansatzes in Diskussionen, Gesprächen, Arbeitsunterlagen und öffentlichen Publikationen
- ✓ Betonung der Themen Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit bei der Planung aller neuen Gesundheitsförderungsprojekte
- ✓ Besondere Beachtung der infrastrukturellen und ökologischen Bedingungen innerhalb der Gemeinde
- ✓ Förderung von Nachhaltigkeit durch die Schaffung von Netzwerken, geplantes Informationsmanagement, Motivation der MitarbeiterInnen, regelmäßige Dokumentation und Evaluation, Sicherung der finanziellen Mittel

2 ZIELGRUPPE

Anerkennung der spezifischen Bedürfnisse und Rücksichtnahme auf die Vielfalt der individuellen Lebensbedingungen älterer Menschen

★ Definition

Für die erfolgreiche Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen ist die Definition der Zielgruppe sehr wichtig. Die Identifizierung der Zielgruppe erfolgt zu Beginn eines Projekts. Alle Maßnahmen werden auf die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten (4). Zur Aktivierung der Zielgruppe können unterstützend „Schlüsselpersonen“, bestehende Gruppen und Einrichtungen herangezogen werden.

★ Argumentation

Die Generation 60+ ist eine heterogene Gruppe. Ihre Wünsche und Bedürfnisse sind so unterschiedlich wie Herkunft oder Bildungs- und Familienstand, kultureller und religiöser Hintergrund, Geschlecht oder materielle und soziale Situation. Würde, Autonomie und

Individualität müssen in jedem Einzelfall gewahrt bleiben. Dazu muss eine hohe Sensibilität gegenüber allen Beteiligten entwickelt und gefordert werden. Rücksichtnahme ist oberstes Gebot. Aber: nicht alles ist für alle geeignet! Auf Gemeindeebene kann die Identifizierung der Bedürfnisse und Potenziale der älteren Menschen über persönliche Kontakte, bei kulturellen Veranstaltungen, durch eine gezielte Erhebung oder am „Runden Tisch“ erfolgen. Durch die Einbindung von bereits organisierten Gruppen wie SeniorInnenvereine, Selbsthilfegruppen, Kirchengruppen, Sportvereine oder lokale Gesundheitseinrichtungen können bestehende Ressourcen genutzt und gebündelt werden. Lokale Medien und das Internet helfen bei der Bekanntmachung. In gemeinsamer Anstrengung kann auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der älteren Menschen eingegangen werden. Chancengleichheit wird gefördert und ein erfreuliches Miteinander ohne Ausgrenzungen kann gelingen.

★ Empfehlungen

- ✓ Identifizierung der Bedürfnisse und Fähigkeiten der älteren Generation vorzugsweise durch persönliche Kontakte, Gemeindedaten oder über bestehende Einrichtungen, z.B. Kirche, Sozialdienste, Wohlfahrtsverbände, Vereine
- ✓ Besondere Berücksichtigung der „unsichtbaren Gruppen“, z.B. gesundheitlich, sozial oder finanziell benachteiligte Ältere, homosexuelle Ältere, Ältere mit Migrationshintergrund
- ✓ Einbindung der bestehenden Einrichtungen und Bündelung ihrer Erfahrungen, z.B. SeniorInnenvereine, Wohlfahrtsverbände, Sportvereine, Selbsthilfegruppen
- ✓ Einsatz von „Schlüsselpersonen“, die bereits Zugang zur Zielgruppe haben, z.B. ExpertInnen der Gemeinde und des Gesundheitswesens

3 ZIELSETZUNG

Ausrichtung der gesundheitsfördernden Maßnahmen auf die spezifischen Bedürfnisse der identifizierten Zielgruppe unter Einbindung aller verfügbaren Kräfte

★ Definition

Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung älterer Menschen geht es um spezifische Ziele. Sie sind sehr genau definiert, exakt auf die Zielgruppe ausgerichtet und müssen in irgendeiner Form messbar sein. Durch den ersten Schritt der Identifizierung der Bedürfnisse der Zielgruppe wird die Ausarbeitung von Zielen erleichtert (4). Dabei kann sowohl auf das Know-How anderer Gemeinden als auch auf das Erfahrungswissen bestehender Einrichtungen zurückgegriffen werden. Die Zielsetzung erfolgt gemeinsam mit den jeweils Betroffenen selbst und unter Einbindung aller maßgeblich Beteiligten.

★ Argumentation

Ziele müssen im Unterschied zu Wünschen präzise definiert werden. Der Aushandlungsprozess ist dementsprechend aufwändig und sollte vorzugsweise unter Betreuung externer Coaching-ExpertInnen erfolgen. Diese verhalten sich neutral und können Gruppenprozesse in der Zielfindung aktiv steuern. Ungenaue Zielsetzung ist ein häufiger Grund für das Misslingen von Projekten. Ziele erleichtern allen Beteiligten die Identifikation mit dem Projekt und geben Orientierung. Dazu müssen sie von allen gemeinsam und in Übereinstimmung erarbeitet, sowie einfach und für alle verständlich formuliert werden. Die Zielsetzung ermöglicht darüberhinaus die Überprüfbarkeit der Zielerreichung, was für eine Evaluation unumgänglich ist. Das Erreichen von Zielen gewährleistet den Erfolg eines Projekts. Der Nachweis des Erfolgs wiederum garantiert weitere finanzielle Unterstützung und fördert die Dauerhaftigkeit des Projekts.

★ Empfehlungen

- ✓ Ziele in gemeinsamer Anstrengung mit den Betroffenen sehr präzise ausarbeiten und für alle verständlich formulieren
- ✓ Ziele öffentlich immer wieder herausstellen und kommunizieren, um eine breite Akzeptanz zu gewinnen und GeldgeberInnen zu ermutigen
- ✓ Ziele intern fortlaufend auf ihre Gültigkeit und Erreichbarkeit überprüfen und sofort justieren, wenn sie sich als ungeeignet erweisen – Selbstevaluation
- ✓ Zielerreichung zur Rechtfertigung gegenüber der Öffentlichkeit und den GeldgeberInnen durch externe EvaluatorInnen überprüfen lassen – begleitende Evaluation
- ✓ Erfolgreiche Projekte veröffentlichen und weitergeben, um damit anderen Gemeinden Anregung und Anhaltspunkte zu liefern

4 EMPOWERMENT UND PARTIZIPATION

Ermächtigung der älteren Menschen zur Verbesserung ihrer Gesundheit und Lebensqualität sowie Förderung von Teilhabe und Mitsprache

★ Definition

Empowerment befähigt Menschen, ihre Bedürfnisse bewusst wahrzunehmen, sie zu artikulieren und Wege zu finden, sie zu erfüllen. Für die Betroffenen wird eine enge Verbindung zu ihren Lebenszielen hergestellt. Durch Hilfe zur Selbsthilfe werden Kompetenzen erweitert und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Die Einbindung in Gruppen erhöht die Motivation und erleichtert Entscheidungen. Partizipation ermöglicht Teilhabe

und Mitsprache. Fähigkeiten zu nutzen und gleichzeitig zu stärken steigert das Selbstwertgefühl und fördert die Gesundheit.

★ Argumentation

Die Hinwendung zu einem Vertrauen in die Fähigkeiten der älteren Menschen bedeutet, dass sie weitere Handlungskompetenzen entwickeln, um ihr Leben selbst zu gestalten und für sich selbst Verantwortung oder Sorge zu tragen (6). Dadurch erlangen sie mehr Kontrolle über ihr eigenes Leben sowie die Einflüsse von außen. Sie fühlen sich ernstgenommen und sind eher bereit, gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen. In Gruppen können Wissen, Erfahrungen und Informationen ausgetauscht werden. Das gemeinsam gewählte Thema macht die TeilnehmerInnen zu „ExpertInnen in eigener Sache“. All dies erhöht ihr Selbstwertgefühl. Um ältere Menschen zur Teilhabe zu aktivieren, müssen in der Gemeinde die Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden. Das Mitspracherecht und die Kompetenzen der älteren Menschen können in allen Projektphasen gewinnbringend eingesetzt werden. Unterstützende Personen geben die nötige Hilfestellung. Die Autonomie der älteren Menschen steht im Mittelpunkt. Benachteiligten Gruppen sollte permanent ganz bewusst eine Stimme gegeben werden.

★ Empfehlungen

- ✓ Vertreten und Verbreiten eines positiven Altersbildes, das von Aktivität und Teilnahme am öffentlichen Leben in der Gemeinde geprägt ist
- ✓ Maßnahmen zur Einsamkeitsbewältigung der älteren Menschen verstärkt in den Mittelpunkt stellen und ohne Vorbehalte von der Gemeinschaft fordern
- ✓ Ältere Menschen aktiv dabei unterstützen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu nutzen, um eigene Wirkungsmöglichkeiten in der Gemeinde zu entfalten, z.B. Einbindung von älteren Menschen bei Veranstaltungen und Festen
- ✓ Bewusste Einbindung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen, z.B. ältere MigrantInnen, homosexuelle Ältere, ältere Alleinlebende

5 FREIWILLIGE ARBEIT

Gezielte Einbindung älterer Menschen in die Freiwilligenarbeit innerhalb der Gemeinde unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Fähigkeiten und Bedürfnisse

★ Definition

Freiwillige leisten Arbeit meist unentgeltlich und stellen dazu ihre Freizeit zur Verfügung. Ältere Menschen im Ruhestand suchen zunehmend Herausforderungen, die sie aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben lassen (1). Freiwilligenarbeit hilft der Gemeinschaft Kosten zu sparen und hat für die Freiwilligen selbst eine positive Wirkung auf ihre

Gesundheit. Sie fühlen sich eingebunden, und ihr Selbstwertgefühl wird durch die Sinnhaftigkeit der Freiwilligenarbeit erhöht.

★ Argumentation

Durch die längere Lebenserwartung bei guter Gesundheit liegen vor der älteren Generation noch viele Jahre ohne Erwerbsarbeit. Ältere Menschen leisten bereits einen großen Beitrag zur Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens – in Form von Arbeits- und Finanzleistungen als Großeltern, ehrenamtlichen Tätigkeiten, Beraterfunktionen, etc. Allerdings gibt es eine große Anzahl älterer Menschen, die nach der Pensionierung oder in der Witwenschaft nicht mehr genug gefordert sind und sich nutzlos vorkommen, z.B. Ältere ohne Familienanschluss oder ältere Alleinlebende. Ältere Freiwillige sollten gezielt gewonnen, ausgebildet und betreut werden, um ihr längerfristiges Engagement zu sichern. Sie können gut in professionelle Teams integriert werden, wenn Rollen und Aufgaben klar zugeteilt werden. Die Partnerschaft sollte von gegenseitiger Akzeptanz und Anerkennung geprägt sein und Wertschätzung in Form von materieller und sozialer Unterstützung beinhalten. Wenn die vielfältigen Ideen für den Einsatz von älteren Freiwilligen zugelassen werden, kommen neue Sichtweisen und neuer Schwung in die Gemeinde. Denkbar sind Ansätze als „Leihgroßeltern“ oder die Schaffung von Möglichkeiten zur Mithilfe in Kindergärten oder Schulen. Durch das Miteinander der Generationen werden gegenseitiger Respekt und Fairness zusätzlich gefördert.

★ Empfehlungen

- ✓ Gezielte Schaffung, Organisation und Koordination von Möglichkeiten zur Freiwilligenarbeit von älteren Menschen in öffentlichen Einrichtungen, z.B. Kindergärten, Schulen, SeniorInnenheimen
- ✓ Unterstützung der Freiwilligen durch begleitende Betreuung, ausreichende Information und regelmäßiges Feedback, um langfristige Mitarbeit zu sichern
- ✓ Bereitstellung von geeigneten Mitteln der Belohnung, z.B. geringe finanzielle Zuwendungen, Auszeichnungen in Form von Zertifikaten oder Ehrungen
- ✓ Öffentliche Befürwortung und positives Herausstellen der Freiwilligenarbeit der älteren Generation

6 ORGANISATION

Gezielte Entwicklung von Strategien zur Aktivierung von älteren Menschen sowie Koordination und Vernetzung aller Beteiligten

★ Definition

Die kommunale Managementstruktur ist Grundlage für effizientes und kostengünstiges Projektmanagement und muss sukzessive und systematisch aufgebaut werden (7). Im Mittelpunkt steht das Wohl aller GemeindegängerInnen. Der ausdrückliche Wille zur Gesundheitsförderung der älteren Generation erfordert Engagement und weitreichende Kompetenzen. Die Koordination der unterschiedlichen AkteurInnen, die Akquirierung von Finanzmitteln sowie eine kontinuierliche Kommunikation, Dokumentation und Berichterstattung liegen im Verantwortungsbereich der Gemeinde.

★ Argumentation

Am Beginn eines Projekts müssen personale Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar zugeordnet werden. Durch gezielte Werbung und eine Auftaktveranstaltung erfolgt die Bekanntmachung des Vorhabens. In Arbeitsgruppen werden Zielgruppen, Zielsetzungen und Strategien zur Zielerreichung definiert und alle verfügbaren Kräfte identifiziert, auch ihre Erwartungen und Befürchtungen. Eine gute Zusammenarbeit mit etablierten Einrichtungen, die Erfahrung mit älteren Menschen und ihrer Gesundheit mitbringen, erleichtert die Durchführung von Projekten. Die Einbindung von älteren Menschen und Freiwilligen ist in allen Projektphasen vorteilhaft und hilft Kosten zu sparen. Finanzierungsmöglichkeiten müssen auf allen Ebenen in Betracht gezogen werden. Durch Vernetzung werden bleibende Strukturen aufgebaut. Eine detailliert geplante Öffentlichkeitsarbeit steigert den Bekanntheitsgrad des Projekts, fördert die Akzeptanz und erhöht die Beteiligung nachhaltig.

★ Empfehlungen

- ✓ Systematischer Aufbau eines kommunalen Gesundheitsmanagements mit klarer Definition und eindeutiger Zuordnung von Aufgaben und Kompetenzen
- ✓ Entwicklung von Leitlinien und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung der älteren Generation
- ✓ Identifizierung aller wichtigen AkteurInnen und SponsorInnen innerhalb und außerhalb der Gemeinde unter Einbindung bereits bestehender Einrichtungen
- ✓ Fortlaufende Begleitung durch externe MitarbeiterInnen zur Unterstützung und Dokumentation während des gesamten Projektverlaufs
- ✓ Gezielte Öffentlichkeitsarbeit und regelmäßige Berichterstattung zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades sowie Förderung von Akzeptanz und Beteiligung

7 FINANZIERUNG

Akquirierung von Fördergeldern in allen politischen und wirtschaftlichen Bereichen sowie Anwendung kostengünstiger Strategien

★ Definition

Die Politik ist aufgefordert, Budgetmittel sinnvoll einzusetzen und zu verteilen. In einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung müssen die Bedürfnisse und der Schutz der Bevölkerung Priorität haben. Die Akquirierung von finanziellen Mitteln muss gepaart sein mit kostenbewusstem Management. Ohne finanzielle Unterstützung lassen sich Projekte auf Gemeindeebene kaum verwirklichen, jedoch sollte bei der Planung und in Verhandlungen nicht Geld permanent als wichtigster Faktor im Vordergrund stehen, sondern eine gerechte und faire Sozialpartnerschaft des Teilens (5).

★ Argumentation

Strategien zur Gewinnung von FördergeberInnen aus Politik und Wirtschaft sollten gemeinschaftlich überlegt und geplant werden. In einer Gemeinde ist eine Vielzahl von Personen in der Lage, durch genaue Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten und/oder Netzwerkbeziehungen vorhandene Ressourcen zu benennen und zu nutzen. Für die Kooperationsbereitschaft der ortsnahen Wirtschaftsunternehmen und Institutionen spricht der gemeinsame Lebensraum. Die Gemeinde sollte für Gesundheitsförderung einen jährlichen Mindestbetrag von 1 € pro GemeindebewohnerIn bereitstellen. Personalkosten können durch freiwillige Mitarbeit reduziert werden. Im Hinblick auf Veranstaltungsorte wird vorzugsweise auf bestehende Einrichtungen und Institutionen zurückgegriffen. Kosten für Geräte und diverses Material können durch Sachspenden gering gehalten werden.

★ Empfehlungen

- ✓ Entwicklung von Strategien zur Gewinnung von FördergeberInnen aus Politik und Wirtschaft
- ✓ Beachtung von Bedarfsgerechtigkeit, Effektivität und Kosteneffizienz bei allen gesundheitsfördernden Projekten
- ✓ Entwicklung und beständige Wiederholung von guten Argumenten für soziale Gerechtigkeit und Teilhabe aller GemeindebürgerInnen
- ✓ Kontinuierliche Optimierung der Gesundheitsversorgung in der Gemeinde durch Abstimmung und Kooperation zwischen allen relevanten AkteurInnen
- ✓ Kreativität, Ideenreichtum und Idealismus helfen Alternativen zu entwickeln – es gibt keine Denkverbote!

8 EVALUATION

Interventionen auf bewährte Verfahren aufbauen und zur Förderung von Übertragbarkeit fortlaufend dokumentieren und begleitend evaluieren

★ Definition

Evaluation ist die systematische Erfassung von Daten zur Überprüfung von Wirkungen und Zielerreichung einer Intervention. Die Ergebnisbewertung dient als Nachweis und Argumentationshilfe. Sie liefert darüberhinaus wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung und Korrektur von Maßnahmen. Durch eine mit Sorgfalt und Umsicht durchgeführte Evaluation ergeben sich praktikable Vorschläge für zukünftige Aktivitäten der Gesundheitsförderung.

★ Argumentation

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungspraxis hängt ab von erfolgreichen Evaluierungen (3). Projektbegleitend ermöglichen sie kontinuierliches Lernen und Korrigieren und sind eine wichtige Grundlage für Feedback und Reflexion. Gegenüber GeldgeberInnen dienen sie zur Rechtfertigung und sichern eine nachhaltige finanzielle Unterstützung. Für PolitikerInnen sind sie ein Beweis ihrer sozialen Kompetenz und Grundlage für ihre Wiederwahl. Der Legitimationsdruck steigt einerseits durch die verschärfte Effizienz- und Kostenkontrolle aber auch durch das Qualitätsbewusstsein seitens einer kritischen Öffentlichkeit. Der Bedarf an wissenschaftlich abgesicherten Nachweisen über Wirksamkeit, Effizienz, Qualität und Akzeptanz von Veränderungsmaßnahmen nimmt zu, es sollten jedoch gerade für die Evaluierung von Gesundheitsförderungsprojekten keine unrealistischen Kriterien verlangt werden (4). Maßnahmen müssen im Sinne der Betroffenen fair beurteilt werden. Die erforderliche Qualitätsprüfung wird durch fortlaufende und detaillierte Dokumentation ermöglicht. Erfolgreiche Projekte sollen veröffentlicht werden. Als Good-Practice-Beispiele liefern sie Anreize für weitere Initiativen und dienen als Anleitung. Evaluation stellt Wissen für die Praxis bereit.

★ Empfehlungen

- ✓ von Beginn an Sammlung von allen wichtigen Daten mit Hilfe von Protokollen, persönlichen Aufzeichnungen, Notizen, etc.
- ✓ Erfassen des Projektfortgangs zur laufenden Kontrolle und für das Feedback der MitarbeiterInnen und anderer Beteiligter
- ✓ Erfassung der Erfahrungen und Rückmeldungen von TeilnehmerInnen durch Tagebücher, Gruppendiskussionen, Tonbandaufzeichnungen, etc.
- ✓ Einplanung von Evaluation durch externe ExpertInnen

Projektbeispiele:

Das Forschungsinstitut des Roten Kreuzes hält in einer Projektdatenbank 167 europäische Projektbeispiele über die Gesundheitsförderung für ältere Menschen bereit:

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

Die Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich ist zu erreichen über:

<http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte>

AkteurInnen und SponsorInnen in der Gemeinde:

- BürgermeisterInnen, Sozialbeauftragte oder andere ExpertInnen der Gemeinde- und Pfarrverwaltung
- GemeindeärztInnen, niedergelassene ÄrztInnen und ZahnärztInnen, ApothekerInnen, ErnährungsexpertInnen, TherapeutInnen, etc.
- Öffentliche Einrichtungen wie Krankenhäuser, Reha-Zentren, SeniorInnenheime, Kindergärten, Schulen, betreutes Wohnen, etc.
- SeniorInnen- und Sportvereine, , Selbsthilfegruppen, Wohlfahrtsverbände wie Rotes Kreuz, Volkshilfe, Caritas, Hilfswerk oder Samariterbund, Fitnessstudios, Wellnesseinrichtungen, etc.
- lokale, regionale, nationale und internationale Wirtschaftsunternehmen
- alle GemeindegliederInnen

ExpertInnen und AnsprechpartnerInnen bzgl. Gesundheitsförderung für Ältere:

- SoziologInnen, GerontologInnen, PsychologInnen, Ernährungs- und SportwissenschaftlerInnen, SozialarbeiterInnen, AltenfachbetreuerInnen, UmweltexpertInnen, StadtplanerInnen, etc.
- SozialversicherungsträgerInnen wie GKK, BVA, SVB, SVA, etc.
- andere Gemeinden sowie Landes- und Bundesregierung
- ältere Menschen!

Ausgewählte Literatur:

- (1) Beck, Ulrich, 1999: Schöne neue Arbeitswelt: Vision: Weltbürgergesellschaft. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- (2) Dür, Wolfgang, 2008: Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich. In: Spicker, Ingrid; Sprengseis, Gabriele, (Hg.), 2008: Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas. 48 – 60.
- (3) Kardoff, Ernst von, 2009: Qualitative Evaluationsforschung. In: Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Steinke, Ines, (Hg.), 2009 (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 238 – 250.
- (4) Naidoo, Jennie; Wills, Jane, 2003 (1994): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- (5) Plamper, Evelyn; Lauterbach, Karl W., 2001: Das ökonomische Dilemma der Gesundheitspolitik: Fehlsteuerungen und Fehlversorgung im Gesundheitsbereich – ein Diktat der Knappheit? In: Kellermann, Kerstin; Konegen, Norbert; Staack, Florian, (Hg.), 2001: Aktivierender Staat und aktive Bürger: Wegweiser zu einer integrativen Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 33 – 49.
- (6) Stark, Wolfgang, 2002: Gemeinsam Kräfte entdecken – Empowerment als kompetenzorientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit. In: Lenz, Albert; Stark, Wolfgang, (Hg.), 2002: Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: dgvt-Verlag. 55 – 74.
- (7) Schedler, Kuno; Proeller, Isabella, 2006: New Public Management. 3. Aufl. Bern: Haupt.
- (8) WHO 1986: Ottawa Charta. http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf

© H. Elisabeth Schmidt-Mucker
s-mucker@gmx.de

10.2 Ausgewählte Gemeinden

Die folgenden Darstellungen der Gemeinden basieren auf den Zahlen der Statistik Austria und auf den Online-Informationen der Landesverwaltungen OÖ und NÖ:

Stadtgemeinde Amstetten, Bezirk Amstetten, NÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2011: Die Stadtgemeinde Amstetten hatte zu diesem Zeitpunkt 22 948 Einwohner. Der Anteil der NichtösterreicherInnen lag bei 8,6 %. Der Anteil der über 65jährigen Bevölkerung betrug 18,1 %. Die Einnahmen pro Kopf lagen 2009 bei € 2 952, die Ausgaben bei € 2 969. Amstetten hat eine gute Infrastruktur, ist Straßen- und Bahnknotenpunkt und ein wichtiges Wirtschaftszentrum im westlichen NÖ. Die Mandatsverteilung sieht wie folgt aus: 24 SPÖ, 10 ÖVP, 5 FPÖ, 2 Grüne. Bürgermeister (SPÖ) ist Herbert Katzengruber, Sozialbeauftragte und Vizebürgermeisterin (SPÖ) ist Ursula Puchebner¹⁴.

Gemeinde Ardagger, Bezirk Amstetten, NÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2010: Die Gemeinde Ardagger hatte 3 357 Einwohner, davon sind 13,4 % älter als 65 Jahre. Der Anteil der NichtösterreicherInnen ist sehr gering und liegt bei 2 %. Den Pro-Kopf-Einnahmen von € 1 581 standen 2009 Ausgaben von € 1 466 gegenüber. Im Gemeinderat umfasst die Verteilung der Mandate 17 ÖVP, 2 SPÖ, 2 FPÖ, 2 UBA. Bürgermeister (ÖVP) ist Dipl.Ing. Johannes Pressl.

Gemeinde Eggerding, Bezirk Schärding, OÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2011: Die Gemeinde Eggerding hat 1 246 Einwohner mit einem Ausländeranteil von lediglich 2,1 %. Der Anteil der über 65jährigen beträgt 15,4 %. Im Jahr 2009 wurden pro Kopf € 2.106 eingenommen und € 2.169 ausgegeben. Eggerding ist eine Abgangsgemeinde¹⁵. Die Gemeindeschulden pro Kopf liegen bei € 3 014. Bei den Gemeinderatswahlen im Jahr 2009 fielen 67,9 % der Stimmen auf die ÖVP, 12,7 % auf die SPÖ und 19,4 % auf die FPÖ. Bürgermeister (ÖVP) ist LA und Präsident des OÖ Gemeindebunds Johann Hingsamer.

Stadtgemeinde Freistadt, Bezirk Freistadt, OÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2011: Die Stadtgemeinde wies zu diesem Zeitpunkt 7 482 EinwohnerInnen aus. 15,8 % der Bevölkerung war älter als 65 Jahre. Der

¹⁴ Frau Ursula Puchebner wurde am 13.10.2011 als Bürgermeisterin der Stadt Amstetten angelobt

¹⁵ Abgangsgemeinde bedeutet, dass die Gemeindeausgaben die Einnahmen übersteigen und somit nicht ausgeglichen bilanziert werden kann.

Anteil der NichtösterreicherInnen betrug 5,7%. Die Einnahmen pro Kopf betragen im Jahr 2009 € 2 987, die Ausgaben beliefen sich auf € 3 267. Die Gemeindeschulden pro Kopf liegen bei € 1 797. Nach den Gemeinderatswahlen 2009 sieht die Mandatsverteilung wie folgt aus: 20 ÖVP, 10 SPÖ, 2 FPÖ, 2 BZÖ und 3 GUT („Gut für Freistadt“ Gruppe für Umweltschutz und Transparenz). Hauptamtlicher Bürgermeister (ÖVP) ist Christian Jachs.

Stadtgemeinde Grein, Bezirk Perg, OÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2011: Die Stadtgemeinde Grein hatte 3 022 EinwohnerInnen, wobei der Anteil der NichtösterreicherInnen 5,2 % betrug und 20,2 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter sind. Im Jahr 2009 beliefen sich die Einnahmen pro Kopf auf € 2 763, die Ausgaben auf € 2 503 pro Kopf, inzwischen jedoch zählt auch Grein zu den Abgangsgemeinden. Die Gemeindeschulden pro Kopf liegen bei € 3 645. Der Gemeinderat umfasst 25 Mitglieder (12 SPÖ, 10 ÖVP, 3 BGL). Bürgermeister ist Manfred Michelmayr.

Gemeinde Gutau, Bezirk Freistadt, OÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2010: Die Gemeinde Gutau hatte 2 694 EinwohnerInnen, davon waren 18,8 % Ältere 65+. Der Anteil der NichtösterreicherInnen betrug lediglich 1,3 %. Die Pro-Kopf-Verschuldung betrug im Jahr 2009 € 1 968. Der Gemeinderat teilt sich in 12 Mandate für die SPÖ, 11 für die ÖVP und 2 für die FPÖ. Bürgermeister (SPÖ) ist Josef Lindner.

Stadtgemeinde Perg, Bezirk Perg, OÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2010: Die Bezirksstadt zählte 7 727 Einwohner und wies einen Anteil an NichtösterreicherInnen von 9,6 % aus. 65 Jahre und älter waren 14,9 % der Bevölkerung. Den Pro-Kopf-Einnahmen von € 3 132 stehen Ausgaben in Höhe von € 3 381 gegenüber. Die Gemeindeschulden pro Kopf liegen bei € 1 802. Die Mandatsverteilung im Gemeinderat umfasst 18 ÖVP, 10 SPÖ und 3 FPÖ. Hauptamtlicher Bürgermeister (ÖVP) ist Anton Froschauer.

Gemeinde St. Nikola an der Donau, Bezirk Perg, OÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2011: Die Gemeinde St. Nikola hatte insgesamt 744 EinwohnerInnen, davon 11,2 % NichtösterreicherInnen. 18,7 % der Bevölkerung sind älter als 65 Jahre. Im Jahr 2009 standen den Einnahmen pro Kopf in Höhe von € 4 521 Ausgaben in Höhe von € 4 859 gegenüber. Mit einer Verschuldung pro Kopf von € 5 337

ist die Gemeinde hochverschuldet und eine Abgangsgemeinde. Der Grund für die ungewöhnlich hohe Verschuldung ist der Neubau eines Gemeindezentrums. Der Gemeinderat besteht aus 13 Personen: 9 ÖVP und 4 SPÖ. Bürgermeister ist NR Nikolaus Prinz.

Stadtgemeinde Schwertberg, Bezirk Perg, OÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2011: Die Gemeinde Schwertberg hat 5122 Einwohner, von denen 6,5 % NichtösterreicherInnen sind. 15,7 % der Bevölkerung sind älter als 65 Jahre, wobei der Anteil an über 65jährigen Frauen in der Gemeinde Schwertberg überdurchschnittlich hoch ist im Vergleich zu anderen Gemeinden (461 Frauen, 366 Männer). Dementsprechend hoch war mit 274 Fällen der Anteil an verwitweten Frauen bei der Volkszählung 2001. Die Gemeinde hatte im Jahr 2009 pro Kopf € 2 352 Einnahmen und € 2 334 Ausgaben zu verzeichnen und ist somit im Vergleich zu anderen Gemeinden sowie zu Bund und Land finanziell sehr gut aufgestellt. Schwertberg ist der Sitz mehrerer international tätiger Wirtschaftsunternehmen (z.B. Engel, Hödlmayer). Die Gemeindeschulden pro Kopf liegen bei € 2 704. Die Mandatsverteilung im Gemeinderat sieht wie folgt aus: SPÖ 14, ÖVP 11, Grüne 3, FPÖ 3. Hauptamtliche Bürgermeisterin (SPÖ) ist Marianne Margarete Gusenbauer.

Stadtgemeinde Waidhofen an der Thaya, Bezirk Waidhofen an der Thaya, NÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2011: Die Anzahl der EinwohnerInnen betrug zu diesem Zeitpunkt 5 693. Der Anteil an NichtösterreicherInnen war mit 1,9 % vergleichsweise niedrig, der Anteil der über 65jährigen mit 21 % sehr hoch. Die Einnahmen pro Kopf betragen im Jahr 2009 € 2 872, die Ausgaben € 2 890. Hauptamtlicher Bürgermeister (ÖVP) ist BR Kurt Strohmayer-Dangl.

Stadtgemeinde Weitra, Bezirk Gmünd, NÖ

Bevölkerungsstand und –struktur am 01.01.2011: Die Stadtgemeinde Weitra zählte 2 769 EinwohnerInnen, hatte mit 1,7 % einen sehr niedrigen Anteil an NichtösterreicherInnen, wies aber einen sehr hohen Anteil an über 65jährigen EinwohnerInnen auf, nämlich 25,5 %. Im Jahr 2009 standen den Einnahmen pro Kopf von € 2 657 Ausgaben von € 2 606 gegenüber. Hauptamtlicher Bürgermeister (ÖVP) ist Raimund Fuchs.

(statistik.at, land-oberoesterreich.gv.at, noe.gv.at).

Kurzzusammenfassung

Gesundheit ist ein Grundrecht aller Menschen. Im Jahr 1986 wurden in der *Ottawa Charta* der WHO die Regierungen der Länder mit der Gestaltung einer gesundheitsgerechten Lebenswelt beauftragt. In den kommenden Jahrzehnten werden unter anderem auf Grund der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft weltweit soziale und ökonomische Konflikte prognostiziert. Sie erfordern zeitnahe sozialpolitische Entscheidungen.

In der vorliegenden Arbeit wird kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen als praxisnaher Lösungsansatz herausgestellt. Nach der theoretischen Verortung, die Handlungs- und Alternstheorien, Salutogenese nach Antonovsky und Settings-Ansatz berücksichtigt, erfolgte eine breit angelegte qualitative Untersuchung nach den Maximen interpretativer Sozialforschung. Einen ersten Einblick gewährleistete ein Review relevanter evidenzbasierter Forschungsprojekte. In der Folge wurde rückgreifend auf die Analyse der EU-Leitlinien „healthPROelderly“ das Argumentarium „Aktive Ältere“ erstellt und BürgermeisterInnen in elf österreichischen Gemeinden zur Diskussion übermittelt. In den anschließenden ExpertInneninterviews konnten aussagekräftige Stellungnahmen generiert werden. Die Auswertung des gesamten Datenmaterials erfolgte in Anlehnung an Mayring (2010) themenzentriert. Nach Zusammenführung aller Ergebnisse ließen sich Status Quo sowie Bedingungen kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen identifizieren. Förderliche Faktoren sind beispielsweise Freiwilligenarbeit oder der Ausbau kommunaler Managementstrukturen; als hinderliche Faktoren zeigten sich Infrastruktur der Gemeinde oder Verteilung finanzieller Mittel durch Bund und Länder.

Die gewonnenen Erkenntnisse reflektieren die Situation kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Österreich im Jahr 2011 und eröffnen politischen EntscheidungsträgerInnen Perspektiven zur Optimierung zukünftiger Initiativen. WissenschaftlerInnen finden zahlreiche Ansatzpunkte für weiterführende Studien.

Key Words: Kommunale Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung für ältere Menschen, ältere Generation, Setting-Approach, Public Health, New Public Management, Salutogenese.

Abstract

Health is a basic human right. In the 1986 WHO *Ottawa Charta* governments of all countries were instructed to create a healthy life environment. In the upcoming decades worldwide social and economic problems are predicted, also due to the demographic development. Facing this situation, contemporary socialpolitical desicions for adequate structural preconditions are required.

This masterthesis focuses on communal health promotion for elderly people based on „good practice“. The theoretical position, which refers to action theory, Antonovsky’s Salutogenesis and the Setting-Approach is completed by a qualitative survey following the maxim of interpretive social research. A first general view emerged from the analysis of several evidence-based surveys. The analysis of the EU-guidelines „healthPROelderly“ allowed drawing up the argumentary „Aktive Ältere“ („Active Elderly“), which was put up for discussion with eleven mayors of Austrian communities. These expert interviews comprise actual evidence. The analysis of all data followed Mayring (2010). After combining the results, a Status Quo as well as several contributal and prevential conditions of communal health promotion for elderly people were determined. Contributal criterias are for instance the work of volunteers or management structures of local authorities; as prevential factors turned out infrastructure of communities or allocation of financial aid by the Federal Government and its provinces.

The results reflect the situation of communal health promotion for elderly people in Austria in 2011 and open up perspectives for responsible politicians to optimize future projects. Scientists may find several starting-points for connecting studies.

Key Words: Communal Health Promotion, Elderly People, Health Promotion for elderly people, Setting-Approach, Public Health, New Public Management, Salutogenesis.

Curriculum vitae

Name: Hermine Elisabeth Schmidt-Mucker (geb. Mucker)

Geburtsdatum: 16.09.1950 in Linz, Österreich

Schulbildung: 1965 – 1970 Handelsakademie in Steyr,
Abschluss mit ausgezeichnetem Erfolg

Beruf: 1970 – 2005 Flugbegleiterin und Purserin bei der Deutschen Lufthansa

Hochschulstudium: 2006 – 2009 Bachelorstudium Soziologie, Universität Wien

2009 – dato Masterstudium Soziologie, Universität Wien

SOQUA Summer School 2010: Gesundheitssysteme im Wandel

Sprachen: Englisch und Französisch fließend in Wort und Schrift

Italienisch und Spanisch Grundkenntnisse