



Julia Stöller; Barbara Leyrer; Magdalena Thaller-Schneider

Gesundheitsförderung für ältere Personen im kommunalen Setting - eine multidimensionale Herausforderung

117 – Demografischer Wandel im ländlichen Raum – Bestehende Herausforderungen und innovative Lösungsansätze

Abstract

Aufgrund des demographischen Wandels in Österreich kommt der Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen eine zunehmende Bedeutung zu. Mit dem Modellprojekt „Gemeinsam gesund alt werden“ soll speziell auf die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen ab 61 Jahren auf Gemeindeebene Rücksicht genommen werden. Das Projektvorhaben wurde in acht burgenländischen Gemeinden des Bezirkes Oberwart umgesetzt und legt den Fokus auf die Schaffung von gesundheitsförderlichen Strukturen in der burgenländischen Modellregion. Mit diesem Beitrag sollen anhand der Ergebnisse eines gemeindenahen Modellprojektes für ältere Menschen aufgezeigt werden, welche Herausforderungen bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Projekten für ältere Menschen auftreten können und wie diese möglichst konstruktiv gelöst werden können. Die ermittelten, zentralen Herausforderungen die in dem Modellprojekt zur Gesundheitsförderung für ältere Personen aufgetreten sind, werden auf individuelle und strukturelle Ebene aufgeteilt. Zentrale Punkte der individuellen Ebene sind unter anderem die Partizipative Maßnahmenplanung, Erreichung der Zielgruppe, Ablauf der Maßnahmen sowie der Hol- und Bringdienst. Die strukturelle Ebene lässt sich in etablierte Organisationen, gemeindeinterne Projektteams, Räumlichkeiten, finanzielle Aspekte sowie Nachhaltigkeit unterteilen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass jede der acht Modellgemeinden spezifische Besonderheiten aufweist, die auch eng mit den Stolpersteinen/Besonderheiten des Projektverlaufes verbunden sind. Dennoch spielen diese ermittelten Stolpersteine und Besonderheiten im Projektablauf und wie sie bewältigt wurden, eine Relevanz für andere Projekte bzw. Folgeprojekte in den einzelnen Gemeinden. Als zentrale Schlüsselfaktoren können in diesem Zusammenhang eine intensive und konstruktive Kommunikation sowie Kooperation mit allen in den Gemeinden beteiligten Interessensgruppen und Organisationen sowie die Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten einer jeden Gemeinde gesehen werden.

Keywords:

Partizipation, gemeindenaher Gesundheitsförderung, demographischer Wandel, soziale Teilhabe

Einleitung

Aufgrund des demographischen Wandels in Österreich kommt der Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen eine zunehmende Bedeutung zu. Wichtige Themen in diesem Bereich stellen die Stärkung der sozialen Teilhabe sowie der Lebensstilfaktoren dar. (Spicker et al. 2011) Mit dem Modellprojekt „Gemeinsam gesund alt werden“ soll speziell auf die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen ab 61 Jahren Rücksicht genommen werden.

Zentrales Ziel dieses Beitrages ist es, anhand der Ergebnisse eines gemeindenahen Modellprojektes für ältere Menschen aufzuzeigen, welche Herausforderungen bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Projekten für ältere Menschen auftreten können, und wie diese möglichst konstruktiv gelöst werden können.

Hintergrund und Zielsetzung

Der größte Nutzen von Gesundheitsförderung für und mit Menschen ab 61 Jahren wird vor allem in einer möglichen Kostenreduktion für das Gesundheitswesen, einer Steigerung der Lebensqualität und dem Erhalt der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der älteren bzw. alten Menschen gesehen.

Vor allem sozial benachteiligte, in der Mobilität eingeschränkte Personen sowie ältere alleinstehende Männer können mit gesundheitsförderlichen Angeboten nur schwer erreicht werden, wobei gerade bei diesen Personengruppen ein Bedarf an Gesundheitsförderungsaktivitäten besteht. Vor diesem Hintergrund wurde das Modellprojekt „Gemeinsam gesund alt werden“ beim Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) eingereicht. Das Projektvorhaben wurde im Burgenland in der Modellregion Oberwart in den acht Gemeinden Bad Tatzmannsdorf, Bernstein, Litzelsdorf, Oberschützen, Oberwart, Pinkafeld, Rechnitz und Wolfau durchgeführt, da das Burgenland im Vergleich zu den anderen österreichischen Bundesländern als sozial und gesundheitlich benachteiligt gilt. Dies schlägt sich in Indikatoren wie Bildung, Einkommen, (gesunde) Lebensjahre, Mortalität und Gesundheitsverhalten nieder. Neben diesen Faktoren liegen im Burgenland auch strukturelle Defizite im Bereich der Gesundheitsförderung vor. (Schnabel / Szabo / Gollner 2012) Das Modellprojekt wurde in Kooperation mit dem Hilfswerk Burgenland und der Volkshilfe Burgenland durchgeführt, um eine organisationale Werte- und Wissensbasis in Hinblick auf die Förderung der sozialen Teilhabe von Menschen ab 61 Jahren zu schaffen und im Sinne von Wissensmanagement und organisationalem Lernen, Synergien und Ressourcen optimal zu nutzen und durch die Zusammenarbeit neues Wissen zu generieren und auszutauschen.

Zentrales Ziel des Projektes war es, die soziale Teilhabe und Unterstützung der Zielgruppe Frauen und Männern ab 61 Jahren zu steigern, wobei bei der Entwicklung von Maßnahmen auf die Diversität der Zielgruppe geachtet wurde. Mit dem Modellprojekt sollen gesundheitsförderliche Strukturen in der burgenländischen Modellregion weiter ausgebaut werden und aus den Erfahrungen und dem Lessons Learned eine Umlegung auf andere Regionen im Burgenland sowie auf anderen Bundesländer ermöglicht werden.

Methodik und Vorgehensweise

Aus Sicht der Gesundheitsförderung stellt die Arbeit mit der ausgewählten Zielgruppe, aufgrund der vorherrschenden Heterogenität, eine große Herausforderung dar. Dies zeigt sich vor allem durch die große Altersspanne der Zielgruppe. Ältere Personen können anhand ihres kalendarischen Alters in unterschiedliche Altersgruppen eingeteilt werden. Brauchbar und Heer unterteilen die Personen ab 55 Jahren bis über 85 Jahren in vier Gruppen, die „Jungen Alten“, „Alten Alte“, „Betagten“ und

„Hochbetagten“. Diese Gruppen unterscheiden sich grundsätzlich durch ihren gesundheitlichen Zustand, denn mit zunehmendem Lebensalter nimmt tendenziell die Multimorbidität zu und die Mobilität ab, was auch Schwerpunkte in der Lebensgestaltung und der zentralen Interessen wesentlich verändert. (Steidl / Nigg 2011) Bei der Planung der Maßnahmen wurde aus diesem Grund darauf geachtet, dass die unterschiedlichen Bedürfnisse dieser Zielgruppe entsprechend berücksichtigt werden und die Teilnahme an den Veranstaltungen barrierefrei zugänglich ist. Zur Ressourcenermittlung (Raum, Personal,...) in den Gemeinden sowie der speziellen Bedürfnisse der Zielgruppe, wurden am Beginn des Modellprojektes Diagnosegespräche in jeder Gemeinde durchgeführt. Prinzipiell waren im Großteil der Gemeinden barrierefreie Räumlichkeiten vorhanden. In einer Gemeinde wurde als Veranstaltungsort auf Gasthäuser ausgewichen, da es ansonsten keine entsprechenden Räumlichkeiten gab.

Erwähnenswert ist auch, dass fünf der acht teilnehmenden Gemeinden bereits am Projekt zur Herz-Kreislaufgesundheit „Gemeinsam gesund in“ teilgenommen haben und deshalb bereits erste Projekterfahrung mitbrachten. Außerdem setzten alle bis auf eine Gemeinde bereits Maßnahmen zum Thema „Gesundheit“ (Ernährungsworkshops, Bewegungstreffe,...) um. Allgemein lässt sich feststellen, dass der Zugang zu Gemeinden, welche für das Thema Gesundheit sensibilisiert sind, einfacher ist.

Ergebnisse – Zentrale Herausforderungen

Individuelle Ebene

Partizipative Maßnahmenplanung

Im Zeitraum von 28.09.2015 bis 30.11.2015 fanden in jeder der acht Gemeinden zwei Fokusgruppen statt. Hierdurch wurden auch die gemeindeinternen Projektteams, welche sich aus engagierten Personen aus der Gemeinde (Bürgermeister bzw. Bürgermeisterin, Vertreter und Vertreterinnen der Pensionistenverbände, Vertreter und Vertreterinnen der Seniorenbünde, Vertreter und Vertreterinnen der Gemeinden,...) zusammengesetzt haben, zur Mitwirkung und Mitbestimmung an der Projektplanung motiviert. Zur Sicherstellung der diversitätsorientierten und gendersensiblen Planung der Nachbarschaftsaktivitäten wurde in den Planungsworkshops eine Kleingruppenarbeit mit Fallbeispielen durchgeführt.

Bei der Planung der Aktivitäten wurde die Erfahrung gemacht, dass die Gemeinden sehr unterschiedlich sind. So kamen in einer Gemeinde Aktivitäten wie z.B. ein Gedächtnistraining gut an und in einer anderen Gemeinde wiederum nicht. Aufgrund dieser Erfahrungen wurde bei der Planung der einzelnen Maßnahmen darauf geachtet, dass Personen aus der Zielgruppen an der Planung beteiligt wurden. Diese Vorgehensweise ermöglichte die Berücksichtigung der Bedürfnislage der Zielgruppe und führte zu einer höheren Akzeptanz in den Gemeinden.

Auch war in einigen Gemeinden ein Ortswechsel der monatlichen Treffen erwünscht, in anderen war es wiederum gewollt, dass die Treffen immer am selben Ort stattfinden um Beständigkeit und Kontinuität zu erlangen. Bei der Planung wurde vom Projektteam auf einen barrierefreien Zugang zu den Räumlichkeiten geachtet, um der Bedürfnislage der Zielgruppe entsprechend nachzukommen. In den qualitativen Gruppeninterviews kam dieser Punkt jedoch auch im negativen Kontext oftmals zur Sprache. Die verfügbaren barrierefreien Räume in den Gemeinden waren nämlich oft kahl und ungemütlich eingerichtet und von den teilnehmenden Personen nicht gewollt. Um die bisherigen Teilnehmer und Teilnehmerinnen nicht zu verlieren wurde den Gemeinden selbst überlassen wo sie die weiteren Projektveranstaltungen fortsetzen möchten.

Erreichung der Zielgruppe

Zur Erreichung der Zielgruppe wurden in den Gemeinden hauptsächlich Medien, regionale Vereine, Bezugspersonen der Zielgruppe sowie der persönliche Weg gewählt. Aus den Zwischenreflexionsgesprächen ging hervor, dass die direkte Ansprache (Mundpropaganda, persönliche Ansprache durch Verwandte, Bekannte oder vertraute Personen) in den Gemeinden als wichtigster Zugang zur Zielgruppe gezählt werden kann. Aus diesem Grund wurde in der zweiten Projekthälfte vermehrt auf eine persönliche Ansprache durch Personen, zu denen die Zielgruppe bereits ein Vertrauensverhältnis hat, geachtet. Da jede Gemeinde über andere Strukturen verfügt, bestand diese Gruppe an Personen mit einem engen Vertrauensverhältnis auch jeweils aus anderen Mitgliedern wie z.B.:

- Vertreter und Vertreterinnen des Pensionistenverbandes (Pensionistenvereines),
- Vertreter und Vertreterinnen der Stadtgemeinde,
- Hausärzte und Hausärztinnen sowie andere Ärzte und Ärztinnen in der Gemeinde,
- Apotheken,
- Vertreter und Vertreterinnen der Kultur- und Sportvereine,
- sowie Vertreter und Vertreterinnen aus Pflege- und Hilfsdiensten.

Durch die Zusammenarbeit mit dem Hilfswerk Burgenland und der Volkshilfe Burgenland konnte ein niederschwelliger Zugang zur Zielgruppe sichergestellt werden, da diese ihr Fachwissen aus der Praxis anwenden konnten.

Hol und Bringdienst

Innerhalb der Projektlaufzeit kam heraus, dass vor allem ältere Personen die nicht mehr oder nur schwer mobil sind, nicht an den Projektveranstaltungen teilnahmen. Darauf wurde in einigen Gemeinden so reagiert, dass Shuttle-Busse oder Sammeltaxis zu den Treffen organisiert wurden, welche einerseits über das Modellprojekt und in einer Gemeinde über das Gemeindebudget finanziert wurden. Diese Vorgehensweise hat gezeigt, dass in den Gemeinden mit Hol- und Bringdiensten auch vermehrt körperlich beeinträchtigte Personen erreicht werden konnten.

Ablauf der Maßnahmen

Zu Beginn der Durchführungsphase waren die einzelnen Maßnahmen in den Gemeinden an einen zeitlichen Rahmen gebunden, was in einigen Gemeinden zu Unruhen führte. Ausschlaggebender Grund war, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in einer Zeitdauer von z.B. 3 Stunden nicht durchgehend anwesend sein wollten, oder einen Großteil des Treffens mit Kartenspielen oder einer einfachen Unterhaltung verbringen wollten. Um auf diese Bedürfnisse zu reagieren wurden die nächsten Projektveranstaltungen in den betroffenen Gemeinden so organisiert, dass es zu Beginn einen theoretischen Input zu einem bestimmten, von der Zielgruppe definierten, Thema gab und darauffolgend eine freie Zeitgestaltung möglich war. Die Projektpartner Hilfswerk Burgenland und Volkshilfe Burgenland waren aber über den vollen Zeitumfang für Fragen ansprechbar und anwesend.

Strukturelle Ebene

Etablierte Organisationen in den Gemeinden

Von einigen bereits länger etablierten Organisationen in den Gemeinden wurde das Projekt „Gemeinsam gesund alt werden“ als Konkurrenzveranstaltung zu ihren Bemühungen rund um die Zielgruppe älterer Personen angesehen. Dies wurde auch bei den ersten Projektvorstellungen in den Gemeinden von den verantwortlichen Personen sehr deutlich zum Ausdruck gebracht. Einige Verantwortungsträger und Verantwortungsträgerinnen in den Gemeinden befürchteten auch, dass durch das Projekt diese bereits vorhandenen Strukturen für ältere Personen in ihrem kommunalen Setting zerstört werden. Durch intensive Kommunikationsarbeit und aktives Miteinbeziehen dieser Organisationen in die Projektaktivitäten konnten diese Befürchtungen aber bereits im ersten Drittel der Durchführungsphase abgebaut werden.

Bildung und Festigung der gemeindeinternen Projektteams

Für die Bildung der gemeindeinternen Projektteams wurde in der Projektplanung eine Zeitspanne von zwei Monaten eingeplant. Retrospektiv betrachtet war diese Frist etwas zu kurz bemessen, denn trotz intensiver zielgruppenorientierter Information über die Aufgaben der kommunalen Projektteams und der Projekthinhalte waren sich viele Projektteammitglieder über ihre konkreten Aufgaben nicht bewusst, und so kristallisierten sich in vielen Gemeinden erst gegen Ende der ersten Projekthälfte gefestigte und konstruktive Projektteams heraus. Durch die intensive Betreuung der Gemeinden durch das Projektteam der Trägerorganisationen konnten diese strukturellen Schwachstellen aber sehr gut kompensiert werden.

Räumlichkeiten

Das Finden einer geeigneten Lokalität für das Stattfinden der Projektaktivitäten war in einigen Gemeinden nicht leicht, was vor allem mit dem Anforderungskriterium „barrierefrei“ zusammenhing. Kriterien wie „Nachhaltigkeit der Projektidee“ und „Revitalisierung einer bestimmten Lokalität“ spielten bei der Auswahl der Örtlichkeit ebenfalls eine entscheidende Rolle. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten konnte dies aber in jeder Gemeinde sehr gut und individuell gelöst werden. Besonders interessant war auch, dass im Laufe der Projektlaufzeit in manchen Gemeinden ein Wechsel der Örtlichkeit stattfand, was mit Vorteilen für die Zielgruppe verbunden war wie beispielsweise zentrale Lage oder leichtere Zugänglichkeit und somit auch sehr gut von ihr angenommen wurde.

Finanzielle Aspekte

Obwohl das Projektvorhaben zu 100% vom Fördergeber finanziert wurde und den einzelnen teilnehmenden Gemeinden ein bestimmter budgetärer Rahmen zur Eigenverwaltung zur Verfügung gestellt wurde, war mancherorts finanzielle Unterstützung durch das Gemeindebudget notwendig, was vor allem auf die vielseitigen Interessen der Projektzielgruppe an den Projektaktivitäten zurückzuführen ist. Die rege Teilnahme der Zielgruppe in diesen Gemeinden führte aber auch dazu, dass diese finanziellen Ressourcen von den kommunalen Verantwortungsträgern und -trägerinnen sehr gerne zur Verfügung gestellt wurden.

Nachhaltigkeit

Am Projektende sind in einem Großteil der am Projekt teilnehmenden Gemeinden noch zahlreiche Fragen, was die Beständigkeit der Projektidee betrifft, offen. Diese sind vor allem mit personellen und finanziellen Ressourcen verbunden. Grundsätzlich möchte der Großteil der Gemeinden das Projekt fortführen, und ihm somit eine nachhaltige Struktur geben. Dabei werden die Kommunen von den Projektträgern unterstützt, vor allem dahingehend, wenn es um Möglichkeiten hinsichtlich Folgeprojektanträgen geht.

Die nachfolgende Grafik fasst die Herausforderungen in der Gesundheitsförderung für ältere Personen auf individueller und struktureller Ebene in übersichtlicher Form zusammen.



Abbildung 1: Herausforderungen in der Gesundheitsförderung für ältere Personen im kommunalen Setting, Quelle: Eigene Erstellung

Diskussion und Ausblick

Gesundheitsförderung generell und insbesondere für ältere Personen stellt eine wesentliche Säule dar, wie mit den derzeitigen gesellschaftlichen Veränderungen konstruktiv umgegangen werden kann. Dies zeigt sich auch am Modellprojekt „Gemeinsam gesund alt werden“. Zu beachten ist aber, dass die Gesundheitsförderung für ältere Personen im kommunalen Setting mit zahlreichen Herausforderungen auf individueller und struktureller Ebene verbunden ist. Diese beziehen sich vor allem auf zeitliche, räumliche und personale Ressourcen.

In diesem Beitrag wurden die spezifischen Herausforderungen dieses Modellprojektes, das sich auf acht (Stadt)-Gemeinden des südlichen Burgenlandes bezog, herausgearbeitet. Wie jede bestimmte Region weist diese spezifische Besonderheiten auf, die auch eng mit den Stolpersteinen/ Besonderheiten des Projektverlaufes verbunden sind. Trotzdem haben viele dieser Stolpersteine und

wie sie bewältigt wurden, auch eine Relevanz für andere Projekte bzw. Folgeprojekte. Sie stellen somit wertvolle transferierbare „Lessons learned“ dar. Zentrale Schlüsselfaktoren in diesem Kontext sind sicherlich intensive und konstruktive Kommunikation sowie Kooperation mit allen in den Gemeinden beteiligten Interessensgruppen und Organisationen sowie die Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten einer jeden Gemeinde.

Literaturverzeichnis

Resch, K., Strümpel, C., Wild, M., Hackl, C. & Lang, G. (2010): Evidenzbasierte Leitlinie für die Gesundheitsförderung älterer Menschen.
http://www.healthproelderly.com/pdf/HPE_Broschuere_Leitlinien.pdf (15.11.2016)

Schnabel, F., Szabo, B. Gollner, E., Walter, E. & Dragosits A. (2012): Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012 Langfassung. Hornstein: DANEK Grafik Repro Druck

WHO (2002): Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf (16.12.2016)

Spicker, Ingrid; Lang, Gert (2011): Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen (Wissen 4), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Steidl, Siegfried/ Nigg, Bernhard (2011): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Wien: Facultas.