

Magdalena Thaller/ Barbara Leyrer

Partizipation in der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der partizipativen Planung von Aktivitäten zur Förderung der sozialen Teilhabe

104: 30 Jahre Ottawa Charta (1986-2016). Mit welchen Ansätzen hat die Gesundheitsförderung einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Gesundheitsgesellschaft geleistet?

Abstract

Partizipation stellt ein zentrales Grundelement der Gesundheitsförderung, insbesondere im kommunalen Setting dar. In diesem Beitrag soll exemplarisch anhand eines Gesundheitsförderungsprojektes für ältere Personen im Südburgenland dargestellt werden, wie die Planungsphase partizipativ gestaltet werden kann, wobei man sich dabei generell an dem „Parallel-tracking“-Modell nach Laverack orientiert. Als zentrale Methoden wurde in diesem Kontext die Methode der Fokusgruppe angewendet. Die Fokusgruppen nahmen in den unterschiedlichen Gemeinden trotz gleichen Zielsetzungen und genau definiertem Moderationskonzept einen sehr differenzierten Verlauf. Förderlich auf die Anwendung partizipativer Methoden in der Projektplanungsphase wirkten sich vor allem das Commitment der kommunalen EntscheidungsträgerInnen und das Engagement der teilnehmenden Personen in den Gemeinden aus. Als hinderlich kann vor allem die Ansicht der teilnehmenden Personen beschrieben werden, dass neue Angebote bestehende kommunale Strukturen schwächen. Zusammenfassend gilt festzuhalten, dass partizipative Ansätze und Beteiligungsstrukturen in der kommunalen Gesundheitsförderung einem langfristigen Prozess unterliegen und einer professionellen Begleitung bedürfen.

Keywords

Partizipation, gemeindenahe Gesundheitsförderung, Planung, demografischer Wandel, soziale Teilhabe

1. Einleitung

Bereits im Jahre 1986 hat die WHO im Rahmen der Ottawa Charta auf die zentrale Bedeutung von Partizipation bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung hingewiesen. Die normative Forderung nach demokratischer Beteiligung und Stärkung bürgerschaftlicher Gemeinschaften, Nachbarschaften und Gruppen, aber auch des/der einzelnen Bürgers/Bürgerin im Sinne der Entwicklung persönlicher

Kompetenzen war ein zentrales Element der ersten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz in Ottawa. Die Möglichkeiten und Methoden der Realisierung von Partizipation und BürgerInnenbeteiligung sind vielfältig. 30 Jahre nach der Ottawa Charta liegen unterschiedliche Modelle, Strategien und Verfahrensweisen sowie ein reichhaltiger Erfahrungsschatz von praktischer BürgerInnenbeteiligung und Partizipation im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten vor (Mossakowski et al., 2009).

Zentrales Ziel dieses Beitrages ist es, anhand der Erfahrungen und Ansätze eines gemeindenahen Projektes für ältere Menschen aufzuzeigen, wie Partizipation in der Gesundheitsförderung umgesetzt werden kann. Der Beitrag soll dabei einen Einblick geben, welche Faktoren sich im Zuge der Planungsphase des Projektes als förderlich und welche als hinderlich in Hinblick auf eine partizipative Vorgehensweise erweisen.

2. Partizipation am Beispiel des Modellprojektes „Gemeinsam gesund alt werden“

Bei dem Projekt „Gemeinsam gesund alt werden“ handelt es sich um ein vom Fonds Gesundes Österreich finanziertes Modellprojekt zur Förderung der Teilnahme von älteren Frauen und Männern ab 61 Jahren am sozialen und gesellschaftlichen Leben. Da Gemeinden durch den demografischen Wandel vor eine große Herausforderung gestellt werden, wird das Projekt von der Forschung Burgenland (100%ige Tochtergesellschaft der FH Burgenland) in Kooperation mit dem Hilfswerk Burgenland und der Volkshilfe Burgenland in acht Gemeinden des Bezirks Oberwart umgesetzt. Ziel dieses Projektes ist es, in den teilnehmenden Gemeinden Konzepte und gesundheitsförderliche Angebote zu entwickeln, die Ältere in allen Lebenslagen erreichen. Darüber hinaus zielt das Projekt darauf ab, Strukturen aufzubauen, die nachhaltig gesundheitsförderliche Lebensbedingungen auf Gemeindeebene schaffen. Um Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen zu entwickeln und nachhaltig in den teilnehmenden Gemeinden zu verankern, wird an bereits bestehende Strukturen vor Ort angeknüpft. So sollen im Zuge des Projektes keine parallelen Strukturen, sondern ein überparteiliches Angebot unter Berücksichtigung von Nachhaltigkeit geschaffen werden.

Hierzu orientiert sich das systematische Vorgehen des Projektes am Public Health Action Cycle mit den Phasen Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation. Im Rahmen des Projektes findet zudem das „Parallel-tracking“ Modell von Laverack Anwendung. Dieses Modell bietet einen systematischen Rahmen, um top-down und bottom-up Maßnahmen in allen Phasen des Projektes aufeinander zu beziehen und zu reflektieren, wie die Zielgruppen und kommunale EntscheidungsträgerInnen eingebunden werden können. Das bedeutet, dass top-down und bottom-up als parallele Pfade entlang der Phasen des Public Health Action Cycles schrittweise aufeinander bezogen werden. Somit wird sowohl der Partizipation als auch der Theorie- und ExpertInnenorientierung in allen Phasen des Projektes Rechnung getragen. Abbildung 1 veranschaulicht, wie das Modell „Parallel-tracking“ nach Laverack (2011) im Projekt Anwendung findet.

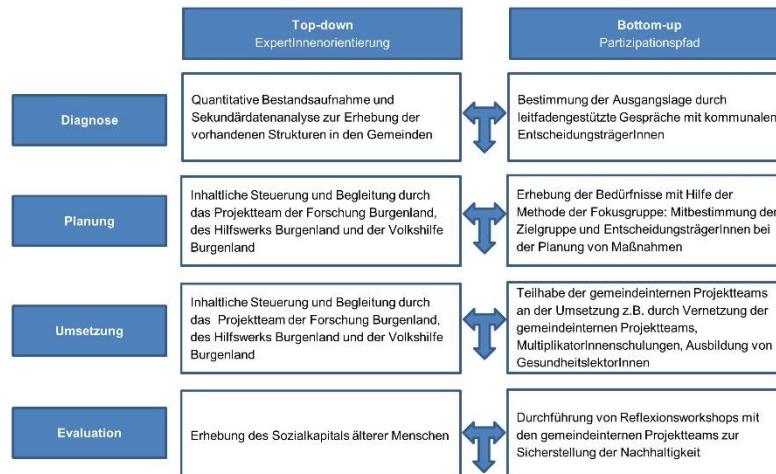


Abbildung: Übertragung des Modell „Parallel-tracking“ auf das Projekt „Gemeinsam gesund alt werden“, Eigene Erstellung in Anlehnung an Laverack (2011)

Damit Partizipation im Rahmen des Projektes „Gemeinsam gesund alt werden“ auch wirklich gelebt werden kann, ist es erforderlich, eine Kultur der Teilhabe und des Engagements in den acht Projektgemeinden zu fördern. Hierzu werden in Anlehnung an queraum. kultur- und sozialforschung (2011) und Resch et al. (2010) folgende Schritte gesetzt:

1. Jede Gemeinde unterzeichnet eine Commitment-Erklärung und bekennt sich damit offiziell zu einer Kultur der sozialen Teilhabe und Partizipation.
2. In den Gemeinden wird Vertrauen geschaffen, indem gemeindeinterne Projektteams als zentrale Anlaufstellen für jegliche Fragen rund um das Projekt eingerichtet werden. Die gemeindeinternen Teams setzen sich sowohl aus VertreterInnen der Zielgruppe als auch aus wichtigen kommunalen EntscheidungsträgerInnen zusammen. So dienen die gemeindeinternen Projektteams als Nahtstelle zwischen EntscheidungsträgerInnen und der Zielgruppe. Die Zusammenstellung der internen Projektgruppen erfolgt über die jeweilige Gemeinde. Hierbei wird vor allem auf Freiwilligkeit geachtet.
3. Die Zielgruppen sowie wichtige EntscheidungsträgerInnen werden zur Mitwirkung an der Projektplanung und -durchführung sowie zur Teilnahme an den gesundheitsförderlichen Aktivitäten motiviert.
4. Engagierte Mitglieder der gemeindeinternen Projektteams erhalten in Form von Projektmanagementschulungen und MultiplikatorInnenausbildungen die Möglichkeit, sich zu qualifizieren und weiterzubilden.
5. Engagierte Menschen ab 61 Jahren in den Gemeinden erhalten die Möglichkeit zur Ausbildung als GesundheitslektorInnen.
6. GemeindebürgerInnen werden regelmäßig über das Projekt informiert. Zum Projektauftritt wird eine Kick-off-Veranstaltung durchgeführt.

7. Am Projekt Beteiligte erhalten für ihr Engagement umfassende Anerkennung (z.B. Ehrung von ProjektmitarbeiterInnen und besonders engagierten Personen am Ende des Projektes im Rahmen der Abschlussveranstaltung).
8. Ressourcen älterer Menschen sollen anerkannt und genutzt werden, indem Menschen ab 61 Jahren als „Senior Agents“ andere Menschen unterstützen und Aktivitäten darauf abzielen, dass Menschen ab 61 Jahren einer sinnstiftenden Tätigkeit nachgehen und ehrenamtlich tätig werden.
9. Eigeninitiative, Eigenverantwortung, Lernbereitschaft und Gruppenfähigkeit wird im Projekt dadurch gefördert, dass Aktivitäten (z.B. Computer- und Handykurse) gemeinsames Lernen von Menschen ab 61 Jahren fördern.
10. Um unterschiedliche Subgruppen der Zielgruppe – vor allem schwer erreichbare Zielgruppen (z.B. jene mit niedrigem sozioökonomischem Status) – zu erreichen, wird ein niederschwelliger Zugang zur Zielgruppe genutzt. So werden im Rahmen des kommunalen Projektes sowohl Komm- als auch Bringstrukturen (z.B. durch Mobile Dienste) geschaffen.

Die beispielhaft angeführten Maßnahmen zur Förderung der Partizipation der Zielgruppen stellen sicher, dass sich diese in Entscheidungsprozesse einbringen und wesentliche Projektschritte mitentscheiden können. Dabei findet sowohl kollektive soziale Partizipation als auch produktive soziale Partizipation und politische Partizipation statt. Im Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen steht das methodische Vorgehen im Rahmen der Diagnose und Planungsphase.

3. Methodisches Vorgehen des partizipativen Planens

Da jede Gemeinde durch individuelle Rahmenbedingungen gekennzeichnet ist, fanden im Zeitraum von 28. September 2015 bis 30. November 2015 in jeder der acht Gemeinden zwei Fokusgruppen zur partizipativen Bestimmung des Bedarfs und der Bedürfnisse sowie zur Maßnahmenplanung statt.

Eine Fokusgruppendifkussion bzw. ein Fokusgruppeninterview ist ein freies Interview mit einer kleinen Gruppe (Mayerhofer, 2009). Gemäß Lukesch, Payer & Rabenau (2008) gelten gut moderierte Fokusgruppen als hoch valide, da Aussagen unterschiedlicher FokusgruppenteilnehmerInnen miteinander in Beziehung gesetzt werden können. Die Schaffung eines offenen Gesprächsklimas und die Motivation der TeilnehmerInnen zu einer offenen Stellungnahme stehen im Zentrum einer gut moderierten Fokusgruppe. So zielt gemäß Lamnek (2005) eine Fokusgruppendifkussion über die individuelle Einzelmeinung hinaus auf kollektive Orientierungsmuster bzw. auf die „Ermittlung der Meinungen und Einstellungen der ganzen Gruppe“ ab.

Hierdurch wurden die gemeindeinternen Projektteams (s. Kapitel 2) zur Mitwirkung und Mitbestimmung an der Projektplanung motiviert. Übergeordnete Ziele der Fokusgruppen waren:

- Sensibilisierung der gemeindeinternen Projektteams für die Bedeutung sozialer Beziehungen für die Gesundheit

- Vermittlung von Informationen und Wissen über das Thema der sozialen Teilhabe von älteren Menschen
- Förderung und Motivation, sich am Projekt zu beteiligen
- Identifikation mit den geplanten Aktivitäten
- Schaffen von Akzeptanz für die geplanten Maßnahmen
- Herstellung eines Zugangs zur Zielgruppe.

Im Rahmen der Fokusgruppen wurden gemeinsam mit den gemeindeinternen Projektteams für den Projektzeitraum von Jänner 2016 bis Jänner 2017 Ideenvorschläge für Maßnahmen zur Stärkung der Teilnahme von älteren Menschen am sozialen und gesellschaftlichen Leben gesammelt, konkretisiert und detailliert geplant. Zur Sicherstellung einer diversitätsorientierten und gendersensiblen Planung von Nachbarschaftsaktivitäten wurde in den Planungsworkshops eine Kleingruppenarbeit mit Fallbeispielen durchgeführt.

Auf Basis der Ergebnisse der ersten Fokusgruppe wurde vom Projektteam der Forschung Burgenland in Abstimmung mit der Volkshilfe Burgenland und dem Hilfswerk Burgenland für jede Gemeinde ein individueller Umsetzungsplan entwickelt. Dieser wurde den gemeindeinternen Projektteams mit Hilfe eines Jahreskreises veranschaulicht.

4. Ergebnisdarstellung – förderliche und hinderliche Faktoren für eine partizipative Vorgehensweise

Es kann festgehalten werden, dass die partizipativ angelegten Workshops trotz gleichen Zielsetzungen und vorab genau definiertem Moderationskonzept in den jeweiligen Gemeinden, trotz sehr ähnlichen soziodemographischen Voraussetzungen der Bevölkerung, ganz unterschiedlich abliefen. Dies stellte für die Workshopleitung oft eine große Herausforderung dar. Eine anschließende Analyse der Workshops ergab, dass die Varianz der Gemeinden in Bezug auf die Durchführung der Planungsworkshops vor allem auf die Anzahl der TeilnehmerInnen und auf die räumliche Ausstattung der Lokalität zurückzuführen ist und auch zum Teil darauf, welche anderen Veranstaltungen an diesem Tag bzw. in dieser Woche in den Gemeinden bereits stattgefunden haben. Eine weitere wesentliche Rolle spielt der Sachverhalt, ob und welche Erfahrungen es in der Gemeinde bisher mit (Gesundheitsförderungs)Projekten gab. Die generelle (Gesprächs)Kultur in der Gemeinde darf auch nicht außer Acht gelassen werden. Als wesentliche förderliche Faktoren für die erfolgreiche Durchführung der Planungsworkshops haben sich das Commitment der kommunalen EntscheidungsträgerInnen herausgestellt sowie die persönliche Motivation der gemeindeinternen Projektteammitglieder. Hemmend auf die erfolgreiche Planung der Projektaktivitäten wirken sich vor allem Bedenken der Projektzielgruppe dahingehend aus, dass man durch das überparteiliche Angebot im Rahmen des Projektes bestehende Strukturen in der Gemeinde schwächt.

5. Bilanz und Ausblick

Zusammenfassend gilt festzuhalten, dass partizipative Ansätze und Beteiligungsstrukturen in der kommunalen Gesundheitsförderung einem langfristigen Prozess unterliegen, der von vielen sozialstrukturellen wie politischen Faktoren beeinflusst wird. Dementsprechend ist es wichtig, mit den jeweiligen Herausforderungen in den Gemeinden konstruktiv umzugehen und das Projektmanagement soweit wie möglich den jeweiligen Bedürfnissen der kommunalen Struktur anzupassen.

Für die weitere Projektumsetzung werden in Bezug auf die Stufen der Partizipation folgende Schritte gesetzt:

- *Information und Anhörung:* Einrichtung einer Projektplattform für einen kontinuierlichen Informationsfluss zwischen den gemeindeinternen Projektteams
- *Einbeziehung:* Durchführung eines Vernetzungstreffens im April 2016 zur Gewährleistung eines Austausches zwischen den Gemeinden
- *Mitbestimmung über den weiteren Projektverlauf:* Durchführung eines Reflexionsworkshops mit den gemeindeinternen Projektteams im Mai 2016
- *Teilweise Entscheidungskompetenz:* Entwicklung einer Gemeindecharta mit den jeweiligen gemeindeinternen Projektteams
- *Entscheidungsmacht:* Unterzeichnung einer Gemeindecharta.

Literaturliste/Quellenverzeichnis

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung (4. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim & Basel: Beltz.

Laverack, Gleen. (2011): Parallel-tracking bottom-up approaches within chronic disease prevention programmes. In: International Journal Public Health 57, 41-44.

Luckesch, Robert/ Payer, Harald/ Rabenau, Jutta. (2008): Wissen von innen – Fokusgruppen in der Begleitforschung zu Regionen. In: Böcher, Michael/ Krott, Max/ Tränkner, Sebastian (Hrsg.): Regional Governance und integrierte ländliche Entwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. (S. 179-205)

Mayerhofer, Wolfgang (2009): Das Fokusgruppeninterview. In: Buber, Renate/Holzmüller, Hartmut (Hrsg.): Qualitative Marktforschung: Konzepte – Methoden – Analysen. Gabler: Wiesbaden. (S. 479-488).

Mossakowski, Krysia/ Süß, Waldemar/ Trojan, Alf. (2009): Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung: Stufen der Partizipation und Beispiele aus einem Wissenschaftspraxisprojekt in der Hamburger Lenzsiedlung. In: Prävention und Gesundheitsförderung 4, 184-194.

queraum. kultur- und sozialforschung (2011): Engagiert gesund bleiben: Partizipation und Gesundheitsförderung älterer Frauen und Männer auf kommunaler Ebene.

<http://www.queraum.org/pdfs/HandbuchWeb.pdf>, (25.01.2016)

Resch, Katharina, Charlotte Strümpel, Monika Wild, Gert Lang und Cornelia Hackl (Hrsg.), 2010: healthPROelderly. Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.