

**Nachhaltige Integration der Gesundheitsförderung im Alter
auf kommunaler Ebene –
Herausforderungen und Lösungsansätze**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Nicole Dodd

Matrikelnummer 51807278

Begutachter: Gunter Maier, BA, MA

Seebenstein, Februar 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Karl Schell', written in a cursive style.

2. Februar 2020

Unterschrift

Abstract

Weltweit wirkt sich die demografische Entwicklung auf die Wirtschaft, die soziale Sicherung und das Zusammenleben aus. Die Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen gewinnt im Hinblick auf eine integrierte Gesundheitsversorgung stetig an Bedeutung. Es geht darum, gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse und Lebenswelten zu schaffen, in denen gesundes und aktives Altern ermöglicht wird. Das Ziel der gesundheitsfördernden Maßnahmen im Alter ist es, ein Leben in hoher Lebensqualität und größtmöglicher Autonomie in der gewohnten Umgebung zu gestatten. Der Aktionsradius und die Handlungsspielräume nehmen mit zunehmendem Alter ab, das Quartier und die Kommune werden zu den zentralen Orten der Lebensgestaltung.

Die primäre Fragestellung, die diese Arbeit zu beantworten sucht ist, welche strukturellen Rahmenbedingungen und Kompetenzen gegeben sein müssen, um integrative gesundheitsförderliche Maßnahmen im Alter auf kommunaler Ebene erfolgreich und nachhaltig zu implementieren und ob spezifische Herausforderungen in der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei der Zielgruppe der Älteren in diesem Setting identifiziert werden können.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Literaturanalyse durchgeführt.

Die Herausforderungen ergeben sich hierbei auf drei Ebenen, die sich wechselseitig beeinflussen: die erste Ebene stellt die Zielgruppe der älteren Menschen dar, die zweite das Setting der Kommune und die dritte die Sicherstellung der Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Im Rahmen dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass sich den Herausforderungen auf den drei Ebenen wie folgt begegnen lässt: Gesundheitsförderung ist ein Organisationsentwicklungsprozess und bedarf einer Struktur- und Managemententwicklung. Als zentrale Elemente für eine nachhaltige Verortung von Gesundheitsförderung wurden die Stärkung der Gesundheitskompetenzen und Partizipation der Zielgruppe sowie ein Health in All Policies Ansatz und die Netzwerkbildung in den Kommunen identifiziert.

Schlüsselbegriffe: kommunale Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung älterer Menschen, demographischer Wandel, Nachhaltigkeit

Abstract

Global demographic change has an impact on the economy, social security and coexistence. Health promotion, focused on the elderly, is increasingly important regarding integrated health care. The goal is to create healthy living conditions and living environments in which healthy and active aging can be achieved. The objective of health promotion activities in old age is to allow a high-quality of life and as much autonomy as possible in a familiar environment. The radius of action and the scope of the action decrease with increasing age, the district and the municipality become the central place of life design.

The primary question of this thesis is what structural framework and competencies should be given to successfully and sustainably implement comprehensive measures to promote health in old age at the local level and whether specific challenges in the implementation of health promotion measures are identified in the target group of the elderly.

To answer these questions a literature review was conducted.

The challenges arise on three levels, which influence each other: the first level is the target group of the elderly, the second is the community environment and the third is to ensure sustainability in health promotion measures. Health promotion must be understood as an organizational development process and requires development and structural management skills. The central elements identified to ensure sustainable health promotion measures, are a health approach in all policies, networking, participation of the target group and strengthening of health competencies.

Keywords: health promotion, elderly, demographic change, sustainability

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und aktueller Forschungsstand	1
1.2	Forschungsfragen und Zielsetzung.....	3
1.3	Methodische Vorgehensweise.....	3
2	Gesundheit	4
2.1	Definition Gesundheit	4
2.1.1	Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese	5
2.1.2	Determinanten der Gesundheit	6
2.1.3	Mandala Modell.....	8
2.2	Gesundheit im Alter.....	9
2.2.1	Der multidimensionale Prozess des Alterns	10
2.2.2	Prediktoren für Healthy Ageing.....	11
3	Gesundheitsförderung	12
3.1	Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in Österreich.....	14
3.2	Der Setting Ansatz in der Gesundheitsförderung.....	15
3.2.1	Interaktion der Verhaltens- und Verhältnisorientierung.....	16
3.3	Gesundheitsförderung im Setting	17
3.3.1	Handlungsfeld Health Literacy	18
3.3.2	Handlungsfeld Empowerment	20
3.3.3	Handlungsfeld Partizipation.....	21
3.4	Gesundheitsförderung in der Gemeinde	23
4	Setting Kommune/Gemeinde	24
4.1	Die Kommune als gesundheitsförderndes Setting	25
4.2	Community Capacity Building.....	27
5	Nachhaltigkeit	29
5.1	Faktoren für nachhaltige Gesundheitsförderung im Setting	29
5.1.1	Sustainability Framework	30
5.1.2	Essenzielle Ressourcen für nachhaltige Gesundheitsförderung.....	32
5.2	Nachhaltigkeitskonzept nach Stockmann	33
6	Herausforderungen	34
6.1	Herausforderungen in der Gesundheitsförderung für Ältere.....	34

6.1.1	Health Literacy - Herausforderungen	34
6.1.2	Empowerment - Herausforderungen	36
6.1.3	Partizipation - Herausforderungen.....	38
6.2	Herausforderungen für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting.....	39
6.2.1	Herausforderungen des Setting Ansatzes	39
6.2.2	Herausforderungen in der Kommune	40
6.3	Herausforderungen für nachhaltige Gesundheitsförderung	41
7	Diskussion	43
8	Fazit.....	45
	Literaturverzeichnis	47
	Abbildungsverzeichnis	53

1 Einleitung

Gesundheitsförderung und integrative Versorgung sind Schlagwörter, die mittlerweile in der österreichischen Gesundheitspolitik allgegenwärtig sind, mich persönlich allerdings in meinem privaten als auch beruflichen Leben, bereits über Jahre begleiten. Seit meines dreijährigen Aufenthaltes in Neuseeland, wo ich einen tiefen Einblick in das angloamerikanische Gesundheitssystem bekommen durfte, sowohl als Gesundheitsdienstleisterin als auch als Konsumentin, bin ich von dem Konzept der integrativen Versorgung, der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Gesundheitsförderung in der Kommune überzeugt. Gesundheitskompetenzen und das Selbstvertrauen der Bevölkerung in Bezug auf Gesundheit zu stärken, sowie alternative Beratungs- und Betreuungseinrichtungen und gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen, entwickelten sich in der Folge zu einem persönlichen wie professionellen Anliegen. Daraus entstand eine Projektidee, die mich während meines Studiums begleitete und im Laufe der Semester immer detaillierter wurde. Ein Generationenzentrum, das einerseits als Tagesbetreuung für ältere Menschen und Nachmittagsbetreuung für Kinder aus der Kommune im Setting der Kommune fungiert, andererseits ein Anlauf- und Informationszentrum für Gesundheitsförderung bietet. Diese Projektidee war schließlich auch Antrieb und Hintergrund für die vorliegende Bachelorarbeit. Denn um diese Idee Realität werden zu lassen, war es mir in einem ersten Schritt wichtig zu erheben, welche Rahmenbedingungen und Kompetenzen für eine nachhaltige Implementierung von Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune essenziell sind.

1.1 Problemstellung und aktueller Forschungsstand

Weltweit wirkt sich der demografische Wandel auf die Wirtschaft, die soziale Sicherung und das Zusammenleben aus. Die derzeitige Entwicklung einer wachsenden und alternden Bevölkerung in Österreich wird sich auch in Zukunft fortsetzen, wie in der nachfolgenden Abbildung dargestellt wird.

Aus der Grafik abzuleiten, wird die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren leicht steigen, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird langfristig sinken. Die Bevölkerung ab 65 Jahren hingegen nimmt an Gewicht zu. Im Jahr 2080 soll der Anteil der Bevölkerung 65+ von derzeit 19% auf 29% (2080) anwachsen. Die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter wird bis 2022 über dem Niveau von 2018 liegen, dann aber deutlich unter dem derzeitigen Niveau liegen (www.statistik.at, 02.01.2020).

Abbildung 1: Bevölkerungsprognose für Österreich bis 2080



Quelle: www.statistik.at, 02.01.2020

Prognostiziert wird eine deutlich längere Lebenserwartung, welche massive Effekte auf das derzeitige Gesundheits- und Sozialsystem haben wird. Bisherige Bewältigungsformen wie ein verstärktes Engagement von Angehörigen oder ein stärkerer Ausbau von Pflegeheimen sind kaum zur Verbesserung der Situation älterer pflegebedürftiger Menschen geeignet (Kricheldorf, Klott & Tonello, 2015, S. 408).

Ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheitsförderung in Österreich ist die Lebensqualität und Chancengerechtigkeit von älteren Menschen zu verbessern (www.fgoe.org, 18.09.2019). Es geht darum gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse und Lebenswelten zu schaffen, in denen gesundes und aktives Altern ermöglicht wird. Das Ziel gesundheitsfördernden Maßnahmen im Alter ist es, ein Leben in hoher Lebensqualität und größtmöglicher Autonomie in der gewohnten Umgebung zu gestatten (Resch, Demmler & Fassl 2019, S. 1). Der unmittelbare Lebensraum gewinnt mit zunehmendem Lebensalter stark an Bedeutung. Der Aktionsradius und die Handlungsspielräume nehmen ab, das Quartier und die Kommune werden zentraler Ort der Lebensgestaltung (Kricheldorf & Oswald, 2015, S. 408f.).

Ältere Menschen sind daher in den Settings der Familie, der Nachbarschaft und der Gemeinde besonders gut zu erreichen. Ein Erfolgsrezept für nachhaltige Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen gibt es aufgrund der Diversität des Alters und der unterschiedlichen Ressourcen im Setting der Gemeinde nicht. Viel mehr scheinen die Schlüsselfaktoren in einem gesellschaftlichem, kulturellen Gesamtprozess zu liegen, wobei hierbei das Hauptaugenmerk auf professioneller Prozessbegleitung und Partizipation aller Akteure gerichtet ist (Kricheldorf et al., 2015, S. 413).

Vereinzelte Initiativen und Handlungsrichtlinien, welche auf den Lebensraum und die Gesundheit älterer Menschen fokussieren, sind in Projektdatenbanken und in grauer Literatur zu finden. Es erweckt jedoch den Anschein einer fehlenden Gesamtstrategie, um die umgesetzten Gesundheitsprojekte nachhaltig in den Kommunen zu verankern. In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf, welche Ansätze und Lösungsvorschläge für eine erfolgreiche und nachhaltige Verortung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Alter auf kommunaler Ebene gegeben sind.

1.2 Forschungsfragen und Zielsetzung

Im Rahmen dieser Arbeit sollen die nachfolgenden Fragen zur Beantwortung kommen:

Welche strukturellen Rahmenbedingungen und Kompetenzen müssen gegeben sein, um integrative gesundheitsförderliche Maßnahmen im Alter auf kommunaler Ebene erfolgreich und nachhaltig zu implementieren?

Können spezifische Herausforderungen in der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei der Zielgruppe der Älteren in diesem Setting identifiziert werden?

Vor dem Hintergrund der Gesundheitsförderung als Bestandteil der Gesundheitsversorgung, werden in dieser Arbeit förderliche und hinderliche Faktoren der nachhaltigen Umsetzung gesundheitsförderlicher Projekte im kommunalen Setting identifiziert. Geeignete Modelle sollen strukturelle Rahmenbedingungen und Kompetenzen für eine erfolgreiche und vor allem nachhaltige Etablierung aufzeigen. Des Weiteren sollen im Zuge dieser Arbeit einerseits die Bedeutung und andererseits die Herausforderungen von Gesundheitsförderung im Alter sichtbar gemacht und die Komplexität des Themas dargestellt werden. Ziel dieser Arbeit ist es die Problemfelder einer nachhaltigen Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in der Kommune für ältere Menschen und geeignete Lösungsansätze aufzeigen zu können, sodass in weiterer Folge praktisch relevante Leitlinien abgeleitet und die Autonomie und die Selbständigkeit älterer Menschen angeregt bzw. unterstützt werden kann.

1.3 Methodische Vorgehensweise

Zur Bearbeitung der Themenstellung wird in einem ersten Schritt die Bedeutung von Gesundheit erörtert sowie geeignete Modelle von Gesundheit beschrieben, welche als Bezugspunkte für Gesundheitsförderung dienen können.

In einem weiteren Schritt werden der Begriff der Gesundheitsförderung, sowie die unterschiedlichen Interventionsebenen der Gesundheitsförderung erläutert. Dieses Kapitel soll zum Ein-

stieg den Begriff der Gesundheitsförderung definieren und ihn von dem der Prävention abgrenzen. Anschließend folgt ein kurzer Einblick in die strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in Österreich mit dem Zweck Hintergrundinformation bezüglich der Struktur der Gesundheitsförderung in Österreich sowohl auf staatlicher als auch auf kommunaler Ebene darzulegen. Das Kapitel 4 stellt die Kommune als gesundheitsförderndes Setting vor. Es folgt ein Versuch der Beantwortung der Frage der Gewährleistung der Nachhaltigkeit in Projekten zur Gesundheitsförderung. Dabei wird konkret auf das Modell des Sustainability Frameworks und der Nachhaltigkeitskonzeption nach Stockmann eingegangen.

Im letzten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse und Erkenntnisse der Literaturanalyse zusammengeführt und Schlüsselfaktoren einer nachhaltigen Gesundheitsförderung für ältere Personen im Setting der Kommune diskutiert.

2 Gesundheit

„Hauptsach´ Gsund!“ Jedem einzelnen ist dieser umgangssprachliche Ausspruch bereits mehrfach begegnet, sei es in eigenen Gedanken, im Gespräch mit werdenden Eltern oder mit zukünftigen Pensionisten und Pensionistinnen. Gesundheit (vor allem die eigene) liegt uns sehr am Herzen und so setzen wir diese auch oft als Maß aller Dinge, die Gesundheit als höchstes Gut. Es ist allerdings nicht immer möglich, den Gesundheitsstatus durch das eigene Gesundheitsverhalten zu beeinflussen. Gesundheitsschädigende Bedingungen am Arbeitsplatz oder in der unmittelbaren Wohnumgebung können aufgrund der existenziellen Basis oder dem sozioökonomischen Status nur bedingt selbst gesteuert werden (Franke, 2010, S. 47f.).

Voraussetzung für die Planung und Umsetzung gezielter gesundheitsförderlicher Maßnahmen, ist die Kenntnis der Ausgangs- und Rahmenbedingungen für das Gesundsein und das Gesundbleiben.

Der folgende Abschnitt widmet sich dem Begriff der Gesundheit, den Faktoren, die diese beeinflussen und beschreibt anhand zweier Gesundheitsmodellen, wie Gesundheit und Lebensumwelten wechselseitig interagieren.

2.1 Definition Gesundheit

Gesundheit ist als ein mehrdimensionaler Begriff zu verstehen. Körperliche, geistige, seelische und gesellschaftliche Dimensionen stehen in Beziehung zueinander und jeder einzelne Bereich beeinflusst das Wohlbefinden des Individuums.

Im Gründungsmanifest der WHO 1946 wird Gesundheit folgendermaßen definiert: *„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“* (WHO, 1946, S. 1). Gemäß dieser Definition sind die biologischen, psychologischen und sozialen Determinanten gleichberechtigt an der Gesundheit beteiligt und als ein ganzheitliches Konzept zu verstehen. Dennoch erweiterte die WHO 1998 aufgrund von vielfacher Kritik an dem Begriff *„complete“* die Interpretation von Gesundheit wie folgt: *„Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities“* (WHO, 1998, S. 11). In diesem Sinne ist Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und kann trotz möglicher kranker Anteile bestehen. Im Hinblick auf die Gesundheit älterer Menschen, die sehr oft an einer chronischen Erkrankung, wie z.B. Diabetes mellitus oder Bluthochdruck, leiden wird dieser Definition von Gesundheit besonderer Bedeutung beigemessen.

Geprägt wird die Gesundheit im alltäglichen Leben, im alltäglichen in Beziehung treten mit der Umwelt. Festgehalten ist dies in der Ottawa-Charter: *„dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt“* (WHO, 1986, S. 5). Der Gesundheitszustand ist demnach nicht nur von einem einzigen Faktor abhängig, sondern viel mehr als ein Ergebnis bestimmter Einflüsse zu verstehen.

2.1.1 Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese

Das Modell der Salutogenese wurde vom amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky, geboren 1923 in Brooklyn (USA), entwickelt, und grenzt die Entstehung von Gesundheit von der Pathogenese ab. Die zentrale Fragestellung des Modells der Salutogenese lautet: *„Was hält den Menschen gesund?“* Handlungsleitende Elemente dieses Konzeptes sind drei Einflussfaktoren: die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit. Das Kohärenzgefühl steht dabei im Mittelpunkt der Entstehung von Gesundheit (Steinbach, 2007, S. 117f.).

Das Element der Verstehbarkeit bringt die kognitiven Fähigkeiten, das Leben und ihre Zusammenhänge zu verstehen, zum Ausdruck. Handhabbarkeit beschreibt das Gefühl, das eigene Leben selbst gestalten zu können und die Zuversicht zu haben Probleme selbst bewältigen oder Ressourcen heranziehen zu können, um diese mit Unterstützung zu meistern. Das dritte und nach Antonovsky das bedeutsamste Element des Kohärenzgefühls ist die Überzeugung der Sinnhaftigkeit des Lebens, das Gefühl zu haben, dass es sich lohnt Ziele zu verfolgen (Steinbach, 2007, S. 121f.). Kohärenz als Kernstück des salutogenetischen Gesundheitsmodells beschreibt die Grundhaltung eines Menschen gegenüber seiner Umwelt und gegenüber sich selbst. Vertrauen auf seine eigenen Fähigkeiten und vorhandene Ressourcen nutzen zu können, bemächtigen den Menschen die Gesundheit und das Wohlbefinden aus eigener Kraft

positiv zu beeinflussen. Je stärker das Kohärenzgefühl, die Stimmigkeit einer Person ausgeprägt ist, desto flexibler kann diese auf äußere Umstände reagieren und desto gesünder kann sie sein (Bengel, Strittmacher & Willmann, 2001, S. 28f.).

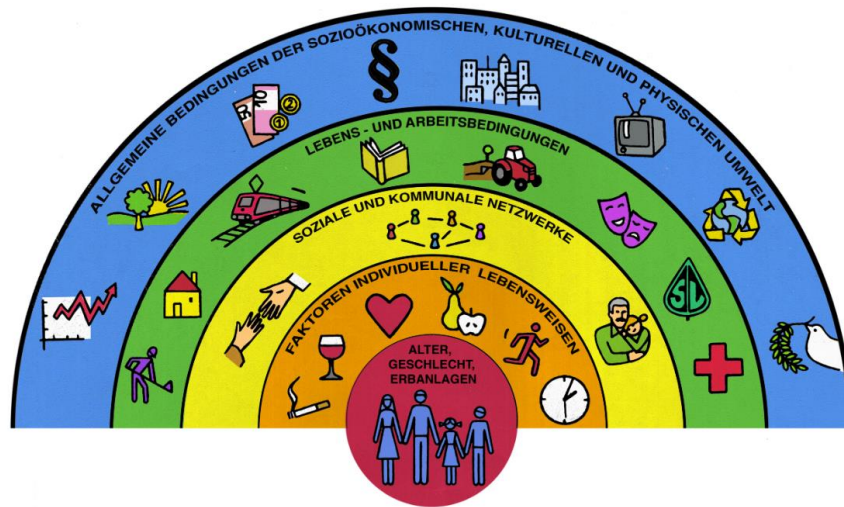
Dieses Modell verzichtet bewusst auf eine Definition von Gesundheit, da Antonovsky Gesundheit als eine mögliche und nicht selbstverständliche Entwicklungsrichtung auf einem Kontinuum verstand. Antonovsky ist überzeugt, dass begleitende Lebensbedingungen, wie die Teilhabe an sozial anerkanntem sowie verfügbare Ressourcen und Beständigkeit die Ausprägung des Kohärenzgefühls maßgeblich beeinflussen. Folglich tragen begleitende Umstände wesentlich zum Gesundheitsstatus des Menschen bei. Individuen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl können vor allem in stressbehafteten Situationen verantwortungsvoller reagieren und im Sinne der eigenen Gesundheit handeln (Blättner, 2007, S. 68ff.). Aus dieser Annahme lässt sich der direkte Zusammenhang des Kohärenzgefühls mit der Gesundheit erkennen und es zeigt, dass Gesundheit als ein fortlaufender Prozess und nicht als Zustand zu verstehen ist. Betrachtet man dieses Modell als Basis für die Gesundheitsförderung, so ergeben sich zwei Handlungsfelder, welche in erster Linie zu einer Stärkung des Kohärenzgefühls beitragen und in der Folge Gesundheit positiv beeinflussen: erstens durch die Stärkung und Unterstützung der eigenen Ressourcen und zweitens durch die Teilhabe an Entscheidungsprozessen in sozial anerkannten Aktivitäten.

Da das Gefühl der Sinnhaftigkeit leitend für die weiteren Elemente des Kohärenzgefühls ist, ist in Anlehnung an das Modell der Salutogenese, die Teilhabe und Mitgestaltung bei gesundheitsfördernden Interventionen als oberste Priorität zu formulieren. Genau diese beiden Prinzipien der Partizipation und des Setting Ansatzes finden sich auch in den Leitlinien für Gesundheitsförderung der WHO wieder (Blättner, 2007, S. 70). Im Hinblick auf Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderungsprojekten und der Heterogenität des Gesundheitszustandes im Alter dient das Modell der Salutogenese als Basis konkreter Maßnahmenplanungen im Rahmen der Gesundheitsförderung. Der Ansatz der Salutogenese liefert die Begründung dafür, warum eine aktive Beteiligung der Betroffenen und Nichtprofessionellen unverzichtbar ist, und unterstreicht die Wichtigkeit der Stärkung der Ressourcen und Kompetenzen der Zielgruppe.

2.1.2 Determinanten der Gesundheit

Der Gesundheitszustand wird, wie bereits im vorangegangenen Modell der Salutogenese erwähnt, von vielen Faktoren beeinflusst. Die wechselseitige Interaktion zwischen dem Menschen und seiner Umwelt leistet einen entscheidenden Beitrag zur Gesundheit. Das abgebildete sozioökologische Modell von Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead, auch bekannt unter dem Regenbogenmodell, geht im Allgemeinen von vier unterschiedlichen Einflussebenen der Gesundheit aus (Dorner, 2016, S. 22).

Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead



Quelle: www.gesundheit.gv.at, 02.01.2020

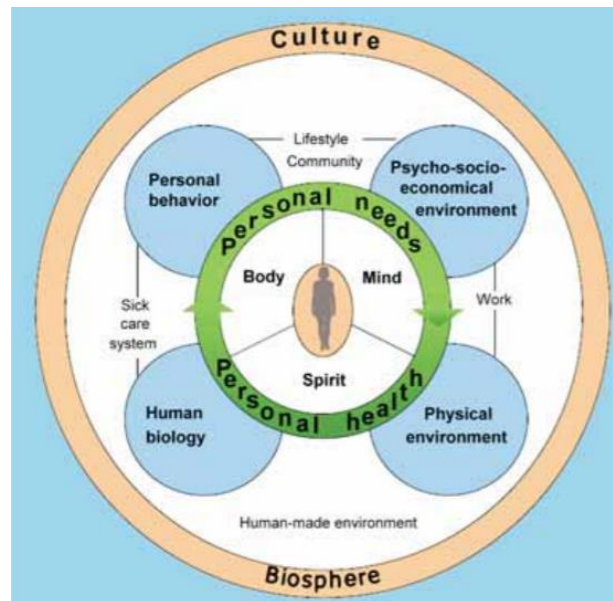
Im Mittelpunkt des Modelles steht der Mensch mit seinen individuellen Grundvoraussetzungen, wie z.B. dem Alter, dem Geschlecht und den genetischen Faktoren. Die darüberliegende Ebene bildet die individuelle Lebensweise ab, welche die Faktoren des Lebensstils wie Ess- und Schlafgewohnheiten, körperliche Aktivität, Konsum von Alkohol und Nikotin beinhaltet. Durch Veränderung des Lebensstils können gesundheitliche Probleme verhindert bzw. reduziert werden. Soziale und kommunale Netzwerke repräsentieren den zweiten Halbkreis. Die Gemeinschaft, in der der Mensch lebt, sowie soziale Tätigkeiten, an denen er sich beteiligt z.B. in Form einer Vereinszugehörigkeit, beeinflussen die Lebensweise direkt und somit indirekt die Gesundheit (Dorner, 2016, S. 22f.).

Die nächsthöhere Ebene bildet die Lebens- und Arbeitsbedingungen ab. Schule und Beruf spielen eine wesentliche Rolle, da Nachteile in Bildungs- und Karrierechancen zu sozialen Ungleichheiten beitragen, die sich in weiterer Folge negativ auf die Gesundheit auswirken können. Der äußerste Halbkreis des sozioökologischen Modells der Gesundheit zeigt die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Hierzu zählen die wirtschaftliche und politische Lage eines Landes, die angebotene Infrastruktur, die Wohnverhältnisse, das Einkommen, etc. Je weiter nach außen die Ebenen dargestellt werden, desto weniger Einfluss kann das Individuum selbst nehmen und umso größer wird die Verantwortung der Gesellschaft (Dorner, 2016, S. 22f.).

2.1.3 Mandala Modell

Trevor Hancock, Mediziner und Berater für Gesundheitsförderung in Kanada, veröffentlichte 1985 ein holistisches Gesundheitsmodell, das die Herangehensweise an Gesundheitsförderungsmaßnahmen unterstützt. Wie auch Dahlgren identifiziert er Determinanten, die auf den Gesundheitszustand des Menschen einwirken.

Abbildung 3: Mandala Modell von Trevor Hancock



Quelle: Hancock (1985, zitiert nach Piper 2010, S.78)

Das Mandala symbolisiert das „*Universum*“, in dessen Zentrum sich der Mensch, eingebettet in das System der Familie, befindet. Trevor schreibt der Familie eine Schlüsselrolle zu, da diese nicht nur den Lebensstil und die Wertigkeit der Gesundheit prägen, sondern auch eine Möglichkeit bietet äußere Einflüsse abzufangen. Weiters verbindet das Modell vier unterschiedliche Ebenen, welche auf den Menschen und das System der Familie einwirken. Erstens die Ebene der Humanbiologie, welche sich auf die genetische Veranlagung, den physiologischen und anatomischen Zustand und das Immunsystem des Individuums bezieht. Als weitere Ebene führt das Modell das persönliche Verhalten an. Der Ansatz bezieht sich auf die Lebensweise, das persönliche Risikoverhalten und die Maßnahmen, die eine Person für ihre Gesundheitsvorsorge trifft, oder nicht trifft. Die dritte Ebene bildet die psycho-sozio-ökonomische Umwelt ab. Diese beinhaltet den sozio-ökonomischen Status und die Einflüsse, die von der Gesellschaft auf eine Person und dessen Familie wirken. Insbesondere sei hier der Gruppendruck, die Manipulation durch Werbung und das vorhandene soziale Unterstützungssystem erwähnt. Als letzten Punkt führt das Modell die Ebene der physikalischen Umwelt an. Dazu zählen die Bedingungen und Umstände, unter denen der Mensch lebt, wohnt und arbeitet (Hancock, 1985, S. 8).

Diese Ebenen werden durch weitere zwei Bereiche ergänzt, die einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben. Zum einen ist das die Lebensweise, welche von dem persönlichen Verhalten insofern abzugrenzen ist, als es sich hierbei um den lebenslangen sozialen Prozess handelt, der in Form von kulturellen Werten und Standards der Gemeinschaft mitbestimmt wird. Zum anderen ist es das medizinische Versorgungssystem, welches den Fokus stark auf die Ebene der Humanbiologie und das persönliche Verhalten richtet. Die genannten Bereiche und die Ebenen beziehen sich auf das System der Gemeinschaft, das wiederum selbst durch Netzwerke, Unterstützungs- und Versorgungssysteme und Werte auf die Gesundheit Einfluss nimmt. Als Erweiterung zur Gemeinde, sieht dieses Modell die vom Menschen gemachte Umwelt. Das sind jene vom Menschen geschaffene bzw. veränderte Bereiche, die eine immense Auswirkung auf den Gesundheitszustand haben. Dazu zählen unter anderem die Raumgestaltung, die Land- und Forstwirtschaft, Verkehr- und Transportmittel und die Energiegewinnung. Zuletzt zeigt das Mandala als äußersten Kreis, die Kultur und die Biosphäre. Die Kultur und der Glaube spielen eine wesentliche Rolle in der Wahrnehmung der Gesundheit und wie auf Krankheit reagiert wird. Die Biosphäre, in der der Mensch lebt, Teil von ihr ist, aber auch abhängig von ihr ist, schließt den Kreis der Einheit von Universum und Mensch (Hancock, 1985, S. 8).

Das Modell zeigt deutlich, dass die unterschiedlichsten Faktoren auf den Menschen und seine Gesundheit einwirken. Diese können zum Teil vom Individuum selbst und interaktiv gestalten werden.

2.2 Gesundheit im Alter

Ein langes Leben bei möglichst bester Gesundheit ist wohl ein Wunsch eines jeden Einzelnen, steht doch die Lebensqualität sehr stark in Verbindung mit dem aktuellen Gesundheitszustand. Das Altern an sich stellt zwar selbst keine Krankheit dar, dennoch gilt das Altern als Risikofaktor für Krankheiten.

Mit steigendem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit gesundheitliche Einschränkungen zu erleiden und dadurch an Selbständigkeit zu verlieren. Insgesamt verschlechtert sich die körperliche und funktionelle Gesundheit durch physiologische Abbauprozesse je älter ein Mensch ist (DZA, 2011, S. 1f.). Die funktionale Gesundheit eines Menschen ist voraussetzend für eine selbstständige Lebensführung. Störungen der funktionalen Gesundheit im Alter durch sensorische Beeinträchtigungen, hier vor allem durch Seh- und Hörbeeinträchtigungen, häufen sich mit zunehmendem Alter. Etwa ein Drittel der 50- bis 59-Jährigen und rund 80 Prozent der über 80-Jährigen sind von abnehmenden Seh- und Hörvermögen betroffen. Mobilität und Selbständigkeit nehmen ebenfalls im fortschreitenden Alter ab (Wiebke, 2015).

2.2.1 Der multidimensionale Prozess des Alterns

Gatterer (2007, S. 4f.) verweist in diesem Zusammenhang auf einen multidimensionalen Prozess des Alterns, der 4 Faktoren umfasst, welche sich gegenseitig beeinflussen. Die organischen Faktoren als biologische Voraussetzungen stellen eine Basis dar und geben an, wie stark der Körper und die Organe gealtert sind. Die psychischen Faktoren beinhalten die kognitive Leistungsfähigkeit, die Persönlichkeit und das subjektive Erleben des Alterns. Als dritte Determinante sind die sozialen Faktoren genannt. Die Rolle in der Gesellschaft und den Erwartungen gerecht zu werden, üben einen wesentlichen Einfluss auf das Verhalten des älteren Menschen aus. Ökologische Faktoren, wie Wohnverhältnisse, Infrastruktur, finanzielle Möglichkeiten sind ebenfalls maßgeblich am Alterungsprozess beteiligt und können diesen begünstigen, aber auch Auslöser für Krankheitsprozesse sein.

Eine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustandes alter Menschen schließt, neben der Erfassung des objektiven Gesundheitszustandes, die Erhebung der subjektiven Gesundheit ein.

Die subjektive Gesundheit ist eine Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und gibt Auskunft über die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Eine diesbezügliche Befragung in der österreichischen Hochaltrigen Studie 2013/14 gibt wieder, dass trotz körperlicher Beeinträchtigung nur 11,3% einen schlechten/sehr schlechten subjektiven Gesundheitszustand angeben (Ruppe & Stückler, 2015 S. 82).

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Wahrnehmung der Gesundheit im Alter ist das Aktivitätsniveau. In wie weit Aktivitäten des täglichen Lebens selbst durchgeführt werden können oder Funktionseinschränkungen den Alltag bestimmen, trägt zur Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bei. Die gerontologische Forschung postuliert einen positiven Zusammenhang von Aktivitätsniveau, dem Ausmaß der sozialen Teilhabe, der Lebenszufriedenheit und dem subjektiven und objektiven Gesundheitszustand. Je aktiver der alte Mensch sein Leben selbst gestalten kann, desto höher bewertet er seine Lebensqualität (Cirkel & Juchelka, 2015, S. 24). Im zunehmenden Alter ist davon auszugehen, dass die Mobilität abnimmt. Einerseits begründet durch die altersphysiologische Entwicklung, andererseits durch psychologische Faktoren. Angst vor Stürzen und Unsicherheit im Straßenverkehr stellen oft Hürden dar, die den Handlungsspielraum und das Aktivitätsfeld auf das unmittelbare Wohnumfeld beschränken (Cirkel & Juchelka, 2015, S. 24). Je älter der Mensch ist, umso unterschiedlicher ist das Ausmaß von Gesundheits- und Funktionalitätseinschränkungen (Ruppe & Stückler, 2015, S. 35).

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, auf den Stellenwert der Gesundheit in der Gesellschaft hinzuweisen. Die Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit zeigen, dass Gesundheit den wichtigsten

Lebensumstand darstellt, gefolgt von finanzieller Sicherheit, Familie und Wohnsituation. Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit sinkt mit steigendem Alter, während der Wert der Gesundheit für Ältere immer wichtiger wird. Das Alter erwies sich in der Studie als einzige bedeutende Einflussgröße auf die Wertigkeit der Gesundheit. Auch Personen, mit unterschiedlichem sozioökonomischem Hintergrund werten die Gesundheit gleich wichtig (Hinz, Hübscher, Brähler & Berth, 2010, S. 900ff.).

2.2.2 Prediktoren für „Healthy Ageing“

Die amerikanischen Altersforscher John W. Rowe und Robert L. Khan beschreiben erfolgreiches Altern als Gleichgewicht von drei Komponenten (Rowe & Khan, 1997, S. 433):

- *„Geringe Wahrscheinlichkeit für Krankheiten oder krankheitsbedingte Einschränkungen*
- *Hohe funktionale, kognitive und physische Kapazität*
- *Aktive Beschäftigung mit dem Leben“*

Diese klassische Definition wurde in den folgenden Jahren durch Indikatoren, welche den subjektiven Gesundheitsstatus repräsentieren, erweitert. Neben dem Lebenslauf, den Chancen und Wahlmöglichkeiten über die Lebensspanne hinweg, sind vor allem folgende Determinanten für ein Gesundes Altern hervorzuheben: Der sozioökonomische Status, die Bildung, das Einkommen, der Eintritt in die Pensionierung, der Lebensstil sowie die soziale Unterstützung und die soziale Partizipation.

Die ersten drei erwähnten Determinanten sind besonders bedeutend, da sie einen erheblichen Einfluss auf den Lebensstil haben, aber auch den Handlungsspielraum und die Gestaltungsoptionen zwischen Gesundheit und Krankheit prägen (Sowa et al., 2016, S. 443). Der Eintritt in die Pension ist insofern ein kritisches Ereignis, da damit eine neue Rollenfindung einhergeht und das Empfinden der Wertigkeit gegenüber der Gesellschaft neu und positiv definiert werden muss. Die Schlüsselemente für gesundes Altern finden sich in einem gesunden Lebensstil, schwerpunktmäßig in den Bereichen Ernährung, Bewegung, dem Konsum von Zigaretten/Tabak und Alkohol sowie der sozialen Teilhabe wieder. Eine gesunde Lebensweise führt dazu, dass die in Krankheit verbrachten Lebensjahre reduziert und auf die letzten Lebensjahre komprimiert werden. Zusätzlich wird der Genesungsprozess dadurch positiv beeinflusst. Das konnte auch für Personen im hohen Alter gezeigt werden (Sowa et al., 2016, S. 433). Soziale Teilhabe wirkt sich positiv auf die Mortalität und Morbidität im Alter aus. Einsamkeit im Gegenzug konnte mit psychischen Erkrankungen, im speziellen Anzeichen von Depressionen, Bluthochdruck, Schlafproblemen und Wahrnehmungsstörungen positiv assoziiert werden. Zusätz-

lich werden bei Frauen Funktionseinschränkungen beobachtet. Partizipation an freiwilligen Aktivitäten fördert die körperliche und psychische Gesundheit und führt zu einer Verlangsamung der altersbedingten Funktionseinschränkung (Sowa et al., 2016, S. 433).

Zahlreiche Definitionen von „Healthy Ageing“ prägen die Literatur, eine einheitliche Definition kann nicht gefunden werden. Dennoch gibt es zwei Modelle, auf die sich die verschiedenen Definitionen vorwiegend beziehen. Einerseits das Biomedizinische Gesundheitsmodell, welches vordergründig Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert und andererseits das Bio-Psycho-Soziale Gesundheitsmodell, welches biologische, psychische und soziale Faktoren gleichberechtigt in der Entstehung von Gesundheit postuliert (Sowa et al., 2016, S. 441f.).

Die WHO legt, mit dem Fokus auf Public Health Interventionen, Healthy Ageing folgendermaßen fest (WHO, 2015, S.28): *„the process of developing and maintaining the ability that enables well-being in older age“*. „Healthy Ageing“ gilt demnach als Prozess, der als multidimensionales Konstrukt zu verstehen ist, und stellt die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität als Ziel von Interventionen in den Vordergrund.

3 Gesundheitsförderung

Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde erstmals durch die WHO im Jahr 1986 bei der ersten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz in Ottawa etabliert. Hierbei handelt es sich im Gegensatz zur Krankheitsprävention, bei der vordergründig Strategien zur Vermeidung von Eintreten oder Ausbreiten einer Krankheit entwickelt werden, um Strategien zur Verbesserung der Lebensbedingungen (Hurrelmann et al., 2014, S. 13ff.). Das Wirkungsprinzip liegt in der Förderung und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen, Kompetenzen und Schutzfaktoren, welche der Mensch zur Entfaltung der individuellen Gesundheit benötigt. Gesundheitserhaltenden Schutzfaktoren beinhalten soziale und wirtschaftliche Faktoren, Umweltfaktoren, behaviourale und psychische Faktoren sowie den Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen (Hurrelmann et al., 2014, S. 16).

Die Ottawa Charta (WHO, 1986, S. 1) deklariert Gesundheitsförderung als *„einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“* Das Ziel der Gesundheitsförderung soll dabei sein, gesundheitsförderliche Lebenswelten für mehr Chancengleichheit zu schaffen (WHO, 1986, S. 5) und einen Gesundheitsgewinn, sozusagen eine Verbesserung der Qualität des ursprünglichen Gesundheitszustandes, zu erreichen (Hurrelmann et al., 2014, S. 16). Als Ansatzpunkt gilt einerseits das Individuum selbst, andererseits der unmittelbare soziale, ökologische und ökonomische Lebensraum (Hurrelmann et al., 2014, S. 47).

Zusammenfassend ist Gesundheitsförderung ein Konzept, welches auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt und die Verantwortung nicht nur am Individuum selbst sieht (WHO, 1986, S. 5). Zur Förderung des Prozesses Gesundheitsförderung empfiehlt die WHO drei grundlegende Strategien (WHO, 1986, S.2):

1. „*Advocacy*“ Interessen vertreten: anwaltschaftliches Eintreten für die Gesundheit
2. „*Enabling*“ Befähigen und Ermöglichen: dazu zählen die Kompetenzförderung, das Schaffen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und der Ansatz des Empowerments, um das Ziel der Chancengleichheit und des Ressourcenausgleich zu erreichen.
3. „*Mediating*“ Vermitteln und Vernetzen: bestimmt eine umfassende und nachhaltige Kooperation aller Akteure und Akteurinnen im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung, sodass die Integration von Gesundheit in allen Lebensbereichen verortet wird. Dabei sind die örtlichen Bedürfnisse und Möglichkeiten von zentralem Stellenwert.

Diese Grundprinzipien sollen in fünf Handlungsfeldern zur Umsetzung kommen. Das Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung stellt diese grafisch dar:

Abbildung 4: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung



Quelle: eigene Darstellung nach Kaba-Schönstein (2018, S. 231)

In den nachfolgenden globalen Gesundheitskonferenzen der WHO (Adelaide 1988; Sundsvall 1991; Jakarta 1997; Mexiko City 2000; Bangkok 2005; Nairobi 2009; Helsinki 2013; Shanghai 2016) wurden diese Handlungsfelder bestätigt und konzeptionell weiterentwickelt. Der Fokus der Konferenz von Shanghai lag auf der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Dabei wurde einmal mehr betont, dass die Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit, die Entwicklung lokaler Gesundheitsstrategien in den Kommunen und nicht zuletzt, die Stärkung der Gesundheitskompetenz als wichtige Voraussetzung für gesunde Lebensweisen und Gesundheit seien (WHO, 2016).

3.1 Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in Österreich

Gesundheitsförderung als Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist in Österreich seit 1998 durch das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) geregelt. Entsprechend dem § 1 GfG sind Gegenstand der Gesundheitsförderung alle *„Maßnahmen und Initiativen, die zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens zum Ziel haben [und der] Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren [dienen]“* (www.ris.bka.gv.at, 11.09.2019). Somit orientiert sich das Gesundheitsförderungsgesetz inhaltlich an der Ottawa-Charta 1986 der Weltgesundheitsorganisation.

Als Handlungsrahmen für die Steuerung der Gesundheit dienen seit 2012 die Gesundheitsziele, welche durch die Gesundheitskommission und den Gesetzgebern erarbeitet werden. Durch Projekte der Gesundheitsförderung soll die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensräumen und ein gesunder Lebensstil gefördert und damit die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung gestärkt werden (Gesundheit Österreich GmbH, 2018).

Zur Durchführung der Maßnahmen im Sinne des Bundesgesetzes wurde die Geschäftsstelle der Gesundheit Österreich GmbH Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) betraut und fungiert so als nationale Förderstelle für Gesundheitsprojekte, als Kompetenzzentrum, um Wissen und Qualität im Bereich der Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu verbreiten, und als Drehscheibe für den Austausch der Ergebnisse der Praxis mit der Politik und der Wissenschaft (FGÖ, 2019). Für das Jahr 2019 formuliert der FGÖ fünf Programmlinien, die zur Umsetzung kommen sollen. Zwei davon richten sich gezielt auf den Bereich der Gesundheitsförderung älterer Personen:

- Kommunales Setting – soziale Unterstützung, Teilhabe und Zusammenhalt in Nachbarschaften, sowie
- Lebensqualität und Chancengerechtigkeit von älteren Menschen (FGÖ, 2019)

Aus den vorangegangenen beiden Kapiteln ist nun die Bedeutung, die den Gemeinden in der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zukommt, deutlich ersichtlich. Nachfolgend soll ein kurzer Überblick über die Strukturen der Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene erfolgen.

3.2 Der Setting Ansatz in der Gesundheitsförderung

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt gesundheitsfördernde Settings (setting for health) als „Orte oder soziale Kontexte“ im Lebensalltag von Menschen, wo die Umwelt aktiv genutzt und gestaltet wird, um Gesundheitsprobleme zu lösen (WHO, 1998, S. 19). Grossmann & Scala (2011, S. 66) führen weiters an: *„Der Setting Ansatz zieht die Bedeutung der Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren, ins Kalkül“*. Diese Rahmenbedingungen werden von Baric und Conrad (1999, S.16) aufgegriffen, sie definieren gesundheitsfördernde Settings als *„ein Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel eines Settings beinhaltet und zwar durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Teile eines Settings und die Einführung der Bewertung der Gesundheitsförderung oder deren Einbeziehung in das bestehende Qualitätssicherungssystem dieses Settings“*.

Das primäre Ziel, das der Setting-Ansatz verfolgt, ist Optionen für gesundheitsrelevante Verhaltensalternativen zu schaffen, sowie die Einfluss- und Beteiligungsmöglichkeiten der Einzelnen zu erhöhen. Daher stehen auf der Verhältnisebene regionale Settings wie die Gemeinde und soziale Settings wie Schulen, Betriebe und Tagesstätten im Zentrum des Ansatzes von Interventionen (Grossmann & Scala, 2011, S. 66f.).

Im Mittelpunkt der Setting Entwicklung steht konzeptionell der Prozess der Organisationsentwicklung. Das heißt, es gibt abgegrenzte räumliche Strukturen sowie definierte Rollen und Funktionen zur Bewältigung von Aufgaben (Grossmann & Scala, 2011, S. 65ff.). Grossman und Scala postulieren, dass ein soziales System sich in einem stetigen Veränderungsprozess befindet und die Ergebnisse von Interventionen von außen nicht rational planbar oder vorhersehbar sind. Die Reaktionen auf Impulse der Umwelt sind von den komplexen, internen Kommunikationsstrukturen und -mustern abhängig und durch Ereignisse der Vergangenheit im sozialen System geprägt. Wirksame und nachhaltige Veränderungen müssen demnach von der Organisation bzw. dem Setting selbst hervorgebracht werden (Grossmann & Scala, 2011, S. 50ff.). Willke (1987, S. 350) fordert: *„Verändere, indem du nicht veränderst! Und: Indem du veränderst, verändert sich gar nichts, denn jede Veränderung muss Selbständerung sein“*.

Aus dieser Aussage geht hervor, dass die Kultur des sozialen Systems einen zentralen Stellenwert einnimmt. Die Menschen müssen sich mit den Veränderungen identifizieren können und in den Prozess aktiv eingebunden sein. So werden schrittweise neue Fähigkeiten, neue Rollen und neue Aufgaben erworben, um gemeinsam das gewünschte Ziel anzusteuern. Ressourcenentwicklung und Kulturentwicklung gehen Hand in Hand (Grossmann & Scala, 2011, S. 54f.).

Dieser Darstellung nach, bedarf es bei der Implementierung von Gesundheitsförderung in einem Setting, einerseits einem fundamentalen Verständnis von Organisationsentwicklung in komplexen, sozialen Systemen und andererseits einer eigenen organisatorischen Einheit mit klar definierten Aufgabenbereichen und Kompetenzen sowie adäquate personelle und materielle Ressourcen (Grossmann & Scala, 2011, S. 54ff.). Angesichts des zu Beginn des Kapitels dargestellten Mehrebenenansatzes der Gesundheitsförderung und den angeführten Theorien der Gesundheit und Gesundheitsförderung wird die enge Beziehung zwischen Gesundheit und dem bedeutsamen Einfluss des Settings hier nochmals deutlich sichtbar.

3.2.1 Interaktion der Verhaltens- und Verhältnisorientierung

Bereits in Dahlgrens sozioökologischen Modell der Gesundheit wurde die wechselseitige Interaktion zwischen dem Menschen und seiner Umwelt dargestellt und gezeigt welchen bedeutenden Einfluss die Determinanten auf die Gesundheit haben. Die Verhältnisse, in denen der Mensch lebt und wohnt können teilweise vom Einzelnen nicht oder nur schwer verändert werden. Arbeits- und Lebensbedingungen, wirtschaftliche und politische Lage eines Landes, die angebotene Infrastruktur, die Wohnverhältnisse, das Einkommen wirken auf die Gesundheit. So ist es nachvollziehbar, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen dann ausgesprochen effektiv sind, wenn die Interventionsmaßnahmen auf Verhaltensebene und Verhältnisebene kombiniert werden, da Gesundheitsprobleme das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen der sozioökonomischen Umwelt und der persönlichen Lebensweise sind (Hurrelmann et al., 2014, S. 47).

Auf Verhaltensebene werden individuelle Faktoren, wie das Gesundheitsverhalten oder die Lebensweisen einzelner Personen oder Gruppen, in den Fokus von Interventionen gerückt. Die Schlüsselemente sind hier Beratung, Information und Aufklärung. Dadurch werden Bewusstseinsbildung und eine Stärkung der Gesundheitskompetenzen erzielt, um auf gesundheitsriskante Verhaltensweisen aufmerksam zu machen und diese in weiterer Folge reduzieren zu können (Steinbach, 2007, S. 45). Orientieren sich die Interventionsmaßnahmen nur an einem Problem, ohne die äußeren Einflüsse des sozialen Systems und die eigenen Gewohnheiten und Wertehaltungen miteinzubeziehen, so sind die Ergebnisse meist enttäuschend. Die „traditionellen“ Methoden der Gesundheitserziehung werden in der Literatur deswegen als veraltet bewertet, da sie nicht die gewünschten nachhaltigen Erfolge erzielen (Grossmann & Scala, 2011, S. 65f.).

Das Ziel von Interventionen auf Verhältnisebene definiert Steinbach als „*Kontrolle, Reduzierung bzw. Beseitigung von Gesundheitsrisiken, die durch Umwelt- und Lebensbedingungen entstehen*“ (Steinbach, 2007, S. 46). Gesundheitsförderung setzt hier nicht an individuellen Verhaltensänderungen an, sondern die Lebenswelt selbst wird zum zentralen Gestaltungselement.

Das angeführte Modell von Kilian, Gene und Philippi (2004, S. 159) stellt die Zusammenhänge der Verhaltensorientierung und der Verhältnisorientierung in der Gesundheitsförderung im Setting dar. Als zentrale Elemente sind hier die Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation herausgearbeitet.

Abbildung 5: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Settingansatzes



Quelle: eigene Darstellung nach Kilian, Gene & Philippi (2004, S. 159)

Durch Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen auf individueller Ebene (Mikroebene) und gesellschaftlicher Ebene (Makroebene), wird die Zielgruppe befähigt, sich aktiv in die Gestaltung der Lebenswelt einzubringen. Somit wird die Struktur eines gesundheitsfördernden Settings Gegenstand der Gesundheitsförderung (Mesoebene), wo Lösungsansätze und Bewältigungsstrategien zur Umsetzung kommen. Die aktive Beteiligung und Einbindung an Entscheidungs- und Entwicklungsprozessen dient als Schnittstelle der individuellen Ebene und der Verhältnisebene und stellt sicher, dass die Interventionen nachhaltig im Setting etabliert werden (Kilian, Geene & Philippi, 2004, S. 159f.).

3.3 Gesundheitsförderung im Setting

Gesundheitsförderung im Setting nutzt den sozialen und/oder organisatorischen Rahmen eines Settings als Zugangsweg zu den Zielgruppen. Zur Umsetzung gelangen Aktivitäten, die der Stärkung von Gesundheitskompetenzen dienen. Dieser Ansatz hat bereits eine längere Tradition. Health Literacy, Empowerment und Partizipation, drei eng miteinander verwobene

Konzepte, gelten als integrale Schlüsselemente der Gesundheitsförderung im Setting, wie im Abschnitt Interaktion von Verhaltens- und Verhältnisorientierung beschrieben.

3.3.1 Handlungsfeld Health Literacy

Der aus dem angloamerikanischenraum stammende Begriff Health Literacy wird im deutschsprachigen Raum zunehmend mit Gesundheitskompetenz übersetzt. Im medizinischen Bereich nimmt Health Literacy Bezug auf das Wissen über den eigenen Gesundheitsstatus und verfolgt das Ziel, durch Information, eigenmächtig über präventive und therapeutische Behandlungsformen entscheiden zu können (Abel, Jordan, Sommerhalder & Bruhin, 2018, S. 582).

Auf Basis des konzeptuellen Modells von Sørensen et al. (2012, S. 10)) stehen folgende vier Dimensionen von Kompetenzen im Mittelpunkt:

1. Gesundheitsinformationen finden und erschließen
2. Gesundheitsinformationen verstehen
3. Gesundheitsinformationen beurteilen
4. Gesundheitsinformation kommunizieren und für die eigene Gesundheit nutzen und anwenden zu können

Neben dem Verstehen und Anwenden von relevanten Gesundheitsinformationen spielen in der Gesundheitsförderung weitere Faktoren eine wesentliche Rolle.

In expliziten Bezug auf die Gesundheitsförderung formuliert Sørensen et al. (2012, S. 10) weitere vier Dimensionen von Kompetenzen:

1. Fähigkeit sich regelmäßig über die Gesundheitsfaktoren im sozialen und physischen Umfeld zu informieren,
2. Fähigkeit Information über Gesundheitsfaktoren im sozialen und physischen Umfeld zu verstehen und dessen Bedeutung abzuleiten,
3. Fähigkeit Information der Gesundheitsfaktoren im sozialen und physischen Umfeld zu interpretieren und zu bewerten,
4. Fähigkeit fundierte Entscheidungen über Gesundheitsfaktoren im sozialen und physischen Umfeld zu treffen.

Die Gesundheitskompetenz im Sinne der Gesundheitsförderung umfasst zusätzlich alltagspraktisches und spezialisiertes Wissen, sowie spezielle Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dieses Wissen bezieht sich nicht nur auf den eigenen Körper, sondern auch auf die gesundheitsprägenden sozialen Lebensumwelten. Primär werden diese Kompetenzen durch Bildung, Erziehung und Kultur entwickelt und weitergegeben und sind dadurch

stark von dem sozialen Hintergrund der Menschen geprägt. Health Literacy ist eine wichtige Ressource, die im speziellen an die Zielgruppe von sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen adressiert werden muss, um damit auch zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen (Abel, Jordan, Sommerhalder & Bruhin, 2018, S. 582f.). Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswissens sind demzufolge individuell an die Bedürfnisse und Lebensweisen der Zielgruppe anzupassen.

Diese Forderung spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Health Literacy Survey EU wider, welche 2011 Daten über Gesundheitskompetenzen in acht ausgewählten Ländern der EU gesammelt und ausgewertet hat. Demnach verfügt beinahe jeder Zweite über unzureichendes oder limitiertes Wissen, um Gesundheitsentscheidungen kompetent treffen zu können. Betrachtet man die Ergebnisse genauer, so sind es besonders die vulnerablen Gruppen, welche eine vergleichsweise eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen. Dazu zählen Personengruppen mit einem sehr niedrigen und niedrigen sozialen Status, einem sehr niedrigen und niedrigen Bildungsniveau, Personen mit finanziellen Schwierigkeiten sowie die Gruppe der älteren Menschen ab 65 Jahren. Aufgrund dieser Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass in Bezug auf Health Literacy ein sozialer Gradient existiert und Health Literacy mit zunehmendem Alter abnimmt (Sørensen et al., 2015, S. 105f.).

Schäfer, Vogt, Berens & Hurrelmann (2016, S. 79ff.) zeigen im Ergebnisbericht zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland einen direkten Zusammenhang von niedrigeren Gesundheitskompetenzen und schlechteren subjektiven Gesundheitsstatus, ungesünderen Verhaltensweisen und Schwierigkeiten sich im Gesundheitswesen zu orientieren. Nicht zu wissen wohin man sich mit gesundheitlichen Problemen wenden kann, resultiert in weiterer Folge in häufigeren Arztkontakten und häufigeren Krankenhausaufenthalten.

Auch im Gesundheitsverhalten sind deutliche Unterschiede, in Bezug auf das Niveau der Health Literacy, zu erfassen. Menschen mit ausreichender Health Literacy entscheiden sich öfters für gesundheitsförderndes Verhalten. Das reflektiert sich vor allem in den Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, aber auch, wenngleich nicht ganz so stark ausgeprägt, im Konsum von Zigaretten, Alkohol und Medikamenten (Schaeffer et al., 2016, S. 82ff.). Von erheblicher Bedeutung ist die Auswertung der Daten im Hinblick auf Health Literacy und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Hierbei ist das größte Defizit zu verzeichnen, denn der Umgang mit Informationen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit wird von allen Bevölkerungsgruppen am schwierigsten empfunden. Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, Auswirkungen gesundheitsbezogener politischer Entscheidungen nicht nachvollziehen zu können, etwas weniger als die Hälfte findet es schwierig Informationen zu finden, die der gesundheitsförderlichen Gestaltung der unmittelbaren Wohnumgebung dienen (Schaeffer et al., 2016, S. 51f.).

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz hat demnach eine hohe Priorität, wenn es um die Frage geht das Gesundheitsverhalten zu verbessern und Risikoverhaltensweisen zu vermindern. Dafür benötigt es die Entwicklung von nutzerorientierten und zielgruppenspezifischen Interventionen, die auf empirischen Erkenntnissen beruhen und Setting orientierte Strategien berücksichtigen. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei vulnerablen Gruppen zu schenken.

3.3.2 Handlungsfeld Empowerment

Das Schlüsselwort in der Ottawa Charta zur erfolgreichen und nachhaltigen Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting lautet Empowerment. Empowerment ist ein wesentlicher Bestandteil von Health Literacy. *„By improving people’s access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment“* (WHO, 1998, S. 357). An dieser Stelle muss ergänzend festgehalten werden, dass Health Literacy nicht automatisch zu Empowerment führt, sondern lediglich als Werkzeug für Empowerment dient (Cron Dahl & Ekklund Karlson, 2016, S. 2).

Empowerment bedeutet, Prozesse und Aktivitäten zu initiieren, Selbstkontrolle zu ermöglichen, Wissen und Fähigkeiten zu verbessern und das Selbstwertgefühl und Selbstbild zu stärken. Wesentlich in diesem Prozess ist ein verstärktes Bewusstsein für die gesellschaftlichen Bedingungen und die sozialen Determinanten von Gesundheit, weiters ein umfassendes Verständnis dafür, wie alle verfügbaren Ressourcen genutzt werden können, um sich an sozialen und politischen Aktionen zu beteiligen (Cron Dahl & Ekklund Karlson, 2016, S. 2). Empowerment ermächtigt Personen oder Menschengruppen die soziale Lebenswelt aktiv zu gestalten.

Förderung des Empowerments in der Gesundheitsförderung setzt an zwei unterschiedlichen Ebenen an. Einerseits im Verfügbarmachen von finanziellen, sozialen Ressourcen und räumlichen Strukturen, sodass ein gemeinsames Handeln ermöglicht wird und andererseits in der Bildung von Netzwerken, um die Interessensgruppen und Ressourcen miteinander verbinden zu können (Steinbach, 2007, S. 55). Dabei gilt es zu beachten, dass Fachkräfte für Gesundheitsförderung die Rahmenbedingungen zwar mitgestalten und in den Prozessen beratend zur Seite stehen, die eigentlichen Prozesse der Betroffenen jedoch nicht beeinflussen. Angebote des Empowerments eröffnen Handlungs- und Begegnungsräume in denen Problemlagen und Lösungsansätze von den Betroffenen selbst erarbeitet und gestaltet werden. Um diese Prozesse des Empowerments zu initiieren und zu fördern, ist es wichtig nicht vorgefertigte Antworten zur Verfügung zu stellen. Zielführend ist es Fragen zu stellen und so die Neugierde nach Antworten zu wecken. So werden die Betroffenen angehalten selbst aktiv zu werden und untereinander ihren Erfahrungsschatz auszutauschen, dabei sollen idealerweise Personen aktiviert werden, die mit diesem Thema vorher noch nicht in Berührung waren. In weiterer Folge soll es möglich sein auf vielfältige Mitwirkende zurückgreifen (Brandes & Stark, 2018, S. 65).

Empowerment soll eine Zunahme des Partizipationsbedürfnisses bewirken (Brandes & Stark, 2018, S. 66).

Empowerment der Bevölkerung einer Gemeinde kann sowohl als ein Outcome gesehen werden, nämlich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner selbst Probleme erkennen und Lösungen dafür entwickeln können, aber auch als ein fortlaufender Prozess, der die Gemeinde selbst stärkt.

Abbildung 6: Community empowerment as a continuum



Quelle: eigene Darstellung nach Laverack (2004, S. 48)

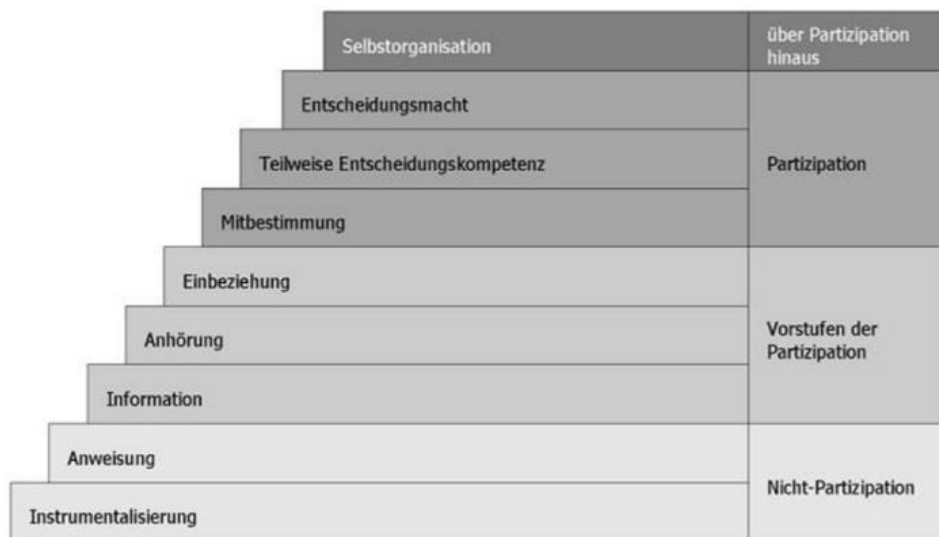
Wie in der Abbildung zu sehen ist, kann das Ziel sein, in mehreren kleineren Schritten durch Stärkung der einzelnen abgebildeten Bereiche, die Gemeinde zu bemächtigen. Ausgehend von einem individuellen Problem bzw. Lösungsansatz, erarbeiten Gruppen Konzepte, die weiters in die Organisationsstrukturen der Gemeinde eingebunden werden. In einem weiteren Schritt werden geeignete Partner für die Umsetzung und das Weiterbestehen des Projektes gesucht, Netzwerke gebildet und gestärkt. Durch diesen Prozess können soziale und politische Veränderungen erzielt, sowie eine neue Ressourcenverteilung bewirkt werden. Diese einzelnen Aktionen ermöglichen es Gesundheitsdienste neu zu orientieren und gesunde Lebenswelten in der Kommune den Bedürfnissen entsprechend zu schaffen. Dabei ist anzumerken, dass dieser Verlauf nicht unbedingt linear, wie hier schematisch dargestellt wurde verlaufen muss. (Woodall, Raine, South & Warwick-Booth, 2010, S. 10f.). Aus dieser Abbildung des Prozesses lässt sich auch gut erkennen, dass Empowerment weder Gruppen noch einzelnen Personen „gegeben“ werden kann, sondern selbst entwickelt werden muss. Es geht weniger um die Vermittlung von Wissen als vielmehr um die Befähigung und Förderung des selbständigen Handelns (Lenartz, 2012, S. 42).

3.3.3 Handlungsfeld Partizipation

„Erkläre mir, und ich werde vergessen. Zeige mir, und ich werde mich erinnern. Beteilige mich und ich werde verstehen“ (Konfuzius zitiert nach Stumpner, 2013, S. 27).

Der aus dem lateinischen kommende Begriff Partizipation wird übersetzt mit Teilhabe, Teilnahme, Beteiligtsein, Mitwirkung, Mitbestimmung. Bürgerschaftliches Engagement stärkt den Zusammenhalt in der Kommune und erhöht das Verantwortungsbewusstsein für die Gemeinschaft. Speziell im Hinblick auf die Gesundheitsförderungsstrategien und die nachhaltige Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen nimmt Partizipation einen zentralen Stellenwert ein. In der Gesundheitsförderung wird Partizipation auch als Bürgerbeteiligung verstanden, doch nicht jeder Prozess in dem Bürger und Bürgerinnen beteiligt sind, ist mit Partizipation gleichzusetzen. Partizipation ist von der Art und dem Ausmaß der Beteiligung sowie der Entscheidungskompetenz abhängig. Wright stellt die Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung folgendermaßen dar:

Abbildung 7: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung



Quelle: Wright (2010, zitiert nach Wright 2016, S. 707)

Dabei unterscheidet er die Stufen von der Minimalbeteiligung bis zur Entscheidungsmacht auf drei Ebenen: die Ebene der Nicht-Partizipation, die Vorstufen der Partizipation und die Ebene der Partizipation. In der untersten Ebene der Nicht-Partizipation wird die Zielgruppe in Entscheidungsprozesse nicht miteingebunden. Die Entscheidungsträger und die Entscheidungsträgerinnen definieren die Probleme der Zielgruppe und setzen entsprechende Maßnahmen. In den Vorstufen der Partizipation wird die Zielgruppe in Entscheidungsprozesse eingebunden, jedoch ist ein direkter Einfluss auf die Maßnahmen nicht möglich. Die Ebene der Partizipation teilt der Zielgruppe formale und verbindliche Rollen in der Entscheidungsfindung zu. Darüber hinaus befindet sich noch die Stufe der Selbstorganisation. Hier werden Entscheidungen von der Zielgruppe selbständig getroffen. Beispielhaft dafür sind Vereine, die von Betroffenen selbständig geführt werden (Wright, 2018, S. 706ff.). Die Stufen der Partizipation sind zwar hierarchisch angeordnet, Wright weist aber darauf hin, dass jedes einzelne Element bedeutend für

Partizipation sei. Nicht immer erlauben die Rahmenbedingungen einen hohen Grad an Mitbestimmung in der Praxis. Partizipative Strukturen aufzubauen ist zeitintensiv und muss nachhaltig und langfristig geplant werden (Wright, 2010, S. 42f.).

Das Gestalten und Mitgestalten von Gesundheitsförderungsprojekten (in den unterschiedlichen Stufen der Partizipation) ermöglicht es den Zielgruppen und zukünftigen Nutzern und Nutzerinnen der Intervention ihre eigenen Themen und eigenes Wissen einzubringen und die erforderlichen Schritte mitzugestalten und mitzuentcheiden, sodass das Outcome möglichst maßgeschneidert auf die Bedürfnisse angepasst werden kann. Damit wird die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure (Zielgruppe, Projekt, Geldgeber) gestärkt und die Wirksamkeit der gesundheitsfördernden Maßnahmen gesteigert (Wright, 2010, S. 51f.).

Gerade die ältere Bevölkerung kann durch ehrenamtliche Tätigkeiten und beratende Funktionen zur Gestaltung der Gesellschaft beitragen.

3.4 Gesundheitsförderung in der Gemeinde

Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene wird in Österreich vorwiegend durch Initiativen und Programme mittels Projektstrukturen umgesetzt. Es sollen innovative Angebote zur Gesundheitsförderung nachhaltig geschaffen werden, um die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Menschen in der Gemeinde zu steigern. Ziel ist es zum einen gesundheitsfördernde Strukturen in den Kommunen aufzubauen und zum anderen Menschen über gesundheitsrelevante Themen zu informieren und sie zu befähigen, gesundheitsbewusste Entscheidungen im täglichen Leben treffen zu können.

„Gesundheit fördern, wo Gesundheit passiert“ – so lautet das Ziel der „Gesunde Gemeinde“-Initiative (Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, 2017).

Das Projekt „Gesunde Gemeinde“ entspricht den Handlungsstrategien der Weltgesundheitsorganisation und dem Konzept „Gesundheit 21“. Gesundheit 21 enthält 21 Gesundheitsziele für den Start in das 21. Jahrhundert und wurde auf Basis der Deklaration Alma Ata „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ konzipiert. Diese Gesundheitsziele können zum Teil mit dem Projekt Gesunde Gemeinde auf kommunaler Ebene realisiert werden. Dies hebt die Bedeutung der regionalen Gesundheitspolitik einmal mehr hervor (Schwartz, Kickbusch & Wismar, 2003, S. 231f.; WHO, 1999).

Österreichweit sind, mit Ausnahme des Bundeslandes Tirol, alle Bundesländer an dieser Initiative beteiligt. Das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ wird länderspezifisch von professionellen Gesundheitsförderungseinrichtungen initiiert und begleitet (Öffentliches Gesundheitsportal

Österreich, 2017). Entschließt sich eine Gemeinde dem Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ beizutreten, ist zunächst die Unterstützung der Gemeinde durch einen positiven Gemeinderatsbeschluss notwendig. Des Weiteren wird ein Arbeitskreis gebildet, in welchem unter anderem Ärzte und Ärztinnen, Vertreter und Vertreterinnen von Wohlfahrtseinrichtungen, Bewohner und Bewohnerinnen sowie Interessierte vertreten sind. Das jährliche Budget für den Arbeitskreis variiert zwischen € 0,40 bis € 1,00 pro Einwohnerinnen und Einwohner. Regionalberater und Regionalberaterinnen fungieren als unmittelbare Ansprech- und Vernetzungspersonen (www.noetutgut.at, 29.10. 2019).

Zusätzlich hat der Fonds Gesundes Österreich im Herbst 2012 die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft“ ins Leben gerufen. Damit soll der Zusammenhalt im unmittelbaren Lebensumfeld gesundheitsfördernd gestärkt werden. Die Ziele der Initiative sind der Gesellschaft die Bedeutung des Themas bewusst zu machen, Projekte in der Umsetzung zu fördern und Fachleute in der gesundheitsfördernden Wirkung von Nachbarschaften weiterzubilden, sowie untereinander zu vernetzen. Bis dato wurden in drei Phasen mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten Projekte gefördert. Im Mittelpunkt der aktuellen Phase stehen seit 2019 ältere Menschen. Neben öffentlichen Einrichtungen, können auch Privatpersonen Projekte einreichen. Erfolgreich angenommene Projekte werden zu 50% der Gesamtprojektkosten vom FGÖ finanziert. Die geförderten Gesamtprojektkosten im kommunalen Setting richten sich nach der Einwohnerzahl und dürfen den davor vorgesehenen Betrag weder unter- noch überschreiten. Die weiteren 50% müssen von anderen Unterstützungsorganisationen bzw. vom Antragsteller selbst übernommen werden (www.gesunde-nachbarschaft.at, 29.10. 2019).

Für Gesundheitsförderung wurden in Österreich im Jahr 2016 von der öffentlichen Hand (Bund inkl. FGÖ, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger) 69,8 Mio. Euro ausgegeben, das entspricht 3,2 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention. Dem kommunalen Setting kommen davon 12,9 Mio. zu. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich ein deutlicher Zuwachs der öffentlichen Ausgaben für diesen Bereich (BMASGK, 2019, S. 29). Die Interventionsebene Gesundheitsförderung weist eine Ausgabensteigerung von 2012-2016 um 47,7% auf (BMASGK, 2019, S. 49). Ein großer Anteil wurde in die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft“ investiert.

4 Setting Kommune/Gemeinde

Die Kommune als gesundheitsförderndes Setting ist für die Zielgruppe der älteren Menschen von zentraler Bedeutung. Angesichts der demographischen Entwicklung, den besonderen Bedürfnissen, die mit dem Älterwerden einhergehen, sowie einer sich im Wandel befindlichen ländlichen Gesundheitsversorgungsstruktur, gewinnt der unmittelbare Lebens- und Sozialraum für Gesundheitsmaßnahmen zunehmend an Bedeutung.

4.1 Die Kommune als gesundheitsförderndes Setting

Der Begriff der Kommune lässt sich grob aus dem Englischen „Community“ ableiten und bezieht sich auf Menschen, die sich aufgrund geographischer Nähe, politischer Zugehörigkeit, ethnischer Kultur oder durch Merkmale einer anderen Subkultur (z.B. Gay Communities) einander zugehörig fühlen und miteinander interagieren. Im Bereich des gesundheitsfördernden Settings stellt die Kommune die unterste Verwaltungseinheit der politischen Strukturen (Bund, Länder, Gemeinden) dar und hat den Auftrag eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und die Leitlinien der Ottawa Charta „gesundheitsfördernde Lebensräume zu schaffen“ umzusetzen (Trojan & Süß, 2014, S. 345ff.). Die gesundheitsfördernde Gemeinde dient demnach als geographisches Zielgebiet für individuelle Verhaltensänderungen und als Sozialraum, dessen Aufgabe es ist vorhandene Gesundheitsressourcen zu stärken und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen (Trojan & Süß, 2014, S. 346f.). Die Praxis des Setting Ansatzes in der Kommune wird seit Anfang der 90er Jahre in modellhaften Programmen des Netzwerkes der Gesunden Städte/Gesunde Gemeinde international umgesetzt. 100 Städte in rund 30 Ländern der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sind Mitglieder des Gesunde-Städte-Netzwerks.

Gemäß dem Leitfaden für Prävention, Handlungsfelder und Kriterien der deutschen zentralen Interessenvertretung für gesetzliche Kranken- und Pflegekassen nimmt die Kommune eine zentrale Stellung als Setting im Handlungsfeld Gesundheitsförderung ein (GKV, 2018, S. 31): *„Die Kommune bildet ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung, weil die kommunale Lebenswelt von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen ist und sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen hier ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden können. Hier lassen sich auch solche Zielgruppen erreichen, die über die Einrichtungen, wie Kita, Schule, Betrieb, in der Regel nicht erreicht werden, wie z. B. Arbeitslose und ältere Menschen.“* Die Kommune ist daher der ideale Ort, wenn eine Begleitung in allen Lebensphasen, von der Geburt bis zum hohen Alter, Ziel von Interventionen ist.

Trojan und Süß (2014, S. 349) identifizieren Aufgabenbereiche, die im Rahmen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik im kommunalen Setting zu realisieren sind. Dazu zählen die Kompetenzentwicklung, Empowerment und Partizipation der Bürgerinnen und Bürger, Organisationsentwicklung, Netzwerkentwicklung und Gemeinwesen-Entwicklung in der Kommune sowie jene Bereiche, die das Management von Konflikten unterstützen.

Die Umsetzung von gesundheitsfördernden Initiativen im kommunalen Setting sehen Barić und Conrad (1999, S.48f.) in drei aufeinander aufbauenden Prozessen:

1. Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der Kommune und Öffentlichkeitsarbeit,
2. Netzwerkbildung mit anderen ähnlichen Settings,
3. Gesundheitsbündnis mit anderen Settings auf lokaler, nationaler oder internationaler Ebene.

In Anbetracht dieser Prozesse ist die Wichtigkeit der Netzwerkentwicklung und Netzwerkbildung für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Initiativen, wie sie auch Trojan und Süß fordern, deutlich zu erkennen.

Dooris (2009, S. 31) entwickelte ein Konzept, dass besonders in Hinblick auf die Nachhaltigkeit, in der Umsetzung des Setting Ansatzes von Bedeutung ist. Die Kerndimensionen dieses Konzeptes sind ein ökologisches Gesundheitsmodell, eine systemische Perspektive auf das Setting und eine ganzheitliche Organisationsentwicklung. Gesundheit soll in den Fokus des gesamten Settings rücken, das heißt in die Strukturen und Prozesse eingebunden werden und ein natürlicher Bestandteil von Planungsvorhaben und Entscheidungsverfahren sein. Kurzzeitige Projekte, wie sie auch im Rahmen der Gesundheitsförderung umgesetzt werden, müssen in langfristigen Organisations- und Gemeindeentwicklung eingebettet werden.

Abbildung 8: Konzeption eines ganzheitlichen Setting Ansatzes



Quelle: Dooris (2009, S. 31)

Besonders zu beachten ist, dass ein Top-down orientiertes Vorgehen in Einklang mit einem beteiligungsorientierten Ansatz gebracht werden muss. Handlungsleitend ist weiters die Integration der zugrundeliegenden Werte des Konzeptes, um einerseits Partizipation und Empowerment der Zielgruppe und andererseits Chancengleichheit und Partnerschaft innerhalb

und außerhalb des Settings, sowie Nachhaltigkeit gewährleisten zu können (Dooris, 2009, S. 31ff.).

4.2 Community Capacity Building

Das Konzept Community Capacity Building unterstützt das Ergreifen von strategischen Maßnahmen zum Aufbau von Ressourcen und Fähigkeiten in der Gemeinde. Der Zweck des Aufbaus von Community Capacity besteht darin, Möglichkeiten für die Zusammenarbeit von Menschen in der Kommune zu schaffen und gemeinsam eine Vision und eine Strategie für die Zukunft zu entwickeln. Der Aufbau von Community Capacity sollte grundlegend in der Planung von Gesundheitsförderung in der Gemeinde verankert werden. Es werden sowohl individuelle Fähigkeiten als auch die Kompetenzen der Organisationen in der Gemeinde gestärkt. Der Aufbau von Community Capacity besteht aus zwei Säulen (Evans, Raymond & Perkins, 2014, S. 197f.):

1. Aufbau gemeinsamer Ziele, nützlicher Beziehungen und Fähigkeiten innerhalb der Gemeinschaft
2. die Gemeinde mit externen Ressourcen zu verbinden

Im Wesentlichen kommen dabei vier Hauptstrategien zur Anwendung (Evans et al., 2014, S. 198ff.):

1. Führungskräfteentwicklung
2. Organisationsentwicklung
3. Community Organising
4. Interorganisatorische Zusammenarbeit

Diese vier Strategien stehen in enger Wechselwirkung zueinander und sind am wirkungsvollsten, wenn sie in einem umfassenden Ansatz und einer integrierten Arbeitsweise angewendet werden. Durch die Kombination der vier Strategien erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Bemühungen zum Aufbau von Community Capacity erfolgreich sein werden (Evans et al., 2014, S. 198).

Führungskräfteentwicklung

Der Aufbau von Ressourcen und Kapazitäten in der Gemeinde braucht Führungskräfte, die bereit und in der Lage sind, Verantwortung für die Entwicklung und Verbesserung der Gemeinschaft zu übernehmen. Lokale Führungskräfte bringen einerseits Kompetenzen in Leadership

mit und verfügen andererseits über einen Zugang zu Ressourcen und Informationen über Bewohner und Bewohnerinnen der Gemeinde. Sie schaffen Möglichkeiten für eine aktive Beteiligung an Aktivitäten, die der Verbesserung der Gemeinde dienen (Evans et al., 2014, S. 198f.).

Organisationsentwicklung

In der Organisationsentwicklung als zweite Strategie, werden vier Kernbereiche identifiziert, um die Organisationskapazität zu stärken: Adaptionsfähigkeit, Führungskompetenz, Managementkapazität und technische Kapazität. Adaptionsfähigkeit bezieht sich dabei auf die Fähigkeit interne und externe Änderungen zu überwachen, zu bewerten und entsprechend darauf reagieren zu können. Das kann beispielweise durch strategische Planung oder durch Bildung nützlicher Kooperationen erfolgen. Führungskompetenz erfordert neben organisatorischen und kommunikativen Fähigkeiten auch die Fähigkeit die Organisation inspirieren und motivieren zu können. Managementkapazität beinhaltet den effektiven und effizienten Einsatz von Organisationsressourcen. Zur Unterstützung der organisatorischen Tätigkeiten sind technische Kapazitäten unverzichtbar (Evans et al., 2014, S. 192f.).

Community Organising

„Community organising is the process of bringing people together to solve community problems and address goals“ (Chaskin et al. zitiert in Evans et al., 2014, S. 199)

Das Ziel von Community Organising ist Machtverhältnisse abzubauen und die Einbindung von Randgruppen und sozioökonomisch Benachteiligte in die Gemeinschaft, um gemeinsam Ziele für eine Verbesserung der Gemeinde zu formulieren und diese erfolgreich umzusetzen. Dabei werden der Aufbau von Beziehungen und die Förderung von sozialem Kapital als zentrale Elemente gesehen. Die Stärken der Einzelpersonen, der Organisation und der Gemeinde werden zusammengeführt und bilden dadurch eine wertvolle Ressource für die Umsetzung von Veränderungsmaßnahmen (Evans et al., 2014, S. 199).

Interorganisatorische Zusammenarbeit

Auf der organisatorischen und institutionellen Ebene der Gemeinschaft ist es wichtig organisationsübergreifende Partnerschaften und Netzwerke zu bilden, um gemeinsame Ressourcen und Kapazitäten zu schaffen. Abgesehen davon hat eine interorganisatorische Zusammenarbeit noch einen wesentlichen Vorteil: durch Kooperation und Netzwerkbildung erhöht sich auch die Wirkung und der Einfluss auf die Gesellschaft und die Politik, und kann dadurch auch Druck auf politische Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen erzeugen, sodass Änderungen der Rahmenbedingungen hervorgerufen werden können (Evans et al., 2014, S. 200f.).

Das umfassende Konzept des Community Capacity Building ist komplex und vielfältig. Um den Aufbau von Ressourcen und Fähigkeiten in der Gemeinde nachhaltig gewährleisten zu können bedarf es der aktiven Beteiligung der Bürger und Bürgerinnen, einen beziehungsorientierten Ansatz und dem Verknüpfen der vier angeführten Strategien.

5 Nachhaltigkeit

Die zunehmende Bedeutung und Präsenz des Themas der Nachhaltigkeit, zeigt den dringlichen Handlungsbedarf auf politischer, gesellschaftlicher und individueller Ebene auf. Nachhaltigkeit im Sinne einer Ressourcenschonung und einer anhaltenden bzw. dauerhaften Wirkung ist auch das primäre Ziel von Gesundheitsinterventionen. Jede Investition in die Gesundheitsförderung ist wertvoll und soll einen längerfristigen Effekt für die Bevölkerung bewirken. Der Fonds Gesundes Österreich zieht „Nachhaltigkeit der Veränderung“ als Qualitätskriterium für die Planung und Bewertung von eingereichten Gesundheitsförderungsprojekten heran. Im Hinblick auf die Beantwortung der Frage wie nachhaltiger, gesundheitsförderlicher Strukturaufbau im Setting der Gemeinde gelingen kann, werden nachfolgend die Kernelemente für nachhaltige Gesundheitsförderung identifiziert und essenzielle Ressourcen beleuchtet. Bereits in der Konzeption des ganzheitlichen Setting-Ansatzes nach Dooris (2009) wurden grundlegende Erfolgsfaktoren für Nachhaltigkeit angeführt. Diese spiegeln sich in den nachfolgenden Modellen wider.

5.1 Faktoren für nachhaltige Gesundheitsförderung im Setting

Angelehnt an die Dimensionen des Community Capacity Building identifizieren Zengerer und Neuhold (2015, S. 2f.) fünf Faktoren, die einen gesundheitsförderlichen Strukturaufbau in der Gemeinde nachhaltig gewährleisten können. Diese Nachhaltigkeitsfaktoren werden in die Kernbereiche Politische Verankerung, Gemeindeinfrastruktur und Vernetzung, Leadership und Managementkompetenzen, Ressourcenanlage und -allokation, sowie Partizipation und Empowerment gegliedert.

Als ersten Schritt für eine nachhaltige Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Gemeinde muss diese Veränderung von der Gemeindepolitik erwünscht sein und durch politisches Leadership unterstützt werden. Durch eine politische Verankerung können Durchführungsbeschlüsse erleichtert werden und finanzielle Ressourcen leichter verfügbar gemacht werden.

Interventionen auf Gemeindeebene erfordern eine Vernetzung innerhalb und mit umliegenden Gemeinden, sowie mit gesundheitsfördernden Vereinen. Die Vernetzung sorgt einerseits dafür, dass Ausfälle kompensiert werden können und fördert die Qualität und Nachhaltigkeit.

Um Interventionen gezielt leiten zu können, bedarf es Experten und Expertinnen mit Leadership- und Managementkompetenzen. Engagierte und verantwortungsbewusste Personen

aus der Gemeinde können hier zu Schlüsselpersonen werden und Leadershipfunktion übernehmen (Zengerer & Neuhold, 2015, S. 3).

Der dritte Kernbereich umfasst Ressourcenanlage und –allokation. Ressourcen (personell, materiell, zeitlich) stellen oft einen limitierenden Faktor in der Umsetzung und nachhaltigen Implementierung von gesundheitsfördernden Strukturen dar. Freiwillige aus der Gemeinde leisten in diesem Zusammenhang einen wertvollen Beitrag. Dieser muss jedoch auch entsprechend wertgeschätzt und honoriert werden, um eine nachhaltige Zusammenarbeit und Bindung zu fördern. Weiters ist im Hinblick auf die Nachhaltigkeit auf eine professionelle externe Unterstützung, beispielsweise im Rahmen der „Gesunden Gemeinde“, zu achten. Geeignete Räumlichkeiten und Informations- und Werbemöglichkeiten sind ebenfalls unverzichtbare Ressourcen (Zengerer & Neuhold, 2015, S. 3).

Partizipation und Empowerment sind in diesem Konzept von zentraler Bedeutung. Die Beteiligung und Mitgestaltung durch die Bewohner und Bewohnerinnen fördert die Akzeptanz und somit auch die Nachhaltigkeit der Maßnahmen. In wieweit Partizipationskultur und Gestaltungsfreiheit umgesetzt werden können, ist oft durch die Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen vorgegeben (Zengerer & Neuhold, 2015, S. 3f.). Nicht jedes Projekt der Gesundheitsförderung ist gleichermaßen für einen partizipativen Ansatz geeignet. Die Gründe dafür werden im Kapitel Herausforderungen näher beleuchtet.

5.1.1 Sustainability Framework

Der Frage der Nachhaltigkeit von Public Health Programmen auf kommunaler Ebene näherten sich Schell et al. (2013) anhand einer Concept Mapping Analyse an, welche 85 ausgewählten Studien beinhaltete. Aufgrund der Ergebnisse konnten neun Kernbereiche identifiziert werden, die eine direkte Auswirkung auf die Nachhaltigkeit von Gesundheitsinterventionen zeigen. Diese Kernbereiche greifen zum Teil die Nachhaltigkeitsfaktoren von Zengerer und Neuhold (2015) auf. Zusätzlich werden noch die Bereiche der Evaluation und der Public Health Impacts als wesentliche Faktoren in dieses Modell integriert. Das daraus entstandene Sustainability Framework wird in der nachfolgenden Abbildung grafisch dargestellt:

Abbildung 9: Sustainability framework



Quelle: Schell et al. (2013, S. 9)

Im Zentrum dieses Modelles steht die strategische Planung der Gesundheitsinitiative, welche die Ziele und Strategien definiert. Die weiteren acht Kernbereiche können in interne und externe Kontrollelemente unterteilt werden. Die internen Elemente Organisationsvermögen, Adaptionsfähigkeit, Evaluation und Kommunikation können von den Akteuren und Akteurinnen im Wesentlichen selbst gesteuert werden, während auf die externen Elemente Public Health Effekt, finanzielle Sicherheit, politische Unterstützung und Partnerschaften im Gegensatz dazu, nur begrenzt Einfluss genommen werden kann (Schell et al., 2013, S. 6).

Das Organisationsvermögen stellt sicher, dass die benötigten materiellen, personellen und räumlichen Ressourcen zur Verfügung stehen. Adaptionsfähigkeit zeigt auf, dass für eine nachhaltige Umsetzung, die geplanten Maßnahmen adaptierbar sein sollen. Können die Maßnahmen an die sich oft ändernden Erfordernisse der Personen aber auch der Lebenswelt individuell angepasst werden, so wird dadurch auch die Effektivität gesteigert (Schell et al., 2013, S. 6f.).

Ein weiteres Kernelement stellt die Kommunikation dar. Damit soll die Sicherstellung der Weitergabe von Informationen bezüglich des Projektes, dem Projektfortschritt, der bereits erzielten Ergebnisse und anstehende Aktivitäten an die Stakeholder, Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit gewährleistet werden. Der Effekt, den die Intervention auf die Wahrnehmung, die Haltung und das Verhalten der Zielgruppe hat, wird in diesem Modell als Public Health Impact dargestellt. Nur finanzielle abgesicherte Maßnahmen können auch ein Fortbestehen nach Be-

endigung der Projektphase gewährleisten. Ebenso ist die politische Unterstützung von immenser Bedeutung, da diese auch Auswirkungen auf die Finanzierung hat (Schell et al., 2013, S. 6f.).

Das Sustainability Framework soll einen Handlungsrahmen für die Implementierung von Gesundheitsförderung in der Gemeinde bieten und als Bezugspunkt dienen.

5.1.2 Essenzielle Ressourcen für nachhaltige Gesundheitsförderung

Um die angeführten Kernelemente im kommunalen Setting auch erfolgreich umsetzen zu können, benötigt es im Hinblick auf die oft spärliche Infrastruktur im ländlichen Bereich die Sicherstellung weiterer essenziellen Kapazitäten, Kompetenzen und Ressourcen.

Dazu gehören externe Partner, Commitment und Leadership der Projektleitung, ausreichende Personalkapazitäten für Workshopleiter, Koordinatoren für die Planung und Durchführung der Workshops, Stabilität in der Organisation und Beteiligung eines Teams der Betroffenen (Dattalo, Wise, Ford II, Abramson & Mahoney, 2017, S. 358).

Die Vernetzung mit externen Partnern und Partnerinnen und Stakeholder stellt eine wichtige Säule dar, um eine möglichst große Bandbreite an Ressourcen generieren zu können. Diese können von verfügbaren Räumlichkeiten über Zugang zu freiwilligen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen oder Workshopteilnehmern und -teilnehmerinnen reichen. Durch die Bildung von Netzwerken können Infrastruktur und materielle sowie personelle Ressourcen effizient genutzt werden. Zusätzlich zu den externen Partnern und Partnerinnen muss auf eine starke Leadershipfähigkeit des Projektleiters und der Projektleiterin geachtet werden, um die internen Ressourcen für Workshops effizient zu steuern und nachhaltig gewährleisten zu können (Dattalo et al., 2017, S. 363).

Desweiteren ist bei den Personalressourcen darauf zu achten, dass eventuelle Ausfälle von freiwilligen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ausreichend kompensiert werden bzw. neue Freiwillige fortlaufend rekrutiert und entsprechend geschult werden können. Koordinatoren und Koordinatorinnen stellen sicher, dass die Workshopleiter und Workshopleiterinnen benötigte Ressourcen vor Ort vorfinden (Dattalo et al., 2017, S. 363ff.).

Stabilität im Setting und in der Organisation ist ebenfalls eine essenzielle Ressource, da eine hohe Fluktuation im internen Projektteam eine erhebliche Barriere für Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung darstellen kann. Um nachhaltige Veränderungen im Gesundheitsverhalten zu verankern benötigt es ein Team der Betroffenen, das die Fortführung der Maßnahmen nach Ende der Projektphase, begleitet (Dattalo et al., 2017, S. 366).

5.2 Nachhaltigkeitskonzept nach Stockmann

In der Umsetzung von nachhaltigen Interventionen in der Gesundheitsförderung muss letztendlich auch die Wirkung entsprechend erhoben und festgestellt werden. Bedeutend dabei ist, dass die Effekte einer Intervention über einen Zeitraum sichtbar werden und aufgrund dessen bei der Erhebung von Wirkungen eine Prozessperspektive eingenommen werden muss (Denk, 2019, S. 28).

Das Nachhaltigkeitskonzept von Stockmann setzt an der Lebensverlaufsforschung an. Für Gesundheitsförderungsprojekte lässt sich ableiten, dass diese verschiedenen Entwicklungsphasen durchlaufen, die einem zeitlichen Entwicklungsmuster folgen (Stockmann, 2006, S. 99). Stockmann nennt in diesem Zusammenhang vier Dimensionen der Nachhaltigkeit (Stockmann 1996 zitiert nach Denk, 2019, S. 29):

Abbildung 10: Dimensionen der Nachhaltigkeit

<i>Dimension</i>	<i>Typ</i>	<i>Merkmal</i>
I	projekt-/programmorientiert	Die Zielgruppe und/oder Trägerorganisation führt die Innovation im eigenen Interesse und zum eigenen Nutzen fort.
II	output-/leistungsorientiert	Andere Gruppen/Organisationen haben die Innovationen in ihrem eigenen Interesse und zum eigenen Nutzen dauerhaft übernommen.
III	systemorientiert	Die Innovationen führen über Diffusionsprozesse zu einer Leistungssteigerung des gesamten Systems (z. B. des Gesundheits- oder Bildungssystems).
IV	innovationsorientiert	Die Zielgruppe/die Trägerorganisation verfügt über ein Innovationspotential, um auf veränderte Umweltbedingungen flexibel und angemessen zu reagieren.

Quelle: Stockmann (1996 zitiert nach Denk, 2019, S. 29)

Die erste Dimension der Nachhaltigkeit bezieht sich auf das Projekt selbst. Nachhaltigkeit kann hier gewährleistet werden, wenn die Zielgruppe bzw. die Trägerorganisation das Projekt aus eigenem Interesse fortführen möchte und kann.

Die zweite Dimension orientiert sich an dem Output bzw. der erbrachten Leistung der Innovation. Nachhaltigkeit wird in dieser Stufe sichtbar, wenn die Innovation von anderen Gruppen und Organisationen dauerhaft übernommen wird. Der Wirkraum der Innovation wird somit vergrößert.

Die dritte Dimension umfasst eine Veränderung des gesamten Systems. Systemorientierte Nachhaltigkeit zeigt sich, wenn eine erfolgreiche Implementierung einer Gesundheitsförderungsmaßnahme einer Gemeinde landesweit ausgerollt wird und sich dadurch der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert.

In der vierten Dimension verfügt die Trägerorganisation bzw. die Zielgruppe über Potential, um auf Veränderungen in der Umwelt flexibel reagieren zu können. Interventionen können flexibel an Bedürfnisse angepasst werden.

Der Themenkomplex Evaluation in der Gesundheitsförderung kann in dieser Arbeit nicht abgehandelt werden, der Verweis auf die Dimensionen der Nachhaltigkeit von Stockmann soll jedoch veranschaulichen, dass es abgesehen von der Herausforderung nachhaltige Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu konzipieren und durchzuführen, es eine ebenso große darstellt ihre Nachhaltigkeit zielführend zu messen bzw. evaluieren zu können.

6 Herausforderungen

Für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderung wird sowohl Qualität als auch Wirksamkeit gefordert. Die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen stellt daher grundlegend eine nicht triviale Aufgabe dar. Eine *nachhaltige* Implementierung in einem *speziellen Setting (Kommune)* für eine *spezielle Zielgruppe (Ältere)* bringt Herausforderungen in der Umsetzung mit sich. Diese werden analog der Strukturierung des Kapitels Gesundheitsförderung nachfolgend dargestellt.

6.1 Herausforderungen in der Gesundheitsförderung für Ältere

In Anlehnung an das zu Beginn der Arbeit angeführte heterogene Bild des Alters, werden zuerst die Herausforderungen in der Gesundheitsförderung für Ältere angeführt. Neben altersbezogenen Herausforderungen wie Abnahme der kognitiven Fähigkeiten (erschwertes Verstehen und abnehmendes Erinnerungsvermögen), Abnahme des Hör- und Sehvermögens und Abnahme der Mobilität gibt es in Bezug auf die Gesundheitsförderung im Setting weitere Barrieren, die ältere Menschen daran hindern gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen und das eigene Gesundheitsverhalten zu verbessern. Dieser Abschnitt beleuchtet diese Herausforderungen und zeigt Lösungsansätze auf.

6.1.1 Health Literacy - Herausforderungen

Die Ergebnisse der Health Literacy Survey zeigen eindeutig, dass ältere Menschen zu den vulnerablen Gruppen mit unzureichender Gesundheitskompetenz zählen und Zielgruppe zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sein müssen, um gesundheitsförderliche Entscheidungen informiert treffen zu können.

Negative Auswirkungen unzureichender Gesundheitskompetenz zeigen sich in einer geringeren Compliance bei der Medikamenteneinnahme und im Management von chronischen Erkrankungen, weiters in einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheits- und Vorsorgeprogrammen, sowie in einer höheren Sterblichkeitsrate (Kobayashi, Wardle, Wolf & von Wagner, 2016, S. 445). Kobayashi et al. (2016, S. 452) zeigen, dass abnehmende Gesundheitskompetenz im Alter insbesondere auf abnehmende fluide Fähigkeiten, die mit dem natürlichen Alterungsprozess einhergehen, zurückgeführt werden können. Logisches Denken, Probleme zu lösen und Neues zu lernen werden mit zunehmendem Alter zu einer immer größeren Herausforderung. Im Gegensatz dazu bleiben kristalline Fähigkeiten (wissens- und erfahrungsbedingt) weitgehend unverändert erhalten.

Anbetracht dieser Erkenntnisse, sind bei der Umsetzung von Interventionen, die eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen zum Ziel haben, die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen auch dementsprechend zu berücksichtigen.

Die Mehrheit der Lösungsansätze zu Health Literacy Interventionen setzen isoliert am Individuum an, ohne die sozialen und kulturellen Lebensbedingungen miteinzubeziehen (de Wit et al., 2018, S. 1). Eine umfassende Herangehensweise setzt das Befähigen sowohl auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene in den Mittelpunkt. Zusätzlich wird die Effektivität der Interventionen verbessert, wenn Programme spezifisch für die Zielgruppe entwickelt werden und unterschiedliche Ansatzpunkte des Wissenstransfers integriert werden. Weitere zu berücksichtigenden Determinanten sind ein unterstützendes soziales Netzwerk, eine gute Vertrauensbasis zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsdiensteanbietern, ein barrierefreier Zugang zu Gesundheitsinformationen sowie zu Aktivitäten der Gesundheitsförderung. In diesem Zusammenhang wird ersichtlich, dass nicht nur die Betroffenen selbst Ansatzpunkt von Interventionen sind, sondern auch die Berufsgruppen des Gesundheitspersonals. Das Bewusstsein über die Auswirkung mangelnder Health Literacy muss gestärkt und die Kommunikationsfähigkeit in der Ausbildung der Gesundheitsberufe gefördert werden (HLCE, 2017).

Angelehnt an die Ergebnisse des europäischen Health Literacy Surveys, wurde im Rahmen des EU-Projektes „Intervention Research On Health Literacy among Ageing population (IRO-HLA)“ die Frage aufgerollt, wie die Gesundheitskompetenz erfolgreich gefördert werden kann. Die in der Studie untersuchten Praxisbeispiele wurden in fünf Themenbereiche: Gemeinschaft, Empowerment, Kommunikation, Kompetenz des Fachpersonals und Barrieren gegliedert, die in gleichen Maßen zu berücksichtigen sind. Entsprechend dieser Analyse wurden folgende evidenzbasierte Handlungsempfehlungen erarbeitet:

- **Wiederholung und Folgeaktivitäten**

Die Gesundheitskompetenz älterer Personen kann effektiv verbessert werden, wenn Informationen in mehrfachen Sitzungen wiederholt und Folgeaktivitäten sichergestellt werden. Das Wiederholen erhöht und sichert den Lerneffekt.

- **Kommunikation verbessern**

Neben der bereits erwähnten Schulung der Kommunikationsfähigkeiten, ist es sinnvoll unterschiedliche Kommunikationswege zu wählen (z.B. direkt, digitale Medien).

- **Stärken der Gemeinschaft**

Soziale Netzwerke sorgen für einen kontinuierlichen Austausch mit Betroffenen und Freiwilligen und schaffen Bewusstsein für Gesundheitskompetenz. Eine gute Vernetzung lässt ältere Menschen zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden.

- **Integration von E-Health**

Online Coaching und die Anwendung von interaktiven Tools tragen auch bei der Zielgruppe der älteren Menschen zu einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei.

- **Internetplattformen**

Insbesondere ist hier die soziale Teilhabe vordergründig. Ältere Menschen haben aufgrund von Vereinsamung ein höheres Risiko an Depressionen zu erkranken (Rohde, Kolpatzik, & Winter, 2015, S. 963f.). Hier zeigt sich auch, dass die Stärkung der „Computer Literacy“ älterer Menschen positiv zur Gesundheit beitragen kann.

- **Verhaltensänderung beibehalten**

Um eine kontinuierliche Verhaltensänderung zu erzielen, muss in erster Linie der Betroffene und die Betroffene verstehen, warum eine Verhaltensänderung notwendig ist. Weiters benötigt es unterschiedliche und individuell angepasste Strategien und eine kontinuierliche professionelle Begleitung. Die Integration von digitalen Kommunikationsmitteln z.B. in Form von digitalen Gesundheitsplänen kann auch unterstützend beitragen (HLCE, 2017).

- **Barrieren reduzieren**

Einerseits müssen Barrieren zum Zugang für Gesundheitsleistungen abgebaut werden, andererseits müssen Gesundheitskonzepte spezifisch für die Zielgruppe der Älteren angepasst werden und den Fokus auf praktische Aktivitäten legen. Hier bietet der Zugang zum Internet unterstützende Möglichkeiten zur Umsetzung von Selbstmanagement (HLCE, 2017).

6.1.2 Empowerment - Herausforderungen

Eine Voraussetzung für gelingendes Empowerment ist die Barrierefreiheit beim Zugang zu Informationen und Angeboten im Rahmen von Gesundheitsförderung. Demographische Fak-

toren, private Lebensformen aber auch ökonomische, räumliche oder soziale Barrieren können das Empowerment vulnerabler Gruppen wie z.B. älterer Menschen hemmen bzw. auch gänzlich im Ansatz unterdrücken. In Anbetracht der Herausforderungen, die sich im Alter bieten, können durch körperliche Einschränkungen und in weiterer Folge durch Einschränkungen in der Mobilität, Nachteile speziell für diese Altersgruppe entstehen. Zusätzlich ist bei der Gesundheitsförderung von älteren Personen darauf zu achten, dass Empowerment nicht zu einer Überforderung führt und die Teilhabe dadurch gefährdet wird.

Eine Bestandsaufnahme der Infrastruktur in der Gemeinde ist in diesem Zusammenhang von grundlegender Bedeutung. Dadurch können Möglichkeiten und Ressourcen, die bereits vor Ort vorhanden sind, erkannt und in das Konzept des Empowerments integriert werden. Zusätzlich sind die Stärken und Kompetenzen der Bewohner und Bewohnerinnen selbst von unschätzbarem Wert. Durch Befragungen können einerseits soziale Probleme sichtbar gemacht werden, andererseits die Fähigkeiten der Bewohner und Bewohnerinnen in den Vordergrund treten (Steinbach, 2007, S. 55f.). An diese neu entdeckten sozialen Ressourcen kann Empowerment anknüpfen. Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus der Region erreichen in Zusammenarbeit mit professionellen Beratungsdiensten auch jene Gruppen, die als schwer zugänglich gelten. Eine zielgruppenspezifische Ansprache über Schlüsselpersonen, wie z.B. durch Vertreter und Vertreterinnen des ortsansässigen Pensionistenvereins oder durch Einbindung des Hausarztes und der Hausärztin, erleichtert es ältere Frauen und Männer zu erreichen.

Der Stellenwert eines guten sozialen Klimas in der Gemeinde erweist sich daher als grundlegend für gelingende Empowermentprozesse. Kollektives Erfahrungswissen und gemeinschaftliche Interventionen, sowie regionale Unterstützungsstrukturen, fördern Empowerment in der Gemeinde.

Handlungsleitend können lokal verankerte Empowermentstrategien sein, die im Wesentlichen folgende Leitfragen klären (Brandes & Stark, 2018, S. 63):

- *„Unter welchen Bedingungen gelingt es Menschen, eigene Stärken zusammen mit anderen zu entdecken?“*
- *Was trägt dazu bei, dass Menschen aktiv werden und ihre eigenen Lebensbedingungen gestalten und kontrollieren?“*
- *Was können Professionelle dazu beitragen, um verschiedene Formen von Selbstorganisation zu unterstützen? Wie können sie ein soziales Klima schaffen, das Prozesse des Empowerments unterstützt?“*
- *Welche Konsequenzen haben solche Erfahrungen auf die beteiligten Menschen, Organisationen und Strukturen?“*

Empowerment kann als wesentliche Ressource für die partizipative Gestaltung gesunder Lebenswelten genutzt werden und zugleich ein aktives Leben im Alter in der Gemeinde fördern.

6.1.3 Partizipation - Herausforderungen

Gesundheitsförderung als Beteiligungsprozess bringt Herausforderungen auf mehreren Ebenen mit sich. Das Gesundheitsmodell der Salutogenese von Antonovsky weist auf die Bedeutung der Teilhabe an Entscheidungsprozessen in sozial anerkannten Aktivitäten für die Gesundheit hin und begründet die Wichtigkeit der aktiven Beteiligung der Betroffenen. Das eigene Leben gestalten zu können und das Gefühl der Sinnhaftigkeit des Lebens sind bedeutsame Elemente des Kohärenzgefühls und beeinflussen die Gesundheit und das Wohlbefinden.

Parallel zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ist auch eine ungleich verteilte Partizipationschance zu beobachten. Menschen mit niedrigem sozialem Status nehmen Partizipation weniger wahr, beteiligen sich an Aktivitäten in einem geringeren Ausmaß und verfügen insgesamt über weniger Möglichkeiten der sozialen Teilhabe. Sie verfügen nicht über ausreichende und erforderliche Kompetenzen und sind dadurch an der Mitsprache und Mitgestaltung in Partizipationsprozessen limitiert (Engelmann & Halkow, 2008, S. 47).

Darüber hinaus gibt es Personen, die an einer gemeinschaftlichen Beteiligung nicht interessiert sind und Partizipation aus persönlichen, kulturellen oder ethnischen Gründen ablehnen.

Schultze (1995, S. 400) unterscheidet fünf Grundprobleme der Partizipation, die sich in allen Settings gleich präsentieren:

1. Größenproblem
2. Aufwandsproblem
3. Komplexitätsproblem
4. Homogenitäts- und Heterogenitätsproblem
5. Gleichheitsproblem

Nicht jedes Projekt eignet sich gleichermaßen für einen partizipativen Ansatz. Gleichberechtigte Zusammenarbeit braucht Zeit und Ressourcen, die oft nur begrenzt zur Verfügung stehen. Neben den institutionellen Grenzen, die aufgrund gesetzlicher und politischer Rahmenbedingungen sowie anderen Vorgaben von Einrichtungen bestehen, gibt es auch die Grenzen der Zielgruppe zu beachten. Personen, die sich aktiv beteiligen wollen, müssen über die erforderlichen Kompetenzen, ein Durchsetzungsvermögen und ein starkes Auftreten verfügen, um ihre Interessen gegenüber Geldgebern und professionellen Akteuren und Akteurinnen auch vertreten zu können. Angesichts dessen ist es auch zu verstehen, dass vordergründig diese

Kompetenzen erst gestärkt werden müssen, bevor auch benachteiligte Bevölkerungsgruppen aktiv in die Prozesse eingebunden werden können (Wright, 2010, S. 51f.).

Vorhandene Hierarchie unter den Beteiligten durch Macht und Ressourcengefälle, stellen ebenfalls erhebliche Barrieren für einen partizipativen Ansatz in der Gesundheitsförderung dar. Dazu kommt, dass der Geldgeber in den meisten Projekten die Entscheidungsmacht innehat (Wright, 2010, S. 51ff.).

6.2 Herausforderungen für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting

Herausforderungen im kommunalen Setting sind einerseits in der Komplexität des Setting Ansatzes selbst begründet und andererseits auf die Besonderheiten des ländlichen Raumes zurückzuführen. Die beiden Faktoren Strukturierungs- und Formalisierungsgrad eines Settings (gering versus hoch) und der sozialräumlichen Orientierung (konkrete, physisch abgrenzbare Orte versus lose soziale Zusammenhänge) sind maßgeblich für spezifische Zugangsmöglichkeiten und adäquate Umsetzungsstrategien (Dadaczynski, Baumgarten & Hartmann, 2016, S. 219f.). Weiters ist zu beachten, dass die Rahmenbedingungen, Strukturen und individuellen Einflussfaktoren in den unterschiedlichen Settings (aber auch innerhalb der Settings) variieren. (Dadaczynski et al., 2016, S. 217). In weniger strukturierten und organisierten Settings sind die Entwicklung und Stabilisierung der Rahmenbedingungen eine sehr schwierige Aufgabe. Zudem engen limitierte personelle und finanzielle Mittel den Handlungsspielraum ein und erzeugen ein Spannungsfeld in der Gesundheit zwischen „Wollen“ und „Können“.

6.2.1 Herausforderungen des Setting Ansatzes

Eine unterschiedliche Interpretation des Setting Ansatzes und eine unzureichende interventionstheoretische Basis führen zu Herausforderungen auf mehreren Ebenen. Aufgrund eines fehlenden interventionstheoretischen Rahmengerüsts kann die Wirkung der Interventionen nur erschwert überprüft und untereinander verglichen werden. Theoretische Bezugspunkte in settingbezogenen Maßnahmen bieten weiterhin die Kernaussage der Ottawa Charta und allgemeine Wirkannahmen. Die Entwicklung von settingspezifischen Wirkmodellen wäre jedoch notwendig, um spezifische Aussagen treffen zu können und vergleichbare Ergebnisse zu generieren (Dadaczynski et al., 2016, S. 217).

Eine weitere Herausforderung stellen Evaluationsansätze dar, die die Komplexität des Settings erfassen und diese in geeigneter Form berücksichtigen. Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob die bewährten Studiendesigns (randomisiert kontrollierte Studie und experimentelle Designs) die Vielschichtigkeit des Settings widerspiegeln können. So wird zum Beispiel die Bildung der Vergleichsgruppen problematisch gesehen, da Settings stark variieren können.

Eine Verknüpfung von mehreren Methoden würde einerseits das Ergebnis besser abbilden können, andererseits die Vergleichbarkeit einschränken. Zielführend erweisen sich in diesem Zusammenhang standardisierte Orientierungshilfen für die Definition und Beurteilung von Parametern der Wirksamkeit. Diese ermöglichen es die Einflussfaktoren auf Gesundheitsdeterminanten zu identifizieren und daraus resultierende Ergebnisse abzuleiten (Dadaczynski et al., 2016, S. 218f.).

Trotz der immensen Bedeutung der Abgrenzung eines Settings, ist auf die Abhängigkeiten zwischen den Settings und die Erreichung der gemeinsamen Gesundheitsziele hinzuweisen. Dauerhafte Kooperationsstrukturen und eine settingübergreifende Gesamtstrategie müssen implementiert werden, um Nachhaltigkeit gewährleisten zu können (Dadaczynski et al., 2016, S. 219).

6.2.2 Herausforderungen in der Kommune

Neben den komplexen Anforderungen des Setting Ansatzes, weist die Kommune als gesundheitsförderndes Setting noch zusätzlich Merkmale auf, die einen wesentlichen Einfluss auf die Umsetzung von Gesundheitsförderung ausüben.

So sind es in erster Linie die Erreichbarkeitsverhältnisse, die sich im Vergleich zum urbanen Raum nachteilig auswirken können und besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Menschen, die im ländlichen Raum leben, sind stärker auf motorisierten Individualverkehr angewiesen.

Im Hinblick auf die Altersstruktur im ländlichen Raum ist festzustellen, dass der Anteil der 65- und Mehrjährigen stetig wächst. Die höchsten Anteile der Altersgruppe der 65- und Mehrjährigen finden sich vor allem in den wirtschaftsschwächeren bzw. peripheren Regionen Österreichs. Zusätzlich sind in Gebieten mit hohen Anteilen an älterer Bevölkerung und in peripheren, ländlichen Regionen ein geringerer Anteil an erwerbsfähigen Personen zu verzeichnen. Überdurchschnittlich hohe Anteile an hochbetagten Menschen (85 Jahre und mehr) weisen das Waldviertel, die Obersteiermark, Oberkärnten und Osttirol sowie der Südosten Österreichs auf (www.oerok-atlas.at, 25.11.2019).

Europaweit zeigt sich, dass rund 25% der ländlich lebenden Bevölkerung von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen ist. Im Vergleich zu urbanen Regionen, verzeichnet die ländliche Bevölkerung einen höheren ungedeckten Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen. Ähnliche Ergebnisse können in Zusammenhang mit der Bildung, als wesentliche Determinante zur Verbesserung der Lebensqualität, gezeigt werden. Allgemein gesagt, scheiden Menschen, die in ländlichem Raum leben, früher aus der Bildung aus. Rund ein Viertel weist einen tertiären Bildungsabschluss auf, unter der Stadtbevölkerung ist dieser doppelt so hoch (ec.europa.eu, 25.11.2019).

Im Hinblick auf die Umsetzungsbedingungen von Gesundheitsförderung für ältere Personen im kommunalen Setting sind weitere Herausforderungen zu verorten. Die Ergebnisse einer Bürgermeisterbefragung zeigen dies deutlich auf. Rund 97% der Befragten stehen dem Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen äußerst positiv gegenüber. In Bezug auf die Verhaltenskontrolle, inwieweit sich die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister in der Lage fühlen Gesundheitsförderung in der Gemeinde nachhaltig umsetzen zu können, zeigen sich erste Stolpersteine. So können nur 39,4% der Befragten auf ausreichende Ressourcen und Kompetenzen zurückgreifen (Lang & Spicker, 2011, S. 30f.). Neben der persönlichen Einstellung gegenüber Gesundheitsförderung und der sozialen Norm (Druck von den Gemeinbewohnern) und den verfügbaren Ressourcen und Kompetenzen, beeinflussen weitere Faktoren, inwieweit Gesundheitsförderung in die Strukturen der Gemeinde implementiert wird. Positiv tragen Erfahrungen mit der Umsetzung in der Vergangenheit bei, sowie eine Verankerung klar formulierter kommunaler Ziele und Strategien bezüglich Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Individuelle Variablen Geschlecht (positivere Einstellung der Frauen gegenüber dem Thema) und Grad des Bildungsabschlusses der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen haben weiters einen wesentlichen Einfluss auf die Umsetzungsbedingungen (Lang & Spicker, 2011, S. 31f.). Aus der Befragung ist abzuleiten, dass vor allem die Faktoren Erfahrung, Ziele, Einstellung, Normen und Verhaltenskontrolle die Grundlage schaffen, kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen nachhaltig verorten zu können. Die meisten Gemeinden benötigen (noch) einen gezielten Aufbau von personellen (Wissen, Fertigkeiten) und organisationalen (Infrastruktur, Netzwerke) Kapazitäten, sowie regionale Unterstützungsstrukturen (Lang & Spicker, 2011, S. 32).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Strukturentwicklung im gesundheitsfördernden Setting grundlegend ist, um verfügbare Ressourcen so effektiv wie möglich zu nutzen. Die Zielgruppe kann am besten erreicht werden, wenn partizipative Konzepte der Gesundheitsförderung an die Bedürfnisse der betroffenen Menschen, ihre derzeitige Lebensphase und Lebenswelt ausgerichtet sind. Die Beachtung und das Integrieren von regionalen Besonderheiten und die individuelle Gestaltung der Lebensweise der Bürger und Bürgerinnen sind handlungsleitend.

6.3 Herausforderungen für nachhaltige Gesundheitsförderung

Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung ist ein Qualitätsmerkmal und wird auch dementprechend von der Gesellschaft und Politik gefordert. Diese Forderung bringt aber auch Herausforderungen und Probleme mit sich, denn die Schwierigkeit besteht darin, die Nachhaltigkeit bzw. die Wirkung einer Intervention auch sichtbar zu machen.

Gemäß Neckel (2018, S. 2) ist Nachhaltigkeit „ein auf die Zukunft gerichtetes Konzept, das in der Gegenwart wirksam werden soll“

Denk (2019, S. 78ff.) arbeitet anhand der Ergebnisse einer Ex-post-Evaluation zur Nachhaltigkeit österreichischer Gesundheitsförderungsprojekte förderliche und hinderliche Faktoren für eine nachhaltige Implementierung von Innovationen heraus.

Förderliche Faktoren:

- *Vernetzung und Verankerung:* Aufbau von Netzwerken und die Verankerung von bestehenden Strukturen
- *Unterstützung:* während des gesamten Projektvorhaben durch Stakeholder, Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen und seitens der Politik, sowie durch externe Berater und Beraterinnen
- *Zusammenarbeit in der Umsetzungsphase:* mit Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen, Experten und Expertinnen, Projektpartner und Projektpartnerinnen, Multiplikatoren und Multiplikatorinnen und der Zielgruppe
Im Zusammenhang mit der Umsetzung sind weiters Flexibilität und eine stufenweise Implementierung der Maßnahmen hilfreich für eine nachhaltige Implementierung
- *Akzeptanz:* Akzeptanz und Annahme der Interventionen durch die Zielgruppe
- *Strategien:* Projekt- und Qualitätsmanagement, Qualitätsentwicklung, Evaluation
- *Öffentlichkeitsarbeit*
- *Ressourcen:* finanziell, personell und zeitlich
- *Persönliche Faktoren:* Reflexions- und Konfliktfähigkeit, Kommunikation, Engagement

Hinderliche Faktoren:

- *Mangelnde Unterstützung und fehlende Vernetzung*
- *Konkurrenz*
- *Mangelndes Interesse seitens der Zielgruppe*
- *Personalfuktuation*
- *Fehlenden Ressourcen*

Die Ergebnisse der Ex-post-Evaluation zeigen weiters, dass im kommunalen Setting die Sicherung der Weiterfinanzierung von gesundheitsfördernden Projekten einen der größten Stolpersteine in der nachhaltigen Implementierung darstellt. So konnten nur weniger als die Hälfte der evaluierten Projekte im kommunalen Setting eine gesicherte Finanzierung durch Eigenmittel und/oder Fördergelder gewährleisten (Denk, 2019, S. 80). Verbesserungspotentiale in der derzeitigen Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderungsprojekte können in der regel-

mäßigen Durchführung von Analysen zur Erhebung des Bedarfes und der Evaluation der Aktivitäten, sowie der Einführung von internen Policies und Leitbilder verortet werden (Denk, 2019, S. 80f.). Um Nachhaltigkeit zu gewährleisten, erfordert es übergeordnete Kompetenzzentren und eine wissenschaftliche Begleitung zur Qualitätsentwicklung und zum Monitoring (Trojan, Reisig & Kuhn, 2016, S. 264).

Die Kenntnis über den Gesundheitszustand der Bewohner und Bewohnerinnen ist eine Voraussetzung, um gesundheitsrelevante Themen für die Kommune identifizieren zu können. Daraus können in weiterer Folge maßgeschneiderte Maßnahmen erarbeitet werden. Zusätzlich erwiesen sich Beteiligungsmaßnahmen der Zielgruppe, insbesondere in Form von Einbindung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen als förderlicher Faktor für die Nachhaltigkeit (Denk, 2019, S. 83).

Besonders im kommunalen Setting ist auch zu beachten, dass Konkurrenz ein weiterer Faktor ist, der die Nachhaltigkeit beeinflussen kann (Denk, 2019, S. 84). Der Fokus sollte deswegen auf eine intensive und konstruktive Kommunikation zwischen den beteiligten Interessensgruppen in der Gemeinde gerichtet werden. Kooperation mit Organisationen kann hier eine Schlüsselkomponente darstellen.

7 Diskussion

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit war, welche strukturellen Rahmenbedingungen und Kompetenzen gegeben sein müssen, um integrative gesundheitsförderliche Maßnahmen im Alter auf kommunaler Ebene erfolgreich und nachhaltig zu implementieren und ob spezifische Herausforderungen in der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei der Zielgruppe der Älteren in diesem Setting identifiziert werden können. Damit sollten Erkenntnisse gewonnen werden, welche Faktoren besondere Bedeutung für eine nachhaltige Implementierung von gesundheitsförderlichen Interventionen für Ältere in der Kommune haben, sodass in weiterer Folge praktisch relevante Leitlinien abgeleitet und die Autonomie und die Selbständigkeit älterer Menschen angeregt bzw. unterstützt werden kann.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde der Begriff der Gesundheit anhand der Modelle von Dahlgren und Antonovsky beleuchtet und theoretische Grundlagen der Gesundheitsförderung angeführt, um daraus gezielt Aspekte der Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune ableiten zu können. Den Ausführungen folgend kann Gesundheit in einer ganzheitlichen Betrachtungsweise auch trotz vorherrschenden Krankheiten bestehen. Nicht immer kann Gesundheit durch das eigene Verhalten beeinflusst werden, sondern ist von organisatorischen, ökonomischen und sozialen Lebensverhältnissen der Menschen abhängig. Diese Faktoren

stehen in Wechselwirkung mit der persönlichen Lebensweise und werden zu Schlüsselkomponenten der Gesundheit (Hancock, 1985; Dorner 2016). Das individuelle Bedürfnis nach einem gesunden Leben und einem gesunden Altern stellen Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt.

Die Erörterung des Setting Ansatzes der Kommune in der Gesundheitsförderung zeigte, dass gesundheitsförderliche Lebenswelten zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen beitragen und die gesundheitliche Chancengleichheit erhöht werden kann. Die Erkenntnis, dass vulnerable Gruppen, zu denen auch ältere Menschen zählen, am besten in der unmittelbaren Wohn- und Lebensumgebung erreicht werden können unterstreicht die Bedeutung des Settings für diese Zielgruppe.

Es wird offensichtlich, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen besonders effektiv sind, wenn die Interventionsebenen auf Verhaltens- und Verhältnisebene kombiniert werden (Hurrelmann et al., 2014, S.47). Auf der Verhaltensebene werden eine Bewusstseinsbildung und eine Stärkung der Gesundheitskompetenzen erreicht. Die Verhältnisebene schafft Optionen für gesundheitsrelevante Verhaltensalternativen. Daraus leiten Kilian et al. (2004, S. 159) die zentralen Elemente des Setting Ansatzes Strukturentwicklung, Partizipation und Stärkung der individuellen Kompetenzen und Ressourcen ab. Diese zentralen Elemente lieferten wichtige Anhaltspunkte für das Verständnis von Entwicklungsbedingungen von Gesundheitsförderungsprojekten in der Kommune. Weiters wurde mit diesen Ausführungen bezweckt die Komplexität des umfassenden Ansatzes aufzuzeigen und ein grundsätzliches Verständnis für die Herausforderungen bei der Realisierung der Gesundheitsziele auf kommunaler Ebene zu gewährleisten.

Die Rahmenbedingungen und Kompetenzen für nachhaltige gesundheitsförderliche Maßnahmen auf kommunaler Ebene werden einerseits durch die theoretische Betrachtung der Gesundheit, der Gesundheitsförderung, des Settings der Kommune und des Nachhaltigkeitskonzeptes nach Stockmann abgeleitet und andererseits durch das Identifizieren förderlicher und hinderlicher Faktoren in der Umsetzung von gesundheitsfördernden Interventionen begründet. Gesundheitsförderung setzt auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Die Verantwortung liegt demnach nicht im Gesundheitssektor allein, sondern erfordert die Einbindung aller politischen Bereiche. Die Handlungsfelder auf den verschiedenen Ebenen wurden in dem Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung entsprechend abgebildet. Die Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit und die Entwicklung einer lokalen Gesundheitsstrategie in den Kommunen sind voraussetzend für eine nachhaltige Entwicklung. Die Erkenntnisse zeigen weiters, dass Gesundheitsförderung als ein Organisationsentwicklungsprozess zu sehen ist, und daher neben Gesundheitskompetenzen auch Kompetenzen der Strukturentwicklung und des Manage-

ments erfordert (Grossmann & Scala, 2011, S. 54ff.). Fortlaufende, konstruktive Kommunikation und Kooperation mit den beteiligten Interessensgruppen stellen eine weitere Schlüsselkompetenz in der erfolgreichen Umsetzung von Interventionen dar. Außerdem muss das Setting der Kommune selbst als eine Besonderheit gesehen werden. Nicht jedes Projekt lässt sich in jeder Kommune verwirklichen. Die Berücksichtigung der individuellen Merkmale einer Kommune, der unterschiedlichen Infrastruktur und der unterschiedlichen Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen müssen in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden.

Spezifische Herausforderung für die nachhaltige Umsetzung von Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune konnten durch Betrachtung aller drei Bereiche (Zielgruppe, Setting, Nachhaltigkeit) identifiziert werden. Überschneidungen gab es in der partizipativen Gestaltung, den verfügbaren Ressourcen (zeitlich, personell und finanziell) und den Kompetenzen in der Kommune. Fehlende Ressourcen stellten eine grundlegende Barriere dar, gesundheitsfördernde Projekte auch nach Ablauf der Projektzeit fortzuführen. Ebenso konnte gezeigt werden, dass mangelnde Unterstützung, fehlende Vernetzung sowie unzureichende Bedarfserhebungen und Evaluationsmaßnahmen hinderliche Faktoren für die Nachhaltigkeit darstellen.

Insgesamt betrachtet, benötigen die Gemeinden einen gezielten Aufbau von personellen (Wissen, Fertigkeiten) und organisationalen (Infrastruktur, Netzwerke) Kapazitäten, sowie regionale Unterstützungsstrukturen. In Anbetracht der Zielgruppe der älteren Menschen steht die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen im Vordergrund. Bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen ist der Bildungsgrad der Zielgruppe maßgebend.

Der Fortschritt und die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung in der Kommune im Alter sind an die vorhandenen Vernetzungs-, Beteiligungs-, Infrastruktur aber auch an die Ressourcen und Kompetenzen der handelnden Akteure gebunden.

8 Fazit

Der Mensch selbst, aber auch die Kostenträger im Gesundheitssystem, sind daran interessiert, gesund zu bleiben. Dies erfordert einerseits eine ressortübergreifende Gesamtstrategie, Qualifizierungen in allen gesellschaftlichen Bereichen und andererseits eine Neuorientierung von Gesundheitsbildung. Neue Wege müssen gefunden werden den Transfer von der Theorie in die Praxis zu unterstützen und professionell begleiten zu können.

Gesundheitsförderung ist vielschichtig, individuell und muss den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend aktiv gestaltet werden. Aufgrund der demographischen Entwicklungen ist es besonders wichtig, gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse und Lebenswelten zu schaffen, in denen gesundes und aktives Altern und größtmögliche Autonomie ermöglicht wird. Mit dieser Verantwortung können Kommunen jedoch nicht allein gelassen werden.

In Anbetracht der Komplexität des Themas, stellt sich einerseits die Frage welche Unterstützungsmöglichkeiten Bürgermeister und Bürgermeisterinnen für die Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen kennen und ob vorhandene Leitlinien für die praktische Umsetzung relevant sind. Andererseits ist von Interesse, welchen Stellenwert Gesundheitsförderung bei den Bürgermeisterinnen und Bürgermeister hat, und zwar insbesondere in Anbetracht a) der demographischen Entwicklung/Überalterung der Bevölkerung, von der primär der ländliche Raum betroffen ist/sein wird und b) der sich in Veränderung begriffenen ruralen Gesundheitsversorgungsstruktur, die sich momentan durch einen zunehmenden Mangel an Hausärzten und Hausärztinnen manifestiert. Wird Gesundheitsförderung in den Gemeinden tatsächlich auch als Beitrag zur Gesundheitsversorgung und zur Problembewältigung der oben angeführten Entwicklung bzw. der integrierten gesundheitlichen Versorgung gesehen? Auf diese Fragen sollen im Rahmen der Erarbeitung der Bachelorarbeit II Antworten gefunden werden.

Literaturverzeichnis

- Abel, T., Jordan, S., Sommerhalder, K. & Bruhin, E. (2018). Health Literacy /Gesundheitskompetenz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 582-587). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:224-E-Book-2018.
- Baric, L. & Conrad, G. (1999). *Gesundheitsförderung in Settings: Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bengel, J., Strittmacher, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Blättner, B. (2007). Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Prävention Gesundheitsförderung*, 2, 67-73. doi: 10.1007/s11553-007-0063-3
- BMASGK. (2019). *Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Brandes, S. & Stark, W. (2018). Empowerment/Befähigung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 62-67). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:224-E-Book-2018
- Cirkel, M. & Juchelka, R. (2015). Gesundheit und Mobilität im Alter. *Public Health Forum*, 3, 38-40. doi:10.1016/j.phf.2007.07.009
- Cron Dahl, K. & Eklund Karlson, L. (2016). The Nexus Between Health Literacy and Empowerment: A Scoping Review. *SAGE Open*, 1-7. Online first, 2 Mai 2016; doi: 10.1177/2158244016646410
- Dadaczynski, K., Baumgarten, K. & Hartmann, T. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 214-221. Online first, 7 Oktober 2016; doi: 10.1007/s11553-016-0562-1
- Dattalo, M., Wise, M., Ford II, J., Abramson, B. & Mahoney, J. (2017). Essential Resources for Implementing and Sustainability of Evidence-Based Health Promotion Program: A Mixed Methods Multi-Site Case Study. *J Community Health*, 42, 358-368. Online first, 28 November 2016; doi: 10.1007/s10900-016-0263-x
- de Wit, L., Fenenga, C., Giammarchi, C., di Furia, L., Hutter, I., de Winter, A. & Meijering, L. (2018). Community-based initiatives improving critical health literacy: a systematic

- review and meta-synthesis of qualitative evidence. *BMC Public Health*, 18(40), 1-11. Online first, 20 Juli 2017; doi: 10.1186/s12889-017-4570-7.
- Denk, E. (2019). *Zur Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung*. (Masterarbeit, Universität Wien).
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvements: the contribution of the settingbased approach to health promotion. *Perspect Public Health*, 129, 29-36.
- Dorner, T. (2016). *Einführung in Public Health und Sozialmedizin*. Wiener Neustadt: FFH Gesellschaft zur Erhaltung und Durchführung von Fachhochschulstudiengängen m. b. H.
- DZA. (2011). *Veränderungen der Gesundheit im Alter*. Online: https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Dza_Pressemitteilung_V28_4.pdf [Abruf am 9. 9. 2019]
- Engelmann, F. & Halkow, A. (2008). *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung*. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-302.pdf> [Abruf am 10.11.2019]
- Evans, S., Raymond, C. & Perkins, D. D. (2014). Organizational and Community Capacity Building. In S. Wolfe & V. Scott, *Community Psychology: Foundations for Practice* (S. 190-216). Sage Publications. doi: 10.4135/9781483398150
- FGÖ. (2019). Fonds Gesundes Österreich. *Gesetzliche Grundlagen*. Online: http://fgoe.org/Gesetzliche_Grundlagen [Abruf am 9.9.2019]
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2. Auflage). Gern: Hans Huber.
- Gatterer, G. (2007). *Multiprofessionelle Altenbetreuung* (2. Auflage). Wien-NewYork: Springer.
- Gesundheit Österreich GmbH. (2018). *Arbeitsprogramm 2019*. Online: http://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2019-02/fgoe_arbeitsprogramm_2019_fin_bfrei_0.pdf [Abruf am 9.9.2019]
- GKV. (2018). *Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, 2010*. Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Pravention_2018_barrierefrei.pdf [Abruf am 15.11.2019]
- Grossmann, R. & Scala, K. (2011). *Gesundheit durch Projekte fördern* (5. Auflage). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Hancock, T. (1985). The Mandala of Health: A Model of the Human Ecosystem. *Family & community health*, 8, 1-10. doi: 10.1097/00003727-198511000-00002
- Hinz, A., Hübscher, U., Brähler, E. & Berth, H. (2010). Ist Gesundheit das höchste Gut? – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung

- von Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, 72(12), 897-903. doi: 10.1055/s-0029-1246151
- HLCE. (2017). Health Literacy Centre Europe. *Comprehensive approach more effective*.
Online: <http://healthliteracycentre.eu/comprehensive-approach-more-effective/> [Abruf am 28.11.2019]
- Hurrelmann, K., Kloetz, T. & Haisch, J. (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kilian, H., Geene, R. & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte im Setting. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel, & A. Schröer (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKKProgramm ‚Mehr Gesundheit für alle‘ Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8* (S. 151-230). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S. & von Wagner, C. (2016). Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journals of Gerontology B Psychol Sci Soc Sci*, 71(3), 445-447. doi:10.1093/geronb/gbu161
- Kricheldorf, C. & Oswald, F. (2015). Gelingendes Altern im Sozialraum und Quartier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 399-400.
- Kricheldorf, C., Klott, S., & Tonello, L. (2015). Sorgende Kommunen und lokale Verantwortungsgemeinschaften. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 408-414.
- Lang, G. & Spicker, I. (2011). Kommunale Gesundheitsförderung für Ältere in österreichischen Gemeinden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1, 27-33.
- Laverack, G. (2004). *Health promotion practice: power and empowerment*. London: Sage Publications LTD.
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Neckel, S. (2018). *Die Gesellschaft der Nachhaltigkeit. Soziologische Perspektiven: Umriss eines Forschungsprogramms*. Online:
<https://www.soziopolis.de/beobachten/gesellschaft/artikel/die-gesellschaft-der-nachhaltigkeit-soziologische-perspektiven/> [Abruf am 15.12. 2019]
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. (2017). Gesunde Gemeinden Österreich. Online:
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/gesunde-gemeinden> [Abruf am 10.10.2019]
- Piper, J. (2010). Holistic aspects of preventative and curatives strategies – established models of health and illness, presentation of a new concept in transdisciplinary models of care. *Prävention und Rehabilitation*, 22(2), 74-83.

- Rohde, T., Kolpatzik, K. & Winter, A. (2015). Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen. *Bundesgesundheitsblatt*, 58, 958-965. Online first, 30 Juni 2015; doi: 10.1007/s00103-015-2202-x
- Rowe, J. & Khan, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*. 37(4), 433-440. doi: 10.1093/geront/37.4.433
- Ruppe, G. & Stückler, A. (2015). ÖPIA Österreichische Interdisziplinäre Plattform für Altersfragen: *Österreichische interdisziplinäre Hochaltrigenstudie*. Online: http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/wp-content/uploads/2015/05/OEIHS_Endbericht_Endfassung1.pdf [Abruf am 17.9. 2019]
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M. & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. doi: 10.2391/0070-pub-29081112
- Schell, S. F., Luke, D. A., Schooley, M. W., Elliott, M. B., Herbers, S. H., Mueller, N. B. & Bunker, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation Science* 8(13), 1-9. Online first, 1 Februar 2013; doi: 10.1186/1748-5908-8-15
- Schultze, R.-O. (1995). Partizipation. In D. Nohlen & R.-O. Schultze (Hrsg.), *Lexikon der Politik. Band 1: Politische Theorien* (S. 396-406). München: Beck.
- Schwartz, F. W., Kickbusch, I. & Wismar, M. (2003). Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In F. W. Schwartz (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2. Auflage) (S. 229-242). München: Urban & Fischer.
- Sørensen, K., M. Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health Literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 1053–1058. Online first, 5 April 2015; doi: 10.1093/eurpub/ckv043
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12(80), 1-13. Online first, 25 Jänner 2012; doi: 10.1186/1471-2458-12-80 2012
- Sowa, A., Tobiasz-Adamczyk, B., Topór-Madry, R., Poscia, A., & Ignazio la Milia, D. (2016). Predictors of healthy ageing: public health policy targets. *BMC Health Services Research*, 16, 453-479. Online first, 5 September 2016; doi: 10.1186/s12913-016-1520-5
- Steinbach, H. (2007). *Gesundheitsförderung Ein Lehrbuch für Pflege und Gesundheitsberufe* (2. Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Stockmann, R. (2006). *Evaluation und Qualitätsentwicklung: eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement*. Münster: Waxmann.

- Stumpner, S. (2013). *Kulturen (er-)leben: Handlungsorientierte Ansätze aus der interkulturellen Jugendarbeit*. Hamburg: Bachelor + Master Publishing.
- Trojan, A. & Süß, W. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 345-355). Bern: Verlag Hans Huber.
- Trojan, A., Reisig, V. & Kuhn, J. (2016). Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 259-264.
- WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: World Health Organization. Online: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> [Abruf am 23.9.2019]
- WHO. (1986). *Ottawa Charta*. Genf: World Health Organisation. Online: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [Abruf am 23.9.2019]
- WHO. (1998). *Glossary Health Promotion*. Geneva: World Health Organization. Online: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> [Abruf am 23.9.2019]
- WHO. (1999). *Gesundheit 21 - Das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: World Health Organization. Online: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf?ua=1 [Abruf am 25.9.2019]
- WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Luxembourg: World Health Organization. Online: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf. [Abruf am 25.9.2019]
- WHO. (2016). *9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung Shanghai: Erklärung von Shanghai über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung*. Shanghai: World Health Organization. Online: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/9th_global_conference_on_health_promotion_german-original-1486020620.pdf [Abruf am 25.9.2019]
- Wiebke, F. (2015). Alter(n) und Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 13-20). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:224-E-Book-2018
- Wilke, H. (1987). Strategie der Intervention in soziale Systeme. In D. A. Baecker (Hrsg.), *Theorie als Passion* (S. 333-361). Frankfurt/New York: Suhrkamp.
- Woodall, J., Raine, G., South, J., & Warwick-Booth, L. (2010). *Empowerment and Health & Well-Being: Evidence Review*. Centre for Health Promotion Research, Leeds

Metropolitan University.

<http://eprints.leedsbeckett.ac.uk/2172/1/FINAL%20EMPOWERMENT%20EVIDENCE%20REVIEW.pdf> [Abruf am 25.10.2019]

Wright, M. T. (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber.

Wright, M. T. (2018). Partizipation: Mitentscheidungen der Bürgerinnen und Bürger. In Aufklärung für Bundesgesundheitsliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 705-711). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:224-E-Book-2018.

Zengerer, A., & Neuhold, C. (2015). *Faktoren für Nachhaltigkeit in der gemeindebezogenen Gesundheitsförderung*. Pinkafeld: FH Burgenland Department Gesundheit.

Online Quellen:

ec.europa.eu. (2019). Eurostats Statistics explained. Von Statistiken über ländliche Gebiete in der EU. Online: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Statistics_on_rural_areas_in_the_EU/de#Gesundheit [Abruf am 25.11.2019]

www.gesundheit.gv.at (2019) Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. *Gesundheit und Lebenswelten*. Online: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/gesunde-lebenswelten> [Abruf am 2.1.2020]

www.gesunde-nachbarschaft.at (2019). *Auf gesunde Nachbarschaft. Gemeindeprojekte "Gemeinsam gesund in..."*. Online: <http://www.gesunde-nachbarschaft.at> [Abruf am 23.10.2019]

www.noetutgut.at (2019). NÖ Gesundheits- und Sozialfonds. *Tut gut! Gesunde Gemeinde*. Online: <https://www.noetutgut.at/gemeinde/gesunde-gemeinde/> [Abruf am 23.10.2019]

www.oerok-atlas.at (2019). ÖROK Atlas Raumbewertung. *Bevölkerungsstand und Bevölkerungsstruktur*. Online: <https://www.oerok-atlas.at/#indicator/16> [Abruf am 25.11.2019]

www.ris.bka.gv.at (1998). *Gesundheitsförderungsgesetz*. Online: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1998_51_1/1998_51_1.pdf [Abruf am 11.9.2019]

www.statistik.at (2019). Statistik Austria Informationsmanager. *Bevölkerungsprognosen*. Online: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html [Abruf am 2.1.2020]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsprognose für Österreich bis 2080.....	2
Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead.....	7
Abbildung 3: Mandala Modell von Trevor Hancock.....	8
Abbildung 4: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung	13
Abbildung 5: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Settingansatzes.....	17
Abbildung 6: Community empowerment as a continuum.....	21
Abbildung 7: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung.....	22
Abbildung 8: Konzeption eines ganzheitlichen Setting Ansatzes.....	26
Abbildung 9: Sustainability framework.....	31
Abbildung 10: Dimensionen der Nachhaltigkeit.....	33