

## Track 6: Open Track: Zukunft verantwortungsvoll gestalten

### Partizipation und soziale Teilhabe in einem Gesundheitsförderungsprojekt für ältere Menschen.

Ergebnisse der Begleitevaluation und Erweiterung eines Modells sozialer Teilhabe.

#### Einleitung

Der Anteil an älteren Menschen in unserer Gesellschaft nimmt kontinuierlich zu, 2019 war knapp ein Fünftel (18,8 %) aller Österreicher\*innen bereits älter als 65 Jahre (Statistik Austria 2019). Menschen erreichen in unserer Gesellschaft ein immer höheres Lebensalter, nicht gleichzeitig jedoch mehr Lebensjahre bei guter Gesundheit. Um die Zukunft verantwortungsvoll zu gestalten, ist es daher zentral, den Anteil an gesunden Lebensjahren älterer Menschen zu erhöhen. Gesundheitsförderungsmaßnahmen für ältere Menschen erhöhen deren Lebensqualität und tragen zum Erhalt der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der älteren Menschen und damit auch zu einer möglichen Kostenreduktion im Gesundheitssystem bei (Spicker und Lang 2011:29). Gesundheitsförderungsprojekte erreichen dabei ältere Menschen besonders gut auf kommunaler Ebene (ebd.).

Im Rahmen eines von November 2017 bis Anfang 2020 von der Wiener Gesundheitsförderung umgesetzten Projekts für Menschen ab 60 wurden Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit den Senior\*innen partizipativ entwickelt und umgesetzt, die FH (*anonymisiert*) wurde mit der Evaluation des Projektes betraut, wobei ausschließlich anonymisierte Daten ausgewertet wurden: In den sogenannten Grätzel-Cafés – 14-tägig stattfindende, niederschwellige, 1,5-stündige Treffen in den Räumlichkeiten von sozialen Organisationen – sollte die gewünschte Zielgruppe erreicht und aktiviert werden. Im Fokus des Projektes stand dabei die Förderung der **sozialen Teilhabe** der älteren Menschen, sie sollten im Projekt kontinuierlich an höhere Rollen der Sozialen Teilhabe (vgl. Wanka et al. 2016) herangeführt werden. Soziale Teilhabe ist sehr stark mit guter Gesundheit und Wohlbefinden (World Health Organization 2007) sowie mit einer höheren Lebenszufriedenheit (Fonds Gesundes Österreich 2018) verbunden. Laut WHO (ebd.) ist soziale Teilhabe jedoch auch von adäquaten Angeboten, guten Transportmöglichkeiten zu den Angeboten und dem Wissen um die Angebote abhängig. Im Projekt fanden daher die Treffen an barrierefreien Veranstaltungsorten in der Nachbarschaft statt, um auch mobilitätseingeschränkten Personen eine Teilnahme zu ermöglichen. Die gesundheitsfördernden Angebote wurden nicht Top-Down entschieden, sondern **partizipativ** mit den jeweiligen Teilnehmenden entwickelt und umgesetzt.

Die meisten Gesundheitsförderungsprojekte sprechen eher die Mittelschicht mit gutem Bildungs- und Sozialkapital an (Soom Ammann et al. 2013). Daher ist es angesichts knapper öffentlicher Ressourcen besonders erstrebenswert Gesundheitsförderungsmaßnahmen für benachteiligte Gruppen zu entwickeln; dies ist sozial gerecht und diese Gruppen verfügen auch über besonders hohes Verbesserungspotential hinsichtlich ihrer Gesundheit (Fonds Gesundes Österreich 2018:12).

Im evaluierten Projekt lag daher ein besonderes Augenmerk auf der Erreichung und Aktivierung folgender Gruppen: (1) einsame Menschen, (2) Menschen die bisher von gesundheitsförderlichen Angeboten nicht erreicht wurden, (3) Menschen mit niedrigem Einkommen, (4) Menschen mit geringer Bildung, (5) Menschen mit Migrationshintergrund und (6) Menschen mit Behinderung.

## Methodik

Das Projekt wurde in einem Mixed Methods Ansatz evaluiert. Qualitativ kamen für die Evaluation an 2 Erhebungswellen (Jänner/Feber und Juni/Juli 2019) insgesamt 17 Gruppendiskussionen mit im Projekt gut eingebundenen Senior\*innen zum Einsatz; diese wurden vollständig transkribiert und mit Themenanalyse (Froschauer und Lueger 2003) ausgewertet. Quantitativ wurden Feedbackbögen zu den Veranstaltungen (n=271), Dokumentationsbögen der Veranstaltungen (n=231), Basisdaten der Multiplikator\*innen (n=43) sowie eine quantitative Multiplikator\*innenbefragung (n=21) deskriptiv mit SPSS ausgewertet.

## Ergebnisse

Die Aussendung behördlicher Briefe, die gezielt Senior\*innen mit niedrigem Einkommen (Mindestsicherungsbezieher\*innen) ansprachen, eigneten sich besonders gut zur Erstaktivierung. Um jedoch diese vulnerable Zielgruppe im Projekt halten zu können, war die persönliche Beziehungsarbeit durch professionelle Projektmitarbeiter\*innen unumgänglich. Die Grätzel-Cafés wurden bewusst thematisch offen gehalten, damit die Teilnehmer\*innen die Möglichkeit hatten, die Inhalte partizipativ mitzugestalten. Mit der Offenheit der Grätzel-Cafés ging jedoch auch eine Unverbindlichkeit mit einher, der man mit professioneller Beziehungsarbeit begegnen musste, um Teilnehmer\*innen langfristig zu halten.

Im Projekt wurden in den Grätzel-Cafés und den umgesetzten Maßnahmen n=605 Senior\*innen erreicht, wobei die zusätzlich durch Grätzel- und Kooperationsinitiativen erreichten Senior\*innen noch nicht mitgezählt sind. Drei Viertel der Senior\*innen waren Frauen. Mehr als die Hälfte (54,6 %) der erreichten Senior\*innen verfügte über ein geringes Einkommen, fast ein Drittel (29,1 %) hatte eine andere Muttersprache als Deutsch, fast die Hälfte der Senior\*innen (49,8 %) berichteten von mindestens einer körperlichen Einschränkung oder Behinderung.

Die im Projekt intensiv teilnehmenden Senior\*innen (Multiplikator\*innen) berichteten von einer wahrgenommenen Verbesserung ihres Gesundheitszustandes seit der Teilnahme am Projekt: 68,4 % sind nun zufriedener mit ihrem Leben, 61,1 % sind glücklicher und 55,6 % bewegen sich mehr. Vor allem im Bereich der sozialen Teilhabe berichteten viele Senior\*innen von Verbesserungen: 85 % geben an, neue Kontakte geknüpft zu haben, 71,4% fühlen sich nun aktiver, 61,5% treffen nun mehr Menschen und 50% haben sogar neue Freunde durch das Projekt gewonnen. Auch im Bereich der Gesundheitskompetenz nahmen die Senior\*innen selbst Verbesserungen wahr: 84,2 % fällt es nun leichter, Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie Bewegung und gesunde Ernährung zu finden, 66,7 % fällt es leichter, Informationen in den Medien zu verstehen, wie der eigene Gesundheitszustand verbessert werden kann und fast drei Viertel (73,7 %) fällt es nach Projektende leichter, sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden der Umgebung verbessern.

Bei den 17 Gruppendiskussionen schilderten die Senior\*innen den Einfluss des Projektes folgendermaßen: Die Fixtermine der Grätzel-Cafés wurden sehr positiv beurteilt, sie boten einen niederschweligen Anreiz, das Haus zu verlassen. Angeleitete Bewegungsangebote förderten auch bewegungseingeschränkte Senior\*innen und verbesserten durch das Format als Gruppenveranstaltung die soziale Teilhabe. Die Senior\*innen lernten durch das Projekt das umfassende Gesundheitsangebot in ihrer Region kennen, in den Grätzel-Cafés erfolgte u.a. auch eine Reflexion des Krankheitsmanagements von gängigen Krankheitsbildern wie z. B. Diabetes. Die Grätzel-Cafés dienten als Informationsdrehscheibe über weitere Angebote in der Region auch zwischen den Senior\*innen. Die kleine Gruppengröße (durchschnittlich 5-7 Teilnehmende pro Termin) war ein wesentlicher Erfolgsgarant für ein vertrauensvolles Klima in den Gruppen und ein Enabler für das Empowerment hin zu mehr Beteiligung. Die Partizipation am Projekt musste von den teilnehmenden Senior\*innen teilweise erst erlernt werden.

Hierfür wurden am Beginn des Projektes „World Cafés“ veranstaltet, bei denen die Teilnehmenden interessierende Themen für Vorträge oder anstrebenswerte Maßnahmen einbrachten. Partizipation stieß im Projekt jedoch auch an seine Grenzen: Im Sinne der Nachhaltigkeit wäre es wünschenswert gewesen, einzelne partizipativ entwickelte Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach Projektende in die Hände (und Verantwortung) der teilnehmenden Senior\*innen zu übergeben. Dieser Schritt von der Funktion des Gestaltens hin zur Funktion des Verantwortens wurde von den über die Evaluation erfassten Senior\*innen jedoch weniger gewünscht, in klar abgrenzbaren Miniprojekten – sogenannten Grätzelninitiativen – konnten jedoch während der Projektlaufzeit 15 dieser von Senior\*innen initiierten Initiativen umgesetzt werden. Das bisher im Projekt verwendete Modell der sozialen Teilhabe von Senior\*innen in der Gesundheitsförderung (vgl. Wanka et al. 2016) wurde anhand der Ergebnisse der Evaluation um die Rolle des „**shared decision makers**“ und des „**realization delegators**“ erweitert. (siehe Abbildung 1)

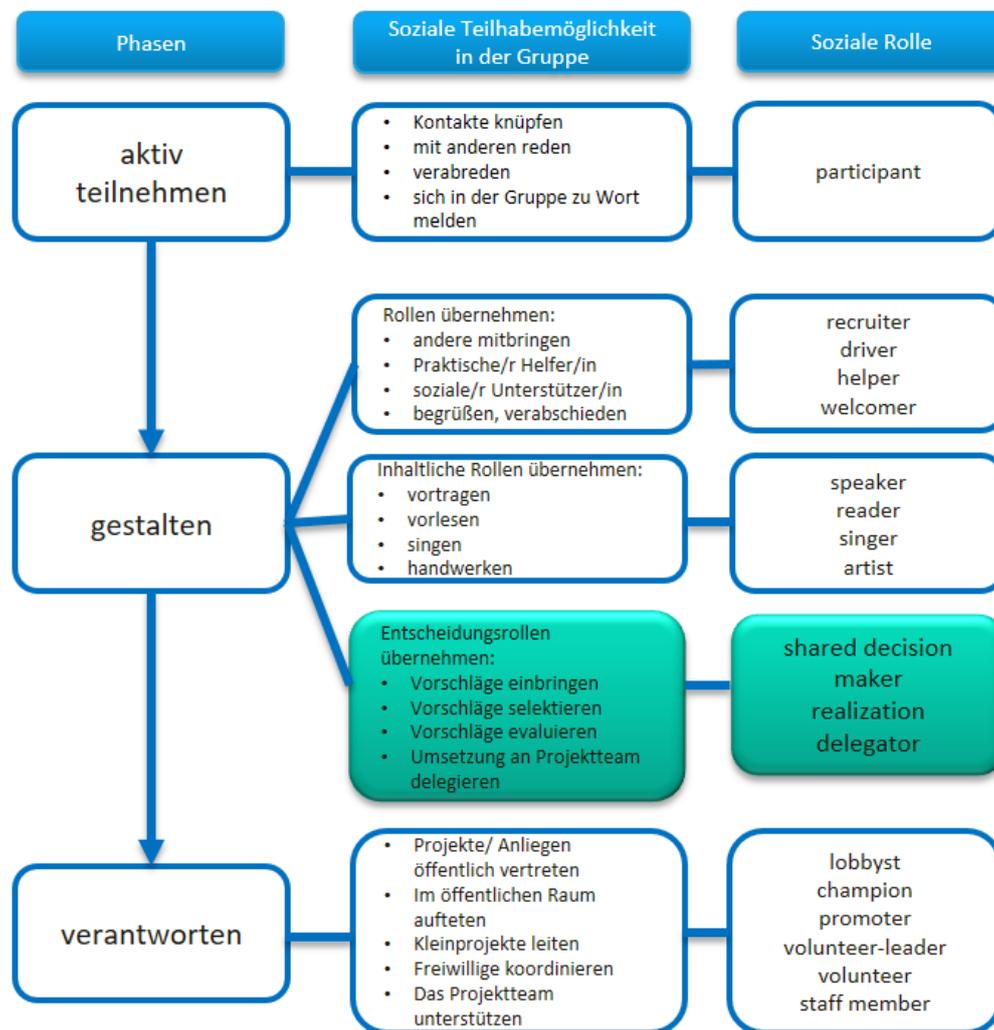


Abbildung 1: erweitertes Modell der sozialen Teilhabe von Senior\*innen in der Gesundheitsförderung – (Original von Wanka et al. 2016 – in GRÜN die Erweiterung)

## Diskussion

Partizipation als tatsächliche Teilhabe an Entscheidungen ist laut Wright (2016) bisher nur in seltenen Fällen gewollt und meist wird unter dem Deckmantel des Begriffs eher „Akzeptanzförderung“ betrieben. Gerade in der Gesundheitsförderung zeichnet sich

jedoch ein partizipativer Zugang dadurch aus, dass angemessene Maßnahmen entwickelt werden können. (Wright et al. 2013)

Partizipative Prozesse bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind sinnvoll, jedoch kann die Strategie der Partizipation für manche Teilnehmer\*innen überfordernd wirken, besonders für Personen aus benachteiligten Gruppen. Die richtige Form der Partizipation ist immer auch von der betreffenden Zielgruppe abhängig und sollte so gewählt werden, dass sie nicht als belastend von der Zielgruppe wahrgenommen wird. Senior\*innen konnten im Projekt an höhere Rollen der sozialen Teilhabe herangeführt werden, sie konnten von einer aktiven Teilnahme zu einer gestaltenden Teilnahme ermutigt werden (siehe Abbildung 1). Senior\*innen haben im Projekt gemeinsam in den Gruppen Ideen und Vorschläge eingebracht und über die Verwirklichung der gesammelten gesundheitsfördernder Ideen und Maßnahmen entschieden (*shared decision maker*), die Umsetzung der Vorschläge wurde jedoch an das operative Projektteam delegiert (*realization delegator*). Als Grund für diese Delegation und die ablehnende Haltung gegenüber Verantwortungsübernahme für die Umsetzung wurde der organisatorische und planerische Aufwand, die finanzielle Verantwortung und der zeitliche Aufwand genannt.

Die monetär entlohnte, professionelle Führung der Gruppe durch Projektmitarbeiter\*innen, die einerseits die umfangreiche Beziehungsarbeit leisten und die partizipativ entwickelten Vorschläge umsetzen, ist aus den Erfahrungen dieses Projektes daher unumgänglich und ermöglicht es den Senior\*innen eine höhere gestaltende Rolle ohne größere Verantwortungsübernahme in Gesundheitsförderungsprojekten einzunehmen.

## Literaturverzeichnis

Fonds Gesundes Österreich (2018): Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit älterer Menschen. Wien.

Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2003): Das qualitative interview. In: *Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien, S. 63–79.

Soom Ammann, Eva; Gurtner, Renate; Salis Gross, Corina (2013): Gesundheitsförderung im Alter: Wie erreichen wir alle?

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

Statistik Austria (2019): Bevölkerung nach Alter und Geschlecht. Online verfügbar unter [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html), zuletzt geprüft am 07.01.2020.

Wanka, Anna; Resch, Katharina; Fassl, Anna; Kolland, Franz (2016): Zwischenbericht. Auf Gesunde Nachbarschaft! Externe Evaluation. vorzulegen beim Fonds Gesundes Österreich. Institut für Soziologie & Postgraduate Center. Wien. Online verfügbar unter [https://www.postgraduatecenter.at/fileadmin/user\\_upload/pgc/2\\_LifeLong\\_Learning\\_Projekte/0\\_Lifelong\\_Learning\\_Projekte/Auf\\_gesunde\\_Nachbarschaft/AGN\\_Zwischenbericht\\_1\\_UNIVIE\\_2016-12-20.pdf](https://www.postgraduatecenter.at/fileadmin/user_upload/pgc/2_LifeLong_Learning_Projekte/0_Lifelong_Learning_Projekte/Auf_gesunde_Nachbarschaft/AGN_Zwischenbericht_1_UNIVIE_2016-12-20.pdf), zuletzt geprüft am 25.10.2017.

World Health Organization (2007): Global age-friendly cities: A guide: World Health Organization. Online verfügbar unter [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789241547307\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789241547307_eng.pdf?sequence=1), zuletzt geprüft am 07.01.2020.

Wright, Michael T. (2016): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/>, zuletzt geprüft am 07.01.2020.

Wright, Michael T.; Block, Martina; Kilian, Holger; Lemmen, Karl (2013): Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 8 (3), S. 147–154. DOI: 10.1007/s11553-013-0396-z.