



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Beweggründe von älteren Personen ab 50 Jahren für eine ehrenamtliche Mitarbeit an einem ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte“

verfasst von

Sophia Köpruner, Bakk.rer.nat.

angestrebter akademischer Grad

Master of Science (MSc)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. A 066 838

Studienblatt:

Studienrichtung lt. Masterstudium Ernährungswissenschaften

Studienblatt:

Betreut von: Assoz.-Prof., Priv.-Doz., Dr. Thomas Ernst DORNER, MPH

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit,

1. dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, sowie
2. dass ich diese Masterarbeit bisher weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
3. dass die in Papierform vorliegende Variante mit der digitalen Variante ident ist.

Sophia Köpruner

DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank gilt Herrn Assoz. Prof., Priv.-Doz., Dr. Thomas Ernst Dorner, MPH für seine fachkundige und hilfreiche Betreuung sowie für die kompetente und lehrreiche Unterstützung bei der Erstellung meiner Masterarbeit.

Ich danke auch Frau Ass.-Prof. Dr. Petra Rust für die Erlaubnis zur Durchführung dieser Arbeit.

Ein herzliches Dankeschön auch an alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, die sich für die Durchführung der Interviewgespräche die notwendige Zeit genommen haben.

Ebenfalls möchte ich mich bei meinen Freundinnen und Schwestern bedanken, die mich während meines Studiums immer moralisch und emotional unterstützt haben.

Ich möchte mich bei meiner Freundin Melissa Vallant bedanken, die mir bei der Erstellung meiner Masterarbeit jederzeit geduldig zur Seite stand und mich mit motivierenden Worten bestärkte, als es nötig war.

Besonders möchte ich mich bei meiner lieben Freundin Babitha Nangialil für ihre gesamte Unterstützung während meines Studiums und das Korrekturlesen dieser Arbeit bedanken.

Mein größter Dank gilt jedoch meiner Mama, die während meines Masterstudiums immer hinter mir stand, mir die Zeit erleichtert und mich bei jedem Schritt in meinem Leben unterstützt hat. Vielen Dank für Alles!

Kurzzusammenfassung:

Hintergrund: Bestehende Daten widerspiegeln die Alterung der Bevölkerung sowohl in den Industrieländern als auch in den Entwicklungsländern. Mit zunehmendem Alter können das Krankheitsrisiko und das Auftreten von Gebrechlichkeit steigen. Diese epidemiologischen Entwicklungen geben Anlass zur Sorge wie in Zukunft soziale Systeme aufrechterhalten werden können. Eine Lösung für diese Herausforderung kann die Entwicklung und der Einsatz von ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderungsprogrammen sein. Dies kann mit ehrenamtlichen Personen durchgeführt werden, die davon ebenfalls gesundheitliche Benefits erhalten. Diese Masterarbeit befasst sich mit den Motivationsgründen von Personen 50+ sich an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte zu beteiligen. Kenntnisse über die Beweggründe von Ehrenamtlichen können dazu beitragen derartige Gesundheitsförderungsprogramme der Bevölkerung zugänglicher zu machen. In weiterer Folge können so Sozial- und Gesundheitssysteme langfristig entlastet werden.

Methoden: Für die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage wurde mit acht ehrenamtlich tätigen Personen (Gesundheitsbuddies) im Alter 50+ ein Leitfaden gestütztes Interview durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Als Methode wurde die Zusammenfassung mit induktiver und deduktiver Kategorienbildung gewählt.

Ergebnisse: Die Gesundheit nimmt im täglichen Leben der Gesundheitsbuddies einen wichtigen Stellenwert ein. Die Motive der Ehrenamtlichen sind sehr vielseitig und tiefgründig. Das individuelle positive Gesundheitsbewusstsein liefert für die Befragten eine entscheidende Erklärung für den bestehenden Antrieb zur Gesundheitsförderung. Das Einbringen dieser Motivation in ein ehrenamtliches Gesundheitsförderungsprojekt für Hochbetagte ist auf deren soziales Engagement zurückzuführen. Eine bedeutende Entscheidungsgrundlage für die Teilnahme war das Wiederfinden der eigenen Interessen und Lebensweisen im Studienprojekt. Die Motivation, durch das Projekt, Vorteile für die eigene Gesundheit zu erlangen, liegt darin, durch den Erhalt bzw. die Wiederholung bedeutender Informationen zur Gesundheitsförderung, die eigene Gesundheit zu erhalten. Der Gedanke so früh

wie möglich gesundheitlich fürs Alter vorzusorgen war zudem sehr anregend für die Befragten. Im Vergleich der Motive geht hervor, dass die Motivation durch das Interesse an den Themen Ernährung / Bewegung und die Motivation für das ehrenamtliche Engagement gleich zu messen sind.

Schlussfolgerung: Die Erhebung brachte zum Ausdruck, dass sich Menschen mit hohem Gesundheitsbewusstsein gerne an ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogrammen beteiligen. Dem ehrenamtlichen Engagement der Gesundheitsbuddies liegen sowohl altruistische Motive als auch eine Steigerung des eigenen Wohlbefindens als Antriebsfaktoren zu Grunde. Die befragten Personen bestätigen, dass ein Gesundheitsförderungsprogramm, in dem man sich um andere hilfsbedürftige Menschen kümmert, einen wichtigen Beitrag für das Schaffen einer erneuten Gesundheitsmotivation leisten kann.

Schlagworte

Motivation für Freiwilligenarbeit, Gesundheitsförderung, gesundes und aktives Altern, Personen 50+
--

Abstract:

Background: Existing data reflect the ageing of the population, both in industrialized countries and in developing countries. With increasing age the risk of disease and the occurrence of frailty rises. These epidemiological developments causes concern for the future as social systems cannot be sustained. A solution to this challenge can be the development and the attendance of nutrition programs and physical activity related health promotion programs. This can be done with volunteers, who can also gain health benefits out of it. This master thesis deals with the motivation of people over 50 years to take part in a voluntary health promotion program for people over 65 years. The knowledge of the motives of the volunteers can help to make such health promotion programs more accessible for the population. Subsequently, social and health systems can be relieved in the long term.

Methods: In order to answer the research question a guide-assisted interview was carried out with eight volunteers over the age of 50 (health buddies). The evaluation of the interviews was based on the qualitative content analysis of Mayring. The method chosen for the evaluation of the text material was the summary with inductive and deductive category development.

Results: Health takes an important role in the daily life of the volunteers / buddies. The motives of the buddies are very versatile and profound. The individual positive health awareness provides a key explanation for the existing motivation to promote health. Due to their social commitment they feel the need to contribute their motivation in a voluntary health promotion program for older people. An important basis for decision for participation in the project study was their own interest and the improvement of their own lifestyles. The motivation to gain benefits for their own health from the project study was for example the obtainment of one's own health through the receipt or the repetition of important information on health promotion. The idea of promoting health for old age as soon as possible was also very stimulating for the volunteers. A comparison of the motives indicates that the motivation by interest in the topics of nutrition and exercise and motivation for voluntary work have the same significance.

Conclusion: The survey expressed that people with high health awareness are fond of participating in voluntary health promotion programs. The underlying

driving factors for the voluntary work of the buddies are altruistic motives and an increase of the own well-being. The volunteers confirm that a health promotion program, in which they take care of people in need of support, can make an important contribution for the creation of a new health awareness.

Keywords

motivation to volunteer, healthy and active ageing, health promotion, people 50+

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG	1
1.1 Einleitung	1
1.2 Forschungsfrage	3
2. AKTUELLER WISSENSSTAND	5
2.1 Epidemiologische Grundlagen	5
2.1.1 Demographische Alterung – Ein globaler Prozess	5
2.1.2 Demographische Entwicklung in Österreich	6
2.1.3 Herausforderungen einer alternden Bevölkerung	8
2.2 Was ist Gesundheit?	9
2.2.1 Einflussfaktoren auf die Gesundheit / Determinanten der Gesundheit	10
2.3 Altern und Active Ageing	11
2.3.1 Altern	11
2.3.2 Active and Healthy Ageing	12
2.3.3 Lebenslaufperspektive im Zusammenhang mit dem Älterwerden	12
2.3.4 Ansatz „aktives Altern“ in der Politik	14
2.3.5 Determinanten des aktiven Alterns	14
2.3.5.1 Universell gültige Faktoren: Kultur und Geschlecht	14
2.3.5.2 Gesundheit und Sozialdienstleistungssysteme	15
2.3.5.3 Verhaltenseinflüsse	15
2.3.5.4 Persönliche Einflüsse	15
2.3.5.5 Physische Umwelt	16
2.3.5.6 Soziale Umwelt	16
2.3.5.7 Wirtschaftliche Einflüsse	16
3. GESUNDHEITSFÖRDERUNG	17
3.1 „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“	17
3.2 Gesundheitsförderung als politische Strategie	18
3.2.1 Grundlogik der Ottawa-Charta	18

3.2.1.1	Handlungsqualifikationen der Ottawa-Charta	18
3.2.2	Handlungsstrategien der Ottawa-Charta	19
3.3	Gesundheitswesen in Österreich	21
3.4	Gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung	21
3.5	Institutionen der Gesundheitsförderung	22
3.5.1	Mission Statement des Ludwig Boltzmann Instituts für Gesundheitsförderungsforschung (LBIHPR)	22
3.5.2	Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)	22
3.5.2.1	FGÖ	23
3.5.2.2	BIQG	23
3.5.2.3	ÖBIG	23
3.5.2.3.1	Gesundheitsziele und Strategieentwicklung	24
4.	GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR ÄLTERE MENSCHEN	25
4.1	Gesundheitsförderung für Personen 50+	26
4.1.1	Schwerpunkte für Gesundheitsförderung von Personen 50+	27
4.1.1.1	Beschäftigung während des Übergangs in den Ruhestand	28
4.1.1.2	Teilnahme / soziale Integration, einschließlich der Tätigkeit in ehrenamtlicher Arbeit und geistiger Gesundheit	29
4.1.1.3	Lebenslanges Lernen und digitale Integration	31
4.1.1.4	Bewegung und Ernährung	32
4.1.1.5	Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die Einnahme von Medikamenten	33
4.1.1.6	Unterstützung von informellem Pflegepersonal	33
4.2	Das Angebot der Gesundheitsförderungsprojekte für Menschen 50+	34
4.2.1	Beispiele: Gesundheitsförderungsprogramme in Österreich	35
4.2.1.1	Reifer Lebensgenuss	35
4.2.1.2	Fit mit 50+ in Oberpinzgau	36
4.2.2	Beispiele für Gesundheitsförderungsprogramme in Europa	37
4.2.2.1	Healthy Ageing - A Challenge for Europe	37
4.2.2.2	Projekt "Fit as a Fiddle"	38
4.2.2.3	Projekt "The Groningen Active Living P" GALM	38
4.2.3	Beispiele: Internationale Gesundheitsförderungsprogramme	38
4.2.3.1	WHO Policy Framework on Healthy and Active Ageing	38
4.2.3.2	WHO Healthy Cities Programme	39

4.2.3.3	The WHO Age-friendly Environments Programmes	39
5.	FREIWILLIGENARBEIT	40
5.1	Ehrenamtlich oder freiwillig	40
5.1.1	Formelle und informelle Freiwilligenarbeit	40
5.2	Freiwilliges Engagement in Europa	42
5.3	Freiwilliges Engagement in Österreich	42
5.3.1	Struktur der Freiwilligenarbeit in Österreich	43
5.3.1.1	Beteiligungsquote an der Freiwilligenarbeit nach einzelnen Merkmalen	44
5.3.2	Beteiligungsstruktur in der Freiwilligenarbeit	45
5.4	Motive für formelle und/oder informelle Freiwilligenarbeit in Österreich	45
5.5	Gründe, keine formelle und/oder informelle Freiwilligenarbeit in Österreich zu leisten	47
5.5.1	Freiwilligenarbeit der älteren Bevölkerung in Europa	48
6.	EMPIRISCHER TEIL	50
6.1	Studienhintergrund der Forschungsfrage	50
6.1.1	Hintergrund und Ziel	51
6.1.2	Studienteam	52
6.1.3	Studienpopulation	52
6.1.3.1	Die Gesundheitsbuddies	52
6.1.3.2	Hochbetagte Personen	53
6.1.4	Ablauf	53
6.2	Material und Methoden	54
6.2.1	Datensammlung	55
6.2.2	Interviewpartnerinnen und Interviewpartner	55
6.2.3	Interviewleitfaden	55
6.2.4	Pretest	57
6.2.5	Interviewform / -situation	58
6.2.6	Durchführung	58
6.2.7	Datenaufbereitung	58
6.2.7.1	Transkription	58
6.2.8	Datenauswertung	59

6.2.8.1	Auswertungsmethode	60
6.2.9	Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse	62
6.3	ZEITPLAN	72
6.3.1	Beginn der Masterstudie	72
6.3.2	Kontaktaufnahme	72
6.3.3	Durchführung der Interviews	72
6.3.4	Datenaufbereitung	72
6.3.5	Datenauswertung	73
7.	ERGEBNISSE	74
7.1	Kodierleitfaden	74
7.2	Darstellung der Ergebnisse	76
7.2.1	Die Gesundheitsvorstellungen der Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner	76
7.2.2	Motivationsgründe für die Teilnahme an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm	79
7.2.3	Motivation die eigene Gesundheit zu verbessern	82
7.2.4	Die Motivation durch das Projekt die Gesundheit der zu betreuenden Person zu verbessern	83
7.2.5	Vergleich der Motivation „die eigene Gesundheit zu verbessern“ mit der Motivation „die Gesundheit der zu betreuenden Person zu verbessern“	84
7.2.6	Zielsetzungen und Erwartung an die Projektteilnahme in Bezug auf die eigene Gesundheit	85
7.2.7	Veränderungen der Einstellung zu Ernährung und Bewegung seit Beginn des Projektes	85
7.2.8	Bemerkbare Gesundheitsveränderungen seit Projekteinstieg	86
7.2.9	Vergleich der Erwartungen mit den eingetretenen Veränderungen	88
7.2.10	Zielsetzung und Erwartung an das Projekt in Bezug auf die Gesundheit der zu betreuenden Person	88
7.2.11	Beobachtete Gesundheitsveränderungen bei der zu betreuenden Person	90
7.2.12	Weitere bemerkbare Veränderungen	91
7.2.13	Zufriedenheit mit den bemerkbaren Veränderungen durch die Projektteilnahme	91
7.2.14	Zufriedenheit mit dem bisherigen Projektverlauf	92
7.2.15	Faktoren, die zu dem Erfolg des Gesundheitsförderungs-programmes beitragen	93
7.2.16	Vorteile durch die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen	94
7.2.17	Bewertung zum Schulungsaufbau	96
7.2.18	Erneute Teilnahme an einem ehrenamtlichen Gesundheits-förderungsprogramm	98

7.2.19	Aktuelle Motivation für die Weiterführung der Projektteilnahme	99
7.2.20	Anmerkungen	100
7.2.21	Unterstützung, die durch die Gesundheitsbuddies an die zu betreuenden Personen bereitgestellt wird	100
7.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	101
8.	DISKUSSION	104
8.1	Methodendiskussion	106
8.2	Diskussion der Ergebnisse	111
8.3	Verwertung der Ergebnisse	119
8.4	Zukunftsaussicht	120
9.	SCHLUSSBETRACHTUNG	122
	TABELLENVERZEICHNIS	123
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	124
	LITERATURVERZEICHNIS	125
10.	ANHANG	131
10.1	Leitfadeninterview	131
10.2	Auswertungskategorien	133
10.3	Kodierleitfaden	133
11.	CURRICULUM VITAE	137

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AGE	Europäische Volksplattform für Ältere
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CAPI	Computer Aided Personal Interviewing
EEA EFTA	European Economic Area European Free Trade Association
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GALM	The Groningen Active Living P
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzungen
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HDA	Health Development Agency
HIA	Health Impact Assessment
HiAP	Health in All Policies
LBIHPR	Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research
NCD's	Non communicable Diseases
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
WWF	World Wide Fund For Nature

1. Einleitung und Fragestellung

1.1 Einleitung

Die Alterung der Bevölkerung sowohl in den Industrieländern als auch in den Entwicklungsländern ist ein Indikator für die Verbesserung der globalen Gesundheit. Die Weltbevölkerung der Menschen ab dem 60. Lebensjahr hat sich seit dem Jahr 1980 verdoppelt und wird voraussichtlich bis zum Jahr 2050 auf zwei Milliarden Menschen ansteigen. Diese demographische Entwicklung ist das Resultat einer höheren Lebenserwartung der Bevölkerung [WHO, 2015].

Die Bevölkerungsalterung kann als Erfolgsgeschichte für die Gesundheitspolitik und für die sozioökonomische Entwicklung angesehen werden. Dieser demographische Prozess kann in Zukunft zu einer Herausforderung für die Gesellschaft und die Politiken werden. Je schneller gehandelt wird, desto besser stehen die Chancen für die Bewältigung dieser globalen Transformation. Länder, die in gesundes Altern investieren, können erhebliche soziale und wirtschaftliche Vorteile für die ganze Gemeinschaft erwarten [WHO, 2015].

Politiken und Strategien für die Förderung eines gesunden Alterns müssen breit gefächerte Maßnahmen verfolgen, unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsförderung und Prävention im gesamten Lebenszyklus. Ein gesundes Altern kann dazu beitragen chronische Erkrankungen, einschließlich Demenz und Depressionen sowie den Verlust der körperlichen Funktionsfähigkeit besser zu behandeln, hinauszuzögern oder sogar zu vermeiden [BRAUN et al., 2009].

Für die Gewährleistung einer gesunden Alterung nimmt die Gesundheitsförderung einen großen Stellenwert ein. Die Gesundheitsförderung kann dazu beitragen die Lebensqualität in den verlängerten Lebensjahren zu erhöhen, so dass ältere Menschen gesund, aktiv und unabhängig bleiben [BONE et al., 1995].

Diese Masterarbeit befasst sich mit den Motivationsgründen von Personen 50+ sich an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte zu beteiligen. Durch diese Festlegung der Altersgruppe wird der Fokus dieser vorliegenden Arbeit auf dieser Zielkohorte liegen. Die Population ab einem Alter von 50 Jahren wird innerhalb der Europäischen Union (EU) als die Altersgruppe der „jüngeren Älteren“ definiert [STEGEMAN et al., 2012]. Menschen ab einem Alter von 60 Jahren werden der Altersgruppe der „älteren Menschen“ zugeordnet [WHO, 2015].

Viele Menschen in einem Alter ab 50 Jahren würden sich selbst nicht als alt bezeichnen. Aus diesem Grund ist es wichtig auf diese Personengruppe gesondert einzugehen und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwickeln, um die Gesundheitsprobleme in den folgenden Jahrzehnten abzuwehren [STEGEMAN et al., 2012]. In der Gesundheitsförderung ist es sehr wichtig, dass die Maßnahmen für ein gesundes Altern so früh als möglich in die individuelle Lebensführung integriert werden [THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, 2007].

In bestehenden demographischen Daten zeigt sich, dass auch in Österreich der Anteil der älteren Bevölkerung steigt und der Anteil der jüngeren Generationen sinkt. Die Gruppe der unter 15-Jährigen Menschen wird weiter sinken und der Bevölkerungsanteil im Alter von über 60 Jahren wird stark steigen. Aktuell leben in Österreich 22,2 Prozent der Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und darüber. Im Jahr 2018 werden bereits mehr als 25,0 Prozent der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre alt sein. Bis zum Jahr 2050 wird der Anteil der über 60-Jährigen Bevölkerung auf 34,1 Prozent ansteigen [STATISTIK AUSTRIA, 2015].

Aus Gesundheitsberichten geht hervor, dass mit einem höheren Alter vermehrt altersbedingte und gesundheitliche Probleme auftreten. Diesem Geschehen kann man durch gesundheitsfördernde Maßnahmen entgegenwirken. In Österreich ist die Prävalenz für Frailty bei älteren Menschen 10,8 Prozent und 40,7 Prozent werden zu der Kategorie „pre-frail“ zugeordnet. Durch die Extrapolation dieser demographischen Daten zeigt sich, dass in Österreich im Jahr 2050 die Zahl der Personen der Kategorie „frail“ auf 356.000 und die der

Kategorie „pre-frail“ auf 1,5 Millionen steigen wird [Böck, 2010]. Dieser epidemiologische Trend lässt vermuten, dass die Kosten für die Bewältigung der Behandlung, Betreuung und besonders für die Prävention von Frailty eine große Herausforderung und Belastung für Gesundheits- und Sozialsysteme werden können. Eine Lösung für diese Herausforderung kann die Entwicklung und der Einsatz von ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderungsprogrammen sein. Dies kann mit ehrenamtlichen Personen durchgeführt werden, die davon ebenfalls gesundheitliche Benefits hätten [DORNER et al., 2013].

1.2 Forschungsfrage

Im Rahmen der am Institut für Sozialmedizin / Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien laufenden Studie: „Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay “buddies““ soll die Forschungsfrage: „Welche Motivationsgründe haben ältere Personen ab 50 Jahren für eine ehrenamtliche Mitarbeit an einem ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte?“ beantwortet werden.

Im Mittelpunkt dieser Masterarbeit stehen die Motivationsgründe der Personen ab einem Alter von 50 Jahren an einem Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte teilzunehmen. Die betrachtete Studienpopulation stellte sich im Rahmen der oben genannten Studie ehrenamtlich für das Gesundheitsförderungsprogramm als Betreuungspersonen (Buddies) für die teilnehmenden Hochbetagten zur Verfügung [DORNER et al., 2013].

Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können in Zukunft für ernährungs- und bewegungsbezogene Gesundheitsförderungsprogramme eine sehr tragende Rolle spielen. Aus diesem Grund soll in dieser Masterarbeit auf die Zielgruppe der „jüngeren Älteren“ eingegangen werden. Die Prävention und Gesundheitsförderung von Personen ab 50 Jahren nimmt einen wichtigen Stellenwert ein. Eine frühzeitige Gesundheitsförderung kann bei älteren Personen der Gebrechlichkeit entgegenwirken bzw. diese hinauszögern. Im

Zuge dieser Arbeit sollen die gesundheitsfördernden Aspekte der Projektteilnahme für die Ehrenamtlichen indem Fall die „jüngeren Älteren“ herausgearbeitet werden.

Die Erkenntnisse aus dieser Forschungsarbeit können Anregungen für die Ausarbeitung und Entwicklung zukünftiger ehrenamtlicher Gesundheitsförderungsprogramme liefern. Diese Programme können in weiterer Folge das soziale finanzielle System entlasten und einen positiven Beitrag zum allgemeinen Gesundheitsstatus der österreichischen Bevölkerung beitragen.

2. Aktueller Wissensstand

Dieses Kapitel soll die Grundlagen und somit ein Vorwissen für den empirischen Teil der vorliegenden Masterarbeit liefern. Der derzeitige Wissensstand in Bezug auf das Forschungsthema wird anhand aktueller Literatur zusammengetragen und erläutert. Zudem wird ein Überblick über die aktuelle Situation im Bereich der Freiwilligenarbeit und Gesundheitsförderung in Österreich geschaffen. Die ausgewählten Thematiken werden mit Fokus auf die Zielgruppe dieser Forschungsfrage erarbeitet.

Anhand demographischer Daten betreffend die globale und nationale Situation soll die Bedeutung der Forschungsthematik unterstrichen werden. Dieses Kapitel liefert einen Überblick über die Grundzüge des gesunden Alterns und beschreibt die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die jenes unterstützen. Zudem wird die nationale und globale Situation der Gesundheitsförderung von Personen ab 50 Jahren erläutert und entsprechende „Good Practice“-Beispiele präsentiert.

Der Schlussteil dieses Kapitels widmet sich der Freiwilligenarbeit mit besonderem Hinblick auf die Situation in Österreich. Eine wichtige Grundlage für das Forschungsthema liefern die Motivationsgründe und Hindernisse für die ehrenamtliche Tätigkeit. In diesem Abschnitt werden gängige Motive dargestellt.

2.1 Epidemiologische Grundlagen

In diesem Abschnitt wird ein Überblick über die weltweite demographische Entwicklung sowie über die österreichische Bevölkerungsstruktur gegeben. Ebenso werden die Herausforderungen einer alternden Bevölkerung zusammengefasst.

2.1.1 Demographische Alterung – Ein globaler Prozess

Die Alterung der Bevölkerung ist eine der größten Errungenschaften der Menschheit und wird zugleich zu einer der größten Herausforderungen. Die

globale Alterung führt in allen Ländern der Welt zu verstärkten wirtschaftlichen und sozialen Anforderungen [WHO, 2002].

In der demografischen Entwicklung findet sich das stärkste Bevölkerungswachstum in den Altersgruppen ab dem 60. Lebensjahr. Zwischen 1970 und 2025 wird ein Wachstum der älteren Menschen von rund 694 Millionen oder 223,0 Prozent erwartet. Zwischen den Jahren 2000 und 2050 wird sich der Anteil der Weltbevölkerung im Alter von 60 Jahren und älter von etwa 11,0 Prozent auf 22,0 Prozent verdoppeln. Die absolute Zahl der Menschen in diesem Alter wird sich im gleichen Zeitraum voraussichtlich von 605 Millionen auf zwei Milliarden erhöhen, von diesen werden 80,0 Prozent in den Entwicklungsländern leben [WHO, 2015]. In der Europäischen Union wird sich die Population im Alter von 65 Jahren und älter von 14,0 Prozent im Jahr 2010 auf 25,0 Prozent bis zum Jahr 2050 erhöhen [WHO, 2015].

Die Bevölkerungsalterung bezieht sich auf einen Rückgang des Anteils von Kindern und Jugendlichen und einer Erhöhung des Anteils der Menschen ab dem 60. Lebensjahr. Die Alterung der Bevölkerung wird dazu führen, dass die dreieckige Form der Bevölkerungspyramide des Jahres 2002 durch eine zylinderartige Struktur im Jahr 2025 ersetzt wird [WHO, 2002].

2.1.2 Demographische Entwicklung in Österreich

In den Regionen Österreichs wird die Bevölkerungsentwicklung von der Zahl der Geburten und Sterbefälle sowie durch den Umfang der Wanderungsbewegungen bestimmt. Um Aussagen bzw. Vorhersagen für die Bevölkerungsentwicklung zu treffen bedarf es an umfangreichen demographischen Analysen [STATISTIK AUSTRIA, 2014].

Die Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht wurde entsprechend durch die Bevölkerungsentwicklung in Österreich geprägt. Veränderungen in der Altersstruktur beruhen auf dem Zusammenspiel von den drei Komponenten Fertilität, Mortalität und Migration, wobei die Geburtenzahl den größten Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung hat. Allgemein ist ein Ansteigen der durchschnittlichen Lebenserwartung in Österreich zu verzeichnen. Diese

Entwicklung trägt zu der bestehenden Altersstruktur bei [STATISTIK AUSTRIA, 2014].

Die Altersstruktur in Österreich wird auch durch die Migration entsprechend beeinflusst. Durch die positiven und negativen Wanderungen von jungen Bevölkerungsgruppen kommt es in den betreffenden Regionen und Ländern zu einer Alterung bzw. zu einer kurzfristigen Verjüngung der Altersstruktur. Insgesamt kann das Wanderungssaldo, die die Alterung der Bevölkerung nur räumlich differenziert, den Alterungsprozess in Österreich nicht aufhalten [STATISTIK AUSTRIA, 2014].

Seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts zeigt sich in Österreich die Alterung der Bevölkerungsstruktur, wobei besonders der Geburtenrückgang seit den 1970er Jahren große Auswirkungen zeigt. Anhand der Entwicklung des Durchschnittsalters zeigt sich, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen sinkt und der Anteil der Bevölkerung im Pensionsalter stark zunimmt. So lag das Durchschnittsalter im Jahr 1970 bei 36,1 Jahren und im Jahr 2013 bei 42,0 Jahren. Im Jänner 2014 lag das Durchschnittsalter der Bevölkerung bei 42,2 Jahren [STATISTIK AUSTRIA, 2014].

Den aktuellen demographischen Daten von Jänner 2014 ist zu entnehmen, dass in vielen Regionen die Anzahl der Kinder und Jugendlichen (Personen unter 15 Jahren) gesunken ist. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Bevölkerung im nicht mehr erwerbsfähigem Alter (65 Jahre und älter) stark gestiegen. Der Bevölkerungsanteil der Erwerbsfähigen (im Alter von 15 bis unter 64 Jahren) hat ebenfalls zugenommen, diese Zunahme ist jedoch auf die Zuwanderung aus dem In- und Ausland zurückzuführen, insbesondere in den Stadtregionen [STATISTIK AUSTRIA, 2014].

Diese Anteile in relativen und absoluten Zahlen ausgedrückt zeigen, dass zu Beginn des Jahres 2014 1.688.948 (19,9 Prozent) Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren, 5.262.180 (61,9 Prozent) Personen im Haupterwerbsalter von 20 bis unter 65 Jahren und 1.556.658 (18,3 Prozent) Menschen im Alter von 65 Jahren oder älter in Österreich lebten. Verglichen mit dem Vorjahr ging die Zahl der unter 20-Jährigen um 10.970 Personen zurück, während sich gleichzeitig

sowohl die Zahl der 20- bis 64-Jährigen (+37.495) als auch jene der Menschen im Pensionsalter (+29.401) erhöhte [STATISTIK AUSTRIA, 2014].

Durch diese demographischen Zahlen, die durch die Statistik Austria anhand von demographischen Analysen ermittelt und berechnet wurden zeigt sich deutlich, dass der Anteil der älteren Bevölkerung steigt [STATISTIK AUSTRIA, 2014]. Diese Bevölkerungsprognosen bedeuten für die österreichische Gesellschaft, dass ein besonderer Fokus auf die Gesundheitsförderung gelegt werden muss.

2.1.3 Herausforderungen einer alternden Bevölkerung

Die Herausforderungen der Bevölkerungsalterung sind global, national und lokal. Die Bewältigung dieser Herausforderungen wird eine innovative Planung und inhaltliche Reformen sowohl in den Industrieländern als auch in den Übergangsländern erfordern. Die Entwicklungsländer, von denen die meisten noch nicht über umfassende politische Maßnahmen in Bezug auf die Alterung verfügen stehen vor den größten Herausforderungen [WHO, 2002].

Im Zuge der „Framework for Active Ageing“ der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) werden sieben Herausforderungen beschrieben:

- Herausforderung 1: Doppelte Krankheitslast
- Herausforderung 2: Erhöhtes Risiko für Behinderungen
- Herausforderung 3: Die Versorgung der alternden Bevölkerung
- Herausforderung 4: Die Feminisierung des Alterns
- Herausforderung 5: Ethik und Ungleichheiten
- Herausforderung 6: Die Wirtschaft einer alternden Bevölkerung
- Herausforderung 7: Schmieden eines neuen Paradigmas [WHO, 2002]

Die Altersstruktur in einem Land ist ein wichtiges Element und muss von der Politik berücksichtigt werden. Sowohl in den Industrieländern als auch in den Entwicklungsländern gibt die Alterung der Bevölkerung Anlass zur Sorge, ob

eine schrumpfende Erwerbsbevölkerung in der Lage sein kann ein soziales System aufrechtzuerhalten. Ältere Menschen sind eine kostbare Ressource, die einen wichtigen Beitrag für das Gefüge unserer Gesellschaft leistet. Die WHO legt nahe, dass für Regierungen, internationale Organisationen und die Zivilgesellschaft jetzt die Zeit gekommen ist, Programme und Maßnahmen für ein „aktives Altern“ zu erlassen, um die Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit älterer Menschen zu verbessern [WHO, 2002].

2.2 Was ist Gesundheit?

Es gibt unterschiedliche Vorstellungen von Gruppen und Gesellschaften was unter Gesundheit zu verstehen ist. Es gibt Sichtweisen, die über Generationen weitergetragen werden und als „Laienkonzepte“ bezeichnet werden. Die Gesundheit kann sowohl negativ als auch positiv interpretiert werden [NAIDOO UND WILLIS, 2010].

Eine positive Interpretation von Gesundheit ist die Gesundheitsdefinition der World Health Organization (1946): *„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“* [WHO, 2015].

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation löst den Begriff der Gesundheit aus dem rein medizinischen Aspekt und aus den Bezügen des professionellen Krankheitssystems. Gesundheit ist kein unveränderlicher Zustand, sondern ein alltäglich immer wieder neu und aktiv herstellbares Gleichgewicht [NAIDOO UND WILLIS, 2010].

Gesundheit wird von der WHO als ein Grundrecht jedes Menschen betrachtet sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen unabhängig von der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. Für die Umsetzung dieses Menschenrechts müssen die Voraussetzungen wie Frieden, ausreichende Nahrungsversorgung, angemessene Wohnverhältnisse, wirtschaftliche und soziale Gerechtigkeit sowie die nachhaltige Nutzung vorhandener Ressourcen erfüllt sein. Nach dieser Sichtweise ist Gesundheit ein Produkt der Gesellschaft sowie auch des

Einzelnen und hebt somit den dynamischen und positiven Charakter der Gesundheit hervor [NAIDOO UND WILLIS, 2010].

2.2.1 Einflussfaktoren auf die Gesundheit / Determinanten der Gesundheit

Die Gesundheit wird durch unsere Lebensweise und den umliegenden Bedingungen beeinflusst. Viele Faktoren haben einen Einfluss auf die Gesundheit und auf das Wohlbefinden. Diese Determinanten können sowohl auf individueller Ebene als auch in den physischen und sozialen Umwelten des Menschen liegen. Die meisten dieser Einflussfaktoren sind veränderbar und somit für die Gesundheitsförderung zugänglich. In einer Darstellung von Dahlgren und Whitehead (1991) wurden die verschiedenen Einflussfaktoren vier Ebenen zugeordnet. Diese Auffassung und Darstellung der Determinanten findet in einer Vielzahl an Literatur Gebrauch so z.B. auch in jener des FGÖ [FGÖ, 2015] [NAIDOO UND WILLIS, 2010].

Folgende Gesundheitsdeterminanten werden in den vier Ebenen dargestellt. Die genetischen und biologischen Faktoren (Geschlecht, Erbanlagen, Alter) sind noch weitgehend unveränderbar und stellen die Grundvoraussetzungen der Gesundheit dar [NAIDOO UND WILLIS, 2010].

- Erste Ebene: die Verhaltens- und Lebensweisen der Individuen
- Zweite Ebene: die sozialen und kommunalen Netzwerke
- Dritte Ebene: die Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Vierte Ebene: die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen

Diese Ebenen können nicht getrennt voneinander betrachtet werden, sie stehen in enger Wechselbeziehung zueinander [NAIDOO UND WILLIS, 2010] [FGÖ, 2015].

2.3 Altern und Active Ageing

2.3.1 Altern

Der Alterungsprozess ist eine biologische Realität, die ihre eigene Dynamik hat und nicht der menschlichen Kontrolle unterliegt. Mit zunehmendem Alter verändern sich anatomische Bedingungen und Stoffwechselprozesse. Um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden bedarf es eines gesundheitsfördernden Lebensstils, der sich den neuen Bedürfnissen und körperlichen Möglichkeiten anpasst [WHO, 2015].

Für den Begriff „Altern“ gibt es je nach wissenschaftlicher Betrachtung verschiedene Definitionen. So versteht man in der Soziologie unter dem Alter den Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand. In der Medizin werden Alterserscheinungen definiert, die auch schon vor dem Ruhestand auftreten können [BZgA, 2015].

In der entwickelten Welt spielt die chronologische Zeit eine vorrangige Rolle. Das Alter von 60 oder 65 Jahren entspricht in den meisten Industrieländern dem Pensionsalter und gilt als der Beginn für die Bezeichnung „älterer Mensch“. In vielen Teilen der Dritten Welt hat die chronologische Zeit wenig oder gar keine Bedeutung [WHO, 2015].

Im Moment gibt es keine weltweite festgelegte Altersgrenze ab der ein Mensch als „alt“ bezeichnet wird. Die von den Vereinten Nationen vereinbarte Grenze liegt bei einem Alter von 60 Jahren. Die Weltgesundheitsorganisation folgt ebenfalls dieser Altersgrenze für ihre Definition der älteren Bevölkerung [WHO, 2015].

In einem Bericht der EuroHealthNet werden Personen ab dem 50. Lebensjahr als die „jüngeren Älteren“ bezeichnet und stellen eine eigene Altersgruppe dar [STEGEMAN et al., 2012]. Die Zielgruppe dieser Masterarbeit wird ebenfalls als die der „jüngeren Älteren“ bezeichnet.

2.3.2 Active and Healthy Ageing

Aktives und gesundes Altern ist ein Prozess der Optimierung der Chancen für die Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit, um die Lebensqualität mit zunehmendem Alter zu erhalten. Aktives Altern ermöglicht den Menschen ihr Potenzial für das physische, soziale und psychische Wohlbefinden während des gesamten Lebens zu verwirklichen, an der Gesellschaft teilzuhaben und mit angemessenen Schutz, Sicherheit und Pflege versorgt zu werden [WHO, 2002] [THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, 2007].

Das Wort "aktiv" bezieht sich auf die weitere Teilnahme an gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, kulturellen, geistigen und bürgerlichen Angelegenheiten. Es bezieht sich demnach nicht nur auf die Fähigkeit körperlich aktiv zu sein, oder sich an dem Arbeitsmarkt zu beteiligen. Ältere Menschen, die nach der Arbeit in den Ruhestand gehen, krank sind oder mit Behinderungen leben, können weiter einen aktiven Beitrag für ihre Familien, Kolleginnen und Kollegen, Gemeinschaften und Nationen leisten. Aktives Altern zielt darauf ab die Lebensqualität in den verlängerten Lebensjahren für alle Menschen zu erhalten. Der Begriff „gesund“ bezieht sich auf die Definition der Gesundheit durch die WHO [WHO, 2002].

Der Alterungsprozess findet im Rahmen von Gesellschaften (Familie, Freundschaften, Nachbarschaft, Arbeitsplatz) statt. Deshalb gehören die Interdependenz und Solidarität zwischen den Generationen zu den wichtigsten Grundsätzen des aktiven Alterns. Zudem hat die Aufrechterhaltung der Autonomie und Unabhängigkeit älterer Menschen eine wichtige Bedeutung [WHO, 2002].

2.3.3 Lebenslaufperspektive im Zusammenhang mit dem Älterwerden

Eine Lebenslaufperspektive über das Altern zeigt, dass ältere Menschen keine homogene Gruppe sind und die individuelle Vielfalt dazu neigt mit dem Alter zuzunehmen. Interventionen, die ein stützendes Umfeld errichten und gesunde Entscheidungen fördern sind in allen Phasen des Lebens wichtig [WHO, 2002].

Mit zunehmendem Alter werden nicht übertragbare Krankheiten (Non communicable Diseases – NCD's) die Hauptursachen für Morbidität, Behinderungen und Mortalität in allen Regionen der Welt. NCD's sind die wesentlichen Erkrankungen des späteren Lebens. Aber viele nicht übertragbare Krankheiten sind vermeidbar oder deren Auftreten kann verzögert werden. Das Fehlen oder Scheitern einer angemessenen Gesundheitsförderung, Prävention und Verwaltung des Wachstums von nicht übertragbaren Krankheiten kann hohe individuelle und soziale Kosten nach sich ziehen. Diese vermeidbaren Kosten könnten so einen unverhältnismäßig hohen Anteil an Ressourcen aufbrauchen, die für die Bewältigung von Gesundheitsproblemen anderer Altersgruppen nötig sein könnten [WHO, 2002].

In den ersten Jahren sind übertragbare Krankheiten, maternale und perinatale Erkrankungen und eine Unterernährung, die Hauptursachen von Krankheit und Tod. In der späteren Kindheit, Jugend und jungen Erwachsenenalter spielen Verletzungen und beginnende nicht übertragbare Krankheiten eine viel größere Rolle. In der Lebensmitte und in den späteren Jahren sind es die nicht übertragbaren Krankheiten, die für die überwiegende Mehrheit der Todesfälle und Erkrankungen verantwortlich sind [WHO, 2002].

Die Forschung bestätigt zunehmend, dass die Ursprünge für das Risiko chronischer Bedingungen wie z.B. Diabetes mellitus und Herzerkrankungen in der frühen Kindheit oder sogar noch früher zu finden sind. Das Risiko für die Entwicklung nicht übertragbarer Erkrankungen nimmt mit zunehmendem Alter zu und wird im Laufe des Lebens durch diverse Einflussfaktoren geformt. Der Tabakkonsum, mangelnde körperliche Aktivität und eine ungesunde Ernährungsweise zählen zu den Risikofaktoren, die mit einem höheren Risiko für die Entstehung von nicht übertragbaren Krankheiten im höheren Alter assoziiert sind. Diese Erkenntnisse begründen die Notwendigkeit das Risiko von nicht übertragbaren Erkrankungen durch die Gesundheitsförderung zu minimieren [WHO, 2002].

2.3.4 Ansatz „aktives Altern“ in der Politik

Der Ansatz des aktiven Alterns in der Politik und Programmentwicklung hat das Potenzial viele Herausforderungen einer alternden Bevölkerung zu adressieren. Die WHO hat erreichbare Ziele zusammengefasst. Die Bedingung für das Erreichen der Ziele ist die Unterstützung des aktiven Alterns durch die Gesundheitspolitik, Arbeitsmarktpolitik, Bildungs- und Sozialpolitik. Folgende Ziele wurden festgelegt:

- verminderte Anzahl vorzeitiger Todesfälle in den hochproduktiven Lebensstadien
- Reduktion von Behinderungen mit chronischen verbunden Erkrankungen im Alter
- Erhöhung der Anzahl von Menschen, die eine positive Lebensqualität im Alter genießen
- Steigerung der Beteiligung von älteren Menschen in den sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Bereichen der Gesellschaft
- Verminderung der Kosten durch medizinische Behandlungen und Betreuungsdienste [WHO, 2002].

2.3.5 Determinanten des aktiven Alterns

Aktives Altern ist abhängig von einer Vielzahl von Einflussfaktoren, die die Menschen umgeben. Das Bewusstsein dieser Einflüsse erleichtert die Entwicklung von Strategien, Programmen und Arbeiten zur Gesundheitsförderung. Der folgende Abschnitt fasst die Determinanten zusammen, die die Gesundheit während des Alterungsprozesses beeinflussen. Jene Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit aller Altersgruppen haben wurden im Kapitel 2.2.1 erläutert. Im folgenden Abschnitt wird die Bedeutung dieser Determinanten für das aktive Altern und die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen erläutert [WHO, 2002].

2.3.5.1 Universell gültige Faktoren: Kultur und Geschlecht

Kulturelle Werte und Traditionen bestimmen weitgehend die Einstellung einer Gesellschaft gegenüber älteren Menschen und dem Alterungsprozess. Die

Kultur beeinflusst auch den Stellenwert einer gesundheitsbewussten Lebensführung. Traditionelle Rollenverteilungen der Geschlechter haben zu Folge, dass Individuen unterschiedlich geachtet werden und eine ungleiche Verteilung des Zuganges zu gesunden Nahrungsmitteln, Schulbildung, Arbeitsmöglichkeiten und zu den Gesundheitssystemen besteht [WHO, 2002].

2.3.5.2 Gesundheit und Sozialdienstleistungssysteme

Ein positives Gesundheits- und Sozialwesen muss integriert, koordiniert und kostengünstig gestaltet sein. Bei der Bereitstellung von Dienstleistungen darf keine Diskriminierung aufgrund des Alters stattfinden. Dienstleistungsanbieter haben Menschen aller Altersgruppen mit Würde und Respekt zu behandeln [WHO, 2002].

2.3.5.3 Verhaltenseinflüsse

Das Verhalten eines Menschen kann die Gesundheit sehr stark beeinflussen. Eine bewusste Lebensführung in allen Phasen des Lebens ist von großer Bedeutung. Es ist zu jeder Zeit und in jedem Alter möglich sein Verhalten zu ändern. Die Steigerung der körperlichen Aktivität, eine gesunde Ernährungsweise und das Einstellen oder der Verzicht des Tabak- und Alkoholkonsums sind sinnvolle Verhaltensweisen, um Krankheiten zu verhüten und die Lebensqualität zu steigern [WHO, 2002].

2.3.5.4 Persönliche Einflüsse

Als persönliche Einflüsse werden die Biologie, Genetik und die psychologischen Faktoren angeführt. Die biologischen und genetischen Voraussetzungen beeinflussen stark das Altern einer Person, da die ablaufenden Prozesse durch diese festgelegt sind [WHO, 2002].

Psychologische Faktoren wie Intelligenz und kognitive Kapazitäten sind starke Prädiktoren für aktives Altern und Langlebigkeit. Mit dem Alter nehmen die kognitiven Leistungen ab, diese Verluste können aber durch Gewinne in Weisheit, Wissen und Erfahrung kompensiert werden [WHO, 2002].

2.3.5.5 Physische Umwelt

Die altersfreundliche Gestaltung von Lebenswelten hat einen großen Einfluss auf die individuelle Abhängigkeit und die Bedeutung dieser steigt mit zunehmendem Alter. Eine sichere Umgebung für ältere Menschen ohne viele physische Barrieren kann die Isolierung, das Auftreten von Depressionen, verminderte Fitness und Mobilitätsprobleme bei älteren Personen vermindern [WHO, 2002].

2.3.5.6 Soziale Umwelt

Der Mensch ist im Laufe seines Lebens mit vielen sozialen Einflüssen konfrontiert. Gesundheitsfördernde Schlüsselfaktoren des sozialen Umfeldes wie z.B. die soziale Unterstützung, Bildungschancen und lebenslanges Lernen, Frieden und Schutz vor Gewalt und Missbrauch können die Gesundheit, die Teilhabe und die Sicherheit im zunehmenden Alter verbessern. Einige soziale Belastungsfaktoren wie Einsamkeit, soziale Isolation, Analphabetismus und mangelnde Bildung, Missbrauch und die Belastung durch Konfliktsituationen können die Risiken für Behinderungen älterer Menschen erheblich steigern und zu einem früheren Tod führen [WHO, 2002].

2.3.5.7 Wirtschaftliche Einflüsse

Das Altern ist auch mit dem Übertritt der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand verbunden und mit diesem auch Umstellungen wie z.B. die Reduktion finanzieller Mittel durch die Ablösung des Gehaltes durch Pensionszahlungen [WHO, 2002].

3. Gesundheitsförderung

3.1 „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“

Die Gesundheitsförderung und die Prävention haben beide zum Ziel, die Gesundheit von Individuen und Bevölkerungsgruppen zu erhalten und zu fördern. Beide Begriffe werden auch häufig synonym verwendet, unterscheiden sich aber durch ihre Konzepte und Strategien. Während die Prävention seit der Etablierung der Präventivmedizin in der Medizin verankert ist, ist die Gesundheitsförderung ein neues Gebiet und zahlreiche Akteure außerhalb der Medizin gestalten diese [NAIDOO UND WILLIS, 2010].

Der präventive Denkansatz zielt darauf ab, Krankheiten und funktionelle Störungen zu verhindern. Im Gegensatz zu diesem ist die Gesundheitsförderung nicht auf die Vermeidung von Krankheiten ausgerichtet. Die Gesundheitsförderung betrifft sowohl den einzelnen Menschen als auch eine ganze Gesellschaft. Ihr Ziel ist es Gesundheitsressourcen und –potenziale zu stärken, gesundheitsförderliche Bedingungen zu schaffen und schädigende Verhältnisse günstig zu beeinflussen. So unterliegt die Prävention dem Denkmodell der Pathogenese und die Gesundheitsförderung dem der Salutogenese [NAIDOO UND WILLIS, 2010].

Um die Ziele der Gesundheitsförderung zu erreichen werden zwei Zielrichtungen unterschieden:

- Verhaltensbezogene Maßnahmen sollen die individuellen Faktoren verändern (z.B. Vorträge / Kurse für gesundes Ernährungsverhalten)
- Verhältnisbezogene Maßnahmen sollen die Faktoren verändern, die von außen auf das Individuum einwirken (z.B. Arbeits- und Lebensbedingungen, bauliche Gegebenheiten) [SPICKER UND LANG, 2011].

In der Praxis sind diese Zielrichtungen eng gekoppelt und beeinflussen sich wechselseitig. So haben beispielsweise die Lebenswelten auch Einfluss auf

individuelle Lebensweisen und das Gesundheitsverhalten [SPICKER UND LANG, 2011].

3.2 Gesundheitsförderung als politische Strategie

Der Begriff der Gesundheitsförderung ist noch relativ jung. Er wurde zum ersten Mal im Zusammenhang mit dem Lalonde-Bericht (1974) und der Alma-Ata-Konferenz benutzt. Die Entwicklung des Begriffes hat vielschichte Hintergründe und unterscheidet sich auch je nach Land und Region. Heute wird der Begriff im Kontext der Ottawa-Charta definiert (WHO, 1986) und die Definition von Don Nutbeam Ende der 1980er Jahre ausformuliert:

„Gesundheitsförderung verkörpert einen umfassenden sozialen und politischen Prozess. Dazu gehören nicht nur die Maßnahmen zu Stärkung der individuellen Kompetenz, sondern auch Aktivitäten zur Veränderung der sozialen, wirtschaftlichen und physischen Umweltbedingungen, die zu einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und des Einzelnen beitragen können. Gesundheitsförderung ist damit der Prozess, der den Menschen die Kontrolle über die Faktoren ermöglichen soll, die ihre Gesundheit bestimmen und sie auf dieser Basis zur Verbesserung ihrer Gesundheit befähigt.“ [NAIDOO UND WILLIS, 2010].

3.2.1 Grundlogik der Ottawa-Charta

3.2.1.1 Handlungsqualifikationen der Ottawa-Charta

Die Handlungsqualifikationen umfassen jene Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, damit Aktionen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung großer Populationen angenommen und umgesetzt werden können [WHO, 1986].

Interessen vertreten (advocacy)

Diese Handlungsqualifikation betrifft den Prozess der Verteidigung und Förderung gesundheitlicher Interessen. Gesundheitsförderndes Handeln bedeutet durch einen aktiven Eingriff die politische, ökonomische, soziale,

kulturelle sowie biologische Umwelt positiv zu beeinflussen und der Gesundheitsförderung zuträglich zu machen [WHO, 1986].

Befähigen und ermöglichen (enabling & empowerment)

Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit ausgerichtet. In diesem Sinne sollen soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes verringert werden und durch das Schaffen von gleichen Möglichkeiten, alle Menschen befähigt werden ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen [WHO, 1986].

Vermitteln und vernetzen (mediation & networking)

Die Gesundheitsförderung erstrebt eine koordinierte Zusammenarbeit von Verantwortlichen aus Regierungen und aus dem Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor. Durch die Vernetzung aller Sektoren sollen die Voraussetzungen für eine gute Gesundheit garantiert werden [WHO, 1986].

3.2.2 Handlungsstrategien der Ottawa-Charta

Die Grundsätze der Gesundheitsförderung und Handlungsstrategien, die in der Ottawa-Charta 1986 formuliert wurden gelten auch heute noch [NAIDOO UND WILLIS, 2010]. Im Sinne der Ottawa-Charta erstreckt sich Gesundheitsförderung auf fünf Aktionsebenen.

Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln

Gesundheitsförderung beinhaltet mehr als eine medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Ein koordiniertes, verbündetes Handeln durch die Politik kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen [WHO, 1986].

Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen

Die Lebenswelten und die Arbeits- und Freizeitbedingungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Diese sollten so organisiert sein, dass sie eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sind. Für die Förderung der Gesundheit ist es notwendig gesundheitliche Folgen aller Lebensbereiche abzuschätzen und aktiv zugunsten der Sicherstellung zu

handeln. Bei jeder Strategie muss auf den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie auf die Erhaltung der natürlichen Ressourcen geachtet werden [WHO, 1986].

Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen

Ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung ist die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung. Eine ebenso wichtige Funktion der Gesundheitsförderung ist die Unterstützung der Selbsthilfe und die Schaffung von flexiblen Möglichkeiten öffentlicher Aktivitäten [WHO, 1986].

Persönliche Kompetenzen entwickeln

Die Gesundheitsförderung soll die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten unterstützen und dadurch den Menschen helfen mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben. Durch die Bereitstellung von Informationen soll die Möglichkeit gegeben werden Veränderungen im Lebensalltag vorzunehmen, die der Gesundheit zugutekommen. Menschen sollen zu lebenslangem Lernen befähigt werden und in der Lage sein mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden [WHO, 1986].

Die Gesundheitsdienste neu orientieren

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärztinnen und Ärzten, anderen Fachkräften des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Das Ziel der Zusammenarbeit ist die Entwicklung eines Versorgungssystems, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und über die medizinisch kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht [WHO, 1986].

3.3 Gesundheitswesen in Österreich

Das Gesundheitswesen in einem Land soll sicherstellen, dass gesunde Menschen ihre Gesundheit erhalten und kranke Menschen ihre Gesundheit wiedererlangen. Somit umfasst das Gesundheitswesen die Krankenversorgung, die Gesundheitsförderung und die Prävention. In einer älter werdenden Bevölkerung spielen die Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle. Die Gesundheit im höheren Alter ist eine bedeutende Voraussetzung für Selbstständigkeit und eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben [BZgA, 2015].

In Österreich ist die Krankenversorgung vorherrschend, es gewinnen aber die Gesundheitsförderung und die Prävention immer mehr an Bedeutung. Österreich hat schon sehr früh begonnen an der Gesundheitsförderung mit Umsetzung der Ottawa-Charta zu arbeiten. Bereits Ende der 1980er Jahre wurde schon ein besonderes Augenmerk auf die Stärkung des Settingansatzes und die Entwicklung gesundheitsfördernder Netzwerke gelegt. Besonders in der Umsetzung der fünften Handlungsstrategie „Gesundheitsdienste neu orientieren“ hat sich Österreich verdient gemacht. Mittlerweile haben sich schon zahlreiche Netzwerke für die Gesundheitsförderung etabliert. Diese tragen dazu bei die Rahmenbedingungen für die Gesundheit zu schaffen [BMG, 2015].

Die Gesundheitsförderung und die Primärprävention haben seit der Veröffentlichung der Ottawa-Charta immer mehr an Bedeutung gewonnen. Ausschlaggebend dafür ist sicherlich die demographische Entwicklung hin zu einem steigenden Anteil der älteren Bevölkerung, die Zunahme chronischer Krankheiten, die Wiederkehr und das Neuauftreten von Infektionskrankheiten sowie die Grenzen der kurativen Medizin [BMG, 2015].

3.4 Gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung

- Gesundheitsqualitätsgesetz
- Gesundheitsförderungsgesetz (GfG), BGBl. Nr. 51/1998

Mit der Verabschiedung dieser Gesetze und der Aufgabenzuweisung an den Fonds Gesundes Österreich hat Österreich eine gesetzliche Grundlage für die stärkere Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitsbereich geschaffen. Das GfG orientiert sich an der Ottawa-Charta und legt auch den Budgetrahmen an öffentlichen Mitteln fest, der jährlich für die Umsetzung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zur Verfügung steht [BMG, 2015].

3.5 Institutionen der Gesundheitsförderung

3.5.1 Mission Statement des Ludwig Boltzmann Instituts für Gesundheitsförderungsforschung (LBIHPR)

Das LBIHPR (Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research) ist eine inter- und transdisziplinäre Forschungseinrichtung. Sie setzt sich mit den Bedingungen und Möglichkeiten von Gesundheitsförderung in Organisationen auseinander. Insbesondere beschäftigt sich diese Forschungseinrichtung mit den Fragen der effektiven und nachhaltigen Implementation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Organisationen und mit der Weiterentwicklung von Theorien, Modellen und Konzepten, die dazu dienen organisationale Veränderungsprozesse zu beschreiben [BMG, 2015].

3.5.2 Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Die Gesundheit Österreich GmbH stellt das nationale Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und die nationale Kompetenzstelle für die Gesundheitsförderung da.

Die Gesundheit Österreich GmbH gliedert sich in drei Geschäftsbereiche:

- Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)
- Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)

Durch diese Geschäftsbereiche können die Strukturplanung, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung aufeinander abgestimmt werden. Der Bund ist der Alleingesellschafter der Gesundheit Österreich GmbH und ist vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit [BMG, 2015].

3.5.2.1 FGÖ

Der Fonds Gesundes Österreich ist die nationale Kompetenzstelle für die Gesundheitsförderung und Prävention. Der FGÖ fördert praxisorientierte und wissenschaftliche Projekte und entwickelt auch Aktivitäten und Kampagnen, um die gesunde Lebensweise und Lebenswelten der österreichischen Bevölkerung zu fördern und erreichbar zu machen. Zudem regt der FGÖ die Kooperation im Bereich der Gesundheitsförderung an. Der FGÖ ist für die Handlungsfelder: Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit, Kinder und Jugendliche, Menschen am Arbeitsplatz und Ältere Menschen zuständig [GÖG, 2015].

3.5.2.2 BIQG

Das BIQG ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems, das den Prinzipien Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz zu folgen hat [GÖG, 2015].

3.5.2.3 ÖBIG

Das ÖBIG ist verantwortlich für die Forschungs- und Planungsarbeiten. Es gestaltet das Berichtswesen und erstellt Grundlagen für die Steuerung des Gesundheitswesens ausschließlich im Auftrag des Bundes. Für alle anderen Auftraggeber stehen die GÖG-Töchter zur Verfügung (GÖ Beratungs GmbH, GÖ Forschungs- und Planungs GmbH) [GÖG, 2015].

Die Abteilung „Gesundheit und Gesellschaft“ des ÖBIG widmet sich den vielfältigen gesellschaftlichen Bedingungen der Entstehung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Den strategischen Gesamtrahmen stellen die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele und ihre Umsetzungsunterstützung dar [GÖG, 2015].

Die Arbeiten der Abteilung beziehen sich auf alle Schritte des Public Health Action Cycle. Die einzelnen Themenfelder reichen von der Gesundheitsberichterstattung über Strategieentwicklung und fachliche Begleitung von Umsetzungsmaßnahmen bis zur Evaluation von Entwicklungsinitiativen [GÖG, 2015].

3.5.2.3.1 Gesundheitsziele und Strategieentwicklung

Die Strategieentwicklung im Bereich Public Health, besonders der Prozess der Rahmen-Gesundheitsziele, nimmt eine wichtige Funktion für die Gesundheitsförderung der Bevölkerung ein. Der Ansatz für Strategieentwicklungsprozesse ist die gebündelte Anstrengung in allen Politikfeldern, um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik „Health in All Policies“ zu erreichen.

Health in All Policies (HiAP; Gesundheit in allen Politikfeldern) basiert auf dem Konzept der Gesundheitsdeterminanten und geht von der Erkenntnis aus, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern wirksam und nachhaltig gefördert werden kann.

Ein zentraler Arbeitsschwerpunkt zu Health in All Policies liegt auf Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA) bzw. Health Impact Assessment (HIA). Die GFA übernimmt die Untersuchung gesundheitlicher Auswirkungen konkreter Maßnahmen bzw. Projekte in unterschiedlichsten Bereichen bereits im Rahmen der Planungsphase. Die GFA hat somit eine bedeutende Funktion für die strukturelle Prävention [GÖG, 2015].

4. Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Im gesamten Lebenslauf eines Menschen nimmt die Gesundheitsförderung einen wichtigen Stellenwert ein. Gerade in einer älter werdenden Bevölkerung rücken die Förderung und der Erhalt der Gesundheit immer mehr in den Mittelpunkt. Angesichts steigender Lebenserwartung ist es das Ziel, die gewonnenen Lebensjahre bei möglichst guter Gesundheit und Lebensqualität zu erleben. Hierbei ist es wichtig, dass Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können und dass sie ihre Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpfen können [BZgA, 2015].

In der Deklaration von Jakarta wurde erstmals die Bedeutung der Gesundheitsförderung für die ältere Bevölkerung betont. Die Tatsache der kumulierenden Gesundheitsrisiken im Lebensverlauf lenkte die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Lebensphase im Alter, sondern auch auf den Alterungsprozess. Die Weltgesundheitsorganisation erkannte die Gesundheitsförderung als eine relevante Schlüsselkomponente für gesundes Altern [KUHLMANN UND KOCH, 2009].

Die Gesundheitsförderung spielt eine wichtige Rolle für die Gewährleistung des gesunden Alterns. Viele Krankheiten im späteren Leben sind vermeidbar. Die aktive Förderung der Gesundheit kann dazu beitragen das Wohlbefinden zu erhalten und eine Zuweisung in Pflegeeinrichtungen zu verzögern. Ältere Menschen können dazu befähigt werden mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen aktiv und unabhängig zu leben [THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, 2007].

Es ist nicht immer einfach das Verhalten der Menschen zu ändern. Ein entscheidender Grund hierbei ist der große Einfluss von sozialen Determinanten der Gesundheit auf das persönliche Verhalten. Diese liegen oftmals außerhalb des Einflussbereiches des Individuums. Darüber hinaus ist die psychische Gesundheit und die Fähigkeit sich an sozialen Aktivitäten zu beteiligen, beeinflusst von persönlichen Faktoren und Lebensstilfragen. Diese liegen auch oft außerhalb der Kontrolle der Einzelnen [STEGEMAN et al., 2012].

Die Förderung der Gesundheit älterer Menschen benötigt für die Gesellschaft Handlungsstrategien mit effizienten politischen Interventionen. Soziale Normen sollen soweit verändert werden, dass die Bereitschaft für ein risikobehaftetes Verhalten wie z.B. Rauchen positiv beeinflusst wird. Um die sozialen Gesundheitsdeterminanten zu erreichen, erfordert jede Initiative einen positiven und integrierten Ansatz. Hierbei ist eine sektorenübergreifende Herangehensweise auf internationaler, regionaler und lokaler Ebene unerlässlich [STEGEMAN et al., 2012].

4.1 Gesundheitsförderung für Personen 50+

Die grundlegenden Prinzipien der Gesundheitsförderung gelten für alle Altersgruppen. Zu den Aufgaben einer Handlungsstrategie gehört es aber auch Interventionen unter Einbeziehung der Bedürfnisse spezifischer Gruppen zu gestalten. Viele Menschen ab der Lebensmitte befinden sich in einem Zustand der Veränderung, sowohl physisch als auch in Bezug auf die Lebensumstände. So können sich die Beschäftigungsbedingungen ändern oder der Übergang in den Ruhestand stattfinden. Ebenso können auf diese Personen neue Betreuungsaufgaben gegenüber ihren eigenen Eltern, der Ehepartnerin/dem Ehepartner und ihren Enkelkindern zukommen. Derartige Veränderungen können Reflexionen über aktuelle und zukünftige Chancen und Richtungen auslösen. Diese neue Lebenssituation kann dazu beitragen, dass die betreffende Population empfänglicher für Informationen betreffend die Gesundheitsförderung wird [STEGEMAN et al., 2012].

Im Vereinigten Königreich wurde von der Health Development Agency (HDA) ein Programm speziell für die Bedürfnisse der Altersgruppe 50+ entwickelt. Aus den Erkenntnissen dieser Intervention geht hervor, dass sich die Menschen im Alter von 50 bis 65 Jahren als eigenständige Generation mit ihren eigenen Vorlieben ansehen. Die Menschen in dieser Altersgruppe wollen die Kontrolle über ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden behalten und haben meist auch noch alle Voraussetzungen, die ihnen dies ermöglichen. Im Zuge dieses Programmes geht auch hervor, dass Menschen 50+ sich nicht auf die

Dienstleistungen für „ältere Menschen“ angesprochen fühlen. Ebenso wird deutlich, dass jene Personen sich durch die Dienstleistungen für Erwachsene benachteiligt und ignoriert fühlen [STEGEMAN et al., 2012].

4.1.1 Schwerpunkte für Gesundheitsförderung von Personen 50+

Ein umfassender Bericht der EuroHealthNet liefert eine Auswahl von Programmen und Maßnahmen für die Gesundheitsförderung dieser Personengruppe. Die Recherche für diese Auswahl beschränkte sich auf die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, Kanada und die WHO. In diesem Bericht geht hervor, dass sich diese zielgruppengerichteten Programme und Strategien in der Regel mit dem Arbeitsplatz, den Arbeitsbedingungen und mit dem Übergang in den Ruhestand beschäftigen. Ebenso werden Aktivitäten zur Förderung der körperlichen Aktivität und sozialen Verbundenheit nach der Pensionierung fokussiert. Menschen dieser Altersgruppe übernehmen oftmals informelle pflegerische Tätigkeiten jüngerer oder älterer Personen und können in dieser Aufgabe Unterstützung benötigen. Hierbei sollen zielgerichtete Maßnahmen gesetzt werden, um diesen Personen die nötige Stütze und Vorbereitung zu bieten [STEGEMAN et al., 2012].

Der Altersgruppe 50+ wird empfohlen gesunde Ernährungsgewohnheiten anzunehmen und eine moderate körperliche Aktivität anzustreben. Diese Gruppe sollte regelmäßig Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, die in der Lage sind ihre spezifischen Bedürfnisse anzusprechen [STEGEMAN et al., 2012].

EuroHealthNet hat auf der Grundlage der umfassenden Recherche sechs Schwerpunkte zur Gesundheitsförderung dieser Alterskohorte evaluiert:

- die Beschäftigung während des Übergangs in den Ruhestand
- die Teilnahme und soziale Integration - einschließlich ehrenamtliches Engagement und Förderung der geistigen Gesundheit
- das lebenslange Lernen und die digitale Integration
- die Bewegung und Ernährung

- die Nutzung des Gesundheitswesens / die richtige Einnahme von Medikamenten
- Personen mit informellen pflegerischen Tätigkeiten [STEGEMAN et al., 2012].

4.1.1.1 Beschäftigung während des Übergangs in den Ruhestand

Laut dem Bericht der EuroHealthNet versucht die EU mit ihrer Arbeitsmarktpolitik der stetig wachsenden Anzahl älterer Menschen Rechnung zu tragen. Innerhalb der EU versuchen viele nationale Regierungen Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Beschäftigungszeit älterer Menschen zu verlängern [STEGEMAN et al., 2012].

Mit dem Ziel ältere Erwerbstätige länger im Betrieb zu halten, wäre es förderlich diesen Personen den Umstieg auf ein Teilzeitverhältnis zu ermöglichen. Die Betroffenen sollten ermutigt werden neue Rollen zu übernehmen und neue Fähigkeiten zu erlernen [HEALTHYAGEING.EU, 2015]. Eine zielgruppenorientierte Ausbildung am Arbeitsplatz kann diese Erwerbstätigen unterstützen, sich mit den Veränderungen im Zusammenhang mit der Alterung zurechtzufinden und sich mit der Gesundheitsförderung und den Plänen für den Ruhestand auseinanderzusetzen [STEGEMAN et al., 2012].

Die Altersdiskriminierung am Arbeitsplatz stellt für viele ältere Menschen eine große Barriere dar. Dadurch bietet diese mögliche Ansätze für zukünftige Interventionen. Die Bekämpfung der Altersdiskriminierung benötigt vor allem Veränderungen der Haltung auf Seiten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer [HEALTHYAGEING.EU, 2015]. Es gibt viele Berufe, die besonders ältere Menschen ohne erhebliche Investitionen in Umschulungen ausüben können. Eine gute Maßnahme, um diese Personen in den Arbeitsplatz zu integrieren ist, deren Beschäftigung als Mentoren für jüngere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer [STEGEMAN et al., 2012]. Diese Arbeitskräfte können so ihr Wissen und ihre Erfahrungen auf die jüngeren Erwerbstätigen übertragen. Die Bindung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kann dadurch als Chance für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber angesehen werden [HEALTHYAGEING.EU, 2015].

Das Jahr 2012 wurde zum „Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen“ ernannt. Das europäische Jahr 2012 fokussierte alle Altersgruppen einer Gesellschaft. Diese Betitelung hatte zum Ziel, ältere Menschen zu fördern länger in der Belegschaft zu bleiben, um dort ihre Erfahrungen zu teilen und dadurch ihre aktive Rolle in der Gesellschaft zu behalten [STEGEMAN et al., 2012].

Der Übergang von der Beschäftigungszeit in den Ruhestand kann eine bedeutende Wende im Leben der Betroffenen sein. Diese kann je nach Kontext (Bereitstellung von mehr Freizeit, niedrigeres Einkommen) ein positives oder ein negatives Ereignis darstellen. Jedenfalls benötigt diese Umstellung eine gewisse Anpassung jener Personen. Um die Menschen in diesem Lebensabschnitt zu unterstützen bedarf es zielgerichteter Maßnahmen. Diese müssen eine praktische Unterstützung für die Betroffenen bieten und Rahmenbedingungen für die Erhaltung ihrer Produktivität (Freiwilligenarbeit oder lebenslangen Lernen) schaffen [STEGEMAN et al., 2012].

4.1.1.2 Teilnahme / soziale Integration, einschließlich der Tätigkeit in ehrenamtlicher Arbeit und geistiger Gesundheit

Soziale Eingliederung bedeutet Menschen zu befähigen, ihre Chancen zu ergreifen und ein aktives Leben zu führen. Ziel ist der Abbau von Barrieren im täglichen Leben und die Ermutigung von Menschen an Aktivitäten ihrer Wahl teilzunehmen. Eine erhöhte soziale Integration führt zu einem stabilen sozialen Netzwerk und einer stärkeren Beteiligung am gesellschaftlichen Leben. Die Integration in die Gesellschaft und die Teilnahme an öffentlichen Aktivitäten können dazu beitragen die Einsamkeit, das Auftreten von Depressionen und anderen psychischen Problemen zu reduzieren und sind insgesamt mit einer verbesserten Gesundheit assoziiert [HEALTHYAGEING.EU, 2015].

Sozial integrierte Erwachsene, die in ständigem Kontakt mit ihrer Familie, ihrem Freundeskreis und ihrer Nachbarschaft sind, haben tendenziell eine bessere körperliche Gesundheit als jene, die weniger in soziale Netzwerke involviert sind. Bei älteren Menschen oder Personen im Ruhestand besteht oftmals die Gefahr des Verlustes eines solchen Netzwerkes [STEGEMAN et al., 2012].

Nach Angaben der EU Konferenz über die psychische Gesundheit von älteren Menschen sind viele dieser Altersgruppe von einer sozialen Ausgrenzung und Isolation betroffen. Die Einsamkeit kann einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben. Die wesentlichen Indikatoren für Einsamkeit sind ein negatives psychisches Wohlbefinden, Depressionen, ein erhöhtes Auftreten von körperlichen Beeinträchtigungen, kleine soziale Netzwerke und eine geringe Lebensqualität [STEGEMAN et al., 2012].

Ein Dienstverhältnis und andere Aktivitäten wie Freiwilligenarbeit sind mit der Erhaltung der Gesundheit der älteren Menschen verbunden. Diese Tätigkeiten helfen eine Entfremdung und soziale Ausgrenzung zu vermeiden und die Ebenen der Wahrnehmung, soziale Interaktion und Verbindungen mit der Gemeinschaft zu erhöhen. Freiwilligenarbeit muss nach ihren eigenen Vorteilen bewertet werden und darf nicht als eine Form von unbezahlter Arbeit betrachtet werden [HEALTHYAGEING.EU, 2015].

Freiwilligenarbeit oder andere Formen der beruflichen Tätigkeit bieten den Menschen die Möglichkeit sich aktiv zu beteiligen und dadurch ein Gefühl von Bedeutung für die Gesellschaft zu erlangen. Das Ziel von Freiwilligeninitiativen ist eine Organisation und Unterstützung auf lokaler und individueller Ebene und dadurch die Gewährleistung einer sozialen Partizipation, eines Wissenstransfers und eines generationenübergreifenden Dialogs [STEGEMAN et al., 2012].

Eine Studie untersuchte die Beziehung zwischen Freiwilligenarbeit und dem Wohlbefinden unter 30.023 Europäerinnen und Europäern in einem Alter ab 50 Jahren. Die Basis lieferten die Daten der Bevölkerungsbefragung „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) aus den Jahren 2006 bis 2012. Insgesamt zeigte sich eine positive Korrelation zwischen dem ehrenamtlichen Engagement und der wahrgenommenen Gesundheit und der Lebenszufriedenheit. Für das Auftreten von Depressionen wurde eine negative Korrelation festgestellt [STEGEMAN et al., 2012].

4.1.1.3 Lebenslanges Lernen und digitale Integration

Ein sinnvoller Weg, um die soziale Integration und ein gesundes Altern zu ermöglichen ist die Förderung des lebenslangen Lernens. Das Konzept dahinter ermöglicht nicht nur den Erhalt von beschäftigungsbezogenen Qualifikationen, es liefert auch einen positiven Beitrag für das Wohlbefinden und Vergnügen der Menschen. Besonders bei älteren Individuen ist eine enge Verbindung zwischen dem Erlernen neuer Fähigkeiten und einem besseren Gesundheitsstatus erkenntlich [HEALTHYAGEING.EU, 2015].

Nach Angaben der EU Konferenz sind Initiativen für lebenslanges Lernen wirksame Mittel, um die Aktivität und Verantwortung zu erhöhen sowie Abhängigkeiten zu verringern. Es liegt in der Verantwortung der Gemeinden durch lokale und nationale Politiken, institutionelle Rahmenbedingungen und Umgebungen des Lernens zu schaffen. In diesen sollen sich ältere Menschen willkommen fühlen und motiviert werden ihre eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln [STEGEMAN et al., 2012].

Projekte und Programme für diese Zwecke zeigen die besten Erfolge, wenn die Zielgruppe aktiv in die Projektplanung und Durchführung eingeschlossen wird und diese selbst als Trainingspersonal und Netzwerkerinnen / Netzwerker im Rahmen des Projektes tätig sind. Organisationen mit dem Schwerpunkt auf lebenslanges Lernen haben die Aufgabe, mit ihren Initiativen die Teilnahme von ausgeschlossenen und benachteiligten Personen zu erhöhen [STEGEMAN et al., 2012].

Die Teilnahme an Kursen für die Erwachsenenbildung ist eine Form der Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung und kann dadurch zum Ausbau sozialer Netzwerke beitragen. Viele ältere Menschen vor allem die sozial Benachteiligten oder die Minderheiten haben keine grundlegenden Internet-Fähigkeiten. Die Entwicklung solcher Fähigkeiten ist eine wichtige Form des lebenslangen Lernens, die auch die soziale Integration fördern kann [STEGEMAN et al., 2012].

4.1.1.4 Bewegung und Ernährung

Eine gesunde Ernährung und eine moderate körperliche Aktivität sind wichtig für ein gesundes Altern. Beide können zu einem verbesserten körperlichen Wohlbefinden führen und individuellen Stress positiv beeinflussen [STEGEMAN et al., 2012].

Ein guter Ernährungsstatus spielt eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden älterer Menschen und kann das Risiko vieler Erkrankungen verringern. Ein ungesundes Ernährungsverhalten, das nicht den Empfehlungen entspricht, wird oft mit einem höheren Risiko für die Entwicklung chronischer Erkrankungen (wie z.B. Diabetes mellitus und koronarer Herzkrankheiten) assoziiert [HEALTHYAGEING.EU, 2015].

Ernährungsgewohnheiten sollten im Laufe des Alterungsprozesses an die neuen Bedingungen angepasst werden. Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass sich der Nährstoffbedarf verändert und sich der Energiebedarf verringert. Demnach ist zu empfehlen die Energieaufnahme an den neuen Energiebedarf (abhängig von der Aktivität) anzugleichen und eine gesunde Nahrung aufzunehmen [STEGEMAN et al., 2012].

Der positive Aspekt körperlicher Aktivität und ihre Verbindung mit einer verlängerten Lebensdauer und verbesserter Lebensqualität sind gut dokumentiert. Menschen mit einer hohen körperlichen Aktivität sind in der Regel gesünder als diejenigen, die nicht aktiv sind. Eine bewegte Lebensweise führt zu einem verminderten Risiko für nicht übertragbare Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus. Neben einem besseren Allgemeinzustand und einer höheren Vitalität zählen zu den Vorteilen einer aktiven Lebensweise ein niedrigeres Sturzrisiko, eine bessere kognitive Funktion und ein vermindertes Auftreten von Depressionen und anderen psychischen Problemen [HEALTHYAGEING.EU, 2015].

Laut Empfehlungen der WHO und nationalen Empfehlungen müssen Erwachsene mindestens 150 Minuten pro Woche körperliche Aktivitäten mit einer moderaten Intensität ausüben oder 75 Minuten pro Woche einer Sportart

mit hoher Intensität nachgehen. Eine gleichwertige Kombination von einer moderaten und anstrengenden Sportart liefert eine Alternative zu den oben genannten Empfehlungen [EURO.WHO.INT, 2015], [TITZE et al., 2010].

Es ist nie zu spät neue Sportarten und Aktivitäten zu erlernen, es bringt auch viele gesundheitliche Vorteile mit sich und stärkt den Körper während des Alterungsprozesses. Körperliche Aktivitäten in Verbindung mit sozialen Aktivitäten sind besonders gut für die Gesundheitsförderung [HEALTHYAGEING.EU, 2015].

4.1.1.5 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die Einnahme von Medikamenten

Ältere Menschen sollten empfohlene Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, um rechtzeitig eine entsprechende Beratung und Behandlung zu erhalten bevor sich eine Krankheit manifestiert. Die präventive Gesundheitsvorsorge und die Früherkennung von Krankheiten liegen größtenteils im Aufgabenbereich der Hausärztinnen und Hausärzte und der Zentren für die primäre Gesundheitsversorgung. Dennoch zeigt sich, dass die allgemeine Ausbildung für Gesundheitsberufe wenige Belehrungen für die Pflege älterer Menschen liefert. Die WHO betont, dass sich das Fachpersonal im Gesundheitswesen unabhängig von der jeweiligen Spezialisierung, eine Kompetenz im Umgang mit Altersfragen antrainieren muss [STEGEMAN et al., 2012].

Informationen betreffend die Einnahme von Medikamenten müssen verständlich aufbereitet sein, um die Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlungen zu optimieren. Durch diese Maßnahmen sollen Patientinnen und Patienten ausreichende Kenntnisse über die Folgen von Unter- und Überdosierung sowie über die Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln erhalten [STEGEMAN et al., 2012].

4.1.1.6 Unterstützung von informellem Pflegepersonal

Eine informelle Pflegekraft ist eine Person, die Menschen mit einer chronischen Krankheit, einer Behinderung oder mit anderen langfristigen Gesundheitsbeeinträchtigungen pflegt. Die pflegerischen Tätigkeiten leisten sie

unbezahlt und außerhalb eines beruflichen oder formellen Rahmens. Laut Eurocarers gibt es in Europa mehr als 100 Millionen unbezahlte Pflegekräfte. Viele von diesen haben ein erhöhtes Risiko für eine persönliche Überforderung sowie für die Isolierung von ihrer Familie, ihrem Freundeskreis, Gemeinden und dem Arbeitsmarkt. Jene informellen Pflegekräfte leisten einen großen Beitrag für die Gesellschaft. Besonders Frauen in der Altersgruppe 55 - 60+ haben eine hohe Beteiligungsquote. Die Aufgabe der Gesundheitsförderung soll es sein, informelle Pflegekräfte in ihrer Rolle zu unterstützen und zu schulen. Ebenso müssen Maßnahmen gesetzt werden, um ihr Wohlbefinden zu schützen. Diese Form der Förderung kann sich sowohl auf die Pflegekraft als auch auf die zu betreuende Person positiv auswirken [STEGEMAN et al., 2012].

4.2 Das Angebot der Gesundheitsförderungsprojekte für Menschen 50+

Um den oben beschriebenen Schwerpunkten gerecht zu werden beschäftigen sich zielgruppenorientierte Gesundheitsförderungsprojekte mit den entsprechenden Themen. Zunächst finden sich in den einzelnen Projekten Ansätze, die für die Gesundheitsförderung jeder Zielgruppe eine hohe Bedeutung haben wie z.B. Ernährung, körperliche Aktivität, soziale Kontakte und psychische Gesundheit. Themen, die im speziellen die angegebene Forschungsgruppe ansprechen sind z.B. lebenslanges Lernen, der Übergang in den Ruhestand, chronische Krankheiten und die Prävention von Verletzungen [STEGEMAN et al., 2012]. Die Datenbank „healthPROelderly“ und der Bericht „healthy and active ageing“ richten sich an die Gesundheitsförderung von Personen ab der Lebensmitte [BMG, 2015] [STEGEMAN et al., 2012].

Die Website „healthPROelderly“ stellt eine internationale Datenbank mit Gesundheitsförderungsprojekten für Menschen 50+ dar. Die Basis der aktuellen Datenbank bildet das ursprüngliche Projekt „healthPROelderly“ (2006 - 2008). Das Projekt wurde im Rahmen des Public Health Programmes der Europäischen Kommission entwickelt und durchgeführt. „HealthPROelderly“ stand unter der Leitung des österreichischen roten Kreuzes und wurde mit

Fördermitteln des FGÖ finanziert. Die Internetplattform wird seit der Übernahme durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2011 von diesem fortgeführt und betreut. Im Rahmen des Projektes „healthPROelderly“ wurden Gesundheitsförderungsprojekte innerhalb der 17 beteiligten Länder evaluiert und in die Datenbank aufgenommen. Mittlerweile umfasst diese 147 „Good Practice“-Beispiele. Ein ergänzendes Dokument stellt eine evidenzbasierte Leitlinie für die Gesundheitsförderung von älteren und alten Menschen dar. Die Leitlinien stehen heute noch den zukünftigen Akteurinnen und Akteuren für die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen zur Verfügung [BMG, 2015].

Der umfassende Bericht „healthy and active ageing“ wurde im Auftrag der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch EuroHealthNet erarbeitet. Diese Zusammentragung an Daten beruht auf einer europaweiten Recherche nach Gesundheitsförderungsprojekten für die Zielgruppe 50+ und beinhaltet wichtige Erkenntnisse und Empfehlungen einzelner Studien. Der Bericht liefert einen Projektleitfaden; dieser umfasst 86 nationale und internationale Programme [STEGEMAN et al., 2012].

Anhand der Datenbank „healthPROelderly“ und des Berichtes „healthy and active ageing“ wurden einige Gesundheitsprogramme für die betrachtete Altersgruppe herausgesucht und als „Good Practice“-Beispiele angeführt. Im Folgenden werden nun einige nationale und internationale Projektbeispiele gebracht und kurz erläutert.

4.2.1 Beispiele: Gesundheitsförderungsprogramme in Österreich

4.2.1.1 Reifer Lebensgenuss

„Reifer Lebensgenuss“ ist ein bereits abgeschlossenes Projekt zur Gesundheitsförderung von Personen ab dem 50. Lebensjahr in der südlichen Steiermark. Die Zielgruppen für dieses Programm waren die Bewohnerinnen und Bewohner 50+ der südlichen Steiermark, Gäste 50+ (Tourismusregion), Politikerinnen und Politiker, Unternehmen aus dem Tourismus und Gesundheitseinrichtungen. Ziel des Projektes war die Entwicklung einer

lebenswerten, gesundheitsförderlichen Region für Menschen ab dem 50. Lebensjahr. Der Auf- und Ausbau von Ressourcen und Netzwerken zur Gesundheitsförderung sowie die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten für und mit Menschen ab dem 50. Lebensjahr waren wichtige Teilziele. Ebenso wurde die Wissensvermittlung und Bewusstseinssteigerung bei touristischen Anbieterinnen und Anbietern über Möglichkeiten altersgerechter Angebote angestrebt. Um diese Ziele umzusetzen wurden die Bereiche Sport und Bewegung, soziale Aktivitäten, Musik und Kunst und lebenslanges Lernen als Basis für Gemeindeaktivitäten gewählt [REIFER-LEBENSGENUSS.AT, 2015].

Die Dauer des Projekts „Reifer Lebensgenuss“ wurde auf vier Jahre (1. Juni 2008 - 31. Mai 2012) angelegt. In diesem Zeitraum wurde das Projekt vom FGÖ, dem Land Steiermark und von weiteren kooperierenden Organisationen gefördert. Das Programm kann viele Erfolge vorweisen, zu diesen zählen z.B. die Etablierung einer gemeindeübergreifenden Vernetzungsgruppe, die Etablierung von Ansprechpersonen (sog. Gemeindevertreterinnen und Gemeindevertretern), die Erstellung eines Leitfadens für touristische Betriebe „Wie seniorengerecht ist mein Betrieb?“ und die bisher umgesetzten Aktivitäten in den Gemeinden [REIFER-LEBENSGENUSS.AT, 2015].

4.2.1.2 Fit mit 50+ in Oberpinzgau

Das Projekt „Fit mit 50+ in Oberpinzgau“ aus Salzburg wurde vom Arbeitsmedizinischen Dienst Salzburg im Zeitraum von 2006 bis 2007 durchgeführt. Es richtete sich an ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Dieses regionale Projekt zur Gesundheitsförderung hatte einen behördenübergreifenden Ansatz und es zielte darauf ab kleine Unternehmen und regionale Akteurinnen und Akteure bei der Förderung eines gesunden und produktiven Lebensstils zu unterstützen. Im Rahmen des Projekts kamen unterschiedliche Strategien zum Einsatz wie z.B. Workshops, Coachings und Beratungen. Des Weiteren wurden Umfragen zur Stärkung des Bewusstseins für gesundes Altern durchgeführt. Organisationen wurden im Prozess der

Entwicklung von Strukturen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen unterstützt [BMG, 2015].

Zu Projektende konnten gute Erfolge in Bezug auf die Beratung von Organisationen zu der Thematik „aktiv Älter werden“ erzielt werden. Es wurde aber auch ersichtlich, dass das Projekt nur aufgrund eines großen personellen und administrativen Einsatzes einen guten Erfolg hatte. Das Projekt hätte von einer längeren Dauer profitieren können [BMG, 2015].

4.2.2 Beispiele für Gesundheitsförderungsprogramme in Europa

4.2.2.1 Healthy Ageing - A Challenge for Europe

Das umfassende „Healthy Ageing“ Projekt erstreckte sich über einen Zeitraum von 2004 bis 2007. An dieser Aktion beteiligten sich die Weltgesundheitsorganisation, die Europäische Volksplattform für Ältere (AGE), die EuroHealthNet und zehn weitere Länder. Als Ziel wurde die Förderung des gesunden Alterns bei Menschen ab dem 50. Lebensjahr festgelegt. Dieses Bestreben wurde durch einen Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und den EFTA EEA (European Free Trade Association European Economic Area) Ländern umgesetzt [THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, 2007].

Das „Healthy Ageing“ Projekt hatte einen ganzheitlichen Ansatz und berücksichtigte jene Gesundheitsfaktoren, die sowohl von der Gesellschaft als auch von der Politik und den Individuen beeinflussbar sind. Hierbei konzentrierten sich die Projektpartnerinnen und Projektpartner auf zehn Hauptthemen. Unter diesen fanden sich z.B. sozioökonomische Determinanten und Ungleichheiten im Gesundheitsbereich [THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, 2007].

Der Bericht „Healthy Ageing – A Challenge for Europe“ vereint alle Informationen, die im Zuge der Projektrecherchen gewonnen wurden. Ein bedeutendes Resultat der Zusammenarbeit aller Projektpartnerinnen und Projektpartner ist ein zielgruppenorientierter Leitfaden mit Empfehlungen zur Gesundheitsförderung. Folgend dieser umfangreichen Projektarbeit ist der

nächste Schritt die Umsetzung der Ergebnisse in die nationale und europäische Politik und Praxis [THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, 2007].

4.2.2.2 Projekt „Fit as a Fiddle“

Das Projekt „Fit as a Fiddle“ wurde in Großbritannien durchgeführt und hatte die Förderung von gesunden Verhaltensweisen zum Ziel. Das fünf Jahresprogramm beinhaltete Bildungs- und Ausbildungsprogramme, um die betreffende Alterskohorte zu mehr körperlicher Aktivität und einer gesunden Ernährungsweise zu verleiten. Die gesetzten Maßnahmen basierten auf den Bedürfnissen und Ideen der ortsansässigen Menschen. „Fit as a Fiddle“ wurde durch regionale und nationale Organisationen betrieben [AGEUK.ORG.UK, 2015].

4.2.2.3 Projekt „The Groningen Active Living P“ GALM

Dieses Projekt war darauf gerichtet Menschen in einem Alter von 55 bis 65 Jahren zu einem aktiveren Lebensstil zu ermutigen. Die innerhalb dieses Konzeptes durchgeführten Maßnahmen sind in den Niederlanden sehr anerkannt und weit verbreitet. Das GALM Projekt begann im Jahr 1997 und wurde von dem Forscherteam von der Universität Groningen auf der Grundlage der sozialen Verhaltenstheorie entwickelt. Die am Projekt teilnehmenden Personen konnten durch das Ausprobieren mehrerer Sportarten, die für sie geeignete Aktivität entdecken. Ziel des Projektes war es allen Beteiligten eine aktive Lebensweise zu lehren und den Aufbau sozialer Netzwerke zu ermöglichen [STEGEMAN et al., 2012].

4.2.3 Beispiele: Internationale Gesundheitsförderungsprogramme

4.2.3.1 WHO Policy Framework on Healthy and Active Ageing

Um das Ziel „gesundes und aktives Altern“ zu erreichen hat die WHO einen politischen Rahmen entwickelt. Dieser konzentriert sich auf die Verhütung und Verringerung von Belastungen durch Behinderungen, chronische Erkrankungen und frühzeitige Todesfälle. Ein weiteres Bestreben ist die Minimierung der Risikofaktoren von nicht übertragbaren Krankheiten und dem funktionellen

Rückgang während des Alterungsprozesses. Durch gezielte Maßnahmen und Strategien soll die Kontinuität der Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen ermöglicht werden. Dieses Framework bietet ein umfassendes Konzept für die Gestaltung einer sektorenübergreifenden Politik des aktiven Alterns [WHO, 2015].

4.2.3.2 WHO Healthy Cities Programme

Dieses Programm der WHO ist ein etabliertes und weltweit anerkanntes Konzept für die Gesundheitsförderung mit Settingansatz. Das Maßnahmenpaket basiert auf der Erkenntnis, dass es neben dem Gesundheits- und Sozialwesen noch weitere Faktoren gibt, die einen großen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben. Für die Gesundheitsförderung müssen alle Sektoren mit einem Einfluss auf die Gesundheitsdeterminanten berücksichtigt und integriert werden. Dieses Programm umfasst einen lebenslangen Ansatz für die Gesundheit, welcher die Auswirkungen von frühen Lebenserfahrungen auf die Alterung von den Bevölkerungsgruppen erkennt. So fördert dieses Projekt während des gesamten Lebens eine positive Einstellung in Bezug auf das „Alt werden“ und versucht das gegenseitige Verständnis der Generationen zu fördern. Das Healthy Cities Programm ist in den sechs WHO-Regionen verbreitet und mehr als 29 nationale Healthy Cities Netzwerke haben sich in 29 EU-Mitgliedstaaten entwickelt [STEGEMAN et al., 2012].

4.2.3.3 The WHO Age-friendly Environments Programmes

Dieses internationale Projekt der WHO soll dazu beitragen die ökologischen und sozialen Faktoren, die ein aktives und gesundes Altern ermöglichen, zu fördern. Das Programm fördert Städte und Gemeinden, um die Bedürfnisse älterer Menschen mehr zu unterstützen. Zu diesem Zweck werden folgende acht Dimensionen berücksichtigt: die gebaute Umwelt, Verkehr, Wohnungswesen, soziale Teilhabe, Respekt und soziale Integration, Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung und die Beschäftigung, Kommunikation und Gesundheitsdienstleistungen. Das Programm hat zu der Entwicklung eines globalen Netzwerks von altersfreundlichen Städten geführt [WHO, 2015].

5. Freiwilligenarbeit

5.1 Ehrenamtlich oder freiwillig

Das heutige Ehrenamt ist ein freiwilliges öffentliches Amt, welches in einer gewissen Regelmäßigkeit über einen bestimmten Zeitraum unentgeltlich im Rahmen von Vereinen, Institutionen, Initiativen und Projekten ausgeübt wird. Der Begriff wird mit gewählten, ernannten oder bestellten Posten in Verbindung gebracht, die innerhalb entsprechender Organisationen vergeben werden. Beispiele für heutige Ehrenämter sind z.B. Mitgliederinnen und Mitglieder des Gemeinderats und aktiv Beteiligte der Freiwilligen Feuerwehren und Rettungsorganisationen [BMASK, 2015].

Innerhalb der Europäischen Union etablierte sich der Begriff „Freiwilligentätigkeit“, der sich am englischen „Volunteering“ orientiert, dieser bezieht auch freiwillige Tätigkeiten im Verwandtschaftskreis mit ein. In Österreich wird freiwilliges Engagement als Leistung definiert, „die freiwillig und ohne Bezahlung für Personen außerhalb des eigenen Haushaltes erbracht wird, inklusive Maßnahmen zur persönlichen und fachlichen Aus- und Fortbildung für diese Aktivitäten.“ [BMASK, 2015].

Diese freiwillige Leistung erfolgt ohne gesetzliche Verpflichtung und ist daher von anderen unbezahlten, jedoch gesetzlich verpflichtenden Tätigkeiten (Präsenz-, Zivildienst) zu unterscheiden. Freiwilligenarbeit ist ohne monetäre Gegenleistung, etwaige anfallende Kosten wie z.B. Aufwands- oder Spesenentschädigungen gelten nicht als Bezahlung [STATISTIK AUSTRIA, 2008]. Aufgrund der diffizilen Abgrenzung der Begriffe werden in dieser Arbeit die Begriffe Freiwilligenarbeit, Freiwilligentätigkeit, ehrenamtliche Arbeit sowie freiwilliges oder ehrenamtliches Engagement weitgehend synonym verwendet.

5.1.1 Formelle und informelle Freiwilligenarbeit

Bei der Freiwilligenarbeit muss zwischen formeller und informeller Leistung unterschieden werden [STATISTIK AUSTRIA, 2008].

„Formelle Freiwilligenarbeit“ sind jene Aktivitäten, die im Rahmen einer Organisation, eines Vereines oder einer Institution erfolgen.

- Katastrophenhilfs- und Rettungsdienste (z.B. Freiwillige Feuerwehr, Rotes Kreuz)
- Kunst, Kultur, Unterhaltung und Freizeit (z.B. Musikkapelle, Theatergruppe)
- Umwelt, Natur- und Tierschutz (z.B. World Wide Fund For Nature (WWF), Greenpeace)
- Kirchlicher, religiöser Bereich (z.B. Kirchenchor, Pfarrgemeinderat, Ministrantinnen und Ministranten)
- Sozial- und Gesundheitsbereich (Hilfsorganisationen zur Betreuung anderer Personen, Leitung von Selbsthilfegruppen)
- Politische Arbeit und Interessensvertretung (z.B. politische Partei, Berufsverband, Gemeinderat)
- Bürgerliche Aktivitäten und Gemeinwesen (z.B. Ortsentwicklungsverein, öffentliche Initiativen)
- Bildung (z.B. Elternverein, Lernhilfezentrum)
- Sport und Bewegung (z.B. Sportverein, Bewegungsgruppe) [STATISTIK AUSTRIA, 2008].

„Informelle Freiwilligenarbeit“ oft auch „Nachbarschaftshilfe“ genannt, erfolgt aus persönlicher Initiative ohne jeden institutionellen Rahmen. Diese flexible Freiwilligentätigkeit betont die persönliche Verantwortung am unmittelbar Nächsten und wird oftmals auch ergänzend zum formellen Freiwilligenengagement ausgeübt. Tätigkeiten, wie z.B. Haushaltsarbeiten, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gartenpflege sind dieser Form von Freiwilligenarbeit zuzuordnen [STATISTIK AUSTRIA, 2008].

5.2 Freiwilliges Engagement in Europa

In der Europäischen Union unterscheidet sich die Geschichte des Ehrenamtes von Land zu Land. Einige Länder verfügen über eine langjährige Tradition des freiwilligen Engagements. In anderen Ländern hingegen ist dieser Sektor noch im Entstehen [BMASK, 2015].

Die Anzahl der aktiven Freiwilligen und der Freiwilligenorganisationen sind in der EU in den vergangenen zehn Jahren gestiegen. In der Europäischen Union gibt es Schätzungen zufolge 92 - 94 Millionen freiwillige Tätige, das sind 23 Prozent aller Europäerinnen und Europäer über dem 15. Lebensjahr [BMASK, 2015].

Der europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Freiwilligenarbeit auf die europäische Gesellschaft. Außerdem widmen sie sich der Anerkennung und Förderung von Freiwilligenarbeit auf EU- und auf nationaler Ebene [BMASK, 2015].

Der Rat der Europäischen Union hat das Jahr 2011 als das Europäische Jahr der Freiwilligentätigkeit ausgerufen, um die aktive Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung zu fördern. Freiwilligentätigkeit ist eine wesentliche Dimension der aktiven Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung und der Demokratie. Sie kann dazu beitragen, europäische Werte wie Solidarität und Nichtdiskriminierung in die Tat umzusetzen und leistet einen Beitrag zur harmonischen Entwicklung europäischer Gesellschaften [BMASK, 2015].

5.3 Freiwilliges Engagement in Österreich

In Österreich hat freiwilliges Engagement einen hohen Stellenwert. Zur Förderung der Freiwilligenarbeit wurden in den letzten Jahren auf den unterschiedlichsten Ebenen Maßnahmen gesetzt. Diese dienen einer Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Realisierung freiwilliger Tätigkeiten. Im Jahr 2012 wurde das Bundesgesetz zur Förderung von freiwilligem Engagement (Freiwilligengesetz) erlassen und dadurch ein rechtlicher Rahmen geschaffen [BMASK, 2015].

Im Jahr 2006 gab das damalige Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz die Erhebung „Struktur und Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich“ in Auftrag. Die Durchführung dieser Erhebung erfolgte durch die STATISTIK AUSTRIA als Zusatzerhebung zum Mikrozensus [STATISTIK AUSTRIA, 2008].

Die neueste Erhebung in Bezug zur Thematik der freiwilligen Tätigkeiten wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) durch das Institut für empirische Sozialforschung durchgeführt. Die Erhebung erfolgte zwischen August und Dezember 2012 als eine bundesweit repräsentative Bevölkerungsbefragung in Form von Face-to-face-Interviews (Computer Aided Personal Interviewing - CAPI). Diese Befragung umfasste eine Grundgesamtheit von 4000 Personen der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren mit ausreichenden Deutschkenntnissen [BMAK, 2013].

5.3.1 Struktur der Freiwilligenarbeit in Österreich

Die Struktur der Freiwilligenarbeit in Österreich wird im Folgenden anhand der aktuellen Daten aus der Erhebung 2012 zusammengefasst.

Im Bereich der Freiwilligenarbeit sind 46 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren tätig. Von diesem Gesamtanteil leisten 28 Prozent formelle Freiwilligenarbeit, 31 Prozent leisten informelle Freiwilligenarbeit und 13 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher sind sowohl formell als auch informell freiwillig tätig. Im Vergleich mit der Erhebung aus 2006 hat sich der Anteil der freiwillig Tätigen in Österreich um etwa zwei Prozentpunkte erhöht [BMAK, 2013].

Im Jahr 2012 haben sich etwa 3,3 Millionen Menschen in Österreich in der Freiwilligenarbeit engagiert. Zwei Millionen Personen waren in einem Verein oder einer Organisation ehrenamtlich tätig und rund 2,2 Millionen Menschen leisteten informelle Freiwilligenarbeit bzw. Nachbarschaftshilfe [BMAK, 2013].

Im Jahr 2006 lag der Anteil der freiwillig Engagierten bei etwa drei Millionen, davon betätigten sich rund 1,9 Millionen Personen im formellen Bereich und

knapp ebenso viele waren im informellen Bereich beschäftigt. Den Daten zufolge hat sich der Anteil der freiwillig Tätigen um rund 300.000 Personen erhöht [BMASK, 2013].

5.3.1.1 Beteiligungsquote an der Freiwilligenarbeit nach einzelnen Merkmalen

Betrachtet man die Beteiligungsquote getrennt nach den Geschlechtern ist ersichtlich, dass Männer mit 49,0 Prozent eine höhere Beteiligung an der Freiwilligenarbeit zeigen, als im Vergleich mit der weiblichen Bevölkerung mit 42,0 Prozent [BMASK, 2013]. Die Beteiligung an der Freiwilligenarbeit aufgeteilt nach den Altersgruppen führte zu folgenden Prozentzahlen: Der Anteil der unter 40-Jährigen liegt etwa bei 43,0 Prozent und steigt bis zu den 60-Jährigen noch weiter an. Die 50- bis 69-Jährigen sind mit rund 54,0 Prozent die aktivste Altersgruppe. Das Engagement nimmt erst ab dem 70. Lebensjahr altersbedingt deutlich ab, dennoch beteiligt sich von dieser Altersgruppe noch ein Drittel an der Freiwilligenarbeit [BMASK, 2013].

Bei den unter 50-Jährigen freiwillig Tätigen zeigen sich zwischen dem formellen und dem informellen Freiwilligenengagement kaum Unterschiede; diese werden erst bei den 50- bis 70-Jährigen deutlich. In der letztgenannten Altersgruppe zeigt sich ein höheres Engagement in der informellen Freiwilligenarbeit [BMASK, 2013].

Die Beteiligung an der Freiwilligenarbeit hängt stark von der formalen Schulbildung ab. In der Erhebung zeigte sich, dass 35,0 Prozent der Absolventinnen und Absolventen einer Pflichtschule und 61,0 Prozent der Personen mit Hochschulabschluss in der Freiwilligenarbeit tätig sind. Diese prozentuale Aufteilung dieser Personengruppen spiegelt sich auch in der Beteiligung an der formellen Freiwilligenarbeit wider. Im Bereich der informellen Freiwilligenarbeit fallen die diesbezüglichen Unterschiede viel geringer aus [BMASK, 2013].

5.3.2 Beteiligungsstruktur in der Freiwilligenarbeit

Nach dieser kurzen Übersicht der Beteiligungsquoten an der Freiwilligentätigkeit in Österreich, soll nun die Struktur der tatsächlich freiwillig Tätigen geschildert werden. Die Gesamtzahl der freiwillig Tätigen setzt sich aus annähernd gleich vielen Frauen (48,0 Prozent) und Männern (52,0 Prozent) zusammen. Dieselbe Aufteilung zeigt sich auch im Bereich der informellen Freiwilligenarbeit. Im Bereich des formellen Freiwilligenengagements überwiegt der Anteil der Männer. In Bezug auf das Alter unterscheidet sich die Beteiligungsstruktur in der Freiwilligenarbeit kaum von der Struktur in der Gesamtbevölkerung. So kann man in allen Bereichen von einer guten Altersdurchmischung sprechen [BMASK, 2013].

Die Beteiligungsstruktur betrachtet nach Berufstätigkeit zeigt, dass der Anteil der Berufstätigen mit 65,0 Prozent überwiegt. Der Anteil der nicht Berufstätigen (dabei handelt es sich vorwiegend um Pensionistinnen und Pensionisten) liegt bei 35,0 Prozent. Die gleiche Beteiligungsstruktur zeigt sich auch in den Bereichen der formellen und informellen Freiwilligenarbeit [BMASK, 2013].

5.4 Motive für formelle und/oder informelle Freiwilligenarbeit in Österreich

In der Großerhebung aus dem Jahr 2012 wurden, wie auch schon in jener aus dem Jahr 2006, die freiwillig Tätigen nach den Gründen und Motiven für ihr Engagement befragt. Zu diesem Zweck wurden den Befragten 15 mögliche Gründe und Motive vorgelegt, die anhand einer vierstufigen Skala zu bewerten waren. Von den Befragten war anzugeben, in welchem Ausmaß die jeweiligen Motive für sie persönlich zutreffen oder nicht zutreffen. In den Antworten lässt sich erkennen, dass für die Befragten sowohl altruistische Motive als auch eine Steigerung des eigenen Wohlbefindens gleichermaßen als Antriebsfaktoren fungieren [BMASK, 2013].

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf den zusammengefassten Prozentwerten der zwei zustimmenden Antwortkategorien („trifft voll und ganz zu“ / „trifft eher schon zu“). Der Wunsch danach anderen Menschen zu helfen, trifft auf 93,0

Prozent der freiwillig Tätigen zu, für 88,0 Prozent sind die Freude und der Spaß durch diese Arbeit ein wichtiges Motiv für ihr Engagement. 85,0 Prozent möchten durch ihre ehrenamtliche Leistung etwas Nützliches zu dem Gemeinwohl beitragen [BMASK, 2013].

Zu den Motiven mit geringer Zustimmung (unter zehn Prozent) gehören die Motive, dass eigene Fähigkeiten und Erfahrungen eingebracht werden können und dass durch die Freiwilligenarbeit neue Kontakte geknüpft werden können. Ebenfalls eine geringe Prozentzahl (sieben bis zehn Prozent) der Befragten gab an, dass die Motive „Es erweitert meine Lebenserfahrung“ und „Es hilft mir, aktiv zu bleiben“ stark zutreffen und dass sie durch ihr Engagement einen persönlichen Nutzen erlangen möchten. Für den gleichen Prozentsatz an freiwillig Tätigen spielt die Überlegung eine Rolle, dass sie im Bedarfsfall auch die Unterstützung anderer genießen wollen. Ein Großteil der Befragten nannte als weiteres wichtiges Motiv, dass sie sich für eine wichtige Sache engagieren wollen. Ein Viertel der befragten Freiwilligen gab an, dass die Freiwilligenarbeit einen Vorteil für das eigene Berufsleben bringen könnte. Das Motiv über ein ehrenamtliches Engagement wieder in den Beruf einzusteigen ist für rund 18,0 Prozent ausschlaggebend [BMASK, 2013].

Für die Altersgruppe der über 60-Jährigen ist einer der Hauptgründe für ihr ehrenamtliches Engagement, dass dieses ihnen hilft, aktiv zu bleiben. Die Prozentwerte für die Zustimmung in Bezug auf alle anderen Motive (mit Ausnahme der beruflichen Vorteile) weichen in dieser Altersgruppe kaum vom Gesamtschnitt ab. Eine große Bedeutung haben auch in dieser Gruppe der Spaß an der Freiwilligenarbeit und der nützliche Beitrag zum Gemeinwohl [BMASK, 2013].

Seit der Erhebung im Jahr 2006 hat sich an den Motiven für die Freiwilligenarbeit nicht viel verändert. Zumindest lässt sich auch kein Trend in die eine oder andere Richtung hin ableiten [BMASK, 2013].

5.5 Gründe, keine formelle und/oder informelle Freiwilligenarbeit in Österreich zu leisten

Die Gruppe der Personen, die sich nicht im Bereich der Freiwilligenarbeit engagieren, wurden nach den Motiven für ihre Nicht-Beteiligung gefragt. Zu diesem Zweck bewerteten die Befragten eine Liste von 11 Motiven anhand einer vierstufigen Skala, wie sehr diese für sie persönlich zutreffen oder nicht zutreffen. Aus den Antworten lassen sich zwei Hauptfaktoren ableiten. Zu diesen zählt der Grund, dass die Befragten noch nicht gebeten wurden bzw. hat es in ihrem persönlichen Umfeld offenbar keinen diesbezüglichen Bedarf gegeben. Das zweite ausschlaggebende Motiv ist, dass man von der eigenen familiären Auslastung zu ausgefüllt ist, um auch noch in der Freiwilligenarbeit tätig zu sein [BMASK, 2013].

Ein weiteres oft genanntes Motiv ist, dass man über die Möglichkeiten einer Freiwilligenarbeit zu wenig informiert ist. Die Motive, dass eine Freiwilligenarbeit aus beruflichen Gründen bzw. wegen der eigenen Arbeitsbelastung schwer möglich ist fanden unter den Befragten großen Anklang. Weitere Motive sind, dass diese Tätigkeiten nicht der eigenen Altersgruppe entsprechen und dass die eigene Fitness und Gesundheit für dieses Engagement nicht ausreichen [BMASK, 2013].

Alle weiteren erhobenen Statements („Ich kann mir das nicht leisten, da es für mich mit zu hohen Kosten verbunden ist“, „Ich habe das Gefühl, dass ich keinen nützlichen Beitrag leisten kann“) spielen eine eher untergeordnete Rolle. So sind schlechte Erfahrungen bei einem früheren Engagement in der Freiwilligenarbeit für das Nicht-Engagement nur wenig ausschlaggebend [BMASK, 2013].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Freiwilligenarbeit in Österreich sehr verbreitet ist und quer durch alle Bevölkerungsgruppen geht. Die Österreicherinnen und Österreicher engagieren sich sowohl aus gemeinnützigen als auch eigennützigen Motiven in der Freiwilligenarbeit [BMASK, 2013].

5.5.1 Freiwilligenarbeit der älteren Bevölkerung in Europa

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit dem freiwilligen Engagement der älteren Menschen in Europa. In Verbindung mit Begriffen wie „produktives“ oder „aktives“ Altern und „lebenslanges Lernen“ gilt ehrenamtliches Engagement als meist besonders attraktive Möglichkeit für ältere Menschen. So liefert die Teilnahme älterer Personen nicht nur einen wertvollen gesellschaftlichen Beitrag, sondern kann sich auch positiv für den Ausübenden auswirken.

Der SHARE bietet eine fachübergreifende und länderübergreifende Datenbank von Mikrodaten über die Gesundheit, den sozioökonomischen Status und soziale und familiäre Netzwerke von mehr als 45.000 Personen ab 50 Jahren. Im Zuge des SHARE ist das ehrenamtliche Engagement älterer Europäerinnen und Europäer untersucht worden. Die durchschnittliche Beteiligung der über 50-Jährigen in Europa liegt etwa bei zehn Prozent, jedoch lassen sich regionale Unterschiede beobachten [SHARE, 2015] [ERLINGHAGEN et al., 2006].

Im Wesentlichen lassen sich drei Ländergruppen unterscheiden: die Mittelmeerländer (Griechenland, Italien) zeigen mit einer Beteiligung von drei bis sieben Prozent ein geringes ehrenamtliches Engagement. In Deutschland, Frankreich, Österreich und der Schweiz weisen die Freiwilligen dieser Altersgruppe mit einem Anteil von neun bis 14,0 Prozent ein mittleres Engagement auf. Eine hohe Beteiligungsquote an der Freiwilligentätigkeit zeigt sich in Schweden und in Dänemark mit jeweils 17,0 Prozent sowie in den Niederlanden mit 20,0 Prozent. In allen Ländern gaben circa 18,0 Prozent der Freiwilligen an, fast täglich aktiv zu sein; sich fast jede Woche zu engagieren bestätigten 45,0 Prozent und 37,0 Prozent gaben an innerhalb des vergangenen Monats ehrenamtlich tätig gewesen zu sein [ERLINGHAGEN et al., 2006].

Zu den häufigsten genannten Motivationsgründen für ein ehrenamtliches Engagement zählen der Wunsch, einen „sinnvollen Beitrag“ zu leisten (70,0 Prozent) und der mit der Ausübung der Tätigkeit verbundene „Spaß“ (61,0 Prozent). Die freiwillig Aktiven verbinden mit dem Ehrenamt nicht nur einen

gesellschaftlichen Nutzen sondern auch einen intrinsischen Nutzen [ERLINGHAGEN et al., 2006].

Der Freiwilligenanteil in der Bevölkerung variiert auch mit dem Bildungsstand; so liegt der Anteil ehrenamtlich aktiver Älterer mit einem mittleren Abschluss über denjenigen mit einem niedrigeren Bildungsstatus. Der Anteil der freiwillig aktiven Personen mit dem höchsten Bildungsabschluss liegt deutlich über den Anteilen der beiden anderen Bildungskategorien [ERLINGHAGEN et al., 2006].

In den SHARE-Daten wird auch ersichtlich, dass ehrenamtliche Aktivitäten von dem Gesundheitszustand abhängen. Ehrenamtlich Aktive, die ihren Gesundheitszustand (subjektiv) als mittelmäßig oder schlecht beschreiben haben eine niedrigere Beteiligungsquote als diejenigen, die ihren Gesundheitszustand positiv wahrnehmen. Das Verhältnis von Ehrenamt und den Indikatoren des psychischen Wohlbefindens weist eine negative Beziehung auf. Personen mit chronischen körperlichen Beschwerden haben ein geringeres Engagement als jene Menschen ohne solche gesundheitlichen Probleme [ERLINGHAGEN et al., 2006].

Die Betätigungsmöglichkeiten für über 50-Jährige haben ebenso einen Einfluss auf die Beteiligungsquote dieser Personengruppe. Unter diesem Aspekt könnten Freiwilligenagenturen und Seniorinnen- und Seniorenbüros eine zentrale Rolle in der Vermittlung zwischen anbietenden und nachfragenden Personen ehrenamtlicher Arbeit einnehmen. Da es sich als schwieriger erweist im Pensionsalter befindliche Personen für derartige Tätigkeiten anzuwerben, könnte diese Zusammenarbeit eine rechtzeitige (d.h. vor Beginn des Ruhestands) Rekrutierung neuer Freiwilligen gewährleisten [ERLINGHAGEN et al., 2006].

6. Empirischer Teil

In diesem Teil der vorliegenden Masterarbeit soll die eingangs gestellte Fragestellung „Welche Motivationsgründe haben ältere Personen ab 50 Jahren für eine ehrenamtliche Mitarbeit an einem ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte?“ beantwortet werden.

Zu Beginn wird der wissenschaftliche Hintergrund der Forschungsfrage dargestellt. Zu diesem Zweck wird die Studie vorgestellt, in deren Rahmen die Fragestellung erforscht wurde. Des Weiteren beschäftigt sich dieser Abschnitt mit dem Studiendesign, der Studienpopulation, dem Datenmaterial und den verwendeten Methoden der aktuellen Forschungsarbeit. Im Anschluss werden die Ergebnisse der qualitativen empirischen Untersuchung dargelegt und diskutiert.

6.1 Studienhintergrund der Forschungsfrage

Diese Forschungsfrage wurde im Zuge der Studie: „Trainings- und Ernährungsintervention durch „Buddies“ bei älteren und hochbetagten Personen mit Malnutrition und/oder Frailty im extramuralen Bereich“ beantwortet. Im Folgenden wird diese Studie weiterhin als Hauptstudie bezeichnet.

Für ein besseres Verständnis der Forschungsthematik werden im weiteren Verlauf die Umsetzung und das Ziel der Hauptstudie erläutert. Das Studienprojekt bildet die Basis der empirischen Arbeit und liefert die zu betrachtende Studienpopulation. Die Durchführung der Trainings- und Ernährungsintervention findet in Form eines „Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte“ statt und wird in der Öffentlichkeit auch als das Projekt „Gesund fürs Leben“ bezeichnet.

6.1.1 Hintergrund und Ziel

Wie schon zu Beginn dieser Arbeit erwähnt zeigen demographische Daten, dass sich die Bevölkerungspyramide in Österreich in Richtung der älteren Menschen verschiebt. Mit einem höheren Alter wird das vermehrte Auftreten von altersbedingten und gesundheitlichen Problemen assoziiert, die durch gesundheitsfördernde Maßnahmen reduziert werden können. Die Idee der Studie war es, ein ernährungs- und bewegungsbezogenes Gesundheitsförderungsprogramm für die ältere Bevölkerung zu entwickeln und dessen Vorteile für die Bevölkerung zu erforschen.

Die Zielgruppen der Hauptstudie sind Personen ab 50 Jahren, die ehrenamtlich Ernährungs- und Trainingsinterventionen älteren Personen ab 65 Jahren anbieten. Durch das Zusammenbringen und die Zusammenarbeit dieser beiden Personengruppen sollen beide gesundheitliche Benefits erlangen [DORNER et al., 2013]. Personen ab 65 Jahren befinden sich in einem Lebensabschnitt, in welchem der Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand stattfindet und wieder mehr Zeit für die eigene Fürsorge und die eigenen Interessen bleibt.

Das Alter 50+ ist häufig mit Veränderungen verbunden, die den Gesundheitszustand betreffen. Gesundheitsbeeinträchtigungen oder Risikofaktoren dafür treten häufiger auf; möglicherweise stellen sich Fragen nach (Früh-)Pensionierungen. Dieser Altersabschnitt kann ein wichtiger Wendepunkt sein um sich mit Themen wie aktiver Lebensstil, soziale Unterstützung und soziales Engagement, oder Fragen der Sinnhaftigkeit des Handelns als Ressourcen für ein gesundes Altern, zu beschäftigen. Durch die Mitarbeit an dieser Studie soll diese Konfrontation stattfinden und gleichzeitig die Motivation und der Einstieg für ein aktives und bewusstes Altern gegeben werden [DORNER et al., 2013].

Das Ernährungs- und Trainingsprogramm soll es den hochbetagten Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglichen in eine aktivere Lebensweise zurückzufinden. Ziel der Intervention ist ein sechsmonatiges Training, das den gebrechlichen Personen verhilft, höhere Mobilität zu erlangen, um dieses auch nach Projektende eigenständig durchführen zu können. Die Hochbetagten

sollen unterstützt werden, damit sie lange, selbständig in ihrem gewohnten Zuhause leben können. Die gesundheitlichen Benefits beider Personengruppen sollen zu einem geringeren Auftreten von altersbedingten Gesundheitsproblemen führen und so das Sozialsystem langfristig entlasten [DORNER et al., 2013].

6.1.2 Studienteam

Das Studienteam setzt sich aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Bereiche: Sozialmedizin, Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaft, Physiotherapie und Psychologie zusammen [DORNER et al., 2013].

6.1.3 Studienpopulation

Die Studienpopulation ergibt sich aus 83 Gesundheitsbuddies und 84 hochbetagten Personen, mit Malnutrition und/oder Frailty im extramuralen Bereich. Zusammen ergeben diese Personengruppen eine Gesamtpopulation von 167 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Das Gesundheitsförderungsprogramm sieht vor, dass je ein Gesundheitsbuddy mit einer hochbetagten Person für die Interventionszeit von sechs Monaten ein Paar bilden [DORNER et al., 2013].

6.1.3.1 Die Gesundheitsbuddies

Die Gesundheitsbuddies (kurz: Buddies), die auch als Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner bezeichnet werden, sind sowohl männlich als auch weiblich und befinden sich in einem Alter ab 50 Jahren. Im Rahmen dieses Projektes ist ihre Mitarbeit auf ehrenamtlicher Basis [DORNER et al., 2013].

Die Rekrutierung dieser Personen erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Wiener Hilfswerk mittels Zeitungsartikel sowie über TV- und Radiobeiträge. Das Wiener Hilfswerk nimmt im gesamten Ablauf des Gesundheitsförderungsprogramms eine wichtige Position ein. Durch Herrn Mag. Martin Oberbauer, der in dieser Institution tätig ist, wurde die Aufgabe der Rekrutierung der Ehrenamtlichen für das Gesundheitsförderungsprogramm übernommen. Er führte die

Erstgespräche durch und nach Aufnahme in das Projekt übermittelte er den neuen Gesundheitsbuddies einen Ehrenamtsausweis [DORNER et al., 2013].

Die Aufgabe der Gesundheitsbuddies besteht darin, die Ernährung und Trainingsintervention, im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogramms, mit den hochbetagten Personen durchzuführen. Als Vorbereitung und Qualifikation für diese Aufgabe wurden die Buddies durch das Studienteam eingeschult. Die Schulungseinheiten gliederten sich in vier Einheiten betreffend der Ernährung, der körperlichen Bewegung und dem psychologischen Umgang mit hochbetagten Menschen. Die Ernährungs- und Bewegungsschulungen richteten sich inhaltlich größtenteils nach den Hochbetagten, jedoch wurden auch wichtige, präventive Informationen und Hinweise für die Personengruppe 50+ geliefert [DORNER et al., 2013].

6.1.3.2 Hochbetagte Personen

Die hochbetagten Personen mit Malnutrition und/oder Frailty im extramuralen Bereich bildeten die zweite Gruppe der Studienpopulation. Diese weiblichen und männlichen Personen befanden sich im Alter ab 65 Jahren. Sie wurden durch Einzelne des Studienteams rekrutiert. Die Suche nach den hochbetagten Personen erfolgte ebenfalls mittels Zeitungsbeiträgen, TV- und Radiobeiträgen [DORNER et al., 2013].

6.1.4 Ablauf

Die Studie des Zentrums für Public Health erstreckte sich über mehrere Jahre und wurde in der Bevölkerung als Gesundheitsförderungsprogramm durchgeführt. Im Rahmen dieses Programmes bildeten eine hochbetagte Person und ein Gesundheitsbuddy ein Studienpaar für sechs Monate. Innerhalb dieser sechs Monate fanden zweimal wöchentlich, im Zuhause der hochbetagten Person, die Ernährungs- und Trainingsintervention durch den Gesundheitsbuddy statt [DORNER et al., 2013].

Die Interventionszeit eines Studienpaares dauerte sechs Monate und gliederte sich in zwei Phasen zu je drei Monaten. Bei dieser Studie handelte es sich um eine randomisierte Interventionsstudie mit je einer Interventionsgruppe und

einer Kontrollgruppe. In den ersten beiden Phasen der Interventionsgruppe sowie in der zweiten Phase der Kontrollgruppe fand das vorgeschriebene Programm statt. Im Gegensatz zu der Interventionsgruppe fand in der Kontrollgruppe während der ersten Phase keine Ernährungs- und Trainingsintervention statt. In der Beobachtungsphase wurden während den Hausbesuchen nur Gedächtnisübungen durchgeführt oder andere alltägliche Tätigkeiten (das Führen von Gesprächen oder spazieren gehen) als Beschäftigung herangezogen [DORNER et al., 2013].

Innerhalb der Projektzeit von sechs Monaten wurden beide Personengruppen drei Visiten (zu Beginn der Studienteilnahme und am Ende der ersten und zweiten Phase) unterzogen. Diese Untersuchungen ermittelten den Studienfortschritt der Probandinnen und Probanden anhand einheitlicher Testmethoden und standardisierter Fragebögen. Ebenso wurden Blutabnahmen durch das kooperierende Labor durchgeführt, um studienrelevante Parameter zu erheben [DORNER et al., 2013].

6.2 Material und Methoden

Zu Beginn einer jeden Forschungsarbeit stellt sich die Frage, ob die Vorgehensweise einer Erhebung quantitativ oder qualitativ ausgerichtet werden soll. Das Ziel dieser Masterarbeit war es die Motivationsgründe von Personen 50+ für eine ehrenamtliche Mitarbeit an einem ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte zu erforschen. Da im Vordergrund dieser Fragestellung die individuellen Sichtweisen und Motivationsgründe der Befragten stehen, wurde für diese Arbeit eine qualitative Herangehensweise gewählt. Die qualitative Forschung beschreibt die Lebenswelten von „innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Personen [FLICK et al., 2009].

Nachdem die qualitative Ausrichtung dieser Forschungsfrage fest stand, war zu entscheiden, welche Erhebungsmethode und welche Auswertungsmethode zur Anwendung kommen sollen. Die Durchführung der Interviews mit den an dem Gesundheitsförderungsprogramm teilnehmenden Gesundheitsbuddies erfolgte

mittels dem Leitfadeninterview. Die Auswertung der geführten Interviews erfolgte mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring – Zusammenfassung mit induktiver und deduktiver Kategorienbildung [MAYRING, 2010].

6.2.1 Datensammlung

Die Datenerhebung für diese Masterarbeit erfolgte auf Basis eines leitfadengestützten Interviews mit den ausgewählten Gesundheitsbuddies. Die Interviewgespräche wurden mittels Diktiergerät aufgezeichnet. Das gewonnene Tonmaterial wurde anschließend transkribiert und das Textmaterial in Anlehnung an die „Qualitative Inhaltsanalyse“ von Mayring (2010) ausgewertet [MAYRING, 2010].

6.2.2 Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Die Zielgruppe der Forschungsfrage bildete die Population der Gesundheitsbuddies des Projektes „Gesund fürs Leben“. Für die Datenerhebung dieser empirischen Untersuchung wurden acht Buddies herangezogen. Darunter waren sieben Teilnehmerinnen und ein Teilnehmer. Fünf Gesundheitsbuddies waren zur Zeit der Interviewführung in der Interventionsphase und drei befanden sich in der Kontrollphase. Sieben von den acht Gesundheitsbuddies waren bereits in Pension.

Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner erfolgte anhand eines Rundschreibens via Email durch einen Angestellten (Mag. Martin Oberbauer) des Wiener Hilfswerks. Die Kontaktaufnahme und die Terminvereinbarung für das Interview erfolgten telefonisch oder per Email.

6.2.3 Interviewleitfaden

Die Klassifizierung von Interviews kann an unterschiedlichen Merkmalen ansetzen. Ein erstes Merkmal ist der Zweck des Interviews, der mit dem Ziel der Untersuchung verknüpft ist. Man kann bei Interviews anhand ihres Zweckes zwischen „Expertinnen- und Experteninterviews“, „Interviews, in denen es um die Erfassung von Sichtweisen und Einstellungen der befragten Personen

selbst geht“ und Interviews mit anderen Zwecken unterscheiden [GLÄSER UND LAUDEL, 2009].

Die Technik der Datenerhebung zählt zu der wichtigsten Klassifizierung. Interviews werden als Erstes nach ihrem Grad der Standardisierung unterschieden. Bei vollstandardisierten Interviews, sind sowohl die Fragen der interviewenden Person als auch die Antwortmöglichkeiten festgelegt und für jedes Interview gleich. Halbstandardisierte Interviews legen die Handlung des Interviewenden durch einen standardisierten Fragenbogen fest und der befragten Person wird überlassen, wie er/sie die Frage beantwortet. Bei nichtstandardisierten Interviews sind weder die Fragen noch die Antwortmöglichkeiten der Interviewpartnerin/des Interviewpartners standardisiert [GLÄSER UND LAUDEL, 2009].

Standardisierte Interviews werden in der quantitativen Forschung geführt, während die nichtstandardisierten Interviews zu den qualitativen Erhebungsmethoden zählen. Teilstandardisierte Interviews sind nichtstandardisierte Interviews mit gewissen Vorgaben für die Interviewerin/den Interviewer. Nichtstandardisierte Interviews werden weiter unterschieden in Leitfadeninterviews, offene Interviews und narrative Interviews [GLÄSER UND LAUDEL, 2009].

Leitfadeninterviews arbeiten mit vorgegebenen Themen und einem Leitfaden. Das Leitfadeninterview enthält alle Fragen, die in jedem Interview beantwortet werden müssen. Das Interview soll sich einem natürlichen Gesprächsverlauf annähern; um dies zu ermöglichen können die Fragen auch außer Reihenfolge gestellt werden. Eine vollständige Beantwortung einer Frage kann oft nur dadurch erreicht werden, dass zu einer Antwort ad hoc Fragen gestellt werden. Diese Fragen werden nicht in den Leitfaden aufgenommen, dieser bietet daher nur eine Richtschnur für die unbedingt zu stellenden Fragen. Auf die zwei weiteren Formen nichtstandardisierter Interviews (Narrative Interviews und Offene Interviews) wird nicht weiter eingegangen, da sie keine Bedeutung für die Datenerhebung dieser Arbeit haben [GLÄSER UND LAUDEL, 2009].

Die Fragen des Leidfadeninterviews (Anhang Leitfadeninterview) waren thematisch in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil stand das Gesundheitsbewusstsein der Buddies, im zweiten Teil die zu betreuende Person und im dritten Teil die Projektbetrachtung der Buddies im Mittelpunkt.

Der erste Fragenblock beinhaltete Fragen, die sich mit dem Gesundheitsverhalten der Gesundheitsbuddies beschäftigten. Ebenso dienten diese Fragen dazu, um herauszufinden, welche Rolle die Gesundheit für die Lebensführung dieser Personen einnimmt. In diesem Block wurden die Motivationsgründe für die ehrenamtliche Beteiligung an diesem Gesundheitsförderungsprogramm erfragt. Des Weiteren wurde ermittelt, wie hoch die Motivation ist, um durch die Projektteilnahme Verbesserungen der eigenen Gesundheit zu erzielen.

Der zweite Block beschäftigte sich mit der Motivation der Gesundheitsbuddies, die Gesundheit der zu betreuenden Person zu verbessern. Die Fragen handelten auch von den Zielsetzungen und Erwartungen der Gesundheitsbuddies, an die Zusammenarbeit mit der hochbetagten Person. Ebenso wurden die wahrgenommenen Gesundheitsveränderungen bei der zu betreuenden Person und die damit verbundene Zufriedenheit des Buddies anhand der Fragestellungen erforscht.

Der dritte Teil des Leitfadens beinhaltete Fragen rund um das Gesundheitsförderungsprogramm. Durch diesen Abschnitt sollte die Zufriedenheit mit dem Projektverlauf ermittelt werden und die Gründe, die aus Sicht der Gesundheitsbuddies zum Erfolg des Projektes beitragen. Weitere Fragen beschäftigten sich mit der Beurteilung der Schulungseinheiten und den Schulungsmaterialien durch die teilnehmenden Personen. Ebenso wurde der wichtige Aspekt diskutiert, ob ein Vorteil darin besteht, dass das Projekt „Gesund fürs Leben“ mit ehrenamtlich Tätigen durchgeführt wird.

6.2.4 Pretest

Das Leitfadeninterview wurde erstmals im Rahmen einer Lehrveranstaltung an der Medizinischen Universität einem Pretest mit Frau Doz. Dr. Karin Schindler

als Expertin unterzogen. Der Leitfaden wurde so in seiner Anwendbarkeit getestet und anschließend wurden etwaige Änderungen und Verbesserungen direkt vorgenommen.

6.2.5 Interviewform / -situation

Das leitfadengestützte Interview wurde mit allen acht Gesundheitsbuddies vorgenommen. Alle Interviews wurden face-to-face und auf Wunsch der Befragten, in deren Eigenheim oder in einem öffentlichen Kaffeehaus durchgeführt. Das Interview aller Beteiligten fand in Wien statt.

6.2.6 Durchführung

Nach einer bereits stattgefundenen Vorinformation durch das Rundschreiben via E-Mail und das erste Telefongespräch, wurde der Gesundheitsbuddy vor Beginn des Interviews nochmals über das bevorstehende Interview und den Forschungshintergrund informiert. Nach mündlicher Einwilligung der Gesundheitsbuddies wurde mit jedem Einzelnen, deren Anonymität und keine namentliche Erwähnung in der Forschungsarbeit vereinbart. Um die Anonymität aller Interviews zu gewährleisten wurden diese vor der Auswertung codiert. Nach Einverständnis des jeweiligen Gesundheitsbuddy wurde das Interview mittels Diktiergerät aufgenommen. Das gewonnene Tonmaterial wurde transkribiert. Diese Transkripte ergaben das Rohdatenmaterial und bildeten die Grundlage für die Auswertung.

6.2.7 Datenaufbereitung

6.2.7.1 Transkription

Ein aufgezeichnetes Interview soll möglichst vollständig transkribiert werden. In der Literatur wird die Transkription als sehr zeitaufwendig beschrieben. Es wird ein Verhältnis von Interviewzeit zu Transkriptionszeit von 1:4 angegeben. Dieser Zeitaufwand sollte schon bei der Projektplanung berücksichtigt werden [GLÄSER UND JAUDEL, 2009]. In dieser Arbeit bewahrheitete sich ein Verhältnis von 1:7.

Das gesamte Tonmaterial wurde vollständig, nach zuvor festgelegten Transkriptionsregeln, transkribiert. Für diese Arbeit wurde folgendes festgelegt:

- Vollständige und wörtliche Transkription (Unvollständigkeiten und Wiederholungen werden belassen).
- Nonverbale Merkmale (z.B. Lachen, Räuspern, Husten, Stottern, „äh“, „mmh“, oder Ähnliches) können weggelassen werden, außer wenn sie einer Aussage eine besondere Bedeutung geben.
- Dialektfärbungen werden eingedeutscht (z.B. miaßn = müssen), echte Dialektausdrücke bleiben und werden nach Gehör geschrieben.
- Besonderheiten der Antwort mit „Ja“ oder „Nein“ (z.B. zögernd, gedehnt, lachend) werden in Klammer vermerkt.
- Unterbrechungen, Pausen, Stockungen im Gespräch werden mit Gedankenstrichen vermerkt (-), bei längeren Pausen mit mehreren Gedankenstrichen. Ist der Grund der Pause ersichtlich, so wird dieser in Klammer angegeben. Unvollständige Passagen oder Unklarheiten werden ebenfalls mit Punkten vermerkt (...).
- Wenn die Interviewerin/der Interviewer eine Frage stellt bzw. spricht, wird die Phrase mit dem Symbol »I« (für Interviewerin/Interviewer), danach Doppelpunkt und zwei Leerzeichen, begonnen.
- Wenn die/der Befragte spricht, wird das Symbol »B« (für die befragte Person) verwendet [GLÄSER UND JAUDEL, 2009] [MAYRING, 2010].

6.2.8 Datenauswertung

Die gewonnenen Texte mittels Transkription wurden in Anlehnung an die Methode „Qualitative Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2010) ausgewertet. Alle notwendigen Auswertungsschritte wurden in Microsoft Word, in Tabellen, durchgeführt. Folglich wurde die Aufbereitung und Auswertung der Rohdaten ohne einen für diesen Zweck entwickeltes Softwareprogramm durchgeführt.

6.2.8.1 Auswertungsmethode

Die Inhaltsanalyse ist eine Auswertungsmethode, bei der mit bereits fertigem sprachlichem Material gearbeitet wird. Ziel der Inhaltsanalyse ist die Analyse von Texten, die aus jeglicher Art von Kommunikation stammen. Sie stellt also eine systematische Auswertung dar, mit dem Ziel, den Inhalt des Materials auf das Wesentliche zu reduzieren [MAYRING, 2010].

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Methode der systematischen Interpretation, die an den qualitativen Bestandteilen ansetzt, sie durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht. Um dieser Anforderung gerecht zu werden, folgt die qualitative Inhaltsmethode einigen Grundsätzen [MAYRING, 2010].

Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang

Das inhaltsanalytische Vorgehen hat zum Vorteil, dass das Material immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden wird. Der Text wird also immer innerhalb seines Kontextes interpretiert [MAYRING, 2010].

Systematisches, regelgeleitetes Vorgehen

Systematik bedeutet hier die Orientierung an vorab festgelegten Regeln der Textanalyse. Dabei spielt ein konkretes Ablaufmodell der Analyse eine wesentliche Rolle. Die qualitative Inhaltsanalyse muss an das vorliegende Material angepasst sein und auf die Fragestellung hin konstruiert werden. Ein Ablaufmodell muss vorab festgelegt werden, welches einzelne Analyseschritte definiert, deren Reihenfolge festlegt und Regeln der Analyse beinhaltet. Zudem ist eine Definition der inhaltsanalytischen Einheiten (Kodiereinheit, Kategorien etc.) notwendig. Zusammenfassend heißt das, dass vorab zu entscheiden ist, wie das vorliegende Material bearbeitet wird, die Reihenfolge der Analyseschritte ist und welche Bedingungen gegeben sein müssen, um zu einer Kodierung zu gelangen [MAYRING, 2010].

Kategorien im Zentrum der Analyse

Das Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument der Analyse dar. Es soll die Nachvollziehbarkeit der Analyse, die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und die Abschätzung der Reliabilität der Analyse erleichtern [MAYRING, 2010].

Gegenstandsbezug statt Technik

Die Erstellung eines Ablaufmodells und eines festgelegten Regelwerkes erlaubt nicht die Vernachlässigung des Gegenstandsbezugs. Die Anbindung am konkreten Gegenstand der Analyse ist sehr wichtig [MAYRING, 2010].

Theoriegeleitete Analyse

Die qualitative Analyse ist durch viele Festlegungen und Entscheidungen des grundsätzlichen Vorgehens und einzelner Analyseschritte durchwachsen. Eine theoriegeleitete Analyse bedeutet, dass der Stand der Forschung bei allen Verfahrensentscheidungen systematisch herangezogen wird [MAYRING, 2010].

Einbezug quantitativer Analyseschritte

Wenn quantitative Schritte innerhalb des Analyseprozesses zum Einsatz kommen, müssen diese sorgfältig begründet und die Ergebnisse interpretiert werden. Quantitative Arbeitsschritte müssen angewendet werden, wenn es um Verallgemeinerungen der Ergebnisse geht [MAYRING, 2010].

Gütekriterien

Einschätzungen der Ergebnisse nach den Gütekriterien wie Objektivität Reliabilität und Validität sind in der qualitativen Analyse ebenso wichtig wie in der quantitativen Analyse. Zu diesen hat die Interoderreliabilität eine besondere Bedeutung. Diese bedeutet, dass mehrere Inhaltsanalytikerinnen und Inhaltsanalytiker unabhängig voneinander dasselbe Material bearbeiten und die Ergebnisse Ihrer Arbeiten verglichen werden [MAYRING, 2010].

Das gesamte Textmaterial dieser qualitativen Erhebung, das durch die Transkription der durchgeführten Interviews gewonnen wurde, liefert die auszuwertenden Rohdaten. Im Zuge der Auswertung wurde das Material

qualitativ analysiert, systematisch reduziert und mit Hinblick auf die Forschungsfrage interpretiert.

6.2.9 Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Auswertung der Transkriptionen wurde mit dem inhaltsanalytischen Verfahren „Qualitative Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2010) durchgeführt.

Das Ablaufmodell lässt sich in drei Phasen unterteilen:

1. Phase: Qualitative Analyse

Fragestellung, Begriffs- und Kategoriendefinition, Analyseinstrumentarium

2. Phase: Qualitative oder quantitative Analyse

Anwendung des Analyseninstrumentariums je nach Gegenstand und Ziel der Analyse, wenn notwendig mit quantitativen Verfahren

3. Phase: Qualitative Analyse

Rückbezug der Ergebnisse auf die Fragestellung, Interpretation [MAYRING, 2010]

1. Schritt: Ablaufmodell zur Analyse darstellen

Im ersten Schritt wird eine spezielle Analysetechnik festgelegt und das Ablaufmodell der qualitativen Analyse erstellt. Die Analyse wird in einzelne Interpretationsschritte zerlegt, die zuvor festgelegt werden. Durch dieses Vorgehen wird sie für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar, weiteres ist sie auf andere Gegenstände übertragbar und für Andere benutzbar, wodurch sie zur wissenschaftlichen Methode wird. Ein Ablaufmodell der Analyse wird immer an das vorliegende Material und die aktuelle Fragestellung angepasst [MAYRING, 2010].

Für eine erhöhte Präzision der Inhaltsanalyse werden zunächst die Analyseneinheiten festgelegt:

- Die Kodiereinheit legt den kleinsten Materialbestandteil fest, der ausgewertet werden darf und unter eine Kategorie fallen darf.

- Die Kontexteinheit ist der größte Textteil, der unter eine Kategorie fallen darf.
- Die Auswertungseinheit gibt vor, welche Textteile jeweils nacheinander analysiert werden [MAYRING, 2010].

Induktive und deduktive Kategorienbildung

Nach Erstellung des Ablaufmodells war es wichtig das Textmaterial mittels induktiver und deduktiver Kategorienbildung zu kategorisieren. Der Definition nach Mayring zufolge, wurden die Kategorien direkt aus dem vorhandenen Material definiert.

Definition nach Mayring: „Eine induktive Kategoriendefinition leitet die Kategorie direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen“ [MAYRING, 2010].

Für die Analyse wurden fünf Kategorien direkt aus dem vorhandenen Textmaterial gebildet. Die Kategorien wurden auch in Anlehnung an die drei Themenbereiche des Interviewleitfadens festgelegt. Der Leitfaden für das Interview wurde wie schon erläutert in drei Themenschwerpunkte gegliedert. Diese Einteilung wurde bei der Kategorienfindung berücksichtigt. Die Kategorienbildung erfolgte somit induktiv und deduktiv.

1. Kategorie: Allgemeine Information

Dieser Kategorie wurden Textinhalte zugeordnet, welche persönliche Aussagen der Befragten, in Bezug auf deren Gesundheitseinstellung und deren individuellen Gesundheitsverhalten, beinhalten. Allgemeine subjektive Aussagen der befragten Gesundheitsbuddies, welche den anderen Kategorien nicht zuzuordnen waren, fielen ebenfalls in diese Kategorie.

Ankerbeispiel: „Mir bedeutet Gesundheit sehr viel. Für mich bedeutet gesundes Leben, dass ich Sport mache, dass ich meine gesunde Ernährung beachte, dass ich mich auch immer wieder darüber informiere, also auch weiter entwickle, was sportliche Aktivitäten und Ernährung anbelangt.“ (Interview 2, Seite 1, Zeile 9-14).

2. Kategorie: Motivationsgründe

Dieser Kategorie wurde Textmaterial zugeordnet, welches von den Motivationsgründen der Befragten handelt, sich an einem ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderungsprogramm ehrenamtlich zu beteiligen. Diese Kategorie trug somit das Hauptdatenmaterial, für die Beantwortung der Forschungsfrage, zusammen.

Dieser Kategorie ebenfalls zugeordnet wurden Antworten, welche die Zielsetzungen und Erwartungen der Gesundheitsbuddies, an das Gesundheitsförderungsprogramm ausdrücken.

Ankerbeispiel: „Das erste ist, dass ich sehr sozial veranlagt bin, ich habe immer schon gerne gegeben. Es macht mir Freude, wenn ich etwas geben kann. Das zweite ist, dass ich einfach in eine Gesellschaft, in eine andere Schicht hineinkomme. Es ist für mich praktisch wie ein neuer Horizont, also weg vom Alltag, vom langjährigen Umkreis, aus diesem Alltagsrott raus, einfach etwas anderes machen und das soll dann möglichst positiv, befriedigend und erfüllend sein.“ (Interview 3, Seite 1, Zeile 28-33).

3. Kategorie: Projektbezogene Veränderungen

In diese Kategorie wurden alle Antworten eingegliedert, die von den erlebten Veränderungen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie von den wahrgenommenen Gesundheitsverbesserungen durch die interviewten Gesundheitsbuddies handeln. Diese bemerkbaren Veränderungen betreffen sowohl die eigene Person der Gesundheitsbuddies als auch die zu Betreuenden. Dieser Kategorie wurden auch jene Aussagen zugeordnet, die sich mit der Zufriedenheit der Gesundheitsbuddies und den bemerkbaren Veränderungen auseinandersetzen.

Ankerbeispiel: „Ich mache in der früh oft die Mobilisationsübungen, diese habe ich davor nicht gemacht. Diese helfen schon, also man kommt in Schwung und ist aufgelockert, ein sanftes Aufwachen, dass man in Bewegung und Schwung kommt.“ (Interview 6, Seite 2, Zeile 60-62).

Ankerbeispiel: „Meine zu betreuende Person kann schon gewisse Übungen machen, welche sie zu Beginn des Projektes nicht konnte. Sie kann auch aufstehen, ohne sich abzustützen. Meines Erachtens muss ihre

Oberschenkelmuskulatur schon besser sein und auch ihre Psyche muss sich verbessert haben.“ (Interview 7, Seite 4, Zeile 140-143).

4. Kategorie: Subjektive Aussagen zum Projekt

Diese Kategorie umfasste die Antworten der Befragten zu dem dritten Teil des Leitfadeninterviews, der sich mit den subjektiven Meinungen in Bezug auf das laufende Gesundheitsförderungsprogramm auseinandersetzt. Diese subjektiven Meinungen betreffen den Verlauf und den möglicherweise eintretenden Erfolg, sowie die Beurteilung des Studienaufbaues, der Schulungen und der Schulungsmaterialien.

Ankerbeispiel: „Mein großes Lob in allen Bereichen, sowohl die Schulungen waren in Ordnung und gut organisiert als auch die Themen waren gut strukturiert. Die Vortragenden haben gewusst was sie sagen. Es ist sehr kompetent, insgesamt. Wir haben auch diese Vielfalt; der Psychologe, Sportmediziner, Ernährungswissenschaftlerinnen und eine Physiotherapeutin.“ (Interview 2, Seite 5, Zeile 220-223).

5. Kategorie: Persönliche Erfahrungen

Der letzten Kategorie wurden alle jene Textmaterialien zugeteilt, die sich mit den persönlichen Erfahrungen der Gesundheitsbuddies auseinandersetzen, die im Laufe der Zusammenarbeit mit der zu betreuenden Person erlebt wurden. Antworten auf die Fragen nach dem ersten Besuch bei der hochbetagten Person, nach Schwierigkeiten während der Intervention und nach der Unterstützung, welche die Buddies den Hochbetagten geben können, wurden ebenfalls dieser Kategorie zugeordnet.

Ankerbeispiel: „Ich muss sagen, wir waren beide gegenseitig von uns überrascht und es hat sofort gefunkt. Es hat sofort gepasst und es gab überhaupt keine Schwierigkeiten. Zu Beginn haben wir uns unsere Lebensgeschichte erzählt. Wir haben uns alles Mögliche erzählt, damit wir uns ein bisschen einschätzen können.“ (Interview 8, Seite 4, Zeile 143-148).

Kodieren

Nach dem Kategorisieren des Materials wurde dieses anschließend kodiert. Bevor die Daten kodiert wurden, musste zuerst ein Kodierleitfaden erstellt werden, dieser enthält eine offene Sammlung der Codes, deren Bedeutung und Ankerbeispiele. Diese Sammlung wurde im Laufe der Analyse laufend ergänzt;

dadurch erfolgte die Zusammenstellung der Codes deduktiv und induktiv [MAYRING, 2010].

Für die Analyse wurde jedes geführte Interview einzeln kategorisiert und kodiert. Anschließend wurden alle fünf Kategorien der gesamten Interviews in ein Dokument zusammengefasst und nach den Codes gegliedert. Dieses Datenblatt bildete die Grundlage für die darauffolgende Analyse und Interpretation.

2. Schritt: Anwendung der qualitativen Technik

Mayring beschreibt in seinem Buch „Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken“ drei Grundformen des Interpretierens, welche voneinander unabhängige Analysetechniken darstellen: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

Für die Auswertung des Textmaterials der qualitativen Erhebung wurde die qualitative Technik der Zusammenfassung mit induktiver und deduktiver Kategorienbildung gewählt. Die einzelnen Analyseschritte wurden in einer Word Datei in Tabellenform festgehalten [MAYRING, 2010].

Paraphrasieren

In diesem Schritt werden alle nicht inhaltstragenden (ausschmückenden, wiederholenden, verdeutlichenden) Textbestandteile gestrichen. Die verbleibenden inhaltstragenden Textteile werden in eine einheitliche Sprachebene und grammatikalische Kurzform überführt [MAYRING, 2010].

Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

Die Gegenstände der Paraphrasen werden auf die definierte Abstraktionsebene generalisiert, so dass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind. Satzaussagen (Prädikate) werden auf gleiche Weise generalisiert [MAYRING, 2010].

Erste Reduktion

Innerhalb der Auswertungseinheiten werden bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen. Gestrichen werden jene Paraphrasen, für die das neue Abstraktionsniveau nicht wesentlich ist [MAYRING, 2010].

Zweite Reduktion

Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage werden zu einer Paraphrase zusammengefasst [MAYRING, 2010].

Die folgende Tabelle 1 zeigt ein Beispiel aus der Kategorie 2 (Motivationsgründe) mit dem Code MG (Motivationsgründe) aus dem Interview mit einem Gesundheitsbuddy.

Kat.	K	Text	Paraphrasierung	Generalisierung	1. Reduktion
K2	MG	I: Welche Beweggründe haben Sie bei diesem Projekt mit zu machen? B: Das ist ein bisschen schwierig, es ist zweideutig. Das erste ist, dass ich sehr sozial veranlagt bin, ich habe immer schon gerne gegeben. Es macht mir Freude, wenn ich etwas geben kann.	Die Motivationsgründe sind zweideutig. Ich bin sehr sozial veranlagt und habe schon immer gerne gegeben, das macht mir Freude.	Starke soziale Veranlagung. Freude am Geben.	Starke soziale Veranlagung. Freude am Geben.
K2	MG	Das zweite ist, dass ich einfach in eine Gesellschaft, in eine andere Schicht hineinkomme. Es ist für mich praktisch wie ein neuer Horizont, also weg vom Alltag, vom langjährigen Umkreis, aus diesem Alltagsrouten raus, einfach etwas anderes machen und das soll dann möglichst positiv, befriedigend und erfüllend sein.	Ich wollte in eine neue Gesellschaft kommen. Es ist ein neuer Horizont, raus aus dem Alltag und dem langjährigen Umkreis. Etwas Neues tun, was möglichst erfüllend und befriedigend ist.	Finden einer neuen Gesellschaft und eines neuen Horizonts. Abwechslung vom eigenen Alltag und langjährigem Umkreis. Einer erfüllenden, befriedigenden Aktivität nachgehen.	Neue Gesellschaft und ein neuer Horizont. Abwechslung vom Alltag und langjährigen Umfeld. Nachgehen einer erfüllenden, befriedigenden Aktivität.

Tabelle 1: Auszug aus der 1. Reduktion (K2: Kategorie 2, Codes MG: Motivationsgründe)

Im nächsten Schritt wurden alle ersten Reduktionen eines Codes in einem Dokument zusammengetragen und eine zweite Reduktion durchgeführt. Dafür wurden alle Paraphrasen der ersten Reduktion, mit gleichem oder ähnlichem Inhalt zusammengefasst. In der zweiten Reduktion befinden sich nun die allgemeinen Aussagen aller befragten Gesundheitsbuddies. Folgendes Beispiel (Tabelle 2) stellt diesen Analyseschritt tabellarisch dar.

Code MG: Motivationsgründe für die Teilnahme an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm.		
B K	1. Reduktion	Allgemeine Motivationsgründe
1	Die Begeisterung für Sport und der Wunsch, mit anderen Menschen meine Erfahrungen zu teilen, um so Anderen etwas weiterzugeben und zu helfen.	→ Das Projekt ist als Ganzes sehr ansprechend
	Das Projekt ist als Ganzes sehr ansprechend, weil man Hochbetagten Menschen vermittelt, dass auch im hohen Alter, Bewegung und Ernährung wichtig sind.	- weil man Hochbetagten Menschen vermittelt, dass auch im hohen Alter, Bewegung und Ernährung wichtig sind.
	Das Projekt hat die Möglichkeit gezeigt, den Traum, Menschen etwas von den eigenen Erfahrungen weiterzugeben, zu verwirklichen und so den Hochbetagten zu helfen.	- Das Projekt hat die Möglichkeit gezeigt, den Traum, Menschen etwas von den eigenen Erfahrungen weiterzugeben, zu verwirklichen und so den Hochbetagten zu helfen.
	Motivationsgründe zählen als Ganzes und entsprechen der Lebensphilosophie, gesund zu leben und anderen etwas weiterzugeben. → Gesundheitsmotive überwiegen.	- wissenschaftliche Hintergrund des Projektes - Gute Erfahrungen und Erfolge durch die Teilnahme an einer anderen Studie.
2	Vorhaben in der Pension eine ehrenamtliche Aktivität auszuprobieren.	- Erfahrung mit mitwirkenden Projektorganisationen
	Das Projekt als Ganzes; die Themen (Ernährung/Krafttraining), die Mitwirkenden, das Angebot an Vorinformation war sehr interessant und ansprechend.	- die Projektteilnehmenden stehen auf einer Augenhöhe und können vom Projekt profitieren
	Erfahrung mit dem Wr. Hilfswerk.	- ermöglicht einen neuen Horizont
	→ Motivationsgründe: Interesse an den Themen • Ernährung/Bewegung und • Ehrenamtliche Tätigkeit sind gleich zu messen.	- neue Gesellschaft - Abwechslung vom Alltag und langjährigen Umfeld
3	Starke soziale Veranlagung.	Persönliche Einstellung → Begeisterung für Sport und gesunde Ernährung → starke soziale Veranlagung → Freude am Geben → Bereits ehrenamtlich tätig → Motivationsgründe zählen als Ganzes

	Freude am Geben. Neue Gesellschaft und ein neuer Horizont. Abwechslung vom Alltag und langjährigen Umfeld. Nachgehen einer erfüllenden Aktivität. Hauptgrund ist die ehrenamtliche Betätigung.	und entsprechen der Lebensphilosophie, gesund zu leben und anderen etwas weiterzugeben. → Wunsch nach einer erfüllenden Tätigkeit Motivationsgründe für die eigene Gesundheitsförderung → Regelmäßige Kontrolluntersuchungen der Gesundheitsbuddies waren sehr interessant.
4	Große Begeisterung für das Projekt. Den Beitrag zu leisten, ältere Menschen zu unterstützen, so lange wie möglich eigenständig in ihrem vertrauten Umfeld leben zu können. Ansätze des Projekts, so früh wie möglich gesundheitlich fürs Alter vorzusorgen. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind ein sehr großer Motivationsfaktor. → Die Unterstützung für die Hochbetagten steht für mich im Vordergrund.	→ Ansätze des Projekts, so früh wie möglich gesundheitlich fürs Alter vorzusorgen. → Vorteile für die Gesundheitsbuddies (Übungen, Neues lernen, motiviert bleiben) waren ansprechend. → für sich selbst Gutes tun Motivationsgründe für die soziale/ehrenamtliche Tätigkeit → Vorhaben in der Pension eine ehrenamtliche Aktivität auszuprobieren
5	Suche nach einer Beschäftigung zu Beginn der Pension. Gefallen an dem Projekt als Ganzes und als wissenschaftliches Projekt. Gefallen daran, dass beide Projektpartner/Projektpartnerinnen profitieren können und auf Augenhöhe miteinander arbeiten. Gefallen an den Vorteilen und Aufbau/Bedingungen des Projektes haben mir gefallen. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen der Gesundheitsbuddies waren sehr interessant. Der Wille, der Gesellschaft etwas zurückzugeben und bisschen seiner Zeit mit anderen teilen. Bereits ehrenamtlich tätig.	→ persönliche Erfahrung und Begeisterung mit anderen teilen und damit zu unterstützen → Den Beitrag zu leisten, ältere Menschen zu unterstützen, so lange wie möglich eigenständig in ihrem vertrauten Umfeld leben zu können. → Wunsch der Gesellschaft etwas zurück zu geben Bei der Frage welche Motive überwiegen, gaben die meisten als Antwort, dass die die Motivation durch das Interesse an den Themen Ernährung/Bewegung und die Motivation für den Wunsch nach einer ehrenamtlichen Tätigkeit gleich zu messen sind.
6	Die Gleichstellung beider Projektpartner/Projektpartnerinnen, das gemeinsame Tun und intervenieren auf gleicher Augenhöhe. Beide Können von dem Projekt profitieren. Seit Beginn der Pension, auf der Suche nach einer ehrenamtlichen Arbeit. Noch rüstig und genug Zeit um diese nicht	

	nur für sich zu verwenden.
	Projekt als Ganzes gleich zugesagt .
	Die Motivation der zu betreuenden Person motiviert zusätzlich.
	Motivation durch Kontrolluntersuchungen verstärkt.
7	Suche nach einer ehrenamtlichen Tätigkeit. Schon immer karikativ tätig, gerne etwas Gutes getan und diverse Projekte unterstützt.
	Das Projekt als Ganzes ist ansprechend .
	Gewissheit, dass man Teil eines Projektes für die Wissenschaft ist.
	Die Dauer der Verpflichtung war angemessen. Aus dem Projekt etwas lernen.
	Die Untersuchung der Gesundheitsbuddies.
	Gutes tun für sich selbst und andere.
8	In Selbsthilfegruppe tätig gewesen .
	Das Projekt war ansprechend .
	Vorteile für die Gesundheitsbuddies (Übungen, Neues lernen, motiviert bleiben) ansprechend.
	Gute Erfahrungen und Erfolge durch die Teilnahme an einer Studie.
	Motivation durch die Unterstützung anderer, anderen zu helfen.
	Persönliche Gesundheitsmotive und soziale Motivation gleichstark ausgeprägt.

Tabelle 2: 2. Reduktion: Codes Motivationsgründe (BK: Kodierung der/des Befragten)

3. Schritt: Qualitative Analyse mit Rückbezug der Ergebnisse auf die Fragestellung

Das Textmaterial, welches im Zuge der zweiten Reduktion gewonnen wurde, wurde zum Schluss der qualitativen Analyse mit Bezug auf die Fragestellung analysiert. Die daraus gewonnen Ergebnisse werden im Kapitel 7 dargestellt und zusammengefasst. Das folgende Ablaufmodell gibt einen Überblick über die, für die Analyse, durchgeführten Schritte:

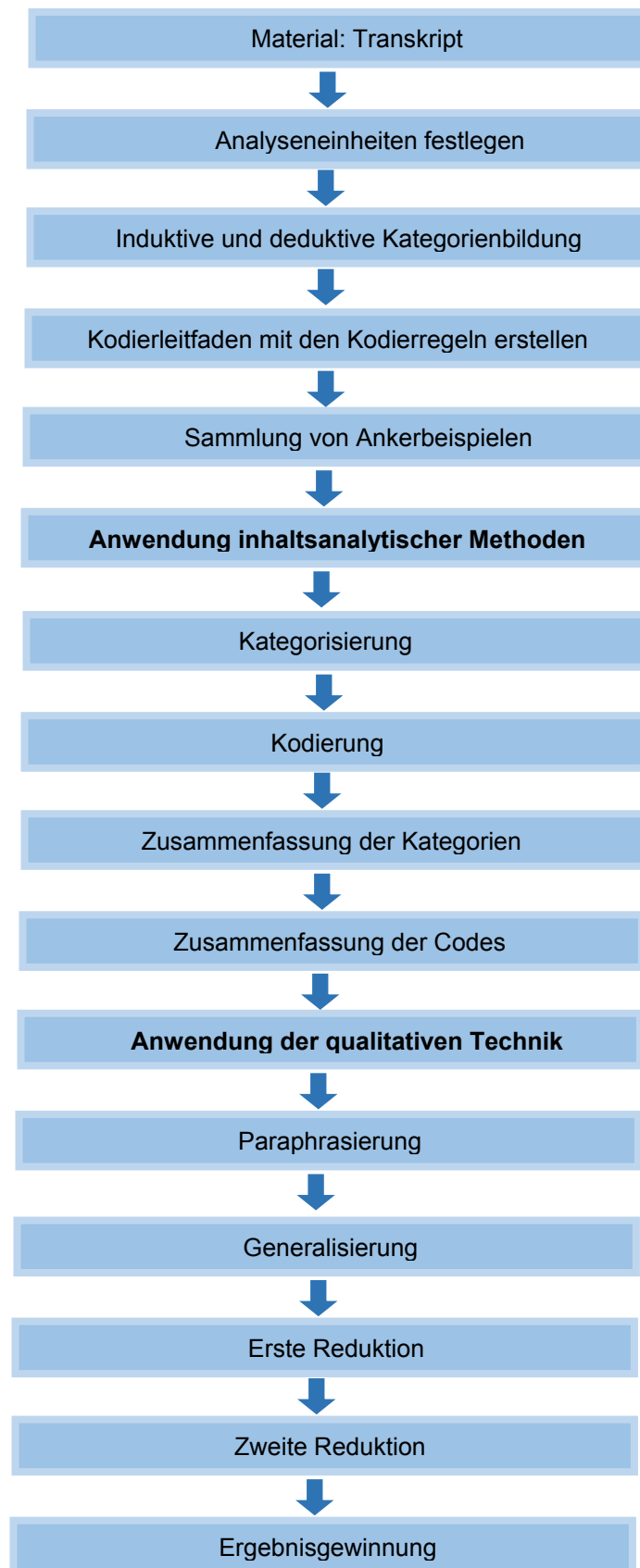


Abbildung 1: Ablaufmodell [MAYRING, 2010]

6.3 ZEITPLAN

6.3.1 Beginn der Masterstudie

Die Mitarbeit an der Studie „Trainings- und Ernährungsintervention durch Buddies bei älteren und hochbetagten Personen mit Malnutrition und/oder Frailty im extramuralen Bereich“ an dem Institut für Public Health der medizinischen Universität wurde im März 2014 begonnen. Im Rahmen der Beteiligung wurden anfallende Tätigkeiten für die Datenerhebung und Dateneingabe übernommen. Ebenfalls zum Aufgabenbereich zählte die Durchführung der regelmäßigen Untersuchungen bei den Gesundheitsbuddies (im Institut für Public Health) und den hochbetagten Personen (im Haus / in der Wohnung der hochbetagten Person).

6.3.2 Kontaktaufnahme

Das Rekrutieren der Gesundheitsbuddies für diese Erhebung wurde im Juli 2014 gestartet und im August 2014 beendet. Ende Juli wurde durch einen Mitarbeiter (Mag. Martin Oberbauer) des Wiener Hilfswerks eine Rundmail an die teilnehmenden Gesundheitsbuddies verschickt. Jene Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner, die auf die Anfrage antworteten, wurden kurz darauf telefonisch kontaktiert; alles Weitere wurde besprochen und es wurde ein Interviewtermin vereinbart.

6.3.3 Durchführung der Interviews

Die Durchführung der Interviews dauerte drei Monate. Das erste Interview wurde im August 2014 durchgeführt und das letzte im Oktober 2014.

6.3.4 Datenaufbereitung

Der Transkriptionszeitraum erstreckte sich von August 2014 bis Ende November 2014.

6.3.5 Datenauswertung

Die Auswertung der Daten begann Ende Dezember 2014 und dauerte bis Ende Jänner 2015.

7. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Resultate der oben beschriebenen qualitativen Untersuchung dargestellt. Die Ergebnisse beruhen auf der zweiten Reduktion der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse. Zuerst wird der Kodierleitfaden dargestellt und im Folgenden werden die Auswertungsergebnisse zu den einzelnen Codes erläutert. Ankerbeispiele sollen dazu dienen, die dargestellten Ergebnisse zu verdeutlichen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse liefert den Abschluss dieses Kapitels.

7.1 Kodierleitfaden

Code	Bedeutung
G	Die Gesundheitsvorstellungen der Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner
MG	Motivationsgründe für die Teilnahme an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm
MEG	Die Motivation durch die Projektteilnahme die eigene Gesundheit zu verbessern
MHG	Die Motivation durch das Projekt die Gesundheit der zu betreuenden Person zu verbessern
MV	Vergleich der Motivation „die eigene Gesundheit zu verbessern“ mit der Motivation „die Gesundheit der zu betreuenden Person zu verbessern“.
ZEE	Zielsetzung und Erwartung an die Projektteilnahme in Bezug auf die eigene Gesundheit
ZEH	Zielsetzung und Erwartung an das Projekt in Bezug auf die Gesundheit der zu betreuenden Person
VGE	Veränderung der Einstellung zu Ernährung und Bewegung seit Projektbeginn

EGV	Bemerkbare Gesundheitsveränderungen seit Einstieg in das Projekt
ZGV	Vergleich der Erwartungen mit den eingetretenen Veränderungen
HGV	Gesundheitsveränderung bei der zu betreuenden Person
HAV	Allgemeine Veränderungen bei der zu betreuenden Person
ZVH	Zufriedenheit mit den merkbaren Veränderungen
ZP	Zufriedenheit mit dem bisherigen Projektverlauf
EP	Faktoren, die zum Erfolg des Projektes beitragen
VE	Vorteile durch die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen
T	Teilnahme an einem weiteren ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm
SCH	Beurteilung der Schulungen
VV	Verbesserungsvorschläge für mehr Profit aller Beteiligten
ATM	Aktuelle Motivation, die dazu bewegt weiter an diesem Projekt teilzunehmen
A	Anmerkungen
EB	Erster Besuch
S	Schwierigkeiten
WB	Weitere Besuche
W	Wahrnehmung durch die zu betreuende Person
U	Unterstützung, die durch die Gesundheitsbuddies an die zu betreuenden Personen bereitgestellt wird

7.2 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Codes, welche aus der zweiten Reduktion der Kategorien 1, 2, 3 und 4 übrig blieben, dargestellt.

7.2.1 Die Gesundheitsvorstellungen der Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner

Die Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner gaben an, dass die Gesundheit in ihrem täglichen Leben einen wichtigen Stellenwert einnimmt und für sie ein wichtiges und bedeutendes Thema darstellt. Sie haben die Gesundheit selbst als einen Wert und als ein Wohlfühl beschrieben. Die Gesundheit wurde als ein endloses Thema bezeichnet deren Beschaffenheit sich sehr breit definieren lässt. Aus den Erzählungen ging hervor, dass für die Gesundheitsbuddies die Gesundheit eine gesunde Ernährung, ausreichend körperliche Bewegung, eine gute geistige und psychische Verfassung sowie ein gut ausgebautes soziales Umfeld bedeutet.

Die Gesundheitsbuddies erklärten, dass eine gesunde Ernährung sich durch die bewusste Auswahl und den bewussten Verzehr nährstoffreicher Lebensmittel gestaltet. Diese bedachte Auswahl an Nahrungsmitteln beginnt schon bei dem Einkauf. Schon bei der Beschaffung ist es wichtig auf die Wahl der Nahrungsmittel zu achten und zu versuchen die gesünderen Alternativen wie z.B. fettärmere Produkte zu wählen.

Die befragten Gesundheitsbuddies gaben an, dass es bei einer Ernährung entsprechend den Empfehlungen nicht entscheidend ist auf alle scheinbar ungünstigeren Lebensmitteln zu verzichten. Im Gegenteil man sollte sich diese bei Lust und Bedarf in Maßen gönnen. Diese kleinen „Extras“ sollten jedoch in den darauffolgenden Tagen durch ein höheres Maß an körperlicher Aktivität oder durch Kalorienrestriktion ausgeglichen werden. Das Essen und das Essverhalten wurden mit der eigenen Heimat und der persönlichen Identität in Verbindung gebracht und wurden auch für die Stabilität der Psyche als wichtig beschrieben. Es wurde erklärt, dass die körperliche Bewegung ebenfalls eine wichtige Rolle für die Gesundheitsförderung einnimmt und einen wichtigen

Ausgleich im täglichen Leben darstellt. Ebenso wurde der physischen Aktivität zugeschrieben, die Stabilität der Psyche zu stärken.

Aus den Gesprächen ging hervor, dass die psychische Gesundheit und das seelische Wohlbefinden eine große Bedeutung für die allgemeine Gesundheit haben. Es ist wichtig, dass ein Mensch auch das Alleinsein genießen kann und Freude am Leben hat. Die geistige Fitness prägt die allgemeine Gesundheit entscheidend. Diese kann durch das Führen von guten Gesprächen, dem Lesen interessanter Texte / Lektüren und durch das Erlernen oder Üben von neuen Aktivitäten gefördert werden. Einen wichtigen Beitrag für eine gesunde Lebensführung leistet ein gut ausgebautes soziales Umfeld. Dieses manifestiert sich durch das Knüpfen und Pflegen von Freundschaften sowie durch einen guten Kontakt zur eigenen Familie.

In den Erzählungen wurde deutlich, dass ein aktives Leben auch eine erfüllende Zeitnutzung bedeutet. Die befragten Personen brachten dies mit einer Aufrechterhaltung des sozialen Kontakts zu den Mitmenschen in Verbindung. Bedeutend erschien für die Befragten, dass freie Zeit sinnvoll in der Natur genützt wird, um frische Luft und Sonne zu tanken.

Die Befragten erzählten, dass für eine gesunde Lebensweise die Offenheit gegenüber neuen Informationen eine wichtige Stellung einnimmt. Dieses Interesse kann die Umstellung eigener Gewohnheiten sowie die persönliche Weiterentwicklung ermöglichen. Die Gesundheitsbuddies brachten zum Ausdruck, dass eine gesunde Lebensführung aktiv und bewusst stattfinden muss, jedoch diese auch sehr viel Zeit in Anspruch nehmen kann. Die Zeit spielt eine wichtige Rolle, um sich das Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten, ohne Kompromisse schließen zu müssen. So ermöglicht mehr Zeit eine bewusstere Auseinandersetzung mit den Gesundheitsthemen und dem Ausführen von körperlichen Aktivitäten. Es wurde auch erwähnt, dass es im Berufs- und Familienleben oft nicht möglich ist diese erforderliche Zeit aufzubringen und man Kompromisse zu Gunsten anderer Verpflichtungen eingehen muss. Aus den Erzählungen der Befragten ging hervor, dass der

Übergang in den Ruhestand die benötigte Zeit und den Freiraum verschaffte, um einen aktiveren, bewussteren und flexibleren Lebensstil zu verwirklichen.

Die Gesundheitsbuddies gaben an, dass die Ernährung und die Bewegung zu den wichtigsten Einflussfaktoren für die eigene Gesundheitsförderung zählen. In diesen zwei Bereichen kann jeder Einzelne einen sehr großen Beitrag für die eigene Gesundheit, Fitness und Mobilität bis ins hohe Alter beitragen. Die Motivation für eine gesunde Lebensführung und die aktive Gesundheitsförderung erschienen dabei von großer Bedeutung.

Als weiterer wichtiger Faktor für die eigene Gesundheitsförderung wurden regelmäßige Arztkontrollen wie z.B. das Wahrnehmen der empfohlenen jährlichen Gesundenuntersuchung oder diverse Vorsorgeuntersuchungen angegeben. Die interviewten Personen beschrieben es als eine weitere Gesundheitsförderungsmaßnahme ab einem gewissen Alter oder bei körperlicher Einschränkung risikoreichere Aktivitäten zu vermeiden. In den Gesprächen wurde es deutlich, dass die Gesundheit für alle befragten Personen sehr wichtig und von hoher Bedeutung für das Leben ist. Die Befragten brachten die Notwendigkeit der Gesundheit im Alter zur Sprache. Sie ermöglicht dem Menschen fit und mobil zu bleiben und somit ein langes, unabhängiges und eigenständiges Leben. Ein Mangel der Gesundheit schränkt die Handlungsfähigkeit stark ein. Die Gesundheitsbuddies betonten, dass ihnen die Gesundheit bis ins Alter sehr wichtig ist, damit sie der Gesellschaft nicht zur Last fallen müssen. Eine gesunde und aktive Lebensführung bis ins Alter kann das Auftreten von körperlichen Schmerzen und Einschränkungen vermeiden bzw. hinauszögern.

Ankerbeispiel: „Mir bedeutet Gesundheit sehr viel. Ich bin mittlerweile in Pension und wenn man nicht mehr arbeiten geht, dann kann man sich auch in einer ganz anderen Art und Weise damit auseinandersetzen, viel bewusster, man hat auch viel mehr Zeit. Für mich bedeutet gesundes Leben, dass ich Sport mache, dass ich meine gesunde Ernährung beachte, dass ich mich auch immer wieder darüber informiere, also auch weiter entwickle, was sportliche Aktivitäten und Ernährung anbelangt. Dann gehört natürlich auch die psychische Gesundheit dazu, ganz klar, das ist auch ein ganz wichtiger Punkt, wo man auch ganz viel an sich selbst arbeiten muss. Ja das sind diese drei

Pfeiler, die meiner Meinung nach am allerwichtigsten sind.“ (Interview 2, Seite 1, Zeile 9-17).

7.2.2 Motivationsgründe für die Teilnahme an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm

Die Motivationsgründe der befragten Gesundheitsbuddies waren sehr vielseitig und tiefgründig. Die befragten Personen gaben an, dass das eigene positive Gesundheitsverhalten schon seit Kindheitstagen durch die Erziehung der Eltern präsent ist. Wie schon zu Beginn dieses Kapitels erläutert wurde, hatten alle Befragten ein hohes Gesundheitsbewusstsein und integrierten die Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ihren Alltag.

Wie aus den Gesprächen mit den Gesundheitsbuddies hervorging, ist die Zeit eine sehr wichtige Voraussetzung für ein ehrenamtliches Engagement. Die Mehrheit der befragten Ehrenamtlichen befand sich zum Zeitpunkt der Interviews schon in Pension. Der Ruhestand und die damit gewonnene Freizeit war für die Befragten ein ausschlaggebendes Kriterium, um eine ehrenamtliche Tätigkeit ausüben zu können. Allen samt war es gleich, dass sie für sich selbst schon vor Pensionsantritt beschlossen hatten sich im Ruhestand mit einer ehrenamtlichen Tätigkeit auseinanderzusetzen. So wurde laut Angaben der Befragten aktiv eine Freiwilligenarbeit gesucht, um den vorangegangenen Wunsch nachgehen zu können.

Dieses positive Gesundheitsbewusstsein, die neu gewonnene Zeit und auch die soziale und offenherzige Veranlagung der Gesundheitsbuddies waren die Voraussetzungen für ihr ehrenamtliches Engagement und ihre Teilnahme an dem Gesundheitsförderungsprogramm.

Ankerbeispiel: „Mir war von Anfang an klar, dass wenn ich einmal in Pension bin, das ich etwas ehrenamtliches ausprobieren möchte. Ich habe dann diesen Artikel über die Gesundheitsbuddies gelesen und es wurde das Krafttraining und die gesunde Ernährung erwähnt, das sind Dinge, die mich sehr interessieren.“ (Interview 2, Seite 1, Zeile 26-32).

Ein wichtiger Motivationsfaktor für die Wahl des Gesundheitsförderungsprogrammes als ehrenamtliche Tätigkeit war, dass das Projekt als Ganzes sehr

ansprechend auf die Befragten gewirkt hatte. Der Grundgedanke des Projektes hochbetagten Menschen zu vermitteln, dass auch im hohen Alter Bewegung und Ernährung noch wichtig sind, war für die Gesundheitsbuddies sehr übereinstimmend mit ihren eigenen Ansichten.

Wichtige Motivationsgründe lieferten die persönliche Einstellung und die Lebensphilosophie der ehrenamtlich Tätigen. Die befragten Personen beschrieben ihre persönliche Begeisterung für Sport und gesunde Ernährung sowie die positive Erfahrung durch ihre bewusste Lebensführung als wichtige Motivation. Ebenso schätzten die Befragten ihre starke soziale Veranlagung und ihre Freude am Geben als bedeutende Motivationsgrundlage. Hinter der sozialen Motivation steckte das Bedürfnis, die persönliche Erfahrung und Begeisterung mit anderen zu teilen und diese dadurch zu unterstützen. Durch die Teilnahme an diesem Gesundheitsförderungsprogramm wurde die Chance erkannt hochbetagten Menschen eine Unterstützung zu bieten. Die Teilnahme an diesem Projekt zeigte die Möglichkeit, den eigenen Traum, Menschen etwas von den eigenen Erfahrungen weiterzugeben, zu verwirklichen. Als weiterer Motivationsfaktor wurde auch der Wunsch der Gesellschaft etwas zurück zu geben erwähnt.

Ankerbeispiel: „Ich habe von diesem Projekt über eine Anzeige im Kurier gelesen, dass eben Gesundheitsbuddies gesucht werden. Ich war sofort davon begeistert, weil ich diesen Ansatz sehr schön finde, dass man Hochbetagte, durch Ernährung und Bewegung, soweit unterstützen kann, dass sie so lange wie möglich zu Hause leben können.“ (Interview 4, Seite 1, Zeile 16-19).

Der wissenschaftliche Hintergrund des Projektes war ebenfalls ein ausschlaggebendes Kriterium für die Teilnahme der Beteiligten. Der Gedanke bei einer Studie mitzuwirken und etwas Gutes für die Wissenschaft zu tun war sehr motivierend. Die mitwirkenden Akademikerinnen und Akademiker des gesamten Studienteams untermauerten die wissenschaftliche Qualität des Projektes.

Eine der wichtigsten Entscheidungsgrundlagen war das Wiederfinden der eigenen Interessen und Lebensweisen im Studienprojekt. Die Themen (Ernährung / Krafttraining) und auch das Angebot an Vorinformation waren sehr

interessant und ansprechend. Großen Anklang fand das Projekt auch in Bezug auf die Zusammenarbeit aller Beteiligten (die zu betreuenden Personen als auch die Gesundheitsbuddies), da auf Augenhöhe miteinander trainiert wurde und beide durch die Projektteilnahme profitieren konnten.

Ein weiterer Beweggrund für die Teilnahme an diesem Gesundheitsförderungsprogramm war der Wunsch danach, seinen eigenen Horizont zu erweitern. Die Beteiligung an dem Projekt ermöglichte auch in eine neue Gesellschaft einzutreten und Menschen zu begegnen, die dieselben Interessen teilen. Die Mitarbeit in einem Freiwilligenprojekt ermöglichte so auch eine Abwechslung vom Alltag und dem langjährigen Umfeld.

Eine weitere Motivation, sich für die Teilnahme an einem derartigen Projekt zu entscheiden, ergab sich durch die bereits gewonnenen positiven Erfahrungen mit ähnlichen Gesundheitsförderungsstudien. Auch die gemachten Erfahrungen mit Partnerorganisationen des ehrenamtlichen Programmes waren ausschlaggebend für die Wahl dieses Projektes.

Ankerbeispiel: „Das erste ist, dass ich sehr sozial veranlagt bin, ich habe immer schon gerne gegeben. Es macht mir Freude, wenn ich etwas geben kann. Das zweite ist, dass ich einfach in eine neue Gesellschaft, in eine andere Schicht hineinkomme. Es ist für mich praktisch wie ein neuer Horizont, also weg vom Alltag, vom langjährigen Umkreis, aus diesem Alltagsrott raus, einfach etwas anderes machen und das soll dann möglichst positiv, befriedigend und erfüllend sein.“ (Interview 3, Seite 1, Zeile 28-33).

Eine weitere Motivation ergab sich durch die positive Erfahrung mit dem eigenen vorangegangenen ehrenamtlichen Engagement. Die Mehrheit der Befragten hatte schon einige Erfahrungen mit Freiwilligenarbeit gesammelt und hatte dadurch bestätigt bekommen, wie sinnvoll und unterstützend diese sein kann. Die Gesundheitsbuddies gaben an, dass sie bei der Suche nach einem Ehrenamt den Wunsch nach einer erfüllenden Tätigkeit hatten.

Weitere Motivationsfaktoren für die Teilnahme an einem derartigen Gesundheitsförderungsprogramm eröffneten sich durch die möglichen Vorteile für die mitwirkenden Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner. Im Rahmen des Informationsabends konnten die Gesundheitsbuddies von den

Benefits durch ihre Mitwirkung überzeugt werden. Die Ansätze des Projektes, so früh wie möglich gesundheitlich fürs Alter vorzusorgen, waren ausschlaggebende Gründe für die Entscheidung zu Gunsten dieses Projektes. Durch die Vorinformationen wurden viele Vorteile für die Gesundheitsbuddies (Übungen, Neues lernen, motiviert bleiben) gesehen, die sehr ansprechend waren. Die regelmäßigen Untersuchungen im Laufe des Projektes waren für die Einzelnen sehr interessant und motivierend. Diese positiven Vorteile für die Ehrenamtlichen, die gesundheitsfördernden Ansätze des Projektes und der Wunsch für sich selbst etwas Gutes zu tun, steigerten die Motivation für die Projektteilnahme.

Die Motivation wurde als Ganzes beschrieben, die durch die eigene positive Lebensphilosophie gegeben ist. Bei der Frage welche Motive überwiegen, gaben die Befragten als Antwort, dass die Motivation durch das Interesse an den Themen Ernährung / Bewegung und die Motivation für den Wunsch nach einer ehrenamtlichen Tätigkeit gleich zu messen sind.

7.2.3 Motivation die eigene Gesundheit zu verbessern

Die Motivation durch das Projekt, Vorteile für die eigene Gesundheit zu erlangen, lag nicht direkt in dem Ziel die allgemeine Gesundheit zu verbessern. Vielmehr lag die Motivation darin durch den Erhalt bzw. die Wiederholung bedeutender Informationen die eigene Gesundheit zu erhalten.

Die befragten Gesundheitsbuddies gaben an, dass sie mit ihrer gesundheitsfördernden Lebensweise zufrieden sind und sich auch gesund fühlen. Durch den Großteil der Schulungsinhalte fühlten sie sich in ihrem eigenen Tun bestätigt. Im Laufe des Projektes und durch die Teilnahme an den Schulungen konnten die Gesundheitsbuddies für sich selbst Bereiche erkennen, an denen sie noch Verbesserungen vornehmen könnten. Zu diesen zählten z.B. das Einhalten der empfohlenen 10.000 Schritte am Tag, das Einhalten der empfohlenen Zufuhr bestimmter Makronährstoffe und die abwechslungsreiche Gestaltung der vorhandenen gesunden Ernährung. Ebenso konnte auch z.B.

durch die Erstuntersuchung aufgezeigt werden, dass die Muskulatur mehr gefördert werden sollte.

Aus den Gesprächen ging hervor, dass alle ehrenamtlich Beteiligten von sich aus eine hohe Gesundheitsmotivation haben und offen für neue Anregungen sind. Ebenso wurde deutlich, dass die Gesundheitsbuddies gerne bereit sind verbesserungswürdige Bereiche zu erkennen und neue Informationen in den eigenen Alltag, zu Gunsten der Gesundheitsförderung, zu integrieren.

Ankerbeispiel: „Die Motivation war im Sektor Bewegung und Muskelaufbau sehr hoch zu bewerten. Weil ich durch das Ergebnis der Voruntersuchungen gemerkt habe, dass ich hier in diesem Bereich doch ein Defizit habe. Das hat mich total motiviert, in diesem Bereich etwas zu tun.“ (Interview 4, Seite 1, Zeile 44-47).

7.2.4 Die Motivation durch das Projekt die Gesundheit der zu betreuenden Person zu verbessern

Die Befragten bewerteten die Motivation „durch das Projekt die Gesundheit der zu betreuenden Person verbessern zu wollen“ als sehr hoch. Diese hohe Motivation wurde mit dem Wunsch begründet, den hochbetagten Menschen eine Unterstützung zu geben und ihnen zu helfen vorhandene Gesundheitsdefizite zu verbessern.

Ankerbeispiel: „Wenn ich schon hingehere und was mache, dann habe ich auch den Ehrgeiz, dass sie bei der zweiten Untersuchung Verbesserungen hat. Sie möchte oft den zweiten Zirkel nicht durchführen, aber ich kann sie dann so motivieren, dass sie ihn dann macht. Hier ist die Motivation sehr hoch.“ (Interview 7, Seite 3, Zeile 123-126).

Im Zuge der Gespräche ging hervor, dass sich die Buddies sehr auf die zu betreuenden Personen einlassen. Die Erwartungen und Zielsetzungen durch die Interventionen Verbesserungen des Gesundheitszustandes zu erlangen, wurden an die gegebenen Möglichkeiten und Gesundheitsprobleme der Hochbetagten angepasst. So erfolgte die Motivationsbemessung immer mit Bedacht auf den psychischen und physischen Zustand der zu betreuenden Personen. Ein weiterer Faktor, der Einfluss auf die Motivation der ehrenamtlich Tätigen nahm, war die Eigenmotivation der zu betreuenden Personen. Durch

eine hohe Eigeninitiative der hochbetagten Person konnte die vorhandene Motivation der Gesundheitsbuddies, eine Unterstützung zu geben, zusätzlich gesteigert werden.

7.2.5 Vergleich der Motivation „die eigene Gesundheit zu verbessern“ mit der Motivation „die Gesundheit der zu betreuenden Person zu verbessern“

Die Gesundheitsbuddies gaben schon im Vorfeld an, dass die Motivation der hochbetagten Person zu helfen, die sie auch liebevoll als ihren „Schützling“ bezeichneten, sehr hoch ist. Im Vergleich der beiden Beweggründe gaben die befragten Personen an, dass beide gleich stark ausgeprägt sind. Durch die persönliche Beziehung, die sich zwischen den Teilnehmenden aufgebaut hatte, war zwischen den besagten Motivationsgründen nicht zu unterscheiden. Es wurde auch erwähnt, dass dieses Projekt für beide teilnehmenden Personen eine Win Situation darstellt und jede Form der Verbesserung erstrebenswert ist.

Ankerbeispiel: „Ich mach da keinen Unterschied, für mich ist das gleich stark. Absolut, weil wir uns sehr mögen, das ist eine sehr persönliche Beziehung und wir sehen einander und treffen uns auch gerne. Also ich will ihr da 100 Prozent weitergeben.“ (Interview 1, Seite 5, Zeile 243-248).

Ein Unterschied bestand konkret in der Motivation, Verbesserungen vorhandener Gesundheitsdefizite zu erreichen. Diese Motivation überwiegte zu Gunsten der zu betreuenden Personen. Diese Differenzierung wurde durch den bestehenden guten Gesundheitszustand der Gesundheitsbuddies begründet. Da offensichtlich mehr Verbesserungen bei den Hochbetagten zu erzielen waren, lag während der Hausbesuche die volle Motivation in diesem Bereich.

Ankerbeispiel: „Also die Motivation, die Gesundheit des Schützlings zu verbessern. Wesentlich, weil ich bin ja gesund.“ (Interview 2, Seite 3, Zeile 124-125).

7.2.6 Zielsetzungen und Erwartung an die Projektteilnahme in Bezug auf die eigene Gesundheit

Die Erwartungen an das Projekt waren zum Großteil nach dem Erhalt neuer Informationen und Erkenntnisse der Forschung gerichtet. Die Befragten gaben an, dass sie die neuen Informationen dazu nutzen möchten, Bereiche mit Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen, sich neue Ziele zu setzen und diese dann umzusetzen. Konkret bestand die Erwartung an diese Informationen, neue Inputs für den Erhalt der Fitness zu erlangen, um sie für diesen zu nutzen.

Die befragten Ehrenamtlichen erwarteten sich durch das Projekt am Laufenden zu bleiben, die aktuelle Motivation zu stärken und die bisherige positive Gesundheitsförderung fort zu führen. Als konkrete Erwartungen für Gesundheitsverbesserungen wurden z.B. eine Gewichtsreduktion, Verbesserung der Kraftwerte bis zur nächsten Untersuchung und das Absetzen von Medikamenten (z.B. Blutdrucksenker) erwähnt.

Ankerbeispiel: „Dass ich in diesen regelmäßigen Kontrolluntersuchungen eine Verbesserung sehe, das ist meine Erwartungshaltung, natürlich mit dem Bewusstsein, dass ich eine Verbesserung nur erreiche, wenn ich aktiv daran arbeite. Das ist für mich ein sehr hoher Motivationsfaktor, dass man bei der nächsten Untersuchung eine Verbesserung sehen möchte.“ (Interview 4, Seite 2, Zeile 58-64).

Der Wunsch und die Erwartung bestanden darin, motiviert und aktiv zu bleiben. Die Fitness soll es in weiterer Zukunft ermöglichen möglichst beweglich und ohne viele Einschränkungen zu leben.

7.2.7 Veränderungen der Einstellung zu Ernährung und Bewegung seit Beginn des Projektes

Die grundlegende Einstellung in Bezug auf die gesunde Ernährung und Bewegung veränderte sich bei den Gesundheitsbuddies nicht. Die Befragten gaben an, dass beide Themen schon immer einen hohen Stellenwert für die persönliche Gesundheitsförderung hatten und auch in den Alltag integriert werden. Vielmehr wurden die Befragten in ihrem aktuellen Gesundheitsverhalten bestätigt und die eigene Motivation erneut gestärkt.

So wurde durch den Erhalt neuer Informationen und Tipps für deren Umsetzung eine neue Motivation geschaffen. Die Bereiche in denen Verbesserungsmöglichkeiten aufgedeckt wurden, wurden durch die neuen Inputs in Angriff genommen und wurden das Ziel einer neuen Motivation.

Zu den eingeführten Veränderungen des eigenen Verhaltens zählten die Umsetzung der empfohlenen 10.000 Schritte am Tag, die Reduktion des Getreide- / Brotkonsums, die Reduktion des Konsums von „Extras“ und das Einhalten der täglichen fünf Portionen Obst / Gemüse.

Ein weiteres Beispiel für eine individuell eingeführte Verbesserung war die größere Variation an Lebensmitteln, um eine abwechslungsreiche und gesunde Ernährung sicherzustellen. Die Abdeckung vernachlässigter Lebensmittengruppen dank der Visualisierung der Schulungsmaterialien (der gesunde Teller) stellte ebenso eine Veränderung dar.

Ebenfalls zu den positiven Vorteilen, die die Projektteilnahme den Gesundheitsbuddies verschaffte, zählte die Bekräftigung in der Umsetzung neuer Ziele, die durch den Zusammenhalt der Gruppe und durch den Kontrollfaktor der regelmäßigen Visiten im Laufe der Studienteilnahme gegeben war. Die Zusammenarbeit mit der hochbetagten Person und das Besprechen der einzelnen Ernährungsthemen motivierten die Gesundheitsbuddies zusätzlich.

Ankerbeispiel: „Man wird immer wieder motiviert, man spricht ja mit der zu betreuenden Person immer wieder über die Ernährung und damit ist man immer selbst motiviert. Ich kenne die Inhalte schon, es war nichts Neues.“ (Interview 6, Seite 2, Zeile 52-54).

Durch die Teilnahme an dem Projekt und die Zusammenarbeit mit den hochbetagten Menschen wurde auch das Bewusstsein erneut geschaffen, wie wichtig ein aktiver Lebensstil für ein gesundes Altern ist.

7.2.8 Bemerkbare Gesundheitsveränderungen seit Projekteinstieg

Durch die Umsetzung gewonnener Inputs aus den Schulungen und dem Streben nach den individuellen Erwartungen konnten die Teilnehmenden

Verbesserungen ihrer Fitness und Mobilität erzielen. Vereinzelt gab es aber auch Personen unter den Befragten, die keine Gesundheitsveränderungen bemerkten. Zum Großteil wurden diese aufgrund des ohnehin vorliegenden guten Gesundheitszustandes auch nicht erwartet.

Ankerbeispiel: „Nein. Ich wüsste auch nicht was sich verändern sollte, Krafttraining habe ich immer schon gemacht. Ja und bei der Ernährung, da kann sich nur mein Gewicht ändern, wenn ich weniger Extras und Brot esse. Und das ist nicht so wirklich der Fall.“ (Interview 2, Seite Zeile 82-85).

Die Mehrheit der Befragten hatte zum Zeitpunkt des Interviews schon leichte Verbesserungen wahrgenommen. Die Integration der Mobilisationsübungen in den Alltag führte zu einer gesteigerten Mobilität, einem erleichterten Anlauf in den Tag sowie zu einer Milderung der morgendlichen Nackensteifheit. Ebenso führten sie zu einer Verbesserung der Rückenschmerzen und zu einer Linderung der Verspannungen in der Rückenmuskulatur. Das Krafttraining mit dem Theraband führte vereinzelt zu einer leichten Gewebestraffung und zu einer Kräftigung einzelner Muskelpartien.

Ankerbeispiel: „Ich mache in der früh oft die Mobilisationsübungen, diese habe ich davor nicht gemacht. Diese helfen schon, also man kommt in Schwung und ist aufgelockert, ein sanftes Aufwachen, dass man in Bewegung und Schwung kommt.“ (Interview 6, Seite 2, Zeile 60-62).

Es wurde auch beschrieben, dass die Kombination von mehr Bewegung und einer abwechslungsreicheren gesunden Ernährung zu einer Gewichtsreduktion und zu einer Verbesserung der Blutwerte verhalf. Die Teilnahme an diesem Programm verschaffte den Buddies ein Gefühl von Gruppenzusammengehörigkeit. Diese Zusammengehörigkeit und die damit verbundene Kontrolle führten zu einer gesteigerten Motivation die eigenen Zielsetzungen umzusetzen.

Ankerbeispiel: „Ich meine allgemein, weil man auch das Gefühl der Zusammengehörigkeit hat, man gehört zu einer Gruppe dazu und das motiviert zusätzlich mehr, als wie wenn man jetzt alleine zu Hause etwas macht.“ (Interview 3, Seite 3, Zeile 145-147).

7.2.9 Vergleich der Erwartungen mit den eingetretenen Veränderungen

Einigkeit unter den Befragten herrschte bei der hohen Zufriedenheit mit den herbeigeführten Veränderungen und den bereits erkennbaren Verbesserungen. Von Beginn des Projektes an war die Erwartungshaltung nicht sehr hoch, da kein hohes Verbesserungspotential gesehen wurde. Aus diesem Grund bewerteten die Befragten die Zufriedenheit anhand des zuvor gestellten niedrigen Erwartens und waren Letztendes sehr zufrieden mit den persönlichen Erfolgen. Zufriedenheit herrschte über die Verbesserungen durch die Durchführung der Mobilisationsübungen, Sammlung an neuen Informationen und Erfahrungen sowie der Einhaltung einer vielseitigeren Lebensmittelauswahl. Aus allgemeiner Sicht der befragten Gesundheitsbuddies verfolgt das Projekt eine gesundheitsfördernde Richtung.

Ankerbeispiel: „Ja absolut. Das ist ja förderlich, dass ich dann in der früh schon locker bin und nicht zum Kaffeeautomaten gehe. Und es tut mir einfach nichts weh, man kann schon nachdem aufstehen was verbessern, als ältere Person.“ (Interview 1, Seite 4, Zeile 177-179).

7.2.10 Zielsetzung und Erwartung an das Projekt in Bezug auf die Gesundheit der zu betreuenden Person

Die Erwartungen und Zielsetzungen wurden von den Gesundheitsbuddies mit Bedacht gewählt und an die Möglichkeiten für Verbesserungen angepasst. Je nach Gruppeneinteilung (Interventions- oder Kontrollgruppe) wurden die ersten Ziele gesetzt. Die ehrenamtlich Tätigen konnten sich sehr auf die Lebensgeschichte und Lebensführung der hochbetagten Person einlassen. Die Gesundheitsbuddies berichteten, dass aus den Erzählungen der hochbetagten Personen hervorging, dass viele Aktivitäten aufgrund ihrer Gebrechlichkeit nicht mehr ausführbar sind. Sowohl bei den Gesundheitsbuddies als auch bei den zu betreuenden Personen erweckte diese Handlungsunfähigkeit den Anreiz zu trainieren, um einzelne Tätigkeiten wieder wie früher ausüben zu können. Die Erwartungen konnten in einzelne Zielsetzungen in Bezug auf die körperliche, geistige und psychische Gesundheit eingeteilt werden.

Erwartungen an die Verbesserung der körperlichen Gesundheit

Ein hohes Ziel der Gesundheitsbuddies war die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der zu betreuenden Person. Durch die Trainingsintervention sollte die hochbetagte Person gezielt mehr körperliche Kraft und Mobilität erlangen. Es war das Ziel der Gesundheitsbuddies, einzelne Muskelgruppen besonders zu stärken, um den individuellen Schwächen der Hochbetagten bestmöglich entgegenzuwirken. Durch diese Kräftigung sollte eine Minderung der Sturzgefahr erreicht werden und den Hochbetagten das Gefühl von mehr Sicherheit und Agilität im täglichen Leben zurückgegeben werden.

Ankerbeispiel: „Sie ist seit einem halben Jahr nicht mehr aus dem Haus gegangen, weil sie Angst vor Stürzen hat. Dann habe ich gesagt, wenn wir wirklich fleißig üben und sie sich gut fühlt, schaffen wir es vielleicht nur in den Hof hinaus zugehen und uns auf eine Bank zu setzen.“ (Interview 1, Seite 5, Zeile 233-236).

Auch die Ernährungsintervention hatte zum Ziel, die zu betreuende Person zu stärken. Die Unterstützung in der Anschaffung und Zubereitung gesunder Mahlzeiten wurde durch die Absprache mit betreuendem Personal gegeben. Ebenso bestand das Bestreben die hochbetagte Person zum Trinken zu animieren.

Konkrete Zielsetzungen waren Verbesserungen der Untersuchungsergebnisse bis zur zweiten Visite, die Erhöhung der Wiederholungszahl einzelner Kräftigungsübungen und die Steigerung der Anzahl durchgeführter Zirkel. Eine weitere Erwartung durch die Intervention war die Ermöglichung der Fortbewegung ohne Rollator.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ehrenamtlich Tätigen eine Unterstützung waren und den zu Betreuenden die Informationen gut vermittelten. Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Befragten war die Spezifikation der vorgenommenen Ziele der zu betreuenden Person, die gemeinsam erarbeitet und verfolgt werden können. Die Ernährungs- und Trainingsintervention durfte der zu betreuenden Person nicht wider Willen aufgezwungen werden.

Erwartungen an die Verbesserung der geistigen und psychischen Gesundheit

Eine wichtige Priorität während der Hausbesuche hatten die gemeinsame Freude und der gemeinsame Spaß. Durch eine positive Gestaltung sollten die Besuche einen Beitrag zum psychischen Wohlbefinden der zu betreuenden Person leisten. Die Gesundheitsbuddies gaben an, dass sie erreichen wollten die hochbetagte Person von der eigenen Begeisterung, dass Veränderungen etwas Positives für die Gesundheit beitragen können, zu überzeugen. Ein konkretes Ziel war es auch, eine Verbesserung in der sozialen Kompetenz zu erzielen, um so die Kommunikation zu ermöglichen.

7.2.11 Beobachtete Gesundheitsveränderungen bei der zu betreuenden Person

Die Befragten konnten zum Zeitpunkt des Interviews schon von einigen Verbesserungen der körperlichen und geistigen Gesundheit bei der von ihnen zu betreuenden Person berichten. Die hochbetagten Personen konnten durch das Krafttraining ihre Muskulatur aufbauen. Dieser Muskelaufbau äußerte sich durch eine höhere Wiederholungszahl einzelner Übungen, mehr Ausdauer und Mobilität während der Trainingsintervention sowie durch ein leichteres Aufstehen von einem Sessel. Die positive Wirkung der Mobilisationsübungen äußerte sich in einer gesteigerten Mobilität und in der erleichterten und flüssigeren Durchführung einzelner Übungen. Ebenso erwähnten die Hochbetagten den Betreuungspersonen gegenüber, dass sie eine Linderung ihrer Schmerzen wahrnehmen.

Ankerbeispiel: „Dass sie mehr trinkt, dass sie vielleicht in der Mobilität besser geworden ist und dass sie ohne Hilfe von einem erhöhten Sitz aufstehen kann. Sie hat mir gesagt, dass sie leichter vom Bett aufstehen kann. Sie hat ja ein Krankenbett. Das sind die drei Dinge, die ich beobachten kann.“ (Interview 1, Seite 6, Zeile 255-258).

Die positiven Veränderungen in der geistigen Gesundheit zeigten sich in einer erhöhten Motivation und einem gesteigerten Ehrgeiz. Ebenso berichteten die Befragten von allgemeinen Verbesserungen des Geisteszustandes und einer optimierten Merkfähigkeit der hochbetagten Person. Im Laufe der Projektzeit

hatte sich zwischen den beiden Teilnehmenden eine gute persönliche Beziehung aufgebaut. Während der Besuchszeiten herrschte immer sehr viel Freude und Spaß am gemeinsamen Training. In Bezug auf die Verbesserung durch die Ernährungsintervention war von einem gesteigerten Trinkverhalten, einer Gewichtszunahme und mehr Kraft zu berichten.

7.2.12 Weitere bemerkbare Veränderungen

Zu den weiteren bemerkbaren Fortschritten zählten mehr Energie und Antrieb bei den hochbetagten Personen. Die Betreuungsperson wurde immer mit sehr viel Freude erwartet. Im Laufe des Projektes hatten die Hochbetagten eine positivere Ausstrahlung und mehr Offenheit gegenüber ihrem Buddy entwickelt. Die positiven Gesundheitsverbesserungen wirkten sich sichtlich auf den psychischen Gesundheitszustand der hochbetagten Personen aus.

Ankerbeispiel: „Ja, ihre Augen leuchten immer wenn sie die Tür aufmacht, sie wartet immer schon auf mich. Und sie zeigt mir wenn sie was geübt hat, es ist schon alles für meinen Besuch hergerichtet, die Wasserflasche steht am Tisch und das Theraband liegt bereit. Sie freut sich auf meine Besuche.“ (Interview 1, Seite 6, Zeile 261-264).

7.2.13 Zufriedenheit mit den bemerkbaren Veränderungen durch die Projektteilnahme

Unter den Befragten herrschte eine hohe Zufriedenheit mit den erzielten Gesundheitsverbesserungen bei den zu betreuenden Personen. Die Zufriedenheit mit den Erfolgen wurde anhand der gegebenen Möglichkeiten der hochbetagten Personen bewertet.

Ankerbeispiel: „Das ist eine ganz schwierige Frage, aber ich bin eigentlich schon zufrieden wie es ist. Also, wenn man die Dame kennt, dann glaube ich muss man zufrieden sein, wie es ist, weil sie auch wirklich sehr krank ist.“ (Interview 2, Seite 3, Zeile 136-138).

Die Gesundheitsbuddies gaben an, dass sie sehr glücklich mit der hohen Motivation, der Kompromissfähigkeit und mit den sozialen Leistungen der Hochbetagten sind, die eine gute Zusammenarbeit überhaupt erst ermöglichten.

Ankerbeispiel: „Ja, also ich war gestern erst wieder bei ihr. Wir haben jetzt schon einen Punkt überschritten, wo man schon eine gravierende Veränderung bemerkt. Also sie konnte eine Beinübung schon öfter durchführen und darüber waren wir beide dann sehr zufrieden.“ (Interview 4, Seite 3, Zeile 129-132).

7.2.14 Zufriedenheit mit dem bisherigen Projektverlauf

Zum Zeitpunkt des Interviews gaben die befragten Personen an, sehr zufrieden mit dem bisherigen Projektverlauf zu sein. Sowohl mit dem Gesamtablauf des Gesundheitsförderungsprogramms, als auch mit den individuellen Fortschritten mit ihrer zu betreuenden Person.

Das gesamte Projekt wurde sehr positiv bewertet und alle Befragten waren sehr begeistert von der guten Organisation der Studie und dem kompetenten Projektteam. Sie berichteten, dass sie sich durch das Team sehr gut betreut fühlen und stets die Gewissheit haben, dass es immer eine Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner für mögliche Fragen gibt.

Die Schulungen wurden als sehr informativ und leicht verständlich beschrieben. Ebenso wurden die Schulungsunterlagen sehr positiv hervorgehoben. Die Schulungsmaterialien waren gut strukturiert und hatten eine einfache und verständliche Gestaltung, wodurch das Wesentliche sehr gut vermittelt wurde. Das Projektteam wurde als sehr kompetent und die Gestaltung der einzelnen Vorträge als sehr angenehm und gewissenhaft beschrieben.

Als weiterer Vorteil der Studie wurde die Vielfalt der wissenschaftlichen Projektpartnerinnen und Projektpartner aus den Bereichen der Psychologie, Sportmedizin, Ernährungswissenschaft, Physiotherapie und Sozialmedizin hervorgehoben. Die Befragten erzählten, dass durch diverse Sicherheitsmaßnahmen z.B. die Verfügbarkeit über Notfalladressen der hochbetagten Personen eine gute Absicherung für die Teilnehmenden geschaffen wurde.

Die Gesundheitsbuddies beschrieben die Entwicklung des Projektes entsprechend ihren Erwartungen. Es bestand eine hohe Zufriedenheit mit dem Projektverlauf und es wurden positive Erfolge erhofft und erwartet.

Ankerbeispiel: „Was mir gut gefallen hat ist der Aufbau der Studie. Die Informationsabende, der Ablauf der Schulungen. Es war sehr angenehm, dass

diese am Abend sind, da ich auch noch berufstätig bin. Es wurde auch vermittelt, dass wenn man eine Unterstützung braucht immer jemand da ist. Wir haben auch die entsprechenden Telefonnummern bekommen.“ (Interview 4, Seite 4, Zeile 180-184).

7.2.15 Faktoren, die zu dem Erfolg des Gesundheitsförderungsprogrammes beitragen

Die Gesundheitsbuddies erklärten, dass aus ihrer Sicht zum Erfolg des Projektes der Projektaufbau, der Aufbau der Schulungen, die Schulungsmaterialien sowie die wissenschaftliche Kompetenz des Projektes und des Teams beitragen. Als ein weiterer positiver Faktor wurden die Gespräche, die während den Besuchen geführt werden und der neue Kontakt im Leben der zu betreuenden Personen, angegeben. Als erfolgsbringender Faktor wurde auch die Regelmäßigkeit der Besuche erwähnt, sowie die korrekte Umsetzung der Schulungsinhalte und Interventionsvorgaben. Die Gesundheitsbuddies betonten sehr, dass es ein Vorteil der Studie ist, dass sie selbst ihre menschliche Komponente einbringen können. Gemeint war das menschliche Verständnis für Schwächen oder vielleicht auch in gewisser Weise für den Starrsinn älterer Menschen.

Um Erfolge zu erreichen erschien es für die Befragten bedeutend, dass der Ehrgeiz im Rahmen des Möglichen bleibt und an die Gesundheitsprobleme der Hochbetagten angepasst wird. Ebenso wurde auch deutlich, dass die Motivation durch die hochbetagten Personen selbst und die Motivation durch erzielte Erfolge erfolgsfördernd wirken.

Ankerbeispiel: „Dass es so aufgebaut wurde wie es ist, zuerst einmal der Informationsabend, und dass dieser so aufgezogen ist, so dass die Menschen wirklich angesprochen werden und ihnen gezeigt wird, dass sie was für die Wissenschaft tun, für sich selber und für jemand anders.“ (Interview 7, Seite 5, Zeile 198-201).

Die Befragten äußerten die Annahme, dass das Projekt eine Eigendynamik entwickeln wird und so immer weiter in der Öffentlichkeit bekannt werden wird (Schneeballeffekt). Es wurde vermutet, dass es die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer unter ihrem Freundeskreis, Bekanntenkreis und innerhalb

der Familie weitertragen werden. Dennoch äußerten die Befragten, dass der Erfolg des Projektes noch in der Waage steht, aber die Idee dahinter, in Anbetracht der Alterspyramide, in eine richtige Richtung ginge.

Es stellte sich die Frage, ob die Hochbetagten auch nach Beendigung des gemeinsamen Projektes das Training eigenständig fortführen werden. Als Anmerkung wurde noch hinzugefügt, dass man versuchen sollte mehr ältere Menschen ab 70 Jahren für die Teilnahme zu motivieren.

7.2.16 Vorteile durch die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen

Die Befragten vermuteten, dass die Durchführung mit Ehrenamtlichen einen Vorteil für das Projekt bringen kann. Jedoch wurde auch erwähnt, dass sie selbst keine Vergleichsmöglichkeiten haben, sondern nur intuitiv dieser Vermutung nachgehen.

Aus den Gesprächen ging hervor, dass die möglichen Vorteile durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch deren persönliches Interesse, an einem Gesundheitsförderungsprogramm teilzunehmen, gegeben sind. Die Befragten vermuteten, dass eine ehrenamtlich tätige Person weniger (Zeit-) Druck und dadurch keine Hektik während der Intervention hat. Freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich aus eigenen Interessengründen für diese Tätigkeit entschieden und stehen somit zu 100 Prozent hinter der auszuübenden Tätigkeit. Eine Person, die ihre Freizeit und ihr menschliches Engagement gerne zur Verfügung stellt, macht diese Tätigkeit aus Überzeugung und mit Herz. Dieses persönliche Interesse und die Motivation ermöglichen einen freieren Umgang und somit eine bessere Vermittlung der Gesundheitsaspekte und Freude am Training.

Ankerbeispiel: „Ja doch, weil es doch eine idealistische Sache ist. Jemand der sich freiwillig meldet und seine Zeit zur Verfügung stellt und auch sein menschliches Engagement, der muss einfach hochmotiviert sein. Und ich könnte mir vorstellen, dass aus diesem Grund dann alle Bewusstseinsaspekte gut vermittelt werden, weil ja sonst kein Motiv dahinter steckt. Also bei mir zumindest nicht, ich weiss nicht wie es da anderen geht.“ (Interview 2, Seite 6, Zeile 259-263).

Eine weitere Begründung für einen möglichen Vorteil war der Gedanke, dass der Bedarf und Wunsch von Menschen unbezahlt anderen Menschen etwas Gutes zu tun ungebrochen ist.

Weiters wurde vermutet, dass bezahltes Personal eine Leistung absolviert und somit die menschliche Komponente in den Hintergrund rückt. Jedoch wurde auch betont, dass es vermutlich keinen Unterschied gibt, wenn die bezahlte Kraft mit Herz und Freude ihrer Tätigkeit nachgeht.

Eine andere Betrachtung dieser Thematik durch die Befragten war die finanzielle Wertschätzung der sozialen Tätigkeiten. Sie äußerten, dass die Tätigkeit als Ernährungs- und Bewegungstrainer, wie sie im Rahmen dieses Projektes nachgegangen wird, auch ein Berufszweig werden könnte. Es ist aber eine Frage der Bezahlung; für seine Leistung braucht man einen gerechten Lohn. Die Befragten vermuteten, dass viele Menschen lieber im sozialen Bereich arbeiten würden um anderen Menschen durch diese Arbeit zu helfen. Weiter erklärten die Befragten, dass die Bezahlung in diesem Bereich als nicht gerecht eingeschätzt wird, was möglicherweise ein geringeres Engagement zu Folge hat. Die Zeit ist das höchste Gut und der Mensch hat nicht immer die Möglichkeit und finanzielle Freiheit ehrenamtlich tätig zu sein.

Ankerbeispiel: „Soziale Tätigkeiten sind immer eine diffizile Angelegenheit. Ich denke es ist eine Frage der Bezahlung. Es gibt viele Menschen, die sich lieber mit Menschen auseinandersetzen würden, aber es wird nicht gut bezahlt, es ist eine Frage des Lohnausgleiches, man muss auch was dafür bekommen. Sicherlich man kann nicht immer alles für das Geld machen. Zeit ist unser höchstes Gut was wir haben.“ (Interview 5, Seite 4, Zeile 183-188).

Ebenso wurde auch die mögliche Sichtweise der zu betreuenden Personen erwähnt. Diese seien entspannt während der Intervention, da sie selbst die Gewissheit haben, dass die gemeinsame Zeit mit ihrem Trainingsbuddy nichts kostet.

Ankerbeispiel: „Schon. Weil ich in dem Sinn keinen Zeitdruck habe. Die Heimhilfe kommt für 45 Minuten und darum ist mein Schützling da auch im Zeitdruck, wenn sie da ist, dann muss der andere schon weg sein, damit die Heimhilfe nicht rumsteht. Da hat sie schon im Hinterkopf, dass das was kostet. Bei mir merke ich, dass sie da entspannt ist, weil bei mir ist es egal, ob ich jetzt

eine halbe Stunde länger da bin oder nicht.“ (Interview 6, Seite 4 , Zeile 167-175).

Die Gesundheitsbuddies äußerten, dass durch die Beschäftigung der ehrenamtlichen Person die hochbetagte Person profitieren kann, da keine Kosten auf sie zukommen. Ältere Menschen, die mit ihrer Pension und ihrem ersparten Geld auskommen müssen, können sich oft neben anderem Pflegepersonal ein Trainingspersonal gar nicht erst leisten.

7.2.17 Bewertung zum Schulungsaufbau

Die Schulungen wurden von den Gesundheitspartnerinnen und den Gesundheitspartnern sehr positiv bewertet. Sie wurden als sehr informativ und leicht verständlich aufgebaut beschrieben und fanden unter den Teilnehmern großen Gefallen. Die Gestaltung der einzelnen Einheiten wurde als sehr locker, abwechslungsreich und humorvoll wahrgenommen. Die Themenschwerpunkte der Schulungen hatten alle ihre Berechtigung und wurden sehr gut angenommen. Auch der Schulungsort war nach Meinung der Befragten zentral ausgewählt und die Schulungsräume waren durch die luftige und helle Atmosphäre gut geeignet. Laut Angaben der Befragten, wirkten alle Beteiligten sehr motiviert. Die Schulungsunterlagen stellten eine gute Ergänzung zu den Schulungseinheiten und eine gute Informationsgrundlage für den Alltag dar.

Ankerbeispiel: „Es gibt nichts, was mir nicht gefallen hat. Alles war gut geplant, gut organisiert und verhältnismäßig, ein zentraler Schulungsort. Es hat immer alles stattgefunden, so wie es auch vorausgesagt war, also versprochen wurde. Ja, es war eigentlich alles reibungslos. Und es war nicht eine allzu große Gruppe. Es war überschaubar und Diskussionen waren möglich.“ (Interview 2, Seite 6, Zeile 294-298).

Die Schulungseinheit, die das psychologische Grundwissen in Bezug auf den Umgang mit Hochbetagten gab, wurde als sehr sinnvoll und hilfreich bewertet. Ebenso der Ernährungs- und Bewegungsteil waren sehr motivierend und haben altes Wissen aufgefrischt und mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Tipps hilfreich ergänzt. Die aktiven Gestaltungselemente wurden sehr gut angenommen und waren auch für die Verfestigung der Schulungsinhalte erwünscht. Die Einheit, in der Allgemeine Richtlinien, Sicherheitshinweise und

Versicherungsinformationen sowie die Ansprechpersonen für Notfälle besprochen wurden, zählte zu den wichtigsten Schulungen für die Gesundheitsbuddies. In dieser Einheit fanden sich die meisten neuen Informationen, da die Einzelnen in diesen Angelegenheiten keine Vorinformation oder Erfahrung mitbrachten.

Insgesamt konnte die Kombination der Schulungseinheiten dazu verhelfen, die eigenen Erfahrungen im Bereich Ernährung und Bewegung mit dem Verständnis für ältere Personen zu vereinen, um diese optimal weitergeben zu können. Es wurde auch speziell auf ältere Personen (Nachlassen des Geschmacksinns) eingegangen.

Ankerbeispiel: „Sehr. Es waren insofern teilweise neue Dinge dabei, weil ganz spezifisch auf ältere Personen eingegangen wurde. Zum Beispiel, dass sich der Geschmackssinn im Alter verändert, das Empfinden für salzig und süß nachlässt. Solche Informationen waren hilfreich für unser Verständnis. Man kann etwas vermitteln was man selbst erfahren hat, aber in dem Fall, braucht man auch das Verständnis, dass sich im Alter was verändert z.B. der Geschmack.“ (Interview 4, Seite 5, Zeile 223-228).

Die Einheiten mit den Ernährungs- und Bewegungsinformationen waren zum Großteil nur eine Auffrischung des eigenen Vorwissens. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfuhren dadurch eine Bestätigung in deren individuellen Gesundheitsförderung. Sehr positiv wurde der Bezug einzelner Themen auf die Gesundheitsförderung und Prävention für die Altersgruppe der Ehrenamtlichen bewertet. Die Idee für ein Buddy-Treffen wurde sehr gut angenommen, da dieses Zeit und Raum bietet, um sich mit anderen Gesundheitsbuddies auszutauschen und auch beim Studienteam direkt Hilfestellungen zu erfragen.

Verbesserungsvorschläge für die Schulungseinheiten und –unterlagen fanden sich nur wenige, da unter den Befragten eine hohe Zufriedenheit herrscht. Die Befragten gaben an, dass die Schulungseinheiten und –materialien für die gestellten Aufgaben völlig ausreichen. Als kleine Anmerkung wurde die Integration eines Einstiegsberichts (erste Bestandsaufnahme) über die hochbetagte Person (Alter der Person, Gesundheitsdefizite der Person) in das Dokumentationsheft gegeben. Außerdem wäre ein Platz für eine Zwischenbestandsaufnahme (Veränderungen des Alltags / Tagesablauf der zu

betreuenden Person) erwünscht. Ein weiterer Vorschlag war die einfachere Gestaltung von Kochrezepten für Hochbetagte, die noch selbst kochen. Möglicherweise wäre es für sehr unerfahrene, werdende Gesundheitsbuddies im Bereich der Altenbetreuung hilfreich den psychologischen Teil auszubauen.

7.2.18 Erneute Teilnahme an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm

Die Frage, ob die freiwillig Tätigen erneut an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm teilnehmen würden, wurde von der Mehrheit der Befragten bejaht. Aus den Gesprächen ging hervor, dass die Motivation hinter einem weiteren Ehrenamt der Wunsch danach ist, von seinem eigenen Gutteil an Andere etwas weiterzugeben, da die eigene Gesundheit als nicht selbstverständlich angesehen wird. Das persönliche Interesse der Befragten, Neues zu lernen und Erfahrungen zu sammeln, erwies sich als sehr hoch.

Für die Beteiligung an diesem Projekt war z.B. der Grundgedanke, Menschen zu unterstützen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld zu leben, ausschlaggebend. Es bestanden die Absicht und der Wunsch danach freie Zeit sinnvoll zu nutzen und sich selbst durch dieses Engagement etwas Gutes zu tun. Nach Angaben der Befragten, kann ein Grund für eine weitere ehrenamtliche Beschäftigung, nach Beendigung dieses Projektes, auch ein Pflichtgefühl der Gesellschaft gegenüber sein und nicht nur der reine Idealismus.

Ankerbeispiel: „Ja, weil es mir Spaß macht und ich die übrige Freizeit habe, die dann auch sinnvoll genutzt wird und es tut ja auch mir gut, dass ich unterwegs und in Bewegung bin.“ (Interview 3, Seite 8, Zeile 364-365).

Im Zuge der Gespräche wurden auch Gründe diskutiert, die für und gegen eine weitere ehrenamtliche Beschäftigung sprechen könnten. Die Befragten waren sich einig, dass die Voraussetzungen und Gegebenheiten des Projektes in das eigene Leben integrierbar sein müssen und die Themen den eigenen Interessen entsprechen sollten. Ebenso muss der Zeitaufwand für den persönlichen Tagesplan angemessen sein, es muss Zeit für die eigenen Interessen / Privatleben und Freizeittätigkeiten bleiben. Die freie Zeiteinteilung

wurde zudem als ein wichtiges Kriterium angegeben. Die Gesundheitsbuddies gaben an, dass eine der bedeutendsten Voraussetzungen jedoch die eigene Gesundheit ist, die gegeben sein muss. Weiters erschien es den Buddies als wichtig, dass auch das Privatleben in geregelten Bahnen verläuft.

7.2.19 Aktuelle Motivation für die Weiterführung der Projektteilnahme

Alle befragten Gesundheitsbuddies bewerteten die aktuelle Motivation weiter bei dem Projekt dabei zu bleiben als sehr hoch. Diese hohe Motivation ergab sich durch die Vorteile für die eigene Person, aber auch für die Gesundheitsförderung der zu betreuenden Person.

Die Motivation für die Teilnahme an dem Gesundheitsförderungsprojekt wurde auch auf dessen guten und integrierbaren Anforderungen und Bedingungen zurückgeführt. Die Sinnhaftigkeit und Freude an der Beteiligung wurde so hoch bewertet, dass einzelne Gesundheitsbuddies das Bedürfnis hatten auch nach Beendigung des Projektes die hochbetagte Person weiter einmal wöchentlich zu besuchen und zu intervenieren. Die Buddies gaben an, dass diese Fortführung der Besuche natürlich in Absprache und auf Wunsch der zu betreuenden Person erfolgen würde. Die gemeinsame Trainingszeit wurde von den Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner wie ein Besuch empfunden, es bereitete ihnen Freude jemanden zu besuchen. Eine förderliche Bedingung für die Motivation war, dass es keine Arbeitgeberin/keinen Arbeitgeber gibt und man sich im Rahmen des Projektes frei einbringen kann. Die Befragten beschrieben das Bewusstsein, dass das Projekt für sie selbst nach Beendigung nicht zu Ende sein wird, da sie ein persönliches und emotionales Verhältnis zu den hochbetagten Personen aufgebaut haben. Dieses Bewusstsein, das Bedürfnis und das erworbene Pflichtgefühl gegenüber der zu betreuenden Person bestärkte die Motivation weiter bei diesem Projekt mitzuwirken.

Ankerbeispiel: „Wenn meine Dame möchte, dass ich sie weiter besuche, dann möchte ich das auf jeden Fall. Sie turnt sowieso, aber ich denke es ist sicher gut, wenn man sich einmal die Woche noch sieht, weil sie mir wieder was

erzählen kann, ich denke das würde sie auch motivieren.“ (Interview 6, Seite 4 , Zeile 195-197).

7.2.20 Anmerkungen

Im Zuge des Interviews hatten die Gesundheitsbuddies die Möglichkeit, allgemeine Anmerkungen zu dem Projekt abzugeben. Unter diesen fand sich der Wunsch der Befragten, dass dieses Projekt weiter verbreitet werden soll und auch in Pflegeheimen und Tageszentren angesiedelt werden sollte.

Berechtigte Zweifel an einem eigenständigen Training der hochbetagten Personen kamen von Seiten der Befragten, da die zu betreuenden Personen ein hohes Alter aufweisen und eine alleinige Ausführung der Übung kaum vorstellbar ist. Die Gesundheitsbuddies vermuteten, dass durch das Projekt eine Form der Abhängigkeit zwischen der zu betreuenden Personen und dem Gesundheitsbuddy erzeugt werden kann und sie sozusagen nachdem Projekt fallen gelassen werden. Dieser Gedanke war mitunter auch ein Grund für das Bedürfnis der Gesundheitsbuddies, die Besuche nach Beendigung des Projektes fortzusetzen.

Die Befragten waren der Meinung, dass im Endeffekt der eigentliche Vorteil des Projektes bei den Gesundheitsbuddies liegen wird. Sie vermuteten auch, dass möglicherweise die Gesundheitskosten durch die Bewusstseins-schaffung für die individuelle Gesundheitsförderung reduziert werden könnten.

Ankerbeispiel: „Das sind so hochbetagte Menschen, wie ich in der Gruppe höre. Ich kann mir nicht vorstellen, dass diese alleine weiter machen. Und man lässt sie dann quasi alleine.“ (Interview 2, Seite 5, Zeile 209-211).

7.2.21 Unterstützung, die durch die Gesundheitsbuddies an die zu betreuenden Personen bereitgestellt wird

Die befragten Gesundheitsbuddies erhofften sich durch die gemeinsame Interventionszeit, den hochbetagten Personen zu mehr Motivation und Bewegung zu verhelfen. Die Befragten äußerten den Wunsch, den zu Betreuenden auch auf der sozialen Ebene eine Unterstützung geben zu wollen. Sie gaben an für die zu Betreuenden eine Ansprechperson sein zu wollen und

ihnen eine allgemeine Betreuung und Herzlichkeit bieten zu wollen. Wie oben schon erwähnt konnten sich die Befragten vorstellen, durch die Fortführung der Besuche nach Beendigung des Projektes die Hochbetagten weiter zu unterstützen.

Ankerbeispiel: „Sie hat auch einmal Nackenschmerzen gehabt, da hat sie sich verrissen. Da habe ich sie auch mit ihrer Salbe eingerieben. Also so kleine Dinge, die auch nicht das Projekt betreffen habe ich auch gemacht. Da war sie dann ganz glücklich.“ (Interview 1, Seite 5, Zeile 254-258).

Die Befragten erklärten, dass sie durch eine gute Vermittlung der Inhalte in Bezug auf die Ernährung und Bewegung versuchten die Hochbetagten zu einer eigenständigen Durchführung des Trainings zu befähigen. Es bestand der Wunsch danach, bei den Hochbetagten die Motivation zu erzeugen sich gezielter zu bewegen. Als konkretes Beispiel wurde das Ziel angeführt die Erkenntnis zu vermitteln, dass die Angst vor der freien Bewegung nur im Kopf sitzt und diese Einsicht auch umzusetzen. In den Bereichen wo Verbesserungsmöglichkeiten sichtbar waren, versuchten die Gesundheitsbuddies anzusetzen, um so die zu betreuende Person optimal zu unterstützen. Im Zuge des Gespräches wurde das Gefühl vermittelt, dass die Gesundheitsbuddies mit großem Herz und Freude hinter ihrer Aufgabe stehen.

7.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Kapitel wurden die Auswertungsergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage dargestellt. Die angeführten Ergebnisse umfassen die Codes der Kategorien 1, 2, 3 und 4. Die zweite Kategorie, die sich mit den Motivationsgründen beschäftigt stellt für die Beantwortung der Forschungsfrage die bedeutendste dar.

Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass die befragten Gesundheitsbuddies ein hohes Bewusstsein für eine aktive und ausgeglichene Lebensführung haben. Es wurde deutlich, dass die Aspekte rund um die Gesundheit einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Die Gesundheit bedeutet ein physisches und psychisches Wohlfühl, sowie die geistige Fitness. Die gute Gesundheit ist keine Selbstverständlichkeit, sondern diese ist durch einen bewussten

Lebensstil zu fördern und zu erhalten. Als wichtige Eigenmaßnahmen für diese Förderung und den Erhalt wurden eine abwechslungsreiche Ernährung, moderate Bewegung, geistige Beschäftigung, regelmäßige Arztkontrollen und die Freude am Leben genannt.

Alle Befragten hatten schon lange vor der Teilnahme an diesem Gesundheitsförderungsprogramm die Motivation einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachzugehen. Im Zusammenhang mit dieser Motivation wurde die eigene soziale Veranlagung, die Freude am Geben und der Wunsch der Gesellschaft etwas zurück zu geben erwähnt. Ein weiterer Beweggrund für die ehrenamtliche Betätigung war die Suche nach einer neuen Herausforderung und einer neuen, gleichgesinnten Gesellschaft.

Ein wichtiger Motivationsfaktor für die Wahl des Gesundheitsförderungsprogrammes als ehrenamtliche Tätigkeit war, dass das Projekt als Ganzes sehr ansprechend auf die Befragten wirkte. Die Teilnahme an diesem Projekt wurde durch das Wiederfinden der eigenen Interessen in den Themenschwerpunkten motiviert. Es eröffnete sich die Möglichkeit ältere Menschen dahingehend zu unterstützen lange in ihrem gewohnten Umfeld leben zu können.

Von der Beteiligung an dieser Studie erhofften sich die Befragten die eigene gute Gesundheit zu erhalten. Die Erwartungen an das Projekt waren eher nach dem Erhalt neuer Informationen und neuer Erkenntnisse der Forschung gerichtet als danach konkrete Gesundheitsverbesserungen für sich zu erzielen.

Die Erwartungen und Zielsetzungen in Bezug auf die Gesundheit der hochbetagten Personen wurden von den Befragten mit Bedacht gewählt und an den physischen und psychischen Zustand angepasst. Konkrete Zielsetzungen waren z.B. die Verbesserung der Kraft und Mobilität sowie die Steigerung des psychischen Wohlbefindens.

Unter den Befragten fand sich eine hohe Zufriedenheit mit dem Projektverlauf. Ebenso wurden die individuellen Erfolge in den jeweiligen Projektteams sehr gut bewertet. Das gesamte Projekt wurde sehr positiv beurteilt; sowohl die Schulungseinheiten als auch die Schulungsmaterialien wurden gut

angenommen. Die Gestaltung der einzelnen Elemente wurde als sehr gut strukturiert, einfach verständlich und wissenschaftlich kompetent beschrieben.

Die Teilnehmenden gaben an, dass sie sich nach Beendigung des Projektes eine erneute Übernahme eines Ehrenamtes sehr gut vorstellen könnten. Aus den Gesprächen ging hervor, dass eine weitere Teilnahme an einem derartigen ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm sehr attraktiv für die Befragten ist. Es erwies sich als sehr wichtig, dass die freiwillige Tätigkeit mit den eigenen Interessen und der persönlichen Lebensphilosophie übereinstimmt. Die Anforderungen und Voraussetzungen eines Projektes wurden auch als wichtige Einflussfaktoren auf das ehrenamtliche Engagement genannt. Allen befragten Personen war es sehr wichtig, dass durch die freiwillige Arbeit, das eigene Leben und die freie Zeitgestaltung nicht stark beeinflusst werden. Aus den Gesprächen ging hervor, dass die wichtigsten Voraussetzungen für das Ausüben dieser Tätigkeiten ein guter Gesundheitszustand und ein ausgeglichenes Privatleben sind.

8. Diskussion

Diese Masterarbeit befasst sich mit den Motivationsgründen von Personen ab einem Alter von 50 Jahren, sich an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte zu beteiligen. Im Rahmen der am Institut für Sozialmedizin / Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien durchgeführten Studie: "Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay „buddies“", wurde versucht die Forschungsfrage nach den Beweggründen zu beantworten.

Das Interesse auf diesem Gebiet zu forschen ist durch die globale demographische Entwicklung gegeben. Bestehende Daten widerspiegeln die Alterung der Bevölkerung sowohl in den Industrieländern als auch in den Entwicklungsländern. In Gesundheitsberichten geht hervor, dass das Krankheitsrisiko und das Auftreten von Gebrechlichkeit mit zunehmendem Alter steigen. Diese Entwicklungen geben Anlass zur Sorge wie in Zukunft soziale Systeme aufrechterhalten werden können und mit welchen zukünftigen Kosten diese sozialen Systeme zu kämpfen haben werden.

Um diesen Herausforderungen für die Gesellschaften und Politiken vorsorgend entgegenzuwirken, ist es nötig sich mit dieser Thematik und angemessenen Lösungsstrategien auseinanderzusetzen. Einen möglichen Ansatz um der globalen Alterung und ihren Folgen entgegenzuwirken könnten ehrenamtliche Gesundheitsförderungsprogramme für die jüngeren Älteren (50+) und älteren Menschen (65+) bieten. Diese Projekte können dazu beitragen das Gesundheitsbewusstsein der Beteiligten zu erhöhen und diese zu befähigen ihre Gesundheit und Funktion in der Gesellschaft zu erhalten. Das Projekt des Zentrums für Public Health ist ein Beispiel für ein derartiges Konzept und liefert die Forschungsbasis der vorliegenden Masterarbeit.

Diese Masterarbeit konzentriert sich auf Menschen ab dem 50. Lebensjahr. Im Rahmen der oben genannten Studie stellten sich Personen ab diesem Alter ehrenamtlich als Betreuungspersonen (Buddies) für die teilnehmenden

Hochbetagten zur Verfügung. Im Mittelpunkt dieser Masterarbeit stehen die Motivationsgründe dieser Kohorte. Die ehrenamtlich Tätigen spielen für derartige gesundheits- und bewegungsbezogene Gesundheitsförderungsprogramme eine tragende Rolle. Aus diesem Grund kann es sehr wichtig sein die Motivation dieser Menschen zu kennen, um daraus Erkenntnisse und Vorteile für die Entwicklung weiterer Gesundheitsförderungsprogramme dieser Art zu erhalten. Möglicherweise können Programme mit einer ähnlichen Konzipierung dadurch zielgruppenorientierter gestaltet werden und eine breitere Personengruppe ansprechen.

Des Weiteren fokussiert diese Forschungsarbeit die Gesundheitsförderung von Menschen ab ihrer Lebensmitte. Viele Personen in diesen Lebensjahren befinden sich in einem Zustand der Veränderung sowohl physisch als auch in Bezug auf die Lebensumstände. Der Großteil dieser Menschen befindet sich noch in der Erwerbstätigkeit, jedoch steht eine baldige Pensionierung in den nächsten Jahren bevor. Für andere dieser Altersgruppe stellt sich möglicherweise die Frage nach einer Frühpensionierung. Die Notwendigkeit einer Frühpensionierung kann sowohl auf körperliche als auch auf psychische Beeinträchtigungen zurückzuführen sein. In jedem Fall ist für Personen dieser Alterskohorte die Konfrontation mit einem aktiven und bewussten Lebensstil für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit in den folgenden Jahrzehnten relevant. Bei bestehenden Beeinträchtigungen kann eine gesunde Lebensweise die Bewältigung des täglichen Lebens und die Freude daran maßgeblich erleichtern.

Der besagte Lebensabschnitt eignet sich besonders gut, um die Bedeutung des gesunden Alterns hervorzuheben. Veränderungen der Lebensumstände können Reflexionen über aktuelle und zukünftige Chancen und Richtungen auslösen. Die neue Lebenssituation kann dazu beitragen, dass diese Population empfänglicher für Informationen betreffend der Gesundheitsförderung wird. Jene Menschen fühlen sich noch aktiv genug, blicken aber trotzdem schon in die Zukunft und haben möglicherweise den Wunsch ihre neu gewonnene Zeit in der Pensionierung für die eigenen Interessen zu nutzen und ihre Freizeit aktiv zu gestalten. Durch die Mitarbeit an dem Gesundheitsförderungsprojekt des

Zentrums für Public Health sollte diese Konfrontation stattfinden und gleichzeitig die Motivation und der Einstieg für ein dynamisches und bewusstes Altern gegeben werden.

Im Zuge dieser qualitativ ausgerichteten Forschungsarbeit wurden anhand von den subjektiven Aussagen der Befragten die gesundheitsfördernden Möglichkeiten von dem Projektmodell der Medizinischen Universität in Erfahrung gebracht. Des Weiteren wurde ersichtlich welchen Bezug ehrenamtlich tätige Personen in diesem Bereich zur Gesundheit haben; wie hoch deren Gesundheitsbewusstsein ist und welche Rolle die Gesundheitsförderung in deren Leben einnimmt. Ebenso wurden im Zuge dieser Masterarbeit die Bewertungen des Projektes sowie mögliche Veränderungsideen durch die Befragten zusammengetragen. Diese Arbeit brachte somit auch die präventiven und gesundheitsfördernden Aspekte für die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (indem Fall die „jüngeren Älteren“) hervor.

8.1 Methodendiskussion

Im Vordergrund dieser Masterarbeit steht die Fragestellung nach den Motivationsgründen und den individuellen Sichtweisen der Befragten. Um eine offene Zugangsweise zum Forschungsgegenstand zu gewährleisten wurde für diese Arbeit eine qualitative Herangehensweise gewählt. Die qualitative Ausrichtung wurde festgelegt, um durch eine Offenheit und Flexibilität im Forschungsverlauf die Entdeckung neuer Sachverhalte zu ermöglichen [SCHEIBLER, 2015]. Die qualitative Forschung zeichnet sich durch eine große inhaltliche und methodische Flexibilität aus und verzichtet soweit wie möglich auf standardisierte Vorgaben. Dadurch wird der erwünschte freie Zugang zum Forschungsgebiet ermöglicht [NEUMANN et al., 2015]. Im Folgenden werden die Anhaltspunkte, die zu der qualitativen Orientierung des Forschungsprozesses und somit zur Anwendung von qualitativen Methoden führten, näher erläutert.

Absicht dieser Forschungsarbeit war es eine Breite an Sichtweisen und eine große Tiefe im Informationsgehalt der Ergebnisse zu erreichen. Ziel des

qualitativen Forschungsprozesses war es die Zielgruppe des Interesses möglichst selbst zu Wort kommen zu lassen, um die subjektiven Sichtweisen erfassen zu können [SCHEIBLER, 2015]. Es lag nicht im Bestreben zu messen und zu erklären, sondern vielmehr zu verstehen, was in dem jeweiligen Forschungsbereich geschieht. Zentral waren hierbei die Motivationsgründe der Gesundheitsbuddies, die den Untersuchungsgegenstand bildeten [RAITHEL, 2008].

Eine quantitative Ausrichtung dieser Forschungsarbeit hätte es ermöglicht verallgemeinerbare Ergebnisse für eine Grundgesamtheit zu generieren und ein Verhalten in Form von Modellen und Zusammenhängen zu beschreiben und damit vorhersagbar zu machen. Eine wichtige Grundlage für diese Herangehensweise wäre die Arbeit mit einer großen Stichprobe gewesen. Im Vergleich zu quantitativen Methoden haben die qualitativen eine sehr viel offenere Zugangsweise zum Forschungsgegenstand. Die Vorteile quantitativer Methoden liegen in den quantifizierbaren Ergebnissen und in der Möglichkeit, auf die Grundgesamtheit schließen zu können. Ergebnisse sind damit meist objektiv und vergleichbar [NEUMANN et al., 2015].

Das Ziel dieser Forschungsarbeit war es aber nicht verallgemeinerbare Ergebnisse für eine Grundgesamtheit zu erhalten sondern eine Breite an neuen Sichtweisen zu erlangen. Für dieses Bestreben konnte die Bildung der Stichprobe über eine kleine Anzahl an für den Forschungsgegenstand relevanten Personen gebildet werden. Im Mittelpunkt stand nicht eine Repräsentativität der Ergebnisse zu erzielen, sondern eine hohe Tiefe im Informationsgehalt zu erreichen [NEUMANN et al., 2015].

Als Erhebungsmethode um die individuellen Aussagen zusammenzutragen wurde das leitfadengestützte Interview herangezogen. Der Leitfaden ermöglichte es, dass die interessanten Aspekte angesprochen wurden und eine Vergleichbarkeit mit anderen Interviews, denen der gleiche Leitfaden zugrunde lag, möglich war. Ein klassischer Fragebogen, der ausschließlich aus geschlossenen Fragen besteht, hätte eine hohe Strukturierung durch den

Interviewenden erzeugt und somit der Erfassung neuer Denkansätze entgegengewirkt [BOHNSACK et al., 2011].

Der für die Forschungsfrage entwickelte Leitfaden gliederte sich in drei Fragenblöcke. Der erste von diesen beschäftigte sich mit den Gesundheitsvorstellungen der Befragten, deren Motivation und den damit verbundenen Motivationsgründen sich an einem Gesundheitsförderungsprogramm zu beteiligen. Die im Zuge der Intervention erzielten Verbesserungen und Veränderungen des Verhaltens und der Gesundheit wurden ebenso ermittelt. Die Fragen des zweiten Teils ermittelten die Motivation der Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner die Gesundheit der zu betreuenden Person zu verbessern. Damit verbundene Erwartungen und Zielsetzungen sowie wahrgenommene Gesundheitsveränderungen bei der hochbetagten Person wurden zudem anhand der Fragestellungen erforscht. Der dritte Fragenblock behandelte Fragen rund um das Gesundheitsförderungsprogramm. Durch diesen Abschnitt sollte die Zufriedenheit mit dem Projektverlauf ermittelt und erfolgsfördernde Faktoren herausgefiltert werden. Ebenso wurde der wichtige Aspekt diskutiert, ob ein Vorteil darin gesehen wird, dass das Projekt „Gesund fürs Leben“ mit ehrenamtlichen Gesundheitsbuddies durchgeführt wird.

Das Interview wurde mit acht ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich an dem Gesundheitsförderungsprogramm für Hochbetagte des Zentrums für Public Health beteiligten, durchgeführt. Die geführten Interviewgespräche wurden mittels eines Diktiergeräts aufgezeichnet. Das gewonnene Audiomaterial wurde transkribiert. Anschließend wurde dieses in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Zusammenfassung mit induktiver und deduktiver Kategorienbildung) ausgewertet.

Im Zuge der Forschungsarbeit konnte durch die qualitative Herangehensweise eine große Bandbreite an Sichtweisen, Motivationsgründen und Ideen hervorgebracht werden. Die Vorgehensweise der Datenerhebung sowie die Wahl der Auswertungsmethode erwiesen sich ebenfalls für den Forschungszweck geeignet. Durch deren Anwendung und den damit

zusammenhängenden Erfahrungen im Forschungsprozess lassen sich einige Anmerkungen und Anregungen tätigen. Eine Schwierigkeit im Zuge der Datenerhebung ergab sich durch die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner. Die an der Studie teilnehmenden Personen wurden per Rundmail über diese Forschungsarbeit informiert und um Teilnahme an den Interviews gebeten. Nach erfolgter Aussendung der besagten E-Mail wurden die Rückmeldungen und Zusagen der Gesundheitsbuddies abgewartet. Da diese am Projekt teilnehmenden Personen schon sehr viel ihrer eigenen Zeit zur Verfügung stellten, wurde dieser passive Rekrutierungsvorgang gewählt. Das Unterlassen einer persönlichen Anfrage oder wiederholtem Anschreiben konnte eine Aufdringlichkeit und Druckausübung gegenüber der fokussierten Studiengruppe verhindern. Durch diese Vorgehensweise dauerte es somit etwas länger bis sieben Interviewpartnerinnen und ein Interviewpartner gefunden wurden. Im Laufe der Datenerhebung und Datenauswertung gab es keine weiteren Schwierigkeiten.

Im Zuge des Forschungsprozesses zeigte sich sehr deutlich, dass ein durchdachter Zeitplan und ein gutes Zeitmanagement unbedingt notwendig sind. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung (Interviewführung), Datenbearbeitung und -verwertung (Transkription), sowie der Auswertung (qualitative Inhaltsanalyse) sind sehr zeitaufwendig. Ein schlecht strukturierter Zeitplan bzw. eine unrealistische Aufteilung der Zeitressourcen könnte zu Verzögerungen in der Forschungsarbeit oder zu negativen Überraschungen führen. In der qualitativen Forschung ist es den Untersucherinnen und Untersuchern zu empfehlen, sich anhand von einschlägiger Literatur (z.B. das Werk von Mayring über die qualitative Inhaltsanalyse) mit den einzelnen Schritten des Forschungsablaufes auseinanderzusetzen. Anhand dieser Recherche sollte dann im Vorfeld ein Zeitplan aufgestellt werden um den einzelnen Schritten die nötige Zeit zuzuschreiben.

In Bezug auf die Auswertungsmethode lässt sich sagen, dass sich die qualitative Inhaltsanalyse gut eignete um das umfangreiche Textmaterial zu reduzieren und zusammenzufassen. Das Verfahren mit induktiver und deduktiver Kategorienbildung erlaubte es, dass das Datenmaterial auf ein

überschaubares Maß gekürzt wurde und trotzdem die Inhalte dabei erhalten blieben. Das Ablaufmodell und die Erstellung des Kodierleitfadens ermöglichten einen intersubjektiv nachvollziehbaren Forschungsablauf [MAYRING, 2010].

Ein Nachteil dieses zusammenfassenden Verfahrens kann daraus entstehen, dass Einzelfälle verloren gehen können. Die Betrachtung abweichender Fälle und Aussagen kann aufzeigen für welche Personen die im Kategoriensystem abgebildeten Phrasen gelten. Abweichende Einzelfälle verdeutlichen damit die Reichweite der Analyse. Die induktive und deduktive Kategorienbildung ermöglichte die Auswertung nahe am Material. Hierbei war zu beachten, dass durch eine vorschnelle Kategorienbildung inhaltliche Informationen nicht verloren gehen [MAYRING, 2010]. Diese Problematik bewahrheitete sich in dieser Forschungsarbeit nicht; die einzelnen Kategorien erwiesen sich als geeignet und umfassend.

Ein weiterer Nachteil dieser Methode könnte sich aus der Paraphrasierung der Textteile ergeben, da durch diese nicht mehr der eigentliche Text zur Interpretation verwendet wird. Dieser Problematik konnte im Rahmen dieser Arbeit durch eine gewissenhafte Vorgehensweise entgegengewirkt werden. Der Forschungsprozess unterliegt einer subjektiven Durchführung und Interpretation. Deswegen wäre möglicherweise zu kritisieren, dass das Material nur durch mich, als einzelne Person, aufbereitet und analysiert wurde und dadurch die intersubjektive Überprüfbarkeit fehlt. Der interpretativen Beliebigkeit könnte durch eine gegenseitige Kontrolle durch weitere Forscherinnen und Forscher Rechnung getragen werden [MAYRING, 2010].

Zusammenfassend betrachtet erwies sich die Analysemethode nach Mayring als sehr aufwendig aber dennoch als sehr geeignet um die große Fülle an Material zu bewältigen. Durch die Orientierung an festgelegten Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse wurde der Ablauf der Analyse überprüfbar und nachvollziehbar gemacht.

8.2 Diskussion der Ergebnisse

Aus den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit geht hervor, dass die Gesundheit im täglichen Leben der Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner einen wichtigen Stellenwert einnimmt. In den Berichten wurde deutlich, dass für die Befragten die Gesundheit eine gesunde Ernährung, ausreichend körperliche Bewegung, eine gute geistige und psychische Verfassung sowie ein gut ausgebautes soziales Umfeld bedeutet. Die Begriffserklärung der Buddies entspricht stark der Definition der WHO. Die Gesundheit wird als einen veränderlichen Zustand und ein immer wieder neu und aktiv herstellbares Gleichgewicht angesehen [WHO, 2015]. Beide Konzepte heben den Begriff der Gesundheit aus dem rein medizinischen Aspekt. Durch diese erklärte Sichtweise wurde deutlich, dass die Befragten der Gesundheitsförderung ein großes Potential beimessen und dem Individuum eine verantwortungstragende Rolle für dieses Potential zuschreiben.

Es wurde deutlich, dass für die Befragten eine gesunde Ernährungsweise eine bewusste Auswahl an Lebensmitteln bedeutet. Hierbei erschien der Verzicht von scheinbar ungünstigeren Lebensmitteln nicht zwingend notwendig. Im Gegenteil der Genuss und das Stillen von Gelüsten erschienen als sehr wesentlich und können zu einer höheren Lebensqualität beitragen. Der Verzehr von Genussmitteln sollte jedoch durch ein höheres Maß an körperlicher Aktivität oder durch Kalorienrestriktion in den darauffolgenden Tagen ausgeglichen werden. Es wurde beschrieben, dass die körperliche Bewegung eine wichtige Rolle für die Gesundheitsförderung einnimmt und einen wichtigen Ausgleich im täglichen Leben darstellt.

Das Essverhalten wurde mit der eigenen Vergangenheit (Erziehung), dem Heimatort und der persönlichen Identität in Verbindung gebracht und wurde auch für die Stabilität der Psyche als wichtig beschrieben. Diese Perspektive zeigt, dass ernährungsbezogene Interventionen für die Gesundheitsförderung ein besonderes Feingefühl benötigen. Es ist nicht leicht individuelle Gewohnheiten von außen zu verändern. Menschen halten gerne an Vertrautem fest, vor allem wenn diese mit positiven Erfahrungen in Verbindung stehen.

Dieser Aspekt sollte in jedem Fall in der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten berücksichtigt werden. Die Auseinandersetzung mit dem Essverhalten der Zielgruppe und die Entwicklung von gesundheitsfördernden Maßnahmen unter Berücksichtigung der daraus gewonnenen Erkenntnisse scheinen hier sehr hilfreich. Möglicherweise kann alt bewährtes beibehalten werden und durch minimale Veränderungen aufgebessert werden. Dadurch wäre kein starker Eingriff in das individuelle Verhalten gegeben und dennoch könnten Vorteile für die Gesundheit geschaffen werden. Im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojektes der Medizinischen Universität konnte durch die Bereitstellung von Informationen (z.B. Schulungen, Unterlagen) der Empowerment-Ansatz sehr gut umgesetzt werden.

Aus den Gesprächen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ging hervor, dass schon in frühen Lebensjahren eine gesunde Lebensweise angestrebt wurde und seither auch erziehungsbedingt ein hohes Gesundheitsbewusstsein vorliegt. Für einige gab es jedoch auch Phasen im Leben, in denen der Aspekt der Gesundheitsförderung in den Hintergrund rücken musste. So war es laut Angaben der Gesundheitsbuddies nicht immer möglich im Berufs- und Familienleben die erforderliche Zeit aufzubringen um körperlich aktiv zu sein. Der Großteil der Befragten befand sich zum Zeitpunkt der Interviewführung schon in Pension; jene beschrieben den Übergang in den Ruhestand als Möglichkeit die benötigte Zeit und den Freiraum zu erhalten, um einen aktiveren, bewussteren und flexibleren Lebensstil zu verwirklichen.

In den Jahren vor der Pensionierung oder auch in der Frühpension können die Konfrontation mit den Alterungsprozessen und -erscheinungen und die damit verbundene Wiederaufnahme eines aktiven Lebensstils viele Vorteile für die späteren Lebensjahre bringen. Diese Annahme spricht dafür, dass der Gesundheitsförderungsansatz in den Bevölkerungsschichten ab dem 50. Lebensjahr sehr sinnvoll sein kann. Dieser Gedanke wird auch durch die Erkenntnisse des Berichtes der EuroHealthNet verstärkt. In diesem geht hervor, dass über 50-Jährige sich als eigene Altersgruppe ansehen und für sie angepasste Gesundheitsförderungsstrategien sehr erwünscht sind [STEGEMAN et al., 2012].

Den Kern dieser Masterarbeit liefern die Erkenntnisse aus den Befragungen in Bezug auf die Motivationsgründe für die Beteiligung an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm. Im Laufe dieser Masterarbeit konnte die Forschungsfrage schrittweise beantwortet werden. In den Enddaten der Großerhebung durch die BMASK geht hervor, dass einem ehrenamtlichen Engagement sowohl altruistische Motive als auch eine Steigerung des eigenen Wohlbefindens als Antriebsfaktoren zu Grunde liegen [BMASK, 2013]. Die Motive „Spaß und Freude bei der Tätigkeit“, „anderen etwas Gutes tun“ und „etwas zum Gemeinwohl beitragen“ haben eine sehr hohe Bedeutung für die Ehrenamtlichen. In den älteren Altersgruppen kommt zu diesen Motivationsgründen der Wunsch durch ihr Engagement fit und aktiv zu bleiben hinzu [BMASK, 2013]. Im Zuge des SHARE ist das ehrenamtliche Engagement älterer Europäerinnen und Europäer untersucht worden. Auch in dieser Untersuchung geht hervor, dass die freiwillig Aktiven mit dem Ehrenamt nicht nur einen gesellschaftlichen Nutzen sondern auch einen intrinsischen Nutzen verbinden [ERLINGHAGEN et al., 2006].

Eine Untersuchung in der oberösterreichischen Bevölkerung beschäftigte sich mit dem freiwilligen Engagement im Alter und dessen Möglichkeiten ein gesundes und aktives Altern gezielt zu fördern. Im Rahmen dieser Erhebung wurden auch Motive und erwünschte Rahmenbedingungen für ein ehrenamtliches Engagement erfragt. Diese Arbeit bediente sich, wie die vorliegende Masterarbeit, an den Methoden der qualitativen Forschung und umfasste ein kleines Studienkollektiv von zehn Personen. Aus dieser Forschungsarbeit ging hervor, dass sich die Beweggründe im Großen und Ganzen nach altruistisch motivierten und eigennutzenorientierten Gesichtspunkten ordnen lassen. Es bestand der Wunsch danach, einen sozialen Beitrag für andere Menschen bzw. für die Gesellschaft insgesamt zu leisten. Für den Großteil der Befragten war auch das eigennutzenorientierte Motiv, mit freiwilligem Engagement auch sich selbst etwas Gutes zu tun, wichtig. Diese Betätigung wurde als Möglichkeit gesehen die eigene Lebensqualität im Alter zu steigern und die zur Verfügung stehende Zeit sinnvoll zu nutzen. Ein derartiges Engagement kann es den Einzelnen erleichtern in ein

soziales Netz eingebunden zu sein und die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen weiterhin einzubringen und weiterzuentwickeln [MEINDL, 2013].

Die Motive der Gesundheitsbuddies waren sehr vielseitig und tiefgründig. In dieser Kohorte bestätigten sich die Antriebsfaktoren der allgemeinen österreichischen Bevölkerung. Das individuelle positive Gesundheitsbewusstsein lieferte für die Befragten eine entscheidende Erklärung für den bestehenden Antrieb zur Gesundheitsförderung. Das Einbringen dieser Motivation in ein ehrenamtliches Gesundheitsförderungsprojekt für Hochbetagte war auf deren soziales Engagement zurückzuführen. Für die Mehrheit der befragten Projektteilnehmerinnen und Projektteilnehmer war die mit dem Ruhestand gewonnene Freizeit für ihre ehrenamtliche Beteiligung ein ausschlaggebendes Kriterium gewesen. Aus dem übereinstimmenden Feedback der Befragten ging hervor, dass schon vor Pensionsantritt der Wunsch nach einem Ehrenamt gehegt wurde. Hinter dieser sozialen Motivation steckte das Bedürfnis die persönliche Erfahrung und Begeisterung mit anderen zu teilen und diese dadurch zu unterstützen. Durch die Teilnahme an diesem Gesundheitsförderungsprogramm wurde die Chance erkannt, hochbetagten Menschen eine Unterstützung zu bieten. Eine bedeutende Entscheidungsgrundlage für die Teilnahme war das Wiederfinden der eigenen Interessen und Lebensweisen im Studienprojekt. Die Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner beschrieben ihre persönliche Begeisterung für Sport und gesunde Ernährung sowie die positive Erfahrung durch ihre bewusste Lebensführung als wichtige Motivationsgrundlage.

All diese Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass Personen, die sich ehrenamtlich in einem Gesundheitsförderungsprogramm betätigen, ein ähnliches Persönlichkeitsmuster besitzen. Im Zuge der Befragungen zeigt sich auch, dass die befragten Projektteilnehmerinnen und Projektteilnehmer das gewünschte Gesundheitsverhalten bereits besitzen. Die Schlussfolgerung daraus kann sein, dass sich hochmotivierte Menschen eher an derartigen Programmen beteiligen als weniger motivierte. Die Aussagekraft der Ergebnisse der vorliegenden Erhebung bestätigt sich durch deren Übereinstimmung mit dem Wissen über die Motive ehrenamtlich Tätiger aus

vorangegangenen Forschungsarbeiten [BMASK, 2013] [ERLINGHAGEN et al., 2006] [MEINDL, 2013].

Im Laufe der kritischen Betrachtung der Ergebnisse stellte sich die Frage nach dem Einfluss der soziodemographischen Daten auf das ehrenamtliche Engagement. Im Zuge der vorliegenden Forschungsarbeit wurden das Geschlecht, die Altersgruppe, die Erwerbstätigkeit, die Nationalität und der Wohnort in Erfahrung gebracht. Diese Daten wurden aber nicht zusätzlich ermittelt sondern waren durch die Daten der Hauptstudie gegeben oder wurden im Laufe des Interviews erfragt. Ebenso ist in den Dokumenten der Hauptstudie der höchste Bildungsabschluss der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ersichtlich und ob diese das Gefühl haben mit ihrem Einkommen auszukommen. Zu erwähnen ist, dass diese demographischen Daten nicht für die Auswertung der Ergebnisse herangezogen wurden. Im Zuge der Ergebnisdiskussion zeigte sich aber der Einfluss des sozialen Status als sehr interessant, da alle Befragten den Eindruck vermittelten einer höheren sozialen Schicht anzugehören. Es handelt sich um eine qualitative Arbeit und derartige Zusammenhänge wurden nicht untersucht. Dieses Wissen könnte Informationen darüber geben, ob der Bildungsstatus und die soziale Schichtzugehörigkeit einen Einfluss auf das ehrenamtliche Engagement und das Gesundheitsbewusstsein haben. Es ist sinnvoll zu wissen welche Bevölkerungsschichten durch solche Projekte angesprochen werden. Bei der Strategieentwicklung könnten diesbezügliche Informationen dazu beitragen eine breitere Bevölkerung zu erreichen und zu motivieren.

Wie auch in der Großerhebung des BMASK [BMASK, 2013] wurde in dieser Forschungsarbeit erkenntlich, dass die Ehrenamtlichen eher aus höheren sozialen Schichten stammen. In der Forschungsarbeit von Shye bestätigte sich der Zusammenhang eines höheren Einkommens und einem höheren ehrenamtlichen Engagements [SHYE, 2009]. Im alltäglichen Leben zeigt sich oft der Zusammenhang zwischen einem hohen Gesundheitsbewusstsein und der Zugehörigkeit zu höheren sozialen Bevölkerungsschichten. Jedoch wurde in dieser Forschungsarbeit, wie schon erwähnt, kein diesbezüglicher Zusammenhang untersucht. Trotz diesem Vorgehen wurde die Gruppe der

Gesundheitsbuddies einer höheren sozialen Schicht mit gutem Bildungsstatus zugeordnet. Diese Annahme beruhte lediglich auf dem Erscheinungsbild und dem Auftreten der Befragten. In Anbetracht des vermuteten Persönlichkeitsmusters stellt sich die Frage nach der Reichweite für derartige Gesundheitsprojekte. Um einen möglichst großen Gewinn im Bereich der Gesundheitsförderung für die allgemeine Bevölkerung zu erreichen, müssen gerade die Bevölkerungsschichten mit einem niedrigeren Gesundheitsbewusstsein und einer geringeren Motivation zur Gesundheitsförderung erreicht und zur Teilnahme bewegt werden.

Das Projekt war von Beginn an sehr ansprechend für die Befragten. Der wissenschaftliche Aufbau und das Studienziel waren ausschlaggebende Kriterien für die Projektteilnahme. Der Gedanke bei einer Studie mitzuwirken und etwas Gutes für die Wissenschaft zu tun war sehr motivierend. Großen Anklang fand auch der Projektansatz, dass alle Studienteilnehmenden auf Augenhöhe miteinander trainieren und durch die Projektteilnahme profitieren können. Der Gedanke so früh wie möglich gesundheitlich fürs Alter vorzusorgen war zudem sehr anregend für die Befragten. Im Vergleich der Motive ging hervor, dass die Motivation durch das Interesse an den Themen Ernährung / Bewegung und die Motivation für das ehrenamtliche Engagement gleich zu messen sind.

Durch die Zufriedenheit mit dem eigenen Wohlbefinden war die Motivation, durch das Projekt, Vorteile für die eigene Gesundheit zu erlangen, nicht vorherrschend. Viel mehr lag der Anreiz darin, durch den Erhalt bzw. die Wiederholung bedeutender Informationen die eigene Gesundheit zu erhalten. Die teilnehmenden Personen hatten eine hohe Bereitschaft dafür verbesserungswürdige Bereiche zu erkennen und neue Informationen in den eigenen Alltag, zu Gunsten der Gesundheitsförderung, zu integrieren.

Die grundlegende Einstellung in Bezug auf die gesunde Ernährung und Bewegung veränderte sich bei den Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartnern nicht maßgeblich. Bereiche mit Verbesserungsmöglichkeiten wurden durch die neuen Inputs in Angriff genommen und das Ziel

einer neuen Motivation. Durch diese Umsetzung konnten die Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner kleine Verbesserungen ihrer Fitness und Mobilität erzielen. Vereinzelt gab es Personen unter den Befragten, die keine Gesundheitsveränderungen bemerkten. Diese wurden aufgrund des ohnehin bestehenden guten Gesundheitszustands auch nicht erwartet. Ein positives Feedback brachte das erlangte Gefühl von Gruppenzusammengehörigkeit. Diese Zusammengehörigkeit führte zu einer gesteigerten Motivation eigene Zielsetzungen umzusetzen.

Die Motivation durch das Projekt die Gesundheit der zu betreuenden Person verbessern zu wollen, hatte für die Befragten einen hohen Stellenwert. Die Befragten schilderten in ihren Erzählungen, dass sich im Laufe der Zusammenarbeit eine persönliche Beziehung zwischen ihnen und den zu Betreuenden aufgebaut hat. Diese Entwicklung trug mit dazu bei, dass die Motivation Gutes für sich zu tun und die Motivation Gesundheitsvorteile für die zu Betreuenden zu erlangen, gleich stark ausgeprägt waren. Die Motivation Verbesserungen vorhandener Gesundheitsdefizite zu erreichen überwiegte zu Gunsten der zu betreuenden Personen. Diese Differenzierung wurde durch den bestehenden guten Gesundheitszustand der Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner begründet. Die Befragten zeigten ein sehr hohes Einfühlungsvermögen für die hochbetagten Personen und einen guten Willen ihnen eine Stütze zu bieten.

Das gesamte Projekt wurde durch die Befragten sehr positiv bewertet. Der gesamte Projektaufbau, die Gestaltung der Schulungen, die Unterrichtsmaterialien sowie die wissenschaftliche Kompetenz des Projektes und des Teams werden als erfolgsbringend eingestuft. Die Durchführung des Programmes mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird zudem als ein vorteilsbringendes Element angesehen.

Die Befragten gaben an, dass sie erneut an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm teilnehmen würden. Diese Motivation war gesteuert durch das Bedürfnis von seinem eigenen Gutteil an Andere etwas weiterzugeben und dem Interesse daran Neues zu erfahren. Sie unterlag aber

auch der Bedingung, dass das Ehrenamt in das eigene Leben integrierbar sein muss.

Neben der Frage nach den Motivationsgründen für ein ehrenamtliches Engagement stellte sich eine weitere nach den Hindernissen für eine derartige Beteiligung. Aus der Großerhebung durch das Institut für empirische Sozialforschung konnten einige Hauptfaktoren abgeleitet werden. Zum einen wurden die Befragten noch nicht darum gebeten sich ehrenamtlich zu betätigen und zum anderen wurde auch kein diesbezüglicher Bedarf wahrgenommen. Ein weiteres Motiv war der Zeitmangel durch die eigene familiäre Auslastung. Hindernisse wie ein Mangel an Informationen, berufliche Gründe, die eigene Arbeitsbelastung und ein subjektiver Mangel an Gesundheit waren auch ausschlaggebend [BMASK, 2013].

Die befragten Gesundheitsbuddies der vorliegenden Untersuchung waren sich einig, dass die Voraussetzungen und Gegebenheiten eines ehrenamtlichen Projektes in das eigene Leben integrierbar sein müssen und die Themen den eigenen Interessen entsprechen sollten. In jedem Fall muss Zeit für die eigenen Interessen / Freizeittätigkeiten und das Privatleben bleiben. Ein sehr wichtiger Faktor ist die eigene Gesundheit und ein geregeltes Privatleben als Voraussetzungen. In Anbetracht der Erkenntnisse beider Untersuchungen wird deutlich, dass die verfügbare Zeit, die eigenen Verpflichtungen und die eigene Gesundheit wichtige Entscheidungskriterien für die Ausübung eines Ehrenamtes darstellen.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass die teilnehmenden Gesundheitsbuddies ein hohes Bewusstsein für eine aktive Lebensführung haben. Nun ist es ein Ziel des Projektes „Gesund fürs Leben“ Benefits für beide Studienpopulationen zu erreichen. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigen, dass es für die Befragten subjektiv betrachtet kein großes Potential für gesundheitliche Verbesserungen gab. Viel mehr bestand die Motivation für persönliche Vorteile aus dem Bestreben nach neuen Erkenntnissen für die Erhaltung des eigenen Gesundheitsstatus. Aus der Erhebung ging auch hervor, dass dieses Verlangen durch die Studienteilnahme gestillt werden konnte.

Diese Erkenntnis spricht für den positiven Nutzen des Projektes „Gesund fürs Leben“. Das Konzept konnte sogar bei sehr gesundheitsbewussten Menschen einen positiven Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten.

8.3 Verwertung der Ergebnisse

Die Betrachtung der Zielgruppe und von ihren subjektiven Meinungen zeigte, dass verstärkt Individuen mit einem bewussten Lebensstil durch ein derartiges Programm angesprochen werden. Zudem wurde erkennbar, dass die Konfrontation mit den im Alter einhergehenden Beeinträchtigungen und mit den unmittelbaren Maßnahmen für einen aktiven Lebensstil sogar unter hochmotivierten Menschen noch einen positiven Beitrag leisten kann. Die Auseinandersetzung mit der Thematik des Ehrenamtes und den Motivationsgründen für ein solches Engagement zeigte, dass diese konzipierte Ausrichtung eines Projektes sowohl für die zu betreuenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer als auch für die Ehrenamtlichen Gesundheitsvorteile bringen kann. Diese Erkenntnisse veranschaulichen die Möglichkeiten dieser Programme für die Förderung des Gesundheitsstatus einer Bevölkerung und die Entlastung sozialer Systeme.

Die Frage stellt sich inwiefern diese Erhebung relevant ist und wer für die daraus gewonnenen Erkenntnisse Verwendung finden kann. Es ist sinnvoll die Motivationsgründe einer Zielgruppe zu kennen um besser auf diese eingehen zu können und um gute Ergebnisse zu erreichen. Für die Entwicklung von zielgruppenorientierten Gesundheitsförderungsprogrammen ist es zudem erfolgsfördernd die Zielgruppe beschreiben zu können. Durch diese Erhebung konnten die hierfür nötigen Fakten geliefert werden.

Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderungsprogramme können durch angepasste Maßnahmen die betreffende Personengruppe motivieren und in Richtung eines gesundheitsfördernden Lebensstils bewegen. Die Orientierung eines Projektes für die Altersgruppe 50+ kann viele Vorteile bringen. Im Laufe dieser Arbeit zeigte sich, dass ein frühzeitiges Auseinandersetzen mit den

Altersprozessen und –erscheinungen ein wesentliches Kriterium sein kann, um ein höheres Bewusstsein für die Gesundheitsförderung zu schaffen.

Die Forschungsergebnisse dieser Arbeit können für zukünftige Projektentwicklerinnen und Projektentwickler hilfreich sein da diese aufzeigen, welche Persönlichkeiten hauptsächlich durch das Programm angesprochen wurden und welche ihre Antriebsfaktoren waren. Organisationen, die das Projekt „Gesund fürs Leben“ gerne implementieren wollen, können auf der Basis des positiven Feedbacks der Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner in ihrem Vorhaben bekräftigt werden.

Die positiven Erfahrungen der Gesundheitsbuddies können herangezogen werden um zukünftigen ehrenamtlich Tätigen ein umfassendes Bild über die Teilnahme an einem Gesundheitsförderungsprogramm zu vermitteln.

8.4 Zukunftsaussicht

Für einen weitreichenden und langfristigen Effekt solcher Gesundheitsförderungsprogramme bedarf es weiterer Strategien, um Menschen mit geringerem Gesundheitsbewusstsein zu erreichen. Zudem müssen Überlegungen stattfinden wie Menschen zu einem langfristigen Ehrenamt bewegt werden können, um die Durchführung dieser zu gewährleisten.

Es ist erstrebenswert Menschen zu erreichen, die ihren Alltag weniger motiviert und gesundheitsorientiert gestalten. Hierfür müssten derartige Programme möglicherweise zielgruppengerichteter der Bevölkerung näher gebracht werden. Eine Ausschreibung in öffentlichen Gesundheitszentren, Spitälern oder eine Ankündigung und Informierung durch Hausärztinnen und Hausärzte könnte zu diesem Zweck eingeführt werden. In Anbetracht der Erreichbarkeit der unterschiedlichen Bevölkerungsschichten wäre es zielführend derartige Projekte über Medien oder Kontaktstellen zu verbreiten, die in den einzelnen Schichten eine hohe Popularität haben. Möglicherweise können Hausärztinnen und Hausärzte eine gute Vermittlung und Promotion für derartige Gesundheitsförderungsprogramme bieten. Des Weiteren können soziale

Einrichtungen eine direkt vermittelnde Rolle übernehmen und die Vorteile einer Projektteilnahme für die Ehrenamtlichen weitertragen.

Es zeigt sich, dass die Gesundheitspartnerinnen und Gesundheitspartner ein hohes Gesundheitsbewusstsein und eine hohe Sozialkompetenz besitzen. Trotz dieser idealen Bedingungen ist auch in dieser Personengruppe keine langfristige Beteiligung gegeben. Die Befragten würden einem Ehrenamt nicht langfristig nachgehen, da es viel Zeit benötigt und zur Vernachlässigung der eigenen alltäglichen Verpflichtungen führen kann. In den Antworten auf diesbezügliche Fragen geht hervor, dass die Teilnahme für eine begrenzte Zeit sehr viel ansprechender ist als eine Teilnahme mit unbegrenztem Zeitraum. Zudem ist eine hohe Frequenz von Interventionen pro Woche für viele auf lange Zeit gesehen nicht durchführbar.

Aus diesen Gründen wäre es eine gute Option die ersten Phasen eines Gesundheitsförderungsprogrammes zeitlich zu begrenzen und eine höhere Frequenz der Interventionszeiten zu wählen. Nach der abgeschlossenen Eingangsphase (Absolvierung der Schulungen o.ä.) könnten die Folgeinterventionen oder Folgetreffen aufgelockert werden und in immer weiteren Abständen durchgeführt werden. Durch dieses Vorgehen könnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer freier und ungebundener fühlen und dennoch den Bezug zu der Gruppe und den Health Professionals beibehalten. Diese Gegebenheiten ermöglichen die Motivation durch die Gruppenzugehörigkeit und liefern Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für mögliche Gesundheitsfragen. Die Langfristigkeit der gesundheitsfördernden Benefits derartiger ehrenamtlicher Programme, könnte so für die Gesundheitsbuddies und auch für die zu betreuenden Hochbetagten gewährleistet werden.

9. Schlussbetrachtung

In dieser Arbeit zeigt sich, dass die ehrenamtlich tätigen Personen ein hohes Gesundheitsbewusstsein und eine hohe Gesundheitsmotivation besitzen. Es wird deutlich, dass Personen, die ihren Gesundheitsstatus positiv einschätzen und einem gesundheitsfördernden Lebensstil nachgehen, ein hohes ehrenamtliches Engagement besitzen. Diese Personen zeigen ein großes Interesse sich an einem gesundheitsorientierten Projekt zu beteiligen, um die eigene Gesundheit zu erhalten und um anderen zu verhelfen deren Gesundheit zu verbessern und zu fördern. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, verstärkt Menschen mit einem geringeren Gesundheitsbewusstsein ansprechen müssen. Zukünftige Projektentwicklerinnen und Projektentwickler müssen es sich zur Aufgabe machen, diese weniger aktive Bevölkerungsgruppe zu erreichen und diese gezielt zu fördern.

Durch die Integration des Ansatzes „aktives Altern“ in das tägliche Leben kann das Auftreten von Gebrechlichkeit und nicht übertragbaren Erkrankungen in den späteren Lebensjahren verzögert oder sogar verhindert werden. Bei bereits bestehenden Erkrankungen oder körperlichen und physischen Beeinträchtigungen kann ein positiver und aktiver Lebensstil den Umgang mit diesen Problemen erleichtern und die Lebensqualität erhöhen. Diese erreichbaren gesundheitlichen Vorteile durch Gesundheitsförderungsprogramme können einen positiven Beitrag zum allgemeinen Gesundheitsstatus von Bevölkerungen beitragen und somit soziale finanzielle Systeme entlasten.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Auszug aus der 1. Reduktion (K2: Kategorie 2, Codes MG: Motivationsgründe)
67

Tabelle 2: 2. Reduktion: Codes Motivationsgründe (BK: Kodierung der/des Befragten)
68

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: Ablaufmodell

71

Literaturverzeichnis

AGEUK.ORG.UK: Projekt Fit as Fiddle. Internet: <http://www.ageuk.org.uk/health-wellbeing/fit-as-a-fiddle/about-fit-as-a-fiddle/> (zugegriffen am 10.03.2015)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ (BMASK):
Freiwilliges Engagement in Österreich: Bundesweite Bevölkerungsbefragung
2012, Wien, 2013. Internet:
<http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/1/0/CH2174/CMS1218022135039/fweinoeerhebung2012kompl.pdf> (zugegriffen am 5.03.2015)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ (BMASK):
Ehrenamtlich oder Freiwillig. Internet:
<http://www.freiwilligenweb.at/index.php?id=CH3057&PHPSESSID=96jh8kp1s197vb3tori9itf1b3>; (zugegriffen am 10.03.2015)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ (BMASK):
Freiwilliges Engagement in Europa. Internet:
<http://www.freiwilligenweb.at/index.php?id=CH2986&PHPSESSID=96jh8kp1s197vb3tori9itf1b3>; (zugegriffen am 10.03.2015)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ (BMASK):
Ehrenamtlich oder Freiwillig. Internet:
<http://www.freiwilligenweb.at/index.php?id=CH3057&PHPSESSID=96jh8kp1s197vb3tori9itf1b3>; (zugegriffen am 10.03.2015)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ (BMASK):
Freiwilliges Engagement in Europa. Internet:
<http://www.freiwilligenweb.at/index.php?id=CH2986&PHPSESSID=96jh8kp1s197vb3tori9itf1b3>; (zugegriffen am 10.03.2015)

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) Gesundheit und Gesundheitsförderung. Internet:
http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (zugegriffen am 10.01.2015)

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG): Projekt HealthPROelderly. Internet: <http://www.healthproelderly.com/index.php> (zugegriffen am 10.03.2015)

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA): Altern und Gesundheitsförderung.

Internet: http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-117.html (zugegriffen am 10.01.2015)

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA): Gesundheit älterer Menschen. Internet:

<http://www.bzga.de/themenschwerpunkte/gesundheitaelterermenschen/> (zugegriffen am 10.01.2015)

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Internet:

http://www.bmg.gv.at/home/Ministerium/Gesellschaften/Gesundheit_Oesterreich_GmbH_GOeG (zugegriffen am 11.01.2015)

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: Gesundheit und Gesundheitsförderung. Internet:

http://www.bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung#f1 (zugegriffen am 10.01.2015)

BOECK M: Frailty - Definition, Erkennung und Bedeutung in der Gesundheitsförderung und Prävention [Masterarbeit], Universität Wien, Wien, 2010

BOHNSACK R, MAROTZKI W, MEUSER M: Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung, UTB - Verlag Barbara Budrich, Opladen & Framington Hills, MI, Deutschland, 2011

BONE M, BEBBINGTON A, JAGGE JC, MORGAN K, NICHOLAAS G: Health Expectancy and its Uses, HMSO, London, 1995

BRAUN A, RIJKERS-DEFRASNE S, ZWECK A, BUTTER M, DUMAY A, LEIS M: Special issue on healthcare, Healthy ageing and the future of public healthcare systems, November, 2009

DORNER TE, LACKINGER C, HAIDER S, LUGER E, KAPAN A, LUGER M, SCHINDLER KE: Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay „buddies“: study protocol of a randomized controlled trial, BMC Public Health, Wien, 2013, 13, S1232

ERLINGHAGEN M, HANK K, WAGNER G: Freiwilligenarbeit der älteren Bevölkerung in Europa, DIW Wochenbericht, 2006, 10, S133-137

EURO.WHO.INT: Physical activity to stay healthy. Internet: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/physical-activity-to-stay-healthy> (zugegriffen am 19.03.2015)

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH (FGÖ): Determinanten der Gesundheit. Internet: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit> (zugegriffen am 10.01.2015)

FLICK U, KARDOFF E, STEINKE I: Qualitative Forschung – Ein Handbuch, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 9. Auflage, 2009

GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (GÖG): Gesundheit Österreich GmbH und die Geschäftsbereiche. Internet: <http://www.goeg.at/> (zugegriffen am 10.01.2015)

GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (GÖG): Gesundheit Österreich GmbH und die Geschäftsbereiche. Internet: <http://www.goeg.at/de/Bereich/Gesundheitsziele-und-Strategieentwicklung.html> (zugegriffen am 10.01.2015)

GLÄSER J UND LAUDEL G: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009

HEALTHYAGEING.EU: Social Inclusion and Participation. Internet: <http://www.healthyageing.eu/steps/social-inclusion-and-participation> (zugegriffen am 10.03.2015)

HEALTHYAGEING.EU: Employment and Volunteering. Internet: <http://www.healthyageing.eu/steps/employment-and-volunteering> (zugegriffen am 10.03.2015)

HEALTHYAGEING.EU: Education and Life-long. Internet: <http://www.healthyageing.eu/steps/education-and-life-long-learning> (zugegriffen am 10.03.2015)

HEALTHYAGEING.EU: Physical Activity. Internet: <http://www.healthyageing.eu/steps/physical-activity> (zugegriffen am 10.03.2015)

KUHLMANN A, KOCH K: Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune, Kurz- Expertise, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Dortmund, 2009

MAYRING P: Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2010

MEINDL J: Mit freiwilligem Engagement aktiv im Alter [Masterarbeit], FH Oberösterreich, Linz, 2013

MENTAL HEALTH EUROPE: Position of Mental Health Europe on Mental Health and Well-being of older people. Internet: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhe_position_older.pdf, Brüssel, 2010

NAIDOO J, WILLIS J: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2. Auflage, 2010

NEUMANN A, RÜGER B, SCHUBERT A: Quantitative versus qualitative Erhebungen. Internet: <http://www.abschlussarbeit.at/index.php/sitemap.html?id=44> (zugegriffen am 1.5.2015)

RAITHEL JÜRGEN: Quantitative Forschung - Ein Praxiskurs, Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlag GmbH, Wiesbaden, 2008

REIFER-LEBENSGENUSS.AT: Projekt Reifer Lebensgenuss. Internet: <http://www.reifer-lebensgenuss.at/index.php?content=3> (zugegriffen am 10.03.2015)

SCHEIBLER P: Qualitative versus quantitative Forschung. Internet: <https://studien-lektor.de/tipps/qualitative-forschung/qualitative-quantitative-forschung.html#qualitative> (zugegriffen am 1.5.2015)

SHYE S: The Motivation to Volunteer: A Systematic Quality of Life, Soc Indic Res, 2010, 98, S183-200

SPICKER I, LANG G, FORSCHUNGSINSTITUT DES WIENER ROTEN KREUZES: Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen (Wissen 4), Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, Wien, 2011

STATISTIK AUSTRIA: Struktur und Volumen der Freiwilligentätigkeit, Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, 2008, Wien. Internet:

[http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/1/0/CH2174/CMS1218022135039/struktur_und_volumen_der_freiwilligenarbeit_in_oesterreich\[1\].pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/1/0/CH2174/CMS1218022135039/struktur_und_volumen_der_freiwilligenarbeit_in_oesterreich[1].pdf)

(zugegriffen am 14.03.2015)

STATISTIK AUSTRIA: Österreichs Bevölkerung wächst und altert. Internet: http://www.statistik.at/web_de/presse/033887 (zugegriffen am 10.03.2015)

STATISTIK AUSTRIA: Bevölkerungsprognosen. Internet:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/ (zugegriffen am 05.11.2014)

STEGEMAN I, OTTE-TRIJEL T, COSTONGS C, CONSIDINE J, EURHEALTHNET: healthy and active ageing, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Brüssel, 2012

SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE (SHARE). Internet: <http://www.share-project.org/>; (zugegriffen am 14.03.2015)

THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH: Healthy Ageing – A Challenge for Europe, Stockholm, 2007. Internet: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_26_frep_en.pdf (zugegriffen am 10.03.2015)

TITZE S, RING-DIMITRIOU S, SCHOBER PH, HALBWACHS C, SAMITZ G, MIKO HC, LERCHER P, STEIN KV, GÄBLER C, BAUER R, GOLLNER E, WINDHABER J, BACHL N, DORNER TE, ARBEITSGRUPPE Körperliche AKTIVITÄT/BEWEGUNG/SPORT DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR PUBLIC HEALTH, BUNDESMINISTERIUM FÜR

GESUNDHEIT, GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH, GESCHÄFTSBEREICH FONDS
GESUNDES ÖSTERREICH: Österreichische Empfehlungen für
gesundheitswirksame Bewegung, Eigenverlag, Wien, 2010

WORLD HEALTH ORGANISATION: WHO Age-friendly Environments Programme.
Internet: http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_programme/en/
(zugegriffen am 12.03.2015)

WORLD HEALTH ORGANISATION: What is "active ageing"? Internet:
http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html (zugegriffen am
12.03.2015)

WORLD HEALTH ORGANISATION: Definition of an older or elderly person. Internet:
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (zugegriffen am
12.03.2015)

WORLD HEALTH ORGANISATION: 10 Facts on physical activity. Internet:
http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/facts/en/index5.html
(zugegriffen am 12.03.2015)

WORLD HEALTH ORGANISATION: Active Ageing A Policy Framework, 2002.
Internet: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1
(zugegriffen am 10.11.2014)

WORLD HEALTH ORGANISATION: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.
Internet:
[http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G
.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (zugegriffen am 10.11.2014)

WORLD HEALTH ORGANISATION: WHO definition of Health, 1946. Internet:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (zugegriffen am 10.01.2015)

10. Anhang

10.1 Leitfadeninterview

Mit Hilfe des Leitfadeninterviews soll die Forschungsfrage dieser Masterarbeit erarbeitet werden. Ich finde es schön, dass Sie bei diesem Projekt mitmachen und ich freue mich, dass Sie mir die Gelegenheit geben, ihnen einige Fragen (ihre Motivationsgründe betreffend) stellen zu dürfen. Die Fragen werden thematisch in drei Teile gegliedert, wovon im ersten Teil die Gesundheit der Buddies, im zweiten Teil die betreute Person und im dritten Teil die Einstellung zu dem Projekt sowie Veränderungsideen der Buddies im Mittelpunkt stehen. Wenn das für Sie in Ordnung ist dann würde ich gerne mit meinem Interview beginnen.

Teil 1

- Ist Gesundheit für Sie ein relevantes Thema? Wie wichtig ist für Sie persönlich Gesundheit?
- Hat sich Ihre eigene Einstellung zu Ernährung und Bewegung infolge dieses Projekts geändert?
 - Was hat sich verändert?
- Wenn Sie Ihre aktuelle Motivation einschätzen würden, die Sie dazu bewegt, in diesem Projekt weiter dabei zu bleiben: Wie groß ist die Motivation, mit dem Projekt Ihre eigene Gesundheit zu verbessern? (0 = ganz gering; 10 = sehr stark) Welche konkreten Erwartungen / Zielsetzungen verbinden Sie damit?
- Wie groß ist die Motivation, mit dem Projekt die Gesundheit der von Ihnen besuchten Person zu verbessern? (0=ganz gering; 10 = sehr stark) Welche konkreten Erwartungen / Zielsetzungen verbinden Sie damit?
- Wenn Sie diese beiden Motivationen vergleichen: Sind die beiden gleich stark oder welche der beiden ist stärker ausgeprägt?
- Gibt es neben der Gesundheit für Sie noch andere Beweggründe bei diesem Projekt mit zu machen?

- Wenn ja, überwiegen die Gesundheitsmotive oder die anderen?
- Beobachten Sie konkrete Gesundheitsveränderungen seit Ihrem Einstieg in dieses Projekt?
 - Wenn ja, welche Veränderungen haben Sie bemerkt?
 - Stehen diese Veränderungen im direkten Zusammenhang mit dem Projekt?
 - Entsprechen diese Veränderungen Ihrer Erwartung?

Teil 2

- Beobachten Sie bei der von Ihnen besuchten Person eine Veränderung der Gesundheit?
 - Wenn ja, welche Veränderungen haben Sie beobachtet?
 - Wenn ja, wie zufrieden sind Sie damit?
- Sind noch andere Veränderungen beobachtbar (z.B. betreute Person hat mehr Antrieb, mehr Energie)?

Teil 3

- Angenommen dieses Projekt ist erfolgreich: Was trägt dann aus Ihrer Sicht zum Erfolg dieses Projektes bei?
- Sehen Sie einen Vorteil darin, dass dieses Projekt mit Ehrenamtlichen gemacht wird?
 - Wenn ja welchen?
- Würden Sie nochmal an so einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm teilnehmen?
 - Wenn, Nein: Warum nicht?
- Was müsste anders laufen, damit Sie nochmals teilnehmen würden?
- Was könnte verbessert werden, damit alle Beteiligten noch mehr davon profitieren?
- Gibt es etwas, was Sie zu diesem Projekt noch sagen möchten, was bisher nicht erwähnt wurde, Ihnen aber noch wesentlich erscheint?

10.2 Auswertungskategorien

1. **Kategorie:** Allgemeine Information
2. **Kategorie:** Motivationsgründe
3. **Kategorie:** Projektbezogene Veränderungen
4. **Kategorie:** Subjektive Aussagen zum Projekt
5. **Kategorie:** Persönliche Erfahrungen

10.3 Kodierleitfaden

Code	Bedeutung	Ankerbeispiel
G	Die Gesundheitsvorstellungen der Gesundheitspartner und Gesundheitspartnerinnen	<i>„Für mich bedeutet gesundes Leben, dass ich Sport mache, dass ich meine gesunde Ernährung beachte...“.</i>
MG	Motivationsgründe für die Teilnahme an einem ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm	<i>„Das erste ist, dass ich sehr sozial veranlagt bin, ich habe immer schon gerne gegeben. Es macht mir Freude, wenn ich etwas geben kann...“.</i>
MEG	Die Motivation durch die Projektteilnahme die eigene Gesundheit zu verbessern	<i>„Die Motivation war im Sektor Bewegung und Muskelaufbau sehr hoch zu bewerten...“.</i>
MHG	Die Motivation durch das Projekt die Gesundheit der zu betreuenden Person zu verbessern	<i>„Sie möchte oft den zweiten Zirkel nicht durchführen, aber ich kann sie dann so motivieren, dass sie ihn dann macht...“.</i>
MV	Vergleich der Motivation „die eigene Gesundheit zu verbessern“ mit der Motivation „die Gesundheit der zu betreuenden Person zu	<i>„Ich mach da keinen Unterschied, für mich ist das gleich stark. Absolut, weil wir uns sehr mögen...“.</i>

	verbessern“	
ZEE	Zielsetzungen und Erwartung an die Projektteilnahme in Bezug auf die eigene Gesundheit	<i>„Das ich in diesen regelmäßigen Kontrolluntersuchungen eine Verbesserung sehe, das ist meine Erwartungshaltung...“.</i>
ZEH	Zielsetzung und Erwartung an das Projekt in Bezug auf die Gesundheit der zu betreuenden Person	<i>„Dann habe ich gesagt, wenn wir wirklich fleißig üben und sie sich gut fühlt, vielleicht schaffen wir es nur in den Hof hinaus zu gehen...“.</i>
VGE	Veränderungen der Einstellung zu Ernährung und Bewegung seit Projektbeginn	<i>„Man wird immer wieder motiviert, man spricht ja mit der zu betreuenden Person immer wieder über die Ernährung...“.</i>
EGV	Bemerkbare Gesundheitsveränderungen seit Einstieg in das Projekt	<i>„Ich mache in der früh oft die Mobilisationsübungen, diese habe ich davor nicht gemacht. Diese helfen schon, also man kommt in Schwung und ist aufgelockert...“.</i>
ZGV	Vergleich der Erwartungen mit den eingetretenen Veränderungen	<i>„Und es tut mir einfach nichts weh, man kann schon nach dem aufstehen was verbessern, als ältere Person...“.</i>
HGV	Gesundheitsveränderung bei der zu betreuenden Person	<i>„Dass sie mehr trinkt, dass sie vielleicht in der Mobilität besser geworden ist und dass sie ohne Hilfe von einem erhöhten Sitz aufstehen kann...“.</i>
HAV	Allgemeine Veränderungen bei der zu betreuenden Person	<i>„Ja, ihre Augen leuchten immer wenn sie die Tür aufmacht, sie wartet immer schon auf mich...“.</i>
ZVH	Zufriedenheit mit den merkbaren Veränderungen	<i>„Also sie konnte eine Beinübung schon öfter durchführen und darüber waren wir beide dann sehr zufrieden...“.</i>
ZP	Zufriedenheit mit dem bisherigen Projektverlauf	<i>„Was mir gut gefallen hat ist der Aufbau der Studie. Die Informationsabende, der Ablauf der Schulungen...“.</i>

EP	Faktoren, die zum Erfolg des Projektes beitragen	<i>„Die Menschen werden wirklich angesprochen und ihnen wird gezeigt, dass sie was für die Wissenschaft tun, für sich selber und für jemand anders...“.</i>
VE	Vorteile durch die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen	<i>„Jemand der sich freiwillig meldet und seine Zeit zu Verfügung stellt und auch sein menschliches Engagement, der muss einfach hochmotiviert sein...“.</i>
T	Teilnahme an einem weiteren ehrenamtlichen Gesundheitsförderungsprogramm	<i>„Ja, weil es mir Spaß macht und ich die übrige Freizeit habe, die dann auch sinnvoll genutzt wird...“.</i>
SCH	Beurteilung der Schulungen	<i>„Es gibt nichts, was mir nicht gefallen hat. Alles war gut geplant, gut organisiert und verhältnismäßig, ein zentraler Schulungsort...“.</i>
VV	Verbesserungsvorschläge, für mehr Profit aller Beteiligten	<i>„Ja das ist natürlich jedem selber überlassen, wie ernst er das nimmt und wie sehr er das dann auch für sich zuhause durchführt...“.</i>
ATM	Aktuelle Motivation, die sie dazu bewegen weiter an diesem Projekt teilzunehmen	<i>„Wenn meine Dame möchte, dass ich sie weiter besuche, dann möchte ich das auf jeden Fall...“.</i>
A	Anmerkungen	<i>„Das sind so hochbetagte Menschen, wie ich in der Gruppe höre. Ich kann mir nicht vorstellen, dass diese alleine weiter machen...“.</i>
EB	Erster Besuch	<i>„Ich war natürlich ein bisschen aufgeregt. Ich mache zwar ehrenamtliche Tätigkeiten bei der Caritas, da bin ich aber im Pflegeheim, das ist ein anderes Umfeld...“.</i>
S	Schwierigkeiten	<i>„Schwierig war es für mich nicht, es war nur sehr viel an Eindrücken auf einmal...“.</i>
WB	Weitere Besuche	<i>„Nein, keine Schwierigkeiten. Ab dem zweiten Mal, sagte sie mir auch öfters, dass mich der liebe Gott geschenkt hat...“.</i>
W	Wahrnehmung durch die zu betreuende Person	<i>„Ich nehme an, dass sie sich freut, wenn ich komme, das sagt sie auch immer...“.</i>

U	Unterstützung, die durch die Gesundheitsbuddies an die zu betreuenden Personen bereitgestellt wird	<i>„Da habe ich sie auch mit ihrer Salbe eingerieben, also so kleine Dinge, die auch nicht das Projekt betreffen, habe ich auch gemacht...“.</i>
---	--	--

11. Curriculum Vitae

Schulbildung

1999 – 2007	Bundesgymnasium und -realgymnasium „Bertha von Suttner“- Schulschiff, Wien 21
1995 – 1999	Volksschule

Studium

SS 2013 – Heute	Master of Science (Msc.), Masterstudium der Ernährungswissenschaften, Universität Wien
WS 2007 – SS 2012	Bakkalaurea der Naturwissenschaften (Bakk. rer. nat.) Bakkalaureatsstudium der Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften, Universität Wien

Berufliche Erfahrungen

2014 – 2015	Mitarbeit im Rahmen der Masterarbeit bei der Studie: “Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay „buddies“ Medizinische Universität Wien, Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, Wien
2013	Praktikum beim Wiener Programm für Frauengesundheit, MA 15, Wien
2012 – 2013	Verkaufsberaterin beim Schmuckrausch, Schmuckrausch GmbH, Wien
2011 – 2012	Ernährungs- und Trainingsberaterin bei Mrs. Sporty, Mrs. Sporty Club Donaustadt, Wien
2007 – 2011	Verkaufsberaterin bei Hennes & Mauritz, H&M Hennes & Mauritz GmbH

Publikation

2015	Köpruner, S; Dorner, TE; Schindler, K E. Die Gesundheitsvorstellungen von Personen ab 50 Jahren, die sich ehrenamtlich in einem Gesundheits-
------	--

förderungsprogramm für hochbetagte Menschen engagieren.

In: Dorner TE (Hrsg.). Unstoppable Public Health – Denken über Grenzen hinweg. Abstractband zur 18. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health; MAY 28-29, 2015; St. Pölten, AUSTRIA. Seite 57.
ISBN: 978-3-200-04106-6

Sonstige Qualifikationen

Muttersprache: Deutsch

Sprachkenntnisse: Englisch gut

Französisch durchschnittlich

EDV-Kenntnisse:

MS-Office (insbesondere MS Word, MS Excel, MS PowerPoint), SPSS-Basiskurs