



Auf gesunde Nachbarschaft!

Endbericht zur Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“

Schwerpunkt SeniorInnen

Projektphase II. (2015-2017)

finanziert durch den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

Aspernbrückengasse 2A, A-1020 Wien

Bericht der Externen Evaluation



Institut für Soziologie & Postgraduate Center

Katharina Resch, Anna Wanka, Anna Fassel, Franz Kolland, Christina Weißenböck, Julia Pintsuk-Christof

Wien, 11.5.2018



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Management Summary | 3 |
| 1. Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ | 6 |
| 1.1. Ziele und Strukturen der Initiative | 6 |
| 1.2. Vorstellung der Projekte – Schwerpunkt SeniorInnen | 7 |
| 2. Eckdaten zur Evaluation | 11 |
| 2.1. Evaluationskriterien | 11 |
| 2.2. Evaluationsmethoden | 13 |
| 2.2.1. Literaturrecherche..... | 13 |
| 2.2.2. Dokumentenanalyse..... | 13 |
| 2.2.3. Workshops mit den Projektteams vor Ort..... | 13 |
| 2.2.4. Interviews mit den ProjektleiterInnen..... | 14 |
| 2.2.5. Quantitative Befragung der älteren TeilnehmerInnen..... | 14 |
| 2.2.6. Qualitative Befragung der TeilnehmerInnen..... | 15 |
| 2.2.7. Teilnehmende Beobachtung | 15 |
| 2.2.8. Fokusgruppen zur Nachhaltigkeit..... | 16 |
| 3. Evaluationsergebnisse..... | 17 |
| 3.1. Erreichung der Zielgruppen | 17 |
| 3.1.1. Quantitative Daten zur Zielgruppenerreichung | 17 |
| 3.1.2. Erreichung von älteren Frauen und Männern | 22 |
| 3.1.3. Nicht-Erreichung von Älteren..... | 26 |
| 3.2. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit..... | 26 |
| 3.3. Setting und Zugänglichkeit | 28 |
| 3.4. Soziale Teilhabe und Grad der sozialen Unterstützung | 29 |
| 3.5. Vergleichbare Methodik..... | 32 |
| 3.6. Stärkere Netzwerke und Nachbarschaften | 36 |
| 3.7. Nachhaltigkeit der Projekte | 38 |
| 3.7.1. Aus Sicht der ProjektleiterInnen | 38 |
| 3.7.2. Aus Sicht der Fokusgruppen | 40 |
| 3.8. Lessons Learned aus der Initiative | 42 |
| 4. Fazit und künftige Fragestellungen..... | 46 |
| 5. Literaturangaben..... | 47 |
| 6. Datenbasis der Evaluation..... | 49 |
| 7. Kontakt zum Evaluationsteam | 52 |

Management Summary

Soziale Teilhabe im Alter

Soziale Teilhabe ist über die gesamte Lebensspanne hinweg ein wichtiger Aspekt des Zusammenlebens innerhalb der Gesellschaft. Einen besonderen Stellenwert nimmt diese aber – unter anderem durch den Austritt aus der Erwerbstätigkeit – im Alter ein (Simonson et al. 2013). Der Zugang zu sozialen Kontakten ermöglicht es älteren Menschen, auch im Alter ein produktives, sinnstiftendes und sozial erfülltes Leben zu führen (Cannuscio et al. 2003). Gerade im höheren Alter kann sich der Mobilitätsradius einschränken und die unmittelbare Wohnumgebung – die Nachbarschaft – für soziale Beziehungen an Bedeutung gewinnen.

Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“

Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ hat es in der Projektphase II (2015-2017) mithilfe von bundesweit fünf geförderten Projekten für ältere Menschen ermöglicht, die soziale Teilhabe von Älteren in der Nachbarschaft zu stärken und diese zu mobilisieren. In den fünf Projekten konnten mehr als 13.800 ältere Personen erreicht werden (vom FGÖ zur Verfügung gestellte Auswertung der Angaben zur Anzahl der erreichten Zielgruppe in den Controlling- und Endberichten sowie Projektwebsites)¹. Die Initiative wurde vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) finanziert und von der Universität Wien evaluiert. Mittels gesundheitsfördernder Angebote haben die Projektträgerorganisationen Anreize geschaffen, die die Potentiale Ältere fördern. So wurden in Niederösterreich beispielsweise gemeinsame Mittagstische im Wirtshaus angeboten, in Wien wurde ein alle zwei Wochen stattfindendes „Café Aktiv“ mit älteren Menschen im Nachbarschaftszentrum initiiert und in Graz trafen sich ältere BewohnerInnen wöchentlich zum „50+ Treff“ im Stadtteilzentrum. Die gesundheitsfördernden und sozialen Aktivitäten fanden fernab von politischen Zuordnungen statt, d.h. alle Älteren konnten teilnehmen und es gab keine Teilnahmevoraussetzungen – „man muss nichts können“ (Niederschwelligkeit).

Erreichte Zielgruppen

In den bundesweit fünf Projekten konnten ältere Personen erreicht werden, die durchschnittlich ca. 70 Jahre alt waren. Etwa drei Viertel der Teilnehmenden waren Frauen (78%) und ein Viertel Männer (22%). 76% befanden sich in Alterspension und 13% in Berufsunfähigkeitspension.

Die teilnehmenden Frauen verfügten tendenziell über einen geringeren Bildungsabschluss als die teilnehmenden Männer. Es konnten mehr als 13% Prozent derer erreicht werden, die als sozial benachteiligt gelten. Etwa ein Drittel der Älteren hatte einige bis große Schwierigkeiten, mit ihrer Pension auszukommen. Die erreichten Personen in der Steiermark hatten die größten Schwierigkeiten, mit ihrem Geld auszukommen – 64%. Die meisten Personen (knapp 50%) lebten alleine und hatten eingeschränkte Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe.

Insgesamt vermissten es 37% zu Beginn, Menschen im Alltag um sich zu haben.

Gesunde Nachbarschaften

Stadtteile und Gemeinden zählen zum zentralen Setting der Gesundheitsförderung für ältere Menschen – somit auch die Nachbarschaft. Die Anreise zu den Aktivitäten der fünf kommunalen Gesundheitsförderungsprojekte erfolgte im städtischen Raum zu Fuß und im ländlichen Raum

¹ Der Zählmodus der Teilnehmenden unterschied sich bei den fünf Projekten.

mittels PKW. Gesunde Nachbarschaft stellen ein offenes Konzept dar und bezogen sich am Land auf mehrere benachbarte Ortschaften und in der Stadt auf einen engeren Sozialraum, wie etwa ein Viertel, ein Grätzel oder einen Bezirk. Indem Sozialräume als veränderlich betrachtet wurden, konnten Ältere aktiv bei der (Mit-)Gestaltung ihrer Nachbarschaften unterstützen und diese gestalten. Beteiligungsmöglichkeiten sind durchgehend differenziert betrachtet worden – viele Teilnehmende haben eine Veränderung von einer passiven (Konsum)Haltung zu einer aktiven, ressourcenorientierten Beteiligung vollzogen. Die Möglichkeit der Freiwilligenarbeit im Rahmen der Projekte hat den Teilnehmenden neue soziale Rollen ermöglicht und in diesem Sinne ggesundheitfördernde Folgen für sie und ihre unmittelbare Nachbarschaft. Es zeigte sich außerdem, dass bei Projekten, in denen eher das Zusammenkommen und die Gemeinschaft im Fokus standen, das Zusammengehörigkeitsgefühl der Teilnehmenden untereinander besonders gestärkt wurde. Die optimale Dauer der einzelnen Projektaktivitäten wurde mit etwa eineinhalb Stunden angegeben.

Soziale Teilhabe

59% der älteren Teilnehmenden sagen aus, durch die Projektaktivitäten von „Auf gesunde Nachbarschaft!“ neue Menschen kennen gelernt zu haben. 41% geben an, dass sie Kontakte zu bekannten Personen intensiviert haben und sich mit der Nachbarschaft stärker verbunden fühlen.

Intersektoraler Mehrwert der Initiative

Der Mehrwert der Projekte lag u.a. in der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsförderung und Stadtteilarbeit/Regionalentwicklung, die dazu geführt hat, dass alle Beteiligten Wissen aus dem jeweils anderen Bereich aufbauen konnten und Schnittstellen erkannt wurden. Dadurch wurde organisationales Lernen vorangetrieben und die Gesundheitsförderung konnte in Institutionen Eingang finden, die vorher eher aus der kommunalen Arbeit stammten. Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ hat es ermöglicht, dass diese Sektoren – die Gesundheitsförderung, die Stadtteilarbeit/Regionalentwicklung sowie Einrichtungen der Beratung und Betreuung für ältere Menschen – zum ersten Mal in formalen Partnerschaften zusammengearbeitet und voneinander nachhaltig lernen konnten.

Lessons Learned

Aus der Evaluation der Projekte der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ lassen sich zehn konkrete Lessons Learned ableiten:

1. Die Projekte erreichen eher ältere Frauen. Maßnahmen zur gezielten Ansprache von älteren Männern würden Gesundheitsförderungsprojekte in Zukunft unterstützen.
2. Die Kontakt- und Aufbauphase des Projekts braucht Zeit.
3. Es muss ein regelmäßiges Angebot geschaffen werden, das der Zielgruppe bekannt ist, und wenn möglich ein Minimalangebot, das auch nach Projektende aufrechterhalten werden kann.
4. Gesundheitskompetenz sollte an die informellen, non-formalen und formalen Bildungserfahrungen der erreichten Personen angepasst werden und unter Umständen niederschwellig angelegt sein.
5. Neue soziale Rollen müssen geübt werden. Es gibt eine Vielzahl an passiven und aktiven Rollen, die Ältere in Projekten eingenommen haben.
6. Die Projekte verdanken ihren Erfolg u.a. dem persönlichen Einsatz und dem Engagement von ProjektmitarbeiterInnen und älteren Freiwilligen.

7. Nachbarschaften sind sehr unterschiedlich wahrgenommene und erlebte Sozialräume und erfolgreiche Projekte passen sich diesen Gegebenheiten an.
8. Die begleitende Evaluation sowie die projektübergreifenden Vernetzungstreffen wurden als positiver „Blick von außen“ und als Perspektivenwechsel wahrgenommen.
9. Gerade für sozial benachteiligte Zielgruppen steigt die Bedeutung von konsumfreien Räumen für Projektaktivitäten.
10. Nachbarschaftsbezogene Projekte können die Beziehungen stärken.

1. Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“

1.1. Ziele und Strukturen der Initiative

Im Herbst 2012 rief der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“² ins Leben. Diese zielt darauf ab, auf den Zusammenhang zwischen Nachbarschaft und Gesundheit bei MultiplikatorInnen, AkteurInnen und der allgemeinen Bevölkerung hinzuweisen und zur Entwicklung von Nachbarschaftsaktivitäten und -initiativen anzuregen. In einer ersten Projektphase (2012-2014) wurden in zwei Modellregionen nachbarschaftliche Initiativen in Form von Mikro-Projekten gefördert.

Die zweite und hier evaluierte Projektphase (2015-2017) legt den Fokus auf kommunale Projekte für die Zielgruppen „ältere Menschen“ sowie „Schwangere und Familien mit Kleinkindern“. Bei diesen Zielgruppen wird vermutet, dass für diese soziale Unterstützung und Förderung der sozialen Teilhabe besonders wichtig sind. Die Schwerpunkte der Projektphase II lagen daher in der Förderung kommunaler Projekte, die auf die soziale Teilhabe und soziale Unterstützung der Zielgruppen fokussierten. In dieser Projektphase wurden Projekte gefördert, die zur Erreichung folgender Ziele beitragen:

- gesundheitsfördernde Nachbarschaftsaktivitäten in Gemeinden und Stadtteilen anregen, fördern und sichtbarmachen;
- bei EntscheidungsträgerInnen und MultiplikatorInnen im kommunalen Setting das Bewusstsein für die gesundheitliche Bedeutung von sozialen Beziehungen, sozialer Teilhabe und von sozialem Zusammenhalt fördern;
- sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in Nachbarschaften einbinden und erreichen;
- Strukturen nutzen und schaffen, die die Vernetzung und das Voneinander-Lernen aller AkteurInnen ermöglichen;
- die intersektorale Zusammenarbeit, insbesondere die Zusammenarbeit von Sozial- und Gesundheitsförderungseinrichtungen, zum Thema „gesunde Nachbarschaft“ fördern und
- die Öffentlichkeit über den Zusammenhang von unterstützenden Nachbarschaften und Gesundheit informieren.

Voraussetzung für die Förderung der Projekte war, dass diese von „Tandems“ eingereicht wurden. Es wurde also explizit darauf geachtet, dass mindestens zwei Organisationen zusammenarbeiten, die einerseits Erfahrung in der Gesundheitsförderung in der Kommune (Setting) und andererseits bereits Kontakt zur Zielgruppe hat. Die Projektanträge mussten außerdem den Grundprinzipien und Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung entsprechen und die jeweilige Zielgruppe ansprechen.

In der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wurden in der Projektphase II (2015-2017) insgesamt elf gesundheitsfördernde Projekte genehmigt und umgesetzt. Sechs Projekte entfallen auf

² www.gesunde-nachbarschaft.at

den Zielgruppenschwerpunkt „Schwangere und Familien mit Kleinkindern“, die von prospect Unternehmensberatung evaluiert wurden; fünf Projekte zielen auf SeniorInnen ab, die von der Universität Wien evaluiert wurden.

- Die sechs Familienprojekte wurden in den folgenden Bundesländern umgesetzt: Niederösterreich, Wien, Steiermark (2 Projekte), Vorarlberg und Oberösterreich
- Die fünf SeniorInnenprojekte wurden in den folgenden Bundesländern umgesetzt: Niederösterreich, Wien, Steiermark, Burgenland, und Salzburg

In Kärnten und Tirol wurden keine Projekte gefördert.

Die elf Leitprojekte wurden nicht nur finanziell, sondern auch auf andere Art und Weise unterstützt. Zu den Begleitmaßnahmen zählten Umsetzungsunterstützungen in der Form von Vernetzungstreffen, Informationsweitergabe sowie Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit. Für die MultiplikatorInnen und EntscheidungsträgerInnen im Projekt wurden Fortbildungen, Vorträge und fachliche Workshops sowie Medien und Materialien angeboten. Die Bevölkerung wurde beispielsweise durch die Präsenz bei Veranstaltungen wie der Freiwilligenmesse sowie umfassende Öffentlichkeitsarbeit über die Anliegen der Initiative informiert (Rohrauer-Näf, Krappinger 2017).

1.2. Vorstellung der Projekte – Schwerpunkt SeniorInnen

Im Rahmen der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wurden fünf Projekte in Salzburg, Niederösterreich, der Steiermark, Wien und dem Burgenland evaluiert. Diese wurden unabhängig voneinander jedoch unter denselben Rahmen- und Förderbedingungen durchgeführt und boten unterschiedliche Aktivitäten und gesundheitsfördernden Angebote an. Gemeinsam war ihnen, dass sich alle diese Projekte an Ältere in kommunalen Settings richteten. Die folgenden Projektsteckbriefe sowie Tabelle 1 geben einen Überblick über diese.

AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig

Im Salzburger Projekt wurden sowohl städtische als auch ländliche Settings bedient. In drei Projektgemeinden im Land Salzburg (Bischofshofen, Werfen und Radstadt) sowie in drei Stadtteilen von Salzburg (Lehen, Taxham und Salzburg Süd) wurden Projektaktivitäten angeboten. Die Projektlaufzeit war mit 36 Monaten (1. Juli 2015 bis 30. Juni 2018) am längsten. Das Projekt wurde in Kooperation vom Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg (AVOS) und dem Hilfswerk Salzburg umgesetzt. Mit dem Projekt sollten im urbanen Setting unter anderem die fehlende Einbindung sozial Benachteiligter in die Nachbarschaft und die fehlenden Zugänge zu gesundheitsförderlichen Angeboten, insbesondere für die Gruppe bildungsfernerer Älterer, verbessert werden. Im ruralen Gebiet standen vor allem die Themen Isolation und Vereinsamung aufgrund von Zersiedelung im Fokus. Zu Projektbeginn wurde eine Erhebung der Wünsche und Bedarfe der Zielgruppe durchgeführt. Die Projektaktivitäten wurden in der Folge gemeinsam mit der Zielgruppe partizipativ entwickelt. Ziel war es, möglichst nahe an den Bedürfnissen der Zielgruppe zu arbeiten. Im Rahmen des Projektes wurden MultiplikatorInnen, d.h. aktive SeniorInnen, die ausreichend mobil waren, im Rahmen von Schulungen zur Planung und Durchführung konkreter Projektaktivitäten qualifiziert. Unter anderem wurden folgende Projektaktivitäten umgesetzt: Kochkurse, EDV-Schulungen, Bewegungseinheiten, die auf Ältere abgestimmt sind, Vorträge zu Ge-

sundheitsthemen, Gedächtnistraining und weitere gesellige Aktivitäten. Außerdem wurden Vernetzungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung älterer Menschen innerhalb der kommunalen Settings der Projektgemeinden/Stadtteilen sowie räumlich übergreifende Aktivitäten initiiert.

MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen

Bei diesem Projekt in Niederösterreich standen sowohl das gemeinsame Essen als auch das gesellige Zusammensein im Vordergrund. In allen 13 Kernlandgemeinden in Niederösterreich wurde jeweils eine Kooperation mit einem Gasthaus eingegangen, in dem dann jeweils zwei Mal im Monat ein Mittagsmenü, bestehend aus Suppe und Hauptgericht, zu moderaten Preisen angeboten wurde. Damit sollten Menschen ab 50 Jahren angesprochen und ein Anlass geschaffen werden, um in der Region mobil zu werden und in Gemeinschaft zu treten. Nach dem Essen wurde ein geselliges Beisammensein veranstaltet, bei dem gespielt oder geplaudert und Vorträge angeboten wurden. Bei jedem Mittagessen war zumindest ein Gastgeber oder eine Gastgeberin anwesend, der oder die die Gäste begrüßte und die Aktivität nach dem gemeinsamen Mittagessen plante. Dabei handelte es sich um aktive SeniorInnen aus der Zielgruppe, die vom Projektteam zur eigenständigen Umsetzung von Aktivitäten motiviert und bei deren Durchführung vom Projektteam unterstützt wurden. Darüber hinaus boten GastgeberInnen-Treffen die Möglichkeit, Erfahrungen über das neue freiwillige Engagement untereinander auszutauschen und voneinander zu lernen. Für die Umsetzung bildeten der Verein Waldviertler Kernland und die NÖ.Regional.GmbH eine Arbeitsgemeinschaft, die ARGE Senioren Mobil. Die Projektlaufzeit betrug 21 Monate (1. Juli 2015 bis 31. März 2017).

GENA – In Gemeinschaft Älter Werden

In der steirischen Landeshauptstadt Graz kooperierten das Frauengesundheitszentrum Graz und der Verein Illusions mit dem Koordinationsbüro des Stadtteilzentrum Triester Viertel und gründeten die Arbeitsgemeinschaft ARGE Gesunde Nachbarschaft – In Gemeinschaft älter werden. Die Projektlaufzeit betrug 21 Monate (1. September 2015 bis 31. Mai 2017). Ziele des Projektes waren die Förderung von niederschweligen gesundheitsfördernden Angeboten im Triester Viertel sowie der Austausch zwischen BewohnerInnen des benachteiligten Stadtteils. Zu Projektbeginn wurden im Rahmen einer Bedarfserhebung Wünsche und Vorstellungen der Zielgruppe, d.h. von BewohnerInnen 50+ sowie weiteren relevanten AkteurInnen im Stadtteil Triester erhoben. Im Fokus der Projektaktivitäten stand ein 14-tägig stattfindender „50+ Treff“ im Stadtteilzentrum Triester Straße, der sowohl Raum für informelles Zusammensein als auch Möglichkeiten zur Information über Gesundheitsthemen bot. Insgesamt konnten fünf Kleinprojekte mit älteren Freiwilligen aus der Zielgruppe erarbeitet und umgesetzt werden. In diesen Kleinprojekten wurden unterschiedliche Aktivitäten partizipativ umgesetzt. So wurden beispielsweise eine wöchentliche Bewegungsgruppe und monatliche Workshops zu kreativem Arbeiten ins Leben gerufen. Außerdem nutzen die Initiatorinnen die aufsuchende Arbeit, um wenig mobile und isolierte Menschen gezielt zu unterstützen. Im Rahmen des Projektes konnte eine intensive Vernetzung mit anderen Siedlungszentren, Initiativen, Organisationen und Netzwerken erreicht werden. Ende April 2017 wurde außerdem eine Stadtteilkonferenz mit dem Fokus auf Gesundheit(sförderung) organisiert.

AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus

Im 15. Wiener Gemeindebezirk wurde im Nachbarschaftszentrum 15 des Wiener Hilfswerks ein Projekt für ältere BewohnerInnen ins Leben gerufen. Zu diesem Zweck wurde die Arbeitsgemeinschaft ARGE AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus (Wiener Hilfswerk und Wiener Sozialdienste) gegründet. Die Projektzeit war mit 20 Monaten (15. März 2016 – 15. November 2017)

die kürzeste. Im Rahmen des Projektes sollten AktivlotsInnen ausgebildet werden, die ehrenamtlich mit anderen SeniorInnen über Gesundheit im Rahmen von „Gesundheitsparties“ sprechen. Ziel des Projektes war es, Personen, die durch übliche Gesundheitsmaßnahmen nicht oder nur schwer erreicht werden, bei der Wahrnehmung und Stärkung ihrer Eigenpotentiale zu unterstützen und das Einnehmen neuer sozialer Rollen in Gruppenangeboten zu ermöglichen. Vor allem die Beziehungen zu unmittelbaren NachbarInnen und anderen Personen im Bezirk sollten gestärkt werden. Die Zielgruppe wurde vor allem durch aufsuchende Arbeit und mit niederschwelligen Aktivitäten und Angeboten erreicht. Besonders hervorzuheben ist der Einsatz muttersprachlicher Projektmitarbeiterinnen. Die Projektangebote wurden in einem partizipativen Prozess entwickelt. So konnte die Zielgruppe Inhalte und Aktivitäten selbst (mit-)bestimmen. Zweimal wöchentlich wurde außerdem das „Café Aktiv“ im Nachbarschaftszentrum 15 angeboten. In diesem Rahmen lernten sich die Teile der Zielgruppe auf niederschwellige Art und Weise kennen und es entstand ein familiäres Gefühl bei den Teilnehmenden. Des Weiteren wurden Aktivitäten im privaten Setting sowie Ausflüge und Exkursionen innerhalb Wiens realisiert, die das Selbstbewusstsein der Zielgruppe stärkten.

Gemeinsam gesund alt werden

Im Bezirk Oberwart im Südburgenland wurden in acht Gemeinden (Oberwart, Pinkafeld, Bernstein, Bad Tatzmannsdorf, Litzelsdorf, Oberschützen, Rechnitz, Wolfau) Projektaktivitäten initiiert. Umgesetzt wurden diese von den burgenländischen Zweigstellen der Volkshilfe und dem Hilfswerk. Wissenschaftlich begleitet und koordiniert wurde das Projekt von der Forschung Burgenland GmbH. Die Laufzeit der Projektaktivitäten betrug 21 Monate (1. Juli 2015 – 31. März 2017). Im Fokus des Projektes standen die Stärkung der sozialen Teilhabe sowie die Förderung bestehender Gesundheitsressourcen. Vor Projektbeginn wurden leitfadengestützte Interviews mit kommunalen EntscheidungsträgerInnen geführt, um die personellen, räumlichen und strukturellen Ressourcen von Beginn an festzustellen und bestmöglich nutzen zu können. Die Angebote wurden partizipativ in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe entwickelt. Umgesetzt wurden beispielsweise Bewegungsangebote in der Gruppe, Kochkurse, Vorträge oder geselliges Beisammensein im Rahmen von Spiele- und Tanznachmittagen. Zu Projektende wurde für jede Projektgemeinde eine Mappe erstellt, in der relevante Informationen für die Zielgruppe gesammelt wurden. Diese liegt jeweils in den Gemeinden auf und soll zur Information für die Zielgruppe dienen. Des Weiteren wurden ein Fragebogen zur Messung des Sozialkapitals sowie ein Leitfaden zum Aufbau eines inter-/intraorganisationalen Netzwerks erstellt. Zu den Zielen der Projektaktivitäten zählte die Schaffung nachhaltiger sozialer sowie finanzieller und struktureller Ressourcen. Zu diesem Zweck wurde von allen Gemeinden eine „Nachhaltigkeitscharta“ unterzeichnet.

Tab. 1: Evaluierte Projekte

| Nr. | Projektname | Bundesland | Settingansatz | Zielgruppen | Ziele / Fokus |
|-----|--|------------------|--|---|--|
| 1 | AuGeN auf – auf gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig | Salzburg | 3 Gemeinden im Pongau und 3 Stadtteile in Salzburg | <ul style="list-style-type: none"> - Ältere Menschen 61 bis 75 Jahre - Menschen mit Pflege- und Betreuungspflichten - Alleinstehende Menschen | <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit - Förderung gesunder Nachbarschaft durch Vernetzung von AkteurInnen |
| 2 | MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen | Niederösterreich | 13 Gemeinden im Waldviertel, Bezirk Zwettl | <ul style="list-style-type: none"> - Ältere Menschen ab 61 Jahren | <ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von fixen Treffpunkten in Gasthäusern - Förderung von gesunder und ortsübergreifender Nachbarschaft - Aufbau eines freiwilligen GastgeberInnen-Netzwerks |
| 3 | GENA In Gemeinschaft Älter Werden | Steiermark | Stadt Graz, 5. Bezirk | <ul style="list-style-type: none"> - Ältere Menschen 61 bis 75 Jahre - Ältere Menschen 50+ mit Unterstützungsbedarf | <ul style="list-style-type: none"> - Ü50 Treffs im Triesterviertel - Nachbarschaftliche Strukturen im Triesterviertel stärken - Umsetzung von partizipativen Kleinprojekten |
| 4 | AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus | Wien | Stadt Wien, 15. Bezirk | <ul style="list-style-type: none"> - Ältere Menschen 61 bis 75 Jahre - Menschen mit niedrigem Einkommen und Bildungsstand - Menschen mit Migrationshintergrund | <ul style="list-style-type: none"> - Ehrenamtliche AktivlotsInnen mit Aktivierungsangeboten - Soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit - Förderung gesunder Nachbarschaft mit Gesundheitsparties |
| 5 | Gemeinsam gesund alt werden | Burgenland | 8 Gemeinden im Bezirk Oberwart | <ul style="list-style-type: none"> - Ältere Menschen ab 61 Jahren | <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Teilhabe - Nachhaltige Einbindung der Gemeinden |

Während die fünf evaluierten Projekte eine ähnliche Ziel- und Altersgruppe anvisierten, wurden dennoch unterschiedliche Projektschwerpunkte gesetzt. Die kalendarische Altersgrenze von 60+ Jahren wurde als weiche Grenze definiert und orientierte sich in erster Linie am Unterstützungsbedarf der TeilnehmerInnen. In der Steiermark wurden etwa auch schon Menschen über 50 Jahren mit Unterstützungsbedarf zur Zielgruppe gezählt. In Wien wurden dezidiert Menschen mit geringem sozioökonomischem Status sowie Menschen mit Migrationshintergrund angesprochen. In Salzburg zählten auch pflegende Angehörige zur Projektzielgruppe.

In allen Projekten konnten bei der Analyse der Projektanträge partizipative Elemente gefunden werden. Im Burgenland, der Steiermark, Niederösterreich und Salzburg standen zu Beginn des Projektes jeweils Bedarfserhebungen, um die Wünsche und Vorstellungen der Zielgruppe in den Projektaktivitäten bestmöglich berücksichtigen zu können. Die fünf Projekte arbeiteten darüber hinaus mit älteren MultiplikatorInnen, die aus der Zielgruppe heraus rekrutiert wurden. Diese sollten im weiteren Projektverlauf Planungs- und Umsetzungsaufgaben übernehmen.

In jedem der fünf Projekte arbeiteten zumindest zwei, im Fall des Burgenlands drei, Organisationen zusammen. Somit arbeiteten Organisationen, Vereine und Institutionen aus der kommunalen Arbeit (Regionalentwicklung, Stadtteilarbeit sowie Einrichtungen der Beratung und Betreuung für ältere Menschen) mit Gesundheitsförderungseinrichtungen zusammen, was Synergien und gegenseitige Lernprozesse hervorbrachte.

Bei den Zielen der fünf Projekte stehen die Themen Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe klar im Fokus. Es fällt auf, dass die Schwerpunkte hier zwischen den Projekten variieren. Während im niederösterreichischen Projekt „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“ das Hauptaugenmerk vor allem auf dem Entstehen neuer Kontakte in der Region gelegt wurde, steht im steirischen Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten im Stadtteil Triester stärker im Fokus. Dennoch spielten bei allen fünf Projekten sowohl die Gesundheitsförderung, die Stärkung der Nachbarschaften als auch der Netzwerke der TeilnehmerInnen eine wichtige Rolle.

Die Start- und Endzeitpunkte der fünf Projekte waren größtenteils nicht ident. Das erschwerte das parallele Evaluieren der Projektfortschritte. Daraus erklärt sich auch, dass die Erhebungszeitpunkte (siehe Kapitel 6) bei den einzelnen Projekten unterschiedlich gewählt werden mussten.

2. Eckdaten zur Evaluation

Die Evaluation der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wurde von der Universität Wien von einem Team von SoziologInnen aus der Altersforschung über den gesamten Projektzeitraum durchgeführt. Es wurden unterschiedliche Erhebungsmethoden im Sinne der Datentriangulation eingesetzt, unter anderem ExpertInneninterviews mit den ProjektleiterInnen aller Projekte, Fokusgruppen mit Älteren sowie eine standardisierte, quantitative Befragung der älteren Teilnehmenden. Ausgewertet wurden die erhobenen Daten beispielsweise themenanalytisch und mit statistischen Methoden. Eine detaillierte Darstellung aller Erhebungen befindet sich im Kapitel 6 dieses Berichts. In diesem Kapitel werden die einzelnen Evaluationsschritte dargestellt, die schlussendlich zur Datengrundlage für die Auswertung der Ergebnisse führten. Darüber hinaus stand das Evaluationsteam in engem Austausch mit dem Fördergeber und nahm in regelmäßigen Abständen an Vernetzungs- und Austauschtreffen der fünf evaluierten Projekte mit dem Fonds Gesundes Österreich teil.

2.1. Evaluationskriterien

Die Evaluation arbeitet mit folgenden **Evaluationskriterien** – aufbauend auf dem primären Ziel der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“:

Tab. 2. Evaluationskriterien

| Kriterien | Evaluationskriterien im Detail |
|--|---|
| 1. Erreichung der Zielgruppe der SeniorInnen | <ul style="list-style-type: none"> - Art der Erreichung der Zielgruppe (Hausbesuche, Aushänge, Kurse, ...) und Unterschiede zwischen den Projekten in Ansätzen und Methoden der Zielgruppenerreichung - Vielfalt der Zielgruppe (junge, ältere Alte, immobile Ältere, bildungsferne Ältere, männliche Ältere, etc.) - Bedürfnisorientierung der Maßnahmen - Gründe für die Nicht-Erreichung der Zielgruppen |
| 2. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit | <ul style="list-style-type: none"> - Grad der Berücksichtigung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in der Konzeption und Umsetzung der Projekte - Erklärungsmodelle für etwaige Differenzen durch die ProjektleiterInnen |
| 3. Setting und Zugänglichkeit | <ul style="list-style-type: none"> - Definition des kommunalen Settings (urban/rural) - Räumliche und soziale Zugänglichkeit zu Angeboten - Grad der Einbindung unterschiedlicher Beteiligter auf Gemeinde-, Bezirksebene/Stadt (AkteurInnen im Setting) - Bedürfnisorientierung bei Fahrkosten und Fahrtzeiten |
| 4. Umsetzung der sozialen Teilhabe | <ul style="list-style-type: none"> - Identifikation der unterschiedlichen Strategien zur Stärkung der sozialen Teilhabe bzw. der sozialen Unterstützung älterer Menschen - Maßnahmenumsetzung in den Bereichen Aktives Altern und Gesundes Altern - Aktive und passive Rollen in sozialen Gruppen |
| 5. Vergleichbare Methodik | <ul style="list-style-type: none"> - Methoden und methodische Designs/Zugänge der fünf Projekte - Epistemologische Vorstellungen - Eingesetzte Methoden und deren Einflussfaktoren auf die Gesundheit und soziale Teilhabe |
| 6. Stärkere Netzwerke und Nachbarschaften | <ul style="list-style-type: none"> - Subjektives Erleben der Nachbarschaft, Bedürfnisse und Vertrauen - Art und Ruf der Trägerorganisationen/Tandems - Nutzung, Stärkung oder Etablierung von Strukturen, Kooperationen und Netzwerken in den beteiligten Regionen/Gemeinden/Stadtteilen - Nachhaltigkeit der Netzwerke und Angebote |
| 7. Nachhaltigkeit | <ul style="list-style-type: none"> - Grad der politischen Unterstützung im kommunalen Setting - Grad der Übertragbarkeit auf andere Kontexte, Bundesländer etc. - Grad der Verankerung in der Nachbarschaft/im Setting - Kontinuität von Personal, aufgebauten Netzwerken und Sicherung einer dauerhaften Finanzierung |
| 8. Lessons Learned | <ul style="list-style-type: none"> - Lernerfahrungen der fünf Projekte aus der Umsetzungsphase - Weiterverwertung und Transfer dieser Lernerfahrungen in der weiteren Arbeit des FGÖ, der ProjektpartnerInnen und anderer AkteurInnen |

2.2. Evaluationsmethoden

Die folgenden Kapitel geben einen Überblick über die eingesetzten Evaluationsmethoden. Eine detaillierte Liste der Termine, zu denen die jeweiligen Erhebungen stattgefunden haben, finden sich in Kapitel 6 dieses Endberichts.

2.2.1. Literaturrecherche

Am Beginn der Evaluation wurde eine gründliche Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wurden einerseits Definitionen von zentralen Begriffen wie sozialer Teilhabe und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit recherchiert sowie bestehende Fragebögen für die Entwicklung der Erhebungsinstrumente recherchiert.

2.2.2. Dokumentenanalyse

Im Oktober und November 2015 hat das Evaluationsteam die Projektanträge, die die jeweiligen Umsetzenden beim Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) eingereicht hatten, analysiert. Dies verschaffte einen ersten, komprimierten Überblick über alle fünf zu evaluierenden Projekte. Ergebnis dieser Arbeit war, dass die zugrundeliegenden Annahmen der Projekte jeweils als Modell dargestellt wurden. Die Ergebnisse der Analyse wurden in der Folge in der Vorbereitung der Kick-Off-Workshops mit den Projektteams (vgl. Kapitel 2.2.3) berücksichtigt und ermöglichten eine Fokussierung der Projektziele.

Bei dieser Analyse wurde vor allem auf folgende Aspekte geachtet:

- Grad der Berücksichtigung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in der Konzeption und Umsetzung
- Erklärungsmodelle für etwaige Differenzen
- Definition des kommunalen Settings (urban/rural)
- Räumliche Zugänglichkeit zu Angeboten
- Soziale Zugänglichkeit zu Angeboten
- Bedürfnisorientierung bei Fahrkosten und Fahrtzeiten
- Einbezug von Angehörigen in Maßnahmen
- Methoden und methodische Designs der 5 Projekte
- Epistemologische Vorstellungen
- Methoden und deren Einflussfaktoren auf die Gesundheit und soziale Teilhabe

Die vorhandenen Dokumente werden mittels Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) analysiert und ausgewertet, da der manifeste Gehalt der Texte im Vordergrund stand.

2.2.3. Workshops mit den Projektteams vor Ort

Zu Beginn der Evaluation wurden in allen fünf Bundesländern Kick-Off-Workshops mit den Umsetzenden vor Ort durchgeführt. Diese ermöglichten nach der Analyse der Projektanträge einen guten Einblick in die reale Projektumsetzung und stellte auch eine Hilfestellung für die Umsetzenden dar. Diese moderierten Workshops stellten die erste Möglichkeit dar, um die jeweiligen Standorte im Projekt zu besuchen, Schwerpunkte zu diskutieren und Indikatoren für die gesetzten Ziele

partizipativ zu erarbeiten. Im Rahmen der Workshops wurden Netzwerkkarten erstellt, die unterschiedliche AkteurInnen (Knoten) kategorisieren (z.B. Ältere Teilnehmende, UmsetzungspartnerIn, Nachbarschaft, Vereine, Gruppen, relevante Stakeholder, etc.). In allen Netzwerkkarten wurden „MultiplikatorInnen“ als zentrale AkteurInnen genannt. Am Ende der Projektlaufzeit wurde mit jedem Projekt erneut ein Workshop abgehalten, in dem auf die Kick-Off Workshops Bezug genommen und vor allem die Nachhaltigkeit sowie die Lessons Learned thematisiert wurden. Auf Wunsch des Projektteams im Burgenland und in Wien wurde in diesen zwei Bundesländern jeweils ein Zwischenworkshop durchgeführt.

2.2.4. Interviews mit den ProjektleiterInnen

Jeweils zu Projektbeginn und am Projektende wurden die ProjektleiterInnen in einem persönlichen bzw. telefonischen Interview befragt. Während in den ersten Interviews vor allem auf die bisherigen Lernerfahrungen, das Verständnis von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, sowie auf Unterschiede zwischen dem Antrag und der tatsächlichen Projektumsetzung fokussiert wurde, standen die nachhaltige Verankerung und Nachhaltigkeit der Projektaktivitäten sowie die Lessons Learned beim Interview zum Ende der Projektlaufzeit im Zentrum der Evaluation.

Die Auswertung der Interviews folgte einer induktiven Logik, d.h. es wurde offen aus dem Material kodiert und dann analysiert. Die Analyse (auf Basis von fünf Volltranskripten) orientierte sich an Aussagen, die entweder stark unterschiedlich (maximale Kontrastierung) oder vergleichsweise ähnlich (minimale Kontrastierung) waren, und kontrastierte somit unterschiedliche Erfahrungen der ProjektleiterInnen (Keller 2007). Durchgehend wurde dabei auf die Vergleichbarkeit bzw. Relationierung der fünf Projekte geachtet, mit dem Ziel, die gesamte Bandbreite der Aussagen des Praxisfelds der ProjektleiterInnen in ihren „typischen“ Erfahrungen zu erfassen und zu erschließen.

2.2.5. Quantitative Befragung der älteren TeilnehmerInnen

Zu zwei Erhebungszeitpunkten, jeweils möglichst nahe dem Projektstart und -ende wurden die älteren TeilnehmerInnen selbst befragt. Der dafür entwickelte Fragebogen wurde teilweise von den Befragten selbständig ausgefüllt oder von InterviewerInnen vor Ort vorgelesen und dann gemeinsam ausgefüllt. Insgesamt wurden in den beiden Erhebungszeiträumen 165 Fragebögen retourniert und in die Datenerhebung und -auswertung aufgenommen.

Der Fokus der Auswertung lag auf folgenden Fragen:

- tatsächliche Erreichung der definierten älteren Zielgruppe
- sozialen Teilhabe und Isolation der Befragten
- Nachbarschaftsbeziehungen
- Mobilitätsverhalten im Alter

In der zweiten Erhebungsrunde wurde außerdem nach Veränderungen bezüglich der sozialen Teilhabe in der Nachbarschaft durch die Projektaktivitäten gefragt.

Die erhobenen Daten wurden anhand statistischer Verfahren ausgewertet.

2.2.6. Qualitative Befragung der TeilnehmerInnen

Im Rahmen der partizipativ angelegten Evaluation wurden insgesamt 21 ältere TeilnehmerInnen mittels leitfadengestützter Interviews befragt. Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen wurde auf Diversität bezüglich des Alters, der Mobilität und des Geschlechts der Befragten geachtet. Die Interviews fanden in den meisten Fällen direkt bei den TeilnehmerInnen zu Hause statt oder wurden mit Aktivitäten verbunden, die die Interviewpersonen ohnehin besuchten. Der Fokus der Interviews lag auf sozialer Teilhabe, den bestehenden Nachbarschaftsbeziehungen, der Gruppenbildung bei den Projektaktivitäten sowie dem Setting d.h. der räumlichen und sozialen Zugänglichkeit der Projektangebote. Der Leitfaden für die Interviews wurde nach dem Prinzip „so offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ entwickelt. So sollten die TeilnehmerInnen zwar zu konkreten Themen Auskunft geben, gleichzeitig bot die Methode des qualitativen Interviews aber auch die Möglichkeit für lebensgeschichtliche Erzählungen (Helfferich 2014). Ausgewertet wurden diese Interviews mit der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2010).

Außerdem wurde eine Kurzbefragung von Nicht-TeilnehmerInnen durchgeführt, da in Evaluationsstudien oft Daten über genau jene fehlen, die nicht bereit sind, an Angeboten teilzunehmen. Hierzu wurden insgesamt 20 ältere Menschen befragt, die zur definierten Zielgruppe der Projekte gehörten, an diesem aber nicht teilnahmen. Beispielsweise wurde in den niederösterreichischen Gasthäusern, in denen die MahlZeit!-Treffen stattfanden, Personen befragt, die zwar im Gastraum saßen, sich jedoch an den Projektaktivitäten nicht beteiligten.

2.2.7. Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmenden Beobachtungen waren für das Evaluationsteam besonders wichtig, um Einblick in tatsächliche Projektaktivitäten zu erhalten. In vier Projekten wurde ein Angebot teilnehmend beobachtet. Drei teilnehmende Beobachtungen fanden im Frühjahr 2016 statt. Die Beobachtungsorte wurden nach der Zeitlichkeit der laufenden Projektaktivitäten festgelegt, worauf die Wahl auf Niederösterreich, das Burgenland und die Steiermark fiel. Ende Jänner 2017 wurde auch in Salzburg eine teilnehmende Beobachtung durchgeführt.

Der Fokus lag dabei auf dem Sozialraum, dem Setting sowie der Rolle der MultiplikatorInnen. Unter einer teilnehmenden Beobachtung versteht das Evaluationsteam das aktive und bewusste Teilnehmen an einer Aktivität (Event, Mittagessen, Fest, Konzert, Klubveranstaltung) und das gleichzeitige aufmerksame und strukturierte Beobachten dieser sozialen Handlungen (König 1973).

Es wurde auf die Natürlichkeit des Feldes (d.h. wir beobachten reale Situationen, keine Laborsituationen, die eventuell „gestellt“ sind) geachtet, der Beobachtungsmodus war strukturiert, d.h. es gab ein Beobachtungsschema, dem die BeobachterInnen folgten. Der Partizipationsgrad variierte zwischen aktiv beobachtend und passiv beobachtend, je nachdem ob simples Sitzen und Beobachten möglich war oder ob es höflicher war, sich an der Aktivität zu beteiligen (z.B. auch zu essen).

Jeweils zwei BeobachterInnen führten die Beobachtungen gemeinsam durch. Gleich im Anschluss an die teilnehmenden Beobachtungen wurden schriftliche Aufzeichnungen nach folgenden Punkten angefertigt: Ort, Zeit, Beobachtung, Kontextinformationen, methodische und Rollen-Reflexion, sowie Reflexion. Evaluert wurden bei den teilnehmenden Beobachtungen:

- die gesundheitsfördernde Maßnahme
- die Umsetzung des Ziels der sozialen Teilhabe
- Setting und Zugänglichkeit

Am Beginn der Beobachtungsanalyse steht das möglichst genaue deskriptive Protokollieren von Setting, Kontext und Aktivitätsverlauf. Im Rahmen der deskriptiven Analyse wurden physisches und soziales Setting behandelt. Zum physischen Setting zählen die Beschreibung der Infrastruktur, der räumliche Struktur, der Einrichtungen, sowie AkteurInnen, deren Kleidung und physische Distanzen (Lueger 2010). Die Analyse des sozialen Settings beinhaltete die Untersuchung der Typen von AkteurInnen, deren Rollen und die Unterscheidungen der Typen, die Beziehungen zwischen den AkteurInnen, sowie die Charakterisierung von einzelnen Abschnitten der Kommunikation.

2.2.8. Fokusgruppen zur Nachhaltigkeit

Am Ende der Projektlaufzeit wurde pro Projekt jeweils eine gemischte Fokusgruppe durchgeführt. Daran haben sowohl die UmsetzerInnen des Projektes als auch weitere Stakeholder, beispielsweise BürgermeisterInnen, aktive TeilnehmerInnen etc. teilgenommen (insgesamt 42 Personen). Die Gruppengröße variierte zwischen vier und 16 TeilnehmerInnen. Der Fokus dieser Diskussionsrunden lag vor allem auf der Nachhaltigkeit der Projektaktivitäten sowie den Lessons Learned.

Fokusgruppen stellen moderierte Diskussionsverfahren dar, die in einer offenen und freundlichen Atmosphäre stattfinden. Strukturiert wurde die Fokusgruppe durch Fragen, die einen groben Aufbau des Treffens vorgaben. Die Aufgabe der Moderation durch das Evaluationsteam war es, den interaktiven und kommunikativen Austausch zu initiieren und zu begleiten, die Gruppe zu Themen zurückzuführen sowie darauf zu achten, dass Redezeiten möglichst gut zu verteilen (Vogl 2014).

Im Rahmen der Fokusgruppe wurden die TeilnehmerInnen um ein Resümee sowie ihre Hauptlernerfahrungen gebeten. Sie wurden nach der wirksamsten bzw. gelungensten Maßnahme aus Sicht der Zielgruppe befragt und um eine Einschätzung der Zusammenarbeit aller Beteiligten sowie der regionalen Zusammenarbeit gebeten. In der Gruppe wurde diskutiert, was vom Projekt bleiben sollte und wie das ermöglicht werden könnte.

3. Evaluationsergebnisse

Die Ergebnisse der Evaluation werden hier – entlang der acht Evaluationskriterien des Evaluationsdesigns – in acht Unterkapiteln verdichtet dargestellt.

3.1. Erreichung der Zielgruppen

Als Datengrundlage werden hier sowohl die Ergebnisse den quantitativen als auch der qualitativen Erhebungen herangezogen. Auch Aussagen der ProjektleiterInnen der fünf Projekte sowie Erkenntnisse aus den teilnehmenden Beobachtungen werden im Folgenden berücksichtigt. Dadurch soll eine Verschränkung der Ergebnisse stattfinden und die Erreichung der Zielgruppe aus mehreren Perspektiven abgebildet werden. Insgesamt wurden in den fünf Projekten mehr als 13.800 ältere Personen erreicht (vom FGÖ zur Verfügung gestellte Auswertung der Angaben zur Anzahl der erreichten Zielgruppe in den Controlling- und Endberichten sowie Projektwebsites)³.

3.1.1. Quantitative Daten zur Zielgruppenerreichung

Im Folgenden wird die Frage beantwortet, welche Merkmale die älteren Personen aufwiesen, die an Projektaktivitäten bundesweit teilgenommen haben. Der Fokus liegt dabei darauf, ob sozial benachteiligte, isolierte und immobile ältere Menschen erreicht werden konnten. Soziale und gesundheitliche Benachteiligung liegt generell dann vor, wenn mehrere Merkmale über einen längeren Zeitraum negativ auf die ältere Person einwirken. Zur Beschreibung von Merkmalen sozialer Ungleichheit wurden in der bundesweiten, quantitativen Evaluation (n=165, vgl. Kapitel 2.2.5) das subjektive Auskommen mit dem Einkommen, die Art der Pension und der formale Bildungsstand erhoben.

Höchste abgeschlossene Schulbildung

Etwa ein Viertel aller Befragten hat einen Volksschul- und etwa gleich viele einen Hauptschulabschluss, während ein Drittel eine Lehre oder BMS absolviert haben. 13% haben maturiert und nur 5% besitzen einen Hochschulabschluss. In der Befragung sind im Vergleich der Verteilung der Bildungsabschlüsse in der Gesamtbevölkerung (Statistik Austria 2015) tendenziell mehr Personen mit Pflichtschulabschluss, weniger Personen mit Lehre bzw. BMS, dafür etwas mehr mit Matura enthalten.

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, **dass teilnehmende Frauen tendenziell über einen geringeren Bildungsabschluss als Männer verfügen**, dies zeigt sich besonders beim Hauptschulabschluss (27% der Frauen im Gegensatz zu 17% der Männer) sowie beim Hochschulabschluss: Nur 3% der Frauen, aber 11% der Männer verfügen über einen höheren Bildungsabschluss.

³ Der Zählmodus der Teilnehmenden bzw. die Erfassung der TeilnehmerInnenzahl unterschied sich bei den fünf Projekten.

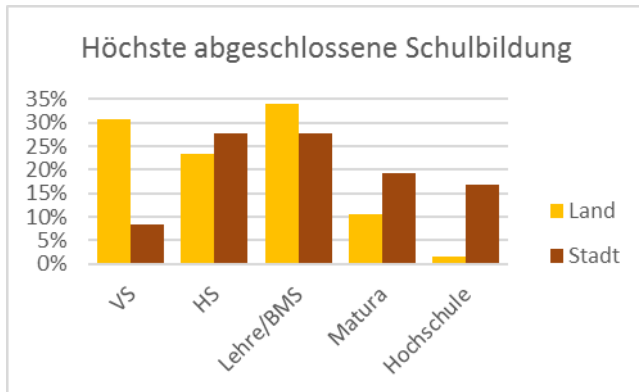


Abb. 1: Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Wohnsitz, n Land=124, n Stadt=36

Je älter die teilnehmenden Frauen sind, desto niedriger ist ihr formaler Bildungsgrad ($p=0,254$, $p=0,007$). Bei den Männern gibt es in dieser Hinsicht keinen Zusammenhang.

StädterInnen verfügen im Schnitt über einen höheren Bildungsgrad als auf dem Land wohnende Menschen (vgl. Abb. 1). So sind erstere zu 17% AkademikerInnen, während am Land nur ca. 2% einen Hochschulabschluss aufweisen. Die Unterschiede sind signifikant ($z=-3,286$, $p=0,001$, m.R. Land=74,2, m.R. Stadt=102,1).

Erwerbstätigkeit und Pension

76% aller befragten Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Alterspension, 13% in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, d.h. **es konnten mehr als 13% Prozent derer erreicht werden, die als eher benachteiligt betrachtet werden können**. Insgesamt befanden sich vier Personen noch in einem aktiven Arbeitsverhältnis (zwei Männer, zwei Frauen), doppelt so viele gaben an, im Haushalt tätig zu sein (acht Frauen). Zwischen Stadt und Land ergaben sich Unterschiede: 85% der am Land lebenden Befragten waren in Alterspension, 6% in Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension, in der Stadt lagen die Anteile bei 50% bzw. 32%. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Projekte in Wien „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ und Graz „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ tendenziell eher ältere Personen erreichen konnten, die in Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension waren als jene Projekte, die im ländlichen Raum stattfanden. Sieben der acht Hausfrauen wohnten am Land, in der Stadt gab es dafür mehr Angestellte und Arbeitssuchende (2% bzw. 0% am Land, 6% bzw. 9% in der Stadt), die an den Projekten teilgenommen haben.

Auskommen mit dem Einkommen

Etwa ein Drittel der Befragten hat einige bis große Schwierigkeiten, mit dem Einkommen auszukommen. Wirklich gut situiert fühlten sich nur 11%.

Nach Wohnsitz aufgeteilt zeigt sich, dass **die erreichten Personen in der Steiermark die größten Schwierigkeiten haben, mit ihrem Geld auszukommen** (vgl. Abb. 2) – **64% haben einige oder große Schwierigkeiten**. Am besten kommen die erreichten Personen in Niederösterreich mit ihrem Geld aus – 83% schaffen es (sehr) leicht. Dies spiegelt die erreichte Zielgruppe sowie die ohnehin benachteiligten Stadtteile in den Städten Wien und Graz wider – dort konnten durch die niederschwellige Arbeit in einem Nachbarschaftszentrum in Wien und einem Stadtteilzentrum in Graz tatsächlich eher sozial benachteiligte Personen angesprochen werden.

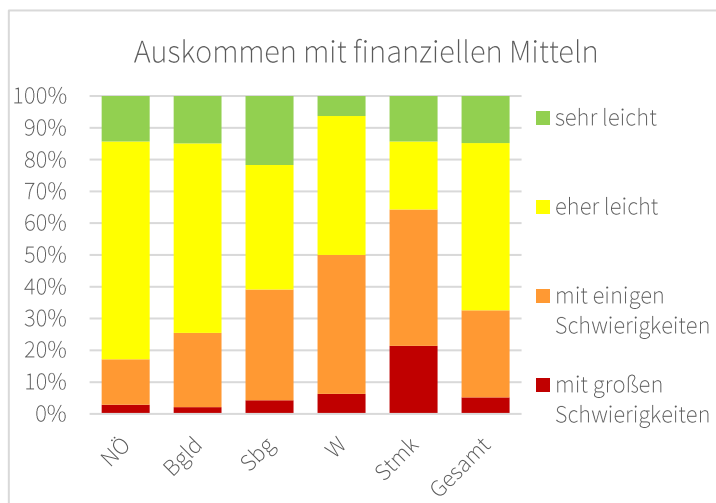


Abb. 2: Auskommen mit finanziellen Mitteln Gesamt und nach Bundesland, n NÖ=35, n Bgld=47, n Sbg=23, n W=16, n Stmk=14, n Gesamt=135

Je älter, desto leichter kamen die Befragten mit ihrem Einkommen in der Pension aus ($\rho=0,223$, $p=0,014$). Dieser Zusammenhang ist jedoch ein geschlechtsspezifischer: Männer kommen signifikant besser mit ihrem Geld aus, je älter sie sind ($\rho=0,429$, $p=0,026$) – bei Frauen besteht dieser Zusammenhang nicht.

Das Auskommen mit dem Einkommen in der Pension ist auch nach Pensionsart signifikant verschieden ($z=-2,224$, $p=0,026$): Personen in Alterspension kommen besser mit ihren finanziellen Mitteln aus als Personen in Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension (m.R. Alterspension=55,0, m.R. Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension=37,9).

Soziale Isolation bei älteren Menschen

Zur Analyse der sozialen Isolation der erreichten Älteren in den Projekten wurden mehrere Variablen herangezogen: die familiäre Situation (Haushaltsgröße, Kinderanzahl), die Kontakthäufigkeit mit verschiedenen Personengruppen (Verwandte außerhalb des Haushalts, NachbarInnen, FreundInnen außerhalb der Nachbarschaft) und die subjektive Einsamkeit.

Die durchschnittliche Anzahl an Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben, betrug 1,8 (Std.abw.=1,1); wobei **die meisten Personen (knapp 50%) alleine lebten. Frauen leben eher alleine als Männer – 54% gegenüber 30%**. Insgesamt nahmen mehr Frauen an den Projektaktivitäten teil. 88% aller Befragten gaben an, Kinder zu haben, d.h. dass eine familiäre Einbindung der Älteren grundsätzlich vorhanden ist.

Soziale Unterstützung und emotionale Einsamkeit

Viele der Befragten erfahren soziale Unterstützung: Zwischen 73% und 90% gaben an, dass die sechs Aussagen (vgl. Abb. 3) eher oder genau zutreffen. Am ehesten können sich die Personen auf andere bei Krankheit verlassen: 90% gaben an, dass dies (eher) zutrifft.

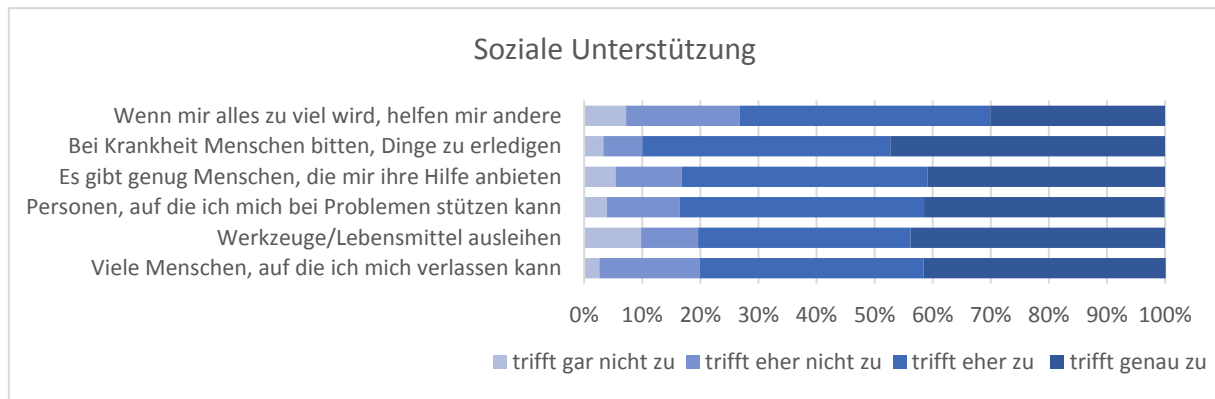


Abb. 3: Soziale Unterstützung, n (von oben nach unten)=153/150/149/152/153/156

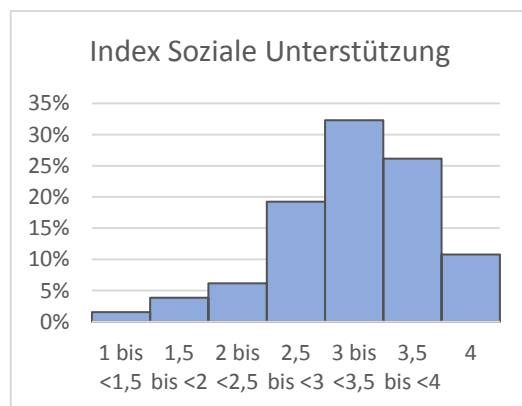


Abb. 4: Index Soziale Unterstützung, n=130

Aus den Fragen wurde ein Summenindex der sozialen Unterstützung berechnet, mit möglichen Werten von 1 bis 4 (vgl. Abb. 4), wobei hohe Werte hohe soziale Unterstützung anzeigen. Der Mittelwert für die gesamte Stichprobe ergab 3,1 (Std.abw.=0,6), der Median 3,3. **Durchschnittlich kann man von einer eher hohen sozialen Unterstützung der älteren Teilnehmenden sprechen.** Der Vergleich mit Normwerten für die deutsche Bevölkerung aus dem Jahr 2003 zeigt, dass es kaum einen Unterschied zur Allgemeinbevölkerung gibt (normierter Median der Befragten wäre 3,9, Median der deutschen Normwerte ist 4), wobei das Gefühl der Unterstützung mit dem Alter abnimmt, was in der vorliegenden Befragung nicht der Fall ist. Tendenziell fühlen sich ältere Menschen also durchaus im Rahmen von Projektaktivitäten sozial unterstützt.

Emotionale Einsamkeit wurde mit vier Aspekten gemessen (vgl. Abb. 5). Die meisten Befragten haben genügend Menschen, mit denen sie sich eng verbunden fühlen; trifft (eher) zu=86%. Gefühle des Im-Stich-Gelassen-Werdens oder der allgemeinen Leere kommen relativ selten vor: Dass sie diese Gefühle (eher) nicht erleben, finden jeweils etwa 84%. **Allerdings vermissen 37% der Befragten es, Menschen um sich zu haben.**

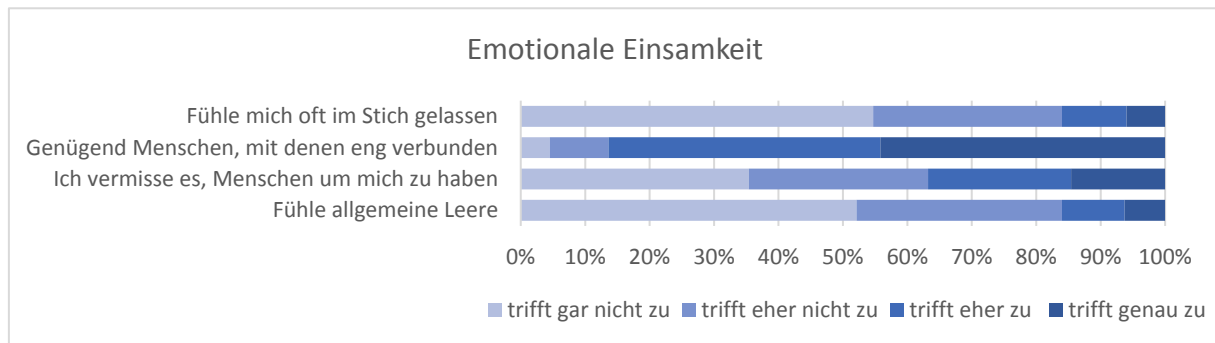


Abb. 5: Emotionale Einsamkeit, n (von oben nach unten)=150/154/144/144

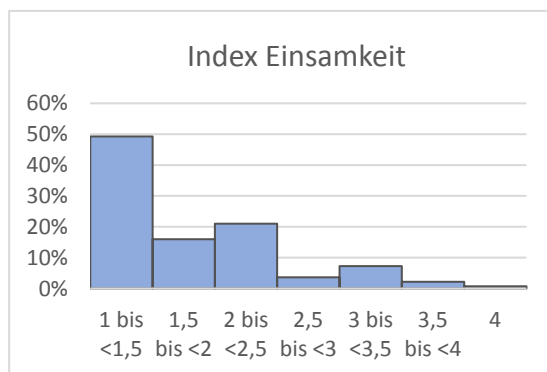


Abb. 6: Index Einsamkeit, n=138

Aus den vier Fragen wurde ebenfalls ein Summenindex erstellt, wieder mit Werten von 1 bis 4, wobei die Frage, ob genügend Menschen vorhanden sind, denen man sich eng verbunden fühlt, umgepolt wurde (vgl. Abb. 6). Je niedriger der Wert, desto weniger einsam fühlen sich die Befragten. Der Mittelwert liegt bei 1,7 (Std.abw.=0,7). Dies bedeutet, dass die Befragten im Schnitt eher wenig einsam sind – das Gefühl, zu wenige Menschen um sich zu haben, kann als ausschlaggebend angesehen werden.

Die Analyse des Zusammenhangs der beiden Indizes zeigt, dass mit mehr Unterstützung weniger Einsamkeit erlebt wird – die Korrelation ist sehr stark ($\rho=-0,619$, $p<0,001$).

Es sind keine Unterschiede nach Geschlecht feststellbar, Männer fühlen sich nur minimal besser sozial unterstützt als Frauen (Median Männer/Frauen=3,3/3,2), bei der Einsamkeit gibt es keinen Unterschied. Fydrich et al. (2009) zeigen, dass sich Frauen etwas stärker als Männer sozial unterstützt fühlen. Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Einsamkeit zeigte bereits die Studie von Tesch-Römer et al. (2012). Es bestehen jedoch zwischen Land und Stadt signifikante Unterschiede hinsichtlich der Indizes Unterstützung und Einsamkeit ($z=-3,057/-3,795$, $p=0,002/<0,001$): **Personen am Land erleben mehr Unterstützung, als in der Stadt** (Land/Stadt Median=3,3/2,8, m.R.: 70,7/45,9). **In der Stadt gibt es mehr Einsamkeit, als am Land** (Land/Stadt Median=1,3/2,2) m.R.=62,7/93,0). Unterstützung bzw. Einsamkeit hängen auch mit der Mobilität zusammen: Höhere Agilität korreliert mit höherer sozialer Unterstützung und weniger Einsamkeit ($\rho=-0,209/0,258$, $p=0,020/0,003$). Die Finanzen spielen kaum eine Rolle hinsichtlich der Unterstützung, aber eine stärkere in Bezug auf Einsamkeit: Je besser die Befragten mit dem Einkommen auskommen, desto weniger einsam sind sie ($\rho=-0,263$, $p=0,004$; Median „mit großen Schwierigkeiten“=2,2, „mit einigen Schwierigkeiten“=1,7, „eher leicht“=1,3, „sehr

leicht“=1,3).

3.1.2. Erreichung von älteren Frauen und Männern

In Bezug auf Geschlechterunterschiede konnten sechs relevante Aspekte im Vergleich der fünf Projekte mit Älteren erarbeitet werden:



Unterschiede in der Gruppenzusammensetzung zwischen Männern und Frauen

Bei einem Querschnitt durch die Projekte zeigte sich deutlich, dass **die TeilnehmerInnen der evaluierten Projekte mehrheitlich weiblich waren**. Im Zuge der quantitativen Fragebogenbefragung standen ebenfalls über 100 weibliche, weniger männlichen Befragten gegenüber. Dieses Bild spiegelte sich ebenfalls in den teilnehmenden Beobachtungen (vgl. Kapitel 2.2.7) von Aktivitäten vor Ort wider: **Von insgesamt 45 beobachteten Personen waren 34 weiblich und lediglich 11 männlich**. Ein Erklärungsansatz hierfür ist die Feminisierung des Alters: die Bevölkerung ab 65 Jahren setzt sich bereits zu 58% aus Frauen zusammen, von den über 80-jährigen Personen sind sogar rund drei Viertel weiblich (Brunnauer et al. 2015). Zur Feminisierung des Alters erzählt eine Projektleiterin:

„Natürlich in einem Großteil der Gemeinden leben mehr Frauen, weil das einfach so ist, dass die Lebenserwartung höher ist von den Frauen und [...] spiegelt sich auch auf die Projektaktivitäten, dass einfach mehr Frauen einfach vor Ort sind.“ (Interview Projektleitung „Gemeinsam gesund alt werden“, Z. 252-255)

Neben dem höheren weiblichen Bevölkerungsanteil an der älteren Teilgesellschaft können geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sozialisation und Vergesellschaftung das beobachtete

Ungleichgewicht erklären: Es lässt sich vermuten, dass die vermehrten Diskontinuitäten im weiblichen Lebensverlauf dieser Generation die Annahme neuer Angebote für Frauen erleichtern. Frauen dieser Generation haben sich meist bereits kontinuierlich außerhalb der Erwerbsarbeits-sphäre vergesellschaftet. Bei Männern hingegen wird das soziale Netz nach der Entberuflichung vorwiegend von den Partnerinnen gestellt. (Backes 2005, S. 36)

Eine Projektleiterin des „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ Projekts in Wien erzählt, wie sich zwei Frauen kennengelernt haben:

„Im ersten Kaffeeaktiv waren zwei Damen, die haben sich vorher nicht gekannt. [...] und die haben dann zusammen gesessen und haben geredet und dann, die waren die ganze Zeit über anderthalb Stunden waren sie beim Kaffeeaktiv und haben geredet und geplaudert mit uns. Und dann war es eben sozusagen vorbei [...] und dann haben aber die Damen untereinander, hm, „Ja wollen wir uns nicht draußen noch ein bisschen hinsetzen“ [...]. Also die haben sich schon beim ersten Kaffeeaktiv sozusagen vernetzt und haben einen gemeinsamen Nenner gefunden.“ (Interview Projektleitung „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“, Z. 264-273)

Eine ältere Teilnehmerin aus dem Salzburger Projekt „AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig“ erläutert im Interview ihre Sichtweise auf die Geschlechterverteilung:

„Gut, ich bin schon sehr lange allein, aber ich frage mich, wie das wäre, wenn mein Mann noch leben würde, ob er dann dazu gehen würde? Ich weiß, es ist weniger, das ist, ich glaube, dass da die Frau offener ist, in diesen Dingen. Aber darum, sage ich ja, sterben sie früher, die Männer.“ (Interview ältere Teilnehmerin „AuGeN auf“, Z. 448-450)

Dies zeigt sich auch in der TeilnehmerInnenkonstellation bei den evaluierten und beobachteten Projektangeboten: Es lässt sich beobachten, dass **die anwesenden Frauen Angebote oft in Gruppen weiblicher Zusammensetzung nutzen** oder sich mit weiblichen Bekannten oder Freundinnen dort treffen.

Dies fällt beispielsweise im Zuge der teilnehmenden Beobachtung im Stadtteilzentrum Triester Viertel im Grazer Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ auf: Einige Teilnehmerinnen kennen sich schon von früher und halten sich bei regelmäßiger Teilnahme einen Platz frei – so können intensivere Kontakte entstehen.

„Oder zum Beispiel für die, die neben mir gesessen ist, habe ich gleich einmal den Sessel reserviert, damit sie gleich weiß, wo sie hinkommt“ (Interview ältere Teilnehmerin „AuGeN auf“, Z. 222-223)

„Da haben wir so ein Damen-Trio, die fahren fast überall hin momentan“ (Interview Projektleitung „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“, Z. 243-244)

Unterschiede im sozialen Umfeld/Haushaltsgröße

Etwa 39 % aller befragten TeilnehmerInnen waren alleinlebende Frauen. Die wenigen Männer waren meist mit ihrer Partnerin anwesend. **Alleinlebende Männer machten nur etwa acht Prozent aller Befragten aus.** Dies ist auch wieder in Zusammenhang mit der Feminisierung des Alters zu betrachten: Die höhere Lebenserwartung der Frauen führt dazu, dass Männer über 70

vorwiegend verheiratet sind und mit ihrer Ehefrau in Zweipersonenhaushalten leben, während Frauen desselben Alters eher verwitwet sind und allein leben (Backes 2005 sowie Brunbauer et al. 2015). Im niederösterreichischen Projekt „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“ zeigte sich beispielsweise, dass 9 von 27 befragten Frauen (33,3%) alleinlebend waren. Bei den Männern war es hingegen nur einer von 13 (7,7%). Im Burgenland waren 45,2 % der befragten Frauen im Vergleich zu 28,6 % der Männer alleinlebend, in Salzburg sogar elf von 14 anwesenden Frauen (78,6%) gegenüber nur einem der vier anwesenden Männer (25%).

Unterschiede nach sozioökonomischem Status

Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten konnte am ehesten im steirischen Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ erreicht werden. Die Teilnehmenden in Graz stammten aus einem benachteiligten Stadtteil.

„An der Triesterstraße liegt auch die Justizanstalt Karlau, die in einem alten Schloss untergebracht ist. [...] Beobachtet wurden neben Sperrmüll auch Verpackungsreste, Zigarettenstummel und Mist am Boden sowie am Gehsteig zwischen den Siedlungsbauten. Außerdem konnte noch Graffiti und Tags an den Hauswänden gesichtet werden.“ (Auszug aus dem Forschungsprotokoll zur teilnehmenden Beobachtung in Graz, 31.5.2016)

Verschiedene Ungleichheitsmerkmale ließen sich in den beiden Projekten im städtischen Raum anhand von Kleidung oder Körpermerkmalen in den teilnehmenden Beobachtungen deutlicher erkennen als in anderen Projekten. Gerade im (hohen) Alter und in benachteiligten Stadtteilen können mehrere ungleichheitsverstärkende Faktoren gleichzeitig auf die Zielgruppe einwirken.

„Die Personen kamen alle alleine, es waren keine Paare anwesend. Die meisten Teilnehmenden waren übergewichtig, ein Teilnehmer beschreibt sich als Ex-Häftling, und alle Teilnehmenden wohnen seit vielen Jahren in der Triestersiedlung oder der Südtirolersiedlung.“ (Auszug aus dem Forschungsprotokoll zur teilnehmenden Beobachtung in Graz, 31.5.2016)

Stadtteile können jedoch nicht als geschlossene „Container“ betrachtet werden, denen soziale Probleme zugeschrieben werden: sogenannte „**Quartierseffekte**“ (Kessl/Reutlinger 2010, S. 122). Dadurch werden Verantwortlichkeiten für soziale und gesundheitliche Ungleichheiten sozialräumlich verortet und tragen zu einer Segregation solcher Stadtteile als „benachteiligt“ und „desintegriert“ bei (ebd. S. 123). **Die Fixierung von Stadtteilen als „benachteiligt“** sowie die Intensivierung von Unterstützungsleistungen für „Problemgrätzler“ **hat womöglich für BewohnerInnen negative Konsequenzen**, da sie zu einer symbolischen Fixierung von Segregation beitragen. **Die gesundheitsfördernden Maßnahmen in genau diesen Stadtteilen tragen dazu bei, gesundheitliche Chancengerechtigkeit wiederherzustellen, indem sie die Zielgruppen mitbezieht.**

Die drei evaluierten Projekte des ländlichen Raums scheinen räumlich nicht als benachteiligt fixiert zu sein und die gesundheitsfördernden Angebote gelten als außergewöhnliche Aktivitäten, zu denen sich ältere Menschen extra anziehen und chic machen. Dies korreliert mit den quantitativen Ergebnissen (vgl. Kapitel 3.1), dass 83% der erreichten Personen in Niederösterreich (sehr) leicht mit ihrem Geld auskommen.

„Alle Anwesenden machen einen gepflegten Eindruck. [...] Die Männer hatten alle Hemden an, die Frauen waren zum Teil in Kostümen. Die Damen trugen Schmuck, Ringe und

Ketten.“ (Auszug aus dem Forschungsprotokoll zur teilnehmenden Beobachtung in Niederösterreich, 14.3.2016)

Unterschiede nach Bedürfnissen und inhaltlichen Interessen

Auch bezüglich der Beliebtheit der Angebote zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Besonders gefragt bei den befragten Frauen war etwa das Singen im Salzburger Projekt „AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig“. Besonders beliebt bei männlichen Teilnehmern waren hingegen der Erzählnachmittag im burgenländischen Projekt „Gemeinsam gesund alt werden“ sowie die MahlZeit!-Treffen in Niederösterreich, bei dem 15 von 45 TeilnehmerInnen männlich waren. Es lässt sich eine Tendenz erkennen, wonach ältere Männer eher über eine gemeinsame Thematik, ein gemeinsames Interesse im Gespräch zu gesundheitsfördernden Gemeinschaftsaktivitäten zu motivieren sind. Dem entgegen erfreuen sich die teilnehmenden Frauen eher an gemeinsamen Erlebnissen und sozialem Austausch.

„Natürlich gibt's da Veranstaltungen wie das Adventssingen und Keksebacken, wo vielleicht mehr Frauen sind.“ (Interview Projektleitung „Gemeinsam gesund alt werden“, Z. 259-260)

Unterschiede in der Mobilität und damit im Zugang zu den Angeboten

In den Daten zeigt sich eine tendenziell höhere Eingeschränktheit der Mobilität der befragten älteren Frauen: **Immerhin knapp 40 Prozent der befragten Frauen geben an, nicht (mehr) Autofahren zu können. Bei den Männern sind es nur elf Prozent.** Auch bezüglich des finanziellen Auskommens haben ältere Frauen das Nachsehen. Ein weiteres Ausschlusskriterium von Angeboten, unter dem besonders Frauen zu leiden haben, sind Pflege- und Betreuungsverpflichtungen, die die Teilnahme an Veranstaltungen weniger ermöglichen.

Eine Teilnehmerin aus dem weitläufigen Burgenland erläutert die Notwendigkeit eines Autos, da sich andere Verkehrsmittel nicht lohnen würden und zu viel Zeit für die Anfahrt draufgehen würde.

„Aber wie gesagt, es kann ein jeder fahren und wenn er halt nicht fahren kann, entweder er fährt mit jemandem mit, oder er muss es lassen.“ (Interview ältere Teilnehmerin Burgenland Gemeinsam gesund alt werden, Z. 186-188)

Ein männlicher Teilnehmer aus Niederösterreich betont seine regelmäßige Teilnahme an den Aktivitäten und dass das Autofahren kein Problem wäre.

„Wir foahrn scho jeds moi hi (Anm.: zum Angebot).“ (Interview älterer Teilnehmer MahlZeit!, Z. 62)

Unterschiede in der geschlechterspezifischen Ansprache, z.B. mittels Werbematerial

Frauen wurden öfter durch Mundpropaganda aus ihrem sozialen Umfeld auf die Angebote der fünf Projekte aufmerksam. Zudem tendieren sie dazu, über die Teilnahme an einem Angebot auf weitere aufmerksam zu werden.

„I: Kennen Sie das Angebot der AktivlotsInnen?“

B: Ja. Ich habe im Nachbarschaftszentrum als Lesepatin und Nachhilfelehrerin mitgeholfen. Daher kenne ich das Projekt.

I: Haben Sie schon an einer Veranstaltung der AktivlotsInnen teilgenommen?

B: Ja, nur an der heutigen im Bezirksamt.“ (Interview ältere Teilnehmerin „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“)

Männliche potentielle Teilnehmer werden vermehrt durch Infomaterial oder über Institutionen angesprochen.

„Naja ich hab die [Anm: die Postwurfsendung] es war schon persönlich adressiert, von der Stadtgemeinde persönlich adressiert, mit eingedruckt Bürgermeister e.h. halt“ (Interview älterer Teilnehmer „Gemeinsam gesund alte werden“, Z. 166-167)

In Folge nehmen einige der TeilnehmerInnen bald an mehreren Formaten parallel teil.

„Also, es verzweigt sich immer, das ist einfach und wer einmal sich aufmacht, äh, geht auch eher wieder in andere Gruppen, weil er einfach dann diese gewisse Scheu ablegt und dann hört: Ja, willst du nicht zum Handarbeiten? Oder Kartenspielen tun sie auch?“ (Interview ältere Teilnehmerin „AuGeN auf“, Z. 200, 209-212)

3.1.3. Nicht-Erreichung von Älteren

In der begleitenden Evaluation wurden insgesamt 19 ältere Personen dazu befragt, warum sie nicht an Projektaktivitäten teilnehmen wollen – vor dem Hintergrund, dass genau diese Zielgruppe selten in Befragungen miteingeschlossen wird und somit über die Gründe der Nicht-Teilnahme kaum Daten vorliegen. Diese Interviews wurden auf Wunsch der Teilnehmenden nicht aufgezeichnet. Aus der Befragung dieser Personen hat sich ergeben, dass diese aus folgenden Gründen nicht an Projektaktivitäten teilnehmen wollten:

- Ich habe ohnehin genug zu tun. Ich habe keine Zeit. Ich bin ausgelastet.
- Das sind mir zu viele alte Frauen/alte Menschen.
- Ich habe andere Prioritäten bei der Freizeitgestaltung.
- Ich habe selber keine Kontakte in der Nachbarschaft. Ich kenne viel zu wenige Leute.
- Ich höre schlecht.
- Die Termine sind für mich unpassend.

Andere Gründe waren Sprachbarrieren und das Gefühl, nicht genug Deutsch zu sprechen.

3.2. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit haben die beteiligten ProjektleiterInnen in dem Sinne gedeutet, dass es bedeutet, einen gerechten und fairen Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit zu ermöglichen, damit alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung und Erhaltung ihrer Gesundheit haben. Die Chance auf ein gesundes Leben im Alter soll für jede ältere Person gleich sein, unabhängig von Wohnort, sozialem Status, Geschlecht oder Herkunft (Mielck 2000). Mindestens zwei Strategien zur Förderung von Chancengerechtigkeit sind denkbar:

- Die **Förderung der Gesundheitskompetenz** der älteren Zielgruppe einerseits (z.B. Informationsverarbeitung über Gesundheit, Gesundheitswissen, Gesundheitsverhalten etc.)
- Der **Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem** andererseits (z.B. Verständlichkeit erleichtern, Dienste anbieten, Transport ermöglichen, Angebotslücken schließen etc.)

Die ProjektleiterInnen der fünf evaluierten Projekte haben verschiedene Konzepte mit gesundheitlicher Chancengerechtigkeit verbunden, vor allem folgende: Chancengerechtigkeit umfasst, einen **sozialen und räumlichen Zugang** zu schaffen, dabei aber keine Zugangsvoraussetzungen mitbringen zu müssen und keine Kompetenzen nachweisen zu müssen („ich muss nichts können, um teilzunehmen“). Darunter verstehen die ProjektleiterInnen einen barrierefreien Raum für Aktivitäten zur Verfügung zu stellen und das Setting so zugänglich zu machen. Drei der fünf interviewten ProjektleiterInnen gaben ein Verständnis von Chancengerechtigkeit an, das den **Einbezug aller** aus der Zielgruppe beinhaltet, d.h. eine **Offenheit für alle teilnehmenden Personen**, auch jene aus anderen Kulturen (z.B. „AktivlotsInnen“) und auch jene mit sozialer Benachteiligung (z.B. „AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig“). Wichtig war den ProjektleiterInnen auch Genderinklusivität und die Unterstützung von eingeschränkten oder hilfsbedürftigen Personen und damit das Sichern eines gerechten und fairen Zugangs zu Gesundheitsangeboten und -ressourcen.

Als wichtig erachteten die ProjektleiterInnen die **soziale Offenheit der Projektaktivitäten**, einerseits in der Ansprache der Zielgruppe und andererseits in der Umsetzung der Aktivitäten. In der Ansprache sollten sowohl Männer als auch Frauen unterschiedlicher Einkommensschichten, Kulturen, Wohnorten und Familienformen angesprochen werden.

„[...] sie [Anm.: die Mitarbeiterinnen] haben alle angesprochen, jeden der auf der Straße war, egal, ab halt 60 plus, ich denk, das ist natürlich das einzige, was einmal vorgegeben ist. Aber ich denk mal, sie haben mit Männern genauso gesprochen wie mit Frauen, mit Menschen verschiedenster Kulturen.“ (Interview Projektleitung „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“, Z.161-163)

„Unser Ziel ist einfach wirklich verstärkt darauf zu schauen, dass alle die Möglichkeit haben, einerseits an Veranstaltungen teilzunehmen, aber andererseits auch, dass es Angebote für alle gibt, auch für sozial Benachteiligte.“ (Interview Projektleitung „AuGeN auf“, Z. 102-104)

In der Umsetzung zeigt sich jedoch eine Schiefelage zu mehr Frauen und weniger Personen, die einsam und isoliert sind.

„Naja, grundsätzlich gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist ja ein sehr breiter Begriff, also fängt schon an beim Geschlecht. Also wir haben Gemeinden dabei, eine Gemeinde, da ist das Verhältnis ausgewogen, sozusagen gleich viel Männer wie Frauen. Natürlich in einem Großteil der Gemeinden leben mehr Frauen [...]. Wir versuchen aber schon, mit gezielten Aktivitäten auch Männer zu erreichen [...] was sehr gut angekommen ist, der Erzählnachmittag, wo einfach, wo man einfach mehr Männer erreicht, wenn man über Früher redet [...]“ (Interview Projektleitung „Gemeinsam gesund alt werden“, Z.250-258)

Auch die geografische Benachteiligung der Projektstandorte wurde in den Interviews mit den Projektleitungen im Burgenland und in Niederösterreich thematisiert.

„Allein die Tatsache, dass es in einer dezentralen Lage umgesetzt wird, [...] ist schon einmal chancenausgleichend zumindest“ (Interview Projektleitung „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“, Z. 174-175)

3.3. Setting und Zugänglichkeit

In den fünf gesundheitsfördernden Projekten wurde die Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen in der Nachbarschaft durch verschiedene Projektaktivitäten hergestellt, **wobei Nachbarschaft ein offenes Konzept darstellte und sich am Land auf mehrere benachbarte Ortschaften bezog und in der Stadt einen engeren Sozialraum, wie etwa ein Viertel, ein Grätzl oder einen Bezirk** bezeichnete. Von einem Sozialraum zu sprechen ermöglicht es, den Raum, welcher Menschen umgibt, in seiner Verbindung zu konkretem sozialem Handeln in den Blick zu nehmen. Räume werden als „keine absoluten Einheiten, sondern ständig (re)produzierte Gewebe sozialer Praktiken“ und Prozesse betrachtet (Kessl, Reutlinger 2010). Raum als Ergebnis menschlichen Handelns zu betrachten, ermöglicht es, Fragen der Nutzung und Gestaltung von Räumen sowie die Bedeutung der Schaffung von Räumen für gesellschaftliche Veränderungsprozesse, zu behandeln. Handlungs- und Gestaltungspotentiale können ins Zentrum rücken. **Indem Räume als veränderlich betrachtet werden, kann aktiv an der (Mit-)Gestaltung von Sozialräumen gearbeitet werden**, um beispielsweise Nachbarschaften gesundheitsfördernd zu gestalten oder neue diesbezügliche Angebote zu schaffen.

Die fünf Projekte haben sich ihre Sozialräume unterschiedlich erarbeitet und zu Beginn im ersten Zieleworkshop jeweils eine **Netzwerkkarte** erstellt, welche relevanten AkteurInnen sich im Sozialraum befinden. Diese wurden dann mit unterschiedlichen Strategien ins Projekt miteingebunden (BürgermeisterInnen, Regionalforum, Hilfsorganisationen, Wirtshäuser, Apotheken, usw.).

Hier ist beispielhaft die Netzwerkkarte des Projekts „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ abgebildet, um einen Einblick zu geben, wie diese Karten ausgesehen haben:



Der **Grad der politischen Unterstützung im gewählten Sozialraum wird als komplex und herausfordernd beschrieben**, da viele AkteurInnen mit unterschiedlichen Interessen im Sozialraum aktiv sind:

„Sehr stark unterstützt hat das Ressort Wohnen, weil die das Stadtteilzentrum sehr stark unterstützen und diese Arbeit. Uns hat das Ressort Gesundheit unterstützt mit Ko-Finanzierung. Wo es nicht gelungen ist, Soziales ins Boot zu kriegen, zum Beispiel.“ (Interview Projektleitung „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“, Z. 367-370)

„Was auch erreicht worden ist, in manchen Fällen, ist das Überwinden von politischen Parteigrenzen. Bis jetzt war das ja immer so, oder in vielen Fällen so, Seniorenbund, und Pensionistenverband, und was der eine macht, da wird nicht hingegangen, wenn ich von der anderen Partei bin, das ist manches Mal gelungen, dass man das überwindet.“ (Interview Projektleitung „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“, Z. 50-53)

Die **soziale Zugänglichkeit** zu den Projektaktivitäten beinhaltete auch, dass es keine Zugangsvoraussetzungen geben durfte: es wurden keine Vorkenntnisse vorausgesetzt, da diese potentielle TeilnehmerInnen abschrecken könnten. Das Motto lautete: „Essen und Trinken, und sonst muss ich nichts können“ bzw. „je ungezwungener, desto besser“.

„Überhaupt glaub ich an den niederschweligen Zugang. Man muss nix können, man muss nix lernen, man braucht einfach nur Essen und Trinken.“ (Interview Projektleitung „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“, Z. 190-191)

„Das war in Litzelsdorf, das Singen, das ist sehr gut angekommen und vor allem das Ungezwungene. Also es ist jetzt kein Chor, keine Grand Prix Veranstaltung.“ (Interview Projektleitung „Gemeinsam gesund alt werden“, Z. 378-379).

Die **räumliche Zugänglichkeit** zu Projektaktivitäten war für die ProjektleiterInnen ebenso wichtig. Barrierefreiheit sollte garantiert werden sowie Transportservices für jene, die den Ort nicht alleine erreichen konnten. **Die Anreise zu den Aktivitäten der fünf kommunalen Gesundheitsförderungsprojekte erfolgte im städtischen Raum zu Fuß und im ländlichen Raum mittels PKW.**

„Hm, wir haben jetzt in der Gemeinde Werfen zum Beispiel schon für die erste Auftaktveranstaltung wird's ein Shuttlebus geben, hm, den die Leute in Anspruch nehmen können, wo wir uns auch einfach einmal anschauen, wie das dann auch tatsächlich angenommen wird.“ (Interview Projektleitung „AuGeN auf“, Z. 98-103)

„[...] ist natürlich, hm auch das alle Räumlichkeiten, wo die Veranstaltungen stattfinden, barrierefrei zugänglich sind, um auch den Leuten, die eben in der Mobilität eingeschränkt sind, die Möglichkeit zu bieten, zu kommen, und nicht schon von Vornherein zu sagen, na da kann ich nicht hingehen, weil ich kann die Treppe nicht mehr hoch und es ist auch oft so eine Barriere, da geh ich gar nicht hin, weil, ja, sondern eben die Möglichkeit gegeben ist.“ (Interview Projektleitung „Gemeinsam gesund alt werden“, Z. 268-273)

3.4. Soziale Teilhabe und Grad der sozialen Unterstützung

Die Gruppen, die sich im Laufe der Projektlaufzeiten formierten, konnten neu zusammengesetzt sein oder an bereits bestehende Gruppenangebote anschließen. **Dabei setzten die Projektverantwortlichen ihre Aktivitäten teilweise zu früh oder zu hochschwierig an und erwarteten von Älteren von Anfang an eine aktive Beteiligung am Projekt.** Die Teilnehmenden konnten sich in vielfältiger Weise in die Maßnahmen und Programme einbringen. Im Projekt „Gemeinsam gesund alt werden“ (Burgenland) konnten sich die Vortragenden zum Beispiel beim Singen und Tanzen sowie beim „Erzählen von früher“ in die Gruppen integrieren, während die

teilnehmenden Frauen sich kreativ, geschicklich und handwerklich beteiligen konnten. Im Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ in Graz haben sich die Teilnehmenden in Form von Fragen – etwa zum Ernährungsvortrag – aktiv eingebracht. In Niederösterreich konnten sich die Teilnehmenden nach dem „MahlZeit!“-Essen beim Kartenspielen beteiligen oder eine aktive Rolle als freiwillige GastgeberInnen übernehmen.

Da die möglichen Rollen so vielfältig waren, hat das Evaluationsteam daher im Zuge der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ ein Modell der sozialen Teilhabe Älterer entwickelt, in dem ihre **Beteiligungsmöglichkeiten differenziert betrachtet** werden (Wanka, Resch, Fassl, Kolland 2016).

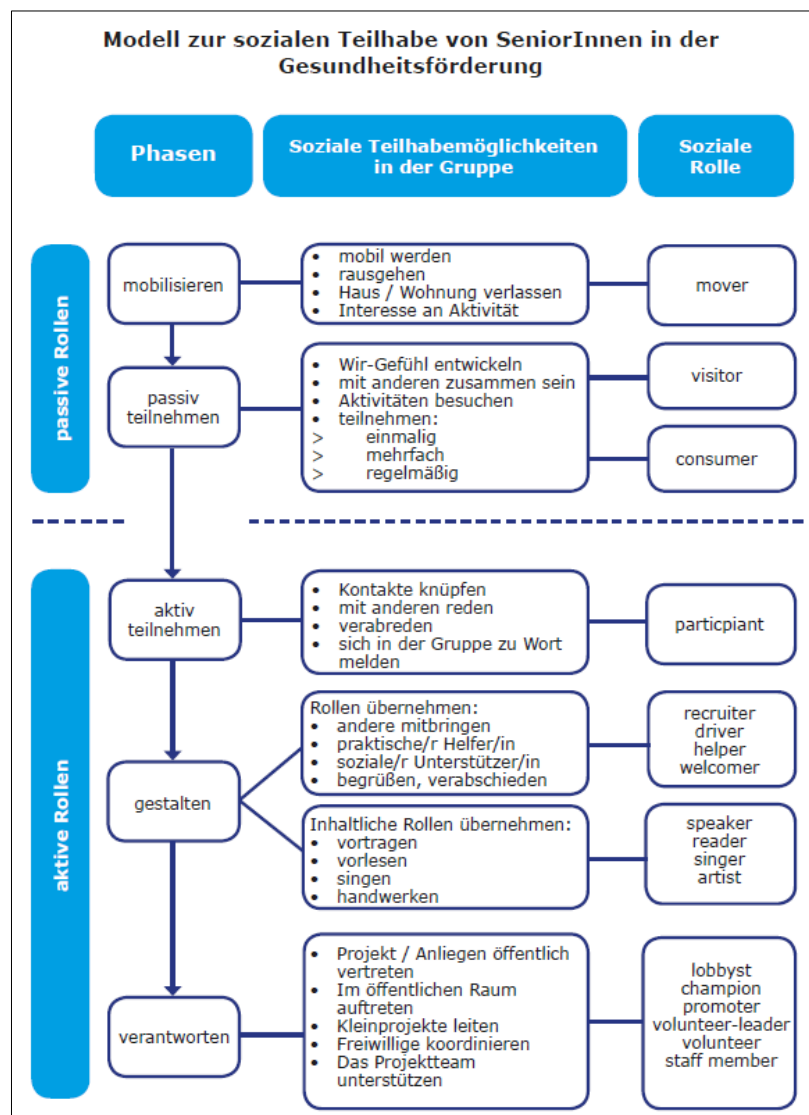


Abb. 7: nach: Resch, Wanka, Fassl, Demmer, Kolland (2018, S. 114).

Projektmitglieder in gesundheitsfördernden Projekten beginnen oftmals damit, ältere Menschen zu **mobilisieren**, d.h. sie werden durch verschiedene Akquisestrategien eingeladen, das Haus oder ihre Wohnung zu verlassen und mobil zu werden (*mover*). In einem weiteren Schritt zu erhöhter sozialer Teilhabe verbringen sie Zeit mit anderen und nehmen an Aktivitäten teil (*visitors*).

Dies kann noch ohne weitere Verbindlichkeit geschehen, etwa aus Neugierde oder um „einfach mal vorbeizuschauen“. Manchmal kommt es auch vor, dass ältere Menschen von Angehörigen, sozialen Diensten oder anderen „geschickt“ werden. Wenn ältere Menschen mehr als einmalig an einer Projektaktivität **teilnehmen**, z.B. mehrfach oder regelmäßig, ist schon ein großer Schritt in Richtung sozialer Teilhabe geschafft (*consumers*). Die Projektverantwortlichen können dann damit rechnen, dass die Person wiederkommt. Alle diese Formen der Teilhabe sind als „passiv“ zu betrachten, d.h. ältere Menschen übernehmen dabei keine aktive Rolle in oder vor einer Gruppe ein, sondern nehmen teil, verbringen Zeit mit anderen und gehen regelmäßig aus dem Haus.

Wenn ältere Teilnehmende mit anderen Menschen in Kontakt kommen, miteinander ins Gespräch kommen, sich verabreden oder sich in der Gruppe zu Wort melden, beginnen sie zu **partizipieren** und nehmen eine sichtbare Rolle im Projekt ein (*participants*). Das Vertrauen ins Projekt wächst, die Verbindlichkeit nimmt zu. Höher-schwelligere Rollen in den Projekten beziehen sich auf die Möglichkeit, zu **gestalten**. Dies kann verschiedene Formen annehmen, etwa andere zu den Aktivitäten mitzubringen (*recruiter*) oder sie hinzufahren (*driver*). Andere übernehmen praktische Tätigkeiten, wie Tische umzustellen oder das Buffet aufzubauen (*helper*) bzw. begrüßen oder verabschieden andere ältere Personen bei den Projektaktivitäten, die nur teilnehmen (*welcomer*). Ältere Teilnehmende können auch inhaltliche Rollen übernehmen und etwa vortragen, vorlesen, das Singen oder handwerkliche Tätigkeiten anleiten oder andere inhaltliche Rollen übernehmen. Dies setzt allerdings Selbstvertrauen oder Erfahrung voraus und bedeutet, sich der Gruppenmeinung auszusetzen. Es birgt aber auch die Möglichkeit, von anderen in der Nachbarschaft mit seinen Fähigkeiten wahrgenommen und anerkannt zu werden.

In den teilnehmenden Beobachtungen konnten die **gestaltenden Rollen** gut beobachtet werden:

- Begrüßungsrolle oder Verabschiedungsrolle übernehmen
- Vortrags- oder Vorleserrolle übernehmen
- Gemeinsam das räumliche Setting gestalten
- Gemeinsames Essen, Handwerken, Singen, Kartenspielen, etc.
- Gemeinsames Verändern des kommunikativen Settings (Sitzplatztausch, Kleingruppen, etc.)

Wenn soziale Teilhabe bis zum Ende gedacht wird, dann können ältere Teilnehmende auch Teile der Projektaktivitäten selbst **verantworten**. Dies kann ebenfalls unterschiedliche Ausprägungen annehmen, wie etwa das öffentliche Vertreten des Projekts nach außen (*lobbyist*), selbst als Rollenvorbild in der Nachbarschaft zu gelten (*champion*) oder die Aktivitäten in der Nachbarschaft zu bewerben (*promoter*). Der letzte Schritt besteht in der Übernahme einer ehrenamtlichen Rolle im Projekt (*volunteer*), indem Kleinprojekte angeleitet, andere Menschen oder Freiwillige koordiniert und geführt (*volunteer-leader*) werden, oder auf andere Weise das Projektteam unterstützt (*staff member*) wird. Hier besteht allerdings die Gefahr der Abgrenzung der Tätigkeiten zu jenen der (bezahlten) Teammitglieder. (Wanka, Resch, Fassel, Kolland 2016)

3.5. Vergleichbare Methodik

Die gesundheitsfördernden Projekte setzten eine Vielzahl an Methoden aus der Gesundheitsförderung, der Stadtteilarbeit und der Beratung und Betreuung Älterer sowie der Regionalentwicklung ein, die bereits in den Projektanträgen beschrieben wurden. Die Abbildung zeigt das Ergebnis der Dokumentenanalyse; im Folgenden kommen auch die Projektleitungen zu Wort, die in den Interviews zur Methodik befragt wurden. Folgende sechs Methoden können einem Methodenvergleich unterzogen werden:



- **Bedarfserhebungen:** als erste Kontaktmöglichkeit in der Nachbarschaft
- **Kleinprojekte:** wichtig ist, dass nicht zu viele Kleinprojekte parallel und diese mindestens über einige Monate hinweg durchgehend verlaufen
- **Arbeit mit Freiwilligen** in verschiedenen aktiven Rollen (AktivlotsInnen, GastgeberInnen, Vortragende, ...)
- **Schulungen/Gesundheitskompetenz:** Bezug zur Lebenswelt Älterer, Didaktik und Anschauungsmaterial; Niederschwelligkeit
- **Aufsuchende Arbeit:** Zeit einplanen, zentrale MitarbeiterInnen festlegen
- **Stadtteilbegehungen:** Sozialräume aneignen; Ältere zum Projekt einladen

Bedarfserhebungen

In der Steiermark, dem Burgenland, Salzburg sowie in Niederösterreich wurden zu Beginn des Projekts Erhebungen eingesetzt, um auf das jeweilige Projekt aufmerksam zu machen und um erste Eindrücke von den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen der Personen in der Nachbarschaft zu erhalten. In Graz führten ProjektmitarbeiterInnen 30 qualitative Interviews mit BewohnerInnen und VertreterInnen von Institutionen in der Nachbarschaft im Triesterviertel durch (Predin, Sladek, 2016). Es handelte sich dabei um aktivierende Befragungen:

„Zu Beginn des Projekts wollten wir erfahren, wie es sich im Stadtteil Triester lebt und wie das Viertel für Frauen und Männer 50+ lebenswerter gemacht werden kann. Außerdem wollten wir Frauen und Männer ab 50 Jahren [...] zum aktiven Mitwirken ermutigen.“ (ebd., S. 22).

So wurden erste wertvolle Kontakte geknüpft und die ersten Bedürfnisse der Älteren erhoben (ebd., S. 23):



Im niederösterreichischen Projekt „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“ wurde zu Beginn des Projekts ebenfalls eine Bedarfserhebung durchgeführt, indem ein kurzer Fragebogen per Post an alle Haushalte verschickt wurde. Diese Maßnahme diente der Bewerbung der „MahlZeit!“-Treffen. Die Bewerbung wurde per Postwurf und persönlichem Brief der jeweiligen BürgermeisterInnen versendet. Schon in den ersten Monaten der Projektumsetzung konnte festgestellt werden, dass diese Maßnahme – unter Einbindung der lokalen PolitikerInnen – bestens geeignet war, um die Zielgruppe zu erreichen. Die BürgermeisterInnen konnten in Folge auch dafür gewonnen werden, einige „MahlZeit!“-Treffen persönlich zu eröffnen.

„Also auf jeden Fall, weil es ist einfach etwas ungemein Positives, wenn da der Bürgermeister oder Bürgermeisterin ist, zählt das ungleich mehr als irgendein Artikel in der Zeitung.“ (Interview Projektleitung „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“, Z. 308-309)

Im Burgenland „Gemeinsam gesund alt werden“ wurden leitfadengestützte Interviews mit kommunalen EntscheidungsträgerInnen geführt und in Salzburg wurde im Projekt „AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig“ eine Ist-Stand-Erhebung durchgeführt, um die Bedarfe der Zielgruppe besser einschätzen zu können.

Kleinprojekte

In Graz wurden im zweiten Projektjahr fünf Kleinprojekte mit freiwilligen Älteren gegründet und initiiert. Diese umfassten eine Tauschbörse, Bewegungsangebote, einen Spielenachmittag, „Ich bin für dich da“ und „Kreativ im Stadtteil“. **Die Erfahrungen zeigen, dass das Projektvorhaben**

zu ambitioniert war und dass **fünf Kleinprojekte eine organisatorische Herausforderung darstellten**.

Die Freiwilligen brauchten alle Unterstützung vom Projektteam (Folderdruck, Terminvereinbarungen, Akquise von Personen aus der Nachbarschaft etc.), wodurch sich die Vorbereitung und Umsetzung dieser Projekte als sehr ressourcenintensiv erwies.

„Dass man solche Dinge macht gemeinsam mit Engagierten, mit Freiwilligen, das ist für uns auch ein neuer Aspekt. Freiwilligenarbeit. Das Frauengesundheitszentrum selber arbeitet in dem Sinne (nicht) mit Freiwilligen.“ (Interview Projektleitung „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“, Z. 58-60)

Die Kleinprojekte konnten aufgrund der wenigen Zeit bis zum Projektende dann nur vier bis fünf Monate laufen. Dennoch konnten ältere Personen durch die Kleinprojekte neue aktive Rollen in der Nachbarschaft ausprobieren (vgl. Kapitel 3.4).

Arbeit mit Freiwilligen

Im niederösterreichischen Projekt wurden Freiwillige zu sogenannten GastgeberInnen für die „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“-Treffen herangezogen und rekrutiert. Ältere Personen haben diese Rolle aktiv übernommen, unter ihnen auch (ehemalige) BürgermeisterInnen. Die Freiwilligen wurden mehrmals in Netzwerktreffen informiert, damit ebenfalls als Gruppen zusammengebracht und erfuhren Wertschätzung ihrer Arbeit. Die Freiwilligen setzen ihre Arbeit nach Ende des Projekts fort.

Die Freiwilligenarbeit hat Älteren neue soziale Rollen ermöglicht und in diesem Sinne gesundheitsfördernde Auswirkungen, zum Beispiel in diesem Fall einer älteren Teilnehmenden, die durch das Projekt eine neue Aufgabe in ihr Leben integrieren konnte, wie eine Projektleitung berichtet:

„Zum Beispiel gab es so eine Dame, die in der Bücherei mitarbeitet, dass sie sich das vorher nie zugetraut hätte. Und dass das einfach bei solchen Projekten möglich ist, dass jemand auch einmal eine neue Aufgabe kriegt und dadurch auch persönlich wieder einen Auftrieb kriegt.“ (Interview Projektleitung „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“, Z. 182-185)

In den Projekten „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ und „AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig“ wurden Personen aus der Zielgruppe zu MultiplikatorInnen ausgebildet. Das hat sich im Projekt in Wien zu Beginn als Herausforderung dargestellt, da das Projekt später starten konnte als geplant:

„Die Suche nach Aktivlotsen, die sich aber jetzt doch ein bisschen in dieser kurzen Zeit als sehr schwierig herausgestellt hat.“ (Interview Projektleitung „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“, Z. 13-14)

Aus diesem Grund wurde zuerst das „Café Aktiv“ im Nachbarschaftszentrum ins Leben gerufen, um einen niederschweligen Kontakt zur Zielgruppe aufbauen und dadurch deren Vertrauen gewinnen zu können. Die Idee, dass die MultiplikatorInnen von Beginn an gesucht werden können, hat sich in diesem Setting als zu hochschwierig herausgestellt.

Schulungen/Gesundheitskompetenz stärken

Soziale Teilhabe ist ein essentieller Bestandteil des sozialen Zusammenhalts der Gesellschaft, von Gemeinschaften und Nachbarschaften (Huster 2012, S. 86). **Bildung, Weiterbildung und soziale Teilhabe hängen im Alter eng miteinander zusammen und bedingen sich wechselseitig** (Schramek, Bubolz-Lutz 2016, S. 163). Mit der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Angeboten nehmen ältere Menschen auch Bildungschancen wahr. Gesundheitskompetenzen und andere Fertigkeiten können durch gezielte Maßnahmen kennengelernt und angeeignet werden. Die Teilnahme an Angeboten für ältere Menschen, seien sie gesundheitsbezogen oder gezielt auf spezifische Lerninhalte hin entwickelt, ermöglichen es, soziale Teilhabe zu fördern. Ältere können nicht nur fachliche sondern insbesondere auch soziale Kompetenzen erwerben sowie bestehende Wissensbestände und Ressourcen aktivieren. Fehlende oder geringe Teilnahme an bildungsbezogenen Maßnahmen im Alter erhöht die Gefahr sozialer Exklusion (Kolland 2016, S. 5-6).

In den Projektschulungen und Veranstaltungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Älteren wurden **formale Schulungen in den Projekten mitunter als zu hochschwierig empfunden** und Wissen schließlich möglichst niederschwellig vermittelt. Sowohl im Grazer Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ als auch bei den Wiener „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ fanden **niederschwellige Schulungen zur Gesundheitskompetenz** statt. Themen waren u.a. „Armut macht krank“ oder „Sorgenfreies Wohnen im Alter“. Wichtige Rückmeldungen und Lessons Learned dazu waren folgende:

- Didaktisch am Wissen der älteren Teilnehmenden ansetzen
- Bezug zum Leben der älteren Teilnehmenden herstellen
- Niederschwelligkeit durch Jause und Kaffee, Sitzordnung um einen Kaffeetisch (und nicht wie in einem Seminarraum in Reihen)
- Anschauungsmaterial bereitstellen
- Die meisten Schulungskonzepte sind für benachteiligte ältere Menschen zu hochschwierig und müssen von den Vortragenden vereinfacht und angepasst werden.

Dazu ist der formale Bildungsstatus der erreichten Personen ausschlaggebend: **Etwa ein Viertel aller Teilnehmenden verfügte lediglich über einen Volksschul- und etwa gleich viele über einen Hauptschulabschluss**, während ein Drittel eine Lehre oder BMS absolviert haben. 13% der erreichten Personen hatten die Matura abgeschlossen und nur 5% besaßen einen Hochschulabschluss.

Stadtteilbegehungen

Eine sozialräumliche Perspektive auf Alter und Altern einzunehmen, zählt mittlerweile zu einem bedeutenden Forschungsbereich der Sozialgerontologie (Deinet/Spatschek/Krisch/Reutlinger 2013; Rießen/Bleck/Knopp 2015). Auch in Untersuchung von Phänomenen rund um Fragen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, rückt die Beachtung sozialräumlicher Verhältnisse in den Blick. **Stadtteile und Gemeinden zählen zum zentralen Setting in Bezug auf die Gesundheitsförderung für ältere Menschen**. Die Kommune ist jener Ort und soziale Kontext, der für den Alltag und das Leben von Älteren im Mittelpunkt steht. Stadteilerhebungen als Methode können im Bereich der „Community Studies“ (Harth et. al 2012) verortet werden und geben Einblick in das subjektive Erleben von Nachbarschaft.

In **Wien** „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ haben die beiden operativen Projektmitarbeiterinnen ihre Arbeit mit **ausführlichen Stadtteilbegehungen** im 15. Wiener Gemeindebezirk begonnen. Auf diese Weise konnten sie sich den Bezirk aneignen und die Orte kennenlernen, an denen sich Ältere aufhalten. Später sind die MitarbeiterInnen an diese Orte zurückgekehrt, um Personen mittels Gutschein zum „Café Aktiv“ ins Nachbarschaftszentrum einzuladen. Sie haben damit den Sozialraum ideal für die Projektaktivitäten genutzt.

„Also für die Mitarbeiterinnen war es wirklich sehr intensiv, weil sie eben im Bezirk unterwegs waren, hm, das Projekt bekannt gemacht haben, hm, in allen möglichen Einrichtungen und auch bei verschiedensten anderen Projekten andockt haben und gleichzeitig auch die Suche nach Aktivlotsen, die sich aber jetzt doch ein bisschen in dieser kurzen Zeit als sehr schwierig herausgestellt hat.“ (Interview Projektleitung „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“, Z. 10-14).

Aufsuchende Arbeit

Aufsuchende soziale Arbeit sucht Menschen an jenen Orten auf, an denen sie sich aufhalten. Vor allem bei marginalisierten Gruppen kommt dieser Zugang zum Einsatz (Krisch et al. 2011). Im Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ in Graz wurden Personen in ihrer unmittelbaren Wohnumgebung angesprochen und auf das Angebot des Stadtteilzentrums aufmerksam gemacht. **Es wurden Einladungen zu Veranstaltungen direkt ausgesprochen und entsprechende Hilfestellungen, wie das Abholen und nach Hause bringen, angeboten.** Im burgenländischen Projekt „Gemeinsam gesund alt werden“ wurden diejenigen, die bereits an einer Veranstaltung teilgenommen haben, aufgefordert beim nächsten Mal „einen lieben Menschen“ mitzubringen. Dafür wurden zusätzlich zu den mündlichen Einladungen, als Einladungen gestaltete Flyer ausgegeben.

„Also bei den Einladungen (...) wenn wir es austeilen, dass wir es wirklich gezielt bei der Einladung austeilen, anbieten, eine Einladung mitzunehmen, oder denen sagen, die jetzt vielleicht nicht die Möglichkeit haben. (...) Also das ist glaube ich, wenn du sie direkt darauf ansprichst, direkter Kontakt, vielleicht hilft das dann. Die haben dann die Möglichkeit, das dann zu machen“ (Interview Projektleitung „Gemeinsam gesund alt werden“, Z. 302-307)

Auch die Projektmitarbeiterinnen der Wiener „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ waren mit der aufsuchenden Arbeit erfolgreich. Sie erarbeiteten sich den Stadtteil zu Fuß und lernten so die Menschen der Zielgruppe in deren Alltag kennen. Die Erkenntnis dieser aufsuchenden Arbeit in Wien war folgende:

„Muttersprachlichkeit und Niederschwelligkeit, das schafft Vertrauen.“ (Interview Projektleitung „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“, Z. 258)

3.6. Stärkere Netzwerke und Nachbarschaften

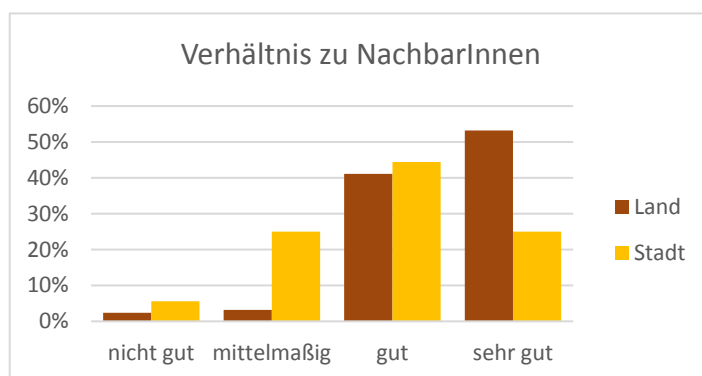
Ein Ziel der hier evaluierten Projekte mit Älteren stellte die Stärkung der nachbarschaftlichen Beziehungen und des sozialen Kapitals dar. Zu den Ergebnissen kann die quantitative Evaluation

Auskunft geben: Welche Beziehungen werden in der Nachbarschaft gepflegt und welches Vertrauensverhältnis beschreiben Ältere zu ihren NachbarInnen?

Die Personen, die danach gefragt wurden, welche Veränderungen sie durch die Teilnahme an den Projekten erlebten, gaben folgendes an: **59% finden**, durch die Projektaktivitäten von „Auf gesunde Nachbarschaft!“ **neue Menschen kennen gelernt zu haben**, jeweils **41%** geben an, dass sie **Kontakte zu bekannten Personen intensiviert haben** und **sich mit der Nachbarschaft stärker verbunden fühlen** („trifft genau zu“ und „trifft eher zu“: 96%, 84%, 80%). Im Geschlechtervergleich zeigt sich: Frauen geben eher an, dass sie neue Menschen kennen gelernt und den Kontakt zu Bekannten intensiviert haben („trifft genau zu“ und „trifft eher zu“ Männer/Frauen: 91%/95%, 80%/87%).

Beziehungen in der Nachbarschaft

Das Verhältnis zu den NachbarInnen wird zu 89% als gut bis sehr gut beschrieben, nur 3% der Befragten empfinden es als „nicht gut“.



Im Stadt-Land-Vergleich (vgl. Abb. 8) gibt es auffällige Unterschiede: **53% der am Land Lebenden finden, sie kämen sehr gut mit den NachbarInnen aus, in der Stadt ist dies nur ein Viertel**. Diese Unterschiede sind signifikant ($z=-3,806$, $p<0,001$). Personen, die am Land leben, empfinden ihr Verhältnis zueinander besser, als Personen, die in der Stadt leben (m.R. Land=87,3, m.R. Stadt=57,0).

Abb. 8: Verhältnis zu NachbarInnen, N Land=35, N Stadt=120

Bei der Abfrage einzelner Beziehungsaspekte zeigt sich, dass die Aspekte der Sicherheit („schauen auf Sicherheit“) und Sauberkeit („achten auf Sauberkeit“) am meisten erfüllt sind („trifft auf die meisten zu“=46% bzw. 43%). Die Aspekte „besuchen einander gegenseitig“ und „helfen einander gegenseitig“ sind in den Beziehungen am wenigsten erfüllt („trifft auf (fast) keine zu“=26% bzw. 31%).

Wissen und Vertrauen

48% der Befragten gaben an, relativ viel über die NachbarInnen zu wissen, womit die Relevanz der Nachbarschaft als Setting für die Zielgruppe der Älteren bestätigt wird. Im Geschlechtervergleich zeigt sich: Männer (64%) geben häufiger als Frauen (42%) an, viel über die NachbarInnen zu wissen. Dieser Unterschied ist signifikant ($z=-2,212$, $p=0,027$, m.R. Männer=88,7, m.R. Frauen=71,8). Ebenso unterscheiden sich StädterInnen und am Land Wohnende, erstere wissen zu 55%, zweitere nur zu 24% relativ viel über Ihre NachbarInnen. Ein Signifikanztest bestätigt diese Differenz ($z=-3,715$, $p<0,001$, m.R. Land=84,3, m.R. Stadt=55,5).

Hinsichtlich des Vertrauens wurde die Frage gestellt, wie vielen NachbarInnen die befragte Person den Haustürschlüssel bei einer Reise anvertrauen könnte. **Immerhin 14% könnten niemandem den Schlüssel anvertrauen**, 43% haben wenigstens eine/n vertrauenswürdige/n NachbarIn. 44% würden einigen oder (fast) allen ihren Hausschlüssel geben.

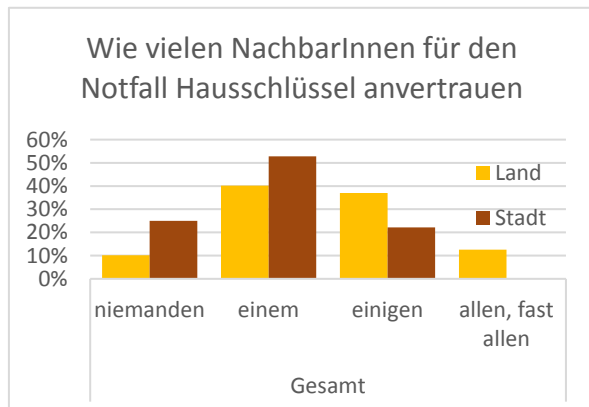


Abb. 9: Wie vielen NachbarInnen für den Notfall Hausschlüssel anvertrauen, N Land=127, N Stadt=36

Hier zeigen sich ebenso deutliche Unterschiede zwischen Land und Stadt (vgl. Abb. 9): **Ein Viertel der StädterInnen hat niemanden, dem/der er/sie den Schlüssel anvertrauen könnte; das trifft hingegen nur auf 10% der am Land Lebenden zu.** Die Hälfte aller LandbewohnerInnen könnten (fast) allen NachbarInnen den Schlüssel geben, hingegen geben dies nur 22% der StädterInnen an. Auch die Zusammenhangsanalyse zeigt: **In der Stadt haben die Befragten signifikant weniger Menschen, denen sie den Hausschlüssel anvertrauen können** ($z=-3,397$, $p=0,001$; m.R. Land=88,3, m.R. Stadt=59,9). Hier zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen

den Geschlechtern.

3.7. Nachhaltigkeit der Projekte

Um längerfristige Auswirkungen der Projektaktivitäten sicherzustellen, ist die Nachhaltigkeit der Projekte besonders wichtig. Die Projektlaufzeiten bewegten sich zwischen 20 und 36 Monaten. Doch auch über das Projektende hinaus sollten aufgebaute Strukturen und Netzwerke erhalten bleiben, damit die Zielgruppe entsprechend weiterhin davon profitieren kann. In einigen Bundesländern wurden bereits Folgeprojekte beantragt, um bestimmte Angebote weiter anbieten zu können. **Im Rahmen der Aktivitäten konnten MultiplikatorInnen gefunden werden, die auch in Zukunft als GastgeberInnen bei „MahiZeit!“-Treffen oder im Stadtteilzentrum in Graz aktiv sein werden.** In den Projekten wurde diese Nachhaltigkeit sowohl in den Interviews mit den ProjektleiterInnen sowie in den Fokusgruppen thematisiert.

3.7.1. Aus Sicht der ProjektleiterInnen

Der **Mehrwert der Projekte** wurde von den ProjektleiterInnen unterschiedlich bewertet. Allen voran stand die **sektorale Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit, Gesundheitsförderung sowie Stadtteilarbeit/Regionalentwicklung in den Projekten**, die dazu geführt hat, dass alle Beteiligten Wissen aus anderen Bereichen aufbauen konnten und **Schnittstellen erkannt wurden**. Dadurch wurde auch **organisationales Lernen vorangetrieben**. Auch durch die Tandempartnerschaften, dass immer zwei Organisationen ein Projekt umgesetzt haben, konnte viel über die eigene und die andere Organisation, die Arbeitsweise und die Zielgruppenarbeit gelernt werden.

„Das ist das erste Projekt, wo wir wirklich ein gemeinsames Projektteam gehabt haben, mit einer eigenen Organisationsstruktur [...] die Aufgaben organisationsübergreifend verteilt worden sind. Das haben wir in der Form so noch nicht gemacht und haben wahnsinnig viel dabei gelernt und es war wahnsinnig spannend.“ (Interview Projektleitung „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“, Z. 15-21)

Für einige Organisationen war die Erfahrung, mit sozial benachteiligten Zielgruppen, zu arbeiten neu. Auch sehen die ProjektleiterInnen einen Mehrwert durch eine verstärkte öffentlich wirksame

Werbung und Öffentlichkeitsarbeit sowie regionale/lokale Präsenz, durch die ihre Einrichtung an Bedeutung gewonnen habe.

Die Rolle der zentralen Person des Projekts (das „Gesicht“ nach außen) wurde unterschiedlich gelebt. **In Niederösterreich wurde die zentrale Person des Projekts als vernetzendes Element in den 13 teilnehmenden Gemeinden zwischen allen Stakeholdern betrachtet.** Sie vernetzte zwischen Älteren, Freiwilligen, GastgeberInnen und WirtInnen. In der Steiermark gab es mehrere zentrale Figuren im Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“, jene, die im Stadtteilzentrum Triesterviertel arbeiten sowie eine Mitarbeiterin des Frauengesundheitszentrums, die häufig vor Ort im Stadtteilzentrum war. **Bei den „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ in Wien gab es ebenfalls zwei zentrale Gesichter des Projekts,** die während der „Café Aktiv“-Maßnahme immer gemeinsam anwesend waren und somit allen Älteren gut bekannt waren. Im Projekt „Gemeinsam gesund alt werden“ im Burgenland wechselte die zentrale Person des Projekts drei Mal während der Projektlaufzeit. Im Projekt „AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig“ in Salzburg gab es mehrere zentrale Personen, weil sowohl städtische als auch ländliche Gemeinden Teil des Projekts waren und somit mehrere Sozialräume erschlossen werden mussten – eine Person hätte diese Aufgabe nicht übernehmen können. Die zentralen Personen waren jene Personen, die sich am häufigsten vor Ort aufhielten, wenn das Projekt auf einen Sozialraum beschränkt werden konnte (Wien, Graz), und inhaltliche bzw. organisatorische RepräsentantInnen des Projekts nach außen waren. **Im Falle von sozialraumübergreifenden Projekten (Burgenland, Salzburg) beteiligen sich verschiedene Personen** bzw. gelang es in Niederösterreich, eine einzige Person für das Zusammenhalten des Projekts abzustellen, die diese Rolle auch nach Projektende beibehalten wird.

„Also wir sind sehr froh, dass sich die Kleinregion dazu entschlossen hat, dass die Projektmitarbeiterin ein bisschen finanziert wird noch in Zukunft [...] Und so, denke ich, wird das gut weiterrennen. Also ich habe da ein gutes Gefühl dafür. Weil die Projektmitarbeiterin weiß, was sie tut, und das ist einfach ihr Projekt, und sie ist von allen anerkannt.“ (Interview Projektleitung „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“, Z. 242-248)

Im Salzburger Projekt „AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig“ hat sich die Projektleitung bereits ein Jahr vor Ablauf des Projektes mit dem Thema Nachhaltigkeit beschäftigt. Dabei wurde insbesondere darauf geachtet, dass einerseits die Finanzierung gesichert und andererseits Personen gefunden werden, die die Aktivitäten auch in Zukunft betreuen können.

„Wir schauen, dass wir im Sinne der Nachhaltigkeit Veranstaltungen fixieren, die von den Finanzen her ein Selbstläufer werden, sprich dass die die ganzen Bewegungskurse finanzieren. Dann gibt es ja noch so Singkreise und beispielsweise der Spielespielnachmittag, der nichts kostet. Da muss man dann aber überlegen, wer begleitet den Spielespielnachmittag. Da schauen wir langsam, dass wir das aufstocken können.“ (Interview Projektleitung „AuGeN auf“, Z. 200-204)

Die ProjektleiterInnen konnten sich wertvolle Erkenntnisse über die **förderlichen Faktoren der Maßnahmen bzw. der Angebotsstruktur** aneignen. **Förderlich sei es gewesen, in einem strukturschwachen Sozialraum zu agieren, wo es wenig Konkurrenz an Angeboten gibt.** Das Angebot sollte möglichst regelmäßig und gleich angeboten werden, damit ein Vertrauen zum Angebot entsteht, d.h. regelmäßige Teilnahme möglich war und doch ein inhaltlicher Freiraum

der konkreten Gestaltung bestand. Zu viele Angebote in einem Sozialraum (z.B. Grätzel) zu setzen, wurde als nicht ressourcenschonend und überfordernd eingeschätzt. Der Zeitraum für Maßnahmen sollte außerdem nicht zu kurz ausfallen, denn es dauere einige Monate, bis ältere Personen auch aktive Rollen in Projekten übernehmen (z.B. Verantwortung, aktives Commitment etc.). **Einige Projekte haben ein „Minimalangebot“ entwickelt, dass sie regelmäßig angeboten haben – z.B. „50+ Treffs“ (Graz) oder „Café Plus“ (Wien).**

„Aber es ist jetzt schon geplant, dass wir also es wird ein Café Plus geben, so einmal im Monat, einfach weil der Wunsch der Gruppe gekommen ist, sich in derselben Gruppe immer wieder zu treffen.“ (Interview Projektleitung „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“, Z. 40-42)

3.7.2. Aus Sicht der Fokusgruppen

Am Ende der Projektlaufzeit wurden in allen fünf evaluierten Projekten Fokusgruppen mit unterschiedlichen AkteurInnen durchgeführt (vgl. Kapitel 2.2.8).

Sowohl auf Projekt- als auch auf TeilnehmerInnen-Ebene ist es den Beteiligten gelungen, **neue Kooperationen an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und Stadtteilarbeit/ Regionalentwicklung und/oder Sozialeinrichtungen der Beratung und Betreuung älterer Menschen** zu etablieren. So haben auf Projektleitungsebene teilweise Organisationen zusammengearbeitet, zwischen denen es bisher noch keine oder nur wenig Zusammenarbeit gegeben hat. *„Man hat sich aufeinander zu bewegt.“ (Fokusgruppe GENA – In Gemeinschaft Älter Werden)*. Positiv angemerkt wurde auch, dass zum Teil über Parteigrenzen hinweg kooperiert wurde und das Angebot somit einer großen Zahl von Teilnehmenden ermöglicht wurde. Dabei zeigt sich, dass sowohl bestehende Kontakte als auch neue Kooperationen Vorteile haben: Bei bestehenden Kooperationen ist der Kommunikations- und Abstimmungsaufwand nicht so groß. Bei neuen Formen der Zusammenarbeit können die unterschiedlichen Erfahrungen und Herangehensweisen einen Mehrwert für das Projekt darstellen. Die unterschiedlichen Konstellationen sind allerdings zu Projektbeginn zu erkennen und vor allem in der Zeitplanung entsprechend zu berücksichtigen. Die Teilnehmenden konnten sich neue Räume erschließen, das Selbstvertrauen wurde gestärkt und die Gemeinschaft konnte durch die Projektaktivitäten aufgebaut, gestärkt und verbessert werden.

In Bezug auf **Gruppendynamiken** in den einzelnen Projekten sind unterschiedliche Verläufe beschrieben worden. **Es zeigte sich, dass bei Projekten, in denen eher das Zusammenkommen und die Gemeinschaft im Fokus standen, das Zusammengehörigkeitsgefühl der Teilnehmenden untereinander besonders gestärkt wurde.** Vor allem in Graz und in Wien ist dies hervorzuheben. Die Teilnehmenden im Projekt „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ sehen sich in der Gruppe eher als „Familie“ und es ist ein informelles Netzwerk entstanden, in dem sich die Teilnehmenden sozial unterstützen. Dies wurde nicht von den ProjektmitarbeiterInnen initiiert, sondern habe sich aus der Gruppe heraus selbst entwickelt. Bei Projekten, bei denen Aktivitäten wie das gemeinsame Mittagessen, Vorträge oder konkrete Aktivitäten wie Basteln oder Singen im Vordergrund standen, haben sich die Teilnehmenden stärker auf diese (angekündigten) Aktivitäten konzentriert.

Besonders gut angenommen wurden **Angebotsstrukturen**, bei denen die TeilnehmerInnen sich einbringen konnten bzw. gefordert wurden, sich beispielsweise beim Handwerken, Sprechen, oder Spielen zu beteiligen. **Die optimale Dauer der einzelnen Projektaktivitäten wurde mit**

etwa eineinhalb Stunden als relativ kurz angegeben. Nach den „offiziellen“ Programmpunkten hat es sich als bereichernd herausgestellt, auch Zeit für den Austausch zwischen den Teilnehmenden einzuplanen, damit der informelle Charakter der Veranstaltungen gewahrt bleibt. Im Sinne der Nachhaltigkeit ist es wichtiger, bestehende Angebote, die gut funktionieren, zu verankern, bevor eine Vielzahl neuer Aktivitäten hinzukommt, die zu einem Überangebot führen können. Dies zeigt sich vor allem in den Projekten „AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig“ und „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“.

Doch nicht nur die Projektaktivitäten sind für den Erfolg des Projektes relevant. **Einen besonderen Stellenwert nehmen jene Personen ein, die aktive Rollen im Projekt übernehmen.** Der Erfolg eines Projekts steht und fällt mit einzelnen AkteurInnen, die Projektaktivitäten koordinieren, als AnsprechpartnerInnen fungieren und das „Gesicht“ des Projekts darstellen. Das **Commitment** dieser Personen war notwendig, damit die Projektaktivitäten gut anlaufen, regelmäßig stattfinden und eine gewisse Nachhaltigkeit bestehen konnte. **Daher war es auch über das Projektende hinaus wichtig, dass weiterhin zumindest eine zentrale Person konstant blieb, die für die Planung und Organisation weiterer Aktivitäten verantwortlich ist** und als Ansprechperson bei Fragen der MultiplikatorInnen oder über das Projektende hinaus bestehenden Gruppen zur Verfügung steht. *„Dass jemand da ist, wie ein Anker, weil ganz nur mit den Bewohnern wird's nicht gehen.“ (Fokusgruppe GENA – In Gemeinschaft Älter Werden)* In Niederösterreich finanziert die Kleinregion Waldviertler Kernland beispielsweise zukünftig die Stelle jener Projektmitarbeiterin, die bereits während der Projektlaufzeit als Ansprechpartnerin zur Verfügung gestanden ist. Im Burgenland wird das Projektteam von „Gemeinsam gesund alt werden“ in einigen Gemeinden ehrenamtlich weitergeführt. Im Sinne der Nachhaltigkeit ist Kontinuität und Regelmäßigkeit der Angebotsstrukturen notwendig.

Ausreichende Unterstützung durch politische AkteurInnen, insbesondere der BürgermeisterInnen, BezirksvorsteherInnen, GemeinderätInnen usw., haben den Projekten die Arbeit erleichtert. Dies hat auch klare Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit ebendieser. Während eines laufenden Projektes hat die Unterstützung durch die **Lokalpolitik** den Vorteil, dass das Projekt schnellere Bekanntheit und eine größere Aufmerksamkeit erhält. Gut etablierte Aktivitäten haben entsprechend auch bessere Chancen, über das Projektende hinaus erfolgreich zu sein. In Niederösterreich haben sich die BürgermeisterInnen bei „MahlZeit!“-Treffen zum Beispiel eingebracht und sind als Servierende aufgetreten. Im Burgenland haben BürgermeisterInnen in manchen Gemeinden an keiner einzigen Projektaktivität teilgenommen. Dies wurde als fehlende Wertschätzung für die Projektanstrengungen interpretiert und als hinderlich empfunden. In Graz konnte die Pfarre schlussendlich für eine Kooperation interessiert werden. *„Ich bin in der Pfarre angesprochen worden, wegen einer stärkeren Kooperation [...] räumlich haben die ordentliche Ressourcen.“ (Fokusgruppe GENA – In Gemeinschaft Älter Werden).* **So können sozialräumlich nahestehende Organisationen gemeinsam Angebote umsetzen und Ressourcen teilen.** *„Gesunde Nachbarschaft kann auch in größeren Kontexten gelebt werden“* – etwa durch gemeinsame Veranstaltungen von regionalen Institutionen wie den Gesunden Gemeinden oder Pfarren. **Dies wären dann „gesunde institutionelle Nachbarschaften“** (Fokusgruppe AuGeN Auf).

Die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderungsprojekten mit Älteren kann den Ergebnissen zufolge dann sichergestellt werden, wenn

- die Projektträgerorganisationen einen (organisationalen) Mehrwert in der Durchführung des Projekts sehen;
- es eine zentrale Figur oder mehrere zentrale Figuren des Projekts gibt, die für die Zielgruppen vor Ort durchgehend ansprechbar sind;

- ein regelmäßiges Angebot geschaffen werden konnte, das der Zielgruppe bekannt ist;
- ein Minimalangebot auch nach Projektende aufrechterhalten werden kann.

3.8. Lessons Learned aus der Initiative

Aus der Evaluation der Projekte der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ leiten sich eine Vielzahl an Empfehlungen und zehn konkrete Lessons Learned ab:

Lesson 1: Die Projekte erreichen eher ältere Frauen. Maßnahmen zur gezielten Ansprache von älteren Männern würden Gesundheitsförderungsprojekte in Zukunft unterstützen.

Im burgenländischen Projekt „Gemeinsam gesund alt werden“ wurden ältere Frauen im vierten, d.h. hohen, weniger aktiven Lebensalter, erreicht, während in den Projekten „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“ und „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ auch jüngere Ältere im dritten Lebensalter, der aktiven und noch weitgehend selbstständigen Lebensphase, beteiligt waren. Das Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen lag bei 70 Jahren. Die Zielgruppe sozial Benachteiligter konnte am ehesten im Grazer Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ und bei den „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ in Wien erreicht werden. Bei der Frage nach dem Auskommen mit dem Einkommen zeigte sich: Knapp zwei Drittel der TeilnehmerInnen des Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ in Graz (64%) gaben an, einige oder große Schwierigkeiten bezüglich des Auskommens mit den finanziellen Mitteln zu haben. Dies weist darauf hin, dass hier Menschen beteiligt wurden, die sozial benachteiligt sind.

Lesson 2: Die Kontakt- und Aufbauphase des Projekts braucht Zeit.

Zu dem Thema Zeit wurden in den Fokusgruppen mehrere Aspekte angesprochen. Einerseits jene Zeit, die für die Vorbereitung des Projekts eingeplant wird. Dies wurde in den meisten Projekten eher unterschätzt. Die umfassende Vorbereitung des Projekts, die den ersten Grundstein für den Erfolg desselben legt, erscheint am Projektende besonders wichtig. Doch nicht nur für die Vorbereitungsphase und die Entwicklung des Projekts sollte genügend Zeit kalkuliert werden; auch für die Durchführung der Projektaktivitäten erscheint es günstig, längere Laufzeiten zu veranschlagen. Die TeilnehmerInnen müssen das Projekt erst kennenlernen. Die Projektleitungen erzählten, dass sich die Vorstufen (z.B. gemeinsames Kaffeetrinken etc.) zu den eigentlichen Umsetzungsmaßnahmen als besonders sinnvoll erwiesen haben. Wenn die Aktivitäten über eine längere Phase hin stattfinden, hat die Zielgruppe Zeit sich daran zu gewöhnen. Die Teilnehmenden können außerdem Vertrauen zu den ProjektmitarbeiterInnen sowie den anderen TeilnehmerInnen fassen und es besteht die Möglichkeit, dass ein Gemeinschaftsgefühl innerhalb der Gruppen entsteht. Auch die Übernahme neuer sozialer Rollen in der Nachbarschaft ist ein langsamer Prozess, für den entsprechend Zeit eingeplant werden muss.

Lesson 3: Es muss ein regelmäßiges Angebot geschaffen werden, das der Zielgruppe bekannt ist, und wenn möglich ein Minimalangebot, das auch nach Projektende aufrechterhalten werden kann.

Es hat sich gezeigt, dass eine Kontinuität des Angebots für dessen Erfolg wichtig ist. Diese Kontinuität wird dadurch hergestellt, dass die Projektaktivitäten einerseits über einen längeren Zeitraum hinweg und andererseits zu regelmäßigen Terminen stattfinden. Hier sind Ausdauer und Beharrlichkeit von Seiten des Projektteams gefragt, wenn das Angebot nicht auf Anhieb so angenommen wird, wie erwartet.

Lesson 4: Gesundheitskompetenz sollte an die informellen, non-formalen und formalen Bildungserfahrungen der erreichten Personen angepasst werden und unter Umständen niederschwellig angelegt sein.

Die Niederschwelligkeit der Angebote wurde in der Konzeption der Projekte teilweise unterschätzt. So stellten sich einige Aktivitäten als zu hochschwellig für die Zielgruppe heraus und das Angebot musste korrigiert werden. Dadurch musste der Zeitplan entsprechend angepasst werden. Auch bei der Anwerbung und Ausbildung von MultiplikatorInnen stellten sich die Erwartungen als zu hoch heraus. Dennoch konnten in den Projekten einige MultiplikatorInnen gewonnen werden, die auch in Zukunft, beispielsweise als GastgeberInnen, aktiv sein werden. Die Übernahme von Verantwortung wird von den TeilnehmerInnen und somit potentiellen MultiplikatorInnen eher kritisch gesehen. Die Hemmschwelle, Veranstaltungen in Parteilokalen oder Räumen der Kirche zu besuchen, ist ebenfalls relativ hoch. Als Lernerfahrung hat sich gezeigt, dass sich vor allem neutrale Räume, die im Idealfall barrierefrei sind, besonders gut für Veranstaltungen eignen. Eine heterogene Zusammensetzung der Steuerungsgruppe wirkt ebenfalls positiv auf die Teilnahme unterschiedlicher Menschen der Zielgruppe.

Lesson 5: Neue soziale Rollen müssen geübt werden. Es gibt eine Vielzahl an passiven und aktiven Rollen, die Ältere in Projekten eingenommen haben.

Die älteren Teilnehmenden stießen in allen Bundesländern auf unterschiedliche Ausgangsbedingungen für soziale Teilhabe: Im niederösterreichischen Projekt „MahlZeit! Gemeinsam essen, reden, lachen“ wurde nichts vorausgesetzt – sie konnten einfach essen und miteinander plaudern. Im Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ in der Steiermark wurde aktives Zuhören und Verstehen des Ernährungsvortrags vorausgesetzt und dann – ähnlich wie in Niederösterreich – folgte gemeinsames Essen und miteinander Plaudern. Im Burgenland wurden handwerkliche Kompetenzen vorausgesetzt bzw. dann angeleitet, was das In-Kontakt-Kommen miteinander erschwerte, da parallel zu den Unterhaltungen handwerkliche Anleitungen stattfanden. Andererseits konnten die teilnehmenden Frauen beispielsweise beim Basteln für Ostern mit einem Erfolgserlebnis und einem „Produkt“ nach Hause gehen, das sie selbst geschaffen haben. Das entwickelte Modell zur sozialen Teilhabe von Älteren in der Gesundheitsförderung nach Resch et al. (2018 im Erscheinen) macht deutlich, wie viele unterschiedliche passive und aktive Rollen eingenommen werden können und welche Vorstufen im Rahmen der sozialen Teilhabe durchlaufen werden.

Lesson 6: Die Projekte verdanken ihren Erfolg u.a. dem persönlichen Einsatz und dem Engagement von ProjektmitarbeiterInnen und älteren Freiwilligen.

Vor dem Hintergrund, dass das persönliche Engagement der am Projekt Beteiligten essentiell für den Erfolg ist, erscheint es besonders wichtig, dass die Mitglieder der Steuerungsgruppe sowie das Projektteam im Allgemeinen sorgfältig ausgewählt werden. Die AkteurInnen sollten sich ihrer

Rolle und der damit verbundenen Verantwortung bewusst werden. Um die Kommunikation im Projekt handhabbar zu halten und auch regelmäßige persönliche Treffen zu ermöglichen, sollten die Steuerungsgruppen aus relativ wenigen Personen bestehen. Kleine Gruppen verringern außerdem die Gefahr, dass sich einzelne Personen zu wenig im Projekt einbringen können.

Persönliches Engagement ist auch bei den MultiplikatorInnen wichtig. Eine freiwillige Tätigkeit bringt in der Regel Verantwortung und eine gewisse Art der Verpflichtung mit sich. Dieses Engagement hat für die MultiplikatorInnen aber auch Vorteile. Erstens erhalten sie dadurch eine Aufgabe, zweitens wird dadurch ihr Selbstwertgefühl erhöht und drittens gibt diese Arbeit auch persönlichen Auftrieb. Im Gegenzug ist die Wertschätzung der Arbeit besonders bedeutsam. Die Akquise von MultiplikatorInnen ist für die Nachhaltigkeit von Projektaktivitäten wichtig, da diese idealerweise Aktivitäten zumindest teilweise weiterführen, wenn sich die ProjektmitarbeiterInnen nach Projektende zurückziehen, um neuen Aufgaben nachzugehen.

Lesson 7: Nachbarschaften sind sehr unterschiedlich wahrgenommene und erlebte Sozialräume und erfolgreiche Projekte passen sich diesen Gegebenheiten an.

Eine weitere Erfahrung, die im Rahmen der Projekte gemacht wurde, ist, dass es große Unterschiede zwischen verschiedenen Grätzeln, Gemeinden und Ortsteilen gibt. Somit gibt es kein universelles Konzept, das überall und immer nach einem Schema funktioniert. Diese Tatsache führt zur zweiten Lernerfahrung, der Zeit. Da immer wieder in den Gemeinden und Nachbarschaften erhoben werden muss, was funktioniert, gefragt ist und wie die Angebote aussehen sollten, vergrößert sich der Zeitaufwand automatisch, da nicht mit einem vorgefertigten Plan in das Projekt gestartet werden kann, sondern vor dem Beginn der Aktivitäten idealerweise eine partizipative Phase eingeplant werden muss, in der die Bedürfnisse der Zielgruppe sowie bereits vorhandene Angebote evaluiert werden.

Lesson 8: Die begleitende Evaluation sowie die projektübergreifenden Vernetzungstreffen wurden als positiver „Blick von außen“ und als Perspektivenwechsel wahrgenommen.

Die Möglichkeit zur Vernetzung mit anderen Projekten, die im selben Feld tätig sind, und mit der begleitenden Evaluation, wurde als bereichernd wahrgenommen. Dieser „Blick von außen“ kann auf Aspekte aufmerksam machen, die bisher weniger relevant erschienen sind. Außerdem zeigt sich durch den Vergleich mit anderen, wo weitere Potentiale für das eigene Projekt liegen könnten.

Lesson 9: Gerade für sozial benachteiligte Zielgruppen steigt die Bedeutung von konsumfreien Räumen für Projektaktivitäten.

Gerade in benachteiligten Stadtteilen oder Nachbarschaften sind konsumfreie Räume besonders wichtig, um Inklusion zu fördern. Ein Drittel der Befragten (33%) gab an, einige oder große Schwierigkeiten zu haben, mit ihrem Einkommen auszukommen; im Grazer Projekt „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“ ist dieser Wert – wie schon erwähnt – fast doppelt so hoch (64%). Dabei zeigt sich, dass Frauen tendenziell schlechter mit ihren finanziellen Mitteln auskommen als Männer. Insofern ist die Bereitstellung konsumfreier Räume wichtig. Es sollte Budget für Getränke und Kuchen eingeplant werden, um potentielle TeilnehmerInnen vor allem in der Kontaktphase bewirten zu können.

Lesson 10: Nachbarschaftsbezogene Projekte können die Beziehungen stärken.

Durch die Projektaktivitäten haben fast alle Teilnehmenden neue Menschen kennengelernt (96%) und den Kontakt zu bekannten Personen intensiviert (84%). Mit der eigenen Nachbarschaft fühlten sich zu Projektende acht von zehn Personen stärker verbunden (80%). Menschen wurde im Rahmen dieser Projektaktivitäten die Möglichkeit gegeben, in der unmittelbaren Wohnumgebung neue Kontakte zu knüpfen oder bestehende zu reaktivieren. Viele Teilnehmenden berichteten, dass sich ihr Leben durch die Projekte stark zum Positiven verändert habe und sie neue FreundInnen in der Nachbarschaft gefunden haben, wie etwa eine ältere Bewohnerin beschrieb:

„Da hat sich viel verändert. Also mein Leben ist komplett auf den Kopf gestellt. Ich habe wieder mehr Freude, am Leben teilzunehmen.“ (Interview Teilnehmerin „GENA – In Gemeinschaft Älter Werden“, Z. 119-120).

4. Fazit und künftige Fragestellungen

Für künftige Projekte im kommunalen Setting mit älteren Menschen lassen sich verschiedene Zukunftsfragen ableiten. Diese können auf verschiedenen Ebenen unterschieden werden:

Erstens auf einer Makroebene:

- Wie leben ältere Menschen heute? Was bedeutet es, heute älter zu werden? Wie hat sich Älter-Werden gesellschaftlich verändert? Welche Herausforderungen bestehen?
- Welcher strukturellen Probleme lassen sich in Bezug auf das menschliche Älter-Werden in Stadt und Land beschreiben?
- Welche Aspekte sind in Bezug auf die Förderung sozialer Teilhabe älterer Menschen bedeutsam (z.B. Mobilität)?
- Welche Maßnahmen der Erhöhung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit bestehen und welche Besonderheiten sind in Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen bedeutsam?
- Wie können die Gesundheitskompetenzen älterer Menschen verbessert werden?
- Was bedeutet Lebensqualität für ältere Menschen und wie korreliert dies mit ihrer Nachbarschaft?
- Wie kann gesellschaftliche Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Bedarfe älterer Menschen erfolgen?

Zweitens auf einer Mesoebene:

- Wie werden gesunde Gemeinden oder gesunde Bezirke zu Vorzeigegemeinden?
- Wie kann eine möglichst umfassende und fruchtbare Zusammenarbeit unterschiedlicher AkteurInnen (Organisationen, Lokalpolitik, MultiplikatorInnen, etc.) ermöglicht werden, um institutionelle gesunde Nachbarschaften zu initiieren? Welche Möglichkeiten der Vernetzung sind besonders erfolgreich?
- Welche Unterschiede zeigen sich zwischen strukturschwachen und -starken Regionen in der langfristigen Nachhaltigkeit?
- Wie können die Mobilitätschancen, die gleichzeitig Beteiligungschancen sind, erhöht werden?
- Wie können bestehende Teilnahmebarrieren – vor allem bei älteren Männern – abgebaut werden?

Drittens auf einer Mikroebene:

- Können Ältere auch über die Zielgruppe der Familie erreicht werden?
- Welche generationsübergreifenden Maßnahmen sind besonders vielversprechend?
- Wie können Strategien zur Einbeziehung von älteren Männern in Gesundheitsförderungsprojekte aussehen? Welchen Projektaktivitäten sind besonders erfolgreich, um speziell Männer zu adressieren und zur Teilnahme zu motivieren?
- Wie können sozial benachteiligte Menschen noch besser erreicht werden?

5. Literaturangaben

Brunnauer C., Hörl G., Schmutzhart I. (Hrsg.) (2015). *Geschlecht und Altern. Interdisziplinäre Betrachtungen*. Wien: Springer Verlag.

Backes, Gertrud M. (2005). *Alter(n) und Geschlecht*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte 45-50/2005*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Cannuscio, Carolyn; Block, Jason; Kawachi, Ichiro (2003): *Social Capital and Successful Aging: The Role of Senior Housing*. In: *Annals of Internal Medicine* 139 (5; 2), S. 395–399.

Deinet, Ulrich; Spatschek, Christian; Krisch, Richard; Reutlinger, Christian (2013): *Altern, demographischer Wandel und sozialer Raum*. In: *sozialraum.de*, Ausgabe 1/2013. URL: <http://www.sozialraum.de/archiv-ausgabe-1-2013.php>, Zugriff: 10.01.2018

Froschauer, Ulrike, Lueger, Manfred (2003): *Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV-UTB Verlag.

Fydrich, Thomas; Sommer, Gert; Tydecks, Stefan; Brähler, Elmar (2009): *Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14)*. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, Vol. 18 (1), S. 43-48.

Harth, Anette; Herlyn, Ulfert; Scheller, Gitta; Tessin, Wulf (2012): *Stadt als lokaler Lebenszusammenhang. Gemeindestudien als Ansatz in der Stadtsoziologie*. Wiesbaden: Springer.

Helfferich, Cornelia (2014): *Leitfaden und Experteninterviews*. In: Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. S. 559-574. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Huster, Ernst-Ulrich (2012): *Soziale Teilhabe als sozialstaatliches Ziel*. In: Huster, Ernst-Ulrich; Boeckh, Jürgen; Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hrsg.): *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 78-103.

Keller, Reiner (2007): *Diskurse und Dispositive analysieren. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Beitrag zu einer wissensanalytischen Profilierung der Diskursforschung [46 Absätze]*. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(2), Art. 19, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0702198>.

Kessl, Fabian; Reutlinger, Christian (2010): *Sozialraum. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kolland, Franz (2016): *Bildungsmotivation im Alter. Modelle und Forschungserkenntnisse*. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/3/2/CH3434/CMS1479886556156/kolland_bildungsmotivation_im_alter.pdf (22.12.2017).

König, Rene (1973): *Handbuch der empirischen Sozialforschung. Grundlegende Methoden und Techniken der empirischen Sozialforschung. Erster Teil. Bd. 2, 3. Auflage*. Stuttgart: Deutscher Taschenbuch Verlag.

- Krisch, Richard; Stoik, Christoph; Benrazougui-Hofbauer, Evelyn; Kellner, Johannes (2011): Glossar. Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. <https://www.wien.gv.at/gesellschaft/soziale-arbeit/pdf/glossar.pdf> (20.2.2018).
- Lueger, Manfred (2010): Interpretative Sozialforschung: Die Methoden. Wien: Facultas.
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Predin, Barbara; Sladek, Ulla (2016). Gesunde Nachbarschaft – in Gemeinschaft älter werden: Ergebnisse der Bedarfserhebung; Graz: Frauengesundheitszentrum.
- Resch, Katharina; Wanka, Anna; Fassl, Anna; Demmer, Julia; Kolland, Franz (2018): Bildungs- und Beteiligungschancen im Alter. In: Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.): Faire Chancen Gesund zu Altern. S. 109-117.
- Rohrauer-Näf, Gerlinde; Krappinger, Anna (2017): Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ – Förderung der sozialen Unterstützung und der sozialen Teilhabe von älteren Menschen sowie von Schwangeren und Familien mit Kleinkindern im kommunalen Setting. In: Gollner, Erwin; Szabo, Barbara; Schnabel, Florian; Schnitzer, Barbara; Thaller-Schneider, Magdalena: Gesundheitsförderung konkret. Ein forschungsgeleitetes Lehrbuch für die Praxis. S. 155-170. Wien: Verlag Holzhausen.
- Schramek, Renate; Bubolz-Lutz, Elisabeth (2016): Partizipatives Lernen – ein geragogischer Ansatz. In: Naegele, Gerhard; Olbermann, Elke; Kuhlmann, Andrea: Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 161-179.
- Simonson, Julia; Hagen, Christine; Vogel, Claudia; Motel-Klingebiel, Andreas (2013): Ungleichheit sozialer Teilhabe im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (5), S. 410-416.
- Statistik Austria (2015): Bildungsstand der Bevölkerung ab 15 Jahren 2015 nach Altersgruppen und Geschlecht, abgerufen unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/113112.html (1.12.2017).
- Tesch-Römer, Clemens; Wiest, Maja; Wurm, Susanne; Huxold, Oliver (2012): Einsamkeitstrends in der zweiten Lebenshälfte. Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 46: S. 237–241.
- Vogl, Susanne (2014): Gruppendiskussion. In: Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hrsg): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. S. 581-586. Wiesbaden: Springer VS.
- Wanka, Anna; Resch, Katharina; Fassl, Anna; Kolland, Franz (2016): Zwischenbericht Auf gesunde Nachbarschaft!

6. Datenbasis der Evaluation

Qualitative Datenbasis

Interviews mit den ProjektleiterInnen

| Nr. | Bundesland | Form | Interviewdatum | Dauer |
|-----|------------------|------------------|----------------|---------|
| 1 | Burgenland | Gruppeninterview | 22.02.2016 | 46 Min. |
| | | Einzelinterview | 21.03.2017 | 44 Min. |
| 2 | Salzburg | Einzelinterview | 04.04.2016 | 30 Min. |
| | | Einzelinterview | 30.05.2017 | 23 Min. |
| 3 | Niederösterreich | Einzelinterview | 23.05.2016 | 29 Min. |
| | | Einzelinterview | 24.02.2017 | 32 Min. |
| 4 | Wien | Gruppeninterview | 20.06.2016 | 48 Min. |
| | | Einzelinterview | 09.11.2017 | 32 Min. |
| 5 | Steiermark | Einzelinterview | 22.06.2016 | 41 Min. |
| | | Einzelinterview | 09.05.2017 | 32 Min. |

Fokus 1: Bisherige Lernerfahrungen, Chancengerechtigkeit, Unterschiede Antrag-Umsetzung, überraschende Wendungen etc.

Fokus 2: Nachhaltige Verankerung, Nachhaltigkeit, Lessons Learned

Teilnehmende Beobachtungen

| Nr. | Bundesland | Veranstaltung | Beobachtungsdatum | Anzahl der TN |
|-----|------------------|---|-------------------|---------------|
| 1 | Niederösterreich | MahlZeit!-Treffen in Kirchschatz | 14.03.2016 | 15 Personen |
| 2 | Burgenland | Generationennachmittag „Ostern einst und jetzt“ in Oberschützen | 22.03.2016 | 9 Personen |
| 3 | Steiermark | 50+ Treffen (Vortrag über Ernährung und Indoor-Picknick) | 31.05.2016 | 21 Personen |
| 4 | Salzburg | Offener Singkreis | 30.01.2017 | 13 Personen |
| | Gesamt | | | 58 Personen |

Fokus: Sozialraum, Setting, Rolle der MultiplikatorInnen

Interviews mit älteren Teilnehmenden und MultiplikatorInnen

| Nr. | Bundesland | Interviewdatum | Interviewperson | Dauer |
|-----|------------------|--|---|--|
| 1 | Burgenland | 13.07.2016 04.08.2016 13.03.2017 | 1 Teilnehmerin 1 Teilnehmer 2 Teilnehmerinnen (Paarinterview) | 79 Min. 48 Min. 40 Min. |
| 2 | Salzburg | 29.06.2016 11.06.2016 30.01.2017 | 1 Multiplikatorin Stadt 1 Multiplikatorin Land 2 Teilnehmerinnen | 35 Min. 27 Min. 26 Min. 29 Min. |
| 3 | Steiermark | 17.11.2016 17.11.2016 01.03.2017 | 1 Teilnehmer bzw. Ehrenamtlicher 1 Teilnehmerin bzw. Ehrenamtliche 1 Multiplikatorin | 58 Min. 38 Min. 32 Min. |
| 4 | Niederösterreich | 19.09.2016 19.09.2016 19.09.2016 25.03.2017 25.03.2017 25.03.2017 | 2 Gastgeberinnen (Paarinterview) 2 GastgeberInnen (Paarinterview) 1 Gastgeber 1 Teilnehmer 1 Teilnehmer 1 Teilnehmer | 45 Min. 21 Min. 13 Min. 76 Min. 68 Min. 83. Min |
| 5 | Wien | 09.11.2016 07.12.2016 | 1 Teilnehmerin 1 Aktivlotse | 36 Min. 21 Min. |
| | Gesamt | | 21 Personen | |

Fokus: soziale Teilhabe, Gruppenbildung, Nachbarschaftsbeziehungen, Setting und Zugänglichkeit

Fokusgruppen zur Nachhaltigkeit

| Nr. | Bundesland | Interviewdatum | Interviewpersonen | Anzahl der TN |
|-----|------------------|----------------|-------------------|---------------|
| 1 | Burgenland | 30.03.2017 | Steuerungsgruppe | 6 Personen |
| 2 | Wien | 29.09.2017 | Steuerungsgruppe | 16 Personen |
| 3 | Salzburg | 19.06.2017 | Steuerungsgruppe | 4 Personen |
| 4 | Niederösterreich | 22.02.2017 | Steuerungsgruppe | 9 Personen |
| 5 | Steiermark | 09.05.2017 | Steuerungsgruppe | 7 Personen |
| | Gesamt | | | 42 Personen |

Fokus: Nachhaltigkeit, Lessons Learned

Kurze Befragung von Nicht-Teilnehmenden

| Nr. | Bundesland | Interviewdatum | Interviewperson |
|-----|------------------|--------------------------|--|
| 1 | Niederösterreich | 14.03.2016 | 1 Nicht-Teilnehmende |
| 2 | Burgenland | 04.08.2016 | 2 Nicht-Teilnehmende |
| 3 | Steiermark | 31.05.2016 | 5 Nicht-Teilnehmende |
| 4 | Wien | 22.09.2016 27.09.2017 | 1 Nicht-Teilnehmende 7 Nicht-Teilnehmende |
| 5 | Salzburg | 17.02.2017 | 3 Nicht-Teilnehmende |
| | Gesamt | | 19 Personen |

Evaluationsworkshops

| Nr. | Bundesland | Datum | Dauer | Anzahl der TN |
|-----|------------------|-----------|---------------|---------------|
| 1 | Burgenland | 19.1.2016 | 13:00 – 16:00 | 11 Personen |
| | | 7.6.2016 | 13:00 – 16:00 | 10 Personen |
| | | 28.2.2017 | 13:00 – 16:00 | 4 Personen |
| 2 | Salzburg | 16.1.2017 | 14:00 – 16:00 | 5 Personen |
| | | 19.6.2017 | 10:00 – 13:00 | 3 Personen |
| 3 | Niederösterreich | 3.12.2015 | 9:30 – 11:30 | 4 Personen |
| | | 20.1.2017 | 9:00 – 12:30 | 4 Personen |
| 4 | Wien | 13.4.2016 | 9:00 – 12:00 | 5 Personen |
| | | 27.1.2017 | 9:00 – 12:00 | 4 Personen |
| 5 | Steiermark | 7.12.2015 | 9:30 – 12:30 | 5 Personen |
| | | 1.2.2017 | 9:00 – 12:00 | 5 Personen |

Fokus: Standortbestimmung, Projektziele, Netzwerkkarte, Nachhaltigkeit

Quantitative Datenbasis

Fragebogenerhebung

| Nr. | Bundesland | Rücklauf (n=) |
|-----|------------------|----------------|
| 1 | Burgenland | 56 Fragebögen |
| 2 | Wien | 21 Fragebögen |
| 3 | Salzburg | 25 Fragebögen |
| 4 | Niederösterreich | 47 Fragebögen |
| 5 | Steiermark | 16 Fragebögen |
| | SUMME | 165 Fragebögen |

Fokus: tatsächliche Erreichung der gewünschten Zielgruppe, soziale Teilhabe und Isolation, Nachbarschaftsbeziehungen, Mobilitätsverhalten, Verbesserungen durch die Projektaktivitäten (2. Erhebungszeitpunkt) etc.

7. Kontakt zum Evaluationsteam



Drⁱⁿ. Katharina Resch, MSc

E-Mail: katharina.resch@univie.ac.at

Universität Wien – Postgraduate Center,
Campus der Universität Wien, Spitalgasse 2, Hof 1, 1090 Wien
T +43-1-4277-10803, www.postgraduatecenter.at



Drⁱⁿ. Anna Wanka

E-Mail: anna.wanka@univie.ac.at

Universität Wien – Institut für Soziologie,
Rooseveltplatz 2, 1090 Wien
www.soz.univie.ac.at



a.o. Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland

E-Mail: franz.kolland@univie.ac.at

Universität Wien – Institut für Soziologie,
Rooseveltplatz 2, 1090 Wien
T +43-1-4277- 48123, www.soz.univie.ac.at



Anna Fassl, BA BSc

E-Mail: anna.fassl@univie.ac.at

Universität Wien – Institut für Soziologie,
Rooseveltplatz 2, 1090 Wien
T +43-1-4277- 49211, www.soz.univie.ac.at



Mag^a. Christina Weißenböck, BA BA

E-Mail: christina.weißenböck@univie.ac.at

Universität Wien – Postgraduate Center,
Campus der Universität Wien, Spitalgasse 2, Hof 1, 1090 Wien
T +43-1-4277- 10811, www.postgraduatecenter.at