



Gesunde Gemeinde

15 Jahre Gesunde Gemeinde in Oberösterreich
Evaluierung

Institut für Gesundheitsplanung

P und P Sozialforschung

Evaluierung

15 Jahre *Gesunde Gemeinde*
in Oberösterreich

Linz, 2006

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Verfasserinnen: Mag.a Monika Pfaffenberger
Mag.a Heidemarie Pöschko

Redaktionelle Betreuung: Mag. Markus Peböck

Layout: Regina Ahorner, Titelblatt: pulpmedia
Druck: Birner Druck, Holzhausen
Preis: 14,40 Euro
ISBN 3-902487-06-2

Amt der OÖ. Landesregierung
Abteilung Landessanitätsdirektion
Bahnhofplatz 1, 4021 Linz
Tel. 0732/7720-141, Fax. 0732/7720-214396
Mail: gesundegemeinde@ooe.gv.at

Pfaffenberger und Pöschko Sozialforschung OEG
Hubertusstrasse 15, 4240 Freistadt
Tel. 0650/2602043, 0650/2602044
Mail: office@pundpsozialforschung.at
Web: www.pundpsozialforschung.at

Institut für Gesundheitsplanung
Gruberstrasse 77, 4020 Linz
Tel. 0732/784036
Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Kurzfassung	VII
1. Einleitung und Forschungsfragen.....	1
2. Grundlagen und theoretische Ansätze kommunaler Gesundheitsförderung.....	3
2.1. Das Konzept der WHO zur Gesundheitsförderung: Ottawa-Charta und Setting-Ansatz.....	3
2.2. Gemeinde als Nahraum und Praxisfeld.....	5
2.3. Schlüsselbegriffe.....	6
2.3.1. Gesundheit	6
2.3.2. Gesundheitsbewusstsein	8
2.3.3. Gesundheitshandeln	9
2.3.4. Bleibende Strukturen	9
2.3.5. Gesundheitspolitische Ziele des Landes Oberösterreich	10
2.4. Projektgeschichte der Aktion <i>Gesunde Gemeinde</i> in Oberösterreich.....	12
2.4.1. Gründung/Entwicklung	12
2.4.2. Der Weg zur <i>Gesunden Gemeinde</i>	14
2.4.3. Organisation.....	14
3. Methodik	16
3.1. Forschungsdesign	16
3.2. Demografische Datenbeschreibung	17

3.2.1. ArbeitskreisleiterInnen	17
3.2.2. Beitrittsjahr	19
3.2.3. EinwohnerInnenanzahl.....	20
4. Empirische Ergebnisse	21
4.1. Motivation für die Beteiligung an der Aktion <i>Gesunde Gemeinde</i>	22
4.1.1. Beweggründe der Gemeinden	22
4.1.2. Beweggründe der ArbeitskreisleiterInnen	23
4.2. Informationen über die Aktion <i>Gesunde Gemeinde</i>	24
4.2.1. Erstinformation	24
4.2.2. Zufriedenheit mit den Informationen	24
4.3. Struktur und Organisation der Arbeitskreise in den <i>Gesunden Gemeinden</i>	26
4.3.1. Anzahl der Arbeitskreismitglieder	26
4.3.2. Häufigkeit der Arbeitskreissitzungen.....	27
4.3.3. Berufs- und Personengruppen in den Arbeitskreisen	28
4.3.4. Zeitaufwand der ArbeitskreisleiterInnen	30
4.3.5. Bewertung der Tätigkeit der ArbeitskreisleiterInnen.....	32
4.4. Angebot und Durchführung der Aktivitäten in den <i>Gesunden Gemeinden</i>	33
4.4.1. Gesundheitspolitische Ziele	33
4.4.2. Aktivitätsarten.....	35
4.4.3. Zielgruppen.....	36
4.4.4. Anzahl der Aktivitäten.....	37
4.4.5. Gesundheitsthemen	38
4.4.6. Motivation für Gesundheitsthemen.....	39

4.4.7. Startveranstaltung	41
4.4.8. Werbemittel.....	43
4.4.9. Dokumentation	43
4.4.10. Aussagen zu Dokumentation und Engagement	44
4.5. Besuch der Aktivitäten der <i>Gesunden Gemeinden</i>	46
4.5.1. Besuch der Aktivitätsarten.....	46
4.5.2. Besuch der Altersgruppen.....	47
4.5.3. Besuch der Gesundheitsthemen.....	50
4.5.4. Geschlechterspezifischer Besuch der Gesundheitsthemen	51
4.5.5. Erreichbarkeit der Bevölkerung.....	52
4.6. Auswirkungen der Aktion <i>Gesunde Gemeinde</i>	55
4.6.1. Allgemeine Veränderungen	56
4.6.2. Bleibende Strukturen	56
4.6.2.1. Dauereinrichtungen.....	57
4.6.2.1.1. Besuch der Dauereinrichtungen.....	58
4.6.2.1.2. Zeitabstände der Dauereinrichtungen	59
4.6.2.2. Bauliche Einrichtungen.....	60
4.6.2.3. Initiierte Dauereinrichtungen	60
4.6.3. Gesundheitsbewusstsein	61
4.7. Zufriedenheit der ArbeitskreisleiterInnen mit der Aktion	68
4.7.1. Finanzierung	68
4.7.2. Zusammenarbeit mit Personen und Institutionen.....	69
4.7.3. Zusammenarbeit mit Landessanitätsdirektion.....	70

4.7.4. Stärken und Schwächen der Aktion.....	71
4.8. Zukunftsaspekte für die Aktion <i>Gesunde Gemeinde</i>	73
4.8.1. Interesse an gesundheitspolitischen Zielen	73
4.8.2. Anregungen und Empfehlungen der ArbeitskreisleiterInnen	75
5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	77
Abkürzungsverzeichnis	79
Literatur	80
Internetquellen	82
Abbildungsverzeichnis.....	83
Tabellenverzeichnis	85

Kurzfassung

Die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz hat im GESUNDHEITSZIEL 10 festgelegt, dass bis zum Jahr 2005 mindestens 50 Prozent aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden aktiv an einem Netzwerk *Gesunder Städte bzw. Gemeinden* beteiligt sein sollen.

Die Aktion *Gesunde Gemeinde* basiert auf einem sehr breiten und vielschichtigen Verständnis kommunaler Gesundheitsförderung. Schwerpunkte sind die Bereiche Gesundheitsinformation und Gesundheitsförderung im regionalen Setting.

Bis zum Jahr 2004 sind 312 von insgesamt 442 Oberösterreichischen Städten und Gemeinden dem Netzwerk *Gesunde Gemeinde* beigetreten.

Aus Anlass des 15-jährigen Bestehens wurde vom Land Oberösterreich (Landessanitätsdirektion) und vom Institut für Gesundheitsplanung eine Evaluierungsstudie in Auftrag gegeben.

Im Fokus der Untersuchung standen die gesundheitsfördernden Aktivitäten in den *Gesunden Gemeinden*, die bleibenden Strukturen und Einrichtungen, die Tätigkeit der Arbeitskreismitglieder und die Auswirkungen der Aktion.

Im Vorfeld der Untersuchung wurden Personen aus den Gemeinden befragt, die mit der Umsetzung der Aktion *Gesunde Gemeinde* befasst sind. Dieser qualitative Erhebungsteil bildete die Grundlage für die Entwicklung der standardisierten Fragebögen, welche im Anschluss an die ArbeitskreisleiterInnen der *Gesunden Gemeinden* in Oberösterreich ergingen.

In den *Gesunden Gemeinden* wurden in den letzten 15 Jahren unterschiedliche Aktivitäten zu gesundheitsrelevanten Themen angeboten. In 50 Prozent der Gemeinden finden mehr als fünf Aktivitäten im Jahr statt (vgl. Kap. 4.4.4.), dabei wurden Vorträge von 67 Prozent der *Gesunden Gemeinden* am häufigsten durchgeführt.

Aktivitäten zum Thema Bewegung und Ernährung etablierten sich in den *Gesunden Gemeinden* am ehesten als Dauereinrichtungen, und in mehr als der Hälfte der Gemeinden entstand mindestens eine bauliche Einrichtung zur Gesundheitsförderung. (vgl. Kap. 4.6.2.2.)

In den jeweiligen Gemeinden sind Arbeitskreise mit der Planung und Durchführung der Aktion befasst. In einem Drittel der Arbeitskreise der *Gesunden Gemeinden* arbeiten 6 bis 10 Personen mit und in einem weiteren Drittel sind 11 bis 15 Personen tätig.

Im Durchschnitt sind die befragten ArbeitskreisleiterInnen für die Aktion 11 Stunden im Monat ehrenamtlich im Einsatz. (vgl. Kap. 4.3.4.)

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen aber auch, dass es für die ArbeitskreisleiterInnen eher schwierig ist, MitarbeiterInnen für die ehrenamtliche Tätigkeit zu gewinnen. (vgl. Kap. 4.4.10.)

Laut Einschätzung der ArbeitskreisleiterInnen ist die Bevölkerung durch die Aktion *Gesunde Gemeinde* mehr an Gesundheit interessiert und weiß auch besser über die Gesundheitsangebote der Gemeinde Bescheid. 82 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen sind der Meinung, dass sich das Gesundheitsbewusstsein der GemeindegängerInnen verbessert hat. (vgl. Kap. 4.6.3.)

1. Einleitung und Forschungsfragen

Im Rahmen der ersten internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung, die 1986 in Ottawa stattfand, wurde ein Grundsatzdokument verabschiedet, das ein erweitertes Verständnis von Gesundheitsförderung propagiert.

Demnach soll Gesundheitsförderung über die Entwicklung gesunder Lebensweisen hinausgehen und die Förderung von umfassendem Wohlbefinden mit einbeziehen. Aus Sicht der WHO liegt dabei die politische Verantwortung für Gesundheitsförderung nicht allein beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen. Zentrales „praktisches“ Anliegen der WHO ist die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen mit dem Ziel, die Selbstbestimmung und Kontrolle der BürgerInnen über ihre eigene Gesundheit zu stärken.¹

1989 wurde die Aktion *Gesunde Gemeinde* in Oberösterreich ins Leben gerufen, um diese WHO-Empfehlungen auf Gemeindeebene umzusetzen.

Aufgaben und Ziele der Aktion *Gesunde Gemeinde* sind die Vermittlung von Wissen im Bereich Gesundheit, die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen in den betreffenden Gemeinden und dafür Sorge zu tragen, dass Gesundheitsangebote allen GemeindebürgerInnen zugänglich gemacht werden.

2004, 15 Jahre nach Beginn der Aktion, beteiligen sich bereits 3/4 aller oberösterreichischen Städte und Gemeinden an diesem Netzwerk.

Vorliegende Studie analysiert die Aktion *Gesunde Gemeinde* 15 Jahre nach ihrer Gründung, wobei vor allem jene Personen befragt wurden, die auf Gemeindeebene mit der Umsetzung befasst sind.

Die Kernfragen dieser Evaluierung lauten:

- Was bewirkt die Aktion *Gesunde Gemeinde*?
- Wurden bleibende Strukturen in den betreffenden Gemeinden geschaffen?
- Welcher Arbeitsaufwand wird in den Gesunden Gemeinden geleistet?
- Welche gesundheitsfördernden Aktivitäten werden gesetzt?

¹ (<http://www.fgoe.org/Ottawa-Charta.pdf>, 25.10. 2005).

Vorliegender Bericht ist in fünf Abschnitte gegliedert. Die Forschungsfragen sind im ersten Abschnitt erläutert. Im zweiten Abschnitt werden Grundlagen der kommunalen Gesundheitsförderung beschrieben und so eine theoretische Rahmung der empirischen Arbeit vorgenommen. Zentrale theoretische Begriffe, die in dieser Evaluierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen Verwendung finden, werden erläutert. Ein Abriss der Projektgeschichte zur Aktion *Gesunde Gemeinde* stellt den Forschungsgegenstand vor.

Im dritten Abschnitt wird die Methodik der Untersuchung beschrieben. Die detaillierte Darstellung der empirischen Ergebnisse und Analysen finden sich im vierten Abschnitt. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen stellen den fünften und letzten Abschnitt dieses Berichts dar.

2. Grundlagen und theoretische Ansätze kommunaler Gesundheitsförderung

„Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie“

[Immanuel Kant]²

2.1. Das Konzept der WHO zur Gesundheitsförderung: Ottawa-Charta und Setting-Ansatz

Als „Meilenstein in der Gesundheitsförderung“ (Scharinger 1999, 9) gilt die im Jahr 1986 von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedete „Ottawa-Charta“.³ Darin wird Gesundheitsförderung als jener Prozess definiert, der auf die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, auf die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und die Entwicklung persönlicher Kompetenzen der BürgerInnen abzielt. Die WHO geht davon aus, dass ein höheres Maß an Selbstbestimmung die Menschen zur Stärkung ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Mitmenschen befähigt.

Auf Ebene der Gesundheitsdienste, der die „Ottawa-Charta“ eine wichtige Rolle zuschreibt, wird ebenfalls eine Neuorientierung festgelegt. Demnach soll von allen MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat ein wirksames Gesundheitssystem entwickelt werden, das stärker an der Gesundheitsförderung orientiert ist und über medizinisch-kurative Betreuungsleistungen hinausgeht.

Das als „Setting-Ansatz“⁴ bekannt gewordene Konzept zur Gesundheitsförderung wird dabei als Schlüsselstrategie empfohlen. „Setting“ bezeichnet in diesem Zusammenhang ein soziales System wie Kommune, Schule oder Krankenhaus, in dem eine Vielzahl relevanter

² Immanuel Kant (1724 - 1804), dt. Philosoph

³ (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, 25.10.2005)

⁴ (vgl. Pelikan/ Demmer/ Hurrelmann 1993 und Grossmann 1994)

Umwelteinflüsse auf Personengruppen mit einbezogen sind und in dem Bedingungen von Krankheit und Gesundheit gestaltet werden können.

Damit erweitert die WHO deutlich bis dato bestehende Gesundheitsförderungskonzepte und Präventions- oder Interventionsansätze, die vorwiegend am Thema Risiko orientiert sind (vgl. Faltermaier 1994, 59) und sich vorwiegend über Individualansätze und traditionell begriffene Gesundheitserziehung an Einzelpersonen richten.

Gesundheitsförderung wird in diesem Sinne mit Faltermaier (1994) als öffentliche Aufgabe verstanden und liegt nicht allein in der Verantwortung des Individuums, da Gesundheit die soziale und ökologische Umwelt, also Lebensbedingungen und Lebensweisen der Menschen betrifft. Erfolgreiche Gesundheitsförderung ist jedoch nur mit aktiver Beteiligung der betroffenen Menschen möglich (vgl. Ebd., 59).

Zusammenfassend bauen die Vorstellungen aus der Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung auf fünf Grundsätzen auf (Conrad und Kickbusch 1988 zit. n. Faltermaier 1994, 59):

1. Gesundheitsförderung umfasst die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich spezifische Risikogruppen.
2. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen.
3. Gesundheitsförderung verbindet unterschiedliche, aber einander ergänzende Maßnahmen oder Ansätze, einschließlich Information, Erziehung, Gesetzgebung, steuerliche Maßnahmen, organisatorische Regelungen, gemeindenahe Änderungen sowie spontane Aktivitäten gegen Gesundheitsgefährdungen.
4. Gesundheitsförderung bemüht sich besonders um eine konkrete und wirkungsvolle Teilnahme der Öffentlichkeit.
5. Gesundheitsförderung ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine medizinische Dienstleistung.

Den WHO Empfehlungen entsprechend wurde als Strategie der regionalen Gesundheitsförderung das Projekt *Gesunde Gemeinde* in Oberösterreich entwickelt.

2.2. Gemeinde als Nahraum und Praxisfeld

Laut Hurrelmann sind Städte und Gemeinden ein wichtiges Praxisfeld gesundheitsbezogener Interventionen (Hurrelmann 2003). Kommunale Gesundheitsentwicklung entfaltet ihre Wirksamkeit, weil sie im unmittelbaren kulturellen und sozialen Nahbereich stattfindet, in dem Menschen ihren Alltag leben. Die Wohn- und Lebensbedingungen, die der kommunale Raum bereitstellt, sind für die BewohnerInnen der Gemeinde hautnah spürbar. Sie können sich diesen Bedingungen praktisch nicht entziehen, weshalb sie unvermeidlich eine strukturierende Wirkung auf das Verhalten ausüben (vgl. Ebd., 127).

Gelingt es, in die Strategien der Gesundheitsförderung die Interessen und Bedürfnisse der in der Gemeinde lebenden Menschen direkt mit einzubeziehen, können diese Aktivitäten eine hohe Kraft entfalten. „Das gesundheitsfördernde Potential einer Gemeinde als sozialer und ökologischer Nahraum liegt darin, Menschen mit verschiedenen sozialen und biographischen Hintergründen zusammenzuführen, ihre jeweiligen Interessen, Bedürfnisse und Wertvorstellung zu identifizieren und auf dieser Basis nach gemeinsamen Handlungsmöglichkeiten zu suchen.“ (Hurrelmann 2003, 149)

Der Schlüssel für Gesundheit liegt in den Lebenswelten der Menschen, die tagtäglich, bewusst oder unbewusst, Entscheidungen für oder gegen die Gesundheit treffen. Oft stehen Alltagsinteressen wie beispielsweise berufliche Ziele, Konsumorientierung oder Freizeitinteressen in Konflikt mit Anliegen der Gesundheit. Gesundheit wird dort gelebt, wo es gelingt, die unterschiedlichen Alltagsinteressen mit dem Interesse an Gesundheit in Einklang zu bringen und direkt zu verbinden. Im Sinne einer Qualitätssicherung wurden Gütekriterien der Gesundheitsförderung formuliert. (Priglinger/Wallenberger 1995)

Ein gutes Gesundheitsförderungsprogramm in der Gemeinde hat die Aufgabe,

- für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren,
- Faktoren aufzuzeigen, die für die Gesundheit nützlich sind,
- die persönliche Kompetenz in Gesundheitsfragen zu stärken,
- Gesundheit als bewusstes Entscheidungskriterium im Gemeindealltag zu festigen,
- dem interdisziplinären Ansatz der Gesundheitsförderung gerecht zu werden,
- die Bevölkerung zur Mitarbeit vor Ort zu motivieren,
- AnbieterInnen von Gesundheitsaktivitäten zu vernetzen (vgl. Ebd. 56).

2.3. Schlüsselbegriffe

„Der Beginn der Weisheit ist die Definition der Begriffe.“

[Sokrates]⁵

Die zentralen Begriffe der vorliegenden Studie werden im folgenden Kapitel dargestellt und im Hinblick auf Inhalt, Verständnis, Verwendung und Reichweite definiert. Dazu zählen Gesundheit, Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitshandeln, bleibende Strukturen und gesundheitspolitische Ziele.

2.3.1. Gesundheit

Der Begriff Gesundheit ist alltagssprachlich als Gegenpol zu Krankheit gebräuchlich. Die Bandbreite der zahlreichen Definitionen zieht sich von umfassenden Idealvorstellungen bis hin zu Minimalvarianten von Gesundheit, welche sich auf das Sicherstellen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Individuen beschränken (vgl. Zapotoczky/Mechtler 1995, 143).

Hillmann (1994) legt einen soziologischen Gesundheitsbegriff vor: Gesundheit wird als der allgemeine Zustand des körperlichen und psychischen Wohlbefindens einer Person aufgefasst, der nicht allein durch naturwissenschaftliche und medizinische Maßstäbe bestimmbar ist (vgl. Ebd., 293). Gesundheit wie Krankheit können nur in Abhängigkeit von soziokulturellen Werten und Institutionen definiert werden und sind von Gesellschaft zu Gesellschaft unterschiedlich (ebd.).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnete schon 1946 Gesundheit als den Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Gebrechen (Scharinger 1999, 8). In dieser Definition findet sich ein noch heute aktueller Grundsatz der Gesundheitspolitik der WHO: das Bemühen, die Gesundheitspotentiale in der Bevölkerung zu stärken und nicht „nur“ in die „Bekämpfung von Krankheiten“ zu investieren.

⁵ Sokrates (470 - 399 v. Chr.), griechischer Philosoph

Die etymologische Bedeutung des deutschsprachigen „gesund“ geht auf „mächtig, stark“ zurück. Das englische Wort „health“ trägt ebenso wie das deutsche Wort „heil“ den Bedeutungsinhalt von „ganz“.

Einen interessanten Bedeutungshinweis gibt die Alltagssprache im Englischen: der Gegenpol zu Krankheit „dis-ease“ wird mit dem Begriff „ease“ markiert, was sich in etwa mit „Sorglosigkeit“, „Leichtigkeit“, „Behaglichkeit“ übersetzen lässt (Faltermaier 1994, 55).

Bei Hurrelmann (2003) findet sich Gesundheit umfassend definiert als ein Gleichgewicht von personalen und sozialen Voraussetzungen.

Gesundheit ist demnach:

- Die Fähigkeit, dem Leben Freude und Sinn abzugewinnen und Störungen und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens früh zu erkennen und vorbeugend abzuwehren.
- Die Fähigkeit, sich mit bereits eingetretenen Gesundheitsstörungen und Krankheiten aktiv auseinander zu setzen und unvermeidbare chronische Krankheiten in den eigenen Lebensrhythmus zu integrieren.
- Der Zugang zu Arbeits- und Lebensbedingungen, die eine produktive Entfaltung eigener Kompetenzen zulassen und eine soziale Integration mit aktiver Mitgestaltung sichern.
- Die Verfügbarkeit von strukturellen und qualitativ angemessenen Angeboten der Behandlung und Betreuung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen (Ebd., 8).

Für die Analyse kommunaler Gesundheitsförderung am Beispiel der Aktion *Gesunde Gemeinde* ist diese vielschichtige Definition praktikabel.

2.3.2. Gesundheitsbewusstsein

„Was nicht Bewusstsein wird, ist nicht gelebt.“

[Friedrich Löchner]⁶

Unter Gesundheitsbewusstsein wird in dieser Studie nicht die ethisch-normative alltags-sprachliche Verwendung von „gesundheitsbewusst sein“, im Sinn von „das Richtige für die eigene Gesundheit tun“, verstanden. Gesundheitsbewusstsein meint mit Faltermaier (1994) ein Bündel von subjektiven Vorstellungen von der eigenen Gesundheit, das kognitive, emotionale und motivationale Momente beinhaltet. Diese Momente beziehen sich auf die Person, den Körper und das Verhältnis des Selbst zur sozialen und materiellen Umwelt (vgl. Ebd., 160). Die subjektive Bedeutung von Gesundheit, die eine Person im Laufe ihres Lebens entwickelt und sich aneignet, spielt als zentrale Komponente des Gesundheitsbewusstseins eine wichtige Rolle für das Gesundheitshandeln (vgl. Kap. 2.3.3.) im Sinne eines gesundheitsbewussten Verhaltens.

Das Gesundheitsbewusstsein eines Menschen entwickelt und verändert sich in einem gesellschaftlich vorbereiteten Rahmen und biographisch im sozialen Vergleich, in dem er oder sie die eigenen Gesundheitsvorstellungen mit denen seiner oder ihrer sozialen Umwelt abstimmt. Zum Wechselverhältnis von personalen und gesellschaftlichen Gesundheitsvorstellungen konstatiert Faltermaier: „Kulturell bestimmte und überlieferte Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit prägen das Individuum und beeinflussen seine Wahrnehmungen und sein Verhalten. In einer Mediengesellschaft werden permanent gesundheitsbezogene Informationen verbreitet, die trotz ihrer oft widersprüchlichen Aussagen das Individuum beeinflussen. Das öffentliche Gesundheitsbewusstsein wird nicht ohne Auswirkungen auf das individuelle Gesundheitsbewusstsein bleiben.“ (Ebd., 171)

⁶ Friedrich Löchner (1915), Pseudonym: Erich Ellinger, dt. Pädagoge, Dichter und Autor

2.3.3. Gesundheitshandeln

Das Gesundheitshandeln wird ebenso wie das Gesundheitsbewusstsein von mehreren Komponenten bestimmt.

Nach Faltermaier (1994) tragen u. a. das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit, der Umgang mit dem eigenen Körper oder mit Krankheiten, Risiken und psychosozialen Belastungen ebenso wie die Veränderungen der Lebensweise eines Menschen zum bewussten, gesundheitlichen Handeln bei. (vgl. Ebd., 171)

Das unter Kapitel 2.3.2. näher beschriebene Gesundheitsbewusstsein bildet die Grundlage für das Gesundheitshandeln des Menschen, das sich beispielsweise in Aktivitäten zur Vorsorge zeigt, im Umgang mit Beschwerden oder in einer kooperativen Unterstützung bei Krankheit, die so genannte „soziale Gesundheitsselfhilfe.“ (Ebd., 179)

Für die Entwicklung und Herausbildung des Gesundheitshandelns im Sinne des Erhalts von Gesundheit stellen personale, soziale und materielle Ressourcen die wesentlichen Faktoren dar. Gesundheitsförderung setzt an der Herstellung und Aktivierung dieser Ressourcen an.

2.3.4. Bleibende Strukturen

Struktur definiert Hillmann (1994) als eine Ordnung, als „ein relativ stabiles, bestimmten Gesetzmäßigkeiten unterliegendes Gefüge im Aufbau und Ablauf der Beziehungen zwischen theoretisch unterscheidbaren Elementen eines, aufgrund dieser Beziehungen, nach außen hin abgrenzbaren Systems.“ (Ebd., 846)

Aus dieser abstrakten Definition abgeleitet, werden in vorliegender Studie „bleibende Strukturen“ einer *Gesunden Gemeinde* verstanden als die Aktivitäten oder baulichen Einrichtungen, die im Rahmen der Aktion installiert und über einen längeren Zeitraum angeboten werden. Darüber hinaus zählen zu den bleibenden Strukturen auch die Veränderungen im Gesellschaftsleben einer Gemeinde, die aufgrund der Aktion entstanden sind.

2.3.5. Gesundheitspolitische Ziele des Landes Oberösterreich

Gesundheitspolitische Ziele bezeichnen die Vereinbarung und Durchsetzung bestimmter Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit in der Bevölkerung. Ziel der Gesundheitspolitik ist die Sicherstellung gleicher Lebenschancen aller Bevölkerungsgruppen.

Folgende „Gesundheitspolitische Ziele“ wurden im Rahmen des Oberösterreichischen Gesundheitsberichts 2000 - einem Gemeinschaftsprojekt des Landes Oberösterreich, der Städte Linz und Wels sowie der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse - formuliert⁷. Diese bilden die konsensuelle Basis für den Ausbau der Gesundheitsförderung in Oberösterreich und den Rahmen für die gesundheitspolitischen Maßnahmen.

1. Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputation, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15 Prozent reduziert werden.
2. Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 50 Prozent der Kinder der Altersgruppe 6 kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 3 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen. Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80 Prozent der Kinder der Altersgruppe 6 kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.
3. Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 10 Prozent aller mittleren und großen Unternehmen sich zur Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens oder Betriebs verpflichten.
4. Bis zum Jahr 2010 sollte die Suizidrate um ein Drittel zurückgehen.
5. Bis zum Jahr 2005 oder sogar früher sollten einheimische Masern in der Region eliminiert werden und bis 2010 sollte die Eliminierung der Krankheit bescheinigt werden können.
6. Bis zum Jahr 2010 oder sogar früher sollte
 - a. in Bezug auf Mumps, Pertussis und invasive Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae* Typ B eine Inzidenz von weniger als 1 pro 100.000 EinwohnerInnen und
 - b. in Bezug auf kongenitale Röteln eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1.000 Lebendgeburten erreicht werden.

⁷ (http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-3DCFCFC3-51D013FA/ooe/san_11_Gesundheitsziele.pdf, 25. 10. 2005)

7. Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre im Durchschnitt um mindestens 20 Prozent zurückgehen, Atemwegserkrankungen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.
8. Bis zum Jahr 2010 sollte der Anteil des Pro-Kopf-Alkoholkonsums um 20 Prozent gesenkt werden. In der Altersgruppe unter 15 Jahren sollte er nahezu Null betragen; der Anteil der Nichtraucher sollte in der Altersgruppe über 15 Jahren 80 Prozent und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100 Prozent betragen.
9. Bis zum Jahr 2005 sollte mindestens 50 Prozent aller Kinder die Möglichkeit geboten werden, eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen.
10. Bis zum Jahr 2005 sollten sich mindestens 50 Prozent aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden aktiv an einem Netzwerk gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen.
11. Bis zum Jahr 2005 sollen mindestens 50 Prozent der Gesamtbevölkerung und mindestens 80 Prozent der Jugendlichen über die Auswirkungen des Drogenkonsums sehr gut informiert sein.⁸

⁸ Ziel 11 wurde ausschließlich vom Oberösterreichischen Landtag beschlossen.

2.4. Projektgeschichte der Aktion *Gesunde Gemeinde* in Oberösterreich

Im folgenden Kapitel wird die Aktion *Gesunde Gemeinde* in Oberösterreich näher beschrieben. Die Gründung der Aktion, deren Entwicklung und Organisation stehen dabei im Vordergrund.

2.4.1. Gründung/Entwicklung

Mit der Aktion *Gesunde Gemeinde* wird die in der „Ottawa-Charta“ postulierte Forderung nach „Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen“ konkret umgesetzt. Im regionalen Setting der Gemeinde werden BürgerInnen zu öffentlicher Teilhabe an und Mitbestimmung bei Gesundheitsbelangen angeregt.

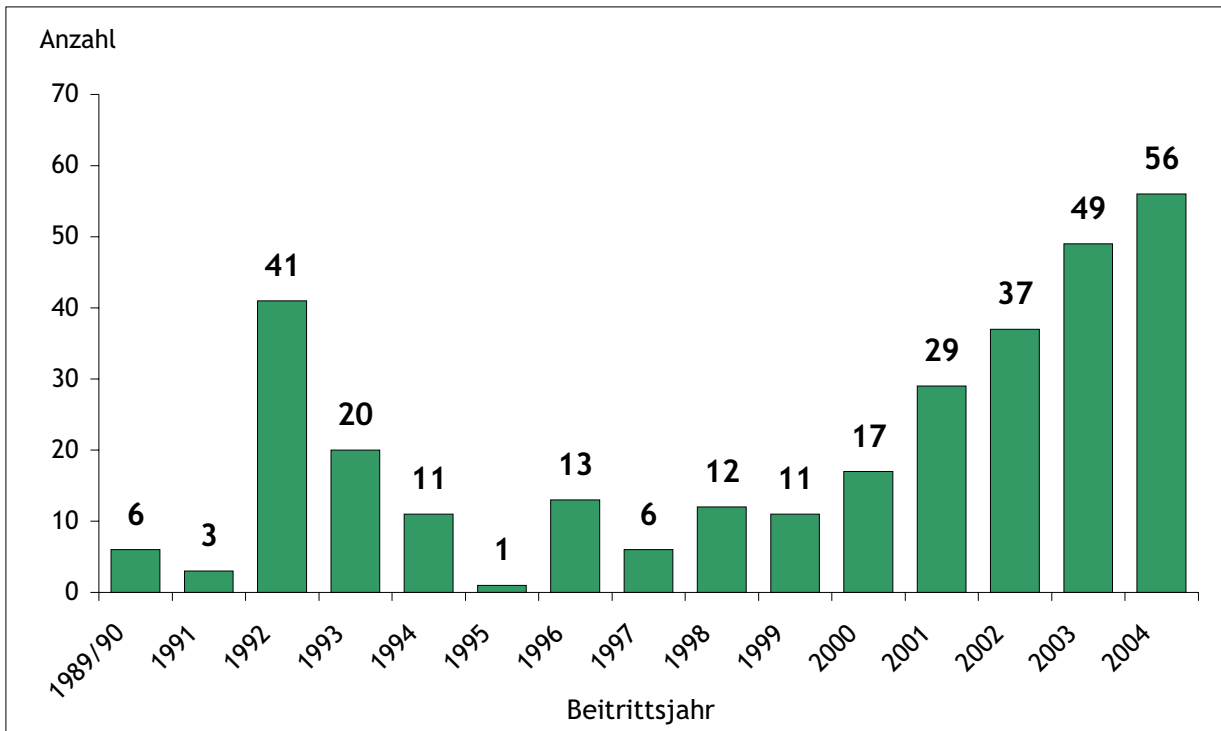
Das Ziel der Aktion wurde bereits in der Pionierphase festgelegt: „Die Menschen zu unterstützen und zu befähigen, sich aktiv mit ihrem eigenen Gesundheitsverhalten auseinander zu setzen und sich um die Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse zu bemühen, wird als wichtige gesellschaftliche Investition und Verantwortung, der sich auch die Gemeinde annimmt, angesehen (Priglinger 1992 zit. n. Scharinger 1999, 14).“

Die Aktion *Gesunde Gemeinde* wurde in Oberösterreich im Jahr 1989 von der Landessanitätsdirektion ins Leben gerufen. Als wichtiges Vorbild gilt das Projekt „Das Gesunde Dorf“, das 1987 in der Steiermark entstanden ist.

In den ersten Jahren konnten neun Gemeinden (Abb. 1) für die Aktion gewonnen werden. Als im Jahr 1992 in Oberösterreich das Jahr der Gesundheit ausgerufen wurde, schlossen sich 41 Gemeinden dem Netzwerk an.

Im Mai 2003 war ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel erreicht: mehr als die Hälfte aller oberösterreichischen Gemeinden nahmen an der Aktion *Gesunde Gemeinde* teil. Bis zum Jahr 2004 wuchs die Zahl der Beitritte auf 312 *Gesunde Gemeinden* an.

Abbildung 1: Anzahl der Gesunden Gemeinden nach Beitrittsjahr 1989-2004



Quelle: Landessanitätsdirektion (Hg) 2005, I/5

2.4.2. Der Weg zur *Gesunden Gemeinde*

Gemeinden, die der Aktion beitreten wollen, müssen diesen Entschluss im Gemeinderat verankern. In weiterer Folge wird ein Arbeitskreis gebildet, der sich mit der Planung und Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten in der jeweiligen Gemeinde befasst. Interessierte BürgerInnen aus unterschiedlichen Berufs- und Altersgruppen sollen im Arbeitskreis vertreten sein.

Nach Vorlage eines Drei-Jahresplans, in dem gesundheitsbezogene Maßnahmen für diesen Zeitraum ausgearbeitet sind, wird der Gemeinde von der oberösterreichischen Landesregierung eine finanzielle Starthilfe von € 1.000,-⁹ gewährt.

Durch Vorträge, Kurse, Projekte, Aktionstage, Stammtische oder ähnliches werden die geplanten Maßnahmen in den jeweiligen Gemeinden unterschiedlich umgesetzt und so das Thema Gesundheit im Alltag verankert.

Nach dreijähriger Aktivität wird die Ortstafel *Gesunde Gemeinde* als Auszeichnung verliehen.

2.4.3. Organisation

Von der Landessanitätsdirektion werden die Arbeitskreise bzw. deren LeiterInnen in ihrer ehrenamtlichen Arbeit unterstützt.

In den Bezirken Braunau, Eferding, Grieskirchen, Kirchdorf, Linz-Land, Steyr, Ried und Vöcklabruck sind RegionalbetreuerInnen eingerichtet worden, die direkt mit den ArbeitskreisleiterInnen zusammenarbeiten (vgl. Landessanitätsdirektion 2005, I/11).

Des Weiteren wird den *Gesunden Gemeinden* empfohlen, seitens des jeweiligen Gemeindeamtes eine Sachbearbeiterin oder einen Sachbearbeiter für administrative Tätigkeiten (z.B. Einladung zu Sitzungen, Artikel in der Gemeindezeitung ...) zur Verfügung zu stellen.

Im Jahr 2001 wurde von der Landessanitätsdirektion damit begonnen, Jahresschwerpunkte¹⁰ für die Veranstaltungen der Aktion *Gesunde Gemeinde* festzulegen.

Die Aktion „Gesunde Küche“ wurde 1996 und das Projekt „Stammtisch für pflegende Angehörige“ im Jahr 2002 ins Leben gerufen.

⁹ Stand 2005

¹⁰ „Bewegung“ (2001), „Psychosoziale Gesundheit“ (2002), „Hypertonie“ (2003), „Vorsorge gegen Erkrankungen der Knochen und Gelenke“ (2004), „Frauengesundheit/Männergesundheit“ (2005)

Tabelle 1: Kriterien für Gesunde Gemeinden

Information	Die Bevölkerung wird in regelmäßigen Abständen über gesundheitsbezogene Themen informiert durch Vorträge, Beiträge in Gemeindezeitungen oder in anderen Medien.
Basis-Screening	Im Rahmen verschiedener Aktionen (z.B. Gesundheitstag ...) wird die Möglichkeit geboten, bestimmte gesundheitsrelevante Werte messen zu lassen.
Schule/ Kindergarten	PädagogInnen messen dem Unterrichtsprinzip „Gesundheits- erziehung“ zur Hebung des Informationsniveaus der Kinder und zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens besondere Bedeutung bei. Schwerpunkte sind u.a.: Zahngesundheitsförderung, Schulmöbelausstattung entsprechend ergonomischen Erfordernissen, Haltungsturnen oder Gesunde Schulkjause.
Freizeit- und Kursangebote	Diese umfassen in den Gemeinden u.a. Gesundheitsgymnastik, Kreislauftraining oder Kurse zum Erlernen von Stressbewältigungsstrategien.
Soziale Dienste	Das Angebot an sozialen Diensten entspricht den örtlichen Bedürfnissen: Altenhilfe, Nachbarschaftshilfe, Hauskrankenpflege.
Selbsthilfe- gruppen	Die Initiativen zur Gründung von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, die gesundheitsbezogene Belange betreffen, werden besonders gefördert.
Psychohygiene/ Kommunikation	Ein wesentlicher Faktor für die Gesundheit ist die soziale Geborgenheit. Alle GemeindebürgerInnen sollen die Möglichkeit haben, ihren Platz in der Gemeinschaft zu finden (Seniorenclub, Mütter- und Väterrunde, Jugendgruppe).
Ökologie/ Umweltschutz	Nur in einer intakten Umwelt ist auf Dauer die Erhaltung der Gesundheit des Menschen gewährleistet (Landschaftsschutz, Müllvermeidung, Verkehrsberuhigung ...).
Alkohol, Nikotin, Drogen	NichtraucherInnenschutz, Prävention und Information, rauchfreie Schulen und Kindergärten

Quelle: Kodelitsch 2003, 54

3. Methodik

Im folgenden Abschnitt werden das Forschungsdesign und die Datenbeschreibung der Studie dargestellt und näher erläutert.

3.1. Forschungsdesign

Die systematische Dokumentation und Evaluierung von Maßnahmen und Projekten sind zu einem zentralen Bestandteil von gesundheitsfördernden Maßnahmen geworden.

„Kern der Evaluationsforschung ist die empirische Analyse der Wirkungen und Nebenwirkungen einer Maßnahme oder eines sozialen Projekts.“ (Diekmann 2004, 34)

Die vorliegende Evaluierung ist als quantitative Studie konzipiert und wird ergänzt durch einen qualitativen Untersuchungsteil.

Zu Beginn wurden mit ausgewählten „Schlüsselpersonen“, die auf Gemeindeebene mit der Umsetzung der Aktion *Gesunde Gemeinde* befasst sind, qualitative Interviews geführt. Die Auswahl der Gemeinden erfolgte nach den Kriterien der Landessanitätsdirektion des Landes Oberösterreich.

Die Ergebnisse dieser Befragung bildeten die Grundlage für die Entwicklung des quantitativen Forschungsinstruments. Die zentralen Dimensionen umfassten die Bereiche Art und Anzahl der gesundheitsfördernden Aktivitäten, bleibende Strukturen und Dauereinrichtungen, Besucherfrequenz, ehrenamtliche Tätigkeit der ArbeitskreisleiterInnen und allgemeine Auswirkungen der Aktion *Gesunde Gemeinde*.

Die standardisierten Fragebögen ergingen im Juni 2005 an die ArbeitskreisleiterInnen jener Gemeinden, die bis Ende 2004 dem Netzwerk *Gesunde Gemeinde* beigetreten sind. 128 Fragebögen wurden ausgefüllt retourniert, damit beträgt die Rücklaufquote 43 Prozent. Mittels einschlägiger statistischer Verfahren wurde die Auswertung vorgenommen.

3.2. Demografische Datenbeschreibung

„Der Worte sind genug gewechselt, lasst uns endlich Daten sehen.“

[Gerhard Kocher]¹¹

Im Folgenden werden Stichprobe und Grundgesamtheit hinsichtlich der Merkmale „Geschlecht der ArbeitskreisleiterInnen“, „Beitrittsjahr“ und „EinwohnerInnenanzahl“ der *Gesunden Gemeinden* verglichen. Dies bildet die Grundlage für die Repräsentativität der Studie.

3.2.1. ArbeitskreisleiterInnen

Die nachfolgende Tabelle zeigt den Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit hinsichtlich des Geschlechts der ArbeitskreisleiterInnen.

In der Grundgesamtheit sind 193 Arbeitskreisleiterinnen und 106 Arbeitskreisleiter - zwei Fragebögen wurden an das jeweilige Gemeindeamt adressiert und nicht an eine/n ArbeitskreisleiterIn. Daher mussten diese beiden Fragebögen aus der geschlechterspezifischen Analyse ausgeschlossen werden (N=299). 84 Arbeitskreisleiterinnen und 44 Arbeitskreisleiter retournierten die Fragebögen (n=128).

Tabelle 2: Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit nach Geschlecht der ArbeitskreisleiterInnen

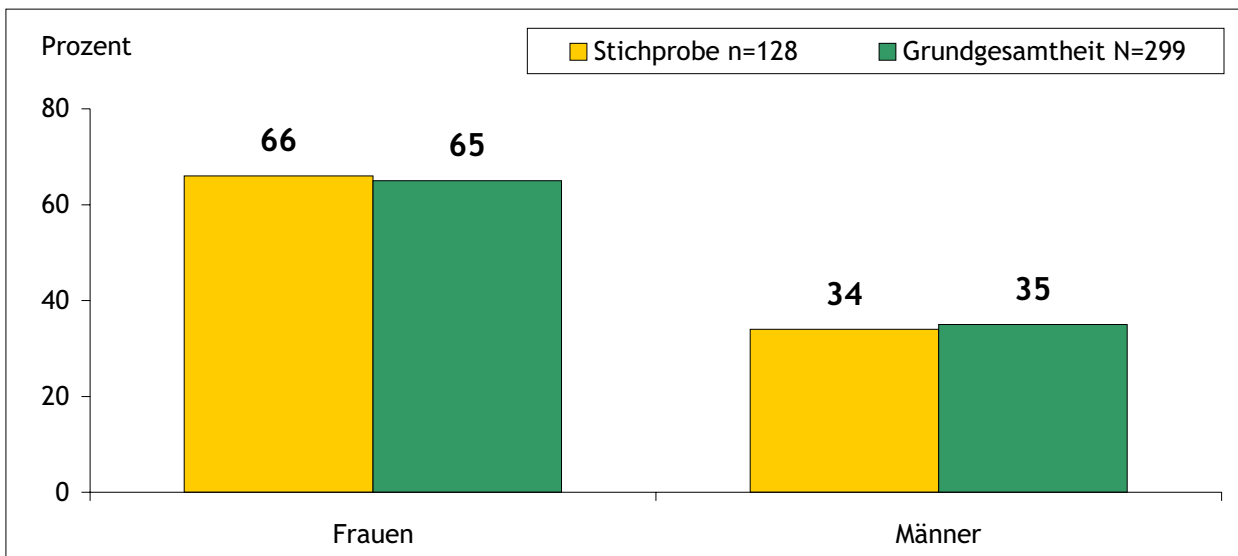
ArbeitskreisleiterInnen	Stichprobe n	Grundgesamtheit N
	Anzahl	
Frauen	84	193
Männer	44	106
Gesamt	128	299
Signifikanz	n.s.	
X ²	0,06/ df=1	

¹¹ Gerhard Kocher (1939), Schweizer Politologe und Gesundheitsökonom

Abbildung 2 ist zu entnehmen, dass in der Stichprobe Frauen gegenüber Männern geringfügig überrepräsentiert sind.

Der Chi-Quadrat Anpassungstest¹² zeigt, dass die Stichprobe bezüglich des Geschlechts der ArbeitskreisleiterInnen nicht signifikant von der Grundgesamtheit abweicht ($p > 0,05$)¹³.

Abbildung 2: Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit nach Geschlecht der ArbeitskreisleiterInnen



Im Durchschnitt sind die befragten ArbeitskreisleiterInnen der *Gesunden Gemeinden* 45 Jahre alt (n=127).

¹² Zur Prüfung, ob sich die Stichprobe von der Grundgesamtheit unterscheidet, wurde ein Chi-Quadrat Anpassungstest durchgeführt.

¹³ Als statistisch signifikant wird ein Wert $p \leq 0,05$ betrachtet.

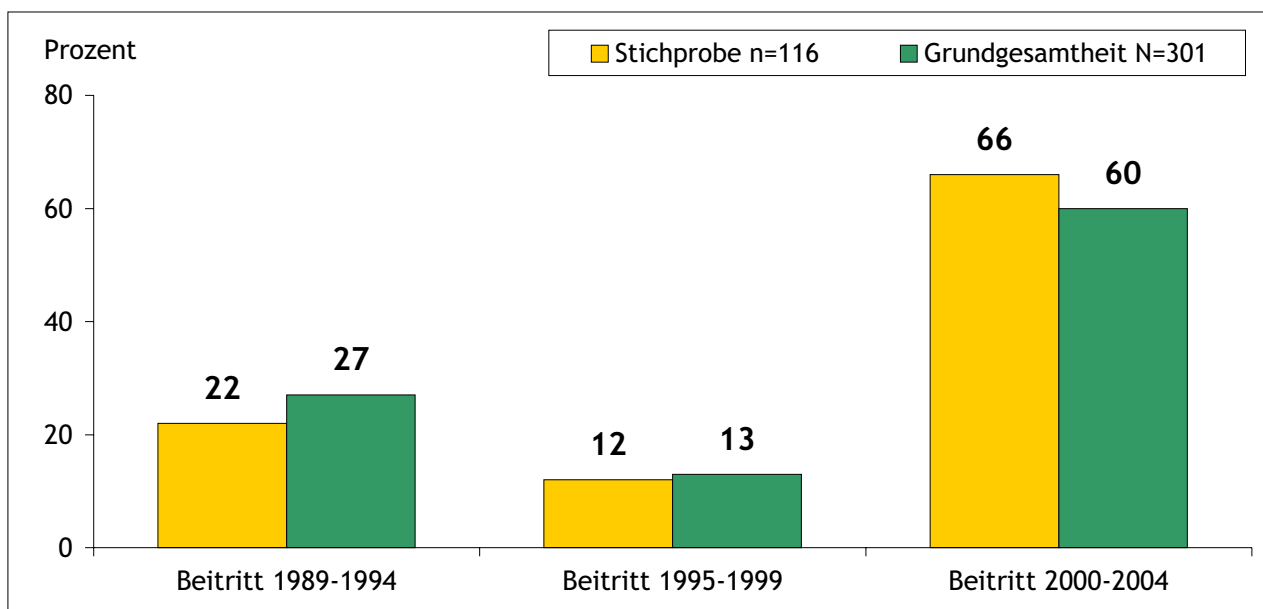
3.2.2. Beitrittsjahr

In Abbildung 3 ist der Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit hinsichtlich des Beitrittszeitraums dargestellt.

Für diesen Vergleich mussten jene zwölf Fragebögen, in denen kein Beitrittsjahr oder das Jahr 2005 als Beitrittsjahr angegeben wurde, aus der Analyse ausgeschlossen werden. Es verbleiben daher für diese Analyse 116 Fragebögen in der Stichprobe.

Der folgenden Abbildung ist zu entnehmen, dass in der Stichprobe „jüngere“¹⁴ Gemeinden überrepräsentiert sind, „ältere“¹⁵ und „mittlere“¹⁶ Gemeinden hingegen schwächer vertreten sind als in der Grundgesamtheit. Dennoch konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe festgestellt werden ($p > 0,05$).

Abbildung 3: Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit nach Beitrittszeitraum



¹⁴ Beitrittszeitraum 2000-2004

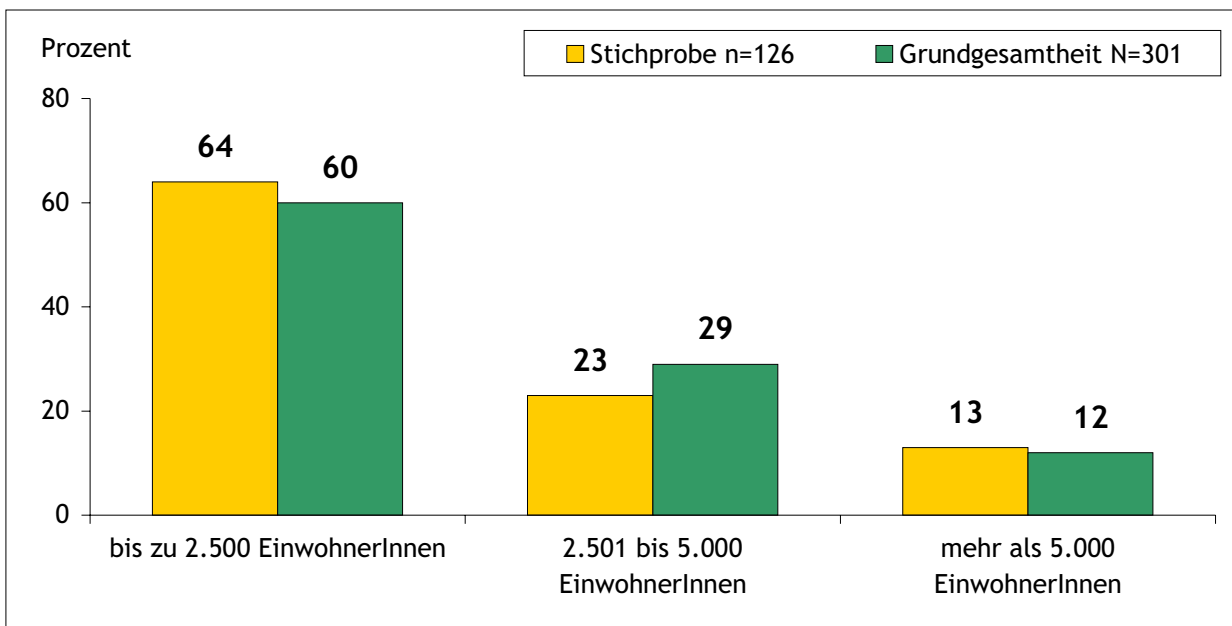
¹⁵ Beitrittszeitraum 1989-1994

¹⁶ Beitrittszeitraum 1995-1999

3.2.3. EinwohnerInnenanzahl

Die nachfolgende Abbildung zeigt den Vergleich der Stichprobe und der Grundgesamtheit hinsichtlich der EinwohnerInnenanzahl. Für die EinwohnerInnenanzahl der Grundgesamtheit (N=301) wurden die Volkszählungsdaten aus dem Jahr 2001 herangezogen¹⁷. Zwei Fragebögen, in denen keine EinwohnerInnenanzahl angegeben wurde, mussten aus dieser Analyse ausgeschlossen werden. Es verbleiben daher 126 Fragebögen in der Stichprobe. Der Abbildung ist zu entnehmen, dass - im Vergleich zur Grundgesamtheit - „kleine“¹⁸ Gemeinden in der Stichprobe überrepräsentiert, „mittlere“¹⁹ Gemeinden hingegen unterrepräsentiert sind. Der relative Anteil der „großen“²⁰ Gemeinden ist in den beiden Vergleichsgruppen etwa gleich. Auch hier gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe. ($p > 0,05$)

Abbildung 4: Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit nach EinwohnerInnenanzahl



Abschließend kann festgehalten werden, dass sich die Stichprobe hinsichtlich der drei genannten Merkmale (Geschlecht der ArbeitskreisleiterInnen, Beitrittszeitraum, EinwohnerInnenanzahl) als repräsentativ erweist.

¹⁷ <http://www.statistik.at>

¹⁸ bis zu 2.500 EinwohnerInnen

¹⁹ 2.501 bis 5.000 EinwohnerInnen

²⁰ mehr als 5.000 EinwohnerInnen

4. Empirische Ergebnisse

Der vorliegende Abschnitt beinhaltet die Datenauswertung der Untersuchung. Vorangestellt sind spontane Assoziationen aus der qualitativen Befragung, die ExpertInnen²¹ mit der Aktion *Gesunde Gemeinde* in Verbindung bringen.

„Ganz spontan fällt mir ein, (...) dass es da einen Arbeitskreis gibt, der sich mit Gesundheit in der Gemeinde beschäftigt, und als zweites fällt mir auf, dass es da gelungen ist, Menschen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, interessiert sind, hier zu vernetzen und ein super Angebot für die Bevölkerung zur Bewusstmachung, wie wichtig Gesundheit ist, zu schaffen.“ (U3, 9:13)

*„Zur Aktion *Gesunde Gemeinde* fällt mir ein, dass wir als *Gesunde Gemeinde* der Bevölkerung das Bewusstsein stärken, dass man verschiedene gesundheitsfördernde Maßnahmen setzt und die Leute dazu bewegt irgendwo (...) gesund ein wenig zu leben.“ (V2, 16:18)*

„Bewusstseinsbildung der Bevölkerung im Wege der Gemeinden. Und zwar das Instrument der Gemeinden, das doch dem Bürger noch am nächsten ist in allen politischen Bereichen, diesen Weg benützt, um das Gesundheitsbewusstsein zu stärken.“ (Q3, 17:19)

*„Na, spontan möchte ich sagen, dass das eigentlich eine ganz eine tolle Sache ist, weil die Prävention also (...) das Bewusstmachen von einer gesunden Lebensweise eben ganz wichtig ist, speziell eben in heutiger Zeit, wo schon Kinder, Schulkinder zum Beispiel, Haltungsschäden haben, das dürfte nicht sein und darum ist die *Gesunde Gemeinde* eine ganz eine tolle Sache.“ (R2, 16:19)*

²¹ BürgermeisterIn, Arzt/Ärztin, AnsprechpartnerIn der Gemeinde und ArbeitskreisleiterIn aus den Gesunden Gemeinden; anonymisiert durch Buchstaben- und Zahlenkombinationen (Zufallsauswahl).

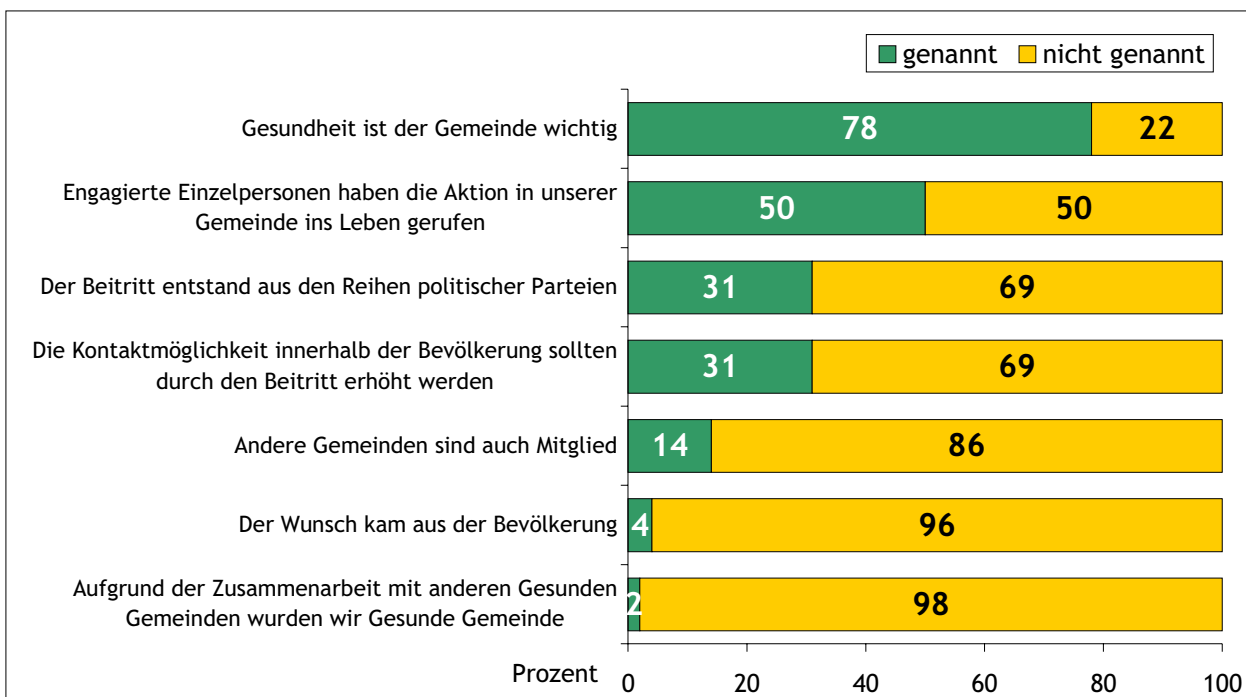
4.1. Motivation für die Beteiligung an der Aktion *Gesunde Gemeinde*

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Beweggründe der Gemeinden bzw. der ArbeitskreisleiterInnen für das Mitwirken an der Aktion genauer analysiert.

4.1.1. Beweggründe der Gemeinden

Nachfolgend sind die Beweggründe angeführt, die nach Meinung der befragten ArbeitskreisleiterInnen ausschlaggebend dafür sind, dass sich die Gemeinden an der Aktion beteiligen. „Gesundheit ist der Gemeinde wichtig“ wird von 78 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen als Motivation für den Beitritt der Gemeinden genannt (vgl. Abb. 5). Die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass engagierte Einzelpersonen die Aktion in den Gemeinden ins Leben gerufen haben. Etwa jede/jeder Dritte der befragten ArbeitskreisleiterInnen gibt an, dass der Beitritt aus den Reihen politischer Parteien entstanden ist oder dass die Kontaktmöglichkeiten innerhalb der Bevölkerung erhöht werden sollten. Kaum Zustimmung gibt es bei den Beweggründen „Andere Gemeinden sind auch Mitglied“, „Der Beitrittswunsch kam aus der Bevölkerung“ bzw. „Aufgrund der Zusammenarbeit mit anderen Gesunden Gemeinden kam es zum Beitritt“.

Abbildung 5: Motivation der Gemeinden für die Beteiligung an der Aktion (n=128; Mehrfachnennung)



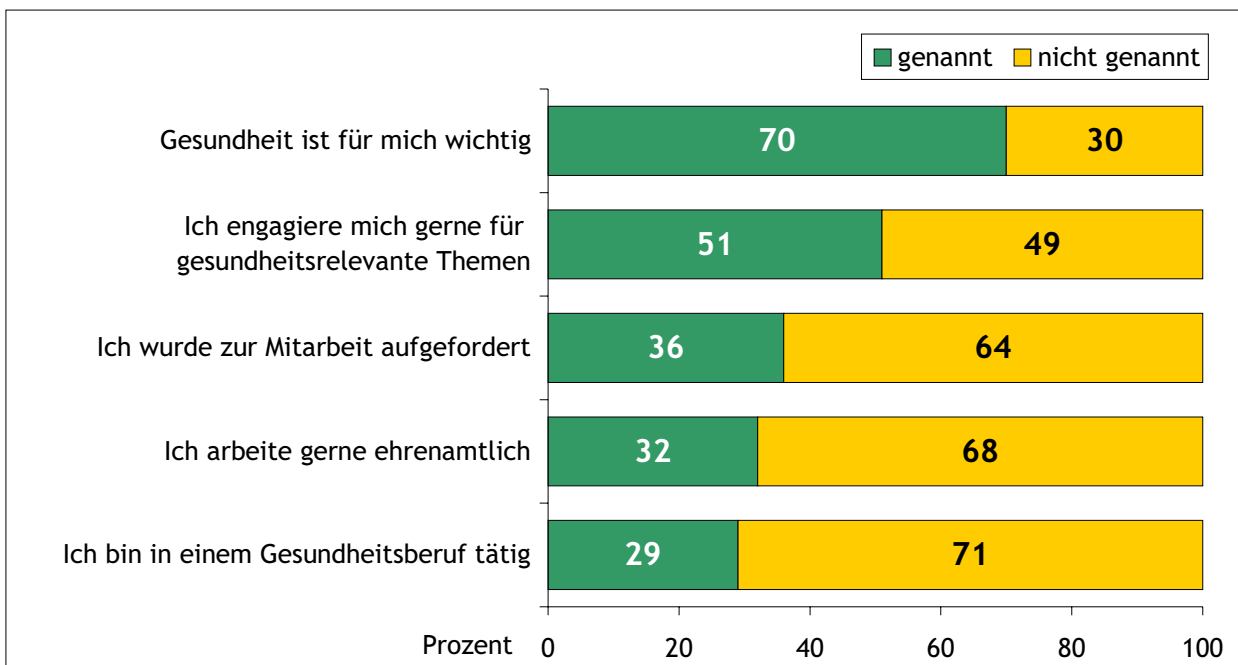
4.1.2. Beweggründe der ArbeitskreisleiterInnen

Welche Beweggründe sind für die ArbeitskreisleiterInnen ausschlaggebend, an der Aktion *Gesunde Gemeinde* mitzuwirken?

„Gesundheit ist für mich wichtig“ wird von 70 Prozent der Befragten als Motivation genannt, rund die Hälfte der Befragten nennt „Ich engagiere mich gerne für gesundheitsrelevante Themen“ und 36 Prozent geben an, zur Mitarbeit aufgefordert worden zu sein (vgl. Abb. 6). Von knapp einem Drittel der Befragten wird „Ich arbeite gerne ehrenamtlich“ genannt und von 29 Prozent wird die berufliche Tätigkeit im Gesundheitsbereich als Motivation angeführt (n=128).

Es zeigt sich bei geschlechterspezifischer Betrachtung obiger Beweggründe, dass ArbeitskreisleiterInnen häufiger als Arbeitskreisleiter vom Thema „Gesundheit“ zur Mitarbeit motiviert werden. Frauen nennen häufiger als Männer die Beweggründe „Gesundheit ist für mich wichtig“ ($\Phi=0,286$; $p=0,001$)²² und „Ich engagiere mich gerne für gesundheitsrelevante Themen“ ($\Phi=0,209$; $p=0,018$).

Abbildung 6: Motivation der Befragten für die Beteiligung an der Aktion (n=128; Mehrfachnennung)



²² Φ = Assoziationsmaß; $p \leq 0,05$ wird als statistisch signifikant betrachtet.

4.2. Informationen über die Aktion *Gesunde Gemeinde*

Im nächsten Kapitel geht es zum einen darum, von wem bzw. wodurch die ArbeitskreisleiterInnen erstmals über die Aktion *Gesunde Gemeinde* informiert wurden, und zum anderen, wie zufrieden die ArbeitskreisleiterInnen mit den erhaltenen Informationen waren.

4.2.1. Erstinformation

Erstmals informiert über die Aktion *Gesunde Gemeinde* wurden 45 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen vom Bürgermeister/von der Bürgermeisterin und 29 Prozent von der Landessanitätsdirektion.

Weitere 23 Prozent der Befragten wurden durch Broschüren und 21 Prozent durch Medien auf die Aktion aufmerksam.

Durch die Regionalbetreuung der Landessanitätsdirektion oder durch den Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) wurden 18 Prozent der befragten Personen erstmals informiert.

4 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen wurden von ÄrztInnen bzw. von anderen *Gesunden Gemeinden* auf die Aktion aufmerksam gemacht (n=128).

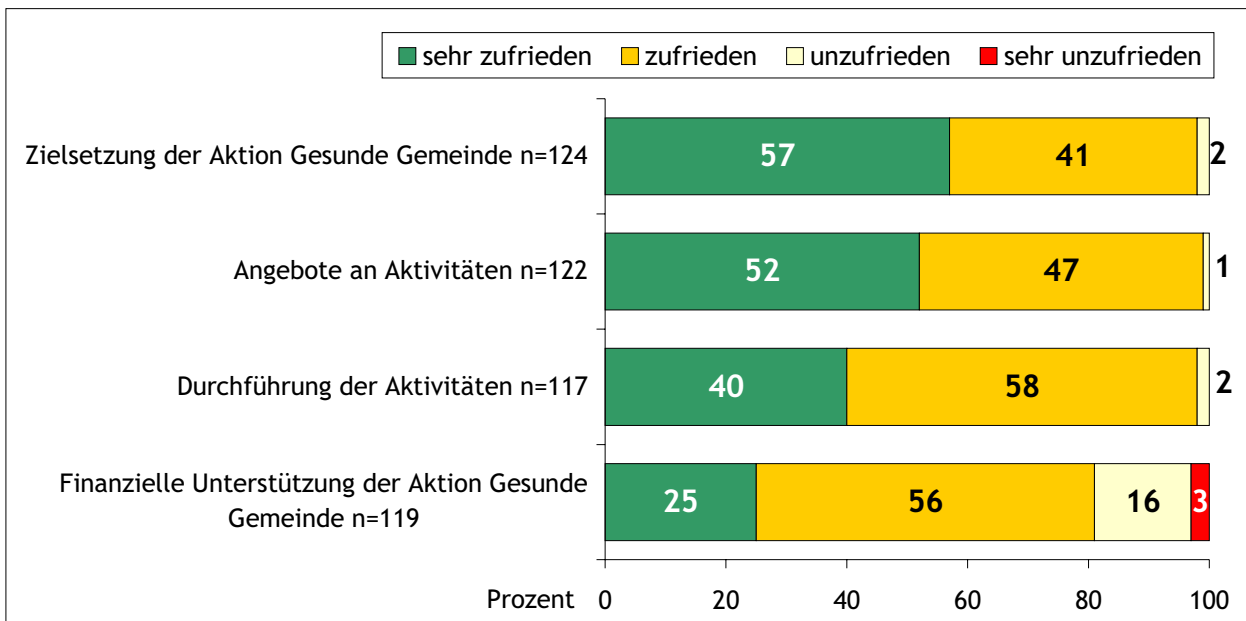
4.2.2. Zufriedenheit mit den Informationen

Wie zufrieden bzw. unzufrieden waren die ArbeitskreisleiterInnen mit den erhaltenen Informationen über folgende Aspekte der Aktion *Gesunde Gemeinde*?

Mit den Informationen über die Zielsetzung der Aktion *Gesunde Gemeinde* sind 57 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen sehr zufrieden und 52 Prozent mit den Hinweisen über das Angebot an Aktivitäten.

Weitere 40 Prozent der befragten Personen sind sehr zufrieden mit den Angaben über die „Durchführung der Aktivitäten“ und 25 Prozent mit den Informationen über die „finanzielle Unterstützung“.

Abbildung 7: Zufriedenheit mit den Informationen über die Aktion Gesunde Gemeinde



4.3. Struktur und Organisation der Arbeitskreise in den *Gesunden Gemeinden*

Das nächste Kapitel analysiert Struktur bzw. Organisation der Arbeitskreise und bietet einen Überblick über die ehrenamtliche Tätigkeit der ArbeitskreisleiterInnen.

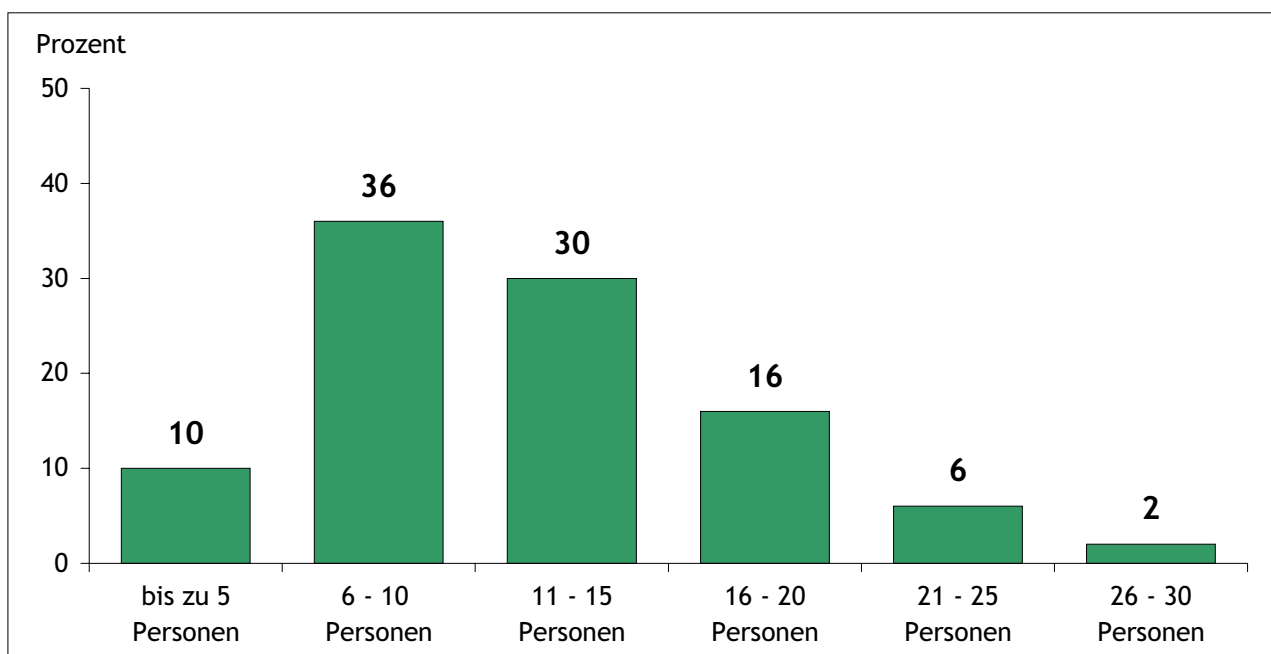
4.3.1. Anzahl der Arbeitskreismitglieder

Laut Angabe der befragten ArbeitskreisleiterInnen gibt es in beinahe 90 Prozent der *Gesunden Gemeinden* einen oder mehrere Arbeitskreis(e).

Wie viele Personen arbeiten insgesamt in den Arbeitskreisen mit?

In jedem zehnten Arbeitskreis arbeiten bis zu fünf GemeindebürgerInnen mit. Jeweils etwa ein Drittel der Arbeitskreise besteht aus sechs bis zehn bzw. 11 bis 15 Personen (vgl. Abb. 8.). 16 Prozent aller Arbeitsgruppen haben insgesamt 16 bis 20 und 6 Prozent 21 bis 25 Mitglieder zu verzeichnen. In 2 Prozent der Arbeitskreise engagieren sich sogar 26 bis 30 Personen für die Aktion *Gesunde Gemeinde*.

Abbildung 8: Personenanzahl in den Arbeitskreisen (n=115)



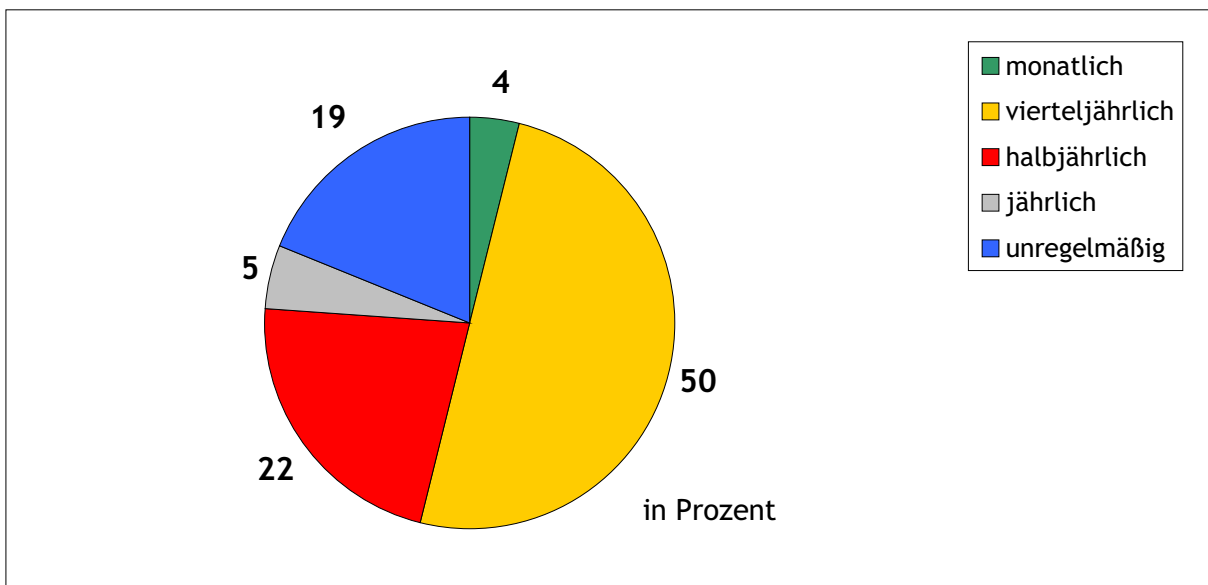
4.3.2. Häufigkeit der Arbeitskreissitzungen

Die Arbeitskreissitzungen in den *Gesunden Gemeinden* werden in unterschiedlichen Zeitabständen abgehalten. Abbildung 9 zeigt die Häufigkeit der Arbeitskreistreffen.

Die Hälfte aller Arbeitskreise trifft sich vierteljährlich, knapp ein Viertel der Arbeitskreise kommt einmal im Halbjahr zu einer Sitzung zusammen. Fünf Prozent der Arbeitsgruppen treffen sich jährlich und vier Prozent monatlich.

19 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen antworten, dass sich der Arbeitskreis ihrer *Gesunden Gemeinde* in unregelmäßigen Zeitabständen trifft.

Abbildung 9: Häufigkeit der Arbeitskreissitzungen (n=113)

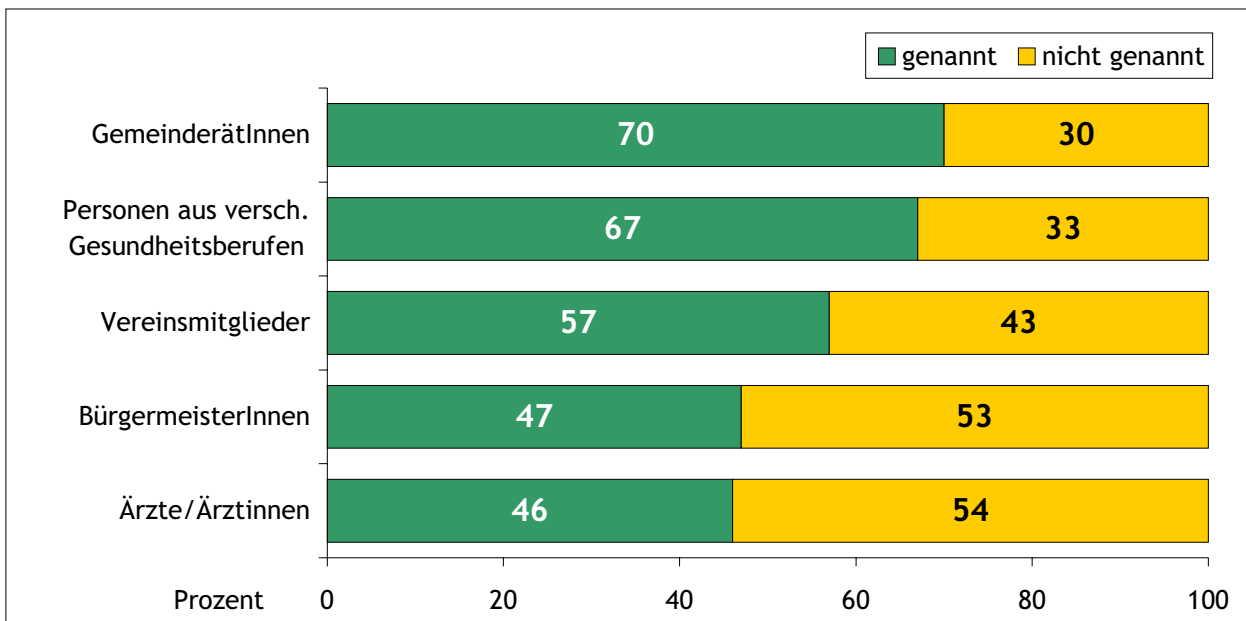


4.3.3. Berufs- und Personengruppen in den Arbeitskreisen

Inwieweit bestimmte Berufs- bzw. Personengruppen in den Arbeitskreisen vertreten sind, wird anschließend näher beschrieben.

In 70 Prozent der befragten *Gesunden Gemeinden* arbeiten GemeinderätInnen in den Arbeitskreisen mit, in 67 Prozent der Gemeinden sind Personen aus verschiedenen Gesundheitsberufen²³ in den Arbeitskreisen tätig und in 57 Prozent arbeiten Vereinsmitglieder mit. In weniger als der Hälfte der *Gesunden Gemeinden* sind BürgermeisterInnen (47 Prozent) bzw. Ärzte/Ärztinnen (46 Prozent) im Arbeitskreis vertreten.

Abbildung 10: Berufs- bzw. Personengruppen der Arbeitskreise (n=115; Mehrfachnennung)



²³ mit Ausnahme von Arzt/Ärztin

Welche Personen sind für den Erfolg der Aktion *Gesunde Gemeinde* besonders wichtig?

Es zeigt sich, dass Ärzte und Ärztinnen von 64 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen als jene Personen bezeichnet werden, die für den Erfolg der Aktion *Gesunde Gemeinde* besonders wichtig sind. BürgermeisterInnen werden von 54 Prozent und Vereinsmitglieder von 46 Prozent der Befragten als „Schlüsselpersonen“ der Aktion genannt.

In den qualitativen Interviews wird ebenso auf die Bedeutung von Personen hingewiesen, die für den Erfolg der Aktion *Gesunde Gemeinde* wichtig sind:

„Na ja, Arbeitskreis gibt es schon und setzt sich zusammen aus verschiedenen (...) also der wichtigste ist bei uns der Gemeindefahrer und der Arbeitskreisleiter, der hat auch sehr viel zu tun, auch beruflich mit so sozialen Sachen, und dann haben wir Leute dabei (...) von den verschiedenen Vereinen.“ (V2, 44:46)

„Ja, weil es einfach dadurch, wenn heute ein Arzt dabei ist, und wir haben das, dass bei den meisten Veranstaltungen der Arzt dabei ist, und das ist nämlich ganz wesentlich. (...) Wobei ich wieder sage, wir als Laien können das oft gar nicht so stark messen aber ein Arzt, (...) dann hat das ein Gewicht, weil er doch viele statistische Aufbereitungen hat.“ (W3, 294:300)

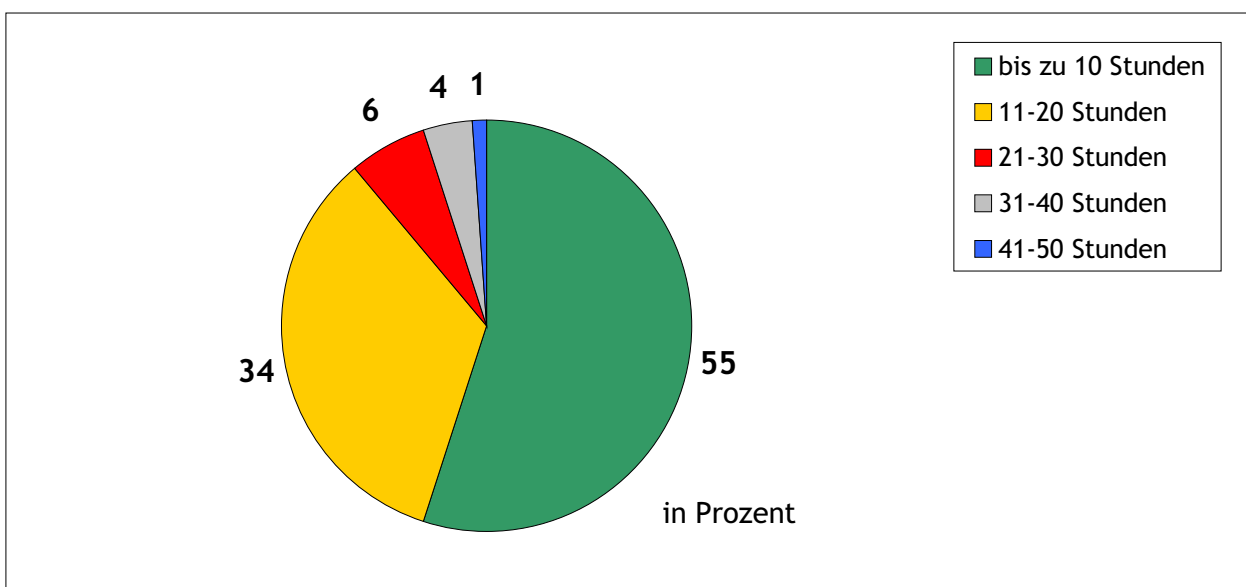
„Was jetzt positiv ist, das ist einfach diese breite Streuung dieser Arbeitskreismitglieder, aus den verschiedensten Bereichen. Es ist schon ein ganz großer Vorteil, dass man sich bemüht, dass man wirklich verschiedene Personen aus verschiedenen Kreisen, aus verschiedenen Altersbereichen, (...) dabei hat.“ (E1, 431:435)

4.3.4. Zeitaufwand der ArbeitskreisleiterInnen

Im Folgenden ist der Arbeitsaufwand der befragten ArbeitskreisleiterInnen angeführt, der monatlich für die Aktion *Gesunde Gemeinde* geleistet wird.

55 Prozent der ArbeitskreisleiterInnen geben an, bis zu zehn Stunden pro Monat für die Aktion tätig zu sein. 34 Prozent wenden 11 bis 20 Stunden monatlich auf, 6 Prozent arbeiten 21 bis 30 Stunden und 4 Prozent arbeiten 31 bis 40 Stunden. Ein Prozent der Befragten investiert sogar 41 bis 50 Stunden pro Monat für die Aktion *Gesunde Gemeinde*.

Abbildung 11: Monatlicher Arbeitsaufwand der ArbeitskreisleiterInnen (n=128)



Die befragten ArbeitskreisleiterInnen (n=128) arbeiten im Durchschnitt elf Stunden pro Monat für die Aktion *Gesunde Gemeinde*.

Wird für eine monetäre Bewertung dieser äußerst beachtlichen, ehrenamtlichen Leistung ein Stundensatz²⁴ von € 30,- herangezogen, so ergibt sich für den gesamten monatlichen Arbeitsaufwand aller befragten ArbeitskreisleiterInnen (n=128) ein Betrag von € 42.240,- für den gesamten jährlichen Arbeitsaufwand aller befragten ArbeitskreisleiterInnen (n=128) ein Betrag in der Höhe von € 506.880,-.

²⁴ Pauschalsatz der Landessanitätsdirektion (Stand 2005)

Auch in den qualitativen Interviews weisen die ExpertInnen auf den Zeitaufwand hin, der mit der Aktion *Gesunde Gemeinde* verbunden ist:

„Im letzten Jahr haben wir die Gesundheitstage gehabt, das waren intensive Veranstaltungstage. Das war sehr aufwändig, da vergehen viele, viele Stunden. (...) als Hauptorganisatorin bleibt einfach alles klarerweise bei mir hängen. Man kann zwar ein bisschen delegieren, aber die Fäden müssen von einer Person dann doch in der Hand gehalten werden, und das ist dann schon Arbeitsaufwand.“ (H1, 194:199)

„Ist ehrenamtlich (...), ist ein unbezahlter Dienst, außer was Kilometergeld ist. Man muss schon ein Idealist sein.“ (J1, 237:238)

„Eigentlich sehr viel [Arbeitsaufwand], weil ich schaue mich um alles um, und ich stehe mit großem Herz dahinter. Ich meine, ich weiß, man könnte noch viel mehr machen, aber ich mache schon viel. Ich mache einmal die ganze Organisation, ich rufe die Vortragenden und so an, schreib das Programm, rede draußen mit den Leuten, schicke es weg, ja eigentlich die ganze Koordination und Organisation rundherum, und schau, dass ich die Leute wieder motivieren kann.“ (O1/2, 127:132)

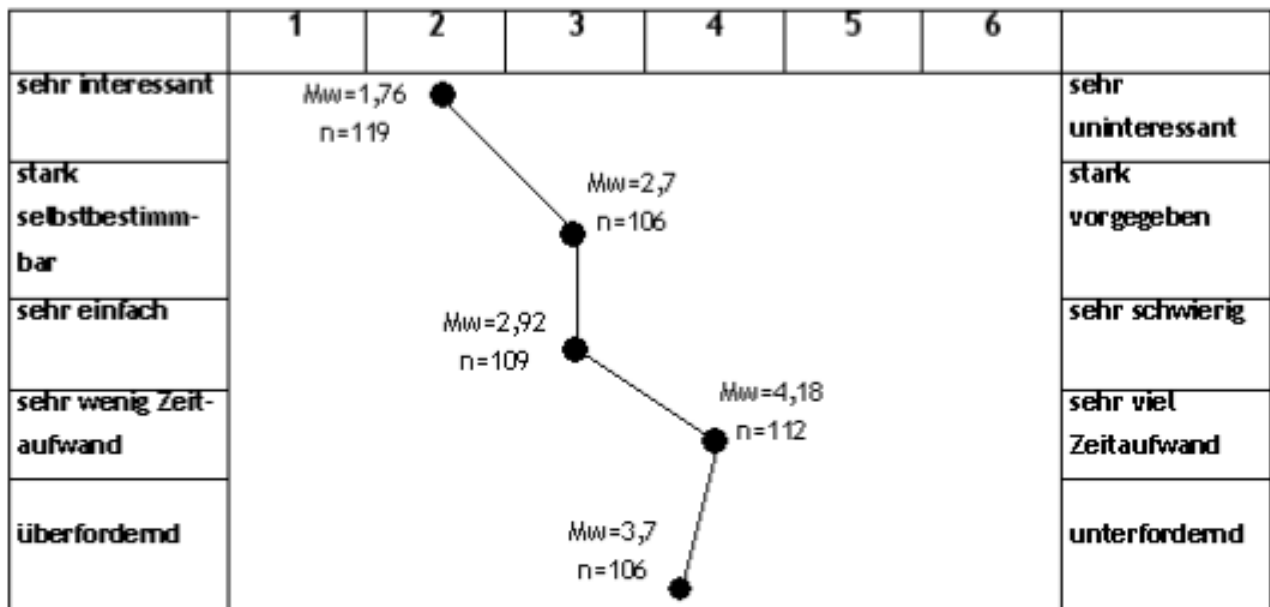
„Ja, da kommt es halt immer darauf an, welche Aktivitäten gerade laufen. Es kann sehr intensiv werden, (...) bis in die Abendstunden, da sind Sitzungen, Besprechungen und dergleichen und so etwas, (...) und dann ist dann wieder zwei, drei Monate gar nichts.“ (A2, 123:125)

4.3.5. Bewertung der Tätigkeit der ArbeitskreisleiterInnen

Die ehrenamtliche Arbeit für die Aktion *Gesunde Gemeinde* wird von den ArbeitskreisleiterInnen unterschiedlich eingeschätzt. Die Befragten konnten ihre Tätigkeit auf einer Skala von 1 bis 6 hinsichtlich bestimmter Eigenschaften bewerten.

Die folgende Tabelle zeigt, dass die befragten ArbeitskreisleiterInnen ihre Tätigkeit im Durchschnitt als interessant (Mittelwert=1,76), eher selbstbestimmbar (Mittelwert=2,7) und eher einfach (Mittelwert=2,92) bewerten; gleichzeitig aber bedeutet die Arbeit für die Aktion *Gesunde Gemeinde* für die ArbeitskreisleiterInnen eher viel Zeitaufwand (Mittelwert=4,18).

Tabelle 3: Eigenschaften der Tätigkeit der ArbeitskreisleiterInnen



Im Durchschnitt verankern die Befragten ihre Tätigkeit im „neutralen“ Mittelfeld von Über- und Unterforderung (Mittelwert=3,7), d.h. die ArbeitskreisleiterInnen fühlen sich durch ihre Aufgabe im Rahmen der Aktion *Gesunde Gemeinde* weder über- noch unterfordert.

4.4. Angebot und Durchführung der Aktivitäten in den *Gesunden Gemeinden*

Im folgenden Kapitel sind eingangs die gesundheitspolitischen Ziele dargelegt, zu denen die *Gesunden Gemeinden* bereits Aktivitäten durchgeführt haben. Des Weiteren werden die Art und Anzahl an Aktivitäten näher beschrieben, welche die Gemeinden für die Bevölkerung im Rahmen der Aktion anbieten. Ferner sind die unterschiedlichen Gesundheitsthemen aufgelistet, sowie die Motive für die Auswahl bestimmter Themen. Abschließend werden die Werbemittel und Dokumentationsarten analysiert.

4.4.1. Gesundheitspolitische Ziele

In Abbildung 12 sind die gesundheitspolitischen Ziele dargestellt, zu denen die *Gesunden Gemeinden* in den letzten 15 Jahren unterschiedliche Aktivitäten durchgeführt haben.²⁵

75 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen geben an, im Bereich der „Gesunden Schulen“ Aktivitäten gesetzt zu haben und an zweiter Stelle wurden „Herz- und Gefäßerkrankungen“ (62 Prozent) genannt.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (54 Prozent) berichten, dass sich ihre *Gesunde Gemeinde* mit dem Gesundheitsziel „Informationen über Drogen“ beschäftigt hat.

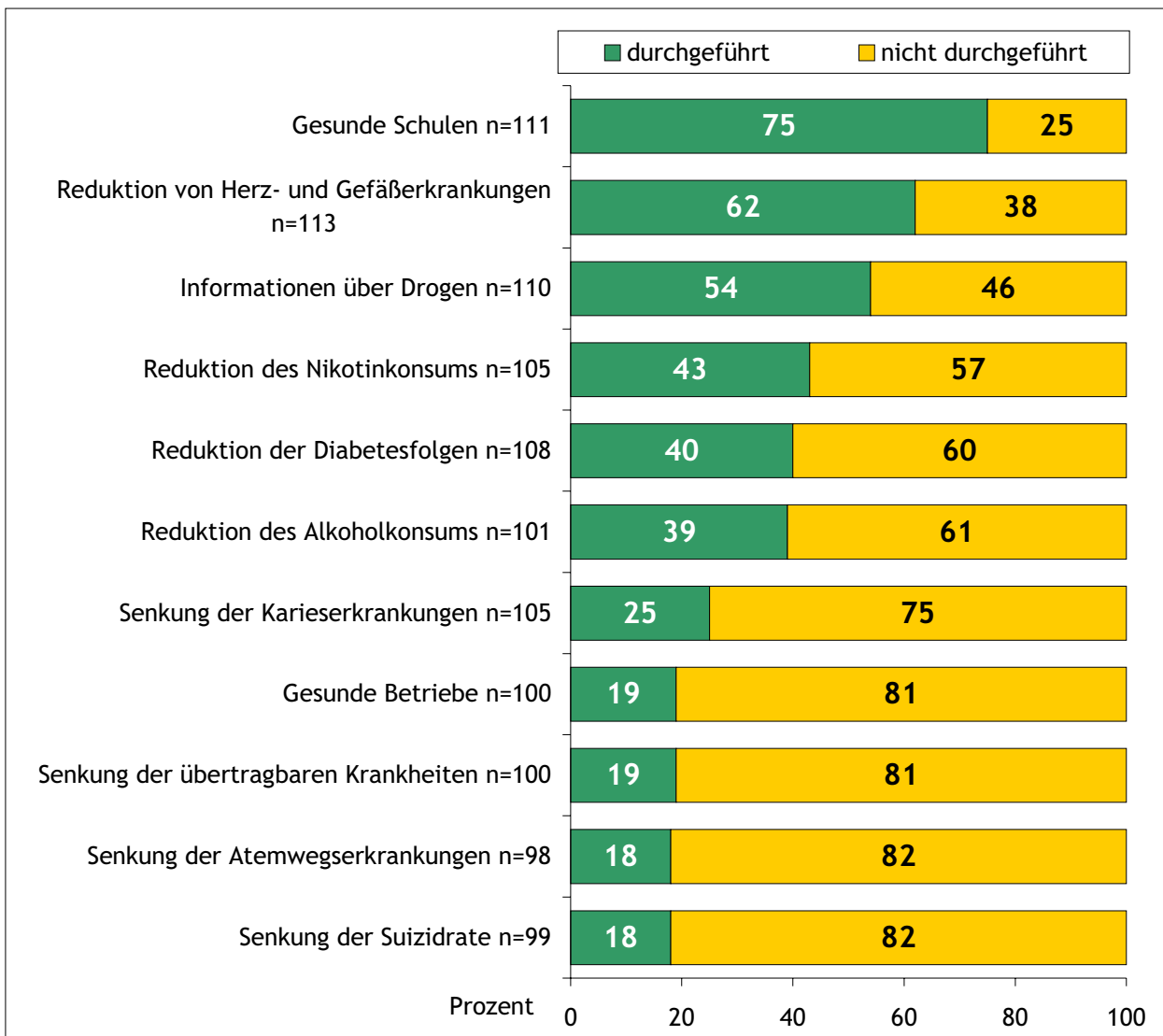
Zu den gesundheitspolitischen Zielen „Reduktion des Nikotinkonsums“, „Reduktion der Diabetesfolgen“ bzw. „Reduktion des Alkoholkonsums“ teilen jeweils rund 40 Prozent der Befragten mit, dass in ihren Gemeinden Aktivitäten angeboten wurden.

Zur „Senkung der Karieserkrankungen“ hat jede vierte Gemeinde Aktivitäten im Rahmen der Aktion durchgeführt.

Veranstaltungen zu den Gesundheitszielen „Gesunde Betriebe“, „Senkung der übertragbaren Krankheiten“ und „Senkung der Atemwegserkrankungen“ bzw. „Senkung der Suizidrate“ wurden laut Aussage der ArbeitskreisleiterInnen in eher geringem Ausmaß angeboten.

²⁵ zum genauen Wortlaut der gesundheitspolitischen Ziele vgl. Kap. 2.3.5.

Abbildung 12: Aktivitäten zu Gesundheitszielen

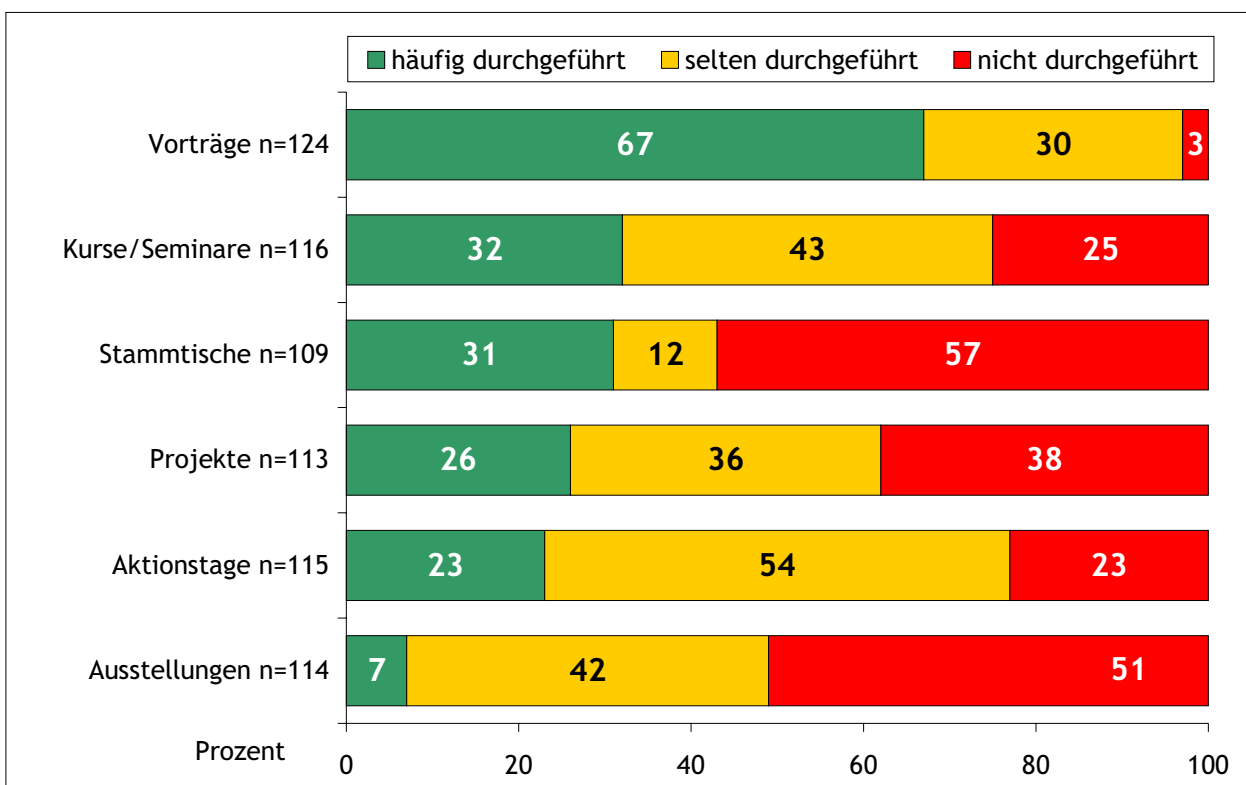


4.4.2. Aktivitätsarten

In den *Gesunden Gemeinden* werden unterschiedliche Aktivitätsarten zu gesundheitsrelevanten Themen angeboten.

Laut Aussagen der befragten ArbeitskreisleiterInnen werden Vorträge von 67 Prozent der *Gesunden Gemeinden* häufig durchgeführt. Kurse/Seminare bzw. Stammtische werden von etwa jeder dritten Gemeinde häufig organisiert und Projekte bzw. Aktionstage von rund einem Viertel. Ausstellungen werden eher selten veranstaltet.

Abbildung 13: Angebot an Aktivitätsarten

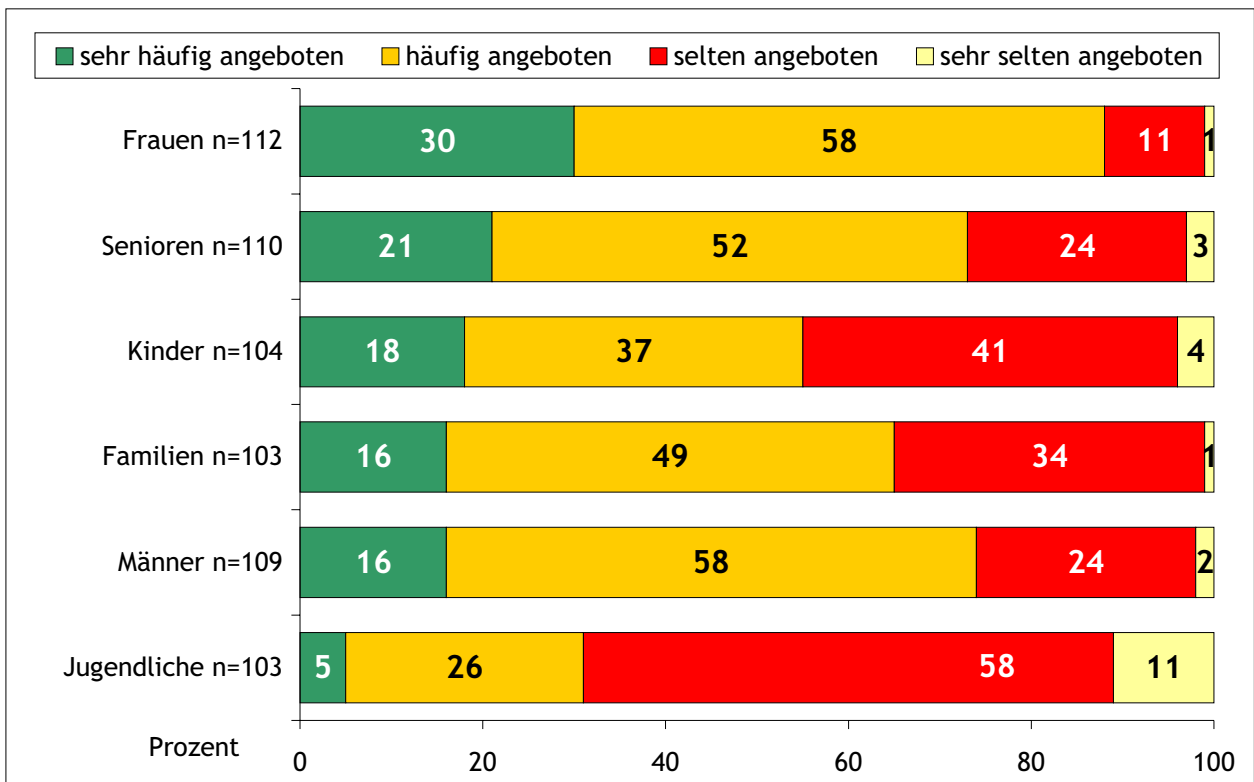


4.4.3. Zielgruppen

Nachfolgend sind die Bevölkerungsgruppen angeführt, für welche die Aktivitäten in den *Gesunden Gemeinden* angeboten werden.

Die Aktivitäten in den *Gesunden Gemeinden* werden sehr häufig für Frauen (30 Prozent) angeboten. Mit 21 Prozent liegen die Seniorenangebote knapp dahinter, gefolgt von den Aktivitätsangeboten für Kinder mit 18 Prozent. Für Familien und Männer werden gleich häufig Aktivitäten angeboten. Auffallend niedrig zeigt sich mit 5 Prozent das Angebot an Aktivitäten für Jugendliche im Rahmen der Aktion *Gesunde Gemeinde*.

Abbildung 14: Aktivitätsangebot für Zielgruppen



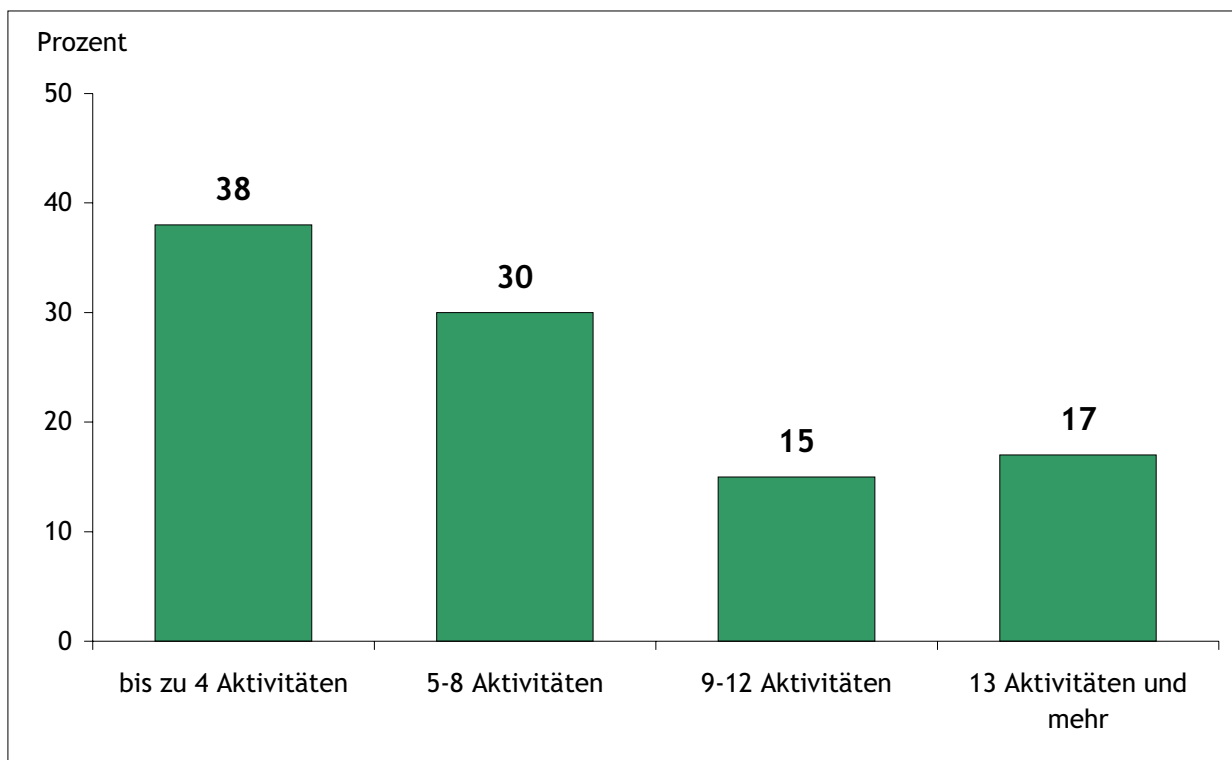
4.4.4. Anzahl der Aktivitäten

Wie viele Aktivitäten führen die *Gesunden Gemeinden* pro Jahr durch?

Nach Angabe der befragten ArbeitskreisleiterInnen veranstalten 38 Prozent der *Gesunden Gemeinden* bis zu vier Aktivitäten pro Jahr. Annähernd ein Drittel führt fünf bis acht Aktivitäten in Form von Vorträgen, Kursen, Projekten etc. durch. Weitere 15 Prozent der *Gesunden Gemeinden* veranstalten neun bis zwölf Aktivitäten und etwa gleich viele Gemeinden bieten sogar mehr als dreizehn Veranstaltungen im Jahr an.

Der Median dieser Häufigkeitsverteilung liegt bei fünf (Veranstaltungen), d.h. die Hälfte der befragten Gemeinden veranstaltet weniger als fünf Aktivitäten im Jahr und die andere Hälfte organisiert mehr als fünf Veranstaltungen.

Abbildung 15: Anzahl an durchgeführten Aktivitäten pro Jahr (n=125)

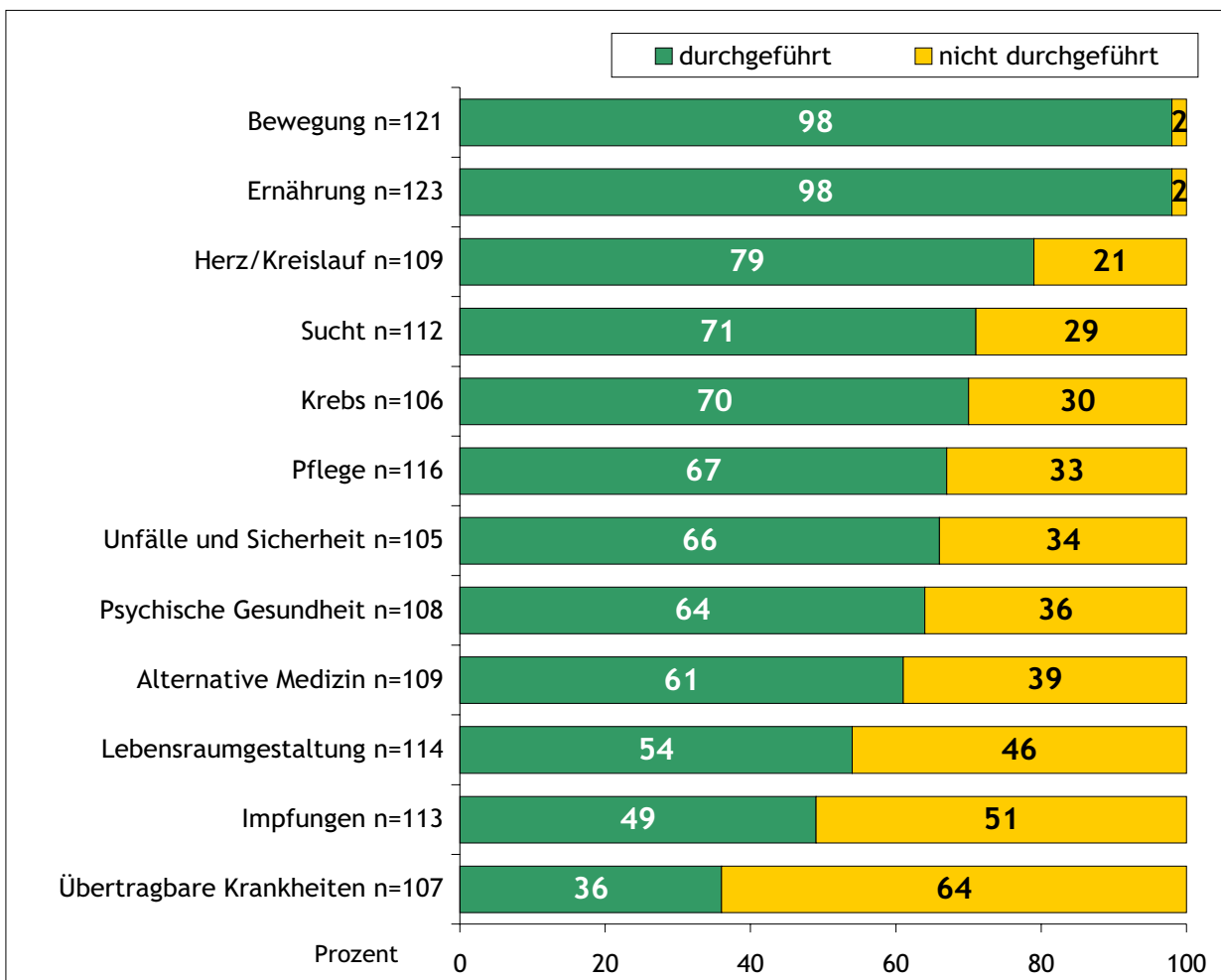


4.4.5. Gesundheitsthemen

Gesundheitsthemen²⁶, zu denen Aktivitäten in den Gemeinden durchgeführt werden, sind im Anschluss näher erläutert und grafisch dargestellt.

Aktivitäten zum Thema „Bewegung“ und „Ernährung“ werden am häufigsten abgehalten. Ebenfalls häufig durchgeführt werden Aktivitäten zum Thema „Herz/Kreislauf“, „Sucht“ bzw. „Krebs“. Jeweils rund zwei Drittel der *Gesunden Gemeinden* organisieren Veranstaltungen zu „Pflege“, „Unfälle und Sicherheit“ bzw. „Psychische Gesundheit“. Mehr als die Hälfte der befragten ArbeitskreisleiterInnen geben an, in den Themenbereichen „Alternative Medizin“ bzw. „Lebensraumgestaltung“ aktiv zu sein. Veranstaltungen zum Thema „Impfungen“ bzw. „Übertragbare Krankheiten“ führen jeweils mehr als 50 Prozent der befragten *Gesunden Gemeinden* eher nicht durch.

Abbildung 16: Aktivitäten zu Gesundheitsthemen



²⁶ Kategorien laut Datenbank der Landessanitätsdirektion (Stand 2005)

4.4.6. Motivation für Gesundheitsthemen

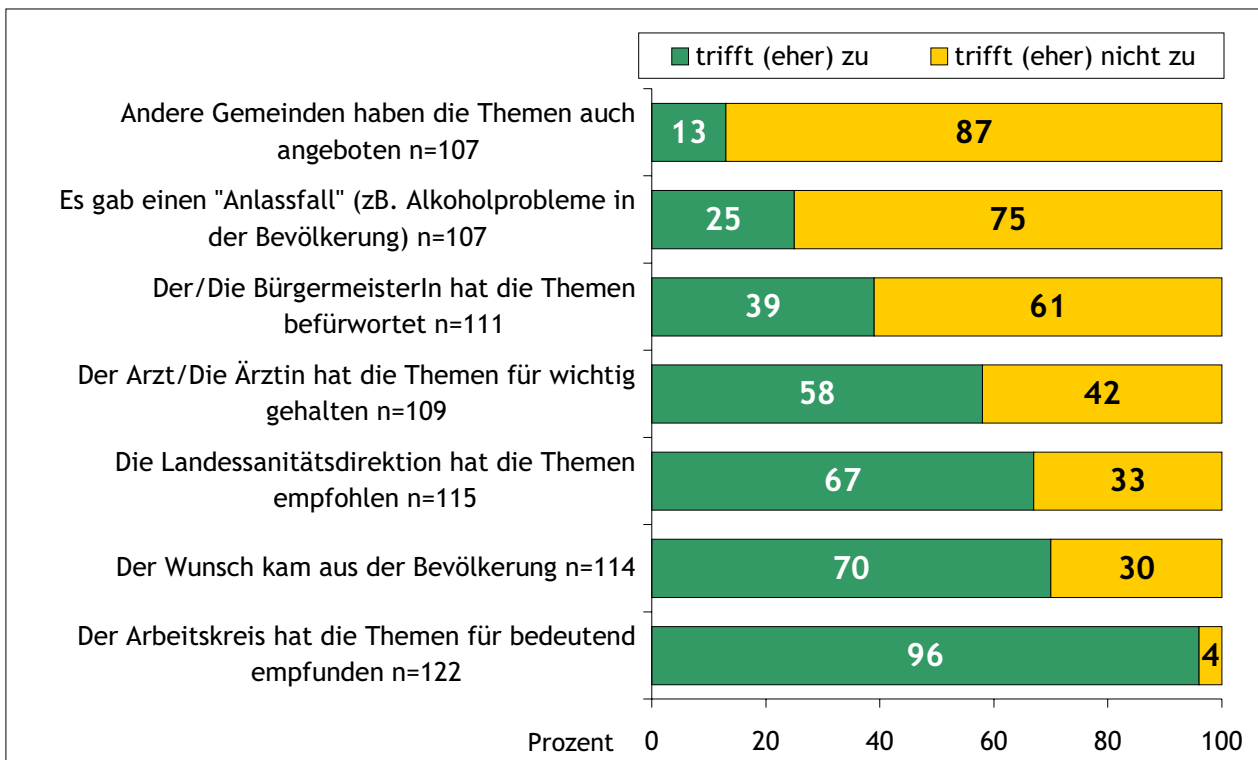
Welche Motive für die Auswahl an Gesundheitsthemen ausschlaggebend sind, werden in diesem Kapitel beschrieben und anschließend durch qualitative ExpertInneninterviews ergänzt?

96 Prozent der Befragten antworten auf die Aussage, der Arbeitskreis hat das Gesundheitsthema als bedeutend empfunden, mit „trifft zu“. 70 Prozent der *Gesunden Gemeinden* bieten bestimmte Gesundheitsthemen an, da der Wunsch aus der Bevölkerung kam.

Weitere 67 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen sagen, die Themen wurden von der Landessanitätsdirektion empfohlen, und 58 Prozent der *Gesunden Gemeinden* bieten ein bestimmtes Gesundheitsthema an, da es der Arzt oder die Ärztin für wichtig erachtet.

Die Zustimmung des Bürgermeisters bzw. Anlassfälle aus der Bevölkerung sind eher keine Beweggründe dafür, dass Aktivitäten zu bestimmten Gesundheitsthemen angeboten werden. Das Angebot an Veranstaltungen von anderen Gemeinden zu übernehmen, war für die Auswahl der Gesundheitsthemen ebenfalls nicht ausschlaggebend.

Abbildung 17: Beweggründe für die Auswahl von Gesundheitsthemen



Die Auswahl an Gesundheitsthemen kann ebenfalls durch einige Ausschnitte aus den qualitativen Interviews bestätigt werden:

„Ja, die Ideen für die Aktivitäten kommen aus dem Arbeitskreis. (...) Umsetzung, das ist natürlich auch im Arbeitskreis, mit den Schulen, mit Vereinen und Institutionen. Der Arbeitskreis alleine könnte das alles nicht bewältigen.“ (A2, 32:35)

„Wie kommen wir zu den Ideen? Ja, teilweise durch eigene Ideen und auch durch Information von der Landessanitätsdirektion, oder von unserer Regionalbetreuerin. (...) Ja, umgesetzt wird es dann so, dass wir dann im Arbeitskreis darüber reden und dann mehrheitlich bestimmen, die Mehrheit bestimmt was wir machen.“ (Q2/1, 50:52)

„Ideen für die Aktionen, (...) gibt es von der Landessanitätsdirektion Gesunde Gemeinde, (...) und wie gesagt wir haben einen sehr engagierten Gemeindevorstand, der da sehr aktiv ist und immer wieder Themen vorschlägt, die wir dann einfach aufgreifen und schaut, dass man was macht draus.“ (V2, 91:95)

4.4.7. Startveranstaltung

In diesem Kapitel sind die Art und der Erfolg der Startveranstaltung die im Rahmen der Aktion durchgeführt werden, näher beschrieben und grafisch dargestellt.

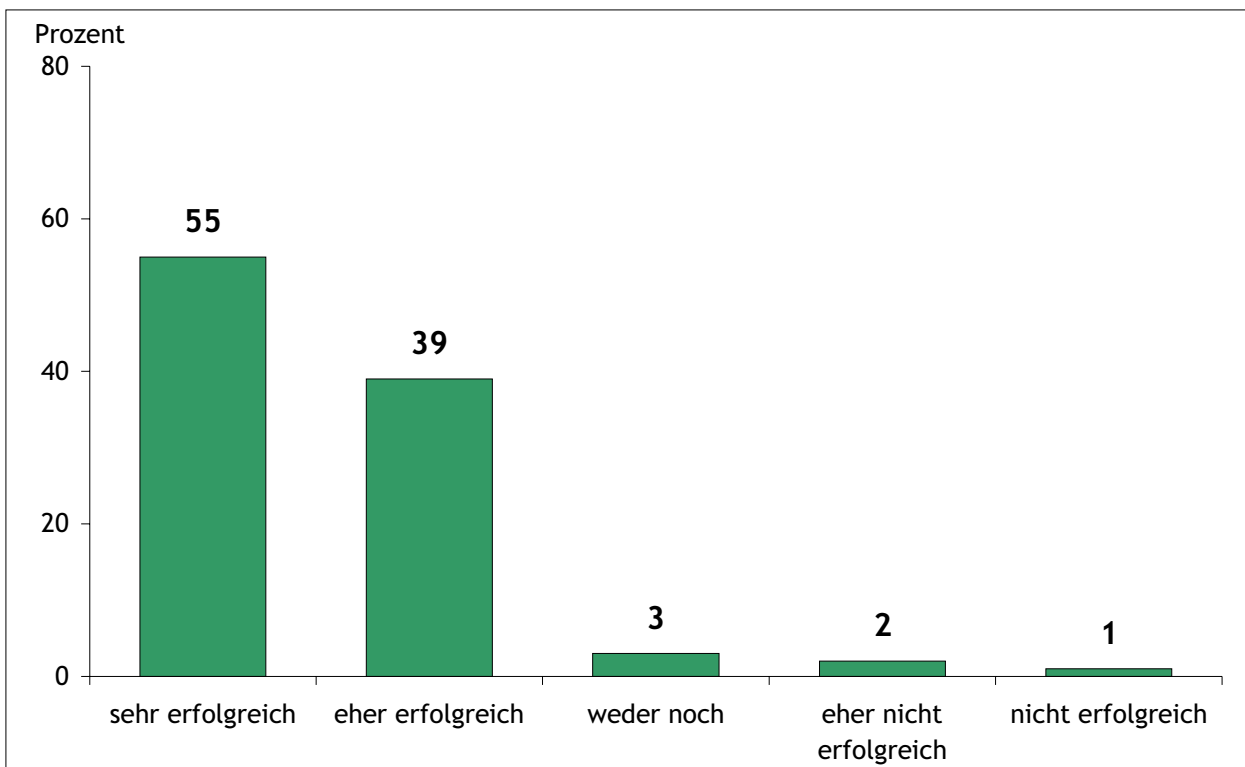
Als erste Veranstaltung im Rahmen der Aktion *Gesunde Gemeinde* wurden am häufigsten Gesundheitstage bzw. Gesundheitsstraßen organisiert. Aktivitäten zum Thema Bewegung wie beispielsweise Wanderungen oder Nordic Walking wurden als Startveranstaltungen ebenfalls sehr häufig durchgeführt.

Am dritthäufigsten wurden Ernährungsthemen und die Gesunden Schulen genannt. Bauliche Einrichtung, Stammtischrunden und Vorträge zu diversen Gesundheitsthemen wurden des Weiteren angeführt, diese wurden als Startveranstaltung im Rahmen der Aktion *Gesunde Gemeinde* ebenso häufig angeboten.

Für mehr als die Hälfte der befragten ArbeitskreisleiterInnen (55 Prozent) war die erste Aktivität ihrer *Gesunden Gemeinde* sehr erfolgreich.

39 Prozent der Befragten antworteten mit „eher erfolgreich“ und nur für eine geringe Anzahl der *Gesunden Gemeinden* (3 Prozent) war die erste Veranstaltung im Rahmen der Aktion wenig erfolgversprechend.

Abbildung 18: Erfolg der ersten Aktivität (n=119)



Art und Erfolg der ersten Aktivität in den Gesunden Gemeinden werden auch durch Ausschnitte aus den qualitativen Interviews bestätigt:

„Die Erste [Aktivität] war der Gesundheitstag, wo sie [Gesunde Gemeinde] wirklich öffentlich war. Die war unterschiedlich stark besucht. Sehr gut angekommen ist dieser Bus, (...) der Aufklärungsbus.“ (T3, 29:30)

„Ja, die Erste [Aktivität] war ein Gesundheitstag mit Gesundheitsstraße vom Land und Fit-Check und ein Rahmenprogramm, wo sich verschiedene Organisationen Rotes Kreuz, Volkshilfe, dann die Sportvereine haben sich präsentiert, die Caritas hat sich präsentiert, eine gesunde Jause hat es gegeben.“ (R2, 32:35)

„Das Erste war einfach so ein Gesundheitstag mit einem gesunden Nachmittag mit Gesundheitsstraße und auch mit gesunden Nahrungsmitteln, mit bäuerlichen Produkten, mehr oder weniger, und das ist recht gut angekommen. Und ein paar Vorträge waren auch, wenn ich mich recht erinnere, ist es damals, glaube ich, auch über Körperhaltung, Gelenke und dergleichen gegangen, aber es ist sehr gut angekommen. Vor allem auch die Gesundheitsstraße, wo einfach die verschiedensten Sachen einmal bei jedem einzelnen gecheckt worden ist.“ (W3, 115:120)

4.4.8. Werbemittel

Mit welchen Werbemitteln wird die Gemeindebevölkerung über die Aktion informiert?

Das erfolgreichste Werbemittel für die Veranstaltungen ist mit fast 100 Prozent die altbewährte Mundpropaganda. Die Gemeindezeitung wird ebenfalls als sehr erfolgreicher Werbeträger bezeichnet. Für eine große Mehrheit der Befragten sind auch Plakate und Flugblätter hilfreiche Werbemittel. Jeweils mehr als die Hälfte der Befragten bezeichnen die Werbemittel Falter, Homepage der Gemeinde und Tageszeitungen als sehr erfolgreich.

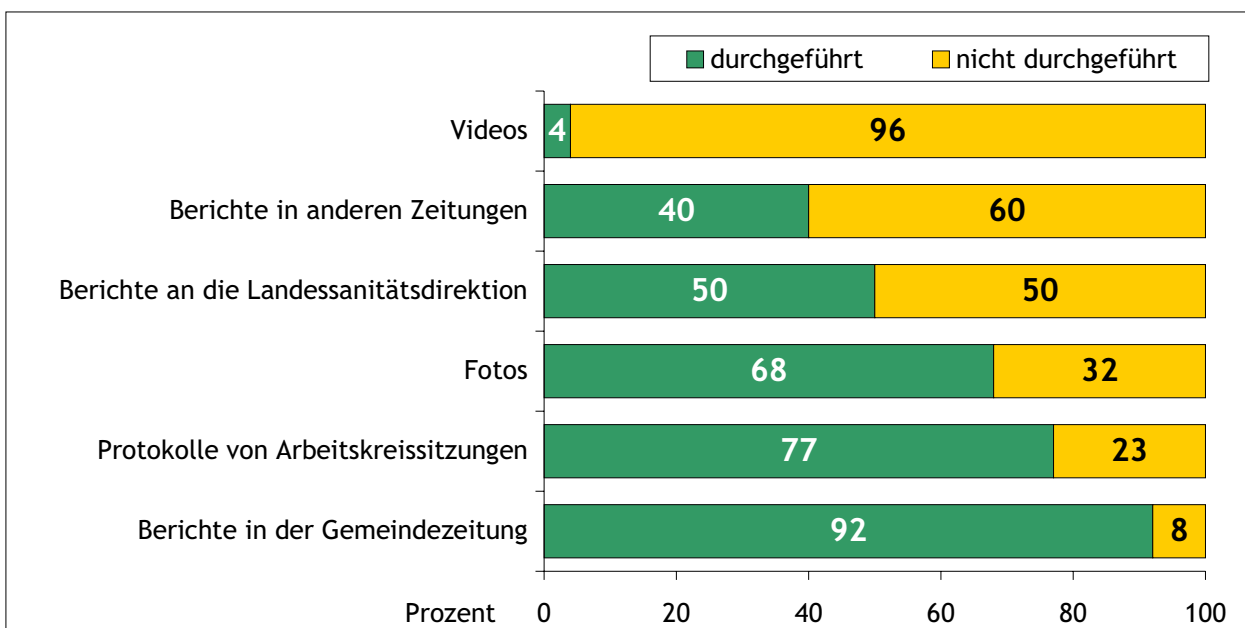
Als Werbeträger für die Aktion *Gesunde Gemeinde* finden die Medien TV und Radio kaum Verwendung.

4.4.9. Dokumentation

Wie werden die Aktivitäten in den *Gesunden Gemeinden* dokumentiert?

In 92 Prozent der *Gesunden Gemeinden* werden Berichte über die verschiedenen Aktivitäten und Gesundheitsthemen in der Gemeindezeitung veröffentlicht. Fast 80 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen sagen, dass sie Protokolle über die Arbeitskreissitzungen führen. 68 Prozent der befragten Personen antworten, dass die Veranstaltungen ihrer *Gesunden Gemeinde* auch auf Fotos festgehalten werden und die Hälfte der Gemeinden bringen Berichte bei der Landessanitätsdirektion ein. Dokumentationen in Form von Berichten in anderen Zeitungen oder durch Videoaufnahmen von den Veranstaltungen werden eher nicht angewendet.

Abbildung 19: Art der Dokumentation (n=128; Mehrfachnennung)



4.4.10. Aussagen zu Dokumentation und Engagement

96 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen geben an, dass die Zeitungsberichte der Aktion *Gesunde Gemeinde* von der Bevölkerung gerne gelesen werden. Knapp 90 Prozent der befragten Personen berichten, dass sie ihre Arbeitskreissitzungen protokollieren, und fast gleich viele bezeichnen die Arbeitskreismitglieder als sehr engagiert bei der Durchführung der Aktivitäten.

Für jeweils mehr als die Hälfte der befragten Personen ist für die Dokumentation einer Aktivität ausreichend Zeit vorhanden und die Themenfindung ist kaum zeitaufwändig. Ebenso wird die Durchführung von Aktivitäten von mehr als 60 Prozent der Befragten als nicht schwierig bezeichnet. Auffallend zeigte sich hierbei, dass 76 Prozent der Befragten angaben, dass für die ehrenamtliche Arbeit wenige Leute zu begeistern sind. Auf die Frage, ob die Aktivitäten im Rahmen der Aktion *Gesunden Gemeinde* parteipolitischer Werbung im Ort dienen, antworten fast alle Befragten (90 Prozent) mit „trifft (eher) nicht zu“.

Tabelle 4: Dokumentation und Engagement

	n	trifft (eher) zu	trifft (eher) nicht zu	gesamt
Die Zeitungsberichte über die Aktivitäten der Gesunden Gemeinde werden gerne gelesen.	118	96 %	4 %	100 %
Die Arbeitskreissitzungen werden protokolliert.	122	88 %	12 %	100 %
Die Arbeitskreismitglieder sind sehr engagiert bei der Durchführung der Aktivitäten.	124	86 %	14 %	100 %
Für die Dokumentation der Aktivitäten bleibt wenig Zeit.	123	45 %	55 %	100 %
Die Themenfindung für unsere Aktivitäten ist sehr zeitaufwändig.	123	33 %	67 %	100 %
Die Durchführung der Aktivitäten ist sehr schwierig.	122	33 %	67 %	100 %
Für die ehrenamtliche Arbeit sind viele Leute zu begeistern.	123	24 %	76 %	100 %
Die Aktivitäten dienen der parteipolitischen Werbung im Ort.	123	10 %	90 %	100 %

Bei näherer Betrachtung zeigen sich folgende Zusammenhänge:

Je älter²⁷ eine *Gesunde Gemeinde*, desto eher sind Leute für die ehrenamtliche Arbeit zu begeistern ($r= 0,227$; $p=0,016$).

Ein weiterer Zusammenhang besagt, je kleiner²⁸ eine *Gesunde Gemeinde*, desto eher wird die Durchführung von Aktivitäten als schwierig ($r=0,188$; $p= 0,039$) erachtet.

Je größer eine *Gesunde Gemeinde*, umso zeitaufwändiger gestaltet sich die Themenfindung für die Aktivitäten ($r= -0,188$; $p= 0,039$).

Um die Art der Dokumentation bzw. das Engagement der Arbeitskreismitglieder noch genauer analysieren zu können, wurde bei den unterschiedlichen Aussagen die Faktorenanalyse angewendet, es konnten jedoch keine nennenswerten Komponenten eruiert werden.

²⁷ *ältere Gemeinde: Beitrittszeitraum 1989-1994; mittlere Gemeinde: Beitrittszeitraum 1995-1999; jüngere Gemeinde: Beitrittszeitraum 2000-2004;*

²⁸ *kleine Gemeinde: bis zu 2500 EinwohnerInnen; mittlere Gemeinde: 2501 bis 5000 EinwohnerInnen; große Gemeinde: mehr als 5000 EinwohnerInnen*

4.5. Besuch der Aktivitäten der *Gesunden Gemeinden*

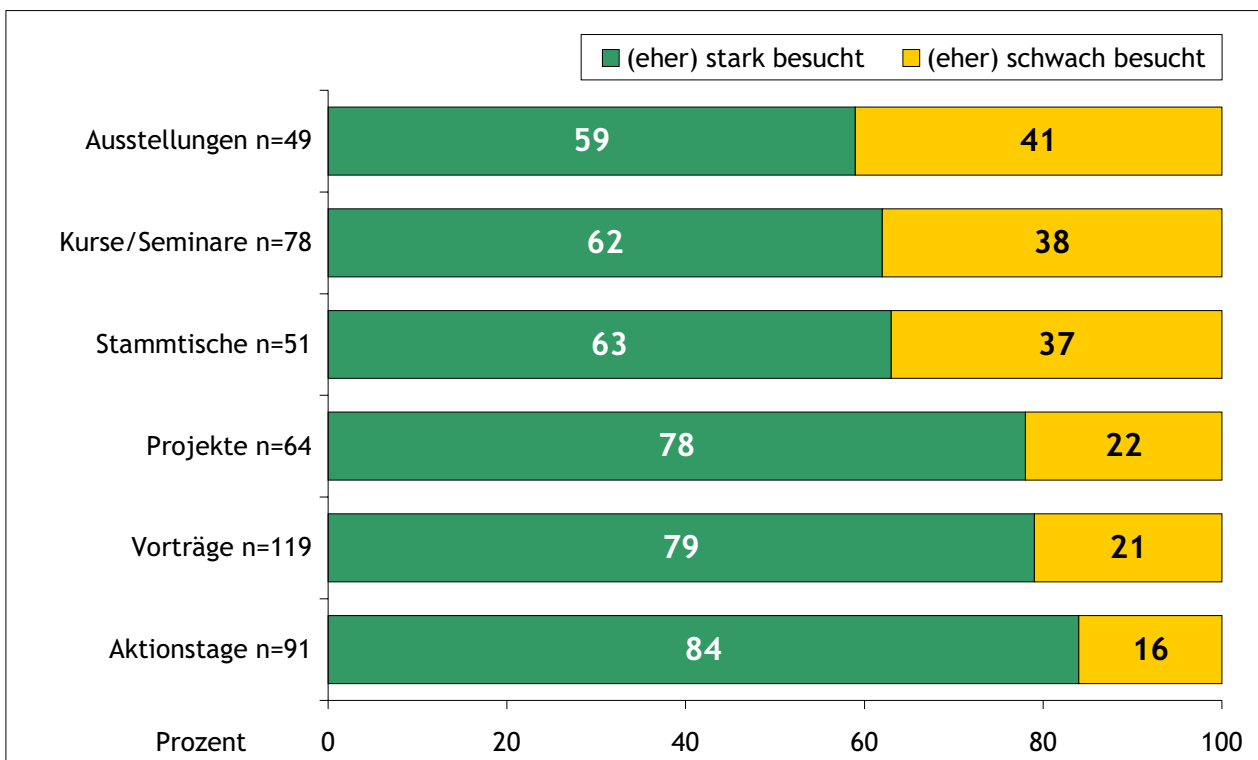
In diesem Kapitel wird die BesucherInnenfrequenz bei den Aktivitätsarten und Gesundheitsthemen analysiert.

4.5.1. Besuch der Aktivitätsarten

Wie werden die unterschiedlichen Aktivitätsarten von der Bevölkerung besucht?

Laut Aussage der befragten ArbeitskreisleiterInnen ist die BesucherInnenfrequenz bei Aktionstagen am höchsten (Abb. 20). Diese werden jedoch eher selten in den *Gesunden Gemeinden* angeboten (vgl. Kap. 4.4.2.). 79 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen antworten, dass Vorträge im Rahmen der Aktion *Gesunde Gemeinde* von der Bevölkerung stark besucht sind. Weiters geben 78 Prozent der Befragten an, dass die Bevölkerung bei Projekten stark vertreten ist. Jeweils rund 60 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen antworten, dass Stammtische, Kurse/Seminare bzw. Ausstellungen von der Gemeindebevölkerung stark besucht werden.

Abbildung 20: Besuch der Aktivitätsarten



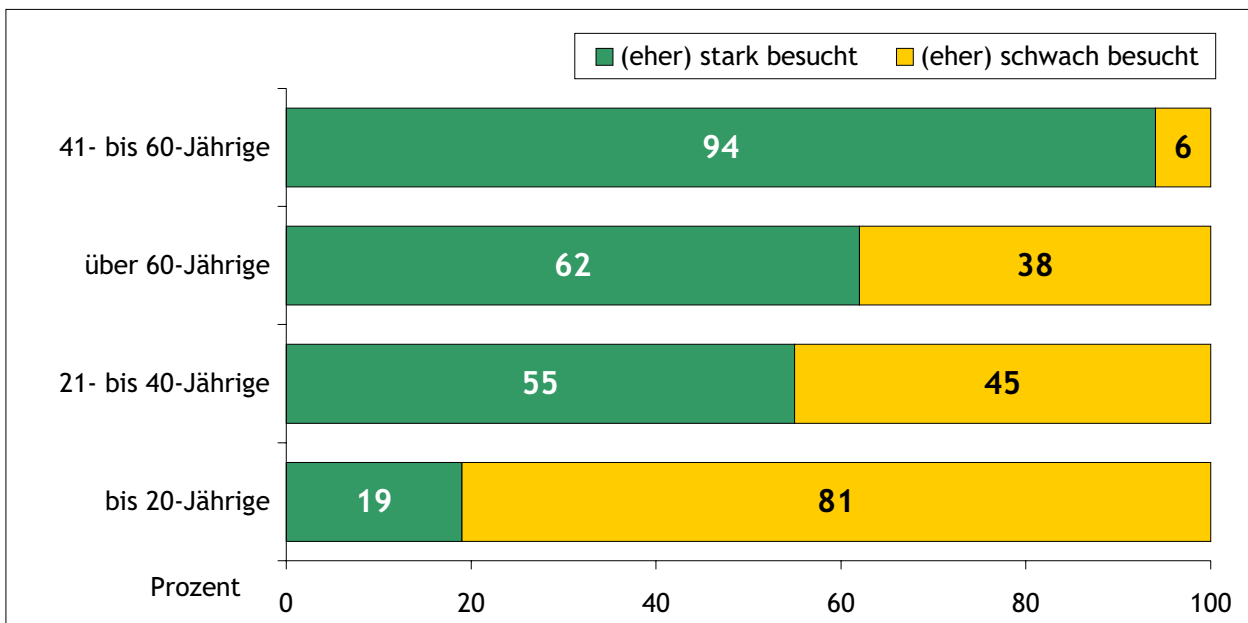
4.5.2. Besuch der Altersgruppen

Wie werden die Aktivitäten von den unterschiedlichen Altersgruppen besucht?

Abbildung 21 zeigt, dass die Veranstaltungen der *Gesunden Gemeinden* am häufigsten von den 41- bis 60-Jährigen besucht werden. 62 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen antworten, dass die Aktivitäten auch von der Altersgruppe der über 60-Jährigen stark besucht werden. In etwas mehr als der Hälfte der *Gesunden Gemeinden* sind 21- bis 40-Jährige bei den Aktivitäten stark vertreten.

Laut Angaben der befragten ArbeitskreisleiterInnen ist die Altersgruppe der unter 20-Jährigen bei den Aktivitäten der *Gesunden Gemeinde* nur schwach vertreten.

Abbildung 21: Besuch der Altersgruppen



Die obige Aussage, dass die Altersgruppe der unter 20-Jährigen bei den Aktivitäten der *Gesunden Gemeinde* eher schwach vertreten ist, deckt sich nicht mit dem Ergebnis, dass Aktivitäten zum Gesundheitsziel „Gesunde Schule“ sehr häufig durchgeführt werden (vgl. Kap. 4.4.1.).

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Besucherfrequenz der Unter-20-Jährigen und dem Gesundheitsziel „Gesunde Schule“ festgestellt werden. Weiters zeigte sich, dass dieses Gesundheitsziel nicht mit dem „Aktivitätsangebot für Jugendliche“ in Zusammenhang steht, aber sehr wohl mit dem „Aktivitätsangebot für Kinder“ korreliert ($r=0,377$; $p=0,001$).

Es liegt der Schluss nahe, dass die geringe Besucherfrequenz der unter 20-Jährigen auf das geringe Angebot für Jugendliche zurückgeführt werden kann (vgl. Kap. 4.4.3.).

In Tabelle 5 wird dargestellt, wie die unterschiedlichen Aktivitätsarten von den jeweiligen Altersgruppen besucht werden. Korrelationsanalysen zeigen, dass Vorträge eher von der Altersgruppe der 41- bis 60-Jährigen besucht werden ($r= 0,459$; $p= 0,001$), aber auch die 21- bis 40-Jährigen bzw. die über 60-Jährigen sind stärker bei den Vorträgen vertreten als die unter 20-jährigen GemeindebürgerInnen ($r=0,305$; $p=0,001$ bzw. $r=0,198$; $p=0,034$).

Kurse/Seminare bzw. Ausstellungen werden eher von 41- bis 60-Jährigen besucht als von anderen Altersgruppen ($r= 0,271$; $p= 0,017$).

Projekte der *Gesunden Gemeinden* werden von „unter 20-Jährigen“ eher besucht als von anderen Altersgruppen ($r= 0,296$; $p= 0,018$).

Aktionstage werden sowohl von 21- bis 40-Jährigen ($r=0,251$; $p=0,018$) als auch von 41- bis 60-Jährigen ($r= 0,293$; $p= 0,005$) häufiger besucht als von den beiden anderen Altersgruppen. Auch bei Stammtischen sind 41- bis 60-Jährige ($r= 0,488$; $p=0,001$) häufiger vertreten als andere Altersgruppen.

Tabelle 5: Korrelationsmatrix - Besuch der Altersgruppen/Besuch der Aktivitätsarten

	bis 20 Jährige	21 bis 40 Jährige	41 bis 60 Jährige	über 60 Jährige
Vorträge	-	r= 0,305 p= 0,001 (n=113)	r= 0,459 p= 0,001 (n=118)	r= 0,198 p= 0,034 (n=114)
Kurse/ Seminare	-	-	r= 0,271 p= 0,017 (n=77)	-
Ausstellungen	-	-	r= 0,353 p= 0,013 (n=49)	-
Projekte	r= 0,296 p= 0,018 (n=63)	-	-	-
Aktionstage	-	r= 0,251 p= 0,018 (n=88)	r= 0,293 p= 0,005 (n=90)	-
Stammtische	-	-	r= 0,488 p= 0,001 (n=51)	-

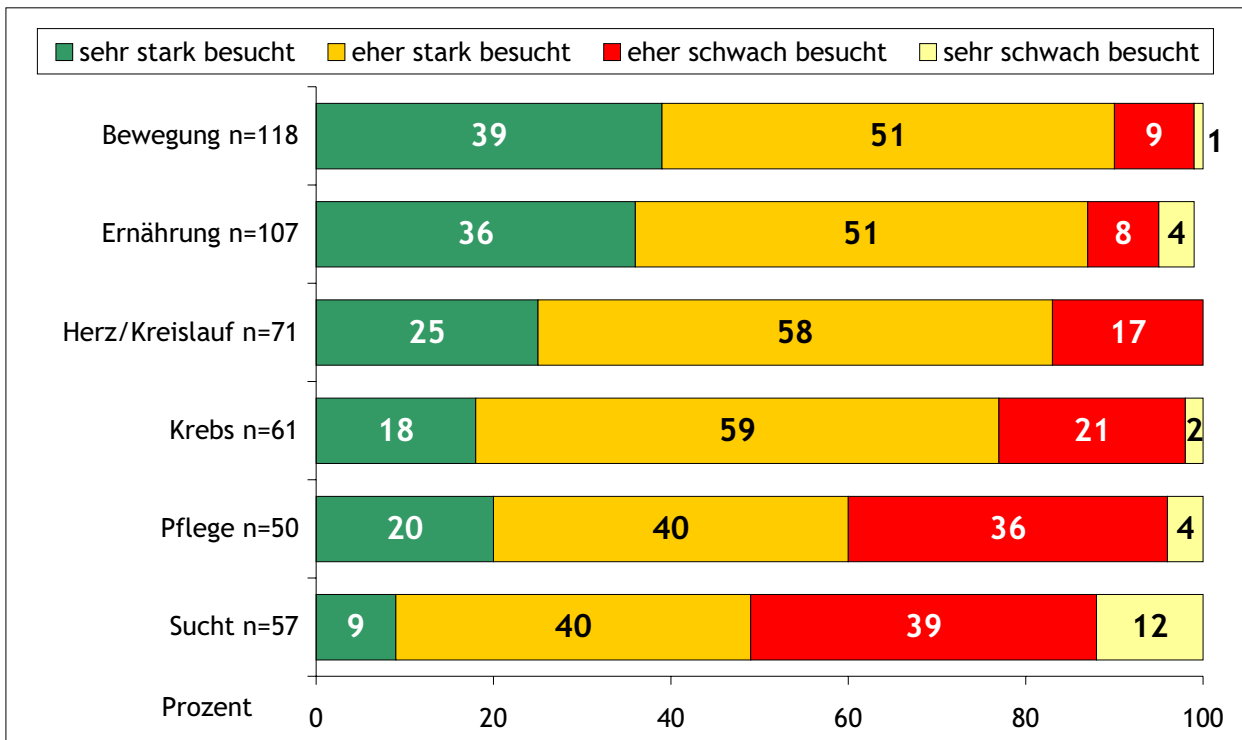
Die Korrelation nach Pearson ist auf dem Niveau von $p < 0,05$ (2-seitig) signifikant.

4.5.3. Besuch der Gesundheitsthemen

Wie werden die Aktivitäten zu den unterschiedlichen Gesundheitsthemen von der Bevölkerung besucht?

Die folgende Abbildung 22 zeigt die Besucherfrequenz jener Gesundheitsthemen, zu denen am häufigsten Aktivitäten in den *Gesunden Gemeinden* durchgeführt werden. Es ist ersichtlich, dass die Veranstaltungen zu Bewegungs- und Ernährungsthemen von der Bevölkerung am häufigsten besucht werden. Aktivitäten zum Thema „Herz/Kreislauf“ bzw. „Krebs“ werden am zweithäufigsten besucht. Laut Angaben der befragten ArbeitskreisleiterInnen sind die Aktivitäten zum Thema „Pflege“ bzw. „Sucht“ in den *Gesunden Gemeinden* am schwächsten besucht.

Abbildung 22: Besuch der Gesundheitsthemen

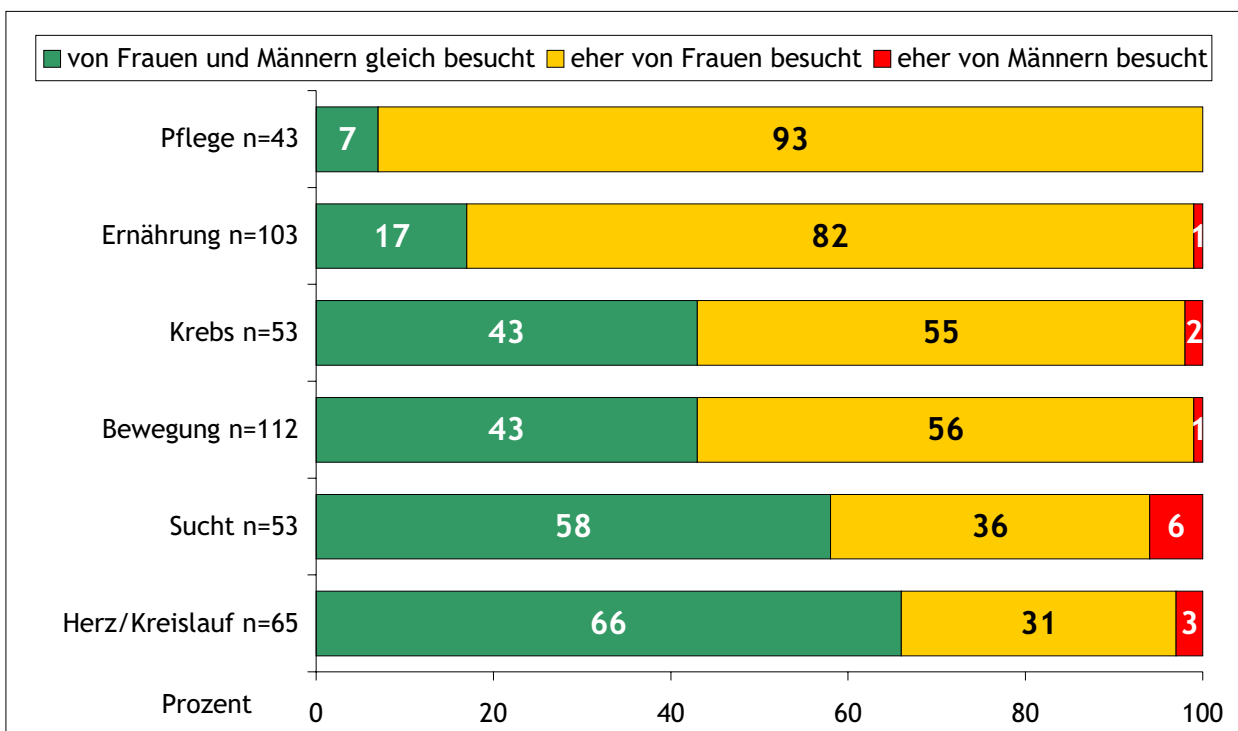


4.5.4. Geschlechterspezifischer Besuch der Gesundheitsthemen

Wie werden Aktivitäten zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen von Frauen und Männern besucht?

Laut Aussagen der ArbeitskreisleiterInnen werden Aktivitäten zu den Themen „Herz/Kreislauf“ bzw. „Sucht“ von beiden Geschlechtern in etwa gleich häufig besucht (Abb. 23). Jeweils mehr als die Hälfte der Befragten antworten, dass Veranstaltungen zu den Themen „Bewegung“ bzw. „Krebs“ eher von Frauen besucht werden. Aktivitäten zum Ernährungs- bzw. Pflegebereich sind - nach Meinung der befragten ArbeitskreisleiterInnen - Themen, die überwiegend von Frauen besucht werden. Ein Gesundheitsthema, das vorwiegend von Männern besucht wird, konnte nicht erhoben werden.

Abbildung 23: Geschlechterspezifischer Besuch der Gesundheitsthemen



4.5.5. Erreichbarkeit der Bevölkerung

Im Folgenden werden Aussagen zur Erreichbarkeit der Bevölkerung durch die Aktion *Gesunden Gemeinde* analysiert.

90 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen sind der Meinung, dass die Aktivitäten der *Gesunden Gemeinde* eher jene Personen ansprechen, die ohnedies gut für ihre Gesundheit sorgen. Etwa gleich viele ArbeitskreisleiterInnen geben an, dass die Veranstaltungen von Personen besucht werden, die vom jeweiligen Thema persönlich betroffen sind. 85 Prozent der Befragten antworten, dass bei den Aktivitäten der *Gesunden Gemeinde* alle Bevölkerungsschichten vertreten sind, zugleich sagen aber 80 Prozent, dass jene GemeindegängerInnen, die es „nötig“ hätten, nicht zu den Veranstaltungen kommen. Jeweils rund 70 Prozent der ArbeitskreisleiterInnen halten die Aussagen „Zu den Aktivitäten der *Gesunden Gemeinde* kommen immer die selben Personen“ bzw. „Durch die Aktivitäten der *Gesunden Gemeinde* erhält die Bevölkerung persönliche Hilfe.“ für zutreffend. 58 Prozent der Befragten meinen, dass betroffene GemeindegängerInnen sehr schwer für die Aktivitäten der *Gesunden Gemeinde* zu gewinnen sind, und etwas mehr als die Hälfte der ArbeitskreisleiterInnen sieht in der persönlichen Betroffenheit der Bevölkerung Anlass für die Planung verschiedener Aktivitäten.

Eher nicht zutreffend sind - laut Einschätzung der ArbeitskreisleiterInnen - die Aussagen „Jugendliche interessieren sich sehr für die Aktivitäten zum Thema Sucht“, „An den Aktivitäten zum Thema Alkohol sind Personen vertreten, die mit Alkohol Probleme haben“ bzw. „Männer sind sehr interessiert an Aktivitäten zum Thema psychische Gesundheit“.

Tabelle 6: Erreichbarkeit der Bevölkerung

	n	trifft (eher) zu	trifft (eher) nicht zu	gesamt
Die Aktivitäten sprechen jene Personen an, die ohnedies gut für ihre Gesundheit sorgen.	114	90 %	10 %	100 %
An den Aktivitäten der Gesunden Gemeinde nehmen Personen teil, die vom Thema persönlich betroffen sind.	120	89 %	11 %	100 %
Bei den Aktivitäten der Gesunden Gemeinde sind alle Bevölkerungsschichten vertreten.	123	85 %	15 %	100 %
Jene GemeindegängerInnen, die es „nötig“ hätten, kommen nicht zu den Aktivitäten.	110	80 %	20 %	100 %
Zu den Aktivitäten der Gesunden Gemeinde kommen immer dieselben Personen.	119	71 %	29 %	100 %
Durch die Aktivitäten der Gesunden Gemeinde erhält die Bevölkerung persönliche Hilfe.	116	68 %	32 %	100 %
Betroffene GemeindegängerInnen sind sehr schwer für die Aktivitäten der Gesunden Gemeinde zu gewinnen.	112	58 %	42 %	100 %
Die persönliche Betroffenheit der Bevölkerung ist Anlass für die Planung verschiedener Aktivitäten.	114	53 %	47 %	100 %
Jugendliche interessieren sich sehr für Aktivitäten zum Thema „Sucht“.	94	29 %	71 %	100 %
An den Aktivitäten zum Thema Alkohol waren jene Personen vertreten, die mit Alkohol Probleme haben.	68	7 %	93 %	100 %
Männer sind sehr interessiert an Aktivitäten zum Thema „Psychische Gesundheit“.	96	5 %	95 %	100 %

Auch in den qualitativen Interviews wird die Erreichbarkeit der Bevölkerung thematisiert:

„Es gibt Themen, die gerade in aller Munde sind, oder die von denen mehr betroffen sind wie Diabetes, weil da hab ich mich gewundert, dass plötzlich 100 Leute da waren bei so einem Vortrag, und bei Nichtrauchern, was vielleicht noch mehr treffen würde, waren vielleicht 20 da und haben 10 das Rauchen aufgehört, aber das verwundert einem oft.“ (U3, 113:116)

„Also diese Problemthemen werden von der Bevölkerung eher schlecht angenommen. Teils also mit Essstörungen und Suchtproblemen - da sind halt die Menschen der Meinung, wenn sie da hingehen, dann haben sie eh schon das Problem oder sehr viele. (...) Da meint man gleich, der geht da hin und der hat, er selber oder in seiner Familie hat er einfach ein Problem, und darum ist man da eher zurückhaltender und die Hemmschwelle ist da sehr groß. Aber bei Bewegungsthemen, (...) Kopfschmerzen und Migräne, das wird wieder ganz gut angenommen oder auch die Gesundheitsstraße, Fit-Check, das findet großen Anklang.“ (R2, 97:105)

„In letzter Zeit ist es eigentlich so, dass überhaupt die gesamte Linie Gesundheit sehr viel auf Nahrung ausgeht. Nahrung, Bewegung und die Sachen. Da habe ich schon ein sehr gutes Gefühl, dass das besonders gut angenommen wird.“ (W3, 138:140)

„Sicher ist es so, dass die Vorträge je nach Publikum ein bisschen teilen, wenn man eher sagt, bei dem Vortrag kommen eher ein bisschen älteres Publikum, schon mittlere auch und jüngere, aber doch eher die ältere Schiene. Bei den direkten Aktivitäten, sei es Laufftreff oder dergleichen, sind es wieder die mittleren bis jüngeren.“ (W3, 144:147)

„Was Gesundheit Männer betrifft, das geht schlecht weil da geht niemand. Also Männer - die Frauen sind aktiver. Die gehen.“ (X3, 238:239)

4.6. Auswirkungen der Aktion *Gesunde Gemeinde*

In diesem Kapitel werden die vielfältigen Auswirkungen der Aktion *Gesunde Gemeinde* genauer analysiert. Dabei reicht das Spektrum von allgemeinen Veränderungen innerhalb der Gemeinde über bleibende Strukturen und Einrichtungen bis zu Auswirkungen auf das Gesundheitsbewusstsein der Gemeindebevölkerung. Der Analyse vorangestellt sind Auszüge aus dem qualitativen Erhebungsteil, die die inhaltliche Breite der Auswirkungen bereits exemplarisch vorstellen.

„Es hat bewirkt, dass einfach Gesundheit in unserer Gemeinde ein Thema ist. Dadurch dass man regelmäßig informiert, setzt man sich einfach aktiv auseinander. (...) Ich meine es geht oft so weit, dass wenn man jemanden trifft, fragen sie einem: Wann ist der nächste Vortrag? (...) Man setzt sich mit dem auseinander. Ja ansonsten denke ich muss man realistisch sein, dass ist wie in anderen Bereichen ein Weg der kleinen Schritte.“ (F1, 203:208)

„Ja, ich meine konkret, (...) ist der Langsamlaufftreff, wo man sagt, dass ist jetzt so eine fixe Einrichtung geworden, wo die Leute, (...) das hat sich positiv, das hat sich auch schon wirklich herumgesprochen, die Gesundheitstage, die wirklich auch noch da sind, dass wir das Jahresthema ein bisschen aufgreifen, (...) und da auf verschiedene Dinge näher darauf eingeht, und da versucht ein Bewusstsein zu schaffen.“ (E1, 269:273)

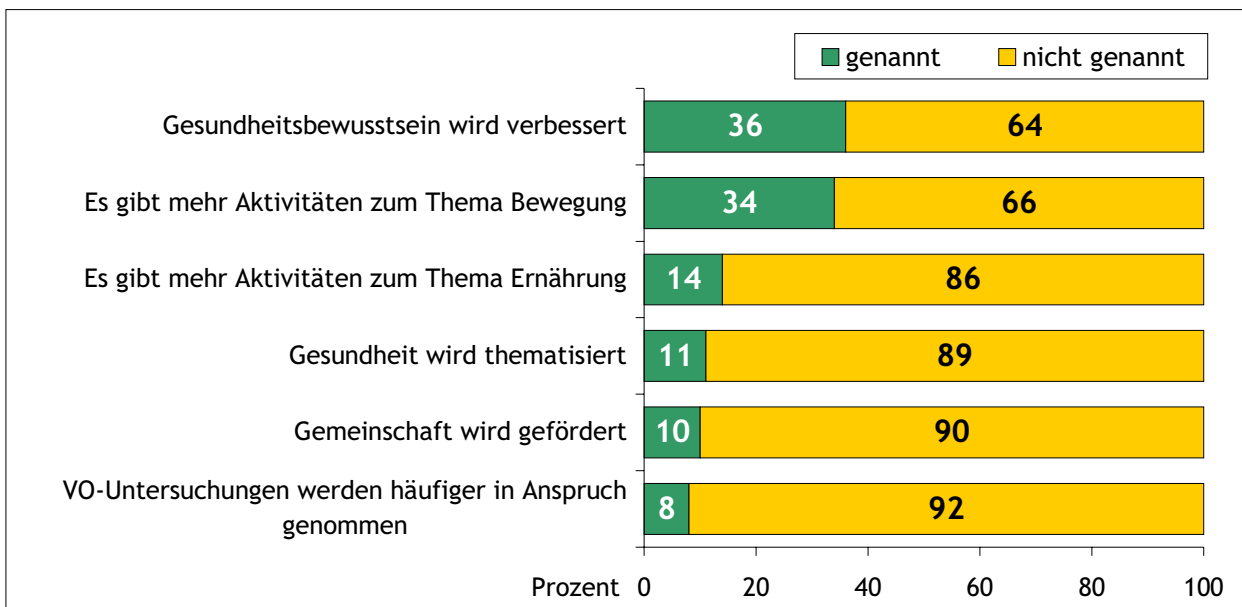
„Ich finde schon, dass die Auswirkung hat, dass man sich mit Gesundheit mehr auseinandersetzt. Das find ich schon. Sei es bei den Kleinkindern schon, wenn ich heute denke an eine Mutterberatung, was es heute in der neueren Form geben sollte, wenn man einfach nicht nur die reine Mutterberatung hat sondern auch mit Beratung auf Ernährung, Gesundheit usw. Dann bei den Schülern, ganz wesentlich eine Gesunde Schulkonzeption mit den Aktivitäten auch in den Schulen.“ (W3, 258:263)

4.6.1. Allgemeine Veränderungen

Welche allgemeinen Veränderungen sind durch die Aktion *Gesunde Gemeinde* entstanden?

Die Antworten auf diese - im standardisierten Instrument offen formulierte Frage - wurden zu sechs Kategorien zusammengefasst (vgl. Abb. 24). Jeweils ein Drittel der ArbeitskreisleiterInnen ist der Meinung, dass durch die Aktion *Gesunde Gemeinde* das Gesundheitsbewusstsein verbessert wird bzw. Aktivitäten zum Thema „Bewegung“ verstärkt angeboten werden. Ein verstärktes Angebot an Aktivitäten zum Ernährungsthema wird von 14 Prozent der ArbeitskreisleiterInnen als Veränderung angeführt. Jeweils jeder/ jede zehnte ArbeitskreisleiterIn nennt als allgemeine Veränderung „Gesundheit wird thematisiert“ bzw. „Gemeinschaft wird gefördert“.

Abbildung 24: Allgemeine Veränderungen (n=98; Mehrfachnennung)



4.6.2. Bleibende Strukturen

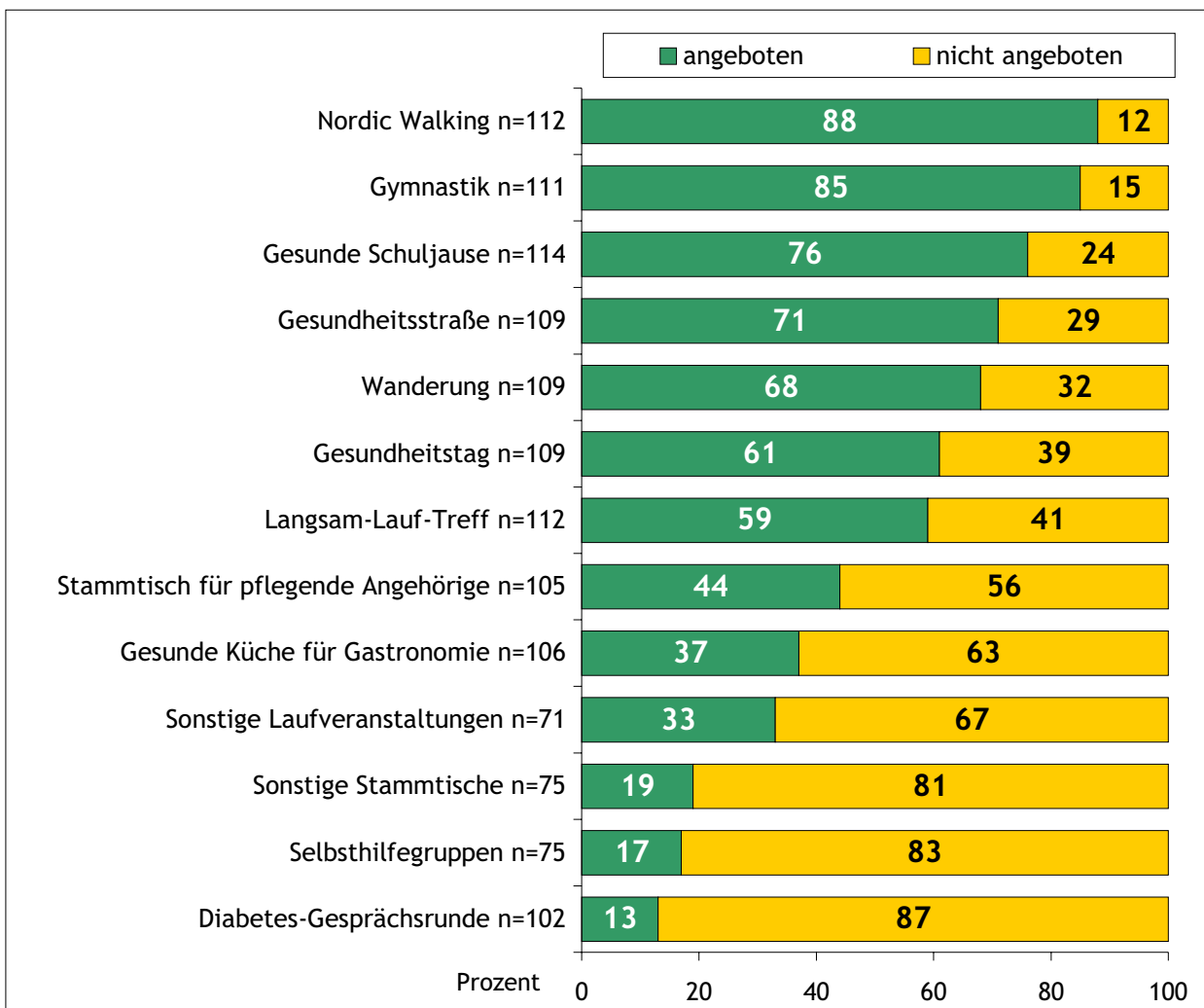
In diesem Kapitel werden Dauereinrichtungen, bauliche Einrichtungen und - von der Aktion initiierte - Maßnahmen analysiert.

4.6.2.1. Dauereinrichtungen

Im Rahmen der Aktion *Gesunde Gemeinde* werden Aktivitäten nicht nur einmalig durchgeführt, sondern auch als Dauereinrichtung für die Bevölkerung angeboten.

Beinahe 90 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen geben an, dass in ihren *Gesunden Gemeinden* „Nordic Walking“ als Dauereinrichtung angeboten wird (Abb. 25). In 85 Prozent der Gemeinden wird Gymnastik angeboten. Die Gesunde Schuljause wird in drei-viertel der Gemeinden regelmäßig durchgeführt. In jeweils rund 70 Prozent werden Wanderungen bzw. Gesundheitsstraßen regelmäßig veranstaltet. Gesundheitstage und Langsam-Lauf-Treffs sind nach Angabe der befragten ArbeitskreisleiterInnen in jeweils rund 60 Prozent der Gemeinden zur Dauereinrichtungen geworden.

Abbildung 25: Dauereinrichtungen

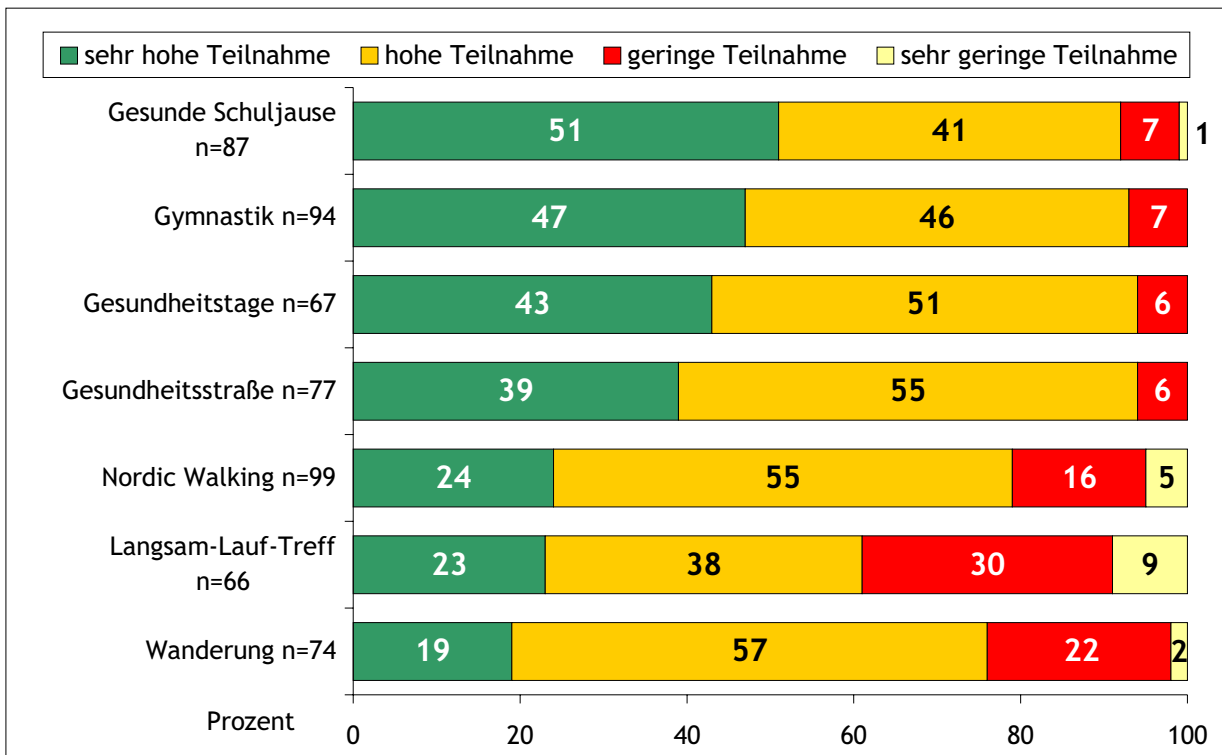


4.6.2.1.1. Besuch der Dauereinrichtungen

Wie werden die jeweiligen Dauereinrichtungen von der Bevölkerung besucht?

Die folgende Abbildung zeigt jene sieben Dauereinrichtungen, die die höchste Besucherfrequenz verzeichnen. Die Hälfte der befragten ArbeitskreisleiterInnen gibt an, dass die Gesunde Schuljause eine sehr hohe Teilnahme zu verzeichnen hat. 47 Prozent bezeichnen die Teilnahme an Gymnastik als sehr hoch. In jeweils rund 40 Prozent der Gemeinden ist die Teilnahme an Gesundheitstagen und der Gesundheitsstraße sehr hoch. Nordic Walking und Langsam-Lauf-Treffs verzeichnen in jeweils jeder vierten Gemeinde sehr hohe Besucherfrequenzen. Von einem Fünftel der ArbeitskreisleiterInnen werden Wanderungen als sehr gut besucht bezeichnet.

Abbildung 26: Besuch der Dauereinrichtungen



4.6.2.1.2. Zeitabstände der Dauereinrichtungen

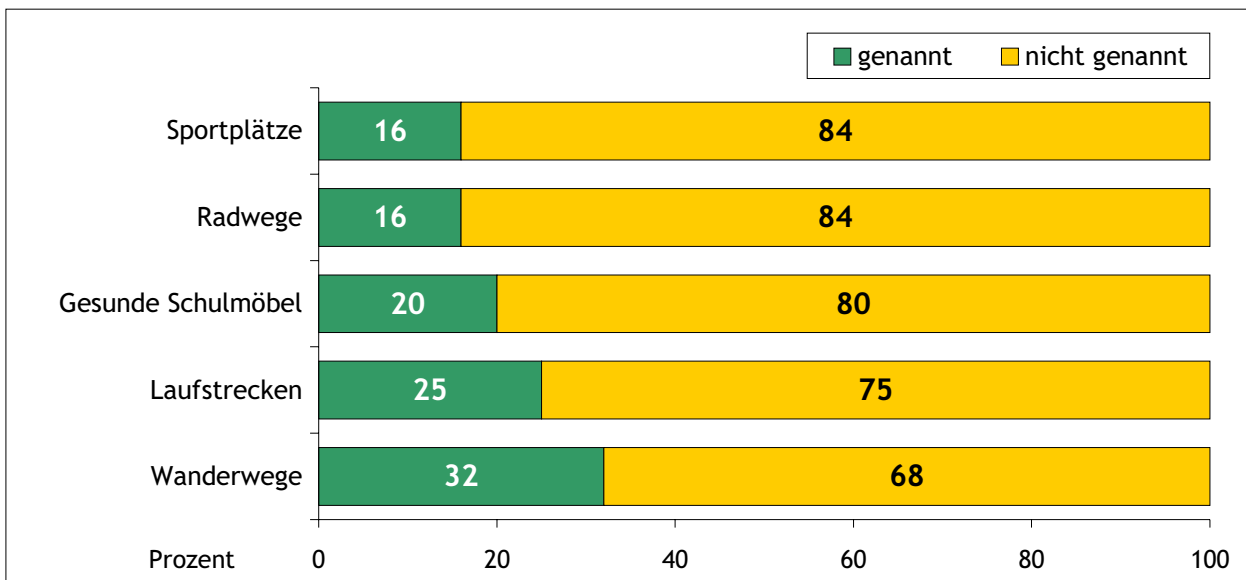
In welchen Zeitabständen werden die Dauereinrichtungen angeboten?

Nach Angabe der befragten ArbeitskreisleiterInnen führen 95 Prozent jener Gemeinden, die einen „Langsam-Lauf-Treff“ (n=65) als Dauereinrichtung installiert haben, diesen wöchentlich durch. In 88 Prozent der *Gesunden Gemeinden* hat sich „Gymnastik“ (n=95) und in 86 Prozent „Nordic Walking“ (n=101) als wöchentliche Aktivität etabliert. Die „Gesunde Schuljause“ (n=86) wird in 62 Prozent der Gemeinden wöchentlich und in 21 Prozent monatlich angeboten. Ein „Stammtisch für pflegende Angehörige“ (n=43) ist in 88 Prozent der *Gesunden Gemeinden* monatlich eingerichtet. „Wanderungen“ (n=76) werden in jeder dritten Gemeinde jährlich durchgeführt. „Gesundheitstage“ (n=72) finden in der Hälfte der Gemeinden jährlich statt und in einem Drittel der Gemeinden werden diese alle 2 bis 3 Jahre angeboten. „Gesundheitsstraßen“ (n=85) werden in 28 Prozent der Gemeinden jährlich und in 56 Prozent alle 2 bis 3 Jahre durchgeführt.

4.6.2.2. Bauliche Einrichtungen

Im Rahmen der Aktion entstehen in den Gemeinden unterschiedliche bauliche Einrichtungen zur Gesundheitsförderung. Nach Angabe der befragten ArbeitskreisleiterInnen wurden in 32 Prozent der Gemeinden in Verbindung mit der Aktion Wanderwege geschaffen. In einem Viertel der befragten *Gesunden Gemeinden* entstanden Laufstrecken, und in etwa einem Fünftel wurden Schulen mit gesundheitsfördernden Schulmöbeln ausgestattet. In jeweils 16 Prozent der Gemeinden wurden Radwege bzw. Sportplätze angelegt.

Abbildung 27: Bauliche Einrichtungen (n=128; Mehrfachnennung)



Insgesamt geben mehr als die Hälfte (57 Prozent) der befragten ArbeitskreisleiterInnen (n=128) an, dass in den Gemeinden mindestens eine bauliche Einrichtung in Verbindung mit der Aktion *Gesunde Gemeinde* entstanden ist.

4.6.2.3. Initiierte Dauereinrichtungen

In manchen *Gesunden Gemeinden* werden Dauereinrichtungen von der Aktion initiiert, aber nicht selbst von „ihr“ durchgeführt.

Nach Angaben der befragten ArbeitskreisleiterInnen trifft dies für 51 Prozent der *Gesunden Gemeinden* zu. In erster Linie werden Dauereinrichtungen initiiert, die den Gesundheitsthemen „Bewegung“ und „Ernährung“ zuzuordnen sind (u.a. Gymnastik, Nordic Walking, Turnen, Gesunde Schuljause, Aktivitäten für Senioren, Radfahren, Langsam-Lauf-Angebote ...).

4.6.3. Gesundheitsbewusstsein

Wie wirkt sich die Aktion *Gesunde Gemeinde* auf das Gesundheitsbewusstsein der Gemeindebevölkerung aus?

Laut subjektiver Einschätzung der ArbeitskreisleiterInnen ist die Bevölkerung durch die Aktion *Gesunde Gemeinde* mehr an Gesundheit interessiert und weiß besser über die Gesundheitsangebote der Gemeinde Bescheid (vgl. Tab. 7). Aufgrund der Aktion kommen gesundheitsfördernde Aktivitäten an die Öffentlichkeit, und die Bevölkerung erhält viele Informationen über körperliche Gesundheit. 82 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen sind der Meinung, dass sich das Gesundheitsbewusstsein der GemeindegängerInnen durch die Aktion verbessert. Gleichzeitig aber halten 42 Prozent der Befragten die Aussage „Durch die Aktion *Gesunde Gemeinde* tun die Leute nicht wirklich mehr für ihre eigene Gesundheit“ für zutreffend.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass durch die Aktion die Kooperation zwischen den Vereinen verbessert wird. 58 Prozent stimmen jedoch der Aussage „Durch die Aktion *Gesunde Gemeinde* wird die Vereinsarbeit aktiviert“ nicht zu.

Laut Angabe der befragten ArbeitskreisleiterInnen zeigt die Aktion eher keine Auswirkungen hinsichtlich einer Verstärkung der Zusammenarbeit zwischen Bevölkerung und GemeindepolitikerInnen. Ebenso zeigt die Aktion eher keine Auswirkungen hinsichtlich einer Verbesserung des politischen Klimas innerhalb der *Gesunden Gemeinden*.

Tabelle 7: Auswirkungen der Aktion Gesunde Gemeinde

Durch die Aktion <i>Gesunde Gemeinde</i> ...	n	trifft (eher) zu	trifft (eher) nicht zu	gesamt
ist die Gemeindebevölkerung mehr an Gesundheit interessiert.	121	92 %	8 %	100 %
wissen die Leute über die Gesundheitsangebote der Gemeinde besser Bescheid.	122	88 %	12 %	100 %
kommen gesundheitsfördernde Aktivitäten an die Öffentlichkeit	115	85 %	15 %	100 %
bekommt die Bevölkerung viele Informationen über körperliche Gesundheit.	122	84 %	16 %	100 %
verbessert sich das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung.	117	82 %	18 %	100 %
spricht die Gemeindebevölkerung mehr über Gesundheit.	119	74 %	26 %	100 %
entstehen neue Bekanntschaften innerhalb der Gemeindebevölkerung.	122	74 %	26 %	100 %
hören kaum Leute zum Rauchen auf.	110	71 %	29 %	100 %
wird Gesundheit für alle Bevölkerungsgruppen wichtig.	117	70 %	30 %	100 %
verändern sich die Ernährungsgewohnheiten der GemeindebürgerInnen nur wenig.	115	69 %	31 %	100 %
wird die Gemeindebevölkerung körperlich fit.	114	64 %	36 %	100 %
gehen mehr Leute zur Gesundenuntersuchung.	113	61 %	39 %	100 %
wird den Leuten die Bedeutung der psychischen Gesundheit bewusst.	111	59 %	41 %	100 %

Durch die Aktion <i>Gesunde Gemeinde</i> ...	n	trifft (eher) zu	trifft (eher) nicht zu	gesamt
verbessert sich die Kooperation zwischen den Vereinen.	120	55 %	45 %	100 %
wird die Vereinsarbeit aktiviert.	120	42 %	58 %	100 %
tun die Leute nicht wirklich mehr für ihre eigene Gesundheit.	112	42 %	58 %	100 %
verstärkt sich die Zusammenarbeit der Bevölkerung mit den GemeindepolitikerInnen	121	41 %	59 %	100 %
wissen die Leute über gesundheitliche Themen auch nicht besser Bescheid.	113	21 %	79 %	100 %
verbessert sich das politische Klima in der Gemeinde.	113	18 %	82 %	100 %
werden eher Männer als Frauen zu sportlichen Aktivitäten angeregt.	116	18 %	82 %	100 %
werden die Leute mit Gesundheitsthemen übersättigt.	119	15 %	85 %	100 %

Um die Dimensionen zu reduzieren und so die Auswirkungen der Aktion noch genauer analysieren zu können, wurde bei obigen Aussagen (vgl. Tab. 7) die Faktorenanalyse angewendet und nachfolgend tabellarisch dargestellt.

Tabelle 8: Matrix der Faktorladungen - Gesundheitsbewusstsein/Gemeinschaftsleben

Durch die Aktion <i>Gesunde Gemeinde...</i>	Komponente 1: Gesundheitsbewusstsein	Komponente 2: Gemeinschaftsleben
ist die Gemeindebevölkerung mehr an Gesundheit interessiert.	0,589	-
wissen die Leute über die Gesundheitsangebote der Gemeinde besser Bescheid.	0,510	-
kommen gesundheitsfördernde Aktivitäten an die Öffentlichkeit.	-	-
bekommt die Bevölkerung viele Informationen über körperliche Gesundheit.	0,688	
verbessert sich das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung.	0,816	-
spricht die Gemeindebevölkerung mehr über Gesundheit.	0,606	-
entstehen neue Bekanntschaften innerhalb der Gemeindebevölkerung.	-	0,563
hören kaum Leute zum Rauchen auf.	-	-
wird Gesundheit für alle Bevölkerungsgruppen wichtig.	0,725	-
verändern sich die Ernährungsgewohnheiten der GemeindebürgerInnen nur wenig.	-	-
wird die Gemeindebevölkerung körperlich fit.	0,482	-

Durch die Aktion <i>Gesunde Gemeinde...</i>	Komponente 1: Gesundheits- bewusstsein	Komponente 2: Gemein- schaftsleben
gehen mehr Leute zur Gesundenuntersuchung.	0,503	-
wird den Leuten die Bedeutung der psychischen Gesundheit bewusst.	-	-
verbessert sich die Kooperation zwischen den Vereinen.	-	0,788
wird die Vereinsarbeit aktiviert.	-	0,801
tun die Leute nicht wirklich mehr für ihre eigene Gesundheit.	-	-
verstärkt sich die Zusammenarbeit der Bevölkerung mit den GemeindepolitikerInnen	-	0,671
wissen die Leute über gesundheitliche Themen auch nicht besser Bescheid.	-	-
verbessert sich das politische Klima in der Gemeinde.	-	0,607
werden eher Männer als Frauen zu sportlichen Aktivitäten angeregt.	-	-
werden die Leute mit Gesundheitsthemen übersättigt.	-	-

Aufgrund der Faktorenanalyse wurden zwei wesentliche Komponenten eruiert und diese als „Gesundheitsbewusstsein“ (Komponente 1) und als „Gemeinschaftsleben“ (Komponente 2) bezeichnet. Tabelle 8 ist zu entnehmen, dass insgesamt acht Aussagen zur Messung des Gesundheitsbewusstseins und weitere fünf Items zur Messung des Gemeinschaftslebens in die nähere Analyse miteinbezogen wurden.

Im Anschluss wurden die beiden Komponenten „Gesundheitsbewusstsein“ und „Gemeinschaftsleben“ mit verschiedenen Items aus dem Fragebogen korreliert. Es zeigt sich folgendes Ergebnis:

Tabelle 9: Korrelationsmatrix - Gesundheitsbewusstsein/Gemeinschaftsleben

	n	Gesundheitsbewusstsein	Gemeinschaftsleben
Beginn der Tätigkeit der ArbeitskreisleiterInnen an der Aktion	81	r= 0,226 p= 0,043	-
Arbeitskreismitglied: Arzt/Ärztin	82	r= 0,222 p= 0,045	-
Arbeitskreismitglied: Personen aus anderen Gesundheitsberufen	82	r= 0,339 p= 0,002	-
Besucherfrequenz bei den Aktivitäten zum Gesundheitsthema „Ernährung“	68	r= 0,312 p= 0,010	-
Besucherfrequenz bei den Aktivitäten zum Gesundheitsthema „Bewegung“	76	r= 0,318 p= 0,005	-
Zufriedenheit der ArbeitskreisleiterInnen über die Zusammenarbeit mit dem Gemeindeamt	48	r= 0,469 p= 0,001	-
Zufriedenheit der ArbeitskreisleiterInnen über die Zusammenarbeit mit Vereinen im Ort	78	-	r= 0,363 p= 0,001
Aussage: Durch die Aktivitäten der Gesunden Gemeinde erhält die Bevölkerung persönliche Hilfe.	81	-	r= 0,388 p= 0,001
Aussage: An den Aktivitäten der Gesunden Gemeinde nehmen Personen teil, die persönlich von einem Thema betroffen sind.	80	r= 0,291 p= 0,009	r= 0,249 p= 0,026
Aussage: Die persönliche Betroffenheit der Bevölkerung ist Anlass für die Planung verschiedener Aktivitäten.	80	r= 0,403 p= 0,001	-

Die Korrelation nach Pearson ist auf dem Niveau *s. o.* (2-seitig) signifikant.

Es kann festgehalten werden, dass jene ArbeitskreisleiterInnen, die bereits längere Zeit an der Aktion *Gesunde Gemeinde* mitwirken, eher der Ansicht sind, dass die Aktion zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung beiträgt als jene ArbeitskreisleiterInnen, die erst seit kurzem an der Aktion mitarbeiten ($r=0,226$; $p=0,043$).

Die befragten ArbeitskreisleiterInnen sehen eher dann eine positive Veränderungen im Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung, wenn Ärzte/Ärztinnen bzw. Personen aus anderen Gesundheitsberufen im Arbeitskreis vertreten sind ($r=0,222$; $p=0,045$ bzw. $r=0,339$; $p=0,002$), aber auch dann, wenn die Zusammenarbeit mit dem Gemeindeamt zufriedenstellend ist ($r=0,469$; $p=0,001$).

Jene ArbeitskreisleiterInnen, in deren Gemeinden Aktivitäten zu Ernährungs- bzw. Bewegungsthemen gut besucht werden, sind der Meinung, dass die Aktion das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung positiv verändert ($r=0,312$; $p=0,010$ bzw. $r=0,318$; $p=0,005$).

Ein positiver Einfluss auf das Gesundheitsbewusstsein ergibt sich auch dann, wenn die persönliche Betroffenheit der Bevölkerung Anlass für die Planung verschiedener Aktivitäten ist bzw. wenn Personen an den Aktivitäten der Gesunden Gemeinde teilnehmen, die von einem Gesundheitsthema persönlich betroffen sind ($r=0,403$; $p=0,001$ bzw. $r=0,291$; $p=0,009$).

Je zufriedenstellender die Zusammenarbeit mit den Vereinen im Ort ist, umso eher sind die ArbeitskreisleiterInnen der Meinung, dass die Aktion das Gemeinschaftsleben innerhalb der Bevölkerung verbessert ($r=0,363$; $p=0,001$).

Nach Angabe der befragten ArbeitskreisleiterInnen verbessert sich das Gemeinschaftsleben innerhalb der Gemeindebevölkerung auch dann, wenn die Bevölkerung durch die Aktivitäten der *Gesunden Gemeinde* persönliche Hilfe erhält bzw. wenn an den Aktivitäten Personen teilnehmen, die von einem Gesundheitsthema persönlich betroffen sind ($r=0,388$, $p=0,001$ bzw. $r=0,249$; $p=0,026$).

4.7. Zufriedenheit der ArbeitskreisleiterInnen mit der Aktion

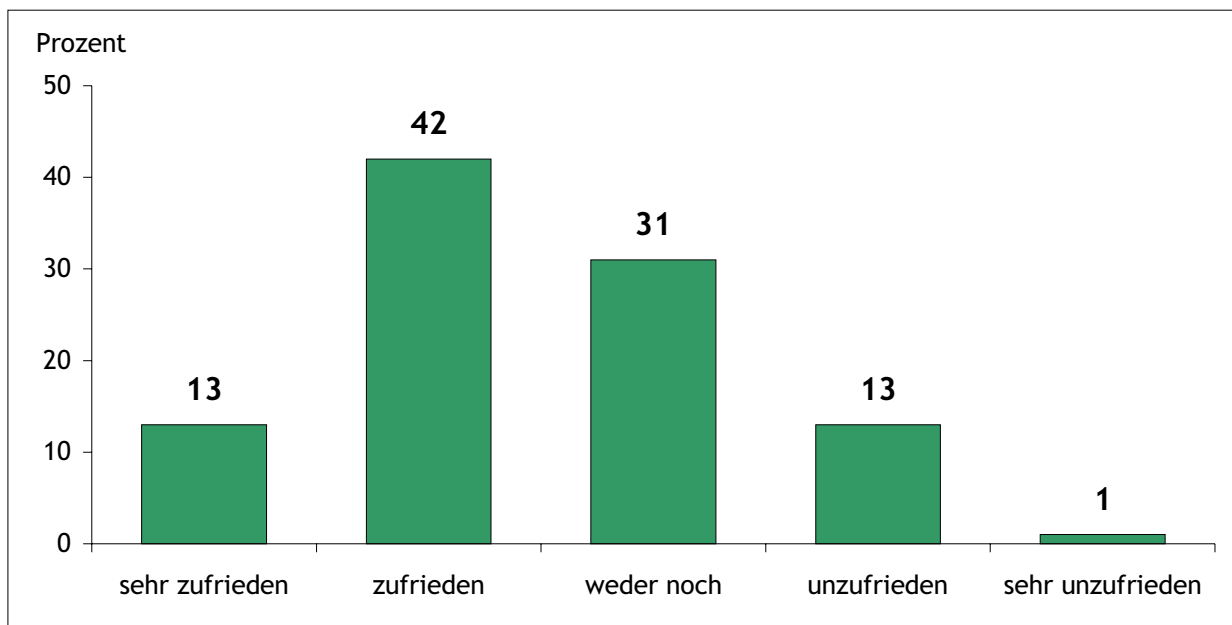
Das folgende Kapitel analysiert die Zufriedenheit der ArbeitskreisleiterInnen mit der Finanzierung der Aktivitäten. Weiters wird der Frage nachgegangen, wie zufriedenstellend die Zusammenarbeit mit jenen Personen und Institutionen ist, die auf unterschiedlichen Ebenen mit der Umsetzung der Aktion befasst sind. Im letzten Teil dieses Kapitels werden Stärken und Schwächen der Aktion analysiert.

4.7.1. Finanzierung

Wie zufrieden sind die ArbeitskreisleiterInnen mit der Finanzierung der Aktivitäten?

Die nachfolgende Abbildung 28 zeigt, dass 13 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen mit der Finanzierung der Aktivitäten sehr zufrieden sind. 42 Prozent der Befragten sind mit der finanziellen Unterstützung zufrieden, 31 Prozent antworten „weder-noch“. 14 Prozent der ArbeitskreisleiterInnen zeigen sich mit der finanziellen Situation der Aktivitäten eher unzufrieden.

Abbildung 28: Zufriedenheit mit der Finanzierung der Aktivitäten (n=117)



4.7.2. Zusammenarbeit mit Personen und Institutionen

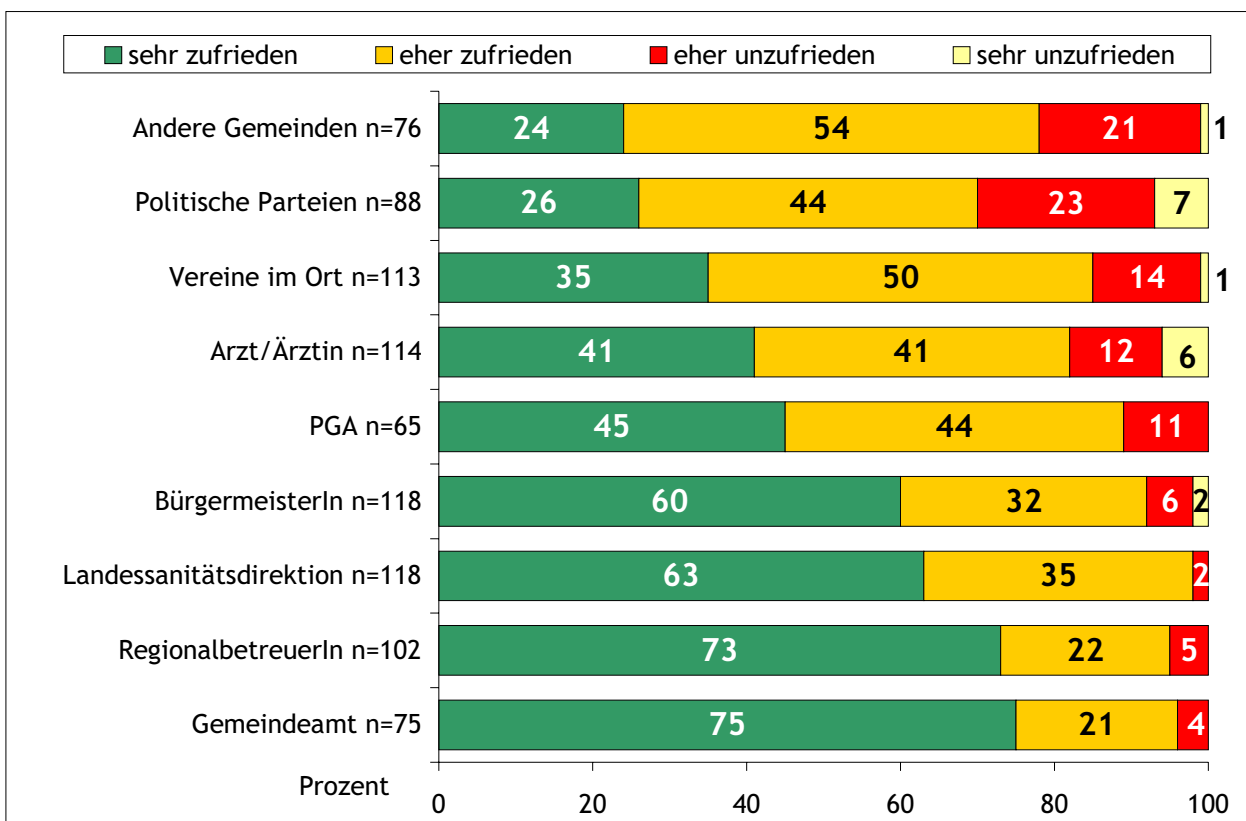
Wie zufriedenstellend ist für die ArbeitskreisleiterInnen die Zusammenarbeit mit verschiedenen Personen bzw. Institutionen der Aktion *Gesunde Gemeinde*?

Über die Zusammenarbeit mit dem Gemeindeamt bzw. mit dem/der RegionalbetreuerIn zeigen sich drei Viertel der befragten ArbeitskreisleiterInnen sehr zufrieden (Abb. 29). Die Kooperation mit der Landessanitätsdirektion bzw. mit dem Bürgermeister/der Bürgermeisterin wird von rund 60 Prozent der Befragten als sehr zufriedenstellend bezeichnet.

Jeweils rund 40 Prozent der Befragten zeigen sich sehr zufrieden über die Zusammenarbeit mit dem PGA bzw. dem Arzt/der Ärztin. Die Zusammenarbeit mit Vereinen im Ort bezeichnet ein Drittel der befragten ArbeitskreisleiterInnen als sehr zufriedenstellend.

Jeweils rund ein Viertel der Befragten ist zufrieden über die Zusammenarbeit mit politischen Parteien bzw. mit anderen *Gesunden Gemeinden*.

Abbildung 29: Zufriedenheit mit Personen und Institutionen

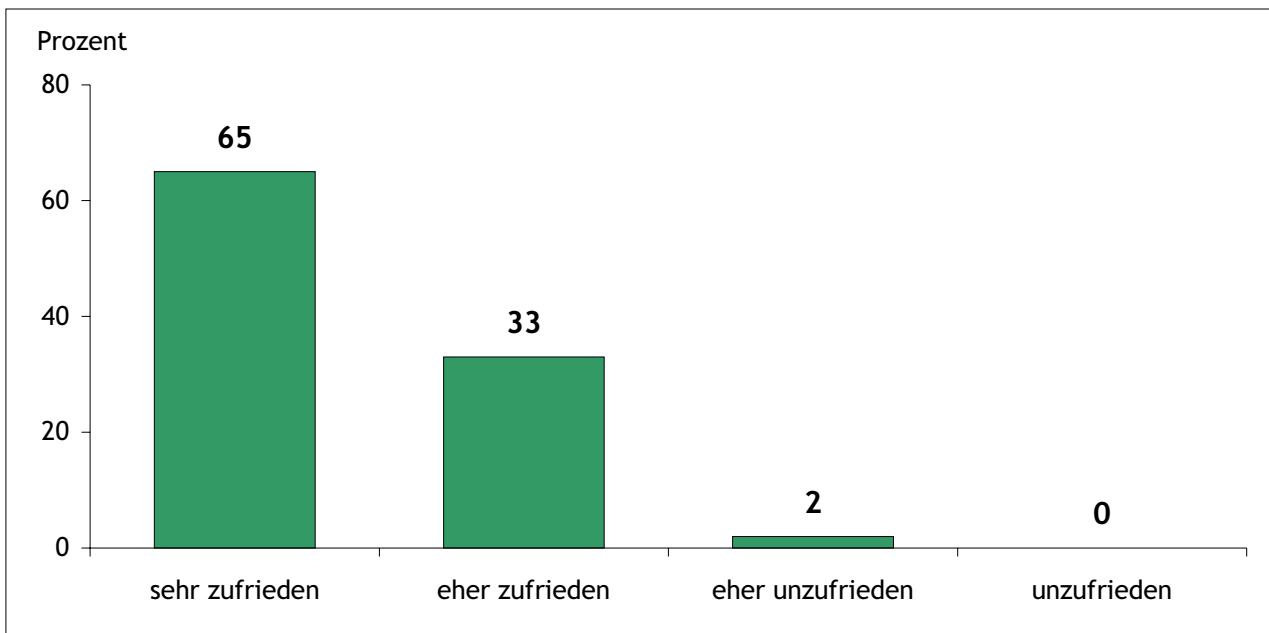


4.7.3. Zusammenarbeit mit Landessanitätsdirektion

Wie zufriedenstellend ist für die ArbeitskreisleiterInnen die Zusammenarbeit mit der Landessanitätsdirektion?

Wie die nachfolgende Abbildung 30 zeigt, sind 65 Prozent der befragten ArbeitskreisleiterInnen über die Zusammenarbeit mit der Landessanitätsdirektion sehr zufrieden. Ein Drittel der Befragten beurteilt die Zusammenarbeit als zufriedenstellend, und 2 Prozent der ArbeitskreisleiterInnen sind mit der Kooperation der Landessanitätsdirektion eher unzufrieden.

Abbildung 30: Zufriedenheit mit Landessanitätsdirektion (n=126)



4.7.4. Stärken und Schwächen der Aktion

Jedes Projekt hat bestimmte Stärken und Schwächen. Welche Stärken sehen die ArbeitskreisleiterInnen an der Aktion *Gesunde Gemeinde*?

Die Antworten der ArbeitskreisleiterInnen (n=78) auf diese offene Frage können - nach Häufigkeit gereiht - in folgende Kategorien eingeteilt werden:

- Angebotsvielfalt
- Organisation und Öffentlichkeitsarbeit
- Unterstützung durch Land OÖ
- Thematisierung von Gesundheit
- Gemeinschaftsleben

Aus der Analyse geht hervor, dass die befragten ArbeitskreisleiterInnen die wichtigste Stärke der Aktion in der Vielfalt der Angebote sehen. Aussagen wie etwa „*Fülle von Angeboten*“ oder „*umfangreiches Angebot für Veranstaltungen*“ werden hierbei genannt.

Fast gleich häufig werden Aussagen zu Organisation und Öffentlichkeitsarbeit angeführt (z.B.: „*gut organisiert und beworben*“, „*gute Vorbereitung und Organisation*“, „*gutes Image*“).

Als dritte wesentliche Stärke der Aktion gilt - laut Aussagen der befragten ArbeitskreisleiterInnen - die Unterstützung durch die Landessanitätsdirektion (z.B.: „*man erhält zu jeder Zeit gute Informationen - ob Land oder Regionalbetreuung*“, „*Stützung durch Land OÖ*“)

In etwa gleich häufig wird erwähnt, dass Gesundheit durch die Aktion von der Gemeindebevölkerung thematisiert wird (z.B.: „*die Bevölkerung wird für Gesundheitsthemen sensibilisiert*“, „*Bewusstseinsförderung*“, *Gesundheit als vorrangiges Ziel*“)²⁹.

Als weitere Stärke wird von der ArbeitskreisleiterInnen angeführt, dass die Aktion positive Auswirkungen auf das Gemeinschaftsleben innerhalb der Bevölkerung zeigt (z.B.: „*dass die Dorfgemeinschaft wieder zum Leben erweckt wird*“ oder „*Gemeinschaften bilden sich, Freundschaften entstehen*“).

²⁹ vgl. Kap. 2.2.

Zu den **Schwächen** der Aktion *Gesunde Gemeinde* zählen - laut Aussagen der befragten ArbeitskreisleiterInnen (n=63):

- Ehrenamt und Motivation
- Arbeitsaufwand
- Finanzen
- Besuch der Aktivitäten

Am häufigsten werden die ehrenamtliche Arbeit und die Motivation als Schwächen angesehen. Äußerungen wie etwa *„aufgrund der Ehrenamtlichkeit, reduziert sich ganz sicher die Anzahl der Mitarbeiter“*, *„dass es schwer ist, viele andere zu motivieren“*, *„Engagement lässt schnell nach“* oder *„es gibt nicht so viele ehrenamtliche Mitarbeiter“* zählen zu dieser Kategorie.

Am zweithäufigsten wird der Arbeitsaufwand als Schwäche bezeichnet: (z.B.: *„Organisation von Aktivitäten - Zeitaufwand“*, *„umständliche Abrechnung Buchhaltung“*, *„viel Arbeit bleibt bei wenigen Personen hängen“*).

Als weitere Schwäche wird die Finanzierung angesehen. Angaben wie beispielsweise *„Gemeinden sollen so viel machen und selber bezahlen - mehr Förderung“*, *„schwierige finanzielle Situation“* werden hierbei genannt.

Zu den Schwächen der Aktion zählt - nach Meinung der befragten ArbeitskreisleiterInnen - auch der Besuch der Aktivitäten. Darunter fallen Antworten wie etwa *„man erreicht sehr oft die Betroffenen nicht“* oder *„bei konkreten Angeboten, dann oft wenig Teilnehmer bzw. die „falschen“ Besucher, nämlich die, die ohnehin bewusst leben“*.

4.8. Zukunftsaspekte für die Aktion *Gesunde Gemeinde*

„Die Zukunft ist voller Aufgaben und Hoffnungen.“

[Nathaniel Hawthorne]

4.8.1. Interesse an gesundheitspolitischen Zielen

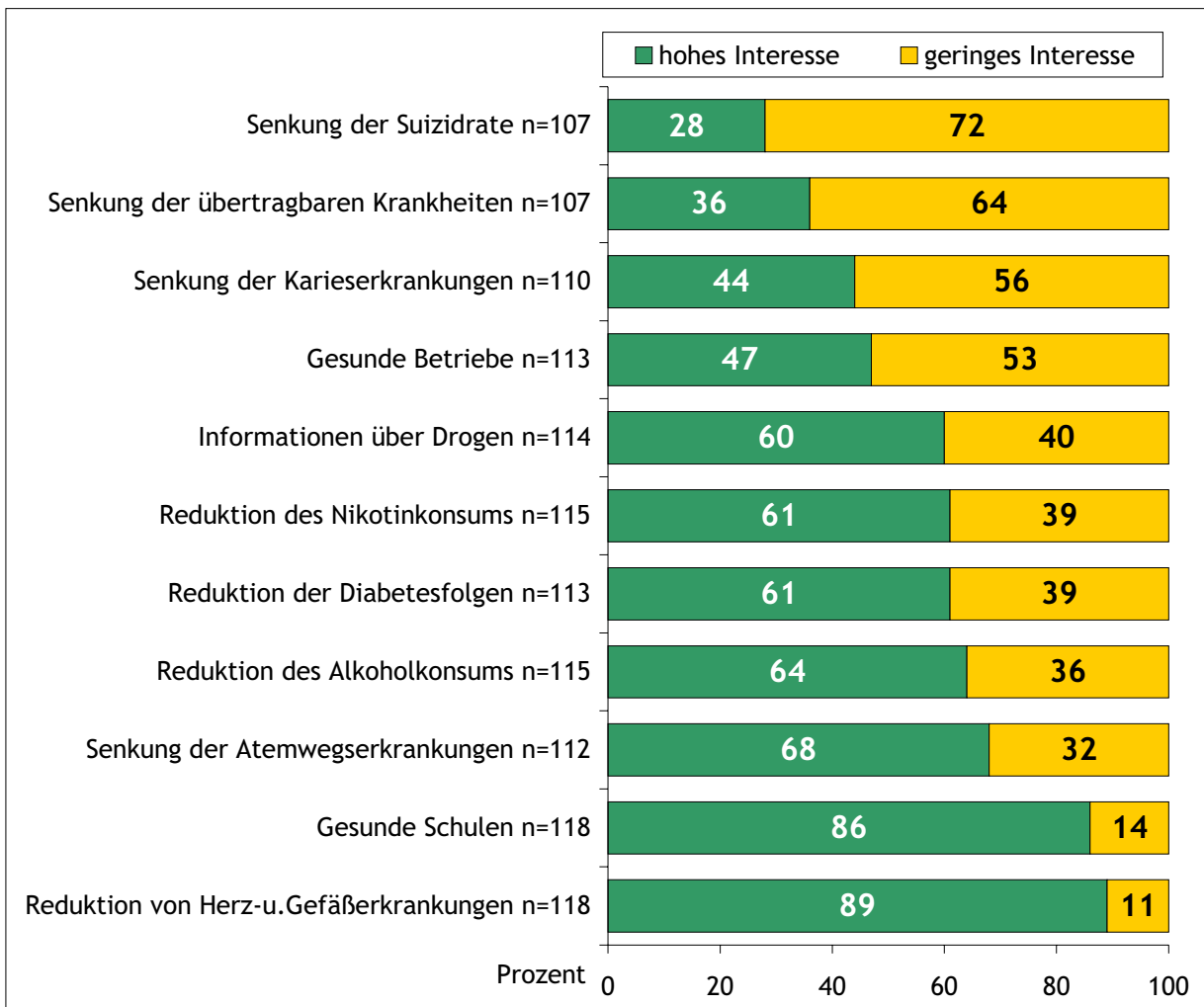
Nach Meinung der befragten ArbeitskreisleiterInnen haben am Gesundheitsziel „Reduktion von Herz- und Gefäßerkrankungen“³⁰ 89 Prozent der Gemeindebevölkerung in Zukunft hohes Interesse, 11 Prozent der GemeindebürgerInnen hingegen zeigen an diesem Gesundheitsziel geringes Interesse (Abb. 31).

Am Ziel „Gesunde Schulen“ sind 86 Prozent und an der „Senkung der Atemwegserkrankungen“ 68 Prozent der *Gesunden Gemeinden* in Zukunft interessiert. Für das Ziel „Reduktion des Alkoholkonsums“ zeigen rund zwei Drittel hohes Interesse. Etwa jeweils 60 Prozent der *Gesunden Gemeinden* interessieren sich für die Ziele „Reduktion der Diabetesfolgen“, „Reduktion des Nikotinkonsums“ bzw. „Information über Drogen“. Jeweils knapp die Hälfte der *Gesunden Gemeinden* interessieren sich für die Gesundheitsziele „Gesunde Betriebe“ bzw. „Senkung der Karieserkrankungen“.

Für die Gesundheitsziele „Senkung der übertragbaren Krankheiten“ bzw. „Senkung der Suizidrate“ hat die Gemeindebevölkerung - laut Einschätzung der ArbeitskreisleiterInnen - in Zukunft geringes Interesse.

³⁰ Zum genauen Wortlaut der gesundheitspolitischen Ziele vgl. Kap. 2.3.5.

Abbildung 31: Zukünftiges Interesse an Gesundheitszielen



4.8.2. Anregungen und Empfehlungen der ArbeitskreisleiterInnen

Die von insgesamt einem Drittel der befragten ArbeitskreisleiterInnen (n=96) geäußerten Anregungen und Empfehlungen können in folgende Kategorien eingeteilt werden:

- Beratung bei der Angebots- und ReferentInnenauswahl
- (Finanzielle) Unterstützung
- Kooperation mit Gesunden Gemeinden

An erster Stelle steht der Wunsch nach besserer Beratung hinsichtlich dem Angebot an Aktivitäten und der ReferentInnenauswahl: *„mehr Info über das Thema des Jahres anbieten“*, *„bessere Beratung bei Referentenauswahl“*.

Fast gleichhäufig werden Anregungen zur (finanziellen) Unterstützung gegeben. Exemplarisch stehen dafür folgende Antworten: *„Belohnung der ArbeitskreismitarbeiterInnen, kostenlose Weiterbildung oder Veranstaltungen im Ort oder in Linz durch Top-Referenten“*, *„Aufwandsentschädigung für Projektleiter“* und *„mehr finanzielle Unterstützung“*.

Ebenso wird von den ArbeitskreisleiterInnen eine verstärkte Kooperation zwischen den einzelnen *Gesunden Gemeinden* empfohlen: *„vermehrte Vernetzung zwischen den Gemeinden“*, *„verstärkte Zusammenarbeit der Gesunden Gemeinden, um sich nicht gegenseitig zu konkurrieren.“*

Aussagen aus den qualitativen Interviews weisen auf diese Kategorien hin, erweitern aber gleichzeitig das Spektrum mit zusätzlichen Anregungen und Empfehlung:

„Von der Gemeinde selber, bessere - also mehr - Budgetmittel, dass man nicht immer so knausern muss, denn gute Dinge, die kosten auch ein Geld und dann muss man doch halt oft auf irgendwas ausweichen, das halt dann vielleicht nicht so gut ankommt.“ (R2, 179:181)

„Ja eigentlich, außer die finanzielle Unterstützung, kann man es halten. Oder vielleicht auch ein bisschen mehr Bürgerbeteiligung, ja das wäre auch ein Wunsch.“ (A2, 133:134)

„Ja, Verbesserung der Infrastruktur, dass man Sportaktivitäten fördern würde, das möchte ich ganz gerne und dass man vielleicht finanziellen Zuschuss zu besserer Publizität haben könnte. Vielleicht dass man einen Folder herausgibt, das wäre wünschenswert. Eine Gesundheitszeitung, was bisher ein spartanisches Beiwerk zur Gemeindezeitung ist.“ (P4, 212:217)

„Schließt euch zusammen und sprecht euch ab. (...) Es gibt eine Zeitschrift, die herausgegeben wird in den Gesunden Gemeinden über Projekte, die in anderen Gemeinden laufen. Es wäre sinnvoll sich dort vielleicht ein bisschen genauer zu informieren. Es gibt dort sehr viele Aktionen auch für Kinder, die bei uns nicht so sind, und dass man vielleicht die Plattform Gesunde Gemeinde noch ein bisschen mehr publik macht, dass das eine Gemeinschaft ist von Gemeinden, die das macht, und dass man die Absprache untereinander verbessert. Das würde ich mir wünschen. Parallelen ließen sich vermeiden und man könnte Ideen übernehmen.“ (P4, 222:228)

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Entsprechend den WHO Empfehlungen zur kommunalen Gesundheitsförderung wurde im Jahr 1989 die Aktion *Gesunde Gemeinde* in Oberösterreich ins Leben gerufen.

Bereits im Jahr 2003 wurde das Gesundheitspolitische Ziel³¹ des Landes Oberösterreich erreicht. Nach 15-jähriger Laufzeit beteiligen sich 312 von insgesamt 442 Oberösterreichischen Städten und Gemeinden an der Aktion *Gesunde Gemeinde*. „Die Gesundheit ist der Gemeinde wichtig“, wurde dabei am häufigsten als Motiv für die Beteiligung an der Aktion genannt.

In den *Gesunden Gemeinden* gibt es einen oder mehrere Arbeitskreis/e. Diese Arbeitskreise setzen sich am häufigsten aus 6 bis 15 ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zusammen. Dabei sind Gemeinderäte/-rätinnen und Personen aus verschiedenen Gesundheitsberufen am häufigsten vertreten. Die ArbeitskreisleiterInnen arbeiten im Durchschnitt 11 Stunden im Monat für die Aktion. Es zeigte sich aber auch, dass es eher schwierig ist, MitarbeiterInnen für die ehrenamtliche Arbeit zu gewinnen.

Die Hälfte der *Gesunden Gemeinden* veranstaltet bis zu fünf Aktivitäten im Jahr. Veranstaltungen in Form von Vorträgen, Kursen/Seminaren, Projekten, Ausstellungen oder Stammtischen werden in den *Gesunden Gemeinden* angeboten. Dabei werden Vorträge von den *Gesunden Gemeinden* am häufigsten durchgeführt. Aktivitäten zu den Gesundheitsthemen „Bewegung“ und „Ernährung“ werden am häufigsten angeboten. Die Veranstaltungen der *Gesunden Gemeinden* werden von der Altersgruppe der 41- bis 60-Jährigen am stärksten besucht.

Verschiedene Aktivitäten werden nicht nur einmalig durchgeführt, sondern auch als Dauereinrichtung für die Bevölkerung angeboten. Nordic Walking, Gymnastik und die Gesunde Schuljause haben sich in den *Gesunden Gemeinden* als Dauereinrichtung etabliert. In mehr als der Hälfte der *Gesunden Gemeinden* entstand im Rahmen der Aktion auch zumindest eine bauliche Einrichtung.

Laut Einschätzung der befragten ArbeitskreisleiterInnen übt die Aktion *Gesunde Gemeinde* einen positiven Einfluss sowohl auf das Gesundheitsbewusstsein als auch auf das Gemeinschaftsleben der Bevölkerung aus.

³¹ Bis zum Jahr 2005 sollten sich mindestens 50 Prozent aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden aktiv an einem Netzwerk Gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen.

Die *Gesunden Gemeinden* interessieren sich auch in Zukunft am ehesten für die Gesundheitspolitischen Ziele „Reduktion von Herz- und Gefäßkrankungen“ und „Gesunde Schulen“. Eher geringes Interesse besteht für die Ziele „Senkung der Übertragbaren Krankheiten“ und „Senkung der Suizidrate“.

Potentiale zur Verbesserung der Wirkung der Aktion liegen im Bereich der Erreichbarkeit jener GemeindebürgerInnen, die sich (noch) nicht für Gesundheitsthemen interessieren, und in der verstärkten Kooperation und Vernetzung der *Gesunden Gemeinden* untereinander, um Konkurrenz auszuschalten und Synergieeffekte für die Gemeinden nutzbar zu machen.

Abkürzungsverzeichnis

Ebd., ebd.	ebenda (am genannten Ort)
AKL	ArbeitskreisleiterIn
df	Freiheitsgrade
etc.	et cetera
f	folgende Seite
ff	folgende Seiten
Hg	HerausgeberInnen
Mw	Mittelwert
N	Grundgesamtheit
n	Stichprobe
n.s.	nicht signifikant
o.J.	ohne Jahresangabe
PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

Literatur

Amt der oberösterreichischen Landesregierung/Abteilung Landessanitätsdirektion (Hg) (2004): Aktion Gesunde Gemeinde. Projektinformation. Linz

Amt der oberösterreichischen Landesregierung/Magistrat der Landeshauptstadt Linz/Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (Hg) (o.J.): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2000. Linz

Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2005): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin/Heidelberg/New York

Diekmann, Andreas (2004): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg

Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim

Gmeiner, Heinrich: Gesunde Gemeinde. Das OÖ Gesundheitsförderungsprogramm. Projektbeschreibung (unveröffentlicht)

Grossmann, Ralph/Scala, Klaus (2001): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim/München.

Hillmann, Karl-Heinz (1994): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart

Hurrelmann, Klaus (2003): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim/München.

Institut für Gesundheitsplanung (o.J.): Oberösterreichische Gesundheitskonferenz. Ergebnisse der Arbeitskreise. Linz

Kodelitsch, Sonja (2003): Gesundheitsförderung im regionalen Setting in Oberösterreich - das Projekt Gesunde Gemeinde. Diplomarbeit an der Johannes Kepler Universität Linz

Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken. Weinheim

Landessanitätsdirektion (Hg) (2005): Handbuch 2005. Gesunde Gemeinde Oberösterreich. Linz

Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hg) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim/München.

Priglinger, Renate/Wallenberger, Josef (1995): Gesundheitsentwicklung in der Gemeinde. In: Zapotoczky, Klaus/Mechtler, Reli (Hg): Primärprävention. Ein ursachen- und ressourcenorientierter Ansatz in der Gesundheitsförderung. Linz

Scharinger, Christian (1999): 10 Jahre Gesunde Gemeinde in Oberösterreich. Dokumentation und Evaluation der Projektentwicklung eines Gesundheitsförderungsprojektes in oberösterreichischen Gemeinden. Linz

Schauer, Reinbert (Hg) (1994): Die Gesunde Gemeinde - Führen neue Formen der Gesundheits- und Sozialpolitik zu einer ökonomischen Überforderung der Gemeinden? Dokumentation zur Tagung an der Johannes Kepler Universität Linz

Zapotoczky, Klaus/Mechtler, Reli (Hg) (1995): Primärprävention. Ein ursachen- und ressourcenorientierter Ansatz in der Gesundheitsförderung. Linz

Internetquellen

<http://www.aphorismen.de/> (10.10.05)

Amt der oberösterreichischen Landesregierung: 11 Gesundheitsziele des Landes OÖ als Wegweiser in der Gesundheitsförderung http://www.landoberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-3DCFCFC3-51D013FA/ooe/san_11_Gesundheitsziele.pdf (25. 10. 2005)

Fonds Gesundes Österreich: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
<http://www.fgoe.org/Ottawa-Charta.pdf>, (25.10. 2005)

Institut für Gesundheitsplanung: www.gesundheitsplanung.at (28.04.05)

Landessanitätsdirektion - Aktion *Gesunde Gemeinde*: <http://www.ooe.gv.at/gesgem> (28.04.05)

Statistik Austria: <http://www.statistik.at> (06.07.05)

World Health Organization:
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (06.07.05)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anzahl der Gesunden Gemeinden nach Beitrittsjahr 1989-2004.....	13
Abbildung 2:	Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit nach Geschlecht der ArbeitskreisleiterInnen	18
Abbildung 3:	Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit nach Beitrittszeitraum	19
Abbildung 4:	Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit nach EinwohnerInnenanzahl.....	20
Abbildung 5:	Motivation der Gemeinden für die Beteiligung an der Aktion (n=128; Mehrfachnennung)	22
Abbildung 6:	Motivation der Befragten für die Beteiligung an der Aktion (n=128; Mehrfachnennung)	23
Abbildung 7:	Zufriedenheit mit den Informationen über die Aktion Gesunde Gemeinde.....	25
Abbildung 8:	Personenanzahl in den Arbeitskreisen (n=115)	26
Abbildung 9:	Häufigkeit der Arbeitskreissitzungen (n=113)	27
Abbildung 10:	Berufs- bzw. Personengruppen der Arbeitskreise (n=115; Mehrfachnennung)	28
Abbildung 11:	Monatlicher Arbeitsaufwand der ArbeitskreisleiterInnen (n=128).....	30
Abbildung 12:	Aktivitäten zu Gesundheitszielen.....	34
Abbildung 13:	Angebot an Aktivitätsarten	35
Abbildung 14:	Aktivitätsangebot für Zielgruppen.....	36
Abbildung 15:	Anzahl an durchgeführten Aktivitäten pro Jahr (n=125).....	37
Abbildung 16:	Aktivitäten zu Gesundheitsthemen.....	38
Abbildung 17:	Beweggründe für die Auswahl von Gesundheitsthemen.....	39

Abbildung 18: Erfolg der ersten Aktivität (n=119)	41
Abbildung 19: Art der Dokumentation (n=128; Mehrfachnennung)	43
Abbildung 20: Besuch der Aktivitätsarten.....	46
Abbildung 21: Besuch der Altersgruppen.....	47
Abbildung 22: Besuch der Gesundheitsthemen.....	50
Abbildung 23: Geschlechterspezifischer Besuch der Gesundheitsthemen	51
Abbildung 24: Allgemeine Veränderungen (n=98; Mehrfachnennung)	56
Abbildung 25: Dauereinrichtungen	57
Abbildung 26: Besuch der Dauereinrichtungen.....	58
Abbildung 27: Bauliche Einrichtungen (n=128; Mehrfachnennung)	60
Abbildung 28: Zufriedenheit mit der Finanzierung der Aktivitäten (n=117).....	68
Abbildung 29: Zufriedenheit mit Personen und Institutionen.....	69
Abbildung 30: Zufriedenheit mit Landessanitätsdirektion (n=126)	70
Abbildung 31: Zukünftiges Interesse an Gesundheitszielen	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kriterien für Gesunde Gemeinden	15
Tabelle 2:	Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit nach Geschlecht der ArbeitskreisleiterInnen	17
Tabelle 3:	Eigenschaften der Tätigkeit der ArbeitskreisleiterInnen.....	32
Tabelle 4:	Dokumentation und Engagement	44
Tabelle 5:	Korrelationsmatrix - Besuch der Altersgruppen/Besuch der Aktivitätsarten.....	49
Tabelle 6:	Erreichbarkeit der Bevölkerung.....	53
Tabelle 7:	Auswirkungen der Aktion Gesunde Gemeinde	62
Tabelle 8:	Matrix der Faktorladungen - Gesundheitsbewusstsein/Gemeinschafts- leben	64
Tabelle 9:	Korrelationsmatrix - Gesundheitsbewusstsein/Gemeinschaftsleben.....	66



INSTITUT
FÜR GESUNDHEITSPLANUNG

ISBN 3-902487-06-2