

Sammelband

Faire Chancen gesund zu altern

Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
älterer Menschen in Österreich



Fonds Gesundes
Österreich



Sammelband

Faire Chancen gesund zu altern

Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
älterer Menschen in Österreich

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger:

Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich

Erstellt von:

Gudrun Braunegger-Kallinger, Verena Zeuschner, Rainer Christ, Gert Lang

Redaktion: Petra Winkler

Projektassistenz: Ileana Cermak

Zitiervorschlag: Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.) (2018): Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen.

Für den Inhalt der Beiträge sind die jeweiligen Autor/innen verantwortlich.

Gestaltung: paco.Medienwerkstatt, Wien

Fotos Cover:

Fotolia.com / Bilderbox / Wiener Hilfswerk

Druck: Druckerei Odysseus, Himberg

Wien, Juni 2018

INHALT

VORWORT	4
EINLEITUNG	5
Gesundheitliche Chancengerechtigkeit älterer Menschen im Fokus der Gesundheitsförderung . . .	5
KAPITEL 1: THEORETISCHE UND EMPIRISCHE GRUNDLAGEN	8
1.1 Gesundheitsförderung als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit auch im Alter – sozialwissenschaftliche Perspektiven	9
1.2 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit der älteren Generation in Österreich	19
1.3 Alter und Armut	29
1.4 Ageism und dessen Bedeutung für faire Chancen, gesund zu altern	35
KAPITEL 2: AUSGEWÄHLTE STRATEGIEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT ÄLTERER IN ÖSTERREICH.	42
2.1 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit älterer Menschen im Fokus nationaler Policies	43
2.2 Eine nachhaltige Gesellschaft für alle Lebensalter: Länger leben. Potenziale nutzen. Die Politikstrategie „Aktiv Altern“	54
2.3 Ältere Menschen im Fokus der Landes-Gesundheitsziele	64
2.4 Gesamtstrategie mit lokalem Spielraum	66
KAPITEL 3: SOZIALE TEILHABE ÄLTERER MENSCHEN FÖRDERN – BEISPIELE AUS DER PRAXIS	70
3.1 „Auf gesunde Nachbarschaft!“ – Erprobung niederschwelliger Zugänge zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen durch soziale Teilhabe und soziale Unterstützung	71
3.2 Aktivlots/innen in Rudolfsheim-Fünfhaus – Zugänge zu benachteiligten Menschen mittels Multiplikator/innen und durch Kooperationen im kommunalen Umfeld	83
3.3 Gesund fürs Leben	90
KAPITEL 4: BESONDERE ASPEKTE FÜR EIN GESUNDES ALTERN.	98
4.1 Mobilität und Autofahren im Alter	99
4.2 Bildungs- und Beteiligungschancen im Alter	109
4.3 Armut in Österreich und faire Chancen auf Gesundheit	118
4.4 Gesund altern – Gewalt verhindern	125
4.5 Altern mit intellektueller Beeinträchtigung – Eine Frage der Lebensqualität	132
4.6 König_in küsst König_in	147
KAPITEL 5: GESUNDHEITSKOMPETENZ, GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER GESUNDHEITSVORSORGE ÄLTERER MENSCHEN	158
5.1 Wie, was, wo? Gesundheitsinformationen finden, verstehen und beurteilen	159
5.2 Ein Thema für die (neue) Primärversorgung: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter?! . . .	169
5.3 Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten	175
KAPITEL 6: GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND LEBENSQUALITÄT IN PFLEGE UND HOSPIZ	184
6.1 Chance Kooperation: Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege. . . .	185
6.2 ‚Sorgende Gemeinden‘ – Demenzfreundliche Kommunen Ansätze für eine gemeinsame Gestaltung gerechter Lebensbedingungen im Alter.	193
6.3 Auf dem Weg zum Nationalen Aktionsplan für pflegende Angehörige und Zugehörige.	205
6.4 Der Stammtisch für betreuende und pflegende Angehörige und sein Beitrag zur Gesundheitsförderung: dargestellt am Beispiel Oberösterreich.	209
6.5 Zu Hause betreut werden und zu Hause sterben dürfen – ein Wunsch, der nur selten Realität wird. .	217
KERNAUSSAGEN, ZUSAMMENGEFASST	226
AUTORINNEN UND AUTOREN.	236

VORWORT

Wir Österreicherinnen und Österreicher werden erfreulicherweise immer älter, der Lebensabschnitt nach der Erwerbsphase wird damit immer wichtiger. Umso entscheidender ist es, dass alle Menschen in Österreich diese Jahre in guter Gesundheit und mit hoher Lebensqualität verbringen können.

Daher ist es von besonderer Bedeutung, gemeinsam Rahmenbedingungen für gesundes Altern zu schaffen und die Gesundheitskompetenz älterer Menschen zu stärken.

Vor dem Hintergrund zunehmender sozialer Ungleichheit in den europäischen Gesellschaften bedarf es auch einer fokussierten Beschäftigung mit dem Thema der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit.

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) hat sich mit seiner Programmlinie „Lebensqualität und Chancengerechtigkeit von älteren Menschen“ das Ziel gesetzt, ältere Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen benachteiligt sind, verstärkt durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erreichen. Kooperation mit vielen Partnerinnen und Partnern und der Einsatz vielfältiger Maßnahmen ist hierbei gefragt.

Das breite Wissen zum Thema ist in Österreich einerseits an verschiedenen Orten, in verschiedenen Institutionen und bei vielen Personen vorhanden, andererseits aber auch verstreut. Der FGÖ will in seiner Drehscheibenfunktion mit dieser Zusammenschau dazu beitragen, dieses Wissen gesammelt zur Verfügung zu stellen. Es sei angemerkt, dass dieser Sammelband selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben kann – nicht nur infolge der Breite des Themas, sondern auch aufgrund der Dynamik und der laufenden Weiterentwicklung des Wissens sowie der Handlungsfelder.

Anhand der Verknüpfung von gesundem Altern und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit wollen wir mit dem vorliegenden Sammelband allen Interessierten Grundlagen für eine stärkere Berücksichtigung dieser Thematik in zukünftigen Vorhaben zur Verfügung stellen.

Zielgruppen dieses Sammelbandes sind besonders Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung, aber auch Entscheidungsträger/innen und Wissenschaftler/innen im Gesundheitsbereich und natürlich auch in anderen Politik- und Gesellschaftsbereichen, die sich mit Fragen des gesunden Älterwerdens auseinandersetzen.

Wir danken den Autorinnen und Autoren, dass sie ihr Wissen und ihre Zeit in den Dienst der Erarbeitung dieser Grundlage gestellt und damit einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung geleistet haben!

Das Team des FGÖ wünscht Ihnen eine spannende Lektüre und interessante Anregungen für Ihre Arbeit!

EINLEITUNG

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit älterer Menschen im Fokus der Gesundheitsförderung

*Gudrun Braunegger-Kallinger, Verena Zeuschner, Rainer Christ, Gert Lang /
Fonds Gesundes Österreich*

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit wurde bereits 1986 in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung als ein wesentliches Ziel der Gesundheitsförderung aufgegriffen. Damals wie heute gilt es die Chancen auf Gesundheit für alle Bevölkerungsgruppen zu erhöhen und Ungleichheiten durch Gesundheitsförderung zu verringern.

Ansätze der Gesundheitsförderung sehen nicht selten Maßnahmen vor, die vor allem die gebildeten Mittelschichten ansprechen. Das kann dazu führen, dass jene Menschen, die besonders von Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren würden, weil sie z. B. besonders körperlich belastende Berufe ausüben, aufgrund niedriger Bildung weniger Wissen über gesundes Verhalten haben oder aufgrund knapper Einkommen über geringere Ressourcen für Gesundheit verfügen und deshalb weniger von Gesundheitsförderung profitieren, wodurch die gesundheitliche Ungleichheit zusätzlich vergrößert wird.

Darüber hinaus stellen die demografische Entwicklung (z. B. Umkehr der Alterspyramide) sowie die Änderungen in den Bevölkerungsstrukturen Herausforderungen unserer Gesellschaft dar, die auch in Hinblick auf die Bevölkerungsgesundheit stets diskutiert werden (müssen) und abgestimmte oder gemeinsame Strategien nötig machen.

„Gesundheit ist nicht primär eine persönliche Angelegenheit und Ergebnis persönlicher Anstrengung, sondern hängt eng mit der sozialen Lage zusammen und ist auch Resultat (bundes-, landes- wie auch kommunal-)politischen Wissens und alltäglicher Rahmenbedingungen.“ (Richter-Kornweitz, 2012, zitiert nach Kapferer, 2018, Seite 118 in diesem Band).

Es erscheint daher essenziell, auch auf jene Rahmenbedingungen zu fokussieren, die insbesondere die Lebensqualität sowie die Zahl der Lebensjahre in guter Gesundheit positiv beeinflussen. Hier stellt die Forschung einen klaren Zusammenhang vor allem mit den sozio-ökonomischen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit her: Geringe Bildung und ein niedriger sozioökonomischer Status korrelieren (auch im Alter) mit einer geringeren Lebenserwartung, mit der Prävalenz chronischer Krankheiten, mit subjektiver Gesundheit sowie mit der Zahl zu erwartender Jahre bei guter Gesundheit.

Aufbauend auf diesen Entwicklungen, legt der Fonds Gesundes Österreich in seinem aktuellen Rahmenarbeitsprogramm 2017–2020 einerseits einen übergeordneten Schwerpunkt auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit als zentrales Leit- und Qualitätskriterium der Gesundheitsförderung und setzt andererseits Maßnahmen im Rahmen seiner Programmlinie „Lebensqualität und Chancengerechtigkeit von älteren Menschen“. Mit der verstärkten Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in dieser Programmlinie greift der FGÖ aktuelle Entwicklungen auf, die in starkem Bezug zur Gesundheit zu sehen sind und bei denen gleichzeitig großes Potenzial für Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung vorhanden ist. Das haben wir zum Anlass für die Entwicklung des vorliegenden Sammelbandes genommen, für den wir mit großer Unterstützung der Autorinnen und Autoren eine aktuelle Zusammenschau von Daten, Strategien, Praxisprojekten und Themenfeldern erstellt haben.

Entwicklungsschritte dieses Sammelbandes

In einem ersten Schritt wurde eine literaturbasierte Erarbeitung von Grundlagen des Themas Altern und gesundheitliche Chancengerechtigkeit in Auftrag gegeben, die die Dimensionen von Chancengerechtigkeit in Bezug auf gesundes Altern aufzeigt und den diesbezüglichen Handlungsbedarf identifiziert (z. B. Zielgruppen, Problemlagen, Settings). Dazu wurde von der beauftragten Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (Krajic et al. 2017) ein Bericht vorgelegt, der das Thema aus einer differenzierten Perspektive auf soziale Ungleichheit betrachtet. Dabei erfolgt – in Anlehnung an den Vorschlag des französischen Soziologen Pierre Bourdieu – eine Orientierung an vier unterschiedlichen „Kapitalien“, die Personen zur Verfügung stehen und wesentlichen Einfluss auf Gesundheit und Lebensqualität von Menschen haben. Anhand dieser „Kapitalien“ werden Unterschiede bezüglich der Chancen auf Gesundheit und mögliche Anknüpfungspunkte für Handlungsansätze hergestellt. Diese Kapitalien sind (1) die finanziellen Mittel und Möglichkeiten einer Person, (2) das Wissen sowie die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eine Person im Laufe ihres Lebens erworben hat, (3) die sozialen Beziehungen und die Unterstützung bzw. die Netzwerkzugänge, auf die jemand zurückgreifen kann, und, diese Punkte ergänzend, (4) die gesundheitlichen Möglichkeiten, deren Relevanz besonders bei älteren Menschen zunimmt (Stichworte: Mobilität, Demenz, chronische Erkrankungen).

In einem nächsten Schritt wurden Expertinnen und Experten aus Forschung, Praxis und Verwaltung eingeladen, die Ergebnisse zu diskutieren und ihre unterschiedlichen Perspektiven einzubringen. Es wurde versucht, Antworten darauf zu geben, wie entlang des oben beschriebenen Kapitalienansatzes eventuelle Defizite abgebaut und insbesondere Ressourcen aufgebaut werden können. Erfahrungen und Expertisen zahlreicher Akteurinnen und Akteure in unterschiedlichen beruflichen Kontexten wurden ausgetauscht und erfolgreiche Ansätze, Maßnahmen, Aktivitäten und Beiträge gesammelt.

Der vorliegende Sammelband „Faire Chancen, gesund zu altern“ stellt nun das Ergebnis dieses Prozesses dar und bietet eine umfassende Sammlung von Erfahrungen und Wissen.

Aufbau des Bandes

In Kapitel 1 „Theoretische und empirische Grundlagen“ geht es einerseits um Gesundheitsdaten und Determinanten in Bezug auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Alter sowie andererseits um sozialwissenschaftliche Perspektiven und bedeutende Thematiken, die in besonderem Bezug zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und zum Altern stehen.

In Kapitel 2 „Ausgewählte Strategien zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen“ werden aktuelle Strategien in Österreich dargestellt, die explizit oder implizit Themen rund um die Gesundheit älterer Menschen betreffen. Die thematischen Überschneidungen und die Ähnlichkeit der Zielsetzungen zeigen den Bedarf an Intensivierung des „Health in all policies“-Ansatzes und machen die Aktualität des Themas sichtbar.

In Kapitel 3 „Soziale Teilhabe älterer Menschen fördern – Beispiele aus der Praxis“ werden wissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitsförderung und hilfreiche Tipps zu deren Umsetzung anhand erfolgreicher einschlägiger Umsetzungsmaßnahmen dargestellt. Die beschriebenen Maßnahmen vertiefen unterschiedliche Determinanten der sozialen Teilhabe und greifen aktuelle Entwicklungen einer alternden Gesellschaft auf kommunaler Ebene auf.

Unter dem Titel „Besondere Aspekte für ein gesundes Altern“ werden in Kapitel 4 jene Gesichtspunkte aus wissenschaftlichen Arbeiten gesammelt, die weniger im Fokus öffentlicher Diskussionen stehen oder noch tabuisiert werden, die aber dennoch großen Einfluss auf die Gesundheit und auf die soziale Teilhabe nehmen und hauptsächlich durch strukturelle Maßnahmen verändert werden können. Konkret angesprochen sind Themen wie sexuelle Orientierung, Gewalt, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und auch weniger brisante, aber dennoch wichtige Themen wie Mobilität oder Bildung im Alter – bedeutsame Themen, die bei zukünftigen Vorhaben in der Gesundheitsförderung Berücksichtigung finden sollten.

Die Themen „Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen“ in Kapitel 5 beleuchten spezifische Handlungsansätze für ältere Menschen im Bereich Gesundheitsversorgung. Wichtige Anchlüsse dabei sind, als Grundlage für selbstverantwortliches Handeln, „gute Gesundheitsinformation“ für ältere Menschen sowie Unterstützungsstrukturen für die besonderen Bedarfe älterer und auch mehrfach erkrankter Menschen in der Primärversorgung.

In Kapitel 6 „Gesundheitsförderung und Lebensqualität in Pflege und Hospiz“ werden Aspekte aufgegriffen, die aufgrund der demografischen Entwicklung in Zukunft noch stärkere Berücksichtigung finden müssen. In ausgewählten Beiträgen zur Gestaltung der Betreuung älterer Menschen in Pflegeeinrichtungen, bei Pflegediensten sowie in Gemeinden werden Ergebnisse qualitätsvoller Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorgestellt sowie die Perspektiven von pflegenden An- und Zugehörigen aufgezeigt.

In einem abschließenden Kapitel werden ausgewählte Kernaussagen aus den Beiträgen nochmals zusammengefasst.

KAPITEL 1:
THEORETISCHE UND
EMPIRISCHE GRUNDLAGEN



Foto: Fotolia.com

1.1 Gesundheitsförderung als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit auch im Alter – sozialwissenschaftliche Perspektiven

Karl Krajcic, Hubert Eichmann, Charlotte Dötig / Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt

Der Beitrag stellt zentrale Ergebnisse zu „Grundlagen zum Thema Altern und gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ vor, die von der FORBA (Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt, Wien) im Rahmen eines Projekts für den Fonds Gesundes Österreich im Jahr 2017 erarbeitet wurden. Auf Basis von Literatur- und Web-Recherchen, von Gesprächen mit Expertinnen/Experten und Workshops mit dem Auftraggeber wurden Grundkonzepte, eine Auswahl relevanter Forschungsergebnisse und eine Übersicht einschlägiger österreichischer Praxisbeispiele generiert. Zentrale Ergebnisse des Projekts wurden im Rahmen eines Workshops im Juli 2017 als wissenschaftliche Unterstützung zur Verfügung gestellt, ein ausführlicher Bericht (Krajcic et al. 2017) ist in elektronischer Form auf der FORBA-Website unter <http://www.forba.at/de/forschung/view/index.html?id=436> erhältlich.

Warum ist soziale Ungleichheit im Alter ein Thema für die (österreichische) Gesundheitsförderung?

Gesundheitliche Ungleichheit als Thema der Gesundheitsförderung

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit oder auch die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit ist eine der zentralen Werthaltungen der Gesundheitsförderungsbewegung. Schon in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung 1986 ist diese Zielsetzung klar markiert. Die grundsätzliche Zielsetzung von Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der Gesamtgesundheit in der Bevölkerung. Aber dieses Ziel sollte nicht ohne Rücksichtnahme auf die ge-

sellschaftliche Verteilung von Gesundheit verfolgt werden. Im Gegenteil: Gesundheitsförderung sollte so zum Gesundheitsgewinn beitragen, dass die gesundheitliche Ungleichheit in der Bevölkerung nicht größer, sondern geringer wird.

Geringe Bildung (als ein wichtiger Indikator für niedrigen sozialen Status) hängt stark mit verschiedenen Indikatoren für Gesundheit zusammen: Dabei konnte die Public Health Forschung zeigen, dass spezifische, verhaltensabhängige Gesundheitsrisiken, der subjektive Gesundheitszustand, die Gesamterwartung und vor allem auch die Zahl der zu erwartenden behinderungsfreien Lebensjahre stark mit den sozialen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit zusammenhängen. Tabelle 1 verdeutlicht das anhand aktueller österreichischer Daten.

Tabelle 1: Soziale Ungleichheit von Gesundheit in Österreich 2014

	Pflichtschule	Lehre/BMS	höhere Schule
tägliches Rauchen in Prozent			
... Frauen	38,3	26,7	11,6
... Männer	37,8	30,5	16,8
starkes Übergewicht (Adipositas) in Prozent			
... Frauen	18,8	14,3	6,6
... Männer	23,8	16,6	10,6
starkes Übergewicht (Adipositas) in Prozent			
... Frauen	18,8	14,3	6,6
... Männer	23,8	16,6	10,6
(sehr gute) Gesundheitsbeurteilung in Prozent			
... Frauen	66,5	79,1	85,2
... Männer	68,7	78,1	87,3
durchschnittliche Lebenserwartung (in Jahren)			
... Frauen	82,8	84,2	85,5
... Männer	76,5	78,8	82,2
durchschnittliche gesunde Lebenserwartung (behinderungsfreie Lebensjahre QUALYS, in Jahren)			
... Frauen	59,2	69,7	72,6
... Männer	59,6	64,8	73

Quelle: Statistik Austria 2016

Deshalb hat schon die Ottawa-Charta neben der Verbesserung individueller Kompetenzen auch die Bereiche Politik und Lebenswelten forciert, die beide den Blick für die gesellschaftlichen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit schärfen und Interventionsmöglichkeiten für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen forcieren.

Gesundheitliche Ungleichheit in einer alternden Bevölkerung

Diese grundsätzliche Zielsetzung der Verringerung von Ungleichheit bzw. der Erhöhung von Chancengerechtigkeit gilt für die Gesamtbevölkerung, sie gilt aber ebenso für die spezifischen Altersgruppen der älteren und alten Menschen – bis in die Hochaltrigkeit hinein. Das ist in einer Gesellschaft mit alternder Bevölkerung von besonderer Bedeutung.

Dass ältere und alte Menschen überhaupt von der Gesundheitsförderung ins Blickfeld genommen werden, ist schon eine erste, wichtige Grundentscheidung, die sich auf das „Healthy Aging“-Konzept der WHO aus den 1990er-Jahren stützen kann. Diese Fokussierung kann mit Gerechtigkeitsüberlegungen argumentiert werden, aber natürlich spielt der dadurch zu erwartende gesellschaftliche Nutzen – wie zum Beispiel eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit für berufliche oder ehrenamtliche Arbeit sowie die Erhaltung der Fähigkeit zur Selbstversorgung – ebenfalls eine wichtige Rolle.

Sozialepidemiologische Analysen zeigen, dass Indikatoren für sozialen Status wie z. B. Bildung auch im Alter mit Gesundheit zusammenhängen, allerdings weniger klar und eindeutig als in der Gesamtbevölkerung. Die Zusammenhänge sind in den höheren Altersgruppen eher schwächer und je nach Indikator unterschiedlich ausgeprägt – stärker z. B. bei der subjektiven Gesundheit. Auch zwischen Ländern bestehen teilweise erhebliche Unterschiede (vgl. dazu Knesebeck/Schäfer 2016). Aber trotz vieler offener Fragen für die Forschung gibt es wenig Grund zur Annahme, dass Determinanten sozialer Ungleichheit von Gesundheit im Alter weniger wichtig sind als in jüngeren Lebensphasen.

Alte Menschen als Zielgruppe für Gesundheitsförderung

In Wohlfahrtsstaaten signalisieren diese Unterschiede/Ungleichheiten Handlungsbedarf, sowohl was die Gestaltung des Versorgungssystems betrifft (wirksamere Behandlung und Sekundärprävention chronischer Krankheiten für alle, unabhängig vom sozioökonomischen Status) als auch in Bezug auf wirksame Programme der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.

Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind auch für ältere, alte und hochaltrige Menschen ein wichtiges Thema. In neuerer wissenschaftlicher Literatur (z. B. Schäffer/Büscher 2009, Krajic et al. 2010, Krajic et al. 2015) wurde argumentiert, dass es auch noch im fortgeschrittenen und hohen Alter relevant ist, in den Erhalt und die Stärkung von Gesundheitsressourcen und die Förderung von positiver Gesundheit, z. B. von Resilienz, zu investieren. Einige aktuelle, auch vom FGÖ unterstützte Pilotprojekte haben seit 2011 gezeigt, dass konkrete Interventionen der Gesundheitsförderung sogar noch bei Bewohnerinnen und Bewohnern in der stationären Altenbetreuung und -pflege anschlussfähig und wirksam sein können. Das betrifft insbesondere die „Mobilitätsförderung“, d. h. alltagsnahe Bewegungsprogramme (vgl. z. B. international publizierte Ergebnisse eines FGÖ-Projekts: Quehenberger et al. 2015, Cichocki et al. 2016, Krajic et al. 2017b).

Priorität für Erreichung benachteiligter Gruppen

Angesichts knapper öffentlicher Ressourcen ist es bei der Entwicklung und Steuerung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen besonders wichtig, dass die Maßnahmen vor allem bei jenen Teilen der Bevölkerung ankommen, die derzeit nicht nur insgesamt eine kürzere Lebensspanne, sondern zudem eine deutlich geringere Zahl von „behinderungsfreien Lebensjahren“ (sog. „QUALYS“ Quality-Adjusted Life Years) im Alter zu erwarten haben. Das ist nicht nur „gerecht“, sondern bei benachteiligten Gruppen ist tendenziell besonders viel Verbesserungspotenzial vorhanden.

Vier gesundheitsrelevante Dimensionen sozialer Ungleichheit im Alter

Im Rahmen des FORBA-Projekts wurde versucht, aufzuzeigen, dass für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung für benachteiligte ältere Menschen – über eine Wertsetzung für allgemeine Maßnahmen für sozioökonomisch Benachteiligte hinaus – ein differenzierter Blick auf Ungleichheiten bzw. Chancenungerechtigkeiten möglich und sinnvoll ist. Es ist wichtig, sowohl auf den besonderen Bedarf an Unterstützung in bestimmten Zielgruppen zu achten (in welchen Bereichen gibt es Ressourcendefizite?) als auch darauf, welche spezifischen Handlungsmöglichkeiten für die Gesundheitsförderung jeweils bestehen. Im Sinne eines pragmatischen, erfolgsorientierten Zugangs ist es ratsam, Gerechtigkeitsüberlegungen immer auch mit Perspektiven auf Machbarkeit und Wirksamkeit von Gesundheitsförderung zu verbinden.

Dazu wurde eine differenzierte Perspektive auf soziale Ungleichheit eingenommen, unter Nutzung des Modells sozial ungleich verteilter Kapitalien, das zum Beispiel vom französischen Soziologen Pierre Bourdieu (z. B. Bourdieu 1983), aber auch von anderen Soziologen (z. B. Putnam 2001) propagiert wurde. Argumentiert wird für eine Orientierung der Beobachtung von sozialer Ungleichheit nicht nur in Bezug auf den sozioökonomischen Status, sondern an insgesamt vier ungleich verteilten „Kapitalien“. Die Verfügung über diese Kapitalien ist zwar empirisch stark korreliert, aber jede dieser Dimensionen bietet auch spezifische Ansatzpunkte für Interventionen.

„Ökonomisches Kapital“

Das vorhandene ökonomische Kapital (Einkommen, Vermögen, Schulden) einer Person bzw. eines Haushalts ist in von Arbeits- und Konsumgütermärkten geprägten Gesellschaften wie Österreich zweifellos grundlegend für gesellschaftliche Teilhabe in vielen Bereichen. Dauerhafte oder auch nur temporäre finanzielle Deprivation impliziert Nachteile, gleichberechtigt an wichtige, gesundheitsrelevante Ressourcen zu kommen – und trägt dementsprechend häufig zu einer vergleichsweise ungünstigeren Gesundheitssituation bei.

Gesundheitsförderung wird in der Regel – zumindest unter den österreichischen Rahmenbedingungen – hier nicht direkt kompensatorisch (Transferzahlungen) oder strukturell verändernd (neue Arbeitsplätze) tätig sein können. Allerdings verweisen Prinzipien und Strategien der Ottawa-Charta Strategien wie z. B. anwaltschaftliches Engagement, Vermittlung und Maßnahmen zur individuellen „Befähigung“ (z. B. Beratung, Coaching etc.) auf Aktionsmöglichkeiten auch für eine Verbesserung der sozialen bzw. ökonomischen Voraussetzungen von

Gesundheit. Hier gibt es natürlich erhebliche Überschneidungen mit Strategien und Methoden aus anderen Bereichen, z. B. mit der Sozialen Arbeit.

„Kulturelles Kapital“

Vereinfacht lässt sich „kulturelles Kapital“ mit Bildungsstatus bzw. primär über familiäre Sozialisation und sekundär über Bildungsinstitutionen vermitteltem Wissen, Kompetenzen und Haltungen gleichsetzen. Der Zusammenhang zwischen so verstandenem kulturellem Kapital und Gesundheit ist international vielfach belegt, insbesondere für Bildung: Menschen mit geringerer formaler Bildung verfügen meist über weniger Gesundheitskompetenz (Health-Literacy), sind – wie schon oben anhand österreichischer Daten dargestellt – vermehrt gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, haben eine schlechtere subjektive, körperliche und psychische Gesundheit und eine niedrigere Lebenserwartung. Viele Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die an verfügbarem Wissen und Kompetenzen, aber auch an persönlichen oder sozialen Präferenzen (Kulturentwicklung) ansetzen, lassen sich als Investitionen in das verfügbare „kulturelle Kapital“ verstehen.

„Soziales Kapital“

Bourdieu's soziales Kapital umfasst die „Gesamtheit der aktuellen und potenziellen Ressourcen, die mit der Teilhabe am Netz sozialer Beziehungen gegenseitigen Kennens und Anerkennens verbunden sind“. Soziales Kapital entsteht Bourdieu zufolge aus dem „Netz von Beziehungen, die dazu beitragen, dass Karrieren, Macht und Reichtum nicht nur auf individuellen Leistungen, sondern auch auf herkunftsbedingten Gruppenzugehörigkeiten und anderen vorteilhaften Verbindungen basieren“ (Bourdieu 1983). Für die Verwendung im Kontext der Gesundheitsförderung erscheint uns die etwas abstraktere Fassung bei Putnam (z. B. Putnam 2001) noch brauchbarer: Vereinfacht dargestellt, bedeutet soziales Kapital nach Putnam für die Individuen einen Zugang zu den Ressourcen des sozialen und gesellschaftlichen Lebens, das heißt Unterstützung, Hilfeleistung, Anerkennung, Zugang zu Wissen bis hin zum Finden von Arbeits- und Ausbildungsplätzen über Netzwerke sozialer Beziehungen. Diese Netzwerke basieren wesentlich auf Vertrauen und Reziprozität. Viele klassische Maßnahmen der Gesundheitsförderung zum „Community-Building“ bzw. zur Vernetzung lassen sich auch als Investitionen in soziales Kapital verstehen.

„Gesundheitliches Kapital“

Der Begriff „gesundheitsliches Kapital“ wird als Beschreibung der in einer bestimmten Lebenssituation vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen verwendet. Ganz im Sinne der Ottawa-Charta sind gesundheitliche Ressourcen als jene zu verstehen, die für die Bewältigung der Herausforderungen des Lebens wesentlich sind. Die Gesamtheit dieser Ressourcen lässt sich als Kern der „positiven Gesundheit“ definieren (vgl. z. B. Pelikan 2009). Nach diesem Vorschlag können gesundheitliche bzw. gesundheitsrelevante Ressourcen in körperliche, psychische und soziale Ressourcen und diese wiederum in objektivierend messbare, subjektiv wahrnehmbare und sozial zugeschriebene Ressourcen unterschieden werden. Der aktuelle Gesundheits- und Krankheitszustand einer Person kann in diesem Sinne als Kapital verstanden werden, das eine wesentliche Voraussetzung für (aktuelle) soziale Teilhabe ist. Eine Reihe von Maßnahmen, die im Kontext von Gesundheitsförderung eingesetzt werden wie z. B. körperliches Training, aber auch mentales bzw. psychosoziales Training zur Erhaltung und Steigerung von Leistungsfähigkeit auf verschiedenstem Anspruchsniveau, zur Verbesserung von Wohlbefinden und Attraktivität lässt sich als direkte Investition in „gesundheitsliches Kapital“ verstehen.

Zielgruppen für Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Ältere

Im Projekt „Altern und gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ wurden in weiterer Folge die vier genannten Kapitalien als Dimensionen zur Identifikation spezifischer Zielgruppen verwendet. Das wurde im Rahmen von vier Dossiers im Forschungsbericht beispielhaft durchgeführt. Beschrieben werden dabei zunächst Problemlagen, die kurz-, mittel- und langfristig Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität erwarten lassen. Dabei wird – im Sinne einer besseren Überschaubarkeit – zwischen drei Hauptgruppen von älteren Menschen differenziert, die sich nach typischen gesundheitsrelevanten Problemlagen und Ressourcen unterscheiden („junge Alte“ von der Pensionierung bis 75, „mittlere Alte“ bis 84, Hochaltrige 85+). Für jede dieser Altersgruppen lassen sich zunächst typisch auftretende Defizitsituationen identifizieren, an denen sich die Planung von (ressourcensichernden oder -steigernden) Gesundheitsförderungsmaßnahmen zumindest prinzipiell orientieren kann und auch soll.

Tabelle 2: Ansatzpunkte für (kompensatorische) Gesundheitsförderungsinterventionen an vier Kapitalien

Altersgruppe Kapitalien	„junge Alte“: Eintritt in „Ruhestand“ bis ca. 74	„mittlere Alte“: ca. 75–84	„Hochaltrige“: ca. 85 +
ökonomische Defizite	Einkommensverlust z. B. durch Altersarbeitslosigkeit, niedrige Pensionen, absolute Armut bis zu Obdachlosigkeit	Altersarmut, weitere Einkommens- und Vermögensverluste, wachsender Unterstützungs- und Pflegebedarf	(Altersarmut), erhöhte Aufwendungen wegen Pflegebedarf, systematische Enteignung, ökonomische Abhängigkeit
soziale Defizite	Verlust von Berufsrollen und berufsassozierten Beziehungen (sozialer Abstieg im Beruf, Altersarbeitslosigkeit, Pensionsschock), Einschränkungen sozialer Aktivitäten, z. B. durch Rollen als pflegende Angehörige etc.	Verkleinerung von Netzwerken durch Todesfälle, schwere Erkrankungen unter den „Peers“, weniger Mehrgenerationen-Haushalte (z. B. wegen Mobilität im jungen und mittleren Alter), eigene Mobilität Folgen: Vereinsamung, Defizite bei praktischer Unterstützung	weitere Ausdünnung der Netzwerke, Abhängigkeit v. professionellen Dienstleistern + Sozialbürokratie, Autonomie nimmt ab, wachsende Kommunikationsdefizite (auch funktional bedingt), Gefahr, Gewalt und Zwang ausgesetzt zu sein, steigt
kulturelle Defizite	Defizite vor allem in Gesundheitskompetenz (Lebensstil- und Systembezogen) werden relevanter; besonders betroffen sind bildungsferne Sozialschichten, (Arbeits-) Migrantinnen und Migranten	Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen wird schwächer (verschiedene mögliche Ursachen), Anforderungen an Systemkompetenz steigen, bei Lebensstil-Kompetenz ist die Anpassung an veränderte Ressourcenlage schwierig	Defizite in der Gesundheitskompetenz werden noch deutlicher und folgenreicher, Verschärfung durch Verlust an Möglichkeiten, Bedürfnisse auszudrücken und sich Orientierung und Unterstützung zu holen
gesundheitliche Defizite	nachlassende funktionale Gesundheit (sensorisch, motorisch), Verschlechterung von chronischen Krankheiten (psychisch z. B. Burnout, Depression, physisch: Herz-Kreislauf, Krebs, Diabetes ...)	Funktionale Einschränkungen nehmen zu, Mobilität (sensorisch/muskulär) nimmt ab, Demenz, Inkontinenz, Depression nehmen zu, Chronische Krankheiten nehmen zu	hohe Prävalenz funktionaler Einschränkungen (sensorisch, motorisch, kognitiv), nachlassende Mobilität, Kommunikationsfähigkeit nimmt ab, Orientierung, Demenz nimmt zu, Komplexität im Management chronischer Krankheiten steigt

Obwohl mit typischen Gesundheitsförderungsmaßnahmen meist nur indirekter Einfluss auf die hier angesprochenen Gesundheitsdefizite genommen werden kann, ist es besonders wichtig, zu verstehen, in welche Richtung Ressourcen gestärkt bzw. entwickelt werden sollten, um Gesundheitsfolgen abzumildern.

In Bezug auf mangelndes „ökonomisches Kapital“ lassen sich exemplarisch Problemlagen und Optionen für Gesundheitsförderung für Personen mit expliziter Einkommens- und Vermögensarmut ansprechen. Z. B. kann ein Fokus auf gesundheitliche Auswirkungen ungünstiger Wohnsituationen gelegt werden (Beispiel sozial ungleiche Hitzeexposition). Als zweite Gruppe können Wohnungs- bzw. Obdachlose als soziale Randgruppe adressiert werden, die zwar primär massiver praktischer und professioneller Unterstützung bedürfen, in diesem Kontext jedoch auch Ziel von Gesundheitsförderung sein können.

Gesundheitsförderung für Personen mit geringem „kulturellem Kapital“ wird anhand der Zielgruppen bildungsferner (heimischer) Milieus thematisiert (mit Unterschieden zwischen Stadt und Land). Als zweite Zielgruppe werden Migrantinnen und Migranten mit sprachlicher und/oder kultureller Distanz zum „Mainstream“ diskutiert. Besonders von Interesse ist dabei ein vertieftes Verständnis der Herausforderungen in Bezug auf Erreichbarkeit bzw. Anschlussfähigkeit für Gesundheitsförderung aufgrund von (sub-)kulturellen Unterschieden, ein Verständnis von Widerständen, aber auch Sprachbarrieren. Diskutiert werden auch Möglichkeiten, durch die Konzeption geeigneter Settings oder die Nutzung von Mediatoren, Peers aus dem eigenen Milieu etc. Zugang zu vermitteln.

Problemlagen und Beispiele für Interventionsmöglichkeiten bei geringem „sozialem Kapital“ werden für vier Gruppen diskutiert: Personen im Übergang Erwerbstätigkeit/Pension; von Vereinsamung bedrohte Menschen; mobilitätseingeschränkte Menschen (insbesondere in peripheren ländlichen Regionen) und schließlich pflegende Angehörige (als eigenständige Gruppe mit besonderen Belastungen).

Für den Bereich „körperliches/gesundheitliches Kapital“ werden als exemplarische Zielgruppen ältere und alte Menschen mit einer ausgeprägten chronischen Erkrankung bzw. einem stark erhöhten Risiko zur Verschlechterung identifiziert. Für diese Gruppe kann die Gesundheitsförderung unter anderem an die laufenden Initiativen für mehr Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) anschließen. Das kann als wesentlicher Beitrag zum „Empowerment“ verstanden werden. Zweitens wird die Gruppe von funktional eingeschränkten Menschen angesprochen (in der Regel Alte und Hochaltrige). In den letzten Jahren ist diese Gruppe zunehmend ins Blickfeld von Gesundheitsförderung genommen worden. Dabei geht es zum Beispiel auch um Bewohnerinnen und -bewohner von Altenbetreuungs- und Pflegeeinrichtungen. Ein Beispiel ist hier die Mobilitätsförderung im Rahmen der FGÖ-Projekte „Gesundheit hat kein Alter“. Eine wichtige Zielgruppe sind aber auch Menschen im eigenen Haushalt oder im Familienverband lebende alte Menschen, für die es bisher schon gute Ergebnisse in Bezug auf Erreichbarkeit und Wirksamkeit durch Gesundheitsförderung gibt.

Beispiele für Maßnahmen für sozial benachteiligte Ältere

Für die Identifikation dieser Zielgruppen ist auch relevant, inwiefern Beispiele für konkrete Maßnahmen mit dem Instrumentarium der Gesundheitsförderung identifizierbar sind, inklusive Hinweisen auf Machbarkeit bzw. Wirksamkeit. Die „Unterfütterung“ mit konkreten Projektbeispielen erfolgte auf Basis einer Analyse von Praxisinitiativen, wobei die Recherche über den engeren Gesundheitsförderungsbereich hinausgegangen ist, um relevante Anschlussstellen aufzuzeigen. Die vier nachfolgend aufgelisteten Beispiele dienen der Veranschaulichung, eine Darstellung von 15 ausgewählten Modellprojekten findet sich im Anhang des FORBA-Berichts.

Dorfservice Spittal an der Drau – soziales Kapital, Zielgruppe Mobilitätseingeschränkte

Dorfservice (www.dorfservice.at) hat das Ziel, in 13 ländlichen Gemeinden des Bezirks Spittal an der Drau Lücken im sozialen Netz zu schließen. Sozial engagierte Menschen in der Region gründeten die Plattform für Freiwilligenarbeit, um verschiedene Altersgruppen zusammenzubringen. So werden die Ressourcen der 11 haupt- und rund 140 ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen des Vereins optimal eingesetzt. Sie erbringen jene Leistungen, für die es sonst kein Angebot gibt, die aber das Leben von Jung und Alt erheblich erleichtern – von Fahrten- und Einkaufsservice bis zu Hausbesuchen und Kinderbetreuung. Werden Dienstleistungen von Wirtschaftstreibenden in der Umgebung angeboten, vermittelt Dorfservice über die Sozial- und Gesundheitsdrehscheibe zwischen Angebot und Nachfrage. Bei allen Aktivitäten achtet der Verein darauf, dass die Wertschöpfung möglichst im Ort bleibt.

RAHMA – kulturelles Kapital, Zielgruppe Migrantinnen mit Sprachbarrieren

Die „Muttersprachliche Sozial- und Gesundheitsassistentin RAHMA“ (<http://www.somm.at/index.php/projekt-rahma>) ist ein von Migrantinnen und Musliminnen in der Steiermark selbstorganisiertes Projekt, das 2015 die „SozialMarie“, einen Preis für soziale Innovation, gewonnen hat. Migrantinnen sind in der Versorgung bei gesundheitlichen Problemlagen mit vielfältigen Schwierigkeiten konfrontiert, wie z. B. (i) sprachlichen Hürden durch zu schnelles Sprechen, der Verwendung von Fachvokabular durch Ärztinnen und Ärzte in Gesprächen oder in Informationsblättern; (ii) mangelnder Aufklärung und Information; (iii) kulturellen, traditionsspezifischen, religiösen Bedürfnissen, die nicht bekannt sind oder nicht verstanden werden. Mangelnde interkulturelle Kompetenz in Gesundheitseinrichtungen lässt Migrantinnen daran scheitern, gleichberechtigten Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem beanspruchen zu können. Gerade Frauen tragen in der Migration große Verantwortung für die Gesundheit der Familie. Schwer ist es, in einem unbekanntem Umfeld Wege zur adäquaten Behandlung zu finden oder überhaupt zu wissen, welche Möglichkeiten es gibt. Dafür braucht es Mittlerinnen, mit denen sich Migrantinnen sich in ihrer Muttersprache austauschen können und durch deren Übersetzung sie verstehen können, was der Arzt/die Ärztin vermitteln will. RAHMA-Mitarbeiterinnen begleiten und verweisen bei Bedarf an Ämter, Behörden, Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen, Bildungseinrichtungen weiter. RAHMA organisiert zudem Workshops zur Frauengesundheitsförderung wie Erste-Hilfe-Kurse, Geburtsvorbereitung, psychische Gesundheit, Bewegungsaktivitäten.

Neunerhaus – ökonomisches Kapital, Zielgruppe soziale Randgruppen

„Neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen“ (<http://www.neunerhaus.at/>) ist ein 1999

gegründeter Verein mit Sitz in Wien, der obdachlosen Menschen Wohnraum sowie allgemein- und zahnmedizinische Versorgung bietet. In drei neunerhäusern in Wien und in eigenen Wohnungen finden 450 Menschen ein neues Zuhause. Bei Bedarf wird sozialarbeiterische Begleitung angeboten, die Bewohner/innen sollen aber möglichst selbstständig leben können. Dazu gehören ein eigener Wohnungsschlüssel, Besuchsmöglichkeiten, Haustiere und kein Alkoholverbot. Weitere kostenlose Angebote sind die neunerhaus Zahnarztpraxis, die neunerhaus Arztpraxis und das Team neunerhausarzt. Die allgemeinmedizinische Versorgung wird in 18 Einrichtungen verschiedener Trägerorganisationen angeboten. 2015 wurden insgesamt 3.559 Patientinnen und Patienten allgemeinmedizinisch betreut und in der Zahnarztpraxis 4.499 Konsultationen abgewickelt. Medizinisch vom Neunerhaus versorgt werden Obdachlose und wohnungslose Menschen ungeachtet ihrer Herkunft oder ihres Versicherungsstatus. (Quelle: <https://de.wikipedia.org/wiki/Neunerhaus>, Stand September 2016).

Mobilitätsförderung im Altenheim – gesundheitliches Kapital, Zielgruppe Hochaltrige

Frau X (88) lebt seit mehreren Jahren in einem Wiener Altenwohn- und Pflegeheim. Sie ist in ihrer Mobilität sehr stark eingeschränkt, sieht schlecht und ist sehr unsicher beim Gehen, kann keine Treppen steigen, hat auch Schwierigkeiten beim Bücken, beim Anziehen, kommt deshalb kaum mehr aus ihrem Zimmer heraus – vor allem auch aufgrund der Unsicherheit und der Angst vor Stürzen. Bewegungsgruppen gibt es in dem Haus, aber Turnen hat sie nie interessiert, sie sitzt lieber und liest auch gerne. Durch die Nicht-Übung steigert sich ihre Unsicherheit aber weiter. Im Zuge eines Gesundheitsförderungsprojekts wird sie aktiv von einer Ergotherapeutin angesprochen und zu einer alltagsnahen Mobilitätsförderung eingeladen. Die wöchentliche Stunde ist nicht als Turnstunde oder gar Sport ausgeschrieben, sondern wird individuell angepasst; mit Frau X werden Bewegungsabläufe geübt, die ihre Mobilität stabilisieren, sodass sie sich nach sechs Monaten wieder deutlich sicherer fühlt, obwohl sie nicht zur begeisterten Sportlerin wird. Damit kommt sie auch wieder öfter aus ihrem Zimmer, sie kann andere Leute treffen, sogar ein kurzer Spaziergang draußen ist wieder möglich.

Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass Gesundheitsförderung derzeit vor allem in den Bereichen soziales und kulturelles Kapital ansetzt. Dabei gibt es eine Reihe von guten Beispielen, mit denen auch Benachteiligte erreicht werden. Dieses Wissen hat Eingang in Gesundheitsförderungsprojekte gefunden, in denen praxistaugliche Setting-Zuschnitte auch für Ältere entwickelt wurden, über die dann möglichst „habitussensibel“ auf Ungleichheitsempfindungen der jeweiligen Zielgruppen reagiert wird. Beispiele aus Projekten finden sich z. B. für:

- Peer-Education, oft von Schlüsselpersonen mit ähnlichem Milieuhintergrund erbracht, wodurch sozial benachteiligte Zielgruppen eher erreicht werden
- aufsuchende Arbeit durch Vertrauenspersonen
- gemeinsame Sozialraumbeguhungen (in Stadtteilen) mit Peers aus dem eigenen Milieu
- Partizipation, etwa Gesundheitszirkel, in denen Aktivitäten erst auf Basis der Relevanzsetzungen der Zielgruppen definiert werden etc.
- Empowerment-Strategien wie anwaltschaftliche Unterstützung, Vermittlung, Vernetzung etc., z. B. zur Verbesserung der ökonomischen Situation

Dabei dürfte gelten: Erfolgreiche Projekte der Gesundheitsförderung, die einen Schwerpunkt auf benachteiligte soziale Gruppen legen, scheinen sich besonders dadurch auszuzeichnen, Settings mit einem Mix an unterschiedlichen Maßnahmen anzubieten, um damit eine Paradoxie produktiv auszubalancieren: Sind die Aktivitäten einerseits zu sehr auf die Bedürfnisse und Sichtweisen von Mittelschichten ausgerichtet, nehmen Personen aus unteren sozialen Milieus daran möglicherweise deshalb nicht teil, weil sie nicht den Eindruck haben, dass damit ihre eigenen Erfahrungshorizonte abgedeckt sind. Sind Maßnahmen dagegen zu offensichtlich an benachteiligten Gruppen ausgerichtet, vermeiden nicht wenige der anvisierten Adressatinnen und Adressaten eine Teilnahme deshalb, weil sie eine (weitere) Stigmatisierung als „Almosenempfängerin/-empfänger“ befürchten.

Quellen

- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital – Kulturelles Kapital – Soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen. S. 183–198
- Cichocki, M.; Quehenberger, V.; Zeiler, M.; Adamcik, T.; Manousek, M.; Stamm, T.; Krajic, K. (2015): Effectiveness of a low-threshold physical activity intervention in residential aged care – results of a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging* 10, S. 885–895
- Knesebeck, O. v. d.; Schäfer, I. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften (2. Auflage), Wiesbaden. S. 253–265
- Krajic, K.; Eichmann, H.; Dötig, C. (2017a): Grundlagen zum Thema „Altern und gesundheitliche Chancengerechtigkeit“. Bericht eines Forschungsprojekts für den Fonds Gesundes Österreich. FORBA, Wien (<http://www.forba.at/de/forschung/view/index.html?id=436>)
- Krajic, K.; Cichocki, M.; Quehenberger, V. (2015): Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promotion International* 30 (3). S. 769–781
- Krajic, K.; Dötig, C. (2017b): Gesundheit hat kein Alter – Transfer Steiermark: Ergebnisse der Abschlussevaluation. Forschungsbericht FORBA, Wien
- Krajic, K.; Schmidt, C.; Christ, R. (2010): Gesundheitsförderung in der Long Term Care in Österreich: eine Status quo Analyse. *Soziale Sicherheit*. S. 142–148
- Pelikan, J. M. (2009): Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, Volume 34, Issue 2, S. 28–47
- Putnam, R. D. (Hrsg.) (2001): Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich. Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh
- Quehenberger, V.; Cichocki, M.; Krajic, K. (2014): Sustainable effects of a low-threshold physical activity intervention on health-related quality of life in residential aged care. In: *Clinical Interventions in Aging* 9, S. 1853–1864
- Schaeffer, D.; Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Volume 42, Issue 6, S. 441–451
- Statistik Austria (2016): Soziale Faktoren haben einen prägenden Einfluss auf die Gesundheit. Pressemitteilung: http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/109625.html



Foto: gpoinstudio

1.2 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit der älteren Generation in Österreich

Petra Winkler / Gesundheit Österreich GmbH; Andreas Stückler / Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen

Einleitung

Gesundheit und Wohlbefinden sind nicht nur genetisch oder durch individuelles Verhalten bedingt, sondern werden auch durch die Verhältnisse beeinflusst, in denen Menschen leben. Das ist vielfach belegt (z. B. Statistik Austria 2016). Unter Verhältnissen sind materielle Lebensbedingungen, (Aus-)Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen und Netzwerke, Lebensräume und die natürliche Umwelt sowie auch das Gesundheitssystem zu verstehen (Griebler et al. 2017). Diese Verhältnisse determinieren nicht nur Gesundheit und Wohlbefinden, sondern stehen auch zueinander in Wechselwirkung. Die Ressourcen sind ungleich verteilt, sowohl innerhalb der Bevölkerung als auch im Lebensverlauf jeder/jedes Einzelnen. Unter diesen Aspekten sind Bildung und Einkommen, die als sozioökonomische Determinanten bezeichnet werden, zentral. Am Grad des Zusammenhangs von Gesundheit und sozioökonomischen Faktoren misst man gesundheitliche Chancengerechtigkeit.

Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Situation bzw. sozialer Lage und Gesundheit ist bei älteren Menschen weniger untersucht als bei Menschen mittleren Alters. Aus der Forschung ist bekannt, dass zumindest bei Männern ab 75 Jahren kein Zusammenhang zwischen überhöhter Sterblichkeit und sozioökonomischer Benachteiligung mehr gegeben ist (Lampert et al 2008). Andererseits deuten Befunde der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) auf durchaus beträchtliche Mortalitätsunterschiede entlang des sozioökonomischen Status auch im hohen Alter jenseits der 80 hin (ÖPIA 2018).

Im Folgenden wird anhand ausgewählter Indikatoren aufgezeigt, dass auch bei der älteren Bevölkerung in Österreich ein Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation – gemessen am Bildungsgrad – und Gesundheit, ausgewählten körperlichen Faktoren, gesundheitsrelevantem Verhalten und sozialer Unterstützung besteht. Im Bericht „Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich“ aus dem Jahr 2012 konnten solche Zusammenhänge anhand der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006 gezeigt werden, etwa dass auch bei der älteren Generation ein hohe Schulbildung mit (sehr) gutem allgemeinem Gesundheitszustand und hoher Lebensqualität korrelierte, dass chronische Krankheiten seltener auftraten (insbesondere Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus) sowie Adipositas deutlich seltener vorkam als bei den Gleichaltrigen mit maximal Pflichtschulabschluss. Auch Diabetes sowie chronische Angstzustände und Depressionen waren bei Menschen, deren Ausbildung mit der Pflichtschule endete, häufiger als bei Menschen mit höherem Bildungsabschluss. Der Anteil der Raucher bzw. Raucherinnen war in den höheren Bildungsschichten der über 65-jährigen Männer geringer als in den niedrigeren, doch bei den Frauen war es genau umgekehrt. (Winkler et al. 2012)

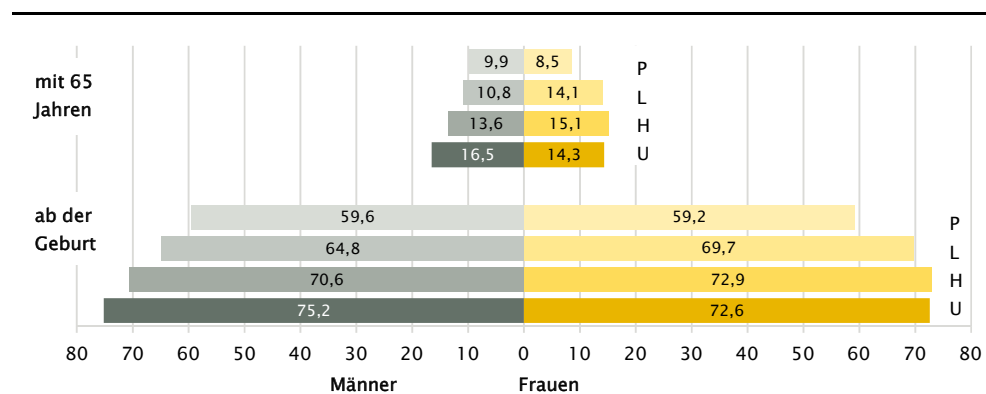
Nun soll untersucht werden, ob die Gesundheitsbefragung 2014 diese Diagnosen bestätigen kann. Basisauswertungen für die folgenden Ausführungen stammen aus dem Österreichischen Gesundheitsbericht 2016 (Griebler et al. 2017), in dem allerdings die gesundheitliche Chancengerechtigkeit nur dann nach Altersgruppen dargestellt wurde, wenn es grundsätzliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen gab. Zusätzlich wird auf Daten der seit 2013 laufenden Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) zurückgegriffen. Die ÖIHS ist die erste Studie in Österreich, die systematisch die Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen (80 +) untersucht. Der Fokus der Darstellung liegt im Folgenden primär auf Ergebnissen der 2015 abgeschlossenen Ersterhebung in Wien und der Steiermark, die Auskunft über sozioökonomisch bedingte Gesundheitsdifferenzen in einem repräsentativen Sample 80- bis 85-jähriger Österreicher/innen geben (ÖPIA 2015).

Lebenserwartung in Gesundheit

Wenngleich nicht so deutlich wie ab der Geburt, korreliert doch auch im Alter von 65 Jahren die Lebenserwartung in Gesundheit mit dem Bildungsgrad – bei den Männern stärker als bei Frauen. Die weitere Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit für 65-jährige Männer mit einem universitären Abschluss ist um 6,6 Jahre höher als für Männer dieses Alters, die lediglich einen Pflichtschulabschluss aufweisen (16,5 vs. 9,9 weitere Lebensjahre). Bei Frauen sind diejenigen mit nur einem Pflichtschulabschluss zwar auch benachteiligt (ihre Lebenserwartung in Gesundheit ist mit 8,5 weiteren Lebensjahren deutlich niedriger), doch ansonsten ist kein Zusammenhang erkennbar (vgl. Abbildung 1).

Im hohen Alter (80 +) scheinen sich sozioökonomisch bedingte Differenzen tendenziell etwas abzuschwächen: Wie das erste, drei Jahre nach der Ersterhebung durchgeführte Follow-up der ÖIHS zeigt, konnten Niedriggebildete (höchstens Pflichtschule) im Zeitraum zwischen Erst- und Zweiterhebung einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand fast genauso häufig aufrechterhalten wie Höhergebildete mit mindestens Matura (81 Prozent vs. 85 Prozent). Dies wird allerdings kontrastiert durch eine fast doppelt so hohe Mortalität von Niedriggebildeten (22 Prozent vs. 12 Prozent) zwischen Erst- und Zweiterhebung (ÖPIA 2018). Eine statistisch wahrnehmbare Verringerung sozioökonomisch bedingter Gesundheitsunterschiede im hohen Alter dürfte somit im Wesentlichen auf einer sozialen Selektion beruhen.

Abbildung 1: Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit nach Bildung ab Geburt und mit 65 Jahren, Österreich 2014



höchster formaler Bildungsabschluss:

P = maximal Pflichtschule, L = Lehre oder Mittlere (Fach-)Schule, H = Höhere Schule, U = Universität/Fachhochschule

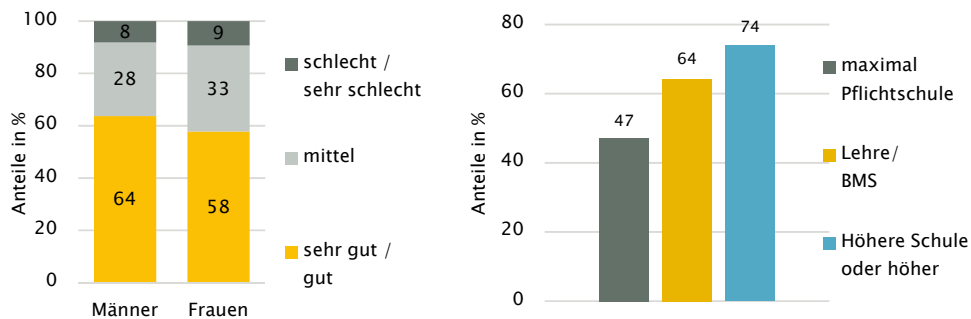
Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2014, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand und Lebensqualität

64 Prozent der ab 60-jährigen Männer und 58 Prozent der ab 60-jährigen Frauen (deren Durchschnittsalter höher ist) beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Das hat sich seit 2006/2007 verbessert. Doch der Unterschied nach dem Bildungsgrad ist 2014 nach wie vor deutlich: Nur 47 Prozent der Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss, aber 64 Prozent derjenigen mit Lehre oder einer berufsbildenden mittleren Schule und 74 Prozent derjenigen, die zumindest einen Maturaabschluss haben, haben einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand (vgl. Abbildung 2).

Bildungsspezifische Differenzen hinsichtlich der subjektiven Gesundheit bleiben grundsätzlich auch im hohen Alter (80+) bestehen. In der ÖIHS wurde die Gesundheit von den Studienteilnehmer/innen umso positiver eingeschätzt (sehr gut oder gut), je höher ihre Bildung war: von rund 46 Prozent bei maximal Pflichtschulabschluss über 51 Prozent bei Personen mit Lehre oder mittlerem Schulabschluss bis zu 67 Prozent bei mindestens Maturaabschluss.

Abbildung 2: Gesundheitszustand der ab 60-Jährigen nach Geschlecht – Sehr guter bis guter Gesundheitszustand der ab 60-Jährigen nach Bildung, 2014

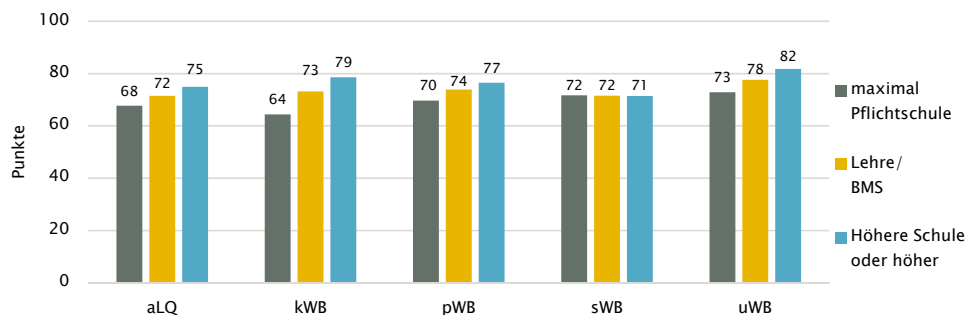


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die österreichische Bevölkerung ab 60 Jahren beurteilt die eigene Lebensqualität insgesamt mit durchschnittlich 72 (Männer) bzw. 70 (Frauen) von 100 Punkten. Das ist höher als bei der letzten Gesundheitsbefragung – sowohl insgesamt als auch für die vier Dimensionen körperlich, psychisch, sozial und umweltbezogen (während es für jüngere Altersgruppen tendenziell schlechter wurde). Ab 60-jährige Österreicher/innen mit einem höheren Bildungsabschluss schätzen ihre Lebensqualität höher ein als Österreicher/innen mit maximal Pflichtschulabschluss. Dies gilt – mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens für alle Lebensqualitätsdimensionen (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Lebensqualität der ab 60-Jährigen nach Bildung, 2014



aLQ = allgemeine Lebensqualität, kWB = körperliches Wohlbefinden, pWB = psychisches Wohlbefinden, sWB = soziales Wohlbefinden, uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

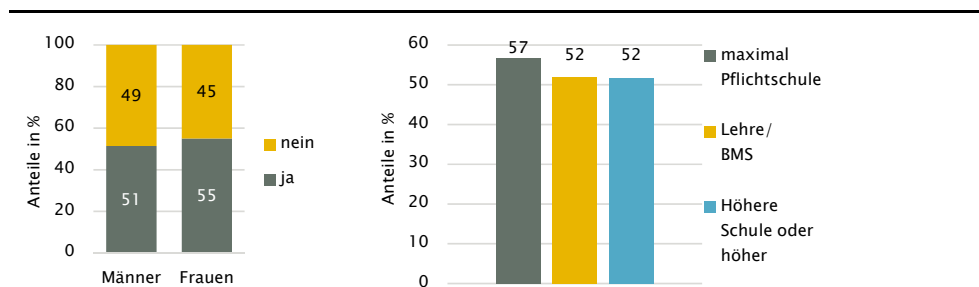
In der ÖIHS erfolgte die Erhebung der Lebensqualität primär über eine Abfrage der Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation. Auch hier konnte eine prinzipiell sehr hohe Lebenszufriedenheit unter hochaltrigen Menschen festgestellt werden (rund 79 Prozent sehr oder eher zufrieden), allerdings mit durchaus beträchtlichen Unterschieden entlang der Bildung: Gaben 84 Prozent der Studienteilnehmer/innen mit mindestens Maturabschluss eine hohe Lebenszufriedenheit an, waren es bei höchstens Pflichtschulabschluss nur 76 Prozent.

Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

Rund die Hälfte der Männer ab 60 Jahren und etwas mehr Frauen dieser Altersgruppe leiden an zumindest einer chronischen Krankheit. Die häufigsten chronischen Krankheiten sind Bluthochdruck, Rücken- und Nackenschmerzen sowie Arthrose. Die Prävalenz chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme ist bei Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss (57 Prozent) höher als bei Menschen mit höherem Bildungsgrad (52 Prozent; vgl. Abbildung 4).

Die Prävalenz chronischer Krankheiten nimmt mit höherem Alter deutlich zu: In der ÖIHS hatten 89 Prozent der Männer und 95 Prozent der Frauen mindestens eine chronische Krankheit. Ein nennenswerter Einfluss sozialer Ungleichheit zeigt sich dabei erst mit Blick auf Multimorbidität, d. h. dem Vorliegen mehrerer chronischer Krankheiten gleichzeitig. Hier ergibt die Analyse einen fast doppelt so hohen Anteil von Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen, die unter vier und mehr Krankheiten gleichzeitig leiden, im Vergleich zu Personen mit hoher Bildung und hohem Einkommen (33 Prozent vs. 17 Prozent).

Abbildung 4: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme der Menschen ab 60 nach Geschlecht und Bildung, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

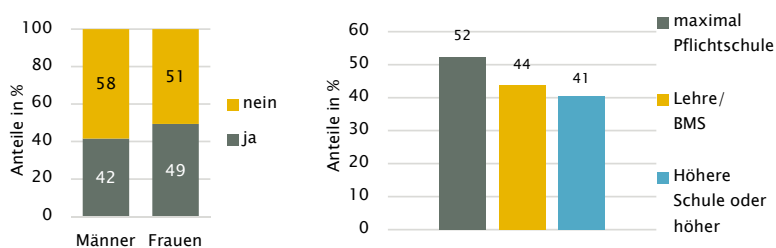
Bluthochdruck

Fast 60 Prozent der Männer und rund 50 Prozent der Frauen ab 60 Jahren haben erhöhten Blutdruck. Die Prävalenz sinkt mit steigender Bildung von 52 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 41 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (vgl. Abbildung 5).

Die Prävalenz von Bluthochdruck ist bei hochaltrigen Menschen zwischen 80 und 85 Jahren nicht bedeutend höher (und bei Männern sogar niedriger) als bei 60- und Mehrjährigen: 57

Prozent der Männer und 59 Prozent der Frauen leiden laut dem geriatrischen Assessment der ÖIHS unter Bluthochdruck. Das kann wahrscheinlich darauf zurückgeführt werden – wie auch aus der Hochaltrigkeitsforschung bekannt ist (z. B. Hitt et al. 1999) –, dass sich langlebige Menschen vor allem dadurch auszeichnen, dass altersassoziierte Krankheiten bei ihnen erst in relativ hohem Alter auftreten, während Personen, die solche Krankheiten früher entwickeln, ein höheres Risiko haben, bereits vor dem Eintritt in die Hochaltrigkeit zu versterben. Nennenswerte Unterschiede entlang der Bildung hinsichtlich der Prävalenz des Bluthochdrucks im hohen Alter ergibt die ÖIHS keine.

Abbildung 5: Bluthochdruck der Menschen ab 60 nach Geschlecht und Bildung, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren

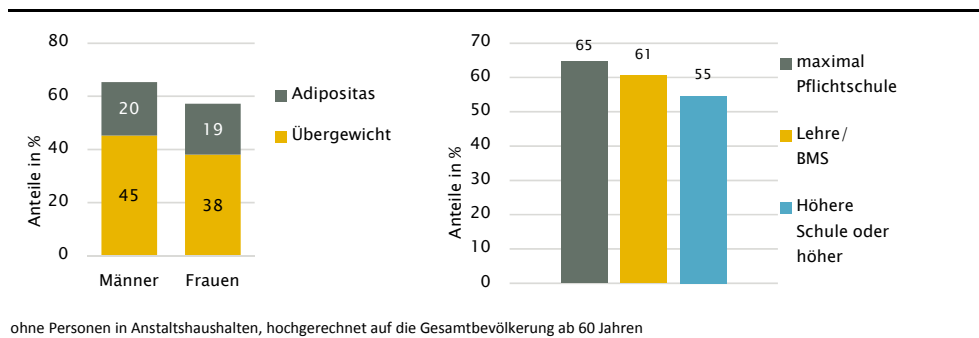
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Adipositas und Übergewicht

Rund 60 Prozent der ab 60-jährigen Menschen sind übergewichtig oder adipös, Männer etwas häufiger als Frauen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Österreicher/innen nimmt mit steigender Bildung ab. Von 65 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 55 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (vgl. Abbildung 6).

Dieser Unterschied scheint im hohen Alter etwas geringer zu werden: In der ÖIHS sind 54 Prozent der Teilnehmer/innen mit maximal Pflichtschulabschluss übergewichtig oder adipös, hingegen 49 Prozent der Teilnehmer/innen mit mindestens Matura. Insgesamt nimmt der Anteil übergewichtiger und adipöser Menschen – gemessen an den dargestellten Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung – im hohen Alter ab. Ihr Anteil beträgt in der ÖIHS nur noch 55 Prozent. Auch das dürfte darauf zurückzuführen sein, dass übergewichtige und adipöse Menschen allgemein ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko tragen, weshalb sie auch etwas seltener ein hohes Alter über 80 erreichen.

Abbildung 6: Übergewicht und Adipositas der Menschen ab 60 nach Geschlecht und Bildung, 2014



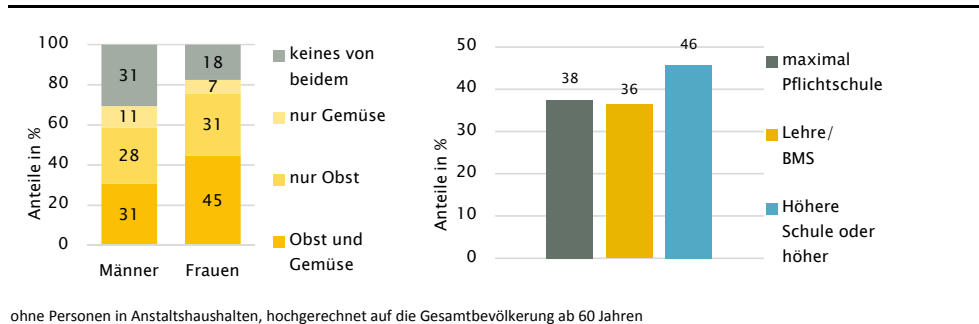
ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Ernährung / Obst und Gemüse

Knapp ein Drittel der Männer ab 60 Jahren und 45 Prozent der gleichaltrigen Frauen essen täglich Obst und Gemüse. Wird der tägliche Konsum von Obst und Gemüse als Hinweis auf gesünderes Ernährungsverhalten interpretiert, ist der Anteil mit günstigerem Ernährungsverhalten bei den Personen mit Matura oder einer höheren Ausbildung (46 Prozent) höher als bei Personen mit einem geringeren Bildungsniveau (36 bzw. 38 Prozent; vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Obst- und Gemüsekonsum der Menschen ab 60 nach Geschlecht
Täglicher Gemüsekonsum nach Bildung, 2014



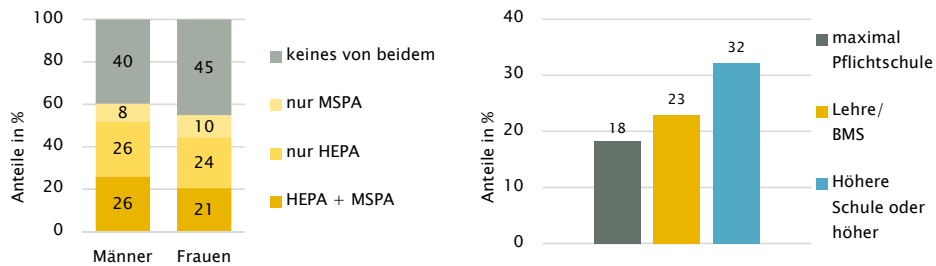
ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gesundheitswirksame Bewegung

Rund ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen erfüllen die österreichischen Bewegungsempfehlungen. Das Bewegungsverhalten der ab 60-Jährigen ist bei Männern also günstiger als bei Frauen, wenngleich der geschlechtsbezogene Unterschied geringer ist als bei den bis 30-Jährigen. Es ist ein deutlicher Bildungsgradient sichtbar (vgl. Abbildung 8).

**Abbildung 8: Bewegungsverhalten der Menschen ab 60 nach Geschlecht
Gesundheitswirksame Bewegung der Menschen ab 60 nach Bildung, 2014**



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren
HEPA: mind. 150 min/Woche mäßig intensive Bewegung; MSPA: Muskelaufbau an zumindest 2 Tagen/Woche

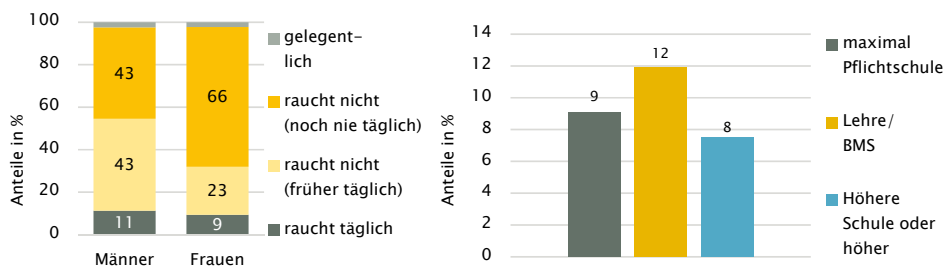
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabakkonsum

Die Raucherquote ist in der älteren Bevölkerung deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung: 11 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen rauchen täglich. Es zeigen sich zwar Unterschiede im Rauchverhalten nach Bildung, doch der Gradient ist nicht eindeutig. Österreicher/innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss gehören seltener zur Gruppe der täglichen Raucher/innen (8 Prozent), bei jenen mit Lehrabschluss oder einer berufsbildenden mittleren Schule ist der Anteil mit 12 Prozent am höchsten (vgl. Abbildung 9).

Im hohen Alter nimmt die Raucherquote weiter ab: In der ÖIHS gaben lediglich 7 Prozent der hochaltrigen Männer und Frauen an, täglich zu rauchen. Die bis ins hohe Alter hinein kontinuierlich abnehmende Raucherquote dürfte vor allem auf eine höhere Mortalität von Raucher/innen zurückzuführen sein.

**Abbildung 9: Raucherstatus nach Geschlecht –
Tägliche Raucher/innen bei Menschen ab 60 nach Bildung, 2014**



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 60 Jahren

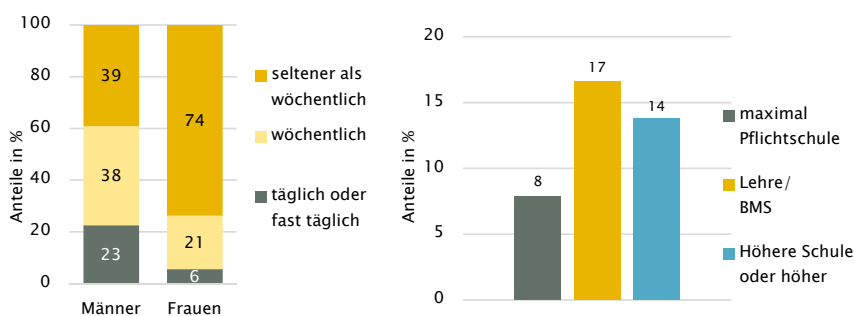
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Alkoholkonsum

Wie in der Gesamtbevölkerung trinken auch bei den ab 60-Jährigen Männer häufiger Alkohol als Frauen: 23 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen konsumieren täglich oder fast täglich Alkohol. In dieser Altersgruppe ist kein eindeutiger Bildungsgradient erkennbar (im Gegensatz zu den jüngeren Bevölkerungsgruppen). Umgekehrt zu den bisher dargestellten Ergebnissen ist bezüglich Alkohol das Verhalten von Personen, die maximal einen Pflichtschulabschluss haben, „gesundheitsförderlicher“. „Nur“ 8 Prozent dieser Bevölkerungsgruppe konsumieren (fast) täglich Alkohol, bei denen mit Lehre oder berufsbildender mittlerer Schule sind es 17 Prozent, bei Personen mit Matura 14 Prozent (vgl. Abbildung 10).

Der Anteil von Personen, die regelmäßig Alkohol konsumieren, nimmt unter Hochaltrigen deutlich zu: In der ÖIHS gaben 33 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen an, (fast) täglich Alkohol zu trinken. Die Häufigkeit regelmäßigen Alkoholkonsums in dieser Bevölkerungsgruppe steigt dabei mit der Bildung (30 Prozent der Personen mit mindestens Matura, hingegen nur 21 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss trinken täglich Alkohol). Ob die deutliche Zunahme des Anteils von Personen mit regelmäßigem Alkoholkonsum im hohen Alter – wie die Befunde mancher Langlebigkeitsstudien nahelegen (z. B. Rajpathak et al. 2011) – auf einen protektiven Effekt eines regelmäßigen, aber moderaten Alkoholenusses hindeutet, müsste erst durch weitere Längsschnittanalysen bestätigt werden.

Abbildung 10: Alkoholkonsum bei Menschen ab 60 nach Geschlecht – Regelmäßiger Alkoholkonsum (an fünf oder mehr Tagen pro Woche) nach Bildung, 2014



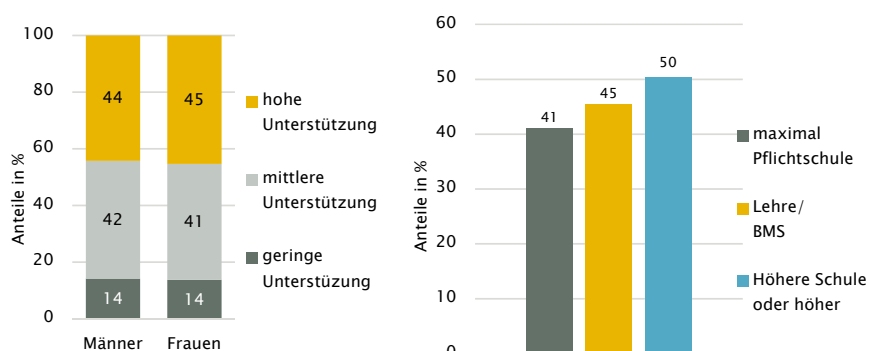
ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 60 Jahre

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung wird als Indikator aus folgenden drei Fragen berechnet: Auf wie viele Personen man sich verlassen kann, wenn ernsthafte persönliche Probleme anstehen, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Personen diesbezüglich zeigen und wie einfach es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Rund 45 Prozent der ab 60-jährigen Österreicher/innen rechnen mit großer Unterstützung im Bedarfsfall. Das ist weniger als in jüngeren Jahren. Bildung beeinflusst die Erwartungshaltung bezüglich sozialer Unterstützung. Rund die Hälfte der ab 60-Jährigen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss, aber nur 41 Prozent derjenigen mit maximal Pflichtschulabschluss rechnen mit einem hohen Maß an Unterstützung (s. Abbildung 11).

Abbildung 11: Soziale Unterstützung für Menschen ab 60 nach Geschlecht – Große soziale Unterstützung für Menschen ab 60 nach Bildung, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 60 Jahre

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Resümee

Für die ältere Generation in Österreich kann beobachtet werden, dass Gesundheit und individuelle Einflussfaktoren je nach Grad der Bildung unterschiedlich ausfallen. Fast alle Faktoren weisen darauf hin, dass auch in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen Gesundheit und Einflussfaktoren schlechter bzw. ungünstiger werden, je geringer die Bildung ist. Dies gilt im Wesentlichen auch für das hohe Alter (80+), auch wenn sich hier in manchen Bereichen eine tendenzielle Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit abzeichnet. Angesichts einer auch noch im hohen Alter beobachtbaren höheren Mortalität niedrig gebildeter Personen dürfte diese Abschwächung allerdings selbst auf einer sozialen Selektion beruhen.

Quellen

Griebler, R.; Winkler, P.; Gaiswinkler, S.; Delcour, J.; Juraszovich, B.; Nowotny, M.; Pochobradsky, E.; Schleicher, B.; Schmutterer, I. (2017): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Hitt, R.; Young-Xu, Y.; Silver, M.; Perls, Th. (1999): Centenarians: the older you get, the healthier you have been. *The Lancet* 354, S. 652.

Lampert, Th.; Maas, I.; Mayer, K. U. (2008): Sozioökonomische Ungleichheit der Mortalität im hohen Alter. In: *Health Inequalities, Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 382–402

ÖPIA (2015): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. 1. Erhebung 2013/2014 – Wien und Steiermark. ÖPIA, Wien

ÖPIA (2018): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle II 2015–2018. Panelerhebung Wien und Steiermark. ÖPIA, Wien

Rajpathak, S. N.; Liu, Y.; Ben-David, O.; Reddy, S.; Atzmon, G.; Crandall, J.; Barzilai, N. (2011): Lifestyle factors of people with exceptional longevity. *Journal of the American Geriatrics Society* 59 (8), S. 1509–1512

Statistik Austria (2014): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Wien

Winkler, P.; Pochobradsky, E.; Wirl, Ch. (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien



Foto: Raphael Bolius

1.3 Alter und Armut

Martin Schenk / Diakonie Österreich

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Knappheit ökonomischen Kapitals (Bourdieu) im Alter. Dazu werden die vorhandenen Daten zu Einkommensarmut, materieller Deprivation und Vermögen zurate gezogen. Ein besonderer Blick liegt auf dem für das Alter bedeutsamen Zusammenhang von ökonomischem Kapital mit Pflege und Pension.

Einkommen und Armut

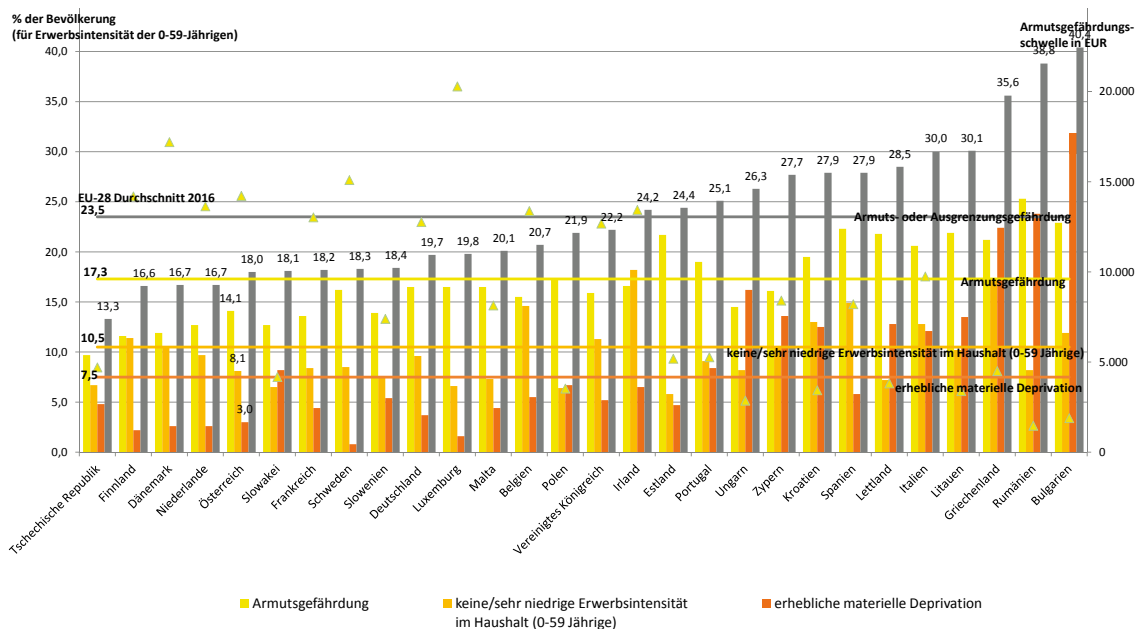
Der Indikator „Armutgefährdung und Mehrfachausgrenzung“ umfasst die drei Gruppen „Armutgefährdung“, „erhebliche materielle Deprivation“ und „Personen in Haushalten mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität“ (Abb. 1). Armutgefährdung bedeutet so viel wie Einkommensarmut, also ein Leben unter der mit Haushaltseinkommen berechneten Armutsgrenze¹. Als „erheblich materiell depriviert“ gelten Personen in Haushalten, denen es am Notwendigsten mangelt, die des Wohnens, der Ernährung, Gesundheit und Wärme beraubt („deprivare“) sind.

¹ Die Armutgefährdungsschwelle (Einkommensarmutsgrenze) für einen Einpersonenhaushalt liegt bei 1.185 Euro pro Monat (EUSILC 2016).

Als erheblich materiell depriviert gelten Personen in Haushalten, auf die zumindest vier der folgenden neun Merkmale zutreffen: Im Haushalt bestehen (1) Zahlungsrückstände bei Miete, Betriebskosten oder Krediten; für den Haushalt ist es finanziell nicht möglich (2) unerwartete Ausgaben zu tätigen, (3) einmal im Jahr auf Urlaub zu fahren, (4) die Wohnung angemessen warm zu halten, (5) jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine vergleichbare vegetarische Speise zu essen; für den Haushalt ist nicht leistbar: (6) ein PKW, (7) eine Waschmaschine, (8) ein Fernsehgerät, (9) weder Telefon noch Handy.

Westeuropäische Länder, die weniger als vier Prozent „erheblich deprivierte“ Personen aufweisen, sind Schweden, Niederlande, Finnland, Dänemark, Österreich und Luxemburg. Länder mit höherer sozialer Ausgrenzung sind Portugal, Spanien, Italien, Irland und Griechenland. Bei „Armutgefährdung“ haben Großbritannien und Deutschland relativ hohe Werte.

Abbildung 1: Einkommensarmut und materielle Deprivation in Europa



Betrachten wir nun die Daten zu Armut und Alter in Österreich, dann sind 157.000 Menschen über 65 Jahren von Einkommensarmut betroffen. Davon sind 46.000 manifest arm. Frauen sind stärker betroffen als Männer (Einkommensarm: 53.000 Männer / 105.000 Frauen; manifest arm: 15.000 Männer / 32.000 Frauen). Das Konzept der „manifesten Armut“ verbindet geringes Einkommen mit sozialer Ausgrenzung. Die Betroffenen leiden besonders unter der schlechten Wohnsituation, dem mangelnden finanziellen Spielraum, sozialer Isolation und einem erhöhten Risiko zu erkranken. Besondere Gefährdung besteht für alleinstehende Frauen in der Pension. Hier ist jede vierte von Altersarmut bedroht.

Einkommen und Pflege

Pflegegeldbezieher/innen in Privathaushalten müssen mitunter – aufgrund ihrer geringen Einkommen und gleichzeitig hoher Ausgaben – mit einer überaus prekären Lebenssituation zurecht kommen. Armutsbetroffene werden im Alter öfter krank und pflegebedürftig sein als Ältere mit hohen Pensionen, aber gleichzeitig weniger Geld zur Bezahlung sozialer Dienstleistungen zur Verfügung haben. Mit geringerem Einkommen und geringerer Bildung steigt nicht nur das Sterberisiko, sondern auch die Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung beziehungsweise der Pflegebedürftigkeit. Menschen mit geringem sozialem Status haben im Alter weniger von Behinderung freie Jahre in Gesundheit zu erwarten als Menschen mit höherem sozialem Status. Männer und Frauen unterer Einkommensschichten sind im Durchschnitt gesundheitlich so sehr eingeschränkt, dass sie in ihren lebensnotwendigen Tätigkeiten auf fremde Hilfe angewiesen sind, wohingegen Männer und Frauen höherer Einkommensschichten im Durchschnitt kürzer pflegebedürftig sind. Armut macht krank und Menschen schneller zu Pflegefällen.

Ein Pflegenetz, das über die Familie hinausreicht, wirkt entlastend und reduziert soziale Ungleichheiten. Weiters entscheiden die Kriterien des Zugangs, der Umfang der gewährten Dienstleistungen sowie die Formen der Finanzierung, ob sich eine sozial ausgleichende Wirkung ergibt oder eben nicht. Wenn Pflegedienstleistungen nicht leistbar oder nicht vorhanden sind, trifft das Personen mit geringem Einkommen doppelt, zum einen weil sie die benötigten Betreuungsleistungen nicht finanzieren können, zum anderen weil sie häufiger von chronischen Erkrankungen, insbesondere auch Demenz, betroffen sind.

Ein Recht zu haben ist das eine, es in Anspruch nehmen zu können das andere. Alle Studien weisen darauf hin, dass die vielen Zuständigkeiten der jeweiligen Kosten- und Leistungsträger sowie die Koordination des Wissens um die Möglichkeiten der Pflegegestaltung für viele große Zugangshürden darstellen. Ähnlich ist es bei der Einstufung in die richtige Pflegestufe in Österreich. Wer sich besser auskennt, besser artikulieren kann und aus der Familie Hilfe bekommt, hat bessere Chancen auf das begehrte Gut „Pflegestufe“. Die Hürden sind sozial nicht gleich aufgestellt. Personen mit geringerem sozialem Status tun sich schwerer, sich hier zurechtzufinden.

Zu beachten ist also, dass einerseits Armut das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden, erhöht und andererseits die Übernahme schlecht oder gar nicht bezahlter Pflegearbeit das Risiko, im Alter in Einkommensarmut zu leben, verschärft.

Einkommen und Pensionen

Die Phase des Alters wird im österreichischen Wohlfahrtsstaat durch eine sozialversicherungs-basierte Pension abgesichert. Sie ist erwerbs- und lebensstandardzentriert. Das erwerbszentrierte österreichische Alterssicherungssystem ist dem Arbeitsmarkt nachgelagert, der Arbeitsmarkt ist dem Alterssicherungssystem vorgelagert. Das heißt, durchgehende Erwerbstätigkeit und die Höhe der erzielten Erwerbseinkommen finden sich in der Höhe der Alterspension wieder. Was im Umkehrschluss bedeutet, dass unterbrochene Erwerbsbiographien und niedrige Einkommen zu niedrigen Pensionen führen. Das erste strukturelle Arbeitsmarktprob-

lem ist die ungleiche Erwerbsteilnahme: Die Ungleichheit bezieht sich auf Menschen mit geringen/hohen Qualifikationen, mit/ohne Migrationshintergrund, mit/ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen, mit/ohne Betreuungspflichten etc. Der Anteil der Erwerbstätigen ist bei Frauen generell niedriger als bei Männern. Ein zweites strukturelles Arbeitsmarktproblem ist die geringe Höhe der Frauenerwerbseinkommen, aufgrund von Teilzeitbeschäftigung bzw. aufgrund des niedrigen Frauenlohniveaus generell (Mayrhofer 2017). Von den neu zuerkannten Pensionen 2016 lag die durchschnittliche Alterspension in der gesetzlichen Pensionsversicherung (ohne krankheitsbedingte Pension bzw. Hinterbliebenenpension) der Männer bei 1.736 Euro, jene der Frauen bei 1.056 Euro. Frauenpensionen erreichen im Schnitt 61 Prozent der Männerpensionen, der Pensionen-Gap beträgt 39 Prozent.

Das höchste Risiko, im Alter auf eine Mindestpension angewiesen zu sein, haben Frauen, selbst wenn sie eine längere Versicherungsdauer aufweisen, aber in ihrem Leben niedrige Einkommen bezogen haben und längeren Teilzeitphasen aufweisen. Die wichtigsten Ursachen für Altersarmut sieht der Armutsforscher Richard Hauser (2008) deshalb auch in mehreren Faktoren: „Fehlende Universalität der Alterssicherungssysteme; niedrige Erwerbseinkommen; längere Perioden der Arbeitslosigkeit; vorzeitige Erwerbsunfähigkeit; längere Krankheiten; Scheidungen; Zuwanderung im mittleren Alter, ohne dass bereits ausreichende Alterssicherungsansprüche erworben und mitgebracht wurden.“

Insgesamt liegt Österreich mit der Altersarmut unter dem OECD-Schnitt. Das weist auf die präventive Wirkung des Sozialstaats hin. Neue Entwicklungen dürfen aber nicht übersehen werden. Prekäre Lebensverhältnisse nehmen zu. Und die demografischen Veränderungen stellen uns vor neue Herausforderungen.

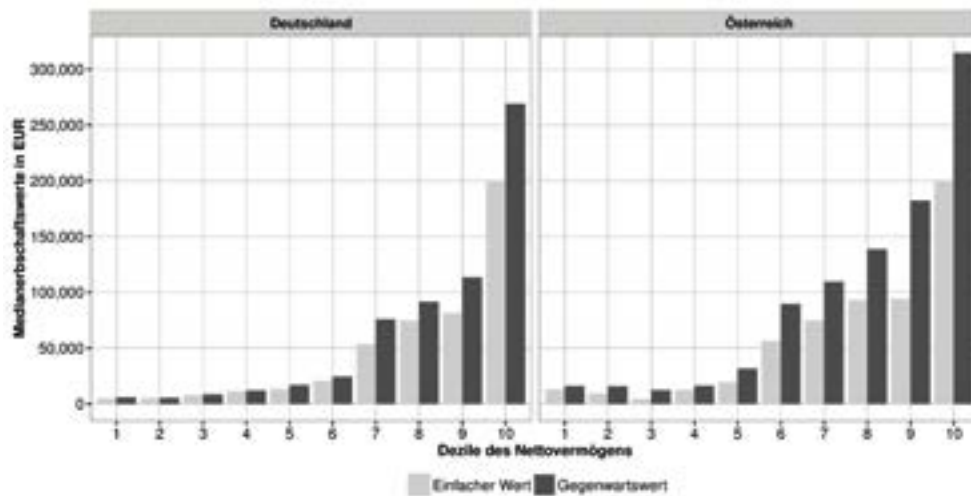
Zugespitzt können wir formulieren: Vor Altersarmut schützen guter Lohn, durchgängige Erwerbszeiten, stabile Beziehungen, keine Arbeitslosigkeit sowie das Nichtvorhandensein von Krankheiten, Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen.

Vermögen und Alter

Ökonomisches Kapital umfasst aber nicht nur Einkommen aus Erwerbsarbeit oder die Zusammensetzung der Haushaltseinkommen, sondern auch das zur Verfügung stehende Vermögen im Alter. Hier bietet sich ein Blick auf Erbschaften an, da dieser Rückschlüsse auf die Vermögensverhältnisse älterer Menschen zulässt.

In Abbildung 2 sind für Österreich und Deutschland die Erbschaftshöhen nach Dezilen des Nettovermögens eingetragen. In Bezug auf die Erbschaftshöhe geht daraus hervor, dass Erbschaften eine hohe Streuung aufweisen. In den unteren sechs (Deutschland) bzw. fünf Dezilen (Österreich) finden sich Erbschaften mit einem Medianwert, der teilweise weit unter 50.000 Euro liegt. Dieser Befund legt nahe, dass für die Hälfte der Bevölkerung Erbschaften (zeitweise) Einkommensausfälle nicht kompensieren können (Korom 2017). Den vielen Kleinerben stehen vor allem die „Großerben“ in den obersten zehn Prozent der Vermögensverteilung gegenüber. Im obersten Dezil liegt der Medianwert für Deutschland bei rund 270.000 Euro und für Österreich bei rund 315.000 Euro.

Abbildung 2: Erbhöhe nach Position in der Nettovermögensverteilung (HFCS), eigene Berechnung nach Korom (2017)



Mit einem Gini-Koeffizienten von 0,89 sind Erbschaften extrem ungleich verteilt – noch deutlich ungleicher als das Gesamtvermögen. Rund 35 Prozent aller österreichischen Haushalte erben bereits mindestens einmal. Bei vermögenden Haushalten traten Erbschaften dabei deutlich öfter auf. Von den reichsten zehn Prozent erhielten über zwei Drittel (72 Prozent) Erbschaften. Von den vermögensärmsten 40 Prozent der Haushalte erbte hingegen nur etwa jeder Zehnte.

Die Daten des Household Finance Consumption Survey (HFCS) geben uns auch Einblick in die Verfügbarkeit von Vermögen im Sozialstaat. Hier werden unterschiedliche Teile der – oft fälschlicherweise als einheitlich dargestellten – Mittelschicht sichtbar. Die Mitte gibt es nicht, wie die Daten der Nationalbank (2016) zeigen. Bezieht man neben Einkommen auch Konsum und Vermögen in die Analyse ein, dann zerfällt die Mitte in einen Teil mit Vermögen und in einen ohne. Etwa die Hälfte der Mitte ist in Besitz einer Wohnung oder eines Hauses. Die untere Hälfte hat kaum nennenswerten Besitz. Wobei „Unten“ und „Mitte“ einander näher sind als „Mitte“ und „Oben“. Und das macht einen Riesenschied. Die untere Mittelschicht lebt nämlich so lange in relativem Wohlstand mit Mietwohnung, Auto, Urlaub, Hobbys und Zukunftschancen für die Kinder, solange Systeme des sozialen Ausgleichs existieren. Ihre Lebensqualität wird durch den Sozialstaat möglich gemacht. Pensionsversicherung, Kranken- und Arbeitslosenversicherung, geförderte Mietwohnungen und öffentliche Schulen sichern den Lebensstandard und verhindern gerade in unsicheren Zeiten ein Abrutschen nach unten. Die untere Mitte hat kein Vermögen, um Einschnitte wie Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Alter einfach aufzufangen. Und wäre sie gezwungen, Vermögen für Alter, Bildung, Krankheit oder Arbeitslosigkeit anzusparen, wären ihr Lebensstandard und ihr Konsumniveau vernichtet. Die Mitte ist dort weniger gefährdet, wo es ein starkes Netz sozialer Sicherheit gibt.

Quellen

Hauser, R. (2008): Altersarmut in der Europäischen Union. WSI-Mitteilungen, S. 125–132

Korom, P. (2017): Erben. In: Schürz, M.; Schenk, M.; Hofmann, J.; Dimmel, N. (Hrsg.): Handbuch Reichtum. Neue Erkenntnisse aus der Ungleichheitsforschung. S. 244–254

Mayrhuber, C. (2017): Pensionen. Das österreichische Pensionssystem ist leistungsstark und reformbedürftig. In: Schenk, M.; Rümmele, M.: Genug gejammert. Warum wir gerade jetzt ein starkes soziales Netz brauchen. S. 141–153

Österreichische Nationalbank (2016): Household Finance and Consumption Survey des Eurosystems 2014. Erste Ergebnisse für Österreich, Wien

Palk, D.; Schenk, M.; Schmid, T. (2014): Alter – Pflegebedürftigkeit – Armut. In: Dimmel, N.; Stelzer-Orthofer, C.; Schenk, M. (Hrsg.): Handbuch Armut in Österreich. Studienverlag, Innsbruck. S. 170–183

Statistik Austria (2017): Statistik Austria. Einkommen, Arbeit und Lebensbedingungen. EU Silc 2016



Foto: Fotolia.com

1.4 Ageism und dessen Bedeutung für faire Chancen, gesund zu altern

Karin Waldherr, Tanja Adamcik / Ferdinand Porsche FernFH

Was ist Ageism?

Der Begriff „Ageism“ wurde erstmals vom amerikanischen Psychiater und Gerontologen Robert Butler in Anlehnung an „Sexism“ und „Racism“ verwendet (Butler 1969). Er wird definiert als Stereotypisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen oder Gruppen aufgrund ihres kalendarischen Alters (Butler 1969; WHO 2015). Ageism kann prinzipiell sowohl alte als auch junge Menschen betreffen. So gibt es einerseits Höchstaltersgrenzen für manche Berufspositionen, und andererseits werden jungen Menschen oft nur bedingte Arbeitsverträge oder andere prekäre Beschäftigungsverhältnisse angeboten. Ageism steht jedoch zumeist für ein negatives Altersbild, Stigmatisierung des Alterungsprozesses und alter Menschen, gesellschaftliche Ausgrenzung alter Menschen beziehungsweise Altersfeindlichkeit.

Lippman (1921) beschreibt Stereotype als „Bilder in unseren Köpfen“ über uns selbst und andere Menschen. Aufgrund der Zugehörigkeit eines Menschen zu einer bestimmten Gruppe wird auf das Vorhandensein „typischer“ Eigenschaften geschlossen. Zu unterscheiden ist dabei

zwischen individuellen und kollektiv geteilten Stereotypen (Stangor 2000). Alte Menschen sind sowohl mit negativen als auch mit positiven Stereotypen behaftet. So werden ihnen einerseits positive Eigenschaften wie „besonnen, erfahren, gütig“ zugeschrieben und andererseits negativ konnotierte Eigenschaften wie „gebrechlich, dement, einsam und pflegebedürftig“. Obwohl diese Eigenschaften für einen Teil alter Menschen durchaus zutreffen, lässt sich nicht daraus folgern, dass eine bestimmte ältere Person gebrechlich, einsam und dement ist (vgl. Nelson 2011; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010).

„Die Tatsache, dass zumindest Teile des Altersstereotyps immer wieder durch die Realität bestätigt werden, macht sicher einen erheblichen Teil seiner Änderungsresistenz aus.“ (Rothermund/Mayer 2009, 33)

Bei Stereotypen geht es also darum, dass eine konkrete Person nur aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe beurteilt wird. Kollektiv geteilte Vorurteile gegenüber bestimmten Gruppen aufgrund sichtbarer äußerer Merkmale (= Stigmatisierung, Goffman 1963) können in ungleicher Behandlung und Diskriminierung von Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu dieser Gruppe resultieren (Allport 1954). Daher stehen Altersstereotype auch in Zusammenhang damit, wie unsere Gesellschaft mit alten Menschen umgeht (Ng et al. 2015). Dies können sowohl negative Diskriminierungen sein wie Höchstaltersgrenzen bei bestimmten Versicherungsleistungen (vgl. Antidiskriminierungsstelle Steiermark 2017), aber auch positive Diskriminierungen in Form von Begünstigungen und Privilegien nur aufgrund des Alters unabhängig von der sozialen Lage (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010).

Levy (2017) spricht von einem „Altersstereotypen-Paradoxon“: Man würde eigentlich erwarten, dass gesellschaftliche Altersbilder positiver geworden sind wegen 1. des steigenden Anteils an älteren Menschen in der Bevölkerung und damit einhergehenden vermehrten Möglichkeiten generationenübergreifender Kontakte (die zum Abbau von negativen Stereotypen beitragen), 2. eines immer besser werdenden Gesundheitszustandes älterer Menschen, 3. Gesetzestexten, die ein positives Altersbild fördern, und 4. wegen generell immer positiver werdender Einstellungen gegenüber anderen bisher stigmatisierten und diskriminierten Gruppen.

Es gibt jedoch zahlreiche Belege dafür, dass negative Altersstereotype noch weit verbreitet sind (Kite et al. 2005) und institutionelle und politische Praktiken die Aufrechterhaltung von negativen Altersstereotypen begünstigen (vgl. Cuddy et al. 2005; Levy 2002). So ergab beispielsweise der „World Values Survey, Wave 6, 2010–2014“ (<http://www.worldvalues-survey.org/WVSContents.jsp>), dass fast 60 Prozent der weltweit rund 84.000 Befragten der Meinung sind, dass alte Menschen nicht sehr respektvoll behandelt werden (in Deutschland meinten dies rund 49 Prozent der Befragten; für Österreich gibt es keine Daten), und rund 18 Prozent weltweit denken, dass alte Menschen eine Last für die Gesellschaft seien (in Deutschland waren rund 22 Prozent der Befragten dieser Meinung). Die Antidiskriminierungsstelle Steiermark berichtet, dass Alter zu den drei wichtigsten Diskriminierungsgründen in der Steiermark gehört, nach ethnischer Herkunft und Religion (Antidiskriminierungsstelle Steiermark 2017). Das österreichische Gleichbehandlungsgesetz berücksichtigt die Gleichbehandlung ohne Unterschied des Alters derzeit nur in der Arbeitswelt, nicht jedoch in anderen Bereichen

wie z. B. dem Zugang zu Versorgung mit Waren und Dienstleistungen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2016). Diese Aufzählung könnte noch weiter fortgesetzt werden.

Was sind Ursachen für Entstehung und Aufrechterhaltung von Ageism?

Ageism hat viele Dimensionen und Ursachen und in der Literatur werden zahlreiche Erklärungsansätze diskutiert. Eine wichtige Ursache für Ageism wird in der „großen Angst vor dem eigenen Alterungsprozess und dem Tod“ gesehen (vgl. Nelson 2011). Die zunehmende Medikalisierung des Alter(n)s und die wachsende „Anti-Aging“-Industrie fördern diese Angst (Levy 2017). Gesellschaftliche Veränderungen haben dazu beigetragen, dass intergenerationelle Kontakte in den letzten Jahrzehnten abgenommen haben statt zuzunehmen (Levy 2017). So hat beispielsweise mit der Ausbreitung des Internets die ältere Generation ihre Stellung als Wissensquelle weitgehend eingebüßt. Früher wurde die Großmutter nach einem Rezept gefragt, heute wird im Internet gesucht. Politische und mediale Diskussionen um die Finanzierung des Gesundheitssystems angesichts des steigenden Anteils von älteren Menschen können ein negatives Altersbild bei den jüngeren Generationen fördern (Levy 2017). Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Wortwahl. Schlagzeilen wie „Regime der Alten“ können die Kluft zwischen den Generationen verstärken. Andere alltäglich verwendete Begriffe, wie beispielsweise „Anti-Aging“, enthalten unterschwellige Botschaften, dass das Altern etwas zu Fürchtendes und zu Bekämpfendes sei. Kramer (2003) spricht in ihrem Beitrag zur sprachlichen Diskriminierung des Alters über die Wirkungsweise von Sprache als Mittel der Ab- und Ausgrenzung sowie der sozialen Abwertung. Der Fokus der Forschung in Bezug auf sprachliche Diskriminierung wurde bislang nicht auf das Alter gelegt, sondern auf rassistischen oder sexistischen Sprachgebrauch. Jedoch scheint speziell sprachlicher Ageism als relevant, da früher oder später – unabhängig von Rasse, Geschlecht, Herkunft oder Religion – jeder Mensch von diesem diskriminierenden Sprachgebrauch betroffen sein kann. Das sprachliche Spektrum des Ageism verfügt über eine große Vielfalt. Diese reicht von Dialekt (Oide), Umgangssprache (Grufti), über Standard- (Überalterung) und Gruppensprache (Mumie als jugendsprachliche Bezeichnung für ältere Menschen) bis hin zu Neologismen (Altenlast) und Euphemisierung (50 +). Ebenfalls weitverbreitet ist der Einsatz des Adjektivs „alt“ zur Verstärkung von Beschimpfungen (alter Trottel) (Kramer 2003).

Kritisch gesehen wird auch das vor allem in den USA verbreitete Modell des „Successful Aging“ (Rowe/Kahn 1998), da es implizit vermittelt, dass es bezüglich des Alterns „Erfolgreiche“ und „wenig Erfolgreiche“ gibt, wobei der „Erfolg“ vor allem in der Eigenverantwortung liegen würde (vgl. Holstein/Minkler 2003; Calasanti 2015). Das birgt das Risiko der weiteren Stigmatisierung von benachteiligten Gruppen, die aufgrund einer ungünstigen Lebensbiographie im Alter häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen und denen auch Wellness- und „Anti-Aging“-Produkte aus finanziellen Gründen nicht zugänglich sind.

Was sind die Konsequenzen von Ageism und was folgt für die Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengerechtigkeit?

Zu den Konsequenzen von Ageism für die Gesundheit im Alter gibt es zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen. So konnte belegt werden, dass altersbezogene Selbststereotypisierungen verschiedene Gesundheitsparameter (z. B. Gedächtnisleistung) beeinflussen (Levy et al. 2002; Levy et al. 2009). Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass alle Menschen, die nur ausreichend lange leben, selbst irgendwann zur Gruppe der „Alten“ gehören und Altersstereotype verinnerlichen und dann im Alter auf ihr Selbstbild übertragen (Officer et al. 2016). Dies kann gesundheitsrelevantes Verhalten beeinflussen, indem sich beispielsweise älter werdende Menschen mit negativem Altersbild weniger zutrauen und körperliche Aktivitäten einschränken oder sich weniger an sozialen Aktivitäten beteiligen (Wurm et al. 2013). Eine Langzeitstudie hat gezeigt, dass unabhängig von Geschlecht und sozioökonomischem Status Menschen mit einem positiven Bild vom Alter im Durchschnitt um 7,5 Jahre länger leben als jene mit einem negativen Altersbild (Levy et al. 2002). In Hinblick auf faire Chancen, gesund zu altern, sind daher Belege, dass sozioökonomische Merkmale das individuelle Altersbild beeinflussen (vgl. z. B. Kruse/Schmitt 2005), besonders bedeutsam.

Ageism wirkt sich nicht nur auf unser Verhalten gegenüber alten Menschen, auf unser eigenes Selbstbild im Alter und auf unser Altern aus, sondern beeinflusst auch Entscheidungen in der Politik, der Wirtschaft und im Gesundheits- und Sozialwesen (Wurm et al. 2013; Officer et al. 2016). Studien zeigen beispielsweise bei Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich negativere Einstellungen gegenüber alten Menschen als in der Allgemeinbevölkerung (Nash et al. 2014; Azulai 2014) und Benachteiligungen von alten Menschen bei medizinischen Behandlungen (Dixon-Woods et al. 2006).

Wie kann man Ageism entgegenwirken?

Für die Bekämpfung von Ageism ist es wichtig, die positiven Seiten des Alter(n)s stärker zu betonen. Dennoch sollten negative Altersstereotype nicht einfach durch positive Altersstereotype ersetzt werden. Insbesondere ist bei der Betonung der Potenziale des Alters (Kruse 2010) darauf zu achten, dass diese nicht nur auf „junge Alte“ und körperliche Fitness bezogen werden und demgegenüber hochaltrige Menschen beziehungsweise junge Alte mit Hilfe- und Pflegebedarf somit als „wertlos“ und nur mehr dem Tod entgegenblickend angesehen werden. Ziel sollte die Widerlegung von Altersstereotypen durch sachliche und objektive Aufklärung sein (Brauer 2010).

„Vielmehr braucht die Verschiedenartigkeit des Alters auch differenzierte Altersbilder, welche die Vielfalt des Alters so abbilden, dass der gesellschaftliche Diskurs über Altersbilder die Inklusion aller älteren Menschen befördert.“
(Wurm et al. 2013, 8)

Laut Kruse und Schmitt (2005) hat sich in den letzten Jahrzehnten bereits eine differenziertere Sicht auf das Alter entwickelt. Es gibt also keine Zweiteilung in ein rein positives und ein rein negatives Altersbild, sondern eine Vielzahl von Altersbildern (Kruse/Schmitt 2005).

An Handlungsstrategien bedarf es einer Kombination von Top-down und Bottom-up Ansätzen (Levy 2017). Bottom-up braucht es Initiativen zur Sensibilisierung für das Thema und soziale Bewegungen wie jene der „Gray Panthers“, eine in den USA gegründete international tätige Organisation, die sich für die Rechte älterer Menschen einsetzt (<http://www.graypanthersnyc.org/>). Top-down braucht es Strategien von internationalen und nationalen Organisationen, aber auch Maßnahmen auf kommunaler Ebene. Insbesondere ein Abbau des weitverbreiteten sprachlichen Ageism kann nur durch Aufklärung und aktive Einflussnahme erzielt werden. Im Folgenden sind ein paar Good-Practice-Beispiele auf internationaler Ebene angeführt:

- UN-Arbeitsgruppe zu den Rechten Älterer (<http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/rechte-aelterer>)
- WHO global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-en.pdf), die im Mai 2016 in Genf verabschiedet wurde und zum weltweiten Kampf gegen Ageism auffordert.

Einige Beispiele auf nationaler und kommunaler Ebene sind:

- Netzwerk „Alt sein und gut leben 2050“, welches unter anderem „aufrütteln, vernetzen und gestalten“ möchte (<https://alt-sein-und-gut-leben-2050.at/ueber-uns/mission/>).
- Gütesiegel NESTOR^{GOLD} für Unternehmen und Organisationen, „deren gesamte Organisationsstruktur generationen- und altersgerecht gestaltet ist und in denen die Potentiale und Bedürfnisse der MitarbeiterInnen jedes Alters und in allen Lebensphasen berücksichtigt werden“ (https://www.sozialministerium.at/site/Ministerium/Guetesiegel/NESTOR_GOLD/).
- Das Projekt „Generationen bewegen“ der Wiener Gesundheitsförderung WiG, das Seniorinnen, Senioren und Kindergartenkinder einmal pro Woche zu gemeinsamen psychomotorischen Bewegungseinheiten zusammenführte (<http://www.wig.or.at/Nachlese%20Fachtagung.1902.0.html#parent=altern>).

Auch die Wissenschaft kann entscheidende Beiträge leisten, wobei mehr Forschung mit Seniorinnen und Senioren statt Forschung über Seniorinnen und Senioren erfolgen sollte, d. h. Action Research und partizipative Forschungsansätze (Holstein/Minkler 2003). Schließlich können auch Einzelpersonen ihren ganz persönlichen Beitrag leisten durch Achtsamkeit im intergenerativen Zusammenleben.

Fazit

Ageism ist weit verbreitet und passiert oftmals unterschwellig und unbewusst.

Die Tatsache, dass Altersstereotype einen „Kern an Wahrheit“ enthalten, trägt zu deren Änderungsresistenz bei.

Alltäglicher sprachlicher Ageism darf nicht verleugnet oder kleingeredet, sondern muss aktiv bekämpft werden. Eine positive Vorbildwirkung von Politik, Wirtschaft, Medien etc. kann dabei zu einem Fortschritt bei der Entstigmatisierung, Entdiskriminierung und Entstereotypisierung beitragen.

Ageism kann nicht durch Negieren der erhöhten Vulnerabilität im Alter bekämpft werden, sondern es muss durch die Aufklärung über die Vielfalt des Alters die soziale Teilhabe aller älteren Menschen gefördert werden.

Angesichts des Einflusses von Altersbildern auf gesundheitsrelevantes Verhalten und die Gesundheit sollten die Aufklärung zu Ageism und seine Bekämpfung verstärkt im Fokus von Gesundheitsförderungsmaßnahmen stehen.

Quellen

Allport, G. W. (1954): *The Nature of Prejudice*. Addison-Wesley, Cambridge (MA)

Antidiskriminierungsstelle Steiermark (2017): *Antidiskriminierungsbericht Steiermark 2016*. Universitätsdruckerei Klampfler GmbH, Graz

Azulai, A. (2014): Ageism and Future Cohorts of Elderly: Implications for Social Work. *Journal of Social Work Values and Ethics* 11 (2), S. 2–12

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2016): *Chancengleichheit – Das Gleichbehandlungsrecht in Österreich* (8., überarbeitete Auflage). Wien

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2010): *6. Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin/Bonn

Brauer, K. (2010): Ageism: Fakt oder Fiktion? In: Brauer, K.; Clemens, W. (Hrsg.): *Zu alt? VS Verlag für Sozialwissenschaften*, Wiesbaden

Butler, R. N. (1969): Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist* 9 (4), S. 243–246

Goffman, E. (1963): *Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin, London

Calasanti, T. (2015): Combating Ageism: How Successful Is Successful Aging? *Gerontologist*, 58 (6), S. 1093–1101

Cuddy, A. J.; Norton, M. I.; Fiske, S. T. (2005): This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues* 61 (2), S. 265–283

Dixon-Woods, M.; Cavers, D.; Agarwal, S.; Annandale, E.; Arthur, A.; Harvey, J.; Hsu, R.; Katbamna, S.; Olsen, R.; Smith, R.; Riley, R.; Sutton, A. J. (2014): Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology* 6, S. 35

Holstein, M. B.; Minkler, M. (2003): Self, Society, and the “New Gerontology”. *Gerontologist* 43 (6), S. 787–796

Kite, M. E.; Stockdale, G. D.; Whitley, B. E.; Johnson, B. T. (2005): Attitudes Toward Younger and Older Adults: An Updated Meta-Analytic Review. *Journal of Social Issues* 61 (2), S. 241–266

Kramer, U. (2003): Ageismus – Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters. In: Fiehler, R.; Thimm, C. (Hrsg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Verlag für Gesprächsforschung, Radolfzell. S. 257–277

Kruse, A. (Hrsg.) (2010): Potenziale im Altern. Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft. Akademische Verlagsgesellschaft AKA, Heidelberg

Kruse, A.; Schmitt, E. (2005): Zur Veränderung des Altersbildes in Deutschland. APuZ: Aus Politik und Zeitgeschichte 49–50, S. 9–17

Levy, B. R.; Slade, M. D.; Kunkel, S. R.; Kasl, S. V. (2002): Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), S. 261–270

Levy, B. R.; Zonderman, A. B.; Slade, M. D.; Ferrucci, L. (2009): Age Stereotypes Held Earlier in Life Predict Cardiovascular Events in Later Life. In: *Psychological Science* 20 (3), S. 296–298

Levy, B. R. (2017): Age-Stereotype Paradox: Opportunity for Social Change. *Gerontologist* 57 (S2), S. 118–126

Lippman, W. (1921): Public Opinion. <https://wps.pearsoncustom.com/wps/media/objects/2429/2487430/.../lippmann.pdf> (31. 12. 2017)

Nash, P.; Stuart-Hamilton, I.; Mayer, P. (2014): The continuation of prejudice: addressing negative attitudes in nurse training and continuing professional education. In: *Educational Gerontology* 40 (1), S. 53–60

Ng, R.; Allore, H. G.; Trentalange, M.; Monin, J. K.; Levy, B. R. (2015): Increasing negativity of age stereotypes across 200 Years: Evidence from a database of 400 million words. In: *PLOS ONE* 10

Nelson, T. D. (2011): Ageism: The Strange Case of Prejudice Against the Older You. In: Wiener, R. L.; Willborn, S. L. (Hrsg.): *Disability and Aging Discrimination*. Springer-Verlag, New York. S. 37–47

Officer, A.; Schneiders, M. L.; Wu, D.; Nash, P.; Thiyagarajan, J. A.; Beard, J. R. (2016): *Bull World Health Organ* 94, S. 710–710A

Rothermund, K.; Mayer, A.-K. (2009): Altersdiskriminierung: Erscheinungsformen, Erklärungen und Interventionsansätze. Kohlhammer, Stuttgart

Rowe, J. W.; Kahn, R. L. (1998): *Successful aging*. Pantheon Books, New York

Stangor, C. (2000): Volume Overview. In: Stangor, C. (Hrsg.): *Stereotypes and Prejudice: Essential Readings*. Taylor & Francis, Philadelphia (PA)

WHO (2015): *World Report on Ageing and Health*. WHO Press, Genf

Wurm, S.; Berner, F.; Tesch-Römer, C. (2013): Altersbilder im Wandel. APuZ: Aus Politik und Zeitgeschichte 4–5, S. 3–8

Onlinequellen:

<http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp> (28. 12. 2017)

<http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/rechte-aelterer> (4. 1. 2018)

<http://www.graypanthersnyc.org> (4. 1. 2018)

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-en.pdf (6. 1. 2018)

<https://alt-sein-und-gut-leben-2050.at/ueber-uns/mission> (6. 1. 2018)

https://www.sozialministerium.at/site/Ministerium/Guetesiegel/NESTOR_GOLD (6. 1. 2018)

<http://www.wig.or.at/Nachlese%20Fachtagung.1902.0.html#parent=altern> (6. 1. 2018)

KAPITEL 2:
AUSGEWÄHLTE STRATEGIEN
ZUR FÖRDERUNG DER
GESUNDHEIT ÄLTERER
IN ÖSTERREICH



Foto: Fotolia.com

2.1 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit älterer Menschen im Fokus nationaler Policies

Constantin Zieger / Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Einleitung

Chancengerechtigkeit, demografischer und gesellschaftlicher Wandel sind drei Säulen, die sich gegenseitig beeinflussen und einen maßgeblichen Einfluss auf das Gesundheitssystem und somit auch auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der österreichischen Bevölkerung haben. Es gilt mittlerweile als gesichert, dass Menschen in einer schwachen sozioökonomischen Situation innerhalb ihres Landes allgemein schlechtere Gesundheit aufweisen und früher sterben. Darum macht es besonders viel Sinn, bei der Chancengerechtigkeit anzusetzen, wenn man die Gesundheit der Menschen verbessern möchte. (Gesundheitsziele Österreich 2018) Dieser Ansatz spiegelt sich auch in diversen nationalen Policies wieder. Der vorliegende Beitrag soll eine Zusammenschau wichtiger nationaler Policies und deren positive Auswirkung auf die Chancengerechtigkeit der älteren Bevölkerung liefern. Neben den Policies Österreichische Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“, Österreichische Diabetesstrategie „Gemeinsam Diabetes begegnen“ und Aktionsplan Frauengesundheit, die im Fokus dieser Aufbereitung stehen, spielen auch „übergeordnete“ Strategien, wie die Gesundheitsförderungsstrategie und die Gesundheitsziele Österreich, eine wichtige Rolle in der vielschichtigen Thematik der Chancengerechtigkeit.

Gesundheitsförderungsstrategie und Gesundheitsziele Österreich

Die Gesundheitsförderungsstrategie

Ausgehend von den Gesundheitszielen Österreich, den Landesgesundheitszielen und der Zielsteuerung Gesundheit bildet die Gesundheitsförderungsstrategie einen für zehn Jahre (2013 – 2022) gültigen Rahmen zur Stärkung von zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung sowie für die Primärprävention in Österreich. Zentrales Ziel der Gesundheitsförderungsstrategie ist es, einen Beitrag für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten. Dieses zentrale Ziel soll sicherstellen, dass regional und überregional abgestimmte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung österreichweit umgesetzt werden. Hierbei gilt es besonders darauf zu achten, im Sinn der Effizienz und der Chancengerechtigkeit zu handeln. (BMGF 2016)

Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie erfolgt auf Grundlage der Gesundheitsziele und der Landesgesundheitsziele. Der Gesamtrahmen für die inhaltlichen Schwerpunkte wird auf dieser Basis für alle Vertragspartner/innen der Zielsteuerung Gesundheit sowie für alle weiteren Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung in Österreich mit spezifischen Schwerpunkten definiert. Aus den inhaltlichen Schwerpunkten dieses Gesamtrahmens werden dann weitere Interventionsfelder als priorisierte Schwerpunkte festgelegt. Für diese priorisierten Schwerpunkte sind die „Vorsorgemittel“ und mindestens 66 Prozent der im Rahmen der „Gesundheitsförderungsfonds“ zur Verfügung stehenden Mittel verbindlich zu verwenden. Die Gesundheitsförderungsstrategie gibt hier vor, explizit auf das Ziel der Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit Bedacht zu nehmen. Die restlichen Mittel sind entsprechend des Gesamtrahmens der inhaltlichen Schwerpunkte zu verwenden. (BMGF 2016)

Während sich weder der Gesamtrahmen für die inhaltlichen Schwerpunkte noch die priorisierten Schwerpunkte explizit der Thematik Chancengerechtigkeit im Alter widmen, ist die Chancengerechtigkeit eine tragende Säule der Gesundheitsförderungsstrategie:

Die Gesundheitsziele, als Grundlage für die inhaltliche Schwerpunktsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie spielen eine essentielle Rolle bei der Stärkung der Chancengerechtigkeit im Alter.

Zahlreiche Maßnahmen des Gesamtrahmens zielen auf die Förderung der Chancengerechtigkeit im Alter ab: Gesundes Altern, verschiedene Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, spezifische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Die Gesundheitsförderungsstrategie legt fest, dass alle Maßnahmen des Gesamtrahmens gleichzeitig zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen sollen.

Zwei der fünf priorisierten Schwerpunkte widmen sich der Zielgruppe älterer Menschen.

Auch im Rahmen der priorisierten Schwerpunkte ist in besonderem Maße auf das Ziel der Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit Bedacht zu nehmen.

Einer der Grundsätze bei der Mittelverwendung der Gesundheitsförderungsfonds sowie der Vorsorgemittel legt eine Priorisierung von Maßnahmen, Projekten und Strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit fest. Überdies ist im Rahmen dieses Grundsatzes auf eine ausgewogene Berücksichtigung der Altersgruppen zu achten. (BMGF 2016)

Alle Umsetzungsmaßnahmen haben sich an definierten Qualitätskriterien zu orientieren. Als eines dieser Qualitätskriterien wurde die gesundheitliche Chancengerechtigkeit gewählt. Die Gestaltung der Maßnahmen ist auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, insbesondere auch in Hinblick auf Gender und Diversität, ausgerichtet. Die Maßnahmen leisten einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten. Der Erreichbarkeit für sozial benachteiligte Gruppen und der Wirksamkeit bei eben diesen wird besonderes Augenmerk gewidmet, insbesondere in Hinblick auf die Gestaltung von für alle Gruppen zugänglichen Programmen („design for all“). Keinesfalls dürfen durch Maßnahmen soziale und/oder gesundheitliche Ungleichheiten weiter verstärkt werden. (BMGF 2016)

Die Gesundheitsziele Österreich

Die 10 Gesundheitsziele Österreich wurden in einem breit abgestimmten Prozess mit zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern aus Politik und Gesellschaft entwickelt und 2012 vom Ministerrat und der Bundesgesundheitskommission beschlossen. Sie bilden für 20 Jahre (bis 2032) den Handlungsrahmen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Die Gesundheitsziele wurden erarbeitet, um die Zahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre zu erhöhen. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, berücksichtigen die Gesundheitsziele auch zahlreiche Faktoren außerhalb des traditionellen Gesundheitswesens. Hierzu orientiert man sich an den Gesundheitsdeterminanten, persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen oder umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften – positiv wie negativ – beeinflussen. (Gesundheitsziele Österreich 2018)

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten



Quelle: FGÖ , <http://fgoe.org/medien/grafiken>, 24. 4. 2018

Bereits vor dem Beginn der Erarbeitung der Gesundheitsziele wurden vom Plenum handlungsleitende Prinzipien beschlossen, die einerseits die Basis für alle Gesundheitsziele bilden und andererseits die Richtung für die Definition von konkreten Maßnahmen in den einzelnen Arbeitsgruppen vorgeben. Die Förderung von Chancengerechtigkeit, also die Verringerung von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten, ist auch hier, wie im Falle der Gesundheitsförderungsstrategie, eines der wichtigsten Elemente des gesamten Prozesses. (Gesundheitsziele Österreich 2018)

Im folgenden Abschnitt sollen die für Chancengerechtigkeit im Alter relevanten Gesundheitsziele näher betrachtet werden.

✓ **Gesundheitsziel 1 – Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen**

Im Rahmen der Erarbeitung des Gesundheitsziels 1 wurden folgende Wirkungsziele (WZ) formuliert:

- WZ 1: Eine politikfeldübergreifende Kooperation der relevanten Akteurinnen und Akteure im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik aufbauen.
- WZ 2: Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen.
- WZ 3: Durch die Gestaltung der relevanten Lebenswelten Menschen jeden Alters die Möglichkeit geben, ihre Gesundheitspotentiale auszuschöpfen und eine aktive Rolle einzunehmen.

Obwohl die Chancengerechtigkeit in allen drei Wirkungszielen eine tragende Rolle einnimmt, konzentriert sich dieser Abschnitt lediglich auf das – für das Alter relevante – Wirkungsziel 3: Vorrangiges Ziel von Gesundheitsförderung und Prävention ist es, die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen. Wirkungsziel 3 verfolgt genau dieses Ziel, wobei der Erfolg dabei über den Anteil der 75- bis 84-jährigen Menschen, die die Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig meistern, gemessen werden soll. (Operschall und Spitzbart 2017)

Eine der Maßnahmen dieses Wirkungsziels befasst sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe der älteren Menschen. Internationale Vergleiche zeigen, dass die Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention für ebendiese Zielgruppe zunehmend an Bedeutung gewinnen. Während Gesundheitsförderung und Prävention bereits von Kindesalter an gelebt werden, wird die Zielgruppe der älteren Menschen hier nach wie vor vernachlässigt. Diese wichtigen Säulen des Gesundheitswesens sollten allerdings keine Frage des Alters darstellen. Um den Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention bis ins hohe Alter zu bekräftigen, soll ein politikfeldübergreifender Dialog zur gemeinsamen Strategie „aktives Altern“ initiiert werden. Hierbei sollen diverse Aktivitäten verschiedener Stakeholder (Aktionsplan für aktives Altern des BMASK, Strategie für gesundes Altern der SV etc.) weitergeführt und auf eine gemeinsame Basis gestellt werden. So kann sichergestellt werden, dass auch ältere Menschen von Gesundheitsförderung und Prävention sowie in weiterer Folge einer gesteigerten Lebensqualität profitieren können. (Operschall und Spitzbart 2017)

Eine weitere Maßnahme des Wirkungsziels 3 widmet sich der integrierten Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Ganzheitliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die unterschiedlichen Zielgruppen im Setting Seniorenwohnhaus sollen dafür sorgen, dass die Lebensqualität der Bewohner/innen erhalten bleibt bzw. verbessert wird. Auch hier kommt der Chancengerechtigkeit älterer Menschen eine wichtige Bedeutung zu, indem auch Bewohner/innen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen von den Effekten der Gesundheitsförderung und Prävention profitieren. (Operschall und Spitzbart 2017)

✓ **Gesundheitsziel 2 – Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen**

- Wie bereits erwähnt, bildet die Chancengerechtigkeit eines der zentralen Grundprinzipien aller Gesundheitsziele. Der Bedeutung der Chancengerechtigkeit wird noch einmal explizit Ausdruck verliehen, indem ihr ein eigenes Gesundheitsziel gewidmet wurde. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Aspekten wie Sozialstatus, Einkommen und Bildung gilt als gesichert; je niedriger die soziale Position einer Person ist, desto stärker ist ihre Gesundheit gefährdet. Dieses Zusammenspiel wird als „sozialer Gradient“ der Gesundheit bezeichnet. (Riebenbauer und Schenk 2017)

Gesundheitsziel 2 soll mit folgenden Wirkungszielen dazu beitragen, die gesundheitlichen Chancen für alle Bevölkerungsgruppen zu erhöhen:

- WZ 1: Sozialen Aufstieg im Lebensverlauf und über die Generationen ermöglichen.
→ WZ 2: Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten systematisch verringern.
→ WZ 3: Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes erhöhen und für alle sicherstellen. (Riebenbauer und Schenk 2017)

Trotz der Vielzahl an Maßnahmen muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass der Chancengerechtigkeit im Alter im Rahmen dieses Gesundheitsziels kaum Bedeutung zukommt. Wirkungsziel 1 befasst sich mit dem Einflussfaktor Bildung, dem eine zentrale Bedeutung im Zusammenhang mit dem sozialen Aufstieg und in weiterer Folge höheren Gesundheitschancen beigemessen wird. Keine der 17 Maßnahmen beschäftigt sich hier mit der Zielgruppe der älteren Menschen.

Auch Wirkungsziel 2, das sich der Verringerung von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten verschrieben hat, berücksichtigt die Zielgruppe der älteren Menschen nicht.

Lediglich im Wirkungsziel 3 finden sich einzelne Maßnahmen, die dazu beitragen, die Chancengerechtigkeit im Alter zu verbessern. Die Maßnahme „Demenzstrategie“ wurde mittlerweile umgesetzt und wird in der vorliegenden Zusammenschau gesondert betrachtet. Eine weitere Maßnahme, nämlich der Anspruch auf Pflegekarengeld seit 1. Jänner 2014, wurde bereits vor Veröffentlichung des Abschlussberichts des Gesundheitsziels 2 abgeschlossen. Die Maßnahme „Palliativ- und Hospizversorgung Tirol“ leistet einen wesentlichen Beitrag zur Chancengerechtigkeit im Alter. In dem mittlerweile in ganz Tirol ausgerollten Projekt, erhalten alle Betroffenen, unabhängig von ihrem Einkommen, Zugang zu Palliativ- und Hospizversorgung. (Riebenbauer und Schenk 2017)

✓ **Gesundheitsziel 3 – Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken**

Gesundheitsziel 3 wurde vom Gesundheitsziele-Plenum zum höchst priorisierten Ziel gewählt und daher als erstes bearbeitet. Hierbei wurden folgende Wirkungsziele formuliert:

- WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.
- WZ 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken.
- WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern. (Delle Grazie und Wimmer-Puchinger 2017)

Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) gilt als wichtiger Eckpunkt zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit der Bevölkerung. Besonders Wirkungsziel 1 trägt wesentlich zur Steigerung der Chancengerechtigkeit im Alter bei. Die Maßnahmen zielen hier einerseits auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürger/innen sowie der Patientinnen/Patienten ab, andererseits soll auch eine bessere Verständlichkeit des Gesundheitssystems erreicht werden. (Delle Grazie und Wimmer-Puchinger 2017)

Wirkungsziel 2 kommt eine essentielle Bedeutung zu, da der Fokus hier explizit auf vulnerablen Gruppen liegt. Ältere Menschen mit schlechtem sozioökonomischem Status passen genau in dieses Schema. (Delle Grazie und Wimmer-Puchinger 2017) Trotz dieser Tatsachen befasst sich – ähnlich wie im Gesundheitsziel 2 – nur ein Bruchteil der Maßnahmen explizit mit dieser gefährdeten Zielgruppe.

Die Österreichische Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“

Die für Österreich entwickelte Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ bildet einen Rahmen von partizipativ und konsensuell erarbeiteten Wirkungszielen, deren Erreichen die Lebenssituation von Menschen mit Demenz verbessert. In weiterer Folge und auch durch die entsprechende Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit ihrer An- und Zugehörigen soll auch deren Lebenssituation verbessert werden.

Daher wurden Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen gemeinsam mit Betroffenen, Entscheidungsträgern/Entscheidungsträgerinnen, Umsetzern/Umsetzerinnen und Experten/Expertinnen in einem Prozess entwickelt. Die präzisierten Handlungsempfehlungen ermöglichen es den Entscheidungsträgern/-trägerinnen (auf den Ebenen Bund, Länder und Gemeinden), in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen konkrete Maßnahmen zu planen und umzusetzen, um so gemeinsam die definierten Wirkungsziele zu erreichen. Beauftragt wurde der Prozess vom Sozialministerium und vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit. (Demenzstrategie 2018)

Bereits während der Entwicklung der österreichischen Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ im Jahr 2015 wurde dem Prinzip der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit Rechnung getragen. Hierbei sollen in erster Linie die Bedarfe der betroffenen Menschen und

ihrer Angehörigen im Mittelpunkt stehen. Der Bogen, in der mittlerweile veröffentlichten Strategie, spannt sich hierbei von der besonderen Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener sozialer Gruppen, über den Abbau sozialer Ungleichheit bei den Zugängen zu Hilfsangeboten, bis hin zum expliziten Fördern von Chancengerechtigkeit, sowohl für Menschen mit Demenz als auch für deren Angehörige. (Juraszovich et al. 2015)

Während das Prinzip der Chancengerechtigkeit also die gesamte Strategie umklammert, tragen einige Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen im Besonderen zur Förderung der Chancengerechtigkeit im Alter bei. Wirkungsziel 1 „Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen sicherstellen“ versucht, das Lebensumfeld von Menschen mit Demenz durch entsprechende Handlungsempfehlungen demenzsensibel zu gestalten. Somit soll die Teilhabe von Betroffenen am sozialen Leben aufrechterhalten bzw. verbessert werden. Die Möglichkeit, sich im bekannten Umfeld aufzuhalten und zu bewegen, ist für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen in Hinblick auf ihre Lebensqualität von großer Bedeutung. Oberstes Ziel ist es hier, den Betroffenen die gleichen Chancen zu ermöglichen wie gesunden Menschen. (Juraszovich et al. 2015)

Wirkungsziel 5 „Demenzgerechte Versorgungsangebote sicherstellen und gestalten“ nutzt die Schlagwörter „niederschwellig“ und „aufsuchend“, um vor allem Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, die oftmals alleine in den eigenen vier Wänden leben, bestmöglich zu erreichen. Gerade ältere Betroffene mit niedrigem Einkommen, geringem Bildungsniveau und ohne soziales Netz haben wesentlich schlechtere Chancen auf eine bedarfsgerechte Versorgung als Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, die auf ihre eigenen Ressourcen sowie ein gut vernetztes (privates) Umfeld zurückgreifen können. Besonders in derartigen Fällen ist eine gut abgestimmte Versorgungskette von essentieller Bedeutung: im niedergelassenen Bereich (Haus-/Fachärzte/-ärztinnen), in der Akutversorgung im Krankenhaus, im Bereich der mobilen Dienste (wie Heimhilfe, Hauskrankenpflege) und im teilstationären und stationären Langzeitpflegebereich (wie Tageszentren, Pflegeheime, Wohngruppen für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen), aber auch im Bereich der psychosozialen und therapeutischen Angebote. (Juraszovich et al. 2015)

Auch Wirkungsziel 6 „Betroffenenzentrierte Koordination und Kooperation ausbauen“ setzt bei niederschwelliger, barrierefreier und wohnortnaher Information, Beratung, Früherkennung und Begleitung Betroffener an. Die dem Wirkungsziel zugeordneten Handlungsempfehlungen sollen sicherstellen, dass die Angebote neben den soeben erwähnten Kriterien außerdem aufsuchend, ressourcenorientiert und leistbar sind. Diese Art der Angebotsgestaltung kommt wiederum genau den Betroffenen zu Gute, die die Angebote am meisten brauchen und die ohne diese Unterstützung aufgrund ihrer Lebensumstände massive Einbußen an Lebensqualität erfahren würden. (Juraszovich et al. 2015)

Die Österreichische Diabetes-Strategie „Gemeinsam Diabetes begegnen“

Diabetes ist bereits jetzt eine der größten gesellschaftspolitischen Herausforderungen. Um diese bewältigen zu können, wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen eine Diabetes-Strategie erarbeitet, die nicht nur einen Rahmen für alle Aktivitäten zum Thema Diabetes darstellt, sondern ein zukunftsorientiertes, strategisches Handeln ermöglichen soll. (BMGF 2017)

Da die Lebenszeitprävalenz für Diabetes mit dem Alter deutlich ansteigt (rund 21 Prozent bei den über 74-jährigen (Gabrieler R. et al. 2013)) ist es umso erfreulicher, dass sich die Strategie bereits in der Präambel explizit mit dem Thema der Chancengerechtigkeit befasst. Wie auch bei der Demenzstrategie ist die Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit auch hier eine wesentliche Devise. (BMGF 2017)

Wirkungsziel 1 „Steigern der diabetesbezogenen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung“ enthält zwar keine direkten Bezüge zu Chancengerechtigkeit im Alter, jedoch wird durch den Ansatz, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu steigern, ebenso wie durch Gesundheitsziel 3 und das entsprechende Wirkungsziel der Demenzstrategie erreicht, dass besonders vulnerable Zielgruppen (u.a. ältere Menschen) ihr Wissen über die Erkrankung steigern können, wodurch ihre gesundheitlichen Chancen erhöht werden.

Kernelement des Wirkungsziels 2 „Diabetesreduzierende Umwelt-/Umfeldfaktoren fördern“ ist die sogenannte „Gesundheitsfolgenabschätzung“. Das Konzept der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) liefert Hinweise auf die zu erwartenden gesundheitlichen Konsequenzen (politischer) Vorhaben, wie Gesetze, Strategien und Projekte. Umgekehrt kann der durch eine Gesundheitsfolgenabschätzung nachgewiesene Gesundheitsnutzen von Maßnahmen auch anderen Sektoren helfen, breite Akzeptanz für seine Maßnahme zu erlangen. In diesem Sinne ist die Gesundheitsfolgenabschätzung ein Instrument, das gesundheitliche Chancengerechtigkeit in der Bevölkerung fördert. (BMGF 2017)

Wie bereits in zwei Wirkungszielen der Demenzstrategie beschrieben, widmet sich auch Wirkungsziel 3 „Erkrankte zum eigenständigen und kompetenten Umgang mit Diabetes befähigen“ der niederschweligen, aufsuchenden und leistbaren Begleitung von Betroffenen und trägt somit weiter zu einer Verringerung der Chancenungleichheit bei. (BMGF 2017)

Der Aktionsplan Frauengesundheit – 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich

Gesundheitsrisiken, Krankheitsverläufe und gesundheitlichen Chancen von Frauen unterscheiden sich signifikant von jenen der Männer. Obwohl Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, verbringen sie weniger Lebensjahre in guter Gesundheit. Das Thema der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit betrifft zwar alle Menschen und Altersgruppen, Frauen

sind jedoch im Vergleich zu Männern besonders von sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten, insbesondere Armut, betroffen. Um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Frauen zu verbessern, wurde ein Aktionsplan Frauengesundheit erarbeitet, in dem 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen entsprechende Lösungen anbieten. (Pfabigan und Sax 2017)

Auch über dem Aktionsplan Frauengesundheit schwebt das Thema der Chancengerechtigkeit als allumfassende Klammer. Anders als bei den bereits beschriebenen Strategien nimmt das Thema hier allerdings eine wesentlich konkretere Rolle ein. Sowohl der gesundheitlichen als auch der geschlechterspezifischen Chancengerechtigkeit werden in so gut wie jedem Wirkungsziel entsprechende Räume gegeben, einige Wirkungsziele tragen die Chancengerechtigkeit als essentiellen Inhalt sogar im Titel (z. B. Wirkungsziel 5 „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen“. (Pfabigan und Sax 2017))

Um den Rahmen der vorliegenden Zusammenschau nicht zu sprengen und das eigentliche Thema der Chancengerechtigkeit im Alter nicht aus den Augen zu verlieren, soll im Folgenden nur Kapitel 5 des Aktionsplans Frauengesundheit („Ältere Frauen“) näher betrachtet werden. Der hohe Stellenwert dieser vulnerablen Zielgruppe wird durch den Umfang des Kapitels mit 4 Wirkungszielen und 10 Maßnahmen deutlich. Gleich das erste Wirkungsziel des Kapitels (WZ 14) „Bis ins hohe Alter gendergerechte, individualisiert medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung unabhängig vom Setting sicherstellen“ erkennt die Problematik der schlechter werdenden medizinischen Versorgung im Alter. Der Zugang zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist mit zunehmendem Alter, geringerem Einkommen und sozialer Desintegration nicht immer gewährleistet, was eine abnehmende Qualität der medizinischen Versorgung zur Folge hat. Genau an dieser Problematik setzen die nachgereichten Maßnahmen des Wirkungsziels an. Unter anderem sollen die Forschung zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen der dritten und vierten Lebensphase verstärkt oder die Geschlechtersensibilität von Bediensteten in Gesundheits- und Sozialberufen gefördert werden. Wirkungsziel 16 „Armutgefährdete ältere Frauen erhalten Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihre Selbsthilfefähigkeiten zu erhalten sowie selbstbestimmt und autonom zu leben“ widmet sich der wohl vulnerabelsten Gruppe, den armutsgefährdeten Pensionistinnen. Selten wird Chancenungerechtigkeit im Alter so deutlich wie bei dieser Zielgruppe. Die dazugehörige Maßnahme soll betroffene Frauen möglichst niederschwellig dabei unterstützen, Informationen zu Sozialleistungen, die bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze gewährt werden, kompakt und leicht verständlich zu erhalten. Auf lange Sicht ist die Einrichtung eines „One-Stop-Shops“ für die Beantragung und Abwicklung von Sozialleistungen sowie für Pflegeberatung anzustreben. Das letzte Wirkungsziel „Differenziertes, wertschätzendes Bild der vielfältigen Lebensrealitäten älterer Frauen entwickeln und ihre Teilhabe-Chancen in der Gesellschaft sichern“ stellt sich den Herausforderungen der gesellschaftlichen Teilhabe, einem weiteren wichtigen Faktor für die Chancengerechtigkeit im Alter. Allgemein formulierte Maßnahmen wie die Verbesserung der Lebenssituation und die Förderung der Teilhabechancen sowie konkreter formulierte Maßnahmen wie die Förderung von Projekten, die Genderaspekte verstärkt berücksichtigen, sollen dazu beitragen, die gesundheitlichen Chancen älterer Frauen zu erhöhen. (Pfabigan und Sax 2017)

Fazit und Schlussfolgerung

Die (Gesundheits-)Politik hat die Wichtigkeit der Chancengerechtigkeit erkannt, in allen beleuchteten Papieren ist die Thematik präsent.

Chancengerechtigkeit wird oftmals als übergeordnetes Ziel oder Prinzip bzw. Querschnittsthema angeführt. Bei genauerer Betrachtungsweise fehlen aber in vielen Fällen konkrete Lösungsansätze für die Zielgruppe älterer Menschen.

Maßnahmen zur Förderung der Chancengerechtigkeit setzen oftmals bereits im Kindes- und Jugendalter an. Während dies zu befürworten ist, da gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter und verfrühte Sterblichkeit oft auch das Ergebnis lebenslanger Benachteiligungen sind, dürfen andere vulnerable Zielgruppen unterschiedlicher Altersstufen gleichzeitig nicht vernachlässigt werden.

Während der Chancengerechtigkeit per se bereits große Aufmerksamkeit zu Teil wird, ist die Verknüpfung zu der vulnerablen Zielgruppe der älteren Menschen noch ausbaufähig. Von den betrachteten Policies widmet sich lediglich der Aktionsplan Frauengesundheit ausführlich dem Thema und bietet konkrete Lösungsvorschläge zum Abbau der Chancenungerechtigkeit.

Gesundheitsförderung und Chancengerechtigkeit sind untrennbar miteinander verbunden, betrachtet man beide Aspekte getrennt voneinander wird deutlich, dass ältere Menschen in beiden Themenfeldern unterrepräsentiert sind.

Zur Fragestellung wie sozial schwache Gruppen und vor allem ältere Menschen an Gesundheitsförderung und Prävention teilhaben und wie vorhandene Barrieren abgebaut werden können, finden sich diverse Lösungsansätze in den vorliegenden Policies. Es herrscht Einigkeit über die Notwendigkeit von niederschweligen, leistbaren, barrierefreien und aufsuchenden Ansätzen. Diese Schlagwörter gilt es in der Gesundheitsförderung und somit auch in der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit unbedingt zu berücksichtigen. Dabei muss darauf geachtet werden, ältere Menschen an den hierfür notwendigen Gestaltungs- und Anpassungsprozessen teilhaben lassen.

Abschließend kann festgehalten werden, dass ein Großteil der Maßnahmen aus den hier betrachteten Policies einen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Chancenungerechtigkeit leisten, die Zielgruppe der älteren Menschen jedoch eine genauere Betrachtungsweise verdienen würde.

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag versucht einen Überblick über die Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in relevanten, nationalen Policies zu geben. Ziel ist es, diverse Grundsatzpapiere und zielgruppenspezifische Strategien hinsichtlich ihres Beitrages zur För-

derung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit im Alter zu beurteilen. Konkret werden die Gesundheitsförderungsstrategie, relevante Gesundheitsziele sowie die Demenzstrategie, die Diabetesstrategie und der Aktionsplan Frauengesundheit beleuchtet.

Während die Chancengerechtigkeit als Grundprinzip Eingang in alle vorliegenden Policies findet und auch eine Fülle an Maßnahmen vorgelegt werden, die zu einer Förderung der Chancengerechtigkeit beitragen, wird die Zielgruppe der älteren Menschen oftmals nur am Rande bzw. indirekt erfasst. Vor allem die Demenzstrategie und der Aktionsplan Frauengesundheit liefern konkrete Lösungsansätze für diese vulnerable Gruppe.

Quellen

BMGF (2016): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

BMGF (2017): Österreichische Diabetes-Strategie, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Delle Grazie J.; Wimmer-Puchinger B. (2017): Gesundheitsziel 3, Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Griebler R. et al. (Hrsg.) (2013): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Juraszovich et al. (Hrsg.) (2015): Demenzstrategie Gut Leben mit Demenz. Bundesministerium für Gesundheit; Sozialministerium, Wien

Operschall C.; Spitzbart S. (2017): Gesundheitsziel 1, Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Pfabigan D.; Sax G. (2017): Aktionsplan Frauengesundheit. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Riebenbauer A.; Schenk M. (2017): Gesundheitsziel 2, Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

www.demenzstrategie.at (19. 12. 2017)

<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsdeterminanten> (7. 12. 2017)

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/prinzipien> (7. 12. 2017)

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele> (7. 12. 2017)

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/chancengerechtigkeit-wandel> (5. 12. 2017)



Foto: Bilderbox

2.2 Eine nachhaltige Gesellschaft für alle Lebensalter: Länger leben. Potenziale nutzen. Die Politikstrategie „Aktiv Altern“

Erika Winkler / Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Zehn Jahre nach der Annahme des Weltaktionsplans zum Altern 2002 in Madrid hat das von der Europäischen Union ausgerufene „Europäische Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen 2012“ erstmals ein Bewusstsein in der breiteren Öffentlichkeit dafür geschaffen, dass die Menschen immer länger leben. Das ist ein Privileg des 21. Jahrhunderts dank der Entwicklung der Hygiene, der gesundheitlichen Versorgung, der Bildung und vor allem des sozialrechtlich abgesicherten Wohlfahrtsstaates und einer langen Friedenszeit in Europa.

Die Menschen leben immer länger, damit nehmen Zahl und Anteil der älteren Menschen in der Gesellschaft zu und Schlagworte wie „Überalterung“ und „Belastungsquotienten“ schreiben den älteren Menschen selbst keinerlei Existenzberechtigung zu. Dieses Stereotyp des älteren Menschen als ein „Defizitmodell“ beginnt langsam aufzubrechen, steht es doch in eklatantem Widerspruch zur produktiven Leistung dieser Bevölkerungsgruppe.

Mit der Politikstrategie des „Aktiven Alterns“ reift ein neues Paradigma heran. Es sieht in älteren Menschen aktive Teilnehmer/innen in einer alten-integrierenden Gesellschaft, die gleichermaßen Geber/innen und Empfänger/innen von Beiträgen zur Entwicklung der Gesellschaft sind. Aktives Altern schließt also auch die Beiträge jener älteren Menschen ein, die krank, gebrechlich und verwundbar sind, die aber ihr Recht auf Pflege und Sicherheit einfordern. (WHO 2015a) Diese positive Sicht des Alterns und die Anerkennung der Beiträge der älteren Menschen für die Gesellschaft stellte auch die 4. UNECE Minister/innenkonferenz, die von 20. bis 22. September 2017 unter dem Titel „Zu einer nachhaltigen Gesellschaft für alle Lebensalter: Länger leben. Potentiale nutzen“, in Lissabon stattgefunden hat, ins Zentrum.

Politik für Seniorinnen/Senioren wird im Englischen als „ageing policies“, also als Alternspolitik, bezeichnet und bringt damit deutlich zum Ausdruck, dass Altern ein sehr relativer Begriff ist und sich über den gesamten Lebensverlauf erstreckt. Ungleichheiten im Dasein von Seniorinnen/Senioren und Pensionistinnen/Pensionisten werden über den gesamten Lebensverlauf und das gesamte Berufsleben angehäuft. Alternspolitik setzt daher ebenso wie „Gender Mainstreaming“ oder „Health in All Policies“ beim „Mainstreaming Ageing“ in allen Politikbereichen an.

Eine Befragung im Rahmen des European Social Survey nach dem Ende des Jung-Seins und dem Beginn des Alt-Seins zeigt die Relativität des Alters deutlich auf und auch, dass sich die Menschen heute, bevor sie das Alter von 75 Jahren erreicht haben, nicht als alt empfinden.

Tabelle 1: Junge Alte im Aufbruch

Alter der befragten Person	15-24	25-30	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Jung sein endet mit	34	38	41	42	43	45	48 Jahren
Alt sein beginnt mit	60	62	65	66	67	69	72 Jahren

Quelle: François Höpflinger, Wandel des dritten Lebensalters. ‚Junge Alte‘ im Aufbruch, S. 4

Alternspolitik versteht sich aber zu allererst nicht nur als Politik für, sondern vor allem mit älteren Menschen. Dazu dient auch der Senior/innenpolitische Beirat im Sozialministerium, auf dessen Initiative der Bundesplan für Seniorinnen und Senioren „Altern und Zukunft“ entstanden ist. Dieser legt in vierzehn Handlungsfeldern Empfehlungen für die Verbesserung der Lebensqualität der älteren Menschen, und insbesondere der besonders benachteiligten älteren Menschen, in Österreich dar. (Sozialministerium 2015a)

Seine Evaluierung bildete auch die Grundlage für den 3. Nationalbericht über die Umsetzung des Weltaktionsplans zum Altern 2012-2016 unter dem Motto „Zu einer Gesellschaft für alle Lebensalter: Förderung von Lebensqualität und aktivem Altern“. (Sozialministerium 2016a) Die daraus resultierenden Empfehlungen lassen sich in den nachfolgenden vier großen Zielen zusammenfassen.

Ziel 1: Länger aktiv im Arbeitsleben

Aus dem Erwerbsleben auf Grund seines Alters ausgeschlossen zu werden, ist zutiefst diskriminierend. Arbeit erschöpft aber auch die Kräfte und ein langes, sehr anstrengendes Arbeitsleben hinterlässt sehr oft auch eine kürzere Lebenserwartung. Alternsgerechte, gesunde und flexible Arbeitsplätze und -bedingungen sowie eine qualitätsvolle betriebliche Gesundheitsförderung, wie etwa durch Gesundheitsmanager/innen zur Vermeidung chronischer Krankheiten, sind daher für ein gesundes Altern wichtige Voraussetzungen.

Die „Fit2Work“-Betriebsberatung steht dabei sowohl Betrieben als auch Einzelpersonen zur Verfügung. Darüber hinaus zielt die Novelle zum Arbeitnehmer/innenschutzgesetz 2013 vor allem auf den Abbau von psychischen Belastungen, die einer der häufigsten Gründe für frühes Ausscheiden aus dem Arbeitsleben darstellen, ab. Ebenso zeitigt das Konzept Rehabilitation statt Pension Früchte. Die Zahl der Frühpensionierungen ist rasant zurückgegangen. Das Gütesiegel „Nestor^{GOLD}“ zeichnet vermehrt Betriebe mit Generationenmanagement aus. Auch das gegenseitige Lernen der Generationen voneinander ist gesundheitsförderlich.

Der österreichischen Grundstimmung, möglichst schnell in der ‚späten Freiheit‘ noch das Leben „nachzuholen und zu genießen“, ist die Einsicht gefolgt, dass man/frau bei langem Leben eine sinnvollere Beschäftigung braucht. Frauen 40+ und Männer 50+ wollen arbeiten, sind aber oft langzeitarbeitslos und haben es besonders schwer, einen Arbeitsplatz zu finden. Auch das macht krank. Arbeitsvermittlung an ältere Arbeitnehmer/innen braucht daher auch eine psychosomatische gesundheitsförderliche Begleitung.

Besonders niedrig qualifizierte Arbeiter/innen haben dabei das schlimmste Schicksal: Sie haben die schlechtesten Arbeitsbedingungen, die kürzeste Lebenserwartung und die geringsten Möglichkeiten, das Leben im Alter zu genießen. Der schlechtere Gesundheitszustand von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status schlägt sich auch in einer deutlich verringerten Lebenserwartung nieder. Für Österreich ergab eine Verknüpfung des Census mit Daten Verstorbener, dass die Lebenserwartung etwa von Personen mit Hochschulabschluss um 7,0 Jahre bei Männern bzw. 2,8 Jahre bei Frauen höher lag als bei Personen mit Pflichtschulabschluss. (Klotz und Asamer 2014)

Die Mitte 2017 gestartete „Aktion 20.000 Arbeitsplätze für Langzeitarbeitslose 50+“ bei Gemeinden und gemeinnützigen Organisationen zu schaffen, sollte zeigen, wo sinnvolle Beschäftigung im Alter gebraucht wird. Gemeinsam mit der Informationskampagne zur Beschäftigungsinitiative 50+ sowie mit der Kampagne des AMS „Einstellungssache 50+“ sollte diese Aktion auch zum Abbau der Diskriminierung älterer Arbeitnehmer/innen und zur Schaffung eines Bewusstseins bei den Arbeitgeber/innen beitragen, dass ältere Menschen auch wertvolle Übermittler/innen von Wissen und Erfahrung für die jüngeren Arbeitnehmer/innen darstellen.

Ziel 2: Teilhabe, Nicht-Diskriminierung und soziale Integration von älteren Menschen

Die Einstellung, die wir als Gesellschaft und als Einzelne/r zum Altern haben, bestimmt auch wie wir altern. Eine positive Sicht des Alterns, als alternder Mensch akzeptiert, anerkannt und nicht diskriminiert zu werden, aktiv an der Gesellschaft teil zu haben, ist gut für die Gesundheit und erhöht sowohl Lebenszufriedenheit als auch Lebenserwartung in einem beachtlichen Ausmaß. Eine Studie von Levy et al. weist nach, dass die Lebenserwartung von Menschen, die eine negative Einstellung zum Altern haben um durchschnittlich 7,5 Jahre kürzer ist als die von Menschen, die dem Altern positiv gegenüber stehen. (Levy et al. 2002) Deshalb hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2016 die Kampagne zur Bekämpfung von Altersfeindlichkeit und Altersdiskriminierung („Combat Ageism“) ausgerufen. (WHO 2016a)

Jährlich nimmt die Zahl jener älteren Menschen zu, die sich sozial und politisch engagieren möchten, die gesünder, gebildeter und aktiver sind als die Generationen vor ihnen. Darin liegen große Chancen, die durch entsprechende Stützung und Angebote sowie durch Information und Wahlmöglichkeit genützt werden sollten. Ziel ist die gleichberechtigte politische, soziale, wirtschaftliche und kulturelle Teilhabe der älteren Menschen.

Das wichtigste Betätigungsfeld älterer Menschen ist die Betreuung nicht nur ihrer Enkel/innen, sondern vor allem auch die Pflege ihrer hochbetagten Eltern oder ein freiwilliges uneigennütziges Engagement. Ebenso wichtig ist aber auch ihre Mitwirkung an der Gestaltung von Politik auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene, von Dienstleistungen und Konsumartikeln des täglichen Bedarfs, an barrierefreier Raumgestaltung und einer senior/innenfreundlichen Umwelt, in der sie leben.

Soziale Teilhabe fördert die Gesundheit

Untersuchungen zeigen, dass soziale Partizipation und Freiwilligentätigkeiten eng mit Gesundheit und höherer Lebenszufriedenheit verbunden sind. Die Übernahme von gesellschaftlichen Aufgaben und von Verantwortung trägt dazu bei, die Lebensqualität der älteren Menschen zu erhöhen. In Österreich nimmt die Altersgruppe der 50 bis 59-Jährigen mit 55 Prozent den höchsten Rang in der Beteiligung an freiwilligem Engagement ein, gefolgt von der Altersgruppe der 60 bis 69-Jährigen, in der sich noch immer 53 Prozent formell in Organisationen oder informell in der Nachbarschaftshilfe freiwillig betätigen. Zum Vergleich: Durchschnittlich sind in Österreich rund 46 Prozent der über 15-Jährigen freiwillig aktiv. (Sozialministerium 2015)

Was Seniorinnen/Senioren gut tut, tut bekanntlich auch allen anderen gut. Gesundheitsförderung hat daher vor allem auf der Ebene der Gemeinden anzusetzen und lässt sich an freiwilligen Initiativen und Vereinen ebenso wie bei der Erwachsenenbildung andocken. Bildung im Alter ist präventive Gesundheitsförderung und trägt zur gesellschaftlichen Teilhabe bei. Medizinische Erkenntnisse verweisen auf die positive Wirkung von kontinuierlicher mentaler Stimulation auf den Erhalt guter Gesundheit. Mentales Training beeinflusst die intellektuellen Fähigkeiten positiv, indem etwa Gedächtnisverluste verringert bzw. rückgängig gemacht werden können.

Bildung und gesunde Lebensweise halten fit und erhalten auch im hohen Lebensalter Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung. Derzeit besuchen aber nur sechs Prozent der über 60-Jährigen regelmäßig Kurse und Schulungen. Das Sozialministerium arbeitet daher sowohl an der Schaffung von mehr Angeboten in guter räumlicher Erreichbarkeit und mit barrierefreiem Zugang als auch an der Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie der Gewinnung ehrenamtlich Tätiger in diesem Bereich.

Besonders und systematisch benachteiligt sind ältere Frauen sowohl hinsichtlich höherer Armutsgefährdung als auch hinsichtlich niedrigerem Bildungsgrad, schlechterem Gesundheitszustand und kaum vorhandener politischer Beteiligung. Das zeigt einmal mehr, dass materielle Absicherung im Alter die Grundbedingung für soziale Integration, insbesondere von Frauen, darstellt. Arme sind in jedem Alter von einem erhöhten Krankheits- und Behinderungsrisiko bedroht, aber besonders betroffen sind ältere Menschen. (Sozialministerium 2015a)

Ziel 3: Würde, Gesundheit und Unabhängigkeit im Alter

Würde ist zutiefst mit dem Respekt gegenüber älteren Menschen verbunden, die durch eine positive Einstellung zum Altern in der Gesellschaft gestärkt werden kann. Der Schutz der Würde älterer Menschen, insbesondere jener mit Behinderungen, und die Stärkung ihres Gefühls der Zugehörigkeit und der Selbstachtung beugt am besten jeder Form von Vorurteilen, Vernachlässigung, Gewalt und Diskriminierung vor.

Die Würde begleitet die Gesundheitsförderung und den Gesundheitsschutz ebenso wie die Prävention von Krankheit und Verletzungen über alle Lebensalter. Sie sind zugleich die beste Vorsorge, um die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und Behinderung zu reduzieren, und tragen dazu bei, physische und psychische Fähigkeiten, ein unabhängiges Leben sowie die aktive Teilhabe im Alter sicherzustellen.

Das Altern aus der Perspektive der gesamten Lebensspanne zu sehen, heißt, anzuerkennen, dass die alten Menschen nicht eine homogene Gruppe sind, sondern vielmehr die individuellen Unterschiede mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen. Maßnahmen, die auf die Bildung eines Auffangnetzes und die Erhaltung eines Spektrums an Wahlmöglichkeiten abzielen, sind in allen Lebensstadien gleich wichtig.

Vorbeugung von chronischen Krankheiten und körperlichen und geistigen Funktionsverlusten ist der beste Schutzfaktor für ein längeres Leben und mehr Lebensqualität sowie zur Vermeidung teurer medizinischer Behandlung und Pflege. Leicht zugängliche, angenehme und erschwingliche Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten (Fitness im Park etc.), Richtlinien für gesunde Ernährung sowie zum Abbau von Alkohol- und Nikotinmissbrauch sind dazu erforderlich. Bei der Gründung und Verbreiterung von freiwilligen Initiativen zum Aufbau von Gesundheitskompetenz, für Bewegung und Bildung können die Freiwilligenzentren in allen Bundesländern eine wichtige Rolle übernehmen.¹

1 <http://www.freiwiligenweb.at/de/nuetzliches/freiwiligenzentren>

Zur Steigerung der Attraktivität solcher Angebote eignet sich beispielsweise die Unterstützung durch Führungspersönlichkeiten aus den entsprechenden Altersgruppen und Gruppen, die entsprechende Aktivitäten älterer Menschen anbieten. Bevölkerungsgruppen mit geringen Einkommen, Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen mit Behinderungen sind besonders dazu zu ermutigen, mit zunehmendem Alter aktiver zu werden, und es sind ihnen die entsprechenden Möglichkeiten zu verschaffen. Dazu zählt aber auch die Aufklärung zur Vermeidung von Haushaltsunfällen, die die größte Zahl aller Unfälle insgesamt darstellen.

WHO-Dekade Alter und Gesundheit 2020 – 2030

Neben der Primärprävention nehmen im Alter vor allem Sekundär- und Tertiärprävention einen bedeutenden Stellenwert ein. Die zunehmende Zahl von chronischen Erkrankungen im Alter erfordert eine koordinierte und umfassende Kontinuität der Versorgung. Das wiederum setzt eine Neuorientierung der Gesundheitssysteme voraus, die gegenwärtig mehr auf akute und episodische Krankheitsfälle eingestellt sind. Das erfordert aber auch, dass Therapien gegen chronische, altersbedingte Erkrankungen konsequent medizinisch begleitet und angewandt werden. Laut WHO wird geschätzt, dass in den Industriestaaten Therapien nur zu 50 Prozent auch wirklich eingehalten werden. (WHO 2015b)

Die Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation haben daher 2016 die globale Strategie und den Aktionsplan „Altern und Gesundheit“ verabschiedet, womit in einem geplanten Jahrzehnt des „Healthy Ageing 2020 – 2030“ besonderes Augenmerk auf die Bedürfnisse der wachsenden Zahl der älteren Menschen gelegt werden soll. (WHO 2016b) In diesem Zusammenhang hat die scheidende Generaldirektorin der WHO, Dr. Margret Chan, darauf hingewiesen, dass es – entgegen der allgemeinen Annahme – nicht die älteren Menschen sind, die die immense Kostensteigerung im Gesundheitssektor verursachen.² Die Bedürfnisse der wachsenden Zahl der älteren Menschen müssen vielmehr in der Gesundheitsförderungsstrategie des Gesundheitsministeriums und in den zehn Rahmengesundheitszielen stärkere Berücksichtigung finden. Die begonnene Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialministerium soll dabei zu einem breiten Bündnis aller Stakeholder in diesem Bereich führen.

Würde ist zentral bei der Bekämpfung von Gewalt an älteren Menschen. Dazu wurden bestehende Beratungseinrichtungen geschult und Informationsfolder gegen die physische, psychische und finanzielle Gewalt an älteren Menschen entwickelt. Sie sollen helfen, diese Formen der Gewalt zu erkennen und einzugreifen, sei es im privaten Umfeld oder in Institutionen. (Sozialministerium 2012)

2 “Though most older people will eventually experience multiple health problems, older age does not imply dependence. Moreover, contrary to common assumptions, ageing has far less influence on health care expenditures than other factors, including the high costs of new medical technologies.”, Margaret Chan, WHO Director General, 2016

Österreichische Demenzstrategie

Eine besondere Herausforderung stellt die zunehmende Zahl an Menschen mit dementiellen Erkrankungen dar. Aus dem Blickwinkel von Pflege und Betreuung nimmt das Thema Demenz einen besonderen Stellenwert ein, zumal der größte Teil der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen zu Hause von Angehörigen versorgt wird. Dazu wurden in Zusammenarbeit von Sozial- und Gesundheitsressort und unter Einbeziehung aller Stakeholder der Demenzbereich und die Demenzstrategie entwickelt.

Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Österreich 130.000 Personen mit irgendeiner Form der Demenz. Aufgrund eines kontinuierlichen Altersanstiegs in der Bevölkerung wird sich dieser Anteil jedoch bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Weil Frauen generell ein höheres Alter erreichen als Männer, ist das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, für Frauen deutlich höher. In Österreich sind 74 Prozent der über 60-jährigen Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen Frauen. Die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr ist in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen bei Frauen fast doppelt so hoch wie bei Männern. Durch entsprechende Früherkennung lässt sich die Erkrankung deutlich verzögern. (Höfler et al. 2015)

Die sieben Wirkungsziele der Demenzstrategie zielen vor allem auf eine aktive Teilhabe und Selbstbestimmung der erkrankten Personen sowie auf Aufklärung der Bevölkerung. Dazu wurden Partnerschaften mit Apotheken und Gemeinden geschlossen, wird ein Training für Polizistinnen/Polizisten durchgeführt und werden betreuende Angehörige und Pflegepersonal unterstützt.

Eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen angesichts des zunehmenden Durchschnittsalters der Bevölkerung ist die Wahrung des Gleichgewichts zwischen der Förderung der Selbsthilfe, der informellen Hilfe in der Familie und den formalen Gesundheits- und Sozialdiensten.

Informelle Pflege zu Hause

Rund 80 Prozent der pflegebedürftigen älteren Menschen werden zu Hause betreut. Österreich verfügt mit seinem System der sieben Pflegestufen über eine ausgewogene Unterstützung zur Abdeckung der pflegebedingten Mehraufwendungen. Der zunehmende Ausbau der mobilen Dienste in allen Bundesländern, der durch die Schaffung des Pflegefonds ermöglicht wurde, unterstützt die pflegenden Angehörigen. Mit der Einführung der Pflegekarenz wurde ein Meilenstein zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gesetzt. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass nur ein sehr geringer Teil der älteren Menschen pflegebedürftig ist. Selbst pflegebedürftige ältere Menschen haben meist nur geringen Unterstützungsbedarf und gehören zum weitaus größten Teil den Pflegestufen 1 und 2 an. (Sozialministerium 2016b)

Würde ist insbesondere im Endstadium des Lebens von entscheidender Bedeutung. Die Parlamentarische Enquetekommission hat sich mit dem Thema „Würde am Ende des Lebens“ beschäftigt. Als eines der Ergebnisse werden derzeit die intra- und extramuralen Hospiz- und Palliativangebote im Zusammenwirken mit den Bundesländern ausgebaut. Ein besonderes Problem haben alleinstehende ältere Frauen, wenn es um die Betreuung am Lebensende

geht. 59 Prozent aller Frauen 80+ gegenüber 25 Prozent der Männer 80+ leben in Singlehaushalten. Eine Untersuchung zur Bedeutung von informeller Hilfe für einen Verbleib zu Hause von alten und hochbetagten Menschen in Einpersonenhaushalten hat gezeigt, dass es dazu vor allem einer „sorgenden Gemeinschaft“ (caring community) bedarf. (Sozialministerium 2014)

Ziel 4: Förderung der Solidarität der Generationen

Ein zentrales Ziel der Alternspolitik ist natürlich die Sicherung der Lebensgrundlagen und der Lebensqualität nicht nur der derzeitigen, sondern auch der zukünftigen Generationen. Dieses Paradigma basiert auf einem generationenübergreifenden Konzept, in dem die Wichtigkeit menschlicher Beziehungen und die Unterstützung zwischen Mitgliedern der Familie und der Generationen anerkannt wird.

Die Voraussetzung dafür ist nicht nur eine nachhaltige Wirtschafts- und Finanzpolitik, sondern ebenso ein tragfähiges soziales Netz aus Familien, Nachbarschaftshilfen in den Gemeinden, Nichtregierungsorganisationen, Freiwilligentätigkeiten sowie deren Unterstützung durch Staat und Wirtschaft. Sie alle können dazu beitragen, für ältere Menschen ein tragfähiges soziales Netz zu knüpfen, indem sie traditionelle soziale Zusammenschlüsse und Gemeinschaften alter Menschen fördern und unbezahlte Nachbarschaftshilfe, Besuchsprogramme, alle Arten der familiären Hilfeleistung, die Solidarität zwischen den Generationen und sonstige soziale Hilfsprogramme unterstützen. So können das Risiko der Vereinsamung und der sozialen Isolation im Alter vermindert und der Kontakt zwischen Angehörigen verschiedener Generationen gefördert werden.

Als vorbildliches Beispiel sei hier das FGÖ-geförderte Projekt NachbarschaftshilfePLUS „Miteinander füreinander da sein“ im Burgenland³ vorgestellt, in deren Rahmen sich mehrere Gemeinden zusammengeschlossen und ein umfassendes freiwilliges intergenerationelles Besuchs- und Hilfsprogramm aufgebaut haben. Gemeinsam finanzieren sie eine Halbtagskraft, die diese Aktivitäten bewirbt und koordiniert. Auch die vom Fonds Gesundes Österreich geförderten Projekte zu Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Chancengerechtigkeit älterer Menschen in Nachbarschaften (siehe FGÖ-Initiative „Auf Gesunde Nachbarschaft“ Kapitel 10 in diesem Band) schaffen soziale Teilhabe für ältere Menschen in den Gemeinden. Innovative Initiativen zur Förderung des freiwilligen Engagements, die zugleich die Steigerung der Lebensqualität, Würde und Partizipation älterer Menschen zum Ziel haben, werden vom Sozialressort mitfinanziert.

3 <https://www.nachbarschaftshilfeplus.at/>

Zu einer neuen Kultur des Alterns

Das neue Paradigma des „Aktiven Alterns“ stellt auch die herkömmliche Ansicht in Frage, Lernen sei eine Angelegenheit der Kinder und Jugendlichen, die Arbeit wäre für Menschen mittleren Alters bestimmt und der Rückzug aus dem aktiven Leben sei die Sache des Alters. Es verstärkt den Ruf nach Lernmöglichkeiten für alle Altersgruppen und nach Übernahme von Pflegeverantwortung in verschiedenen Lebensaltern. Es appelliert an die Solidarität zwischen den Generationen und bietet Kindern, Eltern und älteren Menschen erhöhte Sicherheit. Derzeit bilden sich Initiativen für die Entwicklung eines neuen, positiv besetzten Images vom Altwerden, wie zum Beispiel das Aktionsnetzwerk „Alt sein und gut leben 2050“.⁴ Diese wollen gleichermaßen die Aufmerksamkeit der Medien und der jungen Menschen auf die Herausforderungen und Chancen des Alterns und auf die Wichtigkeit der Wahrung der Rechte älterer Menschen lenken. Damit wird ein wichtiger Beitrag zur Verminderung und Beendigung von Diskriminierung und Missachtung alter Menschen und zu einer neuen Kultur des Alterns geleistet.

Die Minister/innenerklärung von Lissabon 2017 weist ausdrücklich darauf hin, dass die Alternspolitiken und deren Umsetzung als gemeinsame Verantwortung aller wichtigen Akteurinnen und Akteure in der Gesellschaft anzusehen ist. (UNECE 2017) Der in Umsetzung des Gesundheitsziels 1 in Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialsektor begonnene „politikfeldübergreifende Dialog zu einer gemeinsamen Strategie „aktiv Altern“ (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017) ist ein eminent wichtiger Beitrag, um gemeinsam gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen und die Menschen in ihrem Lebensverlauf mit allen ihren Bedürfnissen, Individualitäten, Möglichkeiten und Wünschen dort abzuholen, wo sie sind. Und das bis ans Ende ihres Lebens.

4 <https://alt-sein-und-gut-leben-2050.at>

Quellen

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsziel 1. Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen, Wien. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/bericht-arbeitsgruppe-1-gesundheitsziele-oesterreich.pdf> (26. 4. 2018)

Höfler S.; Bengough T.; Winkler P.; Griebler R. (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014, Wien. https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/Oesterreichischer_Demenzbericht_2014. (26. 4. 2018)

Klotz, J.; Asamer, E. (2014). Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/2007 sowie 2011/2012. In: Statistische Nachrichten 03/2014, Wien. S. 209–214 und zitiert nach Sozialbericht. Sozialpolitische Entwicklungen und Maßnahmen 2015–2016, Sozialpolitische Analysen (hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz). S 202

Levy BR et al. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology* 2002 83 (2). S. 261–270, zitiert nach <http://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/en>

Sozialministerium (2012): Gewalt erkennen. Fragen und Antworten zu Gewalt an älteren Menschen, Wien. <https://www.sozialministerium.at/cms/site/suchergebnisse.html?method=search&query=Gewalt+an+%C3%A4lteren+Menschen> (26. 4. 2018)

Sozialministerium (2014): Lebensqualität im Alter bis „zuletzt“. Die Bedeutung von informeller Hilfe für einen Verbleib zu Hause von alten und hochbetagten Menschen in Einpersonenhaushalten, Wien. https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/Studie_Lebensqualitaet_im_Alter_bis_zuletzt (26. 4. 2018)

Sozialministerium (2015a): Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren, Wien. https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/BundesseniorenInnenplan (26. 4. 2018)

Sozialministerium (2015b): Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des Freiwilligen Engagements in Österreich. 2. Freiwilligenbericht, Wien <http://www.freiwilligenweb.at/de/service/downloads> (26. 4. 2018)

Sozialministerium (2016a): Eine Gesellschaft für alle Lebensalter: Förderung von Lebensqualität und aktivem Altern. Wien. https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/3_Nationalbericht_2012_2016 (26. 4. 2018)

Sozialministerium (2016b): Sozialstaat Österreich. Leistungen, Ausgaben und Finanzierung 2016. Wien. https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/SOZIALSTAAT_OeSTERREICH_Leistungen_Ausgaben_und_Finanzierung_2016 (26. 4. 2018)

UNECE (2017): Ministerial Conference on Ageing: A Sustainable Society for All Ages: Realizing the potential of living longer. Lissabon. http://www.unece.org/pau/ageing/ministerial_conference_2017.html (26. 4. 2018)

World Health Organization (2015a): World report on ageing and health 2015. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en> (26. 4. 2018)

World Health Organization (2015b): World report on ageing and health, Luxembourg. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en> (26. 4. 2018)

World Health Organization (2016a): Discrimination and negative attitudes about ageing are bad for your Health, Geneva. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/discrimination-ageing-youth/en/> (26. 4. 2018)

World Health Organization (2016b): The Global strategy and action plan on ageing and health. <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en> (26. 4. 2018)



Foto: Fotolia.com

2.3 Ältere Menschen im Fokus der Landes-Gesundheitsziele

Gabriele Gruber / Gesundheit Österreich GmbH

Acht Bundesländer besitzen seit längerem eigene Gesundheitsziele. Diese unterscheiden sich beispielsweise hinsichtlich Aktualität, Zeithorizont, Inhalten und Maßnahmen zur Umsetzung. Einige Bundesländer haben ihre Gesundheitsziele bereits erneuert und sich bei der Formulierung an den Gesundheitszielen Österreich orientiert.

Drei Bundesländer besitzen derzeit Gesundheitsziele, die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen direkt adressieren:

- **Oberösterreich: „Ältere Menschen aktiv einbeziehen“.** Der Fokus liegt hierbei auf der aktiven Beteiligung von Älteren am gesellschaftlichen Leben, um Gesundheit und Lebenszufriedenheit dieser Bevölkerungsgruppe zu fördern und vor Vereinsamung zu schützen. Bis 2020 sollen Modellprojekte, die zur Erreichung des Ziels beitragen, umgesetzt und evaluiert werden. (siehe auch <https://www.oegkk.at/portal27/ooegkkportal/content?contentid=10007.704946&viewmode=content>)
- **Wien: „Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten“.** Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Schaffung geeigneter, die diesen ein gesundes und selbständiges Leben bei hoher Lebensqualität im Alter ermöglichen. Ein Indikator für dieses

Ziel ist, dass Frauen und Männer in Wien 2025 um 1,5 Jahre länger in guter Gesundheit leben sollen. (siehe auch www.gesundheitsziele.wien.at)

→ **Tirol: „Lebensqualität bis ins hohe Alter ermöglichen“**. Neben dem Erhalt der Selbstständigkeit und der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt im Alter werden bei diesem Ziel auch die Förderung des „Generationenmanagements“ sowie die Verstärkung der Kooperation zwischen Institutionen aus Gesundheits- und Sozialbereich genannt. (siehe auch <https://www.tgkk.at/portal27/tgkkportal/content?contentid=10007.789755&viewmode=content>)

Bei anderen Gesundheitszielen werden ältere Menschen im Erläuterungstext erwähnt, wie beispielsweise im Steirischen Gesundheitsziel „Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten“. Hier wird beschrieben, dass die Gemeinde eine soziale Stützfunktion einnehmen kann und diese unter anderen für alleinstehende ältere Menschen von Nutzen sein kann. Auch das Kärntner Gesundheitsziel „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“ verweist auf die Relevanz von sozialem Zusammenhalt für Seniorinnen und Senioren.

Vermutlich sind ältere Menschen auch eine relevante Zielgruppe für andere Gesundheitsziele und Maßnahmen, die zur Erreichung dieser beitragen, wie z. B. für Gesundheitsziele hinsichtlich gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen, gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, sozialem Zusammenhalt oder psychosozialer Gesundheit.

Die Landesebene ist eine besonders wichtige Handlungsebene für die Gesund älterer Menschen. Diese beispielhaften Strategien auf Landesebene bilden einen wichtigen Rahmen für vielfältige Aktivitäten.

Quellen

Gesundheit Österreich (2018): Übersicht der Gesundheitsziele der Bundesländer in Österreich. Rechercheergebnisse und Komplettierung durch die Gesundheitsziele-Verantwortlichen der Bundesländer. Unveröffentlicht

Website der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse: <https://www.ooegkk.at/portal27/ooegkkportal/content?contentid=10007.704946&viewmode=content> (eingesehen am 3. 5. 2018)

Website der Gesundheitsziele Wien: www.gesundheitsziele.wien.at (eingesehen am 3. 5. 2018)

Website der Tiroler Gebietskrankenkasse: <https://www.tgkk.at/portal27/tgkkportal/content?contentid=10007.789755&viewmode=content> (eingesehen am 3. 5. 2018)

Website des Gesundheitsfonds Steiermark: <http://www.gesundheitsportal-steiermark.at/Seiten/Lebensverhaeltnisse.aspx> (eingesehen am 3. 5. 2018)

Kärntner Gesundheitsfonds: https://www.gesundheitsfonds.at/images/downloads/gesundheitsziele_kaernten.pdf (eingesehen am 3. 5. 2018)



Foto: Fotolia.com

2.4 Gesamtstrategie mit lokalem Spielraum

Walter Leiss / Österreichischer Gemeindebund

Die Gemeinden sind unmittelbar mit den Problemen der Menschen konfrontiert und müssen dafür täglich Lösungen finden. Eine der großen Herausforderungen, für die es nicht mehr reicht, sie als „zukünftig“ zu bezeichnen, ist das Altern in Würde. Ein Altern in Würde zu ermöglichen, setzt aber mehr voraus, als Pflegeheime zu bauen. Soll das Pflegesystem in Zukunft finanzierbar sein, so müssen wir viel früher ansetzen.

Als erschwerend zur ohnehin schon dramatischen allgemeinen demographischen Entwicklung kommt in vielen Regionen Österreichs die Abwanderung von gut ausgebildeten jungen Menschen in die Städte dazu. Diese verursacht gerade im Hinblick auf Betreuung und Pflege eine besondere Dynamik. Daher sind periphere Regionen besonders gefordert, die notwendige Infrastruktur für die älteren Menschen zu schaffen.

Mit der Abschaffung des Vermögensregresses in Pflegeheimen hat man den zweiten Schritt vor dem ersten getan. Daher braucht es nun rasch den Aufbau eines nationalen Pflegekonzepts und die nötigen finanziellen Mittel, um auch die Strukturen außerhalb der Pflegeheime zu stärken. Neben den finanziellen Fragen, die gelöst werden müssen, hat sich in den Gemeinden aber eine ganze Reihe an lokalen Lösungen etabliert.

Grundsätzlich muss man in dieser Diskussion zwischen Pflege und Betreuung und anderen Unterstützungsmaßnahmen unterscheiden. Es braucht Maßnahmen, die koordiniert, einem größeren Plan folgend, aber dennoch nach lokalen Gegebenheiten angewandt werden können.

Schritt 1: Aktives Altern unterstützen

Wer will nicht möglichst lange gesund und aktiv bleiben? Das kann nur auf lokaler Ebene durch eine Vielfalt an Angeboten gelingen. Auf kommunaler Ebene sind viele dieser Projekte in den Initiativen „Gesunde Gemeinde“ und im Audit familienfreundliche Gemeinde koordiniert. In der Praxis handelt es sich um spezielle Aktivitätsprogramme, sowohl in physischer als auch in mentaler Hinsicht, wie z. B. Generationenspielplätze, koordinierte Treffen und gemeinsame Unternehmungen, aber auch generationenübergreifende Maßnahmen, wie etwa jene der Leseomas und -opas, Leihomas und -opas oder Seniorinnen/Senioren, die Kindern beim Lernen helfen. Generell ist die Gruppe der aktiven Älteren eine wichtige Zielgruppe, um sie in das Freiwilligenwesen zu integrieren. Eine bessere Unterstützung in dieser Lebensphase wird künftig noch wichtiger werden.

Schritt 2: Eigenständiges Leben ermöglichen

Im Bereich der Betreuung haben die Gemeinden in den letzten Jahren zahlreiche Angebote wie etwa betreutes Wohnen, Wohngruppen, generationenübergreifende Wohnprojekte, Nachbarschaftshilfe, Dorfservice oder auch Zeitkonten-Systeme geschaffen. Beispielhaft für die Vielzahl an lokalen Projekten sollen das Zeitkonten-Modell und das Dorfservice näher erklärt werden.

Zeitkonten-Systeme: Ein freiwilliger Beitrag zur Vorsorge

Hinter Zeitvorsorge steckt eine einfache Logik. Wer anderen hilft, sammelt damit ein Zeitguthaben für die Zeit, in der sie/er selbst Hilfe braucht. Derzeit sind mehrere solche Modelle aktiv, beispielhaft soll aber das Modell „Zeitpolster“ vorgestellt werden, das in St. Gallen schon sehr erfolgreich umgesetzt wurde und momentan auf Österreich ausgerollt wird.

Die Tätigkeiten im Rahmen der Zeitvorsorge sollen keine Pflegeleistungen sein, sondern einfache Tätigkeiten wie Spazierengehen, Kartenspielen, im Haushalt oder dem Garten helfen. Jene, die selbst kein Zeitguthaben haben, können dieses kaufen. Von diesem investierten Geld wird die Hälfte für Organisation, Kommunikation und Personal einbehalten und die andere Hälfte in ein Notfallkonto einbezahlt. Auf diese Weise wird für den Fall vorgesorgt, dass es für die jetzt Helfenden später keine Freiwilligen gibt, die sie betreuen. Der dauerhafte Erfolg wird jedoch davon abhängen, dass der Staat oder ein Bundesland die Sicherung des Vorsorgemodells übernimmt. Dann steht aber der Ausweitung des Nachbarschaftsdienstes für die eigene Vorsorge nichts mehr im Wege.

Dorfservice: Das familiäre Umfeld entlasten

Das Projekt der Dorfhelfer/innen setzt dort an, wo Familien die Betreuung nicht übernehmen können, weil sie zum Arbeiten auspendeln müssen. Seit nunmehr zehn Jahren bietet das „Dorfservice“ in 15 Kärntner Gemeinden (2017) Fahrt- und Begleitsdienste – diese werden am häufigsten in Anspruch genommen –, Besuchs-, Einkaufs- sowie kleine Hilfstätigkeiten im Haus an. Pflege- und Haushaltsdienste werden hingegen nicht bereitgestellt. Die Koordination der Einsätze übernimmt eine fest angestellte Dorfservice-Mitarbeiterin. Den Außendienst übernehmen acht hauptamtliche Mitarbeiterinnen in Teilzeit. Die Dorfservice-Mitarbeiterin betreut ein bis vier Gemeinden direkt von einer der Ortschaften aus. Der professionelle Rahmen ist notwendig, da es sonst Probleme bezüglich Abgrenzung und Haftung gibt. Für die Dienstleistungen selbst hingegen zeichnen Ehrenamtliche verantwortlich. Da es sich um kein Angestelltenverhältnis handelt, ist Freiwilligkeit besonders wichtig. Die Freiwilligen erhalten Kilometergeld, Versicherungsschutz, bei Bedarf Supervision und regelmäßige Weiterbildungen, wie etwa Fahr Sicherheitstrainings, Kurse zum Umgang mit Demenz oder zum Babysitting.

„Dorfservice“ vereint also Ehrenamt mit einem professionellen Rahmen. Die Finanzierung dafür erfolgt über das Land Kärnten, das als Hauptfördergeber auftritt, Partner aus der Wirtschaft und private Spenden. Auch das Sozialministerium beteiligte sich. Die involvierten Gemeinden müssen zudem einen jährlichen Beitrag (6.500,- Euro in Kärnten) leisten. Weiters wird zu Beginn ein Kooperationsvertrag mit „Dorfservice“ unterzeichnet, in dem sichergestellt wird, dass die betroffene Gemeinde bestmöglich mitarbeitet. Bereits rund 500 Klientinnen und Klienten betreut Dorfservice jährlich.

Schritt 3: Ausbau der Mobilitätsangebote

Gerade im ländlichen Raum wurde in den letzten Jahrzehnten das Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln extrem ausgedünnt. Das bedeutet für die nicht mobile Bevölkerung wesentliche Einschränkungen. Junge Menschen wollen Freunde besuchen oder ausgehen, für ältere Menschen ohne eigenes Auto werden aber schon Einkaufen oder der Arztbesuch zu oft unüberwindbaren Herausforderungen. Aufgrund der mangelnden Dichte an Haltestellen und der großen zeitlichen Abstände im Taktfahrplan wurden in vielen Gemeinden bereits eigene Programme wie ehrenamtlich organisierte Gemeindebusse oder geförderte Kooperationen mit den lokalen Taxiunternehmen ins Leben gerufen.

Schritt 4: Mehr Unterstützung für die Pflege daheim

Ein weiterer Schritt muss sein, die Unterstützung für die Pflege daheim so auszubauen, dass Menschen möglichst lange in den eigenen vier Wänden wohnen können. Dieser Bereich hat viele Aspekte:

1. Es braucht einen Ausbau der mobilen Dienste in peripheren Regionen. Die Mitarbeiter/innen in mobilen Hilfsdiensten leisten ihre wichtige Arbeit am Menschen derzeit unter höchstem Zeitdruck. Will man verhindern, dass nach der Abschaffung des Pflegeregresses nun alle in die Heime gehen, müssen wir den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern mehr

- Raum verschaffen, um den Menschen in den Mittelpunkt stellen zu können. Darüber hinaus muss durch mehr gemeinschaftliche Förderungen auch rasch gewährleistet sein, dass die Bezahlung für die Leistungsempfänger/innen erschwinglich bleibt.
2. Gleichzeitig mit dem Ausbau der mobilen Dienste braucht es auch den Ausbau der Tagesbetreuung in Heimen. Diese ist ein wichtiger Baustein, um pflegende Angehörige zu entlasten. Auch hier wird der Bund mit einem Mehr an Förderungen lenkend eingreifen müssen.
 3. Die 24-Stunden-Pflege muss aufgewertet werden. In diesem Bereich braucht es nicht nur einheitliche Standards, sondern auch eine bessere Förderung.
 4. Ausbau des Case- and Caremanagements, da diese Stellen wichtige Schnittstellenarbeit leisten und pflegenden Angehörigen den Umgang mit den Übergangssituationen erleichtern.
 5. Beim Ausbau der Unterstützung für pflegende Angehörige braucht ein ganzes Bündel an Maßnahmen wie mehr Kurse, stundenweise Betreuung, Verbesserung der Pflegekarenz, Schaffung von Austauschmöglichkeiten unter pflegenden Angehörigen, leistbare Auszeiten vom Pflegealltag, Ansprechstellen für Fragen rund um die Pflege.

Ein umfassendes Maßnahmen und Förderungspaket ist unausweichlich

Diese oben aufgelisteten Schritte sind notwendig, um die teuerste Variante in der Pflege, den Ausbau der Pflegeheime, so gering wie möglich zu halten. Das ist auch im Sinne der Menschlichkeit, denn die wenigsten Menschen entscheiden sich von sich aus für den Umzug ins Pflegeheim. Dass Menschen nur, weil es nun die günstigste Variante ist, ins Pflegeheim gehen, kann nicht die Lösung für die demografische Entwicklung sein. Hier braucht es nun schnellstens ein umfassendes Maßnahmen- und Förderungspaket, um das Ziel, ein Altern in Würde, wieder zu gewährleisten.

Gemeinden sind in der Lage, lokal passende Lösungen zu entwickeln – was sie auch schon tun. Für eine koordinierte Gesamtstrategie, die wir uns in der Umsetzung auch leisten können, sind nun aber die anderen Ebenen am Zug.

Kurzzusammenfassung

Die Gemeinden als bürgernächste Einheit haben gerade im Bereich der Betreuung und Pflege älterer Menschen eine Vielzahl an lokalen Lösungen gefunden. Im Beitrag wird auf die Herausforderungen eingegangen, aber es werden auch Lösungsansätze aufgezeigt. Obwohl es bereits viele lokale Initiativen, Projekte und Programme gibt, braucht es dennoch eine österreichweite Gesamtstrategie und eine entsprechende Finanzierung.

KAPITEL 3:
SOZIALE TEILHABE ÄLTERER
MENSCHEN FÖRDERN –
BEISPIELE AUS DER PRAXIS



Foto: FGÖ

3.1 „Auf gesunde Nachbarschaft!“ – Erprobung niederschwelliger Zugänge zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen durch soziale Teilhabe und soziale Unterstützung

Gerlinde Rohrauer-Näf / Fonds Gesundes Österreich; Yvonne Giedenbacher / kolkhos.net; Anna Krappinger / Fonds Gesundes Österreich

Gute Nachbarschaft – ein europäischer Trend

Sich mit der Gestaltung von Nachbarschaft auseinanderzusetzen rückt immer mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit von Sozialpolitik, Stadtentwicklung, Raumplanung, sozialer Arbeit und auch der Gesundheitsförderung. Positive Visionen guter Gemeinschaft und Lebensqualität sowie nachbarschaftliches Miteinander, nahräumliche Netzwerke, sozialer Zusammenhalt, Vertrauen und Verbundenheit, Solidarität im Grätzl, Nachbarschaftshilfe über Generationen und vieles mehr sollen gestärkt werden. Unterschiedliche Herausforderungen, wie die alternde Gesellschaft, Vereinsamung, Armut, Gewalt, soziale Ausgrenzung, Nachbarschaftskonflikte oder sogar gesellschaftliche Spaltung, sollen durch Nachbarschaftsprogramme gelöst werden (vgl. Reutlinger et al. 2015).

„Communities“, Kommunen und Gemeinschaften stellen ein wichtiges Setting und einen Einflussfaktor für Gesundheit dar. Dies wird bereits in der Ottawa Charta (1986) propagiert und 30 Jahre später in der, im Rahmen der WHO-Weltkonferenz für Gesundheitsförderung veröffentlichten, Shanghai Declaration (WHO 2016) wieder besonders betont:

„Health is created in the settings of everyday life – in the neighbourhoods and communities where people live, love, work, shop and play.“ (WHO, 2016)

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Shanghai-Konferenz verpflichten sich, insbesondere Städte zu unterstützen, um Chancengerechtigkeit und soziale Inklusion zu fördern. Weiters vereinbaren sie, das Wissen, die Kompetenzen, Ziele und Entscheidungen der Bevölkerung durch die Förderung von gemeinschaftlichem Engagement zu unterstützen. Fairer Zugang zu Gesundheit und Sozialleistungen soll hergestellt werden, Menschen und Gemeinschaften sollen im Zentrum der Bemühungen stehen. „Gesundheit ist ein Indikator für eine erfolgreiche, nachhaltige Entwicklung einer Stadt“, so die Deklaration. (WHO 2016)

Verständnis von Nachbarschaft

Mit Nachbarschaft gehen oft emotionale und sehr unterschiedliche Vorstellungen einher. Häufig wird damit – etwas idealisiert – eine Dorfgemeinschaft assoziiert. Man denkt an kleine, überschaubare Einheiten und klare soziale Zusammenhänge. Häufig finden sich in den Köpfen auch Vorstellungen einer problematisierten Nachbarschaft in der Stadt, die einhergeht mit Anonymität, Beliebigkeit in Bezug auf soziale Normen und Werte, sozialen Konflikten und sozialer Isolation. (vgl. Hüllemann et al. 2015)

Im Verständnis des Fonds Gesundes Österreich meint Nachbarschaft im engeren Sinne ein Zusammenspiel von Territorium („gebauter Nachbarschaft“), das sich zwischen den Wohnorten nahe beieinander lebender Menschen aufspannt, und Beziehungen, die sich aufgrund des gemeinsamen Wohnortes ausbilden (Nachbarschaftsbeziehungen). (Schubert 1977, S. 27, zitiert nach Hüllemann et al. 2015).

Im weiteren Sinne bezieht sich „Auf gesunde Nachbarschaft!“ auf das Prinzip der Gemeindeorientierung (oder auch Quartiersorientierung). Das bedeutet, dass in der örtlichen/sozialen Umgebung eines Menschen seine wesentlichen Belastungsfaktoren, aber auch die wichtigsten Unterstützungsmöglichkeiten zu finden sind. Diese Prinzipien der Gemeindeorientierung finden sich z. B. in der Gemeindepsychologie, den Konzepten der Gesunden Städte und Gemeinden, der Agenda 21, den Programmen der sozialen Stadt in Deutschland bzw. ganz allgemein im Settingansatz der Gesundheitsförderung wieder. (Süß/Trojan 2015)

Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit

Warum beschäftigt sich der Gesundheitssektor mit der Förderung von Nachbarschaften? Es gibt eine ganze Reihe von wissenschaftlich untermauerten Argumenten dafür:

Soziale Unterstützung und soziale Einbindung

Nachbarschaften können eine Quelle sozialer – insbesondere instrumenteller – Unterstützung sein. (Resch et al. 2018) Zahlreiche Studien zeigen beispielsweise, dass soziale Unterstützung das Wohlbefinden und die Selbstwirksamkeit erhöhen sowie die negative Wirkung von Stress lindern kann, die Compliance bei medizinischen Behandlungen von sozial gut unterstützten Menschen besser ist und Krankenhausaufenthalte bei Menschen mit mehr sozialer Unterstützung kürzer sind. Soziale Unterstützung kann sich z. B. auch positiv auf den Blutdruck auswirken und Risikoverhalten reduzieren. (vgl. Weyers/Siegrist 2011; Weinhold 2011) Eine Metaanalyse mit Daten aus knapp 150 Studien hat gezeigt, dass Menschen mit einer stärkeren sozialen Einbindung sogar ein erheblich geringeres Sterblichkeitsrisiko haben – also länger leben. (Holt-Lunstad et al. 2010)

Einsamkeit als Risikofaktor

Einsamkeit – also das Gefühl, sozial isoliert zu sein – kann durchaus mit körperlichem Schmerz, Hunger oder Durst verglichen werden. Einsamkeit und mangelnde soziale Unterstützung wirken sich negativ auf das Wohlbefinden aus und können mit depressiven Symptomen und Schlafstörungen in Verbindung gebracht werden. (Weinhold, 2011) Eine Metaanalyse von Holt-Lunstad und Kolleginnen/Kollegen (2015) konnte zeigen, dass sowohl objektive Einsamkeit (alleine leben oder Isolation) als auch subjektive Einsamkeit (Einsamkeitsgefühl) mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, früher zu sterben, verbunden sind – vergleichbar mit Risikofaktoren wie Rauchen oder Bewegungsmangel.

Gesellschaftliche Teilhabe, Engagement und Gesundheit

Mehrere Studien deuten darauf hin, dass vor allem ältere Menschen gesünder sind, wenn sie am Sozialleben partizipieren, sich z. B. in Vereinen engagieren. Soziales Engagement – und das kann auch Engagement in Nachbarschaftsprojekten oder -netzwerken sein – kann unter bestimmten Umständen ein wichtiger Beitrag zum aktiven und gesunden Altern sein. (Sirven/Debrand 2008; Wahrendorf/Siegrist 2008)

Gesundheitskompetenz und soziale Unterstützung in Nachbarschaften

Ein aktueller systematischer Review (de Wit et al. 2017) hat gezeigt, dass Lernen in Gemeinschaft (Co-Learning) und gegenseitige soziale Unterstützung sehr gut zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen sowie zu deren Fähigkeit, ihre Gesundheitsangelegenheiten im Umfeld besser zu organisieren, beitragen können. Soziale Unterstützung und Gesundheitskompetenz können durch Nachbarinnen/Nachbarn, Anbieter/innen der Gesundheitsberufe oder Angehörige gegeben/vermittelt werden. Dazu gehören beispielsweise folgende Aspekte:

- praktische Hilfe, wie z. B. die Organisation von Terminen bei Gesundheitsangeboten (instrumentelle Unterstützung),
- Ratschläge, Erfahrungen und Wissen auszutauschen (informationelle Unterstützung),
- über Belastungen sprechen zu können (emotionale Unterstützung) und
- persönliche Rückmeldung und Anerkennung zu bekommen.

Nachbarschaftscharakteristika und Gesundheit

Nachbarschaftscharakteristika wirken sich auf die Lebensqualität aus. Menschen, die an Orten mit Kriminalität, Vandalismus, Drogenproblemen oder Verschmutzung leben, haben eher chronische Gesundheitsprobleme und schätzen sich selbst als ungesünder ein. Sogenannte „soziale Störungen“ entfalten dabei eine stärkere Wirkung als physische Missstände. (Parry et al. 2004; Ross/Mirowsky 2001)

Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ im Überblick

Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ zielt darauf ab, gesundheitsfördernde Nachbarschaftsaktivitäten in österreichischen Gemeinden und Stadtteilen anzuregen, die soziale Unterstützung und Teilhabe sowie gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern. Umsetzer/innen und Entscheidungsträger/innen werden zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit sensibilisiert, Akteurinnen/Akteure im Bereich der Nachbarschaftsarbeit sollen vernetzt, Wissen zur Thematik weiterentwickelt und die Nachbarschaften vor allem durch konkrete Umsetzungsmaßnahmen verbessert werden.

Phase I: Nachbarschaftsförderung durch „Mikroprojekte“

Um konkrete Praxiserfahrungen zur Gesundheitsförderung im nachbarschaftlichen Kontext zu gewinnen, wurde in den Jahren 2012 – 2013 die Umsetzung von zwei Modellprojekten vom FGÖ beauftragt – eines im niederösterreichischen Waldviertel (Land) und eines im Linzer Süden (Stadt). Diese hatten das Ziel, die Bewohner/innen im kommunalen Setting zu motivieren, selbst für die Entwicklung gesunder Nachbarschaften aktiv zu werden, und sich zu engagieren. Methodisch erfolgte dies über die Initiierung und Begleitung von jeweils über 30 Mikroprojekten.

Die im Rahmen der externen Evaluation durchgeführte Netzwerkanalyse zeigte, wie wichtig vermittelnde Personen und Initiativen als Anstoß und Andockmöglichkeiten sind. Sogenannte „schlafende Projekte“ – Projektideen, die nur einen kleinen Anstoß zur Umsetzung brauchen – konnten durch die Initiativenförderung aufgegriffen und umgesetzt werden. Die Befragung, mit der das ifz (internationales forschungszentrum für soziale und ethische fragen, Koch/Daichendt, 2014) beauftragt war, und auch die Auswertung der Projekte ergaben weiters, dass es den Bewohnerinnen/Bewohnern oft an öffentlichen Räumen zum Austausch und an (konsumfreien) Möglichkeiten fehlt, um zusammenzukommen und gemeinsam aktiv zu werden bzw. „Dinge anzupacken“. Die Schaffung von derartigen Treffpunkten hat die Initiative in beiden Modellregionen zu einem hohen Grade ermöglicht. (Koch/Daichendt, 2014).

Phase II: Fokus auf zwei Zielgruppen: Familien mit Kleinkindern oder ältere Menschen

Diese Ergebnisse wurden in der darauffolgenden Phase der Initiative aufgegriffen, der Fokus wurde allerdings auf zwei konkrete Zielgruppen gelegt. Im Fokus eines Projekt-Calls in der Phase 2 (2014 – 2017+) stand die Umsetzung von Projekten, die sich entweder an die Zielgruppen „Schwangere und Familien mit Kleinkindern“ oder an „ältere Menschen“ richteten. Als Fördervoraussetzung wurde die Zusammenarbeit in Tandems definiert. Es mussten zumindest eine für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting kompetente Organisation (z. B.

Akteurinnen/Akteure im Bereich Gesunde Gemeinden oder Dorf- und Stadterneuerung) und eine für die Arbeit mit der Zielgruppe kompetente Organisation (Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich) kooperieren.

Konkrete Umsetzung

Für die Zielgruppe „ältere Menschen“ wurden folgende fünf Leitprojekte zur Umsetzung gebracht, die eine Vielzahl von Methoden aus der Gesundheitsförderung und der Stadtteilarbeit sowie der Regionalentwicklung einsetzten. Die Projekte werden im Folgenden kurz charakterisiert:

Gemeinsam gesund alt werden – Burgenland

Organisation	Forschung Burgenland, Hilfswerk Burgenland, Volkshilfe Burgenland
Laufzeit (in Monaten)	1.4.2015 – 31.12.2016 (21 Monate)
Projektpartner/innen	Vertreter/innen der acht Gemeinden
Setting(s) / Reichweite	Acht Gemeinden im Bezirk Oberwart (Bad Tatzmannsdorf, Bernstein, Litzelsdorf, Oberschützen, Oberwart, Pinkafeld, Rechnitz, Wolfau)

Zur Erhebung von personellen, räumlichen und strukturellen Ressourcen wurden leitfadengestützte Interviews mit kommunalen Entscheidungsträgerinnen/-trägern geführt. Den Schwerpunkt in der Umsetzung bildeten die von der Gemeindebevölkerung partizipativ geplanten Aktivitäten. Diese reichten von generationsübergreifenden Maßnahmen, von Wanderungen bis hin zum gemeinsamen Kochen und Lesungen. Zusätzliche gemeindeübergreifende Maßnahmen waren die Erstellung einer Seniorenbrochure, die Entwicklung und Testung eines Fragebogens zur Messung des Sozialkapitals und die Erstellung eines Leitfadens zum Aufbau eines inter-/intraorganisationalen Netzwerkes. Rund 1700 Personen nahmen an den Aktivitäten teil. Alle Gemeinden unterzeichneten eine „Nachhaltigkeitscharta“, in der personelle, finanzielle und strukturelle Rahmenbedingungen festgelegt wurden.

AuGeN auf – Auf Gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig – Salzburg

Organisation	AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH und Hilfswerk Salzburg
Laufzeit (in Monaten)	01.7.2015 – 30.6.2018 (36 Monate)
Projektpartner/innen	Gemeindevertreter/innen, örtlich ansässige Pensionistenverbände, soziale Dienste, Sportvereine, Ärztinnen/Ärzte, Pfarren, Apotheken
Setting(s) / Reichweite	Drei Projektgemeinden im Land Salzburg (Bischofshofen, Werfen und Radstadt) sowie drei Stadtteile in der Landeshauptstadt (Lehen, Taxham, Salzburg Süd)

Nach einer Ist-Stand-Erhebung zu Projektbeginn wurden Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, aktive und noch mobile ehrenamtlich tätige Seniorinnen/Senioren, im Rahmen von Schulungen zur Planung und Durchführung partizipativ angelegter Maßnahmen qualifiziert. Dabei handelt es sich um „gesunde Nachbarschaftsaktivitäten“ wie z. B. Hausbesuche, Kochkurse,

EDV-Schulungen, altersgerechte Bewegungseinheiten, Tage der offenen Tür in Sportvereinen, Fachvorträge (z. B. zu pflegerelevanten Themen, Krankheitsbildern), Gedächtnistraining usw. Zusätzlich wurden Vernetzungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung älterer Menschen in den einzelnen kommunalen Settings sowie übergreifend für alle Projektgemeinden und -stadtteile initiiert.

AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus – Wien

Organisation	ARGE AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus (Wiener Hilfswerk & Wiener Sozialdienste)
Laufzeit (in Monaten)	15.3.2016 – 15.11.2017 (20 Monate)
Projektpartner/innen	Nachbarschaftszentrum (Wr. Hilfswerk), relevante lokale Einrichtungen
Setting(s) / Reichweite	15. Wiener Gemeindebezirk/Grätzel

Durch aufsuchende Aktivierung, niederschwellige Aktivitäten und Angebote, den Einsatz von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus der Zielgruppe (Aktivlots/innen), muttersprachliche Kompetenzen der Projektmitarbeiter/innen und die Möglichkeit für ältere Menschen, Inhalte und Aktivitäten mit zu bestimmen und zu gestalten, gelang es, Personen zu erreichen, zu denen sonst nur schwer oder kein Zugang besteht. Zu den umgesetzten Projektaktivitäten zählen beispielsweise zweimal wöchentlich das „Café Aktiv“ im Nachbarschaftszentrum, Gesundheitsparties und Aktivitäten im öffentlichen sowie im privaten Raum, (gesundheitsbezogene) Vorträge, Projektvorstellungen sowie Exkursionen und Ausflüge zu lokalen Einrichtungen und Orten sowie Feiern im Jahreszyklus.

MahlZeit! – Gemeinsam essen, reden, lachen – Niederösterreich

Organisation	ARGE Senioren Mobil (Verein Waldviertler Kernland & NÖ.Regional.GmbH)
Laufzeit (in Monaten)	01.7.2015 – 31.3.2017 (21 Monate)
Projektpartner/innen	Gemeinden, Seniorenvertretungen, Gastronomie, Hilfsdienste, Pfarren
Setting(s) / Reichweite	13 Gemeinden im Waldviertel (Albrechtsberg, Bad Traunstein, Bärnkopf, Grafenschlag, Groß Göttfritz, Gutenbrunn, Kirchschatz, Kottes-Purk, Martinsberg, Ottenschlag, Sallingberg, Schoenbach, Waldhausen, Weinzirl)

In jeder der 13 Kernlandgemeinden wurde ein Wirt gesucht, der als Treffpunkt dient und zweimal pro Monat ein Mittagessen anbietet. Gekoppelt daran werden am Nachmittag gemeinsame Aktivitäten veranstaltet wie beispielsweise spielen, basteln, Bewegungseinheiten, singen, Wissen aus der Vergangenheit weitergeben oder Ausflüge in die Umgebung. Diese Nachmittage werden von „GastgeberInnen“ gestaltet. Dabei handelt es sich um Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus der Zielgruppe (Seniorinnen/Senioren), die unterstützt und zur eigenständigen Umsetzung von Aktivitäten motiviert wurden. „GastgeberInnen“-Treffen dienen dem Austausch und Voneinander-Lernen.

Gesunde Nachbarschaft – In Gemeinschaft älter werden – Steiermark

Organisation	ARGE Gesunde Nachbarschaft – In Gemeinschaft älter werden (Frauengesundheitszentrum Graz & Verein Illusions, Koordinationsbüro des Stadtteilzentrum Triester Straße)
Laufzeit (in Monaten)	1.9.2015 – 31.5.2017 (21 Monate)
Projektpartner/innen	Organisationen/Institutionen und engagierte Personen aus dem Stadtteil
Setting(s) / Reichweite	Stadtteil (Triester Siedlung Graz) / Grätzel

In diesem Projekt wurden nach einer Bedarfserhebung unter Bewohnerinnen und Bewohnern 50+ sowie Akteurinnen/Akteuren im Stadtteil ein 14-tägig stattfindender 50+Treff eingerichtet. Darauf aufbauend wurden gemeinsam mit Freiwilligen aus der Zielgruppe ältere Menschen fünf Kleinprojekte erarbeitet und umgesetzt. So wurde beispielsweise eine Tauschbörse und ein Spielertreff initiiert und Bewegungseinheiten in der Wohnumgebung durchgeführt. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der Berücksichtigung geschlechtergerechter und bedarfsbezogener Angebote für ältere, sozial benachteiligte Bewohner/innen. Zusätzlich wurde eine intensive Vernetzung mit anderen Siedlungszentren, Initiativen, Organisationen und Netzwerken betrieben und eine Stadtteilkonferenz mit Fokus Gesundheit(sförderung) umgesetzt. Darüber hinaus wurde ein „Modell zur guten Zusammenarbeit“ durch die beiden Umsetzungspartner/innen erarbeitet.

Alle Projekte wurden seitens des FGÖ mit Informations-, Weiterbildungs- und Vernetzungsaktivitäten intensiv betreut sowie übergreifend evaluiert:

- Vernetzungstreffen für alle Umsetzer/innen zum Erfahrungsaustausch und zu gegenseitiger Beratung.
- Fortbildungen für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren (z. B. zum Thema Ehrenamt)
- Pressearbeit, öffentlichkeitswirksame Aktionen zu Aktivierung und Teilhabe wie Zitate- oder Fotowettbewerb
- Website www.gesunde-nachbarschaft.at, auf der das gesamte Wissen zur Verfügung gestellt und Austausch ermöglicht wird.
- Sichtbarmachen der Initiativen und der engagierten Personen über Facebook, Infomails und Newsletter.
- Übergreifende Evaluation der Projekte.

Genauere Informationen über die Projekte sind auf der Initiativen-Website www.gesunde-nachbarschaft.at zu finden. Über einzelne Projekte wurden auch Filme produziert, die können auf einem Youtube-Kanal betrachtet werden:

<https://www.youtube.com/channel/UCmTNQ79Kutj8vKOz15xUkHA>

Die Ergebnisse der Projekte sowie ein Überblick über die Lernerfahrungen sind auf den nächsten Seiten beschrieben.

Lessons Learned – Ergebnisse der Evaluation und Reflexion der Projekte

Im Rahmen der externen Evaluation stand eine zusammenfassende Bilanz der umgesetzten Projekte und Lernerfahrungen im Vordergrund. Die Auswertung der Fragebogenerhebung zeigt, dass der Bildungsgrad der Teilnehmenden eher niedrig war: 24 Prozent Hauptschule und 33 Prozent Lehre oder berufsbildende mittlere Schule, 13 Prozent Matura und 5 Prozent Hochschulabschluss. Die Hälfte der erreichten Älteren (50 Prozent) lebte alleine, 38 Prozent zu zweit. Insgesamt lebten mehr Frauen als Männer alleine und 37 Prozent vermissen es, im Alltag Menschen um sich zu haben.

Die Projekte setzten Maßnahmen, um dem Risiko der sozialen Isolation entgegenzutreten und die Kontakthäufigkeit in der Nachbarschaft zu erhöhen. Dies ist gelungen: 96 Prozent der Teilnehmenden gaben an, durch die Projektaktivitäten neue Menschen kennengelernt zu haben.

Die Leitprojekte der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ für die Zielgruppe der älteren Menschen zeigen einerseits große Diversität, was etwa ihre Themen, räumlichen Kontexte, Sub-Zielgruppen und Methoden betrifft, ermöglichen aber andererseits durchaus eine übergreifende Betrachtungsweise und Bewertung ihrer Ansätze und eine Ableitung von allgemein förderlichen Faktoren und Lernerfahrungen.

Die im Folgenden genauer besprochenen Ansätze bzw. Faktoren erwiesen sich in der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ als besonders sinnvoll und erfolgreich. Die Erkenntnisse dazu stammen zum Teil aus der externen Evaluation (Resch et al., 2018) und aus den Ergebnissen von Gruppendiskussionen und Interviews zur Entwicklung des Handbuchs der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ (Giedenbacher et al. 2018).

Bedarfe frühzeitig erheben & Menschen aktivieren

Eine Bedarfserhebung zu einem sehr frühen Zeitpunkt im Projekt steigert Mitgestaltungsmöglichkeiten und Partizipation der Zielgruppe sowie relevanter Akteurinnen/Akteure, schafft aber auch ganz grundsätzlich eine erste Verbindung zum Projekt und damit eine Aktivierung der Zielgruppe(n). Die Erfahrungen aus der Initiative zeigen, dass – je nach Ausrichtung und Verortung des Projekts – eine derartige Bedarfserhebung breit streuend (z. B. Aussendung an alle Haushalte) oder auch kleinräumig und spezifisch (z. B. aufsuchende Interviews im Stadtteil) angelegt werden kann. Begehungen von Gemeinden oder Stadtteilen sind eine Möglichkeit für ältere Menschen, sich Sozialräume anzueignen. Finden sie in einem frühen Stadium des Projekts statt, können sie auch der Kontaktaufnahme mit älteren Frauen und Männern dienen.

Auf Diversität eingehen, gendersensibel arbeiten

Diversität spielt eine wichtige Rolle. „Ältere Menschen“ sind eine heterogene Zielgruppe. Sie sind Frauen und Männer – unterschiedlicher Altersgruppen, mit und ohne Migrationshintergrund, mit und ohne Mobilitätseinschränkungen, mit und ohne ökonomische Benachteiligung etc. Eine genaue Definition der Zielgruppe ist grundlegend, um Zugänge, Angebote, Kommunikation etc. entsprechend planen und setzen zu können. Gendersensibel und genderspezifisch zu arbeiten ist wichtig.

Da die Projekte eher ältere Frauen erreichten, empfiehlt es sich, genau zu reflektieren, welche spezifischen Bedarfe Männer und Frauen haben und welche Maßnahmen/Angebote abhängig vom Geschlecht eher bevorzugt werden. Sinnvoll wäre es beispielsweise, Maßnahmen zur gezielten Ansprache von älteren Männern verstärkt anzudenken. Will man mit gesundheitsfördernden Angeboten sowohl Frauen als auch Männer erreichen, ist viel Sorgfalt auf die Entwicklung integrativer, nicht-stereotyper Angebote aufzuwenden.

Kontinuität bieten

Es hat sich gezeigt, dass eine Kontinuität des Angebots für dessen Erfolg wichtig ist. Diese Kontinuität wird dadurch hergestellt, dass die Projektaktivitäten einerseits über einen längeren Zeitraum hinweg und andererseits zu regelmäßigen Terminen stattfinden.

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

Freiwillig Engagierte als wertvolle Ressource nutzen

In den Leitprojekten der Initiative spielte der Einsatz von Freiwilligen – auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Aufgaben – eine wesentliche Rolle. Freiwillige aus der Zielgruppe selbst sind vertrauensbildend und wirken als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und role models. Für eine erfolgreiche Arbeit mit Freiwilligen lassen sich aus der Initiative einige wichtige Erfahrungswerte herausarbeiten:

- Freiwillige brauchen große Verbindlichkeit seitens der Projektdurchführenden (z. B. klare Kommunikation, eine fixe Ansprechperson).
- Sie selbst sollten allerdings niederschwellig an ihre Aufgaben herangeführt werden, ohne sich gleich langfristig verpflichten zu müssen.
- Der Aufwand für freiwilliges Engagement sollte überschau- und planbar sein. Dazu gehört auch ein sparsamer Umgang mit Zusatzanforderungen rund um das eigentliche Engagement (z. B. Fortbildungen, Vernetzungstreffen).
- Der Aufbau von Teams (anstelle von einzelnen Engagierten) wirkt entlastend für die/den Einzelne/n. Außerdem kann so das Angebot auch bei Ausfällen aufrechterhalten werden.
- Freiwillig Tätige sollten für ihr Engagement ganz bewusst und sichtbar Anerkennung erfahren, z. B. mittels kleiner, persönlicher Geschenke oder auch feierlicher Zusammenkünfte (z. B. gemeinsames Abendessen).
- In einigen Projekten wurde auch deutlich, dass Freiwillige gerade zu Beginn ihres Engagements eine gute Balance aus Struktur/Vorgaben und Gestaltungsspielraum sowie Unterstützungsangeboten, über deren Inanspruchnahme sie selbst entscheiden können, sehr schätzen.

Schulungen „entschulen“

Die Erfahrungen in den Leitprojekten von „Auf gesunde Nachbarschaft!“ zeigen, dass Schulungen für ältere Menschen eine gute Möglichkeit sein können, (Gesundheits-)Kompetenzen auf- und auszubauen. Allerdings braucht es spezifische Formate und Werkzeuge, um die Teilhabemöglichkeiten und damit auch die Teilhabewahrscheinlichkeiten zu erhöhen. Der Bildungsstand der Teilnehmer/innen an den Angeboten von „Auf gesunde Nachbarschaft!“ war relativ niedrig, so hatten etwa nur fünf Prozent einen Hochschulabschluss. Wissen wurde

dementsprechend möglichst lebensnah und auch attraktiv für die Zielgruppe vermittelt. Dazu gehören unter anderem folgende Aspekte:

- Das vermittelte Wissen sollte einen starken Zusammenhang mit der Lebenswelt der Teilnehmer/innen aufweisen und entsprechend relevant sein. Hier halfen Bedarfserhebungen und eine partizipative Entwicklung der Inhalte.
- Schulungen wurden in kleinen Formaten (z. B. Vortrag und Diskussion) durchgeführt. Längere Formate (z. B. ganztägige Module) wirken auf viele Menschen abschreckend. Ebenso wenig attraktiv wirkt erfahrungsgemäß ein Vokabular, das sich am klassischen Setting Schule orientiert.
- Anreizsysteme können im Sinne einer gamification die Begeisterung für eine Teilnahme erhöhen, z. B. ein Pass, in dem für jede Schulungsteilnahme ein Stempel gesammelt wird; wobei ab einer bestimmten Anzahl von Stempeln ein Bonus winkt.

Mit Kleinprojekten selbstbestimmtes Engagement ermöglichen

In beiden Phasen der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wurden bereits Erfahrungen mit Kleinprojekten gesammelt. Kleinprojekte, die von älteren Frauen und Männern selbst geplant und durchgeführt werden, brauchen ausreichend Vorlauf- und auch Laufzeit (z. B. ein halbes Jahr), damit ein guter Start und eine nachhaltige Implementierung möglich sind. Es hat sich gezeigt, dass in den meisten Fällen – vor allem dann, wenn die Zielgruppe keine oder wenig Erfahrung mit der Arbeit in Kleinprojekten mitbringt – auch eine engmaschige und stets motivierende Begleitung (Empowerment) notwendig ist. Diese Faktoren begrenzen in der Regel die Anzahl der möglichen Kleininitiativen innerhalb eines Projekts.

Kommunikation vielfältig gestalten

Alle Projekte in der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wiesen einen sehr vielfältigen Mix von Kommunikationsangeboten und -kanälen auf, um ihre Angebote an die Zielgruppe „zu bringen“. Ein „Zuviel an Kommunikation“ ist unwahrscheinlich. Ganz allgemein lässt sich der Schluss ziehen, dass die Zielgruppe der älteren Frauen und Männer in der Regel besonders gut über

- die jeweiligen Regional- und Lokalmedien (z. B. Gemeindezeitung, Bezirkszeitung),
- direkte und verbindlich wirkende Anschreiben (z. B. „Bürgermeister/innen-Brief“),
- Postwurfsendungen und
- die direkte Ansprache bzw. die Ansprache über Multiplikatorinnen/Multiplikatoren erreicht werden können.

Niederschwellig reden & handeln

Viele der weiter oben besprochenen Ansätze und Faktoren haben mit der Frage zu tun, wie zugänglich die Angebote für die Zielgruppe gestaltet werden. Vor allem wenn mit und für sozial benachteiligte(n) Menschen gearbeitet wird, ist ein barrierefreier – im mehrfachen Sinn! – Zugang das Um und Auf für eine erfolgreiche Erreichung und Einbindung der Zielgruppe. An dieser Stelle möchten wir auf jene Aspekte von Zugänglichkeit fokussieren, die nicht schon weiter oben Erwähnung fanden:

- **Mobilität ermöglichen:** Für Menschen, die nicht (mehr) mobil sind, sollten Mobilitätsangebote geschaffen werden (z. B. Gemeindebus, Fahrgemeinschaften, Abholung).
- **Räumliche Barrierefreiheit berücksichtigen:** Bei der Auswahl von Treffpunkten ist unbedingt die Barrierefreiheit/-armut der Räumlichkeiten (aber auch ihres Umfelds) zu berücksichtigen.

- **Konsumfreie Räume schaffen bzw. öffnen:** Für Menschen mit geringen Einkommen kann ein Raum mit Konsumzwang die Teilnahme verhindern. Konsumfreie Räume – idealerweise mit einer einfachen Bewirtung (z. B. Kaffee, Saft) – wirken hingegen einladend und ermöglichen die Teilhabe.
- **Eine gemeinsame Sprache finden:** Die „Projektsprache“ in der Gesundheitsförderung ist für gewöhnlich nicht die Sprache der Zielgruppe. Für gegenseitiges Verständnis und Vertrauen muss ein Projekt daher immer wieder „übersetzt“ werden. Muttersprachliche Angebote bzw. Ansprechpersonen für Menschen, die nicht oder kaum Deutsch sprechen, sind ein wichtiger, meist notwendiger Schritt hin zur Erreichung von älteren Frauen und Männern mit Migrationshintergrund.
- **Den Sozialraum genau kennen:** Für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten im kommunalen Setting ist eine genaue Ortskenntnis – nicht nur im geografischen Sinn – unerlässlich: Welche Angebote gibt es dort schon?, Wer könnte sich einbringen?, Welchen „Ruf“ hat ein möglicher Treffpunkt?, Wo im öffentlichen Raum halten sich die älteren Bewohner/innen des Bezirks gern auf?
- **Viel geben, wenig fordern:** Gerade zu Beginn, wenn es um den Kontakt- und Beziehungsaufbau zur Zielgruppe geht, sollte von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern möglichst wenig „verlangt“ werden. Gemeint sind damit etwa Aktivitäten, für die man keinerlei Vorkenntnisse benötigt oder der Verzicht auf eine verbindliche Anmeldung. Die Projektdurchführenden hingegen sollten immer verbindlich agieren.
- **Aufsuchende Arbeit:** Mit aufsuchender Arbeit können auch besonders isolierte Menschen erreicht werden. Der zeitliche Aufwand dafür ist allerdings erheblich und entsprechend einzuplanen.

Fazit und Ausblick

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Leitprojekte der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ ermöglicht haben, dass ältere Frauen und Männer in ihren Nachbarschaften mobilisiert wurden und die sozialen Teilhabechancen wahrnahmen – darunter waren viele Alleinstehende und Personen mit einem Risiko zur sozialen Isolation, wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen. Die Projekte haben Maßnahmen gesetzt, um dem Risiko der Isolation entgegenzutreten und die Kontakthäufigkeit in der Nachbarschaft zu erhöhen. Dies ist gelungen: 96 Prozent der Teilnehmenden gaben an, durch die Projektaktivitäten neue Menschen kennengelernt zu haben.

Viele der Projekte und Maßnahmen werden auch nach Projektende durch die umsetzenden Einrichtungen bzw. Gemeinden und Stadtteile fortgesetzt oder in andere Gemeinden oder Regionen übertragen. Die Lernerfahrungen werden seitens des FGÖ etwa in Form eines Handbuchs und ausführlicher Evaluationsberichte oder mittels Schulungen für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in den Bundesländern verbreitet. Und schließlich baut eine neuerliche Projektförderungsphase zum Thema „Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Chancengerechtigkeit für ältere Menschen in Nachbarschaften“ auf den gesammelten Erfahrungen auf und erweitert diese um neue Methoden, Gesundheitskompetenz zu stärken – auf der Ebene von Gemeinden und Organisationen sowie auf der Ebene der älteren Bevölkerung.

Quellen

- De Wit, L.; Fenenga, C.; Giammarchi, C.; di Furia, L.; Hutter, I.; de Winter, A.; Meijering, L. (2017): Community-based initiatives improving critical health literacy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *BMC Public Health*. 2017 Jul 20; 18 (1):40. DOI: 10.1186/s12889-017-4570-7
- Giedenbacher, Y.: „Auf gesunde Nachbarschaft!“ – Aus Erfahrungen lernen. Ein Handbuch. Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich, Wien (in Druck)
- Holt-Lunstad, J.; Smith, T. B.; Layton, J. B. (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. In: *PLoS Medicine* 7/7. S. 1–20
- Holt-Lunstad, J.; Smith, T. B.; Baker, M.; Harris, T.; Stephenson, D. (2015): Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*. März 2015; 10 (2). S. 227–237. DOI: 10.1177/1745691614568352
- Hüllemann, U.; Brüscheiler, B.; Reutlinger, C. (2015): Räumliche Aspekte von Nachbarschaft – eine Ver-gewisserung. In: Reutlinger, C.; Stiehler, S.; Lingg, E.: *Soziale Nachbarschaften. Geschichte, Grundlagen, Perspektiven*. Springer Fachmedien, Wiesbaden. S. 18–33
- Koch, A.; Daichendt, M., (2014) Zusammenfassung des Abschlussberichts zur wissenschaftli-chen Beglei-tung der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). internationales forschungszentrum für soziale und ethische fragen, Salzburg. <http://www.gesunde-nachbarschaft.at/sites/default/files/Evaluationsbericht.pdf>
- Parry, J.; Laburn-Peart, K.; Orford, J.; Dalton, S. (2004): Mechanisms by which area-based regeneration programmes might impact on community health: a case study of the new deal for communities initiative. In: *Public Health* 118/7. S. 497–505
- Resch, K.; Wanka, A.; Fassel, A.; Kolland, F.; Weißenböck, C.; Pintsuk-Christof, J. (2018): Endbericht zur Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ Schwerpunkt SeniorInnen (2015–2017) Bericht der externen Evaluation: Institut für Soziologie & Postgraduate Center, Wien
- Reutlinger, C.; Stiehler, S.; Lingg, E. (Hrsg.) (2015): Die Nachbarschaft soll es richten – Allgegenwärtigkeit eines Konzepts. In: Reutlinger, C.; Stiehler, S.; Lingg, E.: *Soziale Nachbarschaften. Geschichte, Grundla-gen, Perspektiven*. Springer Fachmedien, Wiesbaden. S. 11–21
- Ross, C. E.; Mirowsky, J. (2001): Neighborhood disadvantage, disorder, and health. In: *Journal of Health and Social Behavior* 42/3. S. 258–276
- Sirven, N.; Debrand, T. (2008): Promoting social participation for healthy ageing: An Interna-tional Com-parison of Europeans Aged Fifty and Over, A Counterfactual Analysis from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE). IRDES Working Paper No 7. IRDES (Institut de recherche et documen-tation en économie de la santé), Paris
- Süß, E.; Trojan, A. (2015): Gemeindeorientierung. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Bundeszen-trale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.leitbegriffe.bzga.de> (1. 3. 2018)
- Wahrendorf, M.; Siegrist, J. (2008): Soziale Produktivität und Wohlbefinden im höheren Lebensalter. In: Er-linghagen, M.; Hank, K. (Hrsg.): *Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften: The-oretische Perspektiven und empirische Befunde (Alter[n] und Gesellschaft)*. Verlag für Sozialwissenschaften
- Weinhold, K. (2011): Soziale Netzwerke und deren Einflüsse auf die Gesundheit. *Impulse für Gesund-heitsförderung*. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Nr. 73/11. Hannover
- Weyers, S.; Siegrist, J. (2011): Soziale Beziehungen und Gesundheit. *Impulse für Gesundheitsförderung*. Lan-desvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Nr. 73/11. Hannover
- World Health Organisation, WHO 1986: Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf (1. 3. 2016)
- World Health Organisation, WHO 2016: Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declara-tion/en> (16. 12. 2016)



Foto: ARGE

3.2 Aktivlots/innen in Rudolfshaus-Fünfhaus – Zugänge zu benachteiligten Menschen mittels Multiplikator/innen und durch Kooperationen im kommunalen Umfeld

Karin Kienzl-Plochberger / Wiener Sozialdienste; Michael Eibensteiner / Wiener Hilfswerk; Elisabeth Kausek / Wiener Hilfswerk

Einleitung

Rudolfshaus-Fünfhaus ist der 15. Wiener Gemeindebezirk. Er liegt westlich des Stadtzentrums, ist einer der kleinsten Außenbezirke Wiens, verfügt über einen geringen Grünlandanteil und weist mit 201,6 Einwohnerinnen/Einwohnern pro Hektar eine sehr hohe Bevölkerungsdichte auf (Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2017).

Es leben hier 78.999 Menschen, davon 53,1 Prozent mit Migrationshintergrund. 14.393 (18,2 Prozent) Bezirksbewohner/innen sind 60 Jahre und älter, davon sind 6.233 Männer und 8.160 Frauen (Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2017).

Rudolfshaus-Fünfhaus zählt auch zu den ärmsten Bezirken Wiens. Hier leben viele Menschen mit niedrigem Einkommen, geringem Bildungsstand und chronischen Erkrankungen.

Tabelle 1: Junge Alte im Aufbruch

	Durchschnittlicher Jahresbezug pro Arbeitnehmer/in		Index des durchschnittlichen Nettobezuges pro Arbeitnehmer/in	Durchschnittlicher Jahresbezug pro Pensionist/in		Index des durchschnittlichen Nettobezuges pro Pensionist/in
	Brutto	Netto		Brutto	Netto	
	Euro			Euro		
Wien	31.505	21.271	100,0	25.484	20.027	100,0

Quelle: Statistik Austria – Lohnsteuerstatistik

Der 15. Bezirk verfügt über eine gute Infrastruktur und über eine sehr gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr. Viele wichtige Einrichtungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und der Gemeinwesenarbeit sowie Bildungseinrichtungen, die dabei unterstützen, das Miteinander im öffentlichen Raum zu verbessern, befinden sich im Bezirk, wie etwa das Beratungszentrum Pflege und Betreuung des Fonds Soziales Wien, ein geriatrisches Tageszentrum, ein neu erbautes Pflegewohnhaus, zwei Pensionistenwohnhäuser des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser, das Nachbarschaftszentrum 15, mehrere Pensionistenklubs, Pfarren, die Volkshochschule 15, Außenstellen der Städtischen Bücherei, die Gebietsbetreuung und die Wohnpartner, die außerschulische Kinder- und Jugendarbeit mit zwei Vereinen sowie das Fairplay-Team.

Zielgruppe

Armutsbetroffene und ältere Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund sind oft großen sozialen und wirtschaftlichen Zwängen unterworfen, die ihre Lebensbedingungen verschlechtern und ihre individuelle Entscheidungsfreiheit beschränken. Dadurch haben sie weniger Chancen auf ein gesundes Leben.

Sie finden nur schwer oder keinen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangeboten. Gründe hierfür können sprachliche, kulturelle, rechtliche und soziale Barrieren sein oder auch Unkenntnis über Institutionen und Leistungen des Gesundheitswesens sowie Erfahrungen mit Diskriminierung oder Unerwünschtheit.

Mit zunehmendem Alter verkleinert sich auch der Aktionsradius von Bewohnerinnen/Bewohnern eines Stadtgebietes, es verschlechtern sich Quantität und Qualität der Kontakte und es kommt zu lückenhaften Netzwerken, in denen es an Freizeitpartnerinnen/-partnern und Vertrauenspersonen fehlt.

Daher gewinnen Grätzler, Nachbarschaften und das unmittelbare soziale Umfeld große Bedeutung.

Das Projekt „Aktivlots/innen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ richtete sich an Frauen und Männer mit und ohne Migrationshintergrund ab dem 60. Lebensjahr, die im 15. Bezirk leben und/oder dort eine Einrichtung besuchen.

Zugangswege

Eine große Herausforderung liegt im Bereich des Zugangs zur Zielgruppe, denn gerade jene Gruppen, von denen angenommen wird, dass sie am stärksten von Ungleichheit und Exklusion betroffen sind, sind am schwierigsten zu erreichen. Sie müssen über andere Kommunikationskanäle und mit anderen Ansprechstrategien erreicht werden als sozial Bessergestellte.

Sprachenvielfalt

Die beiden Projektmitarbeiterinnen aus den Tandem-Organisationen Wiener Hilfswerk und Wiener Sozialdienste bemühten sich, insbesondere jene Menschen anzusprechen, die im Bereich der Gesundheitsförderung als schwer erreichbar gelten. Ein wesentlicher Faktor waren dabei ihre muttersprachlichen Kompetenzen (Bosnisch-Kroatisch-Serbisch und Türkisch) und ihr eigener Migrationshintergrund. Trotzdem kam es auch zu Sprachbarrieren, da der 15. Bezirk eine große Sprachenvielfalt aufweist.

Multiplikatorinnen/Multiplikatoren

Viele ältere Migrantinnen/Migranten, vor allem aus bildungsferneren Milieus, berichten darüber, dass sie nicht ausreichend informiert sind. Schriftliche Informationen (Broschüren, Informationsfolder etc.), auch wenn sie mehrsprachig sind, erreichen die Zielgruppe nur, wenn sie bewährte Wege nutzen (Mundpropaganda, soziale Medien). Besonders wichtig sind für diese Menschen vertrauenswürdige und kompetente Kontakt- bzw. Brückenpersonen, die jedoch nur begrenzt zur Verfügung stehen (Reinprecht 2016, 11).

Die Einbindung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren wurde daher als weitere Strategie zur Erreichung der Zielgruppe verfolgt, denn gerade diese Personen können Informationen und Erfahrungen alltagsnah an ihre Communities weitergeben und erreichen durch ihre Vertrauensstellung auch Menschen, zu denen sonst kein Zugang besteht.

Aufsuchende Aktivierung und Niederschwelligkeit

Mittels aufsuchender Arbeit im öffentlichen Raum (in Parks, Apotheken, auf Plätzen und Märkten etc.), in Vereinen und Organisationen, bei Festen und Veranstaltungen (Wasserweltfest, Nachbarschaftstag, Messe für Gesundheit und Prävention etc.), durch gezielte, persönliche Ansprache und durch verschiedenste niederschwellige Aktivitäten (z. B. Café Aktiv) wurde viel in den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen mit der Zielgruppe investiert.

Gesundheitspartys

Durch sogenannte Gesundheitspartys, die die Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in ihrem privaten Umfeld (in der Nachbarschaft, im Freundeskreis) oder anfangs auch im Nachbarschaftszentrum organisierten, sollte bei den Seniorinnen/Senioren Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten geweckt werden. In einem vertrauten Rahmen und in einem ihnen bekannten Umfeld konnte ohne Scheu über gesundheitliche und soziale Themen diskutiert werden. Informationen und Wissen wurden so niederschwellig weitergegeben. Durch die in den „Gesundheitspartys“ gewonnenen Erkenntnisse konnten gemeinsam mit der Zielgruppe alltagsnahe und praktikable Aktivitäten entwickelt oder ausgebaut werden.

Kooperation und Vernetzung

Viele wichtige Einrichtungen und Organisationen, Projekte und Initiativen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Gemeinwesenarbeit befinden sich im Bezirk. Sie sind sehr gut miteinander vernetzt und ein Regionalforum, an dem auch regelmäßig politische Vertreter/innen teilnehmen, trifft sich monatlich. Die Mitglieder des Regionalforums organisieren gemeinsam auch das jährlich im Frühjahr stattfindende „Wasserweltfest“. Über die Kooperationspartner/innen wurde ebenfalls versucht, Zugang zur Zielgruppe zu erhalten.

Die Aktivlots/innen

Nach mehreren Aktivierungsphasen durch die Projektmitarbeiterinnen und nach ausführlichen Informationsgesprächen entschieden sich neun Personen (sieben Frauen und zwei Männer), selber aktiv zu werden und die Aufgabe einer Aktivlotsin bzw. eines Aktivlotsen zu übernehmen. Die Seniorinnen und Senioren stammten aus Österreich, Deutschland, Serbien, aus der Türkei, aus Persien und Kirgisien und sie etablierten sich bis zum Projektende als permanente Gruppe im Nachbarschaftszentrum. Es zeigte sich aber auch, dass viele dieser Personen selbst kein größeres soziales Netz haben, unter Einsamkeit leiden und nicht nur sozioökonomisch benachteiligt, sondern unter Umständen auch eingeschränkt mobil oder durch Pflegeverpflichtungen stark belastet sind.

Die Aktivlots/innen wurden bereits zu Projektbeginn in das Freiwilligenteam des Nachbarschaftszentrums integriert und bleiben über das Projektende hinaus dort eingebunden.

Die Ausbildung der Multiplikator/innen

Die im Projektantrag vorgesehene Schulung sollte mit Beteiligung der Seniorinnen und Senioren als Blockveranstaltung mit modularem Aufbau zu Projektbeginn durchgeführt werden. Dies war für die älteren Menschen jedoch ein zu hochschwelliger Zugang und sie hatten Scheu, sich für diese Schulung zu verpflichten. Daher wurde die Vorgangsweise kurzfristig an ihre Bedarfe angepasst.

Aus mehreren Gesprächen mit einer Diplomierten Pflegefachkraft zu Beginn kristallisierten sich bei den Seniorinnen/Senioren bestimmte Themen und besondere Interessen heraus. Es wurden aber auch Angebote seitens des Projektteams gemacht. In einem partizipativen Prozess erarbeiteten die Aktivlots/innen gemeinsam mit den Projektmitarbeiterinnen das Kursprogramm.

Lernen im Alter

Die vielen verschiedenen Lerninhalte wurden nach erfolgter Adaptierung in kleinen, thematischen Lerneinheiten und über den gesamten Projektzeitraum vermittelt. Es wurde niemand von der Teilnahme ausgeschlossen. Alle, die Interesse hatten, konnten teilnehmen und es gab trotz bestehender Verbindlichkeit keine starren Verpflichtungen.

Die Schulungen bestanden aus zweistündigen, interaktiv gestalteten Vorträgen, aus Exkursionen und Ausflügen. Die Aktivlots/innen hatten immer die Möglichkeit, ihr eigenes Wissen einzubringen. Da es sich auch um eine sehr heterogene Lerngruppe (Herkunft, Sprache, Ausbildungshintergrund, Gesundheit, kulturelle Unterschiede etc.) handelte, wurde von den Referentinnen/Referenten bei der Wissensvermittlung auf Methodenvielfalt, auf praktische Beispiele und auf leicht verständliche Sprache geachtet. Die einzelnen Lerneinheiten wurden auch – soweit möglich – durch Übersetzungstätigkeiten (Sprache und Verständnis) von den Projektmitarbeiterinnen unterstützt und, wenn möglich wurde muttersprachiges Informationsmaterial organisiert.

Wissbegierig, begeisterungsfähig und unternehmungslustig

Themen wie z. B. Pflege und Betreuung, finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, Ergotherapie, Hilfsmittelberatung, Unfallverhütung und Wohnungsadaptierung, Erste Hilfe, Diabetes, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, gesunde Ernährung, Herz-Lunge-Kreislauf, aber auch sicherheitsorientiertes Verhalten sowie Gesprächsführung und Kommunikation stießen bei den Seniorinnen und Senioren auf sehr großes Interesse.

Darüber hinaus gab es Vorstellungen von Beratungseinrichtungen (TERRA-Beratungseinrichtung für ältere Migrant/innen, Rechtsberatung, psychologische Beratung) und von Projekten (Grätzel-Oase, „Kultur Mobil“ etc.).

Ausflüge und Museumsbesuche, u.a. in den Botanischen Garten, in den Mädchengarten im 15. Bezirk, ins Schloss Schönbrunn, ins Mozarthaus, in den Generationen-Aktiv-Park, sowie Exkursionen in verschiedenste Einrichtungen (z. B. Pensionistenwohnhaus, Pflegewohnhaus, Hauptbücherei, Wohnpartner) rundeten das Kursangebot ab.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Das Café Aktiv

Zwei Monate nach Projektbeginn wurde im Nachbarschaftszentrum das „Café Aktiv“ installiert, das bis zum Projektende zweimal pro Woche (einmal vormittags, einmal nachmittags) geöffnet war. Im Zuge ihrer aufsuchenden Arbeit bewarben die Projektmitarbeiterinnen dieses Angebot mit Gutscheinen. Mit dem „Café Aktiv“ wurde allen interessierten Seniorinnen und Senioren ein niederschwelliger Zugang ermöglicht und Personen unterschiedlichster Kulturen, unabhängig von Bildung und Status, wurden erreicht. Jede/r konnte unverbindlich vorbeischaun, sich vor Ort über Angebote informieren und verschiedenste davon auch kostenfrei nutzen.

Ein weiterer Zugang zur Zielgruppe wurde über die Möglichkeit einer kostenlosen Sozialberatung im Nachbarschaftszentrum geschaffen.

Bildungsangebote und Informationen für alle

Die Vorträge, Exkursionen und Ausflüge im Rahmen der Aktivlots/innen-Schulung wurden offen gestaltet, niemand wurde ausgeschlossen. Die älteren Menschen wurden über die ver-

schiedensten Angebote und Einrichtungen der Stadt Wien informiert und auch darüber, wo und wie sie sich eigenständig verlässliche Informationen beschaffen können.

Im Rahmen einer offenen Vortragsreihe wurden fünf Veranstaltungen in verschiedenen Einrichtungen im Bezirk zu den Themen Lernen im Alter, Sicherheit, Armut und Gesundheit, Biographiearbeit und Wohnen im Alter durchgeführt, zu denen neben den Seniorin-nen/Senioren auch die Vernetzungspartner/innen im Bezirk eingeladen waren.

Teilhabemöglichkeiten

Die Aktivlots/innen erhielten für die Dauer des Projektes eine Jahresnetzkarte. Dadurch konnten sie nicht nur im Bezirk, sondern in ganz Wien Einrichtungen besuchen bzw. an verschiedensten Aktivitäten teilnehmen.

Einigen von ihnen wurde durch die Ausstellung eines Kulturpasses und eines TU WAS-PAS-Ses! Teilhabe an kulturellen und sportlichen Aktivitäten ermöglicht.

Einige Aktivlots/innen nahmen auch andere Angebote des Nachbarschaftszentrums in Anspruch, wie z. B. Gymnastik, Tanz und kreatives Gestalten, und so kam es zu einem Austausch mit den anderen Besucherinnen und Besuchern sowie den Freiwilligen des Nachbarschaftszentrums.

Neues entdecken

Die Vertrauensbeziehung zu den Projektmitarbeiterinnen war eine wesentliche Voraussetzung für Partizipation im Projekt. Um die persönlichen Ressourcen der Aktivlots/innen hervorzuheben, wurden sie gefragt und ermutigt, selber Café Aktiv Runden zu gestalten und zu leiten.

Auch im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zeigte sich, dass die Seniorinnen/Senioren ihre Scheu ablegten und sich aktiv an der PR-Arbeit beteiligten. So ließen sie sich bei der Auftakt- und bei der Abschlussveranstaltung und für Zeitungsartikel interviewen, wirkten in mehreren Videos als Role Models mit, ließen sich von Studentinnen einer Schweizer Universität befragen und nahmen aktiv an den verschiedensten Auftritten in der Öffentlichkeit (Wasserweltfest, Nachbarschaftstag etc.) teil.

Fazit und zentrale Ableitungen für die Gesundheitsförderung

- Der Erstzugang zur Zielgruppe gestaltet sich oft schwierig und beansprucht Zeit, da erst Vertrauen aufgebaut werden muss. Hierbei unterstützen kostenfreie und niederschwellige Angebote, ermöglichen einen ersten unverbindlichen Kontakt und stellen keine Überforderung für die älteren Menschen dar.
- Kompetenzen der Mitarbeiter/innen, sich auf andere Lebenswelten einzulassen und ihrem Gegenüber Offenheit, Respekt und Wertschätzung zu vermitteln, sowie muttersprachliche Kompetenzen und eigener Migrationshintergrund schaffen Vertrauen bei der Zielgruppe.
- Beziehungsarbeit, Vertrauen und Kontinuität sind wesentliche Faktoren, um die Zielgruppe zu begleiten, zu unterstützen und sie zu motivieren. Ohne ausreichende Beziehungsarbeit findet Partizipation nur schwer statt.

- Die Möglichkeit, Inhalte und Aktivitäten mitzubestimmen und mitzugestalten sowie Wünsche und Kritik zu äußern, fördert die Ressourcen der Menschen, stärkt die Vertrauensbasis und ermöglicht Inklusion.
- Um die Zielgruppe mit Lernangeboten zu erreichen, benötigt man zum einen niederschwellige Angebote, die eine aktive Teilnahme der Lernenden ermöglichen, zum anderen aber auch neue Lernsettings.
- Durch den Austausch mit Schlüsselpersonen und durch das niederschwellige Kennenlernen von Einrichtungen (z. B. im Zuge von Veranstaltungen oder Exkursionen) werden Barrieren abgebaut.
- Es ist für die Zielgruppe wichtig, weiterführende Perspektiven zu haben und sich auch weiterhin regelmäßig zu sehen. Es braucht daher Strukturen, in die sie mit ihren Erfahrungen und Kompetenzen und in neue Aktivitäten eingebunden werden kann.
- Durch die Kooperation zweier etablierter Organisationen kommt es auf Organisationsebene zu einem Miteinander-Voneinander-Lernen und für die Arbeit mit der Zielgruppe können Erfahrungen und bestehende Netzwerke intensiv genutzt werden.

Zusammenfassung

Im Rahmen der Initiative des Fonds Gesundes Österreich „Auf gesunde Nachbarschaft“ entstand das Projekt „Aktivlots/innen in Rudolfsheim-Fünfhaus“, das in Kooperation von Wiener Hilfswerk-Nachbarschaftszentren und Wiener Sozialdiensten durchgeführt und vom Fonds Gesundes Österreich und der Wiener Gesundheitsförderung gefördert wurde. Es handelte sich hierbei um ein sehr niederschwelliges Präventionsangebot, das zur Stärkung der Kommunikation und zur Interaktion im Stadtteil beitragen sollte. Ziel war auch, Seniorin-nen und Senioren zu Expertinnen/Experten für ihre eigene Gesundheit zu machen und sie zu ermutigen, eigenverantwortlich, selbstbestimmt und gesundheitsbewusst zu handeln und ihr Wissen auch aktiv als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren weiterzugeben. Mit Hilfe der Aktivlots/innen sollten neue Netzwerke zwischen den Nachbarinnen/Nachbarn entstehen, ältere Menschen sollten aus der Isolation geholt werden und im öffentlichen Raum stärker präsent sein.

Das Projekt richtete sich an Menschen ab dem sechzigsten Lebensjahr, die von Armut betroffen sind, großen sozialen und wirtschaftlichen Zwängen unterworfen sind und keine oder geringe Teilhabemöglichkeiten aufweisen.

Quellen

Reinprecht Ch.; Rossbacher E.; Wilczewska I.; Alpagu F.; Koyupinar D. (2016): Einfluss der Migration auf Leistungserbringung und Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen in Wien. Wiener Sozialpolitische Schriften 9, hrsg. v. d. Magistratsabteilung 24, Wien

Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2017:
<https://www.wien.gv.at/statistik/pdf/leben2017.pdf> (22. 1. 2018)

<https://www.wien.gv.at/statistik/pdf/menschen2017.pdf> (22. 1. 2018)

<https://www.wien.gv.at/statistik/pdf/bezirksportraits1-23-2017.pdf> (22. 1. 2018)



Foto: Wiener Hilfswerk

3.3 Gesund fürs Leben

Martin Oberbauer / Wiener Hilfswerk

Einleitung

Durch die demographische Entwicklung mit einer Zunahme von Bevölkerungsgruppen in höherem Lebensalter stellen Gebrechlichkeit und Mangelernährung älterer Menschen die Gesundheitssysteme zunehmend vor gravierende Herausforderungen. Die dafür benötigten professionellen Ressourcen sind beträchtlich und werden weiter zunehmen.

„Gebrechlichkeit“ – was ist das?

Der Begriff „Gebrechlichkeit“ bezeichnet einen Zustand hoher Vulnerabilität, verursacht durch Mangelernährung, chronische Entzündungen und eine fortschreitende Abnahme von Muskelmasse, in Verbindung mit verringerter Muskelkraft und eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit. Im Alltag führen solche Einschränkungen zu Problemen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, wie z. B. beim Essen, bei der Körperpflege, beim Ankleiden oder Benutzen der Toilette. Gebrechliche Menschen haben ein erhöhtes Risiko zu stürzen und erleben häufig eine verringerte Lebensqualität. Vermehrte Krankenhauseinweisungen und Aufnahmen in Pflegeheimen hängen ebenfalls damit zusammen. Gebrechlichkeit kann als ein mögliches Vorstadium von Behinderung aufgefasst werden (Santos-Eggimann et al. 2009)

und mit einer verkürzten Lebenserwartung verbunden sein (Shamliyan 2013). Daher kommt vorbeugenden Maßnahmen steigende Bedeutung zu.

Santos-Eggimann et al. (2009) erhoben das Ausmaß der Gebrechlichkeit in zehn europäischen Staaten. Diese Studie ergab, dass 10,8 Prozent der Österreicher über 65 Jahren gebrechlich sind und 40,7 Prozent eine Vorstufe davon aufweisen.

Gebrechlichkeit sollte jedoch nicht als unveränderbarer Zustand verstanden werden. Mehrere Studien (unter anderem Cesari et al. 2015) belegen, dass mit gesundheitsfördernden Maßnahmen, die von Gesundheitsprofis durchgeführt werden, signifikant positive Auswirkungen auf die Gebrechlichkeit erzielt werden können.

Die meisten dieser Ansätze hinsichtlich Gebrechlichkeit im Alter bauen auf medizinischen Konzepten auf. Demgegenüber empfehlen De Lepeleire et al. (2009), Gebrechlichkeit nicht nur als geriatrisches Syndrom zu verstehen, sondern ein biopsychosoziales Modell anzuwenden. Neben den biologischen Einflussfaktoren sollten auch psychologische und soziale berücksichtigt werden. Zu sozialen/soziologischen Bestimmungsfaktoren von Gebrechlichkeit zählen beispielsweise der Verlust von informeller sozialer Unterstützung, soziale Isolation und ein niedrigerer sozialer Status (Kolland 2011).

Innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte wird die große Kohorte der „Baby Boomer“-Generation das Pensionsalter erreichen. Daher sind insbesondere gesundheitsfördernde Maßnahmen gefordert, die dazu beitragen, dass diese große Anzahl älterer Menschen ihre Autonomie und Selbständigkeit möglichst lange aufrechterhalten und Einschränkungen ihrer Mobilität vermeiden oder verringern kann.

Gesundheitsbuddys im Studieneinsatz

Weil das Thema Gebrechlichkeit immer brisanter wird und ausgehend vom vielschichtigen Entstehungsprozess von Gebrechlichkeit entwickelte das Zentrum für Public Health der Abteilung für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien (MUW) im Jahr 2012 ein Forschungskonzept, das Ernährungs- und Bewegungsinterventionen sowie sozialen Kontakt als zentrale Maßnahmen enthielt. Das entscheidend Neue an diesen Maßnahmen war, dass sie nicht von Professionistinnen/Professionisten des Gesundheitswesens (z. B. Physiotherapeutinnen/-therapeuten), sondern von geschulten Laien, den sogenannten „Gesundheitsbuddys“, ehrenamtlich durchgeführt wurden. Als besonders innovativ erwies sich darüber hinaus der Ansatz einer mehrfachen Gesundheitsförderung: Sowohl die Buddys als auch die gebrechlichen oder von einer Vorstufe von Gebrechlichkeit betroffenen Personen setzten sich in diesem Projekt intensiv mit ihrer Gesundheit auseinander, machten Kraftübungen und erfuhren etwas über kräftigende Ernährung. Daher sollten zum einen die Buddys möglichst gar nicht in ein Stadium der Gebrechlichkeit kommen, zum andern sollte sich bei Menschen, die von einer Vorstufe von Gebrechlichkeit betroffen waren, dieser Zustand nicht weiter verschlechtern. Und schließlich sollten bei den gebrechlichen Menschen der Schweregrad ihres Zustandes verringert, eine Ausweitung der Beeinträchtigungen verhindert und Folgeerscheinungen reduziert werden.

84 ehrenamtliche Gesundheitsbuddys (Durchschnittsalter: 60) und 80 gebrechliche und/oder mangelernährte Personen (Durchschnittsalter: 83) nahmen von 2013 bis 2016 an der Studie teil, die vom Wiener Wissenschafts- und Technologiefonds WWTF gefördert und in Kooperation von MUW, Wiener Hilfswerk und Sportunion durchgeführt wurde. Die Hausbesuche hatten auf die besuchten Personen beträchtliche Auswirkungen: Die Handkraft als ein Anzeichen für Gebrechlichkeit nahm in einem klinisch bedeutsamen Ausmaß zu (was einer Abnahme der Gebrechlichkeit entspricht; Haider et al. 2017). Diese Wirkung lässt sich mit Effekten vergleichen, die Gesundheitsprofis erzielen. Weiters war eine signifikante Abnahme der Angst vor Stürzen um etwa zehn Prozent festzustellen (Kapan et al. 2017). Die Angst vor Stürzen und tatsächliche Stürze stehen in Wechselwirkung miteinander. Sturzangst reduziert die Lebensqualität und erhöht die Wahrscheinlichkeit weiterer Stürze. Mit den Ernährungsempfehlungen gelang es außerdem, zu einem um 25 Prozent verbesserten Ernährungsstatus bei den besuchten Personen beizutragen (Luger et al. 2016). Auch dieses Ergebnis kann mit den Wirkungen verglichen werden, die von Gesundheitsprofis erzielt werden. Aber nur die Hausbesuche allein (ohne Ernährungsgespräche und Kraftübungen) wirkten sich ebenfalls positiv auf den Ernährungsstatus der besuchten Personen aus. Das kann damit zusammenhängen, dass sie durch die Besuche dazu angeregt wurden, sich gesundheitsbewusster zu verhalten.

Derzeit noch nicht publizierte, aber im Rahmen einer Veranstaltung des Wiener Hilfswerks im November 2015 vom Projektleiter Prof. Dr. Thomas E. Dorner präsentierte vorläufige Auswertungsergebnisse deuten darauf hin, dass das Projekt auch bei den Buddys signifikante, positive Auswirkungen hatte. Da die Gesundheitsbuddys überwiegend ein eher stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und ein förderliches Gesundheitsverhalten aufwiesen, waren die weniger deutlichen Zuwächse im Vergleich zu den gebrechlichen Personen nicht überraschend. Dennoch nahm auch die Handkraft der Buddys nach zwölf Wochen signifikant zu.

Zusammenfassend liegt eine der wesentlichen Stärken des Forschungsprojekts in der Durchführung des Programms durch geschulte Ehrenamtliche anstelle von Gesundheitsprofis (Haider et al. 2017). Die freiwillig und unentgeltlich angebotenen Besuche hatten laut übereinstimmenden Aussagen von Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfängern einen besonderen Wert, weil die Gesundheitsbuddys ihre Leistungen nicht für Geld erbringen, sondern aus einer inneren Motivation heraus, den von ihnen besuchten Menschen zuliebe. Außerdem besuchte jeder Buddy immer nur eine gebrechliche Person. Dadurch entstand bei den besuchten Personen der Eindruck einer exklusiven, nur ihnen geltenden Zuwendung. Das war vermutlich mit dafür verantwortlich, dass in vielen Fällen sehr stabile und dauerhafte soziale Beziehungen entstanden sind. Gesundheitsprofis sind dagegen üblicherweise von einer Klientin/einem Klienten zur/zum nächsten unterwegs und können einzelnen Klientinnen/Klienten keine ausschließliche Betreuung anbieten. Als weitere Stärke des Projekts stellte sich heraus, dass das Programm direkt in den Wohnungen der gebrechlichen Personen durchgeführt wurde. Diese Vorgehensweise umging das meist unüberwindbare Hindernis, zu einem Trainingsprogramm, z. B. in einem Sportverein, zu gelangen. Wegen der eingeschränkten Mobilität der Teilnehmer/innen wäre der Besuch externer Trainings nur mit sehr hohem Aufwand möglich.

In Berichten von Buddys wurde darüber hinaus sichtbar, dass sich der eher geringe Altersunterschied zwischen ihnen und den von ihnen besuchten Personen positiv auf die Übungsmo-

tivation auswirkte. Ihre Anleitungen wurden bereitwilliger angenommen und das gemeinsame Üben verursachte bei den gebrechlichen Personen weniger Stress, weil beide bereits in fortgeschrittenerem Alter waren. Unterschiede in der Beweglichkeit waren daher meist nicht so deutlich sichtbar wie im Vergleich mit ganz jungen Physiotherapeutinnen/-therapeuten oder mit dem oftmals sehr jungen Personal in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, deren jugendliche Agilität eher als frustrierend und demotivierend empfunden wurde.

Insgesamt ließen die vorliegenden Forschungsergebnisse ein Gesundheitsförderungsprojekt, das sich derselben Vorgangsweise bedient, erfolgversprechend erscheinen. Die wissenschaftliche Bestätigung der positiven Wirkungen von Hausbesuchen mit einer Kombination aus einem kompakten Bewegungsprogramm und prägnanten Ernährungstipps lag somit vor. Nun ging es – darauf aufbauend – darum, die gewonnenen Erkenntnisse in ein Pilotprojekt umzusetzen.

Das „Gesund fürs Leben“ -Umsetzungsprojekt

Nach Beendigung des Forschungsprojekts begann das Wiener Hilfswerk mit der Entwicklung eines Umsetzungsprojekts, das auf den Studienergebnissen aufbauen, neue Förderquellen erschließen und eine neue Struktur aufweisen sollte. Daraus entstand ein Pilotprojekt, das seit Mai 2017 von der Wiener Gesundheitsförderung und vom Fonds Gesundes Österreich gefördert wird und bis Ende April 2019 läuft.

Worum geht es?

Die Zielsetzung des Umsetzungsprojekts entspricht im Wesentlichen jener des ursprünglichen Forschungsprojekts. Es geht um die Verbesserung des Gesundheitszustandes von gebrechlichen Menschen (im Alter von 60+) und von Ehrenamtlichen (50+). Geschulte Gesundheitspartner/innen machen mit den von ihnen besuchten Personen in einem 1:1-Setting in deren Wohnung körperliche Übungen und sprechen über Ernährung. Das Projekt ist auf das Bundesland Wien beschränkt.

Da die MUW nicht mehr an der Auswahl geeigneter gebrechlicher Personen beteiligt ist, wurde zur Risikoverringerung ein zweistufiger Auswahlprozess eingeführt, der anhand ausgewählter Ausschlusskriterien eine Eignungseinschätzung durch die/den jeweilige/n Hausärztin/-arzt und ein Assessment durch eine/n Physiotherapeutin/-therapeuten enthält. Die vier Schulungsabende für die Gesundheitspartner/innen werden weiterhin unter Beteiligung des ursprünglichen Projektteams der MUW durchgeführt.

Für den Projektzeitraum ist die Aufnahme von 200 Gesundheitspartnerinnen und -partnern sowie 200 gebrechlichen Personen vorgesehen. In der ersten, drei Monate dauernden Besuchsphase finden die Hausbesuche zweimal pro Woche statt, anschließend für weitere sechs Monate mindestens einmal wöchentlich. Eine anschließende Weiterführung der Besuche ist bei beiderseitigem Einvernehmen möglich.

Zur Steuerung des Projekts ist im Wiener Hilfswerk eine Projektleitung eingerichtet, der eine zentrale Koordinationsstelle zugeordnet wurde. Letztere wählt jede Gesundheitspartne-rin/je-

den Gesundheitspartner aus, bringt sie/ihn mit einer gebrechlichen Person in Verbindung und trägt die Verantwortung für eine möglichst optimale Abstimmung zwischen Gesundheitspartner/in, besuchter Person, Hausärztin bzw. Hausarzt, Physiotherapeut/in, Angehörigen sowie sonstigen Pflege- und Betreuungspersonen. Von den 200 Paaren werden 50 direkt von dieser Koordinationsstelle betreut, die übrigen 150 sind zu je 15 den Freiwilligenkoordinatorinnen/-koordinatoren der zehn Nachbarschaftszentren des Wiener Hilfswerks zugeordnet.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Der grundlegende Aufbau des Projekts stellt allein dadurch eine erhöhte Chancengleichheit für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen her, dass durch den Einsatz ehrenamtlicher Gesundheitspartner/innen die Teilnahme am Projekt für alle besuchten Personen kostenlos ist. Außerdem ist mit der Durchführung des Krafttrainings im Rahmen von Hausbesuchen sichergestellt, dass auch Personen, die ihre Wohnung nicht oder nur mit großem Unterstützungsaufwand verlassen können, mitmachen können.

Für die Aufnahme in das Projekt gibt es für alle Beteiligten Voraussetzungen, die der Angebotsqualität und der Risikovermeidung geschuldet sind:

- Gesundheitspartner/innen müssen, um sich sinnvoll am Projekt beteiligen zu können, in der Lage sein, die vorgesehenen Kraftübungen selber korrekt auszuführen, und über ausreichend soziale und kommunikative Kompetenzen verfügen, um eine tragfähige Beziehung zu den von ihnen besuchten Personen aufzubauen und die Kraftübungen und Ernährungsbotschaften angemessen zu vermitteln. Das setzt auch die Teilnahme an allen vier Schulungsabenden voraus.
- Personen, die besucht werden wollen, müssen die Zustimmung ihrer/Ihres Hausärztin/-arztes einholen und die Eignung durch ein physiotherapeutisches Assessment bestätigen lassen. Zugangsbeschränkungen ergeben sich aus den medizinisch begründeten Ausschlusskriterien, zu denen unter anderem eine aktuelle oder geplante Chemo- und/oder Radiotherapie, COPD Stadium IV, Wirbelkörperbruch innerhalb der letzten drei Monate, Status nach einem Schlaganfall vor Reha, Herzinfarkt vor Reha oder Pflegestufe 5 zählen. Zusätzlich wird von einer/einem Physiotherapeutin/Physiotherapeuten festgestellt, inwieweit die Übungen in der vorgesehenen Form durchgeführt werden können.

Sofern diese Aspekte zutreffen bzw. erfüllt werden, können interessierte Personen daran teilnehmen, unabhängig davon, in welcher Gegend im Wiener Stadtgebiet sie leben. Interessanterweise meldeten sich bis Ende 2017 vergleichsweise viele Menschen aus Stadtrandgebieten, die besucht werden wollten. Das könnte damit zusammenhängen, dass ihre eher abgelegenen Wohngegenden weniger soziale Kontakte und weniger Zugang zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen ermöglichen.

Von den bis Ende 2017 geschulten Gesundheitspartnerinnen/-partnern wiesen 29 Prozent Migrationshintergrund auf. Dies war außerdem auch bei fünf Prozent der Personen der Fall, die besucht werden wollten. Auch diesbezüglich sieht das Projekt keinerlei Einschränkungen vor. Es ist sogar ganz im Gegenteil bei den Vermittlungen zwischen Besuchten und Ehrenamtlichen gelegentlich gelungen, Personen mit gleicher Muttersprache miteinander in Verbindung zu bringen und diese sprachliche Ressource zusätzlich zu nutzen.

Insgesamt trifft für ein Projekt mit Ehrenamtlichen zu, was für den Ehrenamtlichen- bzw. Freiwilligenbereich allgemein gilt. Nämlich dass sich jemand, der sich unentgeltlich für andere engagieren will, das auch finanziell leisten können muss. Andernfalls wird sie/er sich auch in der Pensionszeit verstärkt um bezahlte Tätigkeiten bemühen, um sich etwas zur Pension dazu zu verdienen. Da Fahrscheine für ihre Einsätze zur Verfügung gestellt werden und alle Gesundheitspartner/innen haftpflicht- und unfallversichert sind, besteht darüber hinaus keine Einschränkung, die auf den sozio-ökonomischen Status zurückgeführt werden könnte. Für eine Teilnahme am Projekt braucht es auch keine spezifische Vorbildung und keinen höheren Bildungsabschluss.

Im Zuge der Werbeaktivitäten wird besonders darauf geachtet, möglichst viele und unterschiedliche Medienkanäle zu verwenden, um viele Personen der betreffenden Altersgruppen zu erreichen, unabhängig von ihrem Bildungsstand oder ihrem sozio-ökonomischen Status. So wurden Aufrufe zum Mitmachen unter anderem in den Zeitungen Österreich, Kronen Zeitung und Bezirkszeitung veröffentlicht, Beiträge über das Projekt in Radio Wien und auf ORF 2 („Bewusst Gesund – Das Magazin“) gesendet sowie Artikel in Zeitschriften, wie „Leben & Freude“ (Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien), „Hand in Hand“ (Vereinszeitung des Wiener Hilfswerks) oder „inklusive“ (Österreichischer Zivilinvalidenverband ÖZIV) publiziert.

Mit der Umbenennung der Ehrenamtlichen – statt als „Gesundheitsbuddys“ werden sie im Umsetzungsprojekt vornehmlich als „Gesundheitspartner/innen“ bezeichnet – wurde gehäuft Rückmeldungen Rechnung getragen, wonach die englische Bezeichnung für viele potenzielle Ehrenamtliche, aber auch für viele Personen, die besucht werden wollen, unverständlich oder sogar abschreckend sei.

Aufgrund von Vorschlägen des Dachverbands der Wiener Sozialeinrichtungen und nach Absprache mit dem Fonds Gesundes Österreich und der Wiener Gesundheitsförderung werden seit Beginn des Jahres 2018 auch Betreute Wohnhäuser von Organisationen der Wiener Wohnungslosenhilfe in das „Gesund fürs Leben“-Projekt einbezogen. 34,2 Prozent der Bewohner/innen dieser Einrichtungen sind älter als 60 Jahre (Evaluierung Wiener Wohnungslosenhilfe 2012). Diese ehemals obdachlosen Menschen verfügen nicht selten über eine geringe Gesundheitskompetenz und bekommen vergleichsweise wenig entsprechende Angebote der Gesundheitsförderung. Nach Rücksprache mit den Fördergebern werden zehn Prozent der verfügbaren Plätze im Projekt diesen Personen angeboten. Somit kann auch diese spezielle Zielgruppe eingebunden werden, obwohl sie nicht zu Hause, sondern in einer stationären Einrichtung lebt.

Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung

Der Einsatz von Ehrenamtlichen kann ein Gesundheitsförderungsprojekt auch für Zielgruppen zugänglich machen, die es sich andernfalls nicht leisten könnten. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass ehrenamtliches Engagement professionelle Begleitung und Koordination sowie entsprechende Mittel für Fahrscheine und Versicherungen braucht.

Als besonders förderlich erweist es sich, wenn eine Zielgruppe mit Einschränkungen der Mobilität die Möglichkeit bekommt, zu Hause mitzumachen.

Bei der Wahl der Werbekanäle sollte auf ein möglichst breites Spektrum an Medien gesetzt werden, damit die Botschaft unterschiedlichste Zielgruppen erreicht.

Sobald aufgrund der Werbung Interesse am Projekt entstanden ist, sollte der Einstieg mit möglichst wenigen Hürden erfolgen können. Risikoverringende Auswahlvorgänge sind vielleicht erforderlich, bürokratische Schwellen sollten aber so niedrig wie möglich sein.

Ein einfacherer Sprachgebrauch kann sich als Schlüssel zu einer größeren Beteiligung von Bevölkerungsgruppen erweisen, die sich andernfalls nicht angesprochen fühlen würden.

Zusammenfassung

Gebrechlichkeit und Mangelernährung bei älteren Menschen stellen das Gesundheitssystem vor zunehmende Herausforderungen. Ein Forschungsprojekt der Medizinischen Universität Wien (2013 – 16) brachte geschulte Ehrenamtliche mit mangelernährten, gebrechlichen Personen in Verbindung, damit sie gemeinsam ein standardisiertes Bewegungs- und Ernährungsprogramm durchführen. Die wissenschaftliche Auswertung der erhobenen Gesundheitsdaten erbrachte den Nachweis, dass das angebotene Programm bei den gebrechlichen Menschen und bei den Ehrenamtlichen in mehrfacher Weise gesundheitsförderlich war. Aufgrund dieser positiven Evidenz wird vom Wiener Hilfswerk von Mai 2017 bis April 2019 ein von der Wiener Gesundheitsförderung und vom Fonds Gesundes Österreich gefördertes Pilotprojekt durchgeführt, das die Erkenntnisse dieser Studie in die Praxis umsetzt. Dabei wird unter anderem darauf Wert gelegt, möglichst heterogene Zielgruppen zu erreichen und die mit diesem Projekt beabsichtigte Gesundheitsförderung möglichst barrierefrei zugänglich zu machen. Zwecks Risikoverringering gibt es zwar bei den besuchten Personen medizinisch und physiotherapeutisch begründete Ausschlussfaktoren, aber darüber hinaus wurde eine Vorgangsweise gewählt, die eine möglichst breite Beteiligung fördert. Wesentlich dafür sind der Einsatz von Ehrenamtlichen, der eine kostenlose Teilnahme ermöglicht, und das Angebot von Hausbesuchen, da viele gebrechliche Menschen ihre Wohnung bzw. ihr Haus nur mehr mit großen Schwierigkeiten verlassen können. Die Vermeidung komplizierter Sprache und die Nutzung verschiedener Medienkanäle bei der Werbung tragen ebenfalls dazu bei, nicht nur bestimmte Ausschnitte der Zielgruppe älterer Menschen zu erreichen.

Quellen

Cesari, M.; Vellas, B.; Hsu, F. C.; Newman, A. B.; Doss, H.; King, A. C.; Manini, T. M.; Church, T.; Gill, T. M.; Miller, M. E.; Pahor, M.; LIFE Study Group (2015): A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons – results from the LIFE-P study. *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 70 (2). S. 216–222

De Lepeleire, J.; Iliffe, S.; Mann, E.; Degryse, J. M. (2009): Frailty: an Emerging Concept for General Practice. *The British Journal of General Practice* 5, S. 177–182

Haider, S.; Dorner, T. E.; Luger, E.; Kapan, A.; Titze, S.; Lackinger, C.; Schindler, K. (2017): Impact of a Home-Based Physical and Nutritional Intervention Program Conducted by Lay-Volunteers on Handgrip Strength in Prefrail and Frail Older Adults: A Randomized Control Trial. In: *PLoS ONE* 12(1): e0169613. doi:10.1371/journal.pone.0169613

Kapan, A.; Luger, E.; Haider, S.; Titze, S.; Schindler, K.; Lackinger, C.; Dorner, T. E. (2017): Fear of falling reduced by a lay led home-based program in frail community-dwelling older adults: A randomised controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 68. S. 25–32

Kolland, F. (2011): Gesellschaftliche Dimensionen von Frailty. *SWS-Rundschau* 51 (4), S. 426–437

Luger, E.; Dorner, T. E.; Haider, S.; Kapan, A.; Lackinger, C.; Schindler, K. (2016): Effects of a Home-Based and Volunteer-Administered Physical Training, Nutritional, and Social Support Program on Malnutrition and Frailty in Older Persons: A Randomized Controlled Trial. In: *JAMDA*, 17, 671.e9-671.e16

Santos-Eggimann, B.; Cuénoud, P.; Spagnoli, J.; Junod, J. (2009): Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 64A (6). S. 675–681

Shamliyan, T.; Talley, K. M.; Ramakrishnan, R.; Kane, R. L. (2013): Association of frailty with survival: a systematic literature review. *Ageing Research Reviews* 12 (2). S. 719–736
<https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/evaluierung-wohnungslosenhilfe.pdf> (23. 12. 2017)

KAPITEL 4: BESONDERE ASPEKTE FÜR EIN GESUNDES ALTERN



Foto: Fotolia.com

4.1 Mobilität und Autofahren im Alter

Katharina Resch / Universität Wien

Mobilität spielt in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen eine große Rolle. Dabei sind zwei Aspekte zu beachten, einerseits die körperliche Mobilität der teilnehmenden älteren Personen (z. B. An- und Auskleiden, Einschränkungen durch Schmerzen) und andererseits die räumliche Mobilität zu den Projektaktivitäten (z. B. Anreisezeit, Verkehrsmittelwahl, Erreichbarkeit, Barrierefreiheit). Auf den zweiten Aspekt konzentriert sich dieser Beitrag im Besonderen.

„Die Freiheit kann einem niemand zurückgeben, wenn der Führerschein weg ist, ist man nur mehr ein halber Mensch.“ (Interview 3, 74-75)

Körperliche und räumliche Mobilität im Alter

Der erste Aspekt der körperlichen Mobilität stellt eine Grundvoraussetzung für die Teilnahme an gesundheitsfördernden Aktivitäten im Alter dar, die nicht im eigenen Zuhause stattfinden, also aufsuchend sind. Gesundheitliche Voraussetzungen sind unter anderem Sehen, Hören, die Fähigkeit, sich selbstständig an- und auszukleiden, grundsätzlich nicht durch Schmerzen eingeschränkt zu sein und das Fehlen von Verkehrsangst (z. B. keine Angst vor Stürzen oder sozialen Kontakten etc.) (Dapp 2008; Hauger 2016).

Eng damit verknüpft ist der zweite Aspekt der räumlichen Mobilität im Alter, um Projektaktivitäten in der Stadt und am Land erreichen zu können. 25 Prozent der über 60-Jährigen in Österreich gehen mehrmals täglich und 37 Prozent zumindest einmal am Tag außer Haus. Dieser Anteil nimmt mit dem Alter ab – die Mobilität schränkt sich ein: „Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der sozialen Eingebundenheit von älteren Menschen und ihrer Mobilität. Je enger alte Menschen in ein soziales Netzwerk eingebunden sind, umso öfter begeben sie sich außer Haus.“ (BMVIT 2013, S. 11). Männer legen deutlich weniger Wege außer Haus zurück als ältere Frauen. Durchschnittlich legen sie 2,7 Wege am Tag zurück, ab 75 Jahren sinkt dieser Durchschnitt auf nur noch 1,9 Wege am Tag. Auch die Tageswegentfernung nimmt im Alter deutlich ab, das heißt ältere Menschen gehen vermehrt Aktivitäten im Wohnumfeld und in der Nachbarschaft nach – im Gegensatz zu jüngeren Generationen, die stärker außerhalb der Nachbarschaft unterwegs sind. Durchschnittlich sind ältere Menschen ab 60 Jahren 83 Minuten pro Tag außer Haus, ab 75 Jahren dann nur noch 58 Minuten am Tag. (BMVIT 2013)

Die Nachbarschaft gewinnt daher als Setting im Alter an Bedeutung. Von 2015 bis 2017 fanden im Rahmen der vom Fonds Gesundes Österreich initiierten Initiative „Auf Gesunde Nachbarschaft“¹ verschiedene gesundheitsfördernde Projekte mit Seniorinnen/Senioren in der Nachbarschaft statt. Die Mobilität der teilnehmenden Seniorinnen/Senioren wurde mittels Fragebogen, betreffend die selbstständige Durchführbarkeit von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), gemessen (Wanka et al. 2016). Dazu wurde gefragt, ob die Teilnehmenden jeweils selbstständig, mit Hilfe oder gar nicht öffentliche Verkehrsmittel nutzen, Autofahren, sich eine Mahlzeit kochen, den Haushalt führen, sich an- und auskleiden, Stiegen steigen oder längere Strecken zu Fuß gehen können.

In dieser Befragung gaben 150 Personen bei der Frage, welche Tätigkeiten sie noch selbstständig ausführen könnten, an, dass ihnen das Autofahren am meisten Probleme bereiten würde. 33 Prozent gaben an, gar nicht mehr selbstständig Autofahren zu können, drei Prozent sagten, sie könnten es mit Hilfe, und 64 Prozent fahren noch selbstständig mit dem Auto zu den Projektaktivitäten.

Abbildung 1: AGN-quantitative Befragung zu den ADLs

1 <http://www.gesunde-nachbarschaft.at/>

Hinsichtlich der Bedingungsfaktoren für Mobilität zeigte sich deutlich, dass die genannten Mobilitätseinschränkungen nicht unbedingt zu verminderten Teilhabechancen in der Nachbarschaft führen. Weder das Wissen über die Nachbarinnen/Nachbarn, noch die Informationsweitergabe über selbige, noch das Vertrauen oder die Kontakthäufigkeit korrelieren mit dem Mobilitätsstatus. Einzig die subjektive Bewertung der nachbarschaftlichen Beziehungen fällt bei mobilitätseingeschränkten Personen etwas schlechter aus – „nur“ 81,1 Prozent bewerten diese als „gut“ oder „sehr gut“, während es bei den Personen ohne Einschränkungen 95,7 Prozent sind (Wanka et al. 2016).

Zur Bedeutung des Autofahrens im Alter

Vor dem Hintergrund, dass die Teilhabe an gesundheitsfördernden Projekten beide erwähnten Formen der Mobilität voraussetzt – und am Land ein geeignetes Verkehrsmittel – so kann man dem Auto als Verkehrsmittel für ältere Menschen nicht genug Bedeutung zumessen.

In Deutschland liegt die Führerscheinverfügbarkeit bei 88 Prozent in der Gesamtbevölkerung. Bei den Älteren nimmt dieser Wert seit Jahren stetig zu. Ähnliches gilt für Österreich: Bereits 63 Prozent der Älteren, über 75-Jährigen, verfügen über einen Führerschein (BMVIT 2013; IFES 2010), das bedeutet, die Automobilität wird in den nächsten Jahren sehr wahrscheinlich weiter steigen. Immer mehr Ältere haben einen Führerschein. Eine Untersuchung des BMVIT zum Mobilitätsverhalten im Alter zeigt, je früher eine Person einen Führerschein besitzt und das Auto nutzt, desto eher ist dieses Mobilitätsverhalten „eingelernt“ und wird im Alter auch fortgeführt (BMVIT 2013). Eine qualitative Studie zum Autofahren mit älteren Menschen ab 70 Jahren, finanziert durch das Kuratorium für Verkehrssicherheit, zeigt, welchen Stellenwert diese Art der Mobilität im Alter einnimmt (Resch 2014). Hierbei ist der Genderaspekt bedeutsam: Ältere Männer berichten von deutlich mehr Fahrpraxis als ältere Frauen, was oftmals beruflich bedingt ist (z. B. Außendienst). Ältere Frauen stellen eine heterogene Gruppe von teils sehr unsicheren Fahrerinnen und teils sehr routinierten Fahrerinnen dar. Wenn ein Paar gemeinsam in einem Haushalt lebt, übernehmen häufig die Männer das Autofahren und das Paar nimmt oftmals eine Aufteilung der Wege nach Geschlecht vor: Die Männer übernehmen Langstrecken, die Frauen Kurzstrecken.

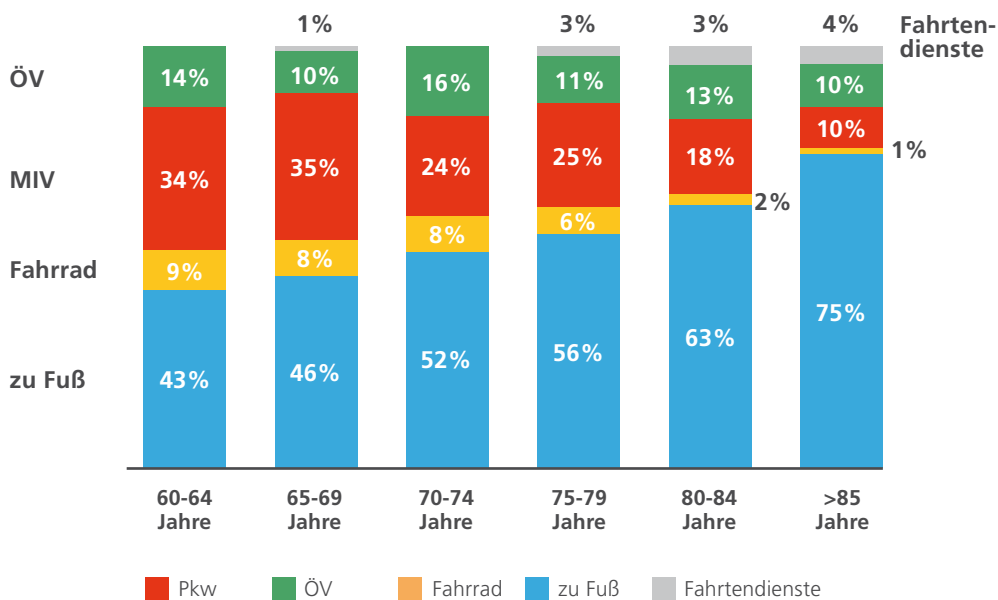
Autofahren ist im Alter Ausdruck vielfältiger Präferenzen und Lebensbedürfnisse und hängt eng mit der Selbstständigkeit, den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) und der sozialen Teilhabe der Seniorinnen/Senioren zusammen. Etwa zwei Drittel der älteren Menschen in Österreich wohnen in Stadtrandlage oder am Land, wo die Verkehrsinfrastruktur das Autofahren oft notwendig macht.

20 Prozent der älteren Menschen in Österreich besitzen kein Auto und nur die Hälfte dieser Personen verfügt über eine regelmäßige Mitfahrgelegenheit. Weiters geben 35 Prozent der älteren Personen an, von ihrem Zuhause fußläufig kein öffentliches Verkehrsmittel zu erreichen (BMVIT 2013).

Die Gründe, warum ältere Menschen das Haus verlassen, sind vielfältig. Folgende Gründe stehen laut der Mobilitätsbefragung des BMVIT (2013, S. 16) im Vordergrund: Einkaufen, Gesundheit und Freizeit. Wie Abbildung 2 zeigt, dominiert der PKW als Verkehrsmittel erster Wahl, allerdings bleibt Zufußgehen die Mobilitätsform Nummer 1 für ältere Menschen. Radfahren kommt für ca. neun Prozent der über 60-Jährigen aktiven Älteren in Frage, nimmt aber bei den über 80-Jährigen auf nur noch zwei Prozent ab. Öffentliche Verkehrsmittel werden von etwa zehn bis 16 Prozent der Älteren in der Pension genutzt.

Abbildung 2: Modal Split älterer Menschen (BMVIT 2013, S.16)

Modal Split älterer Menschen Österreich, 2008



Daten: BMVIT/Herry Consult, 2012; Risser et al, 2010 / Grafik: FGM 2013

ÖV=Öffentlicher Verkehr / MIV= motorisierter Individualverkehr

Es lohnt sich, dem Autofahren im Alter spezielle Aufmerksamkeit zu widmen, nachdem es für die Älteren die Fortbewegungsart erster Wahl darstellt, wenn sie nicht zu Fuß gehen können. Eine repräsentative, bundesweite Befragung des Meinungsforschungsinstituts makam research aus dem Jahr 2014 mit Tausend teilnehmenden Seniorinnen und Senioren ab 70 Jahren, die telefonisch mittels CATI-Interviews zum Autofahren im Alter durchgeführt wurde, hat ergeben, dass drei Typen unterschieden werden können (Abb. 3.)

Abbildung 3: Typen von Autofahrenden (eigene Darstellung)

Typ	Beschreibung	Repräsentativer Anteil
Aktiv Autofahrende	Personen mit PKW-Führerschein.	58%
Ehemalige Autofahrende	Personen, die einen PKW-Führerschein hatten aber bereits mit dem Autofahren aufgehört haben.	17%
Mitfahrende ohne Führerschein	Personen ohne PKW-Führerschein, wobei aus dieser Gruppe 23% nie einen PKW-Führerschein besessen haben und 1% früher einen Führerschein hatte.	25%
		100%

Für die Gesundheitsförderung ergibt sich daraus der wichtige Rückschluss, dass die Gruppe der Mitfahrenden ohne Führerschein mit einem Viertel der älteren Bevölkerung und die der ehemaligen Autofahrenden mit 17 Prozent bei der Planung von Aktivitäten berücksichtigt werden müssen. Denn das bedeutet konkret, dass vier von zehn älteren Personen, die an gesundheitsfördernden Aktivitäten teilnehmen, nicht selbst Autofahren und daher eine Mitfahrgelegenheit brauchen.

Weiters kann daraus abgeleitet werden, dass die aktiv Autofahrenden eine wichtige, unterstützende Rolle im kommunalen Setting als praktische Helfer/innen einnehmen können, indem sie andere abholen und zu Projektaktivitäten bringen.

Kernfunktionen des Autofahrens im Alter

Das Auto erfüllt eine Vielzahl von Funktionen im Alltag älterer Menschen. Es dient als Transportmittel und zum Transportieren von Einkäufen und schweren Gegenständen, als Verkehrsmittel z. B. zu Kindern und Enkelkindern oder zwischen Haupt- und Nebenwohnsitzen und es wird noch wichtiger, wenn Seniorinnen/Senioren Orte, Aktivitäten oder Menschen erreichen möchten, die nicht in ihrer Nachbarschaft angesiedelt sind, oder wenn der eigene Wohnort nicht gut zu erreichen oder zu verlassen ist (Berg, Wald etc.). Die Bedeutung des Autos steigt mit der Exponiertheit des Wohnortes. Bestehende Studien berichten über sieben Hauptfunktionen des Autofahrens (Mollenkopf 1999; Resch 2014), die folgenden Interviewzitate sind der neueren Studie (Resch 2014) entnommen:

- 1. Freude/Spaß/„ich fahre gerne“** – Ältere Menschen beschreiben Freude und Glück, wenn sie selbstständig und autonom entscheiden können, einen Ortswechsel vorzunehmen. Je früher dieses Mobilitätsverhalten in jungen Jahren „eingelernt“ wird, desto eher fahren ältere Menschen in der Pension ebenfalls gerne mit dem Auto.
- 2. Bewegung an sich/Rauskommen/Spazierfahrten/Tagesfahrten** – Viele ältere Personen haben ein Mobilitätsbedürfnis an sich, das heißt sie legen durchschnittlich zwei bis drei Wege am Tag außer Haus zurück. Beweglich zu sein, beschreiben sie als eine zentrale Funktion des Autofahrens bzw. des Auto- bzw. Führerscheinbesitzes.

Älterer Befragter: „Bedeutung hat es schon eine große, weil ich mobil bin. Ich möchte das Auto nicht missen. [...] Also ich möchte nicht ohne Auto sein. Das ist alleine nur das Gefühl zu haben, ich bin mobil.“ (Int. 5, 202-206)

Älterer Befragter: „Naja, wenn du heute keinen Führerschein hast – ich sehe es bei ein paar Bekannten – du bist alleine, du bist eingesperrt.“ (Int. 9, 102-103)

- 3. Soziale Bedürfnisse/Besuch von Aktivitäten, Familienangehörigen oder Freundinnen und Freunden** – Das Autofahren unterstützt die soziale Teilhabe im Alter, das Treffen von Personen außerhalb der Nachbarschaft und das Teilnehmen an Projektaktivitäten.

Ältere Befragte: „Ich habe schon meine Standardwege, wo ich hinfahre: zu meiner Schwester, zu meiner Cousine, zu meiner Freundin. Dann eben wie gesagt zum Kindergarten, zu meiner Tochter.“ (Int. 10, 486-487)

- 4. Freiheit und Unabhängigkeit/„ich muss niemanden bitten“** – Eine weitere Funktion des Autofahrens ist die damit verbundene Freiheit, auf niemanden angewiesen zu sein und sich damit die gewünschte Selbstständigkeit im Alter durch das Autofahren zu erhalten.

Älterer Befragter: „[...] ich kann überall hinfahren, ich brauche niemanden bitten, du bist selbstständiger. Die Freiheit kann einem niemand zurückgeben, wenn der Führerschein weg ist, ist man nur mehr ein halber Mensch. Das verstehen manche erst, wenn es sie selber betrifft oder erleben. Du bist nicht mehr vollständig etwas wert, du musst um alles bitten, ersuchen „bitte, fahr mich dort hin“. Bitten und betteln.“ (Int. 3, 74-78)

Ältere Befragte: „Freiheit. Unabhängigkeit. Nicht zu vergessen, unsere Frauengeneration war noch viel mehr abhängig, allgemein.“ (Int. 4, 163-174)

Älterer Befragter: „Es bedeutet mir eigentlich sehr viel, dass ich nicht angewiesen bin auf öffentliche Verkehrsmittel.“ (Int. 10, 83)

- 5. Abwechslung/Tapetenwechsel/„dann komm ich mal hier raus“** – Das Auto dient auch dem Tapetenwechsel und der Ortsveränderung. Ältere Personen nennen unterschiedliche Wege, zum Wandern, für Tagesfahrten, zum Theaterbesuch oder zum Abholen von Enkelkindern.

- 6. Praktisches/Auto als Transportmittel** – Für viele Seniorinnen/Senioren stellt das Auto auch ein Mittel zum Zweck dar. Es ist ein Hilfsmittel zum Transport von Waren und zum Einkaufen. Viele Einkaufszentren befinden sich am Stadtrand, was ein Auto notwendig macht, um diese zu erreichen.

Älterer Befragter: „[...]Einkaufen, weil ich wohne in einer Gegend, wo man nichts bekommt. Wo man eigentlich auf das Auto angewiesen ist.“ (Int. 10, 45-46)

- 7. Statussymbol/„ein Auto gehört dazu“/„das hat man halt“** – Eine weitere Funktion des Autos ist das Auto als Statussymbol und damit als ökonomisches und symbolisches Kapital. Gerade am Land bedeutet das Besitzen eines Autos etwas. Wie oft es genutzt wird, ist hingegen nicht so relevant. Autofahren im Alter wird oft als Kompetenz angesehen, die Bewunderung und Anerkennung auslöst. Angehörige sind oft froh, dass die ältere Person das Autofahren noch beherrscht.

Älterer Befragter: „Nur jeder wundert sich, 92 ist er, fährst du immer noch mit dem Auto. Da bewundert mich jeder, aber es sagt keiner: Hörst du nicht auf. Die Möglichkeit ist noch nicht dagewesen.“ (Int. 3, 300-303)

Herausforderungen beim Autofahren im Alter

Besonders gefährdet, immobil zu werden, sind jene Personen, die sich lediglich auf eine Form der Mobilität einlassen können und diese dann wegfällt. Knapp ein Viertel der Österreicher/innen über 60 Jahre geben an, dass ihre Mobilität durch ihren Gesundheitszustand eingeschränkt ist. Bei den über 75-Jährigen beträgt dieser Anteil bereits 45 Prozent (BMVIT 2013). Auch psychische Erkrankungen nehmen in der Gesamtbevölkerung stetig zu und stellen eine mögliche Barriere dar; untersucht wurden etwa die Auswirkungen von Angststörungen auf die Verkehrsteilnahme (Hauger 2016).

Üblicherweise werden die Probleme beim Autofahren im Alter in vier Kategorien eingeteilt (Resch 2014; BMVIT 2013): verringerte körperliche Belastbarkeit, verminderte Sinnesleistungen, Probleme der Psychomotorik und Probleme der Kognition.

Abbildung 4: Vierfeldertafel zu Problemlagen beim Autofahren im Alter

Verringerte körperliche Belastbarkeit Muskelkraft, Gelenke, Erkrankungen	Beschreibung Sehfähigkeit, Hörfähigkeit
„Ich habe das Gaspedal auf der linken Seite, weil ich rechts am Bein amputiert bin.“ (Int. 12/13, 286-288)	„Die Probleme, um es ganz einfach zu sagen, in der Nacht sieht man schlechter. [...] Wie soll ich sagen, ist ein natürlicher Abbau der Sehkraft, dass man stärker geblendet wird.“ (Int. 2, 94-96)
Probleme der Psychomotorik Reaktion, Aufmerksamkeit	Probleme der Kognition Gedächtnis, Lernen, Demenz
„Vielleicht ist auch die Reaktion nicht mehr so wie in jungen Jahren.“ (Int. 2, 103)	„Natürlich ist man manchmal unsicher zum Beispiel bei Umleitungen.“ (Int. 4, 263)

Problemlösungsstrategien können wie folgt aussehen (Baltes 1989; Kaiser/Oswald 2000):

1. Kompensation für nicht mehr Mögliches

Mit Kompensation sind Handlungsweisen gemeint, die vorhandene Probleme kaschieren, wie etwa langsames Fahren, und damit Bewältigungsressourcen unterstützen. In der Literatur wird eine Vielzahl von Möglichkeiten der Kompensation für Autofahrende im Alter genannt: technische und ergonomische Unterstützung, Verhaltensänderung der Person, Fahrtenmanagement, Training und Schulung.

2. Selektion/Prävention/Vermeidungsverhalten

Ältere Personen selektieren bei Problemen genau, welche Fahrten sie durchführen und welche nicht. Beispiele sind etwa das Vermeiden von Gefahrensituationen, Nachtfahren oder Schlechtwetter. Die meisten älteren Befragten nennen Standardwege, die sie mit dem Auto zurücklegen und, dass sie dadurch ungewohnte, neue und unsichere Situationen vermeiden. Die Wege sind im besten Fall alle bekannt: Einkaufen, Wege zu Angehörigen, Weg ins Gasthaus. Kurzstrecken sind im Alter sehr verbreitet. Im Alter werden dadurch wenige Kilometer gefahren und die gekauften Fahrzeuge sind lange im Besitz der Seniorinnen/Senioren. Die Notwendigkeit eines Neukaufs verringert sich.

3. Optimierung

Mit Optimierung sind Handlungen gemeint, durch die das Autofahren im Alter erleichtert wird, etwa die technische Anpassung des Autos wegen einer gesundheitlichen Einschränkung, z. B. einer Hüftoperation. Hilfreiche Maßnahmen, die Seniorinnen/Senioren vornehmen, sind die Anschaffung höherer Sitze zum leichteren Ein- und Aussteigen (bzw. Ein- und Ausstiegshilfen) sowie der Besitz und die Verwendung von Navigationsgeräten und Automatikschaltung.

Beispiele für Mobilitätsanforderungen in Gesundheitsförderungsprojekten

Studien zum Mobilitätsverhalten und zur Verkehrsmittelwahl bei gesundheitsfördernden Aktivitäten sind rar. Oftmals steht die Verkehrsmittelwahl der Zielgruppe nicht im Mittelpunkt der projektbezogenen Evaluierungen, allerdings aber: die Zugänglichkeit der Projektaktivitäten, die Barrierefreiheit und das Zurverfügungstellen von Fahrdiensten. Letztere scheitern oft im ländlichen Raum, da immobile Ältere selbst keinen zusätzlichen Aufwand verursachen möchten (Wanka et al. 2016):

Projektleiterin aus Salzburg: „Wenn’s nicht selber fahren könnt’s oder wie auch immer, es nimmt euch wer mit oder wir holen euch ab. Naja das wollen wir nicht, dass da so viele Umstände habt’s, das ist das. Irgendwie wollen die Leute das nicht, dass man, sie haben da irgendwie Bedenken, wenn sie einmal im Mittelpunkt stehen oder wenn sie einmal sagen, geh bitte holt’s mich. Die wollen das gar nicht.“ (Interview 7, 315-319)

Je nach Projektkonzept können unterschiedliche Formen der Mobilität in den gesundheitsfördernden Aktivitäten erforderlich sein. Hier drei Beispiele:

- **Zufußgehen:** Längere Strecken zu Fuß gehen zu können, ist etwa im von der Wiener Gesundheitsförderung (WiG) geförderten Projekt „LebensErfahren: Abenteuer Pension – Gemeinsam neue Wege gehen“ (2014-2017)² eine der Anforderungen gewesen. Hier wurden ältere Menschen in sieben Gruppen im 10., 12., 21. und 22. Bezirk in Wien angesprochen, gemeinsam in der Gruppe ca. eine Stunde lang im Grätzel spazieren zu gehen (outdoor Aktivität/Bewegung) und danach gemeinsam eine gesunde Jause zu essen (indoor Aktivität/ psychosoziale Gesundheit). Die Erfahrungen haben gezeigt, dass viele ältere Personen die Spazierwege im eigenen Grätzel wenig kennen und dass die Gehgeschwindigkeit der Teilnehmenden teilweise sehr unterschiedlich ist. Das hat dazu geführt, dass ältere Menschen beim Zufußgehen verstärkt aufeinander achten müssen.
- **Autofahren und Mitfahrgelegenheiten:** Im Gesundheitsförderungsprojekt MahlZeit³ (2015-2017) im Niederösterreichischen Waldviertel trafen sich Seniorinnen/Senioren regelmäßig zum gemeinsamen Mittagessen im Wirtshaus. Zwischen 13 teilnehmenden Gemeinden im Waldviertel wurde so u.a. die ortsübergreifende Mobilität zwischen der Seniorinnen/

2 <http://www.wig.or.at/LebensErfahren.1723.0.html#parent=altern>
3 <http://gesunde-nachbarschaft.at/schwerpunkte/seniorinnen/mahlzeit>

Senioren gefördert. Es hat sich gezeigt, dass das Auto das Verkehrsmittel Nummer 1 zum Wirtshaus darstellt bzw. dass sich die Älteren Mitfahrgelegenheiten organisieren, um teilnehmen zu können. Fahrtendienste, die von der Gemeinde angeboten wurden, wurden kaum in Anspruch genommen.

- **Bewegung im öffentlichen Raum:** Im Projekt „Gemma raus!“ (2009-2011) bewegten sich ältere Frauen und Männer im öffentlichen Raum in Wien in Generationen-Aktiv-Parks. Es zeigte sich beispielsweise, dass die Nutzung der Parks maßgeblich davon abhängt, wie sicher, wohl und betreut/begleitet sich die älteren Menschen dort oder auf dem Weg dorthin fühlen. Weiters wurden Mobilitätshindernisse erhoben: unter anderem Lage des Bewegungsarrangements im Park/Umfeld (Einsichtigkeit, Sicherheit), (fehlende) Betreuung und Struktur für Übungen sowie Unsicherheit hinsichtlich der Wirkung und Konkurrenz der verschiedenen Gruppen von Nutzerinnen/Nutzern (Diketmüller et al. 2012).

Fazit und Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung

Körperliche und räumliche Mobilität spielen in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen eine große Rolle. Während Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) oftmals in Evaluierungen berücksichtigt und abgefragt werden, ist die Verkehrsmittelwahl (räumliche Mobilität) meist kein Schwerpunkt von Befragungen, obwohl diese einen wesentlichen Aspekt der Zugänglichkeit von Projektaktivitäten darstellt. Unterschiedliche Projekttypen stellen ältere Menschen vor Mobilitätsanforderungen, die sie alleine oder mit Hilfe bewältigen müssen. Das Auto ist für die ältere österreichische Bevölkerung das Verkehrsmittel Nummer 1, wobei das Zufußgehen die beliebteste Mobilitätsform darstellt. Wichtig wäre es, künftig zu berücksichtigen, dass vier von zehn älteren Personen, die an gesundheitsfördernden Aktivitäten teilnehmen, nicht selbst Autofahren können und eine Mitfahrgelegenheit brauchen, Fahrtendienste aber aus sozialen Gründen oft abgelehnt werden. Weiters steigt die Bedeutung des Settings „Nachbarschaft“ in der kommunalen Gesundheitsförderung.

Quellen

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. dgvt-Verlag, Tübingen

Baltes, P. B. et al. (1996): Die Berliner Altersstudie, Akademie Verlag

Baltes, P. B.; Baltes, M. M.; Freund, A. M.; Lang, F. (1999): The measurement of selection, optimization, and compensation (SOC) by self report: Technical report 1999. Materialien aus der Bildungsforschung 66. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin

BMVIT (2013): Mobilität im Alter. Ein Handbuch für PlanerInnen, EntscheidungsträgerInnen und InteressensvertreterInnen. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, Wien. https://www.bmvit.gv.at/service/publikationen/verkehr/gesamtverkehr/downloads/mobilitaetalter_lang.pdf (14. 12. 2017)

Dapp, U. (2008): Gesundheitsförderung und Prävention selbstständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Kohlhammer, Stuttgart

Diketmüller, U.; Kolb, B.; Mayrhofer, R.; Staller, S.; Studer, H. (2012): Gemma raus! Gesundheitsfördernde MitMachAktionen für ältere FRAUen und Männer in BewegungsparkS. Endbericht. Universität Wien, Wien. http://gemmaraus.univie.ac.at/images/stories/gemmaraus_endbericht_fgoe.pdf (14. 12. 2017)

Hauger, G. (Hg.) (2016): PHOBILITY-Handbuch: Verkehrsteilnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen – insbesondere Phobien, Angst- und Zwangsstörungen, Wien: IVS-Schriften 39

IFES (2010): Lebensqualität im Alter. Befragung von Personen ab 60 Jahren. Studienbericht. IFES und Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

Kaiser, H.; Oswald, J. (2000): Autofahren im Alter. Eine Literaturanalyse. Zeitschrift für Gerontologie und -psychiatrie 13, S. 131–170

Mollenkopf, H. (1999): „Sonst fällt mir die Decke auf den Kopf“. Vortrag auf dem Presseseminar „Ältere Menschen im Straßenverkehr“ des Deutschen Verkehrssicherheitsrates e. V. am 27./28. 5. 1999 in Hohenroda

Resch, K.; Aumayr, G. (2011): Methodische Herausforderungen bei der Befragung von und Testungen mit vulnerablen, älteren Menschen ab 60. In: Moser-Siegmeth, V.; Aumayr, G. (Hrsg.): Alter und Technik. Theorie und Praxis. Facultas, Wien. S.129–142

Resch, K. (2014): Autofahren im hohen Alter. Eine explorative Studie mit älteren Autofahrenden zwischen 70 und 95 Jahren. Kuratorium für Verkehrssicherheit und MAKAM Research, Wien

Wanka, A.; Resch, K.; Fassl, A.; Kolland, F. (2016): Zwischenbericht Auf Gesunde Nachbarschaft! Universität Wien



Foto: FGÖ

4.2 Bildungs- und Beteiligungschancen im Alter

Katharina Resch; Anna Wanka; Anna Fassl; Julia Demmer; Franz Kolland / Universität Wien

Soziale Teilhabe im Alter

Der Teilnahme älterer Menschen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung soll in diesem Beitrag vor dem Hintergrund von Fragen und Erkenntnissen bezüglich sozialer Beteiligungschancen nachgegangen werden. Soziale Teilhabe ist ein essentieller Bestandteil des sozialen Zusammenhalts der Gesellschaft, von Gemeinschaften und Nachbarschaften (Huster 2012, 86). Bildung, Weiterbildung und soziale Teilhabe hängen im Alter eng miteinander zusammen und bedingen sich wechselseitig (Schramek/Bubolz-Lutz 2016, 163). Mit der **Beteiligung an gesundheitsförderlichen Angeboten** – so unsere These – nehmen ältere Menschen auch **Bildungschancen** wahr. Gesundheitskompetenzen und andere Fertigkeiten können durch gezielte Maßnahmen kennengelernt und angeeignet werden. Die Teilnahme an Angeboten für ältere Menschen, seien sie gesundheitsbezogen oder gezielt auf spezifische Lerninhalte hin entwickelt, ermöglichen es, **soziale Teilhabe** zu fördern. Seniorinnen/Senioren können nicht nur fachliche, sondern insbesondere auch soziale Kompetenzen erwerben sowie bestehende Wissensbestände und Ressourcen aktivieren. Die Teilnahme an Kursen, Projektschulungen und Initiativen kann somit die soziale Teilhabe älterer Menschen maßgeblich steigern. Fehlende oder geringe Teilnahme an bildungsbezogenen Maßnahmen im Alter erhöht die Gefahr sozialer Exklusion (Kolland 2016, 5-6). Nach dem Ende der Erwerbsarbeit ermöglichen Bildungsaktivitäten Neuorientierung und soziale Integration (Simonson et al. 2013, 410). Lebens-

langes Lernen ist zu einem fixen Bestandteil der Gesellschaft geworden. Sich in der nachberuflichen Lebensphase nicht mehr zu bilden, ist heute erklärungsbedürftig, weil ohne Bildung und Lernen die Handlungsspielräume dieser langen Lebensphase nicht ausreichend ausgeschöpft werden.

Die Chancen, an gesundheitsförderlichen und bildungsbezogenen Maßnahmen überhaupt teilnehmen zu können, sind jedoch sozial ungleich verteilt. Bildungs- und Lebensverläufe variieren nach sozialer Herkunft. Sie stehen beispielsweise in Zusammenhang mit geschlechterspezifischen Rollen sowie mit sozialräumlichen Voraussetzungen. In bildungsbiographischen Studien zu Lebensverläufen wird sichtbar, dass insbesondere in der Gestaltung von Angeboten für ältere Menschen, in denen es auch um den Erwerb von neuen Kompetenzen oder die Aktivierung und Reflexion bestehenden Wissens geht, bisherige Lern- und Bildungserfahrungen ihre Berücksichtigung finden müssen (Dausien 2011). Dabei geht es nicht nur, aber wesentlich auch, um Erfahrungen im Rahmen von Bildungsangeboten und Bildungsinstitutionen in der Lebensgeschichte von Menschen. Lebensgeschichten sind von flexiblen und brüchigen Verläufen und Phasen geprägt und charakterisieren sich durch oftmals wechselnde Berufs- und (Weiter-)Bildungsphasen (Dausien et al. 2016). Neben sozialstrukturellen Bedingungen und ihrem Einfluss auf die Beteiligung an Maßnahmen und Angeboten, spielen wesentlich auch situative und psychosoziale Dimensionen eine Rolle (Resch/Wanka 2017).

Demnach erscheint es bedeutsam, die Situation von älteren Menschen in Bezug auf ihre Beteiligungs- und damit auch ihre Bildungschancen im Besonderen zu erörtern. Zentrale Fragen des Beitrags sind: Wodurch werden Beteiligungs- und damit auch Bildungschancen Älterer beeinflusst? Welche Beteiligungschancen für Ältere zeigen sich in gesundheitsfördernden Projekten (Stufenmodell sozialer Teilhabe)?

Bildungschancen im Alter

Aufgrund demographischer und gesellschaftlicher Entwicklungen ergibt sich für Personen, die aus dem Berufsleben austreten, eine neue Lebensphase: das „dritte Alter“. Dieses wird durch ein höheres Maß an **Unabhängigkeit und Selbstbestimmung** geprägt, als konkret gelebte Praxis, vor allem in Bezug auf die eigene Nachberuflichkeit, aber auch als Anforderung mit der nun umgegangen werden muss (Pichler 2010). Zunächst kommt es zu einem Zuwachs an Zeit durch die eigene Nachberuflichkeit und damit auch zu einem Zuwachs an gefühlter Autonomie hinsichtlich der Gestaltung des eigenen Lebens. Finanzielle Einbußen durch die Nachberuflichkeit können jedoch auch zu einer Herausforderung in Bezug auf die Gestaltung der neuen Lebensphase führen und der Abschied vom Erwerbsleben bedeutet eine Statuspassage, die es zu bewältigen gilt. Eine aktive Herangehensweise an Lernmöglichkeiten oder gesundheitsfördernde Projekte kann eine Grundlage für das erfolgreiche Bewältigen von Lebensübergängen, etwa von der Erwerbsarbeit in die Pension, darstellen (Field 2013). Die dritte Lebensphase hat sich grundsätzlich von das Altern betreffenden, defizitorientierten Vorstellungen gelöst und wird mit individuellen Gestaltungsaufgaben verknüpft. Das Altern und das Alter sind entwicklungsoffene Handlungsräume geworden, die eine Vielzahl an Lebensformen zulassen. Diese Vielfalt in den Lebensformen der Älteren wird häufig unter dem Begriff der **Heterogenität des Alters** zusammengefasst. Als „viertes Lebensalter“ ab 75 Jahren kann schließlich die Zeit der Hochaltrigkeit, oft im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen, verstanden werden (Höpflinger 2014).

Ein wichtiger Teil bei der Gestaltung der dritten Lebensphase kann die Teilnahme an Bildungsangeboten sein, Angeboten, für die bislang die Zeit fehlte, oder Angeboten, die gezielt für Menschen in diesem Alter entwickelt werden. **Bildung im Alter** kann sich demnach einerseits auf formelle Lernangebote beziehen, wie zum Beispiel Kurse an der Volkshochschule, Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, Gedächtnistrainings oder auch nachgeholte wissenschaftliche Qualifizierungen in einem SeniorInnenstudium. Bildung im Alter umfasst jedoch andererseits auch informelle, implizite Lernangebote und Lernprozesse. Diese können alltäglich und eingebettet in die Lebenswelt der Menschen beiläufig „en passant“ (Reischmann 2002, 70) oder gezielt geschehen. Aber auch im Rahmen von Angebotsstrukturen lernen Menschen nicht nur jene Kompetenzen, die in Kursprogrammen stehen und curricular angedacht sind. Lernen findet nicht primär im Rahmen von Bildungsangeboten und formalen Lernarrangements statt, aber sie strukturieren einen Raum für potentielle Lernprozesse (Kade 1994; Kade/Seitter 1996).

Sozialstrukturelle Einflüsse auf die Beteiligung an gesundheitsfördernden Maßnahmen und Bildungsangeboten im Alter

In der Hinwendung zu Beteiligungschancen an gesundheitsfördernden Angeboten im Alter soll zunächst der Blick auf einige sozialstrukturelle Einflüsse gelenkt werden wie: Alter und Generation, Geschlecht, Bildungsstand und Bildungsbiographie, Gesundheit und Mobilität, wobei auch Aspekte wie Einkommen und der Übergang in die Nachberuflichkeit berücksichtigt werden sollen.

→ **Alter und Generation**

Lebensaltersbezogene Ansätze basieren auf der Dimension des biologischen Alters (Gesundheitszustand, Funktionsfähigkeit), während Kohorten-, Generationen- und Lebenslaufansätze Alter in einen historischen Erfahrungszusammenhang einbetten (Mannheim 1929; Mayer 1990; Gilleard/Higgs 2002, 2007). Die Generationenperspektive ist insbesondere für zielgruppenspezifische Angebote für Seniorinnen/Senioren relevant, als sie unterschiedliche Interaktionseffekte von Alter und anderen Sozialvariablen – wie zum Beispiel Geschlecht – sichtbar machen kann. In der EdAge-Studie (Tippelt/von Hippel 2009) zeigt sich etwa, dass das Geschlecht besonders in der Generation der von 1927 bis 1941 Geborenen einen Einfluss auf die Weiterbildungsbeteiligung (Anzahl der besuchten Veranstaltungen) hat, da in dieser Generation Geschlechterunterschiede noch stärker sozialisiert wurden (Eckert/Schmidt-Hertha 2011).

→ **Geschlecht**

Durch die höhere Lebenserwartung von Frauen kommt es im Alter zu einer Feminisierung, das heißt der Anteil an Frauen ist unter älteren Menschen im Vergleich zu anderen Altersgruppen höher. Ältere Frauen sind heute in der Regel jedoch immer noch geringer qualifiziert und stärker von Armut bedroht. Ihre ungünstige Lebenslage im Alter, die auch mit gesundheitlichen Einschränkungen einhergeht – ist eine Folge kumulativer Benachteiligung über den Lebenslauf. Dadurch wird Frau-Sein im Alter auch als „triple jeopardy“ charakterisiert (Kolland/Wanka 2013). Frauen nehmen in höherem Ausmaß an nachberuflicher Bildung teil. Sie können nachberuflich und ggf. auch in Phasen geringerer familiärer Verpflichtungen nun eher die Chance wahrnehmen, die im bisherigen Lebenslauf oft als brüchig erfahrenen Bildungswege neu einzuschlagen und zu beschreiten (vgl. z. B. Kade/Seitter 2007). Um auf Frauen und ihre Bedürfnisse in der Bildungsarbeit gut eingehen zu können, ist es notwendig, deren Bildungs- und Lernbiographie zu berücksichtigen.

→ **Bildungsstand und Bildungsbiographie**

Der Bildungsstand wird als einer der stabilsten und signifikantesten Prädikatoren für die Bildungsbeteiligung im Lebenslauf und insbesondere in der nachberuflichen Phase betrachtet (Withnall 2010). Studien zeigen, dass Bildungsabschlüsse maßgeblich die Lebensverläufe von Menschen strukturieren, da sie Zeit kosten und nicht immer einfach gelingen. Es zeigt sich, dass, wenn Lernen zu einer „Gepflogenheit“, einer Gewohnheit in der eigenen Biographie wird, diese höchstwahrscheinlich auch im Alter fortbesteht. Das „Lernen zu lernen“ (Simons 1992) hat bedeutende Auswirkungen darauf, ob sich Menschen auch im Alter an bildungsbezogenen Aktivitäten beteiligen, wozu auch der Erwerb von Gesundheitskompetenz gezählt werden kann. Negative Lernerfahrungen führen hingegen zu einem Prozess des „Cooling Out“, durch den sich Personengruppen vom formalen und vom non-formalen Bildungswesen entfernen (Weiterbildungsdistanz; Bolder/Hendrichs, 2000). Menschen mit besserer (Grund-)Ausbildung nehmen häufiger an beruflicher Weiterbildung teil und habitualisieren dadurch ihre Bildungsaktivität (Kolland/Ahmadi 2010, 61).

→ **Gesundheit und Mobilität**

Der Gesundheitszustand ist im Hinblick auf die Bildungsbeteiligung maßgeblich mit der Mobilität verknüpft. Mobilität ist eine zentrale Voraussetzung für soziale Teilhabe, sie beeinflusst den Raum, in dem wir aktiv sind (aktiv sein können) und bildet einen bedeutenden Teilaspekt von Selbstbestimmung und Autonomie im Alter (Baumgartner et al. 2013). Dabei ist auch die Erreichbarkeit von Bildungsangeboten bedeutsam. Die Ergebnisse des European Health Literacy Survey (2009 bis 2012) indizieren einen hohen Bildungsbedarf in diesem Feld: 55 Prozent der Österreicher/innen haben eine mangelhafte Gesundheitskompetenz. In der zweiten Lebenshälfte ist der Prozentsatz noch höher, das heißt ältere Menschen verfügen über eine verhältnismäßig schlechtere Gesundheitskompetenz als jüngere.

Situative Einflüsse auf die Beteiligung an gesundheitsfördernden Maßnahmen und Bildungsangeboten im Alter

Situative Hemmnisse beschreiben Faktoren, die die Beteiligung an Bildungsangeboten im Alter verhindern, die nicht auf Seite der Person, sondern auf Angebotsseite liegen. Angebotsbezogene Barrieren, etwa in Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, können sich sowohl auf das Fehlen von Angeboten beziehen, als auch auf deren inhaltliche oder organisatorische Gestaltung, z. B. Kurszeiten, Erreichbarkeit, Kosten oder formale Teilnahmevoraussetzungen (Resch/Wanka 2017).

Ein großes Hemmnis für die Teilnahme an Bildungsangeboten ist deren Erreichbarkeit. Gerade für ältere Menschen, die nicht mehr mit dem Auto fahren wollen, und ältere Frauen, die oft nie einen Führerschein besessen haben, stellen große Distanzen und mangelnde öffentliche Anbindung einen wesentlichen Hinderungsgrund für die Teilnahme an Weiterbildung dar. Auch die Bewerbung von Angeboten erfolgt meist nur direkt vor Ort. Im urbanen Raum ergeben sich darüber hinaus Herausforderungen aus der Vielzahl von Angeboten und Trägerorganisationen und der daraus resultierenden Unübersichtlichkeit (Resch/Wanka 2017).

Psychosoziale Einflüsse auf die Beteiligung an gesundheitsfördernden Maßnahmen und Bildungsangeboten im Alter

Das Vorhandensein einer ausdifferenzierten Angebotsstruktur geht nicht automatisch mit einer

entsprechenden Nachfrage nach Bildungsangeboten in der nachberuflichen Phase einher (Kolland/Wanka 2013). Der subjektiv fehlende Bedarf bezüglich Weiterbildungsmöglichkeiten stellt in der EdAge-Studie mit 79 Prozent die am häufigsten genannte Barriere bezüglich der Teilhabe an den Angeboten dar. An zweiter Stelle folgt mit zwei Drittel die Meinung, dass sich Weiterbildung aus Altersgründen nicht mehr lohne (Kuwan 2011). Auch Daten aus dem Eurobarometer (European Commission 2003) zeigen, dass der wahrgenommene Bildungsbedarf nach dem 55. Lebensjahr rapide abnimmt, was mit dem (absehbaren) Ende der Erwerbstätigkeit verknüpft ist und einen Zusammenhang zwischen Weiterbildung und beruflichen Qualifizierungsanforderungen aufzeigt. Ältere Menschen, die sich nicht an Weiterbildungsangeboten beteiligen, nehmen dies jedoch nicht unbedingt als Defizit wahr (Coffield 2000). Einmal pensioniert, erleben viele Personen Freiheit und Selbstbestimmtheit darin, sich endlich auch gegen Bildungsansprüche entscheiden zu können. Die persönliche Kosten-Nutzen-Kalkulation von nachberuflicher Bildungsbeteiligung hängt damit auch vom erwartbaren Nutzen, also der Anwendbarkeit des Gelernten auf relevante Lebensbereiche, ab. „Wird die Lebensphase Alter als Ruhestandsphase bestimmt, dann – so die These – haben Bildung und Lernen einen geringen Stellenwert.“ (Kolland 2016, 15).

Beteiligungschancen im Alter – ein Modell

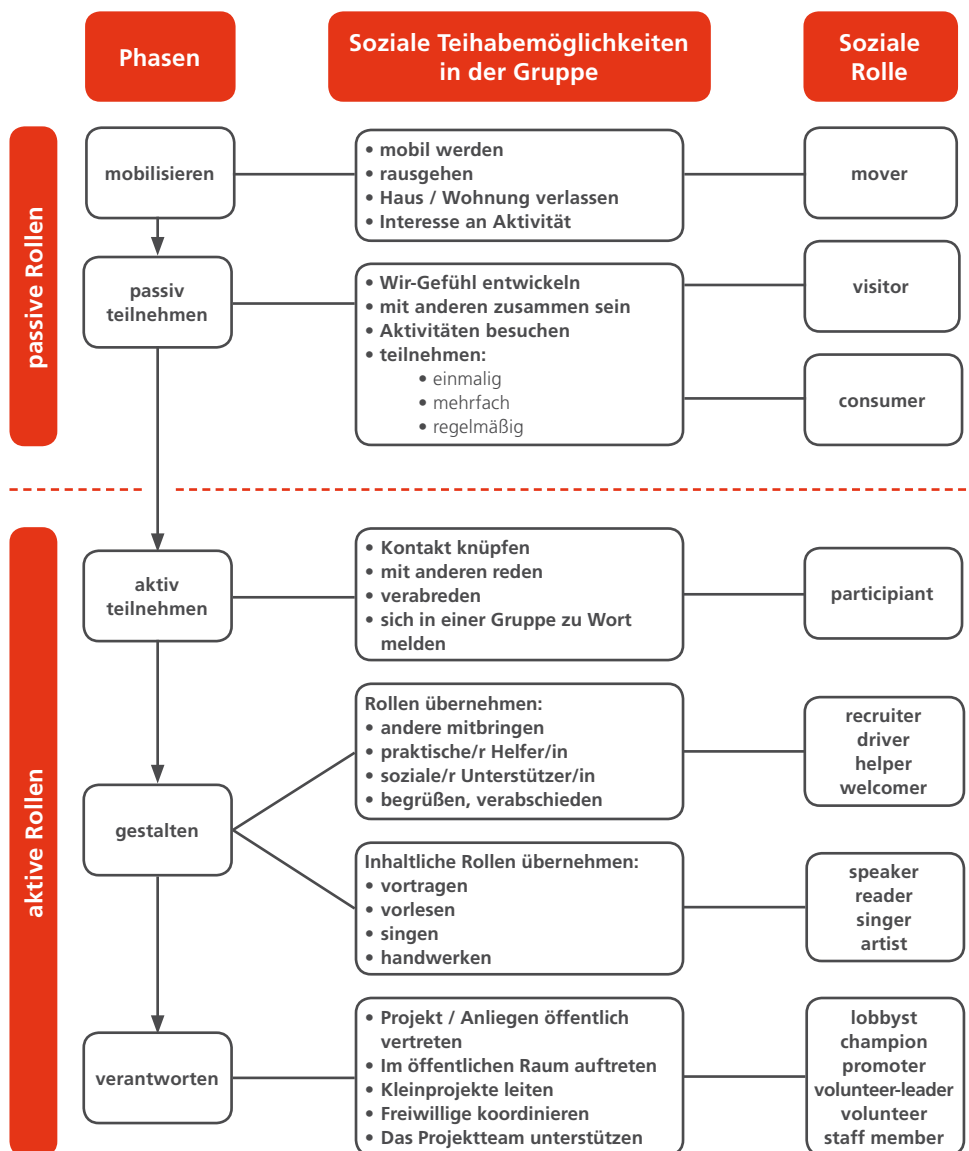
Den meisten Bildungsaktiven einer 2008-2009 durchgeführten repräsentativen Befragung von 50- bis 75-Jährigen ist der Erwerb neuer Kenntnisse bzw. Fertigkeiten eher oder sehr wichtig (91 Prozent). Sie geben außerdem an, dass sie etwas Sinnvolles tun (87 Prozent) und ihre geistigen Fähigkeiten trainieren wollen (83 Prozent). Immerhin 61 Prozent der Bildungsaktiven gaben in dieser Befragung als Teilnahmemotiv an, dass ihnen **das Kennenlernen neuer Menschen** eher oder sehr wichtig sei (Kolland/Ahmadi 2010, 66).

Besonders im dritten und vierten Lebensalter ist das Aufrechterhalten von Chancen sozialer Teilhabe wichtig. Im Alter werden Ressourcen benötigt, um sich gesellschaftlich zu beteiligen und die eigene Identität herzustellen. Dazu zählen **Sinn, Anerkennung und Zugehörigkeit** (Kolland 2015; Keupp 2015). Erwerbstätige Personen erhalten Anerkennung oft durch ihre Arbeit. In der Pension kann dies etwa durch Freiwilligenarbeit abgelöst werden. **Zugehörigkeit** wird ebenfalls als identitätsstiftend erlebt – das Ich als Teil einer Wir-Identität, einer sozialen Gruppe, also das Kennenlernen neuer Menschen oder das Auffrischen von bereits bestehenden Beziehungen. Damit können unter anderem nachbarschaftliche, familiäre oder freundschaftliche Beziehungen gemeint sein. Im Folgenden wollen wir uns auf die Zugehörigkeit zu Projekten in der Nachbarschaft konzentrieren. Das Dazugehören, die Inklusion, stellt eine Voraussetzung für die gesellschaftliche Entwicklung und die Identitätsarbeit des Einzelnen dar (Farzin 2006, 41; Resch 2011). Zwischenmenschliche Beziehungen können nach Pierre Bourdieu¹ als soziales Kapital verstanden werden: „Es handelt sich dabei um Ressourcen, die auf der Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen.“ (Bourdieu 1983, 190-191).

1 Bourdieu (1983) unterscheidet zwischen ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital: Das ökonomische Kapital lässt sich direkt in Geld umwandeln und steht dem wirtschaftlichen Begriff des Kapitals somit am nächsten. Beim kulturellen Kapital wird zwischen inkorporiertem Kulturkapital, d. h. Bildung, objektiviertem Kulturkapital, d. h. materiellen Gütern wie Büchern oder Kunstwerken, und institutionalisiertem Kulturkapital, d. h. schulischen Titeln, unterschieden.

In gesundheitsfördernden Projekten wird Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen durch verschiedene Projektaktivitäten hergestellt. Die Gruppen können dabei neu zusammengesetzt sein oder an bereits bestehende Gruppenangebote anschließen. Dabei setzen viele Projekte ihre Aktivitäten zu früh und zu hochschwierig an und verlangen von Älteren von Anfang an eine aktive Beteiligung am Projekt. Wir haben daher im Zuge der Initiative „Auf Gesunde Nachbarschaft!“² ein Modell der sozialen Teilhabe Älterer entwickelt, in dem ihre **Beteiligungsmöglichkeiten differenziert betrachtet** werden (vgl. Wanka et al. 2016) (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Modell zur Sozialen Teilhabe Älterer (vgl. Wanka/Resch/Fassl/Kolland 2016)



2 <http://www.gesunde-nachbarschaft.at/>

Projektmitglieder in gesundheitsfördernden Projekten beginnen oftmals damit, ältere Menschen zu **mobilisieren**, das heißt diese werden durch verschiedene Akquisestrategien eingeladen, das Haus oder ihre Wohnung zu verlassen und mobil zu werden (mover). In einem weiteren Schritt zu erhöhter sozialer Teilhabe verbringen sie Zeit mit anderen und nehmen an Aktivitäten teil (visitors). Dies kann noch ohne weitere Verbindlichkeit geschehen, etwa aus Neugierde oder um „einfach mal vorbeizuschauen“. Manchmal kommt es auch vor, dass ältere Menschen von Angehörigen, sozialen Diensten oder anderen „geschickt“ werden. Wenn ältere Menschen mehr als einmalig an einer Projektaktivität **teilnehmen**, z. B. mehrfach oder regelmäßig, ist schon ein großer Schritt in Richtung sozialer Teilhabe geschafft (consumers). Die Projektverantwortlichen können dann damit rechnen, dass die Person wiederkommt. Alle diese Formen der Teilhabe sind als „passiv“ zu betrachten, das bedeutet ältere Menschen übernehmen dabei keine aktiven Rollen in einer Gruppe, sondern nehmen teil, verbringen Zeit mit anderen und gehen regelmäßig aus dem Haus.

Wenn ältere Teilnehmende mit anderen in Kontakt kommen, miteinander ins Gespräch kommen, sich verabreden oder sich in der Gruppe zu Wort melden, beginnen sie zu **partizipieren** und nehmen eine sichtbare Rolle im Projekt ein (participants). Das Vertrauen ins Projekt wächst, die Verbindlichkeit nimmt zu. Höher-schwelligere Rollen in den Projekten beziehen sich auf die Möglichkeit, zu **gestalten**. Dies kann verschiedene Formen annehmen, etwa andere zu den Aktivitäten mitzubringen (recruiter) oder sie hinzufahren (driver). Andere übernehmen praktische Tätigkeiten, wie Tische umzustellen oder das Buffet aufzubauen (helper) bzw. begrüßen oder verabschieden andere ältere Personen bei den Projektaktivitäten, die nur teilnehmen (welcomer). Weiters können ältere Teilnehmende auch inhaltliche Rollen übernehmen und etwa vortragen, vorlesen, das Singen anleiten, handwerkliche Tätigkeiten anleiten oder andere inhaltliche Rollen übernehmen. Dies setzt allerdings Selbstvertrauen oder Erfahrung voraus und bedeutet, sich der Gruppenmeinung auszusetzen. Es birgt aber auch die Möglichkeit, von anderen in der Nachbarschaft mit seinen Fähigkeiten wahrgenommen und anerkannt zu werden. Wenn soziale Teilhabe bis zum Ende gedacht wird, dann können ältere Teilnehmende auch Teile der Projektaktivitäten selbst **verantworten**. Dies kann ebenfalls unterschiedliche Ausprägungen annehmen, wie etwa das öffentliche Vertreten des Projekts nach außen (lobbyist), selbst als Rollenvorbild in der Nachbarschaft zu gelten (champion) oder die Aktivitäten in der Nachbarschaft zu bewerben (promoter). Der letzte Schritt besteht in der Übernahme einer ehrenamtlichen Rolle im Projekt (volunteer), indem man Kleinprojekte leitet, andere Menschen oder Freiwillige koordiniert und führt (volunteer-leader) oder das Projektteam anders unterstützt (staff member). Hier besteht allerdings die Gefahr der Abgrenzung der Tätigkeit zu jener der (bezahlten) Teammitglieder (Wanka et al. 2016).

Conclusio

Die Beteiligung von Menschen in der nachberuflichen Lebensphase an gesundheitsfördernden Projekten ist differenziert zu betrachten. Sowohl sozialstrukturelle Voraussetzungen als auch angebotsbasierte Barrieren und psychosoziale Motive beeinflussen die Beteiligung an Projektaktivitäten in je unterschiedlicher Weise. Von daher braucht es Angebote, die die Heterogenität der Menschen im Alter berücksichtigen. Besondere Aufmerksamkeit ist der Verantwortungsübernahme und der Compliance in Projekten der Gesundheitsförderung zu schenken. Hierbei gibt es bereits professionelle Ansätze im Freiwilligenmanagement, die unterstützend herangezogen werden können, damit soziale Teilhabe im Alter besser gelingt (vgl. z. B. Schröter/Zängl 2006). Das hier vorliegende Modell (Abbildung 1) dient als Hilfestellung bei der Zielgruppendefinition in der Gesundheitsförderung und als Partizipationsmodell für Projektverantwortliche, mit dessen Hilfe der Grad an Aktivität einer Person im Projekt eingeschätzt werden kann.

Quellen

- Alheit, P.; Dausien, B. (2009): Bildungsprozesse über die Lebensspanne: Zur Politik und Theorie lebenslangen Lernens. In: Tippelt, R.; Hippel, A. (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 713–734.
- Bolder, A.; Hendrich, W. (2000): Fremde Bildungswelten. Alternative Strategien lebenslangen Lernens. Studien zur Erziehungswissenschaft und Bildungsforschung 18. Budrich, Opladen
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Reinhard Kreckel (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2). S. 183–198. Schwartz, Göttingen
- Cannuscio, C.; Block, J.; Kawachi, I. (2003): Social Capital and Successful Aging: The Role of Senior Housing. In: *Annals of Internal Medicine* 139 (5; 2). S. 395–399.
- Coffield, F. (2000): Differing Visions of a Learning Society, 1: Research Findings. Policy Press, Bristol
- Dausien, B. (2011): „Biographisches Lernen“ und „Biographizität“ – Überlegungen zu einer pädagogischen Idee und Praxis in der Erwachsenenbildung. In: *Hessische Blätter für Volksbildung* 2/2011. S. 110–125.
- Dausien, B.; Rothe, D.; Schendowius, D. (2016): Teilhabe und Ausgrenzung als biographische Erfahrung – Einführung in eine biographie-wissenschaftliche Analyseperspektive. In: dies. (Hrsg.): *Bildungswege. Biographien zwischen Teilhabe und Ausgrenzung*. Campus, Frankfurt, New York. S. 25–67.
- Eckert, Th.; Schmidt-Hertha, B. (2011): Weiterbildungsverhalten verschiedener Generationen. In: Eckert, Th.; von Hippel, A.; Pietraß, M.; Schmidt-Hertha, B. (Hrsg.): *Bildung der Generationen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- European Commission (2003): Eurobarometer 59.0, January–March 2003, European Opinion Research Group, Brussels (Producer): ZA3903. GESIS, Cologne
- Farzin, S. (2006): *Inklusion/Exklusion. Entwicklungen und Probleme einer systemtheoretischen Unterscheidung*. Transcript Verlag, Bielefeld
- Field, J.; Burke, R. J.; Cooper, C. L. (2013): *The SAGE handbook of aging, work and society*. SAGE, Los Angeles
- Gilleard, C.; Higgs, P. (2002): The third age: class, cohort or generation? *Ageing & Society* 22 (3), S. 369–382
- Gilleard, C.; Higgs, P. (2007): The Third Age and the Baby Boomers. Two Approaches to the Social Structuring of Later Life. *International Journal of Ageing and Later Life* 2 (2), S. 13–130
- Höpflinger, F. (2014): Die zweite Lebenshälfte – dreifache Wandlungsprozesse. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>
- Huster, E.-U. (2012): Soziale Teilhabe als sozialstaatliches Ziel. In: Huster, E.-U.; Boeckh, J.; Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.): *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 78–103

- Kade, J. (1994): Suche nach Zugehörigkeit. Zur Aneignung der Erwachsenenbildung durch die Teilnehmer. In: Garz, D.; Kraimer, K. (Hrsg.): Die Welt als Text. Theorie, Kritik und Praxis der Objektiven Hermeneutik. Suhrkamp, Frankfurt am Main. S. 30–70
- Kade, J.; Seitter, W. (1996): Lebenslanges Lernen. Mögliche Bildungswelten. Erwachsenenbildung, Biographie und Alltag. Leske + Budrich, Opladen
- Kade, J.; Nittel, D.; Seitter, W. (2007): Leben in Deutschland – Lebenslanges Lernen: eine Fallgeschichte. In: dies.: Einführung in die Erwachsenenbildung – Weiterbildung. Kohlhammer, Stuttgart u. a. S. 17–34
- Kolland, F. (2015): Neue Kultur des Alterns. Forschungsergebnisse, Konzepte und kritischer Ausblick. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/0/2/CH3434/CMS1451941555001/soziale-themen_seniorinnenpolitik_neue-kultur-des-alterns-forschungsergebnisse.pdf (2. 1. 2018)
- Kolland, F. (2016): Bildungsmotivation im Alter. Modelle und Forschungserkenntnisse. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/3/2/CH3434/CMS1479886556156/kolland_bildungsmotivation_im_alter.pdf (22. 12. 2017)
- Kolland, F.; Wanka, A. (2013): Learning in Later Life. In: Field, J.; Burke, R. J.; Cooper, C. L. (Hrsg.): The SAGE handbook of aging, work and society. SAGE, Los Angeles
- Kolland, F.; Wanka, A.; Gallistl, V. (2014): Ältere Generationen und ihre Kompetenzen. In: Statistik Austria: Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen – Vertiefende Analysen der PIAAC-Erhebung 2011/12. Statistik Austria, Wien. S. 206–222
- Kolland, F.; Ahmadi, P. (2010): Bildung und aktives Altern. Bewegung im Ruhestand. Bertelsmann, Bielefeld
- Kneupp, H. (2008): Identitätskonstruktionen in der spätmodernen Gesellschaft. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 7/2. S. 291–308
- Kuwan, H. (2011): Weiterbildungsbarrieren: Messung, empirische Befunde für Ältere und Schlussfolgerungen. In: Eckert, Th.; von Hippel, A.; Pietraß, M.; Schmidt-Hertha, B. (2011): Bildung der Generationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Mannheim, K. (1928/1929): Das Problem der Generationen. Kölner Vierteljahreshefte für Soziologie 7. S. 157–185 (1928) und S. 309–330 (1929)
- Mayer, K. U. (1990): Lebensverläufe und sozialer Wandel. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Pichler, B. (2010): Autonomie im Alter. Ein theoretischer Eingriff in den sozialpädagogischen Alter(n)sdiskurs. Dissertation. Universität Wien
- Resch, K. (2011): Sozialkapital im Alter. Erfahrungen aus einer Workshopreihe zum freiwilligen Engagement im Alter. In: Jütte, W.; Kellner, W.; Vater, S. (Hrsg.). Erwachsenenbildung und Sozialkapital. Lit Verlag, Wien. S. 121–131
- Resch, K.; Wanka, A. (2017): Evaluationsbericht 3. Endbericht zum Projekt „Abenteuer Pension – Gemeinsam neue Wege gehen“ im Auftrag der Wiener Gesundheitsförderung (WiG). Universität Wien
- Schramek, R.; Bubolz-Lutz, E. (2016): Partizipatives Lernen – ein geragogischer Ansatz. In: Naegele, G.; Olbermann, E.; Kuhlmann, A.: Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Springer VS, Wiesbaden. S. 161–179
- Schröter, K. R.; Zängl, P. (Hrsg.) (2006): Altern und bürgerschaftliches Engagement. Aspekte der Vergemeinschaftung und Vergesellschaftung in der Lebensphase Alter. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Simons, P. R. J. (1992): Theories and principles of learning to learn. In: Tuijnman, A.; van der Kamp, M. (Hrsg.): Learning Across the Lifespan. Theories, Research, Policies. Pergamon, Oxford. S. 159–171
- Simonson, J.; Hagen, C.; Vogel, C.; Motel-Klingenbiel, A. (2013): Ungleichheit sozialer Teilhabe im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (5). S. 410–416
- Statistik Austria (2013): Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen – Erste Ergebnisse der PIAAC-Erhebung 2011/12. Statistik Austria, Wien
- Tippelt, R.; Hippel, A. (2009): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Wanka, A.; Resch, K.; Fassl, A.; Kolland, F. (2016): Zwischenbericht der externen Evaluation „Auf Gesunde Nachbarschaft!“ im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich. Universität Wien
- Withnall, A. (2010): Improving learning in later life. Routledge, London



Foto: Pixabay

4.3 Armut in Österreich und faire Chancen auf Gesundheit

Gunter Graf, Elisabeth Kapferer / internationales forschungszentrum für soziale und ethische fragen Salzburg

Einleitung

Gesundheit ist ein Gut, das nicht allen Menschen gleichermaßen gegeben ist, nicht am Beginn des Lebens, nicht in seinem Verlauf und auch nicht im Alter. Gesundheitliche Unterschiede haben verschiedene Hintergründe und Ursachen, wobei ökonomische und soziale Ungleichheit eine wichtige Rolle spielen. Wer hat, dem wird gegeben: Das bekannte Matthäus-Prinzip gilt auch in Gesundheitsfragen. Ein bestimmter Grad an sozialem Status, an Einkommen und damit oft zusammenhängend auch an Bildung, sozialer Teilhabe sowie guten Lebens- und Arbeitsbedingungen sind der Gesundheit zuträglich; ein diesbezüglicher Mangel oder eine Benachteiligung gehen hingegen häufig Hand in Hand mit gesundheitlichen Risiken und Problematiken (Sütterlin 2017, insbesondere Kap. 2).

Den Fokus auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu legen, bedeutet, diese Zusammenhänge zu beachten und ungerechtfertigte Benachteiligungen möglichst ausgleichen zu wollen, also allen Menschen, ob arm oder reich, realisierbare Möglichkeiten auf bestmögliche

Gesundheit sowie tatsächliche Zugänge zur Gesundheitsversorgung und -erhaltung zu öffnen. Faire Chancen, gesund zu leben und gesund zu altern, brauchen entsprechende Rahmenbedingungen, vielfältige und zur Lebenssituation passende Angebote und echte Möglichkeiten der gesunden Lebensgestaltung: von Prävention und Gesundheitsförderung bis hin zu guter Versorgung und Hilfe, wenn sie notwendig ist; von Ermächtigung und Stärkung der eigenen Handlungsfähigkeit bis hin zu Unterstützung und Begleitung im Bedarfsfall. Neben Angeboten zur Förderung, Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer möglichst guten Gesundheit braucht es auch Maßnahmen zur Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung für jene, die im weiten Feld der Gesundheitsförderung und -versorgung und hier mit Menschen ganz unterschiedlicher sozialer Herkunft arbeiten.

Im vorliegenden Beitrag wollen wir den Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Benachteiligungen einerseits und gesundheitlichen Benachteiligungen andererseits skizzieren und seinen Konsequenzen für faire Chancen, gesund zu leben und gesund alt zu werden, nachgehen.

Gesundheit und Chancengerechtigkeit

Gesundheit unterliegt nicht einfach dem Zufall bzw. eigenen, selbstverantwortlichen Entscheidungsmöglichkeiten. Vielmehr steht Gesundheit in einem komplexen Wechselspiel von individuellen Faktoren sowie Verhaltens- und Verhältnisfaktoren auf genetischer, biologischer, sozialer, ökonomischer wie auch psychologischer Ebene, von verfügbaren Ressourcen, vorgefundenen Anforderungen und spezifischen Belastungen (Haverkamp 2012, 366f.). Darunter fallen besonders auch Rahmenbedingungen, die außerhalb eigener Gestaltungsmöglichkeiten liegen, Abhängigkeiten und auch Wahl-Unmöglichkeiten. Das gilt etwa für Kinder, die in hohem Maße von den Entscheidungen und Notwendigkeiten ihrer Erziehungsberechtigten abhängen und deren gesundheitliche Entwicklung von den Lebensbedingungen der frühen Kindheit beeinflusst wird (WHO 2004, Kap. 3), das gilt aber auch im gesamten Lebenslauf und gerade auch für Menschen im (hohen) Alter, deren Autonomie tendenziell abnimmt und deren Abhängigkeit von anderen Personen, von der Umwelt, ihren Angeboten und Strukturen, zunimmt. Abgesehen davon, dass auch vermeintlich individuelle Präferenzen von der Umwelt geformt und sozialen oder kulturellen Gegebenheiten und Prägungen (WHO 2004, 1) unterworfen sein können und nicht immer mit autonomen Wahlmöglichkeiten zu tun haben, liegt auf der Hand, dass die Spielräume und die Autonomie, die sich Menschen in Gesundheitsfragen im Lauf ihres Lebens und im Alter aufrecht erhalten können, in Zusammenhang mit ökonomischen wie sozialen Ressourcen stehen. Damit rücken Ungleichheiten und potenziell benachteiligende Rahmenbedingungen in den Blick, und zwar im Sinne einer Bewertung als ungerecht und vermeidbar (WHO 2014, 1).

In der Folge widmen wir uns nun dem Phänomen Armut, das mit vielen gesundheitlichen Ungleichheiten eng verwoben ist, den individuellen Handlungsspielraum massiv einengt und mit erwähnten Gerechtigkeitsfragen in Verbindung steht.

In Armut leben in einem reichen Land

Obwohl Österreich zu den reichsten Ländern der Erde zählt, ist Armut ein Thema von Gewicht. Laut einer in EU-Ländern gängigen Definition wird Armut in einem „relativen“ Sinn¹ als Einkommensarmut beschrieben. Maßstab ist das Medianeinkommen: jene Einkommenshöhe, die von einer Hälfte der Menschen über- und von der anderen unterschritten wird. Steht einem Haushalt² mit dem gesamten Einkommen einschließlich sämtlicher Familien- bzw. Sozialleistungen weniger als 60% dieses Medianeinkommens zur Verfügung, ist von Armutsgefährdung die Rede. Das betrifft ca. 1,2 Millionen Menschen in Österreich (14,1 Prozent), gut 200.000 davon über 65 Jahre alt, darunter etwa doppelt so viele Frauen wie Männer (EU-SILC 2016).

Was ökonomischer Mangel im Alltag an Belastungen bedeutet, wird von der Statistik ebenfalls thematisiert. Anhand festgelegter gängiger Ausgabenbereiche zeigt sich, welche wichtigen Ausgaben Menschen mit niedrigen Einkommen überfordern.³ Die gravierendsten Belastungen liegen demnach in der Bewältigung unvorhergesehener größerer Kosten, etwa für Reparaturen, aber auch für notwendige medizinische Behandlungen. Vom Sparstift bedroht sind weiters Möglichkeiten der Erholung, abgefragt am Beispiel einer einwöchigen Urlaubsreise im Jahr. Andere Problematiken ergeben sich für das rechtzeitige Begleichen von Zahlungen wie Miete, Strom oder Kreditrückzahlungen. Weitere Einsparungen betreffen ausgewogene Alltagsernährung, Ersatz beschädigter Kleidung, gastfreundliche Pflege engerer sozialer Kontakte oder Mobilität (EU-SILC 2016).

Das Armuts(gefährdungs)risiko ist dabei in bestimmten demographischen bzw. sozialen Gruppen – wie auch deren gesundheitliche Gefährdungen – erheblich erhöht: Personen mit niedrigem Bildungsgrad (etwa nur Pflichtschule), Menschen mit Migrationshintergrund, Ein-Eltern-Familien sowie Familien mit drei oder mehr Kindern, Alleinstehende (vor allem Frauen mit Pensionsbezug) sind besonders häufig von Armut betroffen (Pesendorfer 2017, 15). Für alle Betroffenen gilt, die Belastungen betreffen das Hier und Jetzt, sie werden aber auch über die Jahre angehäuft – mit Konsequenzen, die gesundheitliche Ungleichheiten mit einschließen (WHO 2004; Richter-Kornweitz 2012, 144; Armutskonferenz 2015, 2-3).

Menschen im untersten Einkommensbereich sind im Vergleich zu wohlhabenderen Menschen häufiger psychischen wie physischen Belastungen und Stress ausgesetzt, Zugänge und Teilhabe stehen ihnen weniger oder gar nicht offen. Dagegen erdulden sie häufiger Arbeitsplatzunsicherheit oder Arbeitslosigkeit, schlechtere (z. B. körperlich anstrengendere oder psychosozial belastendere) Arbeitsbedingungen oder mangelhafte Wohnumgebungen (etwa Lärm, Feuchtigkeit, unsichere Umgebung).

1 Ein ergänzendes „absolutes“ Verständnis von Armut, also das Fehlen grundlegender Lebensnotwendigkeiten (WHO 2004, 18), setzt sich für wohlhabende Gesellschaften erst langsam durch, repräsentiert z. B. in Obdachlosigkeit; diskutiert wurde es etwa im Rahmen einer Konferenz am Zentrum für Ethik und Armutforschung (Absolute Poverty in Europe, 27.-28.08.2015, Publikation 2020 bei The Policy Press). Vgl. auch Gaisbauer/Kapferer 2016.

2 Wer nicht in einem Haushalt lebt, sondern institutionell (in Heimen, Kranken-, Haftanstalten o.ä.) untergebracht oder obdachlos ist, wird von dieser Definition nicht berücksichtigt und erfasst.

3 Es geht dabei ausdrücklich nicht um freiwilligen Verzicht oder Sich-nicht-leisten-Wollen, sondern um Sich-nicht-leisten-Können.

Soziale Netzwerke haben oft nicht die gleiche Sicherheit, Reichweite und Wirkkraft. Mittel, Probleme zu bewältigen oder zu kompensieren, sind (ökonomisch wie auch sozial) begrenzt. Wissen und relevante Informationen, gerade auch zur Bewältigung schwieriger Situationen, können fehlen, unverständlich oder schlicht nicht zugänglich sein. Handlungsspielräume und Reichweiten der Mobilität sind enger gesteckt, ein Umstand, der vor allem in infrastrukturschwachen Gebieten ins Gewicht fällt. Die Erfahrung, das Leben nach den eigenen Vorstellungen und Zielen autonom gestalten zu können, ist oft nur äußerst eingeschränkt möglich. Anerkennung und Wertschätzung von außerhalb der eigenen Kreise wird selten erlebt (von Unger/Kümpers 2012). Allgemein bedeutet ein Leben in Armut verminderte Lebenserfahrung ebenso wie Lebenserwartung (Haverkamp 2012, 365). Das gilt ganz konkret auch sehr nah-räumlich: In Wien bestehen zwischen den Wiener Bezirken I. und XV. – entfernt durch eine U-Bahnfahrt von vier Minuten – Unterschiede in der Lebenserwartung von vier Jahren. Für London zeigen sich sogar Unterschiede von bis zu 12 Jahren zwischen reicheren und ärmeren Gegenden (Schenk 2015, 44).

Armut als Gefährdung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Ungleichheit ist nicht „natürlich“, sondern steht im Kontext der zuvor genannten Einschränkungen und Benachteiligungen. Der Blick auf konkrete Belastungen sozioökonomisch benachteiligter Menschen weist auf Eintrittsstellen für Gesundheitsgefährdungen hin, die teils strukturell bedingt sind und in den äußeren Rahmenbedingungen liegen, teils im persönlichen Bereich und in individuellen Reaktionen auf sozioökonomische Benachteiligung zu sehen sind. Finanzielle Not bedeutet Druck, den Alltag und alle anfallenden Kosten zu bewältigen. Einsparungen betreffen die Sorge um sich selbst (z. B. weniger Zeit für und Aufmerksamkeit auf gesunden Lebensstil und Gesundheitsvorsorge/-förderung, WHO 2004, Kap. 2). Sie zielen aber auch auf „helfende Ressourcen“ ab, etwa die Pflege sozialer Beziehungen, denen hinsichtlich gesundheitlich folgenreicher Dispositionen und Verhaltensweisen, positiv wie negativ, nachweislich wesentliche Bedeutung zukommt (WHO 2004, insbesondere 9 und 14 sowie Kap. 7; Jordan/von der Lippe 2012, 3). Geldknappheit und häufig anhaltender Stress schlagen auf die physische wie psychische Gesundheit und erhöhen die Anfälligkeit für ungünstige gesundheitliche Entwicklungen (WHO 2004, Kap. 2). Aber auch mangelnde Gesundheitskompetenz, Unterlegenheits- und Ohnmachtsgefühle auch hinsichtlich der eigenen Selbstwirksamkeit schränken Handlungsmöglichkeiten ein. Risiken und Effekte ziehen sich, womöglich von Geburt an, durch den gesamten Lebenslauf und beeinflussen somit auch den gesundheitlichen Zustand im Alter.

Eine empirische Studie der Österreichischen Armutskonferenz lässt Betroffene zu Wort kommen und darstellen, wo sie Lücken und Barrieren im Gesundheitssystem erleben (Armutskonferenz 2015, hier v.a. Kap. 6). Einige der Befunde, etwa Versicherungsfragen, Probleme hinsichtlich Mobilität und Infrastruktur (insbesondere in ländlichen/peripheren Gebieten), unbewältigbare Regelungen zur Vorfinanzierung und Rückerstattung medizinischer Leistungen oder nicht greifende Gebührensicherungen bei Einkommen nur knapp über dem Leistungsniveau der Bedarfsorientierten Mindestsicherung betreffen strukturelle Phänomene aus verschiedenen Politikfeldern und unterstreichen die Wichtigkeit von Health in All Policies-Ansätzen. Andere erzählen von persönlichen negativen Erfahrungen, etwa dass armutsbetroffene Menschen sich ihrer schlechteren, benachteiligten Position im Gesundheitssystem bewusst sind (Armutskonferenz 2015, 16). Ängste bezüglich Kosten für

notwendige Behandlungen oder Behelfe (z. B. Brille, Zahnersatz, Rollstuhl), bezüglich (neuerlicher) Krankheit, bezüglich der Nicht-Leistbarkeit von gesundheitswiederherstellenden Maßnahmen wie bestimmten Therapien, Rehabilitation oder Kur werden wiederholt angesprochen. Unfreundliche und respektlose Behandlung sowie Stigmatisierungen sind Thema, ebenso das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, mit Fachbegriffen abgespeist, nicht aufgeklärt und informiert zu werden über Diagnosen, Therapien wie auch Medikamente (anzusprechen sind hier auch sprachliche Barrieren sowie meist fehlendes mehrsprachiges Informationsmaterial oder Dolmetschdienste). Wiederholt genannt wird auch der Faktor Zeit (Armutskonferenz 2015, 27), also der Wunsch, mehr Zeit zugewendet zu bekommen. Angesprochen wird ebenso die positive Bedeutung zum Beispiel von Sozialeinrichtungen oder anderen alternativen Unterstützungsangeboten, jedoch zeigt sich hier das häufige Problem mangelnder Information und fehlenden Wissens über derartige Unterstützungsmöglichkeiten. Die Studie belegt die Wichtigkeit partizipativer Forschung und die Relevanz der Sicht und des (Erfahrungs-)Wissens der Betroffenen. Vieles des Gesagten erscheint als durchaus vermeidbar und eben damit im Sinne der WHO (2014, 1) als ungerecht.

Andere Studien beschreiben das „Partizipationsdilemma“ (von Unger/Kümpers 2012), dass auch dort, wo es entsprechende Angebote zur Förderung, Sicherung oder Wiederherstellung der Gesundheit gibt (getragen von diversen Akteuren, etwa Vereinen, Nachbarschaftsinitiativen Volkshochschulen aber auch Gesundheitsbehörden, Kassen etc.), das Matthäus-Prinzip greift: In Anspruch genommen werden diese Angebote vor allem von Personen mit mittlerem oder höherem sozioökonomischen Status, weit weniger von jenen, die schlechter gestellt sind, Hilfe, Beratung, Unterstützung, Begleitung und Präventionsangebote aber vor allem brauchen und von diesen vor allem profitieren würden (von Unger/Kümpers 2012; Jordan/von der Lippe 2012). Teils liegt das an schon angesprochenen Informationsdefiziten und an Wissensmangel, teils an weiteren partizipationshemmenden Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen, selbst wo sich Gesundheitsförderungsangebote explizit an sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppen wenden: etwa am Design von Angeboten und Interaktion, an bestimmten Prägungen von Zielgruppen, sprachlichen und kulturellen Barrieren bzw. Tabus, an mangelnder echter Öffnung oder scheinpartizipativen Aktivitäten (von Unger/Kümpers 2012). Schließlich korreliert Partizipation auch stark mit dem Gefühl, dass das eigene Tun etwas bewirken und verändern kann – mit einem Gefühl von Selbstwirksamkeit, das bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen wiederum leiden kann (Jordan/von der Lippe 2012, 4; Richter-Kornweitz 2012, 156).

Berücksichtigt man die oft charakteristischen Lebenssituationen benachteiligter älterer Menschen, verschärft sich die Problematik etwa durch sozialen Rückzug und Isolation, erschwerten Zugang zu Informationen, durch fehlende, nicht ausreichende oder altersbedingt wegbrechende soziale Netze (und damit von Informations- wie Unterstützungsleistungen) oder geringeres Durchsetzungsvermögen von Bedürfnissen gegenüber relevanten Akteuren (Richter-Kornweitz 2012, 156–158).

Wege zu mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für möglichst alle Menschen in möglichst hohem Ausmaß braucht Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen. Gemäß Health in All Policies muss es Aufgabe aller Politikbereiche sein, gesundheitliche Ungleichheit als Konsequenz sozioöko-

nomischer Unterschiede zu verringern, nicht nur Aufgabe der Gesundheits- und Sozialsektoren mit ihren jeweiligen folgenreichen Regelungen und Entscheidungen zu sozialer und medizinischer Absicherung und tatsächlichen Zugängen zu Angeboten und Hilfe. Auch Bildungs-, Umwelt- und Ernährungs-, Arbeitswelt- oder Infrastrukturressorts, um nur einige zu nennen, sind in der Pflicht. Gesundheit ist nicht primär eine persönliche Angelegenheit und Ergebnis persönlicher Anstrengung, sondern hängt eng mit der sozialen Lage zusammen und ist auch Resultat (bundes-, landes- wie auch kommunal)politischer Willens und alltäglicher Rahmenbedingungen (Richter-Kornweitz 2012, Kap. 4).

Notwendig erscheinen zum erfolgreichen Erreichen und Aktivieren benachteiligter und dabei insbesondere auch älterer Zielgruppen Maßnahmen und Angebote im kleinräumigen, nachbarschaftlichen Kontext, wo immer möglich und sinnvoll unter Miteinbeziehung und Beteiligung derjenigen, die sie nützen und denen sie nützen sollen, unter Beachtung ihrer Bedürfnisse (von Unger/Kümpers 2012). Ein solcher Anspruch erfordert geeignete Herangehensweisen und Akteurinnen/Akteure. Zentral erscheinen Menschen, die Beziehungen stiften können und Zugang zu den jeweiligen Zielgruppen haben, sensibel gegenüber möglichen Erfahrungen von Ausgrenzung und Stigmatisierung sind und das Annehmen von Unterstützung und das Partizipieren an Angeboten erleichtern. Persönliche Ansprache, etwa durch Vertrauenspersonen in Nachbarschaften oder durch Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und Rollenvorbilder in den diversen Zielgruppen, die Auskunft und Orientierung, Anregungen für den eigenen Lebensstil und Zuspruch geben und nötigenfalls vielleicht sogar Begleitung (und Mobilität) anbieten können, kann Hürden überwinden helfen (Richter-Kornweitz 2012, 159). Entscheidend für gelingende Teilhabe an gesundheitsfördernden, -erhaltenden oder -wiederherstellenden Maßnahmen erscheint weiters eine umfassende, dabei niederschwellige Informationskultur, die auf diverse Barrieren Rücksicht nimmt. Leichte (auch fremdsprachliche) Verständlichkeit von Informationsmaterialien (je nach Setting auch von Diagnose-, Therapie- und Medikamentenempfehlungen etc.) ist hier etwa adressiert: Dies gilt gerade vor dem Hintergrund, dass Menschen in existenzbelastenden Lebenssituationen weniger „Nerven“ und Ressourcen haben, um komplexe Informationen (auch sogenanntes Medizinerlatein) zu verstehen. Barrieren sprachlicher Art – ob zwischen Herkunfts- und Ankunftssprache oder Laien- und ExpertInnensprache – sollten in jedem Fall vermieden werden.

Für die Formulierung von Lösungsansätzen, Ratschlägen und Verhaltensrichtlinien greift auch der Ruf nach Sensibilität und das Vermeiden von Bevormundung, Bewertung oder gar Moralisierung von Lebensweisen, die oft genug von besonderen Belastungen bei mangelnden Bewältigungsressourcen geprägt sind. Gesundheitsförderung kann dann auch bedeuten, positive Erfahrungen zu ermöglichen, das Selbstbewusstsein und das Gefühl von Selbstwirksamkeit im Kontakt und im Nutzen von bereitgestellten Angeboten zu unterstützen und somit Teilhabe zu ermöglichen.

Das alles braucht zeitliche und finanzielle Ressourcen. Dabei gilt (Wilkinson/Pickett 2010): Jede Maßnahme zum Abbau sozioökonomischer wie gesundheitlicher Benachteiligungen kommt Menschen jeglichen Status' und jeden Alters und somit uns allen zugute.

In a nutshell

- Health in All Policies gegen strukturelle Benachteiligungen
- Gesundheit ist keine primär persönliche Angelegenheit, sondern Resultat politischen Willens und alltäglicher Rahmenbedingungen
- Keine Bevormundung und keine vorseilende Bewertung/Moralisierung von Lebensweisen – Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung aller Akteurinnen/Akteure
- Zielgruppen mit kleinräumigen Angeboten erreichen, z. B. in Nachbarschaften/Communities
- Pflege einer guten Informationskultur, die Barrieren vermeidet – auch mittels Vertrauenspersonen/Multiplikatorinnen/Multiplikatoren/Rollenvorbildern
- Betroffene und ihre Erfahrungen als wichtige Akteurinnen/Akteure und Wissensquelle in den Diskurs und in Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung einbeziehen
- Positive Erfahrungen ermöglichen = Selbstwirksamkeit und Teilhabe stärken

Quellen

- Armutskonferenz (2015): Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung. Erstellt von Florian Ritter und Martin Schenk. www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015.pdf (8. 1. 2018)
- EU-SILC (2016): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Hrsg. v. d. Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria). https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&dDocName=112296 (8. 1. 2018)
- Gaisbauer, H.; Kapferer, E. (2016): Suffering Within, Suffering Without: Paradoxes of Poverties in Welfare States. In: Gaisbauer, H. et al. (Hrsg.): Ethical Issues in Poverty Alleviation. Springer, New York. S. 171–189
- Haverkamp, F. (2012): Gesundheit und soziale Lebenslage: Herausforderung für eine inklusive Gesundheitsversorgung. In: Huster, E.-U. et al. (Hrsg.): Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 365–382
- Jordan, S.; von der Lippe, E. (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? Hrsg. v. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 3 (5) www.rki.de/gbe-kompakt (8. 1. 2018)
- Pesendorfer, K. (2017): Armut und soziale Eingliederung 2016. Ergebnisse aus EU-SILC 2016. www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=112301 (8. 1. 2018)
- Richter-Kornweitz, A. (2012): Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – ein Armutszeugnis. In: Butterwegge, Ch. et al. (Hrsg.): Armut im Alter. Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung. Campus Verlag, Frankfurt am Main / New York. S. 144–160
- Schenk, M. (2015): Kindergesundheit und Armut: Daten, Zusammenhänge, Ursachen. In: Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2015. Hrsg. v. d. Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit. S. 43–53. www.kinderjugendgesundheit.at/6-jahresbericht.html (8. 1. 2018)
- Sütterlin, S. (2017): Hohes Alter, aber nicht für alle. Wie sich die soziale Spaltung auf die Lebenserwartung auswirkt. Hrsg. v. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. www.berlin-institut.org/publikationen/studien/hohes-alter-aber-nicht-fuer-alle.html (8. 1. 2018)
- von Unger, H.; Kümpers, S. (2012): Das Partizipationsdilemma: Entscheidungsteilhabe von sozial Benachteiligten. www.wzb.eu/sites/default/files/u35/partizipationsdilemma_unger_kuempers_120322ot.pdf (8. 1. 2018)
- WHO (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe, Redaktion Richard Wilkinson und Michael Marmot. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf?ua=1 (8. 1. 2018)
- WHO (2014): Health in All Policies. Helsinki Statement. Framework for Country Action. www.who.int/iris/handle/10665/112636 (8. 1. 2018)
- Wilkinson, R.; Pickett, K. (2010): The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone. Penguin, London



Foto: Fotolia.com

4.4 Gesund altern – Gewalt verhindern

Hörl Josef / Universität Wien; Margit Scholta / Pro Senectute Österreich

„Das Tragische und Gefährliche an Gewaltvorstellungen ist die Tatsache, dass sie besonders obsessiv und durchdringend sind. An den Bewusstseinsrändern ist die Bereitschaft zur Gewaltausübung – und sei es ‚nur‘ verbal als Drohung oder als böses Wort – stets vorhanden. Es ist eine der vornehmsten Aufgaben und kulturellen Leistungen einer zivilisierten Gesellschaft, diese Gewaltbereitschaft zu zähmen.“

Wann ist Gewalt Gewalt?¹

Der Aussage „Gewalt gegen ältere Menschen ist eine Menschenrechtsverletzung“ werden sicher alle Befragten zustimmen. Die Frage, was wer unter Gewalt versteht, ist schon schwieriger zu beantworten. Und dass es Gewalt gegen ältere Menschen dort gibt, wo sie sich Geborgenheit und Unterstützung erwarten, z. B. im unmittelbaren sozialen Nahraum oder in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, können oder wollen viele nicht wahrhaben.

¹ Der Titel stammt von einem Projekt der Plattform gegen die Gewalt in der Familie/Bereich ältere Menschen, in dem die Einstellungen bestimmter Zielgruppen (Ältere Menschen, Gesundheitsberufe, betreuende Angehörige, Politikerinnen und Politiker) zu verschiedenen (Gewalt)Handlungen erfragt wurden. Siehe auch <https://www.gewaltinfo.at/betroffene/aeltere/> (aufgerufen am 6.4.2018)

Schätzungen in den USA gehen davon aus, dass junge Erwachsene bis zu ihrem 18. Geburtstag etwa 32.000 Morde im Fernsehen gesehen haben, und bereits 1993 besagte eine Studie (thema 6/2009), dass auf deutschen Fernsehkanälen pro Stunde zumindest vier Morde und fünf schwere Gewalttaten gezeigt werden. Dazu kommen die täglichen Bildberichte von Kriegshandlungen, Fotos von schweren Autounfällen usw. Vermutlich ist das eine Erklärung dafür, warum wir Gewalt vorrangig mit Krieg, Schlägereien, Mord oder Raubüberfällen verbinden.

Aber: Die subtile Unterdrückung und Einengung in Beziehungen, die Angst vor angedrohten Gewalthandlungen, die das Alltagshandeln beeinflusst, Vernachlässigung und Kontakteinschränkung, finanzielle Ausbeutung und Übervorteilung, das Verächtlichmachen durch die Sprache – auch das ist Gewalt. Was Frauen- und Kinderschutzorganisationen in mühevoller Bewusstseinsarbeit geschafft haben, findet erst langsam Gehör bei den Verantwortlichen und in der Öffentlichkeit: Es gibt auch Gewalt gegen ältere Menschen. Und diese Gewalt tritt mit vielen unterschiedlichen Gesichtern auf und hat viele Facetten.

Gewalt gegen ältere, schutzbedürftige Menschen, die noch dazu unsere Eltern oder Großeltern sind und daher besonderen Respekt genießen, bedeutet eine Verletzung grundlegender Normen und Werte. Das ist ein großes Tabu und die Abwehr, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, ist daher groß.

Es wird nicht offen darüber gesprochen, daher ist die Datenerhebung zur Häufigkeit von Gewalt ein schwieriges Unterfangen. Dennoch gibt es eine Reihe von empirischen Untersuchungen. In einer Metaanalyse von 52 Publikationen über Gewalt im privaten Nahbereich, die zwischen 2002 und 2015 durchgeführt worden sind, ermittelten Yon et al. eine globale Prävalenzrate von 15,7 Prozent, das heißt pro Jahr wird jeder sechste ältere Mensch Opfer einer Gewalthandlung oder in absoluten Zahlen ausgedrückt: Es gibt weltweit jährlich 150 Millionen ältere Opfer von Gewalt. (Yon et al. 2017)

Darüber hinaus ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, weil viele Handlungen und Maßnahmen nicht als Gewalt betrachtet werden und somit als solche auch nicht erfasst sind. Das darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass es ein breites Spektrum an Verhaltensweisen gibt, durch die ältere Menschen gekränkt, verletzt und geschädigt werden, und dass eine Vielzahl von gesellschaftlichen Normen und organisatorischen Regelungen Prozesse und Vorgänge auslösen, die zu Gewalt führen.

Der deutsche Gerontopsychiater Rolf Hirsch, ein engagierter Kämpfer gegen Gewalt an älteren Menschen und Gründer der Bonner Initiative „Handeln statt misshandeln“, beschreibt dies folgendermaßen: „Unter Gewalt ist eine Handlung oder Drohung zu verstehen, die grundlegende menschliche Bedürfnisse (Wohlbefinden, Überleben, persönliche Identität und Freiheit) beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert.“ (Hirsch 2001, 324-328)

Gewöhnlich denken wir bei Gewalt automatisch an einen Täter bzw. eine Täterin in direktem Kontakt zum Opfer wie z. B. bei einem Betrug (Neffentrick), Überfall, Raub, bei körperlichen Attacken mit Verletzungen. Das sind zwar die Gewaltereignisse mit den augenscheinlichsten Folgen, Misshandlungen und Missbrauch finden sich jedoch auch auf anderen Ebenen.

Drei Ebenen der Gewalt

Auf der Ebene der **personellen Gewalt** lassen sich Handlungen und Unterlassungen durch Einzelpersonen an alten Menschen feststellen, Täterinnen, Täter und Opfer sind identifizierbar. Körperliche und psychische Misshandlungen, finanzielle Ausbeutung, sexuelle Übergriffe, Einschränkung des freien Willens oder Vernachlässigung von hilfebedürftigen Menschen sind Formen direkter Gewalt.

Tatsächlich sind körperliche Misshandlungen nur die extremste Ausprägung personaler Gewalt, weitaus häufiger sind Missbrauch und Misshandlung im Sinne von Drohungen, Beschimpfungen, Einschüchterungen, Isolierung, Demütigungen oder Kommunikationsverweigerung. (De Donder et al. 2011)

Durch die Ergebnisse einer Befragung von 247 Experten und Expertinnen, die in österreichischen Beratungs- und Hilfeeinrichtungen tätig sind, werden die internationalen Forschungserkenntnisse bestätigt. Unter den an die Einrichtungen herangetragenen Beschwerden, Klagen und Forderungen bezüglich der Beseitigung von Missständen nehmen Drohungen und grobe Beschimpfungen einen großen Platz ein. Im privaten Nahraum geht insbesondere die finanzielle Ausbeutung alter Menschen häufig in einer Verbindung mit Drohungen einher. (Hörl 2009)

Dafür, dass Misshandlungen alter Menschen überhaupt erst entstehen können, ist ein bestimmtes Milieu verantwortlich. **Die kulturelle Ebene der Gewalt** wird aus den in einer Gesellschaft geltenden Werthaltungen und negativen Vorurteilen gegenüber bestimmten Bevölkerungsgruppen gebildet. Unterstellungen und abwertende Einstellungen gegenüber alten Menschen ermöglichen gesellschaftliche Meinungen und Haltungen, die die Älteren benachteiligen und den Nährboden dafür bilden, dass respektloses Verhalten, Demütigungen und Übergriffe toleriert werden.

Damit werden dann Kürzungen von finanziellen Leistungen oder Schlechterstellungen bei Ansprüchen gerechtfertigt und erlaubt. Unterlassungen, Freiheitseinschränkungen oder Kränkungen werden nicht als solche erkannt oder fallen anderen gar nicht auf.

„Gewaltwörter“ wie Überalterung, Rentnerschwemme, demographische Zeitbombe oder vergreisende Gesellschaft diskriminieren ältere Menschen und vermitteln, dass von ihnen eine Bedrohung und Schädigung für die jüngeren Generationen ausgeht. Wenn ein deutsches Wochenformat „Pest und Hunger sind glücklich überwunden – nun sind die Alten da!“ titeln „darf“, muss es dafür bedauerlicherweise einen gesellschaftlichen Konsens geben. So kann die sprachliche Diskriminierung des Alters zur Wegbereiterin von Gewalt an älteren Menschen werden. (Kramer 2009)

Duldung und Wegsehen und die beobachtbare Gleichgültigkeit gegenüber Verletzungen der Menschenrechte oder der Würde alter Menschen bereiten den Boden für weitere Gewalt.

Die vorgegebenen positiven Rechtsnormen (z. B. in Bezug auf die Menschenrechte) bilden nur den Rahmen für soziale Beziehungen. Die gesetzlichen Vorschriften werden überlagert

und zum Teil außer Kraft gesetzt von althergebrachten kulturellen Standards und Verständnisweisen, die emotional verankert sind. Das heißt, wie bestimmte Handlungen (z. B. in den Familienbeziehungen) bewertet werden, hängt in hohem Maße vom jeweiligen sozialen und allenfalls auch vom ethnischen Milieu ab.

Wenn nun Formen kultureller Gewalt geduldet oder gerechtfertigt werden, so muss dies notwendigerweise schwerwiegende Folgen sowohl für das Entstehen von direkter (personeller) Gewalt als auch für die Stabilisierung und Festigung der indirekten (strukturellen) Gewalt haben.

Auf der Ebene der **strukturellen Gewalt** tritt niemand in Erscheinung, der einen anderen Menschen direkt schädigt. Gewalt ist in den gesellschaftlichen und institutionellen Strukturen verankert, verbirgt sich hinter Normen und Regelungen und ist nicht an konkrete handelnde Personen gebunden.

Im Gegensatz zur personellen Gewalt mit gewaltvollen und gewaltfreien Phasen handelt es sich hier um eine ständig wirkende Gewalt ohne konkrete „Täterinnen oder Täter“. Bei der Formulierung widersprüchlicher Gesetze, beim Verordnen starrer Regeln und bei der gedankenlosen Umsetzung inhumaner Vorschriften in Institutionen findet ein konstanter Prozess von Gewaltausübung statt.

Betreuende Töchter und Schwiegertöchter bleiben mit ihren Sorgen und der zeitlichen Überlastung alleine, weil Pflege selbstverständlich zu ihren Pflichten gehört und sich niemand sonst dafür zuständig fühlt. Eine gesetzlich festgelegte zu niedrige Personalausstattung bei den mobilen Diensten oder in den Heimen verhindert beispielsweise, dass Toiletentraining stattfinden kann, was zu Inkontinenz und Hautschäden führt und die alten Menschen massiv psychisch belastet. Sie schämen sich, ziehen sich zurück und meiden gesellschaftliche Kontakte. Unzureichend geschulte Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schätzen Krankheitssymptome falsch ein und überfordern z. B. Menschen mit Demenz.

Die Handlungen oder Unterlassungen, die sich daraus ableiten, werden meist nicht als Gewalt erkannt, sondern als erklärbare Folge von nicht weiter hinterfragten Rahmenbedingungen oder Organisationsregeln bagatellisiert und entschuldigt.

Dadurch werden viele Formen personeller Gewalt erst ermöglicht.

Es besteht eine enge Verschränkung zwischen der **personellen** (direkte Gewalt) und der **strukturellen** (indirekte Gewalt) Ebene.

Um das Tabu „Gewalt gegen ältere Menschen“ zu durchbrechen, ist eine intensive Bewusstseinsarbeit erforderlich. Dazu gehört nicht nur die Beschreibung der Formen von Gewalt, sondern auch die Bereitschaft, die strukturellen und kulturellen Ursachen anzuschauen und zu verändern.

Maßnahmen

Es wird wohl nie gelingen, die Anwendung von Gewalt und Missbrauch aus dem menschlichen Verhaltensrepertoire zu eliminieren. Es darf jedoch niemals vergessen werden, dass außer den konkreten körperlichen und/oder seelischen Leiden der einzelnen Opfer letztlich die moralische Basis und der Zusammenhalt einer Gesellschaft auf dem Spiel stehen und daher nicht nur selbstverständlich die jeweiligen Täterinnen und Täter zur Verantwortung zu ziehen sind, sondern auch Handlungen auf einer gesamtgesellschaftlichen Ebene gesetzt werden müssen.

Es erhebt sich die Frage, welche Interventions- und Präventionsmaßnahmen am besten geeignet sind, in den bereits erwähnten verschiedenen Ebenen (von personeller, struktureller, kultureller Gewalt) eine positive Entwicklung zu gewährleisten. Es lassen sich vier Schienen unterscheiden, die miteinander verschränkt sind: (a) direkte klienten- und klientinnenzentrierte Dienstleistungen; (b) berufliche Schulungen und allgemeine Bewusstseinsbildung und Aufklärung; (c) Organisationsentwicklung; (d) Maßnahmen im rechtlichen Überbau.

Die öffentliche Hand – insbesondere das Sozialministerium – setzt seit Jahren konkrete Maßnahmen zur Prävention von Gewalt an älteren Menschen. Basis sind Forschungsergebnisse, von denen hier drei angeführt seien:

In der Studie „Gewaltschutz für ältere Menschen. Befragung von Expertinnen und Experten über Möglichkeiten und Hindernisse bei der Umsetzung gesetzlicher Regelungen in Österreich“ wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen etwa zur (bisher so genannten) Sachwalterschaft, zum Pflegegeld, zu den Gewaltschutzgesetzen und zu den Freiheitseinschränkungen daraufhin überprüft, ob sie in der Praxis zur Verhinderung von Gewalt an älteren Menschen beitragen können. (Sozialministerium 2012)

In der Studie zum Thema „Prävention und Intervention bei Gewalt gegen ältere Menschen. Konzepte und Maßnahmen im internationalen Kontext und rechtliche Aspekte in Österreich“ wurden intervenierende und präventive Maßnahmen aus verschiedenen Ländern dargestellt und diskutiert. Das Aufzeigen von best-practice-Beispielen war hier ein zentraler Punkt. (Sozialministerium 2012)

In der bereits erwähnten Online-Erhebung „Übergriffe, Gewalt und Aggression gegen ältere Menschen. Erfahrungen von Expertinnen und Experten in österreichischen Beratungs- und Hilfseinrichtungen“ wurde die Thematik empirisch untersucht und ein quantitativer Überblick über die Formen von Gewalt aus der Sicht von Fachleuten aus der Praxis gegeben. (Sozialministerium 2009)

Bei den einzelnen Präventionsmaßnahmen geht es dann im Konkreten einerseits um Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung in der (Fach)Öffentlichkeit, andererseits um den Aufbau von Beratungs- und Handlungskompetenz innerhalb der bestehenden Strukturen in Österreich.

- (a) Pro Senectute betreibt seit 2012 ein vom Sozialministerium gefördertes Beratungstelefon (0699 11 2000 99), das kostenlos bundesweit zur Verfügung steht. Die Erfahrungen mit Notruf- und Krisentelefonen zeigen, dass diese dann funktionieren können, wenn es

ihnen gelingt, sich im gesamtgesellschaftlichen Bewusstsein als Anti-Gewalt-Institution zu verankern und eine verlässliche Interventionskette zu etablieren. Ein wesentlicher und oft unterschätzter Aspekt ist das aufmerksame und von Empathie geprägte Zuhören, das natürlich erforderlichenfalls zu einer konkreten Intervention auf der lokalen Ebene führen muss. Wegen der hohen Wahrscheinlichkeit von isolierten Opfern muss eine wesentliche Anstrengung in der aktiv-zugehenden Betreuung liegen. Ausbaufähig ist auch die Eignung der bestehenden Frauenhäuser für ältere Frauen.

- (b) Bei den Schulungen und der Weiterbildung für das professionelle Personal aller Qualifikationsstufen ist das Um und Auf die Frage nach dem Erkennen und Wahrnehmen von Gewalt. Und zwar sowohl im eigenen Bereich, beginnend mit einer sensiblen Wort- und Begriffswahl, als auch beim Screening von mobil oder stationär behandelten Menschen (z. B. in Unfallambulanzen). Intensive seminaristische Zugänge sind wirksamer als das Austeilen von schriftlichem Material. Seit mehreren Jahren führt Pro Senectute, ebenfalls gefördert durch das Sozialministerium, eintägige Workshops bei unterschiedlichen Zielgruppen wie beruflich Pflegenden, betreuenden Familienangehörigen, Mitgliedern in Seniorinnen- und Seniorenorganisationen oder Opferschutzeinrichtungen mit dem Ziel durch, die Wachsamkeit und Sensibilität für gewaltgeneigte Situationen zu erhöhen.

Was pflegende Angehörige betrifft, so steht deren gravierende körperliche und besonders psychisch-seelische Belastungssituation außer Frage, wodurch die Betreuungssituationen nur allzu oft zu entgleisen drohen. Eine der entscheidenden Fragen ist dabei die Verbesserung der Erreichbarkeit der Angehörigen. Eine gute Öffentlichkeitsarbeit kann nicht nur zur gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung beitragen, sondern auch vielfältige Multiplikationseffekte auslösen, z. B. helfen, Freiwillige zu rekrutieren. Beim Kampf um Aufmerksamkeit, etwa bei Kampagnen, ist darauf zu achten, dass einerseits stets der Fokus auf „Gewalt gegen alte Menschen“ gerichtet, andererseits aber keine kontraproduktive Abschreckung (durch krasse Schockbilder usw.) erzeugt wird.

Die Folderreihe (Sozialministerium 2014) GEWALT ERKENNEN mit den Schwerpunkten „Fragen und Antworten zu Gewalt an älteren Menschen“, „Fragen und Antworten zu Demenz und Gewalt“ und „Ältere Menschen in Institutionen“ richtet sich an Laien- und beruflich Pflegende, um Wissen und Sensibilität rund um den Problembereich „Gewalt an älteren Menschen“ zu erhöhen.

- (c) Multidisziplinäre Zusammenarbeit ist bei dieser Querschnittsmaterie ein wesentliches Element erfolgreicher Intervention, um die psycho-sozialen, medizinischen und rechtlichen Probleme mit der entsprechenden Expertise behandeln zu können. Ein entscheidender Punkt ist Koordination bzw. Vernetzung von praktischer Arbeit und konzeptionell-organisatorischen Leistungen in den Führungsebenen und bei den Entscheidungsträgerinnen und -trägern in Behörden und sonstigen Organisationen.
- (d) Unter den rechtlichen Aspekten, die hinsichtlich wirksamer Interventions- und Präventionsmaßnahmen eine Rolle spielen, sind die gesetzlichen Meldeverpflichtungen (für bestimmte Berufsgruppen, aber auch für die Allgemeinheit) bei Gewaltverdacht zu nennen.

Die Wirksamkeit ist umstritten, doch sollte zumindest eine Diskussion über das Für und Wider geführt werden. Verwandte Maßnahmen, über die intensiver gesprochen werden sollte, sind das verantwortungsbewusste Hinweisgeben auf Missstände in Organisationen (whistleblowing) und die Einrichtung eines zentralen Registers mit dem Ziel, ungeeignetes Personal von der Arbeit mit alten Menschen fernhalten zu können.

Fazit

Im Wissen, dass nicht nur direkte körperliche Gewalt ältere Menschen schädigt und verletzt, sondern dass auch Respektlosigkeit, Bedrohungen und diskriminierende Vorschriften zu erheblichen psychischen Belastungen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit einer verminderten Lebensqualität führen, sind folgende Präventionsmaßnahmen angezeigt:

- Intensivierung von Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung für Situationen, die zu Gewalthandlungen führen können
- Einrichtung von ausreichenden Beratungsstellen
- Aufmerksame Beobachtung und Wahrnehmung von etwaigen Warnzeichen
- Schaffen einer ermutigenden wertschätzenden Gesprächskultur, in der Vorfälle nicht geleugnet, sondern offen angesprochen werden können
- Fachliche Begleitung und Unterstützung von Opfern, Täterinnen und Tätern
- Bildung von Netzwerken Gleichgesinnter, denn Gewalt geht alle an und kann nicht alleine gelöst werden

Quellen

De Donder, L.; Luoma, M.-L.; Penhale, B.; Lang, G.; Santos, A. J.; Tamutiene, I.; Koivusilta, M.; Schopf, A.; Ferreira, A. J.; Reingarde, J.; Perttu, S.; Savola, T.; Verté, D. (2011): European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research. *European Journal of Ageing*, 8, 129-143

Hirsch, R. D. (2001): Misshandlung und Gewalt an alten Menschen. *Notfallmedizin* 27. S. 324–328. Siehe auch: thema 6, Gewalt hat viele Gesichter, hrsg. v. Pro Senectute Österreich, Wien 2009

Hörl, J. (2009): Übergriffe, Gewalt und Aggression gegen ältere Menschen. Erfahrungen von Experten und Expertinnen in österreichischen Beratungs- und Hilfeinrichtungen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

Kramer, U. (2009): „Rentnerschwemme“ und andere Unwörter. thema 6 (S. 36–47), hrsg. v. Pro Senectute Österreich, Wien

Kramer, U. (2003): Ageismus – Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters. In: Fiehler, R.; Thimm, C. (Hrsg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Verlag für Gesprächsforschung, Radolfzell. S. 257–277

Sozialministerium (2009): Übergriffe, Gewalt und Aggression gegen ältere Menschen. Erfahrungen von Expertinnen und Experten in österreichischen Beratungs- und Hilfeinrichtungen, Wien. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/8/8/CH3434/CMS1451924602522/soziale-themen_seniorinnenpolitik_gewalt_erfahrungsberichte.pdf (26. 4. 2018)

Sozialministerium (2012): Prävention und Intervention bei Gewalt gegen ältere Menschen. Konzepte und Maßnahmen im internationalen Kontext und rechtliche Aspekte in Österreich, Wien. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/0/9/CH3434/CMS1451924261883/soziale-themen_seniorinnenpolitik_gewaltschutz_praevention-intervention.pdf (26. 4. 2018)

Sozialministerium (2014): Gewalt erkennen. Fragen und Antworten zu Gewalt an älteren Menschen. Wien. https://www.sozialministerium.at/site/Soziales_und_KonsumentInnen/Soziale_Themen/SeniorInnenpolitik/Gewalt_und_Sicherheit (6. 4. 2018)

Yon, Y.; Mikton, Ch. R.; Gassoumis, Z. D.; Wilber, K. H. (2017): Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health* 5, S. 147–156



Foto: Fotolia.com

4.5 Altern mit intellektueller Beeinträchtigung – Eine Frage der Lebensqualität

Germain Weber / Universität Wien

Es ist normal alt zu werden! Diese Aussage gilt auch für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen! Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen (IB) sind heute ein Teil der stark wachsenden Altersbevölkerung und sie treten erstmals als größere Gruppe in diesem demographischen Alterssegment auf. Auf den ersten Blick könnte das als großer Erfolg gefeiert werden! Doch bleibt diese Gruppe in offiziellen Altersberichten und Dokumenten in Österreich vielfach unerwähnt! Somit ist häufig über das Leben älterer Menschen mit IB offiziell wenig bekannt. Aber mit dem Altwerden ergeben sich für diese Population neue Fragestellungen und Aufgaben. Neben vielfältigen gesundheitlichen Herausforderungen, ob biologische, körperliche oder psychologische, sind es vor allem soziale Fragen zu Begleitung und Unterstützung. Die Vorkehrungen, die aus den Antworten zu diesen Fragen getroffen werden, dürften für die Lebensqualität älterer Menschen mit IB und ein Altern in Würde entscheidend sein.

Grundsätzlich könnte man davon ausgehen, dass Altern von Menschen mit IB nicht anders zu sehen ist, als Altern von Menschen ohne lebenslang bestehende intellektuelle Einschränkungen. Davon ableitend könnte man annehmen, dass sich die Bedarfe und Bedürfnisse älterer Personen mit und ohne intellektuelle Beeinträchtigung nicht grundlegend unterscheiden

würden. Ob diese Aussagen und Annahmen aber so stehen bleiben können, ist eine Frage, auf die vor allem aus Forschungsbefunden Antworten erwartet werden können.

Für Deutschland und Österreich ist gesondert anzuführen, dass die aktuelle Situation älterer Menschen mit IB, im Vergleich zu beispielsweise angelsächsischen Ländern, noch sehr speziell bleibt. Denn nach den mörderischen Tötungssystemen des Nazi Regimes an Menschen mit Behinderungen und schweren chronischen Beeinträchtigungen, zwischen 1939 und 1945, ist in Österreich erst kürzlich eine größere Gruppe an Menschen mit IB im Pensionsalter anzutreffen. Demnach können wir, was wissenschaftliche Beiträge zum Thema Altern und IB anlangt, vor allem auf Forschungsarbeiten außerhalb Deutschlands und Österreichs zurückgreifen.

Im folgenden Beitrag werden zuerst Definition und Kennwerte zu demographischen Entwicklungen dieser Population berichtet, um dann in ausgewählte Besonderheiten einzuführen, die sich aus der „Behinderung an sich“ im Alter manifestieren. In weiterer Folge werden ausgewählte Beiträge aus eigenen Forschungsarbeiten bzw. sozialpolitischen Initiativen aufgezeigt. Abschließend wird der Stellenwert der Lebensqualität im Alter bezüglich Menschen mit IB reflektiert.

Zur Definition intellektueller Beeinträchtigung

Unter dem Begriff der intellektuellen Beeinträchtigung wird eine gestörte Entwicklung kognitiver Funktionen ab den frühesten Lebensphasen verstanden. Diese führt zu chronisch reduzierten kognitiven Leistungen und wird in der Regel von verringertem sozial-adaptivem Handlungsvermögen (Anpassungsverhalten) begleitet. Um die Erscheinungsformen der intellektuellen Beeinträchtigung von ähnlichen Zustandsbildern wie z. B. der Altersdemenz oder den Folgen einer traumatischen Gehirnverletzung auf die kognitive Funktionstüchtigkeit abzugrenzen, wird dieser Zustand mit Beginn vor dem Erwachsenenalter definiert. Ein signifikant niedriger Intelligenzquotient mit gleichzeitig deutlich verringerten Werten in einem der Verfahren zur Erfassung sozial-adaptiver Kompetenzen sind die operationalen Kriterien der Diagnose „intellektuelle Beeinträchtigung“. Wurde diese Kategorie in der ICD-10 mit „Intelligenzminderung“ (englisch mental retardation) beschrieben, wobei im deutschen Sprachraum die Bezeichnung „geistige Behinderung“ lange benutzt wurde, so wird mit der ICD-11 die Bezeichnung „intellektuelle Entwicklungsstörungen“ (disorders of intellectual development) für diese Kategorie eingeführt. Mit der Verwendung des Plurals soll auf die große Heterogenität in dieser Gruppe verwiesen werden. Diese Heterogenität ergibt sich aus unterschiedlichen, primären ätiologischen Faktoren, den Wechselwirkungen dazwischen sowie deren Auswirkung auf intellektuell-kognitive Entwicklungen, die von leichten bis zu tiefgreifenden Beeinträchtigungsgraden reichen. Auf diesem Hintergrund ergibt sich in der Regel ein lebenslanger Bedarf an Begleitung und Unterstützung, der individuell sehr verschieden sein und von intermittierend oder anlassbezogen bis permanent reichen kann. Die erwähnte ätiologische Heterogenität der IB, charakterisiert allein durch eine Vielfalt an Syndromen, bringt beachtliche Herausforderungen mit sich, wenn alterskorrelierte Differenzierungsfragen beantwortet werden sollen. Die Frage, welche Altersveränderungen bei diesen Personen alterskorreliert und welche in Zusammenhang mit ätiologischen Faktoren der ursprünglichen Beeinträchtigung zu sehen sind und in welcher Form die psychisch-emotionale Entwicklung sowie der soziale Hintergrund hier mitwirken, bleibt für viele Fälle offen.

Kennwerte zu Demographie und Lebenserwartung

Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen werden alt! Das gilt sowohl für die Gruppe insgesamt, als auch für spezifische Syndromgruppen, zu denen Kennwerte aus verschiedenen Epochen vorliegen. Weiter sind Daten zu Prognosen der Lebenserwartung oder aber Daten zur Altersmortalität für spezifische Subgruppen zentrale Kennwerte für Planungen im Sozial- und Gesundheitssystem eines Landes. Entsprechende Daten liegen in Österreich aber nicht vor! Dabei gelten Kennwerte zur mittleren Lebenserwartung beispielsweise als wichtige Indikatoren für Lebensqualität und soziale Teilhabe einer Subpopulation.

Für das Jahr 1930 wird, bezogen auf die Gesamtgruppe der Menschen mit IB, eine mittlere Lebenserwartung von 19,9 Jahren für Männer und von 22,0 Jahren für Frauen berichtet (Carter/Jancar 1983). In der gleichen Publikation führen die Autoren für das Jahr 1980 für Männer und Frauen bereits eine mittlere Lebenserwartung von 58,3 respektive 59,8 Jahren an. Aus einer jüngeren West-Australischen Studie, die Menschen mit IB berücksichtigt und zwischen 1953 und 2000 öffentliche finanzielle Förderungen erhielt, wird der Median der Lebenserwartung mit 66,7 Jahren für Männer und 74,3 Jahren für Frauen angeführt (Glasson et al. 2003). Aus Deutschland (Westphalia-Lippe) wird für die Jahre 2007 – 2009 ein mittleres Lebensalter von 70,9 Jahren für Männer und von 72,8 Jahren für Frauen mit IB angeführt, mit korrespondierenden Kennwerten aus der Allgemeinpopulation für Männer von 77,3 Jahren und für Frauen von 82,5 Jahren (Dieckmann et al. 2015), womit sich fast kein Unterschied mehr zur Allgemeinpopulation ergibt.

Für Menschen mit Down Syndrom ist dies allerdings anders. Sie erreichten 1929, also vor knapp 90 Jahren, ein Durchschnittsalter von 9 Jahren (Penrose 1949). Das Medianalter zum Zeitpunkt des Ablebens lag dann im Jahr 1983 in den USA bereits bei 25 Jahren und 1997 bereits bei 47 Jahren (Yang et al. 2002). Die etwas früher aus den Niederlanden berichteten Daten zeigen im Vergleich zu den US-Daten eine leicht höhere Lebenserwartung von 50,3 Jahren, wobei keine Differenzierung zwischen den Geschlechtern erfolgte (Maaskant et al. 1993). Die Studie von Baird und Sadovnick (1988) berichtet für Menschen mit Down Syndrom eine Lebenserwartung von 60 Jahren für gut 44 Prozent eines Jahrgangs und eine Lebenserwartung von 68 Jahren für knapp 14 Prozent einer Kohorte. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist dies allerdings deutlich niedriger, denn hier werden gute 86 Prozent eines Jahrgangs über 60 und gute 78 Prozent über 68 Jahre alt. Aus Ländern mit hohem Einkommen wird heute für die mittlere Lebenserwartung von Menschen mit Down Syndrom häufig ein Alter zwischen 60 und 62 Jahren angeführt. Dabei erreichen gute 10 Prozent aus einem Jahrgang ein Alter von über 70 Jahren.

Als Gründe für die sprunghaft angestiegene Lebenserwartung sind neben medizinischem Fortschritt sicher auch passendere Formen der Unterstützung und Begleitung dieser Personen anzuführen. Die sehr niedrige Lebenserwartung von Menschen mit Down Syndrom, wie sie für das Jahre 1929 berichtet wurde, wird vor allem mit einem schwachen Immunsystem in Verbindung gebracht, das für Menschen mit Down Syndrom typisch ist. Eine harmlose Erkältung, führte zur Lungenentzündung und diese wiederum hatte den frühen Tod zur Folge. Mit dem verbreiteten Zugang zu Antibiotika, spätestens ab den 1950er Jahren, stand dann

eine neuartige, sehr effektive Behandlung für solche Erkrankungen zur Verfügung. Und ab den 1960er Jahren entwickelten sich im Gegensatz zur Aufbewahrung dieser Menschen in Großinstitutionen erste, auf zeitgemäßen pädagogischen Förderungskonzepten basierende, Familienverband ähnliche Wohnformen mit beschäftigungsgebenden Tagesstrukturen. Diese Settings boten bereits verbesserte Lebensbedingungen, die ebenfalls im Kontext einer längeren Lebenserwartung gesehen werden können. Dass für Menschen mit Down Syndrom in all den Epochen eine, im Vergleich zur Gesamtgruppe der Menschen mit IB, niedrigere Lebenserwartung festgestellt wird, lässt zusätzliche Syndrom spezifische Faktoren vermuten, die sich verkürzend auf die Lebenszeit auswirken könnten. Auch wenn sich die Lebenserwartung für Menschen mit IB in den letzten Jahrzehnten, an jene der Allgemeinpopulation angenähert hat, bleiben diese mit Ungleichheiten im Gesundheitssystem sowie mit Barrieren und Unfairness hinsichtlich Teilhabe am Gemeinwesen konfrontiert, was wiederum häufig Unzulänglichkeiten in der Lebensqualität zur Folge hat.

Gesundheit und Alter

Als gut belegter Risikofaktor für eine deutlich niedrigere Lebenserwartung gilt ein erhöhter Schweregrad der Beeinträchtigung, ein Fakt, der auf gut 10 bis 15 Prozent der gesamten Gruppe von Menschen mit IB zutrifft. Dabei gilt als Faustregel, dass mit der Zunahme des Schweregrades der Beeinträchtigung der Beitrag der biologischen Faktoren ansteigt. Neurologische Erkrankungen und genetische Veränderungen, mit pathologischer Wirkung, sind deutlich häufiger in der Subgruppe mit schweren Formen von Beeinträchtigungen zu finden und gelten als Risikofaktor für frühes Sterben (Tyrer et al. 2007). Als Beispiel sei hier das Rett-Syndrom angeführt, bei dem die maximale Lebenserwartung der betroffenen Frauen heute geschätzt um die 40 Jahre liegt. Für Menschen mit Down Syndrom, die etwa 10 bis 15 Prozent der Gesamtgruppe der Menschen mit IB ausmachen, wird die geringere Lebenserwartung unter anderem durch die frühe hohe Prävalenzrate für Alzheimererkrankung erklärt. Wobei der Demenzprozess bei vielen um das 35. Lebensjahr einsetzt (Torr et al. 2010). Auch wird bei Menschen mit Down Syndrom die erhöhte Rate der Epilepsie-Erkrankungen als Erklärung für eine kürzere Lebenserwartung angeführt, wobei der sogenannte Spätbeginn der Epilepsie ab dem fünften Lebensjahrzehnt mit der Demenzerkrankung korreliert (Puri et al. 2001).

Weiters wird von hohen Prävalenzraten – die jene aus der Allgemeinbevölkerung weit übersteigen – für Hör- und Sehstörungen Übergewicht, Haut-, Mund- und Zahnprobleme, gastrointestinale Störungen sowie Verhaltensprobleme und Probleme der psychischen Gesundheit berichtet. Die Autoren führen darüber hinaus an, dass diese Probleme oft unerkannt bleiben und nicht behandelt werden (Haveman et al. 2011). Gut belegt ist außerdem, dass mit zunehmendem Alter – deutlich verschieden zur Allgemeinpopulation – eine erhöhte Tendenz zu Übergewicht und Fettleibigkeit besteht und dies in der Regel mit abnehmender körperlicher Fitness einhergeht (Hilgenkamp et al. 2012). Andere größere gesundheitliche Probleme im Alter sind Osteoporose, nicht-ischämische Herzerkrankungen und sensorische Beeinträchtigungen (Kapell et al. 1998). Eine umfassende Übersicht zu Gesundheitsrisiken für alternde Menschen mit IB liefert der Beitrag von Haveman et al. (2010). Hier werden neben primär organischen altersassoziierten Gesundheitsrisikofaktoren, wie kardiovaskulär assoziierte, auch

Risikofaktoren aus den Bereichen Lebensstil und Ernährungsverhalten berücksichtigt und es zeigte sich, dass die Variation der Prävalenzen von kulturellen Variablen abhängig ist.

Häufig wird dann noch die überdurchschnittlich hohe Rate an poly-psycho-pharmakologischer Behandlung berichtet. Dabei wird kritisiert, dass die Verabreichung solcher Medikamente oft ohne die erforderliche Evidenz und Indikation erfolgt (Lunsky/Mody 2018). Dabei bleiben solche langjährigen Therapien nicht ohne schädliche Folgewirkungen, so dass die Vernünftigkeit derselben häufig hinterfragungswürdig bleibt und sich darüber hinaus die Frage zur Rolle psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen sowie zum Zugang zu diesen für diese Gruppe aufdrängt (Edelsohn et al. 2014).

Ein neuerer Forschungsansatz beschäftigt sich mit dem Altern von Menschen mit seltenen IB-Syndromen. Der Fokus liegt dabei nicht auf bestimmten altersassoziierten Gesundheitsrisikofaktoren, sondern auf der genetischen Ätiologie der Diagnose, im Sinne eines seltenen Syndroms. Der Beitrag von Dykens (2013) geht speziell auf das Prader-Willi und das Williams Syndrom ein, wobei – unter Aufhebung des bisher gängigen, sich auf ein Syndrom konzentrierenden Forschungsansatzes – neue Erkenntnisse zur phänotypischen Expression und zu Behandlungsoptionen für ältere Personen mit diesen Syndromen aufgezeigt werden können.

Die nun schon häufig berichteten Ungleichheiten in den Gesundheitsbedingungen zwischen erwachsenen, älteren Menschen mit IB und der Allgemeinbevölkerung fassen Krahn und Fox (2014) in einer anschaulichen Wirkungskaskade zusammen. Beginnend mit einer ungünstigen Ausgangslage für ein höheres Erkrankungsrisiko, über ungleiche Aufmerksamkeiten gegenüber diesen Risiken aus dem Unterstützungsumfeld des Menschen mit IB, den ungleichen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowie einem ungerechten, nicht chancengleichen Zugang zu Leistungen aus der Gesundheitsversorgung führen diverse Faktoren zu dem bekannten deutlich schlechteren Gesundheitsstatus von Menschen mit IB. Aus dieser Kaskade der Wirkmomente ergibt sich eigentlich relativ einfach ein Handlungsplan zur Überwindung dieser Ungleichheiten. Von zentraler Bedeutung werden dabei spezifische Schulungs- und Bildungsmaßnahmen zu Themen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sein sowohl für Menschen mit IB als auch für jene, die sie professionell betreuen und begleiten und ihre medizinische Versorgung wahrnehmen. In der Frage der „Ungleichheit der Gesundheit“ zwischen Personengruppen ist es entscheidend, zu differenzieren, ob die als unfair angesehenen Unterschiede dadurch bedingt sind, dass die Personen die verursachende Situation eher selbst auswählten oder ob die Ursachen doch eher außerhalb der Kontrolle der benachteiligten Personen lagen und liegen.

Forschungsbeiträge und Initiativen aus Österreich

Altern mit IB wird in Österreich bereits seit den 1980er Jahren thematisiert, eine Zeit in der eine größere Gruppe von Menschen mit IB ein Alter zwischen 30 und 40 Jahren erreichte sowie eine kleine Gruppe von über 50-jährigen Menschen mit IB erstmals in Österreich lebte. Dabei sind zwei Persönlichkeiten zu erwähnen, die zu diesem Zeitpunkt auf zukünftige soziale und gesundheitliche Herausforderungen älterer Menschen mit IB in Österreich hinweisen: Maria Bruckmüller und Andreas Rett. Maria Bruckmüller, Psychologin und Heilpädagogin, jahrelang

tätig an der heilpädagogischen Abteilung des Landeskrankenhauses Klagenfurt, später pädagogische Leiterin der Lebenshilfe Wien und dann Präsidentin der Lebenshilfe Österreich, gründete bereits in den späten 1970er Jahren den internationalen Arbeitskreis Ageing and Mental Retardation innerhalb der International Ligue of Societies for the Mentally Handicapped, heute Inclusion International. Bruckmüller ist Autorin von frühen Berichten – meistens sogenannter „grauer Literatur“ – die das Wohnen und das Zuhause von alten Menschen mit IB thematisieren. Außerdem publizierte sie zur Relevanz von Biographiearbeit in dieser Lebensphase sowie zur Frage der palliativen Begleitung am Lebensende dieser Personengruppe. Der Kinderarzt Andreas Rett, Gründer der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder am Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien – Rosenhügel, hat früh auf soziale Herausforderungen von erwachsenen und älteren Menschen mit IB hingewiesen und erste Studien zu erwachsenen und älteren Menschen mit IB in Österreich initiiert (Rett/Seidler 1981, Weber/Rett 1991).

Agenda-Setting in Österreich

Mit den Beiträgen dieser Persönlichkeiten lag das Thema Altern bei Menschen mit IB bereits früh in Österreich auf dem Tisch und konnte so von verschiedenen Perspektiven diskutiert werden. Da die öffentliche Verantwortung gegenüber Menschen mit Behinderung in Österreich Länderkompetenz ist, war es zentral, dass in den Planungsbüros der zuständigen Landesräte recht früh ein Problembewusstsein für dieses neue Handlungsfeld entwickelt werden würde. Hier initiierten NGOs, federführend die Lebenshilfe Österreich und ihre Landesvereine sowie das ÖKSA (Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit), ab den 1980er Jahren Tagungen, um auf wichtige Aufgaben, wie das Schaffen von adäquaten Wohnräumen und sinnvollen Tagesaktivitäten, aber auch die Notwendigkeit von geschultem Personal hinzuweisen und auf gesundheitliche Bedarfe dieser Gruppe zu verweisen. Auch bei den regelmäßigen Jahreskonferenzen der Österreichischen Gesellschaft für Heilpädagogik wurde die Thematik früh aufgegriffen (z. B. Weber 1988).

Aufbauend auf die in Österreich früh initiierte internationale Vernetzung im Bereich IB, konnte im Jahr 1995 der sogenannte International Roundtable on Ageing and Mental Redardation nach Wien eingeladen werden. Hierbei handelte es sich um ein Netzwerk von Forscherinnen und Forschern aus Medizin, Soziologie, Psychologie und Recht. Die meisten davon waren Mitglieder der International Association on the Scientific Study on Intellectual and Developmental Disability (IASSIDD), in welcher dieser Roundtable später als Special Interest Group on Aging integriert wurde. Als Thema des Rundtisches standen die Analyse und die kritische Reflektion der Rechte von älteren Menschen mit IB an (Weber 1995). Über diese Verhandlungen, ergänzt um weitere eingeladene Beiträge, konnte das international anerkannte Fachbuch *Ageing, Rights and Quality of Life: Prospects for Older People with Developmental Disabilities* herausgegeben werden (Herr/Weber 1999).

Über Veranstaltungen dieser Art, nationale und international ausgerichtet, gelang es mehr und mehr, das Bewusstsein für die gesellschaftlichen Herausforderungen, betreffend diesen neuen Teil der Altersbevölkerung in Österreich, zu schärfen. Die fehlenden öffentlich geförderten Wohnplätze für erwachsene und ältere Menschen mit IB waren damals eine große

Baustelle und sind es eigentlich bis heute geblieben!

In einer österreichweit durchgeführten Untersuchung konnten wir 2002 erstmals die Anzahl jener Menschen mit IB pro Bundesland schätzen, die einerseits über 40 Jahre alt waren und andererseits noch in diesem Alter zu Hause bei den Eltern wohnten. In Anbetracht der Lebenserwartung der Menschen mit IB konnte angenommen werden, dass ein großer Teil die Eltern überleben würden und die Verantwortung der öffentlichen Hand, Wohnplätze für diese Personen zur Verfügung zu stellen, spätestens dann fällig würde. Diese Zahlen sollten als Indikator für den Bedarf an zu schaffenden Wohnräumen in den Bundesländern diskutiert werden (Weber 2004). Erste Ergebnisse der Studie konnten im Rahmen der Linzer ÖKSA Jahrestagung im Dezember 2002 vorgestellt werden (Weber 2002). Allein schon die Ankündigung dieses Beitrages im Programmheft führte im Vorfeld der Tagung zu einer Kontaktaufnahme des Büros des oberösterreichischen Landesrats für Soziales, um die von uns erhobenen Zahlen zumindest für Oberösterreich früh kennen zu lernen, da im Eröffnungsbeitrag des Landesrats das diesbezügliche Zahlenmaterial aus Oberösterreich präsentiert werden sollte. Beim Austausch der Daten stellte sich heraus, dass die von uns erfassten Zahlen deutlich über jenen der offiziellen Aufzeichnungen des Landes Oberösterreich lagen. Den uns anrufenden Referenten informierten wir auch über die Methodik unserer Vorgangsweise bei der Datenerhebung. Wir wollen damit auf die Wichtigkeit von Daten hoher Qualität und Aktualität hinweisen, die, wenn überhaupt vorhanden, die Grundlage verantwortungsvoller Planungen im Sozialbereich bilden sollten.

Tagungen zum Thema Alter und IB wurden bis zu der Zeit in Österreich von NGOs initiiert, wobei Verantwortliche aus Politik und Gesellschaft partiell teilnahmen. Eine erste Tagung zum Thema Altwerden mit geistiger Behinderung, die von politischer Seite initiiert wurde, war jene der Kärntner Landesregierung im Jahr 2003, bei der Expertinnen und Experten, Forscherinnen und Forscher sowie Entscheidungsträger/innen aus der Politik eingeladen waren. Diese Tagung war ein früher Erfolg im sozialpolitischen Agenda-Setting (Weber 2003).

Gesundheitsindikatoren

Gesundheit, ein zentrales Gut im Leben einer/s Jeden und dies in allen Lebensphasen, ist für Menschen mit IB aus unterschiedlichen Gründen, wie bereits angesprochen, eine besondere Herausforderung. Eine Herausforderung, die im Gesundheitsmanagement der Büros der obersten Gesundheitsbehörden, sei dies auf nationaler oder auf europäischer Ebene, kaum beachtet wird, obwohl die besondere Vulnerabilität der Gruppe eigentlich bekannt sein müsste. Es fehlen auf diesen Ebenen differenzierte, auf zuverlässigen Zahlen basierende Beschreibungen der Gesundheit von Menschen mit IB, eine Gruppe, auf die in neuen Initiativen häufig vergessen wird. Als entsprechendes Beispiel bietet sich auf europäischer Ebene das European Health Survey System an, das im Rahmen der Public Health Initiative der EU Kommission (1996 – 2002) mit dem Ziel entwickelt wurde, ein European Community Health Indicator System (ECHI) für die allgemeine Bevölkerung zu entwickeln. Dadurch sollte das Thema Gesundheit zwischen den einzelnen EU Mitgliedsländern vergleichbar dargestellt werden können. In den einzelnen Mitgliedsländern existierten zwar nationale Gesundheitsbeschreibungssysteme, diese waren aber so verschieden, dass sinnvolle Vergleiche nicht möglich waren. Das ECHI Projekt, in dem neben der Allgemeinpopulation auch Subpopulationen

berücksichtigt wurden, sollte das ausgleichen. Es fehlten aber Menschen mit IB, eine bekannte vulnerable Gruppe. Immerhin wurde die Anzahl der Menschen mit IB damals im Jahr 2004 bezogen auf die 27 EU Mitgliedsländer auf zehn Millionen geschätzt. Dieser Hintergrund bildete den Ausgangspunkt zur Entwicklung und Genehmigung des POMONA EU Projektes, vorgeschlagen von einer kleinen Gruppe aus der IB Forschungsgemeinschaft mit Beteiligung aus Wien. In einer ersten Projektphase ging es um die Entwicklung von Gesundheitsindikatoren, spezifisch für erwachsene und ältere Menschen mit IB (POMONA-I von 2002 – 2004). Im daran anschließenden POMONA-II Projekt (2005 – 2008) konnte die Erfassung des vorher definierten Sets an Gesundheitsindikatoren für Menschen mit IB empirisch erprobt werden. POMONA-I umfasst 18 Indikatoren, die analog zum ECHI Projekt auf folgende Bereiche aufgeteilt sind: Demographie, Gesundheitsstatus, Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitssystem (Linehan et al. 2004). In POMONA-II wurden die quantifizierbaren 15 Indikatoren operationalisiert und ein entsprechendes Erfassungsinstrument entwickelt, das in einer nächsten Stufe – im Sinne einer Machbarkeitsstudie – an circa 1300 Menschen mit IB in 16 Ländern der EU erprobt wurde. Die Ergebnisse zeigten, dass das Instrument als nützlich eingestuft werden konnte, mit akzeptablen Werten in der inneren Konsistenz und der Validität. Es eignet sich zum Aufzeigen von Ungleichheiten in der Gesundheit von erwachsenen und älteren Menschen mit IB (Perry et al. 2010). Im Rahmen von POMONA-II konnte in Österreich als einzigem Projektpartnerland eine repräsentative Gruppe von 190 Personen erfasst werden, so dass nun erstmalig Kennwerte zur Gesundheit für diese Population in Österreich vorliegen, die epidemiologisch auch von Relevanz sind (Brehmer et al. 2009).

Psychische Gesundheit im Alter

Eine stabile psychische Gesundheit, einer der 15 POMONA Indikatoren, ist von hoher Relevanz im Zusammenhang mit individueller Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe. Ohne hier auf die komplexeren Hintergründe für erhöhte Prävalenzraten psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei erwachsenen und älteren Menschen mit IB einzugehen, sollen einige Beiträge aus eigenen Forschungsaktivitäten kurz dargestellt werden. Bereits im Jahr 1995 konnte in Wien eine internationale Konferenz zum Thema psychische Störungen bei älteren Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung abgehalten werden. Aus diesen Verhandlungen konnte ein erstes umfassendes deutschsprachiges Fachbuch vorgelegt werden (Weber 1997). Zu dem Zeitpunkt standen im deutschsprachigen Raum keine zuverlässigen und validen Instrumente zur Erfassung psychischer Störungen bei erwachsenen Menschen mit IB zur Verfügung. Dies war der Anlass zur Entwicklung der deutschsprachigen Version des PAS-ADD Systems (Psychiatric Assessment for Adult with Developmental Disorders), eines von Steve Moss auf Basis der ICD-10 speziell zum Einsatz bei Menschen mit IB vorgelegten Verfahrens. Das PAS-ADD System setzt sich aus einem Screening sowie einem strukturierten, klinischen Interview zusammen. Das strukturierte Interview ist in einfacher Sprache gehalten und kann somit auch mit Menschen mit leichter und mittelgradiger IB persönlich durchgeführt werden. Mit dem Screening, der PAS-ADD Checklist, wird ein für Betreuerinnen und Betreuer einfach zu administrierendes Instrument zur Verfügung gestellt, mit dem Veränderungen im Verhalten, die klinisch relevant sein könnten, objektivierend festgestellt werden können, woraus sich eine fachlich weiterführende Abklärung begründen lässt (Zeilinger et al. 2011). Ein Störungsbereich, der mit der Checklist abgedeckt wird, bezieht sich auf eine möglicherweise organische bedingte psychische Störung, womit vor allem frühe Symptome

eines dementiellen Prozesses gemeint sind. Nun stellt die Einschätzung eines dementiellen Prozesses bei Menschen mit IB häufig eine große Herausforderung dar und die mittlerweile große Zahl an Verfahren macht es nicht leichter (Zeilinger et al. 2013). Die erhöhte Prävalenz für Demenz bei Menschen mit Down Syndrom, ist dabei nur einer der Gründe die für ein auf die Bedürfnisse dieser Gruppe passendes Instrumentarium spricht (Weber, 1997). Solche Verfahren können zur besseren Abklärung einer Demenz an sich oder aber zur frühen Verlaufsdokumentation eines Demenzprozesses (jährliche Veränderungsmessungen) dienen, um den Zustand einer Person adäquat verstehen zu können. Hierzu wurde der NTG-EDSD zum Monitoring von Demenzprozessen adaptiert, überprüft und für den deutschsprachigen Raum angepasst (Zeilinger et al. 2015). Eine rezente Übersicht über neuere Erkenntnissen zur psychischen Gesundheit bei erwachsenen und älteren Menschen mit IB werden im Berichtband zum Kongress der European Association on Mental Health and Intellectual Disability (EAM-HID) zusammengefasst (Weber 2017).

Frailty

Altersgebrechlichkeit – Frailty – ist bezogen auf Menschen mit IB eine rezente Forschungsthematik, da diese Thematik über viele Jahre nicht im Kontext von IB behandelt wurde. Möglicherweise ist diese Nichtbeachtung im Zusammenhang mit Einstellungen und Attributionen, einhergehend mit verzerrten Meinungen, zu IB zu sehen. Auch die über Jahrzehnte existierende Sichtweise von Behinderung als krank sein und damit gebrechlich sein, könnte ein Grund dafür sein, dass frailty nicht getrennt von Behinderung betrachtet wurde. In einer ersten Studie konnte die Unabhängigkeit die zwischen den beiden Konstrukten, Behinderung und Frailty, besteht, belegt und dabei ein alterskorrelierter Frailty Prozess herausgearbeitet werden (Brehmer/Weber 2010). Hierzu wurde der sogenannte Vienna-Frailty Fragebogen für Menschen mit IB entwickelt (VFQ-ID), der nicht auf die Erfassung reiner Defizite ausgelegt ist, sondern auf Veränderungen gegenüber dem Zustand der Person zu einem früheren Zeitpunkt, bezogen auf verschiedene Ebenen – soziale, kognitive, psychologische und körperliche. Gut vier Jahre nach der Erstuntersuchung wurde die ursprüngliche Versuchsgruppe von 190 Personen nochmals untersucht. Dabei wurden die Schwächen des Instruments, die mit dem ersten empirischen Durchlauf bekannt wurden, behoben. Eine revidierte Version, die VFQ-ID-R, steht seitdem zur Abklärung von Frailty bei Menschen mit IB zur Verfügung (Brehmer et al. 2013).

Weiterbildungsressourcen

Alt werden mit IB ist, wie weiter oben angeführt, eine der neuen Herausforderungen im Unterstützungsalltag, ob in der professionellen Begleitung in Wohnhäusern der Behindertenhilfe oder im Kreise der Angehörigen. Für eine qualitätsvolle Begleitung älterer Menschen mit IB sind spezifisches Wissen, nichtdiskriminierende Einstellungen und fachlich-praktische Kompetenzen des unterstützenden und pflegerischen Umfeldes entscheidend. Dabei konnten umfangreichere Wissensstrukturen aus jenen Bereichen, die es in der Begleitung zu berücksichtigen gilt, erst in den letzten Jahren zusammengestellt und systematisiert werden. Doch in den meisten Ausbildungswegen und Curricula die zur Begleitung und Unterstützung von Menschen mit IB installiert sind, finden sich kaum systematische Qualifizierungen zur Begleitung von älteren Menschen mit IB. Die Entwicklung und Zurverfügungstellung von Ausbildungsmaterialien sowie die Durchführung von Weiterbildungsprogrammen sind für

kompetente Begleitung somit essentiell und stehen in enger Relation zur Lebensqualität der begleiteten und unterstützten älteren Personen. An dieser Stelle wird das AGID EU Projekt kurz dargestellt, eines von mehreren Weiterbildungsprojekten aus dem Bereich IB, in denen wir in den letzten Jahren mitwirken konnten.

AGID – Aging and Intellectual Disability – wurde zwischen 2012 und 2014 in einer Partnerschaft von fünf größeren Behindertenorganisationen und zwei Universitäten durchgeführt und hatte die Entwicklung eines Web-basierten Schulungsprogramms für Betreuerinnen und Betreuer älterer Menschen mit IB zum Ziel. Das Projekt war über das EU Lifelong Learning Program co-finanziert und die vom österreichischen Partner – Fakultät für Psychologie der Universität Wien – verantworteten Projektteile wurden zusätzlich über den Fonds Gesundes Österreich gefördert. Angelegt als sogenanntes Transferprojekt sollten Ergebnisse aus der Forschung über die Brücke eines innovativen Weiterbildungsprogramms in die Praxis fließen. Die Arbeit erfolgte gemäß den Prinzipien der Co-Produktion, unter Einbezug der verschiedenen, relevanten Stakeholderkreise, inklusive Menschen mit IB. In einem ersten Schritt wurde in Focus-Gruppen, in die ältere Menschen mit IB als Mitglieder einbezogen waren, jene Wissens- und Handlungsbereiche herausgearbeitet, die konsensual als von hoher Bedeutung in der Begleitung älterer Menschen mit IB eingestuft wurden. In diesem diskursiven Setting kam die appreciative inquiry Technik zur Anwendung, in der es um das Erkennen der Bedürfnisse, der Wünsche und der Sichtweisen der Betroffenen geht. Neben Menschen mit Behinderung waren in dieser Phase des Projekts Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer, Fachleute aus dem Gesundheitsbereich sowie Verantwortliche aus dem sozial- und gesundheitspolitischen Sektor gleichwertig involviert. Im nächsten Schritt wurden die vereinbarten Fortbildungsmodule entwickelt, wobei jeder Projektpartner das Thema übernahm, bei dem er die höchste Kompetenz aufzuweisen hatte. Als Richtlinie in der Entwicklung dienten die Prinzipien, die in der EU Behindertenstrategie (2010 – 2020) und in der UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderung festgehalten sind. Das didaktische Konzept der Module basiert auf den Prinzipien der Erwachsenenbildung, unter anderem dem Prinzip der Interaktion für den Erwerb neuer Kompetenzen. Die entwickelten Module umfassen a) Altern als Prozess, b) Personenzentriertes Planen, c) Soziale Netzwerkarbeit und Kommunikation in der Begleitung von älteren Menschen mit IB, d) Emotionsregulierung für Betreuerinnen und Betreuer, e) Pathologische Aspekte im Alternsprozess von Menschen mit IB und f) Angemessene Begleitung in Form achtsamer professioneller Haltung. Die Schulung steht online unter <http://agid-project.eu/> zur kostenfreien Benutzung in sechs verschiedenen Sprachen im Sinne eines selbstgesteuerten Bearbeitens und Lernens zur Verfügung, wobei den Lernenden nach jedem absolvierten Modul ein strukturierter Test mit Feedback zur Einschätzung des individuellen Lernfortschritts angeboten wird. Vom Team der Fakultät für Psychologie wurde das Modul „Emotionsregulierung für Betreuerinnen und Betreuer“ erarbeitet, ein Modul das auf die Prävention von Burnout für professionelle und informelle Unterstützer abzielt. Basierend auf neuen Erkenntnissen aus Stress- und Belastungsforschung werden neben Wissensstrukturen konkrete Anleitungen zu Übungen im Kontext der Emotionsregulation vermittelt und angeboten (Kocman/Weber 2014).

Sozialpolitische Initiativen

Zur Verbesserung der Chancengleichheit von älteren Menschen mit IB in unseren Gesellschaften konnten bereits einige Themen aufgegriffen werden, wie beispielweise jenes der Gesundheit oder jenes der Weiterbildung. Ein anderer großer Bereich, bisher noch nicht angesprochen, widmet sich dem Verhältnis zwischen dem Sektor der Altenarbeit und dem Sektor der Behindertenarbeit. Beide Sektoren sind in Österreich, wie in vielen anderen Ländern, eher unabhängig voneinander entstanden und entwickelt worden. Beide Systeme unterscheiden sich zum Teil substantiell in ihren Ziel- und vor allem in ihren Wirkrichtungen. Stehen in Einrichtungen der Seniorenhilfe häufig Konzepte, die aus den Pflegewissenschaften abgeleitet werden, im Vordergrund, so ist die Unterstützungsarbeit in Einrichtungen der Behindertenhilfe typischerweise durch pädagogische Konzepte gekennzeichnet, die auf Kompetenzstärkung und adaptive Verhaltensleistungen setzen, wobei sie die Entwicklungsaufgaben der entsprechenden Lebensphasen berücksichtigen und an den damit verbundenen individuellen Bedürfnissen anknüpfen. Die letztgenannte Konzeption geht von der Annahme aus, dass Fähigkeiten und Kompetenzen prinzipiell über die gesamte Lebensspanne durch Erfahrungen und lebenslange Lernstrategien angeeignet werden können, wobei die bis ins hohe Alter zu beobachtende neuronale Plastizität als Basis dieses Potential angesehen wird.

Aus einer Menschenrechtsperspektive, spätestens mit der UN Behindertenrechtskonvention aus 2006 vorliegend, prägen die Prinzipien von Selbstbestimmung und Empowerment den Diskurs einer zeitgemäßen konzeptionellen Ausrichtung beider Sektoren. So entstanden zwischen beiden Sektoren erste Brückenschläge. Als Hintergrund im Behindertensektor ist hierfür der große Nachholbedarf hinsichtlich Wissen und Kompetenzen für zusätzliche, alterskorrelierte Beeinträchtigungen zu sehen. Im Seniorenssektor sind vermehrt Begleitformen zu implementieren, in denen Prinzipien wie Selbstbestimmung und Empowerment berücksichtigt werden, wenn alterskorrelierte Unterstützungsbedarfe vorliegen. Zu dieser Bridging Thematik konnten wir anlässlich der EU-Ratspräsidentschaft Österreichs im Jahre 2006 zu einer ersten europäischen Konferenz mit dem Titel *Aging and Disability* und dem Untertitel *Disabled people are aging – Aging people are becoming disabled* einladen. Eines der Ziele der Konferenz war es, die auf europäischer Ebene agierenden Hauptakteurinnen und -akteure aus dem NGO Bereich der Behinderten- und der Seniorenorganisationen erstmals an einem Tisch zu versammeln, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich der Bedürfnisse von Menschen, die in diesen beiden Sektoren unterstützt werden, herauszuarbeiten. Ein weiteres Ziel war die gemeinsame Verabschiedung der sogenannten Graz Deklaration (Weber/Wolfmayr 2006; deutschsprachige Version Wolfmayr/Weber 2006). Die Deklaration setzt am green paper der Europäischen Kommission, *Confronting demographic change: A new solidarity between the generations*, aus 2005 an. Dabei geht sie von der Nicht-Diskriminierung auf Basis von Behinderung und Alter aus bzw. weist auf die Gefahr einer doppelten Diskriminierung hin, wenn Alter und Behinderung bzw. Behinderung und Alter gleichzeitig auftreten. Die erhöhten Risiken dieser Gruppen für Vernachlässigung, Missbrauch, Armut, Segregation und nicht passender Unterstützung sind bestens belegt. Im Dokument werden Wege zur Veränderung bezüglich dieser Risiken aufgezeigt und es werden dabei die Rolle und die Verantwortlichkeiten der Europäischen Kommission, der Mitgliedsstaaten, der verschiedenen Akteurinnen/Akteuren aus der Zivilgesellschaft sowie der nationalen und internationalen Organisationen aufgezeigt. Vom Europarat wurde die Graz Deklaration als sogenanntes white paper eingestuft, was deren Sichtbarkeit stärkte und deren Relevanz zur Mitberücksichtigung im Rahmen sozialpolitischer Planungen und Entscheidungen unterstreicht.

Zusammenfassung: Lebensqualität für ältere Menschen mit IB in Österreich

Unbestritten dürfte sein, dass das Ziel der Angebote, die ältere Menschen mit IB zu Unterstützung und Begleitung vorfinden, die Lebenszufriedenheit der/des Einzelnen ist. Zur Gesamteinschätzung der Wirkung dieser Maßnahmen wird gerne auf das Konstrukt der Lebensqualität zurückgegriffen.

Im Forschungsbereich IB gibt es eine breit akzeptierte Vorstellung, was unter Lebensqualität verstanden wird. Es geht dabei um soziales Wohlbefinden, erlebt von der/von dem Einzelnen, bezogen auf die Gemeinschaft und die Gesellschaft, in der sie oder er lebt. Lebensqualität wird als multidimensionales Konstrukt gesehen, sowohl beeinflusst von individuellen als auch von Umweltfaktoren, wie (engen) Freundschaften, intimen Beziehungen, Familienleben, Arbeit, Nachbarschaft, räumliche Wohnsituation, Wohnort, Bildung, Lebensstandard und der Situation des Landes. Mit dem Indikator Lebensqualität wird die Erfüllung der Grundbedürfnisse des Menschen annähernd ausgedrückt bzw. festgestellt, in welchem Ausmaß die/der Einzelne die Möglichkeit hat, für sie/ihn bedeutsame Ziele, in für sie/ihn wichtigen Lebensbereichen zu erreichen. Dabei berücksichtigt Lebensqualität sowohl subjektive als auch objektive Faktoren. Aus einer anderen Perspektive gesehen kann Lebensqualität somit als Diskrepanz zwischen dem Bedarf und den Wünschen und der Situation, in der sich die/der Einzelne befindet, verstanden werden. Bei erwachsenen und älteren Menschen mit IB werden in Zusammenhang mit Lebensqualität häufig folgende Aspekte eingeschätzt: Rechte als Mensch (Respekt, Würde, Gleichstellung), Teilhabe, Selbstbestimmung, physische Wohlbefinden, materielles Wohlbefinden, emotionales Wohlbefinden und persönliche Entwicklung.

Die Ausgangslage für eine gute Lebensqualität ist für ältere Menschen mit IB in Österreich in der Regel nicht unbedingt günstig. Bereits in der Kindheit und Jugend und besonders im Erwachsenenalter werden die Eckpfeiler für gutes Altern gesetzt. Das beginnt mit Zugang zu Bildung und Ausbildung, die den Weg auf ein autonomes und selbstbestimmtes Leben ebnet. Kinder mit IB wurden und werden bildungs- und ausbildungsmäßig früh ausgesondert und der Weg über die Sonderschule führt dann in den meisten Fällen geradlinig in die Behindertenwerkstätte, wo diese Personen durchaus produktiven Tätigkeiten nachgehen, aber in Österreich rechtlich als nicht arbeitsfähig eingestuft und demnach nicht erwerbsfähig sind. Weshalb sie später, nach vielen Werkjahren, ohne eigene Pensionsansprüche dastehen. Ein anderes Handlungsfeld zur Optimierung der Lebensqualität ist der Gesundheitsbereich. Hier sei lediglich auf den Umstand verwiesen, dass die aktuell in Österreich breit installierten Programme zu Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz Menschen mit IB in der Regel nicht erreichen. Das heißt, Menschen mit IB vermissen die Option zu einer selbstbestimmt gesunden Lebensführung. Das dürfte nicht ohne Spuren im Alter bleiben! Weiters haben Menschen mit IB im Alter, da sie in der Regel keine Familie gründen, ein relativ hohes Risiko für soziale Isolation, insbesondere gekennzeichnet durch das Wegfallen von Kontakten zu Angehörigen! Dabei ist die protektive Wirkung von guten sozial-familiären Kontakten für viele Lebensqualitätsbereiche sowie den Selbstbestimmungsgrad bekannt! So ist soziale Eingebundenheit, neben Kompetenz und Autonomie, einer der drei Faktoren des motivationstheoretischen Selbstbestimmungsmodells (Deci/Ryan 2008).

Somit stellt Altern für Menschen mit IB letztlich ein besonderer Risikofaktor im Sinne eines Verlustes an Selbstbestimmungspotential dar. Dem Grundbedürfnis nach sozialer Eingebundenheit steht die soziale Isolation entgegen, dem Grundbedürfnis nach Kompetenz steht beispielsweise der fehlende Zugang zu Gesundheitskompetenz-Programmen entgegen und dem Grundbedürfnis der Autonomie und dem Erreichen von im Alter persönlich wichtigen Zielen steht der fehlende Pensionsbezug entgegen. Es dürfte sich lohnen, wenn unsere Gesellschaft es versuchen würde, Menschen mit IB wirklich teilnehmen zu lassen. Dabei kann das Mitte 2018 in Kraft tretende Erwachsenenschutzgesetz in Österreich als ein neuer wirkungsvoller Türöffner zu mehr Selbstbestimmung und mehr Lebensqualität für erwachsene und ältere Menschen mit IB gesehen werden.

Quellen

- Baird, P. A.; Sadovnick, A. D. (1988): Life expectancy in Down syndrome adults. *The Lancet* 332. S. 1354–1356
- Brehmer, B.; Zeilinger, E.; Weber, G. (2009): Die Gesundheit von erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung in Österreich. Abschlussbericht des POMONA-II-Projekts (2005–2008). <http://bidok.uibk.ac.at/library/brehmer-pomona.html#idp1965792>
- Brehmer-Rinderer, B.; Weber, G. (2010): Frailty vs. Disability in people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 7. S. 49–58
- Brehmer-Rinderer, B.; Zeilinger, E.; Radaljevic, A.; Weber, G. (2013): The Vienna Frailty Questionnaire – Revised. *Research in Developmental Disabilities* 34. S. 1958–1965
- Carter, G.; Jancar, J. (1983): Mortality in the mentally handicapped: A fifty years survey at State Park Group Hospitals (1930–1980). *Journal of Mental Deficiency Research* 27. S. 143–156
- Deci, E. L.; Ryan, R. M. (2008): Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology* 49. S. 182–185
- Dieckmann, F.; Giovis, C.; Offergeld, J. (2015): The life expectancy of people with intellectual disabilities in Germany. *Journal of Applied research in Intellectual Disabilities* 28, S. 373–382
- Dykens, E. M. (2013): Aging in rare intellectual disability syndromes. *Developmental Disabilities Research Reviews* 18. S. 75–83
- Edelsohn, G. A.; Schuster, J. M.; Castelnovo, K.; Terhorst, L.; Partasarathy, M. (2014): Psychotropic prescribing for persons with intellectual disabilities and other psychiatric disorders. *Psychiatric Services* 65. S. 201–207
- Glasson, E.; Sullivan, S.; Haussain, R.; Petterson, B.; Montgomery, P.; Bittles, A. (2003): Comparative survival advantage of males with Down syndrome. *American Journal of Human Biology* 15. S. 192–195
- Haveman, M.; Heller, T.; Lee, L.; Maaskant, M.; Shooshtari, S.; Strydom, A. (2010): Major health risks in aging persons with intellectual disabilities: an overview of recent studies. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 7. S. 59–69
- Haveman, M.; Perry, J.; Salvador-Carulla, L.; Walsh, P. N.; Kerr, M.; Van Schrojenstein Lantman-de Valk, H.; Van Hove, G.; Berger, D. M.; Azema, B.; Buono, S.; Cara, A. C.; Germanavicius, A.; Linehan, C.; Määttä, T.; Tossebro, J.; Weber, G. (2011): Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: results of the European POMONA II study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 36. S. 49–60
- Herr, S.; Weber, G. (1999): *Aging, rights, and quality of life: Prospects for older people with developmental disabilities*. Paul Brookes Publishing, Baltimore

- Hilgenkamp, T. I.; Reis, D.; van Wijck, R.; Evehuis, H. M. (2012): Physical activity levels in older adults with intellectual disabilities are extremely low. *Research in Developmental Disabilities* 33. S. 477–483
- Kapell, D.; Nightingale, B.; Rodriguez, A.; Lee, J. H.; Zigman, W. B.; Schupf, N. (1998): Prevalence of chronic medical conditions in adults with mental retardation: comparison with the general population. *Mental Retardation* 36. S. 269–279
- Kocman, A.; Weber, G. (2014): Emotional regulation for front-line staff. In: Banks, R. (Hrsg.): *Development of a web based training program for carers of elderly people with intellectual disability*. AGID Consortium, Luxembourg
- Krahn, G. L.; Fox, M. H. (2014): Health disparities of adults with intellectual disabilities: What do we know? What do we do? *Journal of Applied research in Intellectual Disability* 27, S. 431–446
- Linehan, C.; Walsh, P. N.; van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J.; Kerr, M. (2004): POMONA: Health Indicators for People with Intellectual Disability in the Member States. Final Report. Available, 19 June 2007. <http://www.pomonaproject.org/report.php>
- Lunsky, Y.; Modi, M. (2018): Predictors of psychotropic polypharmacy among outpatients with psychiatric disorders and intellectual disability. *Psychiatric Services* 69. S. 242–246
- Maaskant, M.; Sturmans, F.; Haveman, M.; Fredericks, C. (1993): Life expectancy of institutionalized people with mental handicap in the Netherlands. In Maaskant, M. (Hrsg.): *Mental handicap and aging*. Kavanah, Dwingeloo. S. 89–108
- Penrose, L. (1949): The incidence of mongolism in the general population. *Journal of Mental Sciences* 95. S. 685
- Perry, J.; Linehan, C.; Kerr, M.; Salvador-Carulla, L.; Zeilinger, E.; Weber, G.; Walsh, P.; van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J.; Haveman, B.; Azema, S.; Buono, A.; Carmen Cara, A.; Germanavicius, G.; Van Hove, T.; Määttä, D.; Moravec Berger, D.; Tossebro, J. (2010): The PIS – a multinational assessment battery for collecting data on health indicators relevant to adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities* 54. S. 981–991
- Puri, B. K.; Ho, K. W.; Singh, I. (2001): Age seizure of onset in adults with Down's syndrome. *International Journal of Clinical Practice* 55. S. 442–444
- Rett, A.; Seidler, H. (1981): Aging process in the mentally handicapped. *Infans Cerebropathicus* 5, S. 145–147
- Torr, J.; Strydom, A.; Patti, P.; Jokinen, N. (2010): Aging in Down syndrome: morbidity and mortality. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability* 7. S. 70–81
- Tyrer, F.; Smith, L.; McGrother, C. (2007): Mortality in adults with moderate to profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 51. S. 520–527
- Weber, G. (1997): Morbus Alzheimer bei Menschen mit geistiger Behinderung. In Weis, S.; Weber, G. (Hrsg.): *Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie*. Beltz – Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Weber, G.; Rett, A. (1991): *Down-Syndrom im Erwachsenenalter*. Verlag Hans Huber, Bern
- Weber, G. (1988): Kognitive Aspekte im Alterungsprozess bei Personen mit Down-Syndrom (von 16 bis 42 Jahren). 7. Heilpädagogischer Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Heilpädagogik. Graz, Mai 1988
- Weber, G. (1995): Comparative analysis of case reports from different countries. „6th International Roundtable on Aging in Mental Retardation“. Universität Wien & SIG/ASSID. Wien
- Weber, G. (2002): Altern und intellektuelle Behinderung in Österreich: Ergebnisse einer demographischen Studie. Jahrestagung des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit (ÖKSA). Linz
- Weber, G. (2003): Intellektuelle Behinderung und Alter: Demografische Entwicklungen – Herausforderungen an zukünftige Betreuungssysteme. Tagung Behindertenhilfe 2003 „Altwerden mit geistiger Behinderung – Bedürfnisse älterer Menschen erkennen lernen“. Kärntner Landesregierung. Cap Wörth / Velden

- Weber, G. (2004): Delayed substantial increase in older age cohorts in Austria – Challenges for Service providers and policy planners. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 1. S. 105–106
- Weber, G.; Wolfmayr, F. (2006): The Graz Declaration on disability and aging. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 3, S. 271–276
- Weber, G. (guest editor) (2017): 11th European Congress Mental Health in Intellectual Disability: Better mental health for people with intellectual disability (abstract book). *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 10, Supplement 1
- Wolfmayr, F.; Weber, G. (2006): Die Deklaration von Graz über Behinderung und Alter. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 3/4, S. 90–96
- Yang, Q.; Rasmussen, S.; Friedmann, J. M. (2002): Mortality associated with Down's syndrome in the USA from 1983 to 1997: a population-based study. *The Lancet* 359. S. 1019–1025
- Zeilinger, E.; Gärtner, C.; Janicki, M. P.; Esralew, L.; Weber, G. (2015): Practical applications of the NTG-EDSD for screening adults with intellectual disability for dementia: A German-language version feasibility study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 1–8. DOI: 10.3109/13668250.2015.1113238
- Zeilinger, E.; Stiehl, K.; Weber, G. (2013): A systematic review on the assessment instruments for dementia in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 34, S. 3962–3977
- Zeilinger, E.; Weber, G.; Haveman, M. J. (2011): Psychometric properties and norms of the German ABC-Community and PAS-ADD Checklist. *Research in Developmental Disabilities* 32, S. 2431–2440

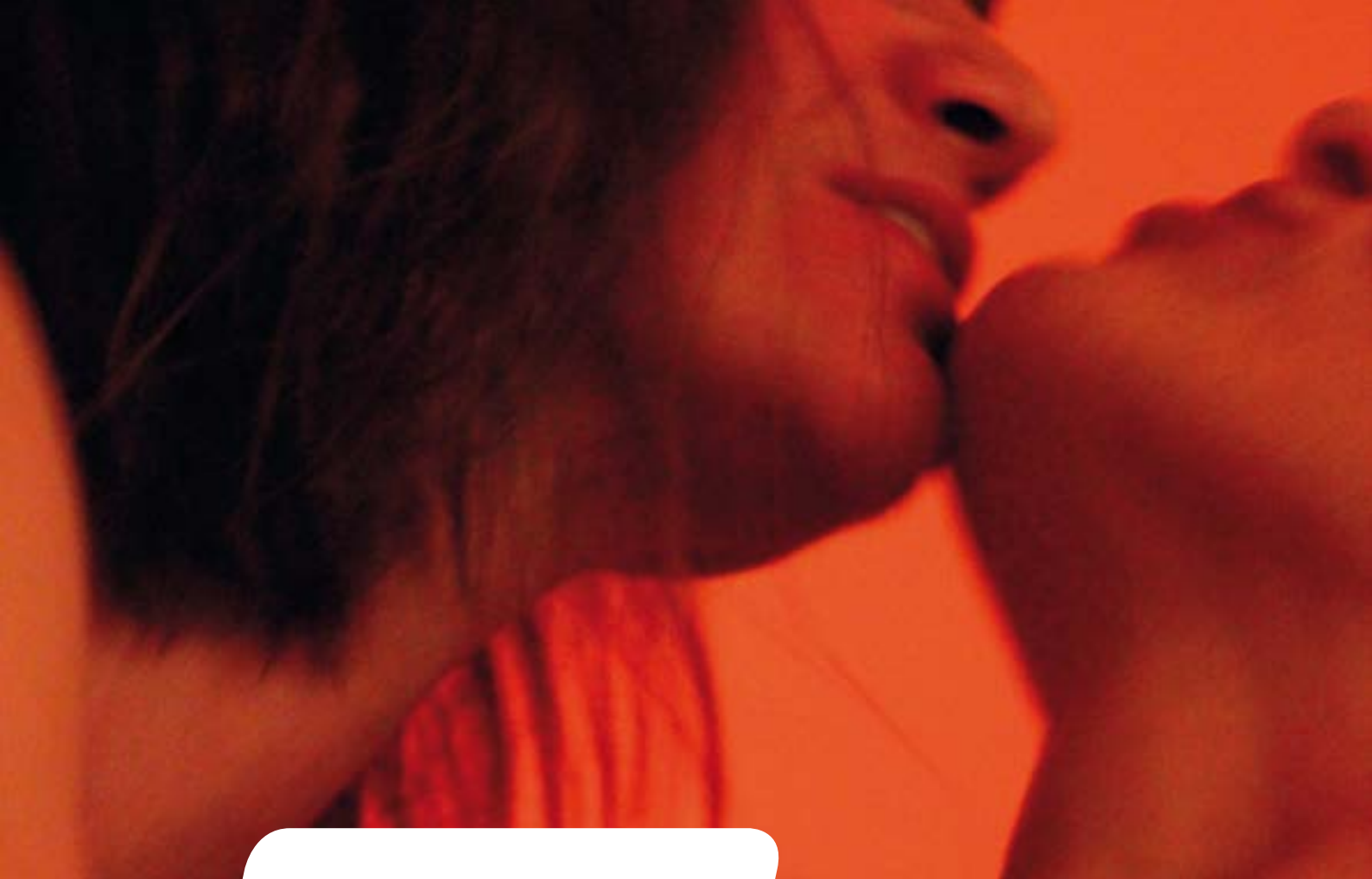


Foto: Privat

4.6 KÖNIG_IN KÜST KÖNIG_IN¹

Kultursensible Pflege für LGBTI (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender-Personen und Intersexuelle Menschen) in der Senior_innenbetreuung der Zukunft

Sonia Raviola / Wissenschaft & Forschung, Coaching, Supervision & Organisationsentwicklung

Ein sehr persönliches Vorwort

In meiner Familie existierte ein Geheimnis, das erst benannt wurde, als meine Mutter im Sterben lag. In diesen Tagen schwimmt ihr die Kontrolle über Worte und Verhalten immer wieder davon. Sie lacht amüsiert und erzählt hemmungslos von ihren Jugendfreundinnen, den beiden Kuhns, die eine Würstelbude in Frankfurt betreiben und keine Männer brauchen, von ihrer metallischen Angst, dass die Nazis auch sie auf dem Acker erschießen hätten können wie den Ferdi, der ja ausah so zart wie ein MädI, aber niemand hat was g'sagt, und von ihrer Wut, ja Abscheu über die Männer; aber die Frauen, ja die Frauen, so schwärmt sie glücklich vor sich hin, die waren und sind ja alle so wunderbar, eben echte Kameradinnen, und so schön, zum In-die-Arme-Nehmen schön.

¹ Als politisch korrekte Schreibweise hat sich der Unterstrich bzw. der Stern durchgesetzt, z. B. Leser*innen oder Leser_innen. Für diesen Artikel wird der Unterstrich verwendet – er symbolisiert den Raum, den es zwischen den beiden Polen weiblich – männlich gibt und steht analog zum Stern für die Geschlechtervielfalt. Die Abkürzung LGBTI steht für englischen Begriffe Lesbian, Gay, Bisexuell, Transgender und Intersexuell. Als Übergriff hat sich auch die Abkürzung „Queer“ durchgesetzt, und damit verbunden Formulierungen wie z. B. queere Lebensweisen.

Pfleger mochte sie grundsätzlich nicht, außer die ganz zarten, vielleicht.

Sie war nur kurz verheiratet, und nach dem frühen Tod meines italienischen Vaters schien es keine Männer mehr zu geben. Er war und blieb „the one and only“, wie sie oft sagte, eine Ausnahme. Neun Jahre verbringt meine Mutter in einem Wiener Senior_innenhaus, die letzten fünf auf der im Haus integrierten Pflegestation. Sie liebt Geselligkeit und „Action“, blüht auf, wenn ihre Enkelkinder kommen, will Zigaretten und lehnt die dortigen Freizeitangebote konsequent ab.

Im Laufe der Zeit, als sie erkennt, dass es keinen Weg mehr zurück nach Hause gibt, zieht sie sich sozial zurück und wird immer aggressiver: Niemand würde sie verstehen und was sollte sie denn mit denen da reden, mit ihren geordneten Familiengeschichten, sagt sie oft abschätzig über ihre Mitbewohnerinnen und jagt junge Biographiearbeiter und Psychologinnen mit einer herrischen, später matten Handbewegung weg und raunt mir mit verschwörerischem Blick zu: „Wenn du wüsstest...“ Heiß aber liebte sie Usambara-Veilchen, auch noch im Altersheim, und später habe ich dann gelesen, dass im Nationalsozialismus es eben diese Blumen waren, mit denen Frauen, die Frauen liebten, einander gefahrlos erkennen konnten.

Ich glaube, dass meine Mutter ein Mensch war, der grundsätzlich Frauen liebte. Ich wünsche ihr, dass sie, solange sie konnte, es auch getan hat. Und ich frage mich, wie anders ihr Leben als ältere und alte Frau in einem Senior_inneneim doch noch hätte gelingen und erfüllt sein können, wenn ihr Verhalten anders interpretiert, ihre Worte richtig gehört und die Rahmenbedingungen andere gewesen wären. Aber wie hätten diese Rahmenbedingungen sein können? Ist die professionelle Betreuung von nicht-heterosexuellen Menschen im Alter überhaupt ein aktuelles Thema? Was hätte sich meine Mutter gewünscht und mit ihr vielleicht viele andere Menschen, die über eine vielschichtiger sexuelle Orientierung als die heterosexuelle verfügen?

Sexualität als Störfaktor im Gesundheitssystem

Um Antworten auf diese Fragen zu finden reiche ich im Jahr 2015 an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien ein Forschungsprojekt ein: Erstmals im deutschsprachigen Raum wird nun thematisiert, ob in der zukünftigen Senior_innenversorgung eine kultursensible Betreuung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgender-Personen und Intersexuellen Menschen (LGBTI) erwünscht ist, und wenn ja: von wem, warum und wie? Und wenn nein: warum nicht? Diese Fragestellung wird, mit Bezug auf pflegewissenschaftliches und sozialhistorisches Wissen, aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet: Zu Wort kommen Vertreter_innen der heutigen queeren Generation 50plus, Pflegekräfte und Betreuungspersonal sowie Entscheidungsträger_innen aus Politik und Verwaltung.

Sehr schnell zeigt sich, dass Sexualität zwar eine große Rolle in der gelebten Praxis spielt, aber innerhalb des Systems nicht vorgesehen ist, höchstens als Störfaktor. Dieses „Wegschneiden“ ist umso schwerwiegender, weil Sexualität der vitalste und wesentlichste Teil der Geschlechteridentität, die auch im hohen Alter und sogar im Leben mit Demenz erhalten bleibt. Auch nach Reitinger et al. (2013) gilt: Das eigene Erleben, als zum Beispiel Frau, Transgenderperson oder Mann, und die während des gesamten Lebens an diese Rolle verknüpften Eigen- und

Fremderwartungen bleiben im Alter bzw. in der Demenz nicht nur bestehen, sondern haben gerade dann eine zentrale Funktion der Identitäts(wieder)findung.

Der Grund hierfür ist, dass betagte, hochbetagte und/oder demente Menschen immer wieder zurück in frühere und ganz frühe Lebensphasen einsteigen. Der an der Universität Heidelberg lehrende Gerontologe Andreas Kruse sprach im Rahmen seines Vortrags im Jahr 2012 in der Österreichischen Plattform für interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA) sogar von „Inseln der Identität“. Auf solchen Inseln der Identität könnte m.E. sogar dann, wenn alles Andere bereits im Ozean des Vergessens verschwunden ist, das eigentliche Ich, das Selbst, im warmen Feuer des Erkennens lebendig atmen. Sexualität gilt als Schlüssel zur Identität, und gelebte Identität als Schlüssel für ein selbstbestimmtes glückliches Leben, auch und gerade im Alter.

Lust & Liebe

Lust, Begehren, Liebe und Sexualität für ältere, alte und hochbetagte Menschen sind aber nicht nur stark tabuisierte Aspekte in unserer Gesellschaft. Sie bewegen sich auch in einem engen Korsett von Rollenstereotypen, Vorurteilen und (hetero)normativen Vorstellungen: Ein differenziertes Bewusstsein für die vielfältigen Lebensrealitäten, Familien- und Beziehungsformen von LGBTI, unter denen sich Singles, Paare und Eltern befinden, fehlt fast völlig.

Signifikant auffällig ist die nahezu vollständige Nichtwahrnehmung von Frauen als lesbische Seniorinnen sowie von Transgender-Personen. Das bedeutet, dass auf die Lebensrealitäten, Wünsche und Bedürfnisse der Queers nicht eingegangen wird, zu einem großen Teil auch deswegen, weil Pflegepersonal und Gesundheitsverantwortliche möglicherweise nicht wissen, wie dies konkret umgesetzt werden könnte. Für die heutigen hochbetagten Queers mag es zu spät sein, ihnen eine ihren Bedürfnissen gerechte flächendeckende Altersversorgung zu bieten, doch für die kommende Generation könnten jetzt die Weichen gestellt werden.

Gesund und glücklich älter werden

Nicht die Zeit vergeht, sondern wir

Die australische Palliativpflegerin Bronnie Ware betreute mehrere Jahre lang Sterbende und veröffentlichte im Jahr 2013 ein Buch über jene Themen, die die von ihr betreuten Menschen in ihren letzten Stunden bewegten: „Fünf Dinge, die Sterbende am meisten bereuen“ wurde weltweit ein Bestseller.

Selbstbestimmtheit und ein offen gezeigter Ausdruck der eigenen Identität, Erfüllung des kreativen Potentials durch weniger bzw. die richtige Arbeit, die Kultivierung des eigenen Gefühlslebens und damit verbunden die Mitteilungsfähigkeit an den oder die richtige Adressat_in, zweckfreie Freundschaft und Selbstliebe im Sinne der Wahrnehmung und Auslebung von Freude sowie Schönheit werden in Wares Veröffentlichung als wichtigste Parameter für ein gelungenes, glückliches und erfülltes Leben genannt. Ware formulierte die Wünsche der Sterbenden folgendermaßen:

1. Ich wünschte, ich hätte den Mut gehabt, mein eigenes Leben zu leben.
2. Ich wünschte, ich hätte nicht so viel gearbeitet.
3. Ich wünschte, ich hätte den Mut gehabt, meinen Gefühlen Ausdruck zu verleihen.
4. Ich wünschte, ich hätte den Kontakt zu meinen Freunden gehalten.
5. Ich wünschte, ich hätte mir mehr Freude gegönnt. (Ware 2013, S. 107ff)

Es ist die Beziehung, die heilt

Vermutlich hat am Ende seines Lebens tatsächlich noch nie jemand gesagt: Ach, hätte ich doch mehr Zeit vor dem Computer verbracht. Und Zeit scheint, wie der deutsche Soziologe Hartmut Rosa festhält, der Schlüssel für ein gesundes und glückliches Leben zu sein. Rosa beforstete das Phänomen des Zeitumgangs unter den Aspekten Entschleunigung, Entdichtung und Resonanz – im Sinne eines lebendigen Verbindungsphänomens mit sich und seiner Umwelt. Nach Rosa (2005) ist die Frage, „wie will ich leben“, mit der Frage verbunden: „wie will ich meine Zeit verbringen“, und weiters: „mit wem will ich sie verbringen. Ein entscheidender Punkt ist hierbei nach Philosoph_innen wie Seel (1999), Liessmann (2012) und Knapp (2015) die Fähigkeit, im Rahmen der Wahlmöglichkeiten eine freie, eigenverantwortliche Entscheidung treffen zu können.

„Aber das ist doch utopisch!“ Dieser Aufruf wurde, in verschiedenen Stimmungslagen und unterschiedlicher Wortwahl, in den von mir geführten Interviews öfters getätigt. Aber ist es utopisch, sich sein Leben so zu gestalten, dass es schon jetzt, in der Gegenwart, ein glückliches ist, damit es auch in der Zukunft, im Alter, als ein gelungenes empfunden werden kann? Sichern die Abwesenheit von Missständen und die Erfüllung der Grundbedürfnisse des menschlichen Lebens wie Nahrung, Wärme, Unterkunft sowie ein Mindestmaß an sozialem Kontakt bereits ein glückliches Leben?

Vom Zauber der Nacht

Die Akzeptanz der sexuellen Identität durch die soziale Umgebung sowie ein sinnerfülltes Selbstempfinden gelten als Grundbedingungen für Glück, Lebenszufriedenheit und Gesundheit im Alter: In der Gender & Diversity Forschung bezeichnet der Begriff „sexuelle Identität“ das elementare Selbstverständnis eines Menschen über sein geschlechtliches Wesen. Maßgeblich dabei ist, wie ein Mensch sich selbst wahrnimmt und von anderen wahrgenommen werden will.

Die sexuelle Identität umfasst das biologische und soziale Geschlecht sowie die sexuelle Orientierung. Unter Bezugnahme auf die Daten der Wiener Antidiskriminierungsstelle (WAST) kann festgehalten werden: „Wissenschaftliche Studien gehen von einem Anteil homosexueller Personen zwischen 5 und 15 Prozent an der Bevölkerung aus, weshalb im Schnitt 10 Prozent angenommen wird. Demnach leben in Wien etwa 170.000 Lesben und Schwule [...]. Rechnet man den Anteil für die Bevölkerung 60 plus hoch, ergibt sich eine Zahl von ca. 38.600 Lesben und Schwulen in Wien.“ (Schuster/Edlmayer 2014, S. 4) Möglicherweise ist die Anzahl sogar bedeutend höher, da bei weitem nicht alle ihre Homosexualität ihrem Umfeld gegenüber offen leben (können).

Transgender und intersexuell

Im Gesundheits- und Pflegebereich sind besonders Transgender-Personen und Intersexuelle Menschen vom Phänomen der Nichtwahrnehmung betroffen. Ein möglicher Grund dafür ist eine fehlende Sprachlichkeit – das Thema „Transgender im Alter“ ist ein noch sehr junges: Diskriminierende Bestimmungen (wie z. B. der Operations- und Scheidungszwang vor der Personenstands- und Namensänderung) sind erst in den letzten zwei Jahrzehnten aufgehoben worden, viele andere bestehen noch immer weiter. Politik und Gesellschaft leben gleichzeitig Inklusion und Exklusion, Tabuisierung und Normalisierung. (Birke/Kraml 2016)

Das wiederholte Outing gegenüber dem behandelnden Personal im medizinisch-ärztlichen Kontext wird für diese Personengruppe als besonders belastend erachtet. Der größte Wunsch ist die Akzeptanz und Normalität im Identitätsgeschlecht.

Grundsätzlich gilt für alle LGBTI, dass Tabuisierung, Kriminalisierung, Abwertung, Kompro-mittierung, aktive Exklusion oder Pathologisierung bis heute dazu führen, dass sich Queers in vielen Situationen vorsichtig verhalten müssen. Solange eine Identität oder mögliche Identität als LGBTI als eine Art vorübergehender Zustand, chic oder als Modeerscheinung, krankhaft, bedrohlich oder behandlungsbedürftig angesehen wird oder angesehen werden kann, muss abgewogen werden, welchen Menschen frau oder man sich wann und in welchem Ausmaß anvertrauen kann.

Politische Empfehlung: Queer-Anwaltschaft

Welchen (Vor)Urteilen Queers noch immer ausgesetzt sind und wie wenig offen sie ihr Leben führen können, zeigt sich oft erst in Extremsituationen. Die deutsche Pflegewissenschaftlerin Stummer beschreibt eindrücklich die Wucht der realen rechtlichen und sozialen Konsequenzen, die sich nicht nur im beruflichen Kontext, sondern auch im Gesundheitsbereich zeigt: Zum Beispiel in den Krankheits-, Trauer- und Sterbephasen für die Betroffenen und ihre Geliebten sowie die Vertrauten in der Community:

„In den Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern, Altenheimen, Praxen, Pflegediensten etc.) wurden Homosexuellen Informationen über ihre Lebenspartnerinnen und Lebenspartner vorenthalten. Nicht selten wurden sie – wurde ihre Homosexualität offenkundig – von der Herkunftsfamilie des oder der Kranken, vom Pflegepersonal und von Ärztinnen und Ärzten – aus den Zimmern und aus den Einrichtungen verwiesen.“ (Stummer 2014, S. 16)

Bis heute finden Pflege und Sterbebegleitung häufig nur durch die Herkunftsfamilie statt, obwohl zu dieser oft kein guter oder gar kein Kontakt mehr bestand. Freund_innen, die soziale Queer-Familie, Lebenspartner_innen aus dem homosexuellen Umfeld sind oft unerwünscht und bleiben unsichtbar, ungenannt, auch in den Traueranzeigen oder Begräbnisreden. Nur äußerst selten können der Schmerz oder die Trauer über die (eigene) Krankheit oder den Verlust eines geliebten Menschen offen geäußert werden.

Die Einrichtung einer Queer-Anwaltschaft analog zur Patient_innen-Anwaltschaft ist meines Erachtens eine der dringlichsten aktuellen und schnell umsetzbaren Empfehlungen für die Gegenwart.

Einblicke in die Befragungsergebnisse

I. Ist die professionelle Betreuung von LGBTI im Alter ein politisches Thema?

Queers und Expert_innen erkennen mehrheitlich die politische Dimension des Themas. Das Personal sieht nahezu geschlossen keine politische Relevanz und wenn, dann in Abgrenzung zu rechten politischen Strömungen.

Aus Sicht der LGBTI:

*„Wir zahlen Steuern und die Steuergelder müssen auch für uns verwendet werden“
„Die Mitsprache des Volkes ist wichtig. Aber die Mehrheit ist nicht die Wahrheit.“*

Aus Sicht des Personals:

„Ich bin mir sicher, dass es ein politisches Thema ist. Es wird Protest geben, wenn ei-gene Heime für Schwule und Lesben gebaut werden.“

Aus Sicht der Expert_innen:

*„Es ist wichtig, dass was getan wird. Homophobie IST ein Thema. Da geht es ja auch um den öffentlichen Raum...“
„Das ist nicht nur eine gesellschafts- und gesundheitspolitische Frage, sondern auch eine wirtschaftliche: Die Häuser sollen ausgelastet sein.“*

II. Brauchen LGBTI eigene Einrichtungen?

Rund 70 Prozent der Queers wünschen sich Integration. Das Personal wünscht hingegen zu rund 80 Prozent exklusive Angebote für LGBTI, vor allem, um Konflikte mit der Mehrheit der Bewohnenden zu vermeiden. Die Expert_innen verfolgen zu 100 Prozent den integrativen Ansatz.

Aus Sicht der LGBTI:

*„Im Alter wird man zufriedener. Niemand wird Streit haben wollen. Außerdem sind die dunklen Zeiten vorbei.“
„Wir sind das Spiegelbild einer normalen Gesellschaft. Ich brauche keine dramatische Inszenierung.“*

Aus Sicht des Personals:

*„Eine eigene Institution ist sehr gut. Dort können sie ihre Triebe leben.“
„Ich glaube, dass eigentlich die Mitbewohner schwierig sind.“*

Aus Sicht der Expert_innen:

*„Ich glaub', dass es net darum geht, was Extriges anzubieten.“
„Im Kuratorium der Wiener Pensionistenhäuser ist man sich des gesellschaftlichen Wandels bewusst.“*

III. Brauchen LGBTI eine aktive Integration in den bestehenden Einrichtungen?

75 Prozent der Queers wünschen sich eine zielgruppengerechte Integration. 25 Prozent wünschen hingegen Normalität bzw. Unauffälligkeit in der Gemeinschaft. An die kultursensible Pflegekompetenz des Personals werden hohe Erwartungen formuliert. Das Personal sieht bis auf sechs Ausnahmen keinen besonderen Handlungsbedarf, da Pflege für alle gleich sein sollte. Zudem werden Queers häufig nicht wahrgenommen. Die Expert_innen stehen einer besonderen Angebotsstruktur offen gegenüber.

Aus Sicht der LGBTI:

„Ich halte eine Quotenregelung für das ganze Personal für gerechtfertigt.“

„Die Strukturen müssen so sein, dass Machtmissbrauch und Mobbing, auch untereinander, ausgeschlossen ist.“

Aus Sicht des Personals:

„Gepflegt werden muss doch jeder gleich.“

„Das gehört eindeutig gesagt – es muss ein Outing geben, es könnte ja einer AIDS haben.“

Aus Sicht der Expert_innen:

„Angebote, die explizit offen sind, das ist wichtig.“

„Es braucht einen geschützten Raum.“

IV. Sind LGBTI für das Betreuungspersonal ein aktuelles Thema?

Bei der Beantwortung dieser Frage werden sehr widersprüchliche Einstellungen offensichtlich: Die Befragung des Personals zeigt deutlich, dass die Lebensrealität und etwaige Bedürfnisse von Queers sowohl unter den Bewohnenden als auch im Personal selbst größtenteils nicht wahrgenommen werden. Den befragten LGBTI ist dies zu nahezu 100 Prozent bewusst; mehr als 50 Prozent vertreten die Ansicht, dass Aus- und Fortbildung im Bereich kultursensibler Pflege dringend nötig seien und orts Konflikte mit dem Personal; rund 18 Prozent fordern eine Quotierung im Personal. Zwei Drittel der Expert_innen sind überzeugt, dass das Personal bereits sensibilisiert sei, ein Drittel bezweifelt dies: Queere Lebensweisen wären nicht im Bewusstsein des Personals verankert, weder für Queers im Personal selbst noch für Queers bei den zu Betreuenden.

Aus Sicht der LGBTI:

„Homophobie, auch unbewusste Vorurteile, Gewalt, Missbrauch in der Pflege, das sind alles Realitäten, da muss man hinschauen.“

„Die Leitung muss hinter allem stehen. Das ist ein Top-Down Prozess.“

„Unter den Pflegern gibt's eh auch viele Schwule.“

Aus Sicht des Personals:

„Nicht alle Bewohner sind gleich. Das ist eine Generationenfrage.“

„Für die heute alten Schwulen ist es eh zu spät.“

„Im Personal, nein, da haben wir bis jetzt niemanden gehabt.“

Aus Sicht der Expert_innen:

„Für das Pflorgeteam ist die klare Haltung der Leitung wichtig.“

„Sprachlichkeit: ich finde, da ist ein völliger Mangel.“

„Man muss die Mitbewohner_innen fragen. DAS ist das große Problem. Das Personal kann viel und weiß viel und sonst kann man es auch schulen.“

V. Wie sieht die Zukunft der queeren Generation in der Pflege aus?

Fast 80 Prozent der LGBTI sehen die Zukunft positiv, 75 Prozent erwarten sich viele Impulse seitens der Stadt Wien. Das Personal sieht zwar zu fast 80 Prozent auch positiv in die Zukunft; allerdings müsste dies wohl im Lichte der Ausblendung von Queer-Realitäten gesehen werden. Ebenso viele befürworten jedoch gleichzeitig eine Ausbildung im Bereich kultursensibler Pflege.

Die Expert_innen sehen Führungspersonen und Personalvertretungen in Schlüsselfunktionen. Öffentlichkeitsarbeit wird als wichtiger Handlungsauftrag sowohl im Senior_innenbereich als auch im gesamtgesellschaftlichen Umfeld gesehen.

Aus Sicht der LGBTI:

„Wir sollen uns sichtbar machen!“

„Die Pflegekräfte arbeiten rund um die Uhr, die Sozialdienste gehören höher bezahlt und es muss auch mehr Personal geben.“

Aus Sicht des Personals:

„Sie sollen ganz normal in einem Heim leben.“

„Eine eigene Ausbildung ist gut. Ich habe schon eine Ausbildung für Biographiearbeit gemacht, aber ich habe noch nicht an die sexuelle Orientierung gedacht.“

Aus Sicht der Expert_innen

„Also, wie gesagt, bei der AK und bei der Gewerkschaft, also da is no viel drin!“

„Wenn zum Beispiel die Direktorin lesbisch ist, dann ist das eine Autorität, deren Handeln auf die Belegschaft, auf die Bewohner_innen ausstrahlt: Man fühlt sich angenommen.“

Resümee und Handlungsoptionen

Für Politik und Trägerorganisationen

- Sicherung der Diversität auch bei der Personalaufnahme sowie Umsetzung einer queergerechten Öffentlichkeitsarbeit (Webauftritt, Schriftverkehr, Bilder...).
- Ressourcen für (Fall-) Supervision, Selbsterfahrung und Coaching sowie für Aus- und Weiterbildung im Fachbereich Kultursensibler Pflege.
- Entwicklung von queergerechten Angeboten gemeinsam mit Vertreter_innen der Community.

Für das Personal

- Pflegekräfte brauchen keine „Tipps“, sondern fundiertes Wissen (medizinisches, rechtliches, historisches ...), vermittelt im Rahmen einer Kultursensiblen Aus- und Weiterbildung, sowie konkrete Unterstützung in Form von Selbsterfahrung, Supervision und Coaching.
- Der Umgang mit eigenen Ängsten, Wünschen oder Neigungen, aber auch der Wahrung der eigenen Integrität, ist mit zu thematisieren, ebenso die Entwicklung von Kompetenzen im Umgang mit Homophobie und Stigmatisierungen innerhalb des Teams und der Bewohner_innen.
- Die Wahrnehmung und Berücksichtigung der Wünsche von Frauen und lesbischen Seniorinnen sowie für den Transgender-Bereich bedarf besonderer Aufmerksamkeit.

Für die Queers

- Die Einrichtung einer Queer-Anwaltschaft analog zur Patient_innen-Anwaltschaft ist sinnvoll.
- Rechtssicherheit: Wissen über die eigenen Rechte sowie die der Partner_innen bzw. der Wahlfamilie; insbesondere auch, welche rechtlichen Vorkehrungen bei Demenz und für das Lebensende zu treffen sind.
- Thematisierung des Älterwerdens auch innerhalb der Community und dies sowohl in Wien als auch in Folge in den anderen Bundesländern.

Für Wissenschaft und Forschung:

- Umfassende Erhebung des LGBTI-Bedarfs nach differenzierten Kriterien wie Einkommen, Bildung, Nationalität und unter Einbeziehung alternativer Wohn- und Betreuungsformen.
- Umfassende Erhebung der Wünsche von Gesundheits- und Sozialberufen im intra- und extramuralen Bereich.
- Vollständige Erfassung des gegenwärtigen Ausbildungs- und Weiterbildungsangebots mit dem Ziel, den Fachbereich „Kultursensible Pflege“ in naher Zukunft aufzubauen und zu integrieren.

Ausblick

In Österreich steht der fachliche Diskurs, Diversität, Gender und Kultursensibilität in die bestehende Aus- und Fortbildung für die Pflege aufzunehmen, erst am Anfang. Diese Arbeit bereitet das Thema in einem ersten Schritt auf. Die Ergebnisse könnten eine Quel-

le an Impulsen für weitere Forschungsarbeiten und Handlungsmöglichkeiten bieten. Es wäre sinnvoll und im Licht der langen Geschichte von Ausgrenzung und Diskriminierung auch gerecht, wenn die von den Queers geäußerten Wünsche und Bedürfnisse gemeinsam mit den Überlegungen von Pflegekräften und Gesundheitsverantwortlichen in die professionelle Senior_innen-Betreuung einfließen und so unter Berücksichtigung sozialästhetischer Erkenntnisse zu einem kultursensiblen Umgang der Pflegenden mit queer liebenden Menschen in der Zukunft beitragen.

Zusammenfassung

Kultursensible Pflege für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender-Personen und Intersexuelle Menschen (LGBTI) in der Senior_innenbetreuung der Zukunft.

Was interessieren mich die alten Schwulen und Lesben? Gepflegt werden muss doch jeder gleich!“ (Pflegekraft) „Ich will nicht ausgelacht werden, nur weil ich Frauenkleider trage.“ (Transgender-Person) „Das Personal ist in Ordnung – die Mitbewohner_innen sind das Problem!“ (Vertretung Politik).

Dieser Beitrag thematisiert erstmalig im deutschsprachigen Raum, ob in der zukünftigen Senior_innenversorgung eine kultursensible Betreuung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgender-Personen und Intersexuellen Menschen (LGBTI) erwünscht ist und wenn ja: on wem, warum und wie? Und wenn nein: warum nicht? Diese Fragestellung wird am Beispiel Wiener Senior_innenhäuser, mit Bezug auf pflegewissenschaftliches und sozialhistorisches Wissen, aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet: Die Aussagen von Vertreter_innen der heutigen queeren Generation 50plus, Pflegekräfte und Betreuungspersonal sowie von Entscheidungsträger_innen aus Politik und Verwaltung bilden eine Quelle an Wissen und Impulsen für weitere wichtige Schritte: Österreich könnte in der Umsetzung das erste Land werden, in dem die von den LGBTI geäußerten Wünsche gemeinsam mit den Überlegungen von Pflegekräften und Gesundheitsverantwortlichen in die professionelle Altenbetreuung sowie in die Aus- und Weiterbildung für Gesundheits- und Sozialberufe einfließen.

Quellen

- Birke, R.; Kraml B. (2016): Gleichzeitigkeit von Inklusion und Exklusion: Homosexualität zwischen Verfolgung und Normalisierung in Österreich. 1971. *Zeitgeschichte* 43/2 S. 85–100
- Edlmayer, Ch.; Schuster Ch. (2014): Wohnen, Pflege und Betreuung im Alter bei Homosexuellen und Transgender. IFES, Wien
- Knapp, N. (2015): Der unendliche Augenblick. Warum Zeiten der Unsicherheit so wertvoll sind. Rowohlt, Hamburg
- Kruse, A. (2016): Selbst und Selbstaktualisierung. In Kojer, M.; Schmidl, M. (2016): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen (2. Aufl.). Springer, Wien
- Liessmann, K. P. (2012): Die Jagd nach dem Glück. In: Liessmann, K. P. (Hrsg.): *Philosophicum Lech. Die Jagd nach dem Glück. Perspektiven und Grenzen guten Lebens.* Zsolnay, Wien. S. 13–27
- Raviola, S. (2017): König_in küsst König_in. Kultursensible Betreuung für LGBTI (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender-Personen und intersexuelle Menschen) in Wiener Senior_innenhäusern der Zukunft. LIT Wissenschaftsverlag, Münster
- Reitingner, E.; Heimerl, K.; Lehner, E.; Lindner D.; Wappelshammer, E. (2013): Geschlechtersensibel werden. Nachdenken über Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Wien
- Rosa, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Rufli, C. (2015): Seit dieser Nacht war ich wie verzaubert. Frauenliebende Frauen über 70 erzählen (3. Aufl.). Hier und Jetzt, Baden
- Seel, M. (1999): Versuch über die Formen des Glücks. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Stummer, G. (2014): Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule. Informationen für die Professionelle Altenpflege. Rubicon, Köln
- Ware, B. (2013): Fünf Dinge, die Sterbende am meisten bereuen. Arkana, München
- Yalom, I. D. (2010): Existenzielle Psychotherapie (5. Aufl.). EHP, Bergisch Gladbach

KAPITEL 5:
GESUNDHEITSKOMPETENZ,
GESUNDHEITSFÖRDERUNG
UND PRÄVENTION IN DER
GESUNDHEITSVORSORGE
ÄLTERER MENSCHEN



Foto: Fotolia.com

5.1 Wie, was, wo? Gesundheitsinformationen finden, verstehen und beurteilen

Andrea Niemann / Fonds Gesundes Österreich

Fast zwei Drittel der Älteren in Österreich fangen mit Gesundheitsinformationen wenig an, weil sie diese nicht verstehen, nicht beurteilen, oder kaum für Entscheidungen zur eigenen Gesundheit nützen können. Was also tun?

Hintergrund

Seit dem Health Literacy Survey von 2012 ist bekannt, dass in Österreich bei den über 75-Jährigen der Anteil der Menschen mit einer geringen oder unzureichenden Gesundheitskompetenz bei 73 Prozent liegt (Grafik 1). Nur in Bulgarien ist es noch schlechter um die Gesundheitskompetenz älterer Menschen bestellt. Sie nehmen zusätzlich mehr Medikamente (Berben et al. 2012) und sind häufiger chronisch krank (Statistik Austria 2014).

Im Alltag bedeutet das im Krankheitsfall weniger Therapietreue, mehr Fehler bei der Medikamenteneinnahme, mehr Arztbesuche, mehr Krankenhausaufenthalte und damit mehr persönliches Leid und höhere Kosten für das Gesundheitssystem. Bei einer alternden Gesellschaft wie der österreichischen besteht also Handlungsbedarf (Grafik 2).

Ziele

Ziel dieses Artikels ist es, aufzuzeigen, welche Maßnahmen und Initiativen in Österreich gesetzt wurden und welche Ansätze weiter verfolgt werden, um die Gesundheitskompetenz von Älteren zu stärken.

Ergebnis/Diskussion

Das Thema Gesundheitskompetenz ist in Europa ein noch junges, wenig beforschtes Wissenschaftsgebiet. Dementsprechend gibt es wenig Datenmaterial, auch zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Erste Ergebnisse mit Handlungsempfehlungen und erste Umsetzungsprojekte gibt es. Zusätzlich bedarf es zur effektiven und nachhaltigen Stärkung der Gesundheitskompetenz gemeinsamer Lösungen mehrere Systempartner/innen. Dazu zählen neben Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich zum Beispiel auch solche aus den Bereichen Bildung (Erwachsenenbildung), Sport (mobiles Altern) und Soziales (Altersarmut).

Weshalb gerade bei Älteren die Stärkung der Gesundheitskompetenz so wichtig ist.

Einleitung

Die Studienergebnisse des Health Literacy Surveys sorgten 2012 für großes Aufsehen, denn um die Gesundheitskompetenz der Menschen in Europa ist es nicht gut bestellt. Über die Hälfte der Österreicherinnen und Österreicher hat eine geringe oder unzureichende Gesundheitskompetenz, so das Ergebnis (HLS-EU 2012). Bei den über 75-Jährigen liegt der Anteil der Menschen mit geringer oder unzureichender Gesundheitskompetenz sogar bei 73 Prozent (EU weit 60,8 Prozent). Nur in Bulgarien ist es noch schlechter um die Gesundheitskompetenz Älterer bestimmt.

Wissend, dass sich Österreich in einem demografischen Wandel befindet und der Anteil der über 65-Jährigen bis 2035 voraussichtlich über ein Drittel steigen wird (Grafik 1, Statistik Austria 2016), besteht Handlungsbedarf.

Grafik 1: Bevölkerungsprognose 2016 – 2080

Quelle: Statistik Austria 2016, Bevölkerungsprognose 2016 – 2080 für Österreich und die Bundesländer

Die Politik hat reagiert und „Die Gesundheitskompetenz stärken“ als eines der priorisierten Gesundheitsziele (Bundesministerium für Gesundheit 2012) der Gesundheitsreform formuliert. Eine Arbeitsgruppe wurde ins Leben gerufen und in weiterer Folge die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) aufgebaut. Diese hat drei Wirkungsziele definiert (siehe Tabelle 1), wobei das Wirkungsziel 2 auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Älteren, als eine der vulnerablen Gruppen, fokussiert.

Tabelle 1: Wirkungsziele der ÖPGK

Wirkungsziel 1	Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.
Wirkungsziel 2	Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken

Quelle: ÖPGK <https://oepgk.at/die-oepgk/gesundheitsziel-3/>

Was bedeutet eine geringe Gesundheitskompetenz im täglichen Leben älterer Menschen?

Hintergrund

Gerade ältere Menschen verstehen oft nicht, was Ärztinnen und Ärzte sagen, können Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten nicht deuten oder ganz allgemein gute Gesundheitsinformationen von schlechten unterscheiden.

Die von der Universität Bielefeld publizierten Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen (Quenzel/ Schaeffer 2016) zeigt auf, was das für ältere Menschen ohne Migrationshintergrund im täglichen Leben bedeutet. Mehr als die Hälfte (50 Prozent und darüber) tut sich „schwer“ bzw. „ziemlich schwer“.

- Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind.
- Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depressionen zu finden.

Und fast die Hälfte (40- 49 Prozent) der Älteren ohne Migrationshintergrund hat es „schwer“ bzw. „ziemlich schwer“

- Informationen über für Krankheiten, die sie betreffen, zu finden,
- die Packungsbeilage/den Beipackzettel ihrer Medikamente zu verstehen,
- zu beurteilen, wann sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten.
- Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen.
- Informationen darüber, wie sie psychisch gesund bleiben können, zu verstehen.

Noch rund ein Drittel (30-39 Prozent) fand es „schwer“ bzw. „ziemlich schwer“,

- Informationen über Krankheitssymptome zu finden, die sie betreffen,
- mit Hilfe der Informationen, die ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit zu treffen.
- Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum zu finden.
- Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden,
- zu beurteilen, welche Impfungen sie eventuell brauchen,
- zu entscheiden, ob sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten.
- Aufgrund von Informationen in den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können.

Die Studienergebnisse zeigen außerdem, dass es die über 65-Jährigen mit Migrationshintergrund noch viel schwerer haben. Sie weisen in allen drei Bereichen (Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung) die geringste Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung auf. Zum Vergleich: Während weniger als die Hälfte (45,3 Prozent) der Menschen in Nordrheinwestfalen, eine inadäquate, oder problematische Gesundheitskompetenz haben, sind es bei den Älteren ohne Migrationshintergrund schon fast zwei Drittel (64 Prozent) und vier von fünf (82 Prozent) bei jenen mit Migrationshintergrund. Das Ausmaß des Unterschiedes zwischen der Allgemeinbevölkerung und der Gruppe der Älteren – mit und ohne Migrationshintergrund – überraschte selbst die Wissenschaftler/innen.

Tabelle 2: Anteil der Älteren (65 bis 80 Jährige) mit problematischer/inadäquater Gesundheitskompetenz. Im Vergleich dazu die Gesamtbevölkerung von Nordrheinwestfalen (NRW)

	Prävention	Gesundheitsförderung	Krankheitsbewältigung
Ältere gesamt	66,1%	74,6%	61,3%
mit MH	73,6%	81,5%	69,9%
ohne MH	58,6%	67,7%	52,8%
Bevölkerung (NRW)	36,9%	52,6%	41,6%

MH = Migrationshintergrund
 Quelle: Quenzel/Schaeffer (2016) Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen.
 Bielefeld: Universität Bielefeld.

Was brauchen Menschen im Alter, um Gesundheitsinformationen zu verstehen und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen?

Ziele

Die Autorinnen der Studie haben Handlungsempfehlungen in Bezug auf Ältere abgeleitet, die sich in folgende sechs Punkte zusammenfassen lassen:

- Gesundheitsinformationen, Entscheidungshilfen und Beratungsangebote verständlich formulieren und in leichter Sprache anbieten.
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientin-nen/Patienten und das Thema langfristig in der Ausbildung aller Gesundheitsprofessionen verankern.
- Gestaltung von Beipacktexten: Die wichtigsten Botschaften sollten im Text leicht erkennbar sein.
- Kennzeichnung der Inhaltsstoffe von Lebensmitteln: Direkte, graphisch ansprechend visualisierte Lösungen sollten die wichtigsten Botschaften erkennbar machen.
- Die Navigationsmöglichkeiten durchs Gesundheitssystem vereinfachen.
- Gut aufbereitete Information in den von Älteren häufig genutzten Medien anbieten. Das sind Fernsehen, Radio und Zeitschriften.

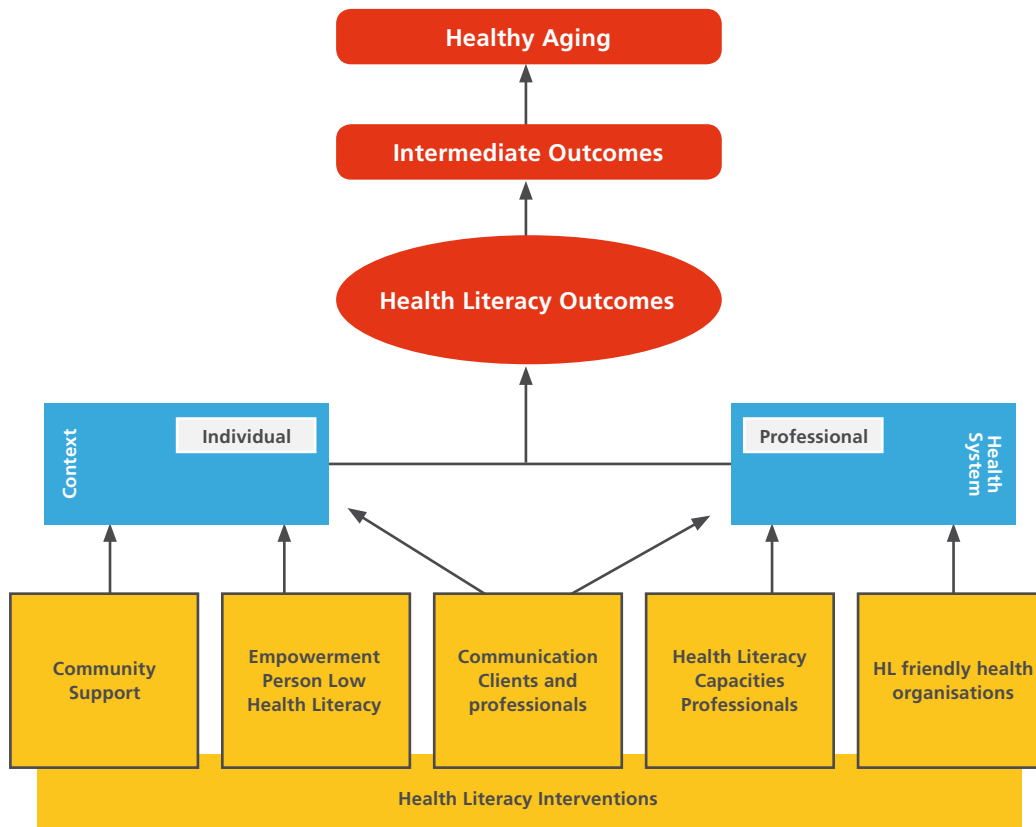
Auch das EU-Projekt IROHLA (Intervention Research On Health Literacy among Ageing population) hat sich die Frage gestellt, welche Projekte für ältere Menschen – zur Stärkung der Gesundheitskompetenz – besonders vielversprechend sind. Aus einer Vielzahl europäischer Maßnahmen wurden 20 erfolgreiche systematisch geprüft und identifiziert, mit dem Ziel, Empfehlungen für Politik und Praxis auszusprechen.

Für Organisationen priorisiert IROHLA folgende fünf Maßnahmenebenen (Grafik 2) für erfolgreiche Interventionen:

- **„Door Opener“** finden (z. B. Peers und bestehende Netzwerke, um die individuelle Gesundheitskompetenz älterer Menschen zu stärken.)
- **Empowerment-Angebote für Ältere** mit geringer Gesundheitskompetenz nützen (z. B. M- und E-Health Lösungen zur Unterstützung anwenden, Maßnahmen zur Steigerung des Selbstwertgefühls in Selbstmanagementprogramme bei chronisch Kranken integrieren etc.)
- **Unterstützer/in** in psychosozialen und medizinischen Betreuungsangeboten identifizieren (z. B. Verbesserung der Lese- und Schreibkompetenz Älterer durch Familie, Pflegedienste, Angebote in der Gemeinde etc.)
- **Gesprächsführung und Kommunikation** verbessern von Mitarbeiter/innen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (z. B. durch Gesundheitskompetenzschulungen, Kommunikationsschulungen etc.)
- **Kommunikationsfähigkeit der Älteren** stärken (z. B. Ask Me 3...)
- **Zugang zum Gesundheitssystem** erleichtern (z. B. Health Literate Hospitals...)

Als wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Umsetzung einer Gesundheitskompetenzmaßnahme wurde außerdem angegeben, dass das Ansetzen auf mehreren Ebenen essentiell ist. Diese sind idealerweise sowohl im Bereich der individuellen Gesundheitskompetenz, als auch im strukturellen, organisationalen Bereich angesiedelt (siehe Grafik 2 „individual“ – „professional“).

Grafik 2: Die fünf Maßnahmenebenen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen.



Quelle: IROHLA consortium 2015

Mit den Augen politischer Entscheidungsträger betrachtet bietet die Stärkung der Gesundheitskompetenz Älterer dem Gesundheitssystem mehrere Vorteile, so der Policy Brief des Konsortiums (IROHLA 2015):

1. Mehr gesunde Lebensjahre für ältere Menschen,
2. ein verbesserter Umgang mit chronischen Erkrankungen,
3. gesteigerte Adhärenz bei medizinischen Behandlungen.
4. Dadurch wird das Gesundheitssystem effektiver.
5. Es bietet einen niederschweligen Zugang
6. und ist dadurch besser nutzbar.
7. Es trägt so zu mehr Chancengerechtigkeit bei
8. und leistet einen Beitrag zum gesunden Altern

Welche Handlungsfelder gibt es in Österreich?

Ziele in Österreich

Die priorisierten Schwerpunkte der ÖPGK zielen in einem ersten Schritt darauf ab, dass Gespräche und Gesundheitsinformationen so geführt werden bzw. aufbereitet sind, dass diese auch für Ältere leicht verständlich sind. Organisationen wie zum Beispiel Primärversorgungseinheiten, Krankenhäuser, Hausarztpraxen oder Sozialversicherungen zeigen Interesse an der Umsetzung und erste Partner/innen sind gefunden.

In der Praxis, auf Systemebene heißt das unter anderem, einen niederschweligen und nutzerfreundlichen Zugang zu den Gesundheitsservices zu ermöglichen und auf der organisationalen und individuellen Ebene die Gesundheitskompetenz von Mitarbeiterin-nen/Mitarbeitern und von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz zu schulen. Zwei Projekte, die sich hier in Umsetzung befinden sind zum Beispiel Gesundheitskompetenz Coachings und die telefonische Gesundheitsberatung.

Gesundheitskompetenz Coachings (Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz)

Patientenaufenthalte werden genutzt, um die Gesundheitskompetenz von Älteren, chronisch Kranken und soziodemografisch Benachteiligten durch nützliche Tipps zu stärken. Das Pilotprojekt von 2015 wurde evaluiert und weiter entwickelt, so das Handbuch „Gesundheitskompetenz- Coaching“ (Bencic 2017). Das Konzept beinhaltet:

- Coachings im Rahmen stationärer Aufenthalte in Einrichtungen der Sozialversicherung (SV), wie Kur, Reha etc.
- Zwei jeweils eineinhalbstündige Gruppencoaching-Termine, durchgeführt von speziell geschulten SV-Mitarbeiterinnen oder -Mitarbeitern, mit optimaler Weise acht bis zehn Teilnehmenden.
- Das Coaching wird durch einen Folder begleitet. In diesen Folder werden auch die persönlichen Gesundheitskompetenz-Ziele der Teilnehmenden eingetragen.
- Kurz-Evaluation der Intervention durch die oben genannten SV-Mitarbeiterinnen/-Mitarbeiter im Rahmen des Coachings (mit minimalem Aufwand, mittels weniger, standardisierter Fragen).

„Wenn's weh tut! 1450“ – die telefonische Gesundheitsberatung (niederschwellige Orientierungshilfe)

Diese läuft seit 2017 als Pilotprojekt in Wien, NÖ und Vorarlberg. Sie bietet schnelle Hilfe bei Gesundheitsfragen und ist ein persönlicher Wegweiser durch das Gesundheitssystem, da die Anrufer/innen dorthin geleitet werden, wo Sie im Moment die beste Betreuung erhalten. Kooperationspartner sind BMASGK, Hauptverband der Sozialversicherungsträger sowie die Länder Wien, Niederösterreich und Vorarlberg.

Eine verbesserte Gesprächsqualität im Gesundheitssystem

Für Ältere ist die Hausärztin/der Hausarzt mit Abstand die wichtigste Ansprechperson (Quenzel/Schaeffer 2016). Gleichzeitig haben fast 20 Prozent der Älteren ohne Migrationshintergrund Schwierigkeiten zu verstehen, was ihnen die Ärztin/der Arzt sagt. Bei älteren Migrantinnen/Migranten sind es sogar mit knapp 40 Prozent mehr als ein Drittel. „Das deutet an, dass hier erhebliche Kommunikationsprobleme bestehen“, so die Analyse.

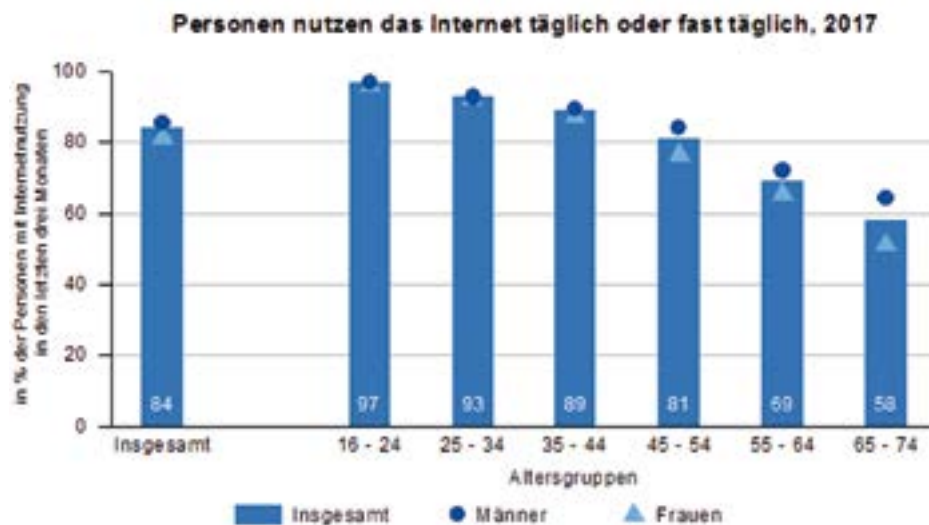
Um die Kommunikation, konkret die Gesprächsführung, zu verbessern, braucht es Trainings. Bis Ende 2018 werden in Österreich deshalb 19 Kommunikationstrainer/innen für Train the Trainer – Modelle ausgebildet, die dann dem österreichischen Gesundheitssystem zur Verfügung stehen werden. Die Ausbildung erfolgt nach internationalen Standards (EACH zertifiziert). Basis dafür ist die Ende 2016 veröffentlichte Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität im Krankensystem (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen jetzt BMASGK2016).

Gute, verständliche Gesundheitsinformationen auch im Internet

„Dr. Google“ gewinnt auch bei Älteren zunehmend an Bedeutung. Bereits heute ist in Österreich mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen fast täglich im Internet (Statistik Austria 2017) (siehe Grafik 3). Die Gute Gesundheitsinformation Österreich (2017) bietet dazu mit 15 Qualitätskriterien erstmals Standards für die Praxis, um leicht verständliche und wissenschaftlich abgesicherte Gesundheitsinformationen zu verfassen – auch im Internet. Sie richtet sich an Personen und Organisationen, die schriftliche oder audiovisuelle Informationen zu Gesundheit und Krankheiten herausgeben, finanzieren, verfassen und verbreiten.

Ein Umsetzungspartner der Guten Gesundheitsinformation Österreich ist gesundheit.gv.at. Die neutrale Informationsplattform für Gesundheitsfragen bereitet verstärkt Gesundheitsinformationen leicht verständlich, niederschwellig und evidenzbasiert auf.

Grafik 3: Internetnutzung der österreichischen Bevölkerung



Quelle: Statistik Austria, Europäische Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten 2017, Erstellt am 18.10.2017 – Befragungszeitpunkt: April bis Juni 2017.

Diskussion

Seit der Publikation der HLS-EU 2012 ist viel geschehen. Sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene hat das Thema Gesundheitskompetenz – auch in Bezug auf Ältere – an Bewusstseinsbildung und Stellenwert gewonnen. In Deutschland und in der Schweiz wurden z. B. entsprechende Allianzen gegründet. In Österreich innerhalb der Gesundheitsreform, das Gesundheitsziel 3 –Stärkung der Gesundheitskompetenz – definiert und die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz aufgebaut. Das Verständnis besteht, die ersten Strukturen sind geschaffen. Nun gilt es, in den kommenden Jahren die ersten von der Wissenschaft erstellten Empfehlungen wirkungsstark in Umsetzung zu bringen.

Dabei sind mehrere Herausforderungen zu sehen:

Eine Herausforderung liegt darin, dass das Thema Gesundheitskompetenz in Europa in der Forschung noch relativ jung ist. Während Health Literacy international – vor allem in den USA und Australien – gut beforscht ist, bedarf es für Europa noch weiterer Studien, da die Unterschiede im Gesundheitssystem, in der Bevölkerungsstruktur oder den Bildungseinrichtungen groß sind. Insbesondere in Bezug auf Wirkmechanismen, vulnerable Gruppen und den ökonomischen Nutzen von Gesundheitskompetenz bestehen Lücken.

Eine weitere Herausforderung liegt in der Mehrdimensionalität von Gesundheitskompetenz. Sie betrifft alle Lebensbereiche und somit viele Politikbereiche und ist auf das Zusammenwirken mehrere Systempartner/innen angewiesen. Das heißt, die Stärkung der Gesundheitskompetenz hängt von der Umsetzung der gelebten Health in All Policies ab. Partnerschaften zwischen Gesundheit, Bildung, Sozialem oder Umwelt sind nicht nur wünschenswert, sondern für große, nachhaltig erfolgreiche Projekte notwendig.

Gesundheitskompetenz ist eine Gesundheitsdeterminante und variabel. In Bezug auf Ältere ist hier zum Beispiel das Zusammenspiel von kommunalen Strukturen (z. B. Mobile Pflege) mit sozio-ökonomischen Faktoren (Pension, Altersarmut) und Erwachsenenbildung (lebenslanges Lernen) verknüpft. Somit handelt es sich um ein Querschnittsthema, das sowohl mehrere politische als auch alle Public Health Bereiche betrifft.

Quellen

- Bencic, W. (2017): Gesundheitskompetenz-Coaching, Handbuch für die Sozialversicherung. Wien
- Berben, L.; Dobbels, F.; Engberg, S.; Hill, M.; De Geest, S. (2012). An Ecological Perspective on Medication Adherence. *Western Journal of Nursing Research* 34 (5).S. 635-653.
- BMASGK, Wien (2012): Gesundheitsziele Österreich. Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/links-publikationen-deutsch>
- BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht. <http://www.health-literacy.eu>
- IROHLA consortium (2015): Policy Brief for Health Organizations. Health Literacy for Healthy Aging. IROHLA consortium, Groningen
- IROHLA consortium (2015) Health Literacy in the older population. How it can contribute to sustainable health systems. Brief for policy makers in EU member states. IROHLA consortium 2015, Groningen
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. <https://oepgk.at/die-oepgk/gesundheitsziel-3> (9. 3. 2018)
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. <https://oepgk.at/die-oepgk/schwerpunkte/gute-gesundheitsinformation-oe> (9. 3. 2018)
- Quenzel, G.; Schaeffer, D. (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Universität Bielefeld
- Statistik Austria (2014): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=714
- Statistik Austria (2016): Bevölkerungsprognose 2016–2080 für Österreich und die Bundesländer. Wien
- Statistik Austria (2017): Europäische Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten. Wien



Foto: Fotolia.com

5.2 Ein Thema für die (neue) Primärversorgung: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter?!

*Lisa Weidinger / Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie;
Susanna Finker / Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen;
Judith Goldgruber / Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie*

Einleitung

Nicht alle Menschen in Österreich – wie in anderen Teilen der Welt auch – haben die gleichen Chancen, gesund alt zu werden. Das liegt an verschiedenen Faktoren, etwa an ihrer unterschiedlichen Gesundheitskompetenz, am Einkommen, am Geschlecht und anderem mehr.

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen erreichen ebenso nicht alle Menschen gleichermaßen. Es ist vielfach von den privaten finanziellen Möglichkeiten, aber auch der eigenen Sozialisation abhängig, welche Angebote man wahr- und annimmt bzw. annehmen kann.

Dieser Beitrag verbindet wissenschaftlichen Input zum Thema Gesundheitsförderung und Alter und gesetzliche Grundlagen in der „Primärversorgung neu“. Vor allem aber soll dazu angeregt werden, die Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch das Potential der Gesundheitskompetenz in der „Primärversorgung neu“ zu reflektieren und weiter zu diskutieren. Warum in diesem Sammelband zum Thema Alter(n)? Weil zu den er-

klärten Zielgruppen der „Primärversorgung neu“ alte Menschen zählen und jene, die unter chronischen Krankheiten leiden oder multimorbid sind. Für diese Zielgruppen und ihre oft komplexen Situationen bieten die multiprofessionellen Teams in den neu entstehenden Primärversorgungseinheiten gute Chancen.

Zum Einstieg – Ein Fallbeispiel

Frau Gruber, 81 Jahre alt, lebt alleine bei gutem Allgemeinzustand in ihrer Wohnung in Graz. Sie ist in letzter Zeit häufiger gestürzt. Durch die Sturzgeschehen ist sie ängstlich geworden und geht nicht mehr so oft wie früher außer Haus.

Sie wendet sich telefonisch an das neue Primärversorgungszentrum (kurz: PVZ), das unlängst im Bezirk Gries eröffnet wurde. Eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) meldet sich am anderen Ende der Leitung. Frau Gruber berichtet über ihre Stürze und ihre Angst, das Haus zu verlassen. Die DGKP erfragt weitere wichtige Informationen zum Sozial- und Wohnstatus von Frau Gruber sowie zu den Stürzen. Im Anschluss an ihren präventiven Hausbesuch bei Frau Gruber erstellt sie einen individuellen Versorgungsplan für sie, der Empfehlungen wie „Bewegungsrezepte“ zur Förderung der körperlichen Aktivität oder Tipps zur Wohnraumanpassung für ein längeres Verbleiben im Privathaushalt enthält und darüber hinaus Maßnahmen zur Steigerung der Selbstmanagementkompetenzen von Frau Gruber auflistet.

Die DGKP vereinbart einige Tage später einen Beratungstermin für Frau Gruber mit einer Physiotherapeutin im PVZ Gries, das nur zwei Busstationen von der Wohnung der alten Frau entfernt und – weil „age-friendly“ (WHO 2008) – für diese gut erreichbar ist. Die Physiotherapeutin klärt Frau Gruber über Hilfsmittel im Alltag auf und verzeichnet das Passende im Versorgungsplan. Frau Gruber entscheidet auf Empfehlung der Therapeutin, einen Rollator anzukaufen. Ehe sie in das Sanitätshaus geht, wird sie im PVZ von einem Sozialarbeiter über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten beraten. Der Sozialarbeiter weist Frau Gruber auch auf die nächste geriatrische Konsiliarstunde hin, in der die Hausärztin Frau Grubers Medikamentenliste gemeinsam mit einem Geriater besprechen möchte. Frau Gruber ist motiviert, sich bis dahin Gedanken darüber zu machen, was sie aktiv dazu beitragen könnte, ihre (gute) Lebensqualität zu erhalten. Als „mündige Patientin“ ist sie sich der Eigenverantwortung für ihre Gesundheit bewusst. Ganz nebenbei steigert sie hierdurch ihre Gesundheitskompetenz und liefert wichtige Informationen für ihre weitere gesundheitliche Versorgung.

Die kompetente Beratung und die professionellen Empfehlungen des multiprofessionellen Teams im PVZ Gries tragen dazu bei, dass Frau Gruber weiterhin selbstständig in ihrem Privathaushalt leben und mithilfe des Rollators im Alltag besser zurechtkommen kann. Frau Grubers Vorteil als Patientin des PVZ: ganzheitliche Betreuung und Beratung in Wohnortnähe, Vermeidung rezidivierender Stürze, Förderung der Lebensqualität, altersgerechte Strukturen.

(Warum) Gesundheitsförderung und Prävention im Alter?

Gesundheitsförderung und Prävention spielen im österreichischen Versorgungssystem – wie in den Versorgungssystemen der meisten Länder – eine strukturell untergeordnete Rolle. Die starke Ausrichtung auf Kuration und Therapie von Krankheiten lässt unser Versorgungssystem jedoch zunehmend an seine Grenzen stoßen: Die finanziellen Belastungen sind erheblich, das Krankheitsspektrum verändert sich zunehmend in Richtung chronische Krankheiten, die, weil nicht heilbar, durch kurative Interventionen nur wenig zu beeinflussen sind. Altersassoziierte Erkrankungen (insbesondere Demenz) nehmen zu und damit einhergehend, eine dauerhafte Angewiesenheit der Betroffenen auf das gesundheitliche Versorgungssystem, das Sozialsystem und ihr soziales Umfeld. Ein modernes gesundheitliches Versorgungssystem, das in der Lage ist, Probleme, wie die hier skizzierten, zu lösen, verknüpft Gesundheitsförderung und Prävention als „konstitutive Komponente(n) aller übrigen Versorgungssegmente“ (Hurrelmann et al. 2014, 22) mit Kuration und Therapie sowie Rehabilitation und Pflege in einem eng verflochtenen Gesamtsystem (ebd.).

Abgeleitet von der Definition von Gesundheit im Alter des Sachverständigenrats für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2001 ergeben sich vier Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter (Kruse 2014), die (auch) für die österreichische Primärversorgung als handlungsleitend anzusehen sind: (1) das Erhalten einer aktiven, selbstständigen Lebensführung, (2) das Erhalten körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit, (3) das Vermeiden körperlicher und psychischer Erkrankungen und (4) das Aufrechterhalten eines angemessenen Unterstützungssystems (ebd.).

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sind aussichtsreich, wenn sie in der sozialräumlichen Lebenswelt einer Bevölkerungsgruppe verankert sind und von dieser mitgestaltet werden können (Setting-Ansatz). Die Kompetenz, auf eigene Initiative Informationen rund um die Gesundheit und Anleitungen etwa zum Umgang mit Krankheiten zu erhalten (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2017), hängt hiermit zusammen und gewinnt im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten zunehmend an Bedeutung. Für Health Professionals ergibt sich die Herausforderung, ihre Klientinnen/Klienten auf die Eigenverantwortung als „mündige Patientinnen/Patienten“ vorzubereiten und bei Bedarf unterstützende Leistungen anzubieten (Hurrelmann et al. 2014). Beispielsweise durch präventive Hausbesuche können unentdeckte körperliche, psychische und soziale Probleme rechtzeitig erkannt werden (Kruse 2014); ein längeres Verbleiben im Privathaushalt wird gefördert, wie im Fallbeispiel (siehe oben) skizziert. Ein geradezu optimales Setting für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sind somit die Primärversorgungseinheiten (PVE).

(Warum) Gesundheitsförderung und Prävention in der Primärversorgung neu?

In der aktuellen Gesundheitsreform ist die Stärkung der Primärversorgung ein erklärtes Ziel, das (nach intensiven Vorarbeiten) im Sommer 2017 auch mittels Gesetz untermauert wurde. Das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz (kurz: GRUG) enthält in Artikel 1 das Primärversor-

gungsgesetz (kurz: PrimVG). Dort wird klar festgehalten, dass es besondere Kompetenzen benötigt, insbesondere für die Versorgung älterer Personen sowie chronisch kranker und multimorbider Patientinnen/Patienten (Primärversorgungsgesetz § 5 Abs 1 Zi 3).

Diese Aufgaben erfordern jedenfalls ein Team an Expertinnen/Experten aus verschiedenen Gesundheitsberufen, die gemeinsam eine sinnvolle Versorgung gewährleisten. Das Besondere an den neuen Primärversorgungseinheiten ist auch die Einbeziehung von Gesundheitsförderung und Prävention als wichtige Bausteine. Im Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ (BMG 2014) kommt die Gesundheitskompetenz als wichtiger Baustein vor, im Gesetz fehlt er jetzt leider.

Da die Förderung der Gesundheitskompetenz einen hohen Stellenwert innerhalb des Gesundheitssystems einnimmt (Ziel 3 der Österreichischen Gesundheitsziele, BMGF 2017), bleibt zu hoffen, dass sich die Stärkung der Gesundheitskompetenz in den Versorgungskonzepten der neuen Primärversorgungseinheiten¹ (kurz: PVE) als eigener Punkt wiederfindet und nicht unter die Gesundheitsförderung subsummiert wird.

Ausflug in die Praxis

Aus Erfahrungen in regelmäßigen Diskussionen innerhalb des Österreichischen Forum Primärversorgung kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Krankenversorgung (oder noch besser: im Rahmen der Krankenversorgungsstrukturen) für viele Beteiligte noch Neuland sind. Das betrifft nicht zuletzt die Frage der Finanzierung. Welche Maßnahmen genau zu treffen sein werden und ob Gesundheitsförderung nicht nur Lebensstilberatungen, sondern auch – darüber hinausgehend – regionsbezogene Gemeinwesenarbeit für die zu versorgende Bevölkerung beinhalten wird, ist sicher noch zu diskutieren (Klein et al. 2017). Die Frage „Wer bezahlt was?“ steht dabei immer im Raum, denn Gesundheitsförderungsmaßnahmen enden eben nicht an der Eingangstüre eines Primärversorgungszentrums.

Zusammenführung und Umsetzungsvorschläge

Hinsichtlich der demografischen Entwicklung und der eindeutigen Präferenz der österreichischen Bevölkerung, in den eigenen vier Wänden alt zu werden (BMASK 2015), überrascht es nicht, dass die österreichische Primärversorgung der Zukunft Gesundheitsförderung und Prävention als wesentliche Aufgabenbereiche ansieht (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Auf Ebene der Patientinnen/Patienten erhöht eine ganzheitliche Gesundheitsförderung im Alter nachweislich die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Menschen (65+) in guter Gesundheit und hoher Lebensqualität lange selbstständig zu Hause verbleiben können. Auf Systemebene trägt sie dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu verringern bzw. zu verzögern und damit den prognostizierten Kostenanstieg für das Gesundheits- und Sozialsystem zu dämpfen (Weber et al. 2016; WHO 2015).

1 Primärversorgungseinheiten können lt. gesetzlicher Definition Primärversorgungszentren ODER –netzwerke sein. Aktuell geht man davon aus, dass Zentren eher in städtischen Räumen, Netzwerke eher in ländlichen Regionen entstehen werden. Es gibt aber keine gesetzliche Vorgabe, die das eine oder das andere zwingend für eine Region vorschreibt.

Ein Blick über den österreichischen Tellerrand zeigt, dass die am besten entwickelten und akzeptierten Primärversorgungssysteme Europas in England, den Niederlanden sowie in Finnland zu finden sind (Kringos 2012). Allen gemein ist, dass Primärversorgungszentren eine allgemein leicht zugängliche Kontaktstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung sind, in welcher multiprofessionelle Teams tätig sind (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz § 3 Z 7). Wichtige Elemente der Primärversorgung sind die Koordination von Leistungen, eine kontinuierliche Versorgung, moderne Kommunikationsmethoden (unter anderem E-Terminvereinbarung, Telemedizin) und aufsuchende Dienste (Bundesministerium für Gesundheit 2014; Czypionka/Ulinski 2014).

Vor allem die Angebote von präventiven Hausbesuchen, aufsuchender Beratung und Telemedizin (Czypionka/Ulinski 2014; Cylus et al. 2015) der europäischen Vorzeigeländer scheinen für ältere Menschen aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen eine große Entlastung zu sein. Relevante lebensstilbezogene Interventionen zur Gesundheitsförderung, wie zum Beispiel Gesundheitsberatung, motivierende Gesprächsführung sowie Gesundheitsrisikoeinschätzung/-abschätzung führen dabei zu einer Steigerung ihrer individuellen Ressourcen sowie einer Stärkung ihrer Gesundheitspotenziale (Klein et al. 2017).

In Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen ist es besonders wichtig, das Konzept der „Age-friendly Primary Health Care Centres“ der WHO (2008) bei der Planung und Implementierung von Primärversorgungseinheiten in Österreich zu berücksichtigen. Auf personeller Ebene bedeutet dies, dass das gesamte Personal der PVE im Umgang und in der Kommunikation mit älteren Menschen geschult sein sollte. Empfehlungen auf struktureller Ebene beinhalten, dass bei der Terminvergabe sichergestellt wird, dass Termine für ältere Menschen nicht zu knapp bemessen werden, da diese in der Regel ein wenig mehr Zeit in Anspruch nehmen als Termine mit jüngeren PatientInnen/Patienten. Auch Terminerinnerungen als Serviceleistung der PVE für ältere Menschen sind sehr wichtig, um sicherzustellen, dass Termine eingehalten werden. Bei baulichen Maßnahmen sollte ein besonderes Augenmerk auf Barrierefreiheit, Handläufe, ausreichend Sitzgelegenheiten sowie geräumige Toiletten gelegt werden.

Ableitungen für die Gesundheitsförderung

Der Beitrag soll verdeutlichen, dass Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ein zentrales Thema für die (neue) Primärversorgung sind und sein müssen. Abgeleitet von den acht von Haisch (2014, 294) formulierten Merksätzen für eine ambulante Prävention und Gesundheitsförderung beschließen wir diesen Beitrag mit folgenden Forderungen an die (neue) Primärversorgung in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention: (1) PVE müssen als Orte für Gesundheit im Bewusstsein der alten Menschen ausreichend etabliert werden, (2) in PVE tätige Health Professionals müssen für kompetente Gesundheitsförderung und Prävention ausreichend ausgebildet werden, (3) der Nutzen langfristiger Gesundheitsziele muss in PVE höher gewichtet werden als der kurzfristige, (vermeintliche) Nutzen von Risikoverhaltensweisen (Anm. Hrsg. z. B. die Entspannungszigarette), (4) in PVE müssen gut evaluierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme inklusive systematischer Programmnachsorge angeboten werden, (5) Gesundheitsförderung und Prävention in PVE dürfen nicht ein Angebot für finanziell besser Gestellte sein, sondern müssen Menschen mit niedrigem sozialem und ökonomischem Status gleichermaßen erreichen, (6) Gesundheitsmaßnahmen in PVE müssen durch eine

„gesunde Zukunft“ in guter Lebensqualität motivieren, (7) PVE müssen den (Mehr-)Aufwand für Prävention und Gesundheitsförderung realistisch kalkulieren, (8) in PVE realisieren gleichberechtigte multiprofessionelle Teams, bestehend aus medizinischen und nicht-medizinischen Professionen, gelingende ambulante Gesundheitsförderung und Prävention.

Quellen

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> (6. 9. 2017)

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsziele Österreich. Wien. https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/06/gz_langfassung_de_20170626.pdf (15. 12. 2017)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (2015). Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. Wien. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=198> (15. 12. 2017)

Cylus, J.; Richardson, E.; Findley, L.; Longley, M.; O'Neill, C.; Steel, D. (2015): United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition* 17 (5). S. 1–125

Czypionka, T.; Ulinski, S. (2014): Primärversorgung. Endbericht. Studie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien, Wien

Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (2017). StF: BGBl. I Nr. 26/2017. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20009791/G-ZG%2c%20Fassung%20vom%2006.09.2017.pdf> (28. 11. 2017)

Haisch, J. (2014): Prävention und Gesundheitsförderung in der Arztpraxis. In Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 4. Aufl. Huber, Bern. S. 287–296

Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2014): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 4. Aufl. Huber, Bern. S. 13–24

Klein, C.; Pertl, D.; Rojatz, D.; Nowak, P. (2017): Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis. *Gesundheit Österreich GmbH, Wien*

Kringos, D. S. (2012): The strength of primary care in Europe. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf> (28. 11. 2017)

Kruse, A. (2014): Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 4. Aufl. Huber, Bern. S. 89–99

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2017): Gesundheitskompetenz: Was ist das? <https://oepgk.at/die-oepgk/gesundheitskompetenz> (15. 12. 2017)

Primärversorgungsgesetz (2017): StF: BGBl. I Nr. 131/2017. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20009948/PrimVG%2c%20Fassung%20vom%2018.12.2017.pdf> (15. 12. 2017)

Weber, D.; Abel, B.; Ackermann, G.; Biedermann, A.; Bürgi, F.; Kessler, C.; Schneider, J.; Steinmann, R. M.; Widmer Howald, F. (2016): *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz, Bericht 5. Bern und Lausanne

World Health Organization (2008): *Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit*. Switzerland. http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf (15. 12. 2017)

World Health Organization (2015): *World report on Ageing and Health*. Luxembourg. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 (15. 12. 2017)

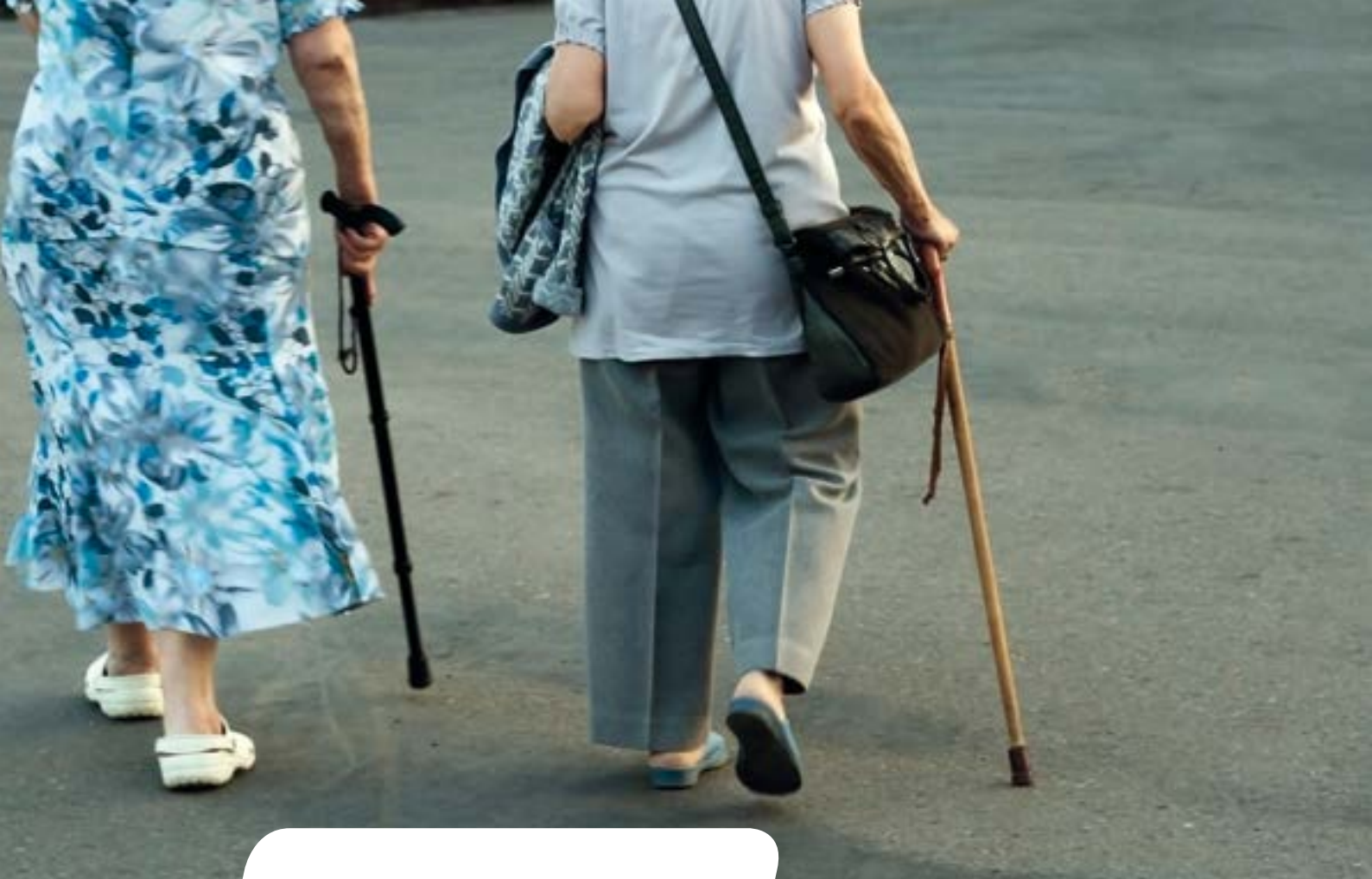


Foto: anashou/shutterstock

5.3 Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten

Christine Trischak / Competence Center Integrierte Versorgung

Einleitung/Hintergrund

Die österreichische Bevölkerung ist durch eine rückläufige Entwicklung der Geburtenrate bei gleichzeitiger Zunahme der Lebenserwartung geprägt. Das Zusammenspiel dieser beiden Faktoren bewirkt einen Anstieg des durchschnittlichen Alters der Bevölkerung.

Damit einher geht zum einen die generelle Zunahme von altersbedingten Erkrankungen und zum anderen nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, zeitgleich an mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden. In diesem Fall spricht man von Multimorbidität. Eine Abschätzung anhand der Abrechnungsdaten der Österreichischen Sozialversicherungsträger aus dem Jahr 2013 identifizierte in der Gruppe der ab 65-Jährigen über 600.000 Personen (46 Prozent), die von Multimorbidität, also von zumindest drei chronischen Erkrankungen, betroffenen sind. Hinzu kommen die Tatsachen, dass Multimorbidität mit steigendem Alter zunimmt (CCIV 2016, 73-74), dass sie vor allem die ärmeren Menschen einer Gesellschaft trifft und dass der kognitive Status der älteren Bevölkerung eine wichtige Rolle spielt (Roller-Wirnsberger 2016).

Von Bedeutung ist ferner, dass gegenwärtig ein Großteil der betreuungsbedürftigen Personen zu Hause versorgt wird (IG-Pflege 2017). Dabei sind gesellschaftliche Veränderungen zu bedenken, wie die Erwerbstätigkeit von Frauen, der Zerfall von traditionellen Familienstrukturen und die Tendenz hin zu Kleinfamilien (Steidl/Nigg 2014, 20-21). Angesichts der Ressourcenknappheit im österreichischen Gesundheits- und Sozialwesen kommt unter diesen Blickwinkeln einer integrierten Versorgung im Alter besondere Bedeutung zu, um eine gerechte Versorgung für alle Betroffenen sicherzustellen.

Zielsetzung

Das erarbeitete Versorgungsmodell definiert Rahmenbedingungen, die eine verbindliche und umfassende, patientinnen-/patientenzentrierte, proaktive und multidisziplinäre sowie sektorübergreifende koordinierte Versorgung gewährleisten soll. Das Modell wurde so angelegt, dass es sich sowohl für ländliche als auch für städtische Regionen eignet und flexibel hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen in der Versorgungslandschaft ist. Durch aktive Einbindung sollen Betroffene an ihrer Versorgung mitwirken, wodurch ihre Lebensqualität und ihre gesundheitlichen Ressourcen gefördert werden sollen.

Methodik und Vorgehensweise

Vor diesem Hintergrund wurde zunächst der Ist-Stand der Versorgung multimorbider Personen mittels zweier Datenanalysen auf der Grundlage der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 bzw. auf Basis der Abrechnungsdaten 2013 der Österreichischen Sozialversicherungsträger aus dem niedergelassenen Bereich beleuchtet und die Sichtweisen von Expertinnen und Experten involvierter Berufsgruppen erhoben. An Hand dieser methodischen Zugänge wurden zentrale Problembereiche identifiziert und mögliche Optimierungsansätze abgeleitet.

Daran anknüpfend sowie auf international bekannten Versorgungsansätzen aufbauend hat das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) im Auftrag der Österreichischen Sozialversicherungsträger und unter der Mitwirkung unterschiedlichster Berufsgruppen ein umsetzungstaugliches Versorgungsmodell für die wohnortnahe Primärversorgung entwickelt.

Das Versorgungsmodell

Multimorbidität im Alter bedeutet nicht nur, dass es um die Summe der diagnostizierten Einzelerkrankungen geht, sondern dass viele der älteren Patientinnen/Patienten, hervorgerufen durch den Altersprozess, geriatritypische Charakteristika mitbringen, bei denen es sich meist um multifaktoriell bedingte Symptomkomplexe handelt. Besonders häufig sind z. B. Gebrechlichkeit (Frailty), aber auch Polypharmazie bei geriatrischen Patientinnen/Patienten vertreten. Das sind Aspekte, die im ganzheitlichen (bio-psycho-sozialen) Versorgungsmanagement einen multiprofessionellen Ansatz erfordern, um vorhandene Ressourcen der Patientin/des Patienten zu nützen.

Multimorbidität und Zielgruppendefinition

Zielgruppe für das hier geschilderte Versorgungsmodell ist die multimorbide Patientin/der multimorbide Patient ab 65 Jahren mit einem komplexen Versorgungsbedarf.

In vielen Publikationen wird Multimorbidität als das „gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen“ definiert (CCIV 2016, 18, zitiert nach Kuhlmeier/Tesch-Römer 2013, 13 und SVR 2009, 251).

Für die Definition, die dem vorliegenden Versorgungsmodell zugrunde liegt, wurde zudem die NICE-Guideline herangezogen, die Multimorbidität ferner als einen lang anhaltenden Krankheitszustand (zumindest sechs Monate) definiert und den besonderen Begleitumstand der reduzierten Funktionalität bzw. der Funktionseinschränkung von älteren Menschen berücksichtigt und hervorhebt. Für die Identifikation der Zielgruppe für das Versorgungsmodell müssen zumindest zwei der in der mittleren Spalte von Tabelle 1 angeführten Bedingungen gegeben sein (NICE-Guideline 2016, 13-14).

Tabelle 1: Zielgruppendefinition



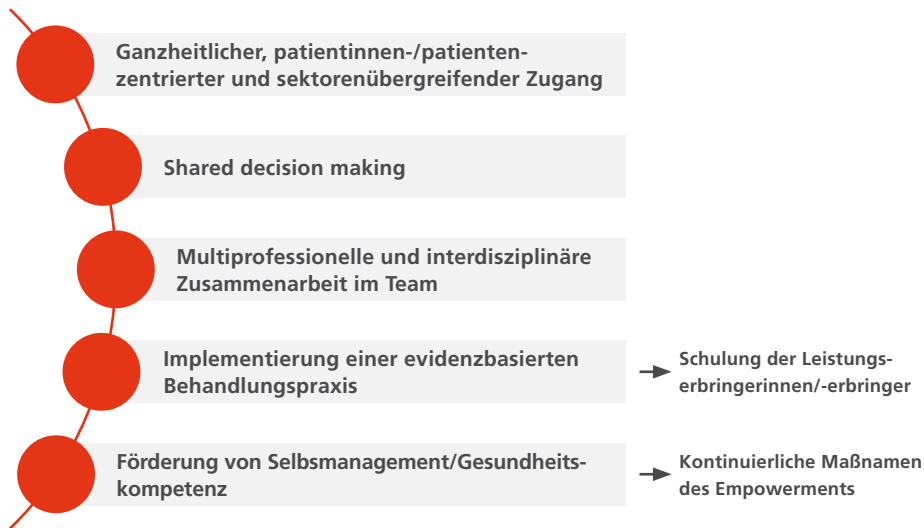
Die rezent erschienene S3-Leitlinie für Multimorbidität unterstreicht die oben genannte Definition; auch bei dieser rücken die Einzeldiagnosen in den Hintergrund. Für das hausärztliche Krankheitsmanagement greift die Leitlinie die Empfehlungen der NICE-Guideline auf und stellt das Arzt-Patienten-Gespräch in den Vordergrund (Leitlinie AWMF-Register-Nr. 053-047 2017, S. 9 und 22).

Ein komplexer Versorgungsbedarf besteht gemäß der dem Modell zugrunde liegenden Definition dann, wenn eine multimorbide Patientin/ein multimorbider Patient zumindest eines der in der rechten Spalte von Tabelle 1 genannten Kriterien erfüllt.

Grundprinzipien der Versorgung

Das konzipierte Versorgungsmodell beruht auf international empfohlenen Versorgungsprinzipien, wie Abbildung 1 zeigt.

Abbildung 1: Grundprinzipien der Versorgung im Versorgungsmodell



Patientinnen-/Patientenzentrierung ist eine Kernkompetenz in der Betreuung und Behandlung von Personen mit chronischer Erkrankung (WHO 2005, S. 20) und somit auch wesentlich in der Versorgung multimorbider Patientinnen/Patienten. Eckpfeiler für einen patientinnen-/patientenzentrierten Zugang sind eine effektive, patientinnen-/patientenzentrierte Kommunikation, die Unterstützung zum und von Selbstmanagement, Hilfestellungen zu gesundheitsfördernden Maßnahmen und die Förderung von Eigeninitiative (WHO 2005, 21-24). Patientinnen-/Patientenzentrierung bedeutet Berücksichtigung und individuelles Eingehen auf unterschiedliche Präferenzen, Bedarfe, Bedürfnisse und Werte der einzelnen Patientin/des einzelnen Patienten (Tang et al. 2016, 2-4). Zudem ist es wesentlich, die Patientin/den Patienten auch sektorenübergreifend zu betreuen, wozu integrierte Versorgung einen wesentlichen Beitrag leistet.

Das Prinzip des „**Shared decision making**“ nimmt eine wesentliche Stellung in der patientinnen-/patientenzentrierten Versorgung ein (Barry/Edgman-Levitan 2012, 780-781). Zur gemeinsamen Entscheidungsfindung sollen in Beratungsgesprächen Wahlmöglichkeiten und Alternativen geboten werden (Elwyn et al. 2012, 1361-1367). Die aktive Beteiligung und Teilhabe der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Angehörigen kann die Patientinnen-/Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Versorgung erhöhen, das Vertrauen der Patientin/des Patienten stärken, zu einer Verbesserung der Therapietreue führen (Holman/Lorig 2000, 526-527) und letztlich auch zu verbesserten Outcomes beitragen (Saultz/Lochner 2005, 159-166).

Basis für eine effektive, bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen ist zudem eine gute **Zusammenarbeit** aller beteiligten Berufsgruppen, also der **unterschiedlichen Professionen und Disziplinen**. Wesentlich für eine solche gute Zusammenarbeit sind Kooperation und Kommunikation (WHO 2005, S. 28). Im Modell sollen Direktkontakte mit Patientinnen/Patienten im zentralen Versorgungsteam und Fallkonferenzen im erweiterten Versorgungsteam dazu beitragen, eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team zu etablieren.

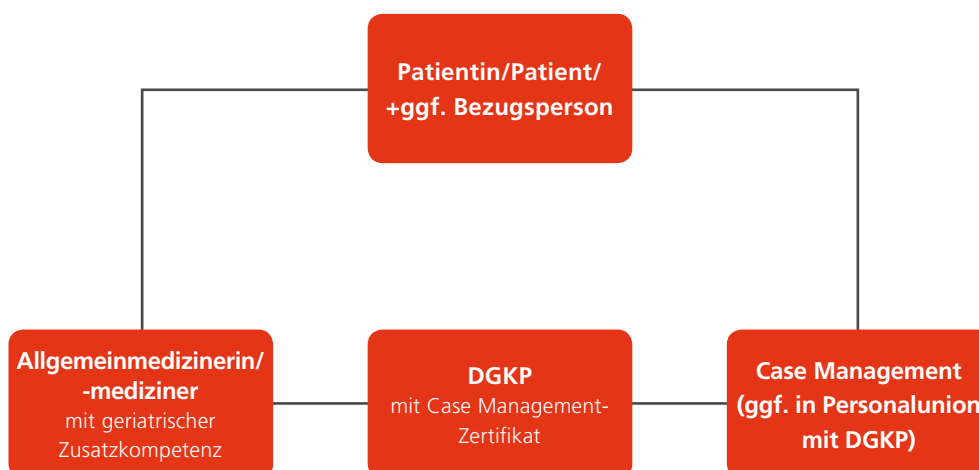
Evidenzbasierte Behandlungspraxis bedeutet, dass die einzelne Patientin/der einzelne Patient auf Basis der bestmöglichen Evidenz aus systematischer Forschung und unter Berücksichtigung der klinischen Expertise und Erfahrung sowie der Gesamtsituation der Patientin/des Patienten, unter besonderer Bedachtnahme auf ihre/seine individuellen Werte und Präferenzen, behandelt und betreut wird (Sackett et al. 1996, 71-72). Da die meisten Leitlinien krankheitsspezifisch sind und meist Altersgruppen nicht entsprechend berücksichtigt werden, besteht diesbezüglich ein Bedarf, Leitlinien mit geriatrischer Relevanz zu erstellen (KCG ohne Datum). Die Grundzüge der evidenzbasierten Behandlungspraxis hinsichtlich der geriatrischen Anforderungen sollten mit den Akteurinnen und Akteuren im Rahmen einer Schulung besprochen werden.

Durch Unterstützung des Selbstmanagements sollen Faktoren wie Fähigkeit (Wissen, Selbstvertrauen etc.), Verantwortung (Einstellung der Leistungserbringer/innen und der Patientin/des Patienten zur Verteilung der Verantwortung) und Motivation (Überzeugung/Erwartung der Patientin/des Patienten bzgl. Wirksamkeit des Selbstmanagements) gestärkt werden.

Modellstruktur und Versorgungsablauf

Die Versorgung der Patientin/des Patienten erfolgt primär durch ein zentrales Versorgungsteam (siehe Abbildung 2). Dieses baut auf der Logik der Organisation der Primärversorgung auf und setzt sich daher – analog zum Kernteam (BMG 2014, S. 15) der Primärversorgungseinrichtungen (PVE) bzw. der Primärversorgungsnetzwerke – aus einer Ärztin/einem Arzt für Allgemeinmedizin mit geriatrischer Zusatzkompetenz (Geriatriediplom der Österreichischen Ärztekammer) sowie einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) zusammen. Darüber hinaus kann optional eine Case Managerin/ein Case Manager notwendig sein, welche/r gegebenenfalls auch in Personalunion mit der DGKP agieren kann. Ist die DGKP gleichzeitig Case Managerin/Case Manager, benötigt sie für diese Funktion eine Case-Management-Ausbildung (Ausbildung zur zertifizierten Case Managerin/zum zertifizierten Case Manager). Im Modell kommt der DGKP zusätzlich eine zentrale Rolle im Rahmen des Patientinnen-/Patienten- und Angehörigen-Empowerments zu.

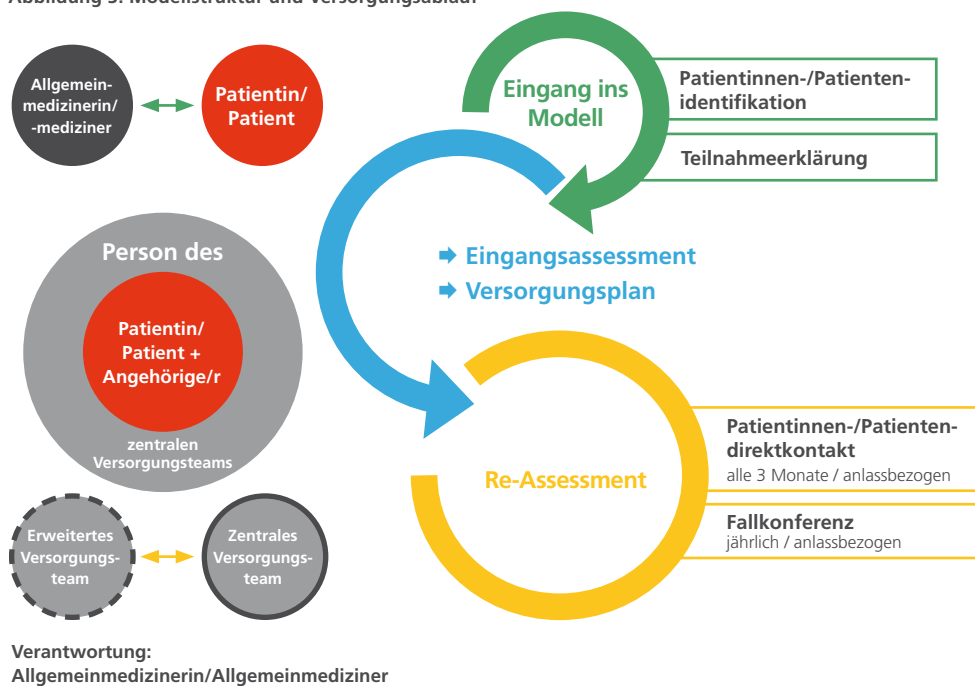
Abbildung 2: Zentrales Versorgungsteam



Um eine umfassende Betreuung zu ermöglichen, kann es darüber hinaus für die Versorgung der Patientin/des Patienten erforderlich und zweckmäßig sein, je nach regionalen Strukturen und Verfügbarkeiten, in Anlehnung an das PHC-Konzept (BMG 2014, S. 16) Co-Akteurinnen und -Akteure bzw. Institutionen und andere Versorgungs- und Unterstützungsangebote im Sinne eines erweiterten Versorgungsteams hinzuzuziehen.

Die/Der Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner steht bei der Versorgung Multimorbider als Erstkontakt (siehe Abbildung 3) und zentrale medizinische Ansprechperson im Mittelpunkt und ist zuständig für Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie. Die Allgemeinmedizinerin/Der Allgemeinmediziner mit geriatrischer Zusatzkompetenz hat die oberste Verantwortung im Versorgungsmodell. Die Durchführung der jeweiligen Tätigkeiten kann an die Akteurinnen und Akteure des zentralen Versorgungsteams – entsprechend ihren Qualifikationen – delegiert werden.

Abbildung 3: Modellstruktur und Versorgungsablauf



Sie/Er nimmt die Patientin/den Patienten offiziell ins Modell auf. Ihr/ihm obliegt die Verantwortung bezüglich der Durchführung und Dokumentation des Assessments (inklusive der Einschätzung, ob ein komplexer Versorgungsbedarf vorliegt, und der Abklärung, ob Case Management notwendig/möglich/gewünscht ist) sowie die Verantwortung über die Inhalte des Versorgungsplans und deren Dokumentation.

Durch ein bio-psycho-soziales geriatrisches Eingangsassessment (ganzheitlicher Zugang) soll die Patientin/der Patient in ihrer/seiner Gesamtheit standardisiert erfasst werden, wodurch ein systematischer Überblick über Einschränkungen und vorhandene Ressourcen gewonnen wer-

den kann. Basierend auf diesem Eingangsassessment wird in der Folge vom zentralen Versorgungsteam gemeinschaftlich mit der Patientin/dem Patienten ein individueller Versorgungsplan erstellt. Dabei steht die gemeinsame und gemeinschaftliche Entscheidungsfindung („shared decision making“) basierend auf den individuellen Bedürfnissen und den aus Sicht der Patientin/des Patienten (und ggf. der Bezugsperson) erstrebenswerten Outcomes im Zentrum. Im Versorgungsplan sollen zudem gemeinsam vereinbarte Ziele formuliert werden.

Während der weiteren Versorgung im Modell sind regelmäßige Re-Assessments inklusive Evaluierung des Versorgungsplans gegebenenfalls mit Adaptierungen bzw. Aktualisierungen des Versorgungsplans vorgesehen. Re-Assessments sollen sowohl in definierten zeitlichen Abständen als auch zusätzlich anlassbezogen (z. B. nach akutstationärem Aufenthalt oder auf Initiative der Akteurinnen und Akteure bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes) stattfinden. Im zentralen Versorgungsteam sollen Re-Assessments zumindest vierteljährlich durchgeführt werden. Bei diesen Quartalsterminen soll ein Direktkontakt mit der Patientin/dem Patienten erfolgen, gegebenenfalls mittels Hausbesuch durch die/den Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner bzw. die DGKP. Der aktuelle Status der Patientin/des Patienten soll ebenso vierteljährlich in einer gemeinsamen Besprechung im zentralen Versorgungsteam reflektiert werden, wobei der Versorgungsplan gemeinschaftlich evaluiert und gegebenenfalls – nach Rücksprache mit der Patientin/dem Patienten (und gegebenenfalls der Bezugsperson) – bei entsprechender Zustimmung adaptiert wird.

Wird eine Patientin/ein Patient zusätzlich von Akteurinnen/Akteuren des erweiterten Versorgungsteams betreut, so sollten diese, abhängig von der Betreuungsfrequenz im erweiterten Versorgungsteam, aber zumindest jährlich in den Prozess des Re-Assessments (idealerweise im Rahmen einer interdisziplinären, multiprofessionellen Fallkonferenz) involviert werden.

Begleitende Maßnahmen

Begleitende Maßnahmen sind für die

- laufende Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer/-innen,
- kontinuierliche Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten und Angehörigen (im Sinne des Empowerments) sowie
- das Qualitätsmanagement und eine Evaluierung des Versorgungsmodells vorgesehen.

Erste diesbezügliche Überlegungen wurden in multidisziplinär besetzten Arbeitsgruppen skizziert.

Ausblick

Das vorgestellte Versorgungsmodell repräsentiert eine Möglichkeit, der gestiegenen Versorgungskomplexität bei Multimorbidität im Alter auf der Versorgungsstufe der Hausärztinnen/-ärzte zu begegnen. Im Rahmen der solidarischen Pflichtversicherung könnte eine derartige Versorgungsmaßnahme sowohl wesentlich zur Chancengerechtigkeit als auch zur Förderung von Gesundheitsressourcen bei Betroffenen beitragen. Dazu braucht es ein entsprechendes Commitment aller Verantwortlichen und eine entsprechende geriatrische Kompetenz in der Primärversorgung. An dieser Stelle sei auf das Auslaufen des Additivfaches Geriatrie, das in der aktuellen Ärzteausbildungsordnung nicht mehr vorgesehen ist, hingewiesen, was einer adäquaten Versorgung der älteren und alten Bevölkerung insgesamt wenig dienlich erscheint.

Aufgrund der demografischen Gegebenheiten ist das Alter und die/der ältere bzw. alte Patientin/Patient im medizinischen Alltag allgegenwärtig und es reicht hier keinesfalls aus, entsprechende Spezialistinnen/Spezialisten in Spezialambulanzen oder Schwerpunktkrankenhäusern vertreten zu haben. Geriatrie und das entsprechende Fachwissen müssen vielmehr auch in der ersten Versorgungsebene entsprechend angesiedelt sein. Dem wird die im Modell geforderte geriatrische Kompetenz der Allgemeinmedizinerinnen/des Allgemeinmediziners in Form des ÖÄK-Diploms Geriatrie gerecht. Das bedeutet aber auch, dass nachgelagert eine darüber hinaus gehende vertiefende Expertise wünschenswert und notwendig ist.

Was das Commitment aller Verantwortlichen anbelangt, so ist zu hoffen, dass die derzeit eher unbefriedigende Situation im Hinblick auf eine entsprechende Verankerung der Geriatrie (als Additivfach oder ähnliches) in der Ärzteausbildung, kein Hemmschuh für eine Verankerung der Geriatrie bzw. entsprechender geriatrischer Kompetenz in der Primärversorgung wird. Denn eines gilt es nochmals zu betonen: Die Primärversorgung ist die erste „Andockstation“ der Patientinnen/Patienten und muss als solche für eine adäquate Versorgung spezieller Patientinnen-/Patientengruppen mit den entsprechenden Kompetenzen gerüstet sein.

Vor diesem Hintergrund sollte das konzipierte Versorgungsmodell in einem nächsten Schritt, um dessen universale Umsetzbarkeit zu prüfen, als Pilotprojekt – idealerweise in zwei unterschiedlichen Settings – implementiert werden. Vor einer Pilotierung sind jedenfalls Spezifizierungen diverser Begleitmaßnahmen (inklusive Arbeitsunterlagen), wie z. B. Assessment oder Empowerment, notwendig.

Quellen

- Barry, M. J.; Edgman-Levitan, S. (2012): Shared decision making – pinnacle of patient-centered care. In: New England Journal of Medicine 366 (9). S. 780–781
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“ – Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien
- CCIV (2016): „Rundum versorgt – Multimorbidität im Alter“. Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten – Analyse der Versorgungssituation und Ausarbeitung eines umsetzungstauglichen Versorgungsmodells für Österreich. Competence Center Integrierte Versorgung. Wien
- Elwyn, G.; Frosch, D.-W. et al. (2012): Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of general internal medicine 27 (10). S. 1361–1367
- Holman, H.; Lorig, K. (2000): Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. In: British Medical Journal 320. S. 526–527
- Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger (IG-Pflege) (2017): Pflegesituation in Österreich. https://www.volkshilfe.at/images/content/files/PK_IPA_04052017_Factsheet.pdf (3. 11. 2017)
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG): Leitlinien. http://www.kcgeriatrie.de/leitlinien_1.htm (ohne Datum)
- Leitlinie AWMF-Register-Nr. 053-047 (2017): Multimorbidität S3-Leitlinie. Berlin
- NICE-Guideline (2016): Multimorbidity: clinical assessment and Multimorbidity: clinical assessment and management
- Roller-Wirnsberger, R. (2016): Multimorbidität in einer alternden Bevölkerung – Braucht es gesellschaftliche Veränderungen? 10. Symposium Integrierte Versorgung 2016, Wien
- Sackett, D. L.; Rosenberg W. M. C.; Gray, J. A. M.; Haynes, B. R. W.; Richardson W. S. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: British Medical Journal 312. S. 71–72
- Saultz, J. W.; Lochner, J. (2015): Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. In: Annals of family medicine 3. S. 159–166
- Steidl, S.; Nigg, B. (2014): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 4., überarbeitete Auflage. Facultas WUV, Wien
- Tang, C.; Lorenzi, N.; Harle, C. A.; Zhou, X.; Chen Y. (2016): Interactive systems for patient-centered care to enhance patient engagement. Journal of the American Medical Informatics Association 23. S. 2–4.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2005): Preparing a health care workforce for the 21st century – The challenge of chronic conditions. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report.pdf (20. 11. 2016)

KAPITEL 6: GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND LEBENSQUALITÄT IN PFLEGE UND HOSPIZ



Foto: Kump.Photography

6.1 Chance Kooperation: Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege

Karin Reis-Klingspiegl / Styria vitalis; Stefan Spitzbart / Hauptverband Österreichischer Sozialversicherungsträger; Ursula Hübel / Wiener Gesundheitsförderung

Von der Idee in die Praxis

Die Idee der Zusammenarbeit von Forschung, Politik und Umsetzungsorganisationen der Gesundheitsförderung im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsvorhabens zur Stärkung einer gesundheitsorientierten Politik in Österreich war das Samenkorn, das 2006 von unterschiedlichsten Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitsbereich gelegt wurde. Das inhaltliche Thema, das diese verband, war die Idee, Gesundheit auch dort zu denken und zu thematisieren, wo man sie auf den ersten Blick nicht vermutet, nämlich in der Lebenswelt der Langzeitpflege. Wengleich die Idee, Gesundheitsförderung in die Krankenbehandlung, in die Versorgung allgemein und in die Pflege zu bringen, nicht grundsätzlich neu, sondern seit 1986 in der Ottawa Charta artikuliert und verankert war, gab es in Österreich 20 Jahre später nur wenige und keine umfassenden Ansatzpunkte, Einrichtungen der Langzeitpflege als Settings zu betrachten, an denen Gesundheit entsteht und aktiv gestaltet werden kann.

Die ersten Jahre der Kooperation zwischen Forscherinnen/Forschern des Ludwig Boltzmann Institutes für Gesundheitsförderungsforschung, der Stadt Wien, dem Fonds Gesundes Österreich und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger waren daher von Wissensgenerierung und Konzeptarbeit geprägt. Denn die Ideen, wo die Reise konkret hingehen sollte, waren anfänglich ebenso unterschiedlich wie die Standpunkte und Aktionsfelder der Partner. Sie konkretisierten sich im Zuge der Wissensgenerierung. Schließlich wurde ein gemeinsames Ziel formuliert, das darauf abstellte, das gesammelte Wissen in der österreichischen Praxis wirksam zu machen.

Ein klarer Weg. Wie ihn beschreiten?

Selbst mit dem gemeinsamen Ziel vor Augen war noch unklar, wie dieses konkret erreicht werden sollte. In intensiven Auseinandersetzungen wurden mögliche Wege und die Rollen der unterschiedlichen Partner diskutiert, abgewogen und abgestimmt. Jeder wollte zum Ziel, musste daher auch seine eigenen Sichtweisen überdenken und Wege einschlagen, die er bis dahin nicht kannte. Es erforderte Mut, Offenheit und Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen. 2011 war es dann so weit. Der Plan war so ausgereift, dass man gemeinsam starten konnte. Die miteinander aufgebrauchten Ressourcen sollten Gesundheitsförderung in die Lebenswelt der Langzeitpflege bringen. Nach einer erfolgreichen Pionierreise sollten die Ergebnisse sukzessive breiter zugänglich gemacht werden. Gesundheit als Organisationsansatz sollte alle Akteurinnen/Akteure erreichen: von Gepflegten und Mitarbeiter/innen bis hin zum Management.

Gesundheit hat kein Alter: Pilotprojekt in Wien

Auf Basis der beschriebenen Vorarbeiten wurde von Jänner 2011 bis März 2013 das Pilotprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ in Wien umgesetzt, um settingorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitbetreuung und -pflege zu erproben.

Kooperationspartner/innen waren der Fonds Gesundes Österreich (Förderung), der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Wiener Gesundheitsförderung (Ko-Finanzierung und Projektmanagement), das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung (wissenschaftliche Begleitforschung und Evaluation) und das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser mit den Häusern Wieden, Gustav Klimt und Tamariske-Sonnenhof als Piloteinrichtungen.

Ziel des Projekts war, die involvierten Pensionisten-Wohnhäuser in Richtung einer gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitswelt zu entwickeln – und zwar für all jene Gruppen, die durch diese Einrichtungen wesentlich in ihrer Gesundheit beeinflusst werden: Bewohner/innen, Mitarbeiter/innen, Angehörige und Ehrenamtliche. Darüber hinaus sollten mit dem Projekt wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen und das Thema Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitbetreuung und -pflege verankert werden.

Zunächst erfolgten umfassende Datenerhebungen und -analysen, um sich ein Bild über den Gesundheitszustand und den Gesundheitsförderungsbedarf der Zielgruppen sowie über den Entwicklungsstand der Einrichtungen in Bezug auf Gesundheitsförderung zu machen. Die

dabei verwendeten Erhebungstools – Interviews, professionelle Fremdeinschätzung, Fragebogen, Gesundheitszirkel, Fokusgruppen und ein Selbstbeobachtungsbogen – basierten größtenteils auf etablierten und getesteten Instrumenten. Diese wurden vorab für den Bereich der stationären Altenbetreuung und -pflege adaptiert und ergänzt.

Die Bestandsaufnahme lieferte wertvolle Inputs für die folgenden Phasen der Strategieentwicklung und Maßnahmenumsetzung. Eine Vielzahl von Herausforderungen wurde aufgezeigt und im Rahmen von Steuergruppen, unterstützt durch einen externen Organisationsberater, priorisiert. Dabei zeigten sich zwei unterschiedliche Ansatzpunkte:

Für lokal bearbeitbare Themen konnten während der Projektlaufzeit zum Teil rasch Lösungen in den einzelnen Pilotheusern umgesetzt oder in die Wege geleitet werden. Dabei handelte es sich z. B. um kleinere bauliche Adaptierungen, die Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten für Mitarbeiter/innen, die Verbesserung von Kommunikationsprozessen oder um Supervision. Themen, die für das Gesamtunternehmen relevant waren, wurden auf übergeordneter Ebene behandelt. Wesentliche, in allen Pilotheusern implementierte Umsetzungsmaßnahmen waren u.a. ein 20-wöchiges Trainingsprogramm zur Mobilitätsförderung für Bewohner/innen sowie Arbeitsplatzbegehungen und der Einsatz von eigens geschulten Ergonomielotsinnen/-lotsen, um die Arbeitsplatzgestaltung zu optimieren und ergonomisches Arbeiten zu fördern.

Weitere Aspekte wurden in Konzepten und Strategien des Unternehmens berücksichtigt oder nach Projektende weiter vorangetrieben – wie beispielsweise das Thema Angehörigeneinbindung. Mit der neu geschaffenen Stelle einer/s Gesundheitsbeauftragten konnte zudem ein wichtiger Beitrag zur strukturellen Verankerung betrieblicher Gesundheitsförderung im Unternehmen geleistet werden.

Nach Abschluss des Pilotprojekts setzte das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, von 2013 bis 2015 gefördert durch die Wiener Gesundheitsförderung, den eingeschlagenen Weg in Richtung „Gesundes SeniorInnen-Wohnhaus“ fort. Schrittweise wurden die wesentlichen Elemente des Pilotprojekts – Mobilitätsförderung für Bewohner/innen, der Einsatz von Ergonomielotsinnen/-lotsen sowie Gesundheitszirkel als wichtiges Instrument, um Problem-bereiche laufend identifizieren und bearbeiten zu können – auf alle Häuser ausgerollt, weiterentwickelt und in den Regelbetrieb überführt.

Wissenschaft und Praxis haben bei der Planung, Umsetzung und Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung im Setting stationäre Altenbetreuung und -pflege in Wien eng kooperiert. Dieser Weg hat sich bewährt. So war der Nachweis, dass die Teilnehmer/innen von der Mobilitätsintervention profitierten und Effekte wie beispielsweise ein verbesserter subjektiver Gesundheitszustand oder eine Schmerzreduktion auch noch ein Jahr nach Ende der Intervention belegbar waren (vgl. Cichocki et al. 2013, Quehenberger et al. 2014), wesentlich, um die Maßnahme im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser weiter ausbauen und in ein nachfolgendes Transferprojekt in der Steiermark überführen zu können. Die Begleitforschung lieferte wertvolle Hinweise für die laufende Optimierung der Projektaktivitäten, stellte aber auch – über zahlreiche Publikationen und Vorträge – übertragbare Vorgehensweisen und Tools für Nachfolgeprojekte zur Verfügung. Die Forschungslücke, die im Vorfeld zu Bedarf,

Machbarkeit und Wirksamkeit von Gesundheitsförderung im Setting stationäre Langzeitbetreuung und -pflege konstatiert wurde, konnte durch die Kooperation von Wissenschaft und Praxis verringert werden.

Somit leistete „Gesundheit hat kein Alter“ – trotz einer kurzen Laufzeit von etwas mehr als zwei Jahren – einen wichtigen Beitrag, Gesundheitsförderung in einem Feld zu etablieren, in dem sie davor noch wenig verankert war.

Gesundheit hat kein Alter: Transfer Steiermark

Integrierte Gesundheitsförderung – also ein Projekt mit Zielen und Maßnahmen für Mitarbeiter/innen, Bewohner/innen, Angehörige und Freiwillige in Pflegeheimen – im Anschluss an das Wiener Pilotprojekt in die Steiermark holen? Hier für einen Transfer sorgen? Dafür mit einer Förderung rechnen, auf Erfahrungen und ein Handbuch für die Umsetzung zurückgreifen und ein wirkungsevaluiertes Mobilitätsförderungsprogramm übernehmen können? Attraktiv.

Am Anfang war das Wort

Transferieren bedeutet übertragen, überbringen, weitergeben. Was heißt das für ein „Transferprojekt“? Interventionen, die in Wien in drei Pflegeheimen umgesetzt worden sind, in ebenso vielen oder mehr steirischen Heimen umzusetzen? Oder das wirkungsevaluierte Mobilitätsförderungsprogramm in der Steiermark auszurollen? Oder die Idee der Integrierten Gesundheitsförderung und der Mobilitätsförderung an sich möglichen Interessentengruppen wie Trägern von Pflegeeinrichtungen, Ausbildungsinstitutionen und Fördergebern nahe zu bringen? Schlüssig in Bezug auf Nachhaltigkeit in der Steiermark und Chancengerechtigkeit für Betreuende und Betreute in Pflegeeinrichtungen erschien eine Doppelstrategie: Einerseits die beiden Hauptinterventionen auch in der Steiermark pilothaft umzusetzen, andererseits in einem Parallelprozess möglichst viele Interessentengruppen in die Konsensfindung zur Frage, was ein angemessener Transfer sei, mit einzubinden. Während die Auswahl der fünf Pflegeheime¹ nach den Kriterien Trägervielfalt, regionale Streuung und unterschiedliche Heimgröße erfolgte, wurde für den Parallelprozess eine Transfergruppe initiiert. Sie traf sich in der Projektlaufzeit von Jänner 2015 bis Juni 2017 vier Mal, wobei die Arbeitstreffen inhaltlich den Phasen des Managementzyklus der Gesundheitsförderung – Diagnose, Planung, Umsetzung und Bewertung – folgten. Diese bildeten die jeweiligen Schwerpunkte der drei- bis vierstündigen Workshops entlang der Kernfrage: Was bedeutet Transfer in Bezug auf die beiden Projektziele, integrierte Gesundheitsförderung in der Arbeits- und Lebenswelt von Betreuungseinrichtungen zu verankern und Mobilitätsförderung möglichst vielen Bewohner/innen in der Langzeitpflege zugänglich zu machen?

Insbesondere die ersten drei Transfergruppentermine waren durch ganz kurze Präsentationen zum Projektstatus sowie jeweils längere Plenar- und Gruppenarbeitsphasen geprägt. Der Workshopcharakter sollte gewährleisten, Expertise und Feldkenntnis der Teilnehmer/innen für die Transferfrage intensiv nutzen zu können.

1 Caritas Senioren- und Pflegewohnhaus in Preding, Pflege- und Betreuungszentrum Krottmaier in St. Nikolai im Sausal, Compass Seniorenresidenz in Stallhofen, Seniorenhaus Melisse der Kräutergarten in Feldbach, Pflegeheim Peter Rosegger der Geriatrischen Gesundheitszentren in Graz

Die Fragestellungen für die Tischgesprächsrunden lauteten beim ersten Treffen z. B.: Gibt es aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Integrierte Gesundheits- bzw. Mobilitätsförderung und worin sehen Sie ihn? Welche Maßnahmen könnten in Ihrem Arbeitsbereich dafür gesetzt werden?

Ab dem zweiten Treffen ergänzte jeweils die praktische Perspektive aus den teilnehmenden Pflegewohnheimen die Workshops. Für die Umsetzung der in der Transfergruppe entwickelten Maßnahmen war ein Teil des Projektbudgets reserviert. Teilnehmer/innen waren Vertretungen der fünf beteiligten Pflegewohnheime, Trägerinstitutionen von Pflegeeinrichtungen, Ausbildungseinrichtungen wie die Studiengänge Ergotherapie und Physiotherapie der FH Joanneum, als Fördergeber der Fonds Gesundes Österreich, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und das Land Steiermark mit den für Pflege zuständigen Referenten aus dem politischen Büro und dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung sowie weitere Sozialversicherungen und Stakeholder auf Landesebene wie u.a. die Patienten- und Pflegeombudsschaft, die Bewohnervertretung und der Landesverband der Altenpflege. Obwohl sich die Anzahl der teilnehmenden Organisationen zwischen erstem und viertem Treffen von 25 auf 19 reduziert hat, war die Transfergruppe für die nachhaltige Verankerung von Integrierter Gesundheits- und Mobilitätsförderung aus heutiger Sicht entscheidend.

Transfair

Karl Krajic und Charlotte Dötig (2017) beschreiben in ihrem Evaluationsbericht die Auswirkungen des Projektes in den teilnehmenden Pflegewohnheimen aus der Sicht der Mitarbeiter/innen als „[...] deutlich spürbar und über die Ausgangserwartungen wesentlich hinausgehend“ (S. 5). Dieser Projekterfolg hängt aus Sicht der Evaluation mit der integrierten Umsetzung des Projektes anstelle einer Priorisierung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zusammen. Mitarbeiter/innen beschreiben beispielsweise als Erfolg, dass organisatorische Veränderungen nun in Bezug auf ihren Einfluss auf die Gesundheit der Beteiligten diskutiert werden. Sie erleben insgesamt eine verstärkte Mitarbeiterorientierung in der täglichen Organisationskultur, die sich in strukturellen Veränderungen, räumlichen Reorganisationen, Rollenklärungen, neuen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, Kooperationspartnerinnen/-partnern und Rollen sowie in baulichen Veränderungen ausdrückt.

Viele der im Projekt umgesetzten Ideen waren zwar nicht neu, konnten aber erst im sozialen Rahmen des Projektes bis zur tatsächlichen Umsetzung im Fokus gehalten werden. Ermöglichend wirkten dafür Begleitung und Projektmanagement durch Styria vitalis, die die Heime als „[...] unabdingbar für den Erfolg des Projektes“ (Krajic/Dötig 2017, S. 13) einschätzen.

Als besonders und multifunktional wirksam erweist sich in der Evaluation die Mobilitätsförderung. Sie aktiviert Bewohner/innen, entlastet dadurch Mitarbeiter/innen und stimmt Angehörige zufrieden. Besser gestimmte Bewohner/innen verbessern die Atmosphäre am Arbeitsplatz, ihre verbesserte funktionale Gesundheit und ihre wieder erlangte Kraft entlastet Mitarbeiter/innen bei der Hebetätigkeit. Das gewonnene Selbstbewusstsein der Bewohner/innen fördert ihre Autonomie und die Fähigkeit, Bedürfnisse klar zu artikulieren. Mitarbeiter/innen können daher gezielter intervenieren, was sie wiederum als entlastend erleben. Die Resonanz auf die Mobilitätsförderung ist so stark, dass sie Angehörige erreicht, deren Zufriedenheit steigert, in der Folge Konflikte reduziert und Angehörige den Mitarbeiter/innen ihre Wertschätzung ver-

stärkt ausdrücken. Krajc und Dötig (2017) stellen fest, dass die Integration von 30 bis 50 Prozent der Bewohner/innen in eine derart positiv erlebte Mobilitätsförderung das Potenzial hat, die Unternehmenskultur wesentlich zu beeinflussen (vgl. ebenda S. 13) und damit die Chance auf faire Arbeits- und Lebensbedingungen für mehrere Zielgruppen zu erhöhen.

Kooperation als Chance für Nachhaltigkeit

Der Fonds Gesundes Österreich reagierte bereits auf die Ergebnisse aus dem Pilotprojekt, indem er Einrichtungen der Langzeitpflege Projektförderungen nur mehr für integrierte Zugänge gewährt.

In der Steiermark ist es gelungen, dass die Steiermärkische Gebietskrankenkasse und die Beamtenversicherungsanstalt in ihren Erstberatungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Pflegeheimen die Integrierte Gesundheitsförderung als alternative Möglichkeit, Gesundheit in der Einrichtung zu thematisieren, kommunizieren. Dafür steht ein Folder zur Verfügung, der die Information zur Betrieblichen Gesundheitsförderung entsprechend ergänzt.

Bereits in der Umsetzungsphase des Transferprojektes ist es gelungen, die Mobilitätsförderung in ein weiteres Projekt, nämlich in „Altern mit Zukunft“ der Versicherungsanstalt der Eisenbahner und des Bergbaus sowie des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention zu integrieren. Des Weiteren wurden Schulungen für zusätzliche Betreuungseinrichtungen geöffnet und ein Bildungsnetzwerkseminar des Fonds Gesundes Österreich dem Thema Mobilitätsförderung gewidmet. Daher gab es mit Projektende im Juni 2017 bereits 115 geschulte Mitarbeiter/innen und 23 geschulte Therapeutinnen/Therapeuten, die in 36 Pflegeheimen, einem Tageszentrum und einer Einrichtung des Betreuten Wohnens die Mobilitätsförderung umsetzten (vgl. Neuhold 2017).

Aufgrund der hohen Akzeptanz der Maßnahme durch die Betreuungseinrichtungen und ihre belegte Wirksamkeit ist es gelungen, eine weitere in der Transfergruppe entwickelte Maßnahme zu realisieren. Es handelt sich um die Verleihung des Gütesiegels „Mobilität fördern“ an Einrichtungen, die das Konzept umfassend umsetzen. In den Gütesiegelprozess konnte das als Maßnahme der Transfergruppe erarbeitete Nachhaltigkeitskonzept der Studiengänge Ergo- und Physiotherapie der FH Joanneum integriert werden. Während Styria vitalis die Koordination des Gütesiegels übernimmt, qualifizieren die Studiengänge in ihren Lehrveranstaltungen Therapeutinnen/Therapeuten und übernehmen die Schulung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern aus Betreuungseinrichtungen. Das Pflegereferat des Landes Steiermark gewährt für die Implementierung des neuen Gütesiegels für zwei Jahre eine Anschubfinanzierung, ab 2020 ist die kostendeckende Umsetzung der Schulungen, Supervisionen und Fortbildungen über Gütesiegelbetriebe geplant.

Für weitere Transferprojekte stehen im Vergleich zum Wiener Pilotprojekt nun nochmals überarbeitete, in der Praxis niederschwelligere Fragebogeninstrumente sowie Designs für Fokusgruppen für die Zielgruppen Angehörige und Freiwillige zur Verfügung. Sie können über den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger angefordert werden.

Es ist erwähnenswert, dass auch die Teilnehmenden ihre Beteiligung an der Transfergruppe als sinnvoll und erfolgreich einschätzten, wodurch sich Transfergruppen als Maßnahmen im Kontext von Transferprojekten jedenfalls weiterempfehlen lassen (vgl. Neuhold 2017).

Kooperative Ansätze: Lernerfahrungen

Eine Idee, so gut sie sein mag, ist an ihrer Umsetzung zu messen. Wer seine Ideen teilt und gemeinsam weiterentwickelt, dabei Forschung, Politik und Praxis einbezieht, erhöht die Chance auf eine breitere Umsetzung. Dabei muss und darf man eigene institutionelle Ziele nicht aus den Augen verlieren oder gar aufgeben. Es geht vielmehr darum, Wege zur Zielerreichung abzustimmen und gemeinsam zu beschreiten. Wenn man die gemeinsame Reise mit diesem Verständnis beginnt, entsteht sehr schnell ein Mehrwert für alle Beteiligten. Zentrale Elemente für den Erfolg sind ausreichend Zeit für die gemeinsame Planung und wechselseitiges Vertrauen.

Die Pilotierung gemeinsam geplanter Aktivitäten ist eine relativ einfache Übung im Sinne des Projektmanagements. Erfolgskritisch im Zuge des Gesamtprojektes ist es, die Ergebnisse des Pilotprojektes in andere Bundesländer zu transferieren. Dafür ist rechtzeitig Vorsorge zu treffen, damit ausreichend Energie sowie personelle und finanzielle Ressourcen für den Transfer zur Verfügung stehen. Denn oft geht in der Umsetzung, nach Abschluss der Pilotphase, personell wie finanziell die Luft aus. Das Bereitstellen von Transferressourcen ist daher für eine breitere Umsetzung maßgeblich. Was es darüber hinaus braucht, sind Spielräume für jene Organisationen, die den Transfer durchführen und unterstützen wollen. Diesen Spielraum einzuräumen und zuzulassen, dass Interventionen angepasst und weiterentwickelt werden, erhöht die Attraktivität für die Praxis und damit auch die Wahrscheinlichkeit für einen Roll-out. All diese Elemente haben in der Thematisierung von Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege dazu beigetragen, dass eine Idee breit realisiert und bei den adressierten Menschen wirksam werden konnte.

Gegliederte Zusammenfassung

2006 haben sich vier österreichische Akteure aus Politik, Praxis und Wissenschaft darüber verständigt, gemeinsam in die Wissens- und Konzeptarbeit zur Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung, einem noch vernachlässigten Setting der Gesundheitsförderung, zu investieren. Ziele waren die gemeinsame Umsetzung eines Pilotprojektes sowie ein erfolgreicher Transfer in Österreich. „Gesundheit hat kein Alter“ heißt das so initiierte Projekt, das in Wien von 2011 bis 2013 pilotiert und 2015 bis 2017 in die Steiermark transferiert wurde. Der vorliegende Artikel beschäftigt sich auf drei Ebenen – jener der Konzeption und Finanzierung, jener der Pilotierung und jener des Transfers – mit den Fragen, inwiefern Kooperation eine Chance für die Umsetzung solcher Vorhaben ist und was erfolgreiche Kooperationen ausmacht? Es lässt sich feststellen, dass Kooperation im Rahmen dieses Projektvorhabens als Mehrwert und Chance erlebt wurde:

- Auf der Stakeholderebene hat Kooperation den Prozess entschleunigt, weil der Vertrauensaufbau und die Einigung auf eine gemeinsame Vorgangsweise Zeit gebraucht haben. Dafür hat die Abstimmung dazu geführt, dass längerfristig gemeinsame personelle und finanzielle Ressourcen eingebracht wurden.
- In der Pilotierungsphase hat Kooperation trotz kurzer Projektlaufzeit dazu beigetragen, die Machbarkeit von Setting-orientierter Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung zu belegen sowie wissenschaftliche Evidenz und ein Praxishandbuch für den Roll-out bereit zu stellen.

→ Im Transferprozess hat sich Kooperation als beschleunigend für die Nachhaltigkeit erwiesen. Sowohl der Zugang der Integrierten Gesundheitsförderung als auch insbesondere die Mobilitätsförderung konnten noch während der Projektlaufzeit nachhaltig verankert werden. Entscheidend war dafür die Implementierung einer kooperativen Transfergruppe.

Quellen

Cichocki, M., Quehenberger, V., Krajic, K. (2013): „Gesundheit hat kein Alter“ – Wiener Pilotprojekt zur Erprobung Setting-orientierter Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung und Pflege. Evaluationsbericht, LBIHPR

Krajic, K., Dötig, Ch. (2017): Gesundheit hat kein Alter – Transfer Steiermark. Ergebnisse der Abschlussevaluation der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA).

http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_4392/98366.pdf (11. 12. 2017)

Neuhold, Ch. (2017): Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse an den Fonds Gesundes Österreich.

http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_4392/98368.pdf (11. 12. 2017)

Quehenberger V., Cichocki M., Krajic, K. (2014): Sustainable effects of a low-threshold physical activity intervention on health-related quality of life in residential aged care. *Clinical Interventions in Aging*. Volume 2014:9. S. 1853–1864



Foto: Fotolia.com

6.2 ‚Sorgende Gemeinden‘ – Demenzfreundliche Kommunen Ansätze für eine gemeinsame Gestaltung gerechter Lebensbedingungen im Alter

*Katharina Heimerl, Petra Plunger / IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik;
Elisa Zechner / Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz;
Klaus Wegleitner / Karl-Franzens Universität Graz*

Wie kann soziale Teilhabe in fragilen Lebensphasen – das heißt in Phasen von schwerer Krankheit, im Alter, in der Demenz, der Hochaltrigkeit und im Sterben – ermöglicht werden? Wie können die Perspektiven und die Bedürfnisse der Betroffenen zum Ausgangspunkt der Gestaltung von formeller und informeller Hilfe und Sorge werden? Das sind grundsätzliche Fragen, mit denen sich ‚Sorgende Gemeinden‘ befassen. Damit ist auch eine zivilgesellschaftliche Sorgeskultur gefordert, die die Caring-Interaktionen nicht in der Asymmetrie von Subjekt-Objekt-Versorgung sieht. Das Ziel der Sorgenden Gemeinde ist es viel mehr, Krankheit, Sterben und Tod als natürliche Prozesse in die Gesellschaft zu integrieren und vulnerable, hochaltrige, demenziell veränderte Menschen in ihren Lebensumwelten zu unterstützen und zu betreuen. Das kann nicht prioritär als professionelle Aufgabe gestaltet werden. Um diesen

Anliegen und Einsichten gerecht zu werden, sind Zugänge erforderlich, die Beteiligung und Entwicklungsprozesse der Bürger/innen und der Gemeinde ermöglichen. Bürger/innen mit ihren Sorgeressourcen und Hilfenetzwerken in der Region, der Gemeinde, im Bezirk oder im Grätzl soll ein gemeinsamer sozialer und existentieller Prozess des Austausches und des gemeinsamen Lernens ermöglicht werden.

Unter Begriffen wie ‚Caring Community‘, ‚Compassionate Community‘, ‚Sorgendes Quartier‘ oder ‚Demenzfreundliche Kommune‘ werden in den letzten beiden Jahrzehnten im deutschsprachigen Raum lokale Sorge-Netzwerke in Gemeinden und Stadtteilen entwickelt. Inspirierende Initiativen, Projekte und politische Strategien sind in Deutschland, Österreich und der Schweiz aus ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen heraus parallel gewachsen. Auch wenn diese unterschiedlichen Begrifflichkeiten für unterschiedliche Ansätze stehen, so haben sie doch eine gemeinsame Basis: Ein neues Zueinander zivilgesellschaftlicher und professioneller Hilfeformen ist im Entstehen. Wir verwenden hier in diesem Text den deutschen Begriff ‚Sorgende Gemeinde‘ als Überbegriff für all diese Initiativen.

In unserem Beitrag wollen wir zunächst internationale Ansätze aus dem Bereich ‚Sorgende Gemeinde‘ darstellen, um dann anhand ausgewählter Beispiele aufzuzeigen, wie diese in Österreich gelebt werden. Wir stellen danach die ‚lessons learned,‘ insbesondere im Bereich Partizipation und Chancengerechtigkeit für das Alter und am Lebensende, dar. In einem kurzen Ausblick denken wir darüber nach, was sich in der sozial- und gesundheitspolitischen Landschaft ändern könnte, würden die Ideale und Konzepte der ‚Sorgenden Gemeinde‘ in Österreich weithin umgesetzt werden.

Caring Community – ein internationales Konzept

‚Sorgende Gemeinden‘ (auf Englisch ‚Caring Communities‘) sind Gemeinden, die soziale Netzwerke und Räume, sozialpolitische Konzepte und soziale Angebote entwickeln und Menschen in jeglicher Lage der Hilfsbedürftigkeit unterstützen. Sie fördern zivilgesellschaftliches Engagement, bilden Freiwillige aus und koordinieren sie. Sie entwickeln unterstützende Sorge am Arbeitsplatz, in den Vereinen und in den Schulen, sie entwickeln professionelle Angebote weiter und ermutigen die ganze Gemeinde zu Engagement. Gemeindenahe Sorgeskultur fördert den Kontakt und die Hilfe zwischen Bürgerinnen/Bürgern, wo diese leben, lieben, arbeiten und spielen‘ (WHO 1986).

Diese sozialraum-, quartiers- und gemeindeorientierten Initiativen und Bewegungen verbinden als Zielsetzung Empowerment der Betroffenen mit zivilgesellschaftlichem Engagement im Alltag.

Im deutschsprachigen Raum werden inhaltlich ähnliche Zielsetzungen vertreten durch die Förderung einer „neuen Hilfekultur im ‚Dritten Sozialraum‘“ (Dörner 2007, 2012) und durch die Stärkung von ‚Caring Communities‘ (z. B. Klie 2015). Zwei weitere Ansätze sind folgende:

Compassionate Community

Die ‚Compassionate Community‘ (Kellehear 2005, 2013; Wegleitner et al. 2015) beruht auf den ‚Healthy Cities‘ – einem Ansatz der Gesundheitsförderung, der davon ausgeht, dass Ge-

sundheit jeden angeht – „health is everyone’s responsibility“ (Tsouros 1995). Diese Idee der Gesundheitsförderung wurde im ‚Compassionate Community‘ Ansatz insbesondere auf das Lebensende angewandt. So entstanden ab den 1990er Jahren Projekte und Initiativen zur Gesundheitsförderung in Palliative Care (Kellehear 1999, Heller 1996, Sallnow et al. 2012) unter dem Slogan „end-of-life care as everyone’s responsibility“ (Kellehear 2013). Die ‚Compassionate Community‘ ist geprägt von geteilten Werten und grundlegenden ethischen Haltungen, von Empathie, Bewusstheit, Achtsamkeit, Respekt und Solidarität im menschlichen Zusammenleben. Eine ‚Compassionate Community‘ basiert auf einem kulturellen Entwicklungsprozess, der die direkte Betroffenheit und Sorge für verletzbare, gebrechliche, sterbende und trauernde Menschen ermöglicht. Das Teilen existentieller menschlicher Erfahrungen stärkt die sozialen Ressourcen und den Zusammenhalt und fördert unterstützende Umgebungen.

Demenzfreundliche Kommunen

Die Demenzfreundliche Kommune ist eine soziale Bewegung. Die Frage, wie die Umgebung für Menschen mit Demenz zu „Orten der Wärme“ (Rothe, Kreuzner, Gronemeyer 2015) werden kann – statt zu Orten der Stigmatisierung, steht im Zentrum.

Auch wenn die Demenz medizinisch als ‚unheilbar‘ (Kojer/Schmidl 2015) gilt, so bieten vielversprechende Ansätze der Gesundheitsförderung Optionen, um die Sorge für Menschen mit Demenz in den Gemeinden zu verankern. Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung fordert „koordinierte Aktionen von allen, die Betroffene sind“ (WHO 1986). In der Demenzfreundlichen Kommune wird nach Möglichkeiten gesucht, wie sich Angehörige, Menschen mit Demenz, Vertreter/innen der Gemeinde und professionell Pflegende gut einbringen können. Der Ansatz geht aber noch weiter und bezieht alle Akteurinnen/Akteure in der Gemeinde mit ein, die zur Demenzfreundlichkeit beitragen können: Die Polizei, die hilft, verirrte Menschen mit Demenz nach Hause zu bringen, ebenso wie Apotheken, die niederschwellig Beratung anbieten können, oder Mitarbeiter/innen im Supermarkt, die beim Einkauf unterstützen.

Der Ansatz ist im deutschsprachigen Raum gut verankert: Unter dem Titel „Aktion Demenz“ hat die Robert-Bosch-Stiftung insgesamt 78 Initiativen aus dem Bereich ‚Demenzfreundliche Kommune‘ im deutschsprachigen Raum gefördert. Gemeinsam ist den Initiativen, dass sie lokale Projekte sind, in denen Demenz als Thema aufgegriffen und zivilgesellschaftliche Aktivitäten zur Begleitung und Beteiligung von Menschen mit Demenz angestoßen und umgesetzt werden, wodurch ‚Demenzfreundliche Kommunen‘ entstehen (Aktion Demenz 2017).

Beispiele aus Österreich

Zahlreiche Initiativen in Österreich sind inzwischen davon getragen, die Zivilgesellschaft in die Entwicklung und Umsetzung von Sorgeaufgaben einzubeziehen. All diesen Aktivitäten ist eine fürsorgende, Betroffene beteiligende Haltung gemeinsam, mit dem Ziel, das kommunale und regionale Sozialkapital zu stärken.

So steht beispielsweise im Mittelpunkt der Aktion Demenz in Vorarlberg „(...) die Vision, dass in Vorarlberg Menschen mit Demenz am öffentlichen und sozialen Leben teilhaben. Wir

wollen mit der Aktion Demenz einen Beitrag zur würdigen Versorgung und Integration von Menschen mit einer demenziell bedingten Veränderung und zur Unterstützung von deren Angehörigen in Vorarlberg leisten.“ (Aktion Demenz Vorarlberg 2017)

In Wien haben sich mehrere Gemeindebezirke (aktuell der 3., 9., 13. und 23.) aufgemacht, ‚demenzfreundlich‘ zu werden, und stellen somit gute Beispiele für Demenzfreundliche Kommunen dar (www.demenzstrategie.at).

In der Steiermark fördert das Projekt ‚AGIL – Aktiv und Gesund im Leben bleiben‘ die Entwicklung von altersgerechten Gemeinden für Menschen mit und ohne Demenz und setzt sich zum Ziel, dass ältere Menschen an der Gestaltung ihres Lebensumfeldes teilhaben können (Styria vitalis 2017).

Vorläufer von ‚Sorgenden Gemeinden‘ in Österreich

Elemente zivilgesellschaftlicher fürsorglicher (caring) Strukturen finden sich auch in Zeitbanken und Tauschsystemen wieder. Seit Beginn der 2000er Jahre etablieren sich international und auch in Österreich Formen „organisierter Selbst- und Nachbarschaftshilfe“ (Höllhumer et al. 2016). In ihrem Selbstverständnis streben sie unter anderem die Entwicklung einer Ökonomie des Teilens an. Angesiedelt zwischen Dienstleistungen der öffentlichen Hand und einem traditionellen Freiwilligenengagement geht es darum, sich basisorientiert („grassroots“) auf spätere Phasen des eigenen Hilfebedarfs vorzubereiten und zum sozialen Miteinander beizutragen (Fischer et al. 2017).

Zu benennen sind auch die Auditprozesse „Familienfreundliche Gemeinde“ sowie „Familienfreundliche Region“ mit der Zielsetzung, bestehende Potenziale zu würdigen und unter aktiver Beteiligung von Betroffenen bedarfsorientierte Maßnahmen zu planen und umzusetzen. Die Prozessbegleitung wird aus Bundesmitteln mitfinanziert (Familienfreundliche Gemeinde 2017).

Zwischen 2004 und 2014 wurden alle zwei Jahre österreichweit „Seniorenfreundliche Gemeinden“ in verschiedenen Kategorien (je nach Einwohnerzahl) ausgezeichnet, die besondere Maßnahmen für ältere Mitbewohner/innen sowie intergenerationelle Initiativen umgesetzt haben. Das Projekt stellt eine Kooperation von Volkshilfe Österreich, Österreichischem Pensionistenverband und Sozialministerium dar.

Im Folgenden wollen wir drei sehr unterschiedliche Initiativen im Bereich ‚Sorgende Gemeinde‘ in Österreich etwas ausführlicher beschreiben.

Demenzfreundliche Apotheke

Das Projekt „Demenzfreundliche Apotheke“ beruht auf der Annahme, dass Apotheken als niederschwellig zugängliche Gesundheitseinrichtungen potentiell eine erste Anlaufstelle für Personen sind, die Unterstützung in gesundheitlichen Fragestellungen suchen. So suchen betreuende Angehörige und Menschen mit Demenz, aber auch Personen, die Anzeichen von Vergesslichkeit bemerken, Rat und Hilfe in Apotheken.

Das Institut für Palliative Care und Organisationsethik der IFF Wien/Universität Klagenfurt hat gemeinsam mit der Österreichischen Apothekerkammer und der Selbsthilfegruppe Alzheimer

Austria in Wien und Niederösterreich ein partizipativ angelegtes Forschungsprojekt als Pilot durchgeführt. Dieses wurde vom Fonds Gesundes Österreich FGÖ, von der Wiener Gesundheitsförderung (WiG) und vom Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) gefördert. Das Projekt setzte sich zum Ziel die relevanten Stakeholder für die Themen Leben mit Demenz, sowie Beratung von Menschen mit Demenz (unter anderem in der Apotheke) zu versammeln. Daher wurden Vertreterinnen und Vertreter folgender Gruppen einbezogen: Wissenschaftlerinnen, die Selbsthilfegruppe Alzheimer Austria, betreuende Angehörige, eine Person mit Demenz, die Berufsgruppen in der Apotheke und die Berufsvertretung (Apothekerkammer) sowie weitere Repräsentantinnen und Repräsentanten von relevanten Umwelten (Gesundheitsförderung, Palliative Care, dementia care, Fördergeber). Das Projekt hatte eine Laufzeit von fast drei Jahren und konnte 18 Partnerapotheken aus Wien und Niederösterreich zu Demenzfreundlichen Apotheken qualifizieren. Erkenntnisse über die Weiterentwicklung des Settings Apotheke im Sinne des „re-orienting health services“ (Ottawa Charter 1986) wurden generiert (siehe Plunger et al. 2015). Mit dem Ziel, dem Thema Demenz mehr Sichtbarkeit auch in der Kommune zu geben, haben alle Apotheken in Kooperation mit weiteren Organisationen (Trägerorganisationen der Pflege und Betreuung, lokale Dienstleister, Kirchengemeinde, Pflegeheime, etc.) und teilweise mit Unterstützung der Gemeinde Praxisprojekte umgesetzt. Thematisch können diese drei Schwerpunkten zugeordnet werden: Information und Beratung (z. B. Vorträge in der Apotheke, spezifische Pharmazeutische Betreuung), Entstigmatisierung durch Sichtbarkeit (Auslagengestaltung, Info-Ecke mit Broschüren, Filmvorführungen) und kommunale Aktivitäten (z. B. Demenztage ins Leben gerufen durch die lokale Apotheke). Im weiteren Verlauf haben sich in der Stadt Salzburg unterstützt durch die „Demenzfreundliche Stadt Salzburg“ und mit einem expliziten kommunalen Schwerpunkt weitere 22 Apotheken zu Demenzfreundlichen Apotheken qualifiziert.

Berichte aus dem Netzwerk „Demenzfreundliche Apotheke“, in das alle Apotheken aufgenommen wurden, zeigen, dass einige der ursprünglichen Pilotprojekte von den Apotheken auch nach Projektende fortgeführt bzw. weiterentwickelt wurden. Apotheken wurden in die Netzwerke neu entstehender „Demenzfreundlicher Bezirke bzw. Gemeinden“ eingeladen, konnten selbst beständige Netzwerke aufbauen, organisieren regelmäßig Veranstaltungen und werden als wichtige Partner/innen in der Beratung und Betreuung von Menschen mit Demenz und betreuenden Angehörigen in der Kommune wahrgenommen. Wir beobachten, dass das Engagement der Apotheken (Mitarbeiter/innen und Leitungen), die selbsteingeschätzte Kompetenz und der Grad der regionalen Vernetzung wichtige Voraussetzungen für eine kontinuierliche Beschäftigung mit dem Thema Demenz sind und die gemeinwohlorientierten Aufgaben der Apotheken stärken können. In diesem Sinne können Apotheken einen wichtigen Beitrag zur Demenzfreundlichen Gemeinde leisten, nicht nur was ihre Kernaufgaben Arzneimittelversorgung und -beratung betrifft, sondern auch hinsichtlich einer Entstigmatisierung des Themas Demenz.

„Sorgende Gemeinde“ in Landeck

Das Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik der IFF Wien/Universität Klagenfurt hat in Kooperation mit der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft das Projekt „Sorgende Gemeinde im Leben und Sterben“ in der Tiroler Bezirkshauptstadt Landeck initiiert und konnte die Stadtgemeinde Landeck als Mitauftraggeberin gewinnen. Diese Projektpartnerschaft war in zweierlei Hinsicht bemerkenswert. Einerseits fungierte die Tiroler Hospizgemeinschaft nicht „nur“

als Praxispartnerin, sondern war mit einer Mitarbeiterin im wissenschaftlichen Team vertreten, wodurch das partizipative Interventionsforschungsprojekt im besten Sinne transdisziplinär gestaltet war. Andererseits war nicht eine Institution oder ein Versorgungsanbieter lokaler Projektpartner, sondern die kommunalpolitische Ebene und damit potenziell die Gemeinde als Ganzes.

In einem ersten Schritt ging es darum, die bestehende Sorgeskultur gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern sichtbar zu machen und zu würdigen. Vielfältige Gespräche, Fokusgruppen und Workshops mit Personen, die auf unterschiedliche Weise in die Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase involviert sind, haben die Vernetzung in der Gemeinde gestärkt. Zentral für diese erste Phase des Projekts war es, mit den Menschen vor Ort in Kontakt zu kommen, sich sozial einzulassen, um ein Gefühl – ein „Gespür“ – für die Lebensbedingungen, kulturellen Spezifika und die Sorge- und Beziehungsnetzwerke zu bekommen. Ein zentrales Element der zweiten Projektphase war die Durchführung eines „Bevölkerungsgesprächs“ im Stadtsaal der Gemeinde. Zur Veranstaltung „Alt, krank ... und jetzt?“ kamen knapp hundert Menschen, die über die Zukunft des Helfens in Landeck miteinander ins Gespräch kamen. Die Bürgerinnen und Bürger diskutierten zunächst engagiert jene Themen, die in den Interviews, Workshops und Fokusgruppengesprächen von pflegenden Angehörigen und Menschen aus dem lokalen Hilfenetzwerk als besonders wichtig erachtet wurden: a) Unterstützung pflegender Angehöriger, b) Gegen die Vereinsamung im (hohen) Alter, c) Lebensumbrüche und Vorsorge, d) Sorge ohne schlechtes Gewissen, e) Sorgearbeit gerecht verteilen, f) Nachbarschaftskultur stärken/entwickeln.

Über vierzig Vorschläge wurden von den Bürgerinnen und Bürgern entwickelt, wie die Sorgeskultur in der Stadtgemeinde gestärkt werden kann. Parallel dazu wurden in unterschiedlichen Bereichen der Gemeinde Impulse und Initiativen mit einem engagierten Team von lokalen Akteurinnen/Akteuren (Sorgeteam) auf den Weg gebracht und umgesetzt. So wurde zum Beispiel unter dem Titel „Wie geht es dir eigentlich?“ ein „Kümmerer- und Nachbarschaftsabend“ veranstaltet. Dabei wurden Erfahrungen ausgetauscht, um im Erzählen „unsichtbare“ Sorge und Hilfe bewusst zu machen, die Friseurinnen/Friseure, Briefträger/innen, Verkäufer/innen, Taxifahrer/innen, Hausbesorger/innen, Nachbarinnen/Nachbarn und andere „Kümmerer“ in ihrem Alltag erbringen.

Gemeinsam mit Lehrerinnen/Lehrern und Schülerinnen/Schülern wurden Miniprojekte zur „Sorgeskultur in der Gemeinde“ initiiert und eine Kooperation mit einer lokalen Tageszeitung etabliert. In einer Klasse haben Schülerinnen/Schüler Gespräche mit ihren Großeltern über das Altwerden, über Sorgeerfahrungen und über ihre Wünsche, Ängste und Sorgen in der letzten Lebensphase geführt. Die Gespräche wurden per Video oder Audio aufgezeichnet. Gemeinsam mit dem Lehrer haben die Schülerinnen und Schüler daraus einen sehr berührenden Kurzfilm entwickelt, diesen im Beisein der Großeltern im Rahmen des Projekts vorgeführt und den Prozess der persönlichen Auseinandersetzung mit den Themen reflektiert.

Die ‚Sorgende Gemeinde‘ Landeck konnte inzwischen nachhaltig verankert werden: Vier Gemeinden haben im Sprengel Landeck gemeinsam die neue Rolle einer Sozialkoordinatorin installiert. Deren Kernaufgabe es ist, die lokalen Vernetzungen und Veranstaltungen zur Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung weiterzuführen, aufsuchende Sorgeskultur zu stärken sowie in Betreuungsarrangements beratend, moderierend und koordinierend zu unterstützen.

Mit Anfang 2017 wurde der bürgerschaftlich getragene Verein „Sorgenetzwerk Landeck“ gegründet, der die Projektphilosophie und -haltung weiterentwickelt und so zur kulturellen Nachhaltigkeit der Sorgenden Gemeinde beiträgt.

Fragen, die im Projekt nur bedingt aufgenommen werden konnten, jedoch fortwährender Aufmerksamkeit bedürfen, sind unter anderem: Wie gelingt es, die Last der Sorge gerechter zu verteilen: in der Familie, in der Gemeinde, zwischen den Geschlechtern? Wie erreicht und beteiligt man die Gemeinde in ihrer Vielfältigkeit, mit ihren unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und Communities, z. B. Migrantinnen/Migranten, junge Menschen?

„Caring Communities‘: Erster Internationaler Vernetzungsworkshop des Österreichischen Roten Kreuzes

Im Februar 2017 hat das Österreichische Rote Kreuz gemeinsam mit dem Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik den ersten internationalen deutschsprachigen Vernetzungsworkshop „Caring Communities“ in Wien durchgeführt. Im Zentrum standen der Erfahrungsaustausch und das gegenseitige Lernen von Fach- und Praxisexpertinnen/-experten und damit verbunden die Vernetzung von unterschiedlichen Wissens- und Praxis-Communities. Ziel war es, auf Basis der vielfältigen Erfahrungen und Modelle Kernherausforderungen zu diskutieren und gesellschaftspolitisch zentrale Fragen in ihrer Bedeutung für zukünftige Entwicklungen zu reflektieren. Es nahmen über 40 Expertinnen/Experten aus den Bereichen der Hospiz- und Palliativarbeit, der Altenhilfe, der Sozialen Arbeit, der Quartiers- und Gemeindeentwicklung, der Politik und der Wissenschaft teil.

Im öffentlichen Diskurs werden ‚Caring Communities‘ häufig kritisch als rückwärtsgewandtes, die Bedeutung von Gemeinschaften idealisierendes Sorgemodell diskutiert. Gemeinschaft wird als Projektionsfläche und romantisierter gesellschaftlicher Sehnsuchtsort im Lichte unsicherer und fragmentierter Lebenszusammenhänge in der späten Moderne thematisiert. Demgegenüber wurde im Workshop versucht, ‚Caring Communities‘ zukunftsorientiert zu verstehen: als Möglichkeit, zivilgesellschaftliche Mitgestaltung und -verantwortung zu stärken, als Alternative zur neoliberalen Durchökonomisierung aller Lebens- und Sorgebereiche und gegen die Tendenzen von Individualisierung und Selbstoptimierung. Der Fragmentierung, Spezialisierung und Expertokratisierung von ‚Versorgung‘ wird der Ansatz der ‚Sorge‘ (Care) entgegengesetzt: Bürgerinnen und Bürger werden ermutigt und ermächtigt, ihre eigenen persönlichen Umgänge mit Vulnerabilität, Alter, chronischer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer zu stärken.

Reflexion und Anregungen

Lessons learned

Partizipation ist voraussetzungsvoll. Zivilgesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen und zu fördern erfordert einen langen Atem. Die Erfahrungen aus diesen Prozessen zeigen, worauf zu achten ist:

- Die ‚Sorgende Gemeinde‘ war immer schon vorhanden, es gibt gewachsene Beziehungs- und Hilfestrukturen und eine Sorgeskultur. Daher geht es am Beginn eines jeden Prozess um eine lange Phase des Zuhörens, Würdigens und Verstehens.
- Die Community ist nicht homogen, sondern divers und besteht aus unterschiedlichsten Formen von Gemeinschaften und Lebensrealitäten (Generationen, Kulturen, Lebensentwürfe etc.). Es braucht den Kontakt zu und die Koalition mit Integrationsfiguren und Menschen, die in den jeweiligen Communities anerkannt sind, und eine ‚Einladungspolitik‘, die die Gemeinde in ihrer ganzen Diversität im Blick hat.
- Um breite Beteiligung zu ermöglichen, ist der Blick zu weiten, über die herkömmlich mit Sorge und Hilfe assoziierten Bereiche hinaus; also in die Vereine und Kulturinitiativen hinein, in die Betriebe und Unternehmen hinein, in andere berufliche Felder hinein.

Für die Teilhabe von Menschen mit Demenz in der Demenzfreundlichen Kommune ist darüber hinaus zu beachten:

- Oft erkennt man nicht, wer die Betroffenen sind, das macht vor allem zu Beginn etwas ratlos und es ist daher oft schwierig, mit Menschen mit Demenz Kontakt aufzunehmen. Dazu brauchte es ausreichend Zeit.
- Menschen mit Demenz erfahren nach wie vor Ausgrenzung, Stigmatisierung, das Thema wird oft gemieden. Zu Beginn ist die Beteiligung in der Demenzfreundlichen Kommune daher nicht hoch. Das kann enttäuschend sein, doch das ist das Schicksal von Tabubrecherinnen und Tabubrechern.
- Auch und gerade Menschen mit Demenz ist es ein besonderes Anliegen, so angenommen zu werden, wie sie sind. Nicht immer haben sie ein Bedürfnis nach aktiver Gestaltung, manchmal überwiegt das Bedürfnis nach Rückzug oder das Bedürfnis danach, dass für sie gesorgt wird.

Die Begleitung im Prozess

Eine Gemeinde kann ihre eigenen blinden Flecken nicht sehen. Unterstützung von außen (zum Beispiel mittels externer Begleitung) und die Vernetzung zwischen ‚Sorgenden Gemeinden‘ können neue Perspektiven eröffnen.

Kommunen haben ein Recht auf Unterstützung und einen gut strukturierten Prozess. Gemeinden, die ihre Sorgepotenziale erweitern wollen, tun gut daran, sich dabei begleiten zu lassen. Geht es doch darum, bestehende Strukturen behutsam zu hinterfragen, in eine neue Gemeinwesenorientierung hineinzuwachsen und Selbsthilfestrukturen zu fördern. Es ist eine Herausforderung, sich auf Entwicklungsprozesse einzulassen, eigene Einstellungen, Vorurteile und Rollen zu reflektieren. Das gilt für die Betroffenen und für die klassischen professionellen Hilffssysteme ebenso wie für die politisch Verantwortlichen auf Gemeindeebene. Konsequenterweise braucht es große Offenheit, um Neues zu lernen, und vor allem

den Raum und die Unterstützung, damit alle gehört werden können. Gemeinden würden sich überfordern, wenn sie meinen, das alleine leisten zu müssen. Professionelle externe Begleitung, ähnlich wie beispielsweise bei strategischen Umweltprüfungen, leistet in solchen Beteiligungsprozessen gute Arbeit.

Wie können ‚Sorgende Gemeinden‘ zu Gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen?

Die ‚Sorgende Gemeinde‘ ist grundsätzlich ein Konzept der Demokratisierung, das Sorgeaufgaben wieder in die Mitte der Gesellschaft holt. Es lebt vom aktiven Einbeziehen der Betroffenen und der Sorgenden sowie der gesamten Zivilgesellschaft in die Gestaltung der Lebensverhältnisse in der Kommune. Diese Vielfalt an Perspektiven hilft, bisher marginalisierte Erfahrungen wahr- und ernst zu nehmen und als Bereicherung zu erfahren.

Im Sinne der Chancengerechtigkeit ist darauf zu achten, angemessene Beteiligungsmöglichkeiten zu finden, die von allen Betroffenen als Einladung erlebt werden. In dieser Perspektivenvielfalt zeigt sich neben den Bedarfen und Bedürfnissen auch die unterschiedliche Verteilung von Ressourcen. Im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit gilt es Sorge zu tragen, dass materielle wie immaterielle Ressourcen – in diesem Fall Wissen über und Erfahrungen mit Betreuung und Pflege, eine Haltung der Sorge um Mitmenschen, soziale Unterstützung, finanzielle Mittel – gemeinsam entwickelt, allen Mitbürgerinnen/Mitbürgern zugänglich gemacht und somit gerecht verteilt werden können.

In der Gestaltung von Beteiligung ist auf Verteilungsgerechtigkeit zu achten. Wird immer wieder derselbe Kreis an Personen angesprochen und beteiligt, der ohnehin schon primär die Sorge leistet, könnten herrschende Ungleichheitsmuster (Gender, ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital usw.) reproduziert werden. ‚Sorgenden Gemeinden‘ muss es insbesondere ein Anliegen sein, auf Gendergerechtigkeit zu achten. Wobei sich unter anderem die Frage stellt, wer Sorge trägt und wie diese Sorgearbeit verteilt ist. Es besteht sonst das Risiko, dass das Konzept von jenen Frauen getragen wird, die ohnedies bereits jetzt die Hauptlast an Sorge erbringen (Appelt et al. 2010).

Andererseits bietet der Ansatz der ‚Caring Communities‘ auch die Chance der Anerkennung von Sorge, die bis zu diesem Zeitpunkt als quasi selbstverständlich erwartet und geleistet wurde. Dies trifft auch auf die professionelle Versorgung zu, wenn Sorge nicht als Teil des Rollenverständnisses mitgedacht war. Darauf lassen zum Beispiel die Erzählungen der Apothekemitarbeiter/innen aus dem Projekt „Demenzfreundliche Apotheke“ schließen. So waren die beteiligten Apotheker/innen zu Beginn des Projekts der Meinung, dass gute Gespräche und das Sich-Sorgen um Klientinnen und Klienten nur als Notlösungen angesichts der medizinisch-pharmakologischen Unheilbarkeit von Demenz dienen – oder, wie es eine Mitarbeiterin ausgedrückt hat: „Was können wir anderes tun außer reden?“. Nach einer intensiven Phase der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Konzepten zu den Themen Demenz und Gesundheitsförderung wurde die Bedeutung von Sorge oder, in der Sprache der Gesundheitsförderung ausgedrückt, von ressourcenorientierter Kommunikation von allen Beteiligten hervorgehoben. Nicht zuletzt war es in diesem Rahmen möglich, über persönliche Sorgeerfahrungen auch im Hinblick auf ihren Einfluss auf den beruflichen Alltag nachzudenken (Plunger et al. 2018).

Chancengerechtigkeit am Lebensende

Unter dem Titel der ‚Compassionate Community‘ rücken insbesondere Fragen der guten Sorge am Lebensende in den Mittelpunkt. Der aktuelle professionelle Diskurs in Palliative Care in Österreich fokussiert vor allem auf den Ausbau der spezialisierten Palliativversorgung, einer Aufgabe, die nicht hoch genug geschätzt werden kann. Gleichzeitig stellt die spezialisierte Palliativversorgung ‚a bit of heaven for the few‘ zu Deutsch ‚ein bisschen Himmel für wenige‘ dar (Clark 2003). Die Frage der Chancengerechtigkeit am Lebensende ist die Frage danach, wie die Haltung, das Wissen und die Fertigkeiten von Palliative Care möglichst allen Menschen, die sie brauchen, zu Gute kommen. Der Ausbau der spezialisierten Versorgung alleine wird hier nicht ausreichen.

Mit der „Abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung“ verfügen wir in Österreich seit 2004 über ein gutes nationales Konzept. Angesichts des demographischen Wandels und des damit zunehmenden Care-Bedarfs braucht es eine breite Bewegung, um Palliative Care in der Regelversorgung, im Krankenhaus, im Pflegeheim und in der Hauskrankenpflege und insbesondere in der Primärversorgung, zu verankern. Darüber hinaus benötigt es in der abgestuften Versorgung zusätzlich zivilgesellschaftliches Engagement wie es die ‚Sorgende Gemeinde‘ darstellt.

Fazit

Die unterschiedlichen Beispiele in diesem Beitrag sind als Anregung und Diskussionsbeitrag zu verstehen. Sie wollen aufzeigen, wie lokale Sorge-Netzwerke, die von den betroffenen Gemeindebürger/innen und Organisationen entwickelt werden, Belastungen reduzieren, Versorgungsangebote bedürfnisgerecht gestalten und insbesondere soziale Ressourcen aller Betroffenen stärken können.

- Die Vision, bis zum Lebensende in der eigenen Umgebung bleiben zu können, dort Unterstützung und Eingebundensein zu erfahren, kann in ‚Sorgenden Gemeinden‘ Realität werden. Es ist dies kein Ersatz für bestehende professionelle Sorgesysteme, sondern deren sinnvolle Ergänzung. Mehr noch, wir sehen die Anerkennung der zivilgesellschaftlichen Sorge als Voraussetzung für eine gute Betreuung bis zum Lebensende.
- Zahlreiche Initiativen in Österreich machen derzeit Erfahrungen mit diesem zivilgesellschaftlichen Ansatz. Die Frage, wie Partizipation und Chancengerechtigkeit in ‚Sorgenden Gemeinden‘ ermöglicht werden können, bleibt weiterhin eine Herausforderung.
- Langlebigkeit und Hochaltrigkeit waren bis vor kurzem in der Geschichte der Menschheit eine Ausnahme bzw. das Privileg von wenigen. Heute ist die Gruppe der 80igjährigen in den westlichen Industriestaaten die am schnellsten wachsende Altersgruppe, verbunden mit der hohen Wahrscheinlichkeit demenzieller Betroffenheit. Demenz wird hier nicht primär medizinisch, sondern als „lebensweltlich neue menschliche Seinsweise“ gesehen (Dörner 2007, S. 14). Wir haben, so meint Tom Kitwood (2000), als Gesellschaft etwas von Menschen mit Demenz zu lernen: Uns nicht ausschließlich auf unseren Verstand, sondern auch auf unsere Gefühle zu verlassen – wir sehen das als eine Botschaft der Sorgenden Gemeinde.
- In ‚Sorgenden Gemeinden‘ finden soziale Entwicklungsprozesse statt, die soziale Aufgaben und die damit verbundenen Verantwortungen neu benennen und ausverhandeln. Sie ermöglichen offene Prozesse des Nachdenkens, des Gesprächs und der

Vernetzung. Sie ermutigen uns, darüber nachzudenken, was im Leben zählt, was unsere Sorgen und Hoffnungen sind und was ein gutes Leben und Sterben ausmacht. So können wir als Bürger/innen – über unterschiedliche Rollen, Lebens- und Arbeitswelten hinweg – aneinander in einem tieferen Sinn Anteil nehmen. Die ‚Sorgende Gemeinde‘ schafft– mit entsprechender Entwicklungsarbeit – den Rahmen, in dem ‚Compassion‘, ‚Sorge‘ und ‚Empathie‘ zu echten Strukturelementen des gesellschaftlichen Lebens werden und uns und die Art unseres Miteinanders verwandeln können.

Quellen

- Aktion Demenz (2017): <https://www.aktion-demenz.de> (12. 1. 2018)
- Aktion Demenz Vorarlberg (2017): <https://www.aktion-demenz.at/ueber-uns> (12. 1. 2018)
- Appelt, E.; Heidegger, M.; Preglau, M.; Wolf, M. (Hrsg.) (2010): Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive. Studienverlag, Innsbruck
- Bioethikkommission (2015): Empfehlung der Bioethikkommission des Bundeskanzleramts zum Thema „Sterben in Würde“ aus dem Jahre 2015. www.bundeskanzleramt.at (3. 1. 2018)
- Clark, D. (2003): A Bit of Heaven for the Few? An Oral History of the Modern Hospice Movement in Britain and Ireland. Mortal Press, Lancaster
- Dörner, K. (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Paranus, Neumünster
- Dörner, K. (2012): Helfensbedürftig. Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. Paranus, Neumünster
- Familienfreundliche Gemeinde (2017): <https://www.familieundberuf.at/audits/audit-familienfreundliche-gemeinde> (9. 1. 2018)
- Fischer, T.; Himmelbauer, P.; Jobst, M. (2017): Über den Mehrwert organisierter Nachbarschaftshilfe – dargestellt am Beispiel des Zeit-Hilfs-Netztes Steiermark, Zeitschrift für Raumordnung und Raumplanung. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13147-017-0508-x>
- Heimerl, K.; Wegleitner, K.; Reitingner, E. (2015): Organisationsethik – von Caring Institutions und Compassionate Communities. FoRuM Supervision 45. S. 63–73
- Heller, A. (1996): Sterben in Organisationen. In: Grossmann Ralph (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisation entwickeln. Facultas, Wien. S. 214–231
- Höllhumer, M.; Trukeschitz, B. (2016): Zeitbanken und Tauschkreise in Österreich. Eine Bestandsaufnahme für 2015, Forschungsbericht 1/2016 des Forschungsinstituts für Altersökonomie der WU Wien. S. 305–322
- ICPHR (2013): What is participatory health research? Position Paper No. 1. http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/icphr_position_paper_1_definition_-_version_may_2013.pdf (4. 12. 2017)
- Kellehear, A. (2005): Compassionate Cities. Public health and end-of-life care. Routledge, London / New York
- Kellehear, A. (2013): Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. Q J Med. An International Journal of Medicine, Vol. 106/12. S. 1071–1075
- Kellehear, A. (1999): Health Promoting Palliative Care. Oxford University Press, Oxford

- Kitwood, T. (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hans Huber Verlag, Bern
- Klie, T. (2015): Caring Communities als Perspektive für Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Freiräume für die Zukunft. Plädoyer für einen Neuen Generationenvertrag. Schriften zu Wirtschaft und Soziales 17. Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin. S. 31–44
- Kojer, M.; Schmidl, M. (2015): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Springer, Wien
- Pleschberger, S.; Wosko, P. (2016): Die Perspektive alleinlebender hochaltriger Menschen auf die Zukunft und das Lebensende. Hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- Pleschberger, S.; Wosko, P.; Pfabigan, D. (2014): Lebensqualität im Alter bis „zuletzt“. Die Bedeutung von informeller Hilfe für einen Verbleib zu Hause von alten und hochbetagten Menschen in Einpersonenhaushalten. Hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- Plunger, P.; Tatzler, V.; Heimerl, K. (2018): Das Projekt „Demenzfreundliche Apotheke“ als Ort der Reflexion von Gender und Care. Intersektionale Aspekte und Empfehlungen im Kontext der Gesundheitsförderung. In: Reitinger, E.; Vedder, U.; Mforbe Chiangong, P. (Hrsg.) Alter und Geschlecht: Soziale Verhältnisse und kulturelle Repräsentationen. VS Springer, Wiesbaden. S. 115–133
- Plunger, P.; Tatzler, V.; Heimerl, K.; Reitinger, E. (2015): Dementia-friendly pharmacy: a doorway in the community in Vienna and Lower Austria. In: Wegleitner K.; Heimerl, K.; Kellehear, A. (Hrsg.): Compassionate Communities – Case Studies from Britain and Europe. Routledge, London. S. 137–152
- Rothe, V.; Kreutzner, G.; Gronemeyer, R. (2015): Im Leben bleiben. Unterwegs zu demenz-freundlichen Kommunen. transcript, Bielefeld
- Sallnow, L.; Kumar, S.; Kellehear, A. (eds.) (2012): International Perspectives on Public Health and Palliative Care. Routledge, London, New York
- Schuchter, P.; Heller, A. (2015): 'Ethics from the bottom up': Promoting networks and participation through shared stories of care. In: Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Kellehear, A. (Hrsg.): Compassionate Communities. Examples from Britain and Europe. Routledge, London
- Styria vitalis (2017): AGIL – Aktiv & gesund im Leben bleiben. Ein Projekt für ältere Menschen mit und ohne Demenz. <https://styriavitalis.at/entwicklung-innovation/agil> (28. 12. 2017)
- Tsouros, A. D. (1995): The WHO Healthy Cities project: state of the art and future plans, Health Promotion International 10. S. 133–141
- Volkshilfe Österreich und Pensionistenverband Österreichs (Hrsg.) (2009): Handbuch Seniorenfreundliche Gemeinde. <https://www.volkshilfe.at/seniorenfreundlichegemeinde>
- Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Kellehear, A. (Hrsg.) (2015): Compassionate Communities – Case Studies from Britain and Europe. Routledge, London
- Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Heller, A. (Hrsg.): Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne. Der hospiz verlag, Ludwigsburg. S. 305–322
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (4. 12. 2017)



Foto: Fotolia.com

6.3 Auf dem Weg zum Nationalen Aktionsplan für pflegende Angehörige und Zugehörige

Birgit Meinhard-Schiebel / Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger

„In meinem Leben habe ich mich immer um die Betreuung meiner Angehörigen gekümmert. Zuerst um die meiner Kinder, danach um alles, was mein Partner gebraucht hat – in guten wie in schlechten Tagen –, und dann kam der Tag X. Mein Vater hat einen Schlaganfall erlitten, meine Mutter war selbst nicht mehr ganz gesund. Plötzlich hat sich mein Leben verändert. Ich konnte sie nicht allein lassen in dieser Situation und habe das getan, was Töchter, Schwiegertöchter, Partnerinnen/Partner, enge Freundinnen/Freunde immer tun – ich habe mich um alles gekümmert. Jede Stunde meines Tages war damit ausgefüllt, den langen, schweren Weg gemeinsam zu gehen. Ich kann nur sagen – damit habe ich nicht gerechnet... „ (Frau N.)

Unter diesen Voraussetzungen sind die Chancen, gesund zu altern, massiv gefährdet. Das eigene Älterwerden ist einer Belastung ausgesetzt, die sich auf vielen Ebenen, sowohl physisch wie psychisch, auswirken.

Es braucht eine Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger und Zugehöriger!

Die Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger, gegründet im Jahr 2010 und entstanden durch eine Initiativeveranstaltung von Betroffenen, Hilfsorganisationen und unterschiedlichsten Interessensgruppen, arbeitet seither intensiv an der Vertretung der Interessen pflegender Angehöriger und Zugehöriger.

Die ersten Ansatzpunkte waren, die Situation von pflegenden Angehörigen deutlich zu machen und in der Öffentlichkeit darauf aufmerksam zu machen. Wie so häufig wurde diesem Thema bislang kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Vor dem Hintergrund, dass Pflege und Betreuung Sorgearbeit sind und vor allem informell geleistet werden, war das Interesse daran enden wollend. Erst nachdem wir das Thema „Pflegerische Kinder“ zwischen –fünf und 18 Jahren in die Öffentlichkeit gebracht hatten, war eine Art des Durchbruchs möglich, um medial auf die Situation aufmerksam zu machen.

Die Bandbreite der Betroffenen reicht über alle Lebensalter, bezieht aber auch den Begriff der ZUGEHÖRIGEN mit ein. Das sind Menschen, die im nahen Umfeld stehen, nicht unter den klassischen Angehörigenbegriff fallen, aber pflegende und betreuende Aufgaben übernehmen.

Unter der Annahme, dass die ca. 456.000 Menschen, die Pflegegeld beziehen, hauptsächlich von ihren Angehörigen und Zugehörigen betreut und gepflegt werden und nicht immer nur eine Person im Umfeld diese Aufgabe übernimmt, sondern manchmal auch zwei oder drei Personen, ergibt sich rasch eine große Zahl an Betroffenen und lässt sich diese somit kaum eingrenzen.

Welche Auswirkungen haben Pflege und Betreuung für pflegende Angehörige und Zugehörige?

Pflege und Betreuung sind intensive „Arbeit“, die hohe Konzentration und Verantwortung verlangt, körperlich anstrengend und psychisch enorm belastend ist. Es handelt sich dabei um keinen „8 to 5“ Job. Für viele bedeuten Pflege und Betreuung rund um die Uhr psychisch und körperlich unter oft schwierigen Bedingungen beschäftigt zu sein.

Sozioökonomisch geraten pflegende Angehörige leicht in eine Falle. Sie schränken sich in ihren eigenen Ansprüchen ein, um das finanzielle Manko, das durch Pflege und Betreuung entsteht und durch das Pflegegeld nicht abgedeckt wird, auszugleichen. Abhängig davon, in welchem Bundesland sie leben, gibt es auch noch Unterschiede zwischen sozialen Leistungen, die eventuell in Anspruch genommen werden können. Ein Beispiel macht das sehr deutlich: Viele pflegende Angehörige müssen aus den unterschiedlichsten Gründen auch Mindestsicherung beziehen. Das Pflegegeld, das der pflegebedürftige Mensch erhält, wird den pflegenden Angehörigen beim Bezug der Mindestsicherung als Einkommen angerechnet und vermindert dadurch die Mindestsicherung. Diese Regelung wurde erst vor kurzem, allerdings nur in Wien und Niederösterreich, aufgehoben. In Wien war dies durch das neue Mindestsicherungsgesetz der Fall. Ob die neue Regierung diese Regelung bundesgesetzlich wieder verändern wird, ist noch nicht bekannt.

Da zumeist Frauen Pflege und Betreuung leisten, sind sie es auch, die, wenn sie noch erwerbstätig sind, ihre Erwerbstätigkeit großteils einschränken. Das wichtige Angebot von Pflegekarenz und Pflegeteilzeit reicht nicht aus und ist immer noch zu wenig bekannt, um auf lange Sicht hilfreich zu sein. Wenn Frauen ihre Erwerbstätigkeit verringern oder gänzlich einstellen, bedeutet das, dass sie die Beiträge für ihre eigene Altersvorsorge nicht mehr im vollen Umfang einzahlen können – mit den bekannten Auswirkungen auf ihre eigenen Pensionsansprüche.

Eine Spirale, in die sie hineingleiten und die den Gender Pension Gap bedient, der vor allem Frauen in die Altersarmut führen kann.

Weiters sind auch die sozialen Auswirkungen beträchtlich: Verlust der sozialen Kontakte, Konflikte, die aus der Familien- und Beziehungsgeschichte hochkommen, Vernachlässigung der eigenen Interessen, Angst und Sorge. Im Unterschied zur Betreuung von Kindern besteht hier meist nicht die Aussicht, dass ein Mensch behutsam in die Selbständigkeit geführt wird und Eigenverantwortung übernehmen kann, sondern dass im Verlauf der Erkrankung – abhängig davon, welche Erkrankung die Pflegebedürftigkeit bedingt – das Ende letztendlich der Tod ist. Eine Perspektive, die die Psyche extrem belastet.

Wie kommt Unterstützung dorthin, wo Bedarf ist?

Ein Angebot an Unterstützung und Begleitung ist – Dank der unterschiedlichsten Initiativen, die in den letzten Jahren entstanden sind – vorhanden. Das Sozialministerium offeriert in zahlreichen Angeboten Hilfe. Dieses Angebot an die Betroffenen heranzubringen, gelingt nur teilweise. Einerseits, weil pflegende Angehörige und Zugehörige unter Zeitdruck stehen und keine Möglichkeit finden, sich um Hilfe und Unterstützung zu kümmern, andererseits, weil die Angebote nicht zur individuellen Situation passen und abgelehnt werden, bis hin zur Bemerkung „Wir nehmen kein Pflegegeld, wir sind keine Almosenempfänger“ usw.

Die Bandbreite der Hilfs- und Unterstützungsangebote braucht mediale Aufmerksamkeit, braucht Transfer zu allen Einrichtungen, Institutionen, mobilen Unterstützungsangeboten, zu einer Öffentlichkeit, die im Lebensmittelpunkt steht, an dem man nicht vorbeigeht. Bis hin zum Informationsangebot im Supermarkt, der eine Drehscheibe für vieles ist, auch für Informationen.

Was es auf der Ebene der großen Öffentlichkeit braucht

Die Forderungen der Interessengemeinschaft pflegende Angehörige sind seit 2010 bekannt und werden immer wieder erhoben. Sie haben an Gültigkeit nicht verloren. Sie werden nicht nur deutlicher, sondern orientieren sich zunehmend an der tatsächlichen Lebenssituation der pflegenden Angehörigen und Zugehörigen und der pflegbedürftigen Menschen.

Zusätzlich zu den unterschiedlichen Angeboten, wie einer Pflege- und Patientenrechtsanwaltschaft, einer Behindertenrechtsanwaltschaft usw. braucht es ganz gezielt auch noch eine Ombudsstelle für

pfliegende Angehörige. Nicht, um „noch eine Stelle“ zu schaffen, sondern um im breiten Feld der Angebote, auch im „großen Orchester“ der Unterstützungsangebote, ein Instrument einzusetzen, das dort die Stimme für die pflegenden Angehörigen und Zugehörigen spielt.

Der Nationale Aktionsplan, den die Schweiz bereits kennt und einsetzt, soll auch in Österreich die strukturelle Unterstützung fördern, die sozioökonomischen Notwendigkeiten deutlich machen, die regionalen Unterschiede deutlich machen und ausgleichen und mit klaren Zielsetzungen in einem Zeitplan Themen bearbeiten. Das Ziel ist es, durch diesen Aktionsplan die informelle Pflege und Betreuung von ihrer Arbeit im Verborgenen zu befreien und gesamtgesellschaftlich dafür Sorge zu tragen, dass pflegende Angehörige und Zugehörige weder in der Armutsfalle noch in Krankheit durch Überlastung landen und alle Angebote zur Hilfe und Unterstützung wahrnehmen und annehmen können.

Im Schweizer Nationalen Aktionsplan werden vier Handlungsfelder definiert.

- Handlungsfeld 1: Information und Daten
- Handlungsfeld 2: Entlastungsangebote – Qualität und Zugang
- Handlungsfeld 3: Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung und -pflege
- Handlungsfeld 4: Betreuungsurlaub oder alternative Unterstützungsangebote

In jedem dieser Handlungsfelder sind die entsprechenden Maßnahmen sowie die Zuständigkeiten angeführt:

Unterstützung für betreuende Angehörige – Bericht des Bundesrates, 5. Dezember 2014 https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/aktionsplan_pflug_angehoerige/bericht_des_br_angehoerige.pdf.download.pdf/bericht_des_br_zur_angehoerigenpflege_de.pdf

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html>

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html>



Foto: Pixabay

6.4 Der Stammtisch für betreuende und pflegende Angehörige und sein Beitrag zur Gesundheitsförderung: dargestellt am Beispiel Oberösterreich

Tatjana Fischer / Universität für Bodenkultur Wien; Doris Kasberger / Amt der Oberösterreichischen Landesregierung

Einleitung

Angehörige machen es möglich, dass betreuungs- und pflegebedürftige Menschen nach wie vor in den eigenen vier Wänden leben können. Das trifft derzeit noch auf 80 Prozent der aktuell rund 458.000 Pflegegeldbezieher/innen zu (vgl. IG-Pflege o.J.; Statistik Austria 2017). Damit entlasten Angehörige auch das Sozialbudget.

Angesichts langer Pflegekarrieren, der Verschiebung der Pflegebedürftigkeit in das höhere Alter und der Tatsache, dass – vor allem bezogen auf die Pflegenden der zweiten Generation – die Bewältigung großer räumlicher Entfernungen zwecks Betreuung bzw. Pflege eine Belastung für die pendelnden Sorgenden darstellt (vgl. Fischer 2015), müssen Fragen der Gesundheitsförderung (vgl. Budnick et al. 2012) auf diese Zielgruppe ausgeweitet werden.

Einen wichtigen Beitrag dazu leisten Entlastungsangebote wie die Stammtische für betreuende und pflegende Angehörige, wie am Beispiel Oberösterreich gezeigt wird. Die Stammtische rücken die betreuende bzw. pflegende Person in den Mittelpunkt der Betrachtung, sind Ort des Austausches, des Wiederentdeckens der Lebensfreude, des Lernens und der Wertschätzung und tragen damit zur Erhaltung der seelischen und körperlichen Gesundheit bei.

Sie verhüten soziale Isolation und Vereinsamung vor allem pflegender Frauen und geben die Kraft weiterzumachen. Damit liefern sie wichtige Beiträge zur Erreichung der für Österreich formulierten Gesundheitsziele Nr. 5 „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“ und Nr. 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ (vgl. BMGF 2017a) wie auch der im Aktionsplan Frauengesundheit festgelegten Wirkungsziele Nr. 15 „Rahmenbedingungen schaffen, die es den derzeit hauptsächlich weiblichen Pflege- und Betreuungspersonen ermöglichen, die eigene Gesundheit, Selbstbestimmung und Würde zu erhalten“ und Nr. 17 „Differenziertes, wertschätzendes Bild der vielfältigen Lebensrealitäten älterer Frauen entwickeln und die Teilhabechancen älterer Frauen in der Gesellschaft sichern“ (vgl. BMFG 2017b).

Das Ziel dieses Beitrags ist es, den Mehrwert der Stammtische für betreuende und pflegende Angehörige für die Gesundheit und Lebensqualität dieser Zielgruppe zu zeigen und die Bedeutung des Aspekts der Wohnstandortnähe dieses Entlastungsangebots zu betonen.

Die oberösterreichischen „Stammtische“ im Kurzporträt

Das Angebot existiert in Oberösterreich seit den 1990er Jahren. Mittlerweile bieten 198 der insgesamt 442 Gemeinden dieses Entlastungsangebot für betreuende und pflegende Angehörige an. Es ist gleichsam als Ort des persönlichen, fachlichen und vertraulichen Austausches der zentralen Anliegen und Sorgen der Pflegenden konzipiert und wird deshalb von fachlich qualifizierten Personen wie beispielsweise Diplomkrankenschwestern geleitet. Die Stammtische werden in ausgewählten Räumlichkeiten wie beispielsweise Gaststuben, geeigneten Räumen im Gemeindeamt oder Alten- und Pflegeheimen der teilnehmenden Gemeinden im ein- bis zweimonatigen Rhythmus, tendenziell abends und unter der Woche, angeboten.

Empirische Datenbasis

Im Oktober 2017 wurden die Leiter/innen aller 77 oberösterreichischen Stammtische dazu eingeladen, sich an einer schriftlichen Befragung zum Thema zu beteiligen. Der Rücklauf betrug 61 Prozent und zeigt, dass die Stammtische in Oberösterreich vorrangig von Frauen (97 Prozent) und hauptsächlich von einer Person alleine betreut bzw. geleitet werden. 59 Prozent der Stammtischleiter/innen sind zwischen 50 und 69 Jahre alt.

Der aus den 23 – größtenteils offenen – Fragen gewonnene Einblick in die Ziel- und Anspruchsgruppe „betreuende und pflegende Angehörige“ und in die Bedeutung des Entlastungsangebots „Stammtisch“ werden im Folgenden themenzentriert dargestellt.

Profil der Besucher/innen und Reichweite der Stammtische

Dass die häusliche Pflege nach wie vor weiblich ist, zeigt auch der Blick auf die Geschlechterstruktur der Nutzer/innen des Entlastungsangebots: In 93 Prozent der Fälle handelt es sich vorrangig um Frauen, die das Angebot in Anspruch nehmen, in lediglich sieben Prozent der Fälle berichten die Stammtischleiter/innen von einer Ausgewogenheit zwischen Frauen und Männern. Die Betreuenden bzw. Pflegenden sind zwischen 30 und 85 Jahre alt. Über die Jahre hat der Anteil der Sorgenden der zweiten Generation, das heißt der Kinder und Schwiegerkinder zugenommen –, wobei die „Pflegekarrriere“ tendenziell mit 50 beginnt.

Die Analyse der verwandtschaftlichen Beziehung zwischen den Besucherinnen/Besuchern und der betreuten bzw. gepflegten Person zeigt, dass vor allem die eigene Mutter in deren häuslicher Umgebung betreut wird, gefolgt vom Ehepartner und von der Schwiegermutter. Weniger häufig ist die Pflege des eigenen Vaters bzw. des Schwiegervaters sowie des eigenen Kindes, der Ehepartnerin und die Betreuung bzw. Pflege anderer Verwandter bzw. Nachbarinnen/Nachbarn.

Aus den vorhandenen Informationen kann weder der sozioökonomische Status der pflegenden Angehörigen abgeleitet werden, noch der Rückschluss gezogen werden, dass die Betreuenden bzw. Pflegenden mehrheitlich gemeinsam mit den Gepflegten unter einem Dach wohnen.

In 90 Prozent der Fälle besuchen bis zu zehn Personen den Stammtisch regelmäßig. Es kann eine Durchschnittsgröße von fünf bis sechs Personen angenommen werden. Mehr als 15 regelmäßige Teilnehmer/innen bilden die Ausnahme. Die Anzahl der regelmäßigen Aufsuchen hängt nicht von der Zahl der Einwohner/innen der Standortgemeinde des Stammtisches ab. Vielmehr liegt nach Ansicht der Stammtischleiter/innen eine Erklärung für die „geringe“ Nachfrage und gleichzeitig optimale Gruppengröße in der Herausforderung, für die Dauer des Stammtisches eine Ersatzperson für die Pflege zu finden.

Darüber hinaus gesellen sich – abgesehen von drei Ausnahmen – in unregelmäßigen Abständen weitere pflegende Angehörige dazu. Die Stammtischgröße wächst in 60 Prozent der Fälle somit zeitweise um bis zu sieben zusätzliche Personen an. Die Unregelmäßigkeit ergibt sich aus fallweise veränderten persönlichen Lebensumständen wie Krankheit oder Urlaub.

Obwohl die Anzahl der Teilnehmer/innen Schwankungen unterworfen ist – 60 Prozent der Befragten beobachten eine zahlenmäßige Veränderung –, kommen zu jedem Termin zwischen neun und zwölf Personen. Dennoch fällt auf, dass die Anzahl der Besucher/innen über die Jahre tendenziell sinkt. Als Hauptgrund dafür wird das Erlöschen der Betreuungs- bzw. Pflegeaufgabe durch das Ableben der/des ehemals Gepflegten identifiziert.

Da die Zahlenangaben teilweise auf Schätzungen beruhen, sind die obigen Angaben als Richtwerte denn als exakte Zahlenwerte zu interpretieren.

Die stammtischweise unterschiedliche Nachfrage sowie die Umstände bzw. Aufwände, die mit dem Besuch der Stammtische verbunden sind, wirken sich jedoch nicht auf die Häufigkeit des Angebots aus. Das bedeutet, es handelt sich nach wie vor um ein Entlastungsangebot,

das trotz Rückgangs der Nachfrage – mit einer Ausnahme – weiterhin in monatlichen Abständen angeboten wird.

Die Stammtischleiter/innen reagieren auf die sinkende Nachfrage mit einer entsprechenden Bewerbung des Angebots. Hierzu nutzen sie – so wie die anderen Leiter/innen auch – unterschiedlichste Kommunikationswege und Werbeträger – allen voran Inserate in den Gemeindezeitungen, das persönliche bzw. telefonische Ansprechen von Betroffenen sowie die Wirkkraft der Mundpropaganda und das Auflegen von Informationsbroschüren in Arztpraxen.

Die Einzugsbereiche der Pflegestammtische deuten darauf hin, dass diese als wohnstandortnahes Angebot konzipiert sind: Alle Befragten geben an, Angehörige, die in den Standortgemeinden des Stammtisches wohnen und dort betreuen bzw. pflegen, zu erreichen. Somit erreicht dieses Angebot vor allem Personen, die in derselben Gemeinde wie die zu Pflegenden wohnen (82 Prozent der Fälle), wodurch der Besuch des Pflegestammtisches rein räumlich betrachtet unaufwändig ist.

Darüber hinaus gelingt es jedem vierten Stammtisch, Angehörige zu erreichen, die außerhalb der Standortgemeinde des Stammtisches, also in Nachbargemeinden wohnen und/oder pflegen. Angehörige hingegen, die größere Entfernungen zwecks Betreuung oder Pflege zwischen den beiden Wohnstandorten zurücklegen müssen und für die der zeitliche und organisatorische Aufwand zu groß ist, um den Stammtisch zu besuchen, nehmen das Angebot nicht an bzw. wahr.

Die Stammtischleiter/innen räumen allerdings ein, dass jene Angehörigen, die weite räumliche Entfernungen überwinden müssen, ihrer Ansicht nach nicht die fokussierte Zielgruppe dieses Entlastungsangebots sind. Dies liegt auch daran, dass die Stammtischleiter/innen über die Zielgruppe der pendelnden sorgenden Angehörigen wenig bis nichts wissen.

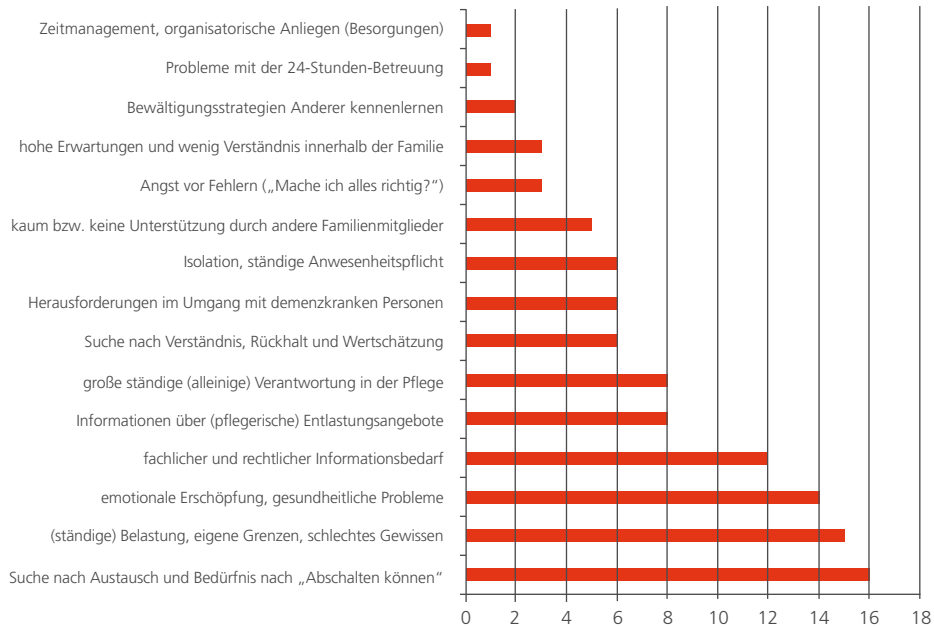
Der Mehrwert der Stammtische für das persönliche Wohlbefinden und die Gesundheitsförderung der Besucher/innen

Aus Sicht der Stammtischleiter/innen beziehen sich die Wünsche und Erwartungen einerseits auf das Bedürfnis nach Austausch mit Gleichbetroffenen über die ständige Belastung, die „eigenen Grenzen“ und das permanent „schlechte Gewissen“ als Pflegende/r, das „Abschalten können für kurze Zeit“ und die Hoffnung auf neue Freundschaften, andererseits auf die Suche nach kompetenten Antworten auf medizinische und pflegerische – einschließlich rechtlicher und finanzieller – Fragen sowie die Information über flankierende Entlastungsangebote wie beispielsweise die 24-Stunden-Betreuung und die Kurzzeitpflege sowie das Kennenlernen von „Bewältigungsstrategien“ der anderen Teilnehmer/innen (vgl. Abb.1).

Weiters berichten die Befragten von den Herausforderungen, die die Betreuung demenzkranker Personen mit sich bringt, und der Sorge um die eigene Gesundheit (vgl. Kasberger 2012) – auch aufgrund der „ständigen großen Verantwortung“ und der mangelnden innerfamiliären Unterstützung bei der Pflege bei gleichzeitig steigenden Erwartungen der Angehörigen und dem sich selbst auferlegten Druck, ja „keine Fehler“ zu machen. Eine der Konsequenzen dieser annähernd einer Vollzeitbeschäftigung gleichkommenden Pflegeauf-

gabe (vgl. Heinemann-Knoch et al. 2006) ist die deutlich eingeschränkte Teilhabemöglichkeit am gesellschaftlichen Leben, die letztlich zu Isolation und Vereinsamung führt.

Abbildung 1: Die drängendsten Sorgen und Anliegen der betreuenden und pflegenden Angehörigen



Quelle: eigene Darstellung (Fischer, Kasberger 2017). Dargestellt ist die Anzahl der Nennungen.

Zu den Anliegen jener Angehörigen, die zu Betreuungs- bzw. Pflegezwecken große räumliche Distanzen zwischen den Wohnstandorten überwinden müssen, äußert sich nur jede/vierte Befragte aufgrund von Informationsdefiziten über diese Anspruchsgruppe. Dennoch erkennen und verstehen zehn Stammtischleiter/innen

- den „Fahrtaufwand“,
 - das sich „Zerrissenfühlen“,
 - den Aufwand für die familieninterne Organisation der Betreuung bzw. Pflege und
 - die durch die räumliche Entfernung bedingte „Unsicherheit über den Zustand der Person“, um die man sich aus der Ferne bemüht bzw. bemühen muss („mehr Distanz“ – „mehr Sorge“)
- als zentrale Herausforderungen, wenngleich eine befragte Person meint, dass räumliche Distanz auch Abstand schaffe und es erleichtere, über die eigene Situation zu sprechen.

Die Anliegen und Sorgen der Betreuenden bzw. Pflegenden spiegeln sich auch in deren Erwartungen an die Stammtische wider, wobei auch hier der Erfahrungsaustausch mit Gleichbetroffenen über Gesundheit, Krankheit und Pflege und die Beratung zu pflegepraktischen und finanziellen bzw. rechtlichen Fragen und pflegerischen Entlastungsangeboten im Vordergrund stehen. Darüber hinaus sehen die Befragten im Stammtisch einen Ort des „guten Gesprächs“ und eine Möglichkeit, sich über die Wohngemeinde auf dem Laufenden zu halten. Der Stammtisch taugt nach Ansicht der Stammtischleiter/innen auch zur stichhaltigen Rechtfertigung einer kleinen Auszeit.

Aus den bisherigen Ausführungen klingt der Mehrwert dieses Entlastungsangebots für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Zielgruppe betreuender und pflegender Angehöriger bereits durch. Konkret auf den Aspekt Gesundheitsförderung angesprochen betonen die Stammtischleiter/innen die Ratgeberfunktion in Bezug auf die Reduktion der psychischen wie physischen Belastungen, die die Pflege mit sich bringt. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der aufrichtigen Wertschätzung für die erbrachten Leistungen zu (vgl. Kummer et al. 2010).

Die psychische Entlastung ist durch die essentielle Bedeutung des Stammtisches für das (see-lische) Wohlbefinden der Pflegenden durch

- die Vermittlung der Tatsache, in der Situation „nicht allein“, sondern Teil einer „Community“ von Gleichbetroffenen zu sein, sowie
- das Gehört-Werden, Sich-Aussprechen-Können und in den Sorgen „Ernst-Genommen-Werden“

gegeben.

In diesem Zusammenhang werden auch die Bedeutung der „Reflexion der eigenen Situation“ in der Gruppe und das Lernen über die Wichtigkeit, „Hilfe anzunehmen“ und damit die Opferrolle abzulegen, betont. Der Stammtisch ist somit auch ein Ort des Vertrauens, wo gemeinsam gelacht und dadurch die Lebensfreude der Pflegenden gewahrt wird (vgl. Abb. 2).

Zur Reduktion der physischen Belastungen, die Betreuung und Pflege mit sich bringen, tragen auch die Informationen der Stammtischleiter/innen und auch jene der zu bestimmten Fachthemen eingeladenen Expertinnen/Experten z. B. über professionelle begleitende pflegerische Unterstützung durch mobile Dienste bei.

Abbildung 2: Die Beiträge des Stammtisches für betreuende und pflegende Angehörige

Quelle: eigene Darstellung (Fischer, Kasberger 2017)

Da pendelnde, sorgende Angehörige von den Stammtischen am Wohnort der von ihnen betreuten bzw. gepflegten Personen nicht erreicht werden, sind die Vorstellungen der Stammtischleiter/innen über das „ideale Entlastungsangebot“ für diese Zielgruppe besonders interessant. Zu dieser Frage äußern sich 20 Befragte, wobei drei von diesen darauf hinweisen, zu wenige Informationen bzw. zu wenig Erfahrung mit dieser Personengruppe zu haben, um entsprechend Auskunft geben zu können. Die anderen 17 Befragten haben diesbezüglich höchst unterschiedliche Lösungsvorschläge parat.

- Während die einen der Ansicht sind, dass Entlastungsangebote auch ausgeschöpft werden müssen und die Stammtische am Wohnort der zu betreuenden bzw. zu pflegenden Person eine gute Möglichkeit sind,
- meinen wiederum andere, es sei besser, die Stammtische am Wohnort des betreuenden bzw. pflegenden Angehörigen zu etablieren und
- dazu aufzurufen, verstärkt mobile (Pflege-)Dienste in Anspruch zu nehmen, telefonische Beratung anzubieten sowie
- den Betreuenden und Pflegenden darüber hinaus bei der Vergabe von Arztterminen entgegen zu kommen und
- ihnen generell mehr Verständnis entgegen zu bringen.

Einzelne Befragte schlagen vor, einen Mix aus Nachbarschaftshilfe und professioneller Unterstützung zur Entlastung zu wählen, um dadurch auch die Betreuung der Angehörigen während des Stammtisches zu ermöglichen bzw. das Ausmaß der Arbeitszeit zu reduzieren sowie mehr Unterstützung vom sozialen Umfeld einzufordern.

Fazits und Schlussfolgerungen

- Die Stammtische sind ein nicht mehr wegzudenkendes niederschwelliges, professionell angeleitetes wohnstandortnahes Entlastungsangebot mit kleinräumigem Einzugsbereich für Personen, die andere in deren häuslichem Umfeld betreuen bzw. pflegen.
- Das Entlastungsangebot „Stammtisch für betreuende und pflegende Angehörige“ trägt zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bei. Dennoch muss die Zielgruppe nach wie vor zum Besuch animiert werden.
- Daher ist zu empfehlen, die Stammtische intensiver zu bewerben sowie den flächendeckenden Ausbau trotz der wachsenden Bedeutung anderer Informationsquellen und der Fülle an pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten zu forcieren.
- Angesichts der Veränderung der Familien- und Haushaltsstrukturen und der tendenziell zunehmenden räumlichen Entfernung zwischen den Wohnstandorten gilt es, bei der Angebots- und Standortplanung auch die Anspruchsgruppe der pendelnden sorgenden Angehörigen in den Blick zu nehmen.

Quellen

Budnick, A.; Kummer K.; Blüher S.; Dräger, D. (2012): Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung. Pilotstudie zur Validität eines deutschsprachigen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR). Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie 45, Heft 3. S. 201–211

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (Hrsg.) (2017a): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Wien 2012, Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (Hrsg.) (2017b): Aktionsplan Frauengesundheit. 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Wien

Fischer, T. (2015): Herausforderungen multilokaler sorgender Angehöriger. Unveröffentlichter Vortrag im Rahmen der 6. Beiratssitzung der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger, 23. September 2015, Wien

Heinemann-Knoch, M.; Knoch, T.; Korte, E. (2006): Zeitaufwand in der häuslichen Pflege: Wie schätzen ihn Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre privaten Hauptpflegepersonen selbst ein? Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie 39, Heft 6. S. 413–417

Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger (IG-Pflege) (Hrsg.) (o. J.): Homepage der IG-Pflege. (Hintergrund-)Informationen. <https://www.ig-pflege.at/hintergrund/index.php>

Kasberger, D. (2012): Die subjektiven Belastungen pflegender Angehöriger von Demenzerkrankten in Oberösterreich. Diplomarbeit, ausgeführt an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol

Kummer, K.; Budnick, A.; Blüher, S.; Dräger, D. (2010): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Ressourcen und Risiken – Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. In: Prävention und Gesundheitsförderung 5, Heft 2. S. 89–94

Statistik Austria (Hrsg.) (2017): Tabelle Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld. Erstellt am 23. 11. 2017 unter Verwendung der Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Pflegegeldstatistik. Tabelle online abrufbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html



Foto: Sigrid Beyer

6.5 Zu Hause betreut werden und zu Hause sterben dürfen – ein Wunsch, der nur selten Realität wird

Sigrid Beyer, Maria Eibel / Hospiz Österreich

Einführung – Wunsch und Wunscherfüllung

Die vertraute Umgebung, das eigene Zuhause ist der Ort, wo Frauen und Männer, die in Österreich leben, sterben möchten. Die Realität sieht jedoch anders aus: Im Durchschnitt sind es nur 27 Prozent, und im städtischen Bereich sinkt die Zahl der Menschen, die zu Hause sterben können, auf 16 Prozent. Verwunderlich ist, dass sich diese Zahlen seit 1988 kaum verändert haben (vgl. Freilinger 2009, Baumgartner 2014). Wunsch und Realität liegen hier also weit auseinander, obwohl ‚mobil‘ vor ‚stationär‘ ein gängiger Slogan ist.

Ein Versterben zu Hause impliziert auch die Betreuung und Pflege in den Monaten davor, die zu Hause von den Angehörigen und/oder von der mobilen Pflege und Betreuung (=Hauskrankenpflege und Heimhilfe) und/oder der 24-Stunden-Personenbetreuerin/dem 24-Stunden-Personenbetreuer im Zusammenwirken mit der Hausärztin/dem Hausarzt und unter Umständen dem Mobilien Palliativteam, in vielen Fällen auch mit dem Krankenhaus und Rettungsdiensten erbracht wird. Alleine diese Aufzählung macht deutlich, dass viele verschiedene Personen und Dienstleister/innen das Heim, der zu versorgenden Person betreten, damit die Betreuung und Pflege

zu Hause möglich ist. Doch das nehmen viele Menschen in Kauf, um am Ort ihrer Wahl, ihrem Zuhause, bleiben zu können. Es ist der Platz, der mit Vertrautheit und Wohlfühlen, mit Erinnerungen und Erlebnissen, die man nicht missen möchte, verbunden ist. Manche haben sogar das Glück, eingebettet zu sein in die Familie, in ein normales Leben mit Kindern, Enkelkindern, Arbeit, Freizeit und Kommunikation.

Pflegende Angehörige finden sich oft in einer sehr fordernden und überlastenden Situation, selbst dann, wenn sie sich Unterstützung von mobilen Diensten holen. Ein zusätzlicher, belastender Faktor sind die Kosten, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen.

„Pflegebedürftigkeit verursacht eine Reihe von Kosten für die Betroffenen und deren Angehörige. Neben den direkten monetären Aufwendungen, die bei Beschaffung von Pflegehilfsmitteln oder der Beanspruchung von Pflegeleistungen der mobilen Dienste oder Pflegeeinrichtungen entstehen, sind indirekte monetäre Kosten (entgangene Verdienste der pflegenden Angehörigen), wie auch physische und psychische Belastungen zu nennen.“ (Schneider et al 2006, 1)

Das kann sich belastend auf die Beziehung zwischen pflegender Angehöriger/pflegendem Angehörigen und Gepflegter/Gepflegtem auswirken. Alte Menschen haben sehr oft Sorge, eine Last zu sein, und leiden dann auch unter der Situation, in die sie ihre pflegenden Kinder gebracht haben (vgl. Schneider 2006).

Dazu kommt die Tatsache, dass das Sterben in der Geriatrie, im hohen Alter, ein langsames Sterben ist. Es verläuft in Phasen der Verschlechterung bei gleichzeitigem Ansteigen der Pflegebedürftigkeit.

Das bedeutet auch, dass es im Krankheitsverlauf nicht nur EINE Krisensituation vor dem Sterben gibt, sondern VIELE Krisensituationen. Diese betreffen nicht nur die Patientin/den Patienten, sondern alle, die im Betreuungssystem um sie/ihn versammelt sind. Daher ist es essentiell, dass alle direkt oder indirekt Betroffenen vorab im Gespräch miteinander sind, den gleichen Wissenstand haben und dass die Wünsche der Patientin/des Patienten übersichtlich dokumentiert, unterschrieben und mitgetragen von allen sind.

Es stellen sich Fragen wie:

- Will jemand, wenn das Sterben absehbar ist, noch reanimiert werden?
- Will jemand, wenn das Sterben absehbar ist, in ein Krankenhaus eingeliefert werden?
- Will jemand, wenn das Sterben absehbar ist, künstlich ernährt werden?

Diese Fragen müssen vorab, am zielführendsten, wenn die/Patient/der Patient kognitiv noch gut ansprechbar ist, mit Hausärztin/Hausarzt, Diplomierter Pflegekraft der Hauskrankenpflege, Patient/in und Angehörigen sowie Vertrauenspersonen der Patientin/des Patienten besprochen und gemäß dem Wunsch der Patientin/des Patienten sehr gut dokumentiert werden. Die Wünsche, betreffend die oben genannten Fragen, müssen auf einem Blatt sehr übersichtlich dargestellt sein und in mehrfacher Ausgabe in Papierform zu Hause aufliegen, damit diese einer Bereitschaftsärztin/einem Bereitschaftsarzt bzw. einer Notärztin/einem Notarzt im Krisenfall unmittelbar ausge-

hündigt werden können, und diese/r nach dem Willen der Patientin/des Patienten handeln kann. Nur so können unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Es gibt in Österreich nachweislich viele unnötige Krankenhauseinweisungen hochaltriger Menschen (vgl. Kada et al. 2012, Kada et al. 2010), bei denen die Patientin/der Patient dann am Weg ins Krankenhaus oder nach kurzem Aufenthalt im Krankenhaus verstirbt, oder es werden intensivmedizinische Maßnahmen gesetzt, die das Leben um einige Tage oder Wochen verlängern, die aber die Lebensqualität oft stark verringern.

„Krisenhafte Situationen am Ende des Lebens führen oft zur Einweisung ins Krankenhaus, die den Betroffenen aus seiner gewohnten Umgebung reißt und die Sicherung von Betreuungskontinuität bedeutend erschweren kann. In vielen Fällen ist dies mit einer hohen Belastung der PatientInnen und mit einer Belastung des Notarztsystems verbunden, ohne dass ein erkennbarer Nutzen entstehen würde. Oft leiten diese Krisen den Sterbeprozess ein.“ (Website Tiroler Hospiz-Gemeinschaft, www.hospiz-tirol.at)

Bei hochaltrigen Menschen, die reanimiert werden, kann bei einem hohen Prozentsatz kein Spontankreislauf wiederhergestellt werden. Von den übrigen versterben die meisten innerhalb einer Woche im Krankenhaus.

„Beim Thema ‚plötzlicher Herzstillstand‘ und Indikation für einen Reanimationsversuch‘ sollten wir uns der Bilder bewusst sein, die durch Sprache geschaffen werden. Fragen wir einen Menschen ‚Wollen Sie reanimiert werden?‘ – so hört sie/er möglicherweise ‚Wollen Sie gerettet werden?‘ – und wer möchte nicht ‚gerettet‘ werden? Tatsächlich liegt jedoch die Gesamt-Wahrscheinlichkeit, einen Herzstillstand zu überleben, der außerhalb eines Krankenhauses passiert (out of hospital cardiac arrest = OHCA), und auch das Spital wieder lebend zu verlassen – entsprechend den 2015 publizierten ERC-Guidelines – bei 7,6 Prozent. Dieses sog. „Outcome“ variiert jedoch stark je nach den gesundheitlichen Voraussetzungen, die eine Person vor dem Herzstillstand mitbringt, der Zeit zwischen Herzstillstand und Beginn des Reanimationsversuches sowie dem primären Herzrhythmus, den die Notärztin/der Notarzt beim Eintreffen feststellt. Das Alter allein ist für das Outcome nicht maßgeblich, weshalb hochaltrige Menschen nicht prinzipiell von Wiederbelebungsmaßnahmen ausgeschlossen werden sollten. Ein deutlich verschlechtertes Outcome (unter 2 Prozent) liegt jedoch vor, wenn der alte Mensch bereits weit fortgeschritten und mehrfach erkrankt ist. Weiters – so auch in den ERC-Guidelines betont – sollte das ‚erwartete Sterben‘, das Abnehmen und Enden der Atem- und Kreislauffunktion, vom plötzlichen Herzstillstand deutlich abgegrenzt werden.“
(ÖGERN 2016,119)

Das braucht unter anderem ehrliche, aufklärende Gespräche der vorausschauenden Planung, durchgeführt von der Hausärztin/dem Hausarzt, der Diplomierten Pflegeperson mit der Patientin/dem Patienten und deren/dessen Angehörigen und Vertrauenspersonen. Das braucht auch Anleitung und Information für die Angehörigen, damit sie in der Krisensituation vorbereitet sind und gemäß dem Wunsch ihrer Mutter, ihres Vaters, ihres Partners, ihrer Partnerin handeln können. Manchmal braucht es auch tröstende Worte, denn es ist eine Zeit des Abschieds, des nahen Ster-

bens von einer geliebten Person. Von der Betreuungsseite her, den Pflegenden der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause, braucht es Betreuungskontinuität, das bedeutet Pflegenden kennen die Patientin/den Patienten und den Krankheitsverlauf sehr gut, nur wenig muss für die nächste Kollegin/den nächsten Kollegen dokumentiert werden, da diese/r ohnehin mit der Betreuungssituation vertraut ist. Es braucht Flexibilität hinsichtlich der Zeit, die Betreuende und Pflegenden für ihre Patientinnen/Patienten haben. Wenn jemand schwerkrank und dem Sterben nah ist, so kann sich die Situation am Morgen wesentlich von jener zu Mittag oder am Abend unterscheiden. Und daraus ergibt sich ein unterschiedlicher Zeitbedarf. Es braucht Wissen, Knowhow, Erfahrung und die Möglichkeit des Austausches zu den Themen Sterben und Tod, zu Hospiz und Palliative Care, damit die Betreuenden und Pflegenden in einer Haltung der Achtsamkeit und Fürsorge die Betreuung und Pflege leisten können.

Und es braucht Hausärztinnen und Hausärzte, die bereit sind, Hausbesuche zu machen, die bereit sind, mit der Pflege zu kooperieren, und die geriatrisch und palliativmedizinisch geschult sind. Es braucht Hausärztinnen und Hausärzte, die sich trauen, eine DNR (do not resuscitate) Order zu schreiben, wenn Reanimation medizinisch nicht mehr indiziert ist, die Morphin oder alternative, starke Opioide verschreiben, damit die Patientin/der Patient nicht unerträgliche Schmerzen leidet.

Die Realität und der Veränderungsbedarf, um der Wunscherfüllung näher zu kommen

HPC Mobil – Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause – ein Projekt mit großem Anspruch

Damit der Wunsch, zu Hause betreut zu werden und auch zu Hause zu sterben, mit der Realität näher zusammenkommt, wurde das dreijährige Pilotprojekt (Juni 2015 – Juni 2018) des Dachverbandes Hospiz Österreich in Kooperation mit dem Arbeiter Samariter Bund Wien, der Caritas der Erzdiözese Wien, der CS Caritas Socialis und der Volkshilfe Wien ins Leben gerufen. Dieses wird unter anderem finanziert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich. Die vier Träger, deren Mitarbeiter/innen Menschen (zum überwiegenden Teil alte und hochaltrige Menschen) zu Hause betreuen, bemühen sich mit großem Engagement und Einsatz, Hospizkultur und Palliative Care in ihrer Organisation zu integrieren und nachhaltig lebbar zu machen, um ihre Patientinnen und Patienten bis zuletzt und in Würde begleiten zu können und um ihre Mitarbeiter/innen bei dieser herausfordernden Aufgabe zu unterstützen.

Das Projekt beinhaltet unter anderem:

- Dreitägige Workshops HPC (Hospiz und Palliative Care) für 80 Prozent der Mitarbeiter/innen aller Berufsgruppen (Diplomierte Pflegekräfte, Pflegefachassistentinnen/-assistenten, Heimhelfer/innen)
- Die Einrichtung einer/mehrerer Palliativgruppe/n mit Palliativbeauftragten
- Gezielte Arbeit an den Strukturen/Rahmenbedingungen in jeder teilnehmenden Trägerorganisation im Sinne von Hospiz und Palliative Care, um die festgelegten Leistungen, Ziele und Indikatoren (= Woran genau erkennen wir, dass wir Hospizkultur und Palliative Care leben und wie können wir das messen?) zu verwirklichen.
- Unterstützung durch die Führungskräfte

- Die Verbesserung der Zusammenarbeit mit allen Beteiligten wie An- und Zugehörige, Hausärztinnen/Hausärzte, Hospiz- und Mobile Palliativteams etc.
- Das Veranstalten von Fachtagungen zum Thema
- Die Entwicklung und Präsentation eines Videoclips – ‚Mutmacher für ein Sterben zu Hause‘

Erfolge und Grenzen

Erfolge

Mehr als zwei Drittel des Projektes HPC Mobil sind bis dato vorbei und die Erfolge sind ebenso wie die Grenzen der Umsetzung sehr deutlich.

- Die Workshops HPC Mobil, die für 80 Prozent aller Mitarbeiter/innen vorgesehen sind, kommen sehr gut bei diesen an. Gewünscht werden von den Teilnehmer/innen, die rückmelden, es habe sich um die beste Fortbildung gehandelt, die sie je hatten, und den Trainer/innen Dankesbriefe schreiben, längere – nicht nur dreitägige – Workshops.
- Die Führungskräfte beobachten, dass die Mitarbeiter/innen viel früher und schneller rückmelden, wenn palliativer Bedarf gegeben ist, und dass auch empathischer auf die Anliegen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige eingegangen wird.
- Ein weiterer, sehr positiver Nebeneffekt, den die Führungskräfte formulieren, ist, dass das Teambuilding durch das Projekt enorm forciert wird.
- Die Palliativbeauftragten nehmen ihre Rolle mehr und mehr wahr und setzen Lernprozesse zu HPC in der Organisation in Gang. Sie sind auch bei Rückfragen zu HPC für die Mitarbeiter/innen ansprechbar.
- Der Fortbildungsplan wird in Bezug auf Hospizkultur und Palliative Care adaptiert, z. B. mittels Total Pain, Schmerzlinderung, vorausschauende Planung-Vorsorgesedialog, Palliative Care und Demenz
- Der Pflege- und Betreuungsprozess wird in Bezug auf HPC evaluiert – wie wird der Wille der Klientinnen/Klienten sichtbar und wie wird dieser in der Planung berücksichtigt?
- HPC wird vor allem auch durch die operativen Führungskräfte in den Arbeitsalltag integriert.
- Ein HausärztInnenbrief mit den Daten der Kontaktperson wurde entwickelt, der am Beginn der Betreuung an die Hausärztin/den Hausarzt gesendet wird..
- Es fanden Treffen mit den Entlassungsmanagerinnen/-managern der Spitäler, mit den Wiener Hospiz- und Palliativeinrichtungen und mit dem Fördergeber statt.
- Es gibt gelungene Betreuungen, wo es ermöglicht werden konnte, dass die Patientin/der Patient wie gewünscht zu Hause versterben konnte. Usw.

Grenzen

- Betreuungskontinuität bzw. eine Bezugspflege kann unter den derzeitigen Strukturen nicht gewährleistet werden. Es kommen viele verschiedene Betreuende zur Patientin/zum Patienten, die/der sich ständig auf jemanden Neuen einstellen muss.
- Der Aufwand für die Dokumentation ist groß und mindert die direkte Zuwendungszeit
- Für die Zeit, die für Angehörige notwendig ist, gibt es keine finanzielle Abgeltung. Angehörige brauchen aber Anleitung, Information, Trost. Wenn das nicht geleistet werden kann, erschwert es die Betreuung und vermindert die Lebensqualität von Patientinnen/Patienten sowie Angehörigen.

- Eine vorausschauende Planung ist nicht vorgesehen, es gibt keine Abrechnungsmöglichkeit dafür. Das heißt, dass es kaum möglich ist, ein Treffen mit der Hausärztin/dem Hausarzt zu arrangieren, was wiederum bedeutet, dass die Wünsche der Patientinnen/Patienten bezüglich des Sterbens und für die Krisensituation mit größter Wahrscheinlichkeit nicht dokumentiert sind. In Österreich haben weniger als 4 Prozent der Menschen eine Patientenverfügung verfasst. Man kann argumentieren, dass jede/r hier Eigenverantwortung hat, was natürlich stimmt, doch wenn weniger als 4 Prozent eine Patientenverfügung haben, dann ist die Gesellschaft noch nicht so weit und es ist eine gesellschaftspolitische Aufgabe, hier Veränderungen zu bewirken.
- Das elektronische Dokumentationssystem sieht kein Krisenblatt in Papierform vor Ort vor. Dies ist jedoch eine absolute Notwendigkeit, soll in der Krisensituation nach dem Wunsch der Patientin/des Patienten gehandelt werden können.
- Die Betreuungszeiten sind mit 30, 45, 60 Minuten vorgegeben, was auch für die Patientinnen und Patienten nicht die angemessene Form ist, denn sie spüren den Zeitdruck, was in einer Schmerzsituation oder bei Demenzerkrankung die Lage noch einmal verschärfen kann.
- Die Betreuenden der mobilen Hauskrankenpflege nehmen für ihren Job schlechte Arbeitsbedingungen in Kauf. Viele sind nur in Teilzeit beschäftigt, die Entlohnung ist schlechter als im Bereich der stationären Pflege, der Druck ist enorm groß und die Fluktuation hoch. Hinzu kommt, und das ist mindestens genauso schwierig, das permanente Erfüllen von Vorgaben, bei denen Professionalität und Knowhow aller Berufsgruppen nur eingeschränkt gefragt sind und bei denen es nur um die Ausführung geht. Eigenständiges Einschätzen einer Situation und sofortiges entsprechendes Handeln sind nicht möglich. Das bedeutet, immer wieder teilweise oder gänzlich entgegen dem Handeln zu müssen, was die Situation mit der schwerkranken Patientin/dem schwerkranken Patienten von der Pflege- oder Betreuungsfachkraft erfordern würde.

„Wenn Pflegepersonen nach Vorgaben handeln müssen und nicht nach der eigenen professionellen Einschätzung und Kompetenz, so wird das Auswirkungen haben auf das Arbeitsselbstbewusstsein, aber auch auf die Freude, die die Menschen mit ihrem Beruf verbinden, das Engagement, das sie bereit sind zu investieren.“ (Reitinger et al, 50)

Abschließende Bemerkungen

Damit für alte und hochaltrige Menschen auch in der Zeit von Pflegebedürftigkeit und in der letzten Lebensphase, wo das Sterben näher rückt, eine gute Lebensqualität gewährleistet ist, braucht es bei der häuslichen Betreuung Veränderungen in manchen der derzeit vorgegebenen Strukturen. Das Gesundheitssystem in Österreich geht von der historisch überholten Hypothese aus – „schwerkrank und bald verstorben“ oder „kurz krank und geheilt“. Die heutige Realität ist aber, dass viele schwerkrank und lange krank sind. Darauf braucht es ein adäquates Reagieren. Es wäre wichtig, im Bereich der Langzeitpflege und auch im klassischen Krankenhaus viel stärker vernetzt zu denken.

Eine gute Betreuung und ein würdiges Sterben zu Hause brauchen eine gelingende und kompetente Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, Ärztinnen/Ärzten, Krankenhaus, Patientinnen/

Patienten, Angehörigen, Rettungsdiensten, Mobilen Palliativteams, Hospizteams usw. Es ist eine Aufgabe, die nur gemeinsam gemeistert werden kann. Es bedarf der Zusammenarbeit über Berufsgrenzen und über Organisationsgrenzen hinweg. Doch genau hier sind sehr viele Übergänge keine Nahtstellen, sondern Schnittstellen. Es braucht hier Förderstrukturen, die das Zusammenwirken aller unterstützen, und die gewährleisten, dass Betreuende der Grundversorgung ein gutes Basiswissen zu Hospiz und Palliative Care haben und Trägerorganisationen entsprechende Strukturen implementieren, die die Themen Sterben und Tod in der praktischen Alltagsarbeit sinnvoll und unterstützend integrieren. Wenn dies gegeben ist, dann können Betreuende und Pflegende gemeinsam mit den alten Menschen und ihren Angehörigen im Sinne einer guten Lebensqualität bis zuletzt wirken.

Leicht realisierbare Vision

Wenn ein Träger seinen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern ermöglicht hat, sich intensiv mit Hospiz und Palliative Care auseinanderzusetzen, wie dies in HPC Mobil der Fall war, und wenn Strukturen geschaffen wurden, um das Thema dauerhaft in die Praxis der Alltagsarbeit zu integrieren, dann bleiben noch einige wenige strukturelle Veränderungen. Das wäre die Organisation der Hauskrankenpflege im ‚Grätzl‘. Ein Modell, das auch aus Ideen der Pflegeorganisation Buurtzorg¹ in den Niederlanden gespeist ist, wäre folgendes: Acht bis zehn Betreuende und Pflegende bilden ein Team und betreuen in ihrem Einzugsgebiet mit ca. 5.000 Bewohnerinnen/Bewohnern im Schnitt etwa 50 Patientinnen/Patienten. Alle im Team verfügen über ein Basiswissen zu Hospiz und Palliative Care, zwei von ihnen durch die Absolvierung des Interdisziplinären Basislehrgangs Palliative Care² über ein vertieftes Wissen. Dieses Team kennt sowohl die Hausärztinnen/Hausärzte im ‚Grätzl‘ und ist mit diesen in sehr gutem Austausch als auch die Entlassungsmanager/innen der Krankenhäuser im Einzugsgebiet. Darüber hinaus besteht sehr guter Kontakt zur spezialisierten Hospiz- und Palliativbetreuung. Da im ‚Grätzl‘-Prinzip die Betreuungskontinuität gewährleistet ist, wird bei den Besuchen der Patientinnen/Patienten Zeit gespart, da weniger dokumentiert werden muss. Diese Zeit kann – als bezahlte Zeit – für Anleitung, Information und Unterstützung der Angehörigen aufgewendet werden. Die Betreuenden bleiben so kurz oder so lange bei der Patientin/dem Patienten, wie es der Situation der kranken Person entspricht. Was zu tun ist, wird getan. Die Einschätzung des zeitlichen Aufwands der einzelnen Betreuungen ist Thema der Teambesprechungen und daher auch kontrolliert. Bei Verschlechterung der Patientinnen/Patienten wird ein Vorsorgedialog angeboten. Wenn die Patientin/der Patient diesen Vorschlag annimmt, wird der Vorsorgedialog vorbereitet und durchgeführt. Die Zeit dafür erhalten die Pflegenden vergütet und die Hausärztinnen/-ärzte können ihre Zeit mit der Versicherung abrechnen, da es allen ein Anliegen ist, dass schwerkranke und sterbende Menschen nicht unnötig ins Krankenhaus transferiert werden. Wir wissen aus den Erfahrungen in den HPCPH Heimen (Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen), dass dies auch eine Kostenersparnis darstellt.

1 Weitere Informationen unter: <http://www.buurtzorgnederland.com/>

2 Weitere Informationen unter: <http://www.hospiz.at/fachwelt/bildung/interprofessionelle-basislehrgaenge/>

Unnötige Krankenhaustransporte und unnötige intensivmedizinische Interventionen verursachen nicht nur Leid und stellen ethische Dilemmata dar, sondern verursachen auch unnötige Kosten, die z. B. sinnvoll für die Honorierung der Hausärztinnen/Hausärzte für den Vorsorgetelefonat aufgewendet werden können. Die Hausärztinnen/Hausärzte, die Vorsorgetelefonate durchführen, sind geriatrisch und palliativmedizinisch geschult, die Honorierung ist an diese Kompetenz gebunden.

Eine Betreuung in dieser Form im ‚Grätzl‘ würde für pflegebedürftige, ältere, alte und hochaltige Menschen eine enorme Steigerung ihrer Lebensqualität bedeuten.

Zusammenfassung

„Zu Hause“, antwortet der Großteil von in Österreich lebenden Menschen auf die Frage, wo sie einmal sterben möchten. Die Realität ist, dass ca. 70 Prozent in Institutionen sterben.

Vier Trägerorganisationen, der Arbeiter Samariterbund Wien, die Caritas der Erzdiözese Wien, die CS Caritas Socialis und die Volkshilfe Wien, haben sich in einem innovativen Projekt von Hospiz Österreich, das vom Fonds Gesundes Österreich finanziert wird, auf den Weg gemacht, um diese Situation zu verändern. Gemeinsam wird seit Juni 2015 das dreijährige Pilotprojekt „HPC Mobil – Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause“ umgesetzt, um zum Wohle der alten Menschen und ihrer Angehörigen Wunsch und Wirklichkeit besser zusammenzubringen.

Ergebnisse:

Wichtig sind ein Grundwissen und eine entsprechende Haltung zu Hospiz und Palliative Care bei den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und die strukturelle Verankerung des Themas in der Organisation.

Kontinuität und eine kleinräumige Struktur in der Betreuung sind von großem Vorteil, da sich dann alle Dienstleister/innen in der häuslichen Betreuung kennen und miteinander vernetzt arbeiten können.

Die Betreuung und Pflege von schwer kranken und sterbenden Menschen verläuft NICHT nach Plan, daher brauchen die Betreuenden in der Pflege entsprechende zeitliche Freiräume und Flexibilität.

Die Möglichkeit der bezahlten Absprache (vorausschauende Planung für die Krisensituation) mit dem/der Hausarzt/-ärztin, mit Angehörigen, dem Mobilien Palliativteam sowie dem ehrenamtlichen Hospizteam müsste gegeben sein.

Angehörige müssen informiert, beraten und unterstützt werden können.

Das ist die Basis, um gemeinsam mit den alten Menschen und ihren Angehörigen in deren Sinne wirken und auf ihre Wünsche in der letzten Lebenszeit eingehen zu können.

Quellen

Baumgartner, Johann (2014): Power-Point-Präsentation: place of death. Aufbereiteter Datensatz mit Daten der Statistik Austria

Beyer, S.; Eibel, M.: Kategorie Gender – häusliche Betreuung und Pflege bis ans Lebensende. In: Reitinger, E.; Vedder, U.; Mforbe Chiangong, P. (2018): Alter und Geschlecht aus sozialwissenschaftlicher und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Springer Verlag. S. 45–57

Freiling, F. (2009): Das institutionalisierte Sterben. Sozioökonomische Aspekte am Ende des Lebens. In: focus neurogeriatrie 2009, 1–2, Springer Verlag, Wien. <http://www.springermedizin.at/artikel/13478-das-institutionalisierte-sterben,%202009> (6. 12. 2017)

Henry, A.; Schuh, K. P.; Beyer, S. (2016) : Der Vorsorgedialog – Ein Kommunikationsinstrument der vorausschauenden Planung im interprofessionellen Team. In: ÖGERN (Hrsg.): Notfallmedizin am Lebensende. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Notfallmedizin 3. Wien/Graz. S. 115–123

Kada O.; Janig H.; Pinter G.; Cernic K. (2012): Gut versorgt im Pflegeheim? Ein Forschungsbericht über die Wirksamkeit eines Maßnahmenpaketes zur Reduktion vermeidbarer Krankenhaustransporte. Studia, Innsbruck

Kada O.; Brunner E.; Janig H.; Likar R.; Pinter G. (2010): Krankenhaustransporte aus Alten- und Pflegeheimen – eine Mixed Methods Studie. In: Ragoßnig, A. (Hrsg.): Tagungsband 4. Forschungsforum der Österreichischen Fachhochschulen. Verlag Fachhochschulstudiengänge Burgenland GesmbH, Eisenstadt. S. 29–34

Medicus, E.: Vorausschauende Betreuung am Lebensende. Der palliative Behandlungsplan als Unterstützung für das Sterben zu Hause und im Pflegeheim. <https://www.hospiz-tirol.at/betreuung-und-begleitung/palliativ-behandlungsplan> (6. 12. 2017)

Schneider, U.; Österle, A.; Schober, D.; Schober, Ch. (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Forschungsberichte / Institut für Sozialpolitik, 02/2006. Institut für Sozialpolitik, WU Vienna University of Economics and Business, Wien. S. 1–37



KERNAUSSAGEN, ZUSAMMENGEFASST

*Gudrun Braunegger-Kallinger, Verena Zeuschner, Rainer Christ, Gert Lang /
Fonds Gesundes Österreich*

Der vorliegende Sammelband hat Sie durch verschiedene Lebenswelten und Lebenslagen älterer Menschen in Österreich geführt. Ausgehend von wissenschaftlichen Grundlagen und handlungsleitenden Strategien, wurden Erfahrungen und Ergebnisse aus praktischen Umsetzungsbeispielen dargestellt, die die Gestaltung von Rahmenbedingungen zur Förderung gesunden Alterns unter Berücksichtigung von Fragen gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zum Ziel haben. Die Kernaussagen werden im Folgenden zusammengefasst.

Theoretische und empirische Grundlagen

Im theoretischen Aufriss werden Überlegungen darüber angestellt, welche Dimensionen soziale Ungleichheit im Alter haben kann und welche Auswirkungen diese auf die Gesundheit älterer Menschen haben können. Vier Dimensionen wurden dabei in die Darstellung aufgenommen und sollten bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beachtet werden.

Diese Dimensionen können aus zwei Perspektiven betrachtet werden:

- im Diskurs um Ungleichheit und Chancengerechtigkeit zunächst aus einer **Problemperspektive**, mit dem Ziel, bestehende Problemlagen bei Gruppen oder Individuen zu identifizieren und zu verbessern
- im Diskurs der Gesundheitsförderung aus einer **Ressourcenperspektive**, mit dem Ziel, die jeweils vorhandenen Ressourcen von Gruppen oder Individuen sichtbar zu machen, diese zu nutzen und zu stärken

Die vier Dimensionen sind in Anlehnung an den Soziologen Pierre Bourdieu als Kapitalien beschrieben:

Ökonomisches Kapital – Einkommen, Vermögen, Schulden – hat über den gesamten Lebensverlauf, aber besonders im Alter, Einfluss auf die Gesundheit, z. B. in Bezug auf die Leistbarkeit von Angeboten, Teilhabemöglichkeiten im Alltag, soziale Sicherheit oder Unsicherheit.

Kulturelles Kapital – Bildung und familiäre Sozialisation – setzt sich aus Wissen, Kompetenzen und Haltungen zusammen, sein Zusammenhang mit Gesundheit – vor allem auch via Gesundheitskompetenz – ist vielfach belegt.

Soziales Kapital – Ressourcen aus sozialen Beziehungen und sozialer Teilhabe sowie aus Kontakten – kann die Gesundheit unmittelbar durch Hilfeleistungen, Anerkennung etc. unterstützen, aber auch indirekt über Kontakte zu möglichen Unterstützerinnen/Unterstützern wie z. B. Dienstleistern.

Gesundheitliches Kapital – die körperliche und psychische Gesundheit – ist besonders bei älteren Menschen aufgrund chronischer Belastungen oder Erkrankungen relevant und steht auch mit körperlicher Mobilität, sozialer Teilhabe, Pflegebedarf etc. in Zusammenhang.

Unabhängig vom Vorhandensein dieser Kapitalien sollten aber auch die Unterschiedlichkeit und die Vielfalt des Alters in **Altersstufen als eine weitere Dimension** von Lebenslagen berücksichtigt werden. Konzepte wie gesundes und aktives Altern, das Thema Pflege oder auch die genannten Kapitalien können im Alter ganz unterschiedliche Bedeutung und Relevanz für alltägliche Herausforderungen haben:

So können bei „jungen“ Älteren bis ca. 74 Jahre Themen wie Einkommensverlust oder Verlust von Berufsrollen und Sozialkontakten durch Pensionierung, Herausforderungen als pflegende Angehörige oder zunehmende gesundheitliche Einschränkungen an Relevanz gewinnen.

Bei „mittleren“ Älteren (ca. 74 bis 84 Jahre) können Altersarmut und zunehmender eigener Unterstützungs- und Pflegebedarf, die Verkleinerung sozialer Netzwerke, höhere Anforderungen an Gesundheitskompetenz sowie die Einschränkung der Mobilität zu wichtigen Themen werden.

Bei Hochaltrigen ab 85 Jahren steigen meist der Pflegebedarf und die damit verbundenen Kosten sowie ökonomische und soziale Abhängigkeit, funktionale und kommunikative Einschränkungen sowie die Anforderungen an das Management chronischer Krankheiten.

Sozioökonomische Ungleichheit und Armut haben Einfluss auf die Gesundheit. In einem kurzen Gesundheitsbericht werden die Zusammenhänge zwischen geringer Bildung (und damit häufig verbundenem niedrigem Einkommen), Geschlecht und Gesundheit veranschaulicht.

Die Lebenserwartung der Österreicherinnen und Österreicher ist in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen. Daten zeigen aber, dass die Lebenserwartung von Menschen, die nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen, um viele Jahre kürzer ist als jene von Menschen mit Universitätsabschluss. Weniger als die Hälfte der 60-jährigen Pflichtschulabsolventinnen/-absolventen schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, aber ca. drei Viertel der Absolventinnen/Absolventen höherer Schulen (2014). Erwartungsgemäß verhalten sich die Daten diverser Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Übergewicht) und des Gesundheitsverhaltens (z. B. gesunde Ernährung und Bewegung) analog. Es zeigen sich auch hier ungünstigere Werte bei Menschen mit niedrigerer Bildung.

Häufig gehen niedriges Einkommen und niedriger Bildungsstand Hand in Hand. Trotz der präventiven Wirkung des österreichischen Sozialstaates ist Altersarmut auch in Österreich ein Thema. 200.000 Menschen über 65, überwiegend Frauen, sind von Altersarmut betroffen. Zurückzuführen ist das auf ein Alterssicherungssystem, das auf den Erwerbsbiografien beruht und somit einerseits von individuellen Lebensentwürfen, aber andererseits auch vom Arbeitsmarkt und von Lohnniveaus abhängig ist, wodurch insbesondere Frauen strukturell benachteiligt werden.

Gesundheitsförderung kann nicht primär Armut verhindern, diese aber mit ihren partizipativen, integrativen, akteurübergreifenden und settingorientierten Handlungsansätzen mildern und Gesundheit auf individueller und struktureller Ebene entwickeln.

Vielleicht gerade weil im Alter neue, andere Herausforderungen als in jüngeren Jahren auf uns zukommen, ist das Bild, das in der Gesellschaft in Hinblick auf ältere Menschen transportiert wird, oft nicht sehr positiv und von diversen Diskriminierungen begleitet, was unter dem Schlagwort „Ageism“ zusammengefasst wird. Dabei geht es weniger um einzelne Individuen als um ungleiche Behandlung auf Basis von Vorurteilen gegenüber bestimmten Bevölkerungsgruppen aufgrund ihres Alters. Zahlreiche Gründe für negative altersbezogene Stereotypisierungen werden im Beitrag zusammengefasst. Es haben allerdings nicht nur jüngere Menschen negative Einstellungen gegenüber dem Alter, sondern auch ältere Menschen. In dieser Hinsicht ist ein positives Selbstbild für gesundheitsrelevantes Verhalten und Wohlbefinden nicht nur besonders wichtig, es ist sogar ein Zusammenhang zwischen Selbstbild und Lebenserwartung messbar.

Eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung ist es daher, eine Vielfalt positiver Altersbilder in der Bevölkerung zu schaffen. Vielleicht reichen dafür einfache Bilder, die die Realität des Alterns und älterer Menschen in deren Unterschiedlichkeit und mit deren Lebensentwürfen und Kompetenzen zeigen. Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, der steigenden Lebenserwartung und des größer werdenden Anteils älterer Menschen in unserer Gesellschaft setzen sich zahlreiche internationale Strategien und auch nationale Programme für positive Altersbilder und Gleichbehandlung ein.

Ausgewählte Strategien zur Förderung der Gesundheit Älterer in Österreich

Viel Bemühen wurde in die Entwicklung von Strategien zum Thema gesundes oder aktives Altern investiert. Zahlreiche Akteurinnen/Akteure und Expertinnen/Experten auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene haben sich gemeinsam Gedanken darüber gemacht, wie den Herausforderungen rund ums Älterwerden begegnet werden kann. Die in diesem Kapitel dargestellten Strategien widmen sich teils sehr spezifischen Herausforderungen im Alter wie etwa Demenzerkrankung, Diabetes, Gesundheitskompetenz oder fokussieren auf bestimmte Zielgruppen wie z. B. Frauen. Teilweise widmen sie sich sehr ähnlichen Aspekten, wenn auch anders benannt, wie aktivem Altern oder gesundem Altern.

Gemeinsam haben viele dieser Strategien ihre Zielsetzung: mehr Lebensjahre in guter Gesundheit, Prävention von Krankheit, längeres Leben in Eigenständigkeit und Unabhängigkeit (auch mit Krankheit), Förderung aktiven Alterns, Nutzen der Potenziale älterer Menschen, möglichst langes Erhalten der sozialen Teilhabe älterer Menschen in Gemeinschaften sowie Ermöglichen eines tunlichst langen Lebens in der gewohnten Umgebung und eines Lebens in Würde auch in der Pflegebedarfsphase. Damit soll auch implizit eine Entlastung von Versorgungssystemen erreicht werden.

Zumeist ist in den Überlegungen eine Herangehensweise beschrieben, die zur Erzielung eines guten Outcomes die Kombination von Maßnahmen aus zwei Richtungen darstellt: einerseits die Stärkung der Individuen durch Empowerment, Bildung, Unterstützung und vor allem durch Integration in Gemeinschaften und Förderung von Aktivität und Engagement, andererseits die Verbesserung von Systemen im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie der kommunalen Infrastruktur im Sinne einer Anpassung an die Bedarfe älterer Menschen unter Berücksichtigung leichter Lesbarkeit und Verständlichkeit von Leistungen oder niederschwelligerer Zugänglichkeit sowie auch der Leistbarkeit von Angeboten in hoher Qualität. Dabei ist auch die Erhaltung von Mobilität – sowohl körperlicher als auch örtlicher – ein wichtiges Thema.

Diese thematische Breite sowie die Überschneidungen der Ziele und Handlungsfelder all dieser Strategien zeigen, dass ein Herangehen an die Umsetzung politikfeld-, sektoren- und gesellschaftsbereichsübergreifend angelegt werden könnte. Strategisches Handeln dient dazu, inhaltliche Schwerpunkte zu setzen und diese zu unterstützen. Durch Strategien können im besten Fall konkrete Umsetzungsmaßnahmen initiiert werden – ganz real durch Widmung von Finanzmitteln oder durch einen Beitrag zur stärkeren Sichtbarkeit von Themen. Ein genereller Paradigmenwechsel, wie ihn der Begriff des „mainstreaming ageing“ in allen Politikbereichen (z. B. auch in Freizeit, Sport, Wirtschaft [Handel] und Bildung) nahelegt, kann dazu beitragen, Herangehensweisen nachhaltig zu verankern.

Soziale Teilhabe älterer Menschen fördern – Beispiele aus der Praxis

Die Beiträge in diesem Kapitel stellen Praxisbeispiele von Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor, die insbesondere auf die Stärkung der sozialen Teilhabe älterer Menschen in ihrem näheren Wohnumfeld abzielen.

Die FGÖ-Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft“ baut auf wissenschaftlicher Forschung auf, die zeigt, dass Eingebundenheit in örtliche und soziale Gemeinschaften eine wichtige Ressource für die Gesundheit von Menschen darstellt – egal ob jung oder alt. Soziale Unterstützung und Einbindung erhöhen beispielsweise das Wohlbefinden, können negative Auswirkungen von Stress reduzieren und sich sogar positiv auf Compliance auswirken und die Dauer von Krankenhausaufenthalten verkürzen. Ebenso soll Einsamkeit verringert, Gesundheitskompetenz gestärkt sowie soziales Engagement gefördert werden – allesamt gute Gründe dafür, Stadtteile, Gemeinden oder kleinräumigere Regionen als wichtige Aktionsfelder für die Gesundheitsförderung zu erkennen, vor allem dann, wenn es um Menschen geht, die nicht allzu mobil sind, und um Lebensräume mit schwierigeren Bedingungen.

Erfolgsfaktoren der FGÖ-Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft“, des Projekts „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ der Wiener Sozialdienste und des Wiener Hilfswerks sind beispielsweise der frühzeitige Einbezug aller Akteurinnen/Akteure und das Aufgreifen von deren Sichtweisen und Bedarfen, um die Interessen der Menschen zu treffen und deren Kooperation und Mitarbeit aktivieren zu können. Ebenso wichtig ist es, auf die Vielfalt der Menschen einzugehen, die unterschiedlichen Interessen von Frauen und Männern sowie jüngeren und älteren, alteingesessenen oder zugezogenen, belesenen und weniger belesenen Menschen zu berücksichtigen. Die Menschen und die Einrichtungen vor Ort sind die größten Ressourcen für nachhaltige Umsetzung. Aber auch freiwilliges Engagement bedarf des Vertrauens in die Kontinuität der Rahmenbedingungen wie etwa der Unterstützung, der Koordination und des Know-how, vermittelt durch Schulungen oder Beratung seitens Verantwortlicher. Um die Menschen aktiv zu beteiligen, sind zunächst auch kleinere Initiativen geeignet. Um eine Teilnahme aller Interessierten zu ermöglichen, sind Aspekte wie Mobilität, Barrierefreiheit und Konsumfreiheit ebenso zentrale Erfolgsfaktoren wie das Aufsuchen und Einladen und der Umstand, dabei viel zu geben, aber wenig zu nehmen.

Überhaupt spielt Mobilität bei älteren Menschen eine große Rolle, sowohl die körperliche Mobilität der teilnehmenden älteren Personen (z. B. An- und Auskleiden, Einschränkungen durch Schmerzen) als auch die räumliche Mobilität (z. B. Anreisezeit und Verkehrsmittelauswahl, Erreichbarkeit und Barrierefreiheit in Hinblick auf Gesundheitsförderungsmaßnahmen) zu beachten gilt. Beide Arten der Mobilität können die aktive Teilnahme an gesundheitsfördernden Aktivitäten ermöglichen oder behindern.

Das vom Wiener Hilfswerk seit Mai 2017 umgesetzte Pilotprojekt „Gesund fürs Leben“ will älteren, gebrechlichen und körperlich weniger mobilen sowie von Mangelernährung betroffenen Personen in deren Zuhause zu mehr Mobilität verhelfen. Grundlage für die Maßnahmen, die im Rahmen des Projekts durchgeführt werden, sind die Resultate einer empirischen

Studie, die deren gute Wirksamkeit gezeigt hat. Es wird dabei unter anderem darauf Wert gelegt, die Angebote möglichst barrierefrei, das heißt auch kostenlos, zugänglich zu machen. Erfolgsfaktor ist der Einsatz freiwilliger älterer Personen, die geschult werden, um Menschen, die ihre Wohnung nicht mehr oder nur schwer verlassen können, zu Hause zu besuchen. Im Rahmen dieser Besuche nehmen sich die Freiwilligen viel Zeit für Gespräche und führen mit den Besuchten einfache, mobilisierende Übungen durch.

Besondere Aspekte für ein gesundes Altern

Mobilität und Autofahren im Alter haben Einfluss auf soziale Teilhabe und Lebensqualität. Forschungsergebnisse zeigen: Je älter die Menschen werden, desto seltener fahren sie mit dem Auto, wobei das Autofahren allerdings wichtige Funktionen erfüllt: Die Menschen haben Freude am Autofahren, es bringt Abwechslung in ihren Alltag, sie kommen hinaus und können Freunde oder Verwandte besuchen, das Auto vermittelt ihnen ein Gefühl von Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, es wird für Transportzwecke genutzt und stellt auch ein Statussymbol dar. Auch hier sind Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen. So sammelten (heute ältere) Frauen meist weniger Fahrpraxis über den Lebensverlauf und sind daher unsicherer in der Nutzung des Autos. Darauf sollten Aktivitäten zur sozialen Teilhabe ebenso Rücksicht nehmen wie auf die Herausforderungen, die das Älterwerden mit sich bringt, wie etwa die Verringerung der körperlichen Kraft, der Fähigkeiten wichtiger Sinne wie des Hörens und Sehens, der Reaktionsgeschwindigkeit und der geistigen Fähigkeiten. Projekte, die das Zufußgehen fördern, die für Mitfahrgelegenheiten sorgen oder generell Bewegung im öffentlichen Raum unterstützen, zeitigen gute Ergebnisse.

Soziale Teilhabe im Alter hängt auch eng mit Bildung und Weiterbildung zusammen. Bei der Teilnahme an Gesundheitsförderungsaktivitäten findet Weiterbildung implizit oder explizit, informell oder auch formell statt, wodurch neue Kompetenzen und Fertigkeiten erlernt werden. Weiterbildung im Alter fördert Inklusion und beugt sozialer Exklusion vor. Gleichzeitig beeinflusst aber der gesamte lebensgeschichtliche Bildungsverlauf die Teilnahme an Aktivitäten der Gesundheitsförderung. Es ist daher wichtig, diese so anzulegen, dass bisherige Bildungserfahrungen berücksichtigt und Hemmschwellen vermieden werden. Die nachberufliche Lebensphase bietet große Chancen für Bildung, da diese zunächst von Selbstbestimmung und neugewonnener Unabhängigkeit geprägt ist und daher neue Spielräume bietet. Weitere Faktoren, die die Teilnahme an Aktivitäten der Gesundheitsförderung beeinflussen, sind das Geschlecht, die Erreichbarkeit von Bildungsangeboten sowie die angebotenen Themen und die Motivation zur Bildung. Wesentliche Motivationsfaktoren sind dabei die Möglichkeit, neue Erkenntnisse zu erwerben, etwas Sinnvolles zu tun, geistige Fähigkeiten zu trainieren, sowie die Gelegenheit, neue Menschen kennenzulernen und sich einer Gruppe zugehörig zu fühlen. In einem Modell in Sachen soziale Teilhabe wird unterschieden zwischen passiven Rollen (jemanden zur Teilnahme anregen und passiv teilnehmen) und aktiven Rollen (aktiv teilnehmen, mitgestalten bis hin zur Übernahme von Verantwortung). Gesundheitsförderungsmaßnahmen können in der Planung und Umsetzung auf diese unterschiedlichen Rollenprofile Bedacht nehmen, einerseits unterschiedliche Rollen vorsehen und andererseits auf eine gute Verteilung der Teilnehmenden auf diese Rollen achten.

Altersarmut ist auch in Österreich ein gesundheitsrelevantes Thema. Armut geht mit psychosozialen Belastungen einher, die Auswirkungen auf die physische Gesundheit haben. Für von Altersarmut betroffene Menschen stellt sich die Frage: Kann ich unvorhergesehene Kosten, z. B. im Haushalt oder beim Arztbesuch, tragen, oder verzichte ich gleich auf Behandlung und notwendige Unterstützung? Wissen und Information stellen wichtige Ressourcen dar, wenn es z. B. um Zuständigkeiten, Leistungen und deren Finanzierung und Koordination geht. Insbesondere bei Pflegeleistungen stellt dies Menschen mit niedrigem Einkommen vor große Herausforderungen. Armut verringert auch Erfahrungen der Wertschätzung und die Teilhabe an Gemeinschaftsaktivitäten und damit das Selbstbewusstsein, soziale Unterstützungs- und Informationsnetze sowie Wissen über diesbezügliche Möglichkeiten und Zugänge. Dies zeigt die Wichtigkeit niederschwelliger (kostenloser, alltagstauglicher und inklusiver) Programme zur Gesundheitsförderung.

Das Thema Gewalt gegen ältere Menschen ist noch immer ein Tabuthema. Gewalt an isolierten Personen ist besonders schwer zu erkennen, und gleichzeitig können Gewalterfahrungen auch zum Rückzug führen. Drei Ebenen der Gewalt sind zu unterscheiden:

- 1) personelle Gewalt, die sich an konkreten Handlungen von Tätern bzw. Täterinnen feststellen lässt. Dazu gehören Handlungen körperlicher, psychischer oder sexueller Art, finanzielle Ausbeutung, die Einschränkung des freien Willens und Vernachlässigung. Häufig treten mehrere Formen personeller Gewalt gleichzeitig auf. Basis dafür sind u. a. ein bestimmtes Klima und Werthaltungen in einer Gesellschaft oder Gruppe.
- 2) Abwertende Einstellungen, die zu respektlosem Verhalten, Demütigungen und zur Benachteiligung älterer Menschen führen, sprechen die kulturelle Ebene von Gewalt an. Dazu gehört auch die Verwendung bestimmter Begriffe, sogenannter Gewaltwörter, wie etwa Überalterung, die einem Phänomen ein bestimmtes negatives oder gar bedrohliches „Framing“ verleihen.
- 3) Strukturelle Gewalt ist jene Diskriminierung, die gesellschaftlich und institutionell verankert ist und bestimmte Rahmenbedingungen vorgibt, wenn z. B. bei Pflegepersonen die nötigen Kompetenzen nicht sichergestellt werden. Diesbezüglich werden in einem Artikel Interventionsmöglichkeiten vorgeschlagen. Allen voran stehen Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung für das Thema bei relevanten Berufsgruppen und in der Bevölkerung, verbunden mit dem Aufbau von Beratungs- und Handlungskompetenzen, sowie das Verankern entsprechender Maßnahmen. Damit Interventionen gesetzt werden können, ist zunächst empathisches Zuhören zum Erkennen von Gewaltsituationen unerlässlich. Ebenso sind Schulungen vieler Berufsgruppen notwendig, ebenso wie multidisziplinäre Zusammenarbeit bei den Interventionen und das Schaffen gesetzlicher Rahmenbedingungen. Die Gesundheitsförderung kann hier mit ihren Methoden der sozialen Integration, der Ressourcenstärkung, des Schaffens positiver Alternsbilder und vor allem auch durch Thematisierung und Initiierung von Interventionsketten etc. zahlreiche Ansatzpunkte finden.

In Österreich wird künftig das Altern mit intellektueller Beeinträchtigung ein zunehmend aktuelles Thema. Altwerden mit intellektueller Beeinträchtigung oder Behinderung wird unter anderem aufgrund medizinischer Leistungen immer häufiger möglich, wenn auch oft mit mehrfachen gesundheitlichen Einschränkungen. Das im Kapitel beschriebene multidimensionale Modell umfasst sowohl individuelle als auch umweltbedingte Faktoren für Lebens-

qualität. Dazu gehören z. B. soziale Beziehungen, Arbeit, Wohnen, Wohnumgebung oder, wie bereits dargestellt, Bildung und Lebensstandard. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung treten Aspekte wie Menschenrechte, Teilhabe und Selbstbestimmung besonders in den Vordergrund. Dabei akkumulieren sich die Erfahrungen des Lebens bis ins Alter, z. B. frühes Aussondern in eigene Anstalten, Arbeiten ohne Pensionsanspruch etc., und hinterlassen Spuren. Ebenso erreichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zumeist nicht und unterstützen daher auch nicht die Gesundheitskompetenz dieser Menschen. Dabei ist gerade bei diesen – aufgrund fehlender Familienstrukturen – der Bedarf an sozialer Teilhabe besonders groß.

Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen

Gesundheitsinformationen – schriftlich oder mündlich – zu verstehen ist für viele Menschen oft nicht ganz leicht. Besonders schwierig ist es, die Qualität von Informationen zu beurteilen, wenn man sie denn überhaupt gefunden hat, oder auch Vor- und Nachteile bestimmter Behandlungen einzuschätzen. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden. Damit nimmt der Bedarf an verständlichem und vor allem evidenzbasiertem Wissen hinsichtlich des Managements der Therapien zu. Eine Studie empfiehlt, nicht nur in Behandlungssituationen, sondern auch im Alltag Gesundheitsinformationen, Entscheidungshilfen und Angebote so zu verfassen, dass sie leicht verständlich und den Zielgruppen angepasst sind (einfache Sprache, grafische Darstellungen, Hervorheben wichtiger Botschaften), und diese gezielt in jenen Medien zu transportieren, die von älteren Menschen genutzt werden. Besonders wichtig ist darüber hinaus die Vereinfachung der Navigation im Gesundheitssystem. Je leichter nutzbar und je verständlicher, desto länger können viele Menschen die Angebote eigenständig und unabhängig nutzen.

Das möglichst lange Erhalten einer selbstständigen Lebensführung, körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit sowie das Hinauszögern von Erkrankungen und damit auch des Pflegebedarfs sind wesentliche Ziele von Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten im Alter. Gesundheitsförderung und Prävention sind als Aufgaben der Primärversorgung relativ neu. Wichtige Elemente in der neuen Primärversorgung können neben dem Sorgen für Kontinuität und der Koordination notwendiger Leistungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich auch das Einsetzen moderner Kommunikationstechnologien sowie das Angebot aufsuchender Dienste sein. Wichtig sind zielgruppengerechte Kommunikation, niederschwelliger Zugang und vor allem die Zusammenarbeit über die Organisationsgrenzen hinaus mit anderen Akteurinnen/Akteuren der Gesundheitsförderung oder mit dem Sozialbereich.

Durch das Zusammentreffen bestimmter Umstände und einzelner etwa gesundheitlicher, sozialer, finanzieller Probleme – die, für sich allein betrachtet, nicht besonders gravierend sein müssen – können ernste Probleme und Gefährdungen betreffend Gesundheitsressourcen und Lebensqualität entstehen, also Umstände, die typischerweise die Gesundheitschancen älterer Menschen beeinträchtigen. Eine isolierte Betrachtung der Einzelprobleme unterstützt die betroffenen Menschen in solchen Fällen kaum. Durch eine offene und multiprofessionelle Be-

trachtung der individuellen Lebensbedingungen und gesundheitlichen Einflussfaktoren sowie der Belastungen und Ressourcen können die Selbstständigkeit und Gesundheitskompetenz der Betroffenen maßgeblich unterstützt werden. Eine entsprechende gesundheitsfördernde Orientierung und Organisation der Primärversorgung, wie sie nun gesetzlich vorgesehen ist, ist somit ein essenzieller Beitrag zur Sicherung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit – gerade im Alter.

Gesellschaftliche Tabuthemen finden oft auch im Rahmen der Gesundheitsförderung wenig Berücksichtigung. In einem Beitrag wird daher Licht in ein Thema gebracht, das gerade in Fragen des Alterns meist unbeleuchtet bleibt: Sexualität im Alter wird mehrheitlich als nicht (mehr) bedeutsam wahrgenommen, was angesichts ihrer identitätsstiftenden Funktion einen massiven Verlust für ältere Menschen bedeutet. Das Thema Sexualität wird hier exemplarisch mit Blick auf Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender-Personen und intersexuelle Menschen (LGBTI) aus einer besonderen Perspektive beleuchtet. Dabei wird klar, dass ein offener und angstfreier Umgang mit Sexualität im Allgemeinen, aber auch im Pflege- und Versorgungsetting für Menschen jeglicher sexuellen Orientierung einen hohen Wert hat und gerechtere Chancen für ein glücklicheres Leben aller älteren Menschen schafft.

Gesundheitsförderung und Lebensqualität in Pflege und Hospiz

Betreuung und Pflege älterer Menschen umfasst zahlreiche Aspekte. In diesem Kapitel wird eine Auswahl relevanter Themen konkret veranschaulicht.

Zunächst wird das Setting stationärer Betreuungseinrichtungen aufgegriffen. In diesem Setting, das lange Zeit nicht als Ort für Gesundheitsförderung wahrgenommen wurde, ist es gelungen, Gesundheitsförderung mit integrativem Ansatz und mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen für alle Beteiligten zu implementieren. Erfolgreiche Aspekte eines kooperativen Ansatzes sowie Maßnahmen für eine nachhaltige Verankerung und Verbreitung der Gesundheitsförderung in stationären Betreuungseinrichtungen werden beschrieben.

Ein Beitrag widmet sich der Frage, wie kommunale Aktivitäten und Strukturen zur Chancengerechtigkeit beitragen können. Das Konzept der „sorgenden Gemeinden“ wird dabei in Hinblick auf eine Gestaltung von Lebenswelten, die an Demenz Erkrankten entgegenkommt diskutiert. Die „sorgende Gemeinde“ wird dabei als Rahmen beschrieben, in dem soziale Entwicklungsprozesse, soziale Aufgaben und die damit verbundenen Verantwortungen neu benannt und ausverhandelt werden. Mit entsprechender Entwicklungsarbeit, in der „Compassion“, „Sorge“ und „Empathie“ zu echten Strukturelementen des gesellschaftlichen Lebens werden, kann das Zusammenleben fairer gestaltet werden.

Den Anliegen und Themen pflegender Angehöriger und Zugehöriger ist ein spezifischer Beitrag gewidmet. Dieser geht auf die Einschränkung von Chancen und Möglichkeiten und die damit verbundenen Belastungen für Betroffene ein. Sichtbar wird dabei, dass diese Fragen aufgrund traditioneller Rollenbilder sowie der Tatsache, dass Frauen und ältere Menschen von dieser The-

matik besonders stark betroffen sind, geringe Chancen auf öffentliche Wahrnehmung haben und pflegende Angehörige und Zugehörige daher eine starke Vertretung brauchen.

Ein konkretes Beispiel für die Unterstützung von Menschen mit Pflegeaufgaben ist der Stammtisch für betreuende und pflegende Angehörige. Dieses niederschwellige Angebot ist weitverbreitet und wird auch vielfach genutzt. Der hier vorliegende Beitrag beschreibt, ausgehend von empirischen Erhebungen, welche Anliegen bei den Stammtischen im Mittelpunkt stehen und welche Rahmenbedingungen für diese besonders günstig sind.

Neben den eingangs thematisierten stationären Betreuungseinrichtungen wird ein weiterer Fokus auf die mobile Pflege gelegt, die durch komplizierte Bedingungen, vielfältige Beteiligte und hohen Abstimmungsbedarf gekennzeichnet ist. Vor allem die allerletzte Lebensphase wird hier in den Mittelpunkt gestellt. Im letzten Beitrag werden Ansatzpunkte und Learnings eines Projekts beschrieben, in dem es in Abstimmung mit vielen Beteiligten gelungen ist, Menschen in der letzten Lebensphase ein Maximum an Qualität und Unterstützung zu bieten.

AUTORINNEN UND AUTOREN



Foto: Stephan Huger

Adamcik, Tanja, MMag.^a

ist Psychologin und Pflegewissenschaftlerin und absolviert derzeit Ihr PhD-Studium (Psychologie) an der Universität Wien. Seit Juli 2017 leitet sie den Bachelor-Studiengang „Aging Services Management“ (Ferdinand Porsche FernFH) und unterrichtet im Bachelor-Studiengang Hebammen (FH Campus Wien). Davor arbeitete sie als wiss. Mitarbeiterin im Bachelor-Studiengang „Aging Services Management“ sowie als Projektmitarbeiterin bei „ICare – Integrating Technology into Mental Health Care Delivery in Europe“ als auch am Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research in der Programmlinie Long Term Care und zuvor in einem Tageszentrum mit Demenzschwerpunkt der Caritas Socialis. Ihre Schwerpunkte in der Forschung und Lehre liegen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, Suizidalität im höheren Lebensalter, Ethik und Altenbetreuung und -pflege.



Foto: Privat

Beyer, Sigrid, Dr.ⁱⁿ Mag.^a

Soziologin, Pädagogin, Projektmanagerin, Hunalehrerin, Autorin; Bereichsleiterin für Hospizkultur und Palliative Care in der Grundversorgung im Dachverband Hospiz Österreich, Stv. Geschäftsführerin.



Foto: R. Ertl

Braunegger-Kallinger, Gudrun, Mag.^a

ist Soziologin und seit 2010 Gesundheitsreferentin im Fonds Gesundes Österreich. Sie ist Ansprechperson für Themen rund um gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Health in All Policies und Selbsthilfe. Sie ist Leiterin der Österreichischen Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS) und ist Teil des GÖG-Begleiteams des Rahmen-Gesundheitsziele-Prozesses. Davor arbeitete sie als Wissenschaftlerin am Institut für Soziologie der Universität Wien und befasste sich insbesondere mit Selbsthilfeorganisationen kollektiver Patient/innenbeteiligung und Zivilgesellschaft.



Foto: R. Ertl

Christ, Rainer, Dr.

absolvierte die Studien der Soziologie und der Psychologie an der Universität Wien. Zunächst überwiegend Arbeit in der Verkehrssicherheit, beginnend mit 2006 Gesundheitsreferent im Fonds Gesundes Österreich. Neben anderen Schwerpunktsetzungen zuständig für Gesundheitsförderung bei älteren Menschen bis 2017. Nunmehr wissenschaftlicher Mitarbeiter der Gesundheit Österreich GmbH mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen.



Foto: Privat

Demmer, Julia, Mag.^a

studierte Pädagogik an der Universität Wien; war zwischen 2009 und 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich „Bildung und Beratung im Lebenslauf“ am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien, wo sie noch als Lektorin tätig ist. Seit Dezember 2017 ist sie Mitarbeiterin im Projekt „Gesund älter werden in Wien“ am Postgraduate Center der Universität Wien. Forschungsschwerpunkte: Ethnographie, biographieorientierte Bildungsarbeit, intergenerationelles Lernen.



Foto: Privat

Dötig, Charlotte, BA

Studentin im Masterprogramm Soziologie an der Universität Wien, seit 2015 Mitarbeit im Rahmen der FORBA an Projekten zu Gesundheit und Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung.



Foto: Privat

Eibel, Maria, BSc, MA

Sozialarbeiterin, Projektassistentin im Projekt Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause im Dachverband Hospiz Österreich in Wien, Mitarbeit in der Bundesarbeitsgemeinschaft Trauerbegleitung, Koordinatorin des ehrenamtlichen Hospizteam des Hospizvereins Scheibbs in Niederösterreich.



Foto: Wiener Hilfswerk,
D. Nuderscher

Eibensteiner, Michael, BA

studierte Politikwissenschaft an der Uni Wien. Seit 2012 ist er Mitarbeiter des Wiener Hilfswerks und leitet seit 2016 die Abteilung Nachbarschaftszentren. Die Wiener Hilfswerk Nachbarschaftszentren bieten allen Menschen in Wien räumliche, personelle und fachliche Ressourcen. Sie sind zentrale Anlaufstelle für Freiwilligenarbeit, Beratung, gesundheitsfördernde Angebote, etc.



Foto: Privat

Eichmann, Hubert, Dr.

Soziologe bei FORBA, seit 2006 Mitglied der Institutsleitung; Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Wirtschaftsforschung (Arbeitsmarkt, Arbeitsorganisation, Professions- und Organisationskulturen, Arbeits- und Lebensqualität); Zukunftsforschung; Stadt- und Regionalentwicklung.



Foto: Privat

Fassl, Anna, BA BSc

studierte Betriebswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität Wien sowie Soziologie an der Universität Wien. In ihrer Masterarbeit im Fach Soziologie beschäftigt sie sich mit Freiwilligenarbeit im Alter.



Foto: IIGP

Finker, Susanna, Mag.^a (FH)

ausgebildete Sozialarbeiterin mit Fokus Sozialmanagement Ausbildungsschwerpunkt „Erwachsene und Alte Menschen“. Berufliche Tätigkeiten im Freiwilligenmanagement, an der Karl-Franzens-Universität Graz als wissenschaftliche Mitarbeiterin, als Consultant am Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. Seit September 2016 2. Bundessprecherin des Österreichischen Forum Primärversorgung. Leitung der Arbeitsgruppe Sozialarbeit in der Primärversorgung des obds (österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit).



Foto: IILUB

Fischer, Tatjana, Mag.ª Dr.ª

studierte Geographie und Technischen Umweltschutz in Wien. 2006 Promotion an der Universität für Bodenkultur Wien. Seit 2012 ist sie stellvertretende Leiterin des Instituts für Raumplanung, Umweltplanung und Bodenordnung an der Universität für Bodenkultur Wien. Ihr Forschungsinteresse gilt der Zukunft des Altseins in ländlichen Räumen.



Foto: Alex Berger

Giedenbacher, Yvonne, Mag.ª BA

hat Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (Diplom) und Kunstgeschichte (BA) in Wien studiert. Von 2001 bis 2005 war sie am Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung beschäftigt und danach vor allem für queraum. kultur- und sozialforschung in vielen Projekten, meist an der Schnittstelle zwischen Sozialwissenschaft und Kommunikation, tätig. 2015 hat sie die kolkhos.net GmbH mitbegründet. Sie ist spezialisiert auf (Wissenschafts-)Kommunikation.



Foto: Foto Fungler

Goldgruber, Judith, Mag.ª (FH), Dr.ª

ist Post Doc Health Scientist und Leiterin des Albert Schweitzer Instituts für Gerontologie und Geriatrie der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz. Leitung von Forschungsprojekten (auch an der Fachhochschule Burgenland von 2007 - 2014). Dozentin an der Fachhochschule Burgenland für die Lehrveranstaltungen „Wissenschaftliches Arbeiten“, „Methoden der Gesundheitswissenschaften“ und „Gesundheitsförderung“ von 2009 - 2011. Forschungsschwerpunkte Public Health, Gesundheitsförderung und Primärprävention, betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsforschung in der Geriatrie.



Foto: Privat

Graf, Gunter, Dr.

Philosoph, ist seit November 2017 Studienleiter in St. Virgil Salzburg. Zuvor arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am internationalen forschungszentrum für soziale und ethische fragen in Salzburg (ifz) sowie am Zentrum für Ethik und Armutsforschung der Universität Salzburg. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte umfassen Themen der Ethik und Sozialphilosophie mit einem Fokus auf den Capability-Ansatz und normative Fragen der Kindheits- und Armutsforschung.



Foto: R. Ettl

Gruber, Gabriele, BA MA

studierte Soziologie an der Universität Wien und ist seit 2014 Mitarbeiterin der Gesundheit Österreich GmbH (Abteilung Gesundheit und Gesellschaft). Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA), Gesundheitsziele und Strategieentwicklung, Health in All Policies (HiAP), gesundheitliche Chancengerechtigkeit und Frühe Hilfen.



Foto: Privat

Heimerl, Katharina, MPH Assoz. Prof.ª Dr.ª

ist assoziierte Professorin an der IFF und seit 2018 stellvertretende Leiterin des Instituts Palliative Care und Organisationsethik sowie (seit 2016) Prodekanin für Lehre, Weiterbildung und Internationales der Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF), Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien, Graz. Sie ist ausgebildete praktische Ärztin und hat Abschlüsse als Master of Public Health (University of California at Berkeley) und Venia Legendi in Palliative Care und Organisationsentwicklung.



Foto: Privat

Hörl, Josef, Dr.

ab 1997 a.o. Univ.Prof. für Soziologie und Sozialgerontologie an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien. Über 100 Publikationen mit den Schwerpunkten Sozialgerontologie, Familiensoziologie, Soziologie der Gewalt. Mitverfasser des Seniorenplans der österreichischen Bundesregierung. 2006 - 2012 Präsident der österreichischen Sektion des International Network for the Prevention of Elder Abuse.



Foto: Wiener Gesundheitsförderung/
Christine Bauer

Hübhel, Ursula, Mag.^a

Studium der Soziologie und Politikwissenschaft an der Universität Wien; seit 1995 für die Stadt Wien im Bereich der Gesundheitsförderung tätig; seit 2009 Gesundheitsreferentin in der Wiener Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten Gesundes Altern, Setting Krankenhaus sowie Langzeitbetreuung und -pflege; Koordinatorin des WHO Projekts: „Wien – Gesunde Stadt“.



Foto: ifz/Salzburg, A. Kolarik

Kapferer, Elisabeth, Dr.ⁱⁿ

Studium der Germanistik und Politikwissenschaft an der Universität Innsbruck, ist seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Ethik und Armutsforschung der Universität Salzburg. Ihre Forschungsinteressen gelten unter anderem den Repräsentationen von Armut und sozialer Ausgrenzung in wohlhabenden Gesellschaften in Sprache und Bild. Sie ist seit 2014 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des FGÖ.



Foto: Bernhard Kasberger

Kasberger, Doris Maria, Mag.^a

geb. 1964 in Gmunden, ist seit 2013 Referentin in der Abteilung Soziales und Gesundheit im Amt der Oberösterreichischen Landesregierung. Nach dem Erwerb der Diplome in der Kranken- und Intensivpflege absolvierte sie den Universitätslehrgang für lehrendes Personal im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten an der Universität Linz. 2012 Abschluss des Studiums der Pflegewissenschaften an der UMIT in Hall in Tirol.



Foto: Wiener Hilfswerk

Kausek, Elisabeth, Mag.^a

studierte Psychologie. Seit 1994 ist sie Mitarbeiterin des Wiener Hilfswerks und leitet seit 1996 das Nachbarschaftszentrum in Rudolfsheim-Fünfhaus. Die Nachbarschaftszentren in Wien bestehen seit 1980 und sind lebendige Treffpunkte mitten in der Großstadt für alle Menschen in Wien.



Foto: Privat

Kienzl-Plochberger, Karin, Dr.ⁱⁿ

studierte Zoologie und Botanik und Lehramt Biologie. Seit 1998 ist sie Mitarbeiterin der Wiener Sozialdienste und leitet seit 2005 den Bereich Kontaktbesuchsdienst und nationale und internationale Projekte. Der Kontaktbesuchsdienst ist ein seit 1977 bestehendes kostenloses Informationsangebot der Stadt Wien über kommunale und regionale Angebote für Wiener Senior/innen ab dem 75. Lebensjahr.



Foto: Solweg Haring

Kolland, Franz, ao. Univ.-Prof. Dr.

seit 1997 außerordentlicher Universitätsprofessor für Soziologie an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien. Editor des International Journal of Education and Ageing (Lancaster, UK) und der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Heidelberg, DE). Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Leiter des postgradualen Master-Studiengangs „Gerontologie und soziale Innovation“ an der Universität Wien. Goldenes Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst der Republik Österreich. Aktuelle Forschungsarbeiten zu Bildung im Alter: Soziale Inklusion, Digital Literacy, Praxistheorie.



Foto: Privat

Krajic, Karl, Dr. phil, Priv. Doz.

FORBA (Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt, Wien) und Institut für Soziologie der Universität Wien; Soziologe und Gesundheitswissenschaftler mit Schwerpunkt in der Gesundheitsförderungsforschung; 1979 - 2014 wissenschaftliche Arbeit im Rahmen der Ludwig Boltzmann-Gesellschaft, seit 2015 bei der FORBA. Berater der WHO-Euro, Lehre an der Universität Wien und anderen österreichischen Universitäten und Fachhochschulen.



Foto: R. Ettl

Krappinger, Anna, MA

hat das Bachelor- und Masterstudium „Gesundheitsmanagement im Tourismus“ an der FH JOANNEUM in Bad Gleichenberg absolviert und ist seit 2011 in der Geschäftsstelle des FGÖ tätig. Ihre inhaltlichen Schwerpunkte liegen in der Bearbeitung der Themenbereiche „Gesundheitsförderung für vulnerable Zielgruppen“ sowie „Kommunale Gesundheitsförderung“. Seit 2018 ist sie zudem für die Leitung der FGÖ-Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ verantwortlich.



Foto: R. Ettl

Lang, Gert, Dr.

ist seit März 2015 im Fonds Gesundes Österreich als Gesundheitsreferent tätig. Er absolvierte das Doktoratsstudium der Soziologie an der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien. Seit 2000 war er dort als Studienassistent und Universitätslektor für Lehrveranstaltungen im Bereich Methoden der empirischen Sozialforschung tätig. Seit 2001 war er wissenschaftlicher Projektleiter und Mitarbeiter in der universitären und außeruniversitären Forschung. Seine Themenschwerpunkte umfassen die kommunale und betriebliche Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Sozialgerontologie, Lebensqualitäts- und Ungleichheitsforschung.



Foto: Gemeindebund/Jürg Christandl

Leiss, Walter, Generalsekretär vortr. HR Dr.

ist nach langjähriger Tätigkeit in der Abteilung Gemeinden beim Amt der NÖ Landesregierung und der Berufung in den Landtagsklub der Volkspartei NÖ (zuletzt als Klubdirektor) seit Juli 2011 Generalsekretär des Österreichischen Gemeindebundes. In seiner beruflichen Tätigkeit war Walter Leiss durchgehend mit Gemeindethemen aus verschiedensten Blickwinkeln befasst.



Foto: Christian Annerl

Meinhard-Schiebel, Birgit

ist Schauspielerin, Werbekonsulentin, Erwachsenenbildnerin, Sozialmanagerin, Gemeinderätin und Landtagsabgeordnete, ehrenamtliche Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger seit 2010.



Foto: Anna Niemann

Niemann, Andrea, MPH

ist seit 2014 im Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) tätig, wo sie zurzeit in der Koordinationsstelle der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz(ÖPGK) im Programm Management arbeitet. Davor war sie beim Wissenschaftsverlag Springer Medizin, Wien und Springer Medizin Digital in Berlin tätig. Sie kommt ursprünglich aus dem Gesundheits- und Medizinjournalismus und hat u.a. bei derstandard.at das Gesundheitsressort geleitet.



Foto: WIRWUNDERLICHER

Oberbauer, Martin, Mag.

Jahrgang 1967, Studium der Psychologie, Klinischer, Gesundheits- und Arbeitspsychologe, Freiwilligenmanager im Wiener Hilfswerk, Leiter der Wiener Freiwilligenagentur „Ehrenamtsbörse“, Obmann des Netzwerks Freiwilligenkoordination, Mitglied der IG Freiwilligenzentren Österreichs und des Österreichischen Freiwilligenrates, Leiter des Lehrgangs „Freiwilligenkoordination“ im Kardinal König Haus Wien, Lehrbeauftragter für Freiwilligenmanagement an der Ferdinand Porsche Fern FH.



Foto: Alexandra Trafoier

Plunger, Petra, MPH Mag.^a pharm Dr.ⁱⁿ

Studium der Pharmazie in Graz, Ausbildung zur Apothekerin in Wien, Master of Public Health an der Johns Hopkins University Baltimore/USA, Doktoratsstudium am Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik, IFF, Alpen-Adria-Universität. Von 2006-2008 und seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik. Tätigkeit als Apothekerin. Forschungsschwerpunkte: Dementia Care, Public Health, Gesundheitsförderung im Alter, Partizipative Gesundheitsforschung.



Foto: Pinar Dagdevir

Raviola, Sonia, MSc Mag.^a Dr.ⁱⁿ

ist Expertin in der Arbeiterkammer Niederösterreich. Die Historikerin und Philosophin forscht und lehrt in den Bereichen Bildung, Gender, Kultur und Gesundheit. In Wien führt sie eine Praxis für Coaching, Supervision und Organisationsentwicklung. Kontakt: www.dialog-raviola.at.



Foto: Stefklind Remling

Reis-Klingspiegl Karin, Mag.^a

Studium der Deutschen Philologie und Europäischen Ethnologie; Mitarbeiterin in den Kulturredaktionen von Kleiner Zeitung und Steirerkrone, Öffentlichkeitsarbeit und Aufbau der Gesunden Schule bei Styria vitalis, Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der MUG, Lehrtätigkeit an Fachhochschulen und in Public Health-Lehrgängen, seit 2006 Geschäftsführung von Styria vitalis.



Foto: Barbara Mar

Resch, Katharina, MSc, Dr.ⁱⁿ

ist Soziologin und systemischer Coach; von 2005 - 2015 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der außeruniversitären Forschung im Gesundheits- und Sozialbereich tätig; sie ist Lektorin an österreichischen Fachhochschulen und Autorin zahlreicher Publikationen; seit 2015 ist sie als Head of Lifelong Learning am Postgraduate Center der Universität Wien tätig; Forschungsschwerpunkte: soziale Verantwortung von Hochschulen, Altersforschung, kommunale Gesundheitsförderung, soziale Ungleichheit und Hochschuldidaktik, Lifelong Learning.



Foto: R. Ertl

Rohrauer-Näf, Gerlinde, MPH Mag.ª

ist Psychologin und hat ein postgraduelles Public Health Studium an der Medizinischen Universität Graz absolviert. Seit 2003 arbeitet sie als Expertin für Gesundheitsförderung und Public Health im Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Ihre Hauptaufgaben umfassen Projektförderung und die Entwicklung und Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen psychosoziale Gesundheit (z. B. Förderung sozialer Unterstützung in Nachbarschaften), Qualitätssicherung und Evaluation im Bereich Gesundheitsförderung sowie Gender & Gesundheit. Als stellvertretende Leiterin koordiniert Sie unter anderem die inhaltliche Gestaltung der FGÖ Arbeitsprogramme.



Foto: Nadja Meister

Schenk, Martin, Mag.

ist Sozialexperte & stv. Direktor der Diakonie Österreich, Mitinitiator der Armutskonferenz, Psychologe, Lehrbeauftragter Fachhochschule Campus Wien, Aktuelle Publikationen: „Genug gejamert. Warum wir gerade jetzt ein starkes soziales Netz brauchen“ im AmPulsVerlag 2017, „Neu! Besser! Billiger! Soziale Innovation als leeres Versprechen?“ Mandelbaum 2016.



Foto: Fotostudio Barbara Zegglböck

Scholta, Margit, Dr.ª

Soziologin, Gerontologin und Erwachsenenbildnerin; www.prosenectute.at Schwerpunkte der beruflichen und nachberuflichen Tätigkeit: Entwicklung von Konzepten für altersgerechtes Wohnen, Planung von Angeboten und Einrichtungen mit Schwerpunkt „bedarfsgerechtes Umfeld für von Demenz betroffene Menschen“, Mitarbeit an der Entwicklung von Berufsbildern für die Begleitung alter Menschen, Aufbau und Begleitung von Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige, Vortragstätigkeit. Mitarbeit bei der Entwicklung des Nationalen Qualitätszertifikats für Alten- und Pflegeheime in Österreich und Projektpartnerin in verschiedenen nationalen und EU-Projekten zur Prävention von Gewalt an Menschen im Alter.



Foto: Privat

Spitzbart, Stefan, Mag.

Studium der Soziologie mit Schwerpunkt Gesundheitssoziologie, 2008 - 2009 Masterlehrgang Public Health Graz; seit 2004 Mitarbeiter im HVB, aktuell Leiter des Arbeitsschwerpunkts Gesundheitsförderung und Prävention, seit 2016 stellvertretender Geschäftsführer des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention; Arbeitsschwerpunkte: Koordination der Gesundheitsförderungsstrategie der Sozialversicherung, Entwicklung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.



Foto: Privat

Stückler, Andreas, MA

Soziologe; wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA). Seit 2013 stv. Projektleiter der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS).



Foto: Fotostudio Bichl

Trischak, Christine, BA

absolvierte das Studium „Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung“ und die E.D.E. Heimleiterausbildung an der FH Burgenland. Sie arbeitet im Competence Center für Integrierte Versorgung (CCIV) der Österreichischen Sozialversicherung als Projektmanagerin.



Foto: Stephan Hugler

Waldherr, Karin, Prof.ⁱⁿ (FH) Mag.^a Dr.ⁱⁿ

ist promovierte Psychologin, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin. Sie leitet die Abteilung Forschung & Qualitätsmanagement, den Weiterbildungslehrgang „Evaluation im Gesundheits- und Sozialbereich“ und entwickelte und leitete den Bachelorstudiengang „Aging Services Management“ an der Ferdinand Porsche FernFH (2013-17). Davor war sie Key Researcher der Programmlinie Evaluation und stellvertretende Institutsleiterin des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research. Forschungsschwerpunkte: Forschungsmethoden, Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen (insbesondere Essstörungen und assoziierte Störungen) über die Lebensspanne, Evaluations- und Implementierungsforschung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten, E-Mental-Health.



Foto: Privat

Wanka, Anna, Dr.ⁱⁿ

studierte Soziologie an der Universität Wien, wo sie zwischen 2008 und 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig war. Sie promovierte im Fachbereich Soziologie an der Universität Wien zum Thema „Withdrawal from Public Space – Older Urban Residents and the Social Practices of Spatial (Dis-) Engagement“ und absolvierte ein postgraduales Programm für soziologische Praxistheorien am Institut für Höhere Studien (IHS). Seit Januar 2017 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin (Postdoc) im Graduiertenkolleg „Doing Transitions“ an der Goethe Universität Frankfurt am Main tätig. In ihrem Habilitationsprojekt beschäftigt sie sich mit dem Übergang in den Ruhestand.



Foto: Foto Wilke - Wien

Weber Germain JM, ao. Univ.-Prof. Dr.

ist Dekan und Vize-Dekan an der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien, ist außerordentlicher Universitätsprofessor ebendort, am Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung, Förderung. Professeur associé der Université du Luxembourg Forschungsschwerpunkte: klinischen Psychologie (Schwerpunkt auf Entwicklungsstörungen) Er ist Präsident der Lebenshilfe Österreich. Herr Weber ist studierter Psychologe und Humanbiologie (Wien).



Foto: Privat

Wegleitner, Klaus, Ass.-Pof. Mag. Dr.

Soziologe und Versorgungsforscher, Assistenzprofessor an der Karl-Franzens Universität Graz, Abteilung für Palliative Care und Organisationsethik am Institut für Pastoraltheologie. Arbeitsschwerpunkte: Public Health und End-of Life Care, Caring Communities, Soziologie des Alters und des Sterbens, Care Ethik, Care Politik, partizipative und transdisziplinäre Forschungsmethoden.



Foto: Elias Jerusalem

Weidinger, Lisa, Mag.^a MA

ist Wissenschaftlerin mit akademischem Abschluss in „Pflegerwissenschaft“ und „Management im Gesundheitswesen“; seit 2015 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie tätig. Aufbau des Albert Schweitzer Trainingszentrums für pflegende Angehörige in Graz; Seit 2014 nebenberuflich als Dozentin am Campus Rudolfinerhaus in den Fächern „Gerontologische Pflege“ und „Ältere und alte Menschen“ tätig. Seit 2011 zweimalige Elisabeth-Seidl-Preisträgerin für die besten wissenschaftlichen Arbeiten im Fachbereich der Pflegerwissenschaft. Forschungsschwerpunkte: Geriatriische Versorgungsforschung, Demenz, Public Health.

Foto: Elisabeth Soyka



Winkler, Erika, Dr.ⁱⁿ

Zeithistorikerin, 1997 – 2012 Stellvertretende Leiterin der Grundsatzabteilung für Senior/innen-, Bevölkerungs- und Freiwilligenpolitik im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, derzeit Schwerpunkt Internationale Alters- und Freiwilligenpolitik, 2010 – 2017 Vorsitzende der UNECE Arbeitsgruppe zum Altern, seit 2003 Geschäftsführerin des Österreichischen Freiwilligenrates, 1984 – 1997 Stellvertretende Leiterin der Grundsatzabteilung für Familienpolitik im Bundesministerium für Familie, Jugend und Konsumentenschutz.

Foto: R. Ertl



Winkler, Petra, DI

absolvierte das Studium der Raumplanung und Raumordnung an der TU Wien und ist seit 2001 am ÖBIG und nunmehr an der Gesundheit Österreich GmbH tätig. Ein Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der Gesundheitsberichterstattung und im Monitoring von Strategien. Insbesondere zu Analyse nach Altersgruppen und zu älteren Menschen, sowie zu Chancengerechtigkeit. In diesem Rahmen war sie verantwortlich für den Bericht „Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich“, einem Gesundheitsbericht über die Zielgruppe der Bevölkerung ab 60 Jahren. Petra Winkler ist Mitglied der Task Force Sozioökonomische Determinanten der Gesundheit an der GÖG.

Foto: Eva Kern



Zechner, Elisa, Dr.ⁱⁿ

Juristin, BM für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Abteilung Grundsatzangelegenheiten der Seniorinnen-, Bevölkerungs- und Freiwilligenpolitik, Arbeitsschwerpunkte: Hochaltrige Menschen, letzte Lebensphase, aktiv Altern, ehrenamtlich im Hospizbereich tätig.

Foto: R. Ertl



Zeuschner, Verena, Mag.^a Dr.ⁱⁿ

schloss nach Beendigung des Studiums der Sportwissenschaften im Jahr 2005 das Doktoratsstudium der Medizinischen Wissenschaften an der Universität Graz ab und begann ihre berufliche Laufbahn in der Sportunion Steiermark. Weitere berufliche Erfahrung sammelte sie im Kabinett des Staatssekretärs für Sport als Referentin für Breiten- und Gesundheitssport. Zu ihren Aufgabenbereichen im Fonds Gesundes Österreich zählen die allgemeine Betreuung und Entwicklung der Handlungsfelder „Bewegung“ und „ältere Menschen“ und die Begutachtung und Begleitung von Förderprojekten mit dem Schwerpunkt Bewegungsinterventionen sowie Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen.

Foto: Fritz Langmann



Zieger, Constantin, BSc. MSc.

absolvierte sein Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Medizinischen Universität Graz. Seit seinem Abschluss im Jahr 2014 ist er im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, in der Abteilung für Nichtübertragbare Erkrankungen, psychische Gesundheit und Altersmedizin tätig und dort unter anderem mit allen Angelegenheiten des Alter(n)s betraut.

