Grundlagen zum Thema „Altern und gesundheitliche Chancengerechtigkeit“

Karl Krajic, Hubert Eichmann, Charlotte Dötig

Endbericht

September 2017

Projekt im Auftrag der Gesundheit Österreich GmbH,
Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich

Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt

A-1020 WIEN, Aspernbrückengasse 4/5

Tel.: +431 21 24 700

Fax: +431 21 24 700-77

office@forba.at

http://www.forba.at

INHALT

0. ZUSAMMENFASSUNG ... 5

1. EINLEITUNG ... 8

1.1 ZIELSETZUNGEN UND METHODE ... 8
1.2 ZUM KONTEXT: ALTERUNG DER BEVÖLKERUNG, REGIONALE UNTERSCHIEDE ... 9
1.3 MEHR BEHINDERUNGSFREIE LEBENSJAHRE DURCH GESUNDHEITSFÖRDERUNG ... 10
1.4 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT IM ALTER – EIN RELEVANTES THEMA FÜR DIE FORSCHUNG? ... 10
1.4.1 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT ALS FOLGE SOZIALER UNGLEICHHEIT ... 11
1.4.2 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT IM ALTER – ÄHNLICH ODER ANDERS? ... 12
1.5 DIFFERENZIERTER BLICK AUF GESUNDHEITSRELEVANTE SOZIALE UNGLEICHHEIT: VIER UNTERSCHIEDLICHE „KAPITALIEN“ ... 13
1.6 EXEMPLARISCHE PROBLEMLAGEN NACH TYPISCHEN KAPITALDEFIZITEN IN DREI ALTERSGRUPPEN ... 15

2. ZEHN ZIEL- BZW. RISIKOGRUPPEN NACH UNTERSCHIEDLICHEN KAPITALIEN ... 17

2.1. IDENTIFIKATION VON ZEHN ZIELGRUPPEN ... 17
2.2. DOSSIER ÖKONOMISCHES KAPITAL – ZWEI ZIEL- BZW. RISIKOGRUPPEN ... 18
2.2.1. ZIELGRUPPE ARMUTS- UND AUSGRENZUNGSGEFÄHRDUNG, FOKUS UNGÜNSTIGE WOHNSITUATION ... 21
2.2.2. ZIELGRUPPE SOZIALE RANDGRUPPEN WOHNUNGS- UND OBDACHLOSE ... 22
2.3. DOSSIER KULTURELLES KAPITAL – ZWEI ZIEL- BZW. RISIKOGRUPPEN ... 24
2.3.1. ZIELGRUPPE BILDUNGSFERNE MILIEUS, V.A. AUS MANUELL GEPRÄGTEN BERUFSKULTUREN ... 26
2.3.2. ZIELGRUPPE MIGRANTINNEN MIT SPRACHBARRIEREN BZW. KULTURELLER DISTANZ ... 29
2.4. DOSSIER SOZIALES KAPITAL – VIER ZIEL- BZW. RISIKOGRUPPEN ... 31
2.4.1. ZIELGRUPPE ÜBERGANG ERWERBSLEBEN – RUHESTAND ... 34
2.4.2. ZIELGRUPPE VON VEREINSAMUNG BEDROHTE ÄLTERE MENSCHEN ... 37
2.4.3. ZIELGRUPPE MOBILITÄTSEINGESCHRÄNKTE ÄLTERE, INSBESONDERE AM LAND ... 40
2.4.4. ZIELGRUPPE PFLEGENDE ANGEHÖRIGE ... 43
2.5. DOSSIER GESUNDHEITLICHES KAPITAL – ZWEI ZIEL- BZW. RISIKOGRUPPEN ... 47
2.5.1. ZIELGRUPPE CHRONISCH KRANKE MENSCHEN ... 48
2.5.2. ZIELGRUPPE ALTE UND HOCHALTRIGE MENSCHEN MIT FUNKTIONALEN EINSCHRÄNKUNGEN ... 52

3. ANHANG: EXEMPLARISCH AUSGEWÄHLTE PROJEKTE GESUNDES ALTERN MIT FOKUS CHANCENGERECHTIGKEIT ... 55

3.1. AKTIVLOTSINNEN, 15. WIENER GEMEINDEBEZIRK RUDOLFSHEIM-FÜNFHAUS ... 56
3.2. GEMEINSAM GEHEN – IN FÜNF STEIRISCHEN GEMEINDEN ... 57
3.3. GESUNDE NACHBARSCHAFT – IN GEMEINSCHAFT ÄLTER WERDEN (GRAZ) ... 58
3.4. GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR SENIORINNEN G50+ IN NÖ GEMEINDEN, MIT EINEM SCHWERPUNKT AUF TÜRKISCHSPRACHIGE MIGRANTINNEN ... 59
3.5. NACHBARSCHAFTSHILFE PLUS IN 8 MITTELBURGENLÄNDISCHEN GEMEINDEN ... 60
3.6. SENIOR GUIDES WIEN LEOPOLDSTADT ... 61
3.7. WIR BEGLEITEN GESUNDHEIT (WIBEG) ... 62
3.8. AFTER.WORK, SOZIALES ENGAGEMENT DURCH FREIWILLIGENARBEIT IN OÖ ... 63
3.9. DORFSERVICE, NETZWERK VON 13 PARTNERGEMEINDEN IM BEZIRK SPITTAL AN DER DRAU ... 64

3.10. GESUND FÜRS LEBEN - GESUNDHEITSBUDDIES 65
3.11. GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR SENIORINNEN IN TIROL, MAßNAHMEN IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN ... 66
3.12. KONTAKTBESUCHSDIENST WIEN 67
3.13. LAIF – LEBENSWERTES ALTERN IN FERLACH 68
3.14. MUTTERSPRACHLICHE SOZIAL- UND GESUNDHEITSASSISTENZ RAHMA (GRAZ) 69
3.15. NEUNERHAUS – HILFE FÜR OBDACHLOSE MENSCHEN 70

4. REFERENZEN 71

0. ZUSAMMENFASSUNG

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist eine der zentralen Werthaltungen der Gesundheitsförderungsbewegung; schon in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung 1986 ist diese Zielsetzung klar markiert. Dabei geht zunächst darum, die Gesamtgesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Gesundheitsförderung soll zugleich so beitragen, dass die gesundheitliche Ungleichheit in der Bevölkerung nicht größer, sondern geringer wird. Deshalb hat schon die Ottawa Charta vor allem den Politik- und den Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung forciert, die beide den Blick für die gesellschaftlichen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit schärfen und Interventionsmöglichkeiten bieten sollen.

Diese grundsätzliche Zielsetzung der Verringerung von Ungleichheit bzw. 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. Dass ältere und alte Menschen überhaupt von der Gesundheitsförderung ins Blickfeld genommen werden, ist schon eine erste, wichtige Grundentscheidung. Das kann mit Gerechtigkeitsüberlegungen argumentiert werden, aber natürlich spielt der dadurch erwartbare Nutzen ebenfalls eine wichtige Rolle. Hier hat die Gesundheitspolitik in den letzten Jahren verstärkt das Phänomen der „behinderungsfreien Lebensjahre“ als relevante Zielgröße identifiziert (Englisch: Quality Adjusted Life Years, abgekürzt QUALYS). Die Public Health Forschung konnte zeigen, dass die behinderungsfreien Lebensjahre stark mit den sozialen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit zusammenhängen, und auch, dass sie international sehr stark variieren.

Geringe Bildung und ein niedriger sozioökonomischer Status korrelieren auch im Alter mit schlechterer Gesundheit: mit einer geringeren Lebenserwartung, mit der Prävalenz chronischer Krankheiten, mit subjektiver Gesundheit und auch mit der Zahl von erwartbaren QUALYS. 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 einen verstärkten Bedarf nach Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Das gilt auch noch im fortgeschrittenen und hohen Alter, wo es um den Erhalt und die Stärkung von Gesundheits-Ressourcen und die Förderung von positiver Gesundheit, von Resilienz etc. geht.

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 eine deutlich geringe Zahl von QUALYS im Alter zu erwarten haben. Das ist nicht nur „gerecht“, sondern dort ist auch besonders viel Verbesserungspotential vorhanden.

Die hier vorgelegte Studie versucht aufzuzeigen, dass in der Gesundheitsförderung über eine Wertsetzung für allgemeine Maßnahmen für sozioökonomisch Benachteiligte hinaus ein differenzierter Blick auf Ungleichheiten bzw. Chancen-Ungerechtigkeiten möglich und sinnvoll ist. Es ist sowohl wichtig, auf den besonderen Bedarf nach Unterstützung in bestimmen Zielgruppen zu achten, als auch darauf, welche spezifischen Handlungsmöglichkeiten für die Gesundheitsförderung jeweils bestehen. Dabei sollen Gerechtigkeitsüberlegungen immer auch mit Perspektiven auf Machbarkeit und Wirksamkeit von Gesundheitsförderung verbunden werden.

Dazu entwickelt der vorliegende Bericht eine differenzierte Perspektive auf soziale Ungleichheit, mit Orientierung nicht nur an der Ungleichheit des sozioökonomischen Status, sondern an insgesamt vier unterschiedlichen „Kapitalien“. Angelehnt am Vorschlag des französischen Soziologen Pierre Bourdieu wird angeregt, in der Planung und Implementierung von Maßnahmen zur Reduzierung von Ungleichheit nicht nur auf ökonomische Ressourcen zu achten, sondern auch auf Unterschiede bzw. Spezifika im „kulturellen Kapital“ (Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten) und in den sozialen Beziehungen („soziales Kapitel“ im Sinn von Beziehungen, Unterstützung bzw. Netzwerkzugängen). Faktoren wie z.B. der Wohnort und seine räumlichen, sozialen und kulturellen Dimensionen sollten ebenso in die Analyse einbezogen werden.

Die erheblichen Variationen bei körperlichen und psychischen gesundheitlichen Ressourcen in den höheren Altersgruppen lassen sich nicht nur als Ergebnis früherer Ungleichheiten in der Ausstattung mit ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital begreifen, sondern sind zugleich als wesentliche Determinante für gesundheitliche Ungleichheit in der Zukunft zu verstehen („gesundheitliches Kapital“). Unterschiede im Gesundheitszustand (z.B. chronische Krankheiten, Leistungsfähigkeit bzw. funktionale Beeinträchtigungen etc.) und ungünstige Ressourcenlagen können z.B. Negativspiralen in Gang setzen. Das bedeutet Handlungsbedarf und gleichzeitig auch Priorisierungsmöglichkeiten: In welchen Bereichen, für welche Programme sollen die knappen öffentlichen Ressourcen investiert werden, um Machbarkeit, Wirksamkeit und Chancengerechtigkeit möglichst optimal miteinander zu verbinden.

Der Bericht schlägt in weiterer Folge vor, Unterschiede entlang der vier genannten Kapitalien als Instrument zur Identifikation spezifischer Zielgruppen zu verwenden. Das wird in vier Dossiers beispielhaft durchgeführt. Beschrieben werden Problemlagen, die kurz-, mittel- und langfristig Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität erwarten lassen. Dabei wird – im Sinne der Überschaubarkeit – zwischen Gruppen von älteren Menschen unterschieden, die sich nach typischen Problemlagen und Ressourcen unterscheiden (bis 75, bis 85, hochaltrig).

- In Bezug auf „ökonomisches Kapital“ werden exemplarisch Problemlagen und Gesundheitsförderungs-Möglichkeiten für Personen mit expliziter Einkommens- und Vermögensarmut angesprochen, z.B. mit Fokus auf Auswirkungen ungünstiger Wohnsituationen (etwa Hitzeexposition). Als zweite Gruppe werden Wohnungs- bzw. Obdachlose als soziale Randgruppe adressiert.
- Gesundheitsförderung für Personen mit einem geringen „kulturellen Kapital“ wird anhand der Zielgruppen bildungsferner (heimischer) Milieus (mit Unterschieden Stadt/Land) sowie anhand von MigrantInnen-Gruppen mit sprachlicher und/oder kultureller Distanz diskutiert. Hier geht es insbesondere um die Erreichbarkeit/Anschlussfähigkeit für Gesundheitsförderung aufgrund von (sub-)kulturellen Unterschieden, Widerständen, aber auch Sprachbarrieren, z.B. durch die Auswahl oder auch Konzeption geeigneter Settings, die Nutzung von Mediatoren, Peers aus dem eigenen Milieu etc.
- Problemlagen und Beispiele für Interventionsmöglichkeiten bei geringem „sozialen 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 erstens chronisch kranke Menschen inkl. Risikogruppen 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 (HeimbewohnerInnen z.B. im Rahmen der FGÖ Projekte „Gesundheit hat kein Alter“, aber auch im eigenen Haushalt oder im Familienverband lebende alte Menschen), mit bisher guten Ergebnissen in Bezug auf Erreichbarkeit und Wirksamkeit.

Wichtig ist, dass für die Identifikation dieser Zielgruppen auch relevant ist, inwiefern dafür Beispiele mit Ansatzpunkten für das Instrumentarium der Gesundheitsförderung identifizierbar sind, inkl. Hinweise in Bezug 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. Eine kurze Darstellung von 15 ausgewählten Modellprojekten findet sich im Anhang dieses Berichts.

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 an die Bedarfe 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 Adressaten eine Teilnahme deshalb, weil sie eine (weitere) Stigmatisierung als AlmosenempfängerIn befürchten.

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. Auch im Bereich des gesundheitlichen Kapitals gibt es einige konkrete Möglichkeiten, Gesundheitsförderung verstärkt auf Benachteiligte zu fokussieren. Und mit Blick auf eine ökonomische Benachteiligung gibt es ebenfalls eine Reihe von Optionen, wobei hier in besonderem Maß die Strategien Anwaltschaft, Vermittlung und Vernetzung von Bedeutung sein dürften.

1. EINLEITUNG

1.1 Zielsetzungen und Methode

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist eine der zentralen Wertsetzungen der Gesundheitsförderungsbewegung. Schon in der Ottawa Charta ist das Thema klar markiert und hat sich z.B. in der zentralen Bedeutung der Orientierung an gesellschaftlichen Determinanten von Gesundheit im Politik- bzw. Setting-Ansatz stark im Selbstverständnis der Gesundheitsförderung niedergeschlagen.

Nicht so klar sind allerdings die tatsächlichen Effekte dieser Werthaltung in der Praxis der Gesundheitsförderung. Die englische Gesundheitssoziologin Mildred Blaxter (2007) hat in einem Review für das NICE (National Institute for Health and Care Excellence, UK) herausgearbeitet, dass es einige Hinweise gibt, dass vor allem verhaltensbezogene Gesundheitsförderung gesundheitliche Ungleichheit nicht reduziert, vielleicht manchmal sogar verstärkt. Setting-bezogenen Gesundheitsförderung verspricht demgegenüber eine bessere Erreichung von gesundheitlich benachteiligten Gruppen. Es gibt zwar bisher kaum Studien, die das explizit belegen, aber doch Hinweise, dass diese Annahmen realistisch sind.

Zielvorgabe des FGÖ war die Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen zum Thema Altern und gesundheitliche Chancengerechtigkeit. In diesem Rahmen sollte identifiziert werden, welche Dimensionen von Chancengerechtigkeit in Bezug auf gesundes Altern angesprochen werden sollen/können und wo Handlungsbedarf besteht (Zielgruppen, Problemlagen, Settings). Dabei sollen Determinanten für gesundheitliche Ungleichheit aufgezeigt sowie Maßnahmen, Interventionen und Ansatzpunkte für den FGÖ abgeleitet werden.

Methodisch ist das Forschungsteam der FORBA primär in der Form „Desktop-Research“ und unter intensiver Nutzung des ExpertInnen-Wissens im Team und auch auf Seiten des Auftraggebers vorgegangen.

Anschluss an wichtige Linien der wissenschaftlichen Diskussion wurde auf Basis einer pragmatischen Literaturrecherche hergestellt. Der Fokus lag auf aktueller deutschsprachiger sozialwissenschaftlicher Literatur zu Zusammenhängen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Lebenslauf, zu Determinanten und Interventionsmöglichkeiten (vor allem für benachteiligte Gruppen). Vier zentrale Dimensionen (ökonomisches, kulturelles, soziales und gesundheitliches Kapital) wurden so identifiziert. Ein zweiter Schwerpunkt der Recherche lag auf empirischen Daten zur österreichischen Situation. Auf dieser Basis wurde ein Grundkonzept entwickelt, mit den am Projekt beteiligten GesundheitsreferentInnen des FGÖ abgestimmt und zur weiteren Strukturierung verwendet.

Als zweite zentrale Methode wurden aktuelle bzw. rezente österreichische Gesundheitsförderungsprojekte für und mit älteren Menschen bzw. benachteiligten älteren Menschen recherchiert und auf Basis der öffentlich zugänglichen Unterlagen (Internet, Berichte) analysiert.

Auf Basis der Ergebnisse der Literaturanalyse bzw. Konzeptentwicklung und der Projektanalyse werden im zweiten Kapitel in Form von vier Dossiers exemplarisch zehn (tendenziell) gesundheitlich und sozial benachteiligte Zielgruppen für Gesundheitsförderung identifiziert. Problemstellungen werden als mögliche Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung beschrieben;

Gesundheitsförderungsinterventionen aus der wissenschaftlichen Literatur bzw. aus den Ergebnissen der Projektrecherche identifiziert. Das Anhangkapitel 3 bietet eine Dokumentation der Ergebnisse der Projektrecherche in Form von 15 Projekt-Kurzbeschreibungen.

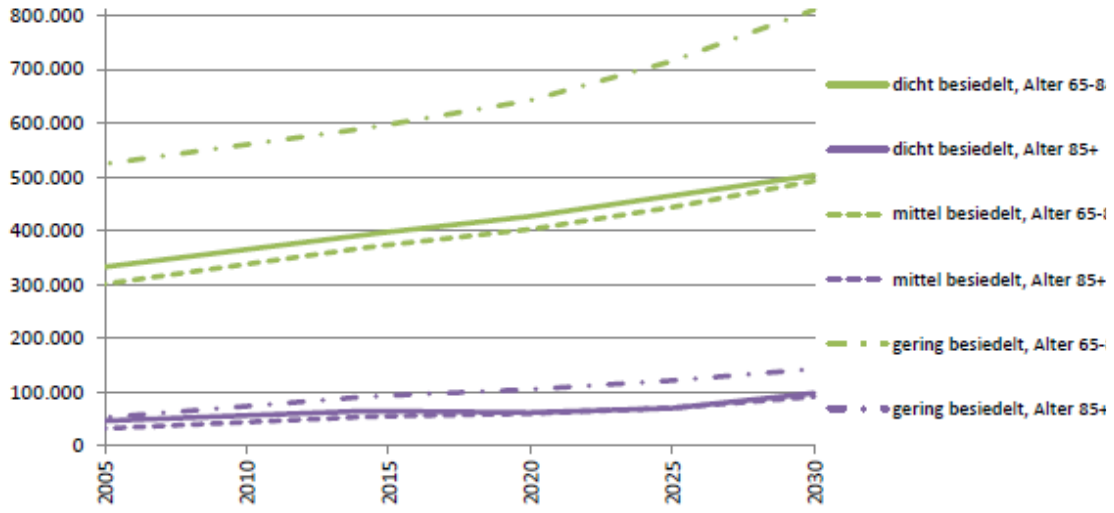
1.2 Zum Kontext: Alterung der Bevölkerung, regionale Unterschiede

Die Veränderung der Altersstruktur der Weltbevölkerung – ihre „Alterung" – ist besonders ausgeprägt in entwickelten Ländern wie Österreich (noch ausgeprägter in Ländern wie Deutschland oder Japan), aber auch in Schwellenländern bereits beobachtbar. Schon durch das deutliche Wachstum der Zahl wird die Gruppe der Älteren gesellschaftlich wichtiger, und die Alten bzw. hochaltrigen Menschen sind überhaupt das am stärksten wachsende Alterssegment.

In manchen Regionen kommt es schon heute zu deutlich sichtbaren Verschiebungen der Altersstruktur:

- Prognosen bis 2030 für Österreich ergeben beispielsweise im Stadt-Land-Vergleich, dass insbesondere in ländlichen Regionen die Anzahl alter und auch hochaltriger Menschen (hier verstanden als älter als 85) rapide steigt. Die nachfolgenden Grafik zeigt, dass in dünn besiedelten Regionen Österreichs im Jahr 2030 mehr als 800.000 Personen im Alter von 65-84 Jahren leben werden, gegenüber knapp 600.000 im Jahr 2014. Das stellt eine Steigerung um ca. +40% dar. Im dicht besiedelten städtischen Bereich beträgt die Steigerung etwa +30%, im „mittleren" Bereich dazwischen bei ca. +35%.
- Noch stärker wächst die Gruppe der Hochaltrigen im Alter von 85+. Hier liegen die Steigerungsraten am Land bei etwa +60% und in der Stadt bei +50% (vgl. dazu Amann et al. 2016, S. 39-40).

Grafik: Bevölkerungsprognose Österreich 2005-2030 zu älteren Menschen nach Besiedlungsdichte



Quelle: Bevölkerung zu Jahresbeginn 2004, 2014 (STATcube – Statistik Austria); ab 2015 kleinräumige ÖROK-Prognose 2014 (Hauptszenario); Grad der Urbanisierung nach Bezirk, Berechnung bei Amann et al. 2016: 39-40

1.3 Mehr behinderungsfreie Lebensjahre durch Gesundheitsförderung

Welche Maßnahmen können möglichst viel Gesundheit auch in einer alternden Bevölkerung erhalten? Vermehrter Bedarf nach Prävention und Gesundheitsförderung besteht in dieser Situation generell, speziell geht es aber darum, möglichst viel Gesundheit in der Gruppe der Älteren zu erhalten und zu stärken. „Gesundes Altern" als Strategie wird deshalb von der WHO seit den 1990er Jahren propagiert und ist auch in der Europäischen Union ein wichtiges Thema.

Dabei geht es nicht primär um Lebensverlängerung, sondern verstärkt um eine Verbesserung von (gesundheitsbezogener) Lebensqualität. Die Gesundheitsförderung hat dafür das Schlagwort „Mehr Leben den Jahren", in den gesundheitspolitische Zielsetzungen heißt das dann etwas technischer „Erhöhung der Zahl der behinderungsfreien Lebensjahre" (QUALYS).

Das hat für Österreich besondere Relevanz. In der Präambel zu den Österreichischen Gesundheitszielen wird festgehalten, dass Österreich in Bezug auf die Zahl der behinderungsfreien Lebensjahre nur im europäischen Durchschnitt liegt.

1.4 Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – ein relevantes Thema für die Forschung?

Im Dokument zu den 2012 verabschiedeten österreichischen Gesundheitszielen wird auf den Zusammenhang der Zahl der „behinderungsfreien Lebensjahre" mit Einkommen und Bildung verwiesen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017). Das bedeutet, dass gesundheitspolitisches und gesundheitsförderliches Handeln nicht nur die ältere Bevölkerung insgesamt, sondern dort vor allem auch jene Gruppen ins Blickfeld nehmen muss, in denen die meisten gesunden Lebensjahre „verloren gehen". Hier hat die Gesundheitspolitik in den zehn Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017) Prioritäten gesetzt: Der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit – also besondere Aufmerksamkeit für gesundheitlich benachteiligte Gruppen – wurde als Ziel 2 hohe Priorität eingeräumt. Dazu gibt es auch die entsprechende FGÖ-Strategie für „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit 2021".[1]

Um welche sozialen Unterschiede geht es bei der Frage nach Chancengerechtigkeit? Die im FGÖ Factsheet zur Qualitätssicherung von Projekten (FGÖ 2013) genannten Faktoren wie Bildung, Einkommen (und auch Vermögen), berufliche Position, soziale Herkunft, Migrationshintergrund, Wohnregion, Gender und Familienstand sind in einer breiten Forschung zu den Determinanten bzw. Einflussfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheit wohl etabliert. Beginnend mit der Veröffentlichung des Black Reports im Vereinigten Königreich im Jahr 1980 wurde in der sozialepidemiologischen Forschung eine Fülle von Studien durchgeführt, die zu vielen konsistenten und gesicherten Ergebnissen geführt haben: Zusammenfassend kann man mit Siegrist & Marmot 2008 sagen: Es besteht in allen entwickelten Nationalstaaten – trotz in vielen Fällen ausgebauter Wohlfahrtsstaaten – ein durchgängiger Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitsstatus. Das betrifft sowohl die Lebenserwartung und die Verbreitung von vielen Krankheiten als auch den subjektiven Gesundheitszustand. Der Unterschied zwischen sozialen Statusgruppen besteht dabei über den gesamten Lebenslauf, ist im mittleren Erwachsenenalter am stärksten ausgeprägt, besteht aber auch in Kindheit, Jugend und Alter.

---

1 http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/factsheets-und-leitfaden/factsheet-fgo-srategie-gesundheitliche-chancengerechtigkeit-2021/2016-08-19.3217243305

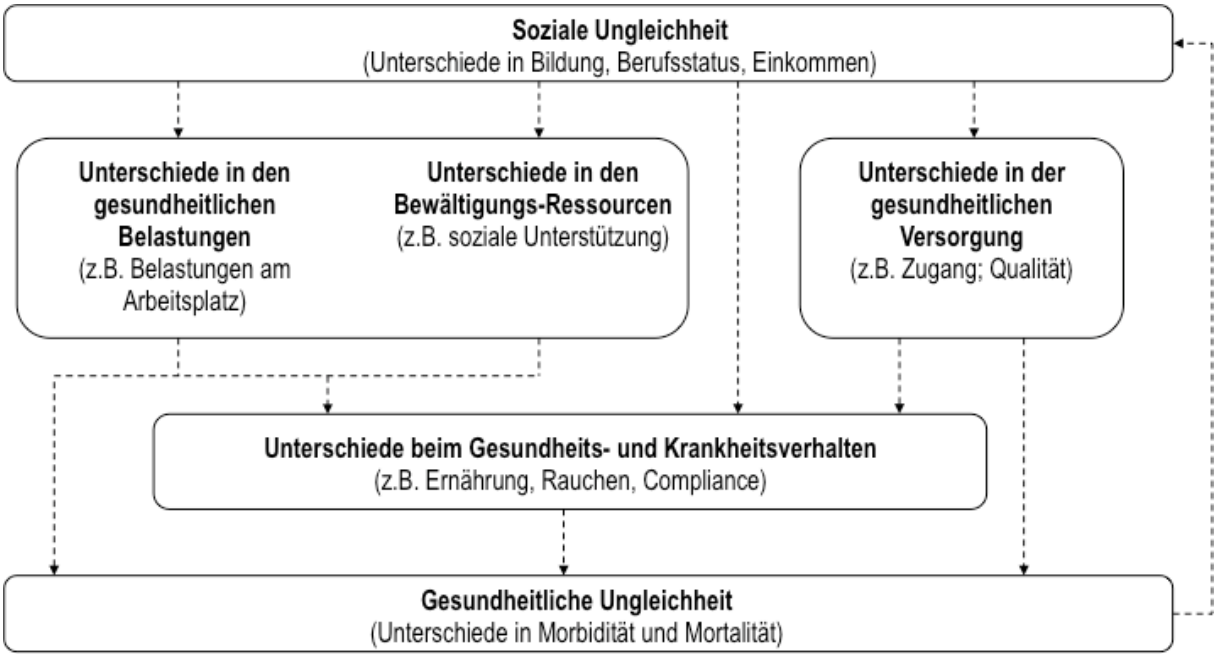
Österreich war in Bezug auf wissenschaftliche und politische Thematisierung lange Zeit eher ein Nachzügler gewesen, seit Anfang dieses Jahrtausends hat sich hier aber die Prioritätensetzung der Gesundheitspolitik verschoben und auch die Datenlage verbessert.

1.4.1 Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit

Was führt zu den deutlichen gesundheitlichen Unterschieden innerhalb der Bevölkerung eines entwickelten Staates? Ein besseres Verständnis von möglichen Kausalfaktoren ist wichtig, um klarer planen zu können: Mit welchen Maßnahmen kann angesetzt werden, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen welchen Gruppen zu verbessern? Wir schlagen vor, an einem wohl etablierten Grundmodell zum Verständnis des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit anzuschließen.

Der deutsche Sozial-Epidemiologe Andreas Mielck hat in einem weit verbreiteten Modell die möglichen Erklärungswege für diesen Gradienten unterschiedlichen Gruppen von Determinanten zugeordnet.

Abbildung: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (aus Mielck 2005, S.53)



Das Modell versucht zu zeigen, wie eine ungleiche Verteilung von sozialen Ressourcen wie Bildung, Berufsstatus und Einkommen auf Gesundheit wirkt und gesundheitliche Ungleichheit erzeugt. Eine wichtige Wirkung verläuft über das mit sozialem Status verbundene unterschiedliche Ausgesetzt-Sein gegenüber unterschiedlichen Belastungen. Wer über wenig Bildung, Einkommen, Vermögen und insgesamt einen niedrigen Status verfügt, hat ein höheres Risiko, keine Beschäftigung zu finden oder sie auch rasch wieder zu verlieren, ist häufig größeren gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt, hat weniger Möglichkeiten, mit einem Arbeitsplatzwechsel auf Belastungen zu reagieren etc.

Auch die Wahrscheinlichkeit, in günstigen Wohnverhältnissen und attraktiven, ruhigen, gut erreichbaren und sicheren Wohnumgebungen leben zu können, sinkt mit dem Einkommen, Status

und Bildungsgrad. Auch der Zugang zu anderen materiellen Gütern (z.B. hochwertige Ernährung), die einen direkten oder indirekten Einfluss auf Gesundheit haben können, ist erschwert.

Niedriger sozialer Status, geringes Einkommen und geringe Bildung sind auch mit geringerer sozialer Unterstützung korreliert. Die sozialen Netzwerke in der Mittel- und Oberschicht sind teilweise umfangreicher, vor allem aber auch potenter, wenn es um den Zugang zu wichtigen (auch gesundheits-relevanten) Ressourcen geht.

Auch in Bezug auf den Zugang zu Gesundheits-(Dienst-)Leistungen gibt es deutliche Hinweise, dass auch entwickelte Wohlfahrtsstaaten mit einer gut ausgebauten öffentlichen Krankenversorgung die Wirkung von Einkommen, Bildung (die auch positiv mit Gesundheitskompetenz korreliert ist) und guter Vernetzung nur beschränkt neutralisieren können. Das gilt auch für Österreich, wobei durch das massive Wachstum vor allem des privaten Sektors im österreichischen Gesundheitssystem (Krankenbehandlung und gesundheitsbezogene Angebote) in den letzten 20 Jahren die Wahrscheinlichkeit von sozial ungleicher Versorgung wahrscheinlich sogar gestiegen ist.

Ebenfalls wohl belegt sind schichtspezifische Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Als Ursachen zu nennen sind unterschiedliche ökonomische und soziale Möglichkeiten, Konsequenzen unterschiedlichen Wissens, aber auch z.B. schichtspezifisch unterschiedliche kultureller Standards.

Nicht zu vergessen ist aber auch die umgekehrte Auswirkung eines ungünstigen Gesundheitszustands auf den sozialen Status. Schlechte Gesundheit ist ein Hindernis: Bestimmte Berufstätigkeiten können nicht ausgeübt werden, und schlechte Gesundheit wirkt auch als „Stigma“ auf Arbeits- und Beziehungsmärkten und kann leicht Abwärtsspiralen von Status und wiederum Gesundheit auslösen.

1.4.2 Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – ähnlich oder anders?

Im Kontext dieses Projekts stellt sich die Frage, ob diese Zusammenhänge, die im Erwerbsalter besonders ausgeprägt sind, in ähnlicher Weise auch im Alter zu beobachten sind.

Aktuelle Überblicksarbeiten über den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bei älteren und alten Menschen (vgl. z.B. von dem Knesebeck & Schäfer 2009, Lampert et al. 2017) zeichnen ein weniger eindeutiges Bild. Die Effekte sind weniger klar und konsistent. Grundsätzlich wird zwar von Kontinuität und auch von Verstärkung (Kumulation) ausgegangen; aber auch Abschwächung sind beobachtbar und auch prinzipiell erklärbar. Zusätzlich gibt es auch mögliche Erklärungen, warum bestimmte (prinzipiell vorhandene) soziale Effekte bei der Gruppe der alten Menschen weniger klar beobachtbar bzw. messbar sein könnten (Selektionseffekte etc.) (ebd.)

Abbildung 1 (unten) zeigt anhand deutscher Daten, dass der Effekt des sozialen Status auf selbsteingeschätzte Gesundheit mit steigendem Alter etwas schwächer wird und (vor allem bei Männern) in der Gruppe 75+ weniger ausgeprägt ist.

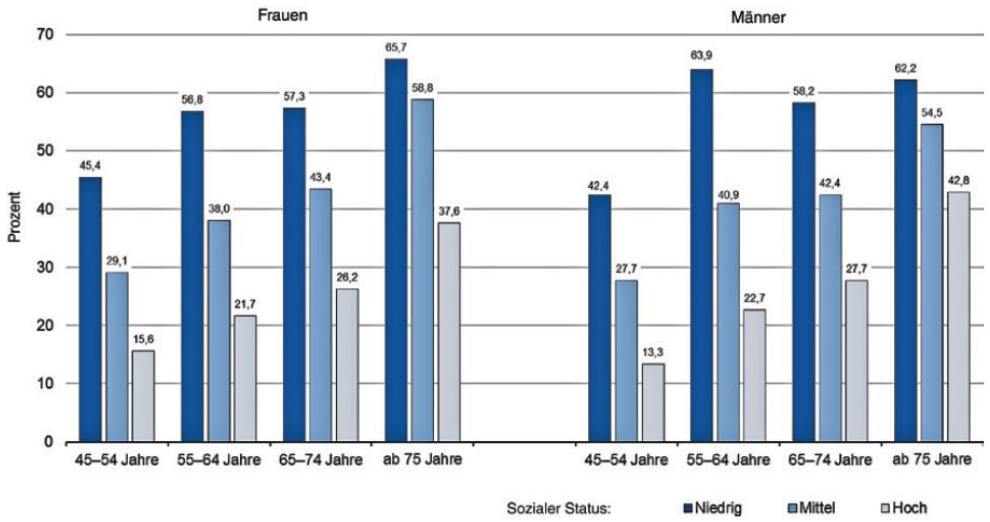


Abbildung 1: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes („mittelmäßig", „schlecht" oder „sehr schlecht") bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe.
Datenbasis: GEDA 2009, 2010 und 2012.

Lampert et. al. beschreiben in einer aktuellen Übersicht mögliche Gründe für die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. So wird in der Literatur schon seit langem unter anderem das genetisch determinierte biologische Altern diskutiert, das soziale Unterschiede im fortgeschrittenen Alter mehr und mehr überlagert („Age-as-a-leveler"). Eine wichtige Rolle dürfte auch die zumindest in einigen Bereichen erfolgende Angleichung der Lebenssituation nach dem Übergang ins Rentenalter spielen, z.B. aufgrund des Wegfalls von Arbeitsbelastungen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Angehörigen der niedrigen Statusgruppen, und zwar vor allem Männer, einer deutlich höheren vorzeitigen Sterblichkeit unterliegen und diejenigen, die alt und sehr alt werden, sich hinsichtlich ihrer Gesundheit nicht allzu sehr von den Angehörigen der höheren Statusgruppen unterscheiden („selective survival to old age"). Die Ergebnisse verweisen nach Lampert et al. jedenfalls darauf, dass in der Diskussion über gesundheitliche Ungleichheit und über Interventionen, die zu deren Verringerung beitragen könnten, dem höheren Lebensalter ein größeres Interesse entgegengebracht werden sollte. Als Ansatzpunkte wird auf den Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Ageing and Health" verwiesen, oder auch auf das im Rahmen des nationalen Gesundheitszieleprozesses in Deutschland verabschiedete Gesundheitsziel „Gesund älter werden". Gefordert wird aber auch eine Verbesserung der Datenlage, die eine differenzierte Betrachtung der sozialen und gesundheitlichen Lage der älteren Bevölkerung erlaubt und zudem Hochaltrige und in Alteneinrichtungen lebende Menschen mit einschließt (Lampert et al. 2017, S. 143). Der Hochaltrigen-Bericht des österreichischen Sozialministeriums ist in dieser Hinsicht also durchaus zeitgemäß.

1.5 Differenzierter Blick auf gesundheitsrelevante soziale Ungleichheit: Vier unterschiedliche „Kapitalien"

Für die Gesundheitsförderung ist ein differenzierter Blick auf Faktoren, die soziale Ungleichheit von Gesundheit reduzieren oder verstärken können, besonders wichtig. Der FGÖ hat das prinzipiell schon in seinen Qualitätskriterien für Projekte 2013 priorisiert, und das wird auch durch laufende wissenschaftliche Diskussionen über die Effekte von Gesundheitsförderungsinterventionen auf gesundheitliche Ungleichheit gestützt.

Kann man sich auf (sozio-)ökonomische Ungleichheit bzw. Chancengerechtigkeit fokussieren? Auf Grund des derzeitigen Forschungsstands zur gesundheitlichen Ungleichheit im Bereich alter Menschen und mit Blick auf die verfügbaren Ressourcen und typischen Interventionsformen der Gesundheitsförderung scheint eine derartige Beschränkung der Perspektive gerade für die Gruppe älterer Menschen nicht sinnvoll.

Vorgeschlagen wird deshalb in diesem Bericht eine Orientierung an 4 wesentlichen gesellschaftlich ungleich verteilten Kapitaltypen. Angeschlossen werden kann an jene Differenzierung, die zunächst vom französischen Soziologen Pierre Bourdieu in der Diskussion über soziale Ungleichheit in der Gegenwartsgesellschaft eingebracht wurde. Die ersten drei, das „ökonomische", das „kulturelle" und das „soziale" Kapital sind direkte Vorschläge Bourdieus (1983) und werden in vielen Bereichen verwendet, aber auch vom gesundheitlichen Kapital zu sprechen ist bei Bourdieu prinzipiell angelegt („körperliches Kapital" vgl. Guguzer 2015, S.70 ff). Wir skizzieren die 4 Kapitalien kurz und argumentieren exemplarisch für ihre prinzipielle Relevanz für Gesundheit.

A) **„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 materielle Deprivation impliziert Nachteile, gleichberechtigt an Gesundheitsressourcen zu gelangen – und bewirkt dementsprechend häufig eine vergleichsweise ungünstigere Gesundheit. Gesundheitsförderung wird in der Regel – zumindest unter den österreichischen Rahmenbedingungen – hier nicht direkt verändernd oder kompensatorisch tätig, sondern primär in Richtung der Prinzipien der Ottawa Charta „Advocacy", „Mediation", und auch des individuellen „Enabling" (z.B. Beratung, Coaching etc.).

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

C) **„Soziales Kapital":** Bourdieus 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 basieren, sondern auch auf herkunftsbedingten Gruppenzugehörigkeiten und anderen vorteilhaften Verbindungen basieren". Für die Verwendung im Kontext der Gesundheitsförderung noch brauchbarer ist etwas abstraktere Fassung bei Putnam (z.B. 2001). Vereinfacht dargestellt bedeutet soziales Kapital nach Putnam für die Individuen einen Zugang zu den Ressourcen des sozialen und gesellschaftlichen Lebens wie Unterstützung, Hilfeleistung, Anerkennung, Wissen und Verbindungen bis hin zum Finden

von Arbeits- und Ausbildungsplätzen über Netzwerke sozialer Beziehungen. Diese Netzwerke basieren wesentlich auf Vertrauen und Reziprozität. Viele klassische GF-Maßnahmen zum „Community Building“, zur Vernetzung etc. lassen sich auch als Investitionen in soziales Kapital verstehen.

D) **„Gesundheitliches Kapital“:** Wir schlagen vor, den Begriff „gesundheitliches Kapital“ in diesem Kontext als Ausdruck der in einer bestimmten Lebenssituation vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen zu verwenden. 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 „positive Gesundheit“ definieren (vgl. z.B. Pelikan 2009). Nach diesem Vorschlag können gesundheitliche bzw. gesundheitsrelevante Ressourcen in körperliche, psychische und soziale Ressourcen unterschieden werden, die wiederum in objektivierend messbare, subjektiv wahrnehmbare und sozial zugeschriebene Ressourcen unterschieden werden können. Der aktuelle Gesundheits- und Krankheitszustand einer Person kann in diesem Sinne als Kapital verstanden werden, das eine wesentliche Voraussetzung für soziale Teilnahmefähigkeit ist. Eine Reihe von Maßnahmen der Gesundheitsförderung wie z.B. körperliches Training (im Rahmen von Rehabilitation, aber auch zur Erhaltung und Steigerung von Fitness auf verschiedenstem Anspruchsniveau, Wohlbefinden und Attraktivität) lässt sich als direkte Investition in „gesundheitliches Kapital“ verstehen.

1.6 Exemplarische Problemlagen nach typischen Kapitaldefiziten in drei Altersgruppen

Als weiteres Instrument zur Zielgruppenidentifikation schlagen wir eine Beobachtung nach drei wesentlichen Altersgruppen vor. Wir schließen hier an Vorschläge der Alterssoziologie bzw. Gerontologie an, die sich an typischen sozialen Herausforderungen aber auch Möglichkeiten orientieren, schlagen aber eine pragmatische Verwendung vor.

- Als ältere Menschen oder „(relativ) junge Alte“ verstehen wir Menschen zwischen ab ca. 60-65 und 74 Jahren, die mit dem Eintritt in den Ruhestand beschäftigt sind und häufig noch einen relativ guten funktionalen bzw. subjektiven Gesundheitszustand aufweisen.
- Als „mittlere“ alte Menschen zwischen 75 und 84 kann man Menschen verstehen mit wohl etablierten Ruhestands-Rollen, aber verstärkt mit gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert, auch mit einem deutlich erhöhten Mortalitätsrisiko für sich selbst in Relation zur Altersgruppe.
- Als „Hochaltrige“ definieren wir die Gruppe ab ca. 85; hier weichen wir explizit vom gängigen Vorschlag ab, den Begriff für jene zu verwenden, die das Median-Alter ihrer Kohorte überlebt haben. Wir versuchen eher eine Schwelle zu wählen, ab der funktionale Einschränkungen körperlicher und auch geistiger Art deutlich verbreiteter werden.

Die im folgenden angefügte Übersicht liefert erste Hinweise, an welchen „Benachteiligungen“ angesetzt werden könnte, wenn Gesundheitsförderung kompensatorisch wirken soll. Das wird in Kapitel 2 für mögliche Zielgruppen exemplarisch weiter vertieft.

Übersicht: 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+**
Ökonomisch 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 berufsassoziierten 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 (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 werden relevanter (Lebensstil- und System-bezogen) Bildungsferne Sozialschichten, (Arbeits-) MigrantInnen besonders betroffen	Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen schwächer (verschiedene mögliche Ursachen); Anforderungen an Systemkompetenz steigen; bei Lebensstil-Kompetenz: Anpassung an veränderte Ressourcenlage schwierig	Defizite in der Gesundheits-Kompetenz 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) Aggravierung von chronischen Krankheiten (psychisch z.B. Burnout, Depression,, physisch: Herz-Kreislauf, Krebs, Diabetes …)	Funktionale Einschränkung nehmen zu Mobilität (sensorisch/ muskulär) nimmt ab Demenz, Inkontinenz, Depression nehmen zu Chronische Krankheiten nehmen zu	Hohe Prävalenz funktionaler Einschränkungen (sensorisch, motorisch, kognitiv.) Mobilität,Kommunikationsfähigkeiten nehmen ab Demenz nimmt zu Komplexität im Management chronischer Krankheiten steigt

2. ZEHN ZIEL- BZW. RISIKOGRUPPEN NACH UNTERSCHIEDLICHEN KAPITALIEN

2.1. Identifikation von zehn Zielgruppen

In diesem Kapitel verwenden wir die in der Einleitung skizzierte Systematik nach vier Kapitaltypen und untergliedern diese weiter in zehn exemplarische Zielgruppen, bei denen eine Kapitalsorte besonders prekär bzw. als Ansatzpunkt für GF-Interventionen geeignet erscheint.

I. **„Ökonomisches Kapital“:** Gruppen Älterer mit ökonomischen / materiellen Nachteilen; schwierige Lebenslagen mit Armutsgefährdung; auch Schwierigkeiten, an Gesundheitsressourcen zu gelangen:

1. **Einkommens- und Vermögensarmut**, schlechte materielle Lage, inkl. ungünstige Wohnsituation, benachteiligtes Quartier (z.B. Energiearmut, Hitzetage) u.a.m.;
2. **Soziale Randgruppen** wie z.B. Wohnungslose, Obdachlose;

II. **„Kulturelles Kapital“:** geringe Bildung, schlechter Zugang bzw. (sub-)kulturelle Distanz zu Gesundheitskompetenzen („Health Literacy“) und Institutionen, bedingt durch kulturelle / religiöse Werte bzw. Prioritäten sowie auch durch Sprachbarrieren, z.B.

3. **Bildungsferne (heimische) Milieus** (Unterschiede Stadt/Land), z.B. Arbeiterschicht, manuell geprägte Berufskulturen;
4. **MigrantInnen**, insbes. Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status, Sprachbarrieren, kultureller Distanz (insbes. Personen mit muslimischer Herkunft); vor allem bei schwacher Integration oder Lebensalltag weitgehend in der eigenen Community;

III. **„Soziales Kapital“:** Gruppen Älterer mit geringer Quantität / Qualität von sozialen Beziehungen, kritisch für gesellschaftliche Teilhabe, mittelfristig Gesundheitsrisiko, z.B.

5. **Personen im Übergang Erwerbstätigkeit / Pension** bzw. erste Phase Pension – Verlust von Erwerbsarbeitsrollen heißt häufig Statusverlust und auch Netzwerkreduktion!
6. **Von Vereinsamung Bedrohte**: Ausdünnung des Netzwerks durch Todesfälle, Krankheiten im weiteren persönlichen Umfeld (inkl. Depressionsrisiken und später dann Demenzrisiken);
7. **Mobilitätseingeschränkte Menschen**, insbesondere in peripheren ländlichen Regionen (d.h. kein PKW-LenkerIn mehr, schlechte öffentliche Verkehrsinfrastruktur); Hervorhebung von alleinlebenden Frauen am Land (demographisch größte Gruppe unter den 80+);
8. **Pflegende Angehörige** (als Gruppe mit besonderen Belastungen);

IV. **„Körperliches / gesundheitliches Kapital“:** Ältere mit Störungen insbesondere der funktionalen Gesundheit (körperlich, psychisch), welche die soziale Teilnahmefähigkeit beeinträchtigen; erhebliches Risiko zur (weiteren) Verschlechterung der subjektiven Gesundheit, aber auch für weitere Verluste im Bereich körperlicher und sozialer Gesundheit;

9. In allen Altersgruppen: **chronisch kranke Menschen**; auch Risikogruppen wie RaucherInnen, AlkoholikerInnen, Übergewichtige ohne diagnostizierte Erkrankung usf.;
10. Alte und Hochaltrige: jedenfalls **HeimbewohnerInnen**, aber auch im eigenen Haushalt oder im Familienverband lebende funktional beeinträchtigte Menschen mit Pflegebedarf.

2.2. *Dossier ökonomisches Kapital – zwei Ziel- bzw. Risikogruppen*

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. Dauerhafte oder auch nur temporäre materielle Deprivation impliziert zudem Nachteile, gleichberechtigt an Gesundheitsressourcen zu gelangen – und bewirkt dementsprechend häufig eine vergleichsweise ungünstigere Gesundheit.

Nach Berechnungen der Statistik Austria sind 2016 insgesamt 18% der Bevölkerung in Österreich (1.542.000 Menschen) armuts- oder ausgrenzungsgefährdet.[2] Dazu werden all jene gezählt, auf die mindestens eines der folgenden Merkmale zutrifft: a) niedriges Nettohaushaltseinkommen (14%), d.h. weniger als 60% des Medianeinkommens;[3] b) erhebliche materielle Deprivation (3%), d.h. wichtige Haushaltsgüter / Bedürfnisse sind nicht leistbar;[4] c) Haushalte mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität (8%). Ein leichter Rückgang der von Armut und sozialer Ausgrenzung Gefährdeten seit 2008 (um 157.000) Personen verdankt sich u.a. Verbesserungen beim Merkmal „erhebliche materielle Deprivation". Von Armutsgefährdung besonders betroffen sind Arbeitslose (57%) bzw. Langzeitarbeitslose (über ein Jahr durchgehend arbeitslos) (79%). Doch auch über 8% der Erwerbstätigen leben in Haushalten, deren Einkommen unter der Armutsgefährdungsschwelle liegt („Working Poor"). Gering qualifizierte Erwerbstätige und solche mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft fallen überproportional oft in die Gruppe der „Working Poor" (16% bzw. 25%).

Unter allen Pensionisten (bei Adaption des Indikators „geringe Erwerbstätigkeit") liegt der definierte Anteil aller Armuts- und Ausgrenzungsgefährdeten mit 319.000 Personen mit 16% etwas unter dem Gesamtdurchschnitt; und bei SeniorInnen über 65 Jahren bei 14%. Hier sind die Unterschiede zwischen Männern (10%) und Frauen (16%) aus den bekannten Gründen beträchtlich (geringere Erwerbsbeteiligung, weniger Erwerbsjahre, häufiger Teilzeit, häufiger niedrigere Einkommen).

Ein niedriges Einkommen korreliert ebenso wie eine geringe Formalbildung mit Einschränkungen beim eigenen Gesundheitszustand, dasselbe gilt noch stärker für den Faktor Arbeitslosigkeit (vgl. für aktuelle Daten Statistik Austria 2016, mit Ergebnissen der ATHIS-Befragung 2014). Der Einfluss von Einkommen und Bildung trifft für die Gesamtbevölkerung und sogar verstärkt für die Gruppe der „jungen Alten" zu. „Ein Effekt des Einkommens auf die Selbstbeurteilung der eigenen Gesundheit war in der Gruppe der Pensionierten deutlicher als bei den noch Erwerbstätigen zu erkennen. Mit steigendem Einkommensniveau der Pensionistinnen und

---

2 http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html

3 60% des mittleren Haushaltsnettoeinkommens sind 2016 1.185 Euro pro Monat für Alleinlebende (12x im Jahr), plus 592 Euro pro Monat für jeden weiteren Erwachsenen im Haushalt und 355 Euro pro Monat für jedes Kind unter 14 Jahren.

4 Erhebliche materielle Deprivation gemäß der EU-Definition eines „europäischen Mindestlebensstandards" wird bei Zustimmung zu mindestens vier von neun Aussagen über die Leistbarkeit von Gütern/Bedürfnissen für den Haushalt festgelegt. Der Haushalt kann sich Verschiedenes nicht leisten. 1. Regelmäßige Zahlungen in den letzten zwölf Monaten rechtzeitig zu begleichen (Miete, Betriebskosten, Kreditrückzahlungen, Wohnnebenkosten, Gebühren für Wasser, Müllabfuhr und Kanal, sonstige Rückzahlungsverpflichtungen); 2. Unerwartete Ausgaben bis zu 1.160 Euro zu finanzieren; 3. die Wohnung angemessen warm zu halten; 4. jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch (oder entsprechende vegetarische Speisen) zu essen; 5. einmal im Jahr eine Woche auf Urlaub zu fahren; 6. einen PKW; 7. eine Waschmaschine; 8. ein Fernsehgerät; 9. ein Festnetztelefon oder Handy.

Pensionisten erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit einer positiven Beurteilung der eigenen Gesundheit im Vergleich zur untersten Einkommensgruppe und verdoppelte sich in der höchsten Einkommensgruppe bei beiden Geschlechtern (Frauen: OR=2,0; Männer: OR=2,2)“ (Statistik Austria 2016, 122). Interessantes ist den Regressionsanalysen der ATHIS-Befragung zu entnehmen, in denen jeweils die Einflussstärke von separierten Variablen wie Einkommen und Bildung auf einzelne Gesundheitsrisiken ermittelt wurde: Klassische „Lebensstilrisiken“ wie Übergewicht (mit der potenziellen Folge Diabetes) und Rauchen korrelieren eher mit Bildungsarmut als mit Einkommensarmut, und dies sowohl bei Senioren als auch bei Jüngeren. Tendenziell umgekehrt verhält es sich bei psychischen Leiden wie Depressionen. Darunter leiden unter Senioren beiderlei Geschlechts Einkommensschwache deutlich stärker als Bildungsschwache. Unter Jüngeren leiden einkommensschwache Frauen (OR=2,3) und besonders arbeitslose Männer (OR=8,8!) überproportional oft an Depressionen. Die schlechte materielle Lage wirkt stigmatisierend, dazu kommt der alltägliche Stress, mit sehr knappen Mitteln zurechtzukommen. Dasselbe trifft auf ein geringes Bildungsniveau nicht zu, auch ist damit nicht zwingend ein geringes Einkommen verbunden. Bei wiederum anderen Gesundheitsproblemen wie z.B. Kreuzschmerzen wirkt die sozioökonomische Benachteiligung nach Bildung und Einkommen einigermaßen ident, d.h. Bildungs- ebenso wie Einkommensschwache leiden darunter überproportional.

Ergänzend ist hier anzumerken, dass die unmittelbare Wirkung der sozioökonomischen Statusmarker Einkommen und Bildung geringer ausfällt, wenn weitere Variablen das konkrete Gesundheitsverhalten betreffend in die Regressionsanalysen eingeführt werden. Ein Beispiel dafür liefert eine aktuelle Auswertung aus der deutschen SOEP-Befragung, in der Einflussfaktoren für das Mortalitätsrisiko der über 65-Jährigen untersucht wurden (Kröger et al. 2017). Zwar wirken auch gemäß dieser Untersuchung geringes Einkommen und Bildung tendenziell lebensverkürzend, doch das tatsächliche Verhalten wie Sport (verlängernd) oder häufige Arztbesuche (verkürzend) oder Grade der körperlichen Behinderung (verkürzend) scheinen noch maßgeblicher zu sein. Hervorzuheben ist aus dieser Studie außerdem zweierlei: Erstens diagnostizieren die Autoren für das Mortalitätsrisiko Älterer geringere Unterschiede nach sozioökonomischen Faktoren als bei Jüngeren – weil sozioökonomisch Benachteiligte zu einem höheren Anteil bereits vor ihrem 65. Lebensjahr verstorben sind. Zweitens zeigen die Ergebnisse, dass die Berücksichtigung von Sport, Gesundheit und insbesondere von sozialen Netzwerken den Zusammenhang zwischen Einkommen und Mortalität reduzieren. Besonders bei Frauen hat die Qualität der vorhandenen sozialen Netzwerke eine entscheidende Bedeutung für die Verringerung der einkommensbedingten Unterschiede der Mortalität (Kröger et al. 2017, 124).

Besonders relevant im Kontext von Einkommensungleichheit und Gesundheit sind die in der Regel mit dem Einkommen korrelierende Wohnsituation (Größe/Enge, Abnutzung/Infrastruktur, Schutz gegen Kälte und Hitze bzw. dementsprechender Aufwand für Heizen und Kühlen); und in vielen Fällen auch die Wohngegend, z.B. Ungunst-Lagen mit Lärm und Verschmutzung in der Nähe verkehrsreicher Straßen oder „soziale Brennpunkte“ mit einer hohen Dichte an sozioökonomisch schwachen Gruppen und dementsprechenden Problemen durch Überbelegung kleiner Wohnungen, Lärm u.a.m. In Hinblick auf Gesundheit und Wohnsituation sind in den letzten Jahren zudem die Themen Energiearmut (vgl. z.B. den Sammelband Großmann et al. 2017) sowie klimawandelbedingte Risiken durch die zunehmende Anzahl von Hitzetagen insbes. in Städten ins Blickfeld geraten. Gerade Ältere sind diesbezüglich überproportionalen Gesundheitsrisiken ausgesetzt (Wanka et al. 2012, 2014). Wohl auch deshalb kommen Angel und Bittschi (2014) in einer umfangreichen europäischen Vergleichsanalyse mit EU-SILC-

Daten zu sozioökonomischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit zum Ergebnis, dass eine schlechte Wohnqualität als einer der Hauptfaktoren für eine schlechte Gesundheit anzusehen ist: „Our results indicate that living in poor housing is the chief socioeconomic determinant of health over the four-year observation period and that bad housing is a decisive, causal transmission pathway by which socioeconomic status affects health."

Was sind nun die Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung zur Her- bzw. Sicherstellung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, wenn explizit auf mangelndes Einkommen rekurriert wird, mit dem Ziel der Reduktion diesbezüglicher Benachteiligungen bei Zugangschancen zu Gesundheitsleistungen? Zunächst macht die Untergliederung nach unterschiedlichen Kapitalsorten Sinn – einerseits ökonomisches Kapitel mit Blick auf Zugangschancen und Leistbarkeit, andererseits kulturelles bzw. Bildungskapital mit Fokus auf die Erreichbarkeit spezifischer Zielgruppen für Angebote der Gesundheitsförderung. Daraus lässt sich schon ableiten, dass bei ökonomischer Ungleichheit bzw. bei materieller Armut, wo in erster Linie die monetären Bedingungen für benachteiligte Individuen zu beeinflussen wären, die bewährten Ansätze der Gesundheitsförderung wie Hilfe zur Selbsthilfe oder Angebote zu Health Literacy eine eher untergeordnete Rolle spielen dürften; zumindest in Relation zur Arbeitsmarkt-, Einkommens-, Pensions- oder Sozialpolitik von Bund, Ländern und Sozialpartnern, wo die ökonomischen „hard facts" verhandelt werden.

Erfolgversprechender dürften Gesundheitspolitik allgemein und Gesundheitsförderung im Speziellen (in Kooperation mit anderen Institutionen der Daseinsvorsorge wie z.B. Kommunen oder freien Wohlfahrtsverbänden) bei Themenstellungen wie z.B. ökonomisch benachteiligten Wohngegenden sein, um in ausgewählten „Grätzeln" über die Forcierung von Kommunikation und Vernetzung Verbesserungen bei Aspekten der Lebensqualität wie z.B. Hitzerisiken / Energiearmut oder einer gesundheitsförderlichen / barrierefreien Wohnumgebung u.a.m. zu erzielen. Erkennbar ist weiters die Relevanz von psychischen Gesundheitsrisiken bei ökonomisch bzw. materiell schlechter Gestellten (Existenzstress, Stigmatisierung). Auch hier könnte mehr soziale Einbindung bzw. Teilhabe im Wohnumfeld zumindest mildernd wirken. Freilich ist dafür die aktive Involvierung der jeweiligen Wohnbevölkerung entscheidend, was nicht immer einfach ist. Und auch hier dürfte es Grenzen geben, in ländlichen Regionen vermutlich eher als in Städten, nämlich dann, wenn Gesundheitsförderungssettings eigens für materiell Benachteiligte konzipiert werden: Denn das würde zugleich eine Stigmatisierung der Betroffenen bedeuten! Insofern geht es bei der Verringerung von ökonomischer Ungleichheit eher um Projekte zur sozialen Integration der ökonomisch Benachteiligten in Settings, die möglichst schichtübergreifend ausgerichtet sein sollten.

Über die große Zielgruppe von armutsgefährdeten älteren Menschen hinaus (ca. 16% aller Pensionisten oder ca. 320.000 Personen) ist außerdem an besonders benachteiligte Gruppen am Rande der Gesellschaft zu denken, für die die Gesundheitsförderung ebenfalls Leistungen zu erbringen hat, wenn sie den Anspruch der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ernst nimmt. Deshalb definieren wir Wohnungslose wie z.B. Obdachlose (mit einem zugleich hohen Anteil an psychischer Beeinträchtigung) oder (wenngleich eine kleine Gruppe) ältere Flüchtlinge als weitere Zielgruppe im Kontext des ökonomischen Kapitals.

2.2.1. Zielgruppe Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung, Fokus ungünstige Wohnsituation

Fallvignette: Was tun gegen Hitze in der Stadt?

Welche Personen sind bei heißen Temperaturen in der Stadt besonders gefährdet? Wie verhalten sich ältere Menschen bei Hitze? Wie kann man die Lebensbedingungen für ältere Personen in der Stadt verbessern? Solche und ähnliche Fragen wurden im Rahmen des vom Klima- und Energiefonds finanzierten Forschungsprojekts STOPHOT 2011-2014 für Wien untersucht, an dem u.a. die BOKU und das Institut für Soziologie der Univ. Wien beteiligt waren. Die Zahl der Hitzetage mit Temperaturen größer 30°C wird in den kommenden Jahren zunehmen, gleiches gilt für die Zahl der Tropennächte mit Temperaturen, die höher als 20°C in der Nacht sein werden. Die Regeneration des menschlichen Körpers ist in diesen Nächten nur noch schwer gegeben. Bewohnerinnen und Bewohner von Städten leiden besonders unter der sommerlichen Hitze. Grund dafür ist auch der sogenannte Wärmeinsel-Effekt. Besonders ältere Menschen sind von der Hitze durch höhere Krankheits- und im schlimmsten Fall durch höhere Sterberaten betroffen. Im Sommer 2003 starben in Europa 70.000 Menschen an den Auswirkungen der Hitze, besonders viele der Toten waren in Frankreich zu beklagen.

Das Problem in Wien wird sich auf Grund der geschilderten Temperaturentwicklungen und einer höheren Anzahl älterer Menschen verstärken. Soziale Randgruppen sind besonders von den Auswirkungen des Klimawandels betroffen, dasselbe gilt für ältere Personen mit niedrigem Status, schlechtem Gesundheitszustand, mit wenig sozialen Kontakten etc. Zu den bisherigen Strategien von älteren Personen gegen Hitze gehören, wie die Ergebnisse einer Umfrage im Rahmen dieses Forschungsprojekts zeigen, leichtere Kleidung, ausreichend Trinken und Aktivitäten auf den Morgen bzw. Abend zu verlegen. Viele Personen in Pensionistenwohnheimen und viele Personen, die daheim leben, öffnen aber fälschlicherweise ganztägig die Fenster. Die Mehrzahl der befragten älteren Personen bleibt bei großer Hitze daheim. Hier besteht die Gefahr der sozialen Isolation. Befragt wurden neben Pensionistenwohnheimen u.a. auch Personen im 7., 8., 9. sowie im 5., 15. sowie 16. Bezirk. In den erstgenannten Bezirken meinten nur 41,6% der Befragten, dass es derzeit zu heiß in der Wohnung sei. Von den letztgenannten Bezirken teilten 63,5% der Befragten mit, dass es im Sommer zu heiß in der Wohnung werde. Im 7., 8., 9. Wiener Bezirk teilten 18,8% der Befragten mit, dass sie bei Hitze wegfahren (z.B. zu einem Zweitwohnsitz). In den Bezirken 5., 15. sowie 16. waren dies nur 8,4%.

Als Beispiele für Maßnahmen gegen Hitze können genannt werden: Information der BürgerInnen, Zuständigkeiten der Wiener MAs entsprechend regeln, leichtere Kleidung, ausreichend Trinken, Aktivitäten auf den Morgen bzw. Abend verlegen, Fenster schließen, Jalousien, thermische Sanierung von Gebäuden, Trinkwasserbrunnen, Begrünung der Umgebung. Das Projektteam erhob in einer weiteren Befragung auch, wie ein kühler Ort gestaltet werden kann und wie der Weg dahin aussehen sollte. Die Zugangsdauer zu öffentlichen Bereichen und Räumen, die im Sommer angenehm kühl sind, sollte nicht länger als 5 Gehminuten betragen. Die Zugangswege sollten mit Bäumen oder Alleen gestaltet werden, d.h. Flächen müssen dafür verfügbar gemacht werden. Beschattete Grünanlagen sollten über saubere Toiletten verfügen, es sollte dort ruhig sein, kühler als in der Wohnung und Trinkwasserbrunnen sollten vorhanden sein.

Quelle: http://www.oekonews.at/index.php?npf_cache=update&mdoc_id=1094556

Übersicht zur Zielgruppe Menschen in ungünstigen Wohnverhältnissen

Altersspezifische Gruppen. die besonders im Fokus stehen	Alle Altersgruppen von Älteren
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	Einkommens- und Vermögensarmut, schlechte materielle Lage, inkl. ungünstige Wohnsituation, benachteiligtes Quartier (z.B. Energiearmut, Hitzetage) u.a.m.
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	Verbesserung des Zugangs zu Institutionen der Daseinsvorsorge und der Leistbarkeit von Gesundheitsressourcen; eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten bei der Verbesserung der materiellen Situation; demgegenüber Fokussierung auf Fragen der Wohnqualität (z.B. Heizkosten, thermische Sanierung von Gebäuden) und der Qualität des Wohnumfeldes (gesundheitsförderliche Maßnahmen gegen Hitze wie z.B. wohnortnahe Grünflächen)
Hinweise zur Erreichbarkeit der Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	Erreichbarkeit im Kontext von Settings in Gemeinden und Grätzeln; Stigmatisierungsrisiko bei Maßnahmen nur für Armuts- und Ausgrenzungsgefährdete; demgegenüber schicht- bzw. altersübergreifende Initiativen zur sozialen Integration
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	„AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus"; FGÖ, Wiener Hilfswerk, Wiener Sozialdienste, http://gesunde-nachbarschaft.at/schwerpunkte/seniorinnen/aktivlotsinnen „In Gemeinschaft älter werden – Triesterviertel Graz", Vernetzungs- und Stadtteilprojekte; FGÖ, Verein Illusions, Frauengesundheitszentrum, http://gesunde-nachbarschaft.at/seniorinnen/schwerpunkte/gesunde-nachbarschaft Fonds Soziales Wien, z.B.: Wohnbeihilfen (http://www.senior-in-wien.at/wohnen/wohnbeihilfen.html), Förderung barrierefreier Wohnumbau (http://www.senior-in-wien.at/wohnen/Barrierefreies_Wohnen) Gebietsbetreuung Wien – Grünes Grätzel; http://www.senior-in-wien.at/veranstaltungen/2017.04.11_Gruenes_Graetzel_GB_2017 „Ischler Gesundheitswerkstatt", Stadt Bad Ischl, Volkshilfe, FGÖ, https://www.jku.at/gespol/content/e89197/e296563/e296576/Endbericht_bad_ischl_ger.pdf „Dorfservice", 13 Partnergemeinden im Bezirk Spittal an der Drau, www.dorfservice.at
Relevante Akteure / Institutionen / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe	Akteure der Sozialpolitik, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen in Kommunen, Wohlfahrtsverbände, NPO-Initiativen, Akteure im kommunalen Wohnbau

2.2.2. Zielgruppe soziale Randgruppen Wohnungs- und Obdachlose

Fallvignette: neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen

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 betreut durch „neunerhaus Housing First" finden 450 Menschen ein neues Zuhause. Bei Bedarf wird sozialarbeiterische Begleitung angeboten, die Bewohner sollen aber möglichst selbständig leben können. Dazu gehören ein eigener Wohnungsschlüssel, Besuchsmöglichkeiten, Haustiere und kein Alkoholverbot. Außerdem können obdachlose Menschen ihre Tiere in der tiermedizinischen Versorgungsstelle des Neunerhauses behandeln und untersuchen lassen.

Die Tiere sind oftmals die letzten Begleiter wohnungsloser Menschen. 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 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.

Heute gibt es insgesamt drei Neunerhäuser und über 100 Wohnungen, deren Mieter im Rahmen von „Housing First" betreut werden. Insgesamt wird hier 500 obdach- und wohnungslosen Menschen ein Zuhause geboten. Im Juni 2015 wurde nach drei Jahren Bauzeit das neu errichtete Neunerhaus in der Hagenmüllergasse im 3. Bezirk eröffnet, das nun 79 statt früher 59 obdachlosen Personen Platz bietet. Es ist außerdem das erste Haus mit ökologischem Passiv-Haus-Standard im Sozialbereich. Das Haus unterscheidet sich von anderen Hilfsorganisationen und erlaubt den betroffenen Menschen ein selbständiges Leben, indem er eigene Hausschlüssel anbietet, Haustiere erlaubt, Alkohol nicht verbietet und ärztliche Versorgung bietet. Außerdem bildet der Bereich Gesundheit einen eigenen Betreuungsschwerpunkt. Seit 2012 hat das Neunerhaus überdies mit dem Projekt Housing First einen innovativen Ansatz in die Wiener Sozialarbeit mit obdachlosen Menschen eingebracht. Housing First wird in den USA seit Jahren bereits erfolgreich umgesetzt. 2015 wurde das neunerhaus Housing First vom Pilotprojekt zum fixen Angebot der Wohnungslosenhilfe der Stadt Wien.

Zahnarztpraxis: Viele obdach- und wohnungslose Menschen sind mehrfach krank und haben häufig auch schmerzende und schlechte Zähne. Die Neunerhaus-Zahnarztpraxis in der Margaretenstraße 166 hat viermal die Woche insgesamt 16 Stunden Ordination und hilft den Patienten auch bei bürokratischen Hürden, rechtlichen Informationen und bietet die Versorgung unabhängig von Herkunft und Versicherungsstatus an. 2015 wurden hier 1.589 Patienten in 4.499 Behandlungen vorsorgt.

Team neunerhausarzt: Das Team neunerhausarzt ist vor Ort in den Häusern ehemals obdachloser Menschen tätig und arbeitet mit unterschiedlichen Trägerorganisationen zusammen. Ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis, ausreichend Zeit, eine Stärkung der Gesundheitskompetenz und kontinuierliche Hilfe sind die Eckpfeiler.

Arztpraxis: Die *neunerhaus Arztpraxis* bietet kostenlose allgemeinmedizinische niedergelassene Versorgung für alle wohnungs- und obdachlosen Menschen in Wien ungeachtet ihrer Herkunft oder ihres Versicherungsstatus. Das Angebot ist durch fixe Ordinationszeiten mehrere Tage pro Woche an einem fixen Standort das einzige dieser Art in Wien. Augenscheinlichstes Unterscheidungsmerkmal zu anderen Arztpraxen ist die Kombination von allgemeinmedizinischer und sozialarbeiterischer Hilfe: Sozialarbeiter gewährleisten den unbürokratischen niederschwelligen Zugang für wohnungslose Menschen und bieten Hilfe über allgemeinmedizinische Fragen hinaus. (Quelle: https://de.wikipedia.org/wiki/Neunerhaus, Stand September 2016)

Übersicht zur Zielgruppe Wohnungs- und Obdachlose

Altersspezifische Gruppen. die besonders im Fokus stehen	Alle Altersgruppen, insbes. „jüngere Ältere" (weil oft niedrigere Lebenserwartung)
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	Soziale Randgruppen wie längerfristig Wohnungs- und Obdachlose, die oft als „multimorbid" einzustufen sind, gelten als „hard-to-reach"-Gruppen für Gesundheitsangebote. Dazu kommen systembedingte Zugangsbarrieren

	(keine Versicherung = kein Zugang zu regulären Gesundheitsdienstleistungen), strukturelle Diskriminierung / Schamgefühle sowie teilweise mangelnde Sensibilität von HelferInnen („gut gemeint als Gegenteil von gut“).
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	Infrastrukturangebote und Kenntnis der Zielgruppen über für sie geeignete Angebote / Anlaufstellen / Öffnungszeiten für medizinische Versorgung, Schlafplätze oder längerfristige Wohnunterkünfte, die eigenmotiviert kontaktiert werden können
Hinweise zur Erreichbarkeit der Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	Für viele Klienten z.B. der neunerhaus Arztpraxis ist dies der erste medizinische Kontakt nach Jahren der Obdachlosigkeit bzw. ohne Krankenversicherungsschutz. Durch die Konsultationen können Misstrauen und Schamgefühle sowie weitere Hürden gegenüber Institutionen abgebaut werden. In Kombination mit Sozialer Arbeit wird die Lebenswelt der Klienten in die Behandlung miteinbezogen, was ebenfalls vertrauensbildend wirkt.
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	„neunerhaus“ und „neunerhaus Arztpraxen“, Wohnraum und medizinische Versorgung für Obdachlose in Wien; NPO; http://www.neunerhaus.at http://www.neunerhaus.at/medizinische-versorgung „AmberMed“, ambulant-medizinische Versorgung, soziale Beratung und Medikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz; Diakonie; www.amber-med.at „Marienambulanz Graz“, medizinische Erst- und Grundversorgung für Benachteiligte und Nicht-Anspruchsberechtigte; Caritas Stmk; https://www.caritas-steiermark.at/hilfe-angebote/menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz-medizinische-erst-und-grundversorgung/ „Medizinbus – Louise-Bus“, medizinische Betreuung für Obdachlose, Caritas Wien, https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdach-wohnen/mobile-notversorgung/medizinbus-louise-bus/ „Verein Struktur“, Betreutes Wohnen für Alkoholkranke, die abstinent leben wollen, Wien; FSW, Caritas; https://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/de/10/InstitutionDetail.do?it_1=2100057 „Wiederwohnen – Freiwillige werden für wohnungslose aktiv“; Fonds Soziales Wien; http://www.wiederwohnen.at/freiwillig/, http://www.senior-in-wien.at/Freiwilliges_Soziales_Engagement/fuer_menschen_ohne_wohnung.html
Relevante Akteure / Institutionen / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe	Akteure der Sozialpolitik, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen in Kommunen, Wohlfahrtsverbände, NPO-Initiativen

2.3. Dossier kulturelles Kapital – zwei Ziel- bzw. Risikogruppen

Der Zusammenhang von Bildungsstatus und Gesundheit ist international vielfach belegt. Menschen mit geringerer Bildung verfügen über eine schlechtere körperliche und psychische Gesundheit, weniger Gesundheitskompetenz (Health Literacy), eine niedrigere Lebenserwartung und sind vermehrt gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Dieser Zusammenhang ist einerseits für alle Altersgruppen belegt, etwa auf Basis von aktuellen Daten der Statistik Austria (vgl. die Tabelle). Andererseits bleiben die bildungsbedingten Gesundheitsunterschiede im höheren Alter bestehen, wenngleich der sogenannte „soziale Gradient“ der Gesundheit dann etwas kleiner wird (auch deshalb, weil sozial Benachteiligte bzw. Deklassierte häufiger früher sterben). So können etwa Männer in Österreich, die eine höhere Schule oder Hochschule abgeschlossen haben, im Alter von 65 Jahren noch mit 12,6 weiteren Lebensjahren bei guter Gesundheit rechnen.

Für Pflichtschulabsolventen beträgt dieser Wert nur 6,7 Lebensjahre, also rund sechs Jahre weniger. Für Frauen sind die entsprechenden Vergleichswerte 11,1 gegenüber 7,5 Jahren (Gesundes Österreich 2/2015, 25).

Tabelle: Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung nach Schulbildung 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
(sehr gute) Gesundheitsbeurteilung in Prozent			
…Frauen	66,5	79,1	85,2
…Männer	68,7	78,1	87,3
Lebenserwartung (in Jahren)			
…Frauen	82,8	84,2	85,5
…Männer	76,5	78,8	82,2
Gesunde Lebenserwartung (in Jahren)			
…Frauen	59,2	69,7	72,6
…Männer	59,6	64,8	73,0

Quelle: http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/109625.html

Hinter einer geringen (Formal-)Bildung verbergen sich einerseits Wissensdefizite infolge von Lese- und Verständigungsproblemen, womit eingeschränkte Zugangschancen zu relevanten Gesundheitsressourcen einhergehen können. Andererseits implizieren Faktoren wie die Herkunft aus einem bildungsfernen Milieu sowie sprachliche, kulturelle oder religiöse Barrieren insbesondere bei MigrantInnen aus weiter entfernten Kulturkreisen eine Distanz gegenüber gesundheitsförderlichem Verhalten (z.B. Ernährungsgewohnheiten, Bewegung außerhalb der Erwerbsarbeit) und damit potenziell auch gegenüber Angeboten der Prävention (z.B. regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen usf.). Solche Faktoren zusammengenommen lassen sich dann entlang des Konzepts kulturelles Kapital umschreiben, das die „feinen Unterschiede" – hier: beim Zugang zu Gesundheitsressourcen – ausmacht (Bourdieu 1982). Zwar korrelieren kulturelles, ökonomisches und auch soziales Kapital in vielfältiger Weise, z.B. im Fall des niedrigen sozioökonomischen Status einer Person (Bildung, Berufstätigkeit, Einkommen, mangelnde soziale Integration etc.). Die Unterscheidung zwischen kulturellem und ökonomischem Kapital empfiehlt sich deshalb, weil damit einzelne Zielgruppen besser voneinander abgegrenzt und angesprochen werden können – und Institutionen der Gesundheitsförderung bei Fragen der Reduktion von Ungleichheit nach Einkommen ohnehin weitgehend die Hände gebunden sind. Während ökonomischen und kulturellen Benachteiligungen bei Zugangschancen zu Gesundheitsressourcen ähnliche Bedeutung zukommt, verweist das kulturelles Kapital bildungsferner Milieus darüber hinaus auf die Distanz zu den v.a. mittelschichtsgeprägten professionellen Zugängen bei der Vermittlung von Gesundheitsangeboten und Gesundheitsförderung, d.h. konkret auf die Schwierigkeiten der Erreichbarkeit bildungsferner sozialer Milieus.

Gesundheitsförderungsmaßnahmen finden häufig in Settings statt, wo vor allem jene Personen nicht erreicht werden, die es am meisten benötigen: Armutsgefährdete sowie bildungsferne Menschen – durch mittelschichtorientierte Angebote erreicht man diese Zielgruppen nur schwer, daher gelten sie auch als „hard-to-reach". Und kommt es zu Interaktionen mit professionellen Akteurinnen/Akteuren des Gesundheitswesens, funktionieren diese häufig nicht.

Nicht nur sprachliche Schwierigkeiten und unterschiedliche – oft kulturell geprägte – Zugänge zu den Themen Gesundheit, Krankheit und Behandlung erschweren die Inanspruchnahme, sondern auch systembedingte Zugangsbarrieren, wie strukturelle Diskriminierung, Vorurteile oder mangelnde interkulturelle Kompetenz.

Aufbauend auf derartige Erfahrungen wird inzwischen in der Gesundheitsförderung in einer Anzahl von Handbüchern und Leitfäden empfohlen, dass bildungsferne soziale Milieus, MigrantInnen aus entfernten Kulturkreisen oder auch von Stigmatisierung gefährdete Personen wie z.B. (ehemals) Arbeitslose möglichst zielgruppenkonform, d.h. kultur- und auch geschlechtssensibel anzusprechen sind, wenn sie tatsächlich erreicht werden sollen (vgl. dazu für Österreich: Klein / Fröschl et al. 2015, Gesundheit Österreich 2016a/2016b (für MigrantInnen); für Deutschland: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011; für die Schweiz, mit einem spezifischen Fokus auf Ältere: Soom-Ammann / Salis-Gross 2011). Dieses Wissen hat mittlerweile Eingang in Gesundheitsförderungsprojekte gefunden, in denen praxistaugliche Setting-Zuschnitte auch für Ältere entwickelt worden sind, über die dann möglichst „Habitus-sensibel" auf Ungleichheitsempfindungen der jeweiligen Zielgruppen reagiert wird. Beispiele aus FGÖ-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 Sozialraumbegehungen (in Stadtteilen) mit Peers aus dem eigenen Milieu
- Partizipation, etwa Gesundheitszirkel, in denen Aktivitäten erst auf Basis der Relevanzsetzungen der Zielgruppen definiert werden etc.

2.3.1. Zielgruppe bildungsferne Milieus, v.a. aus manuell geprägten Berufskulturen

Fallvignette: Josef, pensionierter Bauarbeiter und Wochenpendler

Josef, 66, ist heute durch ein künstliches Hüftgelenk, das er vor ca. sieben Jahren bekommen hat und das seiner Meinung nach „nicht ordentlich eingesetzt" wurde, ziemlich bewegungseingeschränkt. Die Alltagsbesorgungen im gemeinsamen Haushalt mit seiner Frau kann er allerdings noch gut bewältigen, da er weiterhin „automobil" ist. Obwohl er im Heimatdorf relativ gut integriert ist, weil er in seinen besten Jahren als gelernter Maurer viel „gepfuscht" hat, ist der Aktivitätsradius seit der Hüftgelenksoperation eingeschränkt. Die Hauptaktivitäten heute sind viel Fernsehen und der annähernd tägliche Besuch im einige hundert Meter entfernten Dorfgasthaus „auf ein Achterl". Josef ist nicht weit davon entfernt, was in der Fachwelt als funktionaler Analphabet bezeichnet wird. Ungeachtet dessen hat er die Maurerlehre absolvieren können und sich zeitlebens vor allem mithilfe seiner Frau im Umgang mit Angelegenheiten in Ämtern etc. einigermaßen gut durchschlagen können, jedenfalls soweit, dass er nie als Außenseiter im Ort stigmatisiert wurde. Josef arbeitete mehr als 40 Jahre lang in einer Baufirma in der ca. 150 Kilometer entfernten Großstadt als Wochenpendler. Am Wochenende betätigte er sich als Nebenerwerbsland, die kleine Landwirtschaft mit einigen Kühen und Schweinen führte seine Frau. Die Ernährung während der Arbeitswoche dürfte überwiegend ungesund ausgefallen sein. Auch deshalb und durch den üppigen Alkoholkonsum auf den Baustellen – Josefs Erzählungen zufolge an warmen Sommertagen bis zu einer Kiste Bier täglich (bis in die 1990er

Jahre hinein, danach wurde Alkoholkonsum auf Baustellen stark eingeschränkt) – ist er seit Jahrzehnten und bis heute stark übergewichtig; allerdings hat er nie geraucht. Übergewicht und einige Abstürze von Gerüsten auf Baustellen dürften auch die Gründe dafür gewesen sein, dass das Hüftgelenk kontinuierlich den Dienst versagt hat – die Operation war dann der Grund für die Pension.

Bedingt durch die schwere Arbeit am Bau – für einen Aufstieg interessierte sich Josef aufgrund seiner eingeschränkten Lese- und Schreibfähigkeiten nie – war die eingenommene Kost zeitlebens traditionell und kalorienreich. Gesundheitsbewusstsein ist für Josef eher ein Fremdwort, und die Medikamente u.a. gegen Bluthochdruck nerven ihn. Eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten oder gar sportliche Betätigung sind für den pensionierten Bauarbeiter nie in Frage gekommen. Diesem habitualisierten Verhalten ist vermutlich zuzuschreiben, dass sich Josef heute sehr schwer mit einer Gewichtsreduktion tut (z.B. über mehr Bewegung), was die Gehprobleme entlasten helfen würde. Auch kurze Strecken wie jene bis zum Dorfgasthaus werden prinzipiell mit dem Auto zurückgelegt. All das irritiert ihn nicht besonders, denn die eingeschränkte Gesundheit eines „ehrlichen Arbeiters“ wird im Umfeld akzeptiert, „weil man sich halt ein Leben lang abgerackert hat“. Worunter Josef etwas leidet, ist, dass seine Frau die Nebenerwerbslandwirtschaft aufgegeben hat, weil er ihr aufgrund seiner körperlichen Einschränkung nicht mehr wirklich helfen konnte. An den Wochenenden liebte er es, mit dem Traktor unterwegs zu sein. Der alte Steyr-Traktor steht noch in einer Garage, nur verwendet wird er nicht mehr. (Quelle: Schilderung aus dem Umfeld eines Projektmitglieds)

Problemstellung

Berücksichtigt man in der Gesundheitsförderung Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status, und dabei unabhängig von der ökonomischen bzw. materiellen Lage das kulturelle Kapital von eher bildungsfernen Milieus, d.h. deren Werthaltungen und alltägliche Gewohnheiten, so darf nicht übersehen werden, dass es abseits von Zielgruppen mit Migrationshintergrund, die von der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren (aus guten Gründen) stärkere Beachtung erfahren haben, weiterhin eine Reihe durchaus heterogener „heimischer“ Lebenswelten mit spezifischen Werthaltungen und Alltagspraktiken gibt, die zwecks Aufrechterhaltung der eigenen Milieuzugehörigkeit nicht selten in Distanz zu den Anforderungen einer zeitgemäßen Gesundheitsprävention stehen. Zu denken ist hier z.B. an Arbeiterkulturen, an manuell geprägte (maskuline) Berufsgruppen, an Landwirte oder generell an sehr traditionell lebende Menschen (nicht nur in) ländlich geprägten Milieus. Beispielsweise werden insbesondere von älteren Männern aus bildungsfernen Milieus und eigenen Kindheitserinnerungen an Zeiten des Mangels – und dementsprechenden Zielen, an der Wohlstandsentwicklung der Nachkriegszeit teilzuhaben und dafür auch respektiert zu werden –, weiterhin folgende gesundheitsabträgliche Praktiken hochgehalten: eher üppige Mahlzeiten mit viel Fleisch (weil fleischloses Essen mit der Armut der Kindheit assoziiert wird); Akzeptanz von Alkoholkonsum zwecks Herstellung von Geselligkeit; Zurücklegen auch kürzester Wegstrecken mit dem Auto (weil Fahrradfahren ein Zeichen für Armut ist); oder die Vermeidung von Arztbesuchen (als Zeichen für Weichheit bzw. ungenügender Männlichkeit) usf.

Insofern haben Gesundheitsförderungsmaßnahmen darauf zu achten, die Distanz zu bildungsfernen bzw. statusniedrigen Zielgruppen zu überbrücken, um deren gesundheitliche Chancengerechtigkeit tatsächlich verbessern zu können: Health-Literacy-Broschüren, die an Mittelschichten adressiert sind, ohne an Relevanzsetzungen der unteren Milieus anzuknüpfen, dürften

von diesen wenig beachtet werden. Gesundheitsförderungs-Settings, in denen Themen wie Turnen, Bewegungstraining oder gesundes Ernährungsverhalten im Vordergrund stehen, sind Menschen, die zeitlebens teilweise schwere körperliche Arbeit verrichtet haben, schwer zu vermitteln. Beispielsweise könnten ältere Frauen aus Unterschichthaushalten, die ihre Männer bekochen, hinterfragen, was es ihnen bringt, in einem Kochkurs zu lernen, wie leichte Mahlzeiten mit vielen gesunden Zutaten zuzubereiten sind, wenn diese erstens teuer sind und die Männer im Haushalt z.B. Gemüse ohnehin verachten. Mit anderen Worten: Erst zielgruppenkonform und niederschwellige gestaltete Gesundheitsförderungsangebote, die möglichst entlang der Relevanzsetzungen der Zielgruppen unter Einbindung von Promotoren / Schlüsselpersonen aus dem jeweiligen Milieu vermittelt werden, sind erfolgversprechend – und dementsprechend „sensibel“ in der Durchführung.

Übersicht zur Zielgruppe Menschen aus bildungsfernen Milieus

Altersspezifische Gruppen. die besonders im Fokus stehen	Junge Alte und mittlere Altersgruppen bis 85 Jahren
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	Bildungsferne Milieus bzw. Personen mit geringem sozioökonomischen Status haben schlechtere Gesundheit, weniger Gesundheitswissen, mehr Gesundheitsrisiken, geringere Lebensdauer, weniger gesunde Lebensjahre
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	Anschlussfähigkeit der Angebote hinsichtlich Gesundheitswissen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen an die jeweiligen milieuspezifischen Alltagspraktiken, Wert- und Normvorstellungen der anvisierten Zielgruppen (z.B. Arbeiter / ehemals manuelle Berufskulturen, Landwirte bzw. ländliche Bevölkerung, Frauen / Männer etc.
Hinweise zur Erreichbarkeit der Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	Vermittlung von Angeboten unter Einbindung von Multiplikatoren aus dem eigenen Milieu oder professionelle Vertrauenspersonen wie Ärzte etc.
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	„AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“; FGÖ, Wiener Hilfswerk, Wiener Sozialdienste, http://gesunde-nachbarschaft.at/schwerpunkte/seniorinnen/aktivlotsinnen „In Gemeinschaft älter werden – Triesterviertel Graz“, Vernetzungs- und Stadtteilprojekte; FGÖ, Verein Illusions, Frauengesundheitszentrum, http://gesunde-nachbarschaft.at/seniorinnen/schwerpunkte/gesunde-nachbarschaft „Werd aktiv, bleib gesund“ – Gesundheitsförderung für bildungsbenachteiligte Zielgruppen, Kärntner Volkshochschulen, https://oepgk.at/massnahmen/werd-aktiv-bleib-gesund/ „Dorfservice“ in 13 Partnergemeinden im Bezirk Spittal an der Drau, www.dorfservice.at „NachbarschaftsHILFE PLUS“ in 8 mittelburgenländischen Gemeinden, https://www.nachbarschaftshilfeplus.at
Relevante Akteure / Institutionen / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe	Multiplikatoren und Peers aus dem eigenen Milieu – im Rahmen von Nachbarschaftsinitiativen, Vereinen, Gemeindesettings; professionelle Vertrauenspersonen wie z.B. Hausärzte

2.3.2. Zielgruppe MigrantInnen mit Sprachbarrieren bzw. kultureller Distanz

Fallvignette RAHMA

Die **„Muttersprachliche Sozial-und Gesundheitsassistenz RAHMA“** ist ein von Migrantinnen und Musliminnen in der Steiermark selbstorganisiertes Projekt, das 2015 die „SozialMarie“, einen Preis für soziale Innovation gewonnen hat. Die Mitarbeiterinnen von RAHMA arbeiten seit 2007 im Bereich der Gesundheitsförderung und -vorsorge. Sie wurden in einem Lehrgang des EU-Projektes Marhama speziell für diese Aufgabe ausgebildet, wozu interkulturelle Kommunikation und Mediation, Kenntnisse über spezielle Bedürfnisse von Migrantinnen und Musliminnen als Patientinnen, anti-diskriminierendes Bewusstsein, Wissen über Gesundheitseinrichtungen in der Steiermark und dessen Weitergabe an Migrantinnen zählen. Migrantinnen sind in der Versorgung bei gesundheitlichen Problemlagen mit vielfältigen Schwierigkeiten konfrontiert, wie z.B.: (i) sprachliche Hürden durch zu schnelles Sprechen, Verwendung von Fachvokabular in ÄrtzInnen-Gesprächen, Informationsblättern; (ii) mangelnde Aufklärung und Information; (iii) kulturelle, traditionsspezifische, religiöse Bedürfnisse, die nicht bekannt sind oder nicht verstanden werden. Mangelnde interkulturelle Kompetenz in Gesundheitseinrichtungen lassen 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 unbekannten Umfeld Wege zur adäquaten Behandlung zu finden, oder überhaupt zu wissen, welche Möglichkeiten es gibt. Dafür brauchen Migrantinnen/Musliminnen kultur/traditions/religionskundige Mittlerinnen, denen sie Vertrauen schenken können, die sich im Gesundheitswesen auskennen und sprachkundig sind. Sie brauchen Vertrauenspersonen, mit denen sie sich in ihrer Muttersprache austauschen können und durch deren Übersetzung sie verstehen können, was der Arzt/die Ärztin vermitteln will. RAHMA-Mitarbeiterinnen werden aktiv im Falle von Diskriminierungen. Sie legen Beschwerde ein und ermutigen Betroffene zur Einforderung ihrer Rechte. Sie verweisen bei Bedarf an Ämter, Behörden, Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen, Bildungseinrichtungen weiter. RAHMA organisiert Workshops zu Frauengesundheitsförderung wie Erste-Hilfe-Kurse, Geburtsvorbereitung, psychische Gesundheit, Bewegungsaktivitäten. Zusätzlich wird - nach Vereinbarung - Ernährungscoaching individuell oder für Gruppen angeboten. Die Arbeit von RAHMA beinhaltet folgende Aufgaben:

- muttersprachliche Begleitung von Migrantinnen bei Arztbesuchen und Ambulanzterminen
- Besuch und Betreuung im Spital sowie in Notsituationen zu Hause
- Aufklärung und Informationsvermittlung
- Abbau von Ängsten und Vorurteilen
- kulturübergreifendes Dolmetschen und kulturspezifisches Dolmetschen, jedoch *kein* professionelles Dolmetschen
- Vermittlung bei Kommunikationsschwierigkeiten aller Art zwischen Beschäftigten im Gesundheitswesen und Patientinnen
- Unterstützung bei der Durchsetzung von Rechten im Gesundheitswesen
- Vermittlung von Seelsorge

Quelle: http://www.somm.at/index.php/projekt-rahma

Problemstellung

Menschen mit Migrationshintergrund sind häufig sozioökonomisch und gesundheitlich benachteiligt und damit eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Trotz formaler Gleichstellung im österreichischen Gesundheitssystem weisen Menschen mit Migrationshintergrund durchschnittlich gesehen öfter einen schlechten Gesundheitszustand auf und nehmen präventive Angebote seltener in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Erfahrungen zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund mit den herkömmlichen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention nur schlecht erreicht werden können. Es besteht ein Versorgungsmangel vieler Menschen: zu späte Hilfen, nicht erkannte Erkrankungen, fehlende Informationen über Angebote u.a.m. Menschen mit Migrationserfahrung aus sozial schwachen Gruppen gelten bezüglich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als „hard-to-reach"-Gruppen. Dies liegt nicht am Migrationshintergrund per se, sondern hat mit schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen, kombiniert mit Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen sowie sprachlichen und interkulturellen Barrieren zu tun. (Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research 2016).

In den letzten Jahren wurde eine Anzahl von Pilotprojekten zu Gesundheitsförderung für Zielgruppen mit Migrationshintergrund durchgeführt. Auf Basis der gewonnenen Erfahrungen über die Wirksamkeit kultursensibler Zugänge entstanden auch in Österreich Guidelines zu erfolgversprechenden methodischen Zugängen, um diese Zielgruppen zu erreichen (vgl. Gesundheit Österreich 2016a, 2016b). Damit wird auf die vielfältigen Zugangsprobleme von Migranten mit Sprachbarrieren oder aus fremden Kulturkreisen zu heimischen Gesundheitsressourcen reagiert. Am aussichtsreichsten erscheint der altersunspezifische Zugang über Frauen (und deren weibliche Angehörigen), da diese ungeachtet der Sprachbarrieren in ihren Familien für das Thema Gesundheit verantwortlich und insofern leichter zu sensibilisieren sind. Erfolgskriterien für den Abbau von Barrieren sind Informationsangebote in der jeweiligen Muttersprache, vertrauenswürdige Anlaufstellen sowie aufsuchende Beratung durch MultiplikatorInnen aus dem eigenen Kulturkreis. Vor allem durch die Methode der aufsuchenden „Outreach-Sozialarbeit" können schwer erreichbare Menschen in ihrem Lebensumfeld eher motiviert werden, an muttersprachlichen Veranstaltungen und Angeboten zur Förderung der persönlichen Gesundheitskompetenz teilzunehmen.

Übersicht zur Zielgruppe MigrantInnen mit niedrigem sozioökonomischen Status s

Altersspezifische Gruppen, die besonders im Fokus stehen	Alle Altersgruppen, insbesondere aber „jüngere Ältere" bis ca. 75 Jahren
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	MigrantInnen mit einem geringen sozioökonomischen Status (sowie Sprachbarrieren, kulturelle und religiöse Distanz) sind über herkömmliche (mittelschichtsorientierte) Gesundheitsförderung nur schlecht erreichbar; Versorgungsmängel und Gesundheitsrisiken durch: zu späte Hilfen, nicht erkannte Krankheiten, fehlende Informationen über Angebote, mangelnde psychosoziale Betreuung
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	Professionelle interkulturelle Kommunikation, v.a. muttersprachliche Informationen zum österr. Gesundheitssystem, z.B. Auflistung der Anlaufstellen; Zugangschancen zu Informationen sowohl über institutionalisierte Anlaufstellen als auch über aufsuchende Arbeit (z.B. Lotsenkonzept, das sowohl Zielgruppen als Lotsinnen/Lotsen mit relevanten Informationen versorgt)

Hinweise zur Erreichbarkeit der Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	MultiplikatorInnen aus dem eigenen Herkunftsmilieu Kooperation mit Vereinen der MigrantInnen-Communities Aussichtsreich erscheint der altersunabhängige Zugang über Frauen und deren weibliche Angehörigen, da diese ungeachtet der Sprachbarrieren in ihren Familien für das Thema Gesundheit verantwortlich und insofern leichter zu sensibilisieren sind
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	Viele Beispielen finde sich in: Gesundheit Österreich (2016): Handlungsmodule für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für/mit Migrantinnen und Migranten; URL: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/bericht_handlungsmodule_20161107.pdf „Wir begleiten Gesundheit (wibeg)“, Stärkung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen mit sehr niedrigem sozioökonomischem Status; FGÖ-Projekt; Verein für Informationsvermittlung, Bildung und Beratung; www.beratungsgruppe.at/index.php?SID=24 „Rahma“, muttersprachlicher Begleitdienst für Migrantinnen bei Gesundheitsdiensten, Graz, Verein SOMM (Selbstorganisation für Migrantinnenund Musliminnen), http://www.somm.at/index.php/projekt-rahma „Sakina“, Förderung der seelischen Gesundheit von Migrantinnen, Graz, Verein SOMM (Selbstorganisation für Migrantinnenund Musliminnen), http://www.somm.at/index.php/projekt-sakina „MIG – Gesundheitsförderung türkischsprachig“, im Rahmen des Projekts „Gesundheitsförderung für Senioren/Seniorinnen G50+ in NÖ Gemeinden“; ARGEF GmbH Wr. Neustadt, http://argef.at/projekte/g50/mig/ Zentrum für Frauengesundheit, Gesundheitsförderung und Beratung von Migrantinnen, Wr. Neustadt, https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-fuer-migrantinnen/zentrum-fuer-frauengesundheit/ „MiMI – Gesundheit und Gesundheitskompetenz mit MigrantInnen für MigrantInnen“, Volkshilfe Wien; http://www.volkshilfe-wien.at/migration-asyl/integration-und-interkulturarbeit/mimi-gesundheitslotsinnen/ „Health literacy for everyone“, Förderung der Gesundheitskompetenz von „hard-to-reach-Gruppen“ und der interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen; Verein IKEMBA, www.ikemba.at/124.0.html
Relevante Akteure / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe	Multiplikatoren aus der eigenen MigrantInnengruppe (Einzelpersonen, Vereine oder auch z.B. Ärzte aus den jeweiligen MigrantInnen-Communities); NPO und Wohlfahrtsverbände; Gemeinden; Akteure der Gesundheitsförderung der unterschiedlichen Gebietskörperschaften

2.4. Dossier soziales Kapital – vier Ziel- bzw. Risikogruppen

Soziales Kapital ist eine Umschreibung für jegliche Form von sozialer Unterstützung und daraus ableitbaren Ressourcen, die Einzelnen oder Gruppen zugänglich sind, ungeachtet dessen, ob dies durch eigenes Zutun oder über bloße Mitgliedschaft in der Familie/Verwandtschaft, in der Nachbarschaft, in Organisationen oder in vielen weiteren „Communities“ realisiert wird. Interpretiert man vereinfachend soziales Kapital, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung als einigermaßen austauschbare Begriffe, ist evident, dass gelingende Beziehungen bzw. eine gute Einbindung in tragfähige Netzwerke in der Tendenz gesundheitsförderlich sein sollten, vor dem evolutionsbedingten Hintergrund, dass Menschen als soziale Wesen existenziell auf Unterstützung und Anregung durch Dritte angewiesen sind. Die wissenschaftliche Befundlage zu den positiven Zusammenhängen zwischen Sozialkapital und Facetten von sowohl physischer

als auch psychischer Gesundheit (bzw. allgemeiner: Lebensqualität) ist inzwischen umfangreich. Dazu stellvertretend nur ein Befund: Gemäß der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 erfreuen sich Menschen, die mit ihren sozialen Beziehungen und der Unterstützung durch Freunde sehr zufrieden sind, zu 50 Prozent einer sehr guten (subjektiven) Gesundheit, während dies nur auf zehn bis 15 Prozent derjenigen zutrifft, die mit ihren sozialen Beziehungen unzufrieden sind (Zeitschrift Gesundes Österreich 2013/3, S. 23). Gleichwohl sind soziale Beziehungen bekanntlich nicht per se gesundheitsförderlich, sondern demgegenüber in vielen Fällen und aus unterschiedlichsten Gründen hochgradig belastend bzw. Stress fördernd.

Aus guten Gründen zielt ein Gutteil der Initiativen im Feld der Gesundheitsförderung auf Verbesserung oder Sicherstellung von Sozialkapital ab. Dies erfolgt im Rahmen unterschiedlichster Angebote und Anlässe, über die Einzelne an Gemeinschaften teilhaben sollen. Geeignete Formate für soziale Teilhabe oder Partizipation wirken durch die Effekte von Gemeinschaftsbildung einerseits direkt auf Gesundheitsförderlichkeit und stellen andererseits den (motivierenden) Rahmen her, um z.B. in gemeinsamen Aktivitäten Sport zu betreiben oder sich über gemeinsames Kochen neues Wissen über gesunde Ernährung u.a.m. anzueignen. Die Palette an Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist vielfältig, von explizit gewählten thematischen Settings für ausgewählte Zielgruppen oder ganzen Gemeinden bis hin zu (impliziten) institutionalisierten Angeboten unterschiedlicher Gebietskörperschaften wie z.B. Nachbarschaftszentren für Senioren. Die „Landschaft“ an Projekten mit Angeboten zur Anregung von Sozialkapital, mit oder ohne Fokus auf Gesundheit, ist freilich noch wesentlich breiter, wenn man Felder berücksichtigt, in denen nicht explizit mit dem Label Gesundheitsförderung gearbeitet wird. Das sind z.B. informelle Nachbarschaftshilfe, formelle Aktivitäten in Vereinen, ehrenamtliche Funktionen und Selbsthilfegruppen. Aber auch soziale Formen wie Tauschbörsen (z.B. über Sharing-Plattformen), und generationenübergreifende Wohnsiedlungen können hier relevant sein. Die Förderung von sozialem Kapital kann ein Hebel sein, der im Rahmen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen deutlich leichter zu aktivieren sein dürfte, auch für weniger privilegierte Gruppen, als z.B. die Verringerung der Einkommens- oder Bildungsungleichheit.

Die österreichische Gesundheitsbefragung „Austrian Health Interview Survey - ATHIS 2014“ (mit einem Sample von ca. 16.000 Personen) liefert nach Altersgruppen differenziert Befunde zu Zusammenhängen von erlebter sozialer Unterstützung und wesentlichen Dimensionen der sozialen Ungleichheit (Statistik Austria 2015, 55; Statistik Austria 2016, 168f). Erstens sinkt die erfahrene soziale Unterstützung mit zunehmendem Lebensalter: ca. 9% aller Befragten (ab 15 Jahren), aber 15% aller über 60-Jährigen bekunden eine geringe soziale Unterstützung. Zweitens streut geringe soziale Unterstützung bei relevanten Ungleichheitsdimensionen wie Einkommen oder Bildung in den jüngeren Altersklassen stärker als bei den ab 55-Jährigen. Damit korrespondierend sind in Regressionsanalysen eindeutige Interpretationen nach Statusmerkmalen wie Einkommen oder Bildung bei den Älteren nur teilweise auszumachen, z.B. zeigt sich eine überdurchschnittliche Häufigkeit geringer sozialer Unterstützung in der Altersgruppe 55+ nur im Segment mit maximal Pflichtschulabschluss. So erfahren z.B. Senioren aus der niedrigsten Einkommensklasse (Äquivalenzeinkommen <60% des Medianeinkommens) kaum weniger soziale Unterstützung als Repräsentanten mit einem hohen Einkommen. Drittens zeigen sich teilweise signifikante Unterschiede im Geschlechtervergleich. Bei älteren Männern ist eine Interpretation einer nach Einkommensklassen variierenden sozialen Unterstützung kaum zu erkennen, bei älteren Frauen dagegen schon. Das wohl auch darauf zurückzuführen, dass viele Frauen ihre Partner überleben und ein Großteil aller männlichen Senioren die eigene Partnerin als Hauptquelle der Unterstützung anführt – sofern diese noch lebt. Bei weiblichen

Senioren wiederum erfahren die mittleren Einkommensgruppen am wenigsten Unterstützung, wohingegen gleichaltrige Frauen am unteren Rand der Einkommensskale eher am Durchschnittswert liegen. In einer vorsichtigen Interpretation könnte dieser Befund auch so gedeutet werden, dass vielen Frauen aus Mittelschichten (mit gesichertem Einkommen auch auf Basis der Berufstätigkeit des Partners) erst mit dessen Tod eine zentrale Ressource wegfällt, wohingegen materiell stärker benachteiligte Frauen sich immer schon (auch abseits des Partners) intensiver um ein ausreichend funktionierendes soziales Netzwerk im weiteren Verwandtschafts- und Nachbarschaftskreis kümmern mussten.

Folglich sollte mit Annahmen, wonach ältere Menschen auch in Hinblick auf Sozialkapital eindeutig entlang der vertikalen Ungleichheitsdimensionen verortet werden können, d.h. sozial Benachteiligte oder Statusniedrigere generell über weniger Sozialkapital verfügen, vorsichtig umgegangen werden. Es scheint relevanter zu sein, über welche konkreten Formen von sozialen Netzwerken unterschiedliche Statusgruppen verfügen. Das beinhaltet, welche geografischen Ausdehnungen diese Netzwerke haben, d.h. ob diese (abseits der Partnerschaft) eher auf den engeren Familien- und Verwandtenkreis bzw. auf die unmittelbare Nachbarschaft konzentriert oder weitläufiger gespannt sind, weil die betreffende Person z.B. in unterschiedlichen Vereinen, in der Gemeinde oder in sonstigen Funktionen aktiv gewesen oder weiterhin ist. Generell lässt sich der Forschungsstand (altersübergreifend) so zusammenfassen, dass soziale Netzwerke in den statusniedrigeren sozialen Milieus (sowohl „strong ties“ als auch „weak ties“ betreffend) vorrangig auf das Nahumfeld konzentriert sind. Mittelschichtsmilieus verfügen über weiter gespannte Netzwerke mit heterogeneren Kontaktpersonen, in denen insbesondere die „weak ties“ variantenreicher sind – über die dann eher neues Wissen zur Modifikation von Verhaltensweisen generiert werden kann als z.B. über langjährige enge Bekannte (Klatt 2011, Klatt 2013, Mewes 2010).

Dies ist deshalb relevant, weil davon abhängt, welche Zielgruppen über welche Sozialkapital-Unterstützungsangebote der Gesundheitsförderung erreicht werden können, d.h. was für die jeweilige Gruppe anschlussfähig ist und wann eher nicht. Ein Beispiel: Die Strategie „Ältere ins Ehrenamt!“ zielt auf die Steigerung der Geselligkeit oder umgekehrt die Verringerung von Einsamkeit ab. Es dürfte für Angehörige sowohl der städtischen als auch ländlichen unteren sozialen Milieus weniger anschlussfähig sein als für Mittelschichtangehörige, eine verantwortungsvolle ehrenamtliche Funktion in einem Verein zu übernehmen oder z.B. an einer Kursreihe mit abstrakten Lerninhalten im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts teilzunehmen. Warum gibt es da einen solchen sozialen Gradienten? Weil Statusniedrigere ein Leben lang die Erfahrung gemacht haben, dass wichtige Funktionen (in der Ortspartei, in der Kirche oder vom Eltern- bis zum Musikverein) von statushöheren Personen besetzt worden sind. Dementsprechend müssten erst ausreichend viele Peers aus dem eigenen Milieu mitmachen, um ausreichendes Vertrauen zu haben: „Steht mir das zu?“ Deshalb fordern Sozialkapital-Forscher wie Kai Brauer (2016) für Projekte in ländlichen Gemeinden, dass sich das Setting zumindest vom Anspruch her schichtunabhängig auf die gesamte Gemeindebevölkerung (einer Altersgruppe) beziehen sollte. Denn wäre ein Angebot nur für Benachteiligte konzipiert, würde es eine Stigmatisierung als Armenfürsorge etc. noch zusätzlich hervorheben.

Freilich haben viele Initiativen der Gesundheitsförderung auf Basis der Erfahrungen auf solche Fragen praxistaugliche Setting-Zuschnitte entwickelt, in denen „Habitus-sensibel“ auf Ungleichheitsempfindungen reagiert wird (vgl. z.B. Soom-Ammann / Salis-Gross). Beispiele aus FGÖ-Projekten finden sich z.B. für:

- Peer Education, oft von Ehrenamtlichen mit ähnlichem Milieuhintergrund erbracht, erreicht sozial benachteiligte Zielgruppen eher (z.B. Aktivlotsen, Buddies, soziale Begleitdienste u.a.m.)
- aufsuchende Arbeit durch Vertrauenspersonen
- Sozialraumbegehungen (in Stadtteilen)
- Partizipation, etwa Gesundheitszirkel, in denen Aktivitäten erst auf Basis der Relevanzsetzungen der Zielgruppen definiert werden etc.

Nachfolgend werden für ausgewählte Problemfelder, die eng mit (wenig) Sozialkapital in Verbindung stehen, vier Zielgruppen beispielhaft skizziert.

2.4.1. Zielgruppe Übergang Erwerbsleben – Ruhestand

Fallvignette: Fehlendes soziales Netzwerk führt zu Leistungsabfall

Walter, heute 70 Jahre alt und im Umland von Wien lebend, hat in seiner Jugend eine technische Ausbildung abgebrochen und sich dann über mehrere Jobstationen bis in die Position als technischer Baustellenleiter einer Baustoffmaterialienfirma hinaufgearbeitet, die er jahrzehntelang bis zur Pension mit 61 erfolgreich ausgefüllt hat. Das Berufsleben war arbeits- und zeitintensiv, jedoch erfüllend und mit einem guten Einkommen verbunden, wie überhaupt die Perspektive auf materiellen Wohlstand gerichtet war (Hausbau, neues Mittelklasseauto alle zwei Jahre u.a.m.). Die knappe Freizeit war für die Familie reserviert (etwa regelmäßige Wander- und Schiurlaube mit der Gattin und dem Sohn). Walter wird als Familienmensch charakterisiert, hat zugleich zeitlebens „Vereinsmeierei“ inkl. politisches Engagement gemieden, auch deshalb, weil er als „etwas dominant im Umgang“ gilt. Seine gleichaltrige und bis zum Alter von 60 überwiegend berufstätige Frau hat sich an die dominante Rolle von Walter angepasst, immerhin hat dieser den Löwenanteil zum Haushaltseinkommen beigetragen. Das eher dünne außerfamiliäre Freundschaftsnetzwerk war lange Zeit kein Problem gewesen, weil der Beruf mit vielen interessanten Kontakten verbunden war. In der Pension wollte sich Walter vermehrt seinen Hobbies widmen (z.B. Renovierungsarbeiten am Haus, Modelleisenbahn, Reisen) bzw. seinen Enkeln, die allerdings bis heute nicht das Licht der Welt erblickt haben, allen Wünschen von Walter und seiner Frau zum Trotz. Während sich Walter bis zum Pensionsantritt als sehr fit einstufte (obwohl er sportliche Aktivitäten wie Wandern bereits im Alter von 45-50 deutlich eingeschränkt hatte), beklagt er relativ bald nach einer Hochphase im ersten Pensionsjahr („nicht mehr so früh aufstehen müssen“) einen kontinuierlichen körperlichen Leistungsabfall. Viele Arztbesuche und mehrere Operationen später interpretiert er seine heutige Gesundheit als deutlich eingeschränkt, dasselbe gilt für den alltäglichen Aktionsradius, der auf Haus und Garten fokussiert ist. Ohne es offen einzugestehen, scheint er besonders darunter zu leiden, dass er abgesehen von seiner Frau über kein Freundschaftsnetzwerk mehr verfügt, mit dem er gemeinsame Aktivitäten unternehmen könnte. Dazu kommt, dass sich der erwachsene Sohn eher selten blicken lässt. Immerhin haben Walter und seine Frau begonnen, neben ihren Urlaubsreisen zu zweit vermehrt an Ausflügen in Seniorengruppen teilzunehmen, um öfter „unter die Leute“ zu kommen. (Quelle: Schilderung aus dem Umfeld eines Projektmitglieds)

Problemstellung

Österreich zählt zu jenen EU-Ländern, in denen ein früher Pensionsantritt lange Zeit als bewährtes Instrument zur Aufrechterhaltung der Aufnahmekapazität des Arbeitsmarkts gegolten hat. (Die Anzahl der durchschnittlichen Erwerbsjahre liegt in Ö dennoch im EU-Durchschnitt).[5] So nachvollziehbar ein früher Pensionsantritt insbesondere infolge einer belastenden Berufstätigkeit ist, so sind damit auch Risiken eines vergleichsweise frühen Niveauverlusts an körperlicher und geistiger Aktivität verbunden, womit ein nachlassendes Gesundheitsniveau einhergehen kann. Davon betroffene Gruppen sind einerseits Männer und Frauen in Berufen, für die sich eine (Früh-)Pensionierung als Befreiung aus den Zwängen der Erwerbsarbeit darstellt – und weniger als Verlust von Selbstverwirklichungschancen im Rahmen der Berufstätigkeit. Andererseits ist der Umstieg in die Pension für viele eine Verlusterfahrung, vor allem für jene, die ihr Berufsleben als zentrale Selbstwertquelle angelegt und dementsprechend viel Zeit und Energie dafür aufgebracht haben. Ein Gutteil des Sinnhorizonts wie auch des Kontaktnetzwerks wurde über die Rollen in der Berufstätigkeit ausgefüllt. Fallen diese Ressourcen mit dem Übertritt in den Ruhestand weg und fehlt es zudem an Vorausplanung, wie die nunmehr freie Zeit sinnvoll mit Hobbies und Aktivitäten gefüllt werden könnte, erfahren nicht wenige ein Sinnvakuum, das sich mittelfristig in Form eines reduzierten Gesundheitszustands bemerkbar machen kann. Vor allem bei Männern, die mit viel Engagement eine bestimmte Berufsposition erreicht haben (nicht nur in Managementjobs, sondern in vielen „kleinen Aufstiegskarrieren"), scheint ein abrupter Wechsel von intensiver beruflicher Beanspruchung hin zu viel freier Zeit ein Risiko für die Reduktion des bisherigen Aktivitätsniveaus zu sein (besonders dann, wenn das Kontaktnetzwerk außerhalb der Erwerbssphäre dünn ist). Tradierte Vorstellungen wie „es in der Pension ruhiger anzugehen" können mit sich bringen, dass häufig zu wenige Pläne für Freizeitaktivitäten oder die Aufrechterhaltung des Bekanntenkreises entwickelt worden sind, weshalb sich das Spektrum der alltäglichen Aktivitäten auf den häuslichen Bereich reduziert – und bei Habitualisierung auf diesem verringerten Niveau auch kaum wieder erweitern lässt. (Dazu kommt, dass die vielfachen Wünsche nach Enkelkindern – auch als präferiertes „Betätigungsfeld" – oft nicht realisiert werden oder diese mit ihren Eltern zu weit entfernt leben, um mit ihnen Zeit verbringen zu können.)

Eine naheliegende Antwort auf die Problematik des Auffüllens eines Zeit-, Kontakt- und Sinnvakuums in den Phasen nach dem Übertritt in die Pension – um ausreichend Anregungen zu erhalten, auch deshalb, um die körperliche und geistige Gesundheit zu stabilisieren – ist die Empfehlung, ehrenamtliche Aufgaben zu übernehmen. Eine Vielzahl von Initiativen bietet inzwischen insbesondere jüngeren Senioren Möglichkeiten des ehrenamtlichen Engagements. Weil die faktischen Optionen für Engagement nicht unbedingt im unmittelbaren Wohnumfeld gegeben sind (Aktivitäten in der Gemeinde oder Kirche etc.), empfehlen sich insbesondere Bör-

[5] Für die im Vergleich mit anderen Ländern unterdurchschnittliche Anzahl gesunder Lebensjahre in Österreich könnte das kulturell verankerte Erwerbsmodell „Frühpension" zumindest mitverantwortlich sein. 2012 rangiert Österreich bei der Anzahl der gesunden Lebensjahre der Bevölkerung ab 65 Jahren mit 9,5 Jahren bei Frauen und 8,4 Jahren bei Männern zwar im europäischen Durchschnitt, aber deutlich hinter Ländern wie Schweden oder Schweiz mit 14 bis 15 gesunden Lebensjahren – und jeweils späterem Pensionsantritt (Arbeit&Wirtschaft 8/2014, 25). In derselben Zeitschrift finden sich auch Daten, wonach in Österreich die Ausgaben für Prävention in Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben mit 1,8% gegenüber 2,9% im EU-Durchschnitt unterdurchschnittlich sind. Aktuelle Daten für gesunde Lebensjahre im Ländervergleich liefert Eurostat (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics/de).

sen für Ehrenamt und Freiwilligkeit, wo Interessierte entlang eines breiten Spektrums und entlang der eigenen Neigungen und Kompetenzen beraten werden, Freiwilligenarbeit zu leisten. Ausgehend vom vergangenen Engagement in Vereinen (traditionell vermehrt am Land) dürfte im Alter eine Schicht- oder Milieuspezifik erhalten bleiben: Zumindest in der Tendenz dürften für Mittelschichtsangehörige formalisierte Vereinstätigkeiten oder insbes. die Übernahme verantwortlicher Rollen anschlussfähiger sein als für Personen aus den unteren sozialen Milieus. Insofern geht es bei der Personengruppe im Übergang vom Beruf in den Ruhestand (ca. 55- bis 70-Jährige) und vor dem Hintergrund von gesundheitlichen Chancengleichheit darum, benachteiligten Älteren aus den unteren sozialen Milieus geeignete Angebote für Betätigungsfelder zu vermitteln, und hier wiederum unterteilt in anschlussfähige Angebote für Männer und Frauen. Ein Beispiel für schichtunabhängige Freiwilligenarbeit für pensionierte Männer insbesondere in ländlichen Regionen sind z.B. Fahr- und Transportdienste für immobile Menschen.

Exkurs: Freiwilliges Engagement in Österreich 2012

Eine 2012 im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführte Repräsentativbefragung bei 4000 Personen zur Verbreitung von freiwilligem Engagement in Österreich ergibt, dass ca. 3,3 Millionen Menschen oder 46% der Erwachsenenbevölkerung behaupten, Freiwilligenarbeit entweder formell in Vereinen (28%) oder informell als Nachbarschaftshilfe (31%) zu leisten (IFES 2013). Nach Altersgruppen betrachtet liegen die 50-59-Jährigen mit einer Freiwilligenquote von 55% voran, gefolgt von den 60-69-Jährigen mit 53%. Mit noch höherem Alter nimmt das freiwillige Engagement wieder markant ab (36%). Die 50-70-Jährigen liegen vor allem in der informellen (Nachbarschafts-)Hilfe deutlich voran, wobei Männer (aller Altersgruppen) sich eher im formellen Bereich engagieren und insbesondere ältere Frauen eher in den informellen Feldern aktiv sind. Das Geschlechterverhältnis weicht bei einigen Tätigkeitsfeldern stark voneinander ab: Männer sind vor allem in Sportvereinen und im Katastrophen- und Rettungsdienst (z.B. freiwillige Feuerwehr) in der Überzahl, Frauen insbesondere im Sozial-, im Bildungs- und im kirchlichen Bereich. Die Beteiligungsquote vor allem an der formellen bzw. ehrenamtlichen Freiwilligenarbeit hängt stark von der formalen Schulbildung ab. Mit steigendem Bildungsniveau nimmt auch der Anteil derer zu, die in Organisationen bzw. Vereinen ehrenamtlich aktiv sind (20% bei Pflichtschul- vs. 60% bei HochschulabsolventInnen). In der informellen Nachbarschaftshilfe sind die Unterschiede nach Bildung geringer ausgeprägt. Interessanter Weise sind Menschen mit Migrationshintergrund etwas häufiger in der Freiwilligenarbeit aktiv als Einheimische (49% vs. 45%), wohl auch zur Ankurbelung der eigenen Integration. Unter den beruflichen Statusgruppen fällt der unterdurchschnittliche Anteil bei ArbeiterInnen auf (34%), wohingegen Landwirte (69%) und Selbständige (61%) am häufigsten behaupten, Freiwilligenarbeit zu leisten. Nach Gemeindegrößen zeigt sich zunächst das erwartbare Bild, wonach in kleinen Gemeinden etwas mehr Freiwilligenarbeit geleistet wird als in größeren. Allerdings – und etwas überraschend – fällt gemäß dieser Erhebung Wien aus dem Rahmen: Die Beteiligungsquote an der Freiwilligenarbeit in Wien ist mit 58 Prozent am höchsten ist (ungeachtet der Stunden pro Monat etc.), wobei sich hier vor allem die hohe Nennungsquote bei der informellen Nachbarschaftshilfe (47 %) niederschlägt. Dies resultiert den Studienautoren zufolge daraus, dass in Wien deutlich mehr Personen als in den anderen Bundesländern Besuche bei betreuungsbedürftigen Personen machen, für andere diverse Haushaltsarbeiten und Reparaturen erledigen, bei Amtswegen unterstützen oder eine private unbezahlte Nachhilfe geben. Dazu passt auch, dass die Freiwilligenquote in der informellen Form zwischen 2006 und 2012 um ca.

4%-Punkte gestiegen ist – und dass es sich dabei teilweise vergleichsweise neue Betätigungsfelder handelt, in denen Menschen aktiv werden können –, wohingegen die eher formalisierte Tätigkeit in Vereinen im selben Zeitraum stagniert.

Übersicht zur Zielgruppe Übergang Erwerbsleben - Ruhestand

Altersspezifische Gruppen. die besonders im Fokus stehen	Altersgruppe 55 – 70 Jahre
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	Risiko des Abbaus des geistigen und körperlichen Aktivitätsniveaus in der ersten Pensionsphase; das ist, einmal habitualisiert, mit zunehmendem Alter kaum mehr veränderbar und kann potenziell zu einer reduzierten Anzahl gesunder Lebensjahre führen
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	Förderung des sozialen Kapitals, z.B. durch Übernahme von ehrenamtliche Tätigkeiten entlang vorhandener Interessen und Kompetenzen (eher in Richtung Mittelschicht wirksam); für Angehörige sozial benachteiligter Milieus eher Bereitschaft zu informelle Nachbarschaftshilfe
Hinweise zur Erreichbarkeit von potentiell benachteiligten Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	Anschlussfähigkeit an eigene Kompetenzen und Habitus- bzw. Rollenvorstellungen bei Menschen aus sozial benachteiligten Milieus Voraussetzung für die Übernahme von ehrenamtlichen Tätigkeiten; illustrativ vereinfacht: - Männer z.B. Fahr- und Transportdienste (v.a. in ländlichen Regionen), Reparaturen, Lagerverwaltung - Frauen z.B. soziale Besuchs- und Begleitdienste in karitativen Organisationen, Kinderbetreuung
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	„After.Work“, OÖ Projekt von ULF (unabhängiges LandesFreiwilligenzentrums), gefördert vom Land OÖ und dem BMASK, http://www.ulf-ooe.at/node3,86,after.work.html „Freiwillig für Wien“, gefördert von der Stadt Wien, https://wien.volunteerlife.xyz/home/freiwillig „Ehrenamtsbörse“, Projekt des Wiener Hilfswerks, http://ehrenamtsbörse.at „Gesunde Nachbarschaft – In Gemeinschaft älter werden“ (Graz); FGÖ-gefördert, u.a. Tauschbörse für Frühpensionisten, www.gesunde-nachbarschaft.at/seniorinnen/schwerpunkte/gesunde-nachbarschaft
Relevante Akteure / Institutionen / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe innerhalb und außerhalb der Gesundheitsförderung	Vereine und Initiativen aller Art mit Angeboten zur ehrenamtlichen Freiwilligenarbeit

2.4.2. Zielgruppe von Vereinsamung bedrohte ältere Menschen

Fallvignette: Community-Garten holt Pensionistin aus der Isolation

Frau B., 67 Jahre alt, mit serbischer Herkunft und seit mehr als 25 Jahren in Wien wohnhaft, lebt heute mit einer bescheidenen Pension nach diversen beruflichen Jobstationen als Hilfsarbeiterin. Frau B. hat keine eigenen Kinder, hat nach der Migration nach Österreich mit ihrem Partner zurückgezogen gelebt und nach dessen Tod vor einigen Jahren kaum engere Freunde. Ihre Verwandten in Serbien besucht sie max. zwei- bis dreimal pro Jahr. Ihre wichtigste Bezugsperson in Wien ist eine über 80-jährige Frau, die inzwischen nur mehr wenig unterhaltsam

ist, „weil sie immer dieselben Geschichten erzählt.“ 2010 hört Frau B. von einem neu gegründeten Gemeinschaftsgarten in Wien-Ottakring und beschließt, daran teilzunehmen; dies aus mehreren Gründen: Erstens hat sie früher gern „gegartelt“, aber in der kleinen Wohnung in Wien ohne Balkon ist hierzu nichts zu machen. Zweitens möchte sie ihre knappen finanziellen Mittel entlasten, indem sie sich zumindest in der warmen Saison mit Gemüse versorgt. Und drittens hat sie durch den Tod des Mannes das evidente Problem eines zu kleinen Freundeskreises. Bereits in der ersten Garten-Saison verbringt sie dort viel Zeit, pflanzt für sich und auch für andere Gemüsesorten, gießt die Pflanzen anderer Community-Mitglieder und knüpft als geschätzte Hobby-Gärtnerin so nebenbei viele neue Kontakte. Zudem entpuppt sich Frau B. im „sportlichen Wettbewerb“ als besonders erfolgreiche und dementsprechend um Tipps gefragte Gemüsezüchterin, mit den ertragreichsten Bohnenstauden etc., die weit mehr Ernte liefern als sie selbst verbrauchen kann. Im Interview im Herbst 2012, nach der dritten Saison im Community-Garden, teilt sie mit großer Freude mit, wie sehr ihr Leben durch diese Tätigkeit bereichert worden sei. Als Zeichen der Wertschätzung wurde sie 2012 von der Community sogar als Repräsentantin zur jährlich stattfindenden bundesweiten Community-Garden-Veranstaltung in ein anderes Bundesland entsandt, in dem sie noch nie war und wo sie dann einige Tage Urlaub verbracht hat. (Quelle: FORBA-Forschungsprojekt „Praktiken des Empowerment“, durchgeführt 2010-2012, http://www.forba.at/de/forschung/view/index.html?id=173, http://www.zoblschneider.net/artwork/cia-community-in-arbeit.html

Problemstellung

Mit zunehmendem Lebensalter bzw. häufig ab ca. 75+ Jahren nimmt das Ausmaß an subjektiv wahrgenommener sozialer Unterstützung signifikant ab. Gründe dafür sind, dass die vorhandenen sozialen Netzwerke langsam ausdünnen, weil Lebenspartner, Freunde und auch einige Nachbarn bereits verstorben (oder in ein Heim gezogen) sind, die eigenen Kinder oder Enkel teilweise an entfernten Orten leben, frühere Freizeitbeschäftigungen angesichts wachsender funktionaler Einschränkungen bzw. eingeschränkter Mobilität reduziert worden sind und generell die Bereitschaft zum Aufbau neuer Kontaktnetzwerke im Alter spürbar abnimmt. Der österreichischen Gesundheitsbefragung aus 2014 zufolge empfinden 12% der 60- bis 74-Jährigen und 17% der ab 75-Jährigen die erfahrene soziale Unterstützung als gering. Altersübergreifend und bezogen auf alle Befragten gaben 9% eine geringe soziale Unterstützung an (Statistik Austria 2015, 55). Interessant ist weiters, dass sich subjektive Einschätzungen im Hinblick auf geringe soziale Unterstützung im Geschlechtervergleich kaum unterscheiden, obwohl objektiv deutlich mehr Frauen als Männer in höheren Jahren alleinstehend sind. In der Altersgruppe von 75 bis 84 Jahren sind nur mehr ein Viertel der Frauen in Österreich verheiratet, dagegen rund 60% verwitwet. Hingegen sind etwa drei Viertel der 75- bis 84-jährigen Männer verheiratet (Zeitschrift Gesundes Österreich 1/2016, S. 47).

Mit Voranschreiten der Ausdünnung des Kontaktnetzwerks, dem Entfall von sinnstiftenden Aufgaben für Dritte (Partner, Kinder, Nachbarn) oder auch mit der etwaigen Einschränkung bei Aufgaben der täglichen Haushaltsführung (z.B. nicht mehr täglich kochen, wenn man ohnehin allein lebt) gehen nach und nach Lebensfreude und Sinnperspektiven verloren und eine Abwärtsspirale beginnt. Anlässe für Kontakte im familiären Rahmen oder im Bekanntenkreis werden kontinuierlich seltener (Geburtstage, Weihnachten etc.), in nicht wenigen Fällen mutiert das Personal im Lebensmittelgeschäft, in der Apotheke oder beim Hausarzt zur primären Bezugsgruppe, zumindest quantitativ. Dabei ist man/frau gesundheitlich noch nicht gravierend

eingeschränkt, hätte viel freie Zeit, doch das „blühende Leben“ läuft zunehmend an einem vorbei, weshalb es einiges an „Resilienz“ bedarf, um sich gegen den schleichenden Motivationsverlust zu wehren (vielen Studien zufolge sind soziale Beziehungen der wichtigste Motivationsfaktor des Menschen). Insofern verweist ein Mangel an sozialem Kapital im Sinn einer ausreichenden Frequenz und Qualität von sozialen Kontakten auf Phänomene wie objektive Isolation oder subjektiv wahrgenommene Einsamkeit, die tendenziell mit einem schlechteren Gesundheitszustand oder z.B. mit Depression korrelieren. Motivationsverlust gilt auch aus medizinischen Gründen als eines der zentralen Risiken für Depression und später dann Demenz – und damit für den Pfad zum Pflegefall. Beispielsweise ergeben Metaanalysen über alle Altersgruppen (in denen eine Vielzahl von thematisch einschlägigen Studien vergleichend analysiert werden) den beunruhigenden Befund, dass soziale Isolation (sowohl objektiv als auch subjektiv) das Mortalitätsrisiko um ca. 30% erhöht (Holt-Lunstad et al. 2015).

Ab einer gewissen Progredienz eines biografischen „Vereinsamungsverlaufs“ – unabhängig vom faktischen Lebensalter und Gesundheitszustand – sind hier Imperative wie mehr Sozialkapital durch Freiwilligentätigkeit bzw. ehrenamtliche Aufgaben etc. kaum hilfreich. Denn von Vereinsamung Bedrohte sind dies ja häufig deshalb, weil sie schon ihr ganzes Leben lang eher introvertiert und zurückhaltend zubrachten – und dabei übersehen haben, dass sie durch den Wegfall von Menschen aus dem familialen und nachbarschaftlichen Umfeld noch mehr in die Isolation geraten sind. Für diese Zielgruppe sind (Gesundheitsförderungs-)Initiativen mit aufsuchendem und insofern abholendem Charakter besonders wichtig, d.h. z.B. Besuchs- oder Begleitdienste oder auch geeignete Informationen über die Vorteile, einen Teil der Tagesstruktur in einem Nachbarschaftszentrum mit Gleichgesinnten zu verbringen u.a.m. Die Dichte an derartigen Angeboten unterscheidet sich markant zwischen Stadt und Land: In der Anonymität von Städten dürfte das individuelle Vereinsamungsrisiko größer sein, dafür gibt es dort mehr infrastrukturelle Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit. In peripheren Regionen wird das diesbezügliche Angebot in Zukunft wohl auch zunehmen müssen, weil inzwischen am Land die Selbstverständlichkeit, sich regelmäßig um die verwitwete Nachbarin etc. zu kümmern, ebenfalls langsam abnimmt. Einkommens- und bildungsbedingte Unterschiede in der Bereitschaft, sich Hilfe gegen Vereinsamung zu organisieren, sind anzunehmen, dürften aber nicht so entscheidend sein, weil hier eher Persönlichkeitsmerkmale wie Introversion vs. Extraversion (bzw. der individuelle Leidensdruck) als milieubedingte Reserviertheit gegenüber Angeboten wirksam sein dürften. Anders formuliert: Mit Peers aus dem eigenen Milieu, an deren Verhalten man sich orientieren könnte, ist man ja kaum in Kontakt. Damit sollte auch die milieubedingte Reserviertheit für bestimmte Unterstützungsangebote reduziert ausfallen.

Interessant sind außerdem die in Städten zahlreicher werdenden Mehrgenerationen-Wohnmodelle, in denen (idealtypisch) alte Menschen Gelegenheiten für neue Kontakte und niederschwellige Betreuung erhalten und sich im Gegenzug anteilig mit den Kindern der geplagten Jung-Eltern beschäftigen sollen. Allerdings sind solche Wohnmodelle bislang noch selten (z.B. Wohnkonzepte wie http://www.hausimleben.at/betreutes-wohnen/) und zudem eher für zahlungskräftigere Mittelschichten leistbar. In ländlichen Regionen sind hier z.B. Investitionen von gemeinnützigen Wohnbaugenossenschaften interessant, die vormalige Gasthäuser zu Tagesbetreuungsstätten für alte Menschen umbauen.

Übersicht zur Zielgruppe von Vereinsamung bedrohte alte Menschen

Altersspezifische Gruppen. die besonders im Fokus stehen	Altersgruppe ab 70 bzw 75 Jahre
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	Mit sozialem Rückzug infolge der Ausdünnung des Kontaktnetzwerks und Todesfällen im Nahumfeld erhöhtes Risiko für introviertiert und zurückgezogen lebende Menschen, zu vereinsamen; bei fehlender Unterstützung und Isolation erhöhte Risiken wie Depression, Gesundheitsverlust bis hin zur späteren Demenz
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	Förderung des Sozialkapitals, durch (Gesundheitsförderungs-)Initiativen mit aufsuchendem / abholendem Charakter, z.B. Besuchs- oder Begleitdienste, Angebote wie Nachbarschaftszentren; interessant auch Modelle wie Mehrgenerationen-Wohnen, die allerdings für Einkommensschwache kaum leistbar sind
Hinweise zur Erreichbarkeit der Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	Einkommens- und bildungsbedingte Unterschiede in der Bereitschaft, Hilfe gegen Vereinsamung zu organisieren, sind anzunehmen, dürften aber nicht so entscheidend sein, weil hier eher Persönlichkeitsmerkmale wie Introversion vs. Extraversion als milieubedingte Reserviertheit gegenüber Angeboten wirksam sein dürften
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	„AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“, http://gesunde-nachbarschaft.at/schwerpunkte/seniorinnen/aktivlotsinnen „Kontaktbesuchsdienst“ durch Ehrenamtliche, Fonds Soziales Wien, http://www.senior-in-wien.at/Freiwilliges_Soziales_Engagement/Kontaktbesuchsdienst.html „Gesundheitsbuddies“ machen mit Älteren Bewegungstraining und Ernährungspläne; https://inwien.at/Gesundheitsbuddies-des-Wiener-Hilfswerks.42368.0.html „Dorfservice“ in 13 Partnergemeinden im Bezirk Spittal an der Drau, www.dorfservice.at „NachbarschaftsHILFE PLUS“ in 8 mittelburgenländischen Gemeinden, https://www.nachbarschaftshilfeplus.at
Relevante Akteure / Institutionen / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe innerhalb und außerhalb der Gesundheitsförderung	Gemeinden bzw. kommunale Einrichtungen der Sozialarbeit und Gemeinwesenarbeit (z.B. Fonds Soziales Wien), Sozial- und Gesundheitsdienstleister, karitative Einrichtungen, ehrenamtliche Projekte

2.4.3. Zielgruppe mobilitätseingeschränkte Ältere, insbesondere am Land

Fallvignetten: Dorfservice Bezirk Spittal Drau, Virgen Mobilitätsdienst Osttirol

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 MitarbeiterInnen 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 Wirtschafts-

treibenden 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. (Quelle: Ökosoziales Forum 2014, S. 25)

Bereits seit 2005 ist das Virger Mobil im Gemeindegebiet unterwegs und mittlerweile nicht mehr wegzudenken. Pro Tag werden ca. 15 Personen von den freiwilligen Fahrerinnen und Fahrern chauffiert. Die Mobilitätszentrale der Gemeinde Virgen in Osttirol hat die Vermittlung und Koordination für das Virger Mobil übernommen. Das Virger Mobil ist ein Pkw mit Chauffeur, der den GemeindebürgerInnen tagsüber von Montag bis Freitag (8.10 bis 17.00 Uhr) zur Verfügung steht: Der PKW funktioniert als „Rufbus". Fahrgäste können über Anruf den Pkw für Zielorte innerhalb der Gemeinde bestellen. Der Fahrkostenbeitrag beträgt 1 Euro pro Fahrt, eine Berechtigungskarte ist Voraussetzung für die Nutzung des Mobils. 20 FahrerInnen haben ihren Dienst freiwillig angeboten. Ohne ihr ehrenamtliches Engagement wäre diese Einrichtung nicht tragfähig. Es steht für Zusammenarbeit und den sozialen Stellenwert des Virger Mobils, insbesondere für die Senioren im Dorf. Seit Herbst 2014 ist ein Elektromobil im Einsatz. (Quelle: http://www.virgen.at/umwelt-energie/virgen-mobil/das-virger-mobil)

Problemstellung

Besonders in ländlichen Regionen mit ungenügender öffentlicher Verkehrsinfrastruktur ist der Verlust der eigenen PKW-Fahrtüchtigkeit für viele alte Menschen ein markanter Einschnitt – d.h. für jene, die es zeitlebens gewohnt waren, die Versorgung des Haushalts und einen Gutteil der sonstigen Alltagsaktivitäten entweder über die eigene „Automobilität" oder über jene des Partners bzw. von engen Angehörigen abzudecken. Wenn die Fahrt mit dem eigenen PKW wegen funktionaler Einschränkungen oder nachlassender Sehkraft aufgegeben wird und das Fahrrad aufgrund der Distanzen ohnehin keine Alternative (mehr) darstellt, ist man / frau am Land existenziell auf andere angewiesen. Sofern auch der Partner / die Partnerin nicht mehr fahrtüchtig oder bereits verstorben ist und man nicht im gemeinsamen Haushalt mit Kindern oder Enkeln wohnt, erleben sich mobilitätseingeschränkte Menschen bald als Bittsteller bzw. als Versorgungsfall (wodurch auch Selbstwert und Gesundheitszustand leiden können, von der erschwerten Erreichbarkeit des Arztes ganz zu schweigen). Für alleinstehende Frauen / Witwen, die nie selbst mit dem PKW gefahren sind – und insofern eher zu den sozial benachteiligten Gruppen zählen – mag sich die Situation paradoxer Weise etwas anders darstellen, weil sie zeitlebens anderweitig die eigene Mobilität sicherstellen mussten. Doch eben deshalb sind sie möglicherweise immer schon mobilitätseingeschränkt gewesen.

Vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl alter und hochaltriger Menschen insbesondere am Land ist eingeschränkte physische Mobilität eines der zu bewältigen Hauptprobleme. Prognosen bis 2030 für Österreich ergeben beispielsweise im Stadt-Land-Vergleich, dass insbes. in ländlichen Regionen die Anzahl alter und hochaltriger Menschen rapide steigt. So werden in dünn besiedelten Regionen Österreichs im Jahr 2030 mehr als 800.000 Personen im Alter von 65-84 Jahren leben, gegenüber knapp 600.000 im Jahr 2014. Das ist eine Steigerung um fast 40%. Im dicht besiedelten städtischen Bereich beträgt die Steigerung etwa 30%, im „mittleren" Bereich dazwischen bei ca. 35%. Noch stärker wächst die Gruppe der Hochaltrigen im Alter von 85+. Hier liegen die Steigerungsraten am Land bei etwa 60% und in der Stadt bei 50% (vgl. Amann et al. 2016, 39-40).

Die besondere Problematik mobilitätseingeschränkter alter Menschen am Land lässt sich über empirische Daten belegen. Beispielsweise ergibt eine 2014 durchgeführte Studie aus Oberösterreich, in der fehlende Infrastrukturangebote für ältere Menschen Stadt/Land-Vergleich untersucht wurden (Nöbauer/Maun 2015), dass Ältere am Land häufiger fehlende Infrastrukturangebote beklagen und dass eine bessere öffentliche Verkehrsanbindung sowie (alternativ dazu) Fahrdienste häufig als mögliche Lösung genannt werden. Befragt wurden jeweils ca. 1.800 Personen ab 65 Jahren in ländlichen und kleinstädtischen Gemeinden in OÖ. Der Tabelle zeigt signifikante Unterschiede im Stadt-Land-Vergleich. Während die Mobilitätsproblematik – auf etwas niedrigerem Niveau – auch in (Klein-)Städten deutlich wird, werden dort vergleichsweise häufiger alternsgerechte bzw. barrierefreie Wohnumgebungen gewünscht; dies auch deshalb, weil man als MieterIn oder in einer Eigentumswohnung weniger leicht auf die bauliche Gestaltung im Umfeld Einfluss nehmen kann. Dies impliziert umgekehrt allerdings nicht, dass ländliches Wohnen durchgehend barrierefrei ist, eher im Gegenteil. Barrierefreiheit dürfte demgegenüber in vielen Fällen als relatives Luxusproblem gedeutet werden, weil andere Fragen drängender sind. Der Mangel an lokal verfügbaren (Fach-)Ärzten, und damit wiederum das Problem der unzureichenden Mobilität wird von Älteren am Land als besonders gravierend eingestuft.

Tabelle: Welche Angebote / Leistungen Personen ab 65 Jahren in Oberösterreich vermissen

BewohnerInnen ländliche Gemeinden	BewohnerInnen (klein-)städtische Gemeinden
39% - (Fach-)Ärzte	28% - bessere öffentliche Verkehrsanbindung
34% - bessere öffentliche Verkehrsanbindung	27% - alternsgerechte Wohnumgebung
27% - therapeutische Angebote	26% - Geschäfte des täglichen Bedarfs
25% - Fahrdienste	25% - barrierefreie bauliche Ortsgestaltung
25% - Essen auf Rädern	24% - Beratungsangebote für Fragen rund ums Älterwerden
24% - Veranstaltungen/Broschüren zum Thema Älterwerden	23% - Hauslieferungen f. Dinge des täglichen Bedarfs
22% - gemütlicher Treffpunkt	21% - Fahrdienste
22% - Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger	20% - (Fach-)Ärzte
19% - Beratungsangebote für Fragen rund ums Älterwerden	20% Veranstaltungen/Broschüren zum Thema Älterwerden
22% - ich vermisse nichts	26% - ich vermisse nichts

Aufgrund der nicht zufriedenstellenden öffentlichen Verkehrsinfrastruktur, die in vielen peripheren Regionen und parallel zur steigenden Automobilität in den letzten Jahrzehnten noch dazu abgebaut worden ist (infolge von Bevölkerungsrückgang, Abwanderung, Schrumpfung von SchülerInnenzahlen u.a.m.) ist die Nutzung eines PKW alternativlos, um die alltägliche Versorgung sicherzustellen. Als eine Antwort auf die Reduktion des Mobilitätsangebotes finden sich inzwischen in einer Anzahl von Gemeinden selbstorganisierte bzw. von der Gemeinde mitfinanzierte Bürgerbusse oder Sammeltaxis, die in verlässlichen Intervallen bzw. per Anruf älteren Personen, die selbst kein Auto mehr steuern können oder wollen, gegen einen Unkostenbeitrag transportieren. FahrerInnen sind häufig ehrenamtlich tätige Pensionisten, die über diese Aufgabe wiederum sinnvolle Tätigkeiten verrichten können, dafür Wertschätzung erhalten und dabei zugleich das eigene soziale Netzwerk am Laufen halten.

Übersicht zur Zielgruppe mobilitätseingeschränkte Ältere, vor allem in ländlichen Regionen

Altersspezifische Gruppen. die besonders im Fokus stehen	Altersgruppe 75+, insbesondere in peripheren ländlichen Regionen mit ungenügender öffentlicher Verkehrsinfrastruktur
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	Mit der PKW-Fahruntüchtigkeit im höheren Alter infolge von nachlassender Sehkraft oder Gebrechlichkeit wird in ländlichen Regionen der Zugang zu Versorgungsinfrastrukturen erschwert bzw. Risiken steigen, von einer ausreichenden sozialen Teilhabe abgeschnitten zu werden
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	Alternative Fahr- und Mobilitätsdienste, die Lücken des öffentlichen Verkehrs abdecken helfen (und zudem z.B. von Senioren ehrenamtlich erbracht werden können), um den Zugang zu Versorgungsinfrastrukturen bzw. zu Angeboten der sozialen Teilhabe aufrecht zu erhalten
Hinweise zur Erreichbarkeit der Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	Bei Mobilitätsdiensten in Ergänzung zum öffentlichen Verkehr ist kaum mit milieubedingter Reserviertheit sozial benachteiligter Gruppen zu erwarten, sofern diese Dienste auch für Einkommensschwache leistbar sind
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	Dorfservice in 13 Partnergemeinden im Bezirk Spittal an der Drau, www.dorfservice.at NachbarschaftsHILFE PLUS in 8 mittelburgenländischen Gemeinden, https://www.nachbarschaftshilfeplus.at MeinBus Trofaiach / Stmk., www.trofaiach.at/gmeinbus.html „SPAMobil Gemeinde Stetteldorf / NÖ“, http://derstandard.at/1356427556068/Die-etwas-andere-Pendlerhilfe-in-Niederoesterreich „Virger Mobil / Osttirol“, http://www.virgen.at/umwelt-energie/virgen-mobil/das-virger-mobil „Dorfmobil Klaus / OÖ“; http://www.gemeinde-klaus.at/gemeinde/DorfmobilWeb/Startseite.htm)
Relevante Akteure / Institutionen / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe innerhalb und außerhalb der Gesundheitsförderung	Gemeinden, Gemeindeverbünde und private Initiativen, die Fahrdienste und alternative Dienstleistungen für Mobilitätseingeschränkte entwickeln; darüber hinaus Anbieter von sozialen Dienstleistungen, die ihr Aktivitätsfeld um weitere Mobilitätsdienstleistungen ausbauen könnten

2.4.4. Zielgruppe pflegende Angehörige

Fallvignette: Interview Angehörigenberatung Caritas-Pflege

Wer Nahestehende pflegt, isoliert sich oft, sagt Christine Maieron-Coloni von der psychosozialen Angehörigenberatung der Caritas (www.caritas-pflege.at). Christine Maieron-Coloni ist Psychotherapeutin und seit sechs Jahren für die psychosoziale Angehörigenberatung der Caritas Wien tätig, die es seit 2003 gibt. Dort werden kostenlose Einzel- und Gruppenstunden angeboten. Voriges Jahr hat Maieron-Coloni gemeinsam mit einer klinischen Gesundheitspsychologin 425 pflegende Angehörige beraten. Im STANDARD-Gespräch sagt die 48-Jährige, dass sie Pflegenden eine Gelegenheit geben will, über Gefühle wie Trauer, Wut und Schuldgefühle – die oft vorhanden seien – zu sprechen.

STANDARD: Mit welchen Problemen kommen pflegende Angehörige zur psychosozialen Beratung?

Maieron-Coloni: Das ist sehr unterschiedlich. Ein Schwerpunkt liegt bei uns auf der Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz – das sind etwa 70 Prozent. Manchmal melden

sich Leute, die bemerken, mein Mann, meine Frau, meine Mutter ist verändert, kommt allein nicht mehr zurecht. Dann schauen wir uns die gesamte Situation genau miteinander an. Aber es kommen auch Menschen, die schon jahrelang zu Hause jemanden betreuen, ohne Unterstützung. Sie sind oft total ausgebrannt. Manche sagen am Telefon: Ich war wochenlang nicht außer Haus. Ich kann meinen Partner nicht alleinlassen.

STANDARD: Ist die Zeit um Weihnachten und Silvester besonders schwierig?

Maieron-Coloni: Gerade um Weihnachten funktioniert das familiäre Netz oft noch ganz gut. Da kommen dann die Enkelkinder und Kinder und helfen mit. Eher tut sich nach Weihnachten ein Loch auf, wenn die Unterstützung wieder wegfällt.

STANDARD: Besonders belastend ist also das permanente Gebrauchtwerden?

Maieron-Coloni: Ja. Man wird tagtäglich gebraucht, muss tagtäglich mit der Trauer darüber zurechtkommen, dass der Partner nicht mehr der ist, der er war. Da kann große Wut aufkommen.

STANDARD: Auf Seiten Betreuender?

Maieron-Coloni: Ja, aufgrund der Überforderungen und aufgrund dessen, dass einem der Partner abhandengekommen ist. Aber auch aufseiten der Kranken: Gerade bei Demenz geht es in beide Richtungen. Man muss sich vorstellen, wenn ein Mensch zunehmend Sachen verliert, verlegt, nicht nach Hause findet und jemand anderer ihm ständig sagt, mach das so und das so, dann taucht beim Kranken oft Wut auf und die Tendenz, nahe Familienmitglieder zu beschuldigen: Du hast das versteckt, du hast mir Geld gestohlen. Das ist ein psychischer Abwehrmechanismus und eine Quelle stetigen Konflikts.

STANDARD: Was können Sie dann konkret für Pflegende tun?

Maieron-Coloni: Wir stellen uns als Vertrauenspersonen zur Verfügung und wollen den Angehörigen Wertschätzung für alles, was sie tun, entgegenbringen. Wir bieten eine Gelegenheit, über die Gefühle – Traurigkeit, Schuldgefühle, Wut – sprechen zu können. Was wir auch nicht außer Acht lassen, sind Informationen über die jeweilige Erkrankung. Gerade bei Demenz ist es wichtig zu verstehen, was sich abspielt. Viele kommen und glauben, ihre erkrankten Angehörigen mögen sie nicht mehr. Information kann nachhaltig etwas ändern, da Menschen dann in den Trauerprozess gehen können und beginnen zu verstehen, warum die Erkrankten so reagieren.

STANDARD: Oft pflegen Frauen. Kommen Männer auch zu Ihnen?

Maieron-Coloni: Fast ein Viertel sind Männer. Viele Männer pflegen sehr liebevoll ihre Frau.

STANDARD: Aber es pflegen einander ja nicht nur Lebenspartner?

Maieron-Coloni: Aus unserer letzten Statistik geht hervor, dass 36 Prozent, die zu uns kommen, Töchter sind, 23 Prozent Ehepartnerinnen, acht Prozent Ehepartner, zehn Prozent Söhne, vier Prozent Schwiegertöchter und dann noch diverse Angehörige. Die Leute sind unterschiedlichen Alters: Zuletzt habe ich ein siebenjähriges Kind gesehen, das Betreuungsaufgaben für die Oma übernimmt.

STANDARD: Sie haben die starke Isolation Pflegender angesprochen. Wie kommt es so weit?

Maieron-Coloni: Gerade bei demenziellen Erkrankungen ist es oft ein jahrelanger, schleichender Prozess. Zuerst hilft man gelegentlich im Alltag, am Ende muss man die Inkontinenz versorgen. Lange denken sich Betreuende: Das schaff ich schon. Aber dann finden sie sich irgendwann in der Situation wieder, dass sie den anderen gar nicht alleinlassen können. Sie verlieren Freundschaften oder hören mit Aktivitäten auf, um die Pflege bewältigen zu können. Es entstehen Schuldgefühle: Pflegende Angehörige gönnen sich selbst immer weniger vor lauter

schlechtem Gewissen dem Erkrankten gegenüber. Das kann zu depressiven Entwicklungen führen und sich so zuspitzen, dass Suizidgedanken im Raum stehen.

STANDARD: Werden deshalb selten Auszeiten genommen?

Maieron-Coloni: Trauer und Schuldgefühle sind etwas ganz Zentrales. Es ist oft psychisch nicht möglich zu sagen: Ich mache jetzt eine kleine Reise, und mein Mann wird inzwischen anderweitig versorgt. Das bedeutet meist mehr Stress als Erholung.

STANDARD: Wie kommen pflegende Angehörige aus der Isolation?

Maieron-Coloni: Neben den klassischen mobilen Diensten sind gerade bei Demenz Tageszentren sehr hilfreich, da sie den Erkrankten eine Tagesstruktur und Kontakte bieten. Die Isolation betrifft ja auch die erkrankten Menschen.

STANDARD: Was kann das familiäre Umfeld, so eines da ist, tun?

Maieron-Coloni: Wo familiäre Netze bestehen, ist es günstig, wenn sich die Kindergeneration einbringt. Aber die sind oft berufstätig, haben Kinder zu versorgen und nicht die Kapazität, sich über die Maßen einzubringen. Sollen Kinder Eltern pflegen, gibt es auch wichtige psychische Aspekte: Auch wer erwachsen ist, hat immer das aus der Kindheit resultierende Bild des starken Vaters, der starken Mutter vor Augen. Hier hilft professionelle Beratung über die Rollenumkehr in der Pflege.

STANDARD: Gibt es genug Angebote?

Maieron-Coloni: Es bräuchte dringend mehr stundenweise Entlastungsdienste für zu Hause. Wenn es darum geht, dass jemand für ein paar Stunden einfach da ist, da der Mensch nicht mehr alleingelassen werden kann – da gibt es großen Bedarf im ländlichen Raum, in Wien sieht die Situation besser aus. Ganz generell: Pflege- und Betreuungssituationen sind so verschieden wie Menschen. Pflegende Angehörige erweisen der Gesellschaft einen Riesendienst, daher braucht es eine Vielzahl leistbarer Angebote.

Quelle: Der Standard, 27.12.2016, http://derstandard.at/2000049865670/Therapeutin-Pflegende-Angehoerige-goennen-sich-immer-weniger

Problemstellung

Pflegende Angehörige als eigene Zielgruppe der Gesundheitsförderung vorzuschlagen empfiehlt sich aus mehreren Gründen: Erstens existiert eine Vielzahl an Evidenzen, wonach pflegende Angehörige Überlastungs- sowie Isolationsrisiken ausgesetzt sind, weil viele Pflegefälle eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung erforderlich machen und insofern einen Gutteil der Zeit und Energie des/der Angehörigen absorbieren (z.B. Brügger et al. 2016, Mairhuber/ Sardadvar 2016). Durch die Dauerbelastung ist insbesondere ein Burnout-Risiko gegeben. Zweitens können sich vor allem sozial Benachteiligte trotz Pflegegeld (in unterschiedlichen Stufen) eine professionelle Betreuung kaum leisten, etwa 24-Stunden-Betreuung oder auch nur Unterstützung für temporäre Auszeiten. Von den gegenwärtig etwa 455.000 Pflegegeld-BezieherInnen in Österreich werden nur 16% in Pflegeheimen und weitere 2% in teilstationären Einrichtungen betreut, d.h. 82% ausschließlich zuhause. Eine 24-Stunden-Betreuung können sich lediglich 5% der Pflegegeld-BezieherInnen leisten, 31% werden (ausschließlich oder anteilig) über mobile Dienste versorgt und in 46% der Fälle ausschließlich oder überwiegend durch Angehörige.[6]

[6] Vgl. http://orf.at/stories/2390026/2390006, 4.5.2017.

Schätzungen zufolge ist rund die Hälfte der pflegenden Angehörigen gleichzeitig (noch) erwerbstätig, d.h. kämpft mit zusätzlichen Zeit- und Belastungsproblemen. Insgesamt erscheint die Gruppe der pflegenden Angehörigen in Bezug auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit besonders relevant.

Ein dritter Grund für eine Auswahl als eigene Zielgruppe ist die schiere Anzahl von Menschen, die Angehörige – teilweise rund um die Uhr – pflegen. Dazu liefert die österr. Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 Hinweise (Statistik Austria 2015, 190-191): 17,7% aller ab 15-Jährigen (oder 1,28 Mio. Menschen) geben an, mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen zu pflegen, die an einem altersbedingten Problem, einer chronischen Krankheit oder einem Gebrechen leiden (Männer 16,1%, Frauen 19,3%). Unter der Annahme, dass in diesem hohen Anteil an Pflegenden Erwerbstätige in Pflegeberufen nicht enthalten sind, pflegen 81% ein Familienmitglied und 19% andere Personen. Der Anteil der Pflegenden ist erwartungsgemäß in den ländlich geprägten Bundesländern Burgenland (23%), Niederösterreich (20%) und Kärnten (19%) am höchsten und in Wien (mit einem ausgebauten Angebot an Pflegeinfrastrukturen) mit 14% am niedrigsten. Die höchsten Anteile unter den pflegenden Personen finden sich für 45-60-jährige Frauen (28,8%), gefolgt von 60-75-jährigen Frauen (22,4%). Bei den über 75-Jährigen Frauen geht der Anteil pflegender Angehöriger auf 10,5% zurück (weil die zu pflegenden Männer bereits in einem Heim oder verstorben sind). Doch auch knapp 22% der 45-60-jährigen Männer verrichten Pflegearbeit, der Anteil bei den über 60-jährigen Männern geht auf 18% und jener der über 75-Jährigen auf 17% zurück. In absoluten Zahlen erfüllen dennoch über 75-jährige Frauen häufiger Pflegeleistungen als gleichaltrige Männer (407.000 vs. 269.000), v.a. demografisch bedingt durch die höhere Lebenserwartung. Unter den 1,28 Mio. Personen mit Pflegeverpflichtungen für alte oder gebrechliche Menschen liegt der wöchentliche Zeitaufwand für 15% bei zehn bis 20 Stunden, ein identer Anteil pflegt 20 oder mehr Wochenstunden. (Für die Mehrheit von 70% mit Pflegeverpflichtungen liegt somit der Aufwand bei weniger als 10 Wochenstunden). Unter pflegenden Angehörigen mit einem wöchentlichen Aufwand von 20+ Stunden liegen erwartungsgemäß die nicht mehr berufstätigen Älteren voran: 25% aller Frauen ab 60 Jahren (das sind 50.000 Frauen) und 21% aller ab 60-jährigen Männer mit Pflegefällen (ca. 33.000 Männer) fallen darunter. Ältere pflegende Angehörige, die von uns als eigene Risikogruppe definiert werden, benötigen neben der monetären (Pflegegeld) vor allem mehr soziale Unterstützung in Form eines variablen und tragfähigen „Pflegenetzes“, das sie körperlich, psychisch und zeitlich von ihren Verpflichtungen zumindest temporär entlastet. Damit sind nicht nur weitere Angehörige oder leistbare professionelle Pflegekräfte gemeint, sondern ergänzend dazu niederschwellige Angebote in der Gemeinde. Zwar nimmt die Anzahl der Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und auch der Unterstützungsstrukturen in ländlichen Gemeinden zu, doch die überwiegende Last (bis zur Überweisung in ein Heim) tragen auch in Zukunft enge Angehörige. Das Ziel muss sein, diese über flexible Unterstützungsangebote stunden- oder halbtageweise etc. stärker zu entlasten, ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben offen zu halten, um damit zu vermeiden, dass sie angesichts drohender Überlastung selbst zu Pflegefällen werden.

Übersicht zur Zielgruppe pflegende Angehörige

Altersspezifische Gruppen. die besonders im Fokus stehen	Senioren aller Altersstufen
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	Überlastungs- und Isolationsrisiken durch die Pflegeverpflichtungen; im Fall chronischer Überlastung Burnoutrisiko und Somatisierung, Verschlechterung des Gesundheitszustandes
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	Unabhängig von den professionellen Pflegekräften (mobile Pflege, 24-Stunden-Betreuung), die für sozial Benachteiligte weniger leistbar sind, Angebote niederschwelliger Unterstützungsstrukturen und Entlastungsdienste in der Gemeinde (z.B. stundenweise oder tagsüber Entlastung) etc.
Hinweise zur Erreichbarkeit der Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	Ungeachtet des sozialen Hintergrundes oft sehr schwierig, weil sich viele pflegende Angehörige mit der Betreuungsaufgabe überidentifizieren und oft kaum mehr an gesellschaftlichen Aktivitäten teilnehmen
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	Beratungsstellen der Sozialdienstleistungsorganisationen, z.B. - Caritas -www.caritas-pflege.at, - Fonds Soziales Wien - http://pflege.fsw.at/pflegende-angehoerige/ Selbsthilfegruppen / Stammtische, Überblicke liefert z.B. die IG-Pflege, https://www.ig-pflege.at/veranstaltungen/stammtische.php Tageszentren für Senioren, „Urlaubspflege“, z.B. Fonds Soziales Wien
Relevante Akteure / Institutionen / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe innerhalb und außerhalb der Gesundheitsförderung	professionelle Pflegekräfte, Selbsthilfegruppen (z.B. Online-Foren), Netzwerke von Ehrenamtlichen auf der Gemeindeebene, flexible Entlastungsangebote von Organisationen der Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen

2.5. Dossier gesundheitliches Kapital – zwei Ziel- bzw. Risikogruppen

Die Verwendung des Kapitalbegriffs in Bezug auf die individuellen gesundheitlichen, d.h. körperlichen und psychischen Voraussetzungen hat sich in der Analyse der Produktion bzw. Reproduktion sozialer Ungleichheit noch nicht so eingebürgert - anders als bei den Konzepten des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals. Trotzdem scheint es uns – gerade in Bezug auf die Gruppe älterer und alter Menschen – sehr wesentlich, gesundheitliche Ungleichheit nicht nur als Folge anderer Aspekte sozialer Ungleichheit zu verstehen, sondern als einen besonders wichtigen kausaler Faktor in Lebensprozessen, der für die Lebenschancen von großer Bedeutung ist – und der sozial durchaus ungleich verteilt ist.

Wir verwenden den Begriff „gesundheitliches Kapital“ in diesem Kontext gleichbedeutend mit dem Ausmaß an gesundheitlichen Ressourcen, die für die Bewältigung der Herausforderungen des Lebens wesentlich sind. Die Gesamtheit dieser Ressourcen lässt sich auch – nach einem Vorschlag unter anderem von Pelikan - als „positive Gesundheit“ verstehen (vgl. z.B. Pelikan 2009). Gesundheitliche bzw. gesundheitsrelevante Ressourcen können in körperliche, psychische und soziale Ressourcen unterschieden werden. In Fortsetzung dieser Differenzierung kann unterschieden werden zwischen (a) prinzipiell objektivierend-messbarer Leistungsfähigkeit von Körper, Psyche und sozialem Status (b) subjektivem Wohlbefinden (mit dem eigenen Körper, psychischem Zustand und sozialem Status), und (c) der von anderen wahrgenommenen körperliche, psychischen und sozialen Attraktivität.

Der aktuelle Gesundheits- und Krankheitszustand einer Person wird in diesem Sinne als Kapital verstanden, das eine wesentliche Voraussetzung für soziale Teilnahmefähigkeit ist. Eine möglichst gute positive Gesundheit steigert die Wahrscheinlichkeit, das eigene Leben auf hohem Niveau reproduzieren zu können, eine beschränkte bzw. beeinträchtigte positive Gesundheit reduziert diese Möglichkeiten.

2.5.1. Zielgruppe chronisch kranke Menschen

Fallvignette – Diabetes

Herr Y, (65), ist angelernter Arbeiter in einer Kleinstadt, seit circa zwei Jahren in Pension. Eines Tages kommt er in einer gesundheitlichen Krise ins Krankenhaus und dabei wird erstmals Diabetes diagnostiziert. Vor Ort wird er auf ein angemessenes Blutzuckerniveau eingestellt, und er bekommt von den Pflegepersonen eine Reihe genereller Richtlinien zur Lebensführung; medizinisch wird er an seinen Hausarzt verwiesen. Als er wieder nach Hause kommt, ist er deprimiert aufgrund der Diagnose (er war bisher nur selten krank), aber auch beunruhigt und irritiert, weil er nicht weiß, wie er sich weiter verhalten soll. Der Hinweis seinen Lebensstil ändern und sich seinem Krankheitsbild entsprechend anpassen zu müssen war unmissverständlich, doch wie soll er diesen Ratschlag in seinen Alltag integrieren? Herr Y geht zu seinem Hausarzt, den er in der Vergangenheit vor allem zum Krankschreiben konsultierte, doch dieser hat weder die Zeit noch die Kompetenz für eine ausführliche Beratung.

Herrn Y fällt die Umstellung schwer und ein Jahr später wird er wieder ins Krankenhaus aufgenommen, der Diabetes ist entgleist und inzwischen ist auch sein Allgemeinzustand deutlich verschlechtert. Im Krankenhaus wird er diesmal in ein neu eingerichtetes Patienten-Schulungsprogramm aufgenommen und es wird auf fachlicher Ebene Kontakt zu seinem Allgemeinmediziner aufgenommen. Damit können regelmäßige Kontrollen und Betreuung etabliert werden, die Herrn Y ermöglichen, Symptome besser zu beobachten und seinen Zuckerspiegel besser zu kontrollieren. Sein Ernährungsverhalten hat er begonnen zu verändern – auch mit Hilfe seiner Frau, die im Rahmen der Schulung im Krankenhaus auch gut über Möglichkeiten einer gesunden Ernährung informiert und auch praktisch angeleitet wurde. Auch regelmäßige Bewegung hat Herr Y wieder aufgenommen.

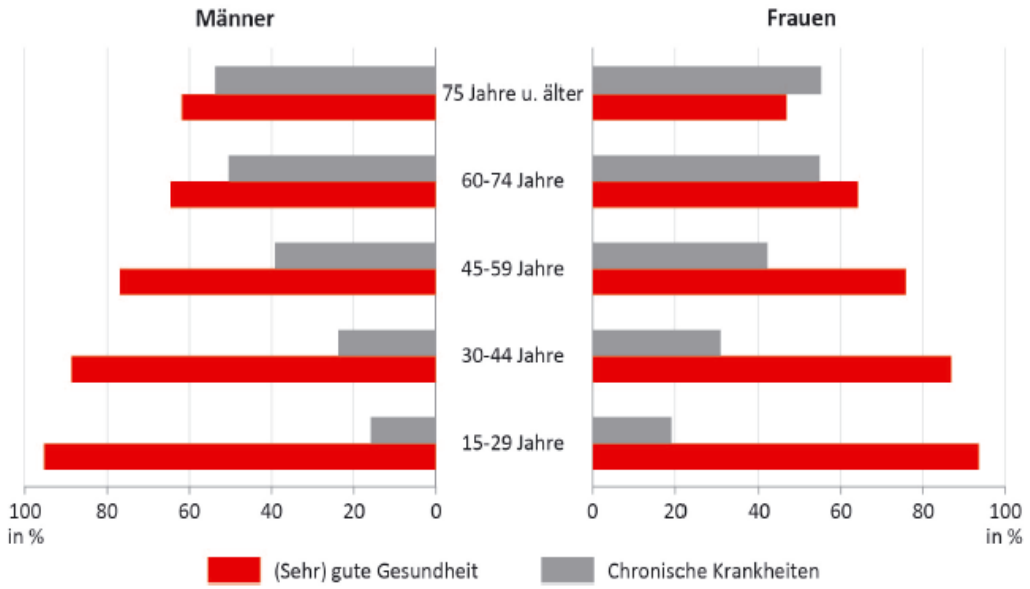
Problembeschreibung

Die aktuelle sozialwissenschaftliche Literatur betont die Bedeutung von chronischen Krankheiten für den Gesundheitszustand der Menschen gerade im Alter.

Es kommt mit steigendem Alter zu einer deutlichen Zunahme der Prävalenz von chronischen Krankheiten und zu einer Verschlechterung des subjektiven Wohlbefindens. Von chronischen Krankheiten sind – nach Selbsteinschätzung - schon ab dem 60. Lebensjahr Mehrheiten der Bevölkerung betroffen (vgl. Grafik 1, Ergebnisse der Gesundheitsbefragung Österreich 2013)

Grafik 1

Anteil der Personen mit (sehr) guter Gesundheit bzw. mit chronischer Krankheit nach Alter und Geschlecht



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Ein wesentliches Thema in der wissenschaftlichen Diskussion über den Umgang mit chronischen Krankheiten sind die komplexen Voraussetzungen für ein möglichst langes und vor allem auch gutes Leben trotz Krankheit. „Die Bewältigung chronischen Krankseins im Alter ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu zählen das persönliche Gesundheitsverhalten ebenso wie die Verhältnisse eines Gesundheits- und Versorgungssystems, die sozialen Ressourcen, die im Lebenslauf erworben wurden, genauso wie biografische Ereignisse, die erst im Alter auftreten. Nicht zuletzt korreliert die Lebensqualität […] mit den Verhältnissen, die eine Gesellschaft für Menschen in höheren Lebensjahren bereithält.“ (Kuhlmey 2009, 364). Die „Verhältnisse“ umfassen dabei die materielle Absicherung, aber auch die Gestaltung der Krankenversorgung, und jedenfalls die deutschsprachige Literatur beschreibt eine Reihe von strukturellen Problemen der Versorgungssysteme, die eine effektive Nutzung zur Bewältigung von chronischer Krankheit gerade für alte Menschen zu einer enormen Herausforderung machen.

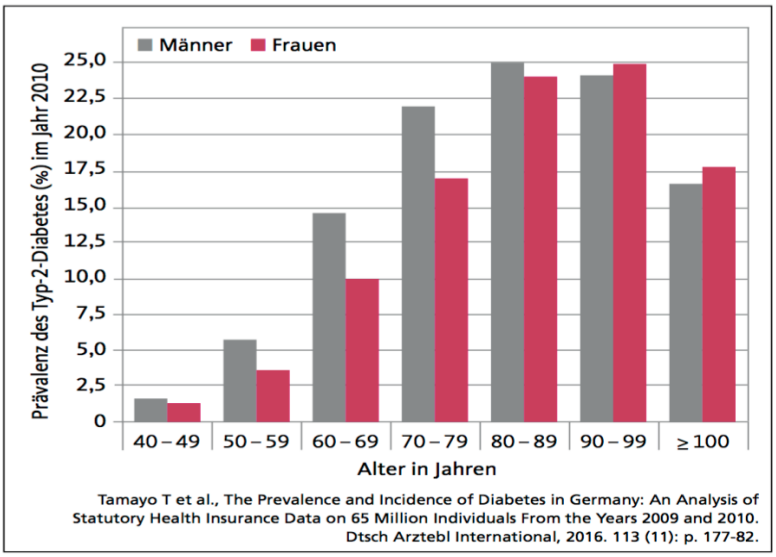
In Bezug auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung heben Schaeffer & Petermann (2015) für den Kontext chronische Krankheit vor allem Patientenberatung/-edukation als zentrale Strategien hervor. International liegt zunehmend Evidenz dafür vor, dass Patientenberatung und -edukation die Erkrankten dabei sehr unterstützen, das Leben mit Chronizität eigenverantwortlich zu bewältigen, ungünstige Krankheitsverläufe zu verhindern oder zu lindern und einen aktiven Part beim Management der eigenen Gesundheit zu übernehmen.

In den letzten Jahren wurde das verstärkt auch unter dem Titel der Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) diskutiert und beforscht. Konzeptuell wurde dabei herausgearbeitet, dass es sowohl um kompetentes gesundheitsbezogenes Verhalten geht, als auch um Kompetenz in der Nutzung des Gesundheitssystems (Krankenversorgung und gesundheitsbezogene Angebote). In der Diskussion wird betont, dass es bei Defiziten in der Gesundheitskompetenz nicht nur um fehlendes individuelles Wissen geht, sondern auch um (sub-) kulturelle Präferenzen, und besonders betont wird, dass Gesundheitskompetenz ein „relationaler Begriff“ ist. Das Aus-

maß von Expertise, das Menschen für eine effektive Nutzung von Versorgungsangeboten brauchen, hängt auch ganz wesentlich von der Gestaltung des Versorgungssystems ab, (Kickbusch et al. 2016, Schaeffer & Pelikan 2017). Empirische Ergebnisse (z.B. der HLS-EU Studie) weisen auf einen erheblichen Handlungsbedarf in Österreich hin, wegen einer relativ ungünstigen durchschnittlichen Positionierung in Europa, mit besonderen Defiziten im Bereich alter Menschen und auch klaren Zusammenhängen mit Bildungsstatus und Sozialschicht. Dabei scheint die hohe Komplexität des österreichischen Versorgungssystems eine erfolgreiche Orientierung in Österreich besonders schwierig zu machen.

Das Wissen über Prävalenz, aber auch Gesundheitsförderungs-Möglichkeiten ist zum Teil sehr differenziert – je nachdem wie entwickelt die Perspektive auf Prävention und Gesundheitsförderung im jeweiligen Bereich der Medizin bzw. Krankenversorgungs-Systems ist. Exemplarisch greifen wir den Bereich Diabetes heraus, der mit dem oben dargestellten Fall schon angesprochen wurde. Prävalenzdaten für Deutschland zeigen einen deutlichen Anstieg in der Gruppe 60-70 (Verdreifachung gegenüber der 10 Jahre jüngeren Gruppe), mit weiterem Anstieg bis auf ein Viertel in den ältesten Gruppen. Diabetes ist demnach ein im Alter besonders relevantes Thema.

Abbildung 1: Altersspezifische Prävalenz des Typ-2-Diabetes bei männlichen und weiblichen Versicherten auf Grundlage von 65 Mio. Versichertendaten (DIMDI-Daten) im Jahr 2010 [13].



Ebenso sind Prävention und auch Gesundheitsförderung bei Diabetes Themen, die medizinische Fachgesellschaften und auch die Gesundheitsförderung im Kontext Krankenversorgung schon länger bewegen.

Im Rahmen des WHO Modellprojekts Gesundheit und Krankenhaus an der Krankenanstalt Rudolfstiftung (1990 – 1996) war ein „Interprofessionelles Diabetesschulungsteam“ das erste Modellprojekt, mit dem Schulung für einen besseren Umgang mit chronischen Krankheiten als Teil eines Gesamt-Setting Ansatzes implementiert wurde (bereits 1991; vgl. eine kurze Darstellung in einem Endbericht zum WHO Modellprojekt 1995 http://www.ongkg.at/fileadmin/ user_upload/ONGKG_Publikationen/WHO-Modellprojekt_Gesundheit_Krankenhaus.pdf).

Auf die besonders gute Anschlussfähigkeit an Perspektiven der Gesundheitsförderung weist auch z.B. der aktuelle Gesundheitsbericht der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (2017) hin. Exemplarisch einige Hinweise für gute Anschlussfähigkeit an Gesundheits-förderungsperspektiven:

- Viele Studien haben gezeigt, dass klassische Patienteninformationen und Schulungsprogramme, die hauptsächlich Wissensvermittlung in den Vordergrund stellen, in der Regel nicht ausreichen, um das Risikoverhalten der Patienten positiv zu beeinflussen und Lebensstil-Änderungen hervorzurufen.
- Neuere strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme für Menschen mit Diabetes zeichnen sich aus durch eine nachvollziehbare, zielorientierte Struktur bei der Vermittlung der Schulungsinhalte. Es sollen Fertigkeiten zur Umsetzung der Therapie und Selbstbehandlung im Alltag eingeübt, Patienten zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil motiviert und deren soziale Kompetenz, Bewältigungsfertigkeiten und Strategien zum Erhalt der eigenen Lebensqualität gefördert werden.

(https://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2017.pdf)

Übersicht zur Zielgruppe „Menschen mit chronischer Krankheit“

Altersspezifische Gruppen. die besonders im Fokus stehen	Senioren aller Altersstufen
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	- Gefahr eines raschen Fortschreitens der Krankheit; - Gefährdeter oder bereits verschlechterter gesundheitlicher Allgemeinzustand, häufig aufgrund chronischer Erkrankung (z.B. Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD, psychische Erkrankungen etc.) Div. Risikofaktoren, z.B. geringe Gesundheitskompetenz im Sinne von: - Fehlendes Wissen und Fertigkeiten über den Umgang mit der Krankheit, z.B. Selbst-Monitoring des Krankheitszustandes - Fehlendes Wissen über die Bedeutung von Lebensstil Lebensweise (Umgang mit Stress, Ernährung und Bewegung) - Fehlendes Wissen über kompetente Navigation im Krankenbehandlungssystem (was von wem zu haben ist, wie man an Leistungen kommt, welche Schnittstellen zu bedenken sind etc.).
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	Verbesserung der (insbesondere auch spezifisch) krankheitsrelevanten Gesundheitskompetenz: Systematischer Einbau von PatientInnen – Schulung bzw. Beratung, Coaching in der Krankenversorgung, besseres Management der Schnittstellen zwischen der stationären und der ambulanten (primärmedizinischen) Versorgung, Nutzung von Selbsthilfegruppen
Hinweise zur Erreichbarkeit der Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	Primär über die Krankenbehandlung: ÄrztInnen, Pflege, TherapeutInnen in der stationären Versorgung im Krisenfall (auch: Window of opportunity!); Primärversorgung: Allgemeinmediziner (+ hinzugezogene SpezialistInnen), Hauskrankenpflege, Apotheken
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	http://www.oedg.at/pdf/1206_PA_Bewegungsbox.pdf https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/5/9/CH1417/CMS1423479059781/4_vaeb_-_evaluationsbericht_-_gesundheitsdialog_diabetes_mellitus.pdf - Diabetesschulung WHO Modellprojekt Gesundheit und Krankenhaus - http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Publikationen/WHO-Modellprojekt_Gesundheit_Krankenhaus.pdf Diabetes Management Programm der Österreichischen Sozialversicherung
Relevante Akteure / Institutionen / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe	ÖDG, Allgemeinmediziner, auch niedergelassene Fachärzte, aber auch Spitalsärzte, nicht medizinische Therapeuten, Hauskrankenpflege, Apotheken, Selbsthilfegruppen

2.5.2. *Zielgruppe alte und hochaltrige Menschen mit funktionalen Einschränkungen*

Fallvignette

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 in dem Haus gibt es, aber Turnen hat sie nie interessiert, sie sitzt lieber und liest auch gerne; durch die Nicht-Übung steigert sich ihre Unsicherheit aber weiter.

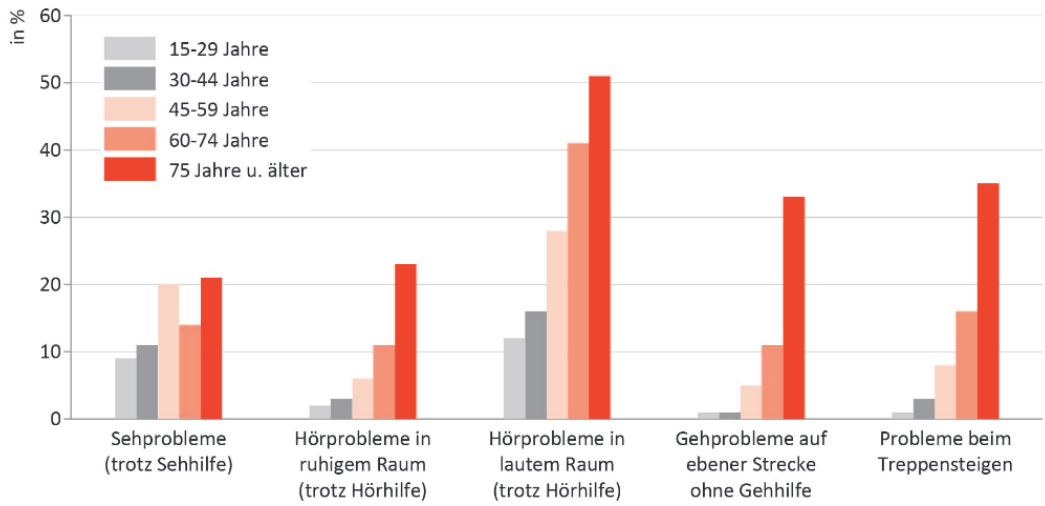
Im Zuge eines Gesundheitsförderungsprojektes wird sie aktiv von einer Ergotherapeutin angesprochen und zu einer alltagsnahmen Mobilitätsförderung eingeladen. Die wöchentliche Stunde ist nicht als Turnstunde oder gar Sport ausgeschrieben, sondern wird individuell angepasst; mit Frau X werden Bewegungsabläufe 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.

Problembeschreibung

Durch die Folgen von chronischen Krankheiten, aber auch durch altermäßige Veränderungen (häufig unter Beteiligung von genetischen Voraussetzungen, aber auch von nicht- gesundheitsförderlichen Lebensverhältnissen, Lebensstilen und Lebensweisen) kommt es sehr häufig zu einem deutlichen Verlust von Leistungsfähigkeit bzw. zu erheblichen funktionalen Einschränkungen.

Grafik 8 (Ergebnisse der Gesundheitsbefragung Österreich 2013) zeigt das exemplarisch am Beispiel sensorischer und motorischer Einschränkungen mit zunehmendem Alter.

Grafik 8
Körperliche und sensorische funktionale Einschränkungen nach Alter



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Eine wichtige Annahme für die Gesundheitsförderung ist, dass diese Gesundheitsverluste – jedenfalls in vielen Fällen und über lange Phasen – nicht prinzipiell unvermeidbar und auch nicht prinzipiell irreversibel sind. Die Gegenwartsgesellschaft treibt einen enormen Aufwand, um durch Krankheitsbehandlung, Krankheitsmanagement das Fortschreiten von chronischen Krankheiten bzw. – vor allem auch durch rehabilitative Maßnahmen – ihre negativen Auswirkungen auf unsere Gesundheit zu bremsen. Es gibt auch für alte und sehr alte Menschen eine breite Palette an Mitteln, die auch noch bei schon eingetretenen Gesundheitsverlusten in Bezug auf den Erhalt bzw. die Verbesserung unserer positiven Gesundheit eingesetzt werden können; auch spezifische Gesundheitsförderungsinterventionen gehören dazu. „Heute ist es weitgehend unbestritten, dass altersbedingten funktionellen Einbußen durch Training erfolgreich entgegengewirkt werden kann.“ (Kuhlmey 2009, S. 365)

Exemplarisch für mögliche Gesundheitsförderungsinterventionen können einige aktuelle österreichische Beiträge zu einer verbesserten wissenschaftlichen Fundierung der Förderung von physischer Aktivität bei alten Menschen mit leichten und mittleren funktionalen Einschränkungen genannt werden. Unter dem Titel „Bewegtes Leben“, „Bewegung ins Leben“ bzw. „Mobilitätsförderung“ wurden seit 2010 im Rahmen von Projekten, die vom FGÖ und seinen Partnern gefördert wurden, Programme zur Erhaltung körperlicher Beweglichkeit in der stationären Altenbetreuung entwickelt, systematisch in mehreren Einrichtungen implementiert und wissenschaftlich evaluiert. Im Rahmen des Wiener Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ in Wien (2011 – 2013) konnte ein von ExpertInnen der Medizinischen Universität Wien auf Basis aktuellen wissenschaftlichen Wissens entwickeltes Programm in 3 Einrichtungen eines Wiener Betreibers implementiert werden (vgl. Stürzenbecher & Wagreich 2012). Dieses Programm „Bewegtes Leben“ wurde im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie (randomisiert-kontrollierte Studie) auch systematisch evaluiert. Positive Effekte, vor allem auf die Lebensqualität, konnten damit demonstriert werden (Cichocki et al 2015). Eine parallel zum Wiener Modellprojekt in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research durchgeführte Literaturstudie der Universität Bielefeld konnte eine breitere Palette von Möglichkeiten in der stationären Altenbetreuung identifizieren und zusammenstellen (Horn et al. 2013, Horn et al 2014).

Eine Nachhaltigkeit der Effekte des Wiener Programms „Bewegtes Leben“ konnte im Rahmen einer Follow-up Studie bei den TeilnehmerInnen im Pilotprojekt gezeigt werden (Quehenberger et al. 2014). Organisatorische Nachhaltigkeit – verstanden als Durchführbarkeit im Rahmen des Normalangebots des Anbieters von Betreuung und Pflege auch nach Ende des Pilotprojekts – konnte im Rahmen von einem weiteren Follow-up Projekt ebenfalls gezeigt werden (Marent et al. 2014, Krajic et al. 2016).

Ein Transfer des Programms in die Steiermark (unterstützt durch ein FGÖ Projekt 2015 – 2017) zeigte ebenfalls Anschlussfähigkeit an andere Einrichtungen, an relevante Gesundheits- und Sozialberufe und – im Rahmen von 5 Piloteinrichtungen – auch positive Effekte (vgl. Krajic & Dötig 2017).

Übersicht zur Zielgruppe: Alte Menschen mit funktionalen Beeinträchtigungen

Altersspezifische Gruppen. die besonders im Fokus stehen	Mittlere Altersgruppe und vor allem auch hochaltrige Menschen mit funktionalen Einschränkungen.
Zentrale Problemstellungen / Risikolagen	Abnehmende Beweglichkeit und körperliche Funktionalität vor allem bei mangelnder Bewegung- gerade auch in Altenwohnheimen, in denen den BewohnerInnen Alltagsorganisation (Einkauf, Haushalt etc.) abgenommen wird.
Handlungsmöglichkeiten gesundheitlicher Chancenungleichheit	z.B. Explizite Bewegungsförderung->bspw. MOF
Hinweise zur Erreichbarkeit der Zielgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	Im der stationären Altenbetreuung über Betreuungspersonen und SpezialistInnen (Ergotherapie); in der Gemeinde gesundheitliche Primärversorgung (AllgemeinmedizinerInnen), Soziale Dienste, Hauskrankenpflege,
Ausgewählte Pilot- und Modellprojekte	AktivlotsInnen Gesundheit hat kein Alter
Relevante Akteure / Institutionen / Unterstützungsstrukturen für Zielgruppe	Altenwohneinrichtungen, Träger dieser Einrichtungen, Nachbarschaftszentren, Primärversorgung, .

3. ANHANG: EXEMPLARISCH AUSGEWÄHLTE PROJEKTE GESUNDES ALTERN MIT FOKUS CHANCENGERECHTIGKEIT

INHALT

3.1. AKTIVLOTSINNEN, 15. WIENER GEMEINDEBEZIRK RUDOLFSHEIM-FÜNFHAUS 56
3.2. GEMEINSAM GEHEN – IN FÜNF STEIRISCHEN GEMEINDEN 57
3.3. GESUNDE NACHBARSCHAFT – IN GEMEINSCHAFT ÄLTER WERDEN (GRAZ) 58
3.4. GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR SENIORINNEN G50+ IN NÖ GEMEINDEN, MIT EINEM SCHWERPUNKT AUF TÜRKISCHSPRACHIGE MIGRANTINNEN 59
3.5. NACHBARSCHAFTSHILFE PLUS IN 8 MITTELBURGENLÄNDISCHEN GEMEINDEN 60
3.6. SENIOR GUIDES WIEN LEOPOLDSTADT 61
3.7. WIR BEGLEITEN GESUNDHEIT (WIBEG) 62
3.8. AFTER.WORK, SOZIALES ENGAGEMENT DURCH FREIWILLIGENARBEIT IN OÖ 63
3.9. DORFSERVICE, NETZWERK VON 13 PARTNERGEMEINDEN IM BEZIRK SPITTAL AN DER DRAU 64
3.10. GESUND FÜRS LEBEN - GESUNDHEITSBUDDIES 65
3.11. GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR SENIORINNEN IN TIROL, MAßNAHMEN IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN ... 66
3.12. KONTAKTBESUCHSDIENST WIEN 67
3.13. LAIF – LEBENSWERTES ALTERN IN FERLACH 68
3.14. MUTTERSPRACHLICHE SOZIAL- UND GESUNDHEITSASSISTENZ RAHMA (GRAZ) 69
3.15. NEUNERHAUS – HILFE FÜR OBDACHLOSE MENSCHEN 70

3.1. AktivlotsInnen, 15. Wiener Gemeindebezirk Rudolfsheim-Fünfhaus

Themen: Aktivierung in den Bereichen: Bewegung, Gesundheit, (Pflege-)Beratung, Freizeitgestaltung (Kulturveranstaltungen)

Zielgruppen: Generation 60+, bildungsferne, einkommensschwache Personen mit geringer sozialer Teilhabe und psychischen Belastungen mit und ohne Migrationshintergrund (vor allem türkisch, bosnisch-kroatisch-serbisch) und/oder chronischen Erkrankungen (Flüchtlinge und AsylwerberInnen)

Setting: im 15. Wiener Bezirk wohnend, entweder in eigener Wohnung oder in Einrichtungen

Durchführung: ARGE Wiener Hilfswerk (WHW) und Wiener Sozialdienste (WS)

Finanzierung: FGÖ, Wiener Gesundheitsförderung, BM für Gesundheit

Laufzeit: 2016 - 2017

Beschreibung: Der 15. Gemeindebezirk ist einer der kleinsten äußeren Bezirke Wiens. Rudolfsheim-Fünfhaus ist dicht besiedelt und unter den BewohnerInnen finden sich viele ältere Menschen mit niedrigem Einkommen, geringem Bildungsstand, Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen. Genau für diese Zielgruppen wird im Projekt „AktivlotsInnen in Rudolfsheim-Fünfhaus“ (FGÖ-Programm „Auf gesunde Nachbarschaft“) ein niederschwelliges Unterstützungs- und Vernetzungsangebot entwickelt. 15 Freiwillige (60+) werden als „AktivlotsInnen“ ausgebildet und sollen mit Aktivierungsangeboten Zugang zur Zielgruppe finden.

Um das Projekt „AktivlotsInnen“ bekannt zu machen und fest im Bezirk zu verankern, organisiert das Projektteam auch eine Reihe von Veranstaltungen: Nach zwei Informationsveranstaltungen für potenzielle AktivlotsInnen und einer großen Kick-off-Veranstaltung in der Bezirksvorstehung findet in Kooperation mit dem Sozialministerium der erste Gesundheitszirkel im Pensionistenwohnhaus Rudolfsheim statt. Im Zentrum steht das Thema „Lebenslanges Lernen & Gesundheit“.

Maßnahmen / Leistungen:

- Ausbildung der AktivlotsInnen;
- direktes Ansprechen der Menschen;
- Suchen von verschiedenen Multiplikatoren in den unterschiedlichen Communities;
- 1-2 Gesundheitspartys pro Monat mit 5-6 Personen pro AktivlotsIn;
- Bewegungsangebote;
- unterschiedliche Maßnahmen, die mit Hilfe der AktivlotsInnen Verbreitung finden sollen

Website / Kontakt:

http://www.gesunde-nachbarschaft.at/aktuelles/was-tut-sich-bei…-aktivlotsinnen-rudolfsheim-fünfhaus

Projektleitung:	Karin Kienzl-Plochberger, Wiener Sozialdienste
Nachbarschaftszentrum 15:	Nuran Ant: 0676 / 883 081 760
	Marijana Krizanac: 0664 / 618 95 34

3.2. Gemeinsam Gehen – in fünf steirischen Gemeinden

Themen: Gesundheitsförderung

Zielgruppen: Männer und Frauen 65+

Setting: kommunal, fünf Gemeinden in der Steiermark

Durchführung: Styria Vitalis

Finanzierung: FGÖ, Land Steiermark Gesundheitsressort

Laufzeit: 7/2011 – 9/2013

Beschreibung: Das Projekt „Gemeinsam Gehen" hatte zum Ziel, die Gesundheitschancen der älteren Bevölkerung zu verbessern und ihre Gesundheitspotenziale zu stärken. Mit Beteiligung der Zielgruppe 65plus sowie Vertreter/innen aus den fünf steirischen Gemeinden (Arnfels, Bruck an der Mur, Kapfenberg, Lieboch und Schladming) sowie mit relevanten Organisationen bzw. Einrichtungen wurde ein Bündel an Maßnahmen in den Gemeinden umgesetzt, damit gesundheitsfördernde Sozialräume und Angebote für die Zielgruppe entstehen konnten, die die körperliche Aktivität fördern.

Die Hauptstrategien im Projekt Gemeinsam Gehen waren zum einen die Gemeinde- und Organisationsentwicklung zur Initiierung und nachhaltigen Verankerung der Projektstruktur sowie zur Vernetzung mit Akteur/innen bestehender Strukturen; und zum anderen die Durchführung von Sozialraumanalysen zur Gestaltung fußgängerfreundlicher Sozialräume für mehr körperliche Aktivität in den Zielsettings. Des Weiteren wurden engagierte Personen für kommunale Begleitdienste ausgebildet, die Menschen mit Unterstützungsbedarf auf Alltagswegen begleiten. Niederschwellige „Gehen-Treffen" wurden zur Aktivierung der Zielgruppe angeboten. Überdies wurden Schwerpunktangebote von der jeweiligen Initiativgruppe entwickelt, die sich an den kommunalen Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren.

Maßnahmen:

- Initiierung und Verankerung der Projektstrukturen
- Vernetzung schon vorhandener Strukturen
- Sozialraumanalyse, um fußgängerfreundliche Sozialräume zu schaffen für mehr körperliche Aktivität
- Ausbildung eines kommunalen Begleitdienstes
- Niederschwellige „Gehen Treffen"
- Entwicklung von Initiativgruppen

Website / Kontakt:

http://styriavitalis.at/information-service/projektarchiv/gemeinsam-gehen/

http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject_3121

Ansprechperson: Christine Neuhold, Tel. +43 (0)316 822094-0

3.3. Gesunde Nachbarschaft – in Gemeinschaft älter werden (Graz)

Themen: Gesundheit, Vernetzung, Zukunftsplanung

Zielgruppen: Unterstützung suchende Männer und Frauen ab 50+ im Grazer Triesterviertel, die aktiv werden wollen und Zeit haben

Setting: Graz, stadtteilbezogen sowie stadtteilübergreifend

Finanzierung: FGÖ-Programm gesunde Nachbarschaft, Stadt Graz Gesundheitsamt, Stadt Graz Wohnungsamt

Durchführung: Verein ILLUSIONS, Frauengesundheitszentrum

Laufzeit: 9/2015-5/2017

Beschreibung: Das Projekt „Gesunde Nachbarschaft – In Gemeinschaft älter werden" wird vom Frauengesundheitszentrum im Grazer Stadtteil Triester Straße durchgeführt. Frauen und Männer im Alter von 50+ sollen durch neue Angebote gestärkt und ermutigt werden, sich aktiv in das Leben im Stadtteil einzubringen. So soll die Gesundheit älterer Bewohnerinnen und Bewohner gefördert werden.

2015 starteten mehrere aufeinander abgestimmte Angebote, die von BewohnerInnen 50+ für BewohnerInnen 50+ im Stadtteil durchgeführt werden. Der 50+ Treff findet seit Dezember 2015 nach wie vor alle 14 Tage statt und ist gut besucht. Die Aktivitäten im Einzelnen:

- Gemeinsam geht's leichter
- Kreativ im Stadtteil
- Spieletreff im Stadtteil
- Es darf getauscht werden
- Wir sind füreinander da

Maßnahmen:

- alle vierzehn Tage (Kreativ)treff 50+ im Stadtteilzentrum
- einmal im Monat Spieletreff im Stadtteilzentrum
- Tauschbörse
- unterschiedliche Kleinprojekte der BewohnerInnen
- Durchführung von Befragungen bei den BewohnerInnen

Website / Kontakt:

http://www.frauengesundheitszentrum.eu/gesunde-nachbarschaft-in-gemeinschaft-aelter-werden/

Ansprechpersonen:

Barbara Predin, Stadtteilzentrum, barbara.predin@stadtteilzentrum-graz.at, 0316/27 31 12

Ulla Sladek, Frauengesundheitszentrum, ulla.sladek@fgz.co.at, 0650/98 21 867

3.4. Gesundheitsförderung für SeniorInnen G50+ in NÖ Gemeinden, mit einem Schwerpunkt auf türkischsprachige MigrantInnen

Themen: Bewegung, Ernährung

Zielgruppen: Generation 50+ in (ausgewählten) NÖ Gemeinden, Teilprojekt für Personen mit türkischem Migrationshintergrund

Setting: variabel, v.a. Gemeinde-Ebene; teilnehmende Gemeinden bieten auch Grundinfrastruktur anbieten (Turnhallen, Ort für Kochen etc.)

Durchführung: ARGEF GmbH, Wr Neustadt

Finanzierung: NÖGGK

Laufzeit: 2013 bis 2016 (Verlängerung 2017 geplant)

Zielsetzungen (lt. Beschreibung https://idds.goeg.at/measure/public/view/measure_id/137)

- Schaffung gesundheitsbezogener Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten
- Stärkung persönlicher Kompetenzentwicklung
- Aufbau von intersektoralen Partnerschaften und Netzwerken
- Förderung einheitlicher und interdisziplinärer Vorgehensweisen

Maßnahmen:

- Vitaltour: ca. 15 Veranstaltungen pro Jahr seit 2014 (2016 abgeschlossen)
- Sturz Mobil: Sturzprophylaxe Gen 60+, Informationsveranstaltungen, Trainingsangebote, in Hauptphase 2015 und 2016 ja ca. 20 Veranstaltungen, vgl. http://g50.at/events/events-sturzmobil/
- Gesunde Kocherei: ab Mitte 2015, 2016 in 10 Gemeinden angeboten, Initiierung durch Projekt, danach nach einigen Einheiten mit Ernährungsberaterin Selbstorganisation je nach Interesse); 2016 inges. Ca. 40 dokumentierte Veranstaltungen, http://g50.at/events/events-gesunde-kocherei/, 2017 neu in weiteren Gemeinden angeboten
- MIG – Gesundheitsförderung türkischsprachig (2 Gesundheitstage mit Vorträgen in St. Pölten u. Wr. Neustadt im Jahr 2015)
- ca. 300 MigrantInnen im Teil MIG erreicht, http://argef.at/projekte/g50/mig/

Quellen:

https://idds.goeg.at/measure/public/view/measure_id/137

http://argef.at/portfolio/g50/, http://g50.at/

Website / Kontakt:

- ARGEF GmbH: Mag. Michael Wild, 0664/88718777, michael.wild@argef.at
- NÖ GKK: Mag. Barbara Gravogl, 050899/6203, barbara.gravogl@noegkk.at

3.5. NachbarschaftsHILFE PLUS in 8 mittelburgenländischen Gemeinden

Themen: Unterstützung von Älteren bei alltäglichen Aktivitäten

Zielgruppen: SeniorInnen

Setting: 8 Gemeinden im Bezirk Oberpullendorf

Durchführung: Verein für Gemeinde-Entwicklung im Mittelburgenland

Finanzierung: FGÖ, Land Burgenland

Laufzeit: seit 2014

Beschreibung: NachbarschaftsHILFE PLUS ist ein Sozialprojekt der acht mittelburgenländischen Gemeinden Horitschon, Kobersdorf, Lackenbach, Lackendorf, Piringsdorf, Steinberg-Dörfl, Stoob und Unterfrauenhaid, die das Projekt über den Verein für Gemeinde-Entwicklung im Mittelburgenland koordinieren. Als beispielgebendes Vorbild diente dabei das bereits realisierte Konzept des Kärntner „Dorfservice". Organisiert werden soziale Angebote von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, die alltägliche Besorgungen wie Fahr- & Einkaufsdienste, aber auch zwischenmenschliche Aufgaben wie Karten spielen, Spazieren gehen und vieles mehr – allerdings keine Pflegedienste und keine hauswirtschaftlichen Dienste – übernehmen. Und das kostenlos und völlig unbürokratisch! NachbarschaftsHILFE PLUS versteht sich dabei als soziale Drehscheibe, die Angebot und Nachfrage koordiniert.

Die Resonanz auf das Projekt wird als außerordentlich gut beschrieben. Die Menschen schätzen das Angebot sehr, und bei den Ehrenamtlichen gab es über drei Jahre hinweg kaum Fluktuation. Mittlerweile interessieren sich auch immer mehr Bürgermeister/innen aus weiteren Gemeinden für eine Teilnahme an „Nachbarschaftshilfe PLUS", dessen Anschubförderungen durch den FGÖ Ende 2016 auslaufen. Doch das Projekt soll weiterbestehen und nach Möglichkeit sogar im ganzen Burgenland umgesetzt werden. „Für die Zukunft streben wir eine Basisfinanzierung durch die schon bisher mitzahlenden Gemeinden und das Land Burgenland an, und wir sind zuversichtlich, dass wir dies erreichen", so Projektleiterin Astrid Rainer. „Denn das Projekt hat einen hohen sozialökonomischen Nutzen. Es trägt maßgeblich dazu bei, dass Angehörige entlastet werden, und dass ältere Menschen weniger Unfälle haben, seltener depressiv werden und später in Pflege kommen." Dass die Nachhaltigkeit dieses Projekts gut gesichert ist, meint auch Anna Krappinger vom FGÖ: „In der Pilotphase konnten neue Strukturen geschaffen und erfolgreich im Gemeindealltag verankert werden. Das ist zum Beispiel durch den Aufbau eigener Büros gelungen, die Anfragen und Einsätze koordinieren". (Quelle: Gesundes Österreich 3/2016, S. 50)

Website / Kontakt

Verein für Gemeinde-Entwicklung im Mittelburgenland

Projektleiterin: Astrid Rainer,

Tel. 0676/70 23 657, info@nachbarschaftshilfeplus.at

www.nachbarschaftshilfeplus.at

3.6. Senior Guides Wien Leopoldstadt

Themen: Gesundheit, Etablierung von Gesundheitsförderung

Zielgruppen: ältere Menschen, die bereits in Kontakt mit Organisationen stehen, deren Freizeit aber optimiert werden kann

Setting: Wien Leopoldstadt (2. Gemeindebezirk)

Finanzierung: FGÖ, Wr. Hilfswerk, FGÖ, WIG, BMASK

Durchführung: queraum kultur- und sozialforschung

Laufzeit: 2013-2014

Beschreibung: Das EU-Projekt Senior-Guides wurde vom Forschungsinstitut queraum kultur- und sozialforschung in Kooperation mit Partnerorganisationen in Österreich (SeniorInnenbüro der Stadt Graz und Volkshilfe Steiermark), Großbritannien, Deutschland, Italien und Litauen im Rahmen des Bildungsprogramms für Lebenslanges Lernen der Europäischen Kommission von 2009 bis 2011 umgesetzt. Die Partnerschaft setzte sich zum Ziel, ältere Freiwillige in einem Training zu befähigen, Seniorinnen und Senioren in Informations-Touren über bestehende Angebote und Dienstleistungen in ihrer Wohnumgebung zu informieren und sie dadurch anzuregen, selbst aktiv zu werden.

Aufbauend auf den positiven Erfahrungen des EU-Projektes wurde das Projekt Senior-Guides in Wien mit dem Themenschwerpunkt Gesundheitsförderung in Wien – genauer in der Leopoldstadt – umgesetzt. In einem ersten Schritt wurde der existierende Lehrgang für ältere Freiwillige für den Themenbereich Gesundheitsförderung überarbeitet.

In einem nächsten Schritt wurden gemeinsam mit den ehrenamtlich Engagierten „Gesundheits-Touren“ entwickelt, die sie danach selbst für ältere Frauen und Männer in der Leopoldstadt angeboten haben. Dieses Projekt richtete sich auch an Anbieterorganisationen und Initiativen, die im Rahmen der Informations-Touren die Möglichkeit erhielten, sich der Zielgruppe älterer Menschen zu präsentieren. Ehrenamtlich Engagierte, die bereits in sozialen Organisationen in der Leopoldstadt tätig waren, konnten ihr gewonnenes Wissen und ihre zusätzlich erlernten Fähigkeiten in die Organisationen weitertragen.

Maßnahmen / Leistungen

- Entwicklung von „Gesundheits-Touren“, die im zweiten Schritt von den Freiwilligen für die anderen angeboten werden sollen

Website / Kontakt:

http://www.queraum.org/pdfs/Info_Senior-Guides-in-Wien.pdf

queraum kultur- und sozialforschung

Mag.a Ulrike Fleischanderl

fleischanderl@queraum.org

Tel: +43-1-958 09 11

3.7. Wir begleiten Gesundheit (wibeg)

Themen: Stärkung der Gesundheitskompetenz von MigrantInnen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status

Zielgruppen: Frauen mit Migrationshintergrund aller Altersgruppen

Setting: v.a. aufsuchende Arbeit und Workshops in NÖ-Gemeinden (Ausweitung auf andere Bundesländer geplant)

Durchführung: beratungsgruppe.at (Konzeption) mit Umsetzungspartnern

Finanzierung: FGÖ, Land NÖ, NÖ GKK

Laufzeit: 2013-2018

Beschreibung: „Wir begleiten Gesundheit" ist vom Verein beratungsgruppe.at (kurz: bg) durchgeführtes FGÖ-Transferprojekt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen – Müttern und Großmüttern mit sehr niedrigem sozioökonomischem Status. Zielgruppe sind Frauen, die als „schwer erreichbar" gelten, vorwiegend aus dem muslimischen Kulturkreis kommen und angesichts ihrer spezifischen Lebenssituation (äußerst wenig Bildung, mangelnde Sprachkompetenz und Deutschkenntnisse, kaum eigenes Einkommen, Abhängigkeit von Mann und Familie, traditionell geprägtes Frauenbild, überdurchschnittlich viele Kinder, niedriges Alter bei der Erstgeburt etc.) sozial und gesundheitlich besonders benachteiligt sind.

Wibeg fasst drei Modellprojekte zusammen, die von bg entwickelt und in den Jahren 2010-2013 mit 600 langfristig betreuten Teilnehmerinnen aus dieser Zielgruppe in Wien und NÖ-Gemeinden im Umland erfolgreich durchgeführt wurden: gekona – „Gesundheit kommt nachhause" (www.gekona.at); agese – „Aktion Gesunde Seele" (www.agese.at); FITZU – „Gemeinsam fit in die Zukunft" (www.fitzu.at).

Diese drei Modellprojekte fokussieren auf eine Zielgruppe, die durch übliche Kommunikationsstrategien nicht erreicht wird. Ziele sind, Informationen zu diversen Gesundheitsthemen zu vermitteln und Unterstützung bei der Navigation durch das Gesundheitssystem zu bieten, um die Frauen hinsichtlich Entscheidungen für ihre eigene Gesundheit und die der Familie zu empowern. Gearbeitet wird aufsuchend mit geschulten, zielgruppennahen Multiplikatorinnen – den Tutorinnen, die die Frauen in deren Wohnumfeld ansprechen, zur Teilnahme einladen (Akquise) und dann in Kleingruppen mit ca. fünf Teilnehmerinnen im 14-Tage-Rhythmus langfristig betreuen. Zusätzlich gibt es von den Tutorinnen begleitete Exkursionen und Workshops mit Referentinnen. bg leistet den Umsetzern in sämtlichen Projektphasen Support. Mit 01.07.2015 startete wibeg in Niederösterreich. Durchgeführt wird das Projekt dort vom Zentrum für Frauengesundheit/Wr. Neustadt der Caritas mit ca. 130 Teilnehmerinnen, kofinanziert vom Land Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse. Das Projekt hat eine Laufzeit von 24 Monaten.

Maßnahmen:

- Aufsuchende Arbeit in den Lebenswelten mit zielgruppennahen Multiplikatorinnen – in eher privaten Umgebungen, Vereinen oder Glaubensgemeinschaften. Um nachhaltige Wirkungen, also die nachhaltige Steigerung von Health Literacy zu erzielen, braucht es eine längerfristige, kontinuierliche Betreuung und Begleitung. Gesundheitlich besonders benachteiligt sind Frauen mit großer Kinderzahl, geringen Sprachkenntnissen, die nicht erwerbstätig und sozial wenig integriert sind. Genau diese Frauen haben jedoch in ihrer familiären Rolle bedeutenden Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung vieler Familienmitglieder und die Weitergabe von Gesundheitskompetenz.

- Weitere Arbeiten von bg: Support für Umsetzer, in Form von Einreichberatung, Projektteam- und Tutorenschulung, prozessbegleitende Rückkoppelungsgespräche, Material- und Texterstellungen etc.; bundesweite Vernetzungstreffen und Vorbereitung weiterer bundesweiter Transferschritte:

Quelle: https://oepgk.at/massnahmen/wibeg/

Website/Kontakt

Beratungsgruppe.at – Verein für Informationsvermittlung, Bildung und Beratung

Liesl Frankl, liesl.frankl@beratungsgruppe.at

www.beratungsgruppe.at/index.php?SID=24

3.8. After.Work, soziales Engagement durch Freiwilligenarbeit in OÖ

Themen: Freiwilligenarbeit, ehrenamtliche Mitarbeit

Zielgruppen: SeniorInnen

Durchführung: ULF – unabhängiges Landes-Freiwilligenzentrum

Finanzierung: Land Oberösterreich, Sozialministerium

Laufzeit: seit 2012

Beschreibung: Für viele Menschen bedeutet der Übergang in die Nachberufsphase eine krisenhafte Zeit, weil der gesellschaftliche Status und der Selbstwert an der Erwerbsarbeit gemessen werden. Nur ein Grund dafür, weshalb wir neue Beschäftigungsformen abseits der Erwerbsarbeit schaffen müssen, die diese Aspekte ebenso erfüllen. Und die darüber hinaus noch anderen Dingen Rechnung tragen. Einer guten Erreichbarkeit und flexiblen Zeitgestaltung, Mitsprache und Verantwortung sowie persönlichen Präferenzen. Freiwilliges Engagement ist hierfür eine ausgezeichnete Möglichkeit. Neben gesundheitsfördernden Aspekten durch soziale Teilhabemöglichkeiten können ältere Menschen zum einen ihre Fähigkeiten und Erfahrungen einbringen, zum anderen neue, ihren Interessen entsprechende Kompetenzen erwerben. Auch das Knüpfen neuer Bekanntschaften und die Freude am Einsatz tragen wesentlich zu einem erhöhten Wohlbefinden bei.

Mit dem Projekt **AFTER.WORK** initiierte das Unabhängige LandesFreiwilligenzentrum (ULF) ein oberösterreichweites Programm, das aktives Altern und lebenslanges Lernen durch freiwilliges Engagement fördert. Das Potential älterer Menschen, deren Erfahrungen und Kompetenzen ein beachtliches Kapital für unsere Gesellschaft darstellen, wird hier in den Fokus gerückt. Das ULF will dazu motivieren, diesen Ideen- und Erfahrungsreichtum einzubringen und zur Verfügung zu stellen.

Das ULF unterstützt kostenlos bei dieser Neuorientierung und bietet Information, Beratung, Vermittlung und Begleitung rund um das Thema „Freiwilliges Engagement in der Pension“. Durch das Aufzeigen vielfältiger Tätigkeitsfelder wird gewährleistet, dass jede/r TeilnehmerIn ihr/sein ideales Einsatzfeld findet. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit der Weiterbildung in Workshops des ULF. Im Zuge des sozialen Engagements sind Sie zudem kostenlos rechtschutz-, haftpflicht- und unfallversichert.

Website / Kontakt:

Unabhängiges LandesFreiwilligenzentrum ULF

4020 Linz, Martin-Luther-Platz 3/3. Stock

Mag.a Sabine Obermayr

T 0664.88363370

E sabine.obermayr@vsg.or.at

http://www.ulf-ooe.at, http://www.ulf-ooe.at/node3,86,after.work.html

Quellen:

https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/LK/PKAckerl17102012.pdf

Weitere Freiwilligenbörsen:

„Freiwillig für Wien“, gefördert von der Stadt Wien, https://wien.volunteerlife.xyz/home/freiwillig

„Ehrenamtsbörse“, Projekt des Wiener Hilfswerks, http://ehrenamtsbörse.at

3.9. Dorfservice, Netzwerk von 13 Partnergemeinden im Bezirk Spittal an der Drau

Themen: Freiwillige unterstützen Menschen bei Alltagsproblemen

Zielgruppen: Alltagsunterstützung in unterschiedlichen Lebenslagen, ein Fokus auf SeniorInnen

Setting: 13 Partnergemeinden, Nutzung existierender Infrastrukturen

Durchführung / Finanzierung: Verein für Haushalts-, Familien- und Betriebsservice

Beschreibung: 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 MitarbeiterInnen 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. (Quelle: Ökosoziales Forum 2014, S. 25)

Maßnahmen / Leistungen

- die Sozial- und Gesundheitsdrehscheibe - eine Informationsplattform, die rasch und unbürokratisch zu anderen Anbietern im Sozial- und Gesundheitsbereich vernetzt.
- Fahrten-, Einkaufsservice sowie Besuchs- und kleine Hilfsdienste, die ein selbstständiges und sicheres Leben bei sinkender Nahversorgung gewährleisten - vor allem für Menschen mit eingeschränkter Mobilität.
- Kinderbetreuung für junge Familien - Das familiäre Netzwerk ist nicht belastbar? Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen bieten Kinderbetreuung an - auch zu Hause.

Website / Kontakt:

Verein für Haushalts-, Familien- u. Betriebsservice

GF Mag.a Elisabeth Tropper-Kranz

Drauhofen 1, 9813 Möllbrücke

0650 42 30 637, dorfservice@lfs-drauhofen.ksn.at

www.dorfservice.at

3.10. Gesund fürs Leben - Gesundheitsbuddies

Themen: Gesundheit, Bewegung

Zielgruppen: Personen ab 50+ als Gesundheitsbuddies, ältere Senioren als TrainingsteilnehmerInnen

Setting: Wien

Durchführung: Wr. Hilfswerk, Meduni Wien

Finanzierung: WWTF

Laufzeit: 2013-2016

Beschreibung: „Gesund fürs Leben" heißt ein Projekt vom Wiener Hilfswerk und der MedUni Wien, in dem Ehrenamtliche ältere Personen mit Therabändern und viel Motivation begleiten, um mit diesen Sportübungen und Ernährungspläne zu machen. Ehrenamtliche Laien, sogenannte Buddies, wurden eingeschult und besuchten gebrechliche Menschen im Durchschnittsalter von 83 Jahren zwölf Wochen lang zweimal wöchentlich in ihren Wohnungen. Eine Gruppe der Probanden absolvierte ein auf ältere Menschen abgestimmtes Trainingsprogramm, ein Ernährungskonzept wurde erstellt, bei der anderen Gruppe dienten die Hausbesuche nur der sozialen Unterstützung, es gab Gedächtnisübungen, es wurde geplaudert und gespielt. Das Ergebnis (der Evaluierung) war bemerkenswert: Nicht nur die Trainings- und Ernährungsgruppe profitierte, auch jene Probanden, die nur soziale Unterstützung erhielten, zeigten wesentliche Verbesserungen. Bei ihnen reduzierte sich die Häufigkeit von mangelhaftem Ernährungsstatus um 23 Prozent (Trainingsgruppe 25 Prozent), jene von Frailty um 16 Prozent (Trainingsgruppe 17 Prozent) (Quelle: http://diepresse.com/home/science/5120782/Training-mit-Buddies-hilft-aelteren-Menschen)

Zielsetzungen:

Gesundheit durch Bewegung fördern durch Aktivierung von Hochaltrigen durch etwas Jüngere – Steigerung der Fitness und der Gesundheit

Vernetzung der Hochaltrigen

Maßnahmen:

Ab 50+ Möglichkeit zur Ausbildung zum Gesundheitsbuddy

Ehrenamtliche „jüngere Ältere" machen mit Alten und Hochaltrigen Sportübungen

Erstellung von Ernährungsplänen um Gesundheit zu fördern

Website / Kontakt

https://www.facebook.com/Wiener.Hilfswerk/photos/a.295873167156009.69290.249719811771345/690094877733834/

Ansprechpersonen: Martin Oberbauer, martin.oberbauer@wiener.hilfswerk.at

Quellen:

https://www.wien.gv.at/video/827/Gesundheitsbuddies

http://diepresse.com/home/science/5120782/Training-mit-Buddies-hilft-aelteren-Menschen

3.11. Gesundheitsförderung für SeniorInnen in Tirol, Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen

Themen: Förderung sozialer Kontakte / soziale Teilhabe, Bewegung / Wandern, Ernährung; in Alten- u. Pflegeheimen Thema Mundgesundheit bzw. Gesundheitszirkel

Zielgruppe: Senioren 50+, spezieller Fokus auf PflegeheimbewohnerInnen

Setting: fünf Tiroler Gemeinden sowie drei Alten- u. Pflegeheime in den Bezirken Innsbruck Stadt u. Innsbruck Land, Bezirk Schwaz

Durchführung: TGKK, ASKÖ Tirol

Finanzierung: TGKK

Laufzeit: seit 2012, 2016 auf weitere Gemeinden ausgedehnt

Beschreibung / Zielsetzungen / Maßnahmen

- **Xund im Alter** ist ein Projekt, das derzeit in fünf Tiroler Gemeinden durchgeführt wird. Ziel ist es, das soziale Wohlbefinden von Seniorinnen durch sinnvolle Tätigkeiten und verstärkte soziale Kontakte zu erhöhen und ihre Gesundheit durch aktive Teilnahme an Bewegungs-, Entspannungs- und Ernährungsmaßnahmen zu fördern; mit ca. 1.250 TeilnehmerInnen ((https://idds.goeg.at/measure/public/view/measure_id/213)
- **Lebensfreude – im Alter tun, was gut tut** ist ein gesundheitsförderndes Programm, welches derzeit in drei Tiroler Alten- und Pflegewohnheimen durchgeführt wird und die selbstbestimmte Lebensgestaltung unterstützt. In einer moderierten Gruppe von Seniorinnen und Senioren wird miteinander ausfindig gemacht, was diese gerne tun und was sie in der aktuellen Lebenssituation zur Stärkung bzw. Förderung ihrer Gesundheit tun können.
- Bei **Mundgesundheit von Bewohnern in Wohn- und Pflegeheimen (MUGESEN)** handelt es sich um ein Projekt in drei Tiroler Alten- und Pflegewohnheimen, das die zahnmedizinische und mundhygienische Betreuung von Bewohnern in Altenwohnheimen betrifft. Das Pilotprojekt soll als „Forschungsprojekt“ unter der Projektleitung der Klinik für Zahnersatz und Zahnerhaltung der medizinischen Universität Innsbruck laufen und die Mundgesundheit der betroffenen Seniorinnen und Senioren verbessern.

Quellen:

https://idds.goeg.at/measure/public/view/measure_id/213

https://www.tgkk.at/portal27/tgkkportal/content?contentid=10007.758772&portal:componentId=gtn72eeda5e-0950-4d16-b47f-741382985ac6&viewmode=content

http://www.askoe-tirol.at/de/projekte/xund-im-alter

Ansprechperson:

TGKK, Lisa Stern, lisa.stern@tgkk.at, https://www.tgkk.at/portal27/tgkkportal/content?content_contentid=10007.752046&contentid=10007.752045&viewmode=content

3.12. Kontaktbesuchsdienst Wien

Themen: Informationsangebot, soziale Vernetzung

Zielgruppen: Männer und Frauen 50+ (Ehrenamtliche) für Besuche bei SeniorInnen ab 75+

Setting: Hausbesuche

Durchführung / Finanzierung: Fonds Soziales Wien

Beschreibung: Seit 40 Jahren besuchen Freiwillige in Wien regelmäßig ältere MitbürgerInnen, um sich nach deren Wohlbefinden zu erkundigen. Dieser „Kontaktbesuchsdienst" ist wenig bekannt – und dennoch ein wichtiges Wohlfahrtsinstrument der Stadt Wien.

Der Kontaktbesuchsdienst ist ein kostenloses Informationsangebot der Stadt Wien für Wiener SeniorInnen. Ehrenamtliche KontaktbesucherInnen informieren SeniorInnen ab 75 Jahre im Rahmen eines persönlichen Gesprächs zu Hause über die vielfältigen Angebote und Einrichtungen der Stadt Wien. Dabei werden auch Themen wie z.B. die Zufriedenheit mit der Wohnumgebung und der Infrastruktur oder der Bedarf an Unterstützung, Betreuung und Pflege anhand eines Gesprächsleitfadens und der zur Verfügung gestellten Informationen besprochen. Der Kontaktbesuchsdienst kooperiert auf Bezirksebene eng mit der Bezirksvorstehung und mit BezirksseniorInnenbeauftragten, verschiedenen Magistratsabteilungen und Einrichtungen der Stadt Wien (z.B. Bürgerdienst, Wiener Wohnen u.a.m.) sowie mit Pflege- und Betreuungsorganisationen (z.B. Kuratorium Wiener Penisionistenwohnhäuser, Wiener Hilfswerk etc.).

Gegenwärtig besuchen rund 110 Wiener Freiwillige im Rahmen Kontaktbesuchsdiensts ältere Menschen und befragen sie zu ihrer Lebenssituation. Jede Wienerin und jeder Wiener ab 75 Jahren erhält ein Schreiben, wann jemand vorbeischaut. Wer sich telefonisch abmeldet, wird nicht aufgesucht. Nach zirka fünf Jahren flattert wieder ein Brief ins Haus. Im Jahr 2015 hat der Kontaktbesuchsdienst gut 24.200 Personen angeschrieben, 5.351 davon wurden aufgesucht. Die ehrenamtlichen Besucher erhalten eine Aufwandsentschädigung von acht Euro pro Besuch und werden vor ihrem ersten Einsatz drei Tage lang geschult. Bis vor kurzem wurden alle Wiener ab 65 Jahren besucht, 2016 wurde die Untergrenze auf 75 Jahre erhöht und der Dienst auf nicht-österreichische Staatsbürger ausgeweitet. Wenn nötig, fungieren Verwandte als Übersetzer. Karin Kienzl-Plochberger, bei den Wiener Sozialdiensten für den Kontaktbesuchsdienst zuständig, sieht hier Verbesserungspotenzial: „Mit muttersprachlichen Helfern könnten die Zielgruppen besser erreicht werden", meint sie. Generell bestehe immer wieder Bedarf an neuen Freiwilligen für den Besuchsdienst.

Website / Kontakt:

http://www.senior-in-wien.at/Freiwilliges_Soziales_Engagement/Kontaktbesuchsdienst.html

Ansprechpersonen Wiener Sozialdienste:

Karin Kienzl-Plochberger, kontaktbesuchsdienst@wiso.or.at

Julia Peterbauer, julia.peterbauer@fsw.at oder kontaktbesuchsdienst@wiso.or.at

Quellen:

http://derstandard.at/2000053943944/Frau-Krutak-stellt-Fragen

3.13. LAiF – Lebenswertes Altern in Ferlach

Themen: Lebenswertes Altern, Gesundheit, Resilienz, Selbstbestimmtheit, Vernetzung

Zielgruppen: SeniorInnen

Setting: Gemeinde Ferlach und Umgebung

Durchführung / Finanzierung: Studierende FH Feldkirchen / Prof. Kai Brauer, Verein Laif Ferlach, Gemeinde Ferlach

Laufzeit: seit 2015

Beschreibung: Das von der Gemeinde unterstützte Projekt LAiF in der Stadtgemeinde Ferlach wurde an der FH Kärnten konzipiert und von Anfang an gemeinsam von und mit Ferlacher Bürgerinnen und Bürgern gestaltet, um ein lebenswertes und lustvolles Altern in der Gemeinde und ihrer Umgebung durch deren Aktivität selber zu entwickeln. Die Ressourcen des Alters stellen den Ausgangspunkt für das Projekt dar. Durch aktive Bewusstseinsbildung wurde der positive Wert des Alters für die Gemeinde nicht nur aufgezeigt, sondern auch als Chance genutzt. LAiF ermöglicht den Seniorinnen und Senioren sowie interessierten Bürgerinnen und Bürgern, ihre Wünsche, Ideen und Impulse zu äußern und aktiviert sie dazu, gemeinsam ihre ureigenen Ziele zu verwirklichen. Die professionelle und methodische Begleitung dieser Prozesse beruht auf Zugängen der Sozialen Arbeit bzw. des FH-Masterstudiengangs „Entwickeln und Gestalten“. (Quelle: http://kommunal.at/artikel/laif-lebenswertes-altern-ferlach/)

Zielsetzungen:

- Aktivierungspotenzial für „Lebenswertes Altern“ nach Vorgaben des WHO umsetzen
- Förderung der Möglichkeiten und Resilienz der SenioerInnen in Ferlach
- Ferlach als Ort des gesunden Alterns zu gestalten
- Austausch, Mitsprache und Interessenvertretungen zu etablieren
- Nachbarschaftlichen Kontakt zu fördern und stabilisieren
- Erweiterung der Möglichkeiten für SeniorInnen zu Hause selbstbestimmt zu leben
- Förderung von Bürgerinitiativen

Maßnahmen:

- Begleitung von älteren Menschen (Fahrten-und Begleitdienste sowie Besucherdienste)
- Aufstellen von Parkpänken
- Gemeinsame Adventsfeiern
- Mobilität (z.B. Fahrtendienste zu Veranstaltungen oder Ärzten in Klagenfurt, barrierefreies Gehen, Ruhemöglichkeiten)
- Nahversorgung (Geschäft im Zentrum; mobiler Nahversorger)
- Austausch untereinander
- Wohnen im Alter
- Fachärztemangel beheben
- Tauschbörse

Website / Kontakt:

Verein Laif Ferlach: https://verein-laif.com/ , vereinlaif@gmail.com

Quellen:

http://kommunal.at/artikel/laif-lebenswertes-altern-ferlach/
http://www.kleinezeitung.at/karriere/campus/soziales/4804274/Forschung-aus-Kaernten-FH_Ferlach-zeigt-das-Potenzial-von-Senioren
https://www.meinbezirk.at/klagenfurt-land/lokales/ferlacher-senioren-beklagen-fachaerztemangel-d1117576.html

3.14. Muttersprachliche Sozial- und Gesundheitsassistenz RAHMA (Graz)

Themen: Muttersprachliche Begleitung von Migrantinnen bei Arztbesuchen

Zielgruppen: Frauen mit Migrationshintergrund

Setting: Anlaufstelle für Anfragen in Graz

Durchführung: Verein SOMM (Selbstorganisation für Migrantinnenund Musliminnen)

Finanzierung: diverse Finanzierungsquellen

Laufzeit: seit 2007

Beschreibung: Die **„Muttersprachliche Sozial-und Gesundheitsassistenz RAHMA"** ist ein von Migrantinnen und Musliminnen in der Steiermark selbstorganisiertes Projekt, das 2015 die „SozialMarie", einen Preis für soziale Innovation gewonnen hat. Die Mitarbeiterinnen von RAHMA arbeiten seit 2007 im Bereich der Gesundheitsförderung und - vorsorge. Sie wurden in einem Lehrgang des EU-Projektes Marhama speziell für diese Aufgabe ausgebildet, wozu interkulturelle Kommunikation und Mediation, Kenntnisse über spezielle Bedürfnisse von Migrantinnen und Musliminnen als Patientinnen, antidiskriminatorisches Bewusstsein, Wissen über Gesundheitseinrichtungen in der Steiermark und dessen Weitergabe an Migrantinnen zählen. Migrantinnen sind in der Versorgung bei gesundheitlichen Problemlagen mit vielfältigen Schwierigkeiten konfrontiert, wie z.B.: (i) sprachliche Hürden durch zu schnelles Sprechen, Verwendung von Fachvokabular in ÄrtzInnengesprächen, Informationsblättern; (ii) mangelnde Aufklärung und Information; (iii) kulturelle, traditionsspezifische, religiöse Bedürfnisse, die nicht bekannt sind oder nicht verstanden werden. Mangelnde interkulturelle Kompetenz in Gesundheitseinrichtungen lassen 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 unbekannten Umfeld Wege zur adäquaten Behandlung zu finden, oder überhaupt zu wissen, welche Möglichkeiten es gibt. Dafür brauchen Migrantinnen/Musliminnen kultur/traditions/religionskundige Mittlerinnen, denen sie Vertrauen schenken können, die sich im Gesundheitswesen auskennen und sprachkundig sind. Sie brauchen Vertrauenspersonen, mit denen sie sich in ihrer Muttersprache austauschen können und durch deren Übersetzung sie verstehen können, was der Arzt/die Ärztin vermitteln will.

RAHMA-Mitarbeiterinnen werden aktiv im Falle von Diskriminierungen. Sie legen Beschwerde ein und ermutigen Betroffene zur Einforderung ihrer Rechte. Sie verweisen bei Bedarf an Ämter, Behörden, Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen, Bildungseinrichtungen weiter. RAHMA organisiert Workshops zu Frauengesundheitsförderung wie Erste-Hilfe-Kurse, Geburtsvorbereitung, psychische Gesundheit, Bewegungsaktivitäten. Zusätzlich wird – nach Vereinbarung – Ernährungscoaching individuell oder für Gruppen angeboten.

Maßnahmen:

- muttersprachliche Begleitung von Migrantinnen bei Arztbesuchen und Ambulanzterminen
- Besuch und Betreuung im Spital sowie in Notsituationen zu Hause
- Aufklärung und Informationsvermittlung
- Abbau von Ängsten und Vorurteilen
- kulturübergreifendes Dolmetschen und kulturspezifisches Dolmetschen, jedoch *kein* professionelles Dolmetschen
- Vermittlung bei Kommunikationsschwierigkeiten aller Art zwischen Beschäftigten im Gesundheitswesen und Patientinnen

- Unterstützung bei der Durchsetzung von Rechten im Gesundheitswesen
- Vermittlung von Seelsorge

Quelle: http://www.somm.at/index.php/projekt-rahma

Website / Kontakt:

Verein SOMM (Selbstorganisation für Migrantinnenund Musliminnen),

http://www.somm.at/index.php/projekt-rahma

3.15. neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen

Themen / Ziele / Zielgruppen: Etablierung einer gesundheitskompetenten Einrichtung für die spezielle Zielgruppe von obdach- u. wohnungslosen Menschen u. Personen mit Unterstützungsbedarf

Setting: mehrere Wohnhäuser / stationäre Einrichtungen in Wien

Durchführung / Finanzierung: Verein neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen

Laufzeit: seit 1999

Beschreibung: *Neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen* 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 betreut durch „neunerhaus Housing First“ finden 450 Menschen ein neues Zuhause. Bei Bedarf wird sozialarbeiterische Begleitung angeboten, die Bewohner sollen aber möglichst selbständig 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 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.

Heute gibt es insgesamt drei Neunerhäuser und über 100 Wohnungen, deren Mieter im Rahmen von „Housing First“ betreut werden. Insgesamt wird hier 500 obdach- und wohnungslosen Menschen ein Zuhause geboten. Im Juni 2015 wurde nach drei Jahren Bauzeit das neu errichtete Neunerhaus in der Hagenmüllergasse im 3. Bezirk eröffnet, das nun 79 statt früher 59 obdachlosen Personen Platz bietet. Es ist außerdem das erste Haus mit ökologischem Passiv-Haus-Standard im Sozialbereich. Außerdem bildet der Bereich Gesundheit einen eigenen Betreuungsschwerpunkt. Seit 2012 hat das Neunerhaus überdies mit dem Projekt Housing First einen innovativen Ansatz in die Wiener Sozialarbeit mit obdachlosen Menschen eingebracht. 2015 wurde das neunerhaus Housing First vom Pilotprojekt zum fixen Angebot der Wohnungslosenhilfe der Stadt Wien.

Zahnarztpraxis: Viele obdach- und wohnungslose Menschen sind mehrfach krank und haben häufig auch schmerzende und schlechte Zähne. Die Neunerhaus-Zahnarztpraxis in der Margaretenstraße 166 hat viermal die Woche insgesamt 16 Stunden Ordination und hilft den Patienten auch bei bürokratischen Hürden, rechtlichen Informationen und bietet die Versorgung unabhängig von Herkunft und Versicherungsstatus an. 2015 wurden hier 1.589 Patienten in 4.499 Behandlungen vorsorgt.

Team neunerhausarzt: Das Team neunerhausarzt ist vor Ort in den Häusern ehemals obdachloser Menschen tätig und arbeitet mit unterschiedlichen Trägerorganisationen zusammen. Ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis, ausreichend Zeit, eine Stärkung der Gesundheitskompetenz und kontinuierliche Hilfe sind die Eckpfeiler.

Arztpraxis: Die neunerhaus Arztpraxis bietet kostenlose allgemeinmedizinische niedergelassene Versorgung für alle wohnungs- und obdachlosen Menschen in Wien ungeachtet ihrer Herkunft oder ihres Versicherungsstatus. Das Angebot ist durch fixe Ordinationszeiten mehrere Tage pro Woche an einem fixen Standort das einzige dieser Art in Wien. Augenscheinlichstes Unterscheidungsmerkmal zu anderen Arztpraxen ist die Kombination von allgemeinmedizinischer und sozialarbeiterischer Hilfe: Sozialarbeiter gewährleisten den unbürokratischen niederschwelligen Zugang für wohnungslose Menschen und bieten Hilfe über allgemeinmedizinische Fragen hinaus.
(Quelle: https://de.wikipedia.org/wiki/Neunerhaus, Stand September 2016)

Website / Kontakt:

www.neunerhaus.at

Maßnahmenkoordinatorin: Mag.a Sandra Stuiber-Poirson, sandra.stuiber-poirson@neunerhaus.at

4. REFERENZEN

Amann, A., Bischof, Ch., Salmhofer, A. (2016): Intergenerationelle Lebensqualität. Diversität zwischen Stadt und Land. Studie im Auftrag des Sozialministeriums; Quelle: http://www.lifelong-learning.at/Wordpress/wp-content/uploads/2016/06/Endbericht-Intergenerationelle-Lebensqualitaet-2016.pdf

Angel, St., Bittschi, B. (2014): Housing and Health. ZEW Discussion Paper No. 14-079; URL: http://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp14079.pdf

Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Brauer, K. (2016): Wie Dörfer schrumpfen – eine Rekonstruktion von Demographisierung, Peripherisierung und Altersaktivierung im ländlichen Raum. In: Arbeitsgemeinschaft ländliche Sozialforschung (Hg.): Protokoll der Sitzung von 20.11.2015, S. 11-42. URL: https://berggebiete.at/cm3/de/download/viewdownload/5/545.html

Brügger, S., Jaquier, A. Sottas, B. (2016): Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger; in: Zeitschrift Gerontol Geriat 49: S. 138–142

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsziele Österreich. Quelle: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Gesundheitsziele_Oesterreich/

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 5. Auflage. URL: http:/www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Cichocki, M., Quehenberger, V., Zeiler, M., Manousek, M., Adamcik, T., 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 (Accepted for publication)

Blaxter, M. (2007): Evidence for the effect on inequalities in health of interventions designed to change behavior. NICE Working Paper, https://www.nice.org.uk/guidance/ph6/documents/evidence-for-the-effect-on-inequalities-designed-to-change-behaviour2

Ganahl, K., Dahlvik, J., Röthlin, F., Alpagu, F., Sikic-Fleischhacker, A., Peer, S., Pelikan, J. M. (2016): Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. URL: www.fgoe.org/der-fonds/infos/gesundheitskompetenz-von-menschen-mit-migrationshintergrund-aus-der-turkei-und-ex-jugoslawien-in-osterreich-2013-die-wichtigsten-ergebnisse-der-studie/2016-09-22.4610130644/download

Geserick, Ch. et al. (2016): Lebenssituationen und Wohntrends in Österreich. ÖIF Working Paper | Nr. 87 | September 2016

Gesundheit Österreich (2016a): Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen. Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesundheitsförderung und -versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes. URL: https://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Menschen_mit_Migrationshintergrund_besser_erreichen.pdf

Gesundheit Österreich (2016b): Handlungsmodule für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für / mit Migrantinnen und Migranten. Methoden- und Erfahrungssammlung im Auftrag der AK Wien. http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/bericht_handlungsmodule_20161107.pdf

Gugutzer, R. (2015) Soziologie des Körpers. 5. Auflage. Transcript Verlag, Reihe Einsichten Themen der Soziologie; Bielefeld

Großmann, K., Schaffrin, A., Smigiel, Ch. (Hg.) (2016): Energie und soziale Ungleichheit. Zur gesellschaftlichen Dimension der Energiewende in Deutschland und Europa. Springer Verlag

Heimann, R. (2016): Habitussensibilität und -analyse in Beratungskontexten sozialer Arbeit; in: Sozialmagazin 12/2016, S. 90-97

Holt-Lunstad, J. et al. (2015): Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review; in: Perspectives on Psychological Science, Vol. 10(2) S. 227-237

Horn, A., Kleina, T., Vogt, D., Koch, M., Schaeffer, D. (2013): Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Literaturrecherche. Bielefeld: Universität Bielefeld. (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).)

Horn, A., Vogt, D., Kleina, T., Schaeffer, D. (2014): Konzepte zur Bewegungsförderung in der Langzeitversorgung – Eine Orientierungshilfe für stationäre Pflegeeinrichtungen. Pflege & Gesellschaft, 19 (2), S. 138-151

IFES (2013): Freiwilliges Engagement in Österreich. Bundesweite Bevölkerungsbefragung 2012

Kickbusch, I., Pelikan, J., Haslbeck, J., Apfel, F., Tsouros, A. D. (2016). Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Kopenhagen: World Health Organization. http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts

Klatt, J. (2011): Entbehrliche der Bürgergesellschaft? Sozial Benachteiligte und Engagement. Bielefeld: transcript Verlag

Klatt, J. (2013): Erst die Arbeit, dann die Beteiligung? Sozial Benachteiligte und BürgerInnengesellschaft; in: Hammer, Katharina (Hg.): BürgerInnenbeteiligung in der Stadt. Zwischen Demokratie und Ausgrenzung? Wien: Tagungsband der AK Wien, S. 17-26; URL: https://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Stadtpunkte_9_.pdf

Klein, Ch., Fröschl, B. et al. (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung. Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Leitfaden im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. URL: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/115_handlungsempfehlngenchancengerechtigkeitgemeinschaftsverpflegung.pdf

Knesebeck, O.v.d., Schäfer, I.(2009): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In: ichter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (2. Auflage), S. 253-265

Kolland, F., Wanka, A., Heinrich, M. (2014): Good Practice in der Seniorenbildung. URL: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/9/5/CH3434/CMS1451944388768/soziale-themen_seniorinnenpolitk_lebenslanges-lernen-good-practice-projekte_2014.pdf

Krajic, K., Cichocki, M., Hesse, S., Quehenberger, V., Weisz, T., Wieczorek, C. (2016): Evaluation des Projekts „Gesundes SeniorInnen-Wohnhaus". Erhebungen und Analysen in den Bereichen Angehörige, MitarbeiterInnen, BewohnerInnen und Roll-Out/ Überführung des Gesamtprojekts in den Organisationsalltag. FORBA

Krajic, K, Dötig, C. (2017): Gesundheit hat kein Alter – Transfer Steiermark: Ergebnisse der Abschlussevaluation. Forschungsbericht FORBA, Wien

Kröger, H., Kroh, M., Kroll, L. E., Lampert, Th. (2017): Einkommensunterschiede in der Mortalität in Deutschland. Ein empirischer Klärungsversuch; in: Zeitschrift für Soziologie 46(2), S. 124-146

Kuhlmey, A. (2009): Chronische Krankheit in der Lebensphase Alter. In: Schaeffer, D. (Hg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Verlag Hans Huber, Bern, S. 357-368

Lampert, T., Hoebel J., Kuntz, B., Fuchs, J., Nowossadeck, E. (2017): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. Health inequality in old age. PublicHealthForum 25 (2). S. 140-144

Mairhuber, I., Sardadvar, K. (2016): Erwerbstätige pflegende Angehörige in Österreich: Herausforderungen im Alltag und für die Politik; FORBA-Fachgespräch, 21.11.2016, Wien

Marent, B., Wieczorek, C., Schmied, H., Horn, A., Kleina, T., Schäffer, D., Dür, W. (2014): Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementation eines Mobilitätsprogramms. DOI 10.1007/s11553-014-0463-0. Prävention und Gesundheitsförderung, 2014 (4), 298-304.Mewes, Jan (2010): Ungleiche Netzwerke – Vernetzte Ungleichheit. VS-Verlag

Mielck A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.

Nöbauer, B., Maun, H. (2015): Partizipative Zugänge zur Planung von Leistungen für ältere Menschen im Sozialraum. Ein Beispiel aus Oberösterreich. In:: Wüthrich, B., Amstutz, J., Fritze, A. (Hg.): Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten. Springer VS, S. 111-129

Ökosoziales Forum (2014): Ökosozialer Mobilitätskompass. Ein Leitfaden für nachhaltige Mobilität im ländlichen Raum. URL: http://ökosozial.at/

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, 2014 (9), S. 1853-1864

Putnam, R. D. (Hg.) (2001): Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich. Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh

Rameder, P. et al. (2016): Der soziale Brutkasten: Wie gesellschaftliche Innovationen besser gelingen. Bedingungen der Entstehung, Umsetzung und Verbreitung, am Beispiel des österr. Gesundheitssektors. WU-Wien

Sander, T. (Hg.) (2014): Habitussensibilität. Eine neue Anforderung an professionelles Handeln. Springer VS

Schäffler, H., Biedermann, A., Salis Gross, C. (2013): Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz; URL: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/Via_-_Bericht_Soziale_Teilhalbe_-_Angebote_gegen_Vereinsamung_und_Einsamkeit_im_Alter.pdf

Schaeffer, D. (Hg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Verlag Hans Huber, Bern

Schaeffer, Doris, Petermann, Franz (2015) Patientenberatung / Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/patientenberatung-patientenedukation/

Schaeffer, D., Pelikan, J. (Hg.) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe

Schmid, Th. (2017): Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit älterer Menschen. Eine theoriebasierte Analyse wesentlicher Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit bei Personen von 60 Jahren und älter mit besonderer Berücksichtigung der österreichischen Situation. Bachelor-Arbeit Soziologie Universität Wien

Soom Ammann, E., Salis Gross, C. (2011): Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts ‚Best Practice Gesundheitsförderung im Alter'. URL: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/Via_-_Best-Practice-Studie_Schwer_erreichbare_und_benachteiligte_Zielgruppen.pdf

Spicker, I., Lang, G. (2011): Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen. URL: http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/kommunale-gesundheitsforderung-mit-fokus-auf-altere-menschen

Siegrist, J., Marmot, M. (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern, Hans Huber Verlag

Statistik Austria (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien

Statistik Austria (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Wien

Strube, A., König, J., Hanesch, W. (2015): Partizipations- und Teilhabeprozesse benachteiligter älterer Menschen fördern, begleiten und (mit)gestalten; in: Van Rießen, A. et al. (Hg.): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Springer VS, S. 185-206

Stürzenbecher, S., Wagreich, T. (2012): Mobilitätsintervention „Bewegtes Leben". Soziale Sicherheit, 2012 (2), 87-89

Wanka, A. et al. (2012): Einen kühlen Kopf bewahren? Verhaltensstrategien älterer Menschen in Hitzeperioden - Ergebnisse des STOPHOT-Projekts. In: Klimaforschungsinitative AustroClim, Tagungsband 13. Österreichischer Klimatag

Wanka, A. et al. (2014): The challenges posed by climate change to successful ageing. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 47(6): 468-474