

Aktiv und gesund altern in Österreich

Erstellt von Gabriele Antony, Andrea Fried, Katharina Habimana, Herwig Ostermann unter
Mitarbeit von Jennifer Delcour, Bettina Engel, Robert Griebler (Gesundheit Österreich GmbH)

Inhalt

1 Einleitung	1
2 Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität älterer Menschen in Österreich	6
2.1 Aktuelle Situation und Rahmenbedingungen	6
2.2 Bestehende Strategien und Maßnahmen (auf Bundesebene)	12
2.2.1 Übergreifende Gesundheitsstrategien	12
2.2.2 Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.....	13
2.2.3 Digitalisierung und assistive Technologien	16
2.2.4 Gesundheitsleistungen und Krankenbehandlung mit Fokus auf Ältere und Hochaltrige	18
3 Soziale Sicherheit, Chancengleichheit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt in der Gesellschaft	20
3.1 Aktuelle Situation und Rahmenbedingungen	20
3.2 Bestehende Strategien und Maßnahmen (auf Bundesebene)	26
3.2.1 Strategien und Maßnahmen in den Bereichen Teilhabe und Partizipation.....	27
3.2.2 Gesundheitsförderung durch freiwilliges Engagement und Förderung der intergenerationalen Solidarität	28
3.2.3 Materielle Absicherung im Alter und längerer Verbleib im Erwerbsleben	30
4 Darstellung möglicher Entwicklungsfelder und Schlussfolgerungen	33
Literaturverzeichnis	35

1 Einleitung

Das Thema aktives Altern hat in den letzten Jahren international und national an Bedeutung gewonnen. Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung steigt. Bis zum Jahr 2050 wird mehr als jede zehnte Person in Österreich 80 Jahre oder älter sein (siehe OECD¹ 2017). Der Anteil der Menschen im Alter von 65 Jahren und darüber wird auf nahezu ein Drittel der Bevölkerung steigen (Statistik Austria 2018a). Doch nicht nur die Anzahl der älteren Menschen steigt, es entwickelt sich auch eine neue Sichtweise des Älterwerdens: Alter wird zunehmend als eigenständiger, plan- und gestaltbarer Lebensabschnitt betrachtet.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie gut Gesellschaften auf diese Entwicklungen eingestellt sind. Seit den 1990er-Jahren wurde das Thema aktives Altern international verstärkt aufgegriffen, es wurden dazu zahlreiche Rahmenprogramme und Strategien entwickelt. Zu erwähnen sind hier insbesondere der *Madrid International Plan of Action on Ageing* (Political Declaration 2002), der im Zuge der zweiten UN-Weltversammlung über das Altern im Jahr 2002 verabschiedet wurde, das *Active ageing policy framework* (WHO² 2002) und der *Global strategy and action plan on ageing and health* der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2017). Des Weiteren finden sich spezifische Ziele in Bezug auf Ältere in der *Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDG)* der Vereinten Nationen (UN) (United Nations 2015; WHO 2017). Außerdem wurde das Europäische Jahr 2012 dem aktiven Altern und der generationenübergreifenden Solidarität gewidmet. In diesem Zusammenhang wurden beispielsweise Leitlinien und ein Index für aktives Altern entwickelt (Europäische Kommission 2014).

Die genannten Rahmenprogramme und Strategien basieren auf unterschiedlichen Definitionen und Konzepten. So versteht etwa die WHO unter aktivem Altern den „Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (WHO 2002). Sie nimmt damit eine lebenszyklische Betrachtungsweise ein und unterstreicht die aktive gesellschaftliche Rolle älterer Menschen. Dabei geht der „Lebenszyklus-Ansatz“ (*life course approach*) auch davon aus, dass im Laufe von Lebensjahren verschiedenste Einflüsse auf die Gesundheit und das Wohlbefinden positiv oder negativ wirken (Fredriksen-Goldsen et al. 2017; Gubernskaya 2015; Kok et al. 2017).

¹ OECD steht für Organization for Economic Cooperation and Development.

² WHO steht für World Health Organization.

Jüngere WHO-Publikationen erweitern das ursprüngliche Konzept um den Begriff gesundes Altern, der als „Prozess der Entwicklung und Erhaltung der Funktionsfähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht“, definiert ist. In diesem Kontext wird der Begriff Gesundheit als Fähigkeit einer Person verstanden, jene Dinge zu tun, die ihr wichtig sind (WHO 2017). Andere Institutionen wiederum wie die Europäische Union (EU) und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), richten den Fokus des aktiven Alterns stärker auf die Arbeitsmarkt- und Pensionspolitik und stellen auf Maßnahmen ab, die auf eine Verlängerung des Erwerbslebens abzielen (vgl. *Active Ageing Index* der Europäischen Kommission und UNECE³ [Zaidi et al. 2017]).

Der *Global strategy and action plan on ageing and health* der WHO hat einen Zeithorizont bis 2020 und sieht vor, dass - aufbauend auf den gesammelten Erfahrungen - Anfang 2020 ein Entwurf für eine *Decade of Healthy Ageing 2020–2030* vorliegt, um die Implementierung geeigneter Strategien bzw. Maßnahmen für Gesundheit und Alter auf nationaler und internationaler Ebene zu unterstützen und die Entwicklungen mit geeigneten Kennzahlen zu beobachten. (WHO 2017)

Um über eindimensionale Indikatoren (z. B. Lebenserwartung, Abhängigkeitsquotient) hinaus die Lebenssituation älterer Menschen bestmöglich abzubilden, wurden mehrdimensionale Indizes entwickelt, die zum Ziel haben, die Fortschritte einzelner Länder hin zu einem gesunden und aktiven Altern zu messen. Auch wenn es dabei noch kein allgemein anerkanntes theoretisches und methodisches Konzept zur Analyse und Evaluierung des Wohlergehens der älteren Bevölkerung gibt (Pavlova et al. 2016), stellen insbesondere die Arbeiten des interdisziplinären Forschungsnetzwerks zur alternden Gesellschaft an der Columbia University (New York) eine taugliche Grundlage für vertiefende Analysen und auch den analytischen Rahmen für den folgenden Beitrag dar (Chen et al. 2018). Der *Ageing Society Index* (mehrdimensionaler Index einer alternden Gesellschaft) bildet dabei ab, wie gut einzelne Länder auf die demografischen Entwicklungen vorbereitet sind, und berücksichtigt folgende Dimensionen (siehe auch Abbildung 1):

- Produktivität und Engagement: Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe älterer Menschen, entweder durch Erwerbs- oder freiwillige Arbeit
- Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität: die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, die auf einem profunden Verständnis der Bedürfnisse älterer Menschen basiert
- Gerechtigkeit: ausgewogene Verteilung von Ressourcen innerhalb der älteren Bevölkerung

³ UNECE steht für United Nations Economic Commission for Europe.

- Zusammenhalt: Verbundenheit und Solidarität innerhalb der Generationen und zwischen ihnen
- Sicherheit: Gewährleistung ökonomischer und persönlicher Sicherheit

Jede dieser Dimensionen umfasst zwei bis fünf Kennzahlen (siehe Abbildung 1), die auf OECD- und WHO-Daten basieren. Österreich befindet sich dabei im Vergleich von 18 OECD-Ländern mit 50 von 100 erreichbaren Punkten im Mittelfeld. An der Spitze des Rankings liegen Norwegen mit 65 Punkten, Schweden mit 62 sowie die USA und die Niederlande mit je 60 Punkten. Die Schlusslichter bilden Estland mit 33, Polen mit 31 und Ungarn mit 23 Punkten. (Chen et al. 2018)

Abbildung 1: Indikatoren des mehrdimensionalen Index der alternden Gesellschaft

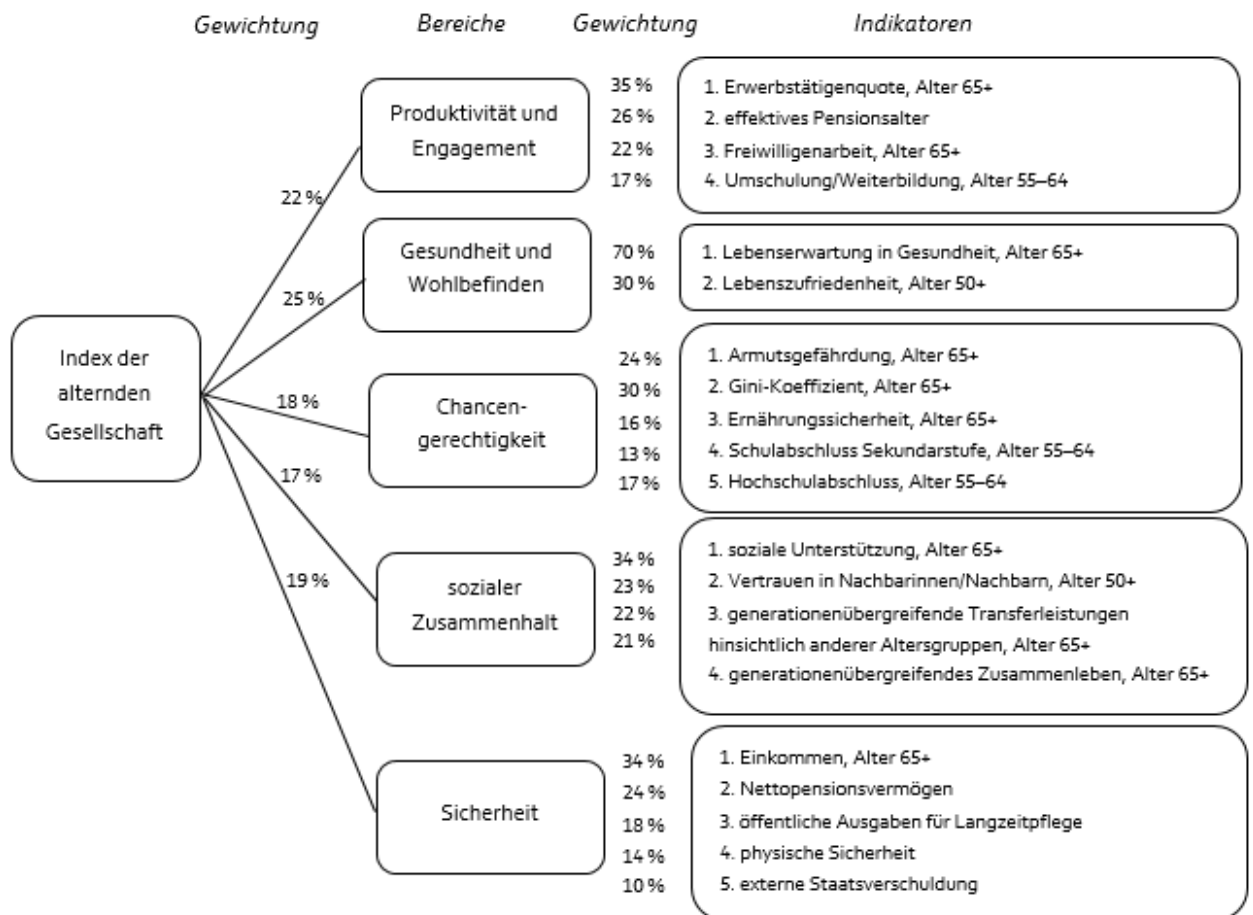


Abbildung: GÖG nach Chen et al. (2018)

Um detaillierte Hinweise auf die Situation in Bezug auf gesundes und aktives Altern sowie einen allfälligen Handlungsbedarf ableiten zu können, ist es nach Meinung der Autorinnen und Autoren der Untersuchung vor allem erforderlich, Unterschiede in den einzelnen Dimensionen bzw. Kennzahlen zu analysieren (Chen et al. 2018). Dieser Empfehlung folgend, wird der vorliegende Beitrag folgende Punkte behandeln:

1. Vorstellung ausgewählter Indikatoren für die fünf Dimensionen in zwei Kapiteln:
Da eine exakte Abbildung der Indikatoren des *Ageing Society Index* für Österreich aufgrund der Datenverfügbarkeit nicht durchgängig möglich ist, wird teilweise auf alternative, aussagekräftigere Indikatoren zurückgegriffen. Tabelle 1 bietet einen Überblick über die in diesem Bericht verwendeten und in Kapitel 2.1 sowie Kapitel 3.1 dargestellten und beschriebenen Kennzahlen.

Tabelle 1: Übersicht der dargestellten Indikatoren

Kapitel	Kategorie gemäß Chen et al. 2018	dargestellte Indikatoren
Kapitel 2 Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität älterer Menschen in Österreich	Wohlbefinden	Lebenszufriedenheit 75+ Lebenserwartung 65+ gesunde Lebensjahre 65+ gut / sehr gut eingeschätzte Gesundheit 65+ unerfüllter Bedarf an Gesundheitsleistungen 65+ lang andauernde Gesundheitsprobleme 65+ depressive Symptome 65+ Verzehr Obst und Gemüse 65+ körperliche Aktivität 65+ Alkoholkonsum 65+ Tabakkonsum 65+
Kapitel 3 Soziale Sicherheit, Chancengleichheit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt in der Gesellschaft	Produktivität und Engagement, Chancengleichheit, sozialer Zusammenhalt, Sicherheit	Erwerbstätigenquote 55–64 freiwilliges Engagement nach Altersstufen Teilnahme an Bildung/Weiterbildung 55–64 Arbeitslosenquote 55–64 Armutbedrohung 65+ dauerhafte Armutsgefährdung 65+ Gini-Koeffizient Bildungsabschlüsse sekundär und tertiär 55–64 geleistete informelle Pflege 65+ Sozialschutzausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) Pensionsausgaben pro Person öffentliche Ausgaben für Langzeitpflege in Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben

Zusammenstellung: GÖG

2. Beschreibung der zum Thema aktives Altern bestehenden Rahmenbedingungen und Maßnahmen (Kapitel 2.2 und 3.2): Im Fokus der Auswahl stehen dabei Rahmenbedingungen, Maßnahmen und Projekte, die österreichweit (auf Bundesebene) vorhanden sind und die Lebensqualität älterer Menschen positiv beeinflussen (Kapitel 2.2) sowie ihre soziale Absicherung und Teilhabe, das freiwillige Engagement und den sozialen Zusammenhalt sowie die Chancengleichheit in der Gesellschaft fördern (Kapitel 3.3).
3. Aufzeigen möglicher Handlungsfelder für Österreich und entsprechender Schlussfolgerungen (Kapitel 4)

2 Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität älterer Menschen in Österreich

Gesundheit wird im Sinne der WHO als „Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948) verstanden. Neben Einflüssen im Lebensverlauf spielen soziale Determinanten (z. B. Unterstützung durch Familie oder Freundinnen bzw. Freunde, Arbeitsbedingungen, Gestaltung des öffentlichen Raumes, Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen) und individuelle Bedürfnisse eine wichtige Rolle.

Das Konzept der Lebensqualität umfasst einerseits objektive Bedingungen der Lebenssituation und andererseits deren subjektive Bewertung im Sinne von Zufriedenheit und Wohlbefinden (BMASK 2015). Zu diesen objektiven Bedingungen zählen beispielsweise die Ausstattung mit materiellen, kulturellen oder sozialen Ressourcen und der Zugang zu kollektiven Gütern. In der Literatur findet sich der Hinweis, dass für Lebensqualität im Alter vor allem physische und psychische Gesundheit, persönliche Unabhängigkeit, Lebenszufriedenheit, soziale Beziehungen sowie die eigene Identität von Bedeutung sind (Kolland et al. 2011).

2.1 Aktuelle Situation und Rahmenbedingungen

Abbildung 2 gibt einen Überblick über zehn Indikatoren im Bereich Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität und stellt die letztverfügbaren Werte für Österreich im Vergleich zu den verfügbaren Werten der EU-Länder dar.

Abbildung 2: Indikatoren in der Domäne Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität

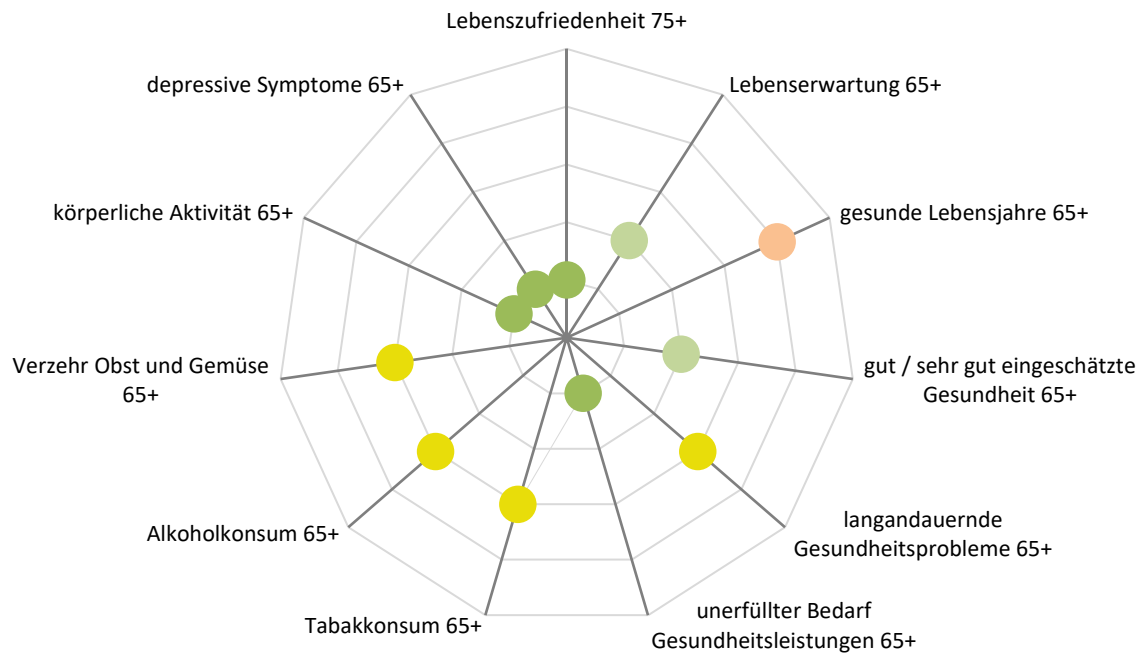


Tabelle 2: Indikatoren in der Domäne Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität: Bewertung der Lage Österreichs im EU-Vergleich

	AT	MW EU	Bewertung*
Lebenszufriedenheit 75+	7,6	6,6	1
Lebenserwartung 65+ m	18,4	17,5	2
Lebenserwartung 65+ w	21,7	21,1	2
gesunde Lebensjahre 65+ m	8,2	8,9	4
gesunde Lebensjahre 65+ w	7,4	9,1	4
gut / sehr gut eingeschätzte Gesundheit 65+	44,6	36,3	2
lang andauernde Gesundheitsprobleme 65+	62,4	62,8	3
unerfüllter Bedarf an Gesundheitsleistungen 65+	0,3	3,7	1
Tabakkonsum 65+	7,3	8,0	3

	AT	MW EU	Bewertung*
Alkoholkonsum 65+	14,2	12,7	3
Verzehr von Obst und Gemüse 65+	77,7	71,4	3
körperliche Aktivität 65+	68,8	33,7	1
depressive Symptome 65+	5,0	9,1	1

Erläuterung: Die Punkte im Spinnendiagramm beschreiben die Bewertung des Österreichwerts im Vergleich zu den verfügbaren EU-Ländern (die Bewertung entspricht der Lage in Quintilen: 1. Quintil = grün, 2. Quintil = hellgrün, 3. Quintil = gelb, 4. Quintil = hellorange, 5. Quintil = orange)

*Die Bewertung ergibt sich aus dem Wert in der Spalte AT, wobei die Zielrichtung der jeweiligen Indikatoren die Reihung bestimmt (je näher am Mittelpunkt, desto besser der österreichische Wert im Vergleich zu anderen EU-Ländern). In der Spalte MW EU ist der Mittelwert der für den Vergleich verfügbaren Daten bzw. herangezogenen EU-Länder dargestellt.

Quelle: Eurostat-Datenbank, OECD-Datenbank, Detailquellen einzelner Indikatoren im Fließtext; Darstellung: GÖG

Die über 75-jährigen Österreicherinnen und Österreicher schätzten im Jahr 2013 ihre **Lebenszufriedenheit** mit durchschnittlich 7,6 von 10 Punkten vergleichsweise hoch ein (Eurostat⁴ 2019f; siehe auch Abbildung 2). Mit durchschnittlich 7,7 Punkten waren Männer zufriedener als Frauen dieser Altersgruppe (durchschnittlich 7,5 Punkte). Mit steigender Bildung erhöhte sich auch bei den über 75-Jährigen die allgemeine Lebenszufriedenheit (Stufen 0-2: 7,4 Punkte; Stufen 3 und 4: 7,7 Punkte und Stufen 5-8: 8,2 Punkte)⁵.

Die fernere **Lebenserwartung mit 65 Jahren** betrug 2016 in Österreich für Männer 18,4 und für Frauen 21,7 Jahre (OECD 2019b), damit liegt Österreich im EU-Vergleich relativ gut (siehe auch Abbildung 2). Die Lebenserwartung bei der Geburt lag in Österreich im Jahr 2018 bei 79,3 Jahren für Männer und bei 84,0 Jahren für Frauen (Statistik Austria 2019a). Eine Auswertung von Daten aus dem Jahr 2014 zeigt, dass Menschen mit höherer Bildung eine höhere Lebenserwartung (M: 83,3 Jahre und F: 85,6 Jahre) haben, während Menschen mit geringerer Bildung eine niedrigere Lebenserwartung aufweisen (M: 76,5 Jahre und F: 82,8 Jahre) und dieser

⁴ Eurostat steht für statistisches Amt der Europäischen Union.

⁵ Die Internationale Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED) unterscheidet acht Stufen der Ausbildung. Die Stufen 0-2 umfassen die ersten 4 Jahre der Neuen Mittelschule und der Unterstufe der AHS. Die Stufen 3 und 4 umfassen den Sekundarbereich II (z. B. polytechnische Schulen, Berufsschulen und Lehren, BMS, BHS bis zum 3. Jahr, Oberstufe AHS sowie Ausbildungen für Gesundheitsberufe) und den postsekundären, nichttertiären Bereich (z. B. Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sowie manche Lehrgänge an Universitäten oder Fachhochschulen). Die Stufen 5-8 umfassen den tertiären Bildungsbereich (z. B. Studium, aber etwa auch Meisterschulen und Kollegs; OeAD o. J.).

Unterschied bei den Männern wesentlich deutlicher ausgeprägt ist. So versterben Männer mit geringerer Bildung 6,8 Jahre früher als Männer insgesamt. (Baldaszi et al. 2018)

Allerdings verbringen Männer und Frauen ihre (letzten) Jahre nicht immer in guter Gesundheit. Jüngste Eurostat-Daten zeigen, dass die Anzahl der gesunden Lebensjahre in Österreich zwischen 2010 und 2016 bei Männern von 59,4 Jahren auf 57,0 Jahre und bei Frauen von 60,8 Jahren auf 57,1 Jahre zurückgegangen ist. Österreicherinnen ab 65 Jahren haben eine gesunde Lebenserwartung von 7,4 Jahren, das entspricht 34,3 Prozent der totalen Lebenserwartung. Österreicher ab 65 Jahren können mit 8,2 Jahren **gesunder Lebenserwartung** rechnen, sie verbringen damit deutlich mehr ihrer Jahre ab 65, nämlich 44,5 Prozent der totalen Lebenserwartung, in Gesundheit als Frauen (Eurostat 2019j). Österreich liegt beim Indikator gesunde Lebensjahre sowohl für Männer als auch Frauen unter dem EU-Schnitt (Männer: AT: 8,2 Jahre, EU: 8,9 Jahre; Frauen: AT: 7,4 Jahre, EU: 9,1 Jahre; siehe auch Abbildung 2). Zudem berichteten 62,4 Prozent der über 65-jährigen Österreicherinnen und Österreicher im Jahr 2017 über **lang andauernde Gesundheitsprobleme**. Damit befindet sich Österreich im Mittelfeld der EU-Länder mit verfügbaren Daten (siehe auch Abbildung 2). Der Anteil der Frauen war hier mit 65,1 Prozent höher als jener der Männer mit 58,9 Prozent (Eurostat 2019k).

Dieser geschlechterspezifische Unterschied zeigt sich auch beim im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS⁶ 2014) erhobenen **selbsteingeschätzten Gesundheitszustand**⁷, im Zuge derer 44,6 Prozent der Befragten über 65 angaben, bei sehr guter oder guter Gesundheit zu sein (OECD 2019c; siehe auch Abbildung 2), wobei Frauen aber mit 41,2 Prozent (im Vergleich zu Männern mit 48,9 %) einen entsprechend geringeren Wert aufweisen. Dies wird einerseits auf die höhere Lebenserwartung von Frauen und andererseits auf eine höhere Krankheitslast sowie vermehrte Einschränkungen im Alltag zurückgeführt (Griebler et al. 2017).

Nur 0,3 Prozent der über 65-Jährigen berichteten im Jahr 2017 über einen **nichterfüllten Bedarf an ärztlicher Untersuchung oder Behandlung**. Damit liegt Österreich deutlich unter dem Durchschnitt der EU-28 (2,5 %). Als Gründe für einen unerfüllten Bedarf werden dabei etwa hohe Kosten, zu weite Anreisewege oder die Aufnahme in eine Warteliste gesehen. (Eurostat 2019i)

Fünf Prozent der über 65-jährigen Österreicherinnen und Österreicher gaben im Jahr 2014 selbst an, unter **depressiven Symptomen** zu leiden, im EU-Durchschnitt sind es 9,2 Prozent (Eurostat 2019a). In einem Forschungsprojekt in Bezug auf die soziale Teilhabe Älterer wurde

⁶ ATHIS steht für Austrian Health Interview Survey.

⁷ umfasst körperliche, psychische und soziale Aspekte der Gesundheit

jedoch kürzlich festgestellt, dass fast ein Viertel der älteren Menschen (ab 50 Jahren) Anzeichen einer Depression zeigt, und zwar mehr Frauen als Männer (25,6 % vs. 14,8 %). Unabhängig vom Geschlecht weist die Altersgruppe 75+ hier den höchsten Wert auf (29,6 %). (Amann et al. 2018)

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) gaben 45 Prozent der Frauen und 31 Prozent der Männer über 60 Jahre in Österreich an, täglich Obst und Gemüse zu essen – bei den ab 15-Jährigen waren es 35 Prozent. 31 Prozent der ab 60-jährigen Männer und 18 Prozent der ab 60-jährigen Frauen essen täglich weder Obst noch Gemüse (Griebler et al. 2017). Insgesamt gaben 2014 fast 78 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher ab 65 Jahren an, täglich mindestens eine Portion **Obst und Gemüse** zu essen (siehe auch Abbildung 2; Eurostat 2019o), damit liegt Österreich hier im unteren EU-Mittelfeld.

Das wöchentliche Bewegungsausmaß der 60- bis 69-Jährigen beträgt rund elf Stunden, ab 70 Jahren sinkt es auf rund fünf Stunden. Im Durchschnitt bewegen sich Männer aller Altersgruppen in Österreich rund 17 Stunden und Frauen rund 13 Stunden pro Woche (IFES 2017). Eurostat-Daten zeigen, dass fast 70 Prozent der über 65-Jährigen regelmäßig gesundheitsfördernde (nichtarbeitsbezogene) aerobe **Bewegung** machen. Im Vergleich der EU-Länder liegt Österreich damit in diesem Bereich im obersten Fünftel (Eurostat 2019m).

Insgesamt **rauchen** in Österreich in der Gruppe der ab 15-jährigen Personen (rund 1,76 Mio.) rund 24 Prozent täglich. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der täglich Rauchenden ab. Im Vergleich der EU-Länder liegt Österreich mit 7,3 Prozent täglichen Raucherinnen und Rauchern bei der Gruppe der über 65-Jährigen etwa im EU-Mittelfeld (siehe auch Abbildung 2; Eurostat 2019n).

Der Anteil der **regelmäßig Alkoholkonsumierenden** (an fünf oder mehr Tagen pro Woche) nimmt hingegen mit dem Alter zu: von 2 Prozent der 15- bis 29-Jährigen auf 15 Prozent der über 60-Jährigen (Bachner et al. 2018b; Griebler et al. 2017). Im Vergleich mit anderen EU-Ländern liegt Österreich hier im mittleren Fünftel (siehe auch Abbildung 2; Eurostat 2019h).

Österreich weist im internationalen Vergleich einen hohen **Anteil von Personen mit schwacher Gesundheitskompetenz** auf (Griebler et al. 2017). Dabei umfasst Gesundheitskompetenz das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf beitragen (Sørensen et al. 2012). Während 42 Prozent der ab 55-jährigen Österreicherinnen und Österreicher eine ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz aufweisen, sind es bei der Gruppe der 15- bis 54-Jährigen 51 Prozent. Frauen verfügen dabei

häufiger über eine ausreichende bis ausgezeichnete Gesundheitskompetenz als Männer in diesem Alter (46 vs. 38 Prozent in der Gruppe der über 55-Jährigen). Im Rahmen der europäischen Gesundheitskompetenz-Erhebung (HLS-EU 2012) wurde zudem festgestellt, dass Geschlecht, Bildungsstand, finanzielle Deprivation und selbsteingeschätzter sozialer Status wesentliche Einflussfaktoren der Gesundheitskompetenz darstellen (Pelikan/Ganahl 2017). So haben beispielsweise Personen, die aufgrund geringer Bildung oder begrenzter Möglichkeiten des Zugangs zu finanziellen oder sozialen Ressourcen benachteiligt sind, größere Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden, als Personen mit höherer Bildung oder gutem Zugang zu Ressourcen (Schaeffer et al. 2018).

Im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz spielt auch der Umgang mit **Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT)** eine zunehmende Rolle. Für „E-Health-Literacy“ sind neben individuellem Gesundheitsstatus und Bildungsstand auch die persönlichen Technologieanwendungsfähigkeiten ausschlaggebend. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass ältere Menschen öfter Schwierigkeiten in der IKT-Nutzung aufweisen als jüngere (Norman/Skinner 2006). Der Begriff „digital divide“ weist auf die (sozialen) Ungleichheiten im Zusammenhang mit der Nutzung von IKT hin, wobei Alter und Geschlecht eine wesentliche Rolle spielen. Bei den über 50-Jährigen zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter die Nutzung von IKT abnimmt, Frauen aber schon in jüngerem Alter weniger IKT verwenden. Außerdem beeinflusst die Bildungsaktivität das Medienverhalten älterer Frauen und Männer stark. (Kolland et al. 2011)

Rund 80 Prozent der über 50-jährigen Österreicherinnen und Österreicher verfügen über einen **Internetanschluss**, von den 75-jährigen und Älteren nur 47,8 Prozent. Ein Unterschied zeigt sich hier auch im Vergleich der Bildungsgruppen: 63,7 Prozent der über 50-Jährigen mit Pflichtschulabschluss haben einen Internetzugang, bei Universitätsabsolventinnen und -absolventen sind es hingegen 98 Prozent. (Amann et al. 2018)

Zusammenfassend lässt sich also für Österreich im Bereich „Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität in der älteren Bevölkerung“ im europäischen Vergleich ein recht positives Zeugnis ausstellen, das insbesondere die Bereiche Lebenserwartung, Lebenszufriedenheit, selbsteingeschätzte und psychische Gesundheit sowie Bewegung umfasst. Möglichkeiten zur Verbesserung bestehen insbesondere in den lebensstilbezogenen Bereichen wie Tabak- und Alkoholkonsum sowie Ernährung, zudem weisen lang andauernde Erkrankungen in Verbindung mit einer vergleichsweise unterdurchschnittlichen gesunden Lebenserwartung auf die Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention über den Lebenszyklus hinweg, insbesondere aber auch bei der älteren Bevölkerung, hin. Dabei gilt es auch geschlechts- und einkommensbezogene Unterschiede zu berücksichtigen.

2.2 Bestehende Strategien und Maßnahmen (auf Bundesebene)

International herrscht Übereinstimmung, dass sowohl die Stärkung von Gesundheitsförderung und -vorsorge als auch die Umorientierung des Gesundheitssystems von der Akutmedizin hin zu einer koordinierten und umfassenden Versorgung der im Alter zunehmenden chronischen Erkrankungen für die rapid wachsende Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen von entscheidender Bedeutung sind (WHO 2017). Wie in Tabelle 3 überblicksmäßig dargestellt, wurden auch in Österreich in den vergangenen Jahren zahlreiche Strategien und Maßnahmen entwickelt, die ein gesundes und aktives Altern entweder unmittelbar oder als Teilbereich adressieren.

2.2.1 Übergreifende Gesundheitsstrategien

In Österreich bilden die zehn **Gesundheitsziele Österreich** einen strategischen Rahmen zur Stärkung gesundheitsbezogener Aspekte in den Bereichen Lebens- und Arbeitsbedingungen, Chancengerechtigkeit, Gesundheitskompetenz, natürliche Lebensgrundlagen, sozialer Zusammenhalt, gesundes Aufwachsen, Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Sie wurden im Jahr 2012 vom Ministerrat beschlossen und werden seit 2013 in politikfeldübergreifenden Arbeitsgruppen bearbeitet. Sie gelten als wichtiger Schritt zur nationalen Umsetzung des europäischen Rahmenkonzepts *Gesundheit 2020* und wurden vom Europäischen Regionalbüro der WHO als Good-Practice-Beispiel eingestuft (Gesundheitsziele Österreich 2019). Auf das Thema Altern wird insbesondere im Gesundheitsziel 1, „Gemeinsam gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen schaffen“, Bezug genommen. Für das Erreichen des dortigen Wirkungsziels 3, „Menschen jeden Alters die Möglichkeit geben, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und eine aktive Rolle einzunehmen“, wird beispielsweise die Maßnahme eines politikfeldübergreifenden Dialogs zur gemeinsamen Strategie *Aktives Altern* (mit dem Fokus auf soziale Teilhabe) umgesetzt. (BMGF 2017b)

Aufbauend auf dem Gesundheitsziel 2, „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen“, liegt mit dem **Aktionsplan Frauengesundheit** ein weiteres Dokument vor, das explizit die ältere Bevölkerung adressiert: Konkret soll damit durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für ältere Frauen sichergestellt werden, dass es diesen ermöglicht wird, „ihre Selbsthilfefähigkeiten zu erhalten sowie selbstbestimmt und autonom zu leben“. (BMGF 2017a)

Tabelle 3: Überblick über Strategien und Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität

relevante Strategien, Gesetze und Rahmenprogramme in Österreich	beispielhafte Maßnahmen
Gesundheitsziele Österreich Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie Nationaler Aktionsplan Bewegung (NAP.b) Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e) Aktionsplan Frauengesundheit Diabetesstrategie Österreichische Demenzstrategie Suchtpräventionsstrategie Nationale Alkoholpolitik und -maßnahmen (CNAPA) Strategie zur Gesprächsqualität in der Primärversorgung Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz Zielsteuerung-Gesundheit Bundesplan für Seniorinnen und Senioren Regierungsprogramm der XXVI. Gesetzgebungsperiode (2017–2019) u. a.	Frühe Hilfen Mutter-Kind-Pass Impfprogramme Vorsorgeprogramme Tabakinitiative YOLO Fit Sport Austria Bündnis gegen Depression Mental Health Report SUPRA Stärkung der multidisziplinären Primärversorgungseinheiten Kampagne „Mach den ersten Schritt“ Projekte gegen Polypharmazie Ausbau der Akutgeriatrie und Remobilisation Stufenplan für die und Erweiterung der Palliativ- und Hospizversorgung Ausbau der tagesklinischen Angebote Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen (FGÖ) u. a.

Zusammenstellung: GÖG

2.2.2 Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Folgt man dem Lebenszyklus-Modell, haben Maßnahmen, die ein gesundes Aufwachsen von Kindern aus allen Bevölkerungsgruppen fördern, langfristig auch positive Auswirkungen auf gesundes und aktives Altern im späteren Lebensverlauf (Wilkinson/Marmot 2004). Das Spektrum der Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote für Kinder und Jugendliche ist in Österreich breit. Als Erfolgsmodell gilt der im Jahr 1974 eingeführte **Mutter-Kind-Pass** zur gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder bis zum 5. Lebensjahr des Kindes. Der Mutter-Kind-Pass wird derzeit überarbeitet und den veränderten Gesundheitsrisiken moderner Gesellschaften angepasst. Im Regierungsprogramm der XXVI. Gesetzgebungsperiode (2017–2019) wurde eine Weiterentwicklung des dortigen Leistungsspektrums bis zum 18. Lebensjahr vorgesehen (Bundesregierung 2017). Als weitere relevante Präventions-

angebote sind hier auch die kostenfreien **Impfprogramme** für Säuglinge, Klein- und Schulkinder zu nennen. Im Erwachsenenalter und für ältere Menschen stehen die **Vorsorgeuntersuchungen und Screeningprogramme** zur Verfügung.

Im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie und des Gesundheitsziels zum gesunden Aufwachsen wurden zudem mit der österreichweiten Einführung der **Frühen Hilfen**, eines Programms für Schwangere und (werdende) Eltern von Kindern bis zu drei Jahren, die sich in belastenden Lebenssituationen befinden, wichtige Impulse gesetzt (BMGF 2017c; BMGF 2017a; Haas/Weigl 2017).

Seit mehr als 20 Jahren fördert der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) **Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung** in jedem Lebensalter. Die Lebensqualität älterer Menschen ist hier ein dauerhafter und integrativer Schwerpunkt, bei dem insbesondere Projekte zur sozialen Unterstützung, Teilhabe und zum Zusammenhalt in bestimmten Umfeldern (z. B. kommunales Setting) gefördert werden. Zudem werden auch Projekte im Setting stationäre Altenbetreuung unterstützt, die auf die Gesundheit aller involvierten Zielgruppen (Bewohnerinnen und Bewohner, Personal, Angehörige, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Management) abstellen. (FGÖ 2018; FGÖ 2019; Müller 2014)

Erwerbstätigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil des Lebens, der Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden hat. Mit **fit2work** besteht seit September 2011 in den Bundesländern Wien, Niederösterreich, Steiermark bzw. ab dem Jahr 2013 österreichweit ein niederschwelliges Beratungsprogramm für Personen, die aufgrund gesundheitlicher Probleme ihren Arbeitsplatz gefährdet sehen oder Schwierigkeiten haben, eine Arbeit zu finden. Dabei spielen die Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen und das vorzeitige Verlassen des Arbeitsmarkts aufgrund von Krankheit und berufsbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen eine zentrale Rolle (fit2work 2019).

Regelmäßige **Bewegung** fördert die Gesundheit und Lebensqualität und ist auch im Alter ein Schutzfaktor hinsichtlich diverser Gesundheitsprobleme und Zivilisationskrankheiten wie z. B. Diabetes, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats (Bachl et al. 2006). Im Jahr 2013 haben das Sport- und Gesundheitsministerium entsprechend einem Health-in-all-Policies-Ansatz gemeinsam den Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAP.b) verabschiedet. Er bietet Empfehlungen für Aktivitäten in diversen Settings von der Schule über die Arbeitswelt bis zur älteren Generation (NAP.b 2013). Auch die *Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung* beinhalten Bewegungsempfehlungen für ältere Menschen (Titze et al. 2011). Das Gesundheitsziel zum Thema Bewegung baut auf dem NAP.b auf und beinhaltet Maßnahmen für diverse Zielgruppen, unter anderem speziell für Ältere (BMGF 2017d).

Das Sportministerium fördert den Breiten- und Gesundheitssport und entfaltet damit auch Wirkung in anderen Politikbereichen (z. B. Gesellschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik). Durch die Gründung von *Fit Sport Austria* haben die großen Sportorganisationen ASKÖ, ASVÖ und SPORTUNION ihre Angebote gebündelt und über eine gemeinsame Website abrufbar gemacht (Fit Sport Austria 2016).

Im Bereich **Ernährung** ist bei älteren Menschen vor allem auf das Vermeiden von Mangel- und Fehlernährung zu achten. Diese können die Anfälligkeit für sekundäre Erkrankungen wie etwa kognitive Defizite oder vermehrte Infektionen erhöhen. Auch der Verlust von Muskelmasse (Sarkopenie) und Gebrechlichkeit (Frailty) zählen zu den möglichen Folgen (BMG 2013).

Der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e 2013) gibt einen Überblick über die Ernährungssituation in Österreich und dient als Grundlage zur Förderung einer bedarfsgerechten Ernährung für ältere Personen in verschiedenen Settings (z. B. zu Hause, im Akutspital, im Pflegeheim). Die Empfehlungen sollen dazu beitragen, die Lebensqualität dieser stetig wachsenden Bevölkerungsgruppe langfristig zu verbessern und unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Möglichkeiten eine gesundheitsfördernde Ernährung bis ins hohe Lebensalter zu sichern.

Ende 2010 wurde die *Nationale Ernährungskommission (NEK)* eingerichtet, die seither die Bundesministerinnen und Bundesminister für Gesundheit in Ernährungsfragen beraten und die Umsetzung bzw. Weiterentwicklung des NAP.e begleiten soll. Innerhalb der NEK gibt es Arbeitsgruppen, u. a. zu den Themen Gemeinschaftsverpflegung und Ernährung in Kranken- und Pflegeeinrichtungen (BMASGK o. J.).

Gesundheitskompetenz gilt als wichtiger Einflussfaktor für eine gesunde Lebensführung bis ins hohe Alter und wurde als Gesundheitsziel 3, „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, definiert und auch im Rahmen der Gesundheitsreform priorisiert. Seit 2015 existiert die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), bei der Aktivitäten auf unterschiedlichen Ebenen - auch speziell für ältere Menschen – gebündelt und gefördert werden (ÖPGK 2019). Eine entsprechende *Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung* (Sator et al. 2015a; Sator et al. 2015b) wurde Mitte 2016 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen (BMGF 2016).

Mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2015 wurde in § 33a Abs. 2 des Bundespflegegeldgesetzes die Grundlage für Unterstützungsgespräche für pflegende Angehörige mit psychischen Belastungen geschaffen (Bundespflegegeldgesetz - BPGG). Das **Angehörigengespräch** ist niederschwellig konzipiert und soll zur Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen beitragen,

die sich aufgrund der belastenden Pflegesituation ergeben. Für das kostenlose Angehörigen-gespräch werden vorwiegend Klinische und Gesundheitspsychologinnen und -psychologen eingesetzt. Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen beider Geschlechter, die diese Möglichkeit zur Aussprache genützt haben, lag im Jahr 2017 bei 62,4 Jahren. (BMASK 2017)

Good Practice: Social Prescribing

Social Prescribing ist ein Konzept, das es Hausärztinnen und Hausärzten sowie medizinischen Fachkräften ermöglicht, Patientinnen und Patienten an lokale, nichtklinische Dienstleistungen und Angebote zu verweisen (z. B. gemeinnützige Organisationen, Gemeinschaftszentren, Weiterbildungsangebote, Kunst- oder Sportvereine). Insbesondere Menschen mit psychischen Belastungen, vulnerable Gruppen oder sozial benachteiligte bzw. eingeschränkte Personen können von diesem System profitieren. *Social Prescribing* gibt es in unterschiedlichen Ausprägungen und wird in einigen europäischen Ländern wie Großbritannien oder den Niederlanden angewandt. (The King's Fund 2017)

2.2.3 Digitalisierung und assistive Technologien

Die Teilhabe am digitalen Wandel ist von zentraler Bedeutung für die Partizipation der älteren Menschen in allen Bereichen unserer Gesellschaft. Das Sozialministerium setzt seit mehr als zehn Jahren verschiedene Maßnahmen in den Bereichen Forschung, Information, Weiterbildung, Qualitätssicherung und Projektförderung, um älteren Menschen digitale Medien nahezubringen. In der *Richtlinie für die allgemeine Seniorenförderung* gemäß § 19 Abs. 4 Bundes-Seniorengesetz sind beispielsweise Aktivitäten zur Schulung von Seniorinnen und Senioren im Umgang mit digitalen Medien dezidiert als förderbar festgeschrieben (BMASK 2016c).

Unter dem Begriff *Ambient Assisted Living* (AAL) werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen zusammengefasst, die Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden und ein selbstbestimmtes Leben bis ins hohe Alter fördern und somit auch die Erhöhung der Lebensqualität zum Ziel haben (Braun et al. 2016). Die Möglichkeiten der assistiven Technik reichen von (einfachen) baulichen Maßnahmen (Lichtschalter etc.) über einfache technische Hilfsmittel - wie Gehhilfen oder die automatische Erinnerung an die Medikamenteneinnahme – bis hin zu komplexen technischen Anwendungen wie Sturzmeldesystemen. Für den Gesundheitsbereich gibt es bereits eine Vielzahl an Angeboten für unterschiedliche Krankheitsbilder, die von telemedizinischen Anwendungen bis zur Entwicklung von Assistenz- und Pflegerobotern reichen. Durch das EU-Forschungs- und Entwicklungsprogramm **Ambient Assisted**

Living (AAL) – Joint Programme, an dem Österreich mit dem nationalen Programm „benefit“ beteiligt ist, werden innovative Produkte und Dienstleistungen speziell für ältere Menschen gefördert (BMVIT 2019).

Der aktuelle Zielsteuerungsvertrag im Rahmen der Gesundheitsreform sieht zudem im Ziel „Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation“ vor, die Indikatoren „potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren“ und „**Polypharmazieprävalenz**“ jährlich zu überprüfen. Dabei wird beobachtet, wie sich einerseits der Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung, der in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament versorgt wurde, und andererseits die Anzahl der über 70-Jährigen mit mehr als fünf verschiedenen Wirkstoffen je 10.000 Anspruchsberechtigter entwickeln (Zielsteuerung-Gesundheit 2017). Ein Beispiel für den Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation wäre beispielsweise die Einführung der e-Medikation.

Good Practice: Assistenzroboter/Geriatronik

Geriatronik bezeichnet den Einsatz von Robotik, Mechatronik und Informationstechnik in der Geriatrie, Gerontologie und in der medizinischen Versorgung älterer Menschen zur Unterstützung, zum Erhalt und zur Verbesserung eines selbstbestimmten Lebens im Alter. Die Bayerische Staatsregierung unterstützt Forschung und Entwicklung in diesem Bereich und richtete gemeinsam mit der TU München die *Munich School of Robotics and Machine Intelligence* sowie ein Forschungszentrum Geriatronik in Garmisch-Partenkirchen ein. Der Einsatz von Assistenzrobotern für die Pflege älterer Menschen wird dort praxisnah erforscht. (Deutsches Ärzteblatt 2018; Technische Universität München 2019)

In Österreich wurde dazu im November 2018 im Rahmen der UN Open-Ended Working Group on Ageing, die sich mit Instrumenten zur Verbesserung der Rechte älterer Menschen beschäftigt, ein internationales Treffen von Expertinnen und Experten in Sachen Robotik, Automatisierung, künstliche Intelligenz und Recht auf lebenslanges Lernen für ältere Menschen veranstaltet (BMASGK 2018b).

2.2.4 Gesundheitsleistungen und Krankenbehandlung mit Fokus auf Ältere und Hochaltrige

Nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklungen werden Gesundheitssysteme zunehmend gefordert sein, eine koordinierte und umfassende Versorgung chronischer Erkrankungen zu gewährleisten. Dies erfordert geeignete Strukturen sowie qualitätssichernde Prozesse. In Österreich ist die **Stärkung der Primärversorgung** ein zentraler Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz). Diese sieht bis zum Jahr 2021 die Schaffung von 75 Primärversorgungseinheiten (PVE) mit multiprofessionellen Teams vor. Durch strukturierte Disease-Management-Programme und einer engeren Abstimmung mit mobilen Diensten, Spitälern und Pflegeeinrichtungen soll vor allem die Versorgung älterer und chronisch kranker Patientinnen und Patienten optimiert werden (siehe auch Kasten *Social Prescribing*). Den PVE kommt auch eine wichtige Aufgabe als Setting für niederschwellige Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu (Klein et al. 2017).

Das österreichische Gesundheitssystem bietet grundsätzlich einen umfassenden **Zugang zu Gesundheitsleistungen**. Nur ein sehr geringer Teil der Bevölkerung hat aufgrund finanzieller Belastungen, langer Wartezeiten oder weiter Anreisewege Schwierigkeiten im Zugang zu ärztlicher Versorgung (OECD 2015). Österreichspezifische Analysen zeigen aber bisweilen Unterschiede im Zugang zu einzelnen Versorgungsleistungen, vor allem hinsichtlich privat finanzierter und krankenkassenfinanzierter Leistungen (Bachner et al. 2018a).

Die Stärkung der Primärversorgung soll der aktuell vielfach noch bestehenden Fragmentierung der Gesundheits- und Sozialsysteme in Österreich entgegenwirken. Diese stellt - wie auch in anderen Ländern - besonders für ältere Menschen eine große Hürde dar, da Schnittstellen zwischen extramuralen und intramuralen Angeboten sowie der Langzeitpflege eine kontinuierliche, abgestimmte und bedarfsgerechte Versorgung oftmals erschweren (ÖPIA 2012).

Der **Masterplan Pflege** verfolgt hier die ähnliche Zielrichtung einer stärkeren Integration der Versorgungsangebote „unter Berücksichtigung der Verschränkung von Medizin und Pflege“ (BMASGK 2018c). Damit werden wesentliche Forderungen der *Global Strategy* der WHO (WHO 2017) und des Bundesplans für Seniorinnen und Senioren (BMASK 2015) aufgegriffen, die unter anderem die Orientierung des Gesundheits- und Sozialsystems an den speziellen Bedürfnissen Älterer, die Sicherstellung genügend geriatrisch ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte sowie diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger wie auch die Spezialisierung einschlägiger Berufsgruppen auf die Bedürfnisse älterer Männer und Frauen umfassen.

Der systematische Ausbau von **Akutgeriatrie und Remobilisation** mit entsprechenden Qualitätsstandards und abgestufter **Palliativ- und Hospizversorgung** (BMGF 2017e), die Spezialisierung **psychogeriatrische Pflege**, die **Diabetesstrategie** (BMGF 2017f) sowie die Erweiterung **tagesklinischer Angebote** (BMGF 2017e) waren in den letzten Jahren Schwerpunkte der Gesundheitsreformbestrebungen. Mit der **Demenzstrategie** „Gut leben mit Demenz“ (Juraszovich et al. 2015) wurden Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen entwickelt, die die Lebenssituation von Menschen mit Demenz verbessern sollen. Dazu zählt unter anderem auch eine angemessene, vorausschauende Betreuungsplanung (*advanced care planning*), um die Wünsche und Vorstellungen der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer zukünftigen Lebensweise berücksichtigen zu können.

Seit dem Jahr 2007 berät der Beirat für Altersmedizin (seit 2018 **Multiprofessioneller Beirat für Gesundheit und Krankheit im Alter**) die Gesundheitsministerinnen bzw. Gesundheitsminister in altersspezifisch relevanten Fragestellungen. (BMASGK 2018a)

3 Soziale Sicherheit, Chancengleichheit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt in der Gesellschaft

Die Ausführungen in Kapitel 3 beziehen sich auf die Dimensionen „Produktivität und soziales Engagement“ (*Productivity and Engagement*), „Chancen“ (*Equity*), „sozialer Zusammenhalt“ (*Cohesion*) und „soziale Sicherheit“ (*Security*) des *Ageing Society Index* (mehrdimensionaler Index der alternden Gesellschaft). Sie werden gemeinsam analysiert, da hier vielfache Überschneidungen adressiert werden und zugleich – im Unterschied zur Dimension „Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität“ – die gesellschaftlichen Politikbereiche einen entsprechend breiteren Rahmen aufweisen.

3.1 Aktuelle Situation und Rahmenbedingungen

Abbildung 3 gibt einen Überblick über zehn Indikatoren aus den Bereichen soziale Sicherheit, Chancengleichheit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt in der Gesellschaft und vergleicht die österreichischen Werte mit jenen anderer EU-Länder.

Abbildung 3: Indikatoren in den Bereichen soziale Sicherheit, Chancengleichheit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt in der Gesellschaft

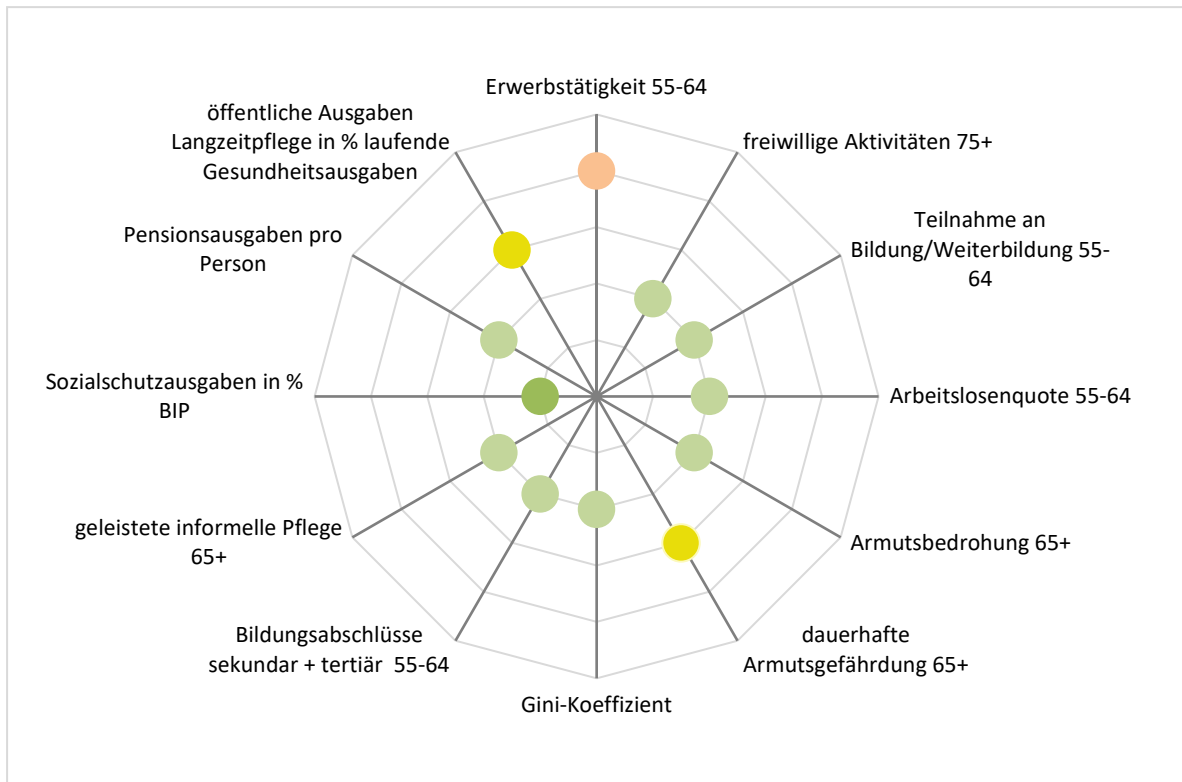


Tabelle 4: Indikatoren in den Bereichen soziale Sicherheit, Chancengleichheit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt in der Gesellschaft: Bewertung der Lage Österreichs im EU-Vergleich

	AT	MW EU	Bewertung*
Erwerbstätigkeit 55–64	51,3	55,4	4
freiwillige Aktivitäten 75+	34,5	31,0	2
Teilnahme an Bildung/Weiterbildung 55–64	8,5	7,0	2
Arbeitslosenquote 55–64	4,2	6,2	2
Armutsbedrohung 65+	13,4	21,6	2
dauerhafte Armutsgefährdung 65+	9,8	12,2	3
Gini-Koeffizient	27,9	30,1	2

	AT	MW EU	Bewertung*
Bildungsabschlüsse sekundär + tertiär 55–64	79,4	71,4	2
geleistete informelle Pflege 65+	15,7	13,6	2
Sozialschutzausgaben in % des BIP	29,4	22,6	1
Pensionsausgaben pro Person	3960	2135	2
öffentliche Ausgaben Langzeitpflege in % laufender Gesundheitsausgaben	10,9	11,1	3

Erläuterung: Die Punkte im Spinnendiagramm beschreiben die Bewertung des Österreichwerts im Vergleich zu den verfügbaren EU-Ländern (die Bewertung entspricht der Lage in Quintilen: 1. Quintil = grün, 2. Quintil = hellgrün, 3. Quintil = gelb, 4. Quintil = hellorange, 5. Quintil = orange)

*Die Bewertung ergibt sich aus dem Wert in der Spalte AT, wobei die Zielrichtung der jeweiligen Indikatoren die Reihung bestimmt (je näher am Mittelpunkt, desto besser der österreichische Wert im Vergleich zu anderen EU-Ländern). In der Spalte MW EU ist der Mittelwert der für den Vergleich verfügbaren Daten bzw. herangezogenen EU-Länder dargestellt.

Quelle: Eurostat-Datenbank, OECD-Datenbank, Detailquellen einzelner Indikatoren im Fließtext; Darstellung: GÖG

Die **Erwerbstätigenquote** misst den Anteil der Personen in Erwerbstätigkeit an der gesamten Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Sie ist im letzten Jahrzehnt bei älteren Menschen (55–64 Jahre) in Österreich kontinuierlich angestiegen, bei Männern von 48,9 Prozent im Jahr 2008 auf 60,1 Prozent im Jahr 2017, bei Frauen von 29,3 auf 42,8 Prozent. Dennoch liegt die österreichische Erwerbstätigenquote für beide Geschlechter im europäischen Vergleich unter dem Durchschnitt der 28 EU-Länder (Eurostat 2019d; siehe auch Abbildung 3). In der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen ist der Anteil erwerbstätiger Männer mit Hochschulabschluss doppelt so hoch wie jener erwerbstätiger Männer mit Pflichtschulabschluss, bei den Frauen ist dieses Verhältnis mehr als doppelt so hoch. Für beide Geschlechter liegt der Unterschied in Österreich über dem Schnitt der OECD-Länder (OECD 2017).

In Österreich sind 47 Prozent der ab 55-Jährigen in einem **freiwilligen Engagement** tätig (IFES 2016a). Besonders hoch ist der Anteil bei den 60- bis 69-Jährigen mit 58 Prozent gegenüber dem Anteil aller ab 15-Jährigen mit 46 Prozent. Auch bei den ab 80-Jährigen ist die Beteiligung noch immer verhältnismäßig hoch und nimmt erst mit noch höherem Alter ab. Das freiwillige Engagement von Männern und jenes von Frauen haben sich einander in den vergangenen Jahren angeglichen, wobei sich Frauen eher im informellen Bereich (d. h. in der Nachbarschaftshilfe) engagieren. (IFES 2016b)

Eine Untersuchung zum Thema Bildung und Alter im ländlichen Raum erhob folgende Motive für ehrenamtliche Arbeit: „um zu helfen“ (81 %), „Kontakt“ (68 %), „Fähigkeiten einsetzen“ (58 %), „Fähigkeiten erhalten“ (44 %) und „Neues lernen“ (40 %; Kolland et al. 2011). Ähnliche Motive finden sich auch in der Sonderauswertung des IFES für die Altersgruppe 55+ bezüglich des freiwilligen Engagements, z. B.: „Ich möchte etwas Nützliches für das Gemeinwohl beitragen“, „Ich möchte damit anderen helfen“, „Ich treffe Menschen und gewinne Freunde“, „Es macht mir Spaß“ oder „Ich kann meine Fähigkeiten und Kenntnisse einbringen“ (IFES 2016b).

Das Regelpensionsantrittsalter beträgt in Österreich für Männer 65 Jahre und für Frauen, die vor Dezember 1963 geboren wurden, 60 Jahre. Ab den Jahrgängen 1964 wird das Regelpensionsalter für Frauen sukzessive auf 65 Jahre angehoben. Im Jahr 2017 betrug das durchschnittliche Pensionsantrittsalter bei Männern 61,1 Jahre und bei Frauen 59,2 Jahre. Das Pensionsantrittsalter nur für Alterspensionen betrug bei den Männern 63,3 Jahre und bei den Frauen 60,4 Jahre (BMASGK 2019b). Das durchschnittliche monatliche Pensionseinkommen (ohne zwischenstaatliche Teilleistungen; Stand Dezember 2017) der Männer betrug zuletzt 1.918 Euro, jenes der Frauen 1.094 Euro (Statistik Austria 2019b). Der „*gender gap in pensions*“, d. h. die Lücke zwischen der durchschnittlichen Alterspension der Frauen und jener der Männer, liegt in Österreich mit 37 Prozent über dem OECD-Durchschnitt von 27 Prozent (OECD 2017). Im Vergleich mit anderen EU-Ländern liegt Österreich mit rund 3.960 Euro bei den **durchschnittlichen Pensionsausgaben (Altersruhegeld) pro Einwohnerin bzw. Einwohner** (entsprechen 11 % des BIP) um rund 1.320 Euro über dem EU-Schnitt (Eurostat 2019m). 2017 bezogen in Österreich insgesamt 1.937.500 Menschen Pensionsleistungen in der Funktion Alter⁸, davon erhielten 1.605.271 Menschen eine „normale Alterspension“ aus der Pensionsversicherung (Statistik Austria 2018b).

In der Altersgruppe 55–64 gaben im Jahr 2017 8,5 Prozent an, in den letzten vier Wochen an **(Weiter-)Bildungen** teilgenommen zu haben, bei den Frauen betrug der Anteil 9,6 Prozent, bei den Männern 6,6 Prozent. Damit liegt Österreich ebenfalls etwas über dem EU-Durchschnitt (siehe auch Abbildung 3; Eurostat 2019p).

Die Quote der beim Arbeitsmarktservice (AMS) als arbeitslos registrierten Menschen im Alter 50+ lag im Jahr 2018 bei 8,7 Prozent und damit unter dem Vorjahreswert von 9,7 Prozent. Ar-

⁸ Weitere Funktionen für Leistungsbezug aus Pensionen umfassen Invalidität/Gebrechen, Hinterbliebene und Arbeitslosigkeit (Statistik Austria 2018b).

beitslose im Alter von 50 Jahren und älter sind besonders häufig von **Langzeitbeschäftigungslosigkeit**⁹ betroffen: Bei den 50- bis 64-Jährigen war im Jahr 2018 mit 45,2 Prozent bei nahe jede zweite der als arbeitslos vorgemerkten Personen langzeitbeschäftigungslos (2017: 46,3 %; BMASGK 2019a). Im EU-Vergleich liegt Österreich mit einer Arbeitslosenquote von insgesamt 4,2 Prozent bei den 55- bis 64-Jährigen unter dem EU-Schnitt von 6,2 Prozent (siehe auch Abbildung 3; Eurostat 2019b).

Laut Eurostat waren 13,4 Prozent der über 65-jährigen Personen in Österreich im Jahr 2017 **von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht**, was im EU-Vergleich einen unterdurchschnittlichen Wert darstellt (siehe auch Abbildung 3). Frauen sind eher von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht, 2017 betraf dies rund 144.000 Frauen (16,5 Prozent) und 65.000 Männer (9,6 Prozent) in Österreich (Eurostat 2019q). Dauerhaft armutsgefährdet sind ebenso häufiger Frauen (10,4 Prozent) als Männer (9,1 Prozent) über 65 Jahren. Insgesamt liegt die Quote der dauerhaften Armutsgefährdung der über 65-Jährigen in Österreich bei 9,8 Prozent. Damit schneidet Österreich im EU-Vergleich bei der dauerhaften Armutsgefährdung etwas schlechter ab als der Durchschnitt (siehe auch Abbildung 3; Eurostat 2019l).

Zur Messung der Verteilung von Einkommen wird der **Gini-Koeffizient** herangezogen. Dieser ist eine Kennzahl für die Einkommenskonzentration auf einer Skala von 0 bis 100 Prozent, wobei null Prozent eine völlige Gleichverteilung und 100 Prozent eine völlige Konzentration auf einen Einzelfall bedeuten (Statistik Austria 2018c). In Österreich lag der Gini-Koeffizient im Jahr 2017 bei 27,9 Prozent und somit unter dem EU-Durchschnitt von 30,1 Prozent (siehe auch Abbildung 3; Eurostat 2019g).

Wie bereits dargelegt, hat **Bildung** (meistens anhand formaler Bildungsabschlüsse gemessen) einen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden (Wilkinson/Marmot 2004). 2017 verfügten rund 80 Prozent der 55- bis 64-Jährigen in Österreich über eine Ausbildung der Stufen 3–8 (Sekundarbereich II, postsekundärer, nichttertiärer Bereich und Tertiärbereich¹⁰), damit liegt Österreich im EU-Vergleich über dem Durchschnitt (siehe auch Abbildung 3; Eurostat 2019e).

⁹ Personen gelten als langzeitbeschäftigungslos, wenn sie zumindest 365 Tage beim AMS als arbeitslos und/oder lehrstellensuchend gemeldet sind und/oder sich in Kursmaßnahmen des AMS oder in anderen relevanten Vormerkezuständen befinden. Zeiten der Arbeitslosigkeit und des Kursbesuches werden zusammengezählt und Kursmaßnahmen beenden nicht die Langzeitbeschäftigungslosigkeit. Die Langzeitbeschäftigungslosigkeit wird erst beendet, wenn eine Person länger als 62 Tage - etwa wegen Aufnahme einer Beschäftigung - nicht mehr beim AMS gemeldet ist (als Meldung beim AMS zählt auch die Teilnahme an Kursen). (Arbeitsmarktservice 2019)

¹⁰ Die Internationale Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED) unterscheidet acht Stufen der Ausbildung. Der Sekundarbereich II (Stufe 3) beginnt nach Abschluss der ersten 4 Jahre der Neuen Mittelschule und der Unterstufe der allgemeinbildenden höheren Schule (AHS; Stufe 2; OeAD o. J.).

Ältere Menschen und insbesondere ältere Frauen übernehmen in Österreich einen großen Teil der **Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige**. Rund ein Drittel der pflegenden Angehörigen ist in Österreich in der Altersgruppe 51 bis 60 Jahre zu finden. Etwa ein Drittel aller pflegenden Angehörigen – unabhängig von der Altersgruppe – gibt an, die eigene Berufstätigkeit aufgrund der Betreuungstätigkeit eingeschränkt oder ganz aufgegeben zu haben (Nagl-Cupal et al. 2018). Das Erbringen intensiver familiärer Betreuungsleistungen korreliert zudem mit niedrigem Einkommen: In Österreich und den meisten anderen Ländern werden (tägliche) Pflege- und Betreuungsleistungen in der Altersgruppe 50 Jahre und älter am häufigsten im niedrigsten Einkommensfünftel erbracht (im Vergleich zu den höheren Einkommensgruppen; Ilinca et al. 2016). Der **Anteil öffentlicher Ausgaben im Bereich Gesundheit für Langzeitpflege** beläuft sich auf 10,9 Prozent, im EU-Vergleich ist dies ein mittlerer Wert (OECD 2019a).

Ältere Menschen erhalten aus ihrem Umfeld Unterstützung, nicht nur von Angehörigen, sondern auch von Nachbarinnen und Nachbarn oder Freundinnen und Freunden. Das Ausmaß der **erhaltenen Unterstützung** nimmt mit zunehmendem Alter ab (Griebler et al. 2017). Rund sechs Prozent der in der Hochaltrigenstudie befragten Menschen über 80 Jahre geben an, keine familiären Kontakte (mehr) zu haben. Zwei Prozent haben weder familiäre noch außerfamiliäre Kontakte (ÖPIA 2018). Internationale Zahlen belegen für Österreich und andere Länder, dass allein lebende Hochaltrige mit einem hohen Armutsgefährdungs- und Einsamkeitsrisiko konfrontiert sind (OECD 2017). Insgesamt sind die Ausgaben Österreichs für **Sozialschutz** in Prozent des BIP im Vergleich zu anderen EU-Ländern verhältnismäßig hoch und weisen auf ein engmaschiges Netz sozialer Sicherungssysteme hin (siehe auch Abbildung 3; Eurostat 2019c).

Zusammenfassend kann also bei Betrachtung der analysierten Indikatoren für die Bereiche soziale Sicherheit, Chancengerechtigkeit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt gefolgert werden, dass insbesondere in den letzten drei Dimensionen Österreich durch vergleichsweise hohe Teilnahmeraten an (Weiter-)Bildung und freiwilligen Aktivitäten eine gute Ausgangssituation für eine Stärkung eines aktiven und gesunden Alterns aufweist. Die vergleichsweise hohen Sozialschutzausgaben in Verbindung mit einer unterdurchschnittlichen Arbeitslosenquote sowie einer eher ausgewogenen Einkommensverteilung weisen auf einen hohen allgemeinen Standard an sozialer Sicherheit und Chancengerechtigkeit hin. Die vergleichsweise hohen Raten bei informell geleisteter Pflege scheinen jedoch ein weiterer Grund für vergleichsweise geringe Erwerbsquoten bzw. hohe Teilzeitquoten in der Gruppe der 55- bis 65-Jährigen zu sein und stellen zudem einen der maßgeblichen Einflussfaktoren für dauerhafte Armutsgefährdung dar, sodass auch künftig insbesondere auf die Möglichkeit durchgängiger Erwerbskarrieren von Männern und Frauen ein besonderes Augenmerk zu legen ist.

3.2 Bestehende Strategien und Maßnahmen (auf Bundesebene)

Soziale Absicherung, das Ermöglichen von Partizipation und Teilhabe sowie gesellschaftlicher Zusammenhalt über Generationen sind wichtige Voraussetzungen für aktives und gesundes Altern und zählen in Österreich zu den zentralen sozialpolitischen Anliegen. Das Regierungsprogramm der XXVI. Gesetzgebungsperiode (2017–2019) nannte hierbei eine „weitere Verbesserung der gesamten ökonomischen und sozialen Lebenssituation sowie der Stellung der Seniorinnen und Senioren in unserer Gesellschaft“ als ein zentrales Ziel (Bundesregierung 2017).

In diesem Zusammenhang und vor dem Hintergrund der oben präsentierten Indikatoren gibt Tabelle 5 einen Überblick über maßgebliche Strategien und Maßnahmen in den Bereichen soziale Sicherheit, Chancengleichheit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt.

Tabelle 5: Überblick über Strategien und Maßnahmen in den Bereichen soziale Sicherheit, Chancengleichheit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt

relevante Strategien, Gesetze und Rahmenprogramme in Österreich	beispielhafte Maßnahmen
Gesundheitsziele Österreich Österreichische Demenzstrategie LL-2020 – Strategie Breitband-Offensive Bundes-Seniorengesetz Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz Bundesgesetz zur Förderung des freiwilligen Engagements Österreichischer Freiwilligenrat Bundesplan für Seniorinnen und Senioren Regierungsprogramm 2017–2022 u. a.	Förderung der Freiwilligenarbeit (z. B. Freiwilligenmessen, Freiwilligenkoordinatorinnen und -koordinatoren, Freiwilligenzentren u. v. m.) FGÖ-Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ Leitfaden für intergenerationale Projekte und Good Practice Unterstützung bei Digitalisierung (z. B. digitaleseniorinnen, mobi.senior.A, i@online) Early-Intervention-Programme fit2work Gesundheitsvorsorge Aktiv Nestorgold Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ) Beratungstelefon „Gewalt und Alter“ Ausgleichzulage Mindestsicherung/Sozialhilfe u. a.

Zusammenstellung: GÖG

3.2.1 Strategien und Maßnahmen in den Bereichen Teilhabe und Partizipation

Durch die im Bundes-Seniorengesetz vorgesehenen Maßnahmen sollen die Vertretung der Anliegen der älteren Generation gegenüber den politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern auf Bundesebene und die Beratung, Information und Betreuung von Seniorinnen und Senioren durch Seniorenorganisationen sichergestellt und Maßnahmen zur Wahrung und Weiterentwicklung der Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren gefördert werden (Bundes-Seniorengesetz § 1). Seit dem Jahr 2000 ist der Österreichische Seniorenrat in Angelegenheiten, welche die Interessen der österreichischen Seniorinnen und Senioren betreffen können, den gesetzlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer, der Wirtschaftstreibenden und der Landwirte gleichgestellt (Bundes-Seniorengesetz § 24).

Die gleichberechtigte politische, soziale, wirtschaftliche und kulturelle Teilhabe älterer Menschen ist auch ein Leitgedanke des **Bundesplans für Seniorinnen und Senioren** „Altern und Zukunft“ (BMASK 2015), der seit dem Jahr 2012 als Handlungsrahmen für die österreichische Politik des aktiven Alterns gilt. Er basiert auf den Grundlagen des *Madrid International Plan of Action on Ageing* (Political Declaration 2002) und den Deklarationen der UNECE-Ministerinnen- und Ministerkonferenzen zum Altern (UNECE 2019), die die Umsetzung des *Madrid International Plan of Action on Ageing* (MIPAA) überprüfen und die weiteren Handlungsschwerpunkte festlegen. Die Umsetzung wurde in Österreich zuletzt im Jahr 2015 im Rahmen des MIPAA-Fortschrittsberichts unter breiter Einbindung von Stakeholder-Organisationen bewertet (Winkler/Spreitzer 2016). Der Bericht dokumentiert unter anderem, dass in Österreich bereits zahlreiche Rahmenprogramme und Maßnahmen zur Förderung von Partizipation und Teilhabe älterer Menschen umgesetzt wurden.

Als wesentliche Voraussetzung für Teilhabe und Partizipation sowie aktive Lebensgestaltung im Alter gilt zudem der gleichberechtigte Zugang älterer Menschen zu vielfältigen und qualitativ hochwertigen Lernangeboten und Bildung. Unter dem Aspekt der Chancengleichheit sollte dabei ein besonderes Augenmerk auf ältere Menschen gelegt werden, die aufgrund ihres Einkommens, ihres Gesundheitszustands sowie ihrer Bildung von sozialer Exklusion bedroht sind (ÖPIA 2012). Entsprechend der **Strategie zum lebensbegleitenden Lernen in Österreich** (Strategie LLL:2020; Republik Österreich 2011) unterstützt das Sozialministerium seit vielen Jahren Maßnahmen, die die Weiterbildungsbeteiligung stärken, die Qualität der Angebote sichern, Beratungsmöglichkeiten und eine bildungsfördernde Infrastruktur für eine niederschwellige, wohnortnahe Beteiligung älterer Menschen schaffen. Fokussiert werden dabei auch in den letzten Jahren **intergenerationale Projekte** sowie Angebote im Bereich neuer **Kommunikationstechnologien** (BMASK 2015). Das Sozialministerium unterstützt dabei seit Jahren Grundlagenarbeiten zum Thema lebenslanges Lernen (z. B. nachberufliche Bildungsberatung, Methodik und Didaktik für ältere Menschen, Maßnahmen für Seniorinnen und Senioren in der digitalen Welt), führt in Kooperation mit anderen Einrichtungen Tagungen und

Workshops durch, erstellt Broschüren, Filme und Publikationen und fördert Bildungsangebote und Projekte (BMASK 2015). Im Jahr 2011 wurde ein Leitlinienkatalog für Bildung im Alter und eine Leitlinie für lebenslanges Lernen in Österreich (BMUKK o. J.) veröffentlicht.

Good Practice: Age-Friendly Cities and Communities

Die WHO hat im Jahr 2007 einen Leitfaden für *age-friendly cities* herausgegeben, der auf Basis von Fokusgruppen mit älteren Menschen in 33 Städten in allen WHO-Regionen erstellt worden war (WHO 2007). Seit 2010 gibt es das *WHO Global Network of Age-Friendly Cities and Communities*, um Städte, Gemeinden und Organisationen mit der gemeinsamen Vision, ihre Gemeinschaft zu einem großartigen Ort für ältere Menschen zu machen, zu vernetzen. Um Mitglied zu werden, muss eine Stadt oder Gemeinde u. a. einen Konsultationsprozess mit älteren Menschen (und anderen Altersgruppen) für Planung, Umsetzung und Evaluierung nachweisen. Das Netzwerk beinhaltet zurzeit 833 Städte und Gemeinden in 41 Ländern und umfasst 229 Millionen Menschen weltweit. (WHO 2019). Österreich ist in diesem Netzwerk nicht vertreten.

Seit 2017 ist das österreichische Netzwerk Gesunde Städte Mitglied im Europäischen Netzwerk der nationalen Gesunde-Städte-Netzwerke der WHO. Auch wenn die Aktivitäten des Netzwerks bzw. seiner Mitglieder nicht nur auf ältere Bürgerinnen und Bürger abzielen, können in diesem Rahmen dennoch interessante Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. Förderung sozialer Teilhabe Älterer durchgeführt werden. Das Netzwerk Gesunde Städte umfasst aktuell 21 Mitgliedsstädte: Bregenz, Bruck an der Mur, Eisenstadt, Fürstenfeld, Graz, Kapfenberg, Klagenfurt, Knittelfeld, Laa an der Thaya, Leoben, Leonding, Linz, Salzburg, Schwechat, Steyr, St. Pölten, Tulln, Villach, Wels, Wien und Wörgl. (Netzwerk Gesunde Städte 2019)

3.2.2 Gesundheitsförderung durch freiwilliges Engagement und Förderung der intergenerationalen Solidarität

Untersuchungen zeigen, dass soziale Partizipation und Freiwilligentätigkeit eng mit Gesundheit und höherer Lebenszufriedenheit assoziiert sind (FGÖ 2018). Gleichzeitig kann durch Nachbarschaftshilfe der Isolation und Einsamkeit vor allem hochbetagter Menschen wirksam begegnet werden.

Mit der Schaffung des Bundesgesetzes zur **Förderung des freiwilligen Engagements** 2012 wurden zahlreiche Formen von Freiwilligenengagement sowie Aktivitäten zur Unterstützung von Freiwilligentätigkeit auf eine gesetzliche Grundlage gestellt (Freiwilligengesetz –

FreiwG). Zu den wichtigsten bundesweiten Maßnahmen zählen u. a. der Österreichische Freiwilligenrat, der Freiwilligenpass, die Onlinefreiwilligenplattform www.freiwilligenweb.at, der regelmäßige Freiwilligenbericht sowie ein Anerkennungsfonds für Freiwilligenengagement (freiwilligenweb 2018). In einigen Landeshauptstädten wurden Freiwilligenzentren zur Koordination gegründet. In einigen Städten wurden Freiwilligenzentren zum Matching von Freiwilligen und Organisationen sowie zur Qualitätssicherung des freiwilligen Engagements eingerichtet. Aktuell gibt es 19 Freiwilligenzentren in ganz Österreich (freiwilligenweb 2018). Die *Interessengemeinschaft Freiwilligenzentren Österreich* (IGFÖ) veranstaltet Vernetzungstreffen und Bildungswerkstätten (IGFÖ o. J.).

Einen besonderen Stellenwert im Rahmen des freiwilligen Engagements nehmen Maßnahmen zur Förderung und Stärkung des **Dialogs zwischen den Generationen** ein. Das Sozialministerium hat dazu zahlreiche Studien und Informationsmaterialien herausgegeben, darunter einen Leitfaden für intergenerationale Projekte in Österreich, „Begegnung der Generationen“ (BMASK 2015), sowie eine Sammlung von Good-Practice-Modellen (Paulweber/Platter 2018). Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang etwa auch die generationsübergreifenden Angebote der Organisationen der freien Wohlfahrt wie die „Lerncafés“ der Caritas (Caritas & Du o. J.) und Leihoma-/Leihopa-Dienste (Betreut.at 2018).

Der **Umgang mit digitalen Medien** ist auch für ältere Menschen zu einer Voraussetzung für soziale Teilhabe geworden. Die *Breitband-Offensive 2015-2020* des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie sieht explizit Maßnahmen zur digitalen Integration von Seniorinnen und Senioren vor. Darüber hinaus werden vom Bund seit Jahren Projekte, die Herausgabe von Informationsmaterialien sowie Schulungen zu diesem Zweck unterstützt (z. B. digitaleseniorinnen, mobi.senior.A, Seniorskom.at, i@online für Seniorinnen und Senioren, „Das Internet sicher nutzen – Information und Tipps für Seniorinnen und Senioren“, Leitfaden für Trainerinnen und Trainer für „Internet-Seniorenkurse“ u. v. m.). (BMASK 2016a)

Einen besonderen Schwerpunkt legte das Sozialministerium in den vergangenen Jahren auf das Thema **Gewaltprävention und Gewaltschutz** für ältere Menschen. So wurde, aufbauend auf Grundlagenforschung, u. a. das Beratungstelefon „Gewalt und Alter“ eingerichtet, ein „Wegweiser“ betreffend Gewaltprävention in Betreuungseinrichtungen (Heime und mobile Dienste) konzipiert, der österreichweit in 45 Workshops mit über 600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingesetzt wurde. Die breite Öffentlichkeit wurde durch Veranstaltungen und Informationsfolder für das Thema sensibilisiert (BMASK 2016). Gemeinsam mit den Bundesländern wurde ein Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich

(NOZ)¹¹ geschaffen, das seit 2013 in ganz Österreich an Einrichtungen verliehen wird, die systematisch Anstrengungen zur Verbesserung der Lebensqualität ihrer Bewohnerinnen und Bewohner unternehmen (NOZ Austria 2019).

3.2.3 Materielle Absicherung im Alter und längerer Verbleib im Erwerbsleben

Materielle Absicherung wird allgemein als Voraussetzung für Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe im Alter gesehen (vgl. BMASK 2015; Bundesregierung 2017; ÖPIA 2012).

Die Werterhaltung der bestehenden Pensionen war und ist in Österreich ein wichtiges sozialpolitisches Ziel (Bundesregierung 2017). Eine wesentliche Maßnahme zur Förderung des aktiven Alterns und der sozialen Absicherung ist der **Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit** Älterer. Durch arbeitsmarktpolitische Instrumente (z. B. Eingliederungsbeihilfe, Qualifizierungsberatung und entsprechende Qualifizierungsmöglichkeiten), das Forcieren einer gesundheitsfördernden Arbeitswelt wie auch das Entwickeln eines gesellschaftlichen Verständnisses von Erwerbstätigkeit Älterer und deren Wert für die Arbeitswelt soll das faktische Pensionsantrittsalter durch längeren Verbleib im Erwerbsleben angehoben werden.

Die rechtliche Grundlage für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz stellt das **ArbeitnehmerInnenschutzgesetz** (ASchG) mit den dazu erlassenen Verordnungen dar. Unter Gesundheit wird in diesem Gesetz physische wie auch psychische Gesundheit verstanden. So wird darin festgehalten, dass unter einschlägigen Gefahren arbeitsbedingte physische und psychische Belastungen zu verstehen sind, die zu Fehlbeanspruchungen führen. In § 60 dieses Bundesgesetzes wird Folgendes vorgeschrieben: „Arbeitsvorgänge sind so zu gestalten, dass Zwangshaltung möglichst vermieden wird und Belastungen durch monotone Arbeitsabläufe, einseitige Belastung, Belastungen durch taktgebundene Arbeiten und Zeitdruck sowie sonstige psychische Belastungen möglichst geringgehalten und ihre gesundheitsschädigenden Auswirkungen abgeschwächt werden.“ (ASchG)

Zu erwähnen ist hier insbesondere das Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG 2010), mit dem ein freiwilliges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot („fit2work“) eingeführt wurde, das Maßnahmen zur frühzeitigen Lösung gesundheitlicher Probleme vorsieht. Das Regierungsprogramm der XXVI. Gesetzgebungsperiode (2017-2019) sieht die Förderung von **Early-Intervention-Programmen** (Case-Management) schon bei kürzeren Krankenständen auch unter Berücksichtigung beruflicher Belastungen vor (Bundesregierung 2017).

¹¹ <http://www.nqz-austria.at>

Das Ziel von **fit2work** ist die Wahrung und nachhaltige Verbesserung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt und der Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch die Thematisierung gesundheitlicher Belastungen und ihrer Auswirkungen auf das Arbeitsleben. In Abschnitt 2.2.2 wurde bereits auf das präventive Ziel hingewiesen, das vorzeitige Verlassen des Arbeitsmarkts aufgrund von Krankheit oder gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu verhindern. Im Rahmen dieses Programms werden aber nicht nur Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beraten, sondern auch Betriebe darüber informiert, wie sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst lange gesund im Betrieb halten können.

Auch die Gesundheitsvorsorge bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats der Pensionsversicherungsanstalt (Gesundheitsvorsorge Aktiv, GVA) wurde entsprechend den Anforderungen der längeren Zeiten der Erwerbstätigkeit weiterentwickelt (Pensionsversicherungsanstalt 2019).

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) fördert darüber hinaus seit vielen Jahren schwerpunktmäßig Projekte im Bereich **betriebliche Gesundheitsförderung** (BGF). Das oberste Ziel ist hier eine gesundheitsorientierte Unternehmensstruktur, die als Basis für Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit gesehen werden kann und auf die Sicherstellung der Erwerbsfähigkeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abstellt. (FGÖ o. J.)

Für Menschen, die in Beschäftigung stehen und für längere Zeit ernsthaft physisch oder psychisch erkrankt sind, wurde mit der **Wiedereingliederungsteilzeit** ein Modell geschaffen, das es ihnen ermöglicht, schrittweise in den Arbeitsprozess zurückzukehren. Das Wiedereingliederungsteilzeitgesetz definiert unter anderem Folgendes: „Ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin kann nach einem mindestens sechswöchigen ununterbrochenen Krankenstand (Anlassfall) mit dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin schriftlich eine Herabsetzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit um mindestens ein Viertel und höchstens die Hälfte (Wiedereingliederungsteilzeit) für die Dauer von mindestens einem Monat bis zu sechs Monaten vereinbaren, sofern das Arbeitsverhältnis ununterbrochen drei Monate gedauert hat. [...] Das Wiedereingliederungsgeld errechnet sich aus dem erhöhten Krankengeld nach § 141 Abs. 2. Bei einer Herabsetzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit um die Hälfte gebührt das Wiedereingliederungsgeld in der Höhe von 50 % des erhöhten Krankengeldes. Wird die wöchentliche Normalarbeitszeit um weniger als die Hälfte herabgesetzt, so ist das Wiedereingliederungsgeld im entsprechenden Ausmaß aliquot zu kürzen.“ (Wiedereingliederungsteilzeitgesetz). Durch dieses Gesetz wird eine sanfte Reintegration in den Arbeitsmarkt nach längeren Krankenständen ermöglicht sowie, längerfristig betrachtet, ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt zu verhindern versucht.

Zur Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Potenziale älterer Arbeitskräfte wurden zudem vom Arbeitsmarktservice Informationskampagnen durchgeführt. Im Rahmen des **Nestor^{Gold}-Zertifizierungsprozesses** werden Unternehmen und Organisationen mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Sozialministeriums gefördert, um Generationenmanagement und -dialog zu etablieren. Eine weitere Maßnahme zur Unterstützung betreuender Angehöriger und zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sind die Modelle **Pflegekarenz und Pflegezeit** sowie die Einführung des Pflegekarenzgeldes als Einkommensersatz, die mit dem Arbeitsrechtsänderungsgesetz 2013 umgesetzt wurden. (BMA SK 2016b)

Die Einführung des **Pflegegelds** im Jahr 1993 stellte einen wesentlichen Beitrag zur sozialen Absicherung und Sicherung der Langzeitbetreuung dar. Im Regierungsprogramm der XXVI. Gesetzgebungsperiode (2017–2019) sowie im **Masterplan Pflege** sind zahlreiche Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegevorsorge und zur Absicherung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen vorgesehen, welche in Abstimmung mit den Ländern, dem Städte- und Gemeindebund, dem Seniorenrat, Interessenvertretungen und den NGOs umgesetzt werden sollen. Dazu zählen unter anderem ein „One-Stop-Shop“ für Förderungen und Unterstützung für Angehörige pflegebedürftiger Menschen, die Ausarbeitung eines Konzepts zur langfristigen Finanzierung der Pflege sowie die Erhöhung des Pflegegeldes ab Pflegestufe 4. Ab 1. Jänner 2020 wird das Pflegegeld in **allen Stufen** um den jeweiligen Pensionsanpassungsfaktor gemäß § 108 f. ASVG (ASVG) jährlich valorisiert werden. Auch die **Bekämpfung der Altersarmut** ist eine Maßnahme im Regierungsprogramm der XXVI. Gesetzgebungsperiode (2017–2019). (Bundesregierung 2017; BMA SK 2018c)

4 Darstellung möglicher Entwicklungsfelder und Schlussfolgerungen

Der vorliegende Beitrag dokumentiert insgesamt, dass in Österreich aktuell bereits gute Rahmenbedingungen bestehen und in den vergangenen Jahren auch zahlreiche Maßnahmen gesetzt wurden bzw. aktuell entwickelt werden, um den bevorstehenden demografischen Herausforderungen adäquat zu begegnen. Der multidimensionale Index der alternden Gesellschaft hat sich dabei im Zuge der Analyse als tauglicher Referenzrahmen erwiesen, um einerseits Bereiche mit Handlungsbedarf abzuleiten und andererseits auch die einzelnen Aktivitäten inhaltlich zu gliedern und in einen funktionalen Zusammenhang mit dem Konzept des aktiven und gesunden Alterns zu setzen.

In Hinblick auf die Analyseebene „Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität älterer Menschen in Österreich“ konnte anhand der herangezogenen Indikatoren nachvollzogen werden, dass zwar die Lebenszufriedenheit, der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand sowie die fernere Lebenserwartung der älteren Bevölkerung gute bzw. sehr gute Werte im EU-Vergleich aufweisen und auch eine hohe Zugänglichkeit des Gesundheitssystems gegeben ist, andererseits aber chronische Erkrankungen und lang andauernde Gesundheitsprobleme die gesunde Lebenserwartung beeinträchtigen.

Gerade in letzteren Bereichen wurden, ausgehend vom Rahmenkonzept der österreichischen Gesundheitsziele, nationale Strategien und Aktionspläne entwickelt sowie zielorientierte Maßnahmen gestartet. Entsprechend einer Lebenszyklusperspektive sowie vor dem Hintergrund der Bündelung involvierter Akteurinnen und Akteure sind solche Maßnahmen jedenfalls geeignet, einen möglichst großen Public-Health-Nutzen zu erzielen, zumal vielfach gesunde oder ungesunde Lebensweisen über einen längeren Zeitraum erworben werden und daher dauerhafte Maßnahmen in allen Settings und Altersbereichen zweckmäßig sind.

Andererseits erscheint aber gerade auch vor dem Hintergrund bestehender Besonderheiten der Gruppe der älteren Bevölkerung der Ansatz vielversprechend, die einzelnen Aspekte der themenspezifischen Programme und Maßnahmen unter der übergreifenden Strategie des aktiven und gesunden Alterns zielgruppenspezifisch weiterzuentwickeln. Hierbei maßgeblich ist eine Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenswelten der älteren Personen, neben altersgruppenspezifischen Ansätzen spricht viel auch für geschlechterspezifische Ansätze, die zudem sozioökonomische Unterschiede berücksichtigen.

Hinsichtlich der Analyseebene „soziale Sicherheit, Chancengleichheit, Teilhabechancen, freiwilliges Engagement und sozialer Zusammenhalt“ konnte gezeigt werden, dass es der österreichischen älteren Bevölkerung vergleichsweise recht gut möglich ist, am sozialen und gesellschaftlichen Leben durch Bildung bzw. Teilnahme an Weiterbildung oder Freiwilligenengagement teilzuhaben. Dem ebenso vergleichsweise hohen Niveau des sozialen Schutzes steht ein vergleichsweise hohes Ausmaß an informeller Pflege gegenüber. Geringe Erwerbsquoten der 55- bis 64-Jährigen bzw. Erwerbskarrieren mit hohem Unterbrechungs- und/oder Teilzeitanteil gehen mit fallweiser Armutsgefährdung im Alter einher, die die prinzipiell gute Ausgangssituation für ein aktives Altern gefährden kann.

Auch auf dieser Analyseebene wurden in den letzten Jahren Strategien und Aktionspläne entwickelt (Bundesplan für Seniorinnen und Senioren, Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz, Strategie zum lebensbegleitenden Lernen in Österreich u. a.), und ebenso adressierte das Regierungsprogramm der XXVI. Gesetzgebungsperiode (2017-2019) maßgebliche Aktionsfelder und Maßnahmenbereiche (z. B. Pflegevorsorge, Digitalisierung, Armutsbekämpfung u. a.). Dem Ansatz des aktiven und gesunden Alterns folgend, wurde dabei das Spektrum der Maßnahmen der letzten Jahre, die primär auf eine längere Erwerbstätigkeit abstellten (z. B. fit2work, Gesundheitsvorsorge Aktiv u. a.), um Maßnahmen des sozialen Zusammenlebens und der Teilhabe als wichtiges Element der kommunalen Daseinsvorsorge ergänzt (z. B. gesunde Nachbarschaft, Freiwilligenarbeit u. a.). In diesem Zusammenhang kommt insbesondere der Unterstützung bei der Digitalisierung besondere Bedeutung zu, auch generationsübergreifende Ansätze zeigen ein hohes Erfolgspotenzial.

Insgesamt adressiert die Analyseebene der sozialen Sicherheit und Teilhabe ein wesentlich breiteres Politikfeld als jene von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Die Bestandsaufnahme zeigt, dass aber gerade in letzterer Dimension die Bedürfnisse, Möglichkeiten und Chancen der älteren Bevölkerung im Sinne des Konzepts des aktiven und gesunden Alterns als explizite Handlungsebene stärker Berücksichtigung fanden und finden und nunmehr durch die gesamthafte Betrachtung und auch Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte für Österreich eine gute Möglichkeit besteht, sich aktiv in die bevorstehende „Decade of Healthy Ageing 2020-2030“ der Weltgesundheitsorganisation einzubringen und hier vielleicht sogar die Rolle eines Good-Practice-Modells einzunehmen.

Literaturverzeichnis

- Amann, Anton; Bischof, Christian; Findening, Ines (2018): **Teilhabe im Alter: Theoretische Konzeptionen, praktische Gegebenheiten. Forschungsbericht.** Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Arbeitsmarktservice (2019): **Arbeitsmarktdaten und Arbeitsmarktforschung - Fachbegriffe.** [Online]. <https://www.ams.at/arbeitsmarktdaten-und-medien/arbeitsmarkt-daten-und-arbeitsmarkt-forschung> [Zugriff am 11.3.2019].
- ASchG: **Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz)**, BGBl Nr. 450/1994, Fassung vom 27.5.2014.
- ASVG: **Allgemeines Sozialversicherungsgesetz — ASVG**, BGBl. Nr.189/1955, in der geltenden Fassung.
- Bachl, Norbert; Schwarz, Werner; Zeibig, Johannes (2006): **Fit ins Alter: Mit richtiger Bewegung jung bleiben.**Wien: Springer.
- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig; Rainer, Lukas; Schmidt, Andrea E.; Zuba, Martin; Quentin, Wilm; Winkelmann, Juliane (2018a): **Austria. Health system review.**Copenhagen: World Health Organization.
- Bachner, Florian; Griebler, Robert; Schmidt, Andrea E.; Mathis-Edenhofer, Stefan; Rainer, Lukas; Bobek, Julia (2018b): **Outcome-Messung im Gesundheitswesen: Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht): aktualisierte Fassung 2017.** Wien: BMASGK.
- Baldaszi, Erika; Hackl, Monika; Ihle, Petra; Leitner, Barbara; Klimont, Jeannette (2018): **Gesundheitsstatistik 2016. Gesundheitszustand und -versorgung im Zeitvergleich.** Wien: Statistik Austria
- Betreut.at (2018): **Gute Betreuung beginnt hier.** [Online]. <https://www.betreut.at/> [Zugriff am 13.03.2019].
- BMASGK (2018a): **Der Alter(n)sbeirat: Multiprofessioneller Beirat für Gesundheit und Krankheit im Alter.** [Online]. https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsfoerderung_Praevention/SeniorInnen/Der_nbsp_Alter_n_sbeirat_Multiprofessioneller_Beirat_fuer_Gesundheit_und_Krankheit_im_Alter [Zugriff am 11.03.2019].
- BMASGK (2018b): **International Expert-Conference on Human Rights of older Persons. Conference Report.**
- BMASGK (2018c): **Vortrag an den Ministerrat: Pflegevorsorge – Masterplan Pflege.**
- BMASGK (2019a): **Arbeitsmarktdaten Ältere (50 und älter), Jahr 2018.** [Online]. <https://www.dnet.at/elis/Arbeitsmarkt.aspx> [Zugriff am 04.02.2019].

- BMASGK (2019b): **OPIS web - gesetzliche Pensionsversicherung**. [Online]. BMASGK. <https://www.dnet.at/opis/Default.aspx> [Zugriff am 11.03.2019].
- BMASGK (o. J.): **NEK - Nationale Ernährungskommission**. [Online]. https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Reiseinfos_Verbrauchergesundheit/Ernaehrung_und_Lebensmittel/NEK/NEK_Nationale_Ernaehrungskommission [Zugriff am 29.03.2019].
- BMASK (2015): **Altern und Zukunft: Bundesplan für Seniorinnen und Senioren**. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BMASK (2016): **Eine Gesellschaft für alle Lebensalter: Förderung von Lebensqualität und aktivem Altern. Nationalbericht Österreich 3. Überprüfung und Bewertung der Umsetzung des Internationalen Aktionsplans zum Altern von Madrid 2002 2012 – 2016**. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BMASK (2016c): **Richtlinie für die allgemeine Seniorenförderung gemäß § 19 Abs. 4 Bundes-Seniorengesetz**.
- BMASK (2017): **Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016**. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BMG (2013): **Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen "Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen"**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMGF (2016): **Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur**. Hg. v. Bundeszielsteuerungskommission, Beschlossen von der; 2016, am 1. Juli. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF).
- BMGF (2017a): **Aktionsplan Frauengesundheit. 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017b): **Gesundheitsziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen. Bericht der Arbeitsgruppe**. Aufl. April 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017c): **Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen. Bericht der Arbeitsgruppe**. Aufl. April 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017d): **Gesundheitsziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern. Bericht der Arbeitsgruppe**. Aufl. April 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017e): **ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission**. Wien: Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur.
- BMGF (2017f): **Österreichische Diabetes-Strategie**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

- BMUKK (o. J.): **Erwachsenenbildung.at Wissen vernetzt. Bildung wirkt.** Strategie zum lebensbegleitenden Lernen in Österreich. [Online]. https://erwachsenenbildung.at/themen/lebenslanges_lernen/oesterreichische_strategie/aktuell.php#ll2020 [Zugriff am 20.3.2019].
- BMVIT (2019): **Active and Assisted Living (AAL) Research and Development Programme.** FTI-Kooperationen und Programme [Online]. https://www.bmvit.gv.at/innovation/internationales/fti_kooperationen/aal.html [Zugriff am 12.03.2019].
- Braun, Andreas; Kirchbuchner, Florian; Wichert, Reiner (2016): **Ambient Assisted Living.** In: eHealth in Deutschland Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Hg. v. Fischer, Florian; Krämer, Alexander Berlin Heidelberg: Springer. S. 203-222.
- Bundes-Seniorengesetz: **Bundesgesetz über die Förderung von Anliegen der älteren Generation (Bundes-Seniorengesetz)**, BGBl. I Nr. 84/1998 in der geltenden Fassung.
- Bundespflegegeldgesetz - BPGG: **Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz - BPGG)**, BGBl. Nr. 110/1993, in der geltenden Fassung.
- Bundesregierung (2017): **Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017-2022.** Bundesregierung, Wien. Regierungsprogramm der XXVI. Gesetzgebungsperiode (2017-2019)
- Caritas & Du (o. J.): **Lerncafe.** [Online]. <https://freiwillige.caritas-wien.at/aktiv-werden/freiwilligen-projekte/lerncafe/> [Zugriff am 13.03.2019].
- Chen, Cynthia; Goldman, Dana P.; Zissimopoulos, J.; Rowe, J. W.; Research Network on an Aging, Society (2018): **Multidimensional comparison of countries' adaptation to societal aging.** In: Proc Natl Acad Sci U S A 115/37:9169-9174.
- Deutsches Ärzteblatt (2018): **Bayern setzt auf Assistenzroboter in der Pflege.** [Online]. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96544/Bayern-setzt-auf-Assistenzroboter-in-der-Pflege> [Zugriff am 13.03.2019].
- Europäische Kommission (2014): **Bericht der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Umsetzung, die Ergebnisse und die Gesamtbewertung des Europäischen Jahres für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012.** Brüssel.
- Eurostat (2019a): **Aktuelle depressive Symptome, nach Geschlecht, Alter und umfassender Staatsangehörigkeitsgruppe (hlth_ehis_mh1c).** [Online]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_mh1c Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019b): **Arbeitslosenquoten nach Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss (% (lfsa_urgaed).** [Online]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/lfsa_urgaed [Zugriff am 27.03.2019].

- Eurostat (2019c): **Ausgaben: wichtigste Ergebnisse (spr_exp_sum)**. [Online].
https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/spr_exp_sum [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019d): **Beschäftigte und Erwerbspersonen nach Alter und Geschlecht - jährliche Daten (lfsi_emp_a)**. [Online]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/lfsi_emp_a [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019e): **Bevölkerung nach Bildungsabschluss, Geschlecht und Alter (%) - Hauptindikatoren [edat_lfse_03]**. [Online]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/edat_lfse_03 [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019f): **Durchschnittliche Bewertung der Zufriedenheit nach Bereich, Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss [ilc_pw01]**. [Online].
https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_pw01 [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019g): **Gini-Koeffizient des verfügbaren Äquivalenzeinkommens Quelle: SILC [ilc_di12]**. [Online] https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_di12 [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019h): **Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke, nach Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss [hlth_ehis_al1e]**. [Online].
https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_al1e [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019i): **Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach Geschlecht, Alter, angegebenem Hauptgrund und Bildungsabschluss [hlth_silc_14]**. [Online]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_14 [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019j): **Number of healthy years of life: countries compared**. [Online].
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190204-1?inheritRedirect=true> [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019k): **Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem, nach Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss [hlth_silc_05]**. [Online].
http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_05&lang=de [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019l): **Quote der dauerhaften Armutsgefährdung nach Geschlecht und Alter - EU-SILC Erhebung (ilc_li21)** [Online]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_li21 [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019m): **Renten (spr_exp_pens)**. [Online].
https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/spr_exp_pens [Zugriff am 30.09.2019].
- Eurostat (2019n): **Tägliche Raucher von Zigaretten, nach Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss [hlth_ehis_sk3e]**. [Online].
https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_sk3e [Zugriff am 27.03.2019].

- Eurostat (2019o): **Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse, nach Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss [hlth_ehis_fv3e]**. [Online]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_fv3e [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019p): **Teilnahmequote an Bildung und Weiterbildung (letzte 4 Wochen) nach Geschlecht und Alter (trng_lfse_01)**. [Online]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/trng_lfse_01 [Zugriff am 27.03.2019].
- Eurostat (2019q): **Von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedrohte Bevölkerung nach Alter und Geschlecht [ilc_peps01]**. [Online]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_peps01 [Zugriff am 27.03.2019].
- FGÖ (2018): **Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen in Österreich**. Sammelband. Hg. v. Fonds Gesundes Österreich. Wien.
- FGÖ (2019): **Die Förderschwerpunkte für die Jahre 2017-2020**. [Online]. FGÖ. <http://fgoe.org/foerderschwerpunkte> [Zugriff am 06.02.2019].
- FGÖ (o. J.): **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) – Gesundheitliche Chancengerechtigkeit am Arbeitsplatz**. [Online]. http://fgoe.org/foerderschwerpunkt_bgf [Zugriff am 29.03.2019].
- fit2work (2019): **fit2work**. [Online]. fit2work. <http://fit2work.at/> [Zugriff am 13.03.2019].
- Fit Sport Austria (2016): **fit Sport Austria**. [Online]. <https://www.fitsportaustria.at/main.asp?VID=1&kat1=94&kat2=666> [Zugriff am 13.03.2019].
- Fredriksen-Goldsen, K.; Shiu, C.; Bryan, A.E.B.; Goldsen, J.; Kim, H. (2017): **Health Equity and Aging of Bisexual Older Adults: Pathways of Risk and Resilience**. In: The Journals of Gerontology: Series B 72/3:468–478.
- Freiwilligengesetz – FreiwG: **Bundesgesetz zur Förderung von freiwilligem Engagement (Freiwilligengesetz – FreiwG)**, BGBl. I Nr. 17/2012 in der geltenden Fassung.
- freiwilligenweb (2018): **Freiwillig. Ich bin dabei**,. [Online]. BMASGK. <http://www.freiwilligenweb.at/> [Zugriff am 19.03.2019].
- Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz: **Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird**, BGBl. I Nr. 26/2017 in der geltenden Fassung.
- Gesundheitsziele Österreich (2019): **Gesundheitsziele**. [Online]. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/> [Zugriff am 12.03.2019].
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene (2017): **Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014/15**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

- Gubernskaya, Z. (2015): **Age at Migration and Self-Rated Health Trajectories After Age 50: Understanding the Older Immigrant Health Paradox.** In: The Journals of Gerontology: Series B 70/2:279–290.
- Haas, Sabine / Weigl, Marion (2017): **Frühe Hilfen. Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich 2017.** Wien: Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur.
- IFES (2016a): **Ehrenamtliches und freiwilliges Engagement in Österreich 2016. Sonderauswertung 55+.** Wien.
- IFES (2016b): **Freiwilligenengagement. Bevölkerungsbefragung 2016. Studienbericht.** Wien.
- IFES (2017): **Bewegungs-Monitoring Bevölkerungsbefragung 2017 Studienbericht.** Wien: Institut für empirische Sozialforschung.
- IGFÖ (o. J.): **Interessensgemeinschaft Freiwilligenzentren Österreich, .** [Online]. <https://www.freiwilligenzentrum.at/> [Zugriff am 19.03.2019].
- Ilinca, Stefania; Rodrigues, Ricardo; Schmidt, Andrea E.; Zolyomi, Eszter (2016): **Gender and social class inequalities in active ageing: policy meets theory.** Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Juraszovich, Brigitte; Sax, Gabriele; Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Stewig, Friederike (2015): **Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz.** Abschlussbericht - Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Wien: Gesundheit Österreich, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und Bundesministerium für Gesundheit.
- Klein, Charlotte; Pertl, Daniela; Rojatz, Daniela; Nowak, Peter (2017): **Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis.** Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Kok, A.A.; Aartsen, M.J.; Deeg, D.J.; Huisman, M. (2017): **The effects of life events and socioeconomic position in childhood and adulthood on successful aging.** In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 72/2:268-278.
- Kolland, Franz; Baumgartner, Katrin; Wanka, Anna (2011): **Bildung für ältere Menschen. Soziale Teilhabe unter besonderer Berücksichtigung der Aspekte Gender und ländlicher Raum. Forschungsbericht November 2011.** Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Müller, Sascha (2014): **Projekthandbuch: Gesundheitsförderung im Setting SeniorInnenwohnhaus praktisch umsetzen.** Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Nagl-Cupal, M.; Kolland, F.; Zartler, U.; Mayer, H.; Bittner, M.; Koller, M.; Parisot, V.; Stöhr, D. (2018): **Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke.** Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

- NAP.b (2013): **Nationaler Aktionsplan Bewegung (NAP.b)**. Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Haus des Sports, Bundesministerium für Gesundheit, Fonds Gesundes Österreich, Wien.
- NAP.e (2013): **Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013**. BMG. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- Netzwerk Gesunde Städte (2019): **Netzwerk Gesunde Städte - über uns**. [Online]. Österreichischer Städtebund. <https://www.staedtebund.gv.at/ausschuesse/ngs/ueber-uns/> [Zugriff am 08.08.2019].
- Norman, Cameron D. / Skinner, Harvey A. (2006): **eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World**. In: Journal of Medical Internet Research 8/2.
- NQZ Austria (2019): **Für ein Leben wie daheim**. [Online]. <http://www.nqz-austria.at/> [Zugriff am 12.03.2019].
- OeAD (o.J.): **Österreichische Austauschdienst: Das österreichische Bildungssystem**. [Online].
- OECD (2015): **Gesundheit auf einen Blick 2015: Wo steht Österreich?**
- OECD (2017): **Preventing ageing unequally**. Hg. v. OECD Publishing. Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264279087-en>
- OECD (2019a): **Health expenditure and financing**. [Online]. <https://stats.oecd.org/> [Zugriff am 27.03.2019].
- OECD (2019b): **Health Status: Life expectancy** [Online]. <https://stats.oecd.org/> [Zugriff am 27.03.2019].
- OECD (2019c): **Health Status: Perceived health status by age and gender** [Online]. <https://stats.oecd.org/> [Zugriff am 27.03.2019].
- ÖPGK (2019): **Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz**. [Online]. FGÖ. <https://oepgk.at/> [Zugriff am 06.02.2019].
- ÖPIA (2012): **Ausgewählte Beiträge zum „Aktiven Altern“**. Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA) im Auftrag des Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK).
- ÖPIA (2018): **Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie: Welle II, 2015-2018, Panelerhebung, Wien und Steiermark**. Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen.
- Paulweber, Ute / Platter, Martina (2018): **Treffpunkt Generationen Intergenerationelle Good Practice Modelle**. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Pavlova, Irina; Gumennikov, Ilya; Monastyrny, Evgeny (2016): **Composite Indices as International Approaches to Elderly Population Well-being Evaluation: Evidence from Russia**. In: Future Academy - II International Scientific Symposium on Lifelong Wellbeing in the World:259-269.

- Pelikan, Jürgen M. / Ganahl, Kristin (2017): **Measuring Health Literacy in General Populations: Primary Findings from the HLS-EU Consortium's Health Literacy Assessment Effort.** In: IOS Press,. Hg. v. Logan, G. D.; Siegel, Elliot R. S. 34-34.- 59. doi:10.3233/3978-I 3236 I499790-499790-499734.
- Pensionsversicherungsanstalt (2019): **Gesundheitsvorsorge Aktiv.** [Online]. Pensionsversicherungsanstalt. <https://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.792811&viewmode=content> [Zugriff am 08.08.2019].
- Political Declaration (2002): **Madrid International Plan of Action on Ageing.**
- Republik Österreich (2011): **Strategie zum lebensbegleitenden Lernen „LLL:2020“.** Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur u. a.
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015a): **Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich.** Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015b): **Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.** Kurzbericht. Wien: Gesundheit Österreich.
- Schaeffer, Doris; Hurrelmann, Klaus; Bauer, Ullrich; Kolpatzik, Kai; Altiner, Attila; Dierks, Marie-Luise; Ewers, Michael; Horn, Annett; Jordan, Susanne; Kickbusch, Ilona; Klapper, Bernadette; Pelikan, Jürgen M; Rosenbrock, Rolf; Schmidt-Gernig, Alexander; Schmidt-Kaehler, Sebastian; Weishaar, Heide; Woopen, Christiane (2018): **Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken.** Berlin: KomPart.
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Geraldine; Pelikan, Jürgen M.; Slonska, Zofia; Brand, Helmut; European Health Literacy Project (HLS-EU) Consortium (2012): **Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.** In: BMC public health 12/80:online. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/1412/1480>.
- Statistik Austria (2018a): **Bevölkerungsprognose 2018: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2017-2100 laut Hauptszenario.** Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2018b): **Pensionsleistungsbezieherinnen und -bezieher nach Funktionen und Pensionsleistungen1) 2000 bis 2017.** [Online]. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeschutz_nach_eu_konzept/pensionsleistungsbezieherinnen_und_bezieher/index.html [Zugriff am 27.03.2019].
- Statistik Austria (2018c): **Tabellenband EU-SILC 2017 - Einkommen, Armut und Lebensbedingungen.** Wien.

- Statistik Austria (2019a): **Ausgewählte demographische Indikatoren für die Jahre 2007 bis 2018**. [Online].
http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/o23572.html [Zugriff am 08.08.2019].
- Statistik Austria (2019b): **Pensionseinkommen (ohne Zwischenstaatliche Teilleistungen) in der gesetzlichen Pensionsversicherung im Dezember 2017**. [Online].
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/pensionen/index.html [Zugriff am 27.03.2019].
- Technische Universität München (2019): **Munich School of Robotics and Machine Intelligence (MSRM)**. [Online]. Technische Universität München. <http://www.msrm.tum.de/startseite/> [Zugriff am 13.03.2019].
- The King's Fund (2017): **What is social prescribing?** [Online]. The King's Fund.
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing#what-is-it> [Zugriff am 13.03.2019].
- Titze, Sylvia; Ring-Dimitriou, Susanne; Schober, Peter H.; Halbwachs, Christian; Samitz, Günther; Miko, Hans-Christian; Lercher, Piero; Stein, K. Viktoria; Gäbler, Christian; Bauer, Robert; Gollner, Erwin; Windhaber, Jana; Bachl, Norbert; Dorner, Thomas E. (2011): **Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH & Fonds Gesundes Österreich.
- UNECE (2019): **Ageing - About our work on Ageing**. [Online]. United Nations Economic Commission for Europe. <https://www.unece.org/population/ageing.html> [Zugriff am 08.08.2019].
- United Nations (2015): **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. [Online].
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> [Zugriff am 13.03.2019].
- WHO (1948): **Constitution of the World Health Organization**. United Nations, City of New York.
- WHO (2002): **Active Ageing A Policy Framework**. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007): **Global Age-friendly Cities: A Guide**. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2017): **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2019): **About the Global Network for Age-friendly Cities and Communities**. [Online].
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/> [Zugriff am 13.03.2019].
- Wilkinson, Richard / Marmot, Michael (2004): **Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Siehe auch englische Fassung: Social determinants of health. The solid facts**. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- Winkler, E. / Spreitzer, H. (2016): **Ensuring a society for all ages: Promoting quality of life and active ageing. National report Austria. 3rd review and appraisal of the**

implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (2012-2016). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz/National Focal Point on Ageing.

Zaidi, A.; Gasior, K.; Zolyomi, E.; Schmidt, A.E.; Rodrigues, R.; Marin, B. (2017): **Measuring active and healthy ageing in Europe.** In: Journal of European Social Policy 27/2:138-157.

Zielsteuerung-Gesundheit (2017): **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2017 bis 2021.**