

Altersgerechte Umfelder in Europa

Ein Handbuch mit Bereichen für politische Maßnahmen

© Weltgesundheitsorganisation 2020

Gewisse Rechte vorbehalten. Diese Arbeit ist unter der Lizenz von Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>) erhältlich.

Gemäß den Bestimmungen dieser Lizenz können Sie die Arbeit für nicht gewerbliche Zwecke kopieren, weiterverteilen und anpassen, sofern die Arbeit korrekt zitiert wird (siehe nachstehende Erläuterung). Bei jeglicher Nutzung dieser Arbeit ist jede Andeutung zu vermeiden, dass die WHO bestimmte Organisationen, Produkte oder Leistungen unterstützt. Die Verwendung des WHO-Logos ist nicht gestattet. Wenn Sie die Arbeit anpassen, müssen Sie Ihre Arbeit unter derselben oder einer gleichwertigen Lizenz von Creative Commons lizenzieren. Wenn Sie eine Übersetzung dieser Arbeit erstellen, sollten Sie der beabsichtigten Zitierung folgende Haftungsausschluss-erklärung hinzufügen: „Diese Übersetzung wurde nicht von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. Die WHO übernimmt keine Haftung für den Inhalt oder die Genauigkeit dieser Übersetzung. Ausschließlich die englische Originalausgabe ist rechtsverbindlich: Age-friendly environments in Europe. A handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.“

Jede Schlichtung von Streitigkeiten, die sich aus der Lizenz ergeben, ist gemäß den Schlichtungsregeln der Weltorganisation für geistiges Eigentum durchzuführen.

Vorgeschlagene Zitierung: Altersgerechte Umfeldler in Europa Indikatoren, Monitoring und Bewertungen. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2020, Lizenz: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Cataloguing-in-Publication (CIP-Daten): CIP-Daten erhalten Sie unter <http://apps.who.int/iris>.

Verkauf, Rechte und Lizenzvergabe: Zum Kauf von Publikationen der WHO siehe <http://apps.who.int/bookorders>. Zur Einreichung von Anträgen auf kommerzielle Nutzung und von Anfragen bezüglich Rechten und Lizenzvergabe siehe <http://www.who.int/about/licensing>.

Material von Dritten: Wenn Sie Material aus dieser Arbeit wiederverwenden möchten, das einem Dritten zugeschrieben wird (z. B. Tabellen, Abbildungen oder Bilder), so tragen Sie die Verantwortung für die Entscheidung, ob dazu eine Genehmigung erforderlich ist, sowie für die Einholung einer solchen Genehmigung beim Urheberrechtsinhaber. Das Haftungsrisiko, das sich aus Verstößen gegen einen im Eigentum Dritter stehenden Bestandteil der Arbeit ergibt, liegt ausschließlich beim Nutzer.

Allgemeine Haftungsausschlüsse: Die in dieser Publikation verwendeten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der WHO bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. seiner/ihrer Regierungs- oder Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs seiner/ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gepunktete und gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der WHO unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die WHO hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird das veröffentlichte Material ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die WHO schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus der Verwendung des Materials ergeben.

Altersgerechte Umfelder in Europa

Ein Handbuch mit Bereichen für politische Maßnahmen

Zusammenfassung

Konzepte zur Schaffung altersgerechterer Umfelder haben innerhalb der Europäischen Region und weltweit eine mächtige Bewegung in Gang gesetzt, an der sich eine wachsende Zahl von Städten und Gemeinden, lokalen Behörden und Regionalregierungen beteiligt. Die vorliegende Publikation bietet Kommunalpolitikern und Planern ein Handbuch zu acht Bereichen für politische Maßnahmen. Diese betreffen sowohl das räumliche und soziale Umfeld als auch gemeindenaher Dienstleistungen. Es baut auf dem WHO-Modell für altersgerechte Städte und Gemeinden auf, das von vielen Kommunalverwaltungen in Europa als Bezugspunkt genutzt wird.

Dieses Handbuch basiert auf den Erkenntnissen, die aus bestehenden Initiativen zur Schaffung altersgerechter Umfelder in Europa gewonnen wurden. Es baut damit auf der Vielfalt der heute vorhandenen einschlägigen Instrumente auf, die in den Kommunen und in den Regionen entwickelt wurden, und bedient sich der neuesten Forschungserkenntnisse. In dieser Publikation werden Maßnahmen zur Schaffung von mehr altersgerechten Umfeldern in den breiteren Kontext der Gesundheits- und Sozialpolitik für eine alternde Bevölkerung in der Europäischen Region eingeordnet. Ein Schwerpunkt liegt auf der Wechselbeziehungen und den gegenseitigen Synergien zwischen den acht Bereichen und der Frage, wie sie zusammenarbeiten können, um gemeinsame Ziele wie die Stärkung der sozialen Inklusion, die Förderung körperlicher Betätigung oder die Unterstützung von Demenzkranken zu verwirklichen.

Schlüsselwörter

URBAN HEALTH

AGEING

OLDER PEOPLE

INTERGENERATIONAL PROGRAMMES

VOLUNTEERS

HEALTH POLICY

EUROPE

ISBN 978 92 890 5519 2

Anfragen zu Publikationen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publikationen

WHO-Regionalbüro für Europa

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Wenn Sie Dokumente oder Gesundheitsinformationen anfordern oder eine Genehmigung zum Zitieren oder Übersetzen einholen wollen, füllen Sie bitte auf der Website des Regionalbüros für Europa ein entsprechendes Online-Formular aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

Inhalt

Liste der Abbildungen, Kästen und Tabellen	vi
Vorwort	vii
Danksagungen.....	viii
Einführung	0
Gesundes Altern: eine Priorität für Europa	2
Unterstützende Umfelder: eine europäische und globale Bewegung	2
Zielsetzung und Einzelziele des AFEE-Projekts.....	3
Zielgruppe	4
Methodik	4
Wie altersgerechte Umfelder das Potenzial für gesundes Altern erschließen	5
Wie Gebietskörperschaften altersgerechte Umfelder schaffen	7
Unterstützende physische Umfelder	8
Partizipative und inklusive soziale Umfelder	8
Die Rolle gemeindenaher Dienstleistungen.....	9
Übergreifende Themen, die die Bereiche verbinden.....	9
Trends der demografischen Alterung in Europa	13
Alterungsmuster nach geografischen Großregionen in Europa	14
Bereich 1: Öffentlicher Raum.....	16
Einführung.....	17
Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen.....	17
Barrierefreie öffentliche Räume und Gebäude, die für Menschen mit Beeinträchtigungen zugänglich und nutzbar sind	18
Unterstützung der Interaktion innerhalb der Kommune und der persönlichen Unabhängigkeit.....	19
Orte, an denen man im Freien sein und verweilen kann.....	21
Städtische Umfelder, die die Gefühle von Zugehörigkeit, Kontinuität und Selbstwert unterstützen	23
Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen.....	24
Ressourcen und Materialiensammlungen	26
Weiterführende Literatur	26
Bereich 2: Verkehr und Mobilität	28
Einführung.....	29
Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen.....	29
Infrastruktur zugunsten von aktiver Mobilität und Fußgängerfreundlichkeit.....	31
Öffentliche Verkehrsmittel.....	32
Bedarfsorientierte Angebote und andere Unterstützung zur Verbesserung der Mobilität.....	34
Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen.....	34
Ressourcen und Materialiensammlungen	38
Weiterführende Literatur	38

Bereich 3: Wohnen	40
Einführung.....	41
Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen.....	42
Ungleichgewichte durch verbesserte Wohnverhältnisse bekämpfen	43
Wohnungsbewertungen in Bezug auf Altersgerechtigkeit, Reparaturen, Instandhaltung und Anpassungen unterstützen.....	44
Standards für Neubauten festlegen und durchsetzen	45
Das Angebot an Unabhängigkeit fördernden Wohnformen erweitern	46
Alternative Wohnmodelle: Zusammenarbeit mit privaten und nutzerorientierten Initiativen.....	48
Unterstützung bei Umzügen.....	49
Sicherheit und Schutz einschließlich Kriminalprävention.....	50
Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen.....	50
Ressourcen und Materialiensammlungen	55
Weiterführende Literatur	56
 Bereich 4: Soziale Teilhabe.....	 58
Einführung.....	59
Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen.....	60
Ein breites Spektrum von für ältere Menschen zugänglichen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe	62
Unterstützende Umfeldler für den sozialen Austausch in der Kommune.....	64
Lebenslanges Lernen.....	65
Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen.....	67
Ressourcen und Materialiensammlungen	72
Weiterführende Literatur	72
 Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung	 74
Einführung.....	75
Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen.....	76
Respekt und Nichtdiskriminierung	78
Soziale Ausgrenzung bekämpfen	79
Gezielte Maßnahmen für Personen in Situationen der Verletzlichkeit	81
Sozialkapital und Zusammenhalt im Wohnbezirk.....	84
Generationsübergreifende Räume und Aktivitäten	85
Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen.....	86
Ressourcen und Materialiensammlungen	87
Weiterführende Literatur	87
 Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung	 92
Einführung.....	93
Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen.....	93
Im politischen Leben und an Entscheidungsprozessen mitwirken	94
Wirtschaftsleben und Beschäftigung	95
Engagement im öffentlichen Leben: schöpferische Zusammenarbeit und ehrenamtliche Tätigkeit.....	97
Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen.....	98
Ressourcen und Materialiensammlungen	103
Weiterführende Literatur	103

Bereich 7: Kommunikation und Information	106
Einführung.....	107
Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen.....	107
Altersgerechte Informationen.....	109
Eine Anlaufstelle für gesundheits- und altersbezogene Informationen.....	109
Die Gesundheitskompetenz verbessern	111
Das digitale Gefälle verringern.....	111
Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen.....	112
Ressourcen und Materialiensammlungen	117
Weiterführende Literatur	117
 Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen	 118
Einführung.....	119
Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen.....	119
Kommunale Aktivitäten zur Koordinierung und integrierten Versorgung	120
Gesundheitsversorgung einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention.....	121
Häusliche Pflege und Unterstützung für informelle Pflege.....	122
Pflegeeinrichtungen	123
Dienstleistungen in den Bereichen umgebungsunterstütztes Leben und IKT zugunsten guten Alterns.....	124
Notfallplanung und Katastrophenvorsorge.....	127
Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen.....	128
Ressourcen und Materialiensammlungen	130
Weiterführende Literatur	131
 Glossar und Quellenangaben.....	 132
Glossar.....	133
Literaturübersicht.....	135

Liste der Abbildungen, Kästen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1. Rahmen des AFEE-Projekts	1
Abbildung 2. Die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen fördern.....	6
Abbildung 3. Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zugunsten gesunden Alterns: Möglichkeiten für Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit über den gesamten Lebensverlauf.....	7
Abbildung 4. Risikofaktorenmodell für Stürze im hohen Lebensalter	11
Abbildung 5. Alterungsmuster nach geografischen Großregionen in Europa.....	14
Abbildung 6. Ein konzeptionelles Modell für IKT-/AAL-Anwendungen.....	125

Kästen

Kasten 1. Altersgerechte Städte und Gemeinden.....	3
Kasten 2. Prävention von Misshandlung älterer Menschen und Gewährleistung qualitativ hochwertiger Dienstleistungen in der EU... 13	13
Kasten 3. Oslos einheitliche Grundsätze für universelles Design	19
Kasten 4. Fallstudie: Gestaltung von öffentlichen Räumen zu demenzgerechten lebensfreundlichen Wohnbezirken	20
Kasten 5. Perspektiven aus dem Bereich des öffentlichen Personenverkehrs	33
Kasten 6. Fallstudie: Cyclopousse, Lyon.....	35
Kasten 7. Anwendung der Wel_Hops-Richtlinien in Győr (Ungarn).....	46
Kasten 8. Gesundheit hat kein Alter – ein umfassender Setting-Ansatz zur Gesundheitsförderung in Wohnheimen.....	48
Kasten 9. No alla solit' Udine [„Nein zur Einsamkeit“]: ein Netzwerk ehrenamtlicher Tätigkeiten in der Stadt Udine (Italien)	63
Kasten 10. Die slowenische Universität des dritten Lebensalters.....	66
Kasten 11. Erfahrungen aus bestehenden Initiativen der Europäischen Kommission	66
Kasten 12. Formen sozialer Ausgrenzung in höherem Alter	76
Kasten 13. Gesundes Altern und soziale Ausgrenzung in ländlichen Gebieten.....	81
Kasten 14. Demenzgerechte Kommunen bekämpfen Stereotypen über Demenz.....	83
Kasten 15. Mailand (Italien): Einsamkeit bekämpfen und die am stärksten gefährdeten Menschen unterstützen	85
Kasten 16. Was funktioniert, um die Fähigkeit älterer Menschen zu unterstützen, weiterhin erwerbstätig und ehrenamtlich tätig zu sein?... 96	96
Kasten 17. Aktive Rekrutierung von ehrenamtlich Tätigen in der Stadt Horsens (Dänemark).....	99
Kasten 18. Lassen Sie uns aktiv werden! Soziale Eingliederung älterer Menschen durch ehrenamtliche Tätigkeit in drei baltischen Städten... 99	99
Kasten 19. Telefonberatungsstelle für ältere Menschen im Vereinigten Königreich	110
Kasten 20. Lokale Initiativen in Deutschland zur Umsetzung des nationalen Aktionsplans IN FORM	111
Kasten 21. Frühzeitige Unterstützung zur Förderung der selbstständigen Lebensführung in Kuopio (Finnland).....	122
Kasten 22. Teleunterstützung zu Hause: Verbesserung des Zugangs zu Dienstleistungen und Bekämpfung der sozialen Isolation in Maltepe (Türkei)	126
Kasten 23. Orientierungshilfe zur Unterstützung älterer Menschen in Notfällen	128

Tabellen

Tabelle 1. Praxisbeispiele für öffentliche Räume aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen.....	24
Tabelle 2. Praxisbeispiele für Verkehr und Mobilität aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen	35
Tabelle 3. Praxisbeispiele für Wohnen aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen	51
Tabelle 4. Praxisbeispiele für soziale Teilhabe aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen	68
Tabelle 5. Praxisbeispiele für soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen... 87	87
Tabelle 6. Praxisbeispiele für bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen.....	100
Tabelle 7. Praxisbeispiele für Kommunikation und Information aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen.....	114
Tabelle 8. Praxisbeispiele für kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen.....	129

Vorwort

Mit zunehmendem Alter der Menschen werden die Wohnbezirke und Kommunen, in denen sie leben, immer wichtiger. Altersgerechte Umfelder befähigen Menschen, weiterhin ein unabhängiges Leben bei guter Gesundheit zu führen, sich in ihren Gemeinschaften zu engagieren und sozial eingebunden und in verschiedenen Rollen aktiv zu bleiben: als Nachbarn, Freunde, Familienmitglieder, Kollegen und ehrenamtlich Tätige.

Viele Städte und Gemeinden in Europa haben Pionierarbeit geleistet und gezeigt, wie politische Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen der lokalen Verwaltung einen Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden unserer alternden Bevölkerungen in der Europäischen Region der WHO leisten können, die das höchste Durchschnittsalter von allen WHO-Regionen aufweist.

Das WHO-Regionalbüro für Europa trug und trägt seit langem erfolgreich zu dieser Bewegung bei, indem es nachwies, wie räumliche und soziale Umfelder Menschen dabei unterstützen können, ein gesundes Leben zu führen, und eng mit Mitgliedern des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region und in jüngerer Zeit mit dem Globalen Netzwerk seniorengerechter Städte und Gemeinden der WHO zusammenarbeitet.

Altersgerechte Konzepte tragen dazu bei, eine Reihe von Zielen für nachhaltige Entwicklung zu verwirklichen, ein gesundes Leben zu gewährleisten und das Wohlbefinden für alle Menschen jeden Alters zu fördern – „niemanden zurückzulassen“ – und auf nachhaltige Städte und Gemeinden hinzuarbeiten. Diese politischen Grundsätze sind auch Kernprinzipien von „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der für Gesundheit und Wohlbefinden in Europa. Als strategische Leitlinien sind sie von entscheidender Bedeutung für die Umsetzung der europäischen und globalen Strategien und Aktionspläne der WHO zu Altern und Gesundheit.

Dieses Handbuch bietet eine willkommene Aktualisierung des Rahmens der WHO-Veröffentlichung „Global age-friendly cities: a guide“, der in Europa und weltweit verbreitet genutzt wird. Es passt die Grundprinzipien und Kernbereiche des Leitfadens an den besonderen Kontext und die Erfahrungen in Europa an.

Das Handbuch ist das Ergebnis eines gemeinsamen Projekts zwischen der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration der Europäischen Kommission und dem WHO-Regionalbüro für Europa. Es hat sehr von der Zusammenarbeit mit den Partnern der WHO im Rahmen der Europäischen Innovationspartnerschaft für aktives und gesundes Altern und mit Mitgliedern des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region profitiert.

Wir im WHO-Regionalbüro für Europa hoffen, dass dieses Handbuch Politikern und Praktikern Anregungen und Orientierungshilfen dafür geben wird, sich der Bewegung für altersgerechte, gesunde Städte anzuschließen oder weiterhin neue innovative Praktiken zur Verbesserung der Gesundheit und der Lebenssituationen älterer Menschen in Europa zu entwickeln.

Zsuzsanna Jakab
WHO-Regionaldirektorin für Europa

Danksagung

Viele externe Experten und WHO-Mitarbeiter haben zur Entwicklung dieses Handbuchs beigetragen, und die Verfasser sind für ihre Unterstützung und Anleitung sehr dankbar.

Das Handbuch stützt sich auf die Tätigkeit von Experten in den Mitgliedstädten des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO und ihrer Arbeitsgruppe Gesundes Altern. Zur Evaluation in Phase V (2009–2013) der Gesunde-Städte-Bewegung in der Europäischen Region unterbreitete Fallstudien lieferten viele Erkenntnisse zur Zuordnung politischer Maßnahmen zu altersgerechten Bereichen. Die Verfasser danken auch den Mitgliedern des Globalen Netzwerks seniorenrechter Städte und Gemeinden der WHO, die ihre Strategien, Aktionspläne und Fortschrittsberichte an die WHO weitergaben und über das öffentliche ePortal „Age-friendly World“ des Globalen Netzwerks zugänglich machten.

Das Projekt Altersgerechte Umfelder in Europa (AFEE) wurde in enger Zusammenarbeit mit einem parallelen Projekt der Europäischen Kommission mit dem Titel „Innovationsnetzwerk für altersgerechte Umfelder“ (AFE-INNOVNET) entwickelt, und wir danken Christina Dziewanska-Stringer, Willeke van Staalduinen, Julia Wadoux und Anne-Sophie Parent für ihre Zusammenarbeit und Koordinierung.

viii

Das AFEE-Projekt wurde von den folgenden Mitgliedern seines wissenschaftlichen Lenkungsausschusses unterstützt: Rodd Bond, June Crown, Evelyne de Leeuw, Mireia Ferri Sanz, Harriet Finne-Soveri, Geoffrey Green, Paul McGarry, Bozidar Voljc, Asghar Zaidi und Gianna Zamarro.

Sehr wertvolle Kommentare und Unterstützung erhielten wir auch von den Mitgliedern des AFEE-Lenkungsausschusses: Susanne Iwarsson, Clive Needle, Karoline Noworyta, Hugh O'Connor, Anne-Sophie Parent, Setsuko Saya und Julia Wadou.

Besonderer Dank gilt den folgenden externen Gutachtern und Kommentatoren: Alzheimer Europe, Tine Buffel, Giovanni Lamura und Kai Leichsenring.

Die folgenden WHO-Mitarbeiter trugen zu dieser Veröffentlichung bei, indem sie an Projektsitzungen und Diskussionen teilnahmen und Kommentare und Beiträge beisteuerten: John Beard, Matthias Braubach, Joao Breda, Casimiro Dias, Jo Jewell, Tina Kiaer, Alana Officer, Francesca Racioppi, Christian Schweizer, Dinesh Sethi, Agis Tsouros, Lisa Warth, Yongjie Yon und Isabel Yordi Aguirre.

Die folgenden Experten haben zu den einzelnen Kapiteln beigetragen:

Einführung: Geoff Green;

Bereich 1: Öffentlicher Raum: Markus Grant;

Bereich 2: Verkehr und Mobilität: Adrian Davis;

Bereich 3: Wohnen: Matthias Braubach;

Bereich 4: Soziale Teilhabe: Christine Broughan;

Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung: Christopher Phillipson und Thomas Scharf;

Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen: Rodd Bond und Kai Leichsenring.

Dank gilt auch den Koordinatoren der AFEE-Pilotprojekte, deren Kommentare und Erfahrungen für die Verbesserung dieses Handbuchs entscheidend waren:

- Anne Berit Rafoss (Stadtverwaltung von Oslo, Norwegen);
- Elma Greer (Healthy Ageing Partnership, Belfast, Vereinigtes Königreich) und Anne McCusker (Belfast Healthy Cities, Vereinigtes Königreich);
- Furio Honsell und Stefania Pascut (Stadtverwaltung von Udine (Italien));
- Ikbal Polat, Kadıköy Akademi (Kadıköy, (Türkei));
- Judith Kurth (Stadtverwaltung von Stoke-on-Trent (Vereinigtes Königreich));
- Katazyna Ziemann (Gdynia (Polen));
- Nikola Tilgale-Platace (Sozialamt, Stadtrat von Riga (Lettland)).

Natalie Turner unterstützte das Management von AFEE-Pilotprojekten und fasste die Ergebnisse zusammen.

Janneke T. de Wildt leistete Unterstützung bei der Zusammenstellung wichtiger Fakten, und Caroline Bergeron steuerte Beiträge zu demenzgerechten Kommunen bei. Besonderer Dank gilt auch den Autoren der in dieser Publikation enthaltenen Fallstudien: Stefania Pascut, Furio Honsell und Ursula Huebel.

Schließlich danken wir Gauden Galea, Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf des WHO-Regionalbüros für Europa, für seinen Zuspruch und seine Unterstützung während des gesamten AFEE-Projekts.

Josephine Jackisch und Manfred Huber waren die Hauptautoren dieses Handbuchs, unterstützt von Casimiro Dias und Yongjie Yon, alle im WHO-Regionalbüro für Europa.

Das Projekt wurde von der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration der Europäischen Kommission finanziell unterstützt, Beitragsvereinbarung Nr. VS/2013/0260.



Einführung

Einführung

Dieses Kapitel präsentiert eine Einführung in und einen Überblick über die Veröffentlichung „Altersgerechte Umfelder in Europa. Ein Handbuch mit Bereichen für politische Maßnahmen“, das im Rahmen eines gemeinsamen Projekts zwischen der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration der Europäischen Kommission und dem WHO-Regionalbüro für Europa entstand. Das Handbuch erweitert den Rahmen einer früheren WHO-Veröffentlichung, *Global age-friendly cities: a guide* (nachfolgend „globaler Leitfaden der WHO“ (WHO, 2007a)), die verbreitet genutzt wurde, um kommunale Initiativen in Städten und Gemeinden auf der ganzen Welt zu strukturieren und zu inspirieren (WHO, 2015a). Der ursprüngliche globale Leitfaden der WHO fasst acht Bereiche altersgerechter Umfelder und ihre Merkmale zusammen, die von älteren Menschen als Schlüsselmerkmale eines altersgerechten Umfelds identifiziert wurden.

Das AFEE-Projekt ergänzte diesen Rahmen, indem es Forschungsergebnisse und eine empirische Analyse des kommunalen Handelns in Europa zusammenführte. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein altersgerechtes Umfeld am stärksten unterstützend ist, wenn Maßnahmen und Projekte die physische Zugänglichkeit, die soziale Inklusion und personenzentrierte Dienstleistungen umfassend abdecken.

„Die Europäische Region weist von allen Regionen der Welt den höchsten Altersmedian auf. Viele Staaten der Region zählen zu den Ländern mit der weltweit höchsten Lebenserwartung ... Allerdings sind die Trends bezüglich der Lebenserwartung uneinheitlich, und die Unterschiede in und unter den Ländern der Europäischen Region nehmen weiter zu.“

WHO-Regionalbüro für Europa (2012a:3)

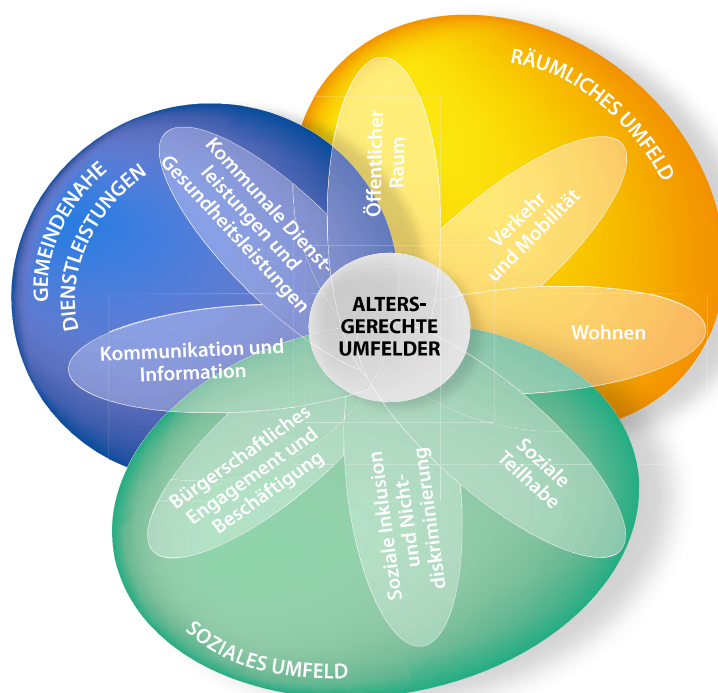
Das AFEE-Projekt erweiterte den globalen Leitfaden der WHO auch durch eine Begleitpublikation zu diesem Handbuch, die Leitlinien für den politischen Prozess und den Managementzyklus der Einführung und Aufrechterhaltung altersgerechter Maßnahmen enthält (WHO-Regionalbüro für Europa, 2020a). Ein ergänzendes Papier beschreibt, wie die Kommunalverwaltungen Indikatoren, Monitoring und Bewertung zur Unterstützung alters-

gerechter politischer Initiativen genutzt haben (WHO-Regionalbüro für Europa, 2020b).

Altersgerechte Umfelder zielen darauf ab, aktives und gesundes Altern zu fördern, indem sie die Gesundheit optimieren, Anstöße zur Inklusion geben und Wohlbefinden im Alter ermöglichen. Zu diesem Zweck müssen räumliche Umfelder, soziale Umfelder und gemeindenahere Dienstleistungen an die Bedürfnisse älterer Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten angepasst werden (siehe auch WHO, 2015b). Abbildung 1 zeigt die acht Bereiche für altersgerechtes Handeln, die in drei Dimensionen unterstützender lokaler Umfelder eingebettet sind.

Ein zentraler Gedanke in diesem Zusammenhang ist das aus der ökologischen Gerontologie entlehnte „bedarfsgerechte Umfeld“ (Iwarsson, 2005). Dieses Konzept bezieht sich auf die Tatsache, dass die Fähigkeit eines Menschen, gut und unabhängig zu altern, von der Beziehung zwischen seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und dem „Druck“ (oder den Barrieren) in seinem Umfeld abhängt. Beispielsweise kann es für ältere Menschen, die

Abbildung 1. Rahmen des AFEE-Projekts



selbstständig seit vielen Jahren in denselben vier Wänden leben, aufgrund chronischer Gesundheitsprobleme oder einer körperlichen Behinderung immer schwieriger werden, Treppen zu steigen. Statt umzuziehen, können sie sich jedoch dafür entscheiden, ihre Wohnung anzupassen und umgebungsbedingte Hindernisse zu verringern, indem sie einen Treppenlift installieren oder andere Wege finden, Barrieren zu beseitigen. Eine Reihe von Ansätzen, die in diesem Handbuch untersucht werden, basieren auf dem Konzept des bedarfsgerechten Umfelds – beispielsweise universelles Design, Fußgängerfreundlichkeit oder lebenswerte Kommunen. Sie alle sind bestrebt, die umgebungsbedingten Belastungen zu verringern, damit ältere Erwachsene an Ort und Stelle altern, gut altern und ihre Unabhängigkeit bewahren können.

Wenngleich alle Bereiche zueinander in Wechselbeziehungen stehen und interagieren, wird jeder von ihnen in einem separaten Kapitel dieses Handbuchs beschrieben, das eine Zusammenfassung der Erkenntnisse zugunsten von politischem Handeln bietet. Darüber hinaus enthält jedes Kapitel eine Tabelle mit praktischen Beispielen, die zeigen, wie Kommunalverwaltungen politische Interventionen und Initiativen in ihren Aktionsplänen umgesetzt haben.

Das Glossar am Ende dieses Handbuchs enthält Schlüsselbegriffe zum Thema gesundes Altern, die hauptsächlich aus dem jüngsten *Weltbericht über Altern und Gesundheit* (WHO, 2015b) übernommen wurden.

Gesundes Altern: eine Priorität für Europa

Die WHO und die Europäische Kommission erkennen aktives und gesundes Altern als einen wesentlichen gesellschaftlichen Trend an, der sowohl Herausforderungen als auch Chancen bietet. Als Teil ihrer übergeordneten Anstrengungen zur Verwirklichung der Ziele der Strategie Europa 2020 in Bezug auf intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum für die Europäische Union (EU) räumt die Initiative der Europäischen Kommission zur Innovationsunion aktivem und gesundem Altern Vorrang ein. Die Bedingungen für aktives Altern zu verbessern, zählt auch zu den Hauptzielen des Sozialinvestitionspakets der Europäischen Kommission (Europäische Kommission, 2014a).

Altersgerechte unterstützende Umfeldler wurden als einer von vier strategischen Bereichen für politische Maßnahmen in der Strategie und dem Aktionsplan der WHO für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) (WHO-Regionalbüro für Europa, 2012a) ausgewählt. Auf der globalen Ebene sind evidenzbasierte Ziele für Investiti-

onen in unterstützende Umfeldler ein Kernelement, das im *Weltbericht der WHO über Altern und Gesundheit* (WHO, 2015b) behandelt und anschließend als strategischer Schwerpunkt für Maßnahmen in der Globalen Strategie und dem Globalen Aktionsplan für gesundes Altern (WHO, 2016a) bestätigt wurde. Darüber hinaus sind altersgerechte Umfeldler eine Priorität der Europäischen Innovationspartnerschaft für aktives und gesundes Altern (EIP AHA), die Teil der Initiative zur Innovationsunion ist (EIP AHA, 2015), und die Europäische Kommission spielt in diesem Bereich seit langem eine aktive und unterstützende Rolle (AGE Plattform Europe, 2012a; Europäische Kommission, Ausschuss der Regionen und AGE Plattform Europe, 2011).

Das übergeordnete Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“, unterstreicht die Tatsache, dass sektorübergreifende politische Maßnahmen erforderlich sind, um aktives und gesundes Altern zu fördern. Zu den strategischen Zielen von „Gesundheit 2020“ zählen der Abbau von Ungleichheit und bessere Politiksteuerung (WHO-Regionalbüro für Europa, 2013a; AARP, 2015; HelpAge International, 2016). Städte, Gemeinden und andere Lokalbehörden spielen eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, den Mitgliedstaaten zu helfen, die in „Gesundheit 2020“ festgelegten Zielvorgaben zu erfüllen, und auf weniger ungleich verteilte Ergebnisse in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden für alternde Bevölkerungen hinzuwirken (WHO-Regionalbüro für Europa, 2012b).

Unterstützende Umfeldler: eine europäische und globale Bewegung

Unterstützende Umfeldler für gesundes Altern tragen dazu bei, die Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung über den gesamten Lebensverlauf und bis ins hohe Alter zu optimieren. Sie verbessern die Lebensqualität und das Wohlbefinden jedes älteren Menschen unabhängig davon, ob er bei guter, mittlerer oder schlechter Gesundheit oder frei von Behinderung oder von einer Behinderung betroffen ist.

In den letzten zehn Jahren haben viele Städte und Gemeinden ihr Engagement dafür zum Ausdruck gebracht, lokale Gemeinschaften altersgerecht zu gestalten, wodurch zwischenzeitlich eine europäische und internationale Bewegung geschaffen wurde (Age Friendly Ireland, 2013). Das Globale Netzwerk seniorengerechter Städte und Gemeinden der WHO wächst schnell und bringt diejenigen zusammen, die sich dafür einsetzen, ihre Kommunen altersgerechter zu machen (Kasten 1; WHO, 2015a; 2015b). Darüber hinaus hat sich eine Reihe

von Städten des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO an altersgerechten Umweltinitiativen beteiligt (Green, 2013; Jackisch et al., 2015a). Ein Teil von diesen hat die Arbeitsgruppe Gesundes Altern gebildet, um gemeinsam innovative Wege zur Unterstützung gesunden Alterns zu finden. Die zunehmende Anerkennung der Rechte und Bedürfnisse von Demenzkranken war für eine Reihe von Städten ein wichtiger ausschlaggebender Faktor (Alzheimer's Disease International, 2016).

Die Zusammenarbeit im Rahmen der EIP AHA hat der Bewegung für altersgerechte Umfelder in Europa zusätzliche Impulse verliehen und einen starken Einfluss ausgeübt, indem sie neue Wege der Zusammenarbeit und des Austauschs von Praxisbeispielen zwischen Städten, Gemeinden, regionalen Netzwerken und anderen Initiativen eröffnet hat. Das Innovationsnetzwerk für altersgerechte Umfelder (AFE-INNOVNET) hat diese Dynamik durch die Mobilisierung einer EU-weiten Gemeinschaft von lokalen und regionalen Behörden und anderen Interessengruppen gefördert. Damit wurde das Ziel verfolgt, innovative Lösungen für altersgerechte Umfelder, die aktives und gesundes Altern in ganz Europa unterstützen, auf einen größeren Maßstab zu übertragen. Diese Bemü-

hungen werden nun auch durch den Konvent zum demografischen Wandel fortgeführt (AFE-INNOVNET, 2015a). Darüber hinaus tragen altersgerechte Konzepte auch dazu bei, im Rahmen der neuen Städteagenda für die EU das „Recht auf Stadt“ für ältere Menschen zu verwirklichen (AGE Platform Europe, 2016).

Um ihr Engagement zu unterstützen, haben Lokalbehörden um weitere Orientierungshilfe zu der Frage ersucht, wie sie auf die Bedürfnisse älterer Menschen eingehen können (EIP AHA, 2013). Das AFEE-Projekt hat auf diese Nachfrage reagiert und diese Initiativen unmittelbar unterstützt.

Zielsetzung und Einzelziele des AFEE-Projekts

Das AFEE-Projekt zielte darauf ab, politische Entscheidungsträger zu entschlossenem Handeln anzuregen und Umfelder zu schaffen, die die Bedürfnisse älterer Menschen unterstützen und auf sie eingehen. Daraus ergaben sich drei Hauptziele:

- das Wissen über und das Bewusstsein für die wichtigsten Handlungsfelder zugunsten altersgerechter Umfelder und das Wissen über politische Initiativen von Städten,

Kasten 1. Altersgerechte Städte und Gemeinden

Eine altersgerechte Stadt oder Gemeinde ist ein guter Ort, um alt zu werden. Altersgerechte Städte und Gemeinden fördern gesundes und aktives Altern und ermöglichen so lebenslanges Wohlbefinden. Sie helfen den Menschen, so lange wie möglich unabhängig zu bleiben, bieten Pflege und Schutz, wenn diese benötigt werden, und achten die Autonomie und Würde älterer Menschen.

Seit 2010 unterstützt das Globale Netzwerk seniorengerechter Städte und Gemeinden der WHO Kommunen, indem es:

- Veränderungen anregt und zeigt, was getan werden kann und wie;
- Städte und Gemeinden weltweit verbindet, um den Informations- und Erfahrungsaustausch zu erleichtern;
- Städten und Gemeinden innovative und evidenzbasierte fachliche Beratung bietet und sie so bei der Suche nach Lösungen unterstützt.

2015 umfasste das Netzwerk mehr als 250 Städte und Gemeinden in 28 Ländern. Die Mitglieder des Netzwerks verpflichteten sich:

- sektorübergreifend mit älteren Menschen und anderen Akteuren zusammenzuarbeiten;
- die Altersgerechtigkeit ihrer Städte zu bewerten und Handlungsprioritäten festzulegen;
- die Bewertungsergebnisse zu nutzen, um in einer Reihe von Bereichen evidenzbasierte Planung und Politikgestaltung durchzuführen;
- ihre Strukturen und Dienstleistungen so anzupassen, dass sie für ältere Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Kapazitäten zugänglich sind und sie einbeziehen.

Quelle: WHO, 2015b: Kasten 6.1 (siehe auch WHO, 2015a).

- Gemeinden und anderen regionalen und lokalen Behörden zu verbessern;
- für lokale und regionale Behörden die wichtigsten Schritte und Prozesse zusammenzufassen, die erforderlich sind, um eine altersgerechte Stadt oder Gemeinde zu werden;
- Empfehlungen zu den Aufgaben abzugeben, wie die Informationssysteme und Indikatoren etabliert werden, die für das Monitoring und die Evaluation altersgerechter Projekte erforderlich sind, und sie der Öffentlichkeit zu vermitteln.

Das AFEE-Projekt profitierte von Synergien mit einer Reihe von Aktivitäten zum Thema altersgerechte Umfeldler – insbesondere in Zusammenarbeit mit Partnern im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO, des Globalen Netzwerks seniorengerechter Städte und Gemeinden sowie der EIP AHA (EIP AHA, 2015) und anderer von der Europäischen Kommission finanzierter Projekte.

Zielgruppe

Die Zielgruppe des AFEE-Handbuchs sind in erster Linie Lokalpolitiker, regionale Behörden, nichtstaatliche Organisationen und Netzwerke von Städten, die sich mit Politikentwicklung, Interessenvertretung und der Schaffung von Umfeldlern befassen, die gesundes Altern fördern. Weitere Adressaten sind Bürger, die sich für Initiativen zum Thema gesundes Altern engagieren, Hochschulen, Räte und Vertreter älterer Menschen, nationale und subnationale Regierungen, regionale Netzwerke sowie Partner aus dem privaten und dem dritten Sektor wie beispielsweise diejenigen, die an der EIP AHA beteiligt sind.

Methodik

Das altersgerechte Stadtkonzept der WHO entstand 2006 durch ein Projekt mit 33 Städten weltweit. Es forderte ältere Menschen in Fokusgruppen auf, die Vorteile und Barrieren zu beschreiben, die sie in acht Bereichen des Lebens in der Stadt erfahren hatten. Dies gab älteren Menschen eine Stimme und gipfelte im ursprünglichen globalen Leitfaden der WHO und einer Checkliste von Merkmalen, die ältere Menschen als ausschlaggebende Merkmale in acht Bereichen einer altersgerechten Stadt identifizierten (WHO, 2007a). Die globale Initiative lieferte die Inspiration und einen Rahmen für altersgerechte Städte, die sich inzwischen in vielen Ländern Europas und der ganzen Welt zu einer dynamischen *Bottom-up*-Bewegung entwickelt haben.

Das AFEE-Handbuch ergänzt die zur Entwicklung des globalen Leitfadens der WHO verwendete Methodik, indem es den Schwerpunkt von der Problemerkennung und den Anforderungen auf politische Maßnahmen und Interventionen verlagert. Statt ältere Menschen und andere Interessengruppen aufzufordern, neuerlich altersgerechte Merkmale zu definieren, konzentrierte sich das AFEE-Projekt auf die Frage, wie lokale Behörden auf die von älteren Menschen angesprochenen und im WHO-Leitfaden beschriebenen Handlungsfelder und Herausforderungen reagiert haben. Dieses Handbuch vereinigt sowohl Erkenntnisse aus der Forschung hinter jedem der Handlungsfelder als auch Erfahrungen aus lokalen Aktionsplänen und Strategien zu der Frage, wie auf die von älteren Menschen identifizierten Hauptpunkte reagiert werden sollte.

Was Letztere betrifft, wurden im Rahmen des AFEE-Projekts Aktionspläne, Initiativen und Ansätze von Kommunen und lokalen Behörden aus einer Reihe von Quellen gesichtet: dem Globalen Netzwerk seniorengerechter Städte und Gemeinden der WHO, dem Gesunde-Städte-Netzwerk der Europäischen Region der WHO, Websites aus anderen Städten und Gemeinden und Beispielen aus Projekten der EIP AHA. Das AFEE-Projekt wählte folglich eine Methodik der „realistischen Synthese“ (de Leeuw et al., 2015; Jackisch et al., 2015a). Dieser Ansatz fasst Evidenz aus verschiedenen Quellen zusammen: wissenschaftlicher und grauer Literatur sowie empirischen, Primär- und Sekundärinformationen.

Im Mittelpunkt der empirischen Analyse standen bestehende altersgerechte Strategien und Aktionspläne sowie eine Fülle von Berichten der Mitgliedsstädte des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region (EHCN), die im Zeitraum 2009–2013 gesammelt wurden, einschließlich umfassender Berichte für den Phase-V-Bericht des EHCN:

- Strategien und Aktionspläne aus europäischen Ländern, ergänzt durch innovative Beispiele aus einer Reihe außereuropäischer Länder;
- 33 strukturierte Fallstudien zum Thema gesundes Altern, vorgelegt von 32 Mitgliedsstädten des EHCN;
- 51 Fallstudien aus 35 Städten und 16 Ländern (darunter drei Drittländer), die auf den jährlichen Tagungen des EHCN vorgestellt wurden;
- Jahresberichte der EHCN-Mitgliedsstädte;
- Fallstudien, die auf den Sitzungen der Arbeitsgruppe Gesundes Altern des EHCN vorgestellt wurden;
- Praxisbeispiele, die von Initiativen im Rahmen der EIP AHA und des Projekts AFE-INNOVNET (Europäische Kommission und Funka Nu, 2013) vorgelegt wurden.

Fallstudien und Aktionspläne wurden systematisch analysiert und in der Software Nvivo® zur qualitativen Analyse kodiert. Jede geplante oder gemeldete Intervention oder Aktion zugunsten altersgerechter Umfelder wurde einem oder mehreren der acht Bereiche zugeordnet, die sich auf (i) das räumliche Umfeld, (ii) das soziale Umfeld und (iii) gemeindenahe Dienstleistungen verteilen. Für jede Aktion wurden die angestrebten Ergebnisse, Veränderungsmechanismen und Zusammenhänge identifiziert, was die Bildung von Clustern von Ansätzen und Maßnahmen in jedem Bereich ermöglichte. Die daraus resultierenden Strukturen und Interventionslisten bilden den Kern dieses AFEE-Handbuchs und werden am Ende jedes Kapitels zu einem der acht Bereiche in Tabellenform zusammengefasst.

Zusätzlich zu der empirischen Analyse wurden Erkenntnisse und Evidenz aus der wissenschaftlichen Literatur genutzt, um die Informationen aus Berichten und Aktionsplänen von Kommunen zu ergänzen und zu strukturieren. Externe Experten überprüften Sichtungen veröffentlichter und grauer Literatur zur Unterstützung der in den Aktionsplänen festgelegten Aktionen und Vorgehensweisen. Die Literatur über die bekannten Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen in verschiedenen Politikbereichen ist in den letzten 15 Jahren exponentiell gewachsen, die Fortschritte in diesem Forschungsbereich waren jedoch uneinheitlich. Im Allgemeinen haben nur wenige altersgerechte Projekte die Auswirkungen ihrer Interventionen systematisch evaluiert, sodass die meisten Erkenntnisse aus allgemeineren Studien in den jeweiligen Bereichen stammen. Manche Mechanismen (beispielsweise zur der Frage, wie Umfelder die körperliche Betätigung unterstützen können) sind recht gut erforscht, während in vielen anderen Handlungsfeldern eine systematische Evaluation derzeit noch fehlt.

Wie altersgerechte Umfelder das Potenzial für gesundes Altern erschließen

Das AFEE-Handbuch basiert auf Erkenntnissen über einen logischen Weg, der mit Prozessen und Strukturen lokaler Politiksteuerung beginnt und mit dem Wohlbefinden älterer Menschen in Städten und Gemeinden endet. Die Abfolge ist in Abbildung 2 zusammengefasst.

Dieses dynamische Modell verbindet die Erkenntnisse des ursprünglichen globalen Leitfadens der WHO (WHO, 2007a) mit Evidenz aus der Literatur und aus dem jüngsten *Weltbericht der WHO über Altern und Gesundheit* (WHO, 2015b). Der globale Leitfaden der WHO konzentriert sich

auf die Attribute und Qualitäten einer altersgerechten Stadt oder Gemeinde, unterteilt in acht Bereiche. Das AFEE-Handbuch analysiert darüber hinausgehend die entscheidende Bedeutung dieser unterstützenden Umfelder (c) für die Erschließung des Potenzials gesunden Alterns (e) und die Förderung des Wohlbefindens als letzliches Ziel (f).

Das Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer Menschen hängen vom Altern bei guter Gesundheit ab. Gesundheit und gesundes Altern sind nicht gleichbedeutend mit dem Freisein von Krankheit, sondern mit der Fähigkeit der Menschen, die Dinge zu tun, die sie am meisten schätzen (Nordenfelt, 2001) – was im WHO-Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zugunsten gesunden Alterns als „Funktionsfähigkeit“ bezeichnet wird (siehe Abbildung 3). Diese Funktionsfähigkeit ist vom Grad der körperlichen und geistigen Gesundheit des Einzelnen – seiner intrinsischen Kapazität – und der Unterstützung durch die Umfelder abhängig, in denen ein Mensch lebt und älter wird (WHO, 2015b).

Um die Funktionsfähigkeit durch die Förderung gesunden Alterns zu stärken, müssen die Maßnahmen folglich über die Fokussierung auf Krankheit hinausgehen und Systeme schaffen, die die Gesundheit über den gesamten Lebensverlauf fördern und die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit bis ins hohe Alter unterstützen. Die WHO stuft lokale Umfelder ebenso wie Gesundheitsleistungen und Langzeitpflegeleistungen als wichtige Ansatzpunkte für Maßnahmen ein, um gesundes Altern zu fördern (Abbildung 3; WHO, 2015b).

Um für Personen mit weniger als optimaler Kapazität eine gesunde Lebensweise und die Funktionsfähigkeit zu fördern, sind unterstützende Umfelder über den gesamten Lebensverlauf wichtig. Aus dem Lebensverlaufansatz für gesundes Altern lassen sich drei Prinzipien für die verschiedenen Phasen des Lebensverlaufs ableiten (WHO-Regionalbüro für Europa, 2015a):

- Die intrinsische Kapazität sollte maximiert werden. Zu diesem Zweck sollte so früh wie möglich mit den entsprechenden Maßnahmen begonnen werden.
- Das Maximum sollte aufrechterhalten werden. Es ist nie zu spät für Prävention, Rehabilitation und effektives Management chronischer Erkrankungen.
- Einbußen sollten minimiert werden, und die Funktionsfähigkeit sollte maximiert werden. Unterstützende Umfelder sollten geschaffen und aufrechterhalten und integrierte Versorgungssysteme sollten entwickelt werden.

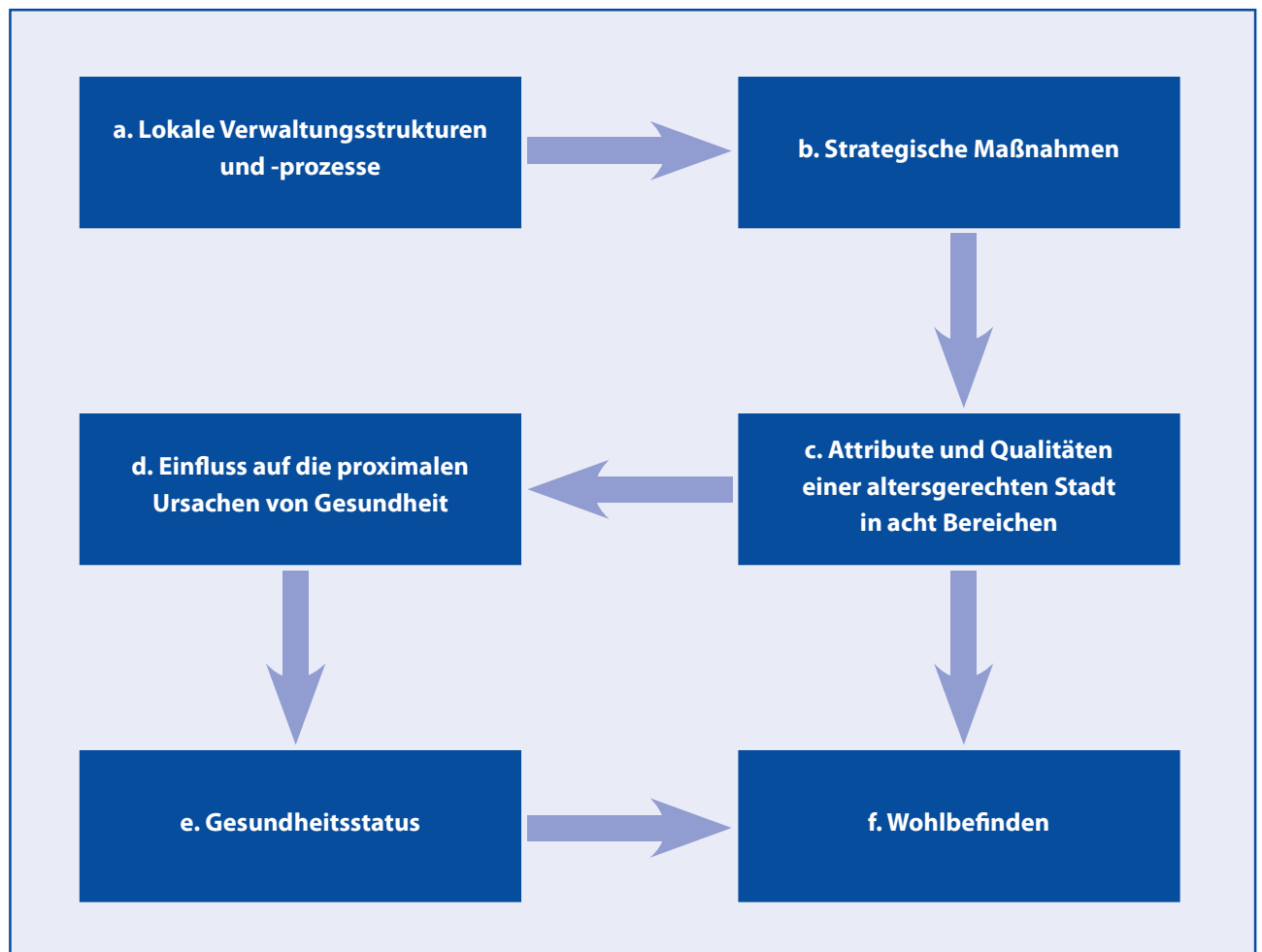
Unterstützende Umfeldler für gesundes Altern leisten einen Beitrag, indem sie die intrinsische Kapazität maximieren, mit Maßnahmen, die so früh wie möglich beginnen. Beispielsweise ermuntern fußgängerfreundliche Straßen Menschen, aktiv zu bleiben und sich zu bewegen, was die körperliche Betätigung und die Gesundheit fördert. Ein gutes soziales Umfeld fördert die psychische Gesundheit und die soziale Teilhabe. Dies trägt dazu bei, Kapazitätseinbußen zu minimieren und die Funktionsfähigkeit zu maximieren. Viele dieser Strategien richten sich an Menschen mit relativ hoher oder stabiler Kapazität und guter oder stabiler Gesundheit. Eine gesunde Lebensweise ist auch in Lebensphasen, in denen die Gesundheit und die Kapazität abnehmen, noch relevant, um so lange wie möglich eine gute Funktionsfähigkeit zu erhalten und unabhängig leben zu können.

Unterstützende Umfeldler sind außerdem eine Gewähr dafür, dass altersbedingte Einbußen der intrinsischen Kapazität nicht zu Funktionsstörungen in einem ähnlichen Ausmaß führen. Die Bedeutung dieses Weges nimmt zu,

wenn die intrinsische Kapazität abnimmt. Ältere Menschen können weiterhin teilhaben und ihre Kapazitäten voll ausschöpfen, wenn die Barrieren in ihrem Umfeld niedrig sind und Unterstützung geleistet wird, wo Kapazität verloren gegangen ist. Ein Lebensverlaufansatz unterstützt auch Maßnahmen bei wichtigen Übergängen (beispielsweise vom Arbeitsleben in die Rente) und bei plötzlichen Einbußen der intrinsischen Kapazität (beispielsweise nach einem Sturz) und bietet Möglichkeiten zur Teilhabe, Rehabilitation und Unterstützung verloren gegangener Kapazität.

Sektorübergreifend kann mehr getan werden, um sowohl unterstützende Umfeldler zu verbessern als auch besser integrierte Dienstleistungs- und Versorgungssysteme für effizienter koordinierte Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege bereitzustellen. Dies würde sicherstellen, dass auch Menschen mit schwerwiegenden Funktionseinschränkungen Teilhabemöglichkeiten haben und eine aktivere Rolle in Familien, Wohnbezirken und der Gesellschaft im Allgemeinen einnehmen können (WHO, 2015b).

Abbildung 2. Die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen fördern



Bei dem Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen zu verbessern und ihre Möglichkeiten für aktive soziale Teilhabe zu verbessern, besteht die Herausforderung, die am stärksten gefährdeten älteren Menschen zu erreichen. Dazu zählen insbesondere diejenigen, die allein leben oder von sozialer Ausgrenzung und Einsamkeit bedroht sind, weshalb der Aspekt der Chancengleichheit nie vernachlässigt werden sollte.

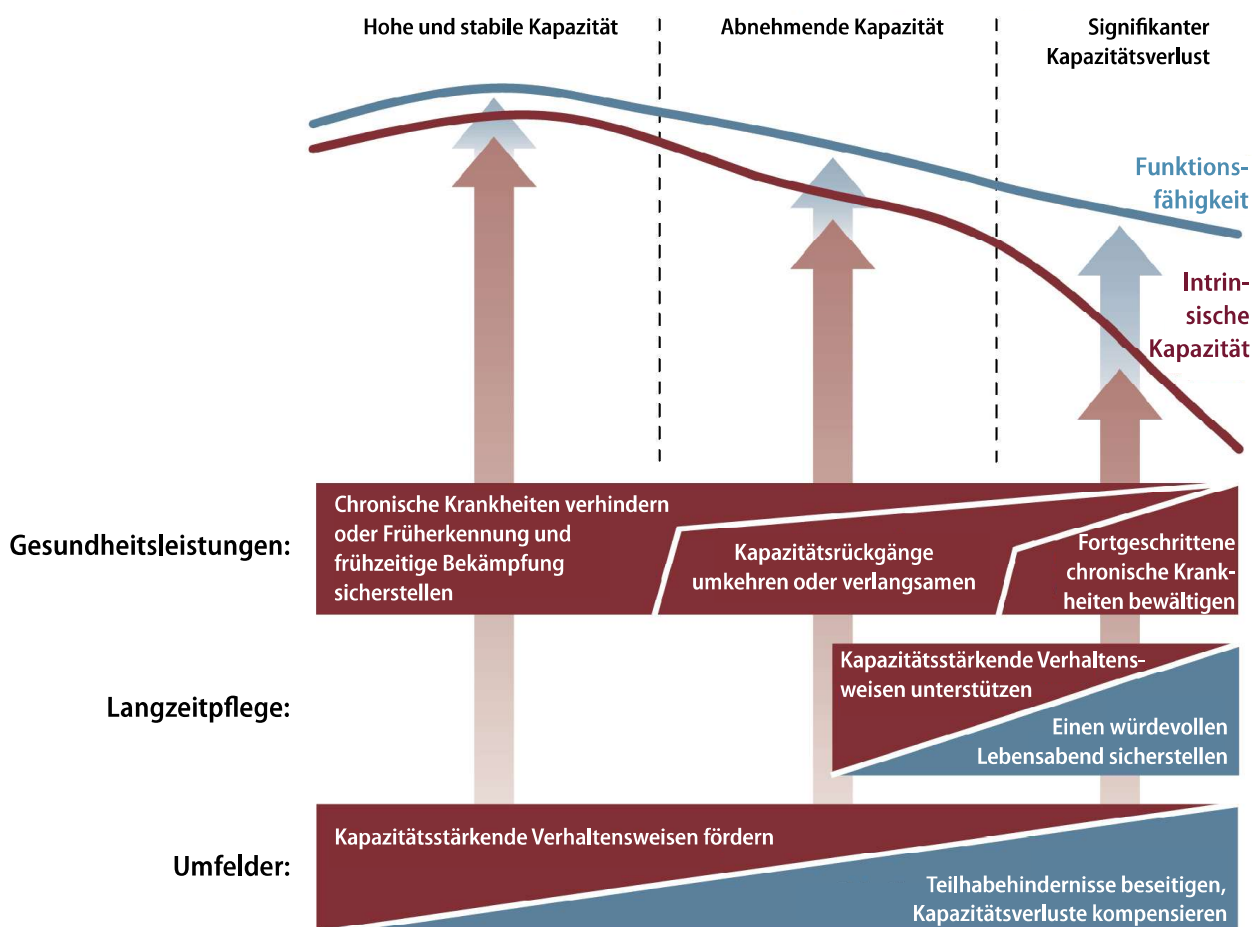
Wie Gebietskörperschaften auf der lokalen Ebene altersgerechte Umfeldler schaffen

Die *Bottom-up*-Bewegung zur Schaffung altersgerechter Umfeldler hat seit langem erkannt, wie wichtig es ist, Maßnahmen zugunsten unterstützender Umfeldler zu ergreifen und das Potenzial gesunden Alterns auszuschöpfen. Altersgerechte Kommunen fördern gesundes und aktives Altern auf der lokalen Ebene, indem sie Strukturen und

Dienstleistungen an die Bedürfnisse älterer Menschen mit unterschiedlichen Kapazitäten anpassen.

Ansätze und Möglichkeiten für Interventionen lokaler Behörden stehen im Mittelpunkt des AFEE-Handbuchs. Abbildung 1 oben zeigt acht altersgerechte Bereiche in drei übergeordneten Leitkategorien. Für jeden Bereich nennt das AFEE-Handbuch Handlungsfelder, die wichtigsten strategischen Ausrichtungen und Ziele, die Städte und Lokalbehörden mit ihnen verfolgt haben, sowie Beispiele für politische Interventionen und Initiativen. Diese Beispiele und Erkenntnisse aus der Literatur helfen Kommunen, die einen Dialog über Barrieren und Möglichkeiten mit ihren älteren Mitgliedern aufgenommen haben, Strategien für Interventionen überprüfen, die Wirksamkeit und die Auswirkungen ihrer potenziellen Konzepte, Programme oder Projektinterventionen zu bewerten und zu antizipieren sowie aus bestehenden Erfahrungen zu lernen.

Abbildung 3. Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zugunsten gesunden Alterns: Möglichkeiten für Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit über den gesamten Lebensverlauf



Quelle: WHO, 2015b.

Unterstützende räumliche Umfelder

Die ersten drei Bereiche konzentrieren sich auf die räumlichen Komponenten altersgerechter Umfelder:

- Bereich 1: Öffentlicher Raum;
- Bereich 2: Verkehr und Mobilität;
- Bereich 3: Wohnen.

Politische Interventionen und Initiativen in diesen drei Bereichen spielen eine wichtige Rolle beim Abbau physischer und struktureller Barrieren mit den Zielen, die Invaliditätsschwelle zu senken und die uneingeschränkte Teilhabe älterer Menschen unabhängig von ihren körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und ihrer Funktionsfähigkeit zu ermöglichen. In der räumlichen Dimension ist es von großer Bedeutung, das Bewusstsein für die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen zu schärfen sowie die Zugänglichkeit und Sicherheit in allen Bereichen der räumlichen Umwelt einschließlich öffentlicher Plätze, Straßen, öffentlicher Verkehrsmittel und Wohnungen sicherzustellen.

Unterstützende räumliche Umfelder zielen darauf ab, die Invaliditätsschwelle zu senken und älteren Menschen zu helfen, neue Wege zu finden, eingeschränkte Funktionsfähigkeit zu bewältigen. Darüber hinaus sind räumliche Umfelder wichtig, um die Gesundheit und die Widerstandsfähigkeit über den gesamten Lebensverlauf zu steigern, indem sie gesundes Verhalten und soziale Interaktion fördern.

Ob das Alter und frühe Stadien eingeschränkter Gesundheit zu Erkrankungen und Behinderungen führen, hängt in hohem Maße vom räumlichen Umfeld ab, in dem Menschen leben: Das räumliche Umfeld kann es ihnen ermöglichen, dass sie weiterhin die für sie wichtigen Dinge tun können, oder dies verhindern (WHO, 2015b). Es gilt mittlerweile als erwiesen, dass manche Merkmale des räumlichen Umfelds Gesundheit, Wohlbefinden und Teilhabe fördern können (Annear et al., 2014). Forschung und altersgerechte Bewertungen haben auch eine Reihe von Barrieren im Umfeld identifiziert, die die Möglichkeiten älterer Menschen beschränken können, weiterhin in ihrer Wohnung oder in ihrem Wohnbezirk leben und sich dort frei bewegen zu können und ihre Interessen zu verfolgen (Gilroy, 2008; Kerr, Rosenberg und Frank, 2012).

Ein älterer Mensch mit geringfügigen Einschränkungen des Sehvermögens und der Mobilität kann sich beispielsweise gesund fühlen und ein unabhängiges Leben führen, wenn das räumliche Umfeld keine zu hohen Anforderungen

stellt. Das bedeutet beispielsweise, dass er – selbst wenn er sich aufgrund schlechten Sehvermögens unsicher beim Fahren fühlt – zu Fuß in das nächste Geschäft oder Café gehen oder Freunde, Angehörige oder Aktivitäten mit öffentlichen Verkehrsmitteln besuchen kann, wenn diese einfach zu benutzen, gut ausgeschildert, erschwinglich und gut an das Wohngebiet angebunden sind.

Altersgerechte räumliche Umfelder optimieren die Möglichkeiten für Menschen, gesund und aktiv über den gesamten Lebensverlauf zu leben, und berücksichtigen unterschiedliche Bedürfnisse und Fähigkeiten. Aus einer wachsenden Zahl von Studien und kommunalen Bewertungen hat sich ein Konsens über die Hauptkomponenten altersgerechter räumlicher Umfelder herausgebildet. Dazu zählen „Flächennutzung und Gestaltung der Kommune, die die soziale Integration fördern und die Abhängigkeit vom Kraftfahrzeug verringern, eine breite Palette von zugänglichen und erschwinglichen Wohnformen, verschiedene Verkehrsmittel und Mobilitätshilfen“ (et al., 2010: 418). Mit Blick auf die Verwirklichung altersgerechterer räumlicher Umfelder folgt aus der großen Bedeutung von Raum und Ort für die Gesundheit und aktives Altern, dass Stadt- und Verkehrsplaner sowie Stadtentwickler Schlüsselakteure sind und die ältere Bevölkerung stärker berücksichtigen müssen (Gilroy, 2008).

Partizipative und inklusive soziale Umfelder

Der zweite Bereichscluster umfasst die sozialen Dimensionen altersgerechter Umfelder:

- Bereich 4: Soziale Teilhabe;
- Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung;
- Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung.

Die sozialen Dimensionen altersgerechter Umfelder können stark mit den Bereichen des räumlichen Umfelds verwoben sein. Altersgerechte Programme müssen deshalb in der Regel beide Dimensionen gemeinsam angehen; dies ist eines der gemeinsamen Themen, die sich aus der Arbeit ergeben haben, die zum AFEE-Handbuch führte (Menec et al., 2011; Buffel, Phillipson und Scharf, 2012; Liddle et al., 2014).

Die sozialen Dimensionen altersgerechter Umfelder sind wichtig, um Menschen zu einem aktiven und gesunden Leben zu ermutigen und die Barrieren für gesundes und aktives Altern abzusenken – Barrieren, die bisweilen weniger sichtbar sind als Elemente der räumlichen Umwelt wie beispielsweise fehlende Bänke oder versperrte Gehwege.

Das soziale Umfeld ist eine bedeutsame Determinante von Gesundheit im Alter: Es zu stärken, kann helfen, Barrieren für ein aktives und gesundes Altern älterer Menschen zu überwinden und zu einer wesentlichen Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in der Bevölkerung beizutragen. Soziale Netzwerke und Unterstützung können beispielsweise die Auswirkungen sich verschlechternder Gesundheit auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden abfedern, indem sie es Menschen mit nicht optimaler Gesundheit ermöglichen, noch immer einen sinnvollen Beitrag zu leisten, und ihnen helfen, die für sie wichtigen Dinge zu tun (WHO, 2015b).

Im Gegensatz können soziale Barrieren und Ausgrenzung dazu führen, dass ältere Menschen unfreiwillig isoliert werden und unter Einsamkeitsgefühlen leiden; diese haben erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität älterer Menschen und tragen zu Ungleichheiten in Bezug auf gesundes und aktives Altern bei. Ein besseres Verständnis der sozialen Beziehungen im höheren Alter und der Art der Barrieren für uneingeschränkte Teilhabe herbeizuführen, ist neben der Entwicklung evidenzbasierter Interventionen und deren Evaluation ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der sozialen Teilhabe und der sozialen Beziehungen älterer Erwachsener in der Zukunft.

Ausgehend von strategischen Interventionen zur Förderung der sozialen Teilhabe werden im AFEE-Handbuch auch die Auswirkungen von sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung auf die Chancengleichheit in altersgerechten Umfeldern untersucht und die Chancen und der Nutzen ehrenamtlichen Engagements in der Kommune sowie im politischen und wirtschaftlichen Leben diskutiert. Um die sozialen Determinanten der Gesundheit älterer Menschen anzugehen, bedarf es sektorübergreifender Konzepte und konzertierter Maßnahmen auf allen Regierungsebenen. Die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit hat bestätigt, dass lokale Behörden in dieser Hinsicht Schlüsselakteure sind (WHO-Regionalbüro für Europa, 2013b).

Die Rolle gemeindenahe Dienstleistungen

Der letzte Cluster vereint zwei Bereiche, die sich damit befassen, wie gemeindenahe Dienstleistungen zu altersgerechten unterstützenden Umfeldern beitragen können:

- Bereich 7: Kommunikation und Information
- Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen

Gemeindenahe Dienstleistungen sind wichtig, um die sektorübergreifende Kommunikation und Koordinierung sicherzustellen. Darüber hinaus sind Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie kommunale Dienstleistungen, die von lokalen Behörden für ältere Menschen erbracht werden, von wesentlicher Bedeutung, um gesundes Altern zu fördern und es zu ermöglichen, würdevoll zu leben. Dienstleistungen aller kommunalen Sektoren und Akteure müssen gut integriert sein, um ältere Menschen nicht unnötigerweise zu überfordern.

Übergreifende Themen, die die Bereiche verbinden

In den folgenden Unterabschnitten werden drei übergreifende Aspekte und Verbindungen zwischen den Bereichen altersgerechter Umfeldern erörtert. Diese Themen berücksichtigen wichtige Zwischenergebnisse altersgerechter Gestaltung der Kommune und kommunaler Maßnahmen, die als schützende Faktoren für aktives und gesundes Altern identifiziert wurden, die Menschen dabei unterstützen, körperlich aktiv zu bleiben, und Stürze sowie Misshandlung älterer Menschen verhindern.

Die Evidenzgrundlage zu den konkreten Herausforderungen und zu der Frage, welche Interventionen sich für jedes Thema eignen, wird breiter. Allerdings ist zur Zeit noch viel mehr über kommunale Aktivitäten zu körperlicher Betätigung und Sturzprävention bekannt als darüber, was erfolgreich Misshandlung älterer Menschen verhindern kann. Für alle drei Themen gibt es eine Reihe von Ressourcen und Tools, die ihre Umsetzung unterstützen. Alle wurden in der Strategie und dem Aktionsplan der WHO für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) (WHO-Regionalbüro für Europa, 2012a) als vorrangige Interventionen konkret politisch anerkannt und sind auch Prioritäten der EIP AHA und in der Globalen Strategie und dem Globalen Aktionsplan für gesundes Altern (WHO, 2016a).

Förderung körperlicher Betätigung

Das räumliche und soziale Umfeld einer Kommune kann die Intensivierung der körperlichen Betätigung älterer Menschen in vielerlei Hinsicht unterstützen (Van Holle et al., 2012; Olanrewaju et al., 2016). Das Intensitätsniveau der körperlichen Betätigung ist ein wichtiger befähigender Faktor und ein aussagekräftiger Prädiktor für gesundes Altern bei allen Gruppen älterer Menschen (WHO-Regionalbüro für Europa, 1996; Rat der Europäischen Union, 2013). Für die ältesten Gruppen älterer Menschen und für diejenigen, bei denen das Risiko besteht, dass sie von Funktionsverlusten und Gebrechlichkeit betroffen werden, ist es

jedoch ganz besonders wichtig, körperlich aktiv zu bleiben (Cavill, Kahlmeier und Racioppi, 2006).

Für die erwachsene Bevölkerung ist die Prävalenz von Bewegungsmangel sehr hoch und stellt einen der Hauptrisikofaktoren für die Mortalität dar. Nach Bluthochdruck, Tabakkonsum und hohem Blutzucker ist sie der vierthöchste Risikofaktor. Über den Lebensverlauf ist unzureichende körperliche Betätigung mit Morbidität und vielen nicht übertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, Depressionen und einigen Krebsarten verknüpft (WHO, 2010; 2017b).

Intensivere körperliche Betätigung kann die gesunde Lebenserwartung älterer Erwachsener erhöhen und die Auswirkungen der Morbidität auf die öffentlichen Ausgaben verringern (McPhee et al., 2016). Studien haben einen Zusammenhang zwischen körperlicher Betätigung bei älteren Erwachsenen mit einer allgemeinen Verbesserung ihrer Lebensqualität gezeigt und mit anderem Nutzen wie kardiorespiratorischer und muskulärer Fitness, Knochen- und funktionaler Gesundheit sowie geringerem Risiko von nichtübertragbaren Krankheiten und Depressionen sowie des Abbaus kognitiver Fähigkeiten (Chodzko-Zajko und Schwingel, 2009) und von Stürzen (Cavill, Kahlmeier und Racioppi, 2006). Interventionen zur Förderung körperlicher Betätigung spielen eine wichtige Rolle bei der Prävention oder Verringerung von Gebrechlichkeit bei älteren Erwachsenen (Puts et al., 2017).

Trotz der nachgewiesenen Risiken unzureichender körperlicher Betätigung für schlechte Gesundheit sind ältere Erwachsene weniger körperlich aktiv als jüngere Erwachsene (Hallal et al., 2012). Dieses Gefälle scheint mit zunehmendem Alter größer zu werden, sodass die Förderung körperlicher Betätigung eine wichtige politische Intervention zugunsten gesunden Alterns ist. Daten aus einer Eurobarometer-Umfrage von 2013 zeigen, dass unzureichende körperliche Betätigung insbesondere bei Frauen und Männern ab 55 Jahren verbreitet ist (Europäische Kommission, 2014b). Für ältere Erwachsene geeignete körperliche Betätigung kann Freizeitaktivitäten (wie Gartenarbeit und Wandern), Aspekte der täglichen Mobilität (wie Zufußgehen und Radfahren), Hausarbeit, Spiele, Sport oder Bewegung im Rahmen von täglichen, familiären und gemeinschaftlichen Aktivitäten umfassen (WHO, 2016b).

Das räumliche und das soziale Umfeld können körperliche Betätigung und gesundes Altern in vielerlei Hinsicht fördern. Der wirtschaftliche Nutzen wird in einem gesundheitsökonomischen Bewertungsinstrument der WHO (HEAT) beschrieben (WHO-Regionalbüro für Europa, 2014). Die

Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) legt drei Ziele zur Verbesserung der körperlichen Betätigung älterer Menschen fest: die Qualität der von Gesundheitsfachkräften angebotenen Bewegungsberatung für ältere Menschen verbessern; die Infrastruktur und ein geeignetes Umfeld bereitstellen; und ältere Menschen über das soziale Umfeld in Bewegungsaktivitäten einbinden (WHO-Regionalbüro für Europa, 2015b). Körperliche Betätigung ist in einer Reihe von altersgerechten Politikbereichen mit vielen Interventionen verbunden:

- Bereich 1: Öffentlicher Raum und Bereich 2: Verkehr und Mobilität:
 - öffentliche Räume und Gebäude barrierefrei machen, um ihre Fußgängerfreundlichkeit für ältere Erwachsene zu verbessern;
 - die Infrastruktur zugunsten aktiver Mobilität und Fußgängerfreundlichkeit stärken, wozu auch zählt, zugängliche Gehwege mit Ruhepunkten anzulegen, die Straßenverkehrssicherheit zu erhöhen, sicheren Radverkehr zu unterstützen und Zugänglichkeitsstandards für öffentliche Verkehrsmittel zu entwickeln;
 - Übungsflächen auf öffentlichen Plätzen und in Parks auszuweisen und entsprechende Geräte dort aufzustellen sowie Parks zugänglicher und sicherer zu machen, indem Bänke aufgestellt werden und Beleuchtung installiert wird;
- Bereich 3: Wohnen und Bereich 4: Soziale Teilhabe:
 - Standards für Neubauten festlegen und durchsetzen, beispielsweise „20-Minuten-Wohnbezirke“ schaffen, in denen wichtige Einrichtungen in Reichweite der Wohnungen von älteren Menschen innerhalb einer begrenzten Zeit zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind;
 - Angebote mit Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe und körperlichen Betätigung einführen, die für ältere Menschen zugänglich sind, beispielsweise Tagesausflüge und Exkursionen für ältere Menschen;
 - unterstützende Umfelder für den sozialen Austausch schaffen und Begegnungsstätten einrichten sowie Möglichkeiten für soziale Kontakte in der Kommune bieten sowie körperliche Betätigung mit sozialer und kognitiver Aktivität kombinieren;
- Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung und Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung:
 - gezielte Maßnahmen für Menschen in Situationen der Verletzlichkeit durchführen, beispielsweise ausgegrenzte und isolierte Menschen aufsuchen

und die soziale Inklusion älterer Menschen durch ehrenamtliche Tätigkeit fördern;

- durch kommunale Initiativen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden die Kontakte zwischen Nachbarn verbessern.

Sturzprävention

Stürze sind weltweit die zweithäufigste Todesursache in Verbindung mit Unfällen oder unbeabsichtigten Verletzungen (WHO, 2012a; 2007b). Die Folgen von Stürzen bei älteren Menschen sind oft schwerwiegend; ein großer Teil der Krankheitslast ist auf Verletzungen durch Stürze zurückzuführen. In vielen Fällen bedeuten Sturzverletzungen den Beginn von Gebrechlichkeit (Chodzko-Zajko und Schwingel, 2009). Die Sturzprävention ist daher eine vorrangige Maßnahme der Strategie und des Aktionsplans der WHO für gesundes Altern in Europa, 2012–2020 (WHO-Regionalbüro für Europa, 2012a).

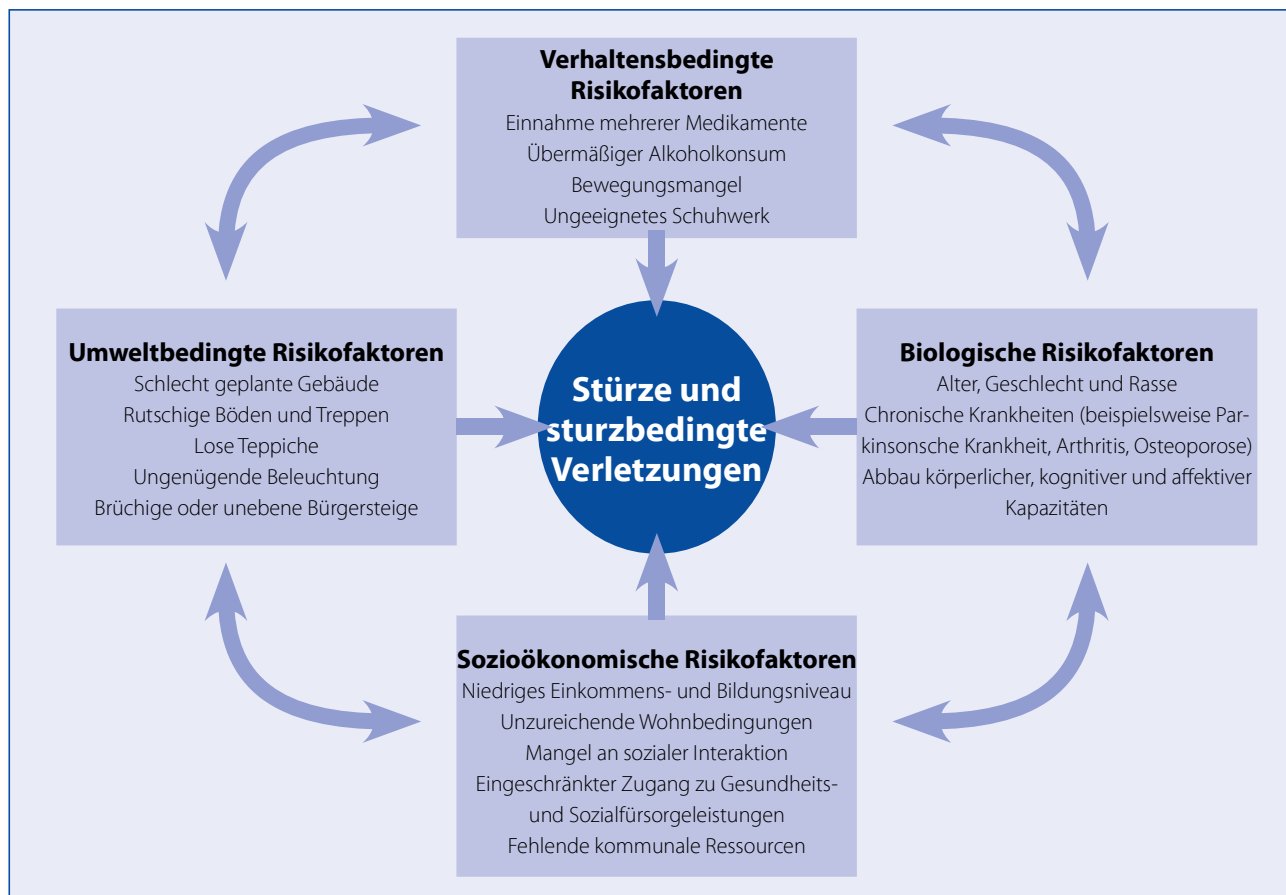
Stürze sind ein häufiges Problem vieler älterer Erwachsener; höhere Altersgruppen sind von einem starken Anstieg des Sturzrisikos und der Sturzprävalenz betroffen (Campbell et al., 1990; Rubenstein, 2006). Solche Verletzungen sind

kostspielig, insbesondere wenn Stürze in einem Ober-schenkelbruch resultieren, der einen Krankenhausaufenthalt und Rehabilitation erfordert (Peel, Bartlett und McClure, 2007). Für in Einrichtungen lebende Menschen ist das Sturzrisiko noch einmal höher. Stürze sind das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von Risikofaktoren in Bezug auf biologische, verhaltensbedingte, umweltbedingte und sozioökonomische Faktoren (siehe Abbildung 4). Ein altersgerechtes Umfeld kann diese ganzheitlich angehen, indem es potenzielle Barrieren, die Stürze verursachen könnten, beseitigt und gleichzeitig die körperliche Betätigung fördert, um die Fitness als Schutzfaktor gegen Stürze zu verbessern.

Die Sturzprävention ist eine wichtige Komponente aktiven Alterns, und Untersuchungen haben gezeigt, dass viele Stürze vermeidbar sind (Goodwin et al., 2014; Gillespie et al., 2012). Präventivmaßnahmen haben sich in einer Reihe von Studien als kostengünstig und sogar kostensparend erwiesen (Todd und Skelton, 2004).

Zu den vielen relevanten politischen Maßnahmen innerhalb der einzelnen AFEE-Bereiche zählen die folgenden:

Abbildung 4. Risikofaktorenmodell für Stürze im hohen Lebensalter



Quelle: WHO (2007b).

- Bereich 3: Wohnen und Bereich 2: Verkehr und Mobilität:
 - Wohnungsbewertungen in Bezug auf Altersgerechtigkeit und Umbauten unterstützen, was auch umfasst, Gefahrenbewertungen und professionell unterstützte Einschätzungen von Sturzrisiken anzubieten;
 - ältere Menschen informieren und ihnen bei der Planung für betreutes Altern am Wohnort zu helfen, was auch umfasst, ihnen anzubieten, sie über Zuschüsse zur Lösung von Wohnungsproblemen älterer Menschen zu beraten und zu informieren und ihnen zu helfen, Unterstützung zu beantragen;
 - Besuche von Spezialisten anbieten, um Lösungen zu finden, und Training zu der Frage anzubieten, wie funktionale Einschränkungen überwunden werden können;
 - Infrastruktur zugunsten aktiver Mobilität und Fußgängerfreundlichkeit schaffen, wozu auch zählt, zugängliche Gehwege mit Ruhepunkten, Trinkwasserspendern und interessanten Stellen entlang des Weges sowie gut beleuchtete Fußgängerzonen anzulegen,
- Bereich 1: Öffentlicher Raum und Bereich 4: Soziale Teilhabe:
 - öffentliche Räume und Infrastrukturen nachrüsten, um den Zugang zu öffentlichen Plätzen, Wegen, Gebäuden und Verkehrsmitteln barrierefrei zu machen;
 - mehrstufige Interventionen nutzen, beispielsweise die Bewegungsförderung mit sozialer und kognitiver Aktivität kombinieren.

Prävention der Misshandlung älterer Menschen

Misshandlung älterer Menschen ist ein verbreitetes Problem. Sie ist definiert als „jede einzelne oder sich wiederholende Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Handlung in einem Vertrauensverhältnis, die/das zu Schaden oder Gefahr für einen älteren Menschen führt“ (WHO, 2002a). Wie Gewalt kann Misshandlung älterer Menschen zu Hause, in der Gemeinschaft und in Einrichtungen in Form von psychischem, physischem, sexuellem und finanziellem Missbrauch und Vernachlässigung auftreten. Sie kann zu Verletzungen, Krankheit und Verzweiflung führen und schwerwiegende Folgen für die Opfer, ihre Familienangehörigen und die gesamte Gemeinschaft haben. Kommunale Maßnahmen zur Prävention von Misshandlung älterer Menschen müssen in allen Situationen greifen, in denen Menschen misshandelt werden können: zu Hause durch Familienangehörige und Pflegekräfte oder in Einrichtungen durch Fachpersonal oder Besucher.

Misshandlung älterer Menschen ist jedoch nicht unvermeidlich und kann verhindert werden (WHO, 2014c). Die Globale Strategie und der Globale Aktionsplan der WHO für Altern und Gesundheit (WHO, 2016a) und die Strategie und der Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) (WHO-Regionalbüro für Europa, 2012a) fordern dringende Maßnahmen für sektorübergreifende Zusammenarbeit und unterstützende Umfelder zur Bekämpfung von Misshandlung älterer Menschen.

Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen sind schwere Verletzungen der grundlegenden Menschenrechte; daher ist ihre Prävention eine wichtige Voraussetzung für eine inklusive Gesellschaft. Dies kann umfassen, der Angst vor Kriminalität und Viktimisierung im Wohnbezirk entgegenzuwirken und das Problem der Altersdiskriminierung durch Bildung, Sensibilisierung, verbesserte Teilhabe älterer Erwachsener am Leben in der Kommune sowie Schulung und Unterstützung von Betreuungspersonen anzugehen. Kommunale Settings bieten Möglichkeiten, das Bewusstsein für Misshandlung älterer Menschen zu schärfen und die Qualität der Angebote in der Kommune und in Einrichtungen zu verbessern, sie besser an die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen mit funktionellen Einschränkungen anzupassen und sicherzustellen, dass qualitativ hochwertige Leitlinien zur Prävention von Misshandlung älterer Menschen herausgegeben wurden (Sethi et al., 2011). Dies ist zu einem Schwerpunktgebiet für die europäischen Länder geworden, was in einer Reihe von Aktivitäten zum Ausdruck kommt (Kasten 2).

Mehrere altersgerechte Bereiche können zur Prävention von Misshandlung älterer Menschen beitragen:

- Bereich 1: Öffentlicher Raum und Bereich 3: Wohnen:
 - barrierefreie Umfelder schaffen und durch Techniken wie situative Kriminalprävention und passive Überwachung in Zusammenarbeit mit der örtlichen Polizei das Vertrauen in das Umfeld stärken, um die Angst vor Kriminalität zu verringern;
 - die Sicherheit und den Schutz älterer Erwachsener durch kriminalpräventive Maßnahmen gewährleisten, beispielsweise mit der Polizei bei Programmen zur Kriminalprävention zusammenarbeiten und Botschafter- und Polizeiinitiativen in als unsicher geltenden Wohnbezirken organisieren;
 - das Gefühl von Sicherheit zu Hause und im Wohnbezirk fördern, indem Initiativen für eine Nachbarschaftswache oder einen Kümmertelefondienst gegründet werden, um ältere Menschen zu

Kasten 2. Prävention von Misshandlung älterer Menschen und Gewährleistung hochwertiger Dienstleistungen in der EU

Die Europäische Kommission hat die Prävention von Misshandlung älterer Menschen durch die Gewährleistung hochwertiger Betreuungs- und Pflegedienste in der gesamten EU als vorrangige Maßnahme eingestuft. Die Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wurde ausgearbeitet, um die grundlegenden Prinzipien und Rechte derjenigen festzulegen, die aufgrund von Alter, Krankheit oder Behinderung auf die Unterstützung und Pflege anderer angewiesen sind.

Das Begleitende Handbuch enthält Beispiele für Erfahrungen und Initiativen im Zusammenhang mit der Charta. Der Europäische Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege trägt zur Prävention und Bekämpfung von Misshandlung älterer Menschen bei. Der Rahmen zielt darauf ab, die Lebensqualität hilfe- und pflegebedürftiger älterer Erwachsener mit einem Bündel von elf Qualitätsgrundsätzen und sieben Handlungsfeldern, Empfehlungen für politische Entscheidungsträger und einer Methodik für deren Umsetzung zu verbessern.

Quellen: AGE Platform Europe (2012b; 2012c).

erreichen, die potenziell von Isolation und Misshandlung bedroht sind;

- Bereich 4: Soziale Teilhabe und Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung:
 - ältere Menschen befähigen, an Aktivitäten teilzunehmen, indem lokale Treffpunkte geschaffen werden, um ältere Menschen über ihre Rechte zu informieren und Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um Misshandlung zu erkennen und zu melden;
 - durch Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagnen Altersdiskriminierung bekämpfen, um die negative Darstellung des Alterns in Frage zu stellen und gleichzeitig darauf hinzuwirken, dass ältere Menschen in der Öffentlichkeit positiv wahrgenommen werden;
 - generationsübergreifende Räume schaffen und Aktivitäten einführen, um generationsübergreifende Kontakte, das gegenseitige Verständnis und den Austausch von Werten, Fertigkeiten und Erfahrungen zu fördern;
 - mit der Polizei zusammenarbeiten, um die Strafverfolgung mutmaßlicher Verantwortlicher für Fälle

von Misshandlung älterer Menschen durchzusetzen und ältere Menschen vor weiterer Viktimisierung zu schützen;

- Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen:
 - Betreuungs- und Pflegepersonen sowie Familien mit abhängigen älteren Menschen unterstützen, wozu auch psychosoziale Beratung, Programme zur Schaffung von Kapazität und Schulungsmaßnahmen für Betreuungs- und Pflegepersonen zählen;
 - eine rigorose Qualitätskontrolle der Anbieter von Gesundheitsleistungen entwickeln, einschließlich der Einrichtung eines Registers von Gesundheitsfachkräften, die wegen Misshandlung und Betrug entlassen wurden, um Fälle von Misshandlung zu Hause oder in Einrichtungen zu verhindern.

Trends der demografischen Alterung in Europa

Laut Schätzungen der Abteilung Bevölkerungsfragen der Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen (UN DESA) verzeichnete die Bevölkerung der Europäischen Region der WHO 2015 das höchste Durchschnittsalter (42 Jahre) von allen WHO-Regionen (UN DESA, 2015a). Dies ist vor allem auf sinkende Fertilitätsraten und die steigende Lebenserwartung zurückzuführen. Von 2000 bis 2015 stieg in der Europäischen Region für Frauen die Lebenserwartung bei Geburt um 3,7 Jahre auf 80,2 Jahre. Im gleichen Zeitraum gewannen Männer 5,1 Jahre Lebenserwartung hinzu und können nun damit rechnen, 73,2 Jahre alt zu werden. Damit hat sich der Unterschied der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern um 1,4 Jahre verringert. Mit steigender Lebenserwartung leben immer mehr Menschen länger als 65 Jahre und viele bis ins hohe Alter, sodass die Zahl älterer Menschen stark zunimmt. Gleichzeitig schrumpfen die Kohorten jüngerer Menschen.

Weil Frauen länger leben als Männer, hat Europa unter allen Weltregionen das niedrigste Verhältnis von Männern zu Frauen (sowohl aktuell als auch in der Zukunftsprognose), obwohl sich das Verhältnis verbessert. Im Allgemeinen spiegeln steigende Geschlechterverhältnisse bei sehr alten Menschen den Umstand wider, dass Verbesserungen der Lebenserwartung im Alter von 80 Jahren bei Männern schneller eintreten als bei Frauen (UN DESA, 2015b).

Es wird erwartet, dass der Anteil der Menschen ab 65 Jahren an der Bevölkerung weiter stark ansteigt. Nach den Bevölkerungsprognosen von UN DESA lag 2010 der Anteil der ab 65-Jährigen an der Bevölkerung nur in zwei Ländern

der Europäischen Region der WHO über 20% (Deutschland und Italien). Bis 2015 war dies in sechs Ländern der Fall. Bis 2030 soll die Zahl auf etwa 30 Länder ansteigen, was mehr als der Hälfte der 53 Mitgliedstaaten der Region entspricht. Dies wird voraussichtlich alle bis auf drei der derzeitigen 28 Mitgliedstaaten der EU (Irland, Luxemburg und Zypern) umfassen. Darüber hinaus altert die ältere Bevölkerung selbst: Die europäische Region von UN DESA hat derzeit den höchsten Anteil an Menschen ab 80 Jahren unter den ab 60-Jährigen, und diese Situation wird sich voraussichtlich bis etwa 2030 fortsetzen (UN DESA, 2015a).

Wenngleich viele Menschen in Europa nicht nur länger, sondern auch gesünder leben, bestehen erhebliche Unsicherheiten über die zukünftigen Trends bei der Gesundheit und der Funktionsfähigkeit alternder Bevölkerungen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2012a; WHO, 2015b). Für die gesamte Europäische Region der WHO stieg die gesunde Lebenserwartung laut Daten des WHO Global Health Observatory (WHO, 2017a) zwischen 2000 und 2015 um fast vier Jahre (von 61 auf 65,5 Jahre für Männer und von 67,3 auf 70,5 Jahre für Frauen). Ergebnisse aus verschiedenen Datenquellen, die unter-

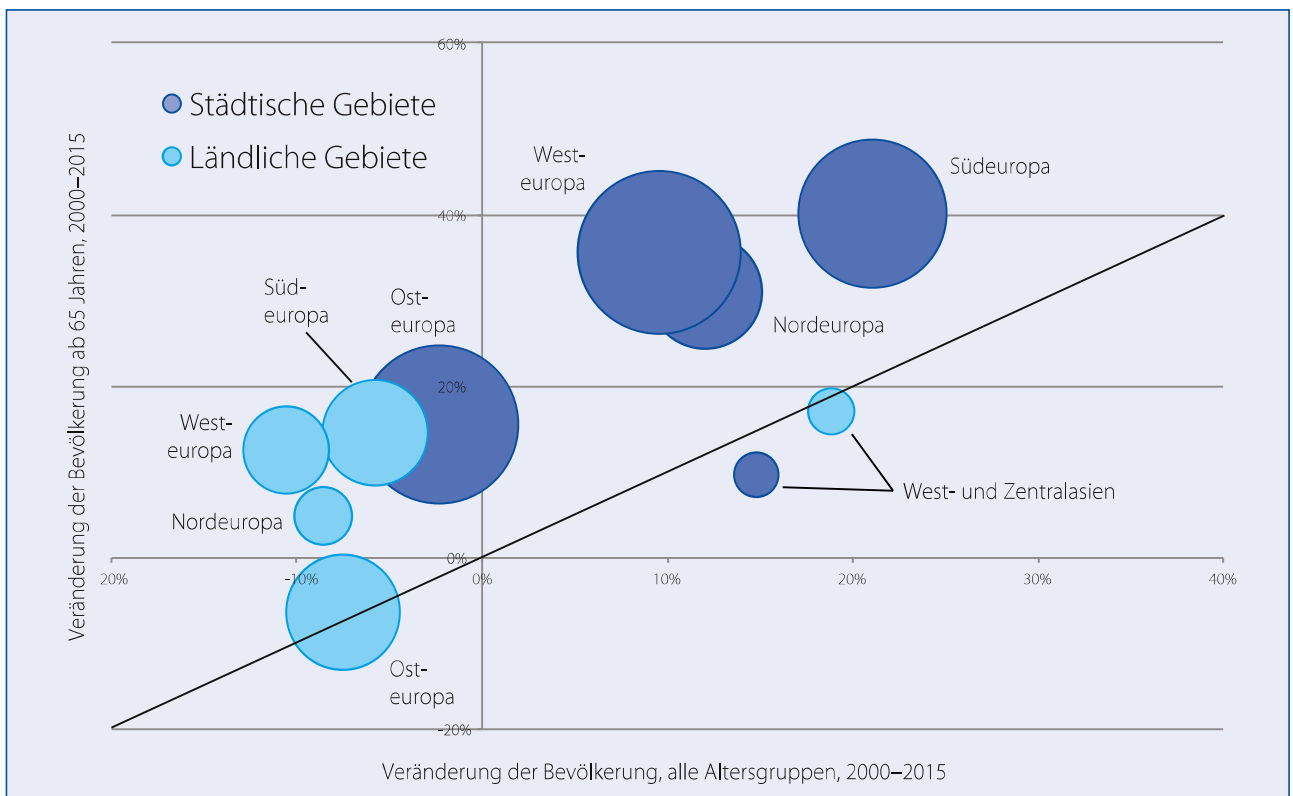
schiedliche Methoden verwenden, sind jedoch nicht immer konsistent.

Alterungsmuster nach geografischen Großregionen in Europa

In der Zeit von 2000 bis 2015 war die Alterung der Bevölkerung ein fast universeller Trend in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO. Abbildung 5 zeigt die Veränderungen in der Bevölkerung aller Altersgruppen, verglichen mit dem Wachstum der Zahl der Menschen ab 65 Jahren für geografische Großregionen, die den Definitionen von UN DESA (2014; 2015a; 2015c) folgen. Für jede geografische Großregion wird die Bevölkerungsentwicklung getrennt nach Bewohner überwiegend städtischer und überwiegend ländlicher Regionen dargestellt.

Mit Ausnahme sowohl der städtischen als auch der ländlichen Gebiete in den Ländern Mittel- und Westasiens, die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sind, sind die Zahlen der älteren Menschen in allen Teilen der Region schneller gewachsen als die der gesamten

Abbildung 5. Alterungsmuster nach geografischen Großregionen in Europa



Hinweis: Die in jeder Kategorie enthaltenen Länder sind wie folgt: West- und Zentralasien: Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Israel, Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Usbekistan, Zypern; Osteuropa: Belarus, Bulgarien, Polen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Slowakei, Tschechien, Ukraine, Ungarn; Nordeuropa: Dänemark, Estland, Finnland, Irland, Island, Lettland, Litauen, Norwegen, Schweden, Vereinigtes Königreich; Südeuropa: Albanien, Andorra, Bosnien und Herzegowina, Griechenland, Italien, Kroatien, Malta, Montenegro, Nordmazedonien, Portugal, San Marino, Serbien, Slowenien, Spanien; Westeuropa: Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Monaco, Niederlande, Österreich, Schweiz.
Quelle: Berechnung auf der Grundlage von Bevölkerungsschätzungen von UN DESA.

Weltbevölkerung (dargestellt als über der Linie gleichen Wachstums für die Gesamtbevölkerung im Vergleich zu den älteren Bevölkerungsgruppen in Abbildung 5).

Von 2000 bis 2015 war die Bevölkerungsalterung sowohl in den städtischen als auch in den ländlichen Gebieten Westeuropas am stärksten, wobei die ländliche Gesamtbevölkerung in Westeuropa um etwa 11% zurückging – ein stärkerer Rückgang als in jedem anderen regionalen Cluster –, während die Zahl der älteren Menschen in den überwiegend ländlichen Gebieten Westeuropas um 13% wuchs.

Abbildung 5 bietet auch eine Momentaufnahme davon, wo ältere Menschen in Europa leben: Die Größe jeder Blase entspricht der geschätzten Zahl der ab 65-Jährigen im Jahr 2015. Von den 140 Millionen älteren Menschen in Europa leben etwa 99 Millionen in überwiegend städtischen Gebieten – mehr als doppelt so viele wie in überwiegend ländlichen Gebieten (41 Millionen).

Die Kombination von Bevölkerungsrückgang und Alterung ist ein allgemeiner Trend für alle überwiegend städtischen regionalen Cluster, mit Ausnahme der west- und zentralasiatischen Länder. Bevölkerungsrückgang und Alterung fielen auch in den ländlichen Gebieten Osteuropas zusammen, während alle anderen städtischen Cluster Bevölkerungswachstum und Alterung verzeichneten – wiederum mit Ausnahme der west- und zentralasiatischen Länder. Neben den städtischen und ländlichen westeuropäischen Clustern war die Bevölkerungsalterung in den städtischen Gebieten Osteuropas am stärksten. Im Durchschnitt war die Alterung der Bevölkerung in städtischen Gebieten stärker als in ländlichen Gebieten. Die ältere Bevölkerung wird sich deshalb zunehmend in städtischen Gebieten konzentrieren, und zwar in Europa stärker als in anderen Weltregionen (UN DESA, 2014). Diese Kombination aus alternden und schrumpfenden Bevölkerungen wird für ländliche und abgelegene Gebiete besondere Herausforderungen aufwerfen.



Bereich 1: Öffentlicher Raum

Bereich 1: Öffentlicher Raum

Einführung

Die Bedeutung angepasster öffentlicher Räume und Gebäude für aktives und gesundes Altern wird durch immer mehr Forschungsergebnisse bestätigt (Sugiyama und Ward Thompson, 2007a; Sugiyama und Ward Thompson, 2007b; Curl et al., 2012). Die Zusammenhänge zwischen der Gestaltung und den Merkmalen öffentlicher Räume und den Zwischenzielen wie der Förderung der körperlichen Betätigung und der Sturzprävention sind inzwischen gut dokumentiert (Van Cauwenberg et al., 2011).

Flächennutzungsmuster, Städtebau und Verkehrssysteme sind drei Dimensionen der physischen Umwelt, die sich positiv und negativ auf funktionale Beeinträchtigungen und Behinderung auswirken können (Rosso, Auchincloss und Michael, 2011). Die zu behandelnden Schlüsselthemen können insbesondere für einen lokalen Kontext von Bedeutung sein, beispielsweise Wohnbezirke in steilen Hanglagen oder eine bestimmte Zielgruppe wie Demenzkranke oder Menschen in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen. Das Anliegen des AFEE-Projekts – die Schaffung altersgerechter Umfelder – ist nicht Umweltschutz im klassischen Sinne. Es gibt jedoch viele Erkenntnisse dahingehend, dass ältere Menschen durch Umweltschäden stärker gefährdet sind und davon besonders stark betroffen werden können (siehe beispielsweise Simoni et al., 2015, für schädliche Auswirkungen der Luftverschmutzung).

In diesem Kapitel wird der erste Bereich des AFEE-Rahmens vorgestellt: der öffentliche Raum. Dies ist der erste von drei Bereichen, die sich mit der räumlichen Dimension altersgerechter Kommunen befassen. Er entspricht dem Bereich „Außenräume und Gebäude“ im ursprünglichen globalen WHO-Leitfaden (WHO, 2007a).

Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen

Das Ziel von Interventionen in diesem Bereich ist es, die gebaute Umwelt und den öffentlichen Raum mit dem Bewusstsein für die Bedürfnisse älterer Menschen – und in Konsultation mit ihnen sowie unter Berücksichtigung ihrer Vielfalt – zu planen und zu gestalten. Um betreutes Altern am Wohnort zu unterstützen, konzentrieren sich Initiativen zur Schaffung altersgerechter öffentlicher Räume auf die Nachrüstung bestehender Wohnbezirke und nutzen bei der Gestaltung neuer Wohnbezirke bewährte Praktiken.

In den meisten Fällen beginnen altersgerechte Stadtinitiativen, die sich mit dem öffentlichen Raum befassen, nicht bei Null: Bestehende Gebäude und Infrastrukturen, Vorschriften, Kultur und die Geschichte von Orten prägen bereits das Erleben des Älterwerdens in jedem einzelnen Wohnbezirk. Um die Städte altersgerechter zu machen, ist es von entscheidender Bedeutung, die Barrieren, Einschränkungen und Stärken des bestehenden öffentlichen Raums zu verstehen, um sie nachzurüsten, Barrieren abzubauen und gleichzeitig – gestützt auf Aktiva in der Kommune – das Erhalten zu können, was wertgeschätzt wird.

Ältere Frauen und Männer selbst einschließlich Demenzkranken sind häufig eine ausgezeichnete Quelle für das Monitoring und die Evaluation der Qualität ihrer eigenen städtischen Umfelder (WHO, 2012b). Ihre Stimme ist wichtig für die Bewertung und Planung von Veränderungen, sowohl für kurz- als auch für längerfristige Aktionspläne. Wenngleich Veränderungen der grundlegenden Stadtgestaltung eine langfristige Vision erfordern können, können viele Interventionen im öffentlichen Raum, die im Rahmen

Die wichtigsten Fakten

- In der Europäischen Region der WHO sterben jedes Jahr 46 000 Menschen über 70 Jahre an den Folgen von Stürzen (WHO, 2014a). Laut Schätzungen der WHO sind 26% dieser Stürze auf das Umfeld zurückzuführen. Dazu zählen beispielsweise die Wohnung, Zugänge zu Gebäuden und Freizeiteinrichtungen (WHO, 2006). Eine verbesserte Gestaltung des öffentlichen Raums kann dazu beitragen, das Sturzrisiko zu verringern.
- Umfrageergebnisse für die EU zeigen für 2012, dass 13% der über 65-Jährigen Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus in ihrer Wohngegend als Problem wahrnehmen (Eurostat, 2015a).
- Viele ältere Menschen sind mit Problemen konfrontiert, die sie daran hindern, das Haus zu verlassen. Beispielsweise gaben im Vereinigten Königreich 52% der Befragten an, dass sie nicht so oft vor die Tür gehen würden, wie sie es eigentlich wollten, weil es in ihrer Wohngegend keine öffentlichen Toiletten gibt (Hogg und Godfrey, 2007).
- Bei Menschen, die in der Nähe von offenen und grünen Räumen wohnen, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie das Haus verlassen und dass sie zu Fuß gehen (Saelens und Handy, 2008; Sugiyama und Ward Thompson, 2008).

kommunaler Aktionspläne durchgeführt werden, kurzfristig Nutzen bringen (Kerr, Rosenberg und Frank, 2012; Annear et al., 2014).

Die folgenden Abschnitte fassen die wichtigsten Merkmale und Initiativen zusammen, die Praktiker, Planer altersgerechter Maßnahmen und Wissenschaftler als relevante altersgerechte Praktiken für die Wohnbezirkentwicklung identifiziert haben. Neuere Forschungsarbeiten resultierten in Erkenntnissen, die viele Elemente der städtischen Initiativen für gesundes Altern, die in einer wachsenden Zahl von Städten und Gemeinden durchgeführt wurden, unterstützen. Eine Tabelle am Ende des Kapitels enthält praktische Beispiele, die zeigen, wie Lokalverwaltungen Handlungsfelder in ihren Aktionsplänen operationalisiert haben.

Barrierefreie öffentliche Räume und Gebäude, die für Menschen mit Beeinträchtigungen zugänglich und nutzbar sind

Mit zunehmendem Alter werden Menschen häufig empfindlicher für scheinbar kleine physische Merkmale, die sie behindern oder ihr Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens in öffentliche Räume schmälern könnten und die sie davon anhalten oder es ihnen erschweren, ins Freie zu gehen und sich fortzubewegen. Eine Reihe von Studien hat jedoch vielversprechende Ergebnisse von Interventionen in öffentliche Räume gezeigt, die diesem Problem entgegenwirken. Es wurde nachgewiesen, dass manche Interventionen sowohl kurz- als auch langfristig zu mehr Zuzußgehen und Teilhabe führen können (Hallgrimsdottir, Svensson und Ståhl, 2015).

Beispielsweise werden Berichten zufolge Angehörige höherer Altersgruppen davon abgehalten, sich unabhängig

im öffentlichen Raum zu bewegen, wenn es dort einen Mangel oder eine unzureichende Dichte an Einrichtungen wie Bänken, öffentlichen Toiletten oder Aufzügen gibt (Moran et al., 2014; Yen et al., 2014). Planer und Politiker erkennen zunehmend, dass sie solchen Problemen in Bezug auf die Lebensqualität, die ältere Menschen zur Sprache gebracht haben, mehr Aufmerksamkeit schenken und sie in alle Planungsentscheidungen einbeziehen müssen. Darüber hinaus können einige der unten aufgeführten Maßnahmen Synergien mit den umfassenderen, auf Nachhaltigkeit, Kohäsion und Lebensqualität ausgerichteten Planungsagenden schaffen können, um Orte zu schaffen, die mehr Wohlbefinden für alle Altersgruppen fördern (Gilroy, 2008).

„Eine Beeinträchtigung wird nur dann zu einer Behinderung, wenn die gebaute Umwelt die Beeinträchtigungen nicht ausgleicht.“

Utton (2009:380)

Für Menschen mit erhöhtem Risiko von Behinderung und schlechter Gesundheit können unterstützende und barrierefreie Umfelder den größten Unterschied ausmachen.

Mit zunehmendem Alter wächst die Wahrscheinlichkeit, von einer oder mehreren funktionalen Beeinträchtigungen oder Behinderungen betroffen zu werden. Dies muss nicht automatisch zu Abhängigkeit und Gebrechlichkeit führen, erfordert jedoch besondere Aufmerksamkeit von Stadt- und Verkehrsplanern. Studien deuten darauf hin, dass die gebaute Umwelt bei Menschen mit leichter oder keiner Beeinträchtigung begrenztere Auswirkungen haben kann, potenzielle Barrieren in der gebauten Umwelt jedoch ein gewichtigerer Faktor werden können, wenn eine gewisse Beeinträchtigung eintritt (Clarke und Nieuwenhuijsen, 2009). Eine Reihe chronischer Erkrankungen oder eine Demenzerkrankung kann das Vertrauen älterer Menschen

in ihre Fähigkeit untergraben, sich im Freien bewegen zu können, und sie damit der Gefahr sozialer Ausgrenzung aussetzen (siehe auch Kapitel 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung).

Öffentliche Räume so anzupassen oder zu gestalten, dass sie für alle unabhängig von Alter und Leistungsfähigkeit zugänglich sind, nutzt nicht nur älteren Menschen, sondern auch der breiten Öffentlichkeit.

Die Zugänglichkeit wurde durch Konzepte wie „inklusive“ und „universelle“ Designprinzipien gefördert, die in manchen Ländern (einschließlich der nordischen Länder) in die nationale Gesetzgebung aufgenommen wurden. Diese Prinzipien sind auch im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verankert, das von der EU und europäischen Ländern unterzeichnet wurde. Lokale Aktionspläne sollten die Zugänglichkeit in Wohnbezirken bewerten und sicherstellen, dass sie gefördert wird. Leitlinien für Zugänglichkeitsstandards und universelles Design sind zunehmend auf nationaler und subnationaler Ebene verfügbar geworden (siehe Kasten 3); diese helfen Planern, in Konsultation mit älteren Menschen, ihren

Kasten 3. Oslos einheitliche Grundsätze für universelles Design

2014 verabschiedete der Stadtrat von Oslo einheitliche Grundsätze für die lokale Umsetzung des norwegischen nationalen Aktionsplans für universelles Design. Die Grundsätze sind verbindlich für alle Ämter und Behörden, die individuelle Pläne für universelles Design entwickeln müssen. Die städtische Behörde für Sozial- und Wohlfahrtsleistungen ist für die Koordination dieser Initiativen in der gesamten Kommune zuständig.

Die Grundsätze für universelles Design betreffen drei Hauptbereiche:

- Verkehr und Kommunikation
- Planung von Bauten, Liegenschaften und Außenflächen
- Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT).

Die einheitlichen Grundsätze basieren auf der Vision der Regierung, dass universelles Design in Norwegen bis 2025 umgesetzt werden soll.

Quelle: The City of Oslo (2014), WHO (2015c).

Organisationen und anderen maßgeblichen Akteuren Defizite in Kommunen zu identifizieren (siehe den Abschnitt über Ressourcen und Materialiensammlungen).

Aus Fokusgruppen und Umfragen wird immer wieder deutlich, dass sichere und benutzerfreundliche Fußgängerüberwege ein großes Anliegen für Menschen mit Beeinträchtigungen jeglicher Art sind.

In manchen Städten wurden an wichtigen Übergängen spezielle Ampelschaltungen eingeführt, die Menschen mit Behinderungen mehr Zeit zum Überqueren der Straße geben. Eine verfeinerte Methode zur Verlängerung der Grünphase ist die Ausgabe einer elektronischen Karte für Behinderte. Weitere Einzelheiten zu Fußgängerüberwegen enthält das Kapitel zu Bereich 2: Verkehr und Mobilität.

Spezielle Lösungen können Menschen mit sensorischen Beeinträchtigungen oder mit eingeschränktem Seh- oder Hörvermögen unterstützen.

Audiosignale an Ampeln und speziell gestaltete Bordsteine für eine bessere Erkennbarkeit zählen zu den Beispielen, die in vielen Städten umgesetzt wurden.

Das Recht auf den Zugang zur Stadt schließt sowohl Menschen mit Demenz als auch Menschen mit Mobilitätseinschränkungen ein.

Untersuchungen haben gezeigt, dass die Mehrheit der älteren Menschen mit Demenz zu Hause lebt – viele davon allein (WHO, 2012b). Wenn der öffentliche Raum nicht so gestaltet wird, dass er älteren Menschen mit Demenz hilft, sich in ihrem Wohnbezirk weiterhin bewegen zu können, kann dies für viele von ihnen zur Folge haben, dass sie die Wohnung nicht mehr verlassen können (Mitchell, Burton und Raman, 2004). Städtische Gebiete so zu gestalten, dass sie leicht verständlich sind, über Orientierungspunkte verfügen, gut lesbar sind, einschließlich klarer Beschilderung und Übersichtlichkeit, ist für Menschen mit Demenz sehr wichtig, aber auch für andere Mitglieder der Gesellschaft relevant (Kasten 4). Dies betrifft nicht nur den öffentlichen Raum, sondern auch Gebäude und öffentliche Treffpunkte. Beispielsweise können Einkaufszentren für Menschen mit Demenz ein herausforderndes Umfeld sein, weil man dort leicht die Orientierung verliert (Blackman et al., 2003).

Unterstützung der Interaktion innerhalb der Kommune und der persönlichen Unabhängigkeit

Wenn es Ruheplätze und ein interessantes Straßenleben gibt und ältere Menschen sich sicher fühlen, werden sie

Kasten 4. Fallstudie: Den öffentlichen Raum so gestalten, dass daraus demenzgerechte lebensfreundliche Wohnbezirke werden

In einem dreijährigen Forschungsprojekt des Oxford-Instituts für nachhaltige Entwicklung wurde untersucht, wie der öffentliche Raum demenzgerechter gestaltet werden kann. Für Menschen mit Demenz ist es schwieriger, den öffentlichen Raum selbstständig zu nutzen: Indem Forscher untersuchten, wie Menschen mit Demenz die Außenwelt wahrnehmen, erleben und nutzen, konnten sie Designfaktoren und -kriterien identifizieren, die deren Fähigkeit beeinflussen, ihre Wohnbezirke erfolgreich zu nutzen und sich darin zurechtzufinden. Während die Mehrheit der Teilnehmer mit Demenz angab, dass sie gerne vor die Tür gingen, konnten viele ohne Begleitung nicht mehr fahren oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen, was ihre Zielauswahl oft auf fußläufige Orte beschränkte.

Ältere Menschen mit Demenz haben im Allgemeinen eine Präferenz für:

- kompakte lokale Wohnbezirke mit gemischter Nutzung;
- kurze, sanft gewundene Straßen mit breiten Gehwegen und guter Übersicht;
- verschiedene städtische Formen und architektonische Merkmale sowie ästhetische Umweltmerkmale;
- historische, zivile oder unverwechselbare Wahrzeichen;
- ruhige, fußgängerfreundliche Straßen und einladende offene Flächen;
- Orte, Räume und Gebäude, deren Funktionen und Eingänge offensichtlich sind;
- einfache, klare Schilder mit großen, dunklen eindeutigen grafischen Darstellungen und einem hellem Hintergrund;
- einfach zu benutzende Stadtmöbel in den ihnen vertrauten Stilen;
- glatten, ebenen, rutschfesten, nicht reflektierenden Bodenbelag.

Diese Erkenntnisse wurden in eine vorläufige Anleitung für Designer – auf allen Ebenen vom Städtebau bis zur Stadtmöblierung – zu den Kriterien für die Entwicklung demenzgerechter städtischer Umfelder umgesetzt.

Im Resümee lassen sich auf der Grundlage dieser Forschungsarbeiten die sechs wichtigsten Anforderungen an demenzgerechte öffentliche Räume auflisten: Sie müssen vertraut, lesbar, unverwechselbar, zugänglich, komfortabel und sicher sein. Alle Kriterien sind sehr eng mit den Themen in diesem Kapitel verbunden. Umfelder, die für Menschen mit Demenz leicht zugänglich, verständlich, nutzbar und angenehm sind, dürften auch altersgerecht sein und anderen Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen zugutekommen; daraus entstand das Konzept der „demenzfreundlichen Wohnumfelder“.

Quelle: Mitchell und Burton (2006).

sich wahrscheinlich öfter ins Freie wagen, um zu Fuß zu gehen, andere zu treffen und am Alltagsleben teilzunehmen. Umgekehrt kann eine stark frequentierter Straße direkt vor dem Haus – vor allem ohne Ampeln oder mit kurzen Grünphasen – beängstigende Situationen schaffen und ältere Menschen davon abhalten, in die Stadt zu gehen.

Von großer Bedeutung ist ein unmittelbares Wohnumfeld, das für ältere Menschen einladend ist und sie bewegt, aus dem Haus zu gehen, unabhängig Alltagstätigkeiten zu erledigen und mit anderen Kontakt zu haben. Dies gilt insbesondere für Menschen in betreutem Wohnen und solche, die durch verschiedene Lebensereignisse (wie den Tod eines geliebten Menschen oder einen Umzug) oder

persönliche Merkmale wie Gesundheit, Geschlecht, Ethnizität oder Einkommen in eine Situation der Isolation geraten sind (Clarke und Nieuwenhuijsen, 2009; Atkinson et al., 2014).

Für ältere Menschen ist es wichtig, dass in ihrem Wohnbezirk für sie wichtige Ziele wie lokale Geschäfte, Dienste und Einrichtungen gut zugänglich sind.

Der Zugang zu und die Dichte von nahegelegenen öffentlichen Freiflächen, Dienstleistungen und Einrichtungen sowie interessante Straßenfronten zählen nachweislich zu den wichtigsten Faktoren mit einem Einfluss darauf, ob ältere Menschen zu Fuß gehen und sie in der Lage sind, sich um ihre täglichen Aktivitäten zu kümmern (Kerr,

Rosenberg und Frank, 2012). Bei Entscheidungen darüber, wie und wo Gesundheitsdienste und integrierte Erbringer von Dienstleistungen einschließlich solcher in Bezug auf Wohnungen und Einrichtungen für ältere Menschen in der Kommune angesiedelt werden, muss dieser Zusammenhang zwingend berücksichtigt werden. Weil sich Menschen mit Demenz – wie gezeigt wurde – in einem vertrauten Umfeld, das heißt mit Einrichtungen in der Nähe ihrer Wohnung, in der Regel wohler fühlen, muss ihnen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Zu den Maßnahmen mit dem Ziel, die persönliche Unabhängigkeit zu fördern, zählt der verbesserte Zugang zu Gebäuden und zum öffentlichen Verkehrsnetz.

Ein Umfeld, das soziale Kontakte und den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln unterstützt, trägt zur Lebensqualität bei und fördert die körperliche Leistungsfähigkeit älterer Menschen (Elmstahl und Ekström, 2012; De Donder et al., 2013). Die einschlägige Infrastruktur für Wohnbezirke umfasst nicht nur lokale Geschäftszentren, sondern auch Treffpunkte für ältere Menschen, und beide sollten inklusiv gestaltet werden. In ländlichen und abgelegenen Kommunen können jedoch wohnungsnaher Einrichtungen fehlen, was die Notwendigkeit kombinierter Planungs- und Verkehrsstrategien sowie spezieller Lösungen zur wohnungsnahen Erbringung von Dienstleistungen wie beispielsweise rollender Läden unterstreicht (Keating, Eales und Phillips, 2013).

Räumliche Umfeldler können gemeinsam mit älteren Menschen und Vereinigungen älterer Menschen geschaffen werden.

Ältere Menschen in Konsultationsprozesse in Bezug auf neu geplante städtebauliche Entwicklungen einzubeziehen, kann sicherstellen, dass ihre Bedürfnisse in der Stadtplanung berücksichtigt werden. Viele Städte haben „Seniorenräte“ eingerichtet, die die Kommunalverwaltung in Fragen des Lebens älterer Menschen beraten (siehe auch das Kapitel zu Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung). Zur Unterstützung dieser Planungsprozesse haben Kommunen eine Reihe von Methoden für Straßen-Audits und öffentliche Konsultationen entwickelt (Buffel et al., 2014).

Seniorenverbände und andere organisierte oder informelle Gruppen älterer Menschen sind wichtige Akteure, die daran interessiert sind, lokale Aktivitäten und gesündere räumliche Umfeldler zu fördern. Öffentliche Räume, Einrichtungen und Freiflächen gemeinsam mit älteren Menschen zu planen, hat zwei Vorteile: Erstens können Barrieren für ältere Menschen mit besonderen Bedürfnissen

vermieden werden (Gilroy, 2008; Beard und Petitot, 2010), und weil ein Gefühl von Teilhabe entsteht, werden zweitens die Resultate der Planung später durch organisierte und informelle Gruppen stärker genutzt.

Orte, an denen man im Freien sein und verweilen kann

Wenn ältere Menschen aus dem Haus gehen, geht es nicht nur darum, Dinge zu erledigen oder von A nach B zu gelangen. Sich in öffentlichen und offenen Räumen aufzuhalten, gibt Menschen auch das Gefühl, am Leben ihrer Gemeinschaft teilzunehmen und soziale Begegnungen zu haben. Bei der Planung räumlicher Umfeldler, die Erleben und Teilhabe ermöglichen sollen, müssen die Menschen im Mittelpunkt stehen, und es müssen relevante und messbare Zielvorgaben für das festgelegt werden, was sie erreichen sollen (Gehl, 2011).

Bänke und andere Möglichkeiten, sich auszuruhen, sowie ein guter Zugang zu Toiletten sind für ältere Menschen mit gewissen funktionalen Beeinträchtigungen unerlässlich, um sich in öffentlichen Räumen wohl zu fühlen.

Dies gilt auch für Erweiterungen öffentlicher Räume in Privatbesitz wie Geschäfte, Supermärkte und Einkaufszentren. Wer mit Attributen wie „altersgerecht“ oder „generationenfreundlich“ wirbt, hat diese Aspekte auf seinen Checklisten in der Regel abgearbeitet, in manchen Fällen sogar mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz.

Nicht ausreichend sichere oder unsaubere Umfeldler werden von älteren Menschen häufig als problematisch empfunden, wenn sie gebeten werden, ihr Wohnumfeld zu bewerten.

Mangelnde Sauberkeit, Müll und Graffiti können als Belege für die Verschlechterung und den Niedergang des Wohnumfelds empfunden werden (De Donder et al., 2013). Dies kann dazu führen, dass bei älteren Menschen das subjektive Empfinden mangelnder Sicherheit entsteht. Sich in der eigenen Wohnumgebung sicher zu fühlen, ist ein wesentlicher Faktor bei der Entscheidung älterer Menschen, „vor die Tür zu gehen“ und sich in ihrer Kommune einzubringen (Broekhuizen, de Vries und Pierik, 2013; Yen et al., 2014).

Das Gefühl der Sicherheit kann von einer Reihe von Faktoren abhängen. Dazu zählen negative Faktoren wie objektives oder subjektiv wahrgenommenes Gewaltisiko, beobachtetes unsoziales Verhalten und gemeldete Kriminalität, aber auch positive Faktoren wie eine

ausreichende Straßenbeleuchtung oder Notrufsäulen in der Nähe von Knotenpunkten des öffentlichen Verkehrs. Zusätzlich zur Wahrnehmung von Unordnung und Müll tragen selbst erlebte Probleme im Zusammenhang mit der Straßenverkehrssicherheit ebenso zu einem Gefühl der Unsicherheit bei wie ein schlechter Zustand der Gehwege, unzureichende Freizeitinfrastruktur oder hohes Verkehrsaufkommen (De Donder et al., 2013). Im Gegensatz dazu könnte ein breites Angebot an Geschäften dazu führen, dass ältere Menschen sich sicherer fühlen. Einige Längsschnittstudien haben gezeigt, dass die Angst vor Kriminalität oder eine Straßeninfrastruktur, die den motorisierten Verkehr und die Verschlechterung der Qualität der Wohngegend begünstigt, die Gesundheitsergebnisse älterer Menschen negativ beeinflussen kann (Beard und Petitot, 2010).

Es müssen Wohnbezirke geschaffen werden, in denen es für ältere Menschen eine Auswahl an Orten für Erholung, körperliche Betätigung und andere Freizeitmöglichkeiten gibt.

Die Beobachtung, dass sich andere im eigenen Wohnumfeld körperlich betätigen, kann nachweislich den Eindruck verstärken, dass es von vertrauenswürdigen und verantwortungsbewussten Menschen bewohnt wird, was wiederum ältere Menschen dazu motiviert, sich mehr einzubringen (Annear et al., 2014).

In altersgerechten Städten werden immer häufiger gut zugängliche Gehwege, Infrastrukturen für körperliche Betätigung und Radwege angelegt, die ältere Menschen für Freizeitwecke nutzen können. Der gesundheitliche Nutzen geht über die körperliche Betätigung hinaus und schließt zusätzliche soziale Interaktion und die Förderung der psychischen Gesundheit ein. In benachteiligten Wohnbezirken sollten solche Investitionen in die Infrastruktur geprüft werden, zusammen mit anderen Maßnahmen, die dazu dienen, die Wahrnehmung von Sicherheit und Attraktivität zu verbessern. Spaziergruppen laden ältere Menschen ein, vor die Tür zu gehen, womit sie gleichzeitig das Gehen als Freizeitaktivität und soziales Engagement fördern.

Fallstudien zeigen einige positive Effekte physischer Strukturen in der Kommune wie beispielsweise generationsübergreifende Spielplätze, auf denen Großeltern mit ihren Enkelkindern spielen können, und spezielle Geräte aus der neueren Bewegung der „Erwachsenenspielplätze“. All dies kann die Nutzung räumlicher Umfeldler für ältere Menschen attraktiver machen und Möglichkeiten für soziale Interaktion bieten. (Weitere Einzelheiten zu Teilhabe und Freizeitaktivitäten enthält das Kapitel zu Bereich 4: Soziale Teilhabe.)

Natürliche Umgebungen, Parks und Grünflächen können zu mehr körperlicher Betätigung führen und so das Wohlbefinden und die Gesundheit fördern.

Bei ab 60-Jährigen steht der Zugang zu einem „grünen“ Lebensumfeld in einem positiven Zusammenhang damit, die eigene Gesundheit als besser zu empfinden, seltener zu erkranken und länger zu leben (Broekhuizen, de Vries und Pierik, 2013). Eine mögliche Erklärung für diesen Effekt wird durch Untersuchungen veranschaulicht, die darauf hindeuten, dass ältere Menschen, die in der Nähe von Parks und anderen Freiflächen leben, mehr zu Fuß gehen und häufiger das Haus verlassen (Saelens und Handy, 2008; Sugiyama und Ward Thompson, 2008). Gestaltung, Attraktivität und die wahrgenommene Sicherheit von Grünanlagen sind mitentscheidend dafür, ob sie zu mehr körperlicher Betätigung beitragen (Michael, Green und Farquhar, 2006). Einige der untersuchten positiven Effekte von Grünflächen waren bei älteren Menschen stärker ausgeprägt als in der Allgemeinbevölkerung, beispielsweise die Verbesserung der Schlafqualität (WHO-Regionalbüro für Europa, 2016a).

Natur und Grünflächen haben zusätzliche positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit.

Untersuchungen lassen darauf schließen, dass ältere Menschen eine Vorliebe für grüne Umgebungen wie baumgesäumte Straßen, Pflanzen und Dinge haben, die sie in Parks beobachten können (Ward Thompson, 2013). Bäume im Wohnumfeld und Zugang zu Grünflächen scheinen mit dem subjektiven Wohlbefinden und der subjektiven Gesundheit älterer Menschen in Zusammenhang zu stehen (Kweon, Sullivan und Wiley, 1998; Van Dillen et al., 2011).

Wie gezeigt wurde, hat Kontakt mit der Natur positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, verringert Stress, lädt Energiereserven auf und verbessert die Stimmung; natürliche Umfeldler mit solchen Effekten wurden als „therapeutische Landschaften“ oder „restaurative Umfeldler“ bezeichnet (Kaplan und Kaplan, 2003; Hansen-Ketchum et al., 2011). Kleingärten und Gemeinschaftsgärten können ebenfalls der psychischen Gesundheit und dem Wohlbefinden älterer Menschen förderlich sein (Milligan, Gatrell und Bingley, 2004; Van den Berg et al., 2010). Durch Interaktion und Arbeit im Garten erhalten ältere Menschen ein Gefühl von Leistung, Zufriedenheit und ästhetischem Vergnügen (Milligan, Gatrell und Bingley, 2004).

In städtischen Aktionsplänen kommen kommunale Garten- oder Kleingartenanlagen oft in generationsübergreifenden

und interkulturellen Strategien zur sozialen Integration vor; sie haben aber auch klare Verbindungen zu altersgerechten Konzepten. Gemeinschaftsgärten können doppelten Nutzen haben, indem sie helfen, soziale Isolation zu bekämpfen, und gleichzeitig zu sozialen Netzwerken und Kompetenzen beitragen. Demenzkranke schätzen ebenfalls die Verbindung zur Natur und die Teilnahme an naturverbundenen Aktivitäten und empfinden sie als sehr angenehm – unabhängig davon, ob sie in der Kommune oder in betreutem Wohnen leben (Gibson et al., 2007).

Städtische Umfelder, die die Gefühle von Zugehörigkeit, Kontinuität und Selbstwert unterstützen

Das Wohnumfeld ist mehr als nur eine Adresse mit einer bestimmten räumlichen Qualität: Es hat auch Charakter, Geschichte sowie Bedeutung und Wert für die Bewohner. Der Wunsch älterer Menschen, an Ort und Stelle zu altern, ist mit einem Gefühl der Kontinuität und der Vertrautheit mit einem Ort verbunden. Rasche Veränderungen in einem Wohnbezirk können jedoch dazu führen, dass er sich neu und unvertraut anfühlt, und die von älteren Menschen empfundenen Gefühle von Kontinuität und Bindung daran gefährden. Dies kann für Demenzkranke besonders relevant sein; bislang wurde jedoch nur eingeschränkt zu der Frage geforscht, wie sich rasche urbane Veränderungen diesbezüglich auf ältere Menschen auswirken.

Bindung und ein Zugehörigkeitsgefühl werden durch Erfahrungen der Zugänglichkeit, soziale Kontakte, Gefühle, Erinnerungen, Gedanken und Routinen im Wohnumfeld über den gesamten Lebensverlauf geprägt. Es muss berücksichtigt werden, wie Menschen Bindungen an Orte haben und aufbauen, und zu diesem Thema muss mehr Forschung betrieben werden. Die an einem Ort gemachten Erfahrungen können das subjektive Urteil älterer Menschen über ihn und ihre Fähigkeit, an der gebauten Umwelt zu partizipieren, beeinflussen (Phillips, Walford und Hockey, 2011).

„Öffentliche und gemeinsam genutzte Räume sind wichtige Umfelder, die das Verhalten im Alltag prägen. Wie wir öffentliche Räume nutzen und uns mit ihnen identifizieren, ist ein wesentlicher Bestandteil eines allgemeinen Gefühls, an einem Ort heimisch zu sein. Es gibt öffentliche Orte, wo wir uns sicher und willkommen fühlen und wo wir ein Gefühl der Zugehörigkeit und Identifikation erleben können. Andere öffentliche Räume sind gefährlich, feindselig und entfremdend. Die Gestaltung und das Ambiente dieser Räume sind ein wesentlicher Faktor für unsere Fähigkeit

oder Bereitschaft, die relative Sicherheit unseres Wohnsitzes hinter uns zu lassen.“

Rowles und Bernard (2013:4)

Wahrnehmungen und Gefühle in Bezug auf einen Ort können einen wichtigen Einfluss darauf haben, wie wir ihn nutzen und an ihm teilhaben.

Ästhetische Gebäude, Straßenbilder und Landschaften werden von älteren Menschen hoch geschätzt und werden von ihnen mit aktiverer Beteiligung assoziiert (Moran et al., 2014). So hängt eine subjektive Einschätzung der Sicherheit oder Attraktivität eines Wohnbezirks davon ab, in welchem Umfang ältere Menschen de facto vor die Tür gehen. Untersuchungen haben gezeigt, dass Ästhetik, Benutzerfreundlichkeit und gemeinsame Erinnerungen älteren Menschen helfen, einen Bezug zu einem Ort und eine Bindung an ihn zu entwickeln, auch wenn er ihnen nicht vertraut ist (Phillips et al., 2013).

Stadtplaner und Stadtentwickler erkennen zunehmend, dass es bei der Bindung älterer Menschen an ihren Wohnbezirk nicht nur um die Deckung technischer und materieller Bedürfnisse geht, sondern emotionale Ansprüche ebenfalls nicht vernachlässigt werden dürfen.

Menschen entwickeln über den Lebensverlauf Gefühle von Zugehörigkeit zu und Interaktion mit ihrem Wohnumfeld (Wahl, Iwarsson und Oswald, 2012). Diese führen zur Bindung an einen Ort und schaffen Erinnerungen und Sinnhaftigkeit. In Anbetracht des Umstands, dass Menschen im höheren Alter oft lange Zeit im gleichen Viertel gelebt haben, erklären solche Zugehörigkeitsprozesse subjektive Bewertungen von Wohnbezirken. Das Verständnis dieser Dynamik ist eine entscheidende Voraussetzung für die Schaffung von Umfeldern, die betreutes Altern am Wohnort ermöglichen; es kann auch dazu beitragen, ältere Menschen bei der Anpassung an neue Orte zu unterstützen, wenn sie in passendere Umfelder umziehen müssen oder wollen.

Wege zu finden, Bedeutungen, Werte und kollektive Erinnerungen an Orte zu bewahren und in Erinnerung zu rufen, könnte helfen, ein Gefühl von Kontinuität zu bewahren und ein Gefühl der Zugehörigkeit zum Wohnbezirk zu fördern.

Die Forschung befindet sich erst in einem frühen Stadium des Verstehens, wie solche emotionalen Ebenen die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen beeinflussen, insbesondere im Kontext rascher urbaner Veränderungen und Regeneration. Menschen verändern ihre Lebensräume, indem sie diese Nutzungsmuster und die Gewöhnung an ihre Alltagsaktivitäten mit Sinn füllen.

Die Integration in die Kommune und der kontinuierliche Austausch mit dem Umfeld sind entscheidend für die Verbesserung der Lebensqualität älterer Erwachsener (Rowles und Bernard, 2013).

Stadtplaner und politische Entscheidungsträger müssen anerkennen, wie sich räumliche Umfelder auf das Selbstvertrauen älterer Menschen und damit auf ihre Bereitschaft auswirken, das Haus zu verlassen.

Umfelder, die nicht ausreichend Unterstützung bieten, können zu einem Verlust an Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl führen. Beispielsweise kann ein Abhängigkeitsgefühl hervorgerufen werden, wenn es nicht gelingt, eine Toilette zu finden, oder Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, um Hilfe bitten müssen, um in ein Gebäude zu gelangen. Wenn die subjektiven Erfahrungen und Wünsche der Menschen in Bezug auf die Raumnutzung und die Lebensqualität verstanden wurden, kann dies für unterstützende öffentliche Räume vorteilhaft sein.

Am Menschen orientierte Umfelder respektieren die subjektiven Werte und Bedeutungen der Menschen, die einen Ort bewohnen, unterstützen die Vielfalt und die Bedürfnisse älterer Menschen und konzentrieren sich auf die physisch und emotional integrative Gestaltung von Räumen. Während des gesamten Gestaltungs- und Planungsprozesses ist es von entscheidender Bedeutung, ältere Menschen zu Wort kommen zu lassen.

Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen

Tabelle 1 folgt der Struktur der in diesem Kapitel vorgeschlagenen Stoßrichtungen für Interventionen und Ziele und fügt Beispiele aus bestehenden altersgerechten Strategien, Aktionsplänen und Fallstudien hinzu. Bei den genannten Interventionen und Initiativen kann es sich um Projekte handeln, die bereits in lokalen Kontexten durchgeführt wurden oder die für die Umsetzung in einem altersgerechten Aktionsplan konzipiert wurden.

Tabelle 1. Praxisbeispiele für öffentliche Räume aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Interventionen und Initiativen
Barrierefreie öffentliche Räume und Gebäude, die für Menschen mit Beeinträchtigungen zugänglich und nutzbar sind	Menschen, die gefährdet sind, unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> Quartiererneuerungsprogramme, um in sozial benachteiligten Wohnbezirken Infrastrukturen zu entwickeln und zu verbessern (einschließlich sozialer Entwicklung) Urbane Verbesserungen auf der Grundlage von Audits in bestimmten benachteiligten Gebieten oder mit bestimmten Zielgruppen Begrünung und Planung für die Bereitstellung städtischer Einrichtungen in benachteiligten Gebieten
(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe)	Zugängliches/ inklusives Design	<ul style="list-style-type: none"> Öffentliche Räume und Infrastrukturen nachrüsten, um den Zugang zu öffentlichen Plätzen, Wegen, Gebäuden und Verkehrsmitteln barrierefrei zu machen (auch mit Mobilitätshilfen) Bei neu gebauten Infrastrukturen die Zugänglichkeitsprinzipien einhalten Altersgerechte und barrierefreie Gestaltungsworkshops mit Stadtplanern und Städtebauern Partizipative Erfassung der Zugänglichkeit und gezielte Nachrüstung von öffentlichen Räumen und Gebäuden (Entwicklung von Instrumenten zu Fußgängerfreundlichkeit, Zugänglichkeit und Straßen-Audits)
	Fußgängerüberwege und Ampeln	<ul style="list-style-type: none"> Straßen-Audits unter Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen Einstellbare Zeitsteuerung von Ampeln, damit Menschen mit eingeschränkter Mobilität Fußgängerüberwege sicher benutzen können Tonsignale an Ampeln

Tabelle 1 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Interventionen und Initiativen
	Sensorische Beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> • Initiativen für universelles Design • Bei der Planung von öffentlicher Infrastruktur, Erholungsazonen, Gehwegen und Sportanlagen die Sicherheit und Zugänglichkeit für sehbehinderte Nutzer berücksichtigen • Informationen und Hinweise in Braille- und Audioversionen
	Demenzfreundlich	<ul style="list-style-type: none"> • Demenzstrategien für den öffentlichen Bereich und öffentliche Gebäude • Demenzzranke in Audits von Wohnbezirken einbeziehen • Vertraute Gestaltung von Bänken, Ampelanlagen • Andere demenzfreundliche Gestaltungsprinzipien, beispielsweise Lesbarkeit, Unterscheidbarkeit, gute Beleuchtung • Wandergruppen für Menschen mit Demenz
Die Interaktion innerhalb der Kommune und die persönliche Unabhängigkeit unterstützen (bereichsübergreifend mit Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen)	Zugang zu Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Örtliches Nebeneinander von Einrichtungen und lokalen Diensten, insbesondere in der Nähe von Pflegeeinrichtungen und altersgerechten Gebäuden • Regulierte Verteilung von Apotheken und Gesundheitsdiensten in Übereinstimmung mit den Wohnorten älterer Menschen • Dezentrale Sozialdienste im Wohnbezirk (Zahl der Büros proportional zur Einwohnerzahl) • Bei der Entwicklung von Gebäuden und Teilen des öffentlichen Raums konsultieren Dienstleister und Unternehmen Seniorenräte • Städtebauliche Konzepte wie das „20-Minuten-Viertel“ und die „Stadt der kurzen Wege“ fördern • Den Zugang zu und die Wirtschaftlichkeit von gesunden Lebensmitteln, Märkten und lokalen Geschäften in Wohnbezirken fördern
	Zugang zu Gebäuden und Nahverkehr	<ul style="list-style-type: none"> • Die Zugänglichkeit von Gebäuden erfassen (schwere Türen, Stufen ohne Geländer oder kein Zugang mit Rollstuhl) • Rampen zu öffentlichen Gebäuden und Wohnungen anlegen • Die Verteilung und Dichte von Bushaltestellen und deren Entfernung zu Wohngebieten älterer Menschen analysieren (durch Erfassung unter Verwendung eines geografischen Informationssystems)
Orte, an denen man im Freien sein und verweilen kann (bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe)	Bänke und Toiletten	<ul style="list-style-type: none"> • Online-Formulare, um die Aufstellung von Bänken zu beantragen • Die Ausschilderung öffentlicher Toiletten verbessern • Toiletten erfassen und deren Reinigung, Wartung und Instandhaltung sicherstellen • Initiativen für barrierefreie Toiletten und Kennzeichnung in Geschäften und der Gastronomie
	Sichere und saubere Umfelder	<ul style="list-style-type: none"> • Mit privaten Immobilienbesitzern zusammenarbeiten, um die von ihren Immobilien ausgehenden Lärm- und Müllprobleme zu lösen • Müll und Graffiti beseitigen • Initiativen für Stadterneuerung und -sanierung
	Orte für Erholung und Freizeit	<ul style="list-style-type: none"> • An öffentlichen Orten und in Parks Fitnessgeräte aufstellen und Übungsflächen ausweisen • Schwimmbäder und Freizeitzentren unterstützen • Kultur- und Wanderpfade anlegen

Tabelle 1 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Interventionen und Initiativen
	Parks und Grünflächen	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Parks anlegen • Bestehende Parks durch die Aufstellung von Bänken, Beleuchtung und intensivere Pflege zugänglicher machen • Hundekotbeutelspender aufstellen
	Resiliente Orte und Orte mit Therapieeffekt	<ul style="list-style-type: none"> • Die Zugänglichkeit und Anbindung von Wäldern und Naturstätten verbessern • Schrebergärten • Gemeinschaftsgärten • Die Resilienz gegenüber Klimaextremen bewerten: Klimatevaluation und Anpassung von Stadtzentren
Zugehörigkeits- und Selbstwertgefühl	Handeln	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale Bürgerinitiativen zur Verbesserung des städtischen Umfelds unterstützen
(bereichsübergreifend mit Bereich 2: Verkehr und Mobilität und Bereich 4: Soziale Teilhabe)	Ästhetik und Nutzbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennbares Design von Außenmöbeln • Kampagnen zur Verschönerung von Wohnbezirken gemeinsam mit den Bewohnern entwerfen
	Zugehörigkeit verstehen	<ul style="list-style-type: none"> • Fokusgruppen mit älteren Bewohnern • Die Aktiva von Wohnbezirken erfassen
	Erinnerungen bewahren und Kontinuität aufrechterhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipative Planungsansätze zu Stadterneuerung und -sanierung verwenden • Erhaltung historischer Stadtlandschaft
	Vertrauen in das Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Beschilderung und gut lesbare Text- und Bildgestaltung • Sich auf Angst vor Kriminalität und Kriminalität selbst konzentrieren und dabei Techniken wie situative Kriminalprävention und passive Überwachung in Zusammenarbeit mit der örtlichen Polizei anwenden • Wirkungsanalyseinstrumente für ältere Menschen entwickeln und deren Nutzung fördern

Ressourcen und Materialiensammlungen

Australian Local Government Association (2006). Age-friendly built environments: opportunities for local government. Canberra: Australian Local Government Association (<http://www.beactive.wa.gov.au/index.php?id=1117>, eingesehen am 5. Februar 2020).

Center for Active Design. Active design guidelines. New York: Center for Active Design (<http://centerforactivedesign.org/guidelines/>, eingesehen am 5. Februar 2020).

Handler S (2014.) An alternative age-friendly handbook. Manchester: University of Manchester Library (<http://www.micra.manchester.ac.uk/connect/news/headline-431019-en.htm>, eingesehen am 5. Februar 2020).

Inclusive Design for Getting Outdoors [Archivierte Website] (2013). Edinburgh: Inclusive Design for Getting Outdoors (www.idgo.ac.uk, eingesehen am 5. Februar 2020).

Integrated age-friendly planning toolkit for local government in NSW (2016) Sydney: Local Government in NSW (<http://www.lgnsw.org.au/policy/integrated-age-friendly-planning-toolkit-local-government-nsw>, eingesehen am 5. Februar 2020).

Weiterführende Literatur

AARP (2007). A great city for older adults: an AARP survey on the strengths and challenges of growing in Old Burlington. Washington DC: AARP (<http://www.aarp.org/livable-communities/learn/research-trends/info-12-2012/>

- survey-growing-old-Burlington-2007.html, eingesehen am 5. Februar 2020).
- Buffel T, Phillipson C, Scharf T (2012). Ageing in urban environments: developing "age-friendly" cities. *Crit Soc Policy*. 32(4):597–617.
- Burton E (2012). Streets ahead? The role of the built environment in healthy ageing. *Perspect Public Health*. 132(4):161–2.
- Curl A, Ward Thompson C, Aspinall P (2015). The effectiveness of "shared space" residential street interventions on self-reported activity levels and quality of life for older people. *Landscape Urban Plan*. 139: 117–25.
- Garin N, Olaya B, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Power M, Bucciarelli P et al. (2014). Built environment and elderly population health: a comprehensive literature review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 10(1):103–15.
- Hanson HM, Ashe M, McKay HA, Winters M (2012). Intersection between the built and social environments and older adults' mobility: an evidence review. Vancouver: National Collaborating Centre For Environmental Health.
- Hartig T, Mitchell R, de Vries S, Frumkin H (2014). Nature and health. *Annu Rev Public Health*. 35:207–28.
- Hovbrandt P, Ståhl A, Iwarsson VH, Carlsson G (2007). Very old people's use of the pedestrian environment: functional limitations, frequency of activity and environmental demands. *Eur J Ageing*. 4(4):201–11.
- McGarry P (2012). Good places to grow old: age-friendly cities in Europe. *J Intergener Relatsh*. 10(2):201–4.
- McGarry P, Morris J (2011). A great place to grow older: a case study of how Manchester is developing an age-friendly city. *Working with Older People*. 15(1):38–46.
- Michael YL, Yen IH (2014). Aging and place – neighborhoods and health in a world growing older. *J Aging Health*. 26(8):1251–60.
- Newton R, Ormerod M, Burton E, Mitchell L, Ward Thompson C (2010). Increasing independence for older people through good street design. *J Integrated Care*. 18(3):24–9.
- Norgate S (2012). Accessibility of urban spaces for visually impaired pedestrians. *Municipal Engineer*. 165(4):231–7.
- Nyman SR, Ballinger C, Phillips JE, Newton R (2013). Characteristics of outdoor falls among older people: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 13:125. doi: 10.1186/1471-2318-13-125.
- Plouffe L, Kalache A (2010). Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. *J Urban Health*. 87(5):733–9.
- Puhakka R, Karisto A, Poikolainen J (2015). Spatial practises and preferences of older and younger people: findings from the Finnish studies. *J Soc Work Pract*. 29(1):69–83.
- Saelens BE, Papadopoulos C (2008). The importance of the built environment in older adults' physical activity: a review of the literature. *Wash State J Public Health Pract*. 1(1):13–21.
- Sheehan B, Burton E, Mitchell L (2006). Outdoor way finding in dementia. *Dementia*. 5(2):271–81.
- Spaul M, Hockey A (2011). Older people in unfamiliar environments: assimilating a multidisciplinary literature to a planning problem. *Local Economy*. 26(4):236–45.
- Walker J, Finkelstein R (2008). Age-friendly New York City: overview, findings, lessons. *Gerontologist*. 48:104.
- Ward Thompson C, Curl A, Aspinall P, Alves S, Zuin A (2014). Do changes to the local street environment alter behaviour and quality of life of older adults? The 'DIY Streets' intervention. *Br J Sports Med*. 48(13):1059–65.
- Wu Y, Prina AM, Brayne C (2014). Age-friendly cities and environments: an investigation of the living environment of older people in England based on the MRC Cognitive Function and Ageing Study II. *Lancet*. 384:89.



**Bereich 2:
Verkehr und Mobilität**

Bereich 2: Verkehr und Mobilität

Einführung

Öffentliche Verkehrsmittel bleiben eine der Schlüsselstrategien, um Verkehrssysteme ökologisch und demografisch nachhaltig zu gestalten. In diesem Kapitel werden eine Reihe von Merkmalen altersgerechten öffentlichen Verkehrs sowie andere Unterstützungsmaßnahmen erörtert, die dazu beitragen, Hindernisse für Verkehr und Mobilität zu beseitigen.

Verkehr und Mobilität ist der zweite von drei Bereichen des AFEE-Rahmens, die darauf abzielen, die räumlichen Umfelder stärker unterstützend zu gestalten. Er entspricht dem Bereich „Verkehr“ im ursprünglichen globalen WHO-Leitfaden, in dem die meisten der behandelten Themen das Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln betrafen (WHO, 2007a). Die aktuelle Forschung befasst sich oft umfassender mit Fragen von Verkehr und Altern und betont die wichtigen gesundheitlichen Vorteile des Zu Fußgehens und anderer aktiver Formen der Mobilität für ältere Menschen. Das AFEE-Handbuch erörtert deshalb in diesem Bereich allgemeinere Fragen zu Mobilität und Straßenverkehrssicherheit zusammen, einschließlich anderer für sichere Mobilität wichtiger Themen wie beispielsweise Gehwege. Wie in anderen Bereichen altersgerechter Umfelder haben Verkehr und Mobilität wichtige Querverbindungen zu anderen Bereichen und können sich gegenseitig verstärken. Um betreutes Altern am Wohnort zu erleichtern und bei zunehmendem Alter die Lebensqualität zu erhalten, ist es wichtig, zu verstehen, welche Rolle die gebaute Umwelt dabei spielt, Mobilität zu fördern oder zu beschränken.

Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen

Für das Wohlbefinden älterer Menschen ist es von großer Bedeutung, wenn sie aus dem Haus gehen und mit anderen Menschen Kontakt haben können (Marsden et al., 2007). Von einem Ort zum anderen gelangen zu können, ist eine wichtige Voraussetzung, um soziale Beziehungen zu Familien, Freunden und Nachbarn aufrechterhalten, ein aktives Leben führen und allgemeiner an der Gesellschaft teilhaben zu können, was auch den Zugang zu Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen einschließt. Viele ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität können sich ohne Transportmöglichkeiten nicht mehr selbst versorgen (UN-Habitat, 2013). Dieses Kapitel beschreibt die wichtigsten Wege, um körperlich aktiv zu bleiben und so lange wie möglich am gesellschaftlichen und kommunalen Leben teilnehmen zu können.

Mit den Interventionen in diesem Bereich sollen sichere, zugängliche, angemessene und zuverlässige Beförderungsangebote und Infrastruktur für eine aktive Lebensweise gefördert werden. Ziel ist es, die Menschen zu befähigen, ihre Mobilität, ihre Unabhängigkeit und ihre Beziehungen zu anderen im Alter zu erhalten.

Wenn im eigenen Wohnbezirk alle Erbringer notwendiger Dienstleistungen (einschließlich Krankenhäusern, Arztpraxen und Lebensmittelgeschäften), soziale Netzwerke

Die wichtigsten Fakten

- Die Wahrscheinlichkeit, mit eingeschränkter Mobilität zu leben, steigt ab einem Alter von ungefähr 75 Jahren deutlich an. Das Alter allein ist jedoch nicht der direkte Faktor für diesen Verfall, der eng mit dem Gesundheitszustand und daraus resultierenden Beeinträchtigungen verbunden ist, die in der Regel in den höheren Altersgruppen häufiger auftreten, einschließlich kognitiver und motorischer Beeinträchtigungen. Selbst in den höchsten Altersgruppen verfügen viele Menschen noch über ein hohes Maß an autonomer Mobilität auf (Bell et al., 2010).
- In der Europäischen Region der WHO weisen ältere Menschen und Menschen im Alter von 15–29 Jahren die höchsten straßenverkehrsbedingten Mortalitätsraten auf (Jackisch et al., 2015b).
- Jeder fünfte Mensch, der heute auf den Straßen der EU stirbt, ist 65 Jahre und älter (European Transport Safety Council, 2008).
- Schätzungen zufolge sterben in der Europäischen Region der WHO jedes Jahr etwa 12 500 Menschen im Alter ab 70 Jahren bei Verkehrsunfällen (WHO, 2014a).
- Umgebungsbedingte Hindernisse wie schlechter Zugang zu Beförderungsmöglichkeiten, unzureichende Sicherheit im Wohnbezirk und Nichtverfügbarkeit von Fitnessprogrammen und -geräten werden als Hindernisse für die Teilnahme an körperlicher Betätigung empfunden (Franco et al., 2015).
- In der EU nutzen etwa 25% der über 55-Jährigen öffentliche Verkehrsmittel (Europäische Kommission, 2011). Von den über 65-Jährigen haben in der EU 23% gewisse oder große Schwierigkeiten beim Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln (Eurofound, 2012).
- Die Erfahrungen älterer Menschen mit der Mobilität können durch das Geschlecht und Lebensereignisse beeinflusst sein. Obwohl sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede ändern und von Land zu Land variieren, ist bei älteren Frauen die Wahrscheinlichkeit auch heute noch geringer, dass sie Auto fahren und ein Auto besitzen; andererseits nutzen ältere Frauen mehr und andere Verkehrsmittel. Während ältere Männer insgesamt weniger auf ein Leben ohne Auto vorbereitet sind, kann für ältere Frauen zu den gravierenden negativen Auswirkungen des Verlustes des Ehepartners auch zählen, dass es für sie schwieriger werden kann, sich fortzubewegen (Ahern und Hine, 2012).
- In Befragungen stuften ältere Erwachsene Maßnahmen zur Kontrolle des Kraftfahrzeugverkehrs als eines der wichtigsten Umweltthemen ein (Strath, Isaacs und Greenwald, 2007; Saelens und Handy, 2008).

und Aktivitäten (einschließlich der Wohnungen befreundeter Personen, Tagesstätten, Kirchen und Parks) vorhanden sind, kann dies dazu beitragen, eingeschränkte Mobilität auszugleichen. Marsden et al. (2007) zufolge gibt es aber auch Hinweise auf Frustration und negative gesundheitliche Folgen, wenn für das Leben älterer Menschen wichtige Ziele nicht leicht erreichbar sind. Ältere Menschen zu unterstützen, mobiler zu werden, kann dazu beitragen, Abhängigkeit und Isolation zu verringern und so eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Funktionsfähigkeit im Alltag zu verhindern oder zu verlangsamen.

In den kommenden Jahrzehnten werden alternde Generationen an die Kfz-Nutzung, hohe Mobilität und reiseintensive Lebensstile gewöhnt sein (Hjorthol, Levin und Sirén, 2010). Dies mag manchen älteren Menschen helfen, ihre eingeschränkte Mobilität auszugleichen, während andere vielleicht stärker an das Haus gebunden und dem

Risiko von sozialer Isolation und Einsamkeit ausgesetzt sein werden.

Eine der größten Herausforderungen und die Ursache für viele Barrieren, die bei der Bewertung altersgerechter Städte festgestellt werden, besteht darin, dass Verkehrsplaner Mobilitätsprobleme, mögliche Beeinträchtigungen und altersbedingte Besonderheiten wie verminderte Gehgeschwindigkeit und -distanzen oder die Notwendigkeit von Sitzgelegenheiten an öffentlichen Plätzen und klarer Beschilderung nicht ausreichend berücksichtigen. In Konsultationen von Fachpersonal aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Verkehrstechnik mit älteren Menschen wurde eine Reihe von Maßnahmen ermittelt, die zu besseren Angeboten führen können. Nach Angaben des ÖPNV-Verbands European Metropolitan Transport Authorities (EMTA) sind viele dieser Maßnahmen kostengünstig und einfach umzusetzen und würden sowohl älteren Menschen als auch anderen Bevölkerungs-

gruppen, die öffentliche Verkehrsmittel nutzen, zugutekommen (Fiedler, 2007).

Ältere Menschen nutzen eine Vielzahl von Fortbewegungsmöglichkeiten einschließlich Autofahren, Zufußgehen, öffentlicher Verkehrsmittel sowie privater und spezieller Beförderungsangebote. Die Fußgängerfreundlichkeit von Wohnbezirken (siehe auch das Kapitel zu Bereich 1: Öffentlicher Raum) und die Zugänglichkeit öffentlicher Verkehrsmittel beeinflussen nachgewiesenermaßen die Entscheidungen älterer Menschen in Bezug auf Fortbewegungsmöglichkeiten und sind daher wichtige Interventionsbereiche für altersgerechte Umfelder. Mobil zu sein, bedeutet mehr als nur die Fortbewegung von A nach B: Es ist auch eine Erfahrung an sich, die für das Selbstvertrauen und das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen wichtig ist. Es eröffnet auch die Möglichkeit, mit anderen zu interagieren und sich als Teil der Stadt zu fühlen.

Die folgenden Abschnitte fassen die wichtigsten Merkmale und Initiativen zusammen, die Praktiker, Planer altersgerechter Maßnahmen und Wissenschaftler als relevante altersgerechte Praktiken für Mobilität und Verkehr identifiziert haben. Eine Tabelle am Ende des Kapitels enthält praktische Beispiele, die zeigen, wie Lokalverwaltungen Handlungsfelder in ihren Aktionsplänen operationalisiert haben.

Infrastruktur zugunsten von aktiver Mobilität und Fußgängerfreundlichkeit

Bei älteren Menschen sollte Zufußgehen gefördert werden, weil es mit doppeltem Nutzen in Form von körperlicher Betätigung und Mobilität verbunden ist: Es ermöglicht älteren Menschen, unabhängig zu sein, die für sie wichtigen Dinge zu tun und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

In allen europäischen Ländern ist Zufußgehen die beliebteste Fortbewegungsart älterer Menschen, um vor Ort von A nach B zu gelangen. Damit ältere Menschen zu Fuß gehen und andere aktive Fortbewegungsmöglichkeiten nutzen können, ist eine sichere Infrastruktur von entscheidender Bedeutung. In manchen Ländern ist auch das Radfahren ein beliebtes Fortbewegungsmittel bei älteren Menschen. Geh- und Radwege voneinander und vom Kraftfahrzeugverkehr zu trennen, kann dann die aktive Mobilität älterer Menschen fördern.

Barrierefreiheit, Instandhaltung und andere Merkmale der gebauten Umwelt können den Menschen ermöglichen, zu Fuß zu gehen.

Die Verkehrsplanung ist entscheidend: Viele ältere Erwachsene fühlen sich möglicherweise nicht wohl bei der

Benutzung von Fußgängerüberwegen mit Problemen wie beispielsweise an Kreuzungen ohne Ampel und auf besonders breiten Straßen mit entsprechend langer Wegstrecke. Studien zufolge besteht ein erhöhtes Risiko, dass Kraftfahrzeuge an markierten Fußgängerüberwegen ohne Ampeln oder Stoppschilder Fußgänger über 65 Jahre anfahren (Koepsell et al., 2002). Konsultationen mit älteren Menschen und die verfügbaren Forschungsergebnisse zeigen eine Reihe von Faktoren, die berücksichtigt werden sollten, um das Zufußgehen zu fördern:

- Straßen sollten gut verbunden und beleuchtet sein und einen sicheren Eindruck machen.
- Gehwege müssen breit genug sein, barrierefrei, gut instand gehalten, von Schnee geräumt, von Laub und Müll gesäubert, vom motorisierten Verkehr und anderen Verkehrsteilnehmern (einschließlich Fahrrad- und Motorradfahrern) getrennt und frei von Hindernissen aufgrund zweckentfremdeter Nutzung (wie geparkte Kfz oder Müllbehälter).

Gute Straßenverbindungen können verwirklicht werden, indem sichergestellt wird, dass potenzielle fußläufige Ziele erreicht werden können, Fußgängerüberwege in ausreichender Zahl eingerichtet werden, Kreuzungen übersichtlich gestaltet und geregelt werden, und Ampeln so geschaltet werden, dass ältere Menschen genügend Zeit haben, um die Straße sicher überqueren zu können. Wie im Kapitel zu Bereich 1: Öffentlicher Raum dargelegt wurde, unterstützen und fördern auch die allgemeineren Eigenschaften und die Gestaltung öffentlicher Räume und Einrichtungen, die in kurzer Entfernung erreichbar sind, Zufußgehen und die Teilhabe.

Gepflegte und gut gestaltete Bürgersteige, Geh- und Radwege tragen entscheidend dazu bei, dass sich ältere Menschen körperlich betätigen.

Sichere und ebene Gehwege und Pfade stehen in einem Zusammenhang mit dem Umstand, dass ältere Menschen häufiger zu Fuß gehen, und mit der Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig durchzuführen; sie tragen auch dazu bei, Stürze zu verhindern (Nyman et al., 2013). In vielen altersgerechten Audits, an denen ältere Menschen teilgenommen haben, ist die Qualität von Gehwegen ein wichtiges Kriterium (Garin et al., 2014).

„Stürze im Freien sind häufig; etwa die Hälfte der Stürze bei Erwachsenen ab 65 Jahren ereignen sich im Außenraum.“

Nyman et al. (2013: 2)

Für lokale Aktionspläne und in Bewertungen lassen sich Schwachstellen ermitteln, indem sowohl ältere Menschen

selbst als auch verfügbare (nationale) Leitlinien zur Barrierefreiheit konsultiert werden. In der Literatur wird bemerkenswert häufig auf die Details der Qualität und Instandhaltung von Pflasterungen, Gradienten, Bordsteine und temporäre Hindernisse auf Gehwegen eingegangen, die wichtige Faktoren für das Zufußgehen älterer Menschen sind (Annear et al., 2014; Stav, 2014). Beispielsweise müssen Geh- und Radwege klar getrennt sein und sichere Schnittpunkte haben, weil an Kreuzungen Unfälle häufiger auftreten. Ältere Menschen sind froh, wenn es an Steigungen oder Treppen Handläufe gibt. Sie mögen keine gesprungenen, unebenen, steil abfallenden Pflaster oder hohen Bordsteine. Schmale Bürgersteige, rutschige Gehwege, Löcher und Risse sind ebenfalls hinderlich (Moran et al., 2014).

Interventionen können das Vertrauen in die eigene Mobilität stärken, wenn sie den motorisierten Verkehr und die Verkehrsgeschwindigkeit verringern und die Verkehrssicherheit erhöhen.

Neben den oben genannten Kriterien sind die Straßenverkehrssicherheit sowie die Gewalt- und Verletzungsprävention wichtige Faktoren für das Sicherheitsgefühl älterer Menschen beim Gehen. In vielen lokalen Bedarfsanalysen zählten ältere Erwachsene auf den motorisierten Verkehr ausgerichtete Maßnahmen zu den wichtigsten Umweltthemen (Strath, Isaacs und Greenwald, 2007; Saelens und Handy, 2008). Wiederholt wurden Zufußgehen als Freizeitaktivität und körperliche Betätigung mit der Wahrnehmung von Sicherheit im Wohnbezirk korreliert und negativ mit Problemen im Wohnbezirk in Verbindung gebracht (Li et al., 2005; Li, Fisher und Brownson, 2005; Piro et al., 2006; Nagel et al., 2008; Mendes de Leon et al., 2009; Shores et al., 2009; Tucker-Seeley et al., 2009). Als Interventionen sollten daher auch die Beruhigung des motorisierten Verkehrs, Geschwindigkeitsbegrenzungen und Kampagnen zur Straßenverkehrssicherheit sowie die Verbrechensbekämpfung erwogen werden.

In manchen Ländern benutzen Menschen bis zum hohen Alter das Fahrrad zur Fortbewegung.

Die Nutzung von Radfahren als Fortbewegungsart variiert stark, nicht nur in Abhängigkeit von der Kultur, sondern auch von der Bereitstellung von Infrastruktur, die so beschaffen ist, dass sich ältere Menschen zutrauen, Rad zu fahren (Oxley et al., 2004). Bei Gleichgewichtsproblemen ermöglichen dreirädrige Fahrräder, weiter Rad zu fahren, und neue Technologien – wie beispielsweise E-Bikes – eröffnen neue Möglichkeiten für die Mobilität älterer Menschen. Unabhängig davon brauchen ältere Menschen sichere Bedingungen zum Radfahren, einschließlich separater Fahrradspuren und ausreichend langer Grün-

phasen an Ampeln. In einer Reihe von europäischen Städten sowie in manchen ländlichen Gebieten wurden Fahrradverleihsysteme eingerichtet, bei denen Fahrräder oder E-Bikes zur vorübergehenden Nutzung verfügbar sind und an einen anderen Ort zurückgebracht werden können, als wo sie abgeholt werden. Erste Evaluationen des gesundheitlichen Nutzens solcher Systeme deuten darauf hin, dass die Mehrheit der Nutzer jünger als 45 Jahre ist, es aber auch positive gesundheitliche Auswirkungen für ältere Nutzer gibt (Woodcock et al., 2014).

Öffentliche Verkehrsmittel

Interventionen in den öffentlichen Personenverkehr können nachweislich verhindern, dass erheblich weniger ältere Menschen an Aktivitäten teilnehmen. Zu diesen Aktivitäten zählt, Ausstellungen, Museen und Bibliotheken zu besuchen; in Restaurants zu gehen; sich körperlich zu betätigen oder Spielsportarten auszuüben; zu reisen oder auf Touren zu gehen; mit Kindern/Enkelkindern zu spielen oder ihnen zu helfen; in Vereinen oder ehrenamtlich tätig zu sein; an Fachveranstaltungen oder Gewerkschaftsversammlungen teilzunehmen; und an Kursen oder Vorträgen teilzunehmen (Hallgrimsdottir, Svensson und Ståhl, 2015). Die Bevölkerungsalterung kann auch als Chance für öffentliche Verkehrsunternehmen angesehen werden, eine wichtige und wachsende Zielgruppe zu gewinnen (Kasten 5).

Städte müssen die Kriterien und Leitlinien für die Barrierefreiheit konsequenter anwenden, um Hindernisse durch Anpassung der bestehenden öffentlichen Verkehrssysteme zu überwinden.

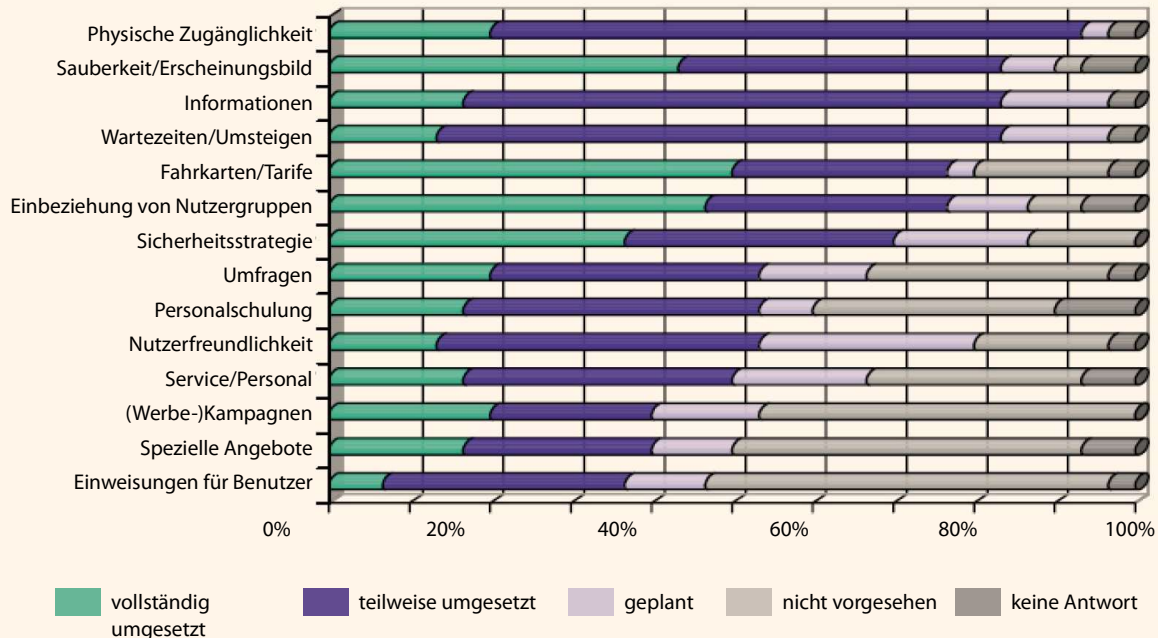
Altersgerechte Richtlinien für öffentliche Busse, Straßenbahnen und Züge umzusetzen, resultierte in vielversprechenden Ergebnissen in Bezug auf höhere Zufriedenheit mit dem Bussystem und seine wahrgenommene Nutzerfreundlichkeit. Für ältere Menschen kann es hilfreich sein, wenn sie weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können (Broome et al., 2013). Erkenntnisse aus Überprüfungen und Einzelstudien lassen darauf schließen, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Zugänglichkeit zu deutlich mehr Chancengleichheit führen können. Diejenigen, die am meisten einen verbesserten Zugang benötigen – nicht zuletzt die Schwächsten –, könnten am meisten profitieren (Hallgrimsdottir, Svensson und Ståhl, 2015).

Zugängliche und zuverlässige öffentliche Verkehrsmittel wirken sich positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen aus.

Eine Längsschnittstudie aus Schweden ergab, dass der Zugang zu Verkehr und Aktivitäten nach Bildung und Alter

Kasten 5. Perspektiven aus dem Bereich des öffentlichen Personenverkehrs

In einem EMTA-Bericht wurde darauf hingewiesen, dass gesundes und aktives Altern sowohl für ältere Menschen als auch für Anbieter öffentlicher Verkehrsmittel potenziellen Nutzen bietet: Dem öffentlichen Personennahverkehr erwächst mit der wachsenden Zahl älterer Menschen ein wichtiger Markt, während ältere Menschen den öffentlichen Personennahverkehr nutzen können, um so lange wie möglich mobil zu bleiben. In der EMTA-Erhebung wurden städtische Verkehrsbetriebe 2007 gefragt, welche Strategien und Maßnahmen sie geplant oder umgesetzt hatten, um auf den demografischen Wandel zu reagieren.



Die Ergebnisse verdeutlichen den Trend zur Einbeziehung älterer Menschen als Interessenvertreter in Konsultationen, Planungen und Entscheidungen im Verkehrsbereich. Der Verband empfiehlt auch klare Kommunikationsstrategien, die das Image des öffentlichen Personennahverkehrs bei älteren Menschen verbessern, und verstärkte Anstrengungen in den Bereichen Servicequalität, Sauberkeit und Pünktlichkeit.

Quelle: Fiedler (2007).

der drittstärkste Prädiktor für Lebensqualität, Mobilität und funktionale Beeinträchtigungen ist (Elmstahl und Ekström, 2012). Weil ältere Menschen viele unterschiedliche Hindernisse beim Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln wahrnehmen, muss zugänglicher öffentlicher Personenverkehr mehr bieten als rollstuhlgängige Fahrzeuge. Dies umfasst Wissen und Informationen, Verfügbarkeit, Taktung und Zuverlässigkeit des Verkehrs, Flexibilität von Routen und Haltestellen, erschwingliche Fahrscheinepreise und Selbstvertrauen, sich in Verkehrssystemen zurechtzufinden. Es gibt jedoch Lücken in den Erkenntnissen darüber, was die größten negativen und positiven Auswirkungen hat (Broome et al., 2009).

Zu den wichtigsten Interventionsbereichen für einen besser zugänglichen öffentlichen Verkehr zählt:

- den öffentlichen Personenverkehr leicht nutzbar zu machen, die Qualität der Informationen vor und während der Fahrt zu verbessern und Barrieren für Personen mit Beeinträchtigungen zu berücksichtigen (wegen des digitalen Gefälles darf kein komplexes technisches Wissen erforderlich sein – nicht benutzerfreundliche Fahrscheinautomaten oder komplexe Tarifsysteme können zu Barrieren beitragen, die eine häufigere Nutzung verhindern);
- den öffentlichen Personenverkehr unter Berücksichtigung aller Altersgruppen zu planen und die zunehmende Nachfrage alternder Gesellschaften zu berücksichtigen – neue Ansätze sind notwendig, um Barrieren zu überwinden, einschließlich verbesserter nachfrageorientierter Angebote, häufigerer Verbindungen außerhalb der Arbeitszeiten und verbesserter

Verknüpfungen zwischen Fußgängerinfrastruktur und öffentlichen Verkehrsmitteln wie Bus-Buddy-Programme oder flexible Routenführung (Broome et al., 2013);

- ermäßigte Gebühren oder kostenlose Beförderung für ältere Menschen und für Menschen mit Behinderungen mit Berücksichtigung des Bedarfs an Begleitpersonen.

Soziale Förderfaktoren sind hilfsbereites Personal, positive Einstellungen und die Bereitschaft zu helfen, beispielsweise Auskunft zu geben.

Häufig empfohlene Strategien für Interventionen sind, das Personal für die besonderen Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren und die Verkehrsregeln durchzusetzen (Europäische Konferenz der Verkehrsminister, 2000; OECD, 2001; UNDP, 2010). Anreize und Regulierungsstrukturen müssen überprüft werden. Beispielsweise können Pünktlichkeitsziele für den öffentlichen Personenverkehr dazu beitragen, dass Busfahrer losfahren, bevor die Menschen sicher sitzen. Trainings- und Beurteilungskriterien für Fahrer und andere Mitarbeiter von Verkehrsbetrieben können das Personal ermutigen, sich zu bemühen, zugänglich zu sein, Auskunft zu geben, Hilfestellung zu leisten und die Sicherheit zu verbessern (Broome et al., 2011).

Bedarfsorientierte Angebote und andere Unterstützung zur Verbesserung der Mobilität

Ältere Menschen brauchen Unterstützung in der Übergangsphase, wenn sie nicht mehr bereit oder in der Lage sind, ihr eigenes Kraftfahrzeug zu benutzen.

Wenn Menschen älter werden, kann es geschehen, dass sie ihr eigenes Kraftfahrzeug länger nutzen, als richtig wäre, weil sie nicht an öffentliche Verkehrsmittel gewöhnt sind, wenig oder gar keine Erfahrung damit haben und sich der verfügbaren Dienste nicht bewusst sind (Oxley und Whelan, 2008). Menschen zu ermutigen, in jungen Jahren und während des Lebensverlaufs verschiedene aktive Fortbewegungsarten zu nutzen, ist wichtig und wurde als notwendig für die nachhaltige Entwicklung eingestuft (Nordbakke und Schwanen, 2013). Frauen über 55 Jahre nutzen das Auto weniger häufig. Bei ihnen ist jedoch die Wahrscheinlichkeit höher, von funktionalen Beeinträchtigungen oder Behinderungen betroffen zu sein, weshalb öffentliche Verkehrsmittel für sie besonders wichtig sind. Unzureichender öffentlicher Personenverkehr (insbesondere in Vororten sowie in abgelegenen und ländlichen Gebieten) erhöht die Abhängigkeit vom Auto und beeinträchtigt die Teilhabe im Alter (Zeitler et al., 2012; Haustein und Siren, 2015).

Die öffentlichen Personenverkehrssysteme und die lokale Verkehrsplanung müssen an die Bedürfnisse und Erwartungen des wachsenden Anteils älterer Menschen angepasst werden: Der öffentliche Personenverkehr muss ältere Fahrgäste gewinnen und sie mit der Nutzung seiner Angebote vertraut machen, um nachhaltig zu sein. Für den ländlichen Raum könnte die Entwicklung geeigneter ländlicher Alternativen und die Bereitstellung öffentlicher Verkehrssysteme zu mehr Straßenverkehrssicherheit beitragen und mehr Fahrer bewegen, seltener das eigene Kraftfahrzeug zu nutzen (Hanson und Hildebrand, 2011).

Spezielle kommunale Verkehrsangebote können Dienstleistungen und Unterstützung (beispielsweise Taxigutscheine) für Menschen mit Behinderungen und andere mit besonderen Bedürfnissen umfassen.

Die vom ehrenamtlichen oder privaten Sektor erbrachten Dienstleistungen sind wichtig, um weitere negative gesundheitliche Folgen für von Ausgrenzung bedrohte Menschen abzumildern. Neue Technologien bilden die Grundlage dafür, dass sich das Angebot an kommunalen Dienstleistungen rasch verändert (Freund und Vine, 2010) und neue nachfrageorientierte Möglichkeiten entwickelt werden können. Die Politik kann solche Alternativen anregen und fördern und zukünftige Verkehrssysteme gestalten, die benutzerfreundlich und für alle Altersgruppen geeignet sind (Kasten 6).

Lokale Behörden können mit privaten oder sozialen Unternehmen zusammenarbeiten, um andere alternative bedarfsorientierte Verkehrsangebote zu unterstützen.

Nachhaltige Verkehrskonzepte wie Carsharing-Systeme entstehen, die sowohl von Städten als auch von Bürgern vorangetrieben werden. Diese könnten es älteren Menschen, die das Auto seltener oder nur für kurze Strecken nutzen, ermöglichen, Geld zu sparen und den Wartungsdruck zu verringern. Das Potenzial solcher innovativer Sharing-Systeme für ältere Menschen ist noch wenig erforscht, und es bleibt unklar, ob Carsharing auch in ländlicheren und abgelegeneren Gebieten funktionieren könnte.

Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen

Tabelle 2 folgt der Struktur der in diesem Kapitel vorgeschlagenen Stoßrichtungen für Interventionen und Ziele und fügt Beispiele aus bestehenden altersgerechten Strategien, Aktionsplänen und Fallstudien hinzu. Bei den genannten Interventionen und Initiativen kann es sich um Projekte handeln, die bereits in lokalen Kontexten durchgeführt wurden oder die für die Umsetzung in einem altersgerechten Aktionsplan konzipiert wurden.

Kasten 6. Fallstudie: Cyclopousse, Lyon

Die Region Lyon (Frankreich) führte Rikschas als innovative öffentlich-private Partnerschaft ein, um Beförderungsdienste anzubieten, die für ältere Menschen zugänglich und auf sie zugeschnitten sind. Die Rikschas können zwei Personen in einem Umkreis von 500 Metern bis 1,5 Kilometern an das Ziel ihrer Wahl bringen. Der Dienst ist für Empfänger von Wohngeld kostenlos und für normale Nutzer recht kostengünstig. Er bietet ein benutzerfreundliches, komfortables und sicheres Verkehrsmittel auf der Grundlage räumlicher Nähe, das insbesondere ältere, von sozialer Isolation bedrohte Menschen erreicht.

Tabelle 2. Praxisbeispiele für Verkehr und Mobilität aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
Infrastruktur zugunsten von aktiver Mobilität und Fußgängerfreundlichkeit (bereichsübergreifend mit Bereich 1: Öffentlicher Raum)	Bei älteren Menschen das Zufußgehen fördern	<ul style="list-style-type: none"> • Sektorübergreifende Arbeitsgruppe „Aktive Stadt“ • Gesundheitsökonomisches Bewertungsinstrument für Gehen und Radfahren • Fußgängerzonen mit Beleuchtung, Schatten (Baumreihen) und interessanten Straßenfronten • Zugängliche Gehwege mit Ruhepunkten, Trinkwasserspendern und interessanten Stellen entlang des Weges (Wege mit thematischen Informationen, Tafeln mit Denksportaufgaben, Routen entlang bedeutsamer Orte) • Geführte Rundgänge zu verschiedenen Themen (unter der Leitung von ehrenamtlich Tätigen) • Walking-Gruppen (z. B. Nordic Walking, Frauengruppen usw.) • Generationsübergreifende Spaziergänge (beispielsweise geschichtliche Stadtrundgänge; ältere Menschen melden sich freiwillig, um Kinder zur Schule zu begleiten). • Stadtplan der für körperliche Betätigung geeigneten Orte
	Gehwege	<ul style="list-style-type: none"> • Fußgängerfreundlichkeits-Audits mit älteren Menschen durchführen • Die regelmäßige Instandhaltung von Gehwegen mit Sanierungsarbeiten und Instandsetzung von rutschigen und unebenen Pflastern und Gehwegen sicherstellen • Gute Durchfahrtsmöglichkeiten sicherstellen und Hindernisse vermeiden (Müll, geparkte Fahrzeuge, Pflanzentröge) • Sicherstellen, dass neue Gehwege die Zugänglichkeitskriterien erfüllen, und eine spezielle Bordsteingestaltung prüfen
	Die Verkehrssicherheit erhöhen sowie den motorisierten Verkehr und die Geschwindigkeit reduzieren	<ul style="list-style-type: none"> • Verkehrsregeln und Gesetze besser durchsetzen • Sensibilisierungskampagnen und Aufklärungsprogramme zur Straßenverkehrssicherheit • Vorrang für Fußgänger in Innenstädten und an historischen, kulturellen und sozialen Sehenswürdigkeiten, einschließlich der Bereitstellung von Sitzgelegenheiten und Beschränkung des Kraftfahrzeugverkehrs (nur unbedingt notwendiger Verkehr zur Unterstützung lokaler Unternehmen, Anlieferung/ Abholung und beschränktes kostenloses Parken) • Geschwindigkeitsanzeigergeräte (Überwachung durch ortsansässige ehrenamtliche Tätige) • Beobachtungsstelle für Verkehrssicherheit

Tabelle 2 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
	Sichere Fahrradinfrastruktur unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> ● Radwege getrennt von Fußgängern und Kraftfahrzeugen anlegen ● Gut vernetztes Radwegenetz, das von Wohngebieten und den Wohnsitzen älterer Menschen gut erreichbar ist und es ermöglicht, Orte von Interesse zu erreichen ● Sichere und breite Radwege (die Radfahren mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten ermöglichen) ● Selbstbedienungs-Fahrrad-Sharing-Systeme ● Fahrradverkehrszählgeräte ● Generationsübergreifende Radsportveranstaltungen und Fahrradwerkstätten
Öffentliche Verkehrsmittel	Zugänglichkeitsstandards für den öffentlichen Personenverkehr entwickeln und durchsetzen	<ul style="list-style-type: none"> ● Hindernisse für die Nutzung verstehen und untersuchen ● Behindertensitzplätze ● Barrierefreie Fahrzeuge und Niederflrbusse
	Zuverlässige und erschwingliche öffentliche Verkehrsmittel anbieten	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Angemessenheit von Verkehrswegen und die Haltestellendichte erheben (insbesondere bei Verbindungen zu sozio-ökonomisch benachteiligten Gebieten sowie ländlichen und abgelegenen Gebieten) ● Echtzeit-Informationsdienst an Bushaltestellen ● Die Einführung flexibler Busliniendienste prüfen ● Minibusdienste in Wohnbezirken auf bestimmten Strecken mit Abholung und Ausstieg von Haus zu Haus (zu Geschäften, gesundheitsbezogenen Zielen) ● Einführung von Vergünstigungen oder Systemen mit kostenloser Beförderung prüfen
	Hochwertige und angemessene öffentliche Verkehrsangebote für ältere Menschen	<ul style="list-style-type: none"> ● Das Vorhandensein von mit Personal besetzten Kundendienstschaltern und Fahrscheinverkaufsstellen in Wohnbezirken sicherstellen ● Komplizierte Fahrscheinsysteme vereinfachen ● Instandhaltung und Sicherheit von Buswartehäuschen gewährleisten ● Mitarbeiterschulungen zum Thema der Sensibilisierung für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen, deren Sicherheit und Schutz ● Regelmäßige Kundenzufriedenheitsbefragungen (auch für ältere Menschen) ● Ausbildungs- und Beurteilungskriterien für Fahrer und Personal von Verkehrsbetrieben anpassen, um Zugänglichkeit und Hilfsbereitschaft zu fördern

Tabelle 2 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
Bedarfsorientierte spezielle Verkehrsangebote und andere Unterstützung zur Verbesserung der Mobilität (bereichsübergreifend mit Bereich 6: Bürger-schaftliches Engage-ment und Beschäfti-gung)	Technologische Lösungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Genaue und zugängliche automatisierte Informationen vor und während der Fahrt mit auditiven und visuellen Informationen ● Das digitale Gefälle berücksichtigen; „Offline“-Alternativen für Verkehrsplanungsinformationen und Fahrscheinkauf anbieten ● Internetgestützte private Systeme für Fahrgemeinschaften
	Den Übergang vom Kraftfahrzeug auf andere Verkehrsmittel unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> ● Regelmäßige autofreie Tage (Radparaden, Straßenfeste) ● Verkehrssicherheitstraining und Schulungen für Mobilität ohne Kraftfahrzeug ● Spezielle Anreize/Kampagnen zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel
	Spezielle kommunale Dienste für Menschen mit besonderen Bedürfnissen	<ul style="list-style-type: none"> ● Taxi-Gutscheine ● Haus-zu-Haus-Transportdienste für Menschen mit besonderen Bedürfnissen (beispielsweise Schulungen von ehrenamtlich Tätigen organisieren und ihre Verfügbarkeit gewährleisten, auch in entlegenen Gebieten) ● Spezielle Minibusdienste in Wohnbezirken zu bestimmten Zeiten, um medizinische und soziale Dienste zu erreichen, für den Zugang zu lokalen Geschäften, Tages- und Gemein-schaftszentren und zur Teilnahme an Veranstaltungen (insbesondere in städtischen Randgebieten, ländlichen und abgelegenen Gebieten)
	Alternative Verkehrs-systeme unterstützen und erleichtern	<ul style="list-style-type: none"> ● Fahrgemeinschaften und Mitfahrgelegenheiten ● Fahrrad- und E-Bike-Sharing ● Fahrradtaxi auf Abruf mit Vorzugspreisen für Vielfahrer

Ressourcen und Materialiensammlungen

BASt (2014). European perspective and country specific analysis. In: Ageing and safe mobility: papers [Website]. Bergisch Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) (https://www.bast.de/BASt_2017/DE/Publikationen/Veranstaltungen/Verkehrssicherheit/U-Ageing-2014/Papers.html, eingesehen am 27. Dezember 2019).

GOAL project (2013). Transport needs for an ageing society: action plan. Aachen: Institut für Kraftfahrzeuge (ika) (<http://www.goal-project.eu/>, eingesehen am 27. Dezember 2019).

Haustein S, Siren A, Framke E, Bell D, Pokriefke E, Alauzet A et al. (2013) Demographic change and transport. Brüssel: Europäische Kommission (CONSOL Work Package 1 final report; https://www.researchgate.net/publication/282212891_Demographic_Change_and_Transport, eingesehen am 27. Dezember 2019).

Lynott J (2010). Road safety for all: lessons from western Europe. Washington DC: AARP (http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/liv-com/2013/road-safety-for-all-lessons-from-western-europe-AARP-ppi-liv-com.pdf, eingesehen am 27. Dezember 2019).

NYC Department of City Planning (2011). Mobility Initiatives For An Aging Population: A Scan of Current Practices, 2011. New York: NYC Department of City Planning (http://www1.nyc.gov/assets/planning/download/pdf/plans/transportation/td_mobility_initiatives_aging.pdf, eingesehen am 27. Dezember 2019).

OECD (2001). Ageing and Transport: Mobility Needs and Safety Issues. Paris: OECD Publishing (http://www.oecd-ilibrary.org/transport/ageing-and-transport_9789264195851-en, eingesehen am 27. Dezember 2019).

Ormerod M, Newton R, Phillips J, Musselwhite C, McGee S, Russell R (2015). How can transport provision and associated built environment infrastructure be enhanced and developed to support the mobility needs of individuals as they age? London: Government Office for Science (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/443508/gs-15-7-future-ageing-transport-er23.pdf, eingesehen am 27. Dezember 2019).

UNDP (2010). A Review of International Best Practice in Accessible Public Transportation for Persons with Disabilities. Kuala Lumpur: Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (http://www.my.undp.org/content/malaysia/en/home/library/poverty/PubPovRed_PublicTransportation.html, eingesehen am 27. Dezember 2019).

WHO-Regionalbüro für Europa (2014). Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling. Methodology and user guide. Economic assessment of transport infrastructure and policies: 2014 update. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2014/health-economic-assessment-tools-heat-for-walking-and-for-cycling-methodology-and-user-guide-economic-assessment-of-transport-infrastructure-and-policies.-2014-update>, eingesehen am 27. Dezember 2019).

Weiterführende Literatur

Broome K, Worrall L, McKenna K, Boldy D (2010). Priorities for an age-friendly bus system. *Can J Aging*. 29(3):435–44. doi:10.1017/S0714980810000425.

Buys L, Snow S, van Megen K, Miller E (2012). Transportation behaviours of older adults. *Australas J Ageing*. 31(3):181–6.

Coronini-Cronberg S, Millet C, Laverty A, Webb E (2012). The impact of a free older persons' bus pass on active travel and regular walking in England. *Am J Public Health*. 102(11):2141–48.

Faskunger J (2011). Promoting active living in healthy cities of Europe. *J Urban Health*. 90(Suppl. 1):142–53.

Frye A (2013). Disabled and older persons and sustainable urban mobility. Nairobi: Programm der Vereinten Nationen für menschliche Siedlungen (<https://studylib.net/doc/8793734/disabled-and-older-persons-and-sustainable-urban---un>, eingesehen am 6. Februar 2020).

Green J (2014). More than A to B: the role of free bus travel for the mobility and well-being of older citizens in London. *Ageing Soc*. 34(3):472–94.

Jancey J, Cooper C, Howat H, Meuleners L, Sleet D, Baldwin G (2013). Pedestrian and motorized mobility scooter safety of older people. *Traffic Inj Prev*. 14(6):647–53.

Koohsari MJ, Sugiyama T, Lamb KE, Villanueva K, Owen N (2014). Street connectivity and walking for transport: role of neighbourhood destinations. *Prev Med.* 66:118–22.

A (2014). Local and regional governments and age-friendly communities: a case study of the San Francisco Bay Area. *J Aging Soc Policy.* 2014;26(1-2): 102–16.

Satariano W, Guralnik JM, Jackson RJ, Marottoli RA, Phelan EA, Prohaska TR (2012). Mobility and aging: new directions for public health action. *Am J Public Health.* 102(8): 1508–15.

Schmocker J, Quddus MA, Noland RB, Bell MGH (2008). Mode choice of older and disabled people: a case study of shopping trips in London. *J Transp Geogr.* 16(4):257–67.

Shimura H, Sugiyama T, Winkler E, Owen N (2012). High neighborhood walkability mitigates declines in middle-to-older aged adults' walking for transport. *J Phys Act Health.* 9(7):1004–8.

Truong L, Somenahill S (2015). Exploring frequency of public transport use among older adults: A study of Adelaide, Australia. *Travel Behav & Soc.* 2(3):148–55.

Van Cauwenberg J, De Bourdeaudhuij I, De Meester F, Van Dyck D, Salmon J, Clarys P et al. (2011). Relationship between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review. *Health Place.* 17(2): 458–69.

Yen IH, Fandel Flood J, Thompson H, Anderson LA, Wong G (2014). How design of places promotes or inhibits mobility of older adults: realist synthesis of 20 years of research. *J Aging Health.* 26(8):1340–72.

WHO (2013). Pedestrian safety: a road safety manual for decision-makers and practitioners. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/pedestrian/en/>, eingesehen am 27. Dezember 2019).



**Bereich 3:
Wohnen**

Bereich 3: Wohnen

Einführung

Es ist möglich, zu Hause zu altern, auch wenn die Gesundheit nachlässt und Pflegebedarf entsteht, aber Häuser und Wohnungen müssen für die sich ändernden Bedürfnisse älterer Menschen geeignet sein. Ein großer Teil des Wohnraumbestands in der Europäischen Region der WHO und weltweit ist in Bezug auf Sicherheit, Zugänglichkeit, Lage und Unabhängigkeit nicht auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet. Bestehender Wohnraumbestand kann daher bauliche Veränderungen erfordern. Darüber hinaus kann innerhalb von Häusern und Wohnungen eine Reihe von Umweltgefahren (wie Schimmel, Lärm, Kälte, Überbelegung und Unfälle) die Gesundheit gefährden (Braubach, Jacobs und Ormandy, 2011).

Schon früh im Alter können Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Instandhaltung von Haus oder Wohnung auftreten. Sie erhöhen das Verletzungsrisiko und verschärfen sich mit zunehmenden funktionalen Beeinträchtigungen. Bei Menschen im höheren Lebensalter (über 80 Jahre) können vor allem mit zunehmendem Risiko der Gebrechlichkeit Schwierigkeiten dabei, sich in Haus oder Wohnung zu bewegen, Treppen hinauf- oder herabzusteigen und vor die Tür zu gehen, zu erhöhtem Sturzrisiko und Angst vor Stürzen führen (Rowles und Bernard, 2013). Häuser und Wohnungen, die nicht an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sind, können eine ganze Abfolge von Konsequenzen auslösen, zu denen das Risiko von Unfällen und Verletzungen sowie Schwierigkeiten bei der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens zählen. Diese können dazu führen, dass ältere Menschen in teurere Pflege-settings umziehen müssen (Braubach und Power, 2011).

In diesem Kapitel geht es um das Thema Wohnen, den dritten der acht Bereiche des AFEE-Rahmens. Wohnen entspricht dem gleichnamigen Bereich im ursprünglichen globalen Leitfaden der WHO (WHO, 2007a). Dies ist der dritte von drei Bereichen, die sich mit der räumlichen Dimension altersgerechter Umfelder befassen. Wohnen hat wichtige Wechselwirkungen mit der Schaffung zugänglichen öffentlichen Raums, der die Unabhängigkeit unterstützt, wie im Kapitel zu Bereich 1 beschrieben. Es ist auch stark mit dem Bereich 2: Verkehr und Mobilität verbunden, der das Umfeld rund um das Haus und die Verbindungen zwischen Wohnsettings berücksichtigt.

Fragen des Wohnens für die alternde Bevölkerung haben auch wichtige Verknüpfungen mit dem Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen. Weil die meisten Menschen zu Hause und nicht in Einrichtungen altern möchten, wird eine wachsende Zahl älterer Menschen Sozial- und Gesundheitsleistungen zu Hause und nicht in einem institutionalisierten Umfeld erhalten. Während dieses Kapitel Abschnitte über die Wohnung als Ort der Prävention und Rehabilitation enthält, wird das wichtige Thema der häuslichen Pflege und der Gesundheitsversorgung zu Hause im Kapitel zu Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen behandelt. Unabhängig davon ist wichtig, wie sowohl neue Häuser als auch Anpassungen bestehender Wohnungen gestaltet werden, um Fachpersonal und Familienmitglieder bei der Erfüllung dieser Aufgaben zu unterstützen. Private und öffentliche Gebäude, die von älteren Menschen bewohnt werden, müssen für diese zusätzlichen Funktionen fit gemacht werden, sodass den Lesern empfohlen wird, auch die entsprechenden Abschnitte im Kapitel zu Bereich 8 zu konsultieren.

Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen

Interventionen in diesem Bereich sollen dazu dienen, angemessenen, zugänglichen, sicheren und erschwinglichen Wohnraum bereitzustellen; ein nahtloseres Kontinuum von Wohnformen zu schaffen; und durch Maßnahmen zur Veränderung des bestehenden Wohnungsbestands und zur besseren Anpassung neu erbauter Häuser an die Bedürfnisse älterer Menschen betreutes Altern am Wohnort zu unterstützen.

Wohnen ist eine wichtige Determinante der Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen. Die Wohnbedingungen wurden als einer der Mechanismen identifiziert, durch die soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit führt (Braubach und Savelsberg, 2009). Ein Grund, warum Wohnen für ältere Menschen so wichtig ist, besteht darin, dass sie einen größeren Teil ihrer Zeit zu Hause verbringen

als andere Altersgruppen (beispielsweise verbringen im Vereinigten Königreich ältere Menschen 70–90% ihrer Zeit zu Hause). Ältere Menschen möchten so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause und ihrer vertrauten Umgebung bleiben, statt in möglicherweise besser angepasste oder ihren Bedürfnissen stärker entgegenkommende Wohnungen oder Pflegeeinrichtungen zu ziehen (Rosso, Auchincloss und Michael, 2011). Das politische Ziel „betreutes Altern am Wohnort“ basiert auf diesem Anspruch und wurde verbreitet übernommen.

Häuser und Wohnungen können aktives und gesundes Leben auf mehreren Ebenen unterstützen. Die physische Gestaltung und die Anlage von Häusern haben einen Einfluss auf eine gesunde Lebensführung, die Risikoexposition und die Frage, wie leicht sich Alltagsaktivitäten durchführen lassen. Darüber hinaus können Einflüsse der Haushaltszusammensetzung und des direkten Wohnumfelds Möglichkeiten für soziale Kontakte, soziale Netzwerke und Gefühle von Sicherheit und Unterstützung bieten. Forschungen haben gezeigt, dass Stürze verhindert

Die wichtigsten Fakten

- Ältere Erwachsene verbringen einen großen Teil ihrer Zeit zu Hause; bei Menschen über 80 Jahren können dies mehr als 80% sein (Iwarsson et al., 2007).
- In den Altersgruppen zwischen 65 und 84 Jahren leben in den 31 Ländern, für die Daten vorliegen, die meisten (67%) mit einem Partner, 28% allein und 2% in Einrichtungen. In der Altersgruppe ab 85 Jahren sinkt der Anteil derjenigen, die mit einem Partner leben, auf 32%, während fast die Hälfte (47%) allein und 13% in Einrichtungen leben (Eurostat, 2016).
- Schätzungen zufolge verursachen niedrige Innentemperaturen in der Europäischen Region der WHO jedes Jahr 13 Todesfälle pro 100 000 Einwohner. Ältere Menschen sind am stärksten von negativen gesundheitlichen Auswirkungen von Kälte in Innenräumen bedroht (WHO, 2006; Braubach, Jacobs und Ormandy, 2011). 2014 gaben 11,8% der über 65-Jährigen in der EU an, ihre Wohnung nicht ausreichend warm halten zu können (Eurostat, 2015b).
- Hohe Innentemperaturen stellen ebenfalls ein Gesundheitsrisiko dar, insbesondere für Menschen im fortgeschrittenen Alter und bei bereits bestehenden Erkrankungen. Die europäischen Hitzewellen im Jahr 2003 waren für mehr als 70 000 Todesfälle verantwortlich. Erhebliche Folgen hatten auch die Hitzewellen, Waldbrände und die damit verbundene Luftverschmutzung in Russland im Jahr 2010 (McGregor et al., 2015). 2012 gaben 16,6% der über 65-Jährigen in der EU an, ihre Wohnung im Sommer nicht angenehm kühl halten zu können (Eurostat, 2016).
- In der EU ereignen sich 47% der nicht tödlichen Verletzungen bei älteren Menschen zu Hause (EuroSafe, 2013). Schlechte Planung oder Bauweise von Häusern spielt eine wichtige Rolle bei Unfällen im häuslichen Bereich.
- Verletzungen von Menschen über 60 Jahre machen fast 60% aller verletzungsbedingten Krankenhausbetttage aus (Bauer und Kisser, 2013). Mehr als ein Viertel aller Menschen, die an einer Hüftfraktur leiden, sterben innerhalb eines Jahres nach dem Sturz; weitere 50% kehren nie wieder zu ihrem früheren Mobilitätsgrad zurück (EuroSafe, 2013).
- Von den über 65-Jährigen, die selbstständig leben, stürzen jedes Jahr 30% (Bauer und Kisser, 2013). Stürze sind die vermeidbarste Ursache für die Notwendigkeit der Einweisung in eine Pflegeeinrichtung. Übungsprogramme für Zuhause und Interventionen für mehr häusliche Sicherheit können die Zahl der Stürze um 15–20% verringern (Gillespie et al., 2012).

werden können und die Funktionsfähigkeit älterer Erwachsener durch multifaktorielle häusliche Programme erhalten werden kann, die Hausevaluationen und -modifikationen, körperliche Betätigung oder Bewegung, Aufklärung, Sehtests und Medikationsüberprüfungen sowie unterstützende Technologie zur Sturzprävention umfassen (Chase et al., 2012). Häuser und Wohnungen können bewertet und angepasst werden, um physische Barrieren für Menschen mit Behinderungen abzubauen. Sie sind aber auch Settings, um die Prävention zu unterstützen, indem sie Möglichkeiten für sichere körperliche Betätigung, eine gesunde Lebensweise und Rehabilitation bieten (Stolee et al., 2012; Geraedts et al., 2013).

Studien deuten darauf hin, dass die Belastung durch schlecht angepasste und ungesunde Wohnungen für ältere Menschen in der Europäischen Region hoch ist, ebenso wie die damit verbundenen Kosten für die Gesellschaft. Eine Studie aus England (Vereinigtes Königreich) (Garrett und Burris, 2015) ergab, dass die Gesamtkosten für das nationale Gesundheitswesen, die auf die schlechten Gesundheitsergebnisse älterer Menschen aufgrund von ungesunden Wohnungen zurückzuführen sind, etwa 1,4 Milliarden Pfund (rund 1,7 Milliarden Euro) pro Jahr betragen. Die Summe umfasst auch die direkten Kosten für das Gesundheitssystem allein und stellt nur einen Bruchteil der Gesamtkosten für die Gesellschaft dar, die eingespart werden könnten, wenn Gefahrenquellen beseitigt oder auf ein nicht gesundheitsbedrohliches Maß reduziert würden. Schätzungen zufolge würden sich die Investitionen im Umfang von 10 Milliarden Pfund, die erforderlich wären, um alle 3,5 Millionen schlecht angepassten Wohnungen in England (Vereinigtes Königreich) zu verbessern, in etwas mehr als sieben Jahren amortisieren und auch in Zukunft Nutzen bringen. Es bedarf intensiverer politischer Anstrengungen, um den wohnungsbezogenen Bedürfnissen älterer Menschen Rechnung zu tragen.

Eine Reihe politischer Rahmenwerke auf internationaler Ebene und eine zunehmende Zahl nationaler Rahmenwerke unterstützen Verpflichtungen zur Verbesserung des Wohnraums mit dem Ziel, die Gesundheit und die Lebensqualität zu verbessern. Die Istanbul-Erklärung über menschliche Siedlungen (UN-Habitat, 1996) enthält die Verpflichtung der Mitgliedstaaten, „die universellen Ziele zu unterstützen, nämlich angemessene Unterkünfte für alle zu gewährleisten und menschliche Siedlungen sicherer, gesünder und lebenswerter, gerechter, nachhaltiger und produktiver zu machen“. Innerhalb der EU schreibt die Europäische Sozialcharta in Artikel 31 das Recht auf angemessenen Wohnraum fest (Europarat, 1996).

Die folgenden Abschnitte fassen potenzielle Ziele, Merkmale und Initiativen für die wichtigsten Interventionsbereiche zusammen, die von Praktikern und politischen Initiativen als relevant für altersgerechtes Wohnen identifiziert wurden. Eine Tabelle am Ende des Kapitels enthält praktische Beispiele, die zeigen, wie Lokalverwaltungen Handlungsfelder in ihren Aktionsplänen operationalisiert haben.

Ungleichgewichte durch verbesserte Wohnverhältnisse bekämpfen

Um die gesundheitlichen Unterschiede zu verringern und ältere Menschen unter sozioökonomischem Druck vor schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen zu schützen, muss sichergestellt werden, dass für ältere Menschen angemessene Wohnungen in ausreichendem Maß verfügbar sind.

Die Wohnqualität ist ein wichtiger Faktor für die psychische Gesundheit älterer Menschen (Howden-Chapman et al., 2011; Kendig, Clemson und Mackenzie, 2012). Bei älteren Menschen mit geringerem sozioökonomischem Status ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie in benachteiligten Wohnbezirken leben und Wohnungen geringerer Qualität haben; sie sind im Privathaushalt oder Wohngebiet auch stärker Umweltrisiken ausgesetzt (Braubach und Fairburn, 2010). Sozioökonomischer Druck kann zu unzureichenden Investitionen in die Instandhaltung führen (Begley und Lambie-Hanson, 2015). Untersuchungen zu sozialen Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden deuten darauf hin, dass bei Menschen über 75 Jahren auch nach Überprüfung des statistischen Einflusses von höherem Alter, Lebensverhältnissen und subjektiver Einkommensangemessenheit die Wohnverhältnisse die Prävalenz funktionaler Beeinträchtigungen erklären (Matthews et al., 2005).

In manchen Ländern Europas können – insbesondere in ländlichen und abgelegenen Gebieten – grundlegende Dienstleistungen wie der Anschluss an ein Abwassersystem oder grundlegende sanitäre Einrichtungen wie Bad oder Dusche ein Problem sein, von dem ältere Menschen in der Regel noch stärker betroffen sind als andere Altersgruppen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2012c; Eurostat, 2015c).

Die Erschwinglichkeit ist entscheidend.

Hohe Hauspreise und Mieten sowie Wohnungsmangel in vielen Ballungsräumen haben das Leben in städtischen Zentren weniger erschwinglich gemacht. Das Leben an der Peripherie kann jedoch den Zugang zum Gemeinschaftsleben und zu Dienstleistungen erschweren. In Europa bestehen große Unterschiede bei der Verfügbarkeit

von gefördertem und an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasstem Wohnraum oder bei der Einhaltung von Zugänglichkeitsstandards. Der Bau von Sozialwohnungen ging in der EU zwischen 2009 und 2012 zurück, während gleichzeitig die Zahl der Haushalte auf Wartelisten für Sozialwohnungen stieg (Housing Europe, 2015). Der Wohnungsbereich und damit verbundene Dienstleistungen wurden auch besonders stark von der Wirtschafts- und Finanzkrise betroffen, weil die Regierungen die Ausgaben gekürzt haben (Frazer und Marlier, 2011). Dennoch haben manche Länder in Mittel-, Ost- und Südeuropa, die traditionell hohe Wohneigentumsraten aufwiesen, in den letzten Jahren begonnen, neue Programme im sozialen Wohnungsbau zu entwickeln.

Zusätzlicher finanzieller Druck kann durch Wohnnebenkosten – beispielweise für Heizung – entstehen, die im Vergleich zum Rentenniveau in einer Region hoch sein können. Dies birgt die Gefahr, dass ältere Menschen vor schwierige Entscheidungen zwischen Ausgaben für Heizung und anderem Lebensnotwendigem wie Essen oder Zuzahlungen für medizinische Leistungen stehen. Zwischen den Ländern der Europäischen Region bestehen große Unterschiede, aber in manchen Ländern können über 40% der älteren Menschen ihre Häuser nicht ausreichend warm halten und weitere 17% können die Wohnung im Sommer nicht kühl halten (Eurostat, 2015b; 2016).

Manche Länder haben gezeigt, wie die Zusammenarbeit mit privaten Vermietern bei der Bewältigung von wohnungsbezogenen Problemen helfen kann.

Kommunalverwaltungen oder Behörden, die Sozialwohnungen vermieten, können zwischen privaten Vermietern und einkommensschwachen Haushalten vermitteln. Programme solcher Behörden haben beispielsweise leerstehende Immobilien für den sozialen Wohnungsbau genutzt oder privaten Vermietern, die moderate Mieten verlangen, steuerliche Anreize geboten. Die Besteuerung leerstehender Wohnungen ist ein alternatives Mittel, um auf künstlich hohe Wohnungspreise zu reagieren (Housing Europe, 2015). Mit dem politischen Ziel betreuten Alterns am Wohnort steigt der Bedarf an Anpassungen von privatem Wohnraum.

Wohnungsbewertungen in Bezug auf Altersgerechtigkeit, Reparaturen, Instandhaltung und Anpassungen unterstützen

Der Wunsch, in vertrauten Wohnungen und Umfeldern zu bleiben, erfordert das Bewusstsein

für Risiken, die mit abnehmender altersbedingter Funktionsfähigkeit zunehmen.

Etwa die Hälfte aller Stürze ereignet sich in Innenräumen, sodass die Wohnsituation für die Prävention von großer Bedeutung ist (Rubenstein, 2006). Es wurden vier Bereiche der Haushaltsaktivitäten identifiziert, die für ältere Menschen besonders problematisch sein können: das Haus betreten und verlassen, sich in der Wohnung bewegen, Treppen steigen sowie Sanitär- und Kücheneinrichtungen nutzen (Braubach und Power, 2011). Um betreutes Altern am Wohnort zu unterstützen, müssen diese Risiken besser verstanden werden und altersgerechte Konzepte dazu beitragen, sie zu verhindern.

Es gibt Hinweise darauf, dass Maßnahmen zur Gefahrenabwehr im Haus wie beispielsweise Gefährdungsabschätzungen und die aktive Veränderung von Häusern das Sturzrisiko älterer Menschen verringern können.

Studien zeigen, dass Sicherheitsmängel an Treppen oft eine Unfallursache darstellen können. Häufig identifizierte Risiken sind unebene oder zu hohe oder zu schmale Stufen, rutschige Oberflächen, unmarkierte Kanten, unterbrochene oder schlecht angebrachte Handläufe und unzureichende oder zu starke Beleuchtung (Braubach, Jacobs und Ormandy, 2011). Ein hohes Sturzrisiko bestand auch bei Häusern mit unebenen Zuwegen, losen Teppichen auf Küchen- und Badezimmerböden, losen Stromkabeln und stolperträchtigen Türschwellen. Auch Gefahrenstellen im Umfeld des Hauses wie Garten- und Fußwege, die Risse aufweisen oder durch Regen, Schnee oder Moos rutschig sind, stellen Risiken dar. Von Vortreppen und schlechter Nachtbeleuchtung können ebenfalls Risiken ausgehen (WHO, 2007b). Die Sturzprävention kann durch kombinierte Programme für Wohnungsbewertungen und aktive Umbauinterventionen erreicht werden, insbesondere für ältere Menschen mit funktionellen Beeinträchtigungen oder einer Sturzvorgeschichte (Braubach und Power, 2011).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Kombination von individuellen Bewertungen und Umbauten mit körperlicher Betätigung, Aufklärung und Sehtests oder unterstützender Technologie am wirkungsvollsten sein kann (Chase et al., 2012). Maßnahmen für mehr Sicherheit im häuslichen Umfeld sind wirksamer, wenn sie von einem Ergotherapeuten durchgeführt werden (Gillespie et al., 2012), wenn ein multidisziplinäres Team einbezogen ist und wenn sie auf Menschen ausgerichtet sind, die eine Sturzvorgeschichte haben oder bekannte Risikofaktoren aufweisen (Clemson et al., 2008).

Ob Umbauten allein wirksam zu weniger Verletzungen führen können (Turner et al., 2011) und welche die besten Werkzeuge und Protokolle für die Durchführung von Hausbewertungen sind, muss sich noch erweisen. Unabhängig davon wird empfohlen, sowohl die objektiven als auch die wahrgenommenen Wohnumfelder zu messen (Wahl et al., 2009). Zu den Punkten, die bei einer typischen Wohnungsbegutachtung angesprochen werden, zählt beispielsweise, die Beleuchtung zu bewerten und Verbesserungsvorschläge zu machen, auf Teppiche und andere Stolperfallen zu achten und sie zu beseitigen sowie Geländer in Treppenhäusern, Bädern und Toiletten anzubringen. Maßnahmen für mehr Sicherheit in der Wohnung und Umbauten wurden auch als wichtige Elemente genannt, um Menschen mit Demenz zu helfen, sich sicher zu fühlen (Alzheimer Europe, 2013).

Eine Reihe von Ländern hat Systeme entwickelt, um Programme und Zuschüsse für Umbauten zur Anpassung bestehenden Wohnraums für ältere Menschen bereitzustellen, um ihnen weitestgehend eine selbstständige Lebensführung und häusliche Pflege zu ermöglichen.

Öffentlich subventionierte Angebote und der einfache Zugang zu Dienstleistungen im Zusammenhang mit Wohnungsinstandhaltung und -umbau können dazu beitragen, Wohnungen zugänglicher zu machen und das Altern in Würde und Autonomie zu unterstützen sowie Verletzungen oder die Unterbringung in Einrichtungen und die damit verbundenen hohen Kosten zu vermeiden (WHO, 2015b). Evaluationen der Erbringung solcher Dienstleistungen in Kommunen haben immer wieder ergeben, dass ältere Menschen solche Dienstleistungen sehr schätzen. Darüber hinaus empfinden ältere Menschen, die in besser zugänglichen Wohnungen leben, ihr Zuhause als nützlicher und sinnvoller (Nygren et al., 2007). Weniger zentral organisierte Lösungen in Kommunen umfassen lokale Werkstätten und Hausmeister in Gebäuden.

Unterstützung bei der Hausinstandhaltung könnte dazu beitragen, Verletzungen zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhöhen.

Ältere Menschen geben weniger für die Wohnungsinstandhaltung und -reparatur aus und leben oft in Gebieten, in denen es mehr Beschwerden über weniger gut gepflegte Häuser gibt. Projekte könnten ältere Hausbesitzer finanziell und mit praktischer Hilfe bei der Aufrechterhaltung der Instandhaltung unterstützen (Begley und Lambie-Hanson, 2015).

Die Entscheidung, eine Hausanpassung zu beantragen oder in angepassten Wohnraum umzuziehen,

ist mit komplexen Prozessen und Entscheidungen verbunden, die die Wahrung der Selbstidentität berühren.

Wohlbefinden und gesundes Altern hängen nicht nur von Zugänglichkeitsproblemen ab, sondern auch von der wahrgenommenen Nutzbarkeit der Wohnung, der Bedeutung, die ihr beigemessen wird, und der Zufriedenheit mit ihr (Nygren et al., 2007). Auch bei sich verschlechternder Gesundheit gelingt es der Mehrheit der älteren Menschen, Wege zu finden, in einer normalen Wohnung zurechtzukommen. Bei jedem Unterstützungsangebot müssen die Würde, die Autonomie sowie die Entscheidungsfreiheit und die Handlungsfähigkeit des jeweiligen älteren Menschen im Mittelpunkt stehen. Andernfalls können Wohnungsumbauten, installierte Hilfsmittel oder neu eingeführte Dienstleistungen routinemäßige Abläufe stören, ältere Menschen an Behinderungen erinnern und das Identitätsgefühl beeinträchtigen. Interventionen, die auf die Unterstützung von Autonomie, Kontrolle und Selbstmanagement abzielen, sind eher erfolgreich, wenn sie auf die Präferenzen und Erfahrungen älterer Menschen abgestimmt sind (Pettersson, Löfqvist und Fänge, 2012).

Standards für neu gebaute Häuser festlegen und durchsetzen

Häufig wird zwischen allgemeinem Wohnen – in Wohnungen, in denen ältere Menschen selbständig oder mit Partnern oder Angehörigen leben – und spezifischem betreutem Wohnen unterschieden. Letzteres umfasst unter anderem auch die Unterbringung in einer Einrichtung oder einem Heim, in der/dem gegebenenfalls auch Pflege geleistet werden kann. Eine Reihe von Themen im Zusammenhang mit der Zugänglichkeit öffentlicher Gebäude gilt auch für die Gestaltung öffentlicher oder privater Wohnungen.

In vielen Ländern wurden Leitlinien entwickelt, die Aspekte der Sicherheit und Zugänglichkeit abdecken, um den sich ändernden Bedürfnissen alternder Gesellschaften Rechnung zu tragen, und Tipps für Umbau und Instandhaltung geben, um das Wohnen altersgerechter zu gestalten (siehe den Abschnitt über Ressourcen und Materialiensammlungen). Zur Information und Orientierung sollten diese auch allgemein auf von älteren Menschen bewohnte Privathäuser angewendet werden. Öffentliche Zuschüsse können deren Umsetzung unterstützen. Die Leitlinien können auch als Checklisten zur Bewertung von Maßnahmen und Investitionen herangezogen werden, die für öffentliche Wohnraumangebote für ältere Menschen einschließlich betreutem Wohnen oder Unterbringung in einer Einrichtung erforderlich sind.

Die Entwicklung und Umsetzung altersgerechter Gebäuderichtlinien sollte gefördert werden.

Ein wichtiger Aspekt, der insbesondere in Gebäuden berücksichtigt werden muss, die speziell für ältere Menschen gebaut wurden, wie Altenheime und Seniorenzentren, in denen eine große Anzahl von Personen mit erhöhtem Risiko lebt oder regelmäßig zu Besuch kommt, ist der Schutz vor Risiken (WHO, 2007b). Im allgemeinen Wohnungswesen gibt es jedoch nur wenige wirksame Kontrollen neuer und bestehender Wohnungen. In jüngster Zeit wurde eine Reihe konkreter Gestaltungsrichtlinien für altersgerechtes Wohnen entwickelt, beispielsweise im Rahmen des Wel_Hops-Projekts (Kasten 7).

Die Pflichten und Verantwortlichkeiten privater Vermieter können so gestaltet werden, dass sie die Verantwortung für Instandhaltung und Sicherheit einschließen, auf der Grundlage von Vorschriften und unterstützt durch Systeme und Ressourcen zur Überwachung von deren Einhaltung.

Die Aktionspläne umfassten Kampagnen und Öffentlichkeitsarbeit, um Wohnungseigentümer und -verwaltungen (sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor) über die Vorteile guter Instandhaltung und von Verbesserungen zu informieren, zu denen schließlich auch zählt, dass sie ihr Eigentum vor einer Verschlechterung schützen. Sensibilisierungskampagnen sind zwar wichtig, ihre Wirksamkeit könnte jedoch durch rechtliche Maßnahmen verbessert werden, die Vermietern, Wohnungsunternehmen und Verwaltungen Pflichten und Verantwortlichkeiten für die Instandhaltung ihrer Wohnungen übertragen.

Das Angebot an Unabhängigkeit fördernden Wohnformen erweitern

Gesunde Wohnverhältnisse können einen aktiven und gesunden Lebensstil fördern, Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens verhindern und helfen, die unnötige Unterbringung in einer Einrichtung zu vermeiden.

Den lokalen Behörden kommt eine wichtige Rolle bei der Bereitstellung von Wohnformen zu, die den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen, die Teilhabe und betreutes Altern am Wohnort unterstützen und ältere Menschen vor Bedingungen schützen, die ihre Gesundheit und Sicherheit gefährden könnten.

Geeignete Wohnmöglichkeiten für eine alternde Bevölkerung bereitzustellen, geht über die Planung der institutionellen Langzeitpflege hinaus (siehe auch das Kapitel zu Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen). Für ältere Menschen bestimmen oft das Haus und das direkte Wohnumfeld die Entscheidung, ob es noch möglich ist, selbstständig zu leben; ob altersbedingte Beeinträchtigungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit durch bauliche Veränderungen ausgeglichen werden können; und ob ein Umzug in ein Langzeitpflege-Setting notwendig ist. Für eine Reihe von Ländern (wie das Vereinigte Königreich) wurde festgestellt, dass insgesamt wenig Fortschritte bei den Bemühungen erzielt wurden, ein größeres Wohnraumangebot zu schaffen und Wohnungen für ältere Menschen erschwinglicher zu machen (Pannell, Aldridge und Kenway, 2012).

Kasten 7. Anwendung der Wel_Hops-Richtlinien in Győr (Ungarn)

Die Stadt Győr (Ungarn) ist eine von mehreren Städten in ganz Europa, die für die Planung von Häusern für ältere Einwohner Richtlinien anwenden, die im Rahmen des Projekts *Welfare Housing Policies for Senior Citizens* (Wel_Hops) entwickelt und erprobt wurden. An dem Projekt waren Partner aus den fünf Ländern Ungarn, Italien, Spanien, Schweden und Vereinigtes Königreich beteiligt.

Die Richtlinien listen Gestaltungsprinzipien auf, die ältere Menschen bei ihrem Ziel unterstützen, so lange wie möglich im eigenen Haus zu leben. Entwickelt wurden diese von einer internationalen Arbeitsgruppe aus Soziologen, Ökonomen, Architekten, Ingenieuren und Verantwortlichen für Studien und Forschung im Bereich der Sozialfürsorge. Sie umfassen Aspekte sowohl des direkten häuslichen und Wohnraumbedarfs älterer Menschen und der Zugänglichkeit als auch der Qualität und Sicherheit der unmittelbaren Umgebung und wohnungsnaher Dienstleistungen wie Parken, Putzen oder Postdienste.

Diese Richtlinien haben sowohl die Planung von Neubauten als auch die Renovierung von Häusern und Wohnungen älterer Menschen unterstützt. Die Stadtverwaltung richtete darüber hinaus einen zweckgebundenen Fonds ein, der es älteren Menschen ermöglicht, Geld zu beantragen, um ihre Wohnungen gemäß den Gestaltungsrichtlinien zu renovieren.

Quellen: Interreg IVC (2015); Brighton & Hove City Council (2007).

Wenngleich sich die Bedürfnisse und Lebenssituationen mit zunehmendem Alter ändern, können finanzielle oder administrative Barrieren und ein Mangel an stärker unterstützenden Wohnoptionen im selben Wohnbezirk ältere Menschen daran hindern, in eine besser angepasste Wohnung zu ziehen. Parallel dazu können architektonische und finanzielle Einschränkungen die Durchführung der erforderlichen baulichen Veränderungen nicht zulassen. Für ältere Menschen kann ihre Wohnung oder ihr Haus zu groß geworden sein oder die Instandhaltung kann eine zu starke Belastung darstellen, besonders für Alleinstehende. Es kann sein, dass Hausbesitzer ihr Haus verkaufen möchten; in diesem Fall bedarf es einer besonderen Beratung hinsichtlich der administrativen und finanziellen Auswirkungen einer solchen Entscheidung.

Lokale Behörden und Stadtplaner erkennen zunehmend die Bedeutung des Wohnens für die Gesundheit und das Wohlergehen älterer Menschen.

Die Wohnsituation ist für die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen von großer Bedeutung, was eine aktive Beteiligung, enge Zusammenarbeit und Koordinierung der Bemühungen von Fachkräften aus Gesundheitswesen, Stadtplanern, älteren Menschen, Sozialdiensten und Wohnungsämtern auf kommunaler Ebene sowie anderen Akteuren erfordert.

Die Strategien und Konzepte lokaler und regionaler Behörden können die Bereitstellung von vielfältigem und angemessenem Wohnraum stärken, die die Gesundheit, den generationsübergreifenden Mix und soziale Kontakte für eine alternde Bevölkerung fördern (Kärnekull, 2011). Die lokalen Behörden bewerten in der Regel den Wohnungsbedarf ihrer Gebiete und sind dafür da, Strategien für die Bereitstellung neuer Wohnungen zu entwickeln und umzusetzen sowie Normen anzuwenden und durchzusetzen. Sie können auch sicherstellen, dass unzureichende Wohnungen im Bestand ermittelt und notwendige Maßnahmen ergriffen werden. Vor allem in Ländern, in denen die lokalen Behörden einen großen Teil der öffentlichen Wohnungen oder Sozialwohnungen verwalten, mit denen Wohnraum für weniger wohlhabende Bevölkerungsgruppen bereitgestellt werden soll, kann das öffentliche Wohnungswesen positive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der am stärksten gefährdeten Gruppen älterer Menschen haben (Braubach, Jacobs und Ormandy, 2011).

Manche Länder haben auf den demografischen Wandel mit dem Bau von Seniorenwohnungen

reagiert, die an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sind.

In einigen Ländern haben die lokalen Behörden und die Wohnungsmärkte auf die sich ändernden Bedürfnisse älterer Menschen reagiert, indem sie neue Seniorenwohnungen gebaut, die Zugänglichkeit bestehender Wohnbezirke und Häuser erfasst und verbessert und ältere Menschen über die verfügbaren altersgerechten Wohnungsmöglichkeiten beraten haben. Durch die Einführung separater Wartelisten oder Register für Erwachsene über 55 Jahre, die an zugänglicheren Wohnungen interessiert sind, wird die Zugänglichkeit altersgerechter Wohnungen erhöht.

Wo spezielle Wohnungen für ältere Menschen verfügbar sind, wird deren Attraktivität davon abhängen, wo genau sie gelegen sind. (Siehe auch die Kapitel zu Bereich 1: Öffentlicher Raum und Bereich 2: Verkehr und Mobilität zu gut instand gehaltenen Wohnbezirken mit guten Dienstleistungen – Gesundheitsversorgung, Lebensmittel, Kinderbetreuung – zu Fuß erreichbar und mit Verbindungen zu kulturellen und anderen Freizeitaktivitäten.)

Altenheime sind eine Wohnform, die ein Kontinuum von Wohnmöglichkeiten von betreutem Wohnen bis hin zu dienstleistungsintensiven Settings bietet. Sie haben in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit erhalten, wodurch ihre Rolle als gesundheitsförderndes Umfeld gestärkt wurde. Ein Beispiel ist das Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ in Österreich (Kasten 8).

Der Zugang zu Dienstleistungen muss im Zusammenhang mit Wohnungen geregelt werden.

Ältere Menschen, insbesondere in höheren Altersgruppen, benötigen möglicherweise Unterstützung mit einer Reihe von Dienstleistungen, um an Ort und Stelle ein unabhängiges Leben führen und alt werden zu können. Dies umfasst kleine Reparaturen im Haushalt, Putzen und Gartenarbeit, die teuer und schlecht verfügbar sein können und oft im Angebot der Sozialdienste nicht enthalten sind. Ehrenamtlich Tätige sowie Verwandte und Nachbarn können ältere Menschen, die allein oder fernab ihrer Familien leben, bei einigen dieser Arbeiten unterstützen. Wo ältere Menschen zusammenleben und gemeinsam altern, haben einige Wohnbezirke die Initiative ergriffen, das einzurichten, was in den Vereinigten Staaten von Amerika als „natürlich vorkommende Ruhestandsgemeinschaften“ bezeichnet wird, die sich freiwillig zur gegenseitigen Unterstützung verpflichten, unabhängig von oder ergänzend zur Familienunterstützung.

Die Wohnung kann ein Ort der Prävention und Rehabilitation sein.

Mehrere Interventionsprogramme haben Wohnungen als Settings für präventive Maßnahmen für gesundes Leben

Kasten 8. Gesundheit hat kein Alter – ein umfassender Setting-Ansatz zur Gesundheitsförderung in Wohnheimen

Wenn ältere Menschen in Heimen leben, hat das erhebliche gesundheitliche Auswirkungen auf sie selbst, das Personal und ihre Angehörigen. Im Gegensatz zu Krankenhäusern mit einer langen Tradition der Gesundheitsförderung sind Beispiele der Gesundheitsförderung in diesem Umfeld jedoch selten.

Das innovative Projekt „Gesundheitsförderung hat kein Alter“ in Wien untersuchte das Potenzial eines umfassenden Setting-Ansatzes zur Gesundheitsförderung in Altenpflegeheimen mit dem Ziel, positive Gesundheit für alle Beteiligten (Bewohner, Personal, Angehörige und ehrenamtlich Tätige) zu fördern. Es wurde von 2011 bis 2013 als Pilotprojekt an drei Standorten (mit 900 Bewohnern und 300 Mitarbeitern) von Wiens größtem Pflegeunternehmen durchgeführt. Bei der Evaluation des Pilotprojekts kamen qualitative und quantitative Methoden zur Anwendung. Ausgehend von einer systematischen Bedarfsanalyse wurden im Projekt gesundheitsfördernde Strategien und Maßnahmen entwickelt und durchgeführt:

- eine Intervention zur Verbesserung der Mobilität der Bewohner als randomisierte kontrollierte Studie, die ihre Wirksamkeit unter Beweis stellte;
- Maßnahmen zur Verbesserung der Einbeziehung von Angehörigen;
- mehrere gesundheitliche Maßnahmen für das Personal.

Das Projekt zeigte, dass es möglich ist, in diesem Setting einen umfassenden Ansatz zur Gesundheitsförderung umzusetzen. Besonders erfolgreich in diesem Setting schien die Festlegung einer Agenda für Gesundheitsförderung zu sein. Erfahrungen und Ergebnisse eines Folgeprojekts haben zu einer weiteren Spezifizierung und zur Ausweitung auf andere Heime in Wien in den Jahren 2013–2015 geführt. In der Steiermark wurden Ausweitungs-/Transferprojekte durchgeführt.

Quellen: Krajcic, Cichocki und Quehenberger (2015); persönliche Auskunft von Ursula Hübel, Wiener Gesundheitsförderung.

im Alter untersucht (Geraedts et al., 2013). Häusliche individuelle Bewegungsprogramme und gruppenbasierte Bewegungsprogramme eignen sich nachweislich zur Sturzprävention (Gillespie et al., 2012).

Die Wohnung kann zu einem Ort werden, an dem Pflege geleistet werden muss.

Inbesondere aufgrund von technologischen Innovationen und Fernüberwachungsprogrammen eröffnen sich mehr Möglichkeiten, länger zu Hause zu leben. Weder Standardwohnungen noch Seniorenwohnungen werden in der Regel so gebaut, dass sie von vornherein für häusliche Pflege ausgelegt sind. Gestaltungsrichtlinien für Dienstleistungshäuser und sogenannte „Häuser für das ganze Leben“ könnten daher beim Bau neuer Seniorenwohnungen, die die Durchführung häuslicher Pflege ermöglichen, oder bei der Modifikation bestehender Wohnungen befolgt werden, damit pflegebedürftige Menschen in ihrem lokalen und sozialen Umfeld bleiben können. Trotz vielversprechender Ergebnisse häuslicher Interventionen müssen die sozial isolierenden Effekte von häuslichen Präventions- und Rehabilitationsprogrammen berücksichtigt werden (siehe den Abschnitt

über umgebungsunterstütztes Leben im Kapitel zu Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen).

Alternative Wohnmodelle: Zusammenarbeit mit privaten und nutzerorientierten Initiativen

Ein Modell für alternative Wohnoptionen für ältere Menschen beruht auf engen Kontakten zu Menschen im selben Wohnbezirk, bei denen es sich nicht unbedingt um Verwandte handelt. Solche Regelungen ermöglichen Räume, die dem Wunsch älterer Menschen nach Autonomie Rechnung tragen und gleichzeitig soziale Unterstützungsnetze fördern – beispielsweise wenn ältere Menschen auf die Kinder von Nachbarn aufpassen und Nachbarn einander beim Einkaufen und Gärtnern helfen. Um solche Nachbarschaftsbeziehungen zu ermöglichen, müssen Häuser allerdings so gebaut und gestaltet werden, dass soziale Kontakte und der Austausch mit Nachbarn unterstützt werden und gleichzeitig die Möglichkeit zum Rückzug besteht.

Pflegewohnungen können eine Alternative zur stationären Pflege sein.

Als Alternative zu den klassischen Pflegediensten wurden in einigen Ländern spezielle Dienstleistungshäuser oder Pflegewohnungen entwickelt. Dabei handelt es sich in der Regel um in sich geschlossene Wohnungen, die an einige Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und der Alltagsaktivitäten (wie Mobilität, Hören und Sehen) angepasst sind und für die eine Reihe von Dienstleistungen und Betreuungspaketen angeboten wird, die Menschen mit Beeinträchtigungen unterstützen und den Umzug in eine Einrichtung vermeiden helfen. Häufig ist Personal für Unterstützung rund um die Uhr vorhanden, und der Zugang zu anderen Dienstleistungen wie Mahlzeiten, Aktivitätsräumen, Bibliothek, Friseur und ähnlichem wird im Haus oder in der Nähe angeboten (Croucher, Hicks und Jackson, 2006).

Cohousing sind geplante Cluster von Privatwohnungen, die um einen gemeinsamen Raum angeordnet sind.

In Cohouses haben die Menschen ihre eigenen, in sich geschlossenen Wohnungen, teilen sich aber auch als Gruppe Gemeinschaftsräume (beispielsweise Gästezimmer, Hobbyraum, große Küche oder Esszimmer) in einem Gebäude, bei dem auf gute Zugänglichkeit geachtet wurde und das für anregende soziale Interaktion ausgelegt ist. Solche Häuser entstanden vor allem durch zivilgesellschaftliche Kampagnen, die eng mit öffentlichen Wohnungsbehörden zusammenarbeiteten. Die genauen Modelle für Cohouses sind von Land zu Land verschieden und reichen von Bau-/Hausbesitzergenossenschaften bis hin zu Mietverträgen mit kommunalen Wohnungsanbietern. Die partizipative Bewirtschaftung der Haus- und Gemeinschaftseinrichtungen gibt älteren Menschen die Möglichkeit, gemeinsam zu entscheiden und sozial in die Gemeinschaft integriert zu bleiben (Choi, 2004; Killock, 2014).

In Mehrgenerationenhäusern leben verschiedene Generationen unter einem Dach.

In manchen Ländern haben sich um das Konzept des Mehrgenerationenwohnens kommunale Lebensformen – ähnlich wie Cohouses – entwickelt. Indem Familien, Studenten, erwerbstätige Erwachsenen und ältere Menschen dasselbe Haus bewohnen, stimuliert das Mehrgenerationenwohnen das soziale Leben und erleichtert die nachbarschaftliche Unterstützung in der Wohngemeinschaft. Ziel ist es, das Verständnis zwischen den Generationen und die gegenseitige Unterstützung zu verbessern.

Vor allem in Universitätsstädten ist eine weitere Form des generationsübergreifenden Wohnens entstanden: generationsübergreifende Miet- oder Wohngemeinschaften, die Wohnraum gegen Hilfe im Haushalt tauschen (Fox, 2011). Das Konzept erkennt an, dass ältere Menschen in ihrem Haus oder ihrer Wohnung ein Zimmer zur Verfügung haben können und gleichzeitig Unterstützung oder Gesellschaft brauchen und dass jüngere Generationen oft billigere Wohnungen benötigen, Zeit übrig haben und sich körperlich fit fühlen. Gemeinnützige Organisationen bringen ältere und jüngere Menschen zusammen und bieten Hilfe bei Problemen. Typischerweise ist die Miete der jungen Menschen im Austausch für Gesellschaft und/oder ein vereinbartes Unterstützungsniveau (wie Kochen oder Putzen, aber keine Pflege) günstiger, und es werden Probezeiten vereinbart, um zu testen, ob ein gegenseitiges Verständnis dessen, was erwartet wird, in der Praxis funktioniert (Sánchez et al., 2011). Ein Pflegeheim in den Niederlanden hat ein solches System auf institutioneller Ebene eingeführt, das es Studenten ermöglicht, im Gegenzug für 30 Stunden „gutnachbarschaftliche“ Dienstleistungen mietfrei in kleinen Wohnungen in einem Altenheim zu leben.

Dörfer und Ruhestandsgemeinschaften erleichtern den Zugang zu bestehenden Dienstleistungen und sollen es älteren Erwachsenen ermöglichen, ihr eigenes Wohlbefinden zu verbessern.

Dorfkonzepte gehen noch einen Schritt weiter, indem sie älteren Menschen den Verbleib in einem eigenständigen Haus ermöglichen und das Potenzial der sozialen Organisation in der Gemeinschaft maximieren (Scharlach et al., 2014). Menschen leben dabei in speziell gestalteten unterstützenden Umfeldern und haben Zugang zu spezialisierten Diensten und Programmen, ohne auf Angehörige und Freunde angewiesen zu sein. Für Menschen mit Demenz wurden einzelne Dörfer gebaut, beispielsweise De Hogewijk in den Niederlanden. Obwohl erste Evaluationen ähnlicher Projekte im Vereinigten Königreich positiv ausfallen, müssen verschiedene ethische Debatten und Bedenken in Bezug auf Würde, Kosten und Chancengleichheit beim Zugang noch weiter untersucht werden (Liddle et al., 2014).

Unterstützung bei Umzügen

Das Ziel betreuten Alterns am Wohnort ist es, Menschen zu ermöglichen, so lange wie möglich in ihrer Wohnung zu bleiben. Dennoch kann es eine Zeit geben, in der ein Umzug in ein sichereres, besser angepasstes oder stärker unterstützendes Setting erforderlich ist. Solche Übergänge sind wichtige Momente, in denen ältere Menschen

unterstützt werden können, um negative Folgen zu vermeiden. Der Umzug kann auf verschiedene Weise unterstützt werden (Granbom et al., 2014); das Ziel kann beispielsweise eine Pflegeeinrichtung oder betreutes Wohnen sein.

Die negativen Auswirkungen der Aufgabe einer Wohnung zu beschränken und ein Gefühl von Kontinuität aufrechtzuerhalten, kann durch Besuche am früheren Wohnsitz oder im alten Wohnbezirk unterstützt werden.

Case Workers, Angehörige und lokale Akteure können älteren Menschen, die umziehen, helfen, soziale Beziehungen zu erhalten und die Möglichkeit zu Besuchen zu haben. In manchen Fällen kann die Beibehaltung der Mitgliedschaft in lokalen Vereinen, Religionsgemeinschaften oder Clubs dazu beitragen, den Übergang zu erleichtern.

Sicherheit und Schutz einschließlich Kriminalprävention

Fachleute aus dem Bereich Wohnungswesen können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Wohnen sicherer und gesünder zu machen.

Alle, die an der Planung, dem Bau, der Verwaltung, der Instandhaltung und Reparatur oder der Sanierung von Wohnraum und Gebäudeausrüstung beteiligt sind, müssen sich der Zusammenhänge zwischen Wohnbedingungen und Gesundheit bewusst sein. Durch die Einbeziehung verschiedener Sektoren und Ansätze können neue und innovative Lösungen entwickelt werden, um gesundheits- und sicherheitsgefährdende Wohnbedingungen zu vermeiden.

Die Nichtberücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen kann in Zeiten von Notlagen wie Hitzewellen, Überschwemmungen oder Erdbeben Leben kosten.

Extreme Wetterbedingungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit sind bereits zu spüren. Zukunftsprognosen angesichts des Klimawandels deuten darauf hin, dass Ereignisse mit dem Ausmaß der russischen Hitzewelle von 2010 häufiger auftreten könnten. Angesichts sowohl eines wachsenden Anteils von Menschen über 65 Jahren als auch anhaltender Migration in Städte stellt das Sterberisiko ein hohes potenzielles Risiko für die menschliche Gesundheit dar (Watts et al., 2015). Die Notfallvorsorge erfordert eine gut koordinierte sektorübergreifende Planung, beispielsweise für häufigere Hitzewellen, Überschwemmungen oder Stürme (Vandentorren et al., 2004). Beispielsweise können hitzebedingte Gesundheitsrisiken durch die systematische Entwicklung von

Hitzewellen-Frühwarnsystemen verringert werden (McGregor et al., 2015). Wirksame Maßnahmen zur Risikokommunikation und zur Katastrophenprävention erfordern die Zusammenarbeit zwischen Umwelt-, sozialen und medizinischen Organisationen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2013b).

In einer Reihe von Ländern in Europa bieten die erhöhten Sterberaten im Winter bei älteren Altersgruppen der Bevölkerung Anlass zur Sorge.

Eine schlechte Regelung der Innentemperatur (Kälte im Winter oder Hitze im Sommer) verursacht Todesfälle und andere gesundheitliche Beeinträchtigungen bei älteren Menschen und Menschen mit bereits bestehenden Gesundheitsproblemen. Die Qualität und die Energieeffizienz von Wohnungen über das soziale Gefälle hinweg sollten überdacht werden (WHO-Regionalbüro für Europa, 2012c). Die Brennstoffeffizienz sicherzustellen, hat sowohl bei Neubauten als auch bei der Sanierung von Altbauten oberste Priorität. Ältere Menschen sind hiervon oft stärker betroffen, und bei den höchsten Altersgruppen bestehen größere Risiken für negative gesundheitliche Auswirkungen.

Die Kriminalprävention ist wichtig, um das Sicherheitsgefühl zu Hause zu erhöhen.

Zu den Sorgen um die Sicherheit zu Hause zählt auch die wahrgenommene Gefahr von Kriminalität und Einbruch. Besorgnis bei älteren Menschen in Bezug auf sowohl Sicherheit als auch Betrug untergräbt die Wohnzufriedenheit und wird in altersgerechten Bewertungen von älteren Menschen häufig geäußert. Beispielsweise hat in Irland eine Reihe von Kommunen begonnen, mit der lokalen Polizei zusammenzuarbeiten, um das Bewusstsein älterer Menschen für verbreitete Sicherheitsrisiken zu schärfen. Initiativen zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit zwischen lokalen Sicherheitskräften und älteren Menschen in einem bestimmten Wohnbezirk, die das Sicherheitsgefühl erhöhen können, sind sehr beliebt und werden gut angenommen (Age Friendly Ireland, 2015).

Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen

Tabelle 3 folgt der Struktur der in diesem Kapitel vorgeschlagenen Stoßrichtungen für Interventionen und Ziele und fügt Beispiele aus bestehenden altersgerechten Strategien, Aktionsplänen und Fallstudien hinzu. Bei den genannten Interventionen und Initiativen kann es sich um Projekte handeln, die bereits in lokalen Kontexten durchgeführt wurden oder die für die Umsetzung in einem altersgerechten Aktionsplan konzipiert wurden.

Tabelle 3. Praxisbeispiele für Wohnen aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
<p>Ungleichgewicht durch verbesserte Wohnverhältnisse bekämpfen</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 1: Öffentlicher Raum, Bereich 2: Verkehr und Mobilität und Bereich 5: Soziale Inklusion und Nicht-diskriminierung)</p>	<p>Die chancengleiche Verfügbarkeit von angemessenem Wohnraum sicherstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instandhaltungs- und Qualitätsrichtlinien für öffentlichen und privaten Wohnraum durchsetzen • Die Möglichkeit von Wohngeld oder Subventionen (auch für altersgerechte Wohnungen) sicherstellen
	<p>Die Angemessenheit und Erschwinglichkeit altersgerechter Wohnoptionen sicherstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Den Wohnungsmarkt regulieren, um Haus- und Wohnungsbesitzern alternative Wohnoptionen zu bieten • Sozialen oder preisgünstigen Wohnraum in ausreichendem Umfang sicherstellen • Durch gemischte Gebiete mit subventioniertem Mietwohnraum und von den Eigentümern genutztem Wohnraum der sozioökonomischen Segregation von Wohnbezirken entgegenwirken • Nichtdiskriminierung beim Zugang zu angepassten Wohnoptionen sicherstellen (basierend auf individuellen Bewertungen und nicht auf Altersgrenzen).
	<p>Zugang zu unentbehrlichen Leistungen sicherstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Subventionen bereitstellen, um den Zugang zu sauberem Wasser und sanitären Einrichtungen sicherzustellen • Informationen zu Heizung und Energieeffizienz und Subventionen dafür bereitstellen
	<p>Unterstützende Wohnbezirke sicherstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zugängliche und gut beleuchtete und instandgehaltene Außenräume und Gebäudeeingänge sicherstellen • Rampen bauen und barrierefreie Geh- und Radwege an Wohnblocks und Mehrfamilienhäuser anbinden • Zugängliche Verkehrsmittel sicherstellen (Entfernung zu Haltestellen weniger als 300 Meter)
<p>Wohnungsbewertungen und Umbauten unterstützen</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 6: Bürgerchaftliches Engagement und Beschäftigung)</p>	<p>Unterstützung für Reparaturen und Instandhaltung bereitstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einen aufsuchenden Dienst für kleine Reparaturen in Häusern und Wohnungen einrichten (auch durch die Organisation von ehrenamtlich Tätigen und/oder allgemeinen „Hausmeister-tätigkeiten“) • Gefahrenbewertungen von Wohnungen und fachlich unterstützte Bewertungen von Sturzrisiken anbieten • Lokale Werkstätten zur Durchführung oder Anleitung von Reparaturen und Anpassungen organisieren (beispielsweise Autowerkstätten, die von Bewohnern desselben Wohnbezirks oder ehrenamtlich Tätigen betrieben werden) • Hausmeister/Concierges in Gebäuden
	<p>Wohnungsumbauten unterstützen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale Dienste zur Beratung in Bezug auf individuelle Bedürfnisse und durchführbare Umbaumaßnahmen in einer bestimmten Wohnung einrichten • Förderprogramme für Wohnungsanpassungen und -instandhaltungsmaßnahmen anbieten • Staatlich geförderte Unterstützung für Wohnungsinstandhaltungsmaßnahmen anbieten • Fachberatung und -unterstützung für die Anpassung von Wohnungen von Menschen mit Demenz bereitstellen

Tabelle 3 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
Standards für neu gebaute Häuser festlegen und durchsetzen	Altersgerechte Bau- und Gestaltungsrichtlinien	<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Gestaltungsrichtlinien für angepassten Wohnraum von älteren Menschen entwickeln oder bestehende umsetzen • Konzepte für „Wohnungen und Wohnbezirke für ein ganzes Leben“ anwenden – gewöhnliche Häuser, die Gestaltungskriterien umfassen, die mit minimalen Kosten generell auf neue Häuser angewendet werden können • „20-Minuten-Wohnbezirke“ mit wichtigen Einrichtungen in kurzer Entfernung zu den Wohnungen älterer Menschen einrichten • In neu errichteten Mehrfamilienhäusern oder Wohnblocks den Generationenmix sicherstellen
<p>Das Angebot an Unabhängigkeit fördernden Wohnformen erweitern</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 7: Kommunikation und Information und Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen)</p>	Eine Vision und Strategie zur Deckung des veränderten Wohnbedarfs älterer Menschen entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnungsbedarfsanalysen und -erhebungen nutzen, um die Bedürfnisse und Präferenzen älterer Menschen zu verstehen und zu verstehen, wie gut sie vom verfügbaren Wohnungsmarkt bedient werden (beispielsweise ein fairerer Wohnungsbauplan). • Trends auf dem Immobilienmarkt beobachten und regulieren, wodurch günstige Bedingungen für die Bereitstellung von zugänglichen Wohnungen geschaffen werden • Eine sektorübergreifende Arbeitsgruppe oder Partnerschaft einrichten • Zugängliche Wohnungen erfassen und Standorte ermitteln, an denen anpassungsfähige Strukturen und vielfältige Wohnoptionen entwickelt werden könnten • Ältere Menschen in Stadt- und Wohnungsbauplanungsausschüsse einbeziehen (mit Berücksichtigung sehr abhängiger und isolierter Gruppen)
	Ältere Menschen über betreutes Altern am Wohnort informieren und bei dessen Planung unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Beratung über verfügbare Dienstleistungen, Unterstützung, Wohnoptionen und Antragsverfahren • Das Bewusstsein für die Sturzprävention im häuslichen Umfeld schärfen • Beratung und Information über Zuschüsse zur Lösung von Wohnungsproblemen älterer Menschen und Hilfe bei der Beantragung von Unterstützung anbieten • Register zugänglicher Wohnungen, in die sich ältere Menschen, die an einer besser zugänglichen Wohnung interessiert sind, eintragen lassen können

Tabelle 3 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
	Den vorhandenen Wohnungsbestand für ältere Menschen geeignet und sicher machen	<ul style="list-style-type: none"> • In der Kommune eine ausreichende Zahl altersgerechter und zugänglicher Wohnungen unterschiedlicher Größe anbieten (um den unterschiedlichen Bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden) und betreutes Wohnen für ältere Menschen anbieten • Informationen, Unterstützung und Anreize für den Umbau bestehender Wohnungen bereitstellen • Für ältere Menschen rechtzeitig Zugang zu zugänglichen Wohnungen bieten • Technische Lösungen zur Unterstützung älterer Menschen prüfen, die abhängig sind oder mehr Unterstützung benötigen • Die Verteilung altersgerechter und spezialisierter Wohnungen dezentralisieren, damit ältere, umzugswillige Menschen ihren Bezirk nicht verlassen müssen
	Zugang zu Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Dienstleistungsangebot in den Wohnbezirken aufrechterhalten • Ein Register zuverlässiger und ehrlicher Dienste und handwerklich begabter Personen führen (manchmal verbunden mit Informationszentren oder Telefon-Hotlines) • Stellen einrichten, die Dienstleistungen koordinieren und über Dienstleistungen informieren, die es Menschen ermöglichen, länger zu Hause zu bleiben (beispielsweise Handwerkerportale zur Anpassung und Verbesserung von Wohnraum, Geriatriezentren) • Entwicklung von Optionen für die Zustellung nach Hause (beispielsweise und vorrangig von Mahlzeiten auf Rädern) • Dienstleistungswohnungen entwickeln (siehe das Kapitel zu Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen)
	Sektorübergreifende Kooperationen	<ul style="list-style-type: none"> • Mit kleinen Unternehmen zusammenarbeiten, um die Integration, Nähe und das örtliche Nebeneinander von Dienstleistungen zu unterstützen (insbesondere gewerbliche Angebote wie Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte, Apotheken und Gesundheitszentren) • Mit Leistungserbringern, Drittanbietern und Netzwerken von Fachleuten zusammenarbeiten, um Menschen in ihren Wohnungen zu unterstützen • Initiativen mit privaten Vermietern gründen, um zugänglichere Wohnungen zu bauen und ihre Häuser altersgerechter zu gestalten – beispielsweise Lärm und Müll vermeiden • Kommunalbank mit Unterstützungsprodukten, die für ältere Menschen nützlich und sicher sind

Tabelle 3 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
	Die Wohnung als Ort der Prävention, Rehabilitation und Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • (Telefon- oder IT-basierte) Fernunterstützung oder Heimkurse zur Förderung körperlicher Betätigung anbieten • Programme für Gymnastik- oder Fitnessübungen zu Hause anbieten • Aufsuchende Dienstleistungen von Spezialisten (Beschäftigungs- oder Physiotherapeuten) organisieren, um Lösungen zu finden und Schulungen zur Überwindung funktioneller Beeinträchtigungen anzubieten
Alternative Wohnmodelle (bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe)	Pflegewohnungen	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Auswahl an Häusern mit Pflege bieten
	Genossenschaftswohnungen	<ul style="list-style-type: none"> • Genossenschaftliche Wohnformen mit Gemeinschaftsräumen einführen, die gemeinsame Aktivitäten ermöglichen
	Generationsübergreifendes Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrgenerationen-Wohngemeinschaft: kommunale Dienstleistungen zentralisieren, um Studierende auf Wohnungssuche und ältere Menschen, die ihre Häuser mit jungen Menschen teilen möchten, zusammenzubringen • Unterstützung generationsübergreifender Wohnprojekte bieten
	Dorfmodelle	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützte Wohnlösungen, Dienstleistungswohnungen, Cluster von Einzelwohnungen und Häuser um eine Infrastruktur, die Autonomie ermöglicht, anbieten
Unterstützung bei Umzügen	Zugang zur stationären Versorgung für alle bei Bedarf und Wunsch	<ul style="list-style-type: none"> • Effektive und reaktionsschnelle Systeme für den Wohnungstausch einrichten (beispielsweise Umzug von einem größeren Haus in eine kleinere, besser angepasste Wohnung) • Tagespflege- und betreutes Wohnen für diejenigen organisieren, die keine komplexe Versorgung rund um die Uhr benötigen • Betreutes und sicheres Wohnen und Zugang zu Tagespflegediensten für Menschen mit Demenz bereitstellen • Wohneinrichtungen in Kommunen integrieren
	Ein Gefühl von „Zuhause“ unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> • In Pflegeeinrichtungen ausreichend Platz bieten, auch zur Aufbewahrung und Unterbringung von Privatbesitz und Artefakten/Erinnerungsstücken • Menschen wieder mit ihrer Vergangenheit verbinden
Sicherheit und Schutz (bereichsübergreifend mit Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung)	Kriminalprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Mit der Polizei bei Programmen zur Kriminalprävention zusammenarbeiten, um ältere Menschen vor Betrug zu schützen • Botschafter- und Gleichaltrigeninitiativen organisieren (beispielsweise Senioren für sich selbst; Botschafter für Kriminalprävention) • Kommunale Initiativen für polizeiliche Überwachung mit Polizeipräsenz in Wohnbezirken, die als unsicher wahrgenommen werden • Regelmäßige Treffen zwischen älteren Menschen im Wohnbezirk und der Polizei

Tabelle 3 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
(bereichsübergreifend mit Bereich 1: Öffentlicher Raum)	Gefühl der Sicherheit in der Wohnung und im Wohnbezirk	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenlose Sicherheitsüberprüfung der Wohnung • Technische Unterstützung für persönliche Alarmer (Taster oder Anhänger), Videoüberwachung, Türtelefone und Sicherheitsleuchten • Brandschutz in der Wohnung • Anrufzentralen für ältere Menschen mit oder ohne Fernsensoren einrichten, die umgebungsunterstützt leben • Unsoziale Verhaltensweisen bekämpfen • Initiativen einrichten, um an von Isolation bedrohte ältere Menschen SMS zu versenden und sie anzurufen, sowie Hausbesuche organisieren, wenn diese morgens nicht auf das Telefon reagieren
	Extreme Wetterereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Während Hitzewellen Besuchsprogramme organisieren • Unterstützung bei energieeffizienten Anpassungen oder Brennstoffsubventionen bei extremer Kälte anbieten
	Notfallvorsorge	<ul style="list-style-type: none"> • Notausgangstüren sicherstellen, die an die Bedürfnisse von Menschen mit eingeschränkter Mobilität angepasst sind • Dienste entwickeln, die gefährdete Bevölkerungsgruppen ermitteln, lokalisieren und aufsuchen

Ressourcen und Materialiensammlungen

Andrews J, Molyneux A (2013). Dementia: finding housing solutions. London: National Housing Federation.

Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D (Hrsg.) (2011). Environmental burden of disease associated with inadequate housing: summary report. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf, eingesehen am 28. Dezember 2019).

Davidson M, Roys M, Nicol S, Ormandy D, Ambrose P (2010). The real cost of poor housing. Watford/Bracknell: IHS BRE Press (<http://www.brebookshop.com/details.jsp?id=325401>, eingesehen am 28. Dezember 2019).

Fuggle L (2013). Designing interiors for people with dementia, vierte Auflage. Stirling: Dementia Services Development Centre.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014). Länger zuhause leben. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Homes and Communities Agency (2009). Housing our ageing population: panel for innovation (HAPPI). London: Homes and Communities Agency (<http://www.housingcare.org/information/detail-3056-happi-housing-our-ageing-population-panel-for-innovation.aspx>, eingesehen am 28. Dezember 2019).

Housing LIN (2011). EVOLVE Tool - Evaluation of Older People's Living Environments. Sheffield: University of Sheffield (<http://www.housinglin.org.uk/Topics/type/resource/?cid=7997>, eingesehen am 28. Dezember 2019).

Pfeiferova S, Lux M, Dvorak T, Havlikova J, Mikeszova M, Sunega P (Hrsg.) (2013). Housing and social care for the elderly in central Europe: WP3 main findings report. Prag: HELPS project. RH Environmental Limited, BRE Group (2012).

Housing Health Cost Calculator [Website]. Swansea: RH Environmental Limited (<https://www.housinghealthcosts.org/>, eingesehen am 28. Dezember 2019).

Scott Ball M (2012). Aging in place: a toolkit for local governments. Atlanta: Atlanta Regional Commission.

Todd C, Skelton D (2004). What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf, eingesehen am 28. Dezember 2019).

Weiterführende Literatur

Brandt A, Samuelsson K, Toytari O, Salminen AL (2011). Activity and participation, quality of life and user satisfaction outcomes of environmental control systems and smart home technology: a systematic review. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 6(3):189–206.

Frazer H, Marlier E (2011). Social impact of the crisis and developments in the light of fiscal consolidation measures. Brüssel: EU Network of Independent Experts on Social Inclusion.

Health Quality Ontario (2008). Prevention of falls and fall-related injuries in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 8(2):1–78.

Jones P, Patterson J, Lannon S (2007). Modelling the built environment at an urban scale: energy and health impacts in relation to housing. *Landscape Urban Plan.* 83(1):39–49.

Lee HC, Chang KC, Tsao JY, Hung JW, Huang YC, Lin SI (2013). Effects of a multifactorial fall prevention program on fall incidence and physical function in community-dwelling older adults with risk of falls. *Arch Phys Med Rehabil.* 94(4):606–15.e1.

Letts L, Moreland J, Richardson J, Coman L, Edwards M, Ginis KM et al. (2010). The physical environment as a fall risk factor in older adults: systematic review and meta-analysis of cross-sectional and cohort studies. *Aust Occup Ther J.* 57(1):51–64.

Liu CJ, Mab VE, Horton SBK, Mears KE (2013). Occupational therapy interventions to improve performance of daily activities at home for older adults with low vision: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 67(3):279–87.

Lorenc A, Pedro L, Badesha B, Dize C, Fernow I, Dias L (2013). Tackling fuel poverty through facilitating energy tariff switching: a participatory action research study in vulnerable groups. *Public Health.* 127(10):894–901.

Lyons RA, John A, Brophy S, Jones SJ, Johansen A, Kemp A et al. (2006). Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database Syst Rev.* 4:CD003600.

Nyman SR, Ballinger C, Phillips JE, Newton R (2013). Characteristics of outdoor falls among older people: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 13:125. doi: 10.1186/1471-2318-13-125.

Nyman SR, Victor CR (2012). Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the Cochrane systematic review. *Age Ageing.* 41(1):16–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afr103>.

Rubenstein LZ, Josephson KR (2005). Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas [Intervenciones zur Reduzierung multifaktorieller Sturzrisiken]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 40(Suppl. 2):45–53 (in spanischer Sprache).

Schoessow K (2010). Shifting from compensation to participation: a model for occupational therapy in low vision. *Br J Occup Ther.* 73(4):160–9.

Skelton DA, Howe TE, Ballinger C, Neil F, Palmer S, Gray L (2013). Environmental and behavioural interventions for reducing physical activity limitation in community-dwelling visually impaired older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 6:CD009233.

Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M (2012). Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2:CD008657. doi: 10.1002/14651858.CD008657.pub2.

Tse T (2005). The environment and falls prevention: do environmental modifications make a difference? *Aust Occup Ther J.* 52(4):271–81.

Van Loenhout JA, le Grand A, Duijm F, Greven F, Vink NM, Hoek G et al. (2015). The effect of high indoor temperatures on self-perceived health of elderly persons. *Environ Res.* 19;146:27–34. doi: 10.1016/j.envres.2015.12.012.



Bereich 4: Soziale Teilhabe

Bereich 4: Soziale Teilhabe

Einführung

Das Ziel, Einsamkeit und soziale Isolation zu verringern und Menschen zu erreichen, die von sozialer Ausgrenzung bedroht sind, steht im Mittelpunkt vieler Maßnahmen in lokalen Aktionsplänen für altersgerechte Umfelder. Eine internationale Überprüfung von Längsschnittdaten zu den sozialen Beziehungen und dem Sterberisiko von Personen ergab, dass ältere Menschen mit angemessenen sozialen Beziehungen eine um 50% höhere Überlebenschance hatten als solche mit schlechten oder unzureichenden sozialen Beziehungen. Fehlende soziale Beziehungen waren als Risikofaktor für die Mortalität vergleichbar mit, wenn nicht sogar größer als so etablierte Risikofaktoren wie Rauchen, Adipositas und Bewegungsmangel (Holt-Lunstad et al., 2010).

Die soziale Teilhabe betrifft alle Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens, von der psychischen Gesundheit und Demenz bis hin zum Risiko von Notaufnahmen im Krankenhaus, die sich aus vermeidbaren Bedingungen wie schwerer Dehydrierung oder Unterernährung ergeben (WHO-Regionalbüro für Europa, 2012a). Lokale Initiativen haben daher zahlreiche Interventionen und Programme entwickelt, die darauf abzielen, Einsamkeit und Isolation bei älteren Erwachsenen zu bekämpfen. Dennoch bestehen nach wie vor erhebliche Lücken in der Forschung und der Evaluation, und es bedarf eingehenderer Untersuchungen über die Wirksamkeit von Interventionen in diesem Bereich, um die Evidenzgrundlage zu verbessern.

Soziale Teilhabe ist der erste von drei Bereichen des AFEE-Rahmens, die sich mit der sozialen Dimension

altersgerechter Kommunen befassen. Er entspricht dem gleichnamigen Bereich im ursprünglichen globalen Leitfaden der WHO (WHO, 2007a). In diesem Kapitel wird „soziale Teilhabe“ im Sinne der Beteiligung einer Person an Aktivitäten verwendet, die eine Interaktion mit anderen in der Gesellschaft oder in der Kommune ermöglichen. Dies umfasst nicht nur die Teilnahme an formalen Strukturen und Freizeitaktivitäten (beispielsweise soziale, kulturelle und Freizeitaktivitäten, Begegnungen und Mitgliedschaft in einer Religionsgemeinschaft), sondern auch an informellen Strukturen der Sozialisierung und Kommunikation, die in privaten Räumen stattfinden können (in Form von Nachbarschaftskontakten, virtuellen und telefonischen Kontakten und dem Besuch von Freunden und Familie). Diese vergleichsweise breit gefasste Sichtweise von sozialer Teilhabe baut auf einer Synthese von Definitionen auf, die in Studien zum Thema Altern verwendet wurden (Levasseur et al., 2010). Die soziale Teilhabe älterer Menschen kann sich positiv auf das emotionale und spirituelle Wohlbefinden, die psychische und physische Gesundheit und die Lebensqualität auswirken.

Wenn die soziale Teilhabe durch die Wahrnehmung von Barrieren im gesellschaftlichen Leben eingeschränkt wird, können ältere Menschen sozial isoliert werden. Soziale Isolation und Einsamkeit werden oft synonym verwendet, sind jedoch nicht dasselbe, auch wenn sie eng miteinander verknüpft sind. Soziale Isolation bezieht sich auf den Mangel an Kontakten oder Bindungen zu anderen Menschen, beispielsweise Familienmitgliedern, Freunden, Nachbarn oder anderen. In diesem Sinne wird sie oft als objektives Maß für die persönlichen sozialen Beziehungen des Einzelnen angesehen. Einsamkeit wird

Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen

Interventionen in diesem Bereich zielen darauf ab, die Teilnahme älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben zu fördern sowie Einsamkeit und Isolation zu bekämpfen. Dies kann erreicht werden, indem unterstützende Umfeldler geschaffen, aufrechterhalten und gefördert werden, die soziale Interaktion und einen aktiven Lebensstil ermöglichen, und indem Möglichkeiten für sinnvolle soziale Aktivitäten geboten werden, die ältere Menschen ermutigen, aus dem Haus zu gehen und unterstützende soziale Netzwerke zu unterhalten.

typischerweise als eine subjektive und negative Erfahrung angesehen, die von Personen aufgrund von Wahrnehmung ihrer persönlichen sozialen Beziehungen empfunden wird. Einsamkeit wird daher oft als ein Missverhältnis zwischen der tatsächlichen und der gewünschten Qualität und Quantität der sozialen Interaktionen einer Person verstanden (Heylen, 2010; Burholt und Scharf, 2014).

Es kann soziale Isolation ohne Einsamkeit und Einsamkeit ohne Isolation geben. Während manche Menschen viele soziale Kontakte haben und sich immer noch einsam fühlen, haben andere vielleicht nur wenige Kontakte und erleben keine Einsamkeit. Manche ältere Menschen sind vielleicht zufrieden in ihrem eigenen Unternehmen oder versuchen sogar aktiv, getrennt von anderen zu leben; sie haben vielleicht nicht das Gefühl, dass der Mangel an sozialer Interaktion einen negativen Einfluss auf ihre Lebensqualität hat, weshalb sie vielleicht nicht an sozialen Aktivitäten teilnehmen möchten. Andere wünschen sich vielleicht mehr Kontakt mit Menschen oder eine bessere Qualität des Kontakts mit Menschen, denen sie sich nahe fühlen, und das kann zu Gefühlen der Einsamkeit führen.

Das Recht älterer Menschen auf ein Leben in Würde und Unabhängigkeit sowie auf Teilhabe am sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und bürgerlichen Leben ist fest in das Engagement der EU für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen eingebettet (Rat der Europäischen Union, 2012). Die Teilhabe älterer Menschen ist auch ein Schlüsselkonzept des Rahmenkonzepts der WHO für ein aktives Altern von 2002 (WHO, 2002b). Darüber hinaus wurde im jüngsten *Weltbericht über Altern und Gesundheit* bekräftigt, dass die soziale Teilhabe älterer Menschen einer der wichtigsten Wege, aber auch eines der Hauptziele aktiven Alterns ist (WHO, 2015b).

Der ursprüngliche globale WHO-Leitfaden zeigte, dass ältere Menschen ein ausgewogenes Verhältnis zwischen verschiedenen Arten von Aktivitäten wünschen – Freizeitaktivitäten, kreativen, geistigen oder produktiven Aktivitäten (WHO, 2007a). Sie wies ferner darauf hin, dass die lokalen Behörden die gute Zugänglichkeit und Erschwinglichkeit solcher Aktivitäten sicherstellen und sie über ein breites Spektrum von Informationskanälen bewerben sollten (siehe auch das Kapitel zu Bereich 7: Kommunikation und Information).

In den letzten 10–15 Jahren haben sich die Erkenntnisse über bewährte Praktiken im Zusammenhang mit der Teilhabe älterer Erwachsener und den sozialen Beziehungen erheblich gemehrt. Die Forschung hat in der Europäischen Region eine relativ hohe Prävalenz von Einsamkeit festgestellt. Der Ausschluss von sozialen Beziehungen wurde mit einer Reihe von negativen Ergebnissen bei Gesundheit und Wohlbefinden in Verbindung gebracht (Houtjes et al., 2014; Dumitrache et al., 2015).

Mehrere Faktoren können ältere Frauen und Männer einem größeren Risiko der Einsamkeit und Isolation

Unerwünschte soziale Isolation und Einsamkeit können eine Folge nicht unterstützender sozialer Umfeldler sein und zu negativen Folgen für Personen und Gemeinschaften führen. Soziale Isolation tritt tendenziell neben anderen Risikofaktoren für ein schlechteres Wohlbefinden auf (beispielsweise Gesundheitsproblemen, Funktionsbeeinträchtigungen, finanziellen Schwierigkeiten und politischer oder nachbarschaftlicher Ausgrenzung). Dies kann altersfreundliche Politikansätze in Frage stellen, die darauf abzielen, aktives Altern und betreutes Altern am Wohnort zu fördern, weil die Unterschiede zwischen denjenigen, die aktiv altern, und denen, die nicht erreicht werden und isoliert bleiben, größer werden (siehe auch das Kapitel zu Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung).

Die folgenden Abschnitte fassen potenzielle Ziele, Merkmale und Initiativen für die wichtigsten Interventionsbereiche zusammen, die von Praktikern und politischen Initiativen als relevant für die Verbesserung der sozialen Teilhabe und die Bekämpfung der Einsamkeit älterer Menschen identifiziert wurden und die in vielen Fällen Teil altersgerechter Aktionspläne sind. Eine Tabelle am Ende des Kapitels enthält praktische Beispiele, die zeigen, wie Lokalverwaltungen Handlungsfelder in ihren Aktionsplänen operationalisiert haben.

Die wichtigsten Fakten

- Mehr als 50% der Männer im Alter ab 80 Jahren leben immer noch als Teil eines Paarhaushalts, während in 18 EU-Ländern die meisten Frauen in diesem Alter allein leben. Bei den Lebensverhältnissen der ab 80-Jährigen besteht darüber hinaus ein Nord-Süd-Gefälle: In Nordeuropa leben die meisten allein, während dies in süd-europäischen Ländern weniger verbreitet ist (Rodrigues, Huber und Lamura, 2012).
- In der EU nehmen fast 18% der Menschen ab 65 Jahren an den Aktivitäten von Freizeitgruppen oder -organisationen teil (Eurostat, 2006).
- In den EU-Ländern treffen durchschnittlich zwischen 3% und 45% der älteren Menschen seltener als einmal im Monat oder nie Freunde, Verwandte oder Kollegen; und zwischen 5% und 30% geben an, dass ihnen eine befreundete Person fehlt, die sie emotional unterstützen könnte (Eurostat, 2006).
- Soziales Engagement im höheren Alter ist mit einem geringeren Sterberisiko verbunden, und für ältere Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung ist es mit einem geringeren Risiko des Niedergangs zu mittelschwerer bis schwerer kognitiver Beeinträchtigung verbunden (Marioni et al., 2012).
- Soziale Interventionen, die darauf abzielen, die soziale Isolation abzumildern, sind in der Regel wirksamer, wenn sie im Kontext einer theoretischen Grundlage entwickelt werden und soziale Aktivitäten und/oder Unterstützung innerhalb eines Gruppenformats anbieten. Interventionen, bei denen ältere Menschen aktive Teilnehmer sind, scheinen ebenfalls eher effektiv zu sein (Dickens et al., 2011).

aussetzen; um wirksam zu sein, müssen die Maßnahmen daher auf die bestehenden Bedürfnisse reagieren und die spezifischen Situationen unterschiedlicher Zielgruppen berücksichtigen. Einsamkeit, soziale Isolation und soziale Ausgrenzung sind als Risikofaktoren am relevantesten für Menschen im hohen Lebensalter und Menschen ohne Familiennetzwerke oder mit unzureichender Unterstützung durch ein Netzwerk von Freunden in ihrem Wohnbezirk auf (Dykstra, 2009). In Armut oder in ländlichen und abgelegenen Gebieten zu leben, kann ein zusätzlicher Risikofaktor sein. Frauen sind von Einsamkeit und sozialer Isolation häufiger betroffen als Männer.

Menschen mit Demenz sind oft mit Stigmatisierung konfrontiert und können es noch schwieriger finden, weiterhin an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Darüber hinaus kann die organisierte Unterstützung der sozialen Inklusion und von Aktivitäten durch die Kommune für viele, die in ländlichen oder abgelegenen Gemeinden leben, stärker eingeschränkt sein, was eine gut funktionierende informelle Unterstützung durch die Kommune umso wichtiger macht. Schlussendlich können viele ältere Menschen, die in ihrer Familie als informelle Betreuungspersonen tätig sind, selbst von Einsamkeit und Isolation bedroht sein. Für sie können entlastende Dienstleistungen und Unterstützungsgruppen von Betreuungspersonen in der Kommune ihnen helfen, ein sozial aktives Leben aufrechtzuerhalten (siehe den Abschnitt zu unterstützenden Dienstleistungen für informelle Betreuungspersonen im Kapitel zu Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen).

Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass Menschen, die im Alter ein höheres Aktivitätsniveau haben, glücklicher sind und eine bessere Funktionsfähigkeit und geringere Mortalität aufweisen (Menec, 2003). Verschiedene Aktivitäten können Gesundheit und Wohlbefinden im Alter auf unterschiedliche Weise beeinflussen. Im Allgemeinen hat die Forschung jedoch ergeben, dass die Teilnahme an sozialen und produktiven Aktivitäten positiv mit Glück, Funktionsfähigkeit und niedrigerer Mortalität zusammenhängt. (Einzelheiten zur Bedeutung ehrenamtlicher oder wirtschaftlicher Aktivitäten enthält das Kapitel zu Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung.)

Während die auf der kommunalen Ebene angebotenen sozialen Aktivitäten oft eine begeisterte Teilnahme finden, kann es sein, dass sie diejenigen älteren Menschen anziehen, die einen gesünderen und aktiveren Teil der älteren Bevölkerung darstellen, und einige Gruppen von älteren Menschen nicht erreichen, die am stärksten von sozialer Isolation und Einsamkeit bedroht sind. Eine Herausforderung für die Initiativen lokaler Behörden in diesem Bereich besteht darin, auch diejenigen älteren Menschen einzubeziehen, die am meisten auf soziale Interaktion sowie emotionale und praktische Unterstützung angewiesen sind, wie ältere Männer, die allein leben, oder Menschen aus ethnischen Minderheiten (siehe das Kapitel zu Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung).

Inwieweit sich ältere Menschen einsam fühlen oder inwieweit die Bemühungen, ältere Menschen zu befähigen, eine aktive Rolle bei der Gestaltung ihrer eigenen sozialen

Aktivitäten zu übernehmen, in ganz Europa erfolgreich waren, hängt jedoch auch mit unterschiedlichen traditionellen Rollen des Zusammenhalts in der Familie und im Wohnbezirk zusammen. So bestehen in den europäischen Ländern große Unterschiede beim Anteil der älteren Menschen, die in ihrer Großfamilie leben und informelle Hilfe erhalten, wenn sie Unterstützung im täglichen Leben benötigen.

Die folgenden Abschnitte beschreiben das Spektrum der von Kommunen entwickelten Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe älterer Menschen und zur Bekämpfung von sozialer Isolation und Einsamkeit. Eine Tabelle am Ende des Kapitels enthält praktische Beispiele, die zeigen, wie Lokalverwaltungen Handlungsfelder in ihren Aktionsplänen operationalisiert haben.

Ein breites Spektrum von für ältere Menschen zugänglichen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe

Viele altersgerechte kommunale Maßnahmen ermöglichen es älteren Menschen, an Aktivitäten teilzunehmen, und schärfen das Bewusstsein für das Spektrum der verfügbaren Aktivitäten.

Das Spektrum der Aktivitäten lokaler Initiativen und Aktionspläne umfasst in der Regel sowohl Interventionen für spezielle Zielgruppen älterer Menschen als auch integrierte Aktivitäten. Zu den Aktivitäten, die am häufigsten in Aktionsplänen enthalten sind, zählen die folgenden:

- gemeinsame Veranstaltungen im Alltag, beispielsweise gemeinsame Mahlzeiten und Freizeitaktivitäten;
- Aktivitäten, die in Seniorenclubs oder Gemeinschaftszentren angeboten werden, wie Vorträge, Bastelkurse, Musik oder Tanz;
- kulturelle Aktivitäten;
- Sportveranstaltungen und Veranstaltungen zur körperlichen Betätigung;
- traditionelle Aktivitäten und Veranstaltungen;
- Bildungsaktivitäten (siehe den Abschnitt über lebenslanges Lernen weiter unten);
- Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen, um bestehende kommunale Angebote besser bekannt zu machen (einschließlich kommunaler Gemeinschaftstage oder -wochen, die Aktivitäten mit und für ältere Menschen gewidmet sind, die auch einen „Marktplatz“ umfassen, auf dem das gesamte Spektrum der Aktivitäten und Initiativen in einer Kommune präsentiert werden kann);
- spezielle Veranstaltungen für generationsübergreifende Aktivitäten, beispielsweise Veranstaltungen zum Wissensaustausch.

Um Aktivitäten erschwinglich zu machen, werden oft öffentliche Zuschüsse und private finanzielle Unterstützung benötigt, einschließlich Angeboten an öffentlichem Raum. Kommunale Aktionspläne sollten diese Erschwinglichkeitsaspekte nicht vernachlässigen. Beispielsweise könnte die Kommune für kulturelle Aktivitäten und die Nutzung öffentlicher Einrichtungen niedrigere Preise und verbilligten oder kostenlosen Zugang anbieten (etwa zu öffentlichen Bibliotheken und für den Zugang zu Computern und Internet im öffentlichen Raum).

Andere Zugangsfragen – wie Verkehrsanbindung, Standort und Öffnungszeiten – können entscheidende Faktoren für die Zielgruppenansprache sein. Aktivitäten in diesem Bereich können oft auf bestehendem Engagement und einer Reihe von Aktiva der Kommune, die von verschiedenen privaten Initiativen, nichtstaatlichen Organisationen und anderen Interessengruppen eingebracht werden, und auf Initiativen von älteren Menschen selbst aufbauen. Ein Beispiel ist das Freiwilligennetzwerk *No alla solit'* Udine der Stadtverwaltung von Udine (Italien), das darauf abzielt, die soziale Teilhabe zu fördern und die Einsamkeit zu bekämpfen (Kasten 9).

Wenn die Kommune solche Aktivposten nutzt, ist es wichtig, dass ältere Menschen in die Planung und Durchführung von Aktivitäten einbezogen werden und dabei mitwirken, diese auf ihre Interessen, Wünsche und Anforderungen zuzuschneiden. Die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Demenz müssen berücksichtigt werden. Aktivitäten müssen dort angesiedelt werden, wo ältere Menschen damit gut erreicht werden können.

Lokale Behörden können auf vorhandenen Aktiva der Kommune, ehrenamtlich Tätige und Initiativen aufbauen und sie unterstützen – beispielsweise indem sie Kontinuität von Angeboten, Koordinierung und Sensibilisierung sicherstellen und die Zugänglichkeit für ältere Menschen unterstützen.

Vielorts organisieren *Bottom-up*-Initiativen formelle oder informelle Gelegenheiten, die dazu beitragen, soziale Kontakte und Teilhabe zu fördern. Zu solchen Initiativen zählen ehrenamtliche Aktivitäten, um Veranstaltungen zu organisieren, Netzwerke älterer Menschen aufzubauen und Menschen aufzusuchen, die von Isolation bedroht sind. Viele Aktivitäten werden von älteren Menschen oder unter aktiver Beteiligung älterer Menschen organisiert, was das Gefühl von Eigenverantwortung in der Kommune stärkt, und unter Nutzung vorhandener Ressourcen (Green und Tsouros, 2008).

Bürger, die bereits an Aktivitäten teilnehmen, können durch Mundpropaganda dazu beitragen, neue Mitwirkende zu gewinnen und Aktivitäten bekannter zu machen.

In der Regel geben viele ältere Menschen in einer Kommune an, dass sie soziale Aktivitäten als beliebt und attraktiv einschätzen. Ältere Menschen in einem Wohnbezirk und ehrenamtlich Tätige in Seniorenorganisationen können andere zur Teilnahme motivieren, indem sie Wege aufzeigen, vom gesellschaftlichen Leben in ihrer Kommune zu profitieren. Für einige Bevölkerungsgruppen und in besonderen kulturellen Kontexten kann es jedoch schwieriger sein, ältere Menschen zu erreichen, um deren Isolation zu überwinden.

In manchen Fällen wurden gezielte Aktivitäten für bestimmte Gruppen – beispielsweise ältere Männer oder Menschen aus ethnischen Minderheiten – angeboten, weil davon ausgegangen wurde, dass sie als Einstiegspunkt für die Teilhabe am Leben in der Kommune dienen könnten. Schlussendlich wurde in jüngster Zeit ein Schwerpunkt auf die Organisation von Aktivitäten mit und für Menschen mit Demenz gelegt, um ihnen zu ermöglichen, weiterhin am Alltag teilnehmen zu können.

Ältere Männer mit sozialen und gesundheitsfördernden Aktivitäten zu erreichen, ist mit besonderen Herausforderungen verbunden.

Kommunale Aktivitäten für Männer anzubieten, kann positiv zur physischen, psychischen und sozialen Gesundheit älterer Männer sowie zu ihrer Gesundheit bei der Arbeit beitragen (Ormsby, Stanley und Jaworski, 2010). Es wurde festgestellt, dass es eine Herausforderung ist, Männer mit sozialen und gesundheitsfördernden Aktivitäten zu erreichen, insbesondere Männer aus niedrigeren sozioökonomischen Gruppen.

Interventionen, die sich speziell an Männer richten, sind Initiativen wie die „Männerschuppen“-Projekte (Golding et al., 2008; Milligan et al., 2013). Die Bewegung der Männerschuppen ist in mehreren Ländern, darunter Australien, Kanada und Irland, populär geworden und ist ein viel zitiertes Praxisbeispiel. Männerschuppen können es schaffen, Männern einen Ort zu bieten, an dem sie nach ihrer Einschätzung gemeinsame Aktivitäten bestimmen, nutzen und gemeinsam durchführen können – mit anderen Worten, ein Gefühl für Sinnhaftigkeit, Leistung, Kontrolle und soziales Engagement entwickeln können (Ballinger et

Kasten 9. No alla solit'Udine [„Nein zur Einsamkeit“]: ein Netzwerk ehrenamtlicher Tätigkeiten in der Stadt Udine (Italien)

Die Aktivitäten der Vereinigungen ehrenamtlich Tätiger und ihr Beitrag zum Leben in der Kommune stellen in vielen Ländern Europas ein unersetzliches Sozialkapital dar. Weil ein Viertel der Einwohner von Udine älter als 65 Jahre sind, hat die italienische Stadt eine starke Tradition der ehrenamtlichen Tätigkeit bei der Unterstützung ihrer älteren Bürger.

Die öffentlich geführte Telefonberatung *No alla solit'Udine* koordiniert ein breites Netzwerk von ehrenamtlich Tätigen. Sie wurde für ältere Einwohner eingerichtet, die gebrechlich sind, mit einer Behinderung leben oder von sozialer Ausgrenzung bedroht sind. Sie ist jeden Morgen für vier Stunden erreichbar.

Die Telefonberatung wird von der Stadtverwaltung von Udine organisiert und wurde für ältere Menschen eingerichtet, von denen viele keine Familie oder ein Netzwerk haben, um sie zu unterstützen, oder denen die wirtschaftlichen Mittel fehlen, um für kommerzielle Dienstleistungen zu bezahlen. Darüber hinaus ergänzen die angebotenen Dienstleistungen die üblichen öffentlichen Dienstleistungen im Bereich der häuslichen Pflege, wobei der Schwerpunkt darauf liegt, die soziale Isolation älterer Menschen zu verhindern.

Die Kommune beschäftigt drei Personen, um Anrufe von älteren Menschen entgegenzunehmen und sie mit den von ihnen benötigten Dienstleistungen zu verbinden, die größtenteils von ehrenamtlich Tätigen erbracht werden. 2016 boten etwa 1000 ehrenamtlich Tätige von 30 Organisationen eine Vielzahl von Dienstleistungen an. Diese reichen von der Lieferung von Lebensmitteln über Beratung, Hilfe bei kleinen Reparaturen oder beim Transport, Einkaufen oder Besuchen und Gesellschaft leisten, beispielsweise Menschen mit eingeschränkter Sehkraft Zeitungen oder Bücher vorlesen. Seit 2004, als das Projekt begann, hat die Inanspruchnahme der Dienstleistungen kontinuierlich zugenommen.

Quellen: Comune Udine (2015); persönliche Auskunft von Gianna Zamaro, Stefania Pascut und Furio Honsel.

al., 2009). Sie zielen deshalb darauf ab, wichtige Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern (Golding, 2011; Wilson und Cordier, 2013).

In zunehmendem Maße kann die Informationstechnologie eine unterstützende Rolle bei der Bewusstseinsbildung für bestehende Aktivitäten spielen, die soziale Teilhabe ermöglichen.

Neue Technologien (Computerforen, Internet-Telefonie und Videoanrufe) eröffnen neue Wege, um in Kontakt zu bleiben, Nachrichten auszutauschen und aus der Ferne soziale Unterstützung von Angehörigen und Freunden zu erbitten. Viele Kommunen bieten deshalb Computerkurse für ältere Menschen an, die sehr gut angenommen werden (Blažun, Saranto und Rissanen, 2012). Mit Hilfe neuer technologischer Mittel in Verbindung zu bleiben, könnte wichtigen Nutzen bieten und der Einsamkeit entgegenwirken, insbesondere für ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder mit Familienmitgliedern, die weit entfernt leben.

Kommunen nutzen zunehmend Online-Informationenplattformen und Foren für ältere Menschen, um ihnen zu helfen, relevante Aktivitäten zu finden. Eine Reihe spezifischer innovativer Praxisbeispiele zielt darauf ab, die Informationstechnologie für isolierte Personen zu nutzen (siehe auch die Kapitel zu Bereich 7: Kommunikation und Information und zu Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen). Diese breitere Nutzung innovativer Modelle und Technologien mit dem Ziel, um ältere Menschen dabei zu unterstützen, die soziale Isolation zu bekämpfen, setzt sich gerade erst durch. Beispiele:

- Telelinks zu Anrufzentralen von Anbietern sozialer Dienstleistungen für Alleinlebende;
- Zugang zu und Schulung in der Nutzung von Technologien, um den generationsübergreifenden Austausch zu fördern und geografische Entfernungen innerhalb der Familie zu überbrücken;
- moderierte Telefonkonferenzen zur Vernetzung älterer Menschen mit stark eingeschränkter Mobilität.

Generationsübergreifende Aktivitäten haben das Potenzial, die soziale Teilhabe wirksam zu fördern und gleichzeitig zur Bekämpfung der Alterssegregation beizutragen.

Ein weiterer Schwerpunkt kommunalen Handelns ist häufig der Beitrag generationsübergreifender Aktivitäten und die Unterstützung von „Hilfe zur Selbsthilfe“ in Kommunen. Generationsübergreifende Aktivitäten umfassen eine ganze Reihe von Optionen, darunter:

- gemeinsame Aktivitäten mit gemeinsam genutzten Räumen oder Einrichtungen (beispielsweise generationsübergreifende Gemeinschaftszentren oder Mehrgenerationenhäuser);
- Aktivitäten zur Weitergabe von Erfahrungen und Erinnerungen an jüngere Generationen;
- die ehrenamtliche Tätigkeit älterer Menschen in Kindergärten, Museen und außerschulischen Einrichtungen;
- der freiwillige Einsatz von Kindern oder jungen Menschen in Einrichtungen für ältere Menschen;
- Aktivitäten an Schulen, zu denen Erwachsene oder ältere Menschen eingeladen werden;
- generationsübergreifende Lernaktivitäten.

Unterstützende Umfeldler für den sozialen Austausch in der Kommune

Attraktive lokale Treffpunkte und zugängliche Gemeinschaftszentren können wichtige Anreize für die Teilnahme am kommunalen Leben schaffen.

Kommunen können möglicherweise Gebäude und Einrichtungen für von Seniorenorganisationen organisierte Aktivitäten oder für spontane Veranstaltungen anbieten. Wenn es einen abtrennbaren Raum gibt, der Teil einer größeren Infrastruktur wie beispielsweise eines generationsübergreifenden Gemeinschaftszentrums für informelle und formelle Aktivitäten ist, kann dies die soziale Teilhabe im jeweiligen Wohnbezirk fördern. Die Möglichkeiten der Organisation von Begegnungsräumen reichen von Einrichtungen wie Tagesstätten und Erholungszentren, in denen Dienstleistungen für ältere Menschen erbracht werden über Mehrzweck-Seniorenzentren und -häuser, die eine Vielzahl von Aktivitäten beherbergen können, bis hin zu Sozialdienstzentren oder vollständig von der Kommune organisierten Begegnungstätten. Auch religiöse und kirchliche Einrichtungen/Aktivitäten spielen in vielen Kommunen eine traditionelle Rolle.

Bestehende Infrastrukturen können oft effektiver genutzt werden, beispielsweise indem dort Aktivitäten für sowohl ältere als auch jüngere Menschen angesiedelt werden.

Generationsübergreifende Einrichtungen und Aktivitäten können dazu beitragen, die Alterssegregation und Stereotypen über „typische Aktivitäten“ für ältere Menschen zu überwinden. Um solche Aktivitäten zu erleichtern, sind jedoch Räume und Orte erforderlich, an denen Menschen verschiedener Generationen interagieren können. Lokale Behörden können dazu beitragen, solche generationsübergreifenden Räume zu fördern, indem sie die Nutzung typischerweise nur von einer Altersgruppe genutzten Räume durch andere Gruppen fördern. Beispielsweise

haben lokale Gemeinschaften Seniorenclubs und -aktivitäten in Schulen, Bibliotheken und Stadtteilzentren gegründet oder haben Zentren für Hausaufgabenbetreuung, Altenheime oder öffentliche Wohnungen von älteren Menschen in kurzer Entfernung voneinander angesiedelt. Solche Ansätze brauchen keine neuen Gebäude, sondern zielen auf eine effizientere Nutzung der bestehenden Infrastruktur ab. Ein weiteres Beispiel für eine effizientere Ressourcennutzung ist die Nutzung von Schulbussen während der Unterrichtszeit für den Transport älterer Menschen.

Treffpunkte können auch mit öffentlicher Unterstützung bei nichtstaatlichen Organisationen oder in privaten Settings gefördert werden.

Offene Treffpunkte, Drogenberatungsstellen oder -zentren in Wohnbezirken, die von lokalen nichtstaatlichen Organisationen oder Gemeinschaften organisiert werden, können eine wichtige Rolle bei der Förderung der sozialen Integration spielen und Raum für Aktivitäten bieten, die privat oder ehrenamtlich organisiert werden. Diese können *Bottom-up*-Veranstaltungen wie Kurse, Workshops oder Treffen umfassen. Kurse und Aktivitäten können sich auf die Bereitstellung von Spezialausrüstung stützen, beispielsweise bei Sport- oder Bildungsaktivitäten oder Bibliotheken: Dies ist ein Bereich, in dem lokale Behörden oft eine Rolle als Umsetzungspartner von *Bottom-up*-Bewegungen spielen. Das Angebot an Ausrüstung, das ausgeliehen oder gebucht werden kann, kann Spiele, Computer und andere Werkstattausrüstung umfassen.

Ein weiteres Beispiel – das „Warme-Wohnung-Programm“ – kommt aus Israel, wo ältere Menschen, die in Wohnungen leben, die groß genug sind, um als Treffpunkt zu dienen, vom Verein für die Planung und Entwicklung von Dienstleistungen für ältere Menschen (ESHEL) Unterstützung erhalten. Als Gegenleistung lassen sie regelmäßig eine Gruppe älterer Menschen zu Besuch kommen (Berg-Warman und Chekhmir, 2006).

Lebenslanges Lernen

Aktivitäten des lebenslangen Lernens bieten weitere Möglichkeiten für die persönliche Entwicklung im Alter und für das Lernen in einem generationsübergreifenden Kontext.

Die Angebote lokaler Gemeinschaften für lebenslanges Lernen umfassen Schulungen, Seminare, Vorträge, Konferenzen und „Universitäten des dritten Lebensalters“. Seniorenakademien und Universitäten des dritten Lebensalters zählen zu den am weitesten verbreiteten Maßnahmen auf lokaler Ebene in der Europäischen Region der WHO.

Sie können vielfältigen Nutzen bieten; unter anderem können sie:

- die persönliche Entwicklung älterer Menschen fördern;
- soziale Kontakte fördern und soziale Isolation verhindern;
- generationsübergreifenden Austausch und gegenseitiges Lernen fördern;
- das Gehirn trainieren und Schutzmaßnahmen gegen eine Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit anbieten;
- Wissen und Fertigkeiten vermitteln, die benötigt werden, um die Vorteile von Innovation und der „Seniorenwirtschaft“ auszuschöpfen, beispielsweise IKT für alternde Bevölkerungen;
- kontinuierliches Lernen ermöglichen und die grundlegenden Qualifikationen verbessern, neue Qualifikationen vermitteln und Umschulungen oder Weiterbildungen für bessere Beschäftigungschancen einschließlich Selbständigkeit und ehrenamtlicher Tätigkeit bieten.

In Städten und Gemeinden wird ein breites Spektrum an Maßnahmen durchgeführt. Luxemburg, Österreich, die Slowakei, Slowenien und die skandinavischen Länder weisen EU-weit die höchsten Teilnahmequoten an Aktivitäten des lebenslangen Lernens auf, wohingegen die niedrigsten in den baltischen Staaten (außer Lettland), Ungarn, Griechenland, Spanien und Polen beobachtet werden (EAEA, 2006; 2015). Die Unterschiede zwischen den Ländern sind jedoch groß: Das Konzept des lebenslangen Lernens existiert in einigen Ländern kaum, während es in anderen Ländern gut entwickelt ist (Mercken, 2004). Manche Initiativen in Bezug auf Universitäten des dritten Lebensalters haben Erfahrungen gesammelt und sich über viele Jahre entwickelt, wie in dem Beispiel aus Slowenien (Kasten 10).

Die Europäische Agenda für die Erwachsenenbildung und die EU-Expertengruppe für Erwachsenenbildung unterstützen Initiativen zur Erwachsenenbildung: Erfahrungen aus EU-weiten Initiativen können Inspiration und Orientierung für Aktivitäten bieten, die eingeleitet werden können (Kasten 11).

Wenngleich Programme für lebenslanges Lernen bei den Teilnehmern sehr beliebt sind, gibt es kaum Hinweise auf den Nutzen für Menschen, die einer besonderen Gefahr der Isolation ausgesetzt sind.

Die Teilnahme wird im Allgemeinen von der sozialen Schicht, dem Geschlecht, der ethnischen Zugehörigkeit und den früheren Bildungserfahrungen beeinflusst (NIACE,

Kasten 10. Die slowenische Universität des dritten Lebensalters

Seit 1984 ist die slowenische Universität des dritten Lebensalters stetig gewachsen. Sie bietet Lern-, Bildungs- und Sozialisierungsmöglichkeiten und fördert die soziale Teilhabe. Ihre Zielgruppe sind Personen im Ruhestand und Vorruhestand, ältere Arbeitnehmer sowie Fachkräfte und ehrenamtlich Tätige. 2016 umfasste sie ein nationales Netzwerk von 52 Hochschulen an 51 Standorten mit etwa 21 000 Studierenden, mehr als 1000 Mentoren und 1000 ehrenamtlich Tätigen. Die Einrichtung war Gegenstand umfassender Forschung, was zur Entwicklung eines eigenen Bildungs- und Organisationsmodells führte.

Die slowenische Universität des dritten Lebensalters hat sich zum Ziel gesetzt:

- zugunsten der persönlichen Entwicklung, der besseren Beschäftigungsfähigkeit und der aktiven Bürgerschaft älterer Erwachsener Zugang zu kulturellen Veranstaltungen und Bildung zu ermöglichen;
- zu einem breiten Themenspektrum im Zusammenhang mit aktivem und gesundem Altern integrierte Beratung und Orientierung sowie Chancen zu bieten;
- ältere Menschen befähigen, zwischenmenschliche Unterstützung (Wissen, Kompetenzen, Informationen und emotionale Unterstützung) zu mobilisieren;
- Forschung im Bereich der Erwachsenenbildung und des Lernens für ältere Menschen durchführen und veröffentlichen;
- Fachkräfte sowie ehrenamtlich Tätige aller Generationen ausbilden, die im Bereich der Erwachsenenbildung für ältere Menschen tätig sein möchten;
- das Bewusstsein in Bezug auf ältere Menschen, das Alter und die Rolle der Erwachsenenbildung für ältere Menschen schärfen und entsprechende öffentliche Kampagnen durchführen

Der Umfang des Netzwerks ist stetig gewachsen und umfasst nun auch Aktivitäten wie die Arbeitsvermittlung für ältere Menschen.

Quelle: The Slovenian Third Age University (2017).

Kasten 11. Erfahrungen aus bestehenden Initiativen der Europäischen Kommission

Der Europäische Verband für Erwachsenenbildung (*European Association for the Education of Adults – EAEA*) zeichnet jedes Jahr Leistungen im Bereich Innovation und Exzellenz in der Erwachsenenbildung aus. Mit dem EAEA Grundtvig Award werden Projektergebnisse ausgezeichnet, die neue Ideen, neue Partnerschaften, neue Methodiken und ein neues Verständnis dafür liefern, wie das Lernen von Erwachsenen verbessert werden kann. Thema des Preises im Jahr 2012 waren Projekte, die die aktive Teilhabe älterer Lernender an der Gesellschaft fördern. Die eingereichten Projekte umfassten Aspekte des generationsübergreifenden Lernens und innovative Partnerschaften.

Das Siegerprojekt Crosstalk zielte darauf ab, älteren Menschen, Schulkindern, Jugendlichen und Migranten die Kompetenzen und das Selbstvertrauen zu vermitteln, um effektiv mit lokalen Medien zu kommunizieren und so einen aktiven Beitrag für die Kommunen zu leisten, in denen sie leben. Teile des Projekts motivierten junge und alte Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund, sich zu treffen und einander Geschichten zu erzählen. Darüber hinaus vermittelte eine Medienausbildung Personen aus verschiedenen Generationen den Wunsch, das Selbstvertrauen und die notwendigen Kenntnisse, um sich an der lokalen Medienproduktion zu beteiligen und Geschichten über die Spiele zu erzählen, die sie früher spielten oder heute spielen. Teilnehmende ältere Menschen und Kinder/Jugendliche besuchten ihre Lieblingssorte, interviewten sich gegenseitig und produzierten einen Hörführer, interaktive Karten und ein Handbuch mit Kursmaterial.

Konzipiert und durchgeführt wurde das Projekt von einem Team von neun europäischen Partnern in sieben Ländern, darunter kommunale Medienschaffende, Fachleute für Erwachsenenbildung und Hochschulforscher.

Quelle: EAEA (2012).

2010). Ein positiver Zusammenhang zwischen früheren Bildungsniveaus und der sozioökonomischen Klasse und der Wahrscheinlichkeit, an weiterem Lernen teilzunehmen, ist offensichtlich (Aldridge und Tuckett, 2007), und bei Frauen ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie daran teilnehmen, geringfügig höher als bei Männern (Jenkins und Mostafa, 2012). Wenngleich die verfügbaren Teilnehmerbefragungen unterschiedliche Methodiken und Definitionen verwenden, gibt es einige Hinweise darauf, dass relativ besser gestellte Bevölkerungsgruppen – auch in höheren Altersgruppen – eher an Aktivitäten des lebenslangen Lernens teilnehmen als stärker benachteiligte Gruppen, was auf die Schwierigkeiten hinweist, Letztere zu erreichen.

Den Zusammenhängen zwischen Lernen und Gesundheit im höheren Alter wurde zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet. Die positiven Auswirkungen von Lerninterventionen auf die Gesundheit stand im Mittelpunkt des Interesses bei einer Reihe von Untersuchungen, die Belege dafür liefern, dass ein solcher Zusammenhang besteht. Es gibt jedoch noch Lücken in den Erkenntnissen über kausale Pfade, über die die Teilnahme am lebenslangen Lernen in Gesundheit umgesetzt wird. Insbesondere bestehen Probleme im Zusammenhang mit potenzieller Selektionsverzerrung, weil gesündere ältere Menschen eher an Aktivitäten des lebenslangen Lernens teilnehmen (Desjardins, 2008). Damit stellt sich auch die Frage nach potenziellen Hindernissen für die Teilnahme, die im folgenden Abschnitt untersucht werden.

Hindernisse für die Teilnahme älterer Menschen am lebenslangen Lernen zu überwinden, ist von entscheidender Bedeutung.

Es gibt drei Haupthindernisebenen für Interventionen in Bezug auf lebenslanges Lernen (Slowey, 2008).

Auf Einstellungen zurückgehende Hindernisse:

Menschen mit geringem Selbstvertrauen, geringer Resilienz, geringem Selbstwertgefühl und anderen Faktoren im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit können ihre Fähigkeit, zu lernen, in Frage stellen. Personen könnten als Grund für die Nichtteilnahme mangelndes Interesse anführen und behaupten „Ich bin zu alt, um zu lernen“ (Moss und Arrowsmith, 2003; Aldridge und Tuckett, 2007). Für manche hat der Begriff „Lernender“ Assoziationen mit einer Art Defizit oder Unzulänglichkeit, und die Betroffenen können deshalb niedrigere Erwartungen oder verringerte Lernfähigkeit haben. Jede Erfahrung von Diskriminierung über den gesamten Lebenszyklus hinweg könnte sich negativ auf das Selbstvertrauen und das der einzelnen Person zur Verfügung stehende soziale und kulturelle Kapital auswirken (McNair, 2007:61).

Situationsbedingte Hindernisse: Es gibt einige Hinweise darauf, dass diejenigen, die weniger mobil sind und in ländlichen Gebieten leben, weniger wahrscheinlich am Lernen teilnehmen (Department for Work and Pensions, 2004). Gleiches kann bei Menschen mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderungen der Fall sein (Dench und Regan, 2000).

Institutionelle Hindernisse: Diese können sich aus Schwierigkeiten ergeben, die Verpflichtung zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit zu erfüllen, die ein Merkmal von Initiativen in Bezug auf lebenslanges Lernen für ältere Menschen sein sollte und von öffentlichen Stellen und Organisationen Engagement und die Übernahme von Verantwortung erfordert. Neben den Stellen für Gesundheit und Soziales kann der Bildungssektor entscheidend für den Erfolg sein.

Die Chancengleichheit des Zugangs sicherzustellen und eine größere Reichweite zu erzielen, können Herausforderungen bleiben.

Für ältere Menschen, die an Aktivitäten der Erwachsenenbildung teilnehmen, trifft tendenziell häufig zu, dass sie bei relativ guter Gesundheit sind (Findsen und Carvalho, 2007), überwiegend aus der Mittelschicht kommen, weiblich sind und höhere formale Bildungsabschlüsse haben. In Anbetracht der Tatsache, dass ältere Menschen mit besserer Gesundheit, die sozial aktiver und in ihre Kommunen integriert sind, eher an Aktivitäten des lebenslangen Lernens teilnehmen, bleibt das Ziel, eine ausgewogenere Beteiligung einschließlich derjenigen herbeizuführen, die mit den oben genannten Hindernissen konfrontiert sind, ein wichtiges Anliegen.

Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen

Tabelle 4 folgt der Struktur der in diesem Kapitel vorgeschlagenen Stoßrichtungen für Interventionen und Ziele und fügt Beispiele aus bestehenden altersgerechten Strategien, Aktionsplänen und Fallstudien hinzu. Bei den genannten Interventionen und Initiativen kann es sich um Projekte handeln, die bereits in lokalen Kontexten durchgeführt wurden oder die für die Umsetzung in einem altersgerechten Aktionsplan konzipiert wurden.

Tabelle 4. Praxisbeispiele für soziale Teilhabe aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
<p>Ein breites Spektrum von für ältere Menschen zugänglichen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 7: Kommunikation und Information)</p>	<p>Ältere Menschen zur Teilnahme an Aktivitäten befähigen und über bestehende Aktivitäten informieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsanalysen durchführen und diesen entsprechend evidenzbasierte Angebote und Aktivitäten bereitstellen • Kalender für regelmäßige Aktivitäten mit Informationen über die Zugänglichkeit oder spezielle Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und Einschränkungen, mit einem speziellen Abschnitt über Veranstaltungen für ältere Menschen • Angebotene Aktivitäten und Dienstleistungen erfassen und Lücken ermitteln (einschließlich Aktivitäten zur Förderung von körperlicher Betätigung und Sport, Tanzen, kulturelle Aktivitäten, Bildungsangebote, kognitive Aktivitäten und Trainingsmaßnahmen, darstellende Kunst, Handwerk, Computerkurse, spirituelle Aktivitäten) • Tagesausflüge und Exkursionen für ältere Menschen • Kommunikationskampagnen, um das Bewusstsein für bestehende Aktivitäten zu schärfen • Lustige und ansprechende Kommunikationswerkzeuge, die evidenzbasierte Informationen über die Auswirkungen aktiver Lebensstile auf das Wohlbefinden vermitteln • Persönliche Einladungen zu Veranstaltungen an ältere Menschen senden • Lokale Veranstaltungen und Veranstaltungen im Wohnbezirk nicht nur online, sondern auch in den lokalen Medien und in zugänglichen Printformaten ankündigen • Die Teilnehmer ermuntern, ihre Informationen an andere weiterzugeben und Freunde und gleichaltrige Bekannte mitzubringen
<p>(bereichsübergreifend mit Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung, Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung und Bereich 7: Kommunikation und Information)</p>	<p>Von unterschiedlichen Akteuren und nichtstaatlichen Organisationen beigesteuerte bestehende Aktiva und erbrachte Dienstleistungen unterstützen und sie für ältere Menschen zugänglich und geeignet machen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ältere Menschen in die Planung und Durchführung von Aktivitäten einbeziehen (beispielsweise Ausbildung zum Übungsleiter für Seniorensport) • Die Infrastruktur nichtstaatlicher Organisationen und kommunaler Initiativen unterstützen und aufrechterhalten • Die Gründung von Initiativen lokaler Gruppen erleichtern und sie unterstützen, beispielsweise durch die Bereitstellung von Möglichkeiten zur informellen Bildung mit dem Austausch von Erfahrungen, Gefühlen, Lerninhalten, Kompetenzen und Peer-to-Peer-Unterstützung (etwa durch die Festlegung von Zielen und Berichterstattung in der nächsten Gruppensitzung)

Tabelle 4 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
	Potenziell unterschiedliche Bedürfnisse im Zusammenhang mit Gesundheit und Funktionsfähigkeit, Geschlecht, Alter, ethnischem Hintergrund, Bildung und Einkommen befriedigen	<ul style="list-style-type: none"> • Haus-zu-Haus-Transportdienste für interessierte Teilnehmer mit Mobilitätseinschränkungen • Buddy-System oder von ehrenamtlich Tätigen getragene Dienste, die die Möglichkeit bieten, eine Begleitperson zu organisieren (und reduzierte Eintrittsgelder für solche ehrenamtlich Tätigen) • Kulturspezifische Aktivitäten und Veranstaltungen unter der Leitung von ethnischen Gruppen und Minderheiten (Kulturfestivals, Vereine) • Ehrenamtliche Freundschaftsprogramme, um älteren Menschen zu ermöglichen, heranzukommen, und Programme für die Begleitung zu Aktivitäten für Menschen, die von Isolation bedroht sind (insbesondere in ländlichen Gebieten)
(bereichsübergreifend mit Bereich 2: Verkehr und Mobilität)	Chancengleichheit und Erschwinglichkeit überwachen und unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten und Veranstaltungen kostenlos anbieten • Die Teilnahme an Veranstaltungen analysieren (einschließlich Analyse der Hindernisse für die Teilnahme von nicht teilnehmenden älteren Menschen) • Ermäßigungen und Seniorenkarten, die freien oder präferenziellen Zugang zu Aktivitäten und Einrichtungen der Bereiche Kultur, Tourismus und Sport ermöglichen
Unterstützende Umfeldler für den sozialen Austausch und soziale Orte und Möglichkeiten für soziale Kontakte in der Kommune, im Wohnbezirk bieten	<p>Aktivitäten dezentralisieren</p> <p>Lokale Treffpunkte einrichten und Nachbarschaftszentren unterstützen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einen Plan mit Aktivitäten koordinieren, die über Kultur-, Sozial- und Freizeitzentren und private Orten gut verteilt sind • Offene Treffpunkte, Drogenberatungsstellen oder -zentren in einem Wohnbezirken und Kommunen, die die soziale Integration fördern und Raum für <i>Bottom-up</i>-Aktivitäten bieten, einrichten und unterstützen • Seniorenzentren/-häuser zur Aufnahme einer Vielzahl von Aktivitäten und ehrenamtlich betriebene Zentren • Ausleihe von Geräten (beispielsweise Sportgeräte oder Geräte für den Bildungsbereich) für Freizeitaktivitäten in Wohnbezirken und Gemeinschaftszentren, die gebucht oder gemietet werden können, beispielsweise für Sportarten wie Bowling, Tischtennis, Billard oder Computer und Workshops

Tabelle 4 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
(bereichsübergreifend mit Bereich 3: Wohnen)	Bestehende Infrastrukturen effektiver nutzen, indem Aktivitäten für ältere und jüngere Menschen an den gleichen Orten stattfinden	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten nicht auf ältere Menschen beschränken, sondern für alle oder als generationsübergreifende Aktivitäten anbieten (den Eindruck vermeiden, dass sie nur „für alte Menschen“ sind) • Seniorenclubs und Aktivitäten in Schulen, Bibliotheken und Bezirkszentren einrichten (beispielsweise Basteln, Schach, Kartenspiele, Stricken, Nähen, Kochen, IT und Web 2.0) • Kindergärten oder Horte am gleichen Ort wie Heime und Tagesstätten für ältere Menschen ansiedeln • Computerkurse in Schulen und Jugendclubs, die für ältere Menschen offen sind • Schulbusse während der Unterrichtszeit für den kommunalen Transport älterer Menschen nutzen • Auszeichnungen für Clubs mit der höchsten Mitgliederzahl und Beteiligung im Verhältnis zur Bevölkerung • Konzept zur Flexibilisierung der Stadtplanung für Verwendungen in öffentlichen und privaten Gebäuden zugunsten älterer Menschen und die Genehmigung integrierter und gemischter Verwendungen in ursprünglich für ältere Menschen konzipierten Gebäuden (beispielsweise Gotteshäuser und zentrale Orte für ältere Menschen) • Alzheimer-/Seniorencafés
	Kindertagesstätten und Aktivitätszentren unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> • Zentren für Alltagsaktivitäten, Ressourcenzentren und Zentren für aktive Senioren in den Wohnbezirken einrichten, um ältere Menschen zu aktivieren • Seniorenklubs gründen und unterstützen, „Klubhäuser“ bereitstellen, in denen soziale Aktivitäten und Bildungsaktivitäten, gesundheitliche und psychosoziale Unterstützung und eine Vielzahl von Freizeitmöglichkeiten angeboten werden • Nachbarschaftsnetzwerke und regelmäßigen Nachbarschaftstreffen erleichtern und fördern – beispielsweise Anreize dafür geben, dass Privathäuser für Seniorenaktivitäten, Clubs für ältere Menschen usw. genutzt werden.
	Möglichkeiten für soziale Interaktion schaffen, die für ältere Männer attraktiv sind	<ul style="list-style-type: none"> • Gelegenheiten bieten, sich zu treffen und Erfahrungen auszutauschen, die gezielt auf ältere Männer zugeschnitten sind und von ihnen selbst betrieben werden können, beispielsweise das „Männerschuppen“-Programm • Kleingärten und Gemeinschaftsgärten
Mehrstufige Interventionen	Die Förderung von körperlicher Betätigung mit sozialer und kognitiver Aktivität kombinieren	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Gruppenübungen anregen (diese können von ehrenamtlichen Trainern durchgeführt werden, die professionell dafür geschult sind, Übungsprogramme an die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen) • Menschen in benachteiligten Bezirken in die Gestaltung von Fußwegen und Spaziergänge in ihrem eigenen Umfeld einbeziehen • Die Bildung lokaler Gruppen älterer Menschen anregen, die sich regelmäßig treffen, um die Gehirnleistung zu trainieren, Spiele zu spielen und andere Fähigkeiten zu üben

Tabelle 4 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
	<p>Mehrstufige Interventionen gegen soziale Isolation und Einsamkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Gruppenbasierte Interventionen, beispielsweise kommunale Bewegungsprogramme, Unterstützungs- und Selbsthilfegruppen ● Individuelle Interventionen für an die Wohnung gefesselte, isolierte oder gebrechliche ältere Menschen wie Besuchsprogramme und Freundschaftsprogramme ● Technologische Interventionen wie Hörgeräte, Telefonate, webbasierte soziale Medien für ältere Menschen, videoanrufbasierte Unterstützung
<p>Lebenslanges Lernen</p>	<p>In Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen lebenslanges Lernen fördern</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Universitäten des dritten Lebensalters ● Schulen für alle Altersgruppen: ältere Menschen in Schulaktivitäten, Lesegruppen, Exkursionen usw. einbeziehen ● Informelles Lernen in Seminaren für Gedächtnis- und Kognitionstraining, Workshops zum Schreiben von Lebensgeschichten und anderen lokalen Aktivitätsgruppen fördern ● Vorträge und Seminare zum Thema gesundes Leben und körperliche Betätigung ● Aufbau von Kapazität zur Ausbildung älterer ehrenamtlich Tätiger als Ausbilder
<p>Sektorübergreifende Kooperationen</p>	<p>Zusammenarbeit mit Kunst- und Kulturinstitutionen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Von Museen organisierte Workshops und Aktivitäten in Wohnheimen und Nachbarschaftszentren ● Zugängliche Infrastruktur und Führungen in Museen einschließlich Besuchen mit taktiler und Audiounterstützung (beispielsweise Informationen in Blindenschrift, Audioguides) ● Spezielle Angebote für zugängliche kulturelle Veranstaltungen (Oper, Kino und Theater) wie Seniorenabonnements, kostenlose Veranstaltungen für Mitglieder von Rentnerverbänden, Vorzugspreise usw. ● Zusammenarbeit mit Bibliotheken zur Bereitstellung mobiler und dezentraler Dienste in Wohnbezirken und in betreuten Wohnungen und Wohnheimen sowie zur Lieferung von Büchern nach Hause ● Bibliotheken als Treffpunkte für generationsübergreifende Lesegruppen, Gesprächsrunden und Vorträge
	<p>Zusammenarbeit mit dem privaten Sektor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Die altersgerechte Wirtschaft und altersgerechte Ethik über die Kommunikationsstrukturen der Handelskammern unterstützen ● Barrierefreien Urlaub und Seniorentourismus anbieten

Ressourcen und Materialiensammlungen

Age UK (2010). Loneliness and isolation: evidence review. London: Age UK (http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/evidence_review_loneliness_and_isolation.pdf, eingesehen am 28. Dezember 2019).

EAEA (2014). Engaging new learners in adult education: short guide for policy-makers and adult educators. Brüssel: European Association for the Education of Adults.

Europäische Kommission (2011). Action plan on adult learning: achievements and results 2008–2010. Brüssel: Europäische Kommission (Commission Staff Working Paper SEC(2011)271 final; <http://www.cedefop.europa.eu/en/news-and-press/news/action-plan-adult-learning-achievements-and-results-2008-2010>, eingesehen am 28. Dezember 2019).

Findsen B, Formosa M (2011). Lifelong learning in later life: a handbook on older adult learning. Rotterdam: Sense Publishers.

Health Quality Ontario (2008). Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 8(5):1–49.

Joling K, Vasileiou K (2015). Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life. London: Age UK.

Weiterführende Literatur

Alma MA, Van der Mei SF, Groothoff JW, Suurmeijer TPBM (2012). Determinants of social participation of visually impaired older adults. Qual Life Res. 21(1):87–97.

Berger S McAteer J, Schreier K, Kaldenberg J (2010). Occupational therapy interventions to improve leisure and social participation for older adults with low vision: a systematic review. Am J Occup Ther. 67(3):303–11.

De Jong Gierveld J, van Tilburg T (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: confirmatory tests on survey data. Res Aging. 28(5):582–98.

Githens RP (2007). Older adults and e-learning: opportunities and barriers. Q Rev Distance Educ. 8(217):329–38.

Nef T, Ganea RL, Müri RM, Mosimann UP (2013). Social networking sites and older users: a systematic review. Int Psychogeriatr. 25(7):1041–53.

Withnall A (2008). Best practice approaches to policy and delivery of older people's learning: a review of the literature. Warwick: University of Warwick.



Bereich 5:
**Soziale Inklusion und
Nichtdiskriminierung**

Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung

Einführung

Jeder Mensch hat ein Recht auf Gesundheit, unabhängig von Geschlecht, Alter, Behinderung, psychischer Gesundheit, sozialer Stellung und ethnischer Zugehörigkeit. Dennoch bedrohen soziale Ausgrenzung, Isolation, schädliche Stereotypen, Diskriminierung und Misshandlung das gesunde Altern und vergrößern die Unterschiede bei der Chancengleichheit im Alter (WHO, 2015b). Soziale Ausgrenzung und Isolation können ältere Menschen, insbesondere diejenigen in den höchsten Altersgruppen, Frauen und Angehörige von Minderheitengruppen, in Situationen der Verletzlichkeit bringen und sie daran hindern, an der Gesellschaft teilzuhaben (WHO, 2007c).

In diesem Kapitel wird der fünfte Bereich des AFEE-Rahmens – soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung – vorgestellt. Dies ist der zweite von drei Bereichen, die sich mit der sozialen Dimension altersgerechter Kommunen befassen. Er entspricht dem Bereich „Respekt und soziale Inklusion“ im ursprünglichen globalen Leitfaden der WHO (WHO, 2007a), der sich auf unterschiedliche Erfahrungen von Missachtung und Ausgrenzung älterer Menschen bezog. Gestützt auf die wachsenden Erkenntnisgrundlagen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit stellt dieses Kapitel die soziale Inklusion in altersgerechten Städten in den Kontext der breiteren Debatte über gesundheitliche Chancengleichheit (SEKN, 2008).

Menschen, die sozial eingebunden sind, haben Zugang zu Ressourcen – wirtschaftlichen, sozialen und persönlichen – und nutzen diese Chancen. Sie können sich aktiv an Gesellschaft und Familie beteiligen und sind widerstands-

fähiger gegenüber Umweltstress und Krankheit. Im Gegensatz dazu erfahren sozial ausgegrenzte oder marginalisierte Personen oder Gruppen (oft mehrere) Benachteiligungen, die sowohl diesen Zugang zu den für die Gesundheit notwendigen sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen, politischen und ökologischen Ressourcen beschränken als auch ihre Lebensqualität beeinträchtigen können (Scharf, Phillipson und Smith, 2005a). Verwandte Konzepte, die für inklusive altersgerechte Umfelder relevant sind, sind soziales Kapital, soziale Netzwerke, generationsübergreifende Beziehungen und Maßnahmen, um diese für ältere Menschen zu verbessern: Auf all das wird in den folgenden Abschnitten eingegangen.

Aus den Konsultationen mit altersfreundlichen Städten ist deutlich geworden, dass es für die lokalen Akteure besonders schwierig ist, diejenigen älteren Menschen zu erreichen, die am bedürftigsten und von Benachteiligung oder sozialer Isolation bedroht sind. Im Vergleich zum globalen Leitfaden der WHO hat das AFEE-Projekt diesen Bereich daher um Fragen der gesundheitlichen Chancengleichheit und der sozialen Ausgrenzung erweitert, die Forscher und Praktiker in den letzten Jahren als wichtig identifiziert haben.

Ein wesentliches Merkmal des globalen Leitfadens der WHO (2007a) war der Schwerpunkt auf der Entwicklung eines altersgerechten Ansatzes aus einer gesamtstädtischen Perspektive. Die Forschung seit Mitte der 2000er Jahre konzentriert sich jedoch mindestens ebenso stark auf die Rolle einzelner Wohnbezirke (De Donder et al., 2013), und das Kapitel geht auf diese Ergebnisse ein.

Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen

Das Ziel von Interventionen in diesem Bereich ist, Umfelder zu schaffen, bei denen es sich um sozial inklusive Orte handelt, an denen alle Menschen – unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialer Stellung, Gesundheit oder Behinderung – respektiert werden und teilhaben und Beiträge leisten können. Um für mehr Chancengleichheit zu sorgen, ist es wichtig, bevölkerungsbezogene Interventionen durch gezielte Anstrengungen zu ergänzen, die auf die Menschen mit dem höchsten Risiko von schlechter Gesundheit und Ausgrenzung ausgerichtet sind, ihre spezifischen Bedürfnisse zu verstehen sowie ihre Gesundheit und ihre Lebensqualität zu fördern.

Auf allen Ebenen von Gesundheit sind soziale Ausgrenzung, negative Lebensereignisse und Isolation mit

negativen Gesundheitsergebnissen verbunden (WHO-Regionalbüro für Europa, 2013b). Die WHO definiert soziale Ausgrenzung und Verletzlichkeit als „dynamische, mehrdimensionale Prozesse, deren treibende Kräfte ungleiche Machtverhältnissen in vier Dimensionen sind“ (SEKN, 2008:2). Kasten 12 beschreibt die vom Social Exclusion Knowledge Network (SEKN) definierten vier Dimensionen der Ausgrenzung – die wirtschaftliche, politische, soziale und kulturelle – und fügt eine neue fünfte umweltbezogene Dimension hinzu. Diese schaffen ein Kontinuum von Inklusion/Ausgrenzung, das durch die ungerechte Verteilung von Ressourcen und ungleichen Zugang zu Fähigkeiten und Rechten gekennzeichnet ist, was in gesundheitlichen Ungleichgewichten resultiert.

Die Folgen der sozialen Ausgrenzung können schwerwiegend sein und zu großen Unterschieden bei Morbidität und Mortalität – etwa durch Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen –, Notfällen, Krankenhauseinweisungen

Kasten 12. Formen sozialer Ausgrenzung in höherem Alter

1. Die **soziale Dimension** besteht aus Nahbeziehungen zur Unterstützung und zur Solidarität (beispielsweise Freundschaft, Verwandtschaft, Familie, Nachbarschaft, Gemeinschaft ... soziale Bewegungen), die innerhalb von sozialen Systemen ein Zugehörigkeitsgefühl erzeugen. Entlang dieser Dimension werden soziale Bindungen gestärkt oder geschwächt (siehe die folgenden Abschnitte über soziales Kapital und den Zusammenhalt in Wohnbezirken sowie über generationsübergreifende Räume und Aktivitäten).
2. Die **politische Dimension** leitet sich aus der Machtdynamik in Beziehungen ab. Diese erzeugt ungleiche Muster sowohl formaler Rechte, die in Gesetzgebung, Verfassungen, Politiken und Praktiken verankert sind, als auch in den Bedingungen, unter denen Rechte wahrgenommen werden – einschließlich des Zugangs zu sauberem Wasser, sanitären Einrichtungen, Unterkünften, Verkehr, Energie und Dienstleistungen wie Gesundheitsversorgung, Bildung und Sozialschutz. Entlang dieser Dimension gibt es eine ungleiche Verteilung der Möglichkeiten, am öffentlichen Leben teilzunehmen, Wünsche und Interessen zum Ausdruck zu bringen, die eigenen Interessen berücksichtigt zu bekommen und Zugang zu Dienstleistungen zu erhalten (siehe auch das Kapitel zu Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung).
3. Die **kulturelle Dimension** erwächst aus dem Grad, in dem unterschiedliche Werte, Normen und Lebensweisen akzeptiert und respektiert werden. An einem Punkt entlang dieser Dimension wird Vielfalt in all ihrer Reichhaltigkeit akzeptiert, am anderen gibt es Situationen von Stigmatisierung und Diskriminierung (siehe den folgenden Abschnitt über Respekt und Nichtdiskriminierung).
4. Die **wirtschaftliche Dimension** entsteht aus dem Zugang zu und der Verteilung von für den Lebensunterhalt notwendigen materiellen Ressourcen (beispielsweise Einkommen, Beschäftigung, Wohnen, Grund und Boden, Arbeitsbedingungen, Lebensgrundlagen usw.) (siehe den folgenden Abschnitt zur Bekämpfung sozialer Ausgrenzung).
5. Die **Umweltdimension** wird durch die Wahrnehmung von integrativen und unterstützenden Umfeldern gebildet. Auch als „Ausschluss von Wohnbezirken“ bezeichnet, bezieht sie sich auf die Bindungen zwischen den Menschen und ihrer Umwelt und das Gefühl, Veränderungen, die die Kommune betreffen, beeinflussen zu können (siehe den folgenden Abschnitt zur Bekämpfung sozialer Ausgrenzung und das Kapitel zu Bereich 1: Öffentlicher Raum).

Quellen: 1–4: SEKN (2008); 5: Adaption von Scharf, Phillipson und Smith (2005b).

Die wichtigsten Fakten

- Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass städtische Umfeldler ältere Menschen einem erhöhten Risiko der Isolation und Einsamkeit aussetzen können (Scharf und De Jong Gierveld, 2008).
- Länderübergreifend variiert die soziale Situation älterer Menschen stark. Laut Eurostat, dem statistischen Amt der EU, lag 2013 das Risiko für in Armut oder sozialer Ausgrenzung lebende ab 65-Jährige zwischen 6,1% in den Niederlanden und 57,6% in Bulgarien. In einigen Ländern sind ältere Frauen und Kohorten der höchsten Altersgruppe im Allgemeinen deutlich höheren Risiken ausgesetzt (Eurostat, 2015d).
- Die soziale Ausgrenzung in ländlichen Gebieten und benachteiligten Innenstädten stellt besondere Herausforderungen dar (Scharf und Bartlam, 2008).
- Der soziale Zusammenhalt und das soziale Kapital unter Nachbarn können zu einem höheren Grad an sozialer Organisation einschließlich instrumenteller Unterstützung der Nachbarn führen, was zu höheren Niveaus des Wohlbefindens älterer Menschen beiträgt (Cramm, van Dijk und Nieboer, 2013).
- Laut Schätzungen der WHO aus dem Jahr 2011 hatten 4 Millionen ältere Menschen in der Europäischen Region körperliche Misshandlung, 29 Millionen psychische Misshandlung und 6 Millionen finanzielle Ausnutzung erlitten. Die Prävalenz von Misshandlung älterer Menschen in der Europäischen Region der WHO ist hoch (3%), und der Anteil von Menschen mit Behinderungen, kognitiver Beeinträchtigung und Abhängigkeit kann bis zu 25% betragen (Sethi et al., 2011).

und Wiedereinweisungen sowie psychischen Gesundheitsfolgen (beispielsweise Depressionen) bei älteren Menschen beitragen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2013b). Von sozialer Ausgrenzung zu ihren gesundheitlichen Folgen können direkte Wege führen – beispielsweise durch Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheits- und Versorgungssystemen – oder indirekte durch soziale Ausgrenzungsprozesse. Diese können sogar aus frühzeitigen Erfahrungen wie schlechter Ernährung, Arbeitsbedingungen oder Ähnlichem resultieren und einen Teufelskreis bilden (WHO-Regionalbüro für Europa, 2010).

Armut oder wirtschaftliche Ausgrenzung ist nur ein (wenn auch zentrales) Element der sozialen Ausgrenzung. Das Armutsrisiko für ältere Menschen in Europa wird durch die gebotenen Sozialleistungen und den Sozialschutz beeinflusst. In einigen Ländern der EU sind ältere Menschen einem größeren Risiko von Armut und Deprivation ausgesetzt als der Rest der Bevölkerung. Im Gegensatz dazu sind ältere Menschen in manchen Ländern im Vergleich zu anderen Altersgruppen in geringerem Maße von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen. In den meisten Ländern sind Frauen einem größeren Armutsrisiko und schwerwiegenderer materieller Deprivation ausgesetzt als Männer; dieser Unterschied ist bei der Generation über 65 Jahre deutlich größer als bei jüngeren Menschen (Eurostat, 2015d).

Soziale Isolation und Ausgrenzung im Alter sind oft mit Ausgrenzungsprozessen über den gesamten Lebens-

verlauf verbunden, beispielsweise mit Benachteiligungen und strukturellen Ungleichheiten in frühen Jahren und im Erwerbsalter. Konzepte in Städten sind häufig auf „ausgegrenzte“ Gruppen ausgerichtet, ein besseres Verständnis der dynamischen Prozesse, die zu Ungleichheiten führen, und der potenziellen Handlungsfähigkeit marginalisierter Menschen kann jedoch zu nachhaltigeren Konzepten führen. Diese konzentrieren sich auf die Auseinandersetzung mit den generativen Prozessen, die in soziale Beziehungen eingebettet sind, und auf die Unterstützung echter und uneingeschränkter Teilhabe der am stärksten marginalisierten Menschen, indem sie Herausforderungen identifizieren, Interventionen entwickeln und Beziehungen verändern (SEKN, 2008).

Die Forschung in diesen Bereichen weist jedoch noch viele Lücken auf: Ältere Menschen und Bevölkerungsgruppen, die anfällig für eine Vielzahl von Benachteiligungen sind, waren in einem Großteil der Literatur unterrepräsentiert (Levitas et al., 2007). Untersuchungen zur Umsetzung und Bewertung entsprechender altersgerechter Interventionen werden erst jetzt durchgeführt.

Die folgenden Abschnitte fassen einige der in der Literatur erforschten Wege zusammen, gefolgt von Praxisbeispielen aus Städten, die altersgerechter werden möchten. Sie fassen die wichtigsten Ansätze und Initiativen zusammen, die Forscher, Praktiker und altersgerechte Aktionspläne als relevant dafür eingestuft wurden, gegen soziale Ausgrenzung anzugehen, negative Stereotypen älterer Menschen

in Frage zu stellen und wirtschaftliche Ausgrenzung zu bekämpfen sowie den unterschiedlichen Bedürfnissen der verschiedenen Gruppen innerhalb der alternden Bevölkerung Rechnung zu tragen, die Widerstandsfähigkeit von Menschen und Wohnbezirken zu stärken und generationsübergreifende Aktivitäten und Räume zu fördern. Eine Tabelle am Ende des Kapitels enthält praktische Beispiele, die zeigen, wie Lokalverwaltungen Handlungsfelder in ihren Aktionsplänen operationalisiert haben.

Respekt und Nichtdiskriminierung

Etwa ein Viertel der älteren Menschen in Europa wird gelegentlich oder häufig aufgrund ihres Alters diskriminiert (van den Heuvel und van Santvoort, 2011). Große Unterschiede zwischen den Ländern zeigen jedoch, dass Altersdiskriminierung nicht unvermeidlich ist, sondern vielmehr durch kulturelle, politische und soziale Kontexte und Interventionen beeinflussbar ist (Eurostat, 2015d).

Altersdiskriminierung bedeutet „Stereotypisierung und Diskriminierung von Personen oder Gruppen aufgrund ihres Alters; Altersdiskriminierung kann viele Formen annehmen, einschließlich voreingenommener Einstellungen, diskriminierender Praktiken oder institutioneller Strategien und Praktiken, die stereotype Überzeugungen aufrechterhalten.“

WHO (2015b:226)

Altersdiskriminierung und Stereotypen können ältere Menschen daran hindern, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen und ihr Potenzial voll auszuschöpfen; sie können sogar zu Menschenrechtsverletzungen, Vernachlässigung von Pflegebedarf oder Misshandlung führen. Diskriminierung in Form von Altersdiskriminierung verdeckt das Verständnis von Alterungsprozessen und prägt Verhaltensmuster sowohl bei älteren Menschen als auch in der Gesellschaft insgesamt, die einen negativen Einfluss auf gesundes und aktives Altern haben (WHO, 2015b).

Altersdiskriminierung ist weit verbreitet, weithin akzeptiert und wird weitgehend übersehen (Abrams et al., 2011). Zu den Folgen von Altersdiskriminierung zählen negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die psychische Gesundheit älterer Menschen, Alterssegregation, Herz-Kreislauf-Belastungen, frühe Unterbringung in Einrichtungen, Autonomieverlust und als verheerendste: Misshandlung älterer Menschen (WHO, 2015b).

Positivere Bilder von älteren Menschen und dem Altern zu fördern, ist eine der am häufigsten verwendeten Strategien lokaler Behörden, um Respekt zu fördern und Altersdiskriminierung zu bekämpfen.

Eine wichtige Aufgabe für altersgerechte Umfeldler besteht darin, die Mythen über das Altern und die negativen Ansichten älterer Menschen zu zerstreuen (Ritsatakis, 2008). Ältere Menschen sind eine große Ressource für lokale Gemeinschaften und Wohnbezirke und auch sehr vielfältig. Es ist wichtig, das Bewusstsein für die Vielfalt älterer Menschen zu schärfen und ihre reiche Erfahrung und ihre Beiträge zur Gesellschaft im Allgemeinen wertzuschätzen (WHO, 2015b). Für die Bemühungen, gute Beispiele für die Bekämpfung von Altersdiskriminierung und Stereotypen des Alterns zu geben, sind Sozialmarketing und die Förderung der Rolle der Kommune von großer Bedeutung.

Negative Stereotypen sind nicht unbedingt ein bewusster oder absichtlicher Ausschluss älterer Menschen, sondern können einfach ein Ergebnis davon sein, wie Menschen andere Menschen kategorisieren. Diskriminierung aufgrund des Alters ist oft subtil und kann aus gut gemeinten, aber herablassenden Äußerungen oder mangelndem Bewusstsein entstehen.

Daten aus der Europäischen Sozialstudie zeigten, dass in den teilnehmenden Ländern bei älteren Menschen (über 70 Jahre) unter anderem die Wahrscheinlichkeit am geringsten war, dass sie als kompetent wahrgenommen werden, und dass sie im Vergleich zu anderen Altersgruppen den niedrigsten sozialen Status hatten. Wie die Erhebung auch zeigte, war bei Menschen über 70 Jahre die Wahrscheinlichkeit höher als bei anderen Altersgruppen, dass sie mit Mitleid betrachtet wurden; fast genauso hoch war jedoch auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit Bewunderung betrachtet wurden (Abrams et al., 2011). Die Englische Längsschnittstudie zum Alterungsprozess (ELSA) ergab, dass spezifische soziodemografische Merkmale wie Alter, niedrigeres Haushaltsvermögen, Hochschulbildung und Ruhestand oder Nichtbeschäftigung mit wahrgenommener Altersdiskriminierung im Alter verbunden sind (Rippon et al., 2014). Um Altersdiskriminierung zu bekämpfen, muss anderen Stigmata, die parallel dazu existieren können, wie beispielsweise die Stigmatisierung von Demenz oder Inkontinenz, die verschiedene Altersgruppen betreffen kann (WHO, 2015b), entgegengewirkt werden.

Auf internationaler und nationaler Ebene angenommene Übereinkommen und Chartas fördern die Grundsätze der Chancengleichheit und schützen die Rechte der Bürger.

Die Zweite Weltversammlung der Vereinten Nationen über das Altern hat die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen anerkannt, was unter anderem in der Erklärung von

Toronto über die weltweite Prävention von Misshandlung älterer Menschen (WHO, 2002c) resultierte. 2010 richtete die Generalversammlung der Vereinten Nationen eine offene Arbeitsgruppe zur Stärkung des Schutzes der Menschenrechte älterer Menschen ein, der alle Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen angehören. Diese Gruppe identifizierte bestehende Defizite beim Schutz der Rechte älterer Menschen, was zu einer laufenden Diskussion über die Entwicklung eines internationalen Rechtsinstruments zur Förderung und zum Schutz der Rechte und der Würde älterer Menschen führte. Vor diesem Hintergrund wurden andere regionale und lokale Chartas und Rahmen entwickelt, die lokalen Akteuren als Anregung dienen können.

Um Misshandlung, Vernachlässigung und Betrug älterer Menschen zu verhindern und wirksam darauf zu reagieren, bedarf es eines Ansatzes im Bereich der öffentlichen Gesundheit und evidenzbasierter Interventionen.

Eine Reihe lokaler Behörden hat Materialiensammlungen für Sensibilisierungsschulungen und Mentoring-Programme zum Thema Misshandlung älterer Menschen entwickelt. Beispielsweise hat das Zentrum für Interessenvertretung und Unterstützung älterer Menschen von British Columbia ein dreijähriges Projekt entwickelt, das den Kommunen in der kanadischen Provinz helfen soll, von ehrenamtlich Tätigen getragene Programme für ältere Menschen zu entwickeln, die es älteren Menschen ermöglichen, andere ältere Menschen über Misshandlung älterer Menschen zu informieren (BC Centre for Elder Advocacy and Support, 2012).

Ein Mangel an qualitativ hochwertigen Evaluationsstudien schränkt die verfügbaren Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von Misshandlung älterer Menschen ein. Es gibt jedoch einige vielversprechende Programme sowohl auf der Bevölkerungsebene als auch in der Form solcher, die gezielt auf Opfer und potenzielle Täter ausgerichtet sind. Zu den Ansätzen für Interventionen zählen diejenigen, die darauf abzielen, Risikofaktoren für Misshandlung durch die Veränderung von Einstellung gegenüber älteren Menschen, gegenüber denjenigen, die die Unterstützung und die psychische Gesundheit von Betreuern und Pflegekräften verbessern, und gegenüber denjenigen, die die soziale Unterstützung stärken, zu verringern (Sethi et al., 2011; WHO, 2016a). Wo immer möglich, sollten Programme und Interventionen sorgfältig überwacht und evaluiert und die Ergebnisse zwischen Kommunen ausgetauscht werden.

Die Weitergabe von befähigenden Kompetenzen, Erfahrungen und Wissen – auch von der älteren zur

jüngeren Generation – kann zur Solidarität zwischen den Generationen beitragen.

Auch wenn viele Interventionen zugunsten altersgerechter Umfeldler gleichzeitig jüngeren und älteren Bevölkerungsgruppen zugutekommen, stehen unterschiedliche Generationen und Gruppen innerhalb der älteren Bevölkerung vor gegensätzlichen Problemen. Es wurde behauptet, dass das rasche Wachstum der älteren Bevölkerung und die verstärkten Bemühungen, den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden, Vorurteile gegen ältere Menschen auslösen und Probleme im Zusammenhang mit der Gerechtigkeit zwischen den Generationen aufwerfen könnten (North und Fiske, 2013). Eine Studie ergab auch, dass der mit der Gentrifizierung verbundene Druck die Unterschiede zwischen den Altersgruppen verschärft (Lager, van Hoven und Meijering, 2012).

Zudem darf es nicht so sein, dass die Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen in altersgerechten Umfeldern zu Lasten anderer Gruppen erfolgt. Kontakte zwischen verschiedenen Altersgruppen können Vorurteile abbauen, und ältere Menschen, die positiven Kontakt zu jungen Menschen haben, können ihr Selbstwertgefühl verbessern und werden wahrscheinlicher vor den negativen Auswirkungen von Stereotypen gegen ihre Altersgruppe geschützt (Christian et al., 2014). Um inklusive und nachhaltige Umfeldler zu schaffen, müssen die Bedürfnisse der unterschiedlichen Generationen in lokalen Kontexten berücksichtigt werden, und es muss ein besserer Austausch zwischen den verschiedenen sozialen Gruppen ermöglicht werden.

Soziale Ausgrenzung bekämpfen

Es bedarf neuer und konzertierter Anstrengungen, um die wirtschaftliche Ausgrenzung zu bekämpfen und für altersgerechte Umfeldler gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

Altersgerechte Umfeldler erfordern eine Antwort auf die höchst ungleichen Kontexte, die ältere Menschen in ihren lokalen Umfeldern erfahren. Beispielsweise können ältere Menschen, die in Gebieten konzertierter Armut leben, eine Vielzahl von ineinandergreifenden Nachteilen erleiden. Um Ausgrenzungszyklen zu bekämpfen, müssen Partnerschaften geschlossen werden, die von Bemühungen lokaler Behörden dahingehend unterstützt werden, die räumlichen Dimensionen gesunden Alterns zu verstehen, die Befähigung älterer Menschen sowie Betreuungs- und Pflegepersonen aktiv zu unterstützen und die unterschiedlichen Formen der Erbringung von Wohlfahrtsleistungen zu mobilisieren.

Weil finanzielle Sicherheit eine wichtige Determinante für Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Wohlbefinden ist, ist es von entscheidender Bedeutung, die Verarmung älterer Menschen zu verhindern.

Der Ausschluss von materiellen Ressourcen und sehr niedrige Einkommen können das Leben älterer Menschen einschränken und Hindernisse für ein gesundes Altern schaffen. Wirtschaftliche Ausgrenzung ist eng mit anderen Formen der Ausgrenzung verbunden, die soziale Beziehungen, Bürgerbeteiligung, Dienstleistungen und Gesundheitsversorgung betreffen (Scharf, Phillipson und Smith, 2005b). Untersuchungen haben gezeigt, dass Armut (insbesondere in Verbindung mit Krankheit oder Behinderung) die Teilnahme älterer Menschen an Gemeinschaftsaktivitäten behindert (Barrett und McGoldrick, 2013). In schlechten Wohnverhältnissen zu leben, ist ein möglicher Indikator für materielle Benachteiligung und hat einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen (siehe das Kapitel zu Bereich 3: Wohnen).

Um die Bewertungen wirtschaftlicher Ausgrenzung zu erweitern, wurde vorgeschlagen, den gesundheitlichen und sozialen Bedarf von Menschen zu erheben.

Bei der Berechnung des Mindesteinkommens wird der gesundheitliche Bedarf häufig nicht berücksichtigt. Um dieses Defizit zu beseitigen, wurde vorgeschlagen, ein für ein gesundes Leben erforderliches Mindesteinkommen zu definieren, das die für eine gesunde Ernährung notwendigen Mittel und die Kosten für körperliche Betätigung einschließt (Morris et al., 2000, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012b). Berücksichtigt werden sollen auch soziale Normen und Erwartungen, indem die Kosten für soziale Integration und Unterstützungsnetze wie Telefon, Fernsehen und Geschenke einbezogen werden (Hartfree, Hirsch und Sutton, 2013).

Ungleichheiten innerhalb von und zwischen Wohnbezirken zu überwachen und zu verstehen, hilft politischen Entscheidungsträgern, Maßnahmen auf Gruppen älterer Menschen auszurichten, die unterstützende Umfelder am dringendsten benötigen.

Ältere Menschen in benachteiligten Gebieten können in mehreren Dimensionen besonders von sozialer Ausgrenzung bedroht sein (Day, 2008). In der Veröffentlichung *Fair society, healthy lives: the Marmot Review* wurde der Umstand hervorgehoben, dass es 45% der Menschen, die in den am stärksten benachteiligten Gebieten Englands leben, entweder in einem gewissen oder in einem

gravierenden Maß an Unterstützung mangelte, verglichen mit 35% in den am wenigsten benachteiligten Gebieten (Marmot Review Team, 2010).

Es mehren sich die Hinweise, dass Ausgrenzung räumlich tendenziell an Orten wie benachteiligten Innenstadtbereichen konzentriert ist (EUROCITIES, 2009). Diese Ungleichheiten müssen überwacht und Ressourcen müssen zur Verfügung gestellt werden, um in sozioökonomisch benachteiligten Gebieten schlimmere Umweltauswirkungen auf ältere Menschen zu vermeiden (Day, 2008; Smith, 2009). Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass der Zugang von Wohnbezirken zum Verkehr mit sozialer Ausgrenzung verbunden sein kann. Interventionen und Konzepte zur Verbesserung des Zugangs und des öffentlichen Verkehrs zu bestimmten Wohnbezirken (siehe Kapitel 2: Verkehr und Mobilität) können daher für die Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung von großer Bedeutung sein (Lucas, 2012). Dies gilt insbesondere für ländliche oder abgelegene Gebiete (Kasten 13).

Schnelle soziale und wirtschaftliche Veränderungen in Wohnbezirken oder negative Erfahrungen in der eigenen Wohnung und außerhalb davon können jedoch Wendepunkte sein, die das Vertrauen älterer Menschen in ihren Wohnbezirk untergraben können (Scharf, Phillipson und Smith, 2005a). Diese Ergebnisse spiegeln die Bindungen älterer Menschen an ihren Wohnbezirk wider, können aber auch mit dem Gefühl verbunden sein, die Art der Veränderungen, die ihre Gemeinschaften betreffen (Smith, 2009), nicht beeinflussen zu können – was in einem Zusammenhang mit der ökologischen Dimension der sozialen Ausgrenzung steht.

Verstädterung und sozialer Wandel können zusätzliche Umweltbelastungen mit sich bringen, die zu einer raschen Fluktuation der Bewohner, zu Änderungen der Wohnungspreise, zur Schließung von Einrichtungen und zur Einstellung lokaler Dienstleistungen führen können, wovon ältere Menschen besonders betroffen sein können. Auch hier gibt es Hinweise auf eine Überschneidung zwischen sozial ausgegrenzten Menschen und sozial ausgeschlossenen Orten (Forrest, 2004).

Wie unterschiedliche Studien in Westeuropa zeigen, leben viele ältere Menschen seit vielen Jahren im selben Wohnbezirk und entwickeln Bindungen daran. Entwicklungen, die zum Ausschluss von Wohnbezirken führen, können daher in Bezug auf den Lebensverlauf der Menschen betrachtet werden. Ältere Menschen, die seit vielen Jahren in ihren Kommunen leben, reagieren besonders empfindlich auf die wahrgenommene Verschlechterung ihres

Kasten 13. Gesundes Altern und soziale Ausgrenzung in ländlichen Gebieten

Eine empirische Studie, die in zehn ländlichen Gemeinden in der Republik Irland und Nordirland durchgeführt wurde, trug dazu bei, Erkenntnisse über soziale Ausgrenzung in ländlichen Gebieten zu gewinnen. In Tiefeninterviews und Fokusgruppen mit kommunalen Akteuren und älteren Menschen wurden fünf sich überschneidende Dimensionen identifiziert, die für die soziale Ausgrenzung im Alter in ländlichen Gebieten charakteristisch sind:

- soziale Verbindungen und soziale Ressourcen;
- Dienstleistungen;
- Verkehr und Mobilität;
- Sicherheit, Geborgenheit und Kriminalität;
- Einkommen und finanzielle Ressourcen.

Die Ausgrenzung kann auch von der Kommune selbst ausgehen. Dies kann durch Ausgabenkürzungen im Zusammenhang mit Sparmaßnahmen, reduzierte Dienstleistungen und demografischem Druck verschärft werden, die der Altersgerechtigkeit abträglich sind. Die Ausgrenzung kann jedoch durch individuelle Kapazitäten (Gefühl von Handlungsfähigkeit und Unabhängigkeit) abgeschwächt werden, und informelle Unterstützung und Leistungserbringung in der Kommune, gestützt auf enge Verbindungen und Zusammenarbeit zwischen allen möglichen Akteuren, können den Mangel an formalen Dienstleistungen teilweise ausgleichen.

Quellen: Walsh, O'Shea und Scharf (2012); Walsh et al.

lokalen Umfelds oder anderer allgemeinerer Formen sozialen Wandels wie beispielsweise Gentrifizierung oder andere Veränderungen der sozialen Zusammensetzung in ihrem Wohnbezirk. Diese können sich in negativen Wahrnehmungen des Wohnbezirks manifestieren, die über den Zeitverlauf langsam zum Ausdruck kommen.

Die Forschung mit dem Ziel, die Auswirkungen des sozialen Wandels in Wohnbezirken, die Erfahrungen von Inklusion und Ausgrenzung sowie die Bedürfnisse älterer Menschen zu verstehen, die in benachteiligten Kommunen altern, steht jedoch erst am Anfang. Es muss mehr getan werden, um die komplexen Dynamiken zwischen Ausgrenzung, Altern, Teilhabe und Gesundheit zu verstehen.

Der Ausschluss von Wohnbezirken kann nicht nur diejenigen Menschen betreffen, die in benachteiligten Gebieten älter werden, sondern auch eine Folge von Einkommensungleichheiten innerhalb von Wohnbezirken sein. Eine niederländische Studie zeigte, dass Diskrepanzen zwischen dem individuellen Einkommen und dem Status eines Wohnbezirks eine Rolle spielen: Ältere Erwachsene mit niedrigem Einkommen, die in angesehenen Wohnbezirken lebten, hatten eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit und waren einsamer als Erwachsene mit niedrigem Einkommen, die in weniger vornehmen Wohnbezirken lebten (Deeg und Thomése, 2005).

Gezielte Maßnahmen für Personen in Situationen der Verletzlichkeit

Für die unterschiedlichen Gruppen innerhalb der älteren Bevölkerung müssen Strategien entwickelt und zielgruppengenau zugeschnitten werden (Buffel, Phillipson und Scharf, 2013). Um die soziale Ausgrenzung zu bekämpfen, müssen die lokalen Behörden herausfinden, welche Gruppen älterer Menschen in ihren Kommunen ein erhöhtes Risiko sozialer Ausgrenzung haben. Zu den vorgeschlagenen Ansätzen zur Lösung dieses Problems zählte, deren spezifische Bedürfnisse und Aktivposten zu verstehen und eine stärkere Beteiligung der Gemeinschaft an der Lösungsfindung. Der Prozess der lokalen Verhandlung zwischen Interessenvertretern der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen kann konzeptionell unterstützt und angeregt werden. Eine Vermittlerrolle könnte auch erforderlich sein, um sicherzustellen, dass die Stimmen älterer Menschen, die über begrenzte Möglichkeiten verfügen oder weniger Erfahrung damit haben, sich zu Wort zu melden, gehört werden und ihre Handlungsfähigkeit gefördert wird.

Zu den Gruppen in Situationen der Verletzlichkeit in Kommunen zählen diejenigen, die bereits zu einem gewissen Grad gebrechlich sind, und Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Gebrechlichkeit entwickelt sich als eine Folge kumulativer physiologischer Veränderungen über den Lebensverlauf

und manifestiert sich als altersbedingte, stark erhöhte Anfälligkeit gegenüber endogenen und exogenen Stressoren, die Betroffene einem höheren Risiko negativer gesundheitsbezogener Ergebnisse aussetzen (WHO 2015b; siehe auch Glossar). Gebrechlichkeit ist ein praktisches Konzept, das die Aufmerksamkeit von einer bestimmten Krankheit auf eine stärker personenzentrierte Bewertung eines ganzheitlichen Zustandes der Verletzlichkeit lenkt.

Obwohl Gebrechlichkeit mit dem Alter korreliert, kann sie ein nützlicher Indikator sein, um die Risiken und Anfälligkeiten älterer Menschen zu bewerten (Duarte, Paul und Martin, 2013). Gebrechlichkeit erhöht das Risiko von negativen Folgen wie Stürzen, Verschlechterung der Mobilität, Behinderung, Krankenhausaufenthalt und Tod (Fried et al., 2001). Bei vielen älteren Einwohnern von Kommunen treten einige Symptome von Gebrechlichkeit auf; bei etwa 1 von 10 Menschen im Alter von über 70 Jahren und 1 von 4 Menschen im Alter von über 85 Jahren zeigt sich ein spürbares Maß an Gebrechlichkeit einschließlich aller fünf Indikatoren (unbeabsichtigter Gewichtsverlust, Erschöpfung laut Eigeneinschätzung, niedriger Energieverbrauch, langsame Gangart und geringe Greifstärke (Clegg et al., 2013).

In klinischen Studien wurden mehrere Ansätze zur Verringerung der Gebrechlichkeit untersucht, darunter komplexe Interventionen auf der Grundlage einer umfassenden geriatrischen Beurteilung älterer Menschen in der Kommune einschließlich häuslicher und gruppenbasierter Trainingsprogramme. Solche Interventionen können die Wahrscheinlichkeit erhöhen, weiterhin zu Hause zu leben, und Stürze reduzieren (siehe Einführung für eine breitere Diskussion über Maßnahmen zur Sturzprävention).

Altersfreundliche Kommunen stehen vor der Herausforderung, Demenz zu verstehen und das öffentliche Bewusstsein zu schärfen, um die soziale Integration von Menschen mit Demenz und ihren Betreuern zu fördern.

Zwischen 70% und 90% der Menschen mit Demenz leben in der Kommune zu Hause, wobei sie meist von einem weiblichen Familienmitglied betreut werden (WHO, 2012b). Weil sich Menschen mit Demenz oft am sichersten in der unmittelbaren Umgebung ihrer Wohnung fühlen, ist in ganz Europa ein großes Arbeitsfeld rund um „demenzfreundliche Wohnbezirke“ entstanden. Die Literatur zu diesem Thema ist sehr dynamisch und kann konkretere Hinweise für die Anstrengungen von Kommunen bieten. Die WHO hat eine globale Beobachtungsstelle für Demenz eingerichtet, die einen Einstiegspunkt für den weiteren Informationsaustausch bietet (WHO, 2015d).

In Kommunen soziales Kapital und inklusive Institutionen und Kapazitäten aufzubauen, kann in wichtigen Synergiepunkten resultieren, mit denen altersgerechte Kommunen sicherstellen können, dass Menschen mit Demenz nicht ausgeschlossen werden. Demenzfreundliche Kommunen können jedoch auch vom breiteren Ansatz der altersgerechten Kommunen profitieren, um sicherzustellen, dass sie den Nutzen von Maßnahmen für die größere alternde Bevölkerung ausschöpfen und den Beitrag schätzen, den jeder Bürger leistet, was auch einschließt, Stereotypen über Demenz zu bekämpfen (Kasten 14). Hierzu ist es auch notwendig, Menschen mit Demenz zu konsultieren, um sie nicht von der Meinungsäußerung auszuschließen und ihnen zu ermöglichen, weiterhin einen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Zusammenkünfte von Menschen mit Demenz und ihren Familien und Freunden in einem Alzheimer-Café sind ein Beispiel für Maßnahmen, die durch gesellschaftliches Engagement zur Entstigmatisierung beitragen können.

Demenzfreundliche Kommunen sind „Kommunen, die ein hohes Maß an öffentlichem Bewusstsein für Demenz zeigen und sowohl den damit lebenden Menschen als auch ihren Betreuern Unterstützung und Verständnis bieten können. Diese Kommunen verhalten sich letztlich inklusiver gegenüber Menschen mit Demenz und helfen ihnen, Unabhängigkeit und Kontrolle in ihrem Leben zu bewahren.“

Haggarty et al. (2013:3)

Wichtige Dimensionen, um Menschen mit Demenz zu unterscheiden, sind das räumliche Umfeld, lokale Einrichtungen (siehe die Bereiche 1–3), unterstützende Dienstleistungen (siehe Bereich 8), soziale Netzwerke und lokale Gruppen (siehe Bereich 4) (Crampton, Dean und Eley, 2012). Bei vielen Arten von Interventionen, die demenzfreundliche Kommunen fördern, fehlt jedoch bisher eine systematische Bewertung (Keady et al., 2012).

Migration hat einen großen Einfluss darauf, wie Menschen altern. Sie ist jedoch immer noch wenig verstanden, sowohl in Bezug auf die Frage, wie ethnische Vielfalt älterer Menschen in unterschiedlichen Bedürfnissen resultiert, als auch hinsichtlich der geografischen Muster der Migration unterschiedlicher Altersgruppen und ihrer Auswirkungen auf die Demografie altersgerechter Umfelder.

Die ethnische und kulturelle Vielfalt in alternden Bevölkerungen ist für viele städtische Gebiete in der Europäischen Region ein wichtiges Thema, und den unterschiedlichen Erfahrungen ethnischer und kultureller Gruppen in der älteren Migrantenbevölkerung besser Rechnung zu tragen. Ältere Menschen (aus einer Reihe von ethnischen Gruppen)

Kasten 14. Demenzgerechte Kommunen bekämpfen Stereotypen über Demenz

Städte und Gemeinden können eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung von Stereotypen, Mythen und negativen Ansichten im Zusammenhang mit Demenz spielen. Sie können dazu beitragen, das Bewusstsein und das Verständnis für Demenz in der Bevölkerung zu schärfen, um die Inklusion von Menschen mit Demenz in die Kommune zu verbessern, sodass diese sich stärker als Teil der Kommune empfinden. In Schottland (Vereinigtes Königreich) organisiert Alzheimer Scotland beispielsweise jedes Jahr die Woche der Förderung des Bewusstseins für Demenz, um auf die Verringerung der Stigmatisierung und die Sensibilisierung für diese Krankheit hinzuwirken.

Informationen über Demenz müssen gezielt vermittelt werden, um die gesamte Kommune einschließlich Gesundheitskräften, Pflegekräften, Familien und der allgemeinen Bevölkerung zu erreichen und ihren Sorgen Rechnung zu tragen. Dies umfasst zunehmend auch die demenzspezifische Kundendienstschulungen, die für Erbringer von Dienstleistungen und Unternehmen in der Kommune wie Banken, Bibliotheken und Geschäfte angeboten werden. Das Personal wird geschult, Symptome von Demenz zu erkennen und respektvoll und aufgeschlossen auf Menschen mit Demenz zuzugehen.

In Brügge (Belgien) beispielsweise wird das Symbol eines geknoteten Taschentuchs in den Schaufenstern der lokalen Geschäfte angebracht, um Menschen mit Demenz zu signalisieren, dass sie dort empathisch aufgenommen werden. Im Vereinigten Königreich wurden spezifische Leitlinien erstellt, um die Rolle der Kommunalräte bei der Verbesserung der Lebensumstände von Menschen mit Demenz zu stärken.

Quellen: Alzheimer's Society (2013); Alzheimer Scotland (2014); Alzheimer's Disease International (2013); Local Government Association (2015).

können eine unterschiedliche Migrationserfahrung haben (Phillipson, 2015):

- als Migranten der ersten Generation, die in ihrer zweiten Heimat alt werden (Burholt, 2004);
- als Migranten, die zwischen auf verschiedenen Kontinenten lebenden Familien hin und her pendeln (Lager, van Hoven und Meijering, 2012; Victor, Martin und Zubair, 2012);
- als zurückgelassene Gruppe, die den Verlust jüngerer Generationen bewältigen muss (Vullnetari und King, 2008);
- als Menschen, die transnationale Pflege organisieren müssen (Baldassar, 2007);
- als in ihr Herkunftsland zurückgekehrte Migranten (Percival, 2013).

Migrationsmuster unterschiedlicher Altersgruppen können zu spezifischen lokalen Mustern und Herausforderungen der sozialen Ausgrenzung führen.

In manchen geografischen Gebieten gibt es spezielle Migrationsmuster. Beispielsweise bestehen besondere Herausforderungen in ländlichen Gebieten, aus denen junge Menschen weggezogen sind, was in einer höheren Konzentration älterer Menschen resultiert. Andererseits zieht eine bestimmte Zahl älterer Menschen, wenn sie sich dem Rentenalter nähern, für den Ruhestand aus der Stadt

in kleinere, attraktive Kommunen um und lässt so genannte „natürlich vorkommende Ruhestandsgemeinden“ entstehen. Manche dieser älteren Migranten laufen Gefahr, von sozialer Ausgrenzung und sozialen Unterstützungslücken betroffen zu werden, wenn sie gebrechlich oder verletzlicher werden (Hall und Hardill, 2014).

In der Stadt verbleibende ältere Menschen sind in der Regel ärmer und riskieren soziale Ausgrenzung. Die Migration älterer Menschen erfolgt auch in umgekehrter Richtung vom Land und aus den Vororten in das Stadtzentrum. Wenn die Kinder das Haus verlassen haben und das Familienhaus und der Garten zu groß geworden sind und es lästig wird, sie in Ordnung zu halten, kann für ältere Menschen die Vorstellung reizvoll sein, in die Innenstadt zu ziehen und dort leichter Zugang zu verschiedenen Dienstleistungen zu haben, wo sie ohne Auto unabhängiger und in größerer Nähe zu Angehörigen und Einrichtungen sind. Auch hier sind die Einflüsse auf den Wunsch eines älteren Menschen, an Ort und Stelle zu altern oder umzuziehen, noch nicht gut verstanden (Smith, 2009); und Gleiches gilt für die Auswirkungen auf die älteren Menschen, die in bestimmten Vororten oder kleineren Städten wohnen bleiben.

Die Vielfalt der älteren Menschen, einschließlich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern,

bestimmt die Möglichkeiten für gesundes Altern, die besser verstanden werden müssen.

Bei der Förderung sozial inklusiver Ansätze zum städtischen Raum müssen die unterschiedlichen Erfahrungen von Männern und Frauen und von unterschiedlichen ethnischen Gruppen – seien sie Migranten oder nicht – berücksichtigt werden. Geschlechterdimensionen zeigen Unterschiede in den Bedürfnissen und Möglichkeiten für gesundes Altern sowie Unterschiede in der Nutzung und Erfahrung von lokalen Räumen auf. Beispielsweise ist die Rolle der Frau als Betreuerin sowohl für jüngere als auch für ältere Generationen traditionell eine Frauenrolle, was Frauen über den gesamten Lebensverlauf einem größeren Risiko der wirtschaftlichen Ausgrenzung aussetzt (siehe das Kapitel zu Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen).

Trotz veränderter Geschlechterrollen und einer stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen bleiben die Unterschiede bei der finanziellen Sicherheit zwischen Frauen und Männern bis ins hohe Alter bestehen. Die Suche nach nachhaltigen Pflege- und Betreuungsmodellen, die Frauen nicht höherem Druck und der Gefahr sozialer Ausgrenzung aussetzen, ist daher eine wichtige politische Herausforderung.

Darüber hinaus können im städtischen Raum soziale Barrieren für die Teilhabe entstehen, die sich für Männer und Frauen unterscheiden. Dies lässt sich anhand von Forschungen an in Brüssel und Manchester lebenden Migrantinnen aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen veranschaulichen, die zeigten, dass ältere Frauen auf der Grundlage ihrer Wahrnehmung von Sicherheit oder Gefahr Strategien entwickelt hatten, um sich in räumlichen Umfeldern zu bewegen (Buffel und Phillipson, 2011; De Donder et al., 2012). Die Ängste älterer Frauen im öffentlichen Raum basierten in erster Linie auf Gefühlen der Verletzlichkeit gegenüber unbekanntem Männern, „Fremden“ oder Jugendgruppen, die als „einschüchternd“ empfunden wurden. In einer Studie über südasiatische Gemeinschaften im Südosten Englands vertraten Victor, Martin und Zubair (2012) die Auffassung, dass die geschlechtsspezifisch determinierte Nutzung von Räumen Frauen im mittleren und höheren Alter einem größeren Risiko der Isolation aussetzen könnte. In qualitativen Interviews mit Angehörigen diverser Migrantengruppen in England und Brüssel wurden auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Nutzung des öffentlichen Raums festgestellt (Buffel, Phillipson und Scharf, 2013). Beispielsweise treffen sich ältere Migranten eher informell mit befreundeten Angehörigen des gleichen Geschlechts im Freien als Migrantinnen.

Einige Forschungsarbeiten zu den unterschiedlichen Bedürfnissen und Erfahrungen des Alterns bei älteren lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgener Erwachsenen (McCann et al., 2013) sind im Gange, aber das Thema ist noch wenig erforscht. Eine qualitative Studie in Manchester konzentrierte sich auf ältere Menschen (ab 50 Jahren) in den lesbischen, schwulen und bisexuellen Gemeinschaften und berichtete über Gebiete im Stadtzentrum, in denen Menschen homophobe Hassverbrechen erlebt hatten. Auskunftgebende machten aber auch auf Örtlichkeiten und Veranstaltungsstätten (wie Kunst- und Kulturzentren) aufmerksam, die unterschiedliche Lebensstile und Identitäten eher akzeptierten (LGBT Foundation, 2015).

Sozialkapital und Zusammenhalt im Wohnbezirk

Das Sozialkapital spielt eine wichtige Rolle bei der Unterstützung altersgerechter Umfeldler sowie bei der Prävention und Minderung der schädlichen Auswirkungen sozialer Ausgrenzung. Ein gemeinsames Thema in der Literatur ist der soziale Zusammenhalt, wobei es darum geht, inwieweit Kommunen mit starken Normen für Vertrauen und Gegenseitigkeit mehr soziale Teilhabe fördern, die in höherer Lebensqualität und verbessertem psychischem und physischem Wohlbefinden resultiert (Rocco und Suhrcke, 2012).

Es ist wichtig, dass politische Entscheidungsträger nicht nur die sozioökonomischen Merkmale von Personen, sondern auch die Kontexte ihres Alltags und die Stärke der Gemeinschaftsbeziehungen berücksichtigen.

Einem WHO-Bericht über psychische Gesundheit, Widerstandsfähigkeit und Ungleichheiten zufolge können hohe Niveaus an sozialem Kapital einige der Auswirkungen von Stress oder Widrigkeiten ausgleichen (Friedli, 2009). Gleichzeitig mindern Deprivation und Ungleichheiten die für gute psychische Gesundheit und soziale Beziehungen erforderlichen Ressourcen. Sozial ausgegrenzt und isoliert zu sein, kann eine Fortsetzung langjähriger schwieriger Beziehungen zu anderen Menschen oder eine Folge bestimmter Lebensereignisse, des Auftretens chronischer Krankheiten oder altersbedingter Verluste (beispielsweise Verlust der geehelichten Person oder enger Freunde) sein.

Eine Studie aus Rotterdam ergab, dass alleinstehende und ärmere ältere Menschen ein geringeres Wohlbefinden aufwiesen als solche, die bessergestellt und verheiratet waren. Dies wurde jedoch durch Merkmale des Wohnbezirks teilweise ausgeglichen, wobei gemeindenaher

Dienstleistungen, soziales Kapital und sozialer Zusammenhalt als Puffer gegen die negativen Auswirkungen von Armut und begrenzten sozialen Bindungen fungierten. Gute soziale Beziehungen und Engagement im Gemeinschaftsleben sind Voraussetzungen für positive psychische Gesundheit (Cramm, van Dijk und Nieboer, 2013).

Die Bemühungen, ausgegrenzte und isolierte Personen zu erreichen, müssen sorgfältig zwischen den verschiedenen sozialen Akteuren und Diensten koordiniert werden, und Evaluierungen sind diesbezüglich nützlich.

Unfreiwilliger Ausschluss aus sozialen Beziehungen und Einsamkeit können einen starken negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen haben. Bedeutende Lebensereignisse wie der Verlust eines Partners und andere schmerzliche Verluste können das Risiko erhöhen, sozial ausgegrenzt zu werden. Schmerzliche Verluste sind nachweislich auch ein wichtiger Risikofaktor für Depressionen bei älteren Menschen in der Kommune. Soziale Isolation bringt oft andere Formen von Nachteilen mit sich, die zu Mehrfachformen von Ausgrenzung führen.

Viele lokale Initiativen oder freiwillige Programme versuchen, ältere Menschen zu erreichen, die von sozialer Ausgrenzung oder Isolation bedroht sind (siehe das Beispiel von Initiativen im Rahmen des Mailänder Sozialfürsorgeplans, Kasten 15), aber viele altersgerechte Kommunen berichten von Schwierigkeiten, benachteiligte und isolierte ältere Erwachsene zu erreichen. Zudem gibt es unterschiedliche Erkenntnisse darüber, ob gezieltere

oder breitere bevölkerungsbezogene Initiativen besser geeignet sind, soziale Ausgrenzungen und Einsamkeit entgegenzuwirken (Cattan et al., 2005; Dickens et al., 2011). Interventionen für altersgerechte Kommunen können einen Mehrwert schaffen, wenn sie die Auswirkungen auf Gesellschaften und Personen in Situationen der Verletzlichkeit und isolierte Personen sorgfältig überwachen und dabei besonders darauf achten, Unterschiede in Bezug auf Chancengleichheit nicht zu vergrößern.

Generationsübergreifende Räume und Aktivitäten

Der ursprüngliche globale Leitfaden der WHO (2007a) förderte generationsübergreifende Interaktionen als eine Schlüsseldimension zur Förderung von Inklusion. Dies wurde erst kürzlich von Lager, van Hoven und Huigan (2015:95) unterstützt, die zu dem Schluss kamen, dass es für ältere Erwachsene wichtig ist, „Brücken schlagendes soziales Kapital“ mit jüngeren Generationen zu entwickeln, um „die Kontinuität der sozialen und instrumentellen Unterstützung sicherzustellen“ (siehe auch Gray, 2009). Darüber hinaus hat neuere Forschung dieses Thema erweitert und generationsübergreifende Dimensionen im Zusammenhang mit räumlichen Aspekten von Inklusion und Ausgrenzung und Mustern der Alterssegregation untersucht.

Holland et al. (2007:39) kommen in einer Beobachtungsstudie einer englischen Stadt zu dem Schluss, dass „ein auffälliger Befund ist, in welchem hohem Maß sich ältere

Kasten 15. Mailand (Italien): Einsamkeit bekämpfen und die am stärksten gefährdeten Menschen unterstützen

Im Rahmen des Mailänder Sozialfürsorgeplans entwickelte eine Initiative aus dem Jahr 2012 Maßnahmen zur Bekämpfung der Einsamkeit und zur Verbesserung der Dienstleistungen für ältere Menschen. Sie baute auf dem bestehenden Plan gegen Sommerhitze auf, einem Dienst, der darauf abzielte, diejenigen älteren Menschen, die einer Hochrisikogruppe zugeordnet worden waren, im Sommer zu überwachen und zu unterstützen.

Durch die Verknüpfung von Dienstleistungen und Maßnahmen und die Entwicklung einer Wohnbezirkkultur wurde ein koordiniertes und kontinuierliches Programm geschaffen. Dieses umfasste insbesondere ein Modell zur Schaffung lokaler, nachbarschaftlicher Schutzmaßnahmen, die es ermöglichten, das Wohlergehen der am stärksten gefährdeten Einwohner kontinuierlich zu überwachen. Das Modell trägt auch zum Aufbau unterstützender Gemeinschaften bei, da es auf dem Gedanken basiert, dass soziale Verbundenheit als Sozialschutz wirkt. Es umfasst jetzt eine große Anzahl von Orten, an denen ältere Menschen sich treffen und sich bestehenden Aktivitäten anschließen können. Diese stehen nichtstaatlichen Organisationen und Einzelpersonen zur Verfügung, um Beziehungen oder soziale Projekte zu fördern. 2012 beteiligten sich mehr als 40 nichtstaatliche Organisationen an der Initiative.

Quelle: WHO European Healthy Cities Network and Network of European National Healthy Cities Networks (2014).

Menschen, die als Befragte oder durch Beobachtung an dieser Studie beteiligt sind, entweder selbst als ausgeschlossen wahrgenommen oder sich über weite Teile der Zeit aktiv vom öffentlichen Raum ausgeschlossen haben". Lager, van Hoven und Huigan (2015) haben in einem Wohnbezirk in den nördlichen Niederlanden qualitative Untersuchungen zum sozialen Kontakt zwischen verschiedenen Altersgruppen durchgeführt und festgestellt, dass vertrauensvolle Beziehungen zwischen älteren und jüngeren Menschen in Wohnbezirken nicht leicht herzustellen sind, was zumindest teilweise auf die unterschiedliche Zeitgeographie beider Gruppen zurückzuführen ist, wobei die jüngeren Einwohner arbeiten gehen und dann außer Haus sind. In Tschechien stellten Temelová und Slezáková (2014) das Konfliktpotenzial zwischen Jung und Alt hinsichtlich der Nutzung des öffentlichen Raums in Wohngebieten fest.

Die Forschung wirft Fragen in Bezug darauf auf, wie sich ein urbanes Umfeld schaffen lässt, das die Gleichberechtigung älterer Menschen mit anderen Alters- und Gesellschaftsgruppen auf einen „Anteil“ am Stadtraum anerkennt. Es ist besonders wichtig, dies auf der lokalen Ebene umzusetzen, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die Verbesserung der städtebaulichen Qualität und die Förderung von Sicherheit und Inklusion als Schlüsselmerkmale des Lebens in der Stadt gelegt werden sollte (Gehl, 2010; Mehta, 2014).

Neue Modelle werden benötigt, die der Alterssegregation entgegenwirken.

Vanderbeck und Worth (2015:4) zufolge wurden „Muster der Alterssegregation, die zur Produktion von Räumen wie beispielsweise Stadtzentren beigetragen haben, die sich für Menschen in bestimmten Lebensphasen als relativ

unzugänglich und unfreundlich erweisen können, durch Ansätze zur Stadt- und Regionalplanung sowohl erzeugt als auch verstärkt“.

Puhakka et al. (2015) befassten sich mit Fragen der Altersgerechtigkeit von Lebensräumen, indem sie in Lahti (Finnland) die Nutzung von Räumen und die Bindung an Orte untersuchten. Anhand quantitativer Datensätze von Kindern und Erwachsenen wurde untersucht, wie und wo ältere und jüngere Menschen ihre Freizeit verbringen und welche Bedeutung die verschiedenen Arten von Orten in der Stadt für sie haben. Eine wichtige Schlussfolgerung der Studie war, dass „das Leben von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen weitgehend voneinander getrennt stattfindet und Orte in der Stadt auf bestimmte Altersgruppen ausgerichtet sind“ (Puhakka et al., 2015:78). Beispiele für solche alterssegregierten Umfelder reichen von Spielplätzen, Häusern, Bars und Clubs bis hin zu Konzertsälen – sie alle sind oft stark alterssegregiert, auch wenn sie allen Generationen offenstehen könnten. Selbst virtuelle Räume sind in der Regel auf bestimmte Altersgruppen zugeschnitten.

Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen

Tabelle 5 folgt der Struktur der in diesem Kapitel vorgeschlagenen Stoßrichtungen für Interventionen und Ziele und fügt Beispiele aus bestehenden altersgerechten Strategien, Aktionsplänen und Fallstudien hinzu. Bei den genannten Interventionen und Initiativen kann es sich um Projekte handeln, die bereits in lokalen Kontexten durchgeführt wurden oder die für die Umsetzung in einem altersgerechten Aktionsplan konzipiert wurden.

Tabelle 5. Praxisbeispiele für soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
<p>Respekt und Nichtdiskriminierung</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 7: Kommunikation und Information)</p>	<p>Altersdiskriminierung bekämpfen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagnen, die die Darstellung des Alterns in der Öffentlichkeit, den Medien, lokalen Unternehmen sowie in Verlautbarungen und Publikationen der lokalen öffentlichen Stellen und Dienstleister hinterfragen ● Altersdiskriminierung von Dienstleistern, Medien und Arbeitgebern erkennen und bekämpfen ● Sektorübergreifende Zusammenarbeit zur Entwicklung einer Charta von Rechten älterer Menschen und von Qualitätsstandards in der Langzeitpflege ● Eine internationale Konferenz zur Bekämpfung von Altersdiskriminierung
	<p>Ein positives Bild des Alterns fördern und das Bewusstsein für Themen im Zusammenhang mit dem Altern schärfen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Eine positive Darstellung älterer Menschen und ihrer Aktivitäten in den Medien anstreben ● Positive Rollenmodelle fördern ● Themen im Zusammenhang mit dem Altern auf die politische Agenda setzen ● Das Bewusstsein von Wirtschaft, Behörden und Dienstleistern für Zugangsbarrieren schärfen, vor denen ältere Menschen stehen, und dafür, wie sie überwunden werden können (beispielsweise altersgerechte Bewertung aller Dienstleistungen)
	<p>Die Prävention von Misshandlung, Vernachlässigung und Betrug älterer Menschen stärken</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Das Bewusstsein für verschiedene Formen der Misshandlung älterer Menschen wecken (Sensibilisierungstag) ● Bildungsprogramme und Programme zur Schaffung von Kapazität einschließlich eines Handbuchs zum Thema Misshandlung älterer Menschen und einer Materialiensammlung zur Schärfung des Bewusstseins für Betrug ● Einrichtung der Stelle eines Beauftragten für Misshandlung älterer Menschen ● Zusammenarbeit mit der Polizei zur Durchsetzung der Verfolgung von mutmaßlichen Tätern, die sich der Misshandlung älterer Menschen schuldig gemacht haben ● Sektorübergreifende Zusammenarbeit zur Unterstützung der Opfer ● Bildungsprogramme zur Information älterer Menschen über ihre Rechte und zum Schutz vor Betrug und Ausbeutung (Referenten aus der gleichen Altersgruppe) ● Starke Qualitätskontrolle der Anbieter von häuslicher Pflege (beispielsweise Register von Erbringern häuslicher Gesundheitsleistungen mit Kenntlichmachung von Personen, die wegen Misshandlung und Betrug entlassen wurden)

Tabelle 5 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
	Die Weitergabe von Fertigkeiten, Erfahrungen und Wissen zwischen den Generationen fördern	<ul style="list-style-type: none"> • Ältere Mitglieder der Gemeinschaft befähigen, als Referenten oder Trainer tätig zu werden • Von älteren Menschen geleitete Aktivitäten in verschiedenen Bereichen und Feldern entweder für Gleichaltrige oder für alle Generationen • Generationsübergreifende Arbeitsgruppen fördern
Soziale Ausgrenzung (bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe, Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung und Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen)	Wirtschaftliche Ausgrenzung verhindern	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle und soziale Unterstützung für Bedürftige (Nahrungsmittelhilfe, Bekleidungshilfe, Brennstoffzuschüsse, subventioniertes Mittagessen, monatliche finanzielle Hilfe usw.) • Den Immobilienmarkt überwachen und regulieren, Wohngeld bieten und den Wohnungsbau fördern • Dienstleistungen und Aktivitäten kostenlos anbieten • Rabattsysteme • Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen für finanzielle und soziale Unterstützung durch Fallmanager oder ehrenamtlich Tätige
	Fokussierung auf Chancengleichheit zwischen und innerhalb von Wohnbezirken	<ul style="list-style-type: none"> • Quartiererneuerungsprogramme • Bewertung von Ungleichheiten und gesundheitlichen Gefällen zwischen und innerhalb von Wohnbezirken • Kommunale Maßnahmen mit Quartiererneuerungsprojekten verknüpfen (umfassende Sanierungspläne für Gebiete mit spezifischen Problemen)
	Einsamkeit und Isolation verhindern	<ul style="list-style-type: none"> • Plan zur Prävention von Einsamkeit; Strategie/Maßnahmen zur Prävention von Isolation • Angemessene psychische Gesundheitsversorgung und Beratung zur Verlustbewältigung • Die soziale Teilhabe verbessern, insbesondere in Bezirken, in denen viele Menschen allein leben • Über bestehende Möglichkeiten für ehrenamtliche Tätigkeit informieren und neue entwickeln

Tabelle 5 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
	Betreuungs- und Pflegepersonen sowie Familien mit abhängigen älteren Menschen unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> ● Familien mit abhängigen älteren Menschen finanziell unterstützen ● Ermäßigungen und Rabattsysteme auf Personen ausweiten, die funktional eingeschränkte ältere Menschen begleiten ● Möglichkeiten bieten, um ältere Menschen vorübergehend oder in regelmäßig zeitlichen Abständen in bestehenden Altenpflegeheimen oder Tageseinrichtungen unterzubringen ● Internetforen, Newsletter und Netzwerke in den sozialen Medien für vertrauliche Informationen und Unterstützung von Kollegen ● Banken für die zeitlich beschränkte Ausleihe von technischen Hilfsmitteln und Ausrüstung (Rollstühle, Krücken, Bettenlifte usw.) ● Freiwillige temporäre Gastfamilien ● Angebote für psychosoziale Beratung und Unterstützung von Betreuungs- und Pflegepersonen ● Programme zum Aufbau von Kapazitäten und Schulungen ● Administrative Unterstützung bei Schritten nach dem Tod eines Partners
Gezielte Maßnahmen für Personen in Situationen der Verletzlichkeit	Aufsuchende Betreuung von ausgegrenzten und isolierten Personen	<ul style="list-style-type: none"> ● Einrichtung einer Telefon-Hotline und Weiterleitung an maßgeschneiderte Dienstleistungen und soziale Aktivitäten ● Register von gebrechlichen oder anfälligen Menschen, die allein leben (oder solche, die um Besuche oder Unterstützung von ehrenamtlich Tätigen gebeten haben) ● Ehrenamtliche Besuchsnetzwerke und -dienste koordinieren ● Regelmäßige Telefonverbindungen zu von Isolation bedrohten Personen ● Kommunale Projekte zur Verringerung der negativen gesundheitlichen Auswirkungen sozialer Isolation finanziell unterstützen/fordern ● Isolierte und/oder ans Bett gefesselte ältere Menschen in partizipative Prozesse und Konsultationen einbeziehen (beispielsweise über Telefon)
Soziales Kapital	Die Bindungen an die Kommune stärken	<ul style="list-style-type: none"> ● Nachbarschaftsnetzwerke ● Programme für kleine Zuschüsse zur Förderung der sozialen Eingliederung ● Systematische Strategien zur Förderung von Nachbarschaftsbeziehungen und sozialem Kapital
	Die Interaktion zwischen Nachbarn fördern	<ul style="list-style-type: none"> ● Kommunale Einrichtungen bereitstellen ● Kommunale Initiativen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden ● Nachbarschaftsfeste ● Treffpunkte in Wohnbezirken ● Initiativen für Bürgerwach- und -warnsysteme

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
Generations übergreifende Räume und Aktivitäten (bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe)	Die Kontakte, das Verständnis und den Austausch von Werten, Fertigkeiten und Erfahrungen zwischen den Generationen intensivieren	<ul style="list-style-type: none"> • Generationsübergreifende Aktivitäten (vor allem Computerkurse und Kochkurse) • Generationsübergreifende Wettbewerbe – beispielsweise ein Literaturwettbewerb und ein Wettbewerb um einen Preis für generationsübergreifende Beziehungen, an dem Bewohner von Altenheimen und Schüler teilnehmen • Ältere Bürger aus der Kommune als Gastredner in Jugendclubs einladen • Generationsübergreifende Lernprogramme, die es älteren Menschen ermöglichen, Zugang zu Lehr- und Lernaktivitäten in höheren Bildungseinrichtungen zu erhalten • Programme für „ehrenamtliche Großmütter“ • Mentoring-Programme • Kooperationsprojekte zwischen Schulen, Kindergärten und Altenheimen
	Stärkung der Rolle innerhalb der Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Auszeichnungen für Familien, die ihr älteres Mitglied angemessen betreuen

Ressourcen und Materialiensammlungen

BC Centre for Elder Advocacy and Support (2012). Starting a Seniors Reaching Out to Seniors Workshop Program: A toolkit for local agencies. Vancouver: BC Centre for Elder Advocacy and Support (<http://seniorsfirstbc.ca/resources/education-training-material/starting-a-seniors-reaching-out-to-seniors-workshop-program/>), eingesehen am 29. Dezember 2019).

Canadian Bankers Association (2016). Your money seniors [Website]. Toronto: Canadian Bankers Association (<https://cba.ca/about-your-money-seniors>), eingesehen am 29. Dezember 2019).

Coalition to Strengthen the Rights of Older People (2010). Strengthening Older People's Rights: Towards a UN Convention – A resource for promoting dialogue on creating a new UN Convention on the Rights of Older Persons. Dublin: Centre for Ageing Research and Development in Ireland (<http://www.cardi.ie/publications/strengtheningolderpeople%E2%80%99srightstowardsaunconvention>), eingesehen am 29. Dezember 2019).

Eastern Community Legal Centre (2013). Elder abuse toolkit for local governments working with older people. Australien: Eastern Community Legal Centre.

EUROCITIES (2009). Social exclusion and inequalities in European cities: challenges and responses. Brüssel: EUROCITIES (<http://www.eurocities.eu/eurocities/publications/Social-exclusion-and-inequalities-in-European-cities-challenges-and-responses-WSP0-8PLF4M>), eingesehen am 29. Dezember 2019).

Khan S, Combaz E, McAslan FE (2015). Social exclusion: topic guide, revised edition. Birmingham: GSDRC, University of Birmingham.

UK International Longevity Centre (2011). Intergenerational projects for the LGBT community: a toolkit to inspire and inform. London: International Longevity Centre.WHO (2002). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/ageing/publications/toronto_declaration/en/), eingesehen am 29. Dezember 2019).

Weiterführende Literatur

Age Friendly Edmonton (2013). Annotated Bibliography on Ageism and Respect & Inclusion of Older Adults. Edmonton: Respect and Inclusion Working Group, Age Friendly Edmonton. (http://www.edmonton.ca/city_government/documents/PDF/AF-_RespectAndInclusionAnnotatedBibliographyFinal.pdf), eingesehen am 29. Dezember 2019).

Age UK (2010). Loneliness and isolation: evidence review. London: Age UK (http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/evidence_review_loneliness_and_isolation.pdf, eingesehen am 28. Dezember 2019).

Hoff A (2008). Tackling Poverty and Social Exclusion of Older People – Lessons from Europe. Oxford: Oxford University Institute of Ageing (Working Paper 308; <http://www.ageing.ox.ac.uk/files/Working%20Paper%20308.pdf>, eingesehen am 29. Dezember 2019).

McGarry P (2015). Local government, ageing and social inclusion: past, present and future. *J Poverty Soc Justice*. 23(1):71–6.

National Resource Center on LGBT Aging (2015). Age-friendly inclusive services: a practical guide to creating welcoming LGBT organizations. New York: National Resource Center on LGBT Aging (<http://www.lgbtagingcenter.org/resources/resource.cfm?r=708>, eingesehen am 29. Dezember 2019).

Powell J, Chiu T, Eysenbach G (2008). A systematic review of networked technologies supporting carers of people with dementia. *J Telemed Telecare*. 14:154–6.

WHO (2012). Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Genf: Weltgesundheitsorganisation (https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf, eingesehen am 29. Dezember 2019).

WHO (2016). Interventions for carers of people with dementia. In: WHO mental health programme [Website] (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/q9/en/, eingesehen am 29. Dezember 2019).

WHO-Regionalbüro für Europa (2010). Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf?, eingesehen am 29. Dezember 2019).



**Bereich 6:
Bürgerschaftliches
Engagement und
Beschäftigung**

Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung

Einführung

Auf der Grundlage einer persönlichen Entscheidung über die wirtschaftliche Notwendigkeit hinaus aktiv zu bleiben, hat nachweislich eine Reihe von Vorteilen für die körperliche und geistige Gesundheit und das Wohlbefinden (von Bonsdorff und Rantanen, 2011; Cattan, Hogg und Hardill, 2011; Anderson et al., 2014). Dies ist auch hoch relevant für die Zukunftsfähigkeit sozialer Trends in alternden Gesellschaften.

Ehrenamtliche Tätigkeiten unterstützen diverse Aspekte des Lebens älterer Menschen wie Freizeitaktivitäten (Kultur/Sport), Sozial- und Gesundheitsdienste, politisches Engagement, Mitwirkung an Bildung/Tutoring und andere Aspekte des Lebens in der Kommune. Mancherorts, wo ehrenamtliche Tätigkeit eine starke Tradition hat, ist das Engagement von ehrenamtlich Tätigen stärker formalisiert worden. Beispielsweise wurde in den nordischen Ländern die Rekrutierung von ehrenamtlich Tätigen in einigen Fällen Teil des Planungsprozesses für lokale Dienstleistungen, etwa in Pflegeheimen.

Dieses Kapitel über bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung stellt den dritten von drei Bereichen des AFEE-Rahmens dar, die sich mit der sozialen Dimension altersgerechter Kommunen befassen. Dieser Bereich entspricht dem Bereich „Bürgerbeteiligung und Beschäftigung“ im ursprünglichen globalen Leitfaden der WHO (WHO, 2007a). Er enthält auch Verknüpfungen zu Themen aus anderen Bereichen wie beispielsweise der öffentlichen Unterstützung der informellen Pflege (siehe das Kapitel zu Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen) und Ausbildung und lebenslangem Lernen (siehe das Kapitel zu Bereich 4: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung).

Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen

Interventionen in diesem Bereich zielen darauf ab, das Potenzial alternder Gesellschaften besser zu nutzen, indem für ältere Menschen mehr und bessere Möglichkeiten geschaffen werden, sich am politischen, wirtschaftlichen und öffentlichen Leben zu beteiligen, sowie Beschäftigung, soziales Engagement und Möglichkeiten für ehrenamtliche Tätigkeiten für ältere Menschen zu fördern.

Zwischen den europäischen Ländern bestehen große Unterschiede in ihren Kulturen und Traditionen des Engagements bei ehrenamtlichen Tätigkeiten in den verschiedenen Altersgruppen. Bei den Beschäftigungsquoten für Menschen ab 50 Jahren und bei bestimmten Aspekten des bürgerschaftlichen Engagements wie beispielsweise dem Engagement in Politik und lokaler Selbstverwaltung sind die Unterschiede ebenfalls bedeutend. Beide Themen unterliegen dem Monitoring für den Index Aktives Altern (UNECE und Europäische Kommission, 2015).

„Bürgerschaftliches Engagement bedeutet, daran zu arbeiten, im bürgerschaftlichen Leben unserer Kommunen etwas zu bewegen und die Kombination von Wissen, Qualifikationen, Werten und Motivation zu entwickeln, um dieses Ziel zu erreichen. Es bedeutet, durch sowohl politische als auch unpolitische Prozesse die Lebensqualität in einer Kommune zu fördern.“

Ehrlich (2000:vi)

Im Vergleich zu Ländern mit dem höchsten Grad der Selbstverpflichtung zu einem kontinuierlichen aktiven Engagement, sowohl als ehrenamtlich Tätige als auch in Form von bezahlter Arbeit oder politischen Aktivitäten,

verfügen viele Länder über ein großes ungenutztes Potenzial für mehr bürgerschaftliche Teilhabe und Beschäftigung für Menschen ab 50 Jahren (Zaidi et al., 2013).

In einigen Teilen Europas führen ältere Menschen ein aktives Arbeitsleben, solange sie dazu in der Lage sind – viele von ihnen in der Landwirtschaft –, um zur Wirtschaft ihrer Familien oder zu ihrem eigenen Lebensunterhalt beizutragen (Europäische Kommission, 2013a). Dies veranschaulicht die relativ hohe Erwerbsbeteiligung höherer Altersgruppen in Ländern wie Estland, Portugal, Rumänien und Zypern. Selbstständige haben vielleicht kein angemessenes Ruhestandseinkommen oder haben traditionelle Funktionen in der Landwirtschaft inne. Wenn sie in ländlichen oder abgelegenen Gemeinden leben, stehen sie möglicherweise vor zusätzlichen Herausforderungen beim Zugang zu Dienstleistungen, die ihnen helfen würden, gesund zu bleiben, und es ihnen ermöglichen, weiterhin erwerbstätig zu sein (Hatfield, 2015). Für sie können kommunale Maßnahmen zu ihrer Unterstützung den entscheidenden Unterschied ausmachen, fehlen jedoch häufig.

Die folgenden Abschnitte geben einen Überblick über die Rolle lokaler Behörden und altersgerechter Initiativen zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und der Beschäftigung älterer Menschen. Weil diese Initiativen und entsprechenden Maßnahmen sowohl für die lokale Regierung als auch für die makroökonomischen Anliegen alternder Gesellschaften von großer Bedeutung sind, wurden viele davon in europäischen Projekten und Forschungsarbeiten eingehend untersucht. Eine Tabelle am Ende des Kapitels enthält praktische Beispiele, die zeigen,

wie Lokalverwaltungen korrespondierende Handlungsfelder in ihren Aktionsplänen operationalisiert haben.

Im politischen Leben und an Entscheidungsprozessen mitwirken

Die politische Teilhabe älterer Menschen und ihre Einflussnahme auf die Tätigkeit der Kommunalverwaltungen hat in Europa in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Der Einfluss älterer Menschen auf die politische Entscheidungsfindung auf lokaler und regionaler Ebene bei Themen, die für altersgerechte Umfeldler von Bedeutung sind, unterscheidet sich jedoch stark. Es bestehen auch Unterschiede zwischen städtischen Zentren und ländlichen oder abgelegenen Orten oder dem "Hinterland" größerer Ballungsräume.

Die politische Teilhabe älterer Menschen kann verschiedene Formen annehmen (Sidorenko, 2012):

- direkte Beteiligung und Teilhabe;
- indirekte Beteiligung durch Auswahl von Vertretern aus Gruppen und Verbänden;
- politische Beteiligung der gewählten Vertreter;
- informationsbasierte Beteiligung durch die Weitergabe von Informationen (beispielsweise durch partizipative Forschung);
- virtuelle Beteiligung über soziale Netzwerke.

Organisationen älterer Menschen haben im Laufe der Zeit formale Rollen übernommen.

Als eine Folge haben Seniorenverbände im Laufe der Zeit an Einfluss gewonnen. Dazu zählen sowohl zivilgesellschaftliche Organisationen als auch offizielle Seniorenräte, deren

Die wichtigsten Fakten

- In der EU gaben etwa 9% der Bevölkerung ab 55 Jahren an, mindestens einmal pro Woche über Organisationen wie Gemeinschafts- und Sozialdienste oder Kultur- und Sportvereine unbezahlte ehrenamtliche Tätigkeiten auszuführen. Die Prozentwerte erstrecken sich in den europäischen Ländern von 1,2% bis 20,6% (UNECE und Europäische Kommission, 2015).
- 2014 beteiligten sich in der EU etwa 17% der Bevölkerung ab 55 Jahren an den Aktivitäten einer Gewerkschaft, einer politischen Partei oder einer politischen Aktionsgruppe, wobei der Prozentwertebereich zwischen 5,3% und 43,8% lag. Die Anteile betragen 20,5% für Männer und 14,6% für Frauen (UNECE und Europäische Kommission, 2015).
- In der EU stiegen die Beschäftigungsquoten in der Altersgruppe von 55–64 Jahren von 46% im Jahr 2010 auf 52% im Jahr 2014 (Teichgraber, 2015).
- Der Anteil der inaktiven Bevölkerung von 50–64 Jahren in ausgewählten Ländern der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE) liegt zwischen etwa 15% und über 60% (UNECE, 2012).
- Das Engagement in formalen ehrenamtlichen Tätigkeiten ist in den unteren Altersgruppen älterer Menschen weiter verbreitet, insbesondere bei Frauen und Menschen mit höherem Bildungsabschluss (Archibald, 2014).

Aufgaben durch nationales oder subnationales Recht geregelt sein können. Darüber hinaus entscheiden sich viele ältere Menschen vielleicht dafür, in Organisationen politisch aktiv zu bleiben, die nicht speziell für ältere Menschen konzipiert wurden. So entscheiden sich viele dafür, auch nach ihrem Ruhestandseintritt die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft fortzusetzen, für die sie wertvolle Unterstützung leisten können, beispielsweise indem sie ihre Zeit für ehrenamtliche Tätigkeiten spenden (FERPA, 2015).

Seniorenräte zielen darauf ab, die Bürger zu befähigen, ihre Stimme zu erheben und eine aktive Rolle in Entscheidungsprozessen zu übernehmen.

Im Einklang mit den oben genannten Trends haben viele lokale Behörden die politischen Strukturen verändert, um die Mitsprache und die Beratungsrollen älterer Menschen zu institutionalisieren. In vielen Fällen gibt es eine oder mehrere Kommissionen oder Räte, die ältere Menschen in alle relevanten politischen Gestaltungsprozesse und Entscheidungen auf der lokalen Ebene einbeziehen. Gewählte Seniorenräte verfügen oft über eine solche Exekutivgewalt und ein offizielles Mandat, von der lokalen Behörde zu allen Entscheidungen konsultiert zu werden, die das Leben älterer Menschen betreffen. In dieser Funktion setzen sie sich für die Rechte älterer Menschen ein.

Für größere regionale Einheiten können diese auf verschiedenen lokalen Regierungsebenen repliziert werden – beispielsweise entweder in Form eines Stadtrates oder von Nachbarschaftsräten, in denen ältere Menschen sowohl als Einzelpersonen als auch als Vertreter von nichtstaatlichen Organisationen und Seniorverbänden vertreten sind. Darüber hinaus beziehen spezielle interdisziplinäre Arbeitsgruppen zu konkreten Aufgaben im Zusammenhang mit altersgerechten Umfeldern in der Regel ältere Menschen in die gemeinsame Planung, Leitung und Umsetzung von Maßnahmen ein, wie sie beispielsweise auf der Wohnbezirkebene stattfinden.

Neben ihrer beratenden Funktion verfügen Seniorräte in unterschiedlichem Maß über eigene Ressourcen, was es ihnen ermöglicht, eine Reihe von Aktivitäten durchzuführen, beispielsweise die Organisation von partizipativen Veranstaltungen, Führungsseminare, die sich mit Herausforderungen befassen und Lösungen für konkrete kommunale Probleme entwickeln, und Gemeinschaftsforen, um die Planung und Priorisierung von Interventionen zu beeinflussen.

Viele Kommunen haben neue Formen partizipativer Mechanismen entwickelt.

Neben Seniorräten, die allgemeine Koordinierungs- und Führungsrollen haben, können Gruppen älterer

Menschen in einer Reihe anderer Stakeholder-Allianzen die Politikentwicklung und die Realisierung altersgerechter Umfeldler entweder direkt oder indirekt beeinflussen. Dies kann spezielle Aufgaben im Rahmen der Erprobung von Interventionen umfassen, wobei die Kommunen in Lenkungsgruppen als Form der partizipativen Evaluation eingebunden wird. Andere partizipative Foren, die eine breitere Öffentlichkeit einbeziehen, sind Runde Tische, Podien und öffentliche Diskussionen, um Ergebnisse aus Bewertungen zu präsentieren und die Mitwirkung an der Zukunftsplanung zu ermöglichen.

In verschiedenen Foren werden ältere Menschen an der Definition von Problemen und Maßnahmen beteiligt.

Fokusgruppen und Gemeinschaftsforen spielen eine wichtige Rolle bei der partizipativen altersgerechten Bewertung der Umfeldler von Wohnbezirken und Kommunen sowie bei Bedarfsanalysen, um beispielsweise Lücken in den Dienstleistungen oder lokale Maßnahmen zugunsten älterer Menschen zu ermitteln. Traditionell erfolgte dies in Form von Öffentlichkeitsarbeit und Konsultationen der Bevölkerung. Die partizipative qualitative und quantitative Forschung zur kommunalen Diagnose ist eine relativ neue Form der Einbeziehung älterer Menschen, ihrer Familien und anderer Interessengruppen in die Planung, das Monitoring und die Bewertung auf der kommunalen Ebene. Dies kann in Form von Interviews, Straßen-Audits, Fragebögen oder Umfragen erfolgen (AFE-INNOVNET, 2015b).

Wirtschaftsleben und Beschäftigung

Viele europäische Länder verzeichnen eine rasche Alterung der Erwerbsbevölkerung. Dies gilt nicht nur für die EU-Länder, sondern auch für die Länder der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten außerhalb der EU (Sidorenko und Zaidi, 2013). Für diesen Trend sind verschiedene Faktoren verantwortlich:

- der demografische Wandel mit einem Anstieg des Medianalters der Bevölkerung im Erwerbsalter (traditionell definiert als diejenigen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren);
- Änderungen in der Rentenpolitik, mit einem höheren gesetzlichen oder tatsächlichen Rentenalter;
- die wirtschaftliche Notwendigkeit für viele Rentner, ihr Alterseinkommen durch eine bezahlte Beschäftigung zu ergänzen;
- der Wunsch vieler älterer Menschen in Ländern mit mittlerem oder hohem Einkommen, aktiv zu bleiben,

auch als Möglichkeit, soziale Bindungen aufrechtzuerhalten (WHO, 2007a).

In bezahlter Beschäftigung aktiv zu bleiben, kann älteren Menschen über die wirtschaftlichen Anreize hinaus helfen, in Kontakt zu bleiben, eine aktive Rolle in ihrer Kommune zu spielen und weiterhin in unterschiedlicher Weise dazu beizutragen. Im Weltbericht der WHO über Altern und Gesundheit (WHO, 2015b) wurde eine Reihe von Faktoren identifiziert, die es älteren Menschen erleichtern, aktiv zu bleiben, wobei der Schwerpunkt auf der Beschäftigungs- und Rentenpolitik lag (Kasten 16; siehe auch OECD, 2006).

Viele der in Kasten 16 aufgeführten politischen Maßnahmen erfordern politische Veränderungen auf der nationalen Ebene, aber die lokalen Behörden können auf verschiedene Weise dazu beitragen, die Möglichkeiten für ältere Menschen zu verbessern, erwerbstätig zu bleiben. Ein Beispiel sind Beschäftigungsprogramme für ältere Menschen in Israel (Shnoor, 2011).

Die lokalen Verwaltungen spielen in der Regel eine wichtige Rolle als einer der größten Arbeitgeber in ihren Kommunen; sie sind daher gut positioniert, um in ihrer Rolle als Arbeitgeber ein solides Altersmanagement zu betreiben. Darüber hinaus erfordert die Förderung der sozialen Ziele von Bereich 6, vielleicht mehr als in anderen Bereichen, die sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen kommunalen Behörden und die Kontaktaufnahme zu anderen

Akteuren einschließlich privater Initiativen und des Wirtschaftssektors. Sammlungen von Fallstudien veranschaulichen die wichtige Rolle von Initiativen zur Förderung der Gesundheit alternder Arbeitnehmer, die von lokalen Behörden auf verschiedenen Regierungsebenen umgesetzt wurden (Meggeneder und Boukal, 2005). Die lokalen Behörden spielen daher eine wichtige Rolle bei der Schaffung flexibler Arbeitsregelungen, der Umschulung älterer Arbeitnehmer oder bei Investitionen in verbesserte arbeitsmedizinische Maßnahmen, die für ältere Menschen relevant sind.

Auf der organisatorischen Ebene wurde eine Reihe von Vorteilen identifiziert, die mit der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer verbunden sind. Beispielsweise können ältere Mitarbeiter für die Weitergabe des „institutionellen Gedächtnisses“ in einem Unternehmen wichtig sein: Ihre Netzwerke, ihr Wissen und ihre Erfahrung sind wichtiges Kapital. Sie zu halten, kann zu niedrigeren Kosten für die Einstellung und Ausbildung neuer Mitarbeiter führen, die auch eine höhere Fluktuation aufweisen können als ältere Mitarbeiter (Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors, 2012). Um diese Vorteile ausschöpfen zu können, muss jedoch einer Reihe von Missverständnissen oder veralteten Ansichten entgegen gewirkt werden. Dazu zählt beispielsweise, dass ältere Arbeitnehmer weniger produktiv sind oder dass Investitionen in ihre Weiterbildung nicht kosteneffizient und schwieriger zu realisieren sind als bei anderen Arbeitnehmern (WHO, 2015b).

Kasten 16. Was funktioniert, um die Fähigkeit älterer Menschen zu unterstützen, weiterhin erwerbstätig und ehrenamtlich tätig zu sein?

Konzepte zur Verbesserung der Fähigkeit älterer Menschen, erwerbstätig und ehrenamtlich tätig zu sein, die gesundes Altern fördern, sollten vorsehen:

- Altersdiskriminierung entgegenzutreten und inklusive Arbeitsumgebungen zu schaffen, die der Altersvielfalt positiv gegenüberstehen;
- das obligatorischen Rentenalter abzuschaffen;
- Rentensysteme zu reformieren, die Anreize für den vorzeitigen Eintritt in den Ruhestand bieten oder die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit bestrafen;
- Möglichkeiten für den schrittweisen Eintritt in den Ruhestand und flexible Arbeitsregelungen zu unterstützen;
- Anreize in Betracht zu ziehen, die Arbeitgeber ermutigen, ältere Arbeitnehmer zu halten, auszubilden, einzustellen, zu schützen und zu belohnen;
- ältere Erwachsene bei der Planung der zweiten Lebenshälfte zu unterstützen und in lebenslanges Lernen zu investieren;
- durch die Verbesserung arbeitsmedizinischer Maßnahmen für ältere Arbeitnehmer in deren Gesundheit und Funktionsfähigkeit zu investieren.

Quelle: Adaption von WHO (2015b: Kapitel 6).

Strategien für das Altersmanagement tragen dazu bei, bessere Beschäftigungsmöglichkeiten für ältere Arbeitnehmer und mehr Möglichkeiten für eine altersdiverse Belegschaft zu schaffen.

Gesetzliche Änderungen, die es Menschen ermöglichen, trotz Erreichen des Rentenalters im Erwerbsleben zu bleiben, müssen in der Regel in der nationalen Gesetzgebung vorgenommen werden (WHO, 2015b: Kapitel 6). Die lokalen Behörden sind jedoch zunehmend zu wichtigen Akteuren in diesem Bereich geworden. Neben ihrer Rolle als Arbeitgeber können lokale Behörden einen Beitrag leisten, indem sie Initiativen entwickeln, die Arbeitgeber bei der Planung der Unterstützung für ältere Arbeitnehmer Beistand leisten können, die das Ziel verfolgen, so lange, wie sie dies wünschen, in Arbeit zu bleiben.

Kommunen können das Altersmanagement auf verschiedene Arten und Weisen fördern (Morschhäuser und Sochert, 2006), für die zahlreiche Instrumente entwickelt wurden. So bot beispielsweise das ESF-Age-Netzwerk (2011) eine Vielzahl solcher Instrumente einschließlich Praxisbeispielen für Altersmanagement aus EU-Ländern und -Regionen.

Lokale Behörden können auch bei der Entwicklung von Leitlinien für altersgerechte Arbeitsplätze und der Förderung ihrer Nutzung eine Rolle spielen. In solchen Leitlinien wurde auf eine Reihe von Optionen eingegangen, darunter die folgenden:

- Einsatz von generationsübergreifenden Arbeitsgruppen;
- Berufsausbildungsprogramme oder Programme zur beruflichen Neuausrichtung, die Menschen im Alter von 50 Jahren und darüber unterstützen, wieder in den Beruf einzusteigen und nach ihren Fähigkeiten zu arbeiten, auch wenn sie chronisch krank sind;
- flexiblere Regelungen und Beschäftigungsmöglichkeiten für ältere Arbeitnehmer (z.B. Zeitarbeit und Teilzeitarbeit, Heimarbeit und technologische Unterstützung).

Neue Geschäfts- oder unternehmerische Möglichkeiten können auf verschiedene Weise geschaffen werden.

Kommunen und lokale Behörden können spezielle Berufsberatungsdienste und Schulungen zum Thema Arbeitsuche für ältere Menschen anbieten. Diese können in Partnerschaft und Zusammenarbeit mit lokalen Arbeitsvermittlungen oder als Kooperationen mit der Privatwirtschaft organisiert werden – beispielsweise in Form von altersgerechten Messen oder Wirtschaftsforen.

Städte und Gemeinden können auch ältere Menschen unterstützen, damit sie weiterhin erwerbstätig bleiben, indem sie Schulungen für Existenzgründer und Leitlinien für die Selbstständigkeit anbieten, um die Fortsetzung der Erwerbstätigkeit nach dem Eintritt in den Ruhestand zu fördern. Zu den Beispielen zählt, spezielle Minijobprofile für ältere Menschen auszuarbeiten und Qualifizierungs- und Ausbildungsmöglichkeiten zu schaffen (etwa als Senioren-Babysitter, Begleitpersonen, Haushaltshilfen und Informationsbeauftragte).

Engagement im öffentlichen Leben: schöpferische Zusammenarbeit und ehrenamtliche Tätigkeit

Eine große Zahl älterer Menschen in den EU-Ländern sind ehrenamtlich tätig: Der Anteil liegt zwischen über 40% und unter 10%, einschließlich sowohl formellen als auch informellen Engagements. Ehrenamtliche Tätigkeit ist am weitesten verbreitet in Ländern wie den Niederlanden, Österreich, Schweden und dem Vereinigten Königreich und am wenigsten in einigen südlichen und östlichen EU-Ländern. Erkenntnisse aus einigen Ländern zeigen, dass die Rolle von öffentlichen Verwaltungen und nicht-staatlichen Organisationen bei der aktiven Förderung und Unterstützung ehrenamtlichen Engagements an Bedeutung gewonnen hat, was andere informellere Formen von bürgerschaftlichem Engagement und ehrenamtlicher Tätigkeit ergänzt (Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa, 2011). Wer vor dem Eintritt in den Ruhestand ehrenamtlich tätig war, wird sich eher auch im späteren Leben engagieren.

„Ehrenamtliche Tätigkeit ist unentgeltliche Arbeit, die ältere Menschen für Menschen außerhalb ihres eigenen Haushalts und für die Allgemeinheit leisten.“

WHO (2015b:189)

Der Gesamtbestand der Erkenntnisse deutet darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen ehrenamtlicher Tätigkeit und positivem gesundheitlichem Nutzen gibt (Heaven et al., 2013; Jenkinson et al., 2013; Archibald, 2014). Die mit ehrenamtlicher Tätigkeit einhergehenden körperlichen und geistigen Aktivitäten üben eine Schutzfunktion gegen Funktionsstörungen im hohen Lebensalter aus (WHO, 2015b:189).

Darüber hinaus gibt es immer mehr Hinweise darauf, dass die Ehrenamtsbewegung unter älteren Menschen von einer soliden Organisation und Vertretung in Verbänden (wie Rentner- oder Seniorenverbänden und lokalen Clubs für ältere Menschen) profitiert. Diese können entscheidende

Unterstützung leisten und wichtige Partner bei Verhandlungen mit anderen Akteuren wie beispielsweise Anbietern formaler Dienstleistungen sein.

Ältere Menschen in die Gestaltung und Erbringung von Dienstleistungen einzubeziehen, die ihr Leben betreffen, ist ein wichtiger Bestandteil von schöpferischer Zusammenarbeit und der Koproduktion altersgerechter Umfelder.

Schöpferische Zusammenarbeit oder Koproduktion (Begriffe, die oft synonym verwendet werden (NDTI, 2009)), die ältere Menschen in die Gestaltung altersgerechter Umfelder einbezieht, stand weit oben auf der politischen Agenda des Europäischen Jahres der Freiwilligentätigkeit 2011 und des Europäischen Jahres für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012 (Robertson, 2012; AFE-INNOVNET, 2015b; Rat der Europäischen Union, 2012). In einer Reihe von Ländern ist die Rolle von ehrenamtlicher oder Freiwilligentätigkeit inzwischen in Gesetzen und Vorschriften offiziell anerkannt. Beispiele sind der soziale Schutz von ehrenamtlich Tätigen oder die Befreiung von der Mehrwertsteuer von Spenden zur Unterstützung ehrenamtlicher Tätigkeit.

ehrenamtlicher Tätigkeit regeln, beispielsweise die Pflicht zur Sozial- und Krankenversicherung.

Traditionell waren Mundpropaganda und informelle Kanäle (Verwandte und Freunde) von zentraler Bedeutung, um das Bewusstsein für die Möglichkeiten und den Nutzen ehrenamtlicher Tätigkeit zu schärfen. In einer Reihe von Ländern und lokalen Behörden zeichnet sich jedoch ein Trend ab, formellere Strukturen einzurichten, um Informationen über ehrenamtliche Tätigkeit bereitzustellen und ehrenamtlich Tätige zu gewinnen. Formale Strukturen unterstützen das ehrenamtliche Engagement, indem sie die Kosten decken und andere Formen der Anerkennung des Einsatzes bieten. Darüber hinaus können sie wichtige Unterstützung wie Hilfe beim Abschluss einer geeigneten Versicherung für ehrenamtlich Tätige und Schulungen anbieten. Diese Informationsplattformen richten sich an ältere Menschen und werden gewöhnlich von älteren Menschen selbst betrieben. In einigen Ländern, darunter Dänemark und Schweden, wird der Bedarf an ehrenamtlicher Tätigkeit in Zusammenarbeit mit öffentlichen Dienstleistern analysiert und überwacht, die sich auch an der Entwicklung neuer Formen ehrenamtlicher Tätigkeit beteiligen (siehe Kasten 17 für ein Beispiel aus der Stadt Horsens).

Immer mehr Programme in europäischen Ländern werden auch auf nationaler Ebene organisiert oder kofinanziert, um ehrenamtliche Tätigkeit zu unterstützen und bei Forschung und Analyse zu helfen (Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa, 2011). Neue Formen der Vernetzung und der Informationstechnologie wie Zeitbanken, Online-Informationenplattformen und Ehrenamtsbörsen unterstützen ehrenamtliche Tätigkeit. Die Frage, wie ehrenamtliche Tätigkeit am besten gestaltet werden kann, war in der jüngeren Zeit Gegenstand systematischerer Forschung auf lokaler, nationaler und europäischer Ebene. Ein Beispiel ist das Projekt „Lassen Sie uns aktiv werden!“, das in drei baltischen Ländern umgesetzt wurde (Kasten 18).

Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen

Tabelle 6 folgt der Struktur der in diesem Kapitel vorgeschlagenen Stoßrichtungen für Interventionen und Ziele und fügt Beispiele aus bestehenden altersgerechten Strategien, Aktionsplänen und Fallstudien hinzu. Bei den genannten Interventionen und Initiativen kann es sich um Projekte handeln, die bereits in lokalen Kontexten durchgeführt wurden oder die für die Umsetzung in einem altersgerechten Aktionsplan konzipiert wurden.

Ehrenamtliche Initiativen können über ihre traditionellen Rollen hinausgehen und sich stärker am Monitoring der Gestaltung und Erbringung von Dienstleistungen (beispielsweise Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen) beteiligen, indem sie Rückmeldungen geben – etwa in Form von Beschwerden, die in öffentlichen Sitzungen vorgetragen wurden. Neue Aufgaben für ehrenamtlich Tätige betreffen Ausbildung und Kapazitätsaufbau, beispielsweise die Ausbildung von Ausbildern zur Leitung von Aktivitäten und die Zusammenarbeit mit Universitäten des dritten Lebensalters (siehe auch das Kapitel zu Bereich 4: Soziale Teilhabe). Dies kann flexible Aktivitäten und Seminare umfassen, bei denen ältere Menschen entweder Lernende oder Lehrende sein können. Um die Koproduktion nachhaltiger zu gestalten, spielen von der Kommune initiierte gemeinnützige Initiativen mit Rechtsberatung, Beratung in Verwaltungsfragen und Unterstützungsrahmen eine wichtige Rolle.

Ehrenamtliche Tätigkeit ist zu einem wichtigen Instrument zur Förderung der sozialen Inklusion älterer Menschen geworden.

Nationale Gesetze über ehrenamtliche Tätigkeit haben in den letzten Jahren stärkere Verbreitung gefunden, unterscheiden sich aber in Umfang und Inhalt stark (Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa, 2011). Solche Gesetze können wichtige Aspekte

Kasten 17. Aktive Rekrutierung von ehrenamtlich Tätigen in der Stadt Horsens (Dänemark)

Die nordischen Länder verfügen über gut entwickelte ehrenamtliche Sektoren, die sich in ihren Kommunen in verschiedenen Funktionen engagieren. In der dänischen Stadt Horsens ist es dem Sozialbereich gelungen, eine wichtige Infrastruktur an ehrenamtlich Tätigen aufzubauen. Seit 2000 verfolgt die Stadtverwaltung von Horsens eine Politik für ehrenamtliche Tätigkeit, die Ziele und Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit mit Vereinigungen von ehrenamtlich Tätigen festlegt. Bis 2016 engagierten sich etwa 1000 ehrenamtlich Tätige für die Unterstützung älterer Menschen, viele von ihnen selbst Senioren.

Koordiniert durch den kommunalen Gesundheitsladen engagieren sich ehrenamtlich Tätige in einer Reihe von Aktivitäten. Zu den Beispielen zählen die folgenden.

- Ehrenamtlich Tätige unterstützen die Arbeit von Aktivitätszentren für ältere Menschen und von Pflegeheimen, indem sie beispielsweise Senioren in Pflegeheimen besuchen und mit ihnen gemeinsam zu Mittag essen.
- In Zusammenarbeit mit der größten lokalen Vereinigung für in der Stadt wohnende ältere Menschen fungieren ehrenamtlich Tätige als „Krankenhausfreunde“.
- Andere Netzwerkgruppen unterstützen ältere Menschen mit schwachen sozialen Netzwerken und Menschen, die von Einsamkeit bedroht sind.
- Ehrenamtlich Tätige betreiben 14 IKT-Clubs für ältere Menschen, die für ältere Menschen Unterstützung im Bereich Informations- und Kommunikationstechnik anbieten.
- Ein Mentoring-System wurde eingerichtet, in dessen Rahmen ältere Menschen in der Stadt wohnenden jüngeren helfen, die Schwierigkeiten im Beschäftigungssektor haben.

Quelle: Horsens Healthy City (2016).

Kasten 18. Lassen Sie uns aktiv werden! Soziale Inklusion älterer Menschen durch ehrenamtliche Tätigkeit in drei baltischen Städten

Das Projekt „Lassen Sie uns aktiv werden! Soziale Inklusion älterer Menschen durch ehrenamtliche Tätigkeit in Estland, Lettland und Finnland“ fördert soziale Aktivitäten und die Inklusion älterer Menschen. Ältere Menschen beteiligen sich auch selbst ehrenamtlich an dem Projekt und bemühen sich, mit Initiativen in den drei baltischen Städten Pärnu (Estland), Riga (Lettland) und Turku (Finnland) sozialer Ausgrenzung und Einsamkeit entgegenzuwirken.

In jeder der Städte wurden ältere Menschen von Gesundheitspersonal und Sozialarbeitern sowie über andere einschlägige Organisationen zur Teilnahme an dem Projekt eingeladen. Es entwickelte ehrenamtliche Aktivitäten für ältere Erwachsene und wandte dabei eine Reihe von partizipativen Ansätzen an, darunter:

- ältere Menschen befragen und Gespräche mit ihnen führen, um herauszufinden, wie sie in ehrenamtliche Tätigkeiten einbezogen werden könnten;
- Seminare und Schulungen mit älteren Erwachsenen und Sozialarbeitern entwickeln;
- Angehörige älterer Erwachsener beraten;
- Informations- und Unterstützungssysteme für ältere Erwachsene einrichten und über diese umfassende Informationen über bestehende ehrenamtlich Tätigkeiten bereitstellen.

Beispiele sind ein Callcenter in Riga und Online-Plattformen in Pärnu und Turku. Um die Unterstützungssysteme für ältere Erwachsene besser entwickeln zu können, tauschten die Städte Informationen über lokale ehrenamtliche Tätigkeiten untereinander aus.

Quelle: EU Central Baltic Programme (2014).

Tabelle 6. Praxisbeispiele für bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
<p>Im politischen Leben und an Entscheidungsprozessen mitwirken</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe und Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung)</p>	<p>Bürger befähigen, ihre Stimme zu erheben und eine aktive Rolle in lokalen Entscheidungsprozessen zu übernehmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturen verändern und die Mitsprache sowie die Rechtsbefugnisse älterer Menschen institutionalisieren • Spezielle interdisziplinäre Arbeitsgruppen (professionell moderiert) unter Einbeziehung älterer Menschen, um zusammen Aktivitäten in Wohnbezirken zu planen, zu leiten und durchzuführen (beispielsweise eine Fahrradwerkstatt). • Seniorenräte mit Exekutivbefugnissen, die bei Entscheidungen, die das Leben älterer Menschen in der Kommune betreffen, konsultiert werden müssen • Ältere Menschen und ihre Vertreter (nichtstaatliche Organisationen und Verbände) in den Stadtrat oder Nachbarschaftsräte einbeziehen • Kommissionen/Räte, die als Beratungs- und Initiativorgane eingerichtet werden und bei den lokalen Behörden die Interessen bestimmter Gruppen (beispielsweise von Frauen, älteren Menschen, Kindern, Jugendlichen oder Menschen mit Behinderungen) vertreten
	<p>Andere Formen partizipativer Mechanismen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation von partizipativen Veranstaltungen: Führungsseminare, die Herausforderungen ermitteln und Lösungen entwickeln; Gemeinschaftsforen, um Einfluss auf die Planung und Priorisierung von Interventionen zu nehmen • Runde Tische, Podiumsdiskussionen und öffentliche Diskussionen, um die Ergebnisse von Bewertungen zu präsentieren und die Beteiligung an Planungen zu ermöglichen • Interventionen mit Beteiligung der Gemeinschaft in Lenkungsgruppen und partizipativer Bewertung erproben
	<p>Ältere Menschen bei der Definition von Problemen und Handlungsbedarf konsultieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipative altersgerechte Bewertungen und Bedarfsanalysen, beispielsweise über Fokusgruppen, Gemeinschaftsforen, partizipative Forschung (beispielsweise Passantenbefragungen) • Qualitative Forschung, Bedarfsanalysen, kommunale Diagnosen, beispielsweise Interviews, Straßen-Audits, Fragebögen und Umfragen • Information der Öffentlichkeit und lokale Konsultationen über Pläne und Entscheidungen sowie Möglichkeiten, sich zu engagieren, Widerstand zu leisten oder zu kommentieren für Menschen, die dies möchten

Tabelle 6 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
<p>Wirtschaftsleben und Beschäftigung</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung)</p>	<p>Arbeitgeber, die bessere Möglichkeiten für eine altersdiverse Belegschaft bieten</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Initiativen zur Unterstützung lokaler Arbeitgeber bei der Planung der Unterstützung älterer Arbeitnehmer bei deren Wunsch, so lange am Arbeitsplatz zu bleiben, wie sie dies möchten ● Generationsübergreifende Arbeitsgruppen zusammenstellen und einsetzen ● Flexiblere Regelungen und Beschäftigungsmöglichkeiten für ältere Arbeitnehmer (beispielsweise Zeitarbeit und Teilzeitarbeit, Heimarbeit und technologische Unterstützung) ● Berufsausbildung für Erwachsene oder Programme zur beruflichen Neuorientierung (Unterstützung von Menschen über 50 Jahren bei der Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit; Arbeiten nach Fähigkeiten) ● Die Beschäftigungspraxis verändern, um Menschen zu ermöglichen, trotz Erreichen des Rentenalters in Beschäftigung bleiben zu können ● Leitlinien für altersgerechte Arbeitsplätze entwickeln und anwenden
	<p>Neue Geschäftsmöglichkeiten oder unternehmerische Möglichkeiten schaffen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Spezielle Berufsberatungsdienste und Schulungen zum Thema Arbeitsuche für ältere Menschen in lokalen Arbeitsagenturen ● Spezielle Minijobprofile für ältere Menschen ausarbeiten und Qualifizierungs- und Ausbildungsmöglichkeiten schaffen (Senioren-Babysitter, Begleitpersonen, Haushaltshilfen und Informationsbeauftragte) ● Schulungen für Existenzgründer und Selbständige durchführen, um die Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit nach dem Eintritt in den Ruhestand zu fördern ● Altersgerechte Messen/Wirtschaftsforen

Tabelle 6 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Maßnahmen und Initiativen
<p>Engagement im öffentlichen Leben: schöpferische Zusammenarbeit und ehrenamtliche Tätigkeit</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe)</p>	<p>Schöpferische Zusammenarbeit fördern: ältere Menschen in die Gestaltung und Erbringung von ihr Leben betreffenden Dienstleistungen einbeziehen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Protokoll, eine Charta oder eine Verordnung dazu, wie ältere Menschen einbezogen werden sollen, das/die von Behörden einzuhalten ist • Beschaffungs-, Auftragsvergabe- und Beihilfemechanismen überprüfen, um eine auf Aktivposten basierende Praxis und soziale Unternehmen zu ermöglichen, die auf soziale Wirkung ausgerichtet sind • Ältere Menschen in die Qualitätskontrolle und die Evaluation der auf sie ausgerichteten Dienstleistungen einbeziehen • Rückmeldungen nach Beschwerden und nach öffentlichen Sitzungen verbessern • Kommunale Zuschüsse für kleine Projekte mit dem Ziel der sozialen Integration älterer Menschen • Möglichkeiten für Ausbildung und Schaffung von Kapazität, beispielsweise Ausbildung für Trainer, damit sie Aktivitäten leiten können; Zusammenarbeit mit Universitäten des dritten Lebensalters • Flexible Aktivitäten und Seminare, bei denen ältere Menschen entweder Lernende oder Lehrende sein können • Von der Kommune initiierte gemeinnützige Initiativen mit Rechtsberatung, Beratung in Verwaltungsfragen und Unterstützungsrahmen • Erfahrene Berater und ältere Menschen als Experten und Mentoren • Ältere Menschen leisten füreinander Unterstützung auf Gegenseitigkeit („keine Einbahnstraße“)
	<p>Durch ehrenamtliche Tätigkeit die soziale Inklusion älterer Menschen fördern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Das Bewusstsein für den Nutzen ehrenamtlicher Tätigkeit schärfen • Lokale Ehrenamtsbörse und lokales Unterstützungszentrum • Zeitbanken • Die Anerkennung bestehender gut funktionierender Programme und ehrenamtlich Tätiger verbessern (beispielsweise Auszeichnungen, Aufwandsentschädigungen) • Informationsplattformen, die sich an ältere Menschen richten (von älteren Menschen selbst verwaltet) • Online-Informationsplattformen und Ehrenamtsbörsen • Anreize für nachbarschaftliche Unterstützung und Familienunterstützung • Kosten erstatten und Bemühungen anerkennen

Ressourcen und Materialiensammlungen

AFE-INNOVNET (2015). Guidelines for co-producing age-friendly environments with older people. [Website]. Brüssel: Thematic Network on Innovation for Age-Friendly Environments (<http://afeinnovnet.eu/content/guidelines-co-producing-age-friendly-environments-older-people>, eingesehen am 6. Januar 2020).

Cedefop (2015). Increasing the value of age: Guidance in employers' age management strategies. Thessaloniki: European Centre for the Development of Vocational Training (Cedefop Research Paper no. 44; <http://www.cedefop.europa.eu/en/publications-and-resources/publications/5544>, eingesehen am 7. Januar 2020).

Ehlers A, Naegele G, Reichert M (2011). Volunteering by older people in the EU. Dublin: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (<http://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2011/quality-of-life-social-policies/volunteering-by-older-people-in-the-eu>, eingesehen am 7. Januar 2020).

ENWHP (2015). ENWHP [Website]. Leuven: European Network for Workplace Health Promotion (<http://www.enwhp.org/>, eingesehen am 7. Januar 2020).

ESF-Age Network (2011). ESF-Age Network. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (https://ec.europa.eu/employment_social/esf/docs/transitional/age_en.pdf, eingesehen am 6. Januar 2020).

Eurofound (2012). Volunteering: A force for change – resource pack [Website]. Dublin: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (<http://www.eurofound.europa.eu/resourcepacks/volunteering>, eingesehen am 7. Januar 2020).

Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors (2012). Age-friendly workplaces: promoting older worker participation. Quebec: Government of Canada (<https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/older-worker-participation.html>, eingesehen am 7. Januar 2020)

Harbers MM, Achterberg PW (Hrsg.) (2012). Europeans of retirement age: chronic diseases and economic activity. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (http://www.healthyeageing.eu/sites/www.healthyeageing.eu/files/resources/rivm_report_retirement_en.pdf, eingesehen am 7. Januar 2020)

HelpAge International (2006). Guidebook for developing and supporting older persons' organizations. Chisinau: HelpAge International (<https://www.helpage.org/download/4c3ce9662bea7>, eingesehen am 7. Januar 2020)

Heslop M (2002). Participatory research with older people: a sourcebook. London: HelpAge International.

INNOVAGE (2014). Guidelines on involving older people in social innovation development. Sheffield: INNOVAGE (<http://www.innovage.group.shef.ac.uk/assets/files/Guidelines%20-%20involving%20older%20people%20in%20SI%20dev.pdf>, eingesehen am 7. Januar 2020)

NAAS (2015). Civic engagement in an older America project [Website]. Washington DC: National Academy on an Aging Society (http://www.civicengagement.org/agingsociety/Civic%20Engagement/about_civic_engagement.htm, eingesehen am 7. Januar 2020)

Naegele L, Thode E, Dhéret C (2013). Creating second career labour markets: towards more employment opportunities for older workers. Brüssel: European Policy Centre (<https://www.issuelab.org/resources/19035/19035.pdf>, eingesehen am 11. Februar 2020).

Robinson L (2005). CoCreate: a facilitator's guide to collaborative planning. Victoria: Neighbourhood Environment Protection Program (http://www.enablingchange.com.au/CoCreate_v1.A4.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020)

Weiterführende Literatur

AARP (2012). Civic engagement among mid-life and older adults. Findings from the 2012 Survey on Civic Engagement. Washington DC: AARP (<http://www.aarp.org/politics-society/advocacy/info-12-2012/civic-engagement-adults.html>, eingesehen am 8. Januar 2020)

AGE Platform Europe (2010). Leitfaden für den zivilen Dialog zur Förderung der sozialen Eingliederung älterer Menschen. Brüssel: AGE Platform Europe (https://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/106_AGE-civil-dialogue-DE-web.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020)

AGE Platform Europe (2014). Guidelines on involving older people in social innovation development. Sheffield: INNOVAGE (<http://www.innovage.group.shef.ac.uk/assets/files/Guidelines%20-%20involving%20older%20people%20in%20SI%20dev.pdf>, eingesehen am 8. Januar 2020)

AGE UK (2009). Engaging with older people: evidence review. London: Age UK (https://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/evidence_review_engaging_with_older_people.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020)

Buffel T (Hrsg.) (2015). Researching Age-Friendly Communities: Stories from older people as co-investigators. Manchester: University of Manchester (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2015/07/Researching-Age-Friendly-Communities.pdf>, eingesehen am 20. Dezember 2019).

Goth US, Småland E (2014). The role of civic engagement for men's health and well-being in Norway: a contribution to public health. *Int J Environ Res Public Health*. 11(6):6375–87.

Hank K, Erlinghagen M (2010). Dynamics of volunteering in older Europeans. *Gerontologist*. 50(2):170–8.

Löffler E (2009). A future research agenda for co-production: overview paper. Swindon: Local Authorities Research Council Initiative.

Mathies AL (Hrsg.) (2006). Nordic civil society organizations and the future of welfare states: a model for Europe? Kopenhagen: Nordic Council of Ministers.

Morrow-Howell N (2010). Volunteering in later life: research frontiers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 65B(4): 461–9. doi:10.1093/geronb/gbq024.

Pettigrew S, Jongenelis M, Newton RU, Warburton J, Jackson B (2015). Research protocol for a randomized controlled trial of the health effects of volunteering for seniors. *Health Qual Life Outcomes*. 13:74.

Small M (2011). Understanding the older entrepreneur. London: International Longevity Centre (https://www.tisa.uk.com/downloads/Understanding_the_Older_Entrepreneur.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020).

World Café Europe (2013). European Voices for Active Ageing (EVAA). München: World Café Europe (<http://blog.worldcafe-europe.net/tag/european-voices-for-active-ageing/>, eingesehen am 8. Januar 2020).



**Bereich 7:
Kommunikation und
Information**

Bereich 7: Kommunikation und Information

Einführung

Auf alle Gruppen älterer Menschen ausgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung von Kommunikation und Information spielen eine wichtige Rolle bei Bemühungen, Lücken beim Zugang zu Dienstleistungen, Aktivitäten und Veranstaltungen zu schließen und schwächere Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Der Bereich 7 umfasst eine Vielzahl von Aspekten der Kommunikation und Information: Fragen der Zugänglichkeit, der Technologie und des Beitrags von Informationen zur Prävention des Risikos der sozialen Ausgrenzung, um nur die wichtigsten zu nennen. Er trägt dem Umstand Rechnung, dass ein zuverlässiger Informationsfluss über Neuigkeiten, Aktivitäten und Möglichkeiten in der Kommune, der an die Bedürfnisse und Präferenzen älterer Menschen angepasst ist, von entscheidender Bedeutung ist – insbesondere für diejenigen, die allein in der Gemeinschaft leben und die möglicherweise weniger Verbindungen zu formellen oder informellen Netzwerken haben.

Kommunikation und Information ist der erste von zwei Bereichen des AFEE-Rahmens, die sich mit der Dimension gemeindenaher Dienstleistungen für altersgerechte Kommunen befassen. Zu den Aktivitäten in diesem Bereich zählen viele Veranstaltungen, die vom dritten Sektor organisiert und durch ehrenamtliche Tätigkeit unterstützt werden, sodass er starke Verbindungen zum Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung hat. Dieser Bereich entspricht dem gleichbenannten im ursprünglichen globalen Leitfaden der WHO (WHO, 2007a).

Kommunale Aktivitäten zugunsten gesunden Alterns werden oft von Gruppen relativ gesunder älterer Menschen besucht – sie sind gewöhnlich Teil von sozialen

und Familiennetzwerken, die ihnen helfen, mit dem Leben in der Kommune in Verbindung zu bleiben, und sie über das Spektrum der für sie verfügbaren Aktivitäten und Dienstleistungen einschließlich ihrer Rechte und des Zugangs zu öffentlichen Dienstleistungen informieren. Dies ist ein Grund dafür, dass nicht alle älteren Menschen den gleichen Zugang zu Informationen haben.

Zu den in diesem Kapitel behandelten Themen zählen Initiativen, die darauf abzielen, das so genannte „digitale Gefälle“ zu verringern (Mason, Sinclair und Berry, 2011) und die Gesundheitskompetenz älterer Menschen zu fördern, die für ältere Menschen von entscheidender Bedeutung ist, um fundierte Entscheidungen zu treffen und sich um ihre Gesundheit zu kümmern (IROHLA, 2015a; 2015b). Beide Themen sind miteinander verbunden: Der Transfer von Gesundheitsressourcen und Gesundheitsversorgung auf elektronischem Wege (E-Gesundheit) und Gesundheitsinformationen aus dem Internet sind von besonderer Bedeutung für die Gesundheitskompetenz älterer Menschen (CDC, 2009).

Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen

Das Ziel von Interventionen in diesem Bereich ist es, ältere Erwachsene dabei zu unterstützen, durch persönliche Kontakte, allgemeine Presse oder die Nutzung von Informationstechnologie auf aktuelle, zuverlässige, relevante und verständliche Informationen über ihre Kommune, Möglichkeiten, sich einzubringen, verfügbare Dienstleistungen und Gesundheitsthemen zuzugreifen.

Um diese Ziele zu erreichen, werden in altersgerechten Aktionsplänen bestimmte Gruppen älterer Menschen identifiziert, die vom Ausschluss von für sie potenziell wichtigen Informationen bedroht sind. Dazu zählen Menschen, die mit einem begrenzten Netzwerk von Angehörigen oder Freunden leben, die an die Wohnung gefesselt sind oder dement sind. Um diesen unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, sind verschiedene Interventionen und Informationskanäle erforderlich. Beispielsweise können Informationen von formellen oder informellen Betreuern Menschen mit Demenz helfen, sich an geplante Aktivitäten und Veranstaltungen zu erinnern und weiter aktiv an der Gemeinschaft teilzunehmen. Die richtigen Informationen können eine Schutzfunktion haben und zu einem Gefühl der Sicherheit und Vernetzung beitragen. Maßgeschneiderte Informationen können ältere Menschen auch vor Missbrauch wie beispielsweise finanziellem Missbrauch schützen.

Nichtstaatliche Organisationen, die mit älteren Menschen arbeiten und sich für deren Interessen einsetzen, spielen in vielen Fällen eine wichtige Rolle. Sie suchen ältere Menschen in der Kommune auf und sprechen direkt mit ihnen, weil viele mit anderen Kommunikationsmitteln nicht leicht erreichbar wären. Dies gilt sowohl für relativ wohlhabende Kommunen als auch für Settings mit beschränkten Ressourcen.

Die moderne Informationstechnologie gilt als vielversprechender Weg, um älteren Menschen zu helfen, in Kontakt zu bleiben und ihnen eine Reihe von Unterstützungsmöglichkeiten zu bieten, selbst wenn ihre Mobilität

eingeschränkt ist. Noch ist der Zugang zu Technologie einschließlich des grundlegenden Zugangs zum Internet jedoch sehr unterschiedlich. Die höchsten Altersgruppen nutzen das Internet noch relativ selten. Auf diesen Umstand und die besonderen Herausforderungen, die aus dem zunehmenden Einsatz des Internets als allgemeines Portal für den Zugang zu Diensten – beispielsweise E-Government-Systemen – resultieren, wird in diesem Kapitel eingegangen.

Kommunikation und Information sind unerlässlich, um sozial in Verbindung zu bleiben. Für den Zugang zu Diensten, die in andere Bereiche wie beispielsweise den Bereich 2: Verkehr und Mobilität fallen, sind sie unverzichtbar. Dieser Bereich weist auch Verknüpfungen zu Ausbildung und lebenslangem Lernen auf (siehe das Kapitel zum Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung), die dazu beitragen, älteren Menschen zu helfen, sich an neue Technologien und Kommunikationswege anzupassen. Den Möglichkeiten und Herausforderungen für ältere Menschen, Zugang zu Informationen zu erhalten und von den Fortschritten der modernen Kommunikationstechnologie zu profitieren, wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Dies ist ein Bereich, der derzeit aktiv erforscht wird. Viele Herausforderungen bestehen jedoch fort, nicht zuletzt die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass ältere Menschen Gesundheitsinformationen im Internet finden, die korrekt und sicher sind (Moore, 2005).

Darüber hinaus ist dieser Bereich mit dem Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen verknüpft, weil beispielsweise Personen, die Hilfe im

Die wichtigsten Fakten

- Regelmäßige Informationsveranstaltungen oder „Börsen“, bei denen sich ältere Menschen engagieren und über das breite Spektrum der ihnen zur Verfügung stehenden Gemeinschaftsaktivitäten informieren können, sind in vielen Städten zu festen Einrichtungen geworden, die dazu dienen, Möglichkeiten gesunden Alterns aufzuzeigen (beispielsweise „Seniorentage“ oder „Wochen des positiven Alterns“).
- Nur jeder zweite ältere Mensch verfügt über ausreichend Gesundheitskompetenz, das heißt über die Fähigkeit, auf gesundheitsbezogene Informationen zuzugreifen und diese zu verstehen (Sørensen et al., 2015). Dies stellt eine Herausforderung für gesundes Altern dar.
- Die Internetnutzung unter den 55- bis 74-Jährigen hat in den letzten zehn Jahren in den meisten EU-Ländern stark zugenommen. Die Veränderungen, die im Lauf der Zeit stattgefunden haben, haben in den meisten Ländern die Gruppe der Menschen mit mittlerer und höherer Bildung mehr begünstigt als diejenigen mit niedrigerer formaler Bildung (Eurostat, 2011; Rodrigues, Huber und Lamura, 2012).
- Die Unterschiede zwischen den Ländern bei der Internetnutzung der 55- bis 74-Jährigen sind nach wie vor groß. Sie reicht von etwas mehr als 5% in der Türkei bis zu mehr als 70% in Island und Norwegen (Eurostat, 2011; Rodrigues, Huber und Lamura, 2012).
- Menschen ab 75 Jahren nutzen im Vergleich zu anderen Altersgruppen das Internet deutlich weniger.

Haushalt leisten oder andere Dienstleistungen erbringen, ebenfalls als zuverlässige Informationsquellen für ältere Menschen dienen können. Gleiches gilt für Altentagesstätten und andere kommunale Einrichtungen für ältere Menschen.

Die folgenden Abschnitte beschreiben die Bandbreite der Interventionen, die Kommunen im Rahmen ihrer Bemühungen zur Schaffung altersgerechter Umfeldere entwickelt haben, um ältere Menschen, Familien und andere Akteure besser mit Informationen und Kommunikation zu erreichen. Eine Tabelle am Ende des Kapitels enthält praktische Beispiele, die zeigen, wie Lokalverwaltungen Handlungsfelder in ihren Aktionsplänen operationalisiert haben.

Altersgerechte Informationen

Beispiele für Defizite bei den Formaten und der Gestaltung von Informationen und Kommunikation, die nicht altersgerecht sind, sind noch weit verbreitet. Älteren Menschen zuzuhören, beispielsweise im Rahmen von Fokusgruppen, hat dazu beigetragen, diese Defizite aufzudecken.

Das Bewusstsein wächst, dass Kommunen und lokalen Behörden eine wichtige Rolle dabei zukommt, sicherzustellen, dass Informationen über lokale Aktivitäten und Dienstleistungen ältere Menschen erreichen. Dies gilt zunehmend als sektorübergreifende Aufgabe und hat zur Entwicklung von Kommunikationsstrategien geführt, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind. Dazu zählt eine breite Palette von Kommunikationsmedien wie beispielsweise kostenlose Lokalzeitungen für Personen im Ruhestand, aber auch Anlaufstellen, die ältere Menschen mit von ihnen benötigten Informationen unterstützen. Dies erfordert die Zusammenarbeit zwischen den Erbringern von Dienstleistungen und zwischen öffentlichen Diensten, privaten Anbietern und ehrenamtlich Tätigen.

Altersgerechte Informationen gewährleisten die Qualität und Zugänglichkeit von Informationen für ältere Menschen.

In einer wachsenden Zahl von Ländern unterstützen nationale oder subnationale Leitlinien für zugängliche Informationen heute die Verwendung altersgerechterer Formate, um die Qualität und Zugänglichkeit von Informationen für ältere Menschen sicherzustellen. Zu den gemeinsamen Elementen zählen klare, prägnante Formate und die Verwendung einfacher Sprache, Großdruckversionen (beispielsweise von Formularen, Handbüchern und Verzeichnissen) sowie eine bessere Lesbarkeit von LED-Tafeln und -Anzeigen. Wo Kommunen automatisierte

Telefon-Informationssysteme oder Anrufweiterleitungssysteme einsetzen, lohnt es sich, ihre Benutzerfreundlichkeit mit älteren Nutzern zu testen, auch in Pilotprojekten.

Lokale Behörden können eine Vielzahl von Verbreitungskanälen nutzen.

Lokale Behörden und Kommunen verfügen über direkte Informationskanäle, die sie nutzen können, um Informationen zu verbreiten, die an ältere Menschen sowie deren Familien und Freunde gerichtet sind. Dazu zählen Sendungen im Lokalfernsehen und -rundfunk, maßgeschneidertes Informationsmaterial in Form von Flugblättern, Broschüren oder Karten, Newsletter, Plakatkampagnen und Aushänge (beispielsweise in Bibliotheken, Kirchen, an öffentlichen Treffpunkten und in Wohnbezirken). Eine zugängliche Möglichkeit, eine breite Öffentlichkeit über altersgerechte Initiativen zu informieren, ist die Veröffentlichung anschaulicher persönlicher Geschichten von älteren Menschen (siehe beispielsweise Manchester City Council, 2016). In einigen Fällen können jedoch mehr Investitionen erforderlich sein, um bestehende kommunale Websites besser zugänglich zu machen, sowohl, was die Struktur und einfaches Navigieren betrifft, als auch indem die Richtlinien für barrierefreie Webinhalte befolgt werden (W3C, 2008).

Öffentliche Veranstaltungen sind wichtige Informationsquellen für ältere Menschen.

Zahlreiche Kommunen mit einer längeren Tradition altersgerechter Initiativen veranstalten Seniorenwochen oder -tage, für die Bezeichnungen wie „Wochen des positiven Alterns“ oder jährliche „Festwochen des dritten Alters“ gewählt werden. Solche Veranstaltungen bieten Möglichkeiten, Informationen zwischen Aktivitäten und Initiativen weiterzugeben und das breite Spektrum bestehender und neuer Aktivitäten und Dienstleistungen in der Kommune kennenzulernen und auszuprobieren. Weitere öffentlich organisierte Informationsquellen sind öffentliche Vorträge, Seminare und Diskussionen zu gerontologischen Themen oder Konferenzen zu Themen im Zusammenhang mit gesundem Altern.

Eine Anlaufstelle für gesundheits- und altersbezogene Informationen

Für ältere Menschen kann es schwierig sein, auf die Informationen zuzugreifen, die sie benötigen, um gesund und aktiv zu bleiben. Wenn Informationen fragmentiert oder für ältere Menschen unzugänglich sind, verpassen diese möglicherweise die bestehenden Möglichkeiten, aktiv mit der Gemeinschaft in Kontakt zu bleiben, und sind sich der Bandbreite der öffentlich oder privat angebotenen

Dienstleistungen und Aktivitäten (beispielsweise ehrenamtlichen Tätigkeiten) einfach nicht bewusst. Das Internet ist zunehmend die wichtigste Drehscheibe für öffentlich zugängliche Informationen: Daraus resultieren einerseits viele neue Möglichkeiten, es entsteht aber auch eine Barriere für viele ältere Menschen, die das Internet nicht nutzen.

Viele Kommunen haben auf die Bedürfnisse älterer Menschen nach umfassenden und zuverlässigen Informationen reagiert, indem sie eine zentrale Auskunftsstelle eingerichtet haben.

Solche zentralen Stellen für umfassende Informationen können von ihrer Form ganz unterschiedlich sein, beispielsweise Informationszentren, die persönlich aufgesucht werden müssen, oder Telefon-Hotlines in Callcentern. Diese Dienste bieten älteren Menschen eine Anlaufstelle, um zuverlässige Basisinformationen und Antworten auf häufig gestellte Fragen zu erhalten, sowie Hinweise, wie sie bei Bedarf auf weitere Informationen zugreifen können.

„Umfassende Informationen“ bezieht sich sowohl auf öffentlich organisierte Dienste und auf Informationen und Hinweise zu breiteren Aktivitäten der Kommune als auch auf Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und ehrenamtliche Tätigkeiten. Zu den häufig nachgefragten Basisinformationen zählen die folgenden:

- Informationen über Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen;
- Informationen über (andere) Ansprüche und Rechte älterer Menschen;

- Finanzberatung einschließlich altersgerechter Bankdienstleistungen;
- Informationen über das Leben in der Kommune und ihre Aktivitäten.

Beispielsweise wurden in Altentagesstätten zentrale Anlaufstellen in der Form von Informationsschaltern oder Inforäumen eingerichtet. Zusätzlich stehen in vielen Fällen 24-Stunden-Telefondienste zur Verfügung – eine Strategie, die von Kommunen aller Einkommensniveaus genutzt werden kann (Kasten 19).

Zentren, die persönlich aufgesucht werden müssen, wurden neben ihrer Informationsfunktion so konzipiert, dass sie Basisangebote wie sozialmedizinische Erstuntersuchungen anbieten (siehe das Kapitel zu Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen). Sie können auch bei sektorübergreifenden Dienstleistungen wie dem Ausfüllen von Verwaltungsformularen und Dienstleistungsanträgen oder dem Zugriff auf E-Government-Dienstleistungen (siehe den Abschnitt über die Verringerung des digitalen Gefälles weiter unten) Unterstützung leisten, indem sie assistierten Zugriff auf Computer und Online-Inhalte ermöglichen.

Informationen können auch über ehrenamtliche Organisationen bereitgestellt werden, die bei diesen Problemen helfen oder entsprechende Unterstützung anbieten können. Zentrale Anlaufstellen können im Lauf der Zeit umfassendes Spezialwissen über das Informationsangebot aufbauen, das ältere Menschen benötigen. Fokusgruppen oder andere Formen der partizipativen Forschung mit älteren Menschen als Teilnehmer können dazu beitragen,

Kasten 19. Telefonberatungsstelle für ältere Menschen im Vereinigten Königreich

The Silver Line ist eine kostenlose vertrauliche Telefonberatungsstelle im Vereinigten Königreich. Sie bietet Informationen, freundschaftliche Kontakte und Beratung für ältere Menschen und ist das ganze Jahr über rund um die Uhr erreichbar. Die Telefonberatungsstelle verbreitet Informationen über Dienstleistungen und Aktivitäten, auf die Menschen in ihren Kommunen zugreifen können.

The Silver Line unterstützt verletzte ältere Menschen, auch solche, die anonym bleiben wollen. Sie informiert sowohl über Dienstleistungen als auch über kommunale Aktionen und Projekte. Anrufer können sich aber auch helfen lassen, Einsamkeit und Isolation entgegenzuwirken, sowie bei Misshandlung und Vernachlässigung. Darüber hinaus kann die Telefonberatungsstelle regelmäßige Freundschaftstelefonate organisieren. Rund zwei Drittel der Anrufe gehen nachts und am Wochenende ein. Die meisten Anrufer leben allein und geben an, dass sie niemanden mehr haben, mit dem sie sprechen können. The Silver Line arbeitet mit ehrenamtlich Tätigen (ca. 3000 im Jahr 2016), die als „Telefonfreunde“ (oder „Brieffreunde“) geschult wurden.

Quelle: The Silver Line (2013).

Kasten 20. Lokale Initiativen in Deutschland zur Umsetzung des nationalen Aktionsplans IN FORM

Ein nationaler Aktionsplan in Deutschland für den Zeitraum 2008–2020 trägt die Bezeichnung „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. In Verbindung damit wurde eine Reihe von auf ältere Menschen zugeschnittenen Informationsbroschüren zu Ernährungsfragen entwickelt, die auf verschiedene Weise verbreitet werden, unter anderem über die Website Fit im Alter (www.fitimalter-dge.de).

Neben Handlungsleitlinien zur Schärfung des Bewusstseins und zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen und ihrer Familien wurden Qualitätsstandards und Ernährungsrichtlinien für Pflege- und Seniorenheime, Essen auf Rädern, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen entwickelt und veröffentlicht.

IN FORM ist eine gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und des Ministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Sie wird in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit Ländern und lokalen Verwaltungen, auch von Städten und Gemeinden, durchgeführt, von denen viele die national entwickelten Handlungsleitlinien und Broschüren zur lokalen Verbreitung sowie für die Gesundheitserziehung und die Öffentlichkeitsarbeit auf der kommunalen Ebene nutzen. Zu diesem Zweck wurden Leitfäden für Städte und Gemeinden zu dem Thema entwickelt, wie die nationalen Handlungsleitlinien in lokalen Initiativen mit älteren Menschen genutzt und verbreitet werden können.

Quellen: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2017); Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2017).

die Qualität der auf diese Weise erbrachten Dienstleistungen zu evaluieren und zu verbessern.

Die Gesundheitskompetenz verbessern

Gesundheitskompetenz ist einer der Erfolgsfaktoren für gesundes Altern. Sie ermöglicht es älteren Menschen, den Anforderungen unterschiedlicher Gesundheitssituationen gerecht zu werden und die Lebensqualität zu erhalten. Wenn altersbedingte gesundheitliche Veränderungen sowie die Bedeutung von guter Ernährung und ausreichender körperlicher Betätigung verstanden werden, kann dies einen Unterschied für Gesundheitsverläufe im Alter ausmachen (WHO, 2015b). Zu wissen, wie mit Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen wirksam kommuniziert wird, ist eine wichtige Voraussetzung, um sich in komplexen Gesundheits- und Sozialsystemen zu behaupten.

Die Gesundheitskompetenz variiert in der Bevölkerung sehr stark und ist in älteren Altersgruppen geringer (Swedish National Institute for Public Health, 2006; Zamora und Clingerman, 2011). Dies ist besonders besorgniserregend bei geriatrischen Patienten, die oft nur über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen, was mit Risiken für ihre Gesundheitsergebnisse und dem Risiko höherer Behandlungskosten verbunden ist (Cutilli, 2007). Ältere Menschen mit weniger Bildung, niedrigeren Einkommen oder schlechter psychischer und physischer Gesundheit können ein höheres Risiko marginaler oder unzureichender

Gesundheitskompetenz aufweisen. Bei älteren Menschen mit schlechter Gesundheit, die deswegen am dringendsten Gesundheitskompetenz benötigen würden, wurde festgestellt, dass sie eine geringere Gesundheitskompetenz haben als andere Gruppen älterer Menschen (Oldfield und Dreher, 2010). Zahlreiche nationale Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme nennen daher ältere Menschen als besondere Zielgruppe und zielen darauf ab, die Umsetzung auf allen Regierungsebenen sowie in Städten und Gemeinden zu fördern und zu unterstützen (Kasten 20).

Gesundheitskompetenz ist definiert als „das Maß, in dem eine Person die Fähigkeit besitzt, sich grundlegende Gesundheitsinformationen und -leistungen zu beschaffen, um angemessene Gesundheitsentscheidungen zu treffen, und diese Informationen weiterzugeben, zu verarbeiten und zu verstehen“.

EIP AHA (2015b)

Die Kompetenzen von Gesundheitskräften und Erbringern von Versorgungsleistungen zu verbessern, ist eine wichtige Komponente bei den Bemühungen, bessere Gesundheitskompetenz zu verwirklichen.

Um Lücken in der Kapazität für Gesundheitskompetenz und Kommunikation zu schließen, muss Gesundheits- und Sozialpersonal mit dem Ziel geschult werden, sein Wissen und Bewusstsein darüber zu verbessern, wie man mit älteren Menschen besser über Themen aus den Bereichen Gesundheit und Alterung kommuniziert. Für

Angehörige ethnischer Minderheiten unter denjenigen, die Gesundheitsleistungen und soziale Leistungen in Anspruch nehmen, werden auch immer dringlicher spezielle Übersetzungsdienste benötigt, wenn Menschen mit Migrationshintergrund in höhere Altersgruppen eintreten.

Ältere Menschen, ihre Familien sowie ihre sozialen Netzwerke und Gemeinschaften durch die Verbesserung der allgemeinen Kommunikationskompetenzen und des Wissens über das Altern und gesundheitsbezogene Fragen zu stärken, kann effektiv sein.

Ältere Menschen und ihre Familien müssen besser informiert und geschult werden. Das allgemeine Bewusstsein für altersbedingte Gesundheitsprobleme zu schärfen, kann insbesondere für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz und Menschen mit mehreren Krankheiten von Vorteil sein (IROHLA, 2015b).

Kapazität zur Unterstützung des Selbstmanagements zu schaffen, ist wichtig, um die Gesundheitskompetenz im weiteren Sinne zu verbessern (Findley, 2015). Dies ist ein zentrales Ziel vieler Interventionen für ältere Menschen auf der lokalen Ebene. Dazu zählen Vortragsreihen und Veranstaltungen zu gesundheitsrelevanten Themen, Seminare und Kompetenztrainings, Schulungen zur Nutzung unterstützender Technologien und Schulungen zum Monitoring gesundheitsrelevanter Daten (vom Einsatz von Schrittzählern bis zur Überwachung des Blutdrucks oder des Blutzuckerspiegels).

E-Gesundheit bezieht sich auf den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung der Gesundheit und gesundheitsbezogener Bereiche.

M-Gesundheit ist ein Unterbereich innerhalb von E-Gesundheit. Er bezieht sich auf den Einsatz mobiler und drahtloser Technologien, die mit dem Ziel genutzt werden, die Verwirklichung von Gesundheitszielen zu unterstützen.

(WHO, 2015e)

Ältere Menschen benötigen möglicherweise Unterstützung bei Interventionen im Bereich der E-Gesundheitskompetenz, damit sie ihre Gesundheit auf neue Weise verbessern können.

E-Gesundheitskompetenz wurde definiert als die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen in elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen und zu beurteilen, und das erhaltene Wissen anzuwenden, um ein Gesundheitsproblem anzugehen oder zu lösen (Norman und Skinner,

2006). E-Gesundheit und mobile Gesundheit (M-Gesundheit) bieten älteren Menschen neue Möglichkeiten, Gesundheitsinformationen über das Internet oder das Mobiltelefon zu finden und mit anderen in einen Austausch einzutreten, um über gesundheitliche Interessen und Herausforderungen zu kommunizieren. Es können spezifische Interventionen erforderlich sein, um älteren Menschen den Zugang zu erleichtern sowie ihnen zu helfen, sich zurechtzufinden und den Nutzen neuer Technologien voll auszuschöpfen (Watkins und Xie, 2014). Zu denjenigen, die solche Interventionen am dringendsten benötigen, zählen ältere Menschen in ärmeren Haushalten und andere ältere Erwachsene in Situationen der Verletzlichkeit – insbesondere solche, die an die Wohnung gefesselt sind (Choi und Dinitto, 2013).

Das digitale Gefälle verringern

Bessere Computerkenntnisse und der Zugang zum Internet ermöglichen es älteren Menschen, auf eine Reihe von Informationsquellen zum Thema gesundes Altern in ihren Kommunen zuzugreifen. Zu diesen zählen:

- Internetportale und Plattformen zu Aktivitäten und Unterstützungsdiensten;
- Veröffentlichungen über „Profile für gesundes Altern“ und Beobachtungsstellen für gesundes Altern in Städten, Gemeinden oder Regionen;
- Zugang zu altersgerechten Strategien und Aktionsplänen;
- Online-Expertenforen und Fragestunden (beispielsweise „Fragen Sie Ihren Geriater“);
- Websites für pflegende Angehörige mit Informationen über verfügbare Unterstützung und Möglichkeiten zum Austausch mit anderen

Nicht alle aus diesen Quellen verfügbaren Informationen sind jedoch leicht zugänglich, und ihre Qualität kann variieren. Sie werden oft ohne professionelle Qualitätskontrollen veröffentlicht, beispielsweise solche, die dazu dienen, zu überprüfen, ob die Informationen angemessen oder sicher sind, insbesondere bei gesundheitsbezogenen Online-Communities.

Um das digitale Gefälle zwischen älteren Menschen zu verringern, können Informationstechnologie- und Computerkurse speziell darauf abzielen, zu vermitteln, wie man Zugang zu Informationen erhält, die für ältere Menschen (und solche in ländlichen Gebieten) relevant sind. Diese Kurse müssen daher auf die unterschiedlichen Bedürfnisse zugeschnitten sein – beispielsweise für ältere Menschen, die soziale Medien, Kommunikationstechnologie

(wie Skype) oder E-Mail nutzen wollen, oder für ältere Menschen, die sich online informieren möchten oder eine Stelle suchen. Öffentlich zugängliche Computer mit Internetzugang in Bibliotheken oder Seniorenzentren unterstützen Menschen ohne Geräte und Anschlüsse zu Hause.

Um sich in E-Government-Systemen zurechtzufinden, benötigen manche ältere Menschen besondere Beratung und Unterstützung.

In Gesellschaften, in denen immer mehr Informationen elektronisch verbreitet werden und das Internet zu einem wichtigen Tor zur Welt geworden ist, laufen viele ältere Menschen Gefahr, zurückgelassen zu werden, wenn sie sich mit Computern nicht auskennen. Unter den Regionen der Vereinten Nationen ist E-Government in der europäischen am höchsten entwickelt (UN DESA, 2012:29). Wenn die Rechtsvorschriften zu E-Government jedoch darauf abzielen, die Kommunikation mit der öffentlichen Verwaltung vollständig auf elektronische Formulare umzustellen, muss besondere Aufmerksamkeit darauf verwendet werden, sicherzustellen, dass ältere Menschen nicht ausgeschlossen werden. Zu den Mitteln, um die Akzeptanz älterer Menschen bei der Einführung von E-Government-Diensten zu fördern, zählen soziale Netzwerke und persönliche Kontakte (Righi, Sayago und Blat, 2011).

Maßnahmen auf kommunaler Ebene sind von großer Bedeutung, um älteren Menschen zu helfen, sowohl Computerkenntnisse zu erwerben als auch zu lernen, wie sie moderne Technologien für ihre eigene Kommunikation nutzen können, beispielsweise um mit Angehörigen und Freunden in Kontakt zu bleiben. Generationsübergreifende Aktivitäten, bei denen jüngere Menschen älteren

Menschen helfen, diese Barriere zu überwinden, sind in manchen Städten zu beliebten Modellen geworden; sie sind auch im Kontext ressourcenschwächerer Settings wie in osteuropäischen Ländern weitverbreitet. Wo elektronische Geräte wie Computer oder Tablets für ältere Menschen immer noch zu teuer sind, können kommunale Einrichtungen oder Vereine Zugang bieten.

Computerkenntnisse sind jedoch nur eine Voraussetzung, um Hindernisse für den Zugang zu Informationen zu überwinden. Sich im Internet zurechtzufinden, kann aus einer Reihe anderer Gründe schwierig sein. Bei der Gestaltung von Webseiten werden die potenziellen Schwierigkeiten älterer Menschen allzu oft nicht berücksichtigt. Selbst wenn die Einhaltung von Webstandards für die Zugänglichkeit zur Norm geworden ist, können die Art und Weise, wie Informationen präsentiert werden und wie man sich zwischen Seiten hin und her bewegt, immer noch verwirrend sein, sodass ältere Menschen möglicherweise noch Hilfe von Angehörigen oder ehrenamtlich Tätigen benötigen, um auf Online-Informationen zuzugreifen und im Internet zu navigieren.

Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen

Tabelle 7 folgt der Struktur der in diesem Kapitel vorgeschlagenen Stoßrichtungen für Interventionen und Ziele und fügt Beispiele aus bestehenden altersgerechten Strategien, Aktionsplänen und Fallstudien hinzu. Bei den genannten Interventionen und Initiativen kann es sich um Projekte handeln, die bereits in lokalen Kontexten durchgeführt wurden oder die für die Umsetzung in einem altersgerechten Aktionsplan konzipiert wurden.

Tabelle 7. Praxisbeispiele für Kommunikation und Information aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Interventionen und Initiativen
<p>Altersgerechte Informationen</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe und Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung)</p>	<p>Die Zugänglichkeit von Informationen verbessern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bessere Informationen über Tätigkeiten und Dienstleistungen, insbesondere in ländlichen Gebieten • Kostenlose Lokalzeitungen für Personen im Ruhestand • Bestehende kommunale Websites altersgerecht gestalten • Die Beibehaltung von Präsenzdienstleistungsangeboten und Serviceschaltern sicherstellen • Seniorenzentren auf Nachbarschaftsebene (siehe das Kapitel zu Bereich 4: Soziale Teilhabe) • Zusammenarbeit zwischen Erbringern von Dienstleistungen mit dem Ziel, sich auf Leitlinien für zugängliche Informationen zu verständigen, um die Qualität und Zugänglichkeit von Informationen für ältere Menschen zu gewährleisten • Kommunikationsstrategien entwickeln und sicherstellen, dass ältere Menschen nicht durch ausschließlich über das Internet verfügbare Dienstleistungen ausgeschlossen werden
	<p>Die wirksame Verbreitung von Informationen sicherstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Informationssendungen für ältere Menschen im Lokalfernsehen und -rundfunk • Maßgeschneidertes Informationsmaterial: Faltblätter, Broschüren und Karten • Abschnitte über gesundes Altern in Lokalzeitungen • Newsletter, Plakatkampagnen und Aushänge (in Bibliotheken, Kirchen, an öffentlichen Treffpunkten und in Wohnbezirken) • Automatisierte Telefon-Informationssysteme oder Anrufweiterleitungssysteme vermeiden oder ihre Benutzerfreundlichkeit für ältere Menschen überprüfen • Persönliche Kontakte unter älteren Menschen fördern • Regelmäßige Informationen über häusliche Pflege und Pflegedienste sowie Hausärzte • Zuverlässige Informationsstellen für alle Fragen, die für ältere Menschen relevant sind
	<p>Altersgerechte Formate</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erprobung von Fördermaterialien mit älteren Menschen • Die Richtlinien für die Zugänglichkeit von Webinhalten des World Wide Web Consortium (W3C) einhalten • Bessere Lesbarkeit von LED-Tafeln und -Anzeigen • Klare, prägnante Formate und Verwendung einfacher Sprache • Großdruckversionen (beispielsweise von Formularen sowie Handbüchern und Verzeichnissen) • Vorlesedienste für Webinhalte und Dokumente

Tabelle 7 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Interventionen und Initiativen
<p>Anlaufstelle für gesundheitsbezogene Informationen</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe und Bereich 5: Soziale Inklusion und Nicht-diskriminierung)</p>	<p>Zentrale Anlaufstellen für Informationen für ältere Menschen, ihre Familien und Betreuungspersonen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung von Informationszentren: zentrale Anlaufstellen für umfassende Informationen über das Altern, die Abstimmung von Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und ehrenamtlicher Tätigkeit, Telefonzentrale für lokale altersgerechte Dienstleistungen • Empfang zur Erstorientierung und sozialmedizinische Untersuchungen • Sektorübergreifende Spezialberatung einschließlich Hilfe beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen • Telefon-Hotline und Anrufzentrale • Orte, an denen Computer und Online-Inhalte mit Unterstützung zugänglich sind • Orte der Reflexion und Ideenlabors
	<p>Kapazität zur Unterstützung des Selbstmanagements schaffen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vortragsreihe und Veranstaltungen zu gesundheitsrelevanten Themen • Seminare und Kompetenztrainings • Unterstützende Technologien und Schulungen zum Monitoring gesundheitsrelevanter Daten (beispielsweise Schrittzähler) • Artikel und Berichte über die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen in lokalen Medien • Informationsbroschüren, die über Gesundheitszentren und medizinische Zentren verteilt werden • Bibliothek und Medien-/Videothek für Alterungsthemen
	<p>Das Informationsangebot bereitstellen, das ältere Menschen benötigen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen über Ansprüche und Rechte älterer Menschen • Finanzberatung einschließlich altersgerechter Bankdienstleistungen • Informationen über das Leben und Aktivitäten in der Kommune • Klare Informationen über Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen • Verzeichnis zuverlässiger und vertrauenswürdiger Dienste und altersgerechter Unternehmen

Tabelle 7 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Interventionen und Initiativen
<p>Gesundheitskompetenz</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe, Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung sowie Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung)</p>	<p>Sicherstellen, dass die bereitgestellten Informationen ältere Menschen erreichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Umfragen zur Gesundheitskompetenz der lokalen Bevölkerung und Analyse von Barrieren beim Zugang zu Informationen • Vereinfachte Bürokratie und Verwaltungsverfahren • Kapazitätsaufbau und Kommunikationstraining für Anbieter von Gesundheits- und Dienstleistungen • Sprach- und Übersetzungsdienste für Angehörige ethnischer Minderheiten, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen • Schulungen und Kampagnen zur Verbesserung der Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen • Behördenübergreifende Koordination der Bereitstellung von Informationen durch ein Netzwerk von Dienstleistern zur Unterstützung der Kontaktaufnahme zu schwer erreichbaren älteren Menschen • Schulungen für vertrauenswürdige Beschäftigte der Kommune und im Bereich der häuslichen Pflege, damit diese zuverlässige Informationen über Unterstützungsdienste vermitteln können
<p>Öffentliche Veranstaltungen</p>	<p>Möglichkeiten bereitstellen, sich über bestehende und neue Aktivitäten und Dienstleistungen zu informieren und diese auszuprobieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seniorenwochen/Wochen des positiven Alterns • Öffentliche Vorträge, Seminare und Diskussionen zu gerontologischen Themen • Jährliche Festwochen des dritten Lebensalters als Informationsplattform für ältere Menschen auf nationaler Ebene • Konferenzen zu Fragen gesunden Alterns
<p>Digitales Gefälle</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe, Bereich 5: Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung sowie Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung)</p>	<p>Websites/Internetplattformen für ältere Menschen bereitstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zentralisiertes Indikator- und Monitoringsystem: Datenbank und Profil für gesundes Altern/Beobachtungsstelle für gesundes Altern • Altersgerechte Strategien und Pläne zugänglich machen • Online-Expertenforum und Beratung („Fragen Sie Ihren Geriater“) • Internetportale und Plattformen zu Aktivitäten und Unterstützungsdiensten • Website für Betreuungspersonen: Informationen, verfügbare Unterstützung und Forum zum Austausch mit anderen • Entwicklung benutzerfreundlicherer Mobiltelefonanwendungen zur Verbesserung der Information und Sicherheit älterer Menschen (jedoch mit dem Wissen, dass der Zugang nicht universell ist)
	<p>Das digitale Gefälle verringern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informationstechnologie und Computerkurse, die speziell auf den Zugang zu Informationen für ältere Menschen (insbesondere in ländlichen Gebieten) abzielen • Maßgeschneiderte Kurse für unterschiedliche Bedürfnisse, beispielsweise für diejenigen, die soziale Medien, Kommunikationstechnologie (wie Skype) oder E-Mail nutzen möchten, oder für diejenigen, die sich online informieren möchten oder eine Stelle suchen

Tabelle 7 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Interventionen und Initiativen
		<ul style="list-style-type: none"> • Computer mit Internetzugang öffentlich zugänglich machen (in Bibliotheken oder Seniorenzentren) • In Städten digitale Konnektivität verwirklichen, die für einen guten Zugang zu unterstützenden Technologien zu Hause genutzt werden kann

Ressourcen und Materialiensammlungen

AGE UK (2013). Information and advice for older people: evidence review. London: Age UK (https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/IA_for_Older_People_Evidence_Review_update.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020)

CARDI (2013). Online government – offline older people? A summary of e-government and older people in Ireland north and south. Dublin: Centre for Ageing Research and Development in Ireland (<http://www.cardi.ie/publications/onlinegovernmentofflineolderpeoplecardisummary>, eingesehen am 8. Januar 2020)

Handler S (2014). A research and evaluation framework for age-friendly cities. Manchester: UK Urban Ageing Consortium.

IROHLA (2015). 20 ways to improve health literacy in Europe. Groningen: Intervention Research on Health Literacy among Ageing Population (<https://www.age-platform.eu/policy-work/news/20-ways-improve-health-literacy-among-ageing-population>, eingesehen am 8 Januar 2020)

Public Health Agency of Canada (2010). Age-Friendly communication: facts, tips and ideas. Ottawa: Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/various-varies/afcomm-commavecaines/index-eng.php>, eingesehen am 8. Januar 2020)

W3C (2008). Web content accessibility guidelines (WCAG) 2.0 [Website]. Cambridge MA: World Wide Web Consortium (<http://www.w3.org/TR/WCAG20/>, eingesehen am 8. Januar 2020)

Weiterführende Literatur

Car J, Lang B, Colledge A, Ung C, Majeed A (2011). Interventions for enhancing consumers' online health literacy.

Cochrane Database Syst Rev. 6:CD007092. doi: 10.1002/14651858.CD007092.pub2.

GD Informationsgesellschaft und Medien (2010). Digitizing public services in Europe: putting ambition into action. Brüssel: Europäische Kommission, Generaldirektion Informationsgesellschaft und Medien (http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/document.cfm?action=display&doc_id=747, eingesehen am 8. Januar 2020)

Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C (2014). Aging and functional health literacy: a systematic review and meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 71(3):445–57. doi: 10.1093/geronb/gbu161.

Manafa E, Wong S (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Educ Res.* 27(6):947–60. doi: 10.1093/her/cys067.

Tan CC, Cheng KK, Wang W (2015). Self-care management programme for older adults with diabetes: an integrative literature review. *Int J Nurs Pract.* 21(Suppl 2):115–24. doi: 10.1111/ijn.12388.

Ubaldi B (2010). Denmark.: efficient e-government for smarter public service delivery. Paris: OECD Publishing (<http://www.oecd.org/gov/digital-government/denmark-efficiente-governmentforsmarterpublicservicedelivery.htm>, eingesehen am 8. Januar 2020)

Virkar S, Dutton WH, Margetts H, Eynon R, Hicks T, Guimarães MTM (2007). Breaking barriers to e-government: overcoming obstacles to improving European public services. Brüssel: Europäische Kommission.

Zickuhr K, Madden M (2012). Older adults and Internet use. Washington DC: Pew Research Centre (<http://www.pewinternet.org/2012/06/06/older-adults-and-internet-use/>, eingesehen am 8. Januar 2020)



**Bereich 8:
Kommunale Dienstleistungen
und Gesundheitsleistungen**

Bereich 8:

Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen

Einführung

In diesem Kapitel wird der achte Bereich des AFEE-Rahmens vorgestellt: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen. Dies ist der zweite von zwei Bereichen, die sich mit der Dimension gemeindenaher Dienstleistungen altersgerechter Kommunen befassen. Angelehnt an den ursprünglichen globalen Leitfaden der WHO (WHO, 2007a) bündelt dieser Bereich ein breites Dienstleistungsspektrum.

Die Länder in Europa unterscheiden sich erheblich darin, inwieweit die lokalen Behörden dafür zuständig sind, Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen zu finanzieren, zu organisieren und bereitzustellen – Leistungen, von denen viele stark, wenn nicht sogar am stärksten, von älteren Menschen in Anspruch genommen werden. Um über die Rolle von Kommunen und lokalen Behörden bei der Bereitstellung und Verbesserung von Gesundheitsleistungen, sozialen Leistungen und kommunalen Dienstleistungen zu entscheiden, ist es daher unerlässlich, die Arbeitsteilung und die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten auf den verschiedenen Regierungs- und Verwaltungsebenen in Europa zu berücksichtigen. Daraus folgt, dass Strategien und Aktionspläne an die Situation in der betreffenden Kommune oder Region angepasst werden. Im Allgemeinen spielen die Kommunen jedoch eine wichtige Rolle dabei, Patienten, älteren Menschen, die soziale Unterstützung benötigen, und ihre formellen und informellen Betreuer zu befähigen, und zwar in mehreren Arten und Weisen, die in diesem Kapitel beschrieben werden.

Strategische Stoßrichtungen politischer Interventionen

Kommunen können erheblich zur Steigerung des Wohlbefindens älterer Menschen sowie der Qualität und Effizienz von Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen beitragen, indem sie an einigen der allgemeineren sozialen Determinanten gesundheitsorientierten Verhaltens ansetzen und Ineffizienzen entgegenwirken. Beispielsweise gibt es Hinweise darauf, dass belegte Betten in Krankenhäusern und unnötige Einweisungen in die stationäre Pflege in zahlreichen Fällen auf soziale Ursachen zurückzuführen sind und nicht auf den Gesundheitsstatus und die Funktionsfähigkeit der betroffenen älteren Menschen (Leichsenring, Billings und Nies, 2013). Kurzzeitpflegeangebote einzuführen oder auszuweiten und mit Krankenhausmanagern Möglichkeiten zur Verbesserung der Entlassungsverfahren für ältere Menschen zu erörtern, kann zu einer nahtloseren Dienstleistungskontinuität beitragen (Colombo et al., 2011).

Interventionen in diesem Bereich zielen darauf ab, älteren Erwachsenen ein breites Spektrum an leicht zugänglichen Gesundheitsleistungen und kommunalen Dienstleistungen an günstig gelegenen Standorten zu bieten und sie auf diese Weise zu fördern. Dazu zählen präventive Dienstleistungen, Ernährungsberatung und psychosoziale Dienstleistungen, erschwingliche Mahlzeiten und Hilfe bei alltäglichen Aktivitäten, Organisationsformen für häusliche Pflege, personenzentrierte Gesundheitsdienstleistungen und Pflegeeinrichtungen.

Die wichtigsten Fakten

- Die öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege variieren in Europa sehr stark: Sie reichen von mehr als 2,5% des BIP in einigen wenigen Ländern bis zu unter 0,5% des BIP in vielen Ländern (OECD, 2015).
- Die privaten finanziellen Beiträge in der Form von Eigenanteilen an den Kosten für die Langzeitpflege sind in der Regel hoch, insbesondere für die Bewohner von Pflegeeinrichtungen, sodass ältere Menschen einen großen Teil ihres Renteneinkommens zur Kostendeckung aufwenden müssen. Öffentliche Ausgaben können auch einer Bedürftigkeitsprüfung unterzogen werden, und in einigen Fällen bestehen familiäre Verpflichtungen zur Übernahme eines Teils der Kosten. Kommunen können verpflichtet sein, einen Beitrag aus den Sozialhilfebudgets für Personen zu leisten, die ihren privaten Anteil nicht bestreiten können (OECD, 2011).
- In allen Ländern entfällt ein großer Teil der Unterstützung und Pflege, die ältere Menschen mit Behinderungen benötigen, auf die informelle Pflege, die oft von Familienangehörigen geleistet wird. Die meisten informellen Betreuungspersonen sind Frauen, viele davon noch im erwerbsfähigen Alter. Allerdings sind zuletzt die Anteile sowohl von Männern als auch von Frauen ab 75 Jahren an der Zahl der informellen Betreuungspersonen um 10% gestiegen (Rodrigues, Huber und Lamura, 2012).
- Ältere Menschen sind von Katastrophen überproportional betroffen. So waren beispielsweise 56% der Menschen, die 2011 während des japanischen Tsunami starben, 65 Jahre oder älter, während ältere Menschen 23% der lokalen Bevölkerung ausmachten (HelpAge International, 2015).

In den meisten Ländern führt eine Trennung (finanziell, rechtlich, organisatorisch, beruflich und was die Zuständigkeiten betrifft) zwischen dem Gesundheitswesen und dem Sozialwesen zu einer ineffizienten Ressourcenallokation und wirkt sich insbesondere auf ältere Menschen mit unterschiedlichem Pflegebedarf (und ihre Betreuungspersonen) negativ aus. Sie kann zu Verzögerungen, unkoordinierter Leistungserbringung, Informationsmangel, finanziellen Belastungen, langen Wartezeiten und reaktiven – statt präventiven – Dienstleistungsansätzen führen.

Ältere Menschen ziehen es vor, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, in vielen Fällen mit ihrem Partner oder einem anderen Familienmitglied, das sie betreut. Solche Versorgungsregelungen müssen jedoch durch professionelle Gesundheits- und Sozialdienste und manchmal auch durch Pflegeeinrichtungen und Strukturen der primären Gesundheitsversorgung unterstützt werden, für die die lokalen Regierungen/Verwaltungen oft eine wichtige koordinierende Rolle spielen. Die Entwicklung von Community Care war in vielen Ländern ein großer Erfolg, weil der Anteil der älteren Menschen, die in Pflegeheime umziehen müssen, reduziert wurde; die Reform der Langzeitpflege ist jedoch im Gange, mit neuen Methoden der Qualitätssicherung, der integrierten Versorgung und Finanzierung, die dafür zuständige Kommunen vor Herausforderungen stellen.

Die Akzeptanz der Unterstützung von moderner E-Gesundheit für ältere Menschen ist einer der aufkommenden

Politikbereiche in Europa, das Wissen über ihre Erfolgsfaktoren und Ergebnisse ist jedoch noch lückenhaft. Diese Lücken zu schließen, ist ein Hauptanliegen neuerer Initiativen in der EU, worauf in einem gesonderten Abschnitt am Ende dieses Kapitels eingegangen wird.

Die folgenden Abschnitte beschreiben eine Reihe von Interventionen, die Kommunen entwickelt haben, um besser angepasste, erschwingliche und zugängliche kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen als Teil altersgerechterer Umfelder anzubieten. Diese gewährleisten eine reibungslosere Bereitstellung und Koordinierung der wichtigsten Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen, die viele ältere Menschen benötigen, insbesondere die Angehörigen der höchsten Altersgruppen. Eine Tabelle am Ende des Kapitels enthält praktische Beispiele, die zeigen, wie Lokalverwaltungen Handlungsfelder in ihren Aktionsplänen operationalisiert haben.

Kommunale Aktivitäten zur Koordinierung und integrierter Versorgung

Kommunen und lokale Behörden können eine wichtige Rolle bei der Koordinierung von Dienstleistungen über Anbieter und Zweige des Sozialschutzes hinweg spielen. Dies kann beispielsweise die Bereitstellung von Informationsdiensten für ältere Menschen, ihre Familien und Betreuungspersonen über die Verfügbarkeit von Dienstleistungen, Rechte und Pflichten sowie unterstützende lokale Dienstleistungen einschließlich ehrenamtlicher

Tätigkeiten umfassen (siehe auch die Kapitel zu Bereich 4: Soziale Teilhabe und Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung).

Eine bessere Koordinierung und Integration von Dienstleistungen, insbesondere an der Grenze zwischen Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen für ältere Menschen (einschließlich Langzeitpflege), wurden als wichtige Voraussetzungen ermittelt, um die Effizienz und die Wirksamkeit dieser Dienstleistungen zu verbessern (WHO-Regionalbüro für Europa, 2015c; 2016b). Defizite bei der Koordinierung von Dienstleistungen sind in Europa noch immer weit verbreitet, obwohl in den letzten Jahren aus Praxisbeispielen viel in Bezug darauf gelernt wurde, wie die Pflege besser koordiniert oder umfassender zur Integration übergegangen werden kann (Osborn et al., 2014). Einige Erkenntnisse aus erfolgreichen Beispielen lassen darauf schließen, dass die Versorgung verbessert wurde. Weniger Hinweise gibt es zu der Frage, ob dies zu Gesamtkosteneinsparungen führen kann (siehe beispielsweise Øvretveit, 2011).

Zu den zentralen Strategien und bemerkenswerten Praxisbeispielen für Initiativen auf der kommunalen Ebene zählen die folgenden (siehe auch WHO-Regionalbüro für Europa, 2012a:13):

- öffentliche Informationssysteme zur Überwachung und Evaluation der Lebenssituation, der Gesundheit und des Wohlergehens älterer Menschen in der Gemeinschaft – diese können durch eine Reihe bestehender und neuer Technologien unterstützt werden (siehe auch das Kapitel zu Bereich 7: Kommunikation und Information und den Abschnitt über umgebungsunterstütztes Leben und Dienstleistungen zum Thema „IKT für gutes Altern“ weiter unten);
- zentrale Anlaufstellen, um für ältere Menschen und ihre Familien zu informieren und zu befähigen (siehe das Kapitel zu Bereich 7: Kommunikation und Information);
- Tagespflege und Kurzzeitpflege (können integrierte Bestandteile von Wohneinrichtungen sein);
- Informationssysteme auf der kommunalen Ebene zur Überwachung und Kontrolle unerwünschter Ereignisse in Pflegeeinrichtungen;
- Lokale Anpassungen/Entwicklung von Qualitätsstandards für geriatrische Belange bei allen Anbietern;
- Initiativen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und der Befähigung älterer Menschen, ihrer Angehörigen und ehrenamtlicher Unterstützungsnetzwerke sowie Selbstverwaltungsprogramme wie „Mündige Patienten“ oder „Patienten wie ich“ (siehe das Kapitel zu Bereich 7: Kommunikation und Information).

Die Bereitstellung eines nahtlosen Unterstützungsangebots für Menschen mit Demenz bleibt in vielen Fällen eine Herausforderung, insbesondere was kommunale Dienstleistungen betrifft.

Zu den Aufgaben zählt, das Bewusstsein und das Verständnis für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu stärken, sowohl für Familien, die informelle Pflege leisten, als auch für Anbieter von Gesundheitsleistungen und sozialen Leistungen, sowie eine breitere Öffentlichkeit einschließlich des Personals von lokalen Unternehmen und Diensten mit persönlichen Kontakten zu informieren und aufzuklären (WHO, 2015b: Kapitel 5; OECD, 2015).

Menschen mit Demenz benötigen Zugang zu einem umfassenden Spektrum an Strategien zur Risikominderung, beispielsweise in Bezug auf die Aufrechterhaltung der sozialen Interaktion, die Ernährung und die körperliche Betätigung. Eine breitere Anwendung sollte für Demenzversorgungspfade befürwortet werden, bei denen ein Schwerpunkt auf der primären Gesundheitsversorgung sowie der frühzeitigen Erkennung und Diagnose liegen sollte (WHO, 2012b; Alzheimer's Disease International, 2015).

Gesundheitsversorgung einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention

Hindernisse für den Zugang zu erschwinglichen, qualitativ hochwertigen Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen sind für zu viele ältere Menschen in Europa immer noch eine Realität. Dazu zählen Fälle von Altersdiskriminierung und altersspezifischen Beschränkungen (siehe Huber et al., 2008; WHO-Regionalbüro für Europa, 2012a: 11-12; WHO, 2014b). Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung sind in vielen Ländern verbreitet: Bei Menschen mit besserer Bildung und Menschen in höheren Einkommensgruppen ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie von notwendiger Versorgung ausgeschlossen werden (Terraneo, 2015).

In vielen Fällen könnte auch mehr getan werden, um einen weiteren Funktionsverlust und einsetzende Gebrechlichkeit zu verhindern (siehe die Aktionsgruppe zur Prävention von Gebrechlichkeit im Rahmen der EIP AHA). Beispiele für proaktive Ansätze zielen auf die Früherkennung von Menschen, die von Funktionsverlust bedroht sind, und die Unterstützung der selbstständigen Lebensführung zu Hause ab (siehe Kasten 21).

Von Gesundheits- und Sozialfürsorge-Settings selbst können wichtige, aber oft vermeidbare Gesundheitsrisiken für ältere Menschen ausgehen (Benjamin et al., 2014).

Kasten 21. Frühzeitige Unterstützung zur Förderung der selbstständigen Lebensführung in Kuopio (Finnland)

Die Stadt Kuopio (Finnland) hat proaktive Maßnahmen und Dienstleistungen zur frühzeitigen Unterstützung entwickelt, um für ältere Menschen die selbstständige Lebensführung zu Hause zu fördern. Zu diesem Zweck wurde die Zusammenarbeit zwischen dem Personal in der primären Gesundheitsversorgung, Spezialisten und anderen Akteuren (einschließlich nichtstaatlichen Organisationen) intensiviert und das geriatrische und gerontologische Fachwissen des Personals gestärkt.

Als ein Ergebnis entwickelte das Projekt „Frühzeitige Unterstützung älterer Menschen im Alltag“ (VAMU) ein Betreuungsmodell, das Instrumente zur Früherkennung von Risiken, zur Ermittlung des Dienstleistungsbedarfs und zur Planung von Folgeprozessen bereitstellt. Um dem Personal proaktive Kompetenzen in der geriatrischen und gerontologischen Versorgung zu vermitteln, schulte und unterstützte ein Expertenteam die Projektmitarbeiter in der Früherkennung.

Das Projekt trug dazu bei, die Praktiken über administrative und berufliche Grenzen hinweg zu verbessern, und wurde sogar in die gemeinsam vereinbarten jährlichen Personalentwicklungspläne für alle beteiligten Anbieter von Dienstleistungen aufgenommen. Mit den verfügbaren Ressourcen kann nun der Dienstleistungsbedarf älterer Menschen besser gedeckt werden. Darüber hinaus wurden die aktive Eigenbeteiligung älterer Menschen und die Befähigung ihrer Familien und Freunde gefördert.

Quelle: Europäische Kommission (2015).

Dazu zählen im Krankenhaus erfolgte Infektionen, Unterernährung und Stürze, und Menschen mit Demenz sind häufig am meisten gefährdet (OECD, 2015; WHO, 2012b). Ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen haben oft keinen ausreichenden Zugang zu Unentbehrlichem wie Zahnpflege oder Fußpflege (Huber et al., 2008). Um zur Prävention unerwünschter Effekte wie beispielsweise durch eine schädliche Übermedikation die Versorgung älterer Menschen anbieterübergreifend zu koordinieren, ist der Primärversorgungssektor häufig nicht ausreichend ausgestattet oder ausgebildet.

Menschen mit Demenz haben besondere Bedürfnisse nach verbesserten kommunalen Dienstleistungen und Unterstützung, um weiter zu Hause alt werden zu können. Ebenso müssen Erbringer von Dienstleistungen angemessen geschult werden, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu versorgen (WHO, 2012b; Alzheimer's Disease International, 2015). Darüber hinaus können Menschen, die hohen Zu- oder Eigenzahlungen leisten müssen, auf wesentliche präventive Gesundheitsleistungen wie die Überwachung und Kontrolle von Bluthochdruck oder die regelmäßige Kontrolle der Augengesundheit verzichten, was mit dem Risiko einer potenziell unnötigen oder frühzeitigen Verschlechterung der Gesundheit und der Funktionsfähigkeit einhergeht.

Zu den bemerkenswerten Praxisbeispielen für Interventionen auf der kommunalen oder lokalen Ebene zählen die folgenden (siehe WHO-Regionalbüro für Europa, 2012a; WHO, 2015b: Kapitel 4):

- bei kommunalen und bevölkerungsbezogenen Angeboten an öffentlichen Gesundheitsleistungen schwerpunktmäßig den Problemen und Bedürfnissen älterer Menschen Rechnung tragen;
- die kommunale Bereitstellung von Hilfsmitteln einschließlich moderner Mobilitätstechnologie unterstützen (beispielsweise auf Mietbasis);
- präventive Gesundheitsleistungen einschließlich Impfungen und Hausbesuchen;
- verbesserter Zugang zu psychosozialen Angeboten für ältere Menschen in der Kommune;
- Behebung von Defiziten bei den Angeboten für Rehabilitation und Palliativmedizin für ältere Menschen.

Häusliche Pflege und Unterstützung für informelle Pflege

Wo die Zuständigkeit für die häusliche Pflege bei der Kommune liegt, trägt diese eine wichtige Verantwortung für die Überwachung, die Verbesserung des Zugangs und der Qualität sowie für die Unterstützung der informellen Pflege (OECD, 2013). Kommunen können die entsprechenden Dienstleistungen mit einem Schwerpunkt auf

ein Auswahlspektrum an kontinuierlicher Versorgung bereitstellen.

Ein Basisumfang öffentlich finanzierter Unterstützung für die informelle Pflege (einschließlich Selbstpflege) ist unerlässlich, um die informelle Pflege von Angehörigen und Freunden nachhaltig zu machen. Diese öffentliche Unterstützung kann mit ehrenamtlicher Tätigkeit koordiniert und durch diese ergänzt werden (siehe auch das Kapitel zu Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung). Sie trägt sowohl zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Pflegebedürftigen als auch zum Schutz der Gesundheit und des Wohlbefindens informeller Pflegekräfte bei. Diese öffentliche Unterstützung umfasst Schulungen älterer Erwachsener in Bezug auf Selbsthilfe und die Ausbildung informeller Pflegekräfte.

Wo die Zuständigkeit für die häusliche Pflege bei der Kommune liegt, kommt ihr auch eine wichtige Rolle dabei zu und hat sie die Aufgabe, die Qualität der und den Zugang zu von professionellen Anbietern erbrachten Pflegeleistungen zu verbessern. Dies schließt ein, einen angemessenen Qualifikationsmix von Personal mit ausreichendem Allgemeinwissen und Bewusstsein für gerontologische und geriatrische Fragen zu gewinnen. Qualitätsprobleme in der Versorgung von Menschen mit Demenz sind in vielen Fällen besonders schwerwiegend und weit verbreitet; das Bewusstsein für die Notwendigkeit, diese anzugehen, wächst (WHO, 2012b).

In der Europäischen Region der WHO werden Pflege und Unterstützung zum größten Teil von Betreuungspersonen oder Familien mit abhängigen älteren Menschen geleistet; sie müssen unterstützt werden, damit sie diese wichtige Rolle weiterhin erfüllen können.

Die Betreuung eines älteren Familienmitglieds, des Ehepartners oder eines befreundeten Menschen kann einen wichtigen Einfluss auf das Leben von Familien und der Person haben, die die Hauptpflegearbeit übernimmt. Die unbezahlte Pflegearbeit kann zu erheblichen körperlichen, emotionalen und wirtschaftlichen Belastungen für denjenigen führen, der sie leistet, und die betreffende Person sogar dem Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen aussetzen (WHO, 2015b: Kapitel 5). Informelle Pflegekräfte müssen unterstützt werden, damit sie diese Rolle weiter erfüllen können. Diese Unterstützung umfasst angemessene Informationen, Fertigkeiten zur Unterstützung der Pflege, finanzielle Unterstützung und Erholung, um ein gewisses Maß an freier Zeit zu bieten, in der die Betroffenen anderen Tätigkeiten nachgehen können (WHO, 2012b).

Zur Unterstützung informeller Pflegekräfte wurde eine Reihe von Programmen entwickelt, von denen viele bewährte Effekte sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Pflegeempfänger haben. Kurzzeitpflege und häusliche Unterstützung für pflegende Angehörige sind wichtige Interventionen und können dazu beitragen, die Belastung durch die Pflege zu verringern (Colombo et al., 2011).

Für Betreuungspersonen von Menschen mit Demenz sollten nach der Diagnose psychoedukative Interventionen für Angehörige und andere informelle Betreuungspersonen angeboten werden. Wenn sich Betreuungspersonen bei Schulungen aktiv beteiligen können, kann ihnen dies später helfen, mit Verhaltenssymptomen bei Menschen mit Demenz umzugehen (OECD, 2015). Darüber hinaus sollte der psychischen Belastung der Betreuungspersonen durch Unterstützung, Beratung und kognitive/verhaltensbezogene Interventionen entgegengewirkt werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte Betreuungspersonen gewidmet werden, die Depressionen entwickeln. Diese sollten nach Versorgungsleitlinien zu Depressionen (WHO, 2012b) behandelt werden. Die WHO-Website iSupport bietet ein Online-Schulungsprogramm zur Unterstützung von Betreuungspersonen von Menschen mit Demenz (WHO, 2017b).

Pflegeeinrichtungen

In Europa hat sich eine Reihe von Trends guter Praxis der Pflege in Einrichtungen herausgebildet, die als Checkliste für Kommunen dienen können, die für die Bereitstellung von Pflege in Einrichtungen zuständig sind (OECD, 2013; Leichsenring, Billings und Nies, 2013). Dazu zählen die folgenden Strategien:

- ein Kontinuum von Wahlmöglichkeiten zwischen selbstständiger Lebensführung zu Hause und dem Leben in Einrichtungen (oder Abteilungen innerhalb von Einrichtungen), die Menschen mit intensivem Langzeitpflegebedarf aufnehmen;
- die Pflege in Einrichtungen durch möglichst lange Bereitstellung eines „alltäglichen“ Lebensumfeldes mit individualisiertem Wohnraum entinstitutionalisieren, auch (und insbesondere) für Menschen mit Demenz – darunter können auch Wohngemeinschaften mit integrierten Betreuungsangeboten, eingebettet in das Leben in der Kommune fallen, fallen (diesbezüglich wurden viele Erkenntnisse darüber gewonnen, wie wichtig es ist, Pflegeeinrichtungen in die Kommune zu integrieren und zu vermeiden, für solche Einrichtungen Standorte an der Peripherie von Städten zu wählen – Beispiele sind Wohngemeinschaften in Mietshäusern

in Österreich, Deutschland und den Niederlanden (OECD, 2015:44);

- die Schaffung von gesundheitsfördernden Pflegeeinrichtungen unterstützen, die ein umfassendes Leistungsspektrum bieten, auch zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsprävention (beispielsweise ausreichende körperliche Betätigung, hochwertige Ernährung und verbesserte Sturzprävention) – Beispiele sind „gesundheitsfördernde Pflegeheime“ in Wien (siehe das Kapitel zu Bereich 3: Wohnen, Kasten 8);
- Anreize für die Ausbildung und Bindung von Personal mit ausreichenden Fähigkeiten unter gerontologischen und geriatrischen Aspekten und Verringerung der Personalfuktuation (WHO, 2015b: Kapitel 5);
- die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor fördern, um vermeidbare Einweisungen in die stationäre Pflege zu vermeiden – beispielsweise durch eine angemessene Ernährung und Versorgung, um das Auftreten von Dekubitus in Krankenhäusern zu verhindern, der zu einer intensiven Langzeitpflege führen kann;
- die Einführung von Strategien zur Verbesserung der Versorgungsqualität und kontinuierliches Monitoring ihrer Umsetzung, auch unter Beteiligung lokaler Organisationen älterer Menschen, und die stärkere Berücksichtigung von Aspekten der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens von Menschen in Pflegeeinrichtungen (WHO, 2015b: Kapitel 5; Willemse et al., 2015).

Dienstleistungen in den Bereichen umgebungsunterstütztes Leben und IKT zugunsten guten Alterns

Dieser Abschnitt gibt einen Überblick über die Rolle, die IKT, umgebungsunterstütztes Leben (AAL) sowie E-/M-Gesundheits- und Pflegetechnologien bei der Schaffung altersgerechterer Umfelder spielen können, wobei der Schwerpunkt auf ihren Anwendungen für Dienstleistungen in den Bereichen umgebungsunterstütztes Leben und „IKT für gutes Altern“ liegt. Diese gelten als wichtig für die zukünftige Entwicklung effizienter Langzeitpflegesysteme in Europa (Europäische Kommission, 2013b; Carretero, 2015) und für die Integration/die bessere Koordinierung von Dienstleistungen (siehe WHO, 2015b: Kapitel 5).

Im Vergleich zu den Themen, die in den anderen Teilen dieses Kapitels behandelt werden, ist dieser Interventionsbereich in vielen Fällen experimenteller. Darüber hinaus liegen derzeit nur wenige europäische Übersichten vor, die die gewonnenen Erkenntnisse umfassend überprüfen, um Kommunen dabei zu unterstützen, IKT-/AAL-Konzepte zu identifizieren und umzusetzen, die die Lebensqualität älterer Menschen verbessern können und gleichzeitig die

Zugänglichkeit, die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit kommunaler Dienstleistungen stärken. Dies ist auch weiterhin der Fall, obwohl IKT- und AAL-Lösungen und -Dienstleistungen einen immer größeren Beitrag dazu leisten, wie ältere Menschen ihr Leben in Städten und Gemeinden in ganz Europa erleben. Wenngleich der Technologiemarkt wächst und sich rasch verändert, sind diese Entwicklungen oft fragmentiert und ungleichmäßig über die Länder und zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder verteilt (Europäische Kommission, 2007; 2014c; 2014d).

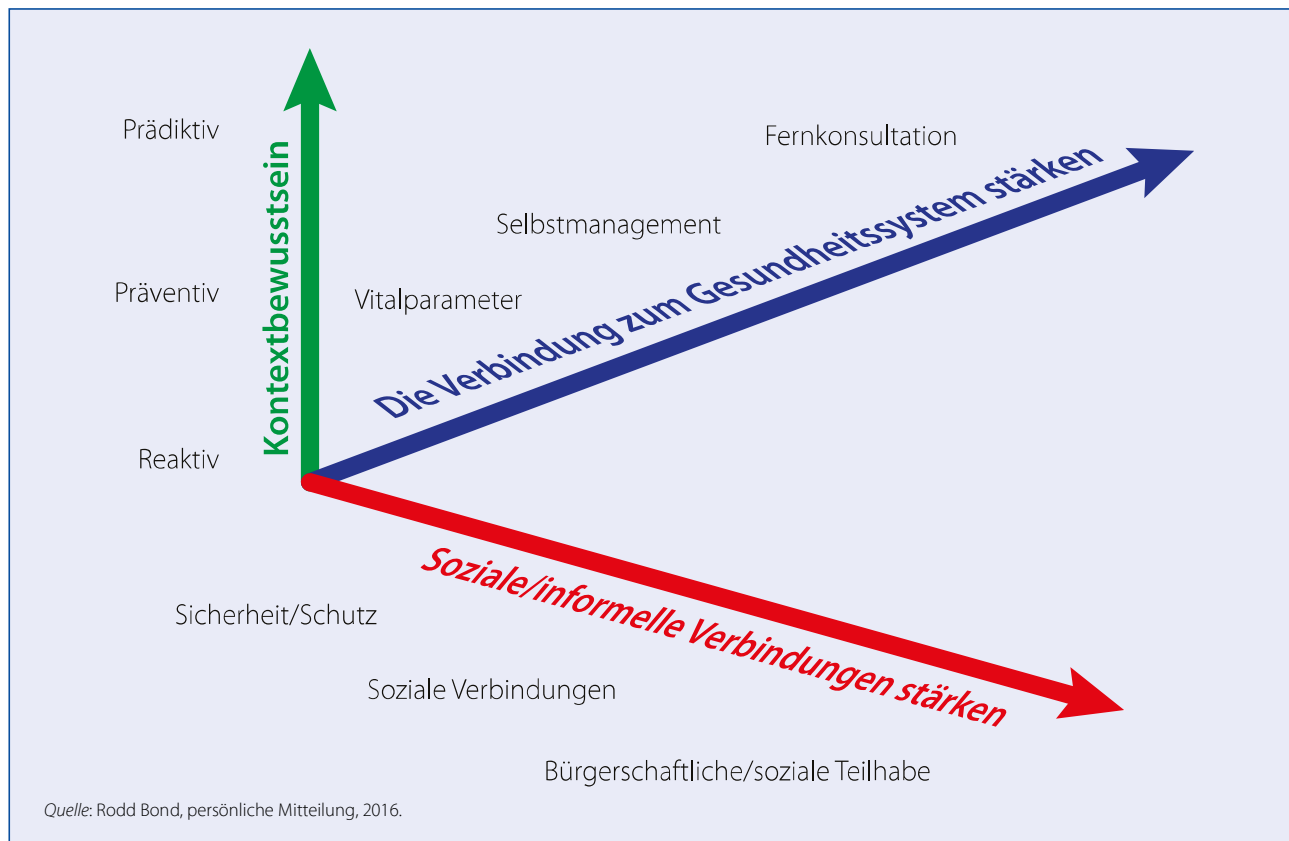
Obwohl IKT-/AAL-Lösungen oft übergreifend sind und Anwendungen und Dienstleistungen in allen acht Bereichen des AFEE-Rahmens unterstützen, spielen sie eine besonders wichtige Rolle innerhalb des Clusters der Bereiche, die auf gemeindenahen Dienstleistungen eingehen: Bereich 7: Kommunikation und Information und Bereich 8: Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen.

Um die Diskussion über dieses komplexe Thema zu fördern, stellt dieser Abschnitt ein dreidimensionales konzeptionelles Modell vor (Abbildung 6), das bei der Visualisierung der Anwendungslandschaft für viele IKT-/AAL-Lösungen hilft, Einblicke in relevante Fragen der Entwicklung von IKT-/AAL-Konzepten und deren Umsetzung zu gewinnen. Dieses konzeptionelle Modell soll einen Überblick über IKT-/AAL-Anwendungen geben, für die in der Literatur noch weitgehend eine gemeinsame Taxonomie fehlt (AALA, 2015).

Gemäß den weit verbreiteten Prinzipien der Politikgestaltung und der Gestaltung von Dienstleistungen befinden sich die Bürger/die Nutzer von Dienstleistungen im Zentrum (oder Ursprung) von Abbildung 6, und die Anwendungsbereiche erweitern sich von dort in drei Achsen oder Dimensionen nach außen. Statt expliziter Gradienten stellt jede Achse ein Kontinuum der Unterstützung dar, um die Funktionsfähigkeit älterer Menschen im sozialen Ökosystem und im Ökosystem der Umfelder in einer Stadt zu verbessern.

Die rote Achse ist als ein Kontinuum charakterisiert, in dem IKT/AAL Anwendungen und Dienstleistungen bereitstellen, die schrittweise die soziale und informelle Verbindung älterer Menschen zu ihrer Kommune stärken. Dies ist in der Regel der kommunale Politikbereich von Sozialfürsorge und kommunaler Entwicklung. Auf der unmittelbarsten Ebene werden damit Anwendungsbereiche angesprochen, die beispielsweise das Gefühl älterer Menschen von Sicherheit und Schutz zu Hause stärken. Diese sind in der

Abbildung 6. Ein konzeptionelles Modell für IKT-/AAL-Anwendungen



Regel auf Alarm- und Notfallmaßnahmen ausgerichtet, bei denen Sensoren Alarme bei Sachschäden (Einbruchalarme, Tür- und Fensterschließungen), Personenunfall-Alarme (bei Vorfällen wie Stürzen) und Warnungen vor Umweltrisiken (Rauchmelder, Gaslecks und Wasserüberläufe) auslösen. Sensoren lösen gewöhnlich eine Telefonverbindung zu einer Anrufzentrale aus, wo ein unerwünschtes Ereignis verwaltet werden kann, einschließlich einer direkten Verbindung zu den geeigneten Rettungsdiensten (siehe Kasten 22).

Entlang dieses Kontinuums erstrecken sich Dienstleistungen zur Unterstützung sozialer Konnektivität; dies können Websites zur Information über Dienstleistungen/Veranstaltungen sein, Anrufdienste für ältere Menschen (beispielsweise für allmorgendliche Anrufe) und soziale Netzwerke zu Themen von gemeinsamem Interesse. Viele dieser Arten von Dienstleistungen sind darauf ausgerichtet, sozialer Isolation entgegenzuwirken, das Bewusstsein für Dienstleistungen und Ansprüche zu schärfen, körperliche Betätigung sowie soziale und kognitive Aktivitäten zu fördern sowie Kontakte zu sozialen Gruppen und Aktivitäten herzustellen und sich bei diesen zu engagieren.

Weiter entlang dieser Achse der informellen Konnektivität innerhalb der Kommune finden sich proaktive Dienstleis-

tungen, die eine stärkere Beteiligung älterer Menschen am bürgerlichen und wirtschaftlichen Leben der Stadt oder Gemeinde fördern und unterstützen – sei es durch formelle Beschäftigung (in Vollzeit oder Teilzeit) oder ehrenamtliche Tätigkeit. Die Anwendungen in diesem Bereich reichen von Portalen, die Suchmöglichkeiten/Suchdienste für freie Stellen anbieten, über Möglichkeiten, für begrenzte Zeit einen Beitrag zu leisten, Zeitbank-/Sozialkredite, Mentoringdienste, generationsübergreifende Aktivitäten bis zu Online-Qualifizierung und lebenslangem Lernen.

Die blaue Achse ist als ein Kontinuum charakterisiert, in dem IKT/AAL Anwendungen und Dienstleistungen bereitstellen, die schrittweise die Verbindung zum Gesundheitssystem stärken. Dies ist in der Regel der kommunale Politikbereich der Dienstleistungen in den Bereichen der Gesundheits- und Primärversorgung sowie der Langzeitpflege. Entlang dieser Achse wird ein breites Spektrum von Technologiebereichsdefinitionen verwendet, darunter Telegesundheit, E-Gesundheit, M-Gesundheit, Connected Health, eCare und Telemedizin. Der Bereich E-Gesundheit zeichnet sich durch eine stärkere Fokussierung auf klinische/medizinische Daten, die Einbeziehung von Gesundheitskräften, die Ausrichtung auf das öffentliche Gesundheitssystem und Beschaffungsmodelle aus und wird deshalb bisweilen als Marktsegment von IKT/AAL

Kasten 22. Teleunterstützung zu Hause: Verbesserung des Zugangs zu Dienstleistungen und Bekämpfung der sozialen Isolation in Maltepe (Türkei)

Um den Zugang älterer Menschen, die allein zu Hause leben, zu Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern und von Isolation bedrohte Menschen zu unterstützen, hat die Kommunalverwaltung von Maltepe in der Türkei ein Teleunterstützungssystem in Form eines drahtlosen Gerätes mit einer Ruftaste eingeführt, das am Körper getragen oder an einer Stelle in der Wohnung platziert werden kann. Die Ruftaste ist mit einem Callcenter verbunden, das in Zusammenarbeit mit einem privaten Anbieter betrieben wird. Wenn ältere Menschen die Ruftaste drücken, werden sie direkt mit jemandem verbunden, mit dem sie sprechen können. Dies kann als Notrufsystem fungieren, wird aber auch von älteren Menschen genutzt, die es vermissen, jemandem zu haben, mit dem sie sprechen können, oder die Fragen zu gesundheitlichen Problemen haben, zu denen sie grundlegende Informationen über Prävention und gesunde Lebensführung erhalten und an Dienste wie häusliche Pflege, Gesundheits- und psychologische Beratungsdienste verwiesen werden können.

Im Notfall oder wenn die um Unterstützung bittende Person nicht reagiert, wird ein Alarm ausgelöst und der Ort, von dem aus der Anruf getätigt wurde, registriert und an den Notfall- und Rettungsdienst weitergeleitet. Dieser Dienst ist Teil einer 2013 abgeschlossenen Neuorganisation des Sozialdienstes in Maltepe, die darauf abzielte, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern.

Dieses Teleunterstützungsangebot ist Teil eines Pakets von Interventionen im Bereich der häuslichen Pflege, die dazu dienen, die Lebensqualität zu steigern, Familien zu unterstützen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern. Das Angebot umfasst Unterstützung bei der gesunden Lebensführung für Menschen über 65 Jahre einschließlich Ernährungsberatung und psychologischer Beratung und steht rund um die Uhr kostenlos zur Verfügung.

Quelle: Marmara Ambulans (2013).

getrennt. Aus der Perspektive älterer Menschen, die zu Hause leben und IKT nutzen, bestehen in Bezug auf Technologieakzeptanz, Nützlichkeit und Kosten jedoch beträchtliche Überschneidungen zwischen der Interaktion innerhalb des Sozial- und Umweltmilieus und des Managements von Gesundheitszuständen.

Die unmittelbarste Ebene entlang dieses Kontinuums ist die häusliche Vitalparameterüberwachung, bei der ältere Menschen zu Hause mit einer Reihe von Geräten persönliche physiologische Informationen über chronische Erkrankungen sammeln. Typische Geräte zu diesem Zweck sind Waagen, Blutdruckmanschetten, Herzfrequenzmesser, Durchflussmesser für die Atemfluss- und Atemluftanalyse und Blutzuckermessgeräte. Diese Daten werden mindestens manuell erfasst und bei geplanten Besprechungen/Besuchen an einen Arzt oder eine Krankenschwester übergeben. Stärker automatisierte Prozesse unterstützen die Übertragung dieser Daten an entfernte Telegesundheitsanrufdienste über Telefon, SMS oder Internetdienste, wo sie überwacht werden und wo Alarme ausgelöst und Reaktionen ausgelöst werden können, wenn Werte die zwischen Leistungsempfängern und Anbietern vereinbarten Schwellenwerte über- beziehungsweise unterschreiten.

Eine natürliche Erweiterung dieser Geräte besteht darin, ein reichhaltigeres Angebot an Dienstleistungen rund um diese Aktivitäten zur regelmäßigen häuslichen Datenerfassung und das Hochladen der Daten anzubieten, um eine größere individuelle Befähigung zur Selbstverwaltung von Gesundheit und Wohlbefinden zu unterstützen. Diese Verbesserungen des Selbstmanagements beziehen sich auf Anwendungen auf interaktiven Geräten wie iPads und Smartphones, die es ermöglichen, zusätzliche qualitative Eingaben zur Gesundheitsbewertung aufzuzeichnen; lokal Trends in Bezug auf Symptome, Verhaltensweisen und Wissen über das Krankheitsmanagement zu analysieren und anzuzeigen; motivierende Botschaften bereitzustellen; und multimediale Bildungs-, Lern- und Trainingsmaterialien zu übertragen.

Zusätzliche Sensoren zur Überwachung von Bewegung, Gang, Schlafqualität und Aktivitätsniveau erweitern das Spektrum der heute auf dem Markt befindlichen Geräte und Dienstleistungen. Die Entwicklung von manchen dieser zusätzlichen Dienstleistungen erfolgte unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der klinischen Versorgung (beispielsweise zur Überwachung der Schlafqualität); es gibt heute jedoch ein

rasch wachsendes Angebot an Pervasive-Health-Geräten für das Monitoring von Gesundheitsdaten wie Fit-Bit-Armbändern, Uhren zur Überwachung der physiologischen Aktivität und ähnliche Geräte). Diese richten sich direkt an den verbraucherorientierten Gesundheits- und Wellnessmarkt und werden zunehmend auch für ältere Menschen angeboten werden.

Anwendungen und Dienstleistungen, die weiter entlang dieser Achse der verstärkten Konnektivität mit dem Gesundheitssystem liegen, können durch IKT/AAL charakterisiert werden, die die patientenorientierte Untersuchung und Beurteilung, die Konsultationen und die klinische Entscheidungsfindung in Bezug auf die Qualität der diagnostischen Informationen, die Aktualität und die Beteiligung multidisziplinärer Teams erheblich verbessern können. Anwendungen in diesem Bereich bauen auf Daten auf, die durch Monitoring und Callcenter gesammelt wurden, bringen den Kunden aber in direkten Online-Kontakt mit seinem klinischen Team, das an mehreren Standorten verteilt sein kann.

Die grüne Achse ist als ein Kontinuum gekennzeichnet, in dem IKT/AAL Anwendungen und Dienste bereitstellen, die immer sensibler auf den individuellen, sozialen und ökologischen Kontext einer Person reagieren und diesen kennen. Diese Achse orientiert sich an der aktuellen und zukünftigen Qualität und den Zielen von IKT-/AAL-Anwendungen. Sie steht in engem Zusammenhang mit Innovations- und Designfortschritten in der Komponenten- und Systemarchitektur von IKT-/AAL-Plattformen sowie der Fähigkeit von Organisationen – sowohl einzeln als auch in kooperativen Ökosystemen –, diese Fortschritte effektiv und ethisch zu nutzen.

Diese Achse weist einige Ähnlichkeiten mit dem Modell der Telecare-Systeme der „drei Generationen“ auf, bei dem höhere Generationen fortgeschrittenere Systeme mit größeren Datenmengen zur Unterstützung von Interventionen zugunsten proaktiver Versorgungsdienstleistungen umfassen (Kubitschke und Cullen, 2009). IKT-/AAL-Entwicklungen entlang dieser Achse zeichnen sich durch ihre Fähigkeit des besseren Risikomanagements in der „orange-farbenen Zone“ aus – in der ältere Menschen, Betreuungspersonen sowie Gesundheits- und Sozialfürsorgepersonal durch mehr Einsicht, Bewusstsein und Reaktionsfähigkeit gemeinsam Risiken mindern und bewältigen können.

Ausgangspunkt dieser Achse sind IKT-/AAL-Systeme mit hoher Reaktionsempfindlichkeit gegenüber Ereignissen, die auf der Grundlage vordefinierter Protokolle Alarme und Notfallmaßnahmen auslösen. Telecare-Systeme der

ersten und zweiten Generation sind von diesem Typ. Sie sind in erster Linie darauf ausgerichtet, Angstgefühle älterer Menschen und ihrer Betreuungspersonen zu verringern, und sie können die Inanspruchnahme primärer Gesundheitsdienstleistungen verringern (Department of Health, 2009; Beale et al., 2010).

Weiter unten in diesem Kontinuum befinden sich Systeme, die zusätzliche Informationen in vielen Formaten von älteren Menschen und ihrem sozialen sowie physischen Umfeld sammeln und analysieren. Diese Daten können im Zeitverlauf gespeichert werden, um Veränderungen des Gesundheitszustandes, des Verhaltens und der Aktivität zu analysieren. Trends können angezeigt und Erkenntnisse über Veränderungen gewonnen werden, indem Muster in den Informationen im Zeitverlauf betrachtet werden.

Ein Ziel dieser Systeme ist es, dass die zusätzlichen „Kontextdaten“ und die Rückmeldungen, die Teil dieser Lösungen sind, das Bewusstsein und das Verständnis für Krankheiten verbessern können. Sie können präventive Maßnahmen fördern und stärken, wobei zu Hause ein proaktives Risikomanagement stattfindet, und verringern den Druck auf die Gesundheitssysteme. Es gibt einige frühe kommerzielle Umsetzungen von Lösungen mit diesen Zielen, und diese Systemtypen sind weiterhin Gegenstand laufender Forschungs- und Innovationstätigkeiten in beträchtlichem Umfang. Der Nachweis ihrer Wirksamkeit und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden ist jedoch noch unterentwickelt.

Notfallplanung und Katastrophenvorsorge

Ältere Menschen zählen zu den am stärksten gefährdeten Gruppen bei Katastrophen und Konflikten, aber ihre besonderen Bedürfnisse und Rollen wurden von Notfallprogrammen oder -planern oft nicht ausreichend berücksichtigt (Hutton, 2008; WHO, 2015b; Dodman et al., 2012). In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Leitfäden und Fallstudien veröffentlicht, die Strategien mit dem Ziel vorschlagen, das Bewusstsein für ältere Menschen in Katastrophen und Notfällen zu schärfen, Faktoren zu analysieren, die sich auf sie auswirken, und Beispiele für Strategien und Praktiken zur Bewältigung von Anfälligkeit und gesundheitlichen Problemen älterer Menschen in Notfällen liefern (Kasten 23). Die Erfahrungen der letzten Jahre mit (Natur-)Katastrophen und Notlagen in Europa haben deutlich gemacht, dass ältere Menschen in solchen Fällen besonders geschützt werden müssen, was Defizite der aktuellen Notfallplanung auf der lokalen Ebene offenbart (Vandentorren et al., 2006; Åström, Forsberg und Rocklöv, 2011).

Kasten 23. Orientierungshilfe zur Unterstützung älterer Menschen in Notfällen

Zunehmend wird anerkannt, wie wichtig es ist, bei der Planung der Katastrophenvorsorge ältere Menschen besonders zu berücksichtigen. Das Thema ältere Menschen in Notfällen hat daher in den letzten zehn Jahren immer größere Bedeutung gewonnen, was auch eine Reihe von Leitfäden und Studien belegt (Hutton, 2008; WHO, 2008; Pan American Health Organization, 2012; WHO, 2013). Der Weltbericht der WHO über Altern und Gesundheit enthält eine Liste von Themen und Handlungsbeispielen (WHO 2015b: Tabelle 6.1).

HelpAge International hat eine Reihe von Leitfäden entwickelt, die sich auf Settings mit beschränkten Ressourcen und humanitäre Hilfe konzentrieren (HelpAge International, 2015). Diese können auch als Ressourcen für die Erstellung von Notfallplänen unter Berücksichtigung der spezifischen Anfälligkeiten älterer Bevölkerungsgruppen in Europa dienen (siehe auch die Überprüfungen der Arbeitsgruppe des Ständigen interinstitutionellen Ausschusses (IASC) zur Einbeziehung älterer Menschen in humanitäre Maßnahmen) (IASC, 2015).

Die Regierungen in Europa verfügen in der Regel über Notfall- und Katastrophenpläne, mit detaillierter Planung für den Fall von Notlagen oder (Natur-)Katastrophen, auch auf der regionalen und der lokalen Ebene. Städte und Gemeinden unterscheiden sich jedoch in der Art und Weise, wie sie diese an ihren lokalen Kontext angepasst haben, und inwieweit sie besonderes Augenmerk auf die Risiken legen, denen verletzlichere ältere Menschen ausgesetzt sein könnten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass manche Risiken – beispielsweise durch extreme Wetterbedingungen (extrem hohe oder niedrige Temperaturen) – für ältere Menschen mit einem wesentlich höheren Gesundheitsrisiko verbunden sind als für die allgemeine Bevölkerung.

Eine besondere Herausforderung besteht darin, in Notsituationen schutzbedürftige ältere Menschen zu erreichen, die vielleicht allein, ohne Familie oder ohne Unterstützung der Kommune leben und deshalb schwieriger zu erreichen sind, um sie über geeignete Maßnahmen zu informieren oder Hilfe zu leisten. In dieser Hinsicht lassen sich einige Lehren aus jüngeren Notlagen in Europa ziehen, mit einem Schwerpunkt auf Naturkatastrophen

wie Erdbeben, Überschwemmungen und extremen Wetterbedingungen und dem aktuellen Stand der Bereitschaftspläne für Hitzewellen und extrem kaltes Wetter (siehe beispielsweise Kovats und Ebi, 2006). Ein abschließender Aspekt, der bei der Notfallvorsorge berücksichtigt werden sollte, ist die Rolle, die ältere Menschen beim Informationsaustausch in Krisenzeiten selbst spielen können. Auch hier sollten ältere Menschen nicht nur als gefährdete Bevölkerungsgruppe betrachtet werden, sondern auch als potenzielle Beitragende und Helfer in einer Notsituation.

Politische Interventionen und Initiativen nach Handlungsfeldern und Zielen

Tabelle 8 folgt der Struktur der in diesem Kapitel vorgeschlagenen Stoßrichtungen für Interventionen und Ziele und fügt Beispiele aus bestehenden altersgerechten Strategien, Aktionsplänen und Fallstudien hinzu. Bei den genannten Interventionen und Initiativen kann es sich um Projekte handeln, die bereits in lokalen Kontexten durchgeführt wurden oder die für die Umsetzung in einem altersgerechten Aktionsplan konzipiert wurden.

Tabelle 8. Praxisbeispiele für Benutzergruppe und Gesundheitsleistungen aus lokalen altersgerechten Aktionsplänen und Bewertungen

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Interventionen und Initiativen
<p>Die Versorgung koordinieren und integrierte Versorgung bereitstellen</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe, Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Nichtdiskriminierung sowie Bereich 7: Kommunikation und Information)</p>	<p>Den Zugang zur nahtlosen Erbringung von Dienstleistungen für Menschen erleichtern, die Gesundheitsversorgung, Sozialfürsorge und Langzeitpflege benötigen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte verschreiben älteren Menschen körperliche oder soziale Aktivitäten (sanfte Fitness, Gehgruppen, Theater usw.) • Gesundheitspersonal und Sozialarbeiter mit der Aufgabe, die Integration von Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge für Patienten mit komplexen und vielfältigen Bedürfnissen zu verbessern • Dienstleistungszentren für ältere Menschen und Case Workers, die die verschiedenen verfügbaren Dienstleistungen miteinander verbinden • Lokale Informations- und Koordinationszentren • Ein lokales Dienstleistungsforum entwickeln, um die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Stellen zu verbessern
<p>Gesundheitsversorgung einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe)</p>	<p>Prävention und Gesundheitsförderung in die Gesundheitsversorgung einbeziehen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige ärztliche Untersuchungen und wirksame Interventionen zur Kontrolle und Behandlung chronischer Krankheiten und Nachsorge • Beratung und Betreuung bei der Einstellung des Tabakkonsums • Förderung der psychischen Gesundheit und Gedächtnistraining in Gesundheitszentren und kommunalen Zentren • Körperliche Betätigung in der Gruppe oder zu Hause fördern • Informationen und Aktivitäten zur Förderung einer gesunden Ernährung • Screening und Impfangebote (beispielsweise mobile Screening-Kampagnen in Wohnbezirken)
<p>Häusliche Pflege und Unterstützung für informelle Pflege</p> <p>(bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe und Bereich 6: Bürgerschaftliches Engagement und Nichtdiskriminierung)</p>	<p>Häusliche Pflege ermöglichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Handwerkerportale, die Dienstleistungen zur Anpassung und Verbesserung von Wohnraum anbieten, um Menschen zu ermöglichen, so lange wie möglich unabhängig zu Hause zu bleiben • Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der medizinischen und sozialen Hilfe zu Hause verbessern • Häusliche Dienstleistungen für Reinigung und Körperpflege • Mahlzeitendienst
	<p>Betreuungspersonen und Familien unterstützen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Differenzierte Finanzhilfen und Unterstützungsprogramme für Familien mit abhängigen Älteren • Familienhilfe zu Hause: Möglichkeit, Hilfe bei Instandhaltung, Körperpflege, Haushaltshilfe für die ältere Person in der Familie zu erhalten • Kindertagesstätten bereitstellen • Online-Informationsplattformen für Pflegekräfte • Psychologische Unterstützungsleistungen auch für Betreuungspersonen • Bestattungsdienste • Notfalldienste • Telefonische Unterstützungsdienste • Temporäre Ausleihe von technischer Ausrüstung (Gehhilfen, Rollstühle usw.)

Tabelle 8 (Forts.)

Handlungsfeld	Ziel	Beispiele für politische Interventionen und Initiativen
Pflegeeinrichtungen (bereichsübergreifend mit Bereich 4: Soziale Teilhabe und Bereich 6: Bürger schaftliches Engagement und Nichtdiskriminierung)	Langzeitpflegeleistungen guter Qualität für Bedürftige sicherstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von betreutem Wohnen für Bedürftige verbessern • Die Qualität der Versorgung verbessern und überwachen • Ein nahtloses Versorgungskontinuum nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherstellen • Gesundheitsförderung und Präventionsdienstleistungen in Pflegeeinrichtungen
AAL und „IKT für gutes Altern“		<ul style="list-style-type: none"> • Fernüberwachte Sicherheitsalarme • Technologische Lösungen für die Kommunikation von der Wohnung zu Krankenschwester, Arzt oder Krankenhaus • Fernüberwachte Aktivitätssensoren • Virtuelle Station zur Entwicklung neuer Dienstleistungen (beispielsweise das Projekt „Krankenhaus zu Hause“)
Notfallplanung und Katastrophenvorsorge		<ul style="list-style-type: none"> • Protokolle und Programme ausarbeiten, um verletzte ältere Menschen im Notfall zu erreichen • Erstellung von Notfallplänen für extreme Wetterereignisse und Notfälle • Überwachungssystem durch ein Register verletzlicher und gebrechlicher älterer Menschen • Sicherstellen, dass vor Ort Vorkehrungen getroffen werden, um wirksam auf Infektionsausbrüche zu reagieren

Ressourcen und Materialiensammlungen

Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman R (Hrsg.) (2012). Home care across Europe: current structure and future challenges. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020).

HelpAge International (2012). Protecting older people in emergencies: good practice guide. London: HelpAge International (<https://www.helpage.org/download/4f2bcb851f1b4>, eingesehen am 8. Januar 2020).

HelpAge International (2014). Disaster resilience in an ageing world: how to make policies and programmes inclusive of older people. London: HelpAge International.

HelpAge International (2015). Emergency guidelines [Website]. London: HelpAge International (<http://www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/>, eingesehen am 8. Januar 2020).

HelpAge International und Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (2011). Guidance on including older people in emergency shelter programmes. London: HelpAge International (<http://www.helpage.org/download/4d7f5a8b98378>, eingesehen am 8. Januar 2020).

Matthies F, Bickler G, Marin NC, Hales S (Hrsg.) (2008). Heat-health action plans. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95919/E91347.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020).

Schulmann K, Ilinca S, Leichsenring, K (2017). Community care for people with dementia: a handbook for policymakers. Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Tarricone R, Tsouros AD (Hrsg.) (2008). The solid facts: home care in Europe. Kopenhagen: WHWHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020).

Toleikyte D, Oostdam N, van Kats-Derneer N, Todorovic N, Vracevic M (2013). Community-based care and support: a toolkit for NGOs, local authorities and service providers in the care for the elderly. Belgrad: Serbisches Rotes Kreuz.

WHO (2015). The MAPS toolkit: mHealth assessment and planning for scale. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/maps/en/>, eingesehen am 8. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (2019). Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden. Neue und aktualisierte Hinweise für unterschiedliche Zielgruppen. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/402072/PublicHealth-German5bis.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020).

Weltorganisation für Meteorologie und WHO (2015). Heatwaves and health: guidance on warning-system development. Genf: Weltorganisation für Meteorologie (<http://www.who.int/globalchange/publications/heatwaves-health-guidance/en/>, eingesehen am 8. Januar 2020).

Weiterführende Literatur

AGE Platform Europe (2012). Age- and dementia-friendly environments as investment for a sustainable EU [Pressemitteilung]. Brüssel: AGE Platform Europe (<http://www.age-platform.eu/press-releases/age-and-dementia-friendly-environments-investment-sustainable-eu>, eingesehen am 6. Januar 2020).

Europäische Kommission (2015). The 2015 ageing report: economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060). Brüssel: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020).

Finkelstein J, Knight A, Marinopoulos S, Gibbons MC, Berger Z, Aboumatar H et al. (2012). Enabling patient-centered care through health information technology. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (Evidence Report/Technology Assessment no. 206; https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/related_files/hit-patient-care_executive.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020).

Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W (2014). Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. London: The King's Fund (<http://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>, eingesehen am 8. Januar 2020).

INNOVAGE (2015). How the database of exemplars was compiled [Website]. Sheffield: INNOVAGE (<http://www.innovage.group.shef.ac.uk/about-the-exemplars.html>, eingesehen am 8. Januar 2020).

Kesselring A, Smith S, Dobner S, Schrammel M (2014). Social innovation for active and healthy ageing: a case study collection. Brüssel: König Baudouin Stiftung (<https://www.kbs-frb.be/en/Activities/Publications/2014/312599>, eingesehen am 8. Januar 2020).

Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M (2009). How can health systems respond to population ageing? Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020).

Scheil-Adlung X (2015). Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries. Genf: Internationale Arbeitsorganisation (ESS Working Paper no. 50; http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_407620/lang--en/index.htm, eingesehen am 8. Januar 2020).

Scheil-Adlung X, Bonan J (2012). Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care? Assessing impacts and policy implications. Genf: Internationale Arbeitsorganisation (ESS Working Paper no. 31; http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_207669/lang--en/index.htm, eingesehen am 8. Januar 2020).



Glossar und Quellenangaben

Glossar

Dieses Glossar enthält Definitionen von Schlüsselbegriffen und Konzepten im Bereich des aktiven/gesunden Alterns. Die Definitionen stammen in erster Linie aus vorhandenen internationalen Dokumenten. Sie werden wörtlich aus diesen Quellen zitiert, und es werden detaillierte Verweise angegeben, damit Leser auf das vollständige Quelldokument zurückgreifen können, um weitere Informationen oder Zusammenhänge zu erhalten. Das angegebene Zitat bezieht sich auf die Quelle, aus der die Definition für die Aufnahme in dieses Glossar extrahiert wurde; es sei darauf hingewiesen, dass dies nicht unbedingt die Quelle sein muss, in der die Definition zuerst formuliert wurde. Wenn eine neuere Quelle eine deutlich frühere bestätigt, wurden in einigen Fällen beide aufgelistet.

Aktives Altern

Der Prozess, in dem die Chancen auf Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität im Alter optimiert werden (WHO 2002b; 2015b).

Aktivitätseinschränkungen

In der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit sind dies die Schwierigkeiten, die eine Person bei der Ausübung von Aktivitäten haben kann. Sie können von einer leichten bis zu einer starken qualitativen oder quantitativen Abweichung bei der Ausführung der Aktivität in einer Weise oder in dem Maße reichen, wie es von Menschen ohne Einschränkung erwartet wird (WHO, 2011).

Altersdiskriminierung

Bezieht sich auf die Stereotypisierung und Diskriminierung von Personen oder Gruppen aufgrund ihres Alters. Altersdiskriminierung kann viele Formen annehmen, einschließlich auf Vorurteilen beruhender Einstellungen, diskriminierender Praktiken oder institutioneller Konzepte und Praktiken, die stereotype Überzeugungen aufrechterhalten (WHO, 2015b).

Altersgerechte Städte und Gemeinden

Städte oder Gemeinden, die gesundes und aktives Altern fördern (WHO, 2015b).

Altersgerechte Umfeldler

Dies sind Umfeldler (beispielsweise zu Hause oder in der Kommune), die ein gesundes und aktives Altern fördern, indem sie intrinsische Kapazität während des gesamten Lebensverlaufs aufbauen und erhalten und bei einer Person mit einem bestimmten Kapazitätsniveau eine größere Funktionsfähigkeit ermöglichen (WHO, 2015b).

Behinderung

Oberbegriff für Beeinträchtigungen, Aktivitätseinschränkungen und Teilnahmebeschränkungen, der die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitszustand) und den Kontextfaktoren dieser Person (Umwelt- und persönliche Faktoren) bezeichnet (WHO, 2001; WHO, 2015b).

Determinanten von Gesundheit

Sind die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern; zu diesen gehört auch das Gesundheitssystem. Diese Umstände werden durch die Verteilung von Geld, Macht und Ressourcen auf der globalen, nationalen und lokalen Ebene geprägt, die wiederum durch politische Entscheidungen beeinflusst werden. Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind zum großen Teil für gesundheitliche Ungleichgewichte verantwortlich – die ungerechten und vermeidbaren Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitsstatus, die innerhalb von wie auch zwischen Ländern bestehen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2013a).

Digitales Gefälle

Bezeichnet die Unterschiede zwischen Personen, Haushalten, Unternehmen und geografischen Gebieten auf verschiedenen sozioökonomischen Ebenen sowohl in Bezug auf ihre Möglichkeiten des Zugangs zu Informations- und Kommunikationstechnologien als auch auf ihre Nutzung des Internets für eine Vielzahl von Aktivitäten (WHO, 2011).

Funktionieren

Oberbegriff für Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilnahme. Es bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitszustand) und ihren Kontextfaktoren (WHO, 2001, WHO, 2015b).

Funktionsfähigkeit

Bezieht sich auf die gesundheitsbezogenen Eigenschaften, die es Menschen ermöglichen, das zu sein und zu tun, was sie zu schätzen wissen. Sie setzt sich zusammen aus der intrinsischen Kapazität der Person, relevanten Umweltmerkmalen und den Wechselwirkungen zwischen der Person und diesen Merkmalen (WHO, 2015b).

Gesundes Altern

Der Prozess der Entwicklung und Erhaltung der Funktionsfähigkeit, die ein Wohlbefinden im Alter ermöglicht (WHO, 2015b).

Gesundheitliche Chancengleichheit

Chancengleichheit ist das Freisein von vermeidbaren, ungerechten oder behebbaren Unterschieden zwischen Gruppen von Menschen, die durch soziale, ökonomische, demografische oder geografische Merkmale definiert sind. „Gesundheitliche Chancengleichheit“ oder „Chancengleichheit im Gesundheitsbereich“ bedeutet, dass idealerweise jeder Mensch eine faire Chance haben sollte, sein volles gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen, und dass – pragmatischer gesprochen – niemand aufgrund von Benachteiligung daran gehindert werden sollte, dieses Potenzial zu erreichen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2013a).

Gesundheitskompetenz

Die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die die Bereitschaft und Fähigkeit von Menschen bestimmen, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen, diese zu verstehen und sie so zu nutzen, dass dies ihrer Gesundheit und deren Erhaltung zugutekommt (WHO-Regionalbüro für Europa, 2013a).

Informelle Versorgung

Die unbezahlte Pflege durch Verwandte, Freunde, Nachbarn und andere freiwillige Helfer (WHO, 2015b).

Institutionelle Pflege

Diese bezieht sich auf Einrichtungen, in denen Langzeitpflege geleistet wird. Dies können Gemeinschaftszentren, Einrichtungen für betreutes Wohnen, Pflegeheime, Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen sein; institutionelle Pflegesituationen werden nicht nur durch ihre Größe definiert (WHO, 2015b).

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (IKF)

Klassifikation, die einheitliche und standardisierte Formulierungen und einen Rahmen für die Beschreibung von Gesundheit und gesundheitsbezogenen Zuständen bietet. Die IKF ist Teil der „Familie“ der von der WHO entwickelten internationalen Klassifikationen.

Kommunikation

Schließt Sprachen, Textdarstellung, Brailleschrift, taktile Kommunikation, Großdruck, leicht zugängliches Multimedia sowie schriftliche, auditive, in einfache Sprache übersetzte, durch Vorleser zugänglich gemachte sowie ergänzende und alternative Formen, Mittel und Formate der Kommunikation, einschließlich leicht zugänglicher Informations- und Kommunikationstechnologie, ein (Vereinte Nationen, 2006).

Langzeitpflege

Diese besteht aus einer Reihe von medizinischen und persönlichen Pflegedienstleistungen, die mit dem primären Ziel in Anspruch genommen werden, Schmerzen und Leiden zu lindern und die Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Patienten mit einer gewissen Langzeitabhängigkeit zu verlangsamen oder anzuhalten (OECD, 2011). Der Begriff bezieht sich auf die Aktivitäten anderer, die dazu dienen, dass Menschen mit einem erheblichen anhaltenden Verlust der intrinsischen Kapazität ein Niveau der Funktionsfähigkeit aufrechterhalten können, das mit ihren Grundrechten, Grundfreiheiten und der Menschenwürde vereinbar ist (WHO, 2015b).

Lebensqualität

Die Wahrnehmungen von Personen über ihre Lebenssituation im Kontext des Kultur- und Wertesystems, in dem sie leben, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Normen und Anliegen. Es handelt sich um ein weitreichendes Konzept, das in komplexer Weise die physische Gesundheit von Personen, ihren psychischen Zustand, den Grad ihre Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, persönliche Überzeugungen und die Beziehung zu den wichtigsten Merkmalen der Umwelt einbezieht. Im Alter wird die Lebensqualität von Personen wesentlich durch ihre Fähigkeit bestimmt, Autonomie und Unabhängigkeit zu bewahren.

Lebensverlaufansatz

Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, dass die gesundheitlichen Ergebnisse von Einzelpersonen und Gemeinschaft von dem Zusammenwirken einer Vielzahl von Schutz- und Risikofaktoren während ihres gesamten Lebens abhängig sind. Der Lebensverlaufansatz beinhaltet eine umfassendere Sichtweise von Gesundheit und ihren Determinanten sowie eine Schwerpunktlegung auf Interventionen in allen Lebensphasen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2013a).

Umgebungsunterstütztes Leben

Eine Kombination aus intelligenten Systemen von Hilfsprodukten und -dienstleistungen, die in die bevorzugte Wohnumgebung integriert werden, um „intelligente Umgebungen“ zu schaffen, die überwiegend altersbedingte funktionelle Einschränkungen ausgleichen und einen unabhängigen, aktiven und gesunden Lebensverlauf unterstützen (Europäische Kommission, 2013).

Universelles Design

Bezieht sich auf die Gestaltung von Produkten, Umfelder, Programmen und Dienstleistungen, die für alle Menschen so weit wie möglich nutzbar sind, ohne dass Anpassungen oder spezielle Designs erforderlich sind. Es sollte Hilfsmittel für bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen nicht ausschließen, wenn dies erforderlich ist (Vereinte Nationen, 2006; WHO, 2015b).

Unterstützende Technologien (oder Hilfsmittel)

Bezieht sich auf jede Vorrichtung, die konzipiert, produziert oder angepasst wurde, um einer Person bei der Erfüllung einer bestimmten Aufgabe zu helfen; Produkte können allgemein verfügbar oder speziell für Menschen mit spezifischen Kapazitätsverlusten entwickelt sein. Unterstützende Gesundheitstechnologie ist eine Unterkategorie der unterstützenden Technologien, deren Hauptzweck es ist, die Funktionsfähigkeit und das Wohlbefinden eines Menschen zu erhalten oder zu verbessern (WHO, 2015b).

Unterstützende Umfelder für Gesundheitsschutz/ Gesundheitsförderliche Umfelder

Diese bieten den Schutz vor gesundheitlichen Bedrohungen und ermöglichen es den Menschen, ihre Fähigkeiten auszuweiten und ihr gesundheitliches Selbstvertrauen zu entwickeln. Sie schließen ein, wo Menschen leben, ihre örtliche Gemeinschaft, ihre Wohnung, und wo sie arbeiten und spielen, einschließlich ihres Zugangs zu Gesundheitsressourcen und Befähigungsmöglichkeiten (WHO-Regionalbüro für Europa, 1991; 2013a).

Zugänglichkeit

Beschreibt, inwieweit ein Umfeld, eine Dienstleistung oder ein Produkt den Zugang von so vielen Menschen wie möglich gestattet, insbesondere von Menschen mit Behinderungen (WHO, 2011; 2015b).

Zugänglichkeitsstandards

Ein Standard ist eine als Norm akzeptierte Qualitätsstufe. Der Grundsatz der Zugänglichkeit kann gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben und dann nach internationalen oder nationalen Vorschriften, Standards oder Kodizes, die verbindlich oder freiwillig sein können, im Detail festgelegt werden (WHO, 2011).

Quellenangaben

AALA (2015). A study concerning a market observatory in the ambient assisted living field: final report. Brüssel: Ambient Assisted Living Association (https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/market-observatory-ambient-assisted-living-aal-field-study_en, eingesehen am 6. Januar 2020).

AARP (2015). Age-friendly report: inspiring communities. 16 case studies from the United States and around the world. Washington DC: AARP (<http://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/info-2015/8-domains-of-livability-case-studies.html>, eingesehen am 6. Januar 2020).

Abrams D, Russell PS, Vauclair CM, Swift HJ (2011). Ageism in Europe: findings from European Social Survey. London: Age UK.

AFE-INNOVNET (2015a). Towards an age-friendly Europe: Covenant on Demographic Change [Website]. Brüssel: Thematic Network on Innovation for Age-Friendly Environments (<http://agefriendlyeurope.org/>, eingesehen am 6. Januar 2020).

AFE-INNOVNET (2015b). Guidelines for co-producing age-friendly environments with older people. [Website]. Brüssel: Thematic Network on Innovation for Age-Friendly Environments (<http://afeinnovnet.eu/content/guidelines-co-producing-age-friendly-environments-older-people>, eingesehen am 6. Januar 2020).

Age Friendly Ireland (2013). Dublin Declaration on Age-friendly Cities and Communities in Europe 2013. Dublin: Age Friendly Ireland (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/the-dublin-declaration-on-age-friendly-cities-and-communities-in-europe-2013/>, eingesehen am 6. Januar 2020).

Age Friendly Ireland (2015). Crime prevention ambassadors [Website]. Dublin: Age Friendly Ireland (<http://agefriendlyireland.ie/portfolio-item/crime-prevention-ambassadors/>, eingesehen am 6. Januar 2020).

AGE Platform Europe (2012a). Age- and dementia-friendly environments as investment for a sustainable EU [Pressemitteilung]. Brüssel: AGE Platform Europe (<https://www.age-platform.eu/press-releases/age-and-dementia-friendly-environments-investment-sustainable-eu>, eingesehen am 6. Januar 2020).

- AGE Platform Europe (2012b). European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance. Brüssel: AGE Platform Europe (https://www.age-platform.eu/sites/default/files/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf, eingesehen am 6. Januar 2020).
- AGE Platform Europe (2012c). European Quality Framework for long-term care services: Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance. Brüssel: AGE Platform Europe (<https://www.age-platform.eu/publications/european-quality-framework-long-term-care-services>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- AGE Platform Europe (2016). Applying the Right to the City to older persons: the opportunity of the EU Urban Agenda. Brüssel: AGE Platform Europe (<http://www.age-platform.eu/press-releases/applying-right-city-older-persons-opportunity-eu-urban-agenda>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Ahern A, Hine J (2012). Rural transport – valuing the mobility of older people. *Res Transp Econ.* 34(1):27–34.
- Aldridge F, Tuckett A (2007). What older people learn: the whys and wherefores of older people learning. Leicester: National Institute of Adult Continuing Education.
- Alzheimer Europe (2013). Safety. In: Alzheimer Europe [Website]. Luxembourg: Alzheimer Europe (<http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/Caring-for-someone-with-dementia/Daily-life/Safety#fragment2>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Alzheimer Scotland (2014). What is a dementia-friendly community? [Website]. Edinburgh: Alzheimer Scotland (http://www.alzscot.org/dementia_friendly_communities, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Alzheimer's Disease International (2013). Together for a dementia-friendly Bruges! [Website]. London: Alzheimer's Disease International (<https://www.alz.co.uk/dementia-friendly-communities/bruges-together>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Alzheimer's Disease International (2015). World Alzheimer report 2015: the global impact of dementia – an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International (<https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Alzheimer's Disease International (2016). Dementia friendly communities – resources [Website]. London: Alzheimer's Disease International (<https://www.alz.co.uk/dementia-friendly-communities/resources>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Alzheimer's Society (2013). Building dementia-friendly communities: a priority for everyone. London: Alzheimer's Society (https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/migrate/downloads/building_dementia_friendly_communities_a_priority_for_everyone.pdf, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Anderson ND, Damianakis T, Kröger E, Wagner LM, Dawson DR, Binns MA et al. (2014). The benefits associated with volunteering among seniors: a critical review and recommendations for future research. *Psychol Bull.* 140(6):1505–33. doi: 10.1037/a0037610.
- Annear M, Keeling S, Wilkinson T, Cushman G, Gidlow B, Hopkins H (2014). Environmental influences on healthy and active ageing: a systematic review. *Ageing Soc.* 34(4):590–622.
- Archibald D (2014). Rapid review of literature concerning the health and well-being impacts of volunteering for older people. Edinburgh: Scottish Collaboration for Public Health Research & Policy (<http://www.healthyageing.eu/?q=resources/rapid-review-literature-concerning-health-and-well-being-impacts-volunteering-older-people>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Åstrøm DO, Forsberg B, Rocklöv J (2011). Heat wave impact on morbidity and mortality in the elderly population: a review of recent studies. *Maturitas.* 69:99–105.
- Atkinson T, Evans S, Darton R, Cameron A, Porteus J, Smith R (2014). Creating the asset base – a review of literature and policy on housing with care. *Hous Care Support.* 17(1):16–25.
- Baldassar L (2007). Transnational families and aged care: the mobility of care and the migrancy of ageing. *J Ethn Migr Stud.* 33(2):275–97.
- Ballinger ML, Talbot LA, Verrinder GK (2009). More than a place to do woodwork: a case study of a community-based men's shed. *J Mens Health.* 6:20–7.
- Barrett G, McGoldrick C (2013). Narratives of (in)active ageing in poor deprived areas of Liverpool. *Int J Sociol Soc Policy.* 33:347–366.

- Bauer R, Kisser R (2013). Injuries among older people. Amsterdam: Eurosafe (Policy Briefing 14; <https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/Policy%20briefing%2014%20Injuries%20among%20older%20people.pdf>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- BC Centre for Elder Advocacy and Support (2012). Starting a seniors reaching out to seniors workshop program: a toolkit for local agencies. Vancouver: BC Centre for Elder Advocacy and Support (<http://seniorsfirstbc.ca/resources/education-training-material/starting-a-seniors-reaching-out-to-seniors-workshop-program/>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Beale S, Truman P, Sanderson D, Kruger J (2010). The initial evaluation of the Scottish Telecare Development Programme. *J Technol Hum Serv.* 28(1–2). doi:10.1080/15228831003770767.
- Beard JR, Petitot C (2010). Ageing and urbanization: can cities be designed to foster active ageing? *Public Health Rev.* 32(2):427–50.
- Begley J, Lambie-Hanson L (2015). The home maintenance and improvement behaviors of older adults in Boston. *Hous Policy Debate.* 25(4):754–81.
- Bell D, Füssl E, Ausserer K, Risser R, Wunsch D, Braguti I et al. (2010). Scenarios of the future mobility of elderly people. Rijkswaterstaat: Era-net Transport (Work package 5–6; <https://www2.ffg.at/verkehr/file.php?id=241>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Benjamin K, Edwards N, Ploeg J, Legault F (2014). Barriers to physical activity and restorative care for residents in long-term care: a review of the literature. *J Aging Phys Act.* 22(1):154–65.
- Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa · Projektteam Berlin (2011). Aktives Altern in Europa – Bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen. Expertentreffen zum Austausch über innovative Generationen- und Seniorenpolitiken, 28. November 2011, Berlin. Berlin: Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa · Projektteam Berlin (https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/Expertentreffen_BEO_28.11._2011.pdf, eingesehen am 4. Januar 2020).
- Berg-Warman A, Chekhmir S (2006). The warm home program for the elderly: an evaluation study. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute (<https://brookdale.jdc.org.il/en/publication/warm-home-program-elderly-evaluation-study/>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Blackman T, Mitchell L, Burton E, Jenks M, Parsons M, Raman S et al. (2003). The accessibility of public spaces for people with dementia: a new priority for the “open city”. *Disabil Soc.* 18(3):357–71.
- Blažun H, Saranto K, Rissanen S (2012). Impact of computer training courses on reduction of loneliness of older people in Finland and Slovenia. *Comput Human Behav.* 28(4):1202–12.
- Braubach M, Fairburn J (2010). Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location: a review of evidence. *Eur J Public Health.* 20(1):36–42.
- Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D (Hrsg.) (2011). Environmental burden of disease associated with inadequate housing: summary report. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf, eingesehen am 28. Dezember 2019).
- Braubach M, Power A (2011). Housing conditions and risk: reporting on a European study of housing quality and risk of accidents for older people. *J Hous Elderly.* 25(3):288–305.
- Braubach M, Savelsberg J (2009). Social inequalities and their influence on housing risk factors and health: a data report based on the WHO LARES database. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Housing-and-health/publications/2009/social-inequalities-and-their-influence-on-housing-risk-factors-and-health>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Brighton & Hove City Council (2007). Older Persons Housing Design: A European Good Practice Guide. Brighton: Brighton & Hove City Council (https://www.brighton-hove.gov.uk/sites/brighton-hove.gov.uk/files/downloads/02_-_Introduction.pdf, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Broekhuizen K, de Vries S, Pierik F (2013). Healthy aging in a green living environment: a systematic review of the literature. Leiden: TNO.

- Broome K, McKenna K, Fleming J, Worrall L (2009). Bus use and older people: a literature review applying the person-environment-occupation model in macro practice. *Scand J Occup Ther.* 16(1):3–12.
- Broome K, Worrall LE, Fleming JM, Boldy DP (2011). Identifying age-friendly behaviours for bus driver age-awareness training. *Can J Occup Ther.* 78(2):118–26.
- Broome K, Worrall LE, Fleming JM, Boldy DP (2013). Evaluation of age-friendly guidelines for public buses. *Transport Res A-Pol.* 53:68–80.
- Buffel T, De Donder L, Phillipson C, Dury S, De Witte N, Verte D (2014). Social participation among older adults living in medium-sized cities in Belgium: the role of neighbourhood perceptions. *Health Promot Int.* 29(4):655–68.
- Buffel T, Phillipson C (2011). Experiences of place among older migrants living in inner-city neighbourhoods in Belgium and England. *Diversité Urbaine.* 11(1):13–37.
- Buffel T, Phillipson C, Scharf T (2012). Ageing in urban environments: developing “age-friendly” cities. *Crit Soc Policy.* 32(4):597–617.
- Buffel T, Phillipson C, Scharf T (2013). Experiences of neighbourhood exclusion and inclusion among older people living in deprived inner-city areas in Belgium and England. *Aging Soc.* 33(special issue 1):89–109.
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2017). *IN FORM: Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung* [Website]. Bonn: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (<https://www.in-form.de/>, eingesehen am 7. Januar 2020)
- Burholt V (2004). Transnationalism, economic transfers and families’ ties: intercontinental contacts of older Gujaratis, Punjabis and Sylhetis in Birmingham with families abroad. *Ethn Racial Stud.* 27(5):800–29.
- Burholt V, Scharf T (2014). Poor health and loneliness in later life: the role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 69(2):311–24.
- Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF, Jackson SL, Brown JS, Fitzgerald JL. Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study. *Age Ageing.* 19(2):136–41.
- Carretero S (2015). Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home. Luxembourg: European Commission (JRC Science and Policy report EUR 27072 EN; <http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC91622>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Cattan M, Hogg E, Hardill I (2011). Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? *Maturitas.* 70(4):328–32.
- Cattan M, White M, Bond J, Learmonth A (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc.* 25:41–67.
- Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F (Hrsg.) (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf, eingesehen am 6. Januar 2020).
- CDC (2009). Improving health literacy for older adults: expert panel report 2009. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11971/>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Chase CA, Mann K, Wasek S, Arbesman M (2012). Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther.* 66(3):284–91.
- Chodzko-Zajko W, Schwingel A, Transnational strategies for the promotion of physical activity and active aging: the World Health Organization model of consensus building in international public health (2009). *Quest.* 61(1):25–38.
- Choi JS (2004). Evaluation of community planning and life of senior cohousing projects in northern European countries. *Eur Plan Stud.* 12(8):1189–216.
- Choi NG, Dinitto DM (2013). The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/Internet use. *J Med Internet Res.* 15(5):e93. doi: 10.2196/jmir.2645.
- Christian J, Turner R, Holt N, Larkin M, Cotler JH (2014). Does intergenerational contact reduce ageism: when and how contact interventions actually work? *J Art & Humanities.* 3(1):1–15.

- City of Oslo (2014). The common principles of universal design. Oslo: City of Oslo (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2015/06/The-Common-Principles-of-Universal-design-City-of-Oslo.pdf>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Clarke P, Nieuwenhuijsen ER (2009). Environments for healthy ageing: a critical review. *Maturitas*. 64(1):14–19.
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*. 381(9868):752–62.
- Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JC, Cumming RG (2008). Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people: a meta-analysis of randomized trials. *J Aging Health*. 20(8):954–71.
- Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F (2011). Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD Publishing (<http://www.oecd.org/health/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Comune di Udine (2015). „No alla Solit’Udine“ [„Nein zur Einsamkeit“]. In: Comune Udine [Website]. Udine: Comune di Udine (<https://www.comune.udine.it/servizi/salute-sociale-welfare/no-alla-solit-udine>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Cramm JM, van Dijk HM, Nieboer AP (2013). The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well being of older adults in the community. *Gerontologist*. 53(1):142–52.
- Crampton J, Dean J, Eley R (2012). Creating a dementia-friendly York. York: Joseph Rowntree Foundation (<https://www.jrf.org.uk/report/creating-dementia-friendly-york>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Croucher K, Hicks L, Jackson K (2006). Housing with care for later life: a literature review. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Curl A, Ward-Thompson C, Aspinall P, Alves S (2012). The importance of a supportive environment for older people’s outdoor projects in predicting life satisfaction. *J Aging Phys Act*. 20:41–2.
- Cutilli CC (2007). Health literacy in geriatric patients: an integrative review of the literature. *Orthop Nurs*. 26(1):43–8.
- Day R (2008). Local urban environments and the well-being of older people. Glasgow: Scottish Centre for Research on Social Justice.
- De Donder L, Buffel T, Dury S, De Witte N, Verté D (2013). Perceptual quality of neighbourhood design and feelings of unsafety. *Ageing Soc*. 33(6):917–37.
- De Donder L, De Witte N, Buffel T, Dury S, Verté D (2012). Social capital and feelings of unsafety in later life: a study of on influence of social networks, place attachment, and civic participation on perceived safety in Belgium. *Res Aging*. 34(4):425–48.
- Deeg DJH, Thomése F (2005). Discrepancies between personal income and neighbourhood status: effects on physical and mental health. *Eur J Ageing*. 2(2):98–108.
- De Leeuw E, Green G, Spanswick L, Palmer N (2015). European Healthy Cities evaluation: conceptual framework and methodology. *Health Promot Int*. 30(Suppl.1):i8–i17.
- Dench S, Regan J (2000). Learning in later life: motivation and impact. London: Department for Education and Later Life.
- Department of Health (2009). Shaping the future of care together. London: Department of Health (<https://www.gov.uk/government/publications/shaping-the-future-of-care-together>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Department for Work and Pensions (2004). OECD thematic review of adult learning in England (second round): background report. Paris: OECD Publishing (<http://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/2471965.pdf>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Desjardins R (2008). Researching the links between education and well-being. *Eur J Educ*. 43(1):23–35.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2017). Fit im Alter – Gesund essen, besser leben [Website]. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (<http://www.fitimalter-dge.de/>, eingesehen am 8. Januar 2020).
- Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 11(1):647. doi: 10.1186/1471-2458-11-647.

- Dodman D, Francis K, Hardoy J, Johnson C, Satterthwaite D (2012). Understanding the nature and scale of urban risk in low- and middle-income countries and its implications for humanitarian preparedness, planning and response. London: Institute for Environment and Development (<https://www.gov.uk/dfid-research-outputs/understanding-the-nature-and-scale-of-urban-risk-in-low-and-middle-income-countries-and-its-implications-for-humanitarian-preparedness-planning-and-response>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Duarte M, Paul C, Martin I (2013). Study of phenotypic frailty and health indicators in old people. *Atencion Primaria*. 45:174.
- Dumitrache CG, Windle G, Herrera RR (2015). Do social resources explain the relationship between optimism and life satisfaction in community-dwelling older people? Testing a multiple mediation model. *J Happiness Stud*. 16(3):633–54.
- Dykstra PA (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing*. 6:91–100.
- EAEA (2006). Adult education trends and issues in Europe. Brüssel: European Association for the Education of Adults (<http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/trends%20erwachsenenbildung%20europa.pdf>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- EAEA (2012). Grundtvig Award 2012: innovative approaches in adult education and learning – key competences for social inclusion. Brüssel: European Association for the Education of Adults (https://epale.ec.europa.eu/sites/default/files/gr_aw_2012.pdf, eingesehen am 6. Januar 2020).
- EAEA (2015). Adult education in Europe 2015: a civil society view. Brüssel: European Association for the Education of Adults (https://issuu.com/eaeapublications/docs/country_reports_2015, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Ehrlich T (2000). Civic responsibility and higher education. Westport: The American Council on Education and the Oryx Press.
- EIP AHA (2013). Assessing the needs of regions, cities and towns regarding a European initiative supporting age-friendly environments. Brüssel: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/assessing-needs-regions-cities-and-towns-regarding-european-initiative-supporting-age_en, eingesehen am 6. Januar 2020).
- EIP AHA (2015a). European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [Website]. Brüssel: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en, eingesehen am 6. Januar 2020).
- EIP AHA (2015b). Health literacy in the older population central to improving health and sustainability of health systems. Brüssel: Europäische Kommission. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (https://ec.europa.eu/eip/ageing/news/health-literacy-older-population-central-improving-health-and-sustainability-health-systems_en, eingesehen am 14. Januar 2020).
- Elmståhl S, Ekström H (2012). Hur mår Malmös äldre? Prediktorer för livstillfredsställelse, funktionsförmåga och aktiviteter i det dagliga livet [Wie fühlen sich ältere Menschen in Malmö? Prädiktoren für Lebenszufriedenheit, Funktionsfähigkeit und Alltagsaktivitäten]. Malmö: Kommission für ett socialt hållbart Malmö (in schwedischer Sprache).
- ESF-Age Network (2011). ESF-Age Network. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (https://ec.europa.eu/employment_social/esf/docs/transitional/age_en.pdf, eingesehen am 6. Januar 2020).
- EU Central Baltic Programme (2014). Let us be active! [Website]. Turku: EU Central Baltic Programme (www.letusbeactive.eu, eingesehen am 6. Januar 2020).
- EUROCITIES (2009). Social exclusion and inequalities in European cities: challenges and responses. Brüssel: EURO CITIES (<http://www.eurocities.eu/eurocities/publications/Social-exclusion-and-inequalities-in-European-cities-challenges-and-responses-WSP0-8PLF4M>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Eurofound (2012). Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln (Fragen zu Wohnverhältnissen und Wohnumfeld). In: Europäische Erhebung zur Lebensqualität 2012 [Online-Datenbank]. Dublin: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (<https://www.eurofound.europa.eu/de/data/european-quality-of-life-survey-2011>, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Europarat (1996). The European Social Charter. Straßburg: Europarat (<http://www.coe.int/en/web/turin-european-social-charter/home>, eingesehen am 6. Januar 2020).

Europäische Kommission (2007). Wohltuendes Altern in der Informationsgesellschaft – Eine i2010-Initiative – Aktionsplan „Informations- und Kommunikationstechnologien für eine alternde Gesellschaft“, Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen. Brüssel: Europäische Kommission (SEC(2007)811; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:52007DC0332>, eingesehen am 6. Januar 2020).

Europäische Kommission (2011). Future of transport: analytical report. Brüssel: Europäische Kommission (Flash Eurobarometer report no. 312; https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_312_en.pdf, eingesehen am 6. Januar 2020).

Europäische Kommission (2013a). How many people work in agriculture in the European Union? Luxemburg: Europäische Kommission (EU Agricultural Economics Briefs no. 8; https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/food-farming-fisheries/farming/documents/agri-economics-brief-08_en.pdf, eingesehen am 6. Januar 2020).

Europäische Kommission (2013b). Long-term care in ageing societies: challenges and policy options, Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen. Brüssel: Europäische Kommission (SWD(2013) 41 final; <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?langId=en&docId=12633&>, eingesehen am 7. Januar 2020).

Europäische Kommission (2014a). Forschung und Innovation: Voraussetzungen für künftiges Wachstum. Brüssel: Europäische Kommission (COM(2014) 339 final; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:52014DC0339>, eingesehen am 7. Januar 2020).

Europäische Kommission (2014b). Special Eurobarometer 412: sport and physical activity. Brüssel: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/ebs_412_en.pdf, eingesehen am 7. Januar 2020).

Europäische Kommission (2014c). Digital inclusion and skills: digital agenda scoreboard 2014. Brüssel: Europäische Kommission (<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/scoreboard-2014-digital-inclusion-and-skills-eu-2014>, eingesehen am 7. Januar 2020).

Europäische Kommission (2014d). Annex G: technology readiness levels (TRL). In: Horizon 2020 – work programme 2014–2015. Brüssel: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2014_2015/annexes/h2020-wp1415-annex-g-trl_en.pdf, eingesehen am 7. Januar 2020).

Europäische Kommission (2015). RegioStars finalists 2012 [Website]. Brüssel: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/regional_policy/archive/conferences/regiostars2012/finalists_en.cfm, eingesehen am 7. Januar 2020).

Europäische Kommission (2013). Final evaluation of the Ambient Assisted Living Joint Programme. Brüssel: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/newsroom/dae/document.cfm?doc_id=3783, eingesehen am 7. Januar 2020).

Europäische Kommission (2016). Healthy life years statistics. In: Eurostat statistics explained [Website] (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics, eingesehen am 7. Januar 2020).

Europäische Kommission, Ausschuss der Regionen, Europäische Plattform älterer Menschen AGE (2011). Maßnahmen zur Förderung des aktiven Alterns in Europa, EU-Unterstützung für lokale und regionale Akteure. Brüssel: Europäischer Ausschuss der Regionen (https://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Newsletter/2013/Broschuere_Massnahmen_zu_Foerderung.pdf, eingesehen am 30. Oktober 2019).

Europäische Kommission, Funka Nu (2013). A compilation of good practices: Action Group on Innovation for Age-friendly buildings, cities and environments. Brüssel: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/compilation-good-gractices-age-friendly-environments_en, eingesehen am 7. Januar 2020).

Europäische Konferenz der Verkehrsminister (2000). Transport and ageing of the population. Paris: OECD Publishing (Round Table 112; https://www.oecd-ilibrary.org/transport/transport-and-ageing-of-the-population_9789264187733-en, eingesehen am 7. Januar 2020).

European Transport Safety Council (2008). Reducing older people's deaths on roads in Europe. Brüssel: European Transport Safety Council (PIN Flash 9; http://archive.etsc.eu/documents/05.26-Elderly_safety-invitation.pdf, eingesehen am 7. Januar 2020).

- EuroSafe (2013). Injuries in the European Union: summary of injury statistics for the years 2008–2010. Amsterdam: EuroSafe (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/data_collection/docs/idb_report_2013_en.pdf, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Eurostat (2006). Social participation statistics. In: European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [Online-Datenbank]. Luxemburg: Europäische Kommission (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Social_participation_statistics&oldid=56465&printable=yes, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Eurostat (2012). Informationsgesellschaftsstatistiken – Private Haushalte und Privatpersonen. Luxemburg: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Information_society_statistics/de#Private_Haushalte_und_Privatpersonen, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Eurostat (2015a). Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus in der Umgebung nach Grad der Aktivitätseinschränkung, Geschlecht und Alter. In: Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) [Online-Datenbank]. Luxemburg: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-datasets/product?code=hlth_dhc130, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Eurostat (2015b). Unfähigkeit, die Unterkunft angemessen warm zu halten nach Grad der Aktivitätseinschränkung, Geschlecht und Alter. In: Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) [Online-Datenbank]. Luxemburg: Europäische Kommission (http://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-datasets/-/hlth_dhc140, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Eurostat (2015c). Bevölkerung ohne Bad oder Dusche in der Wohnung nach Grad der Aktivitätseinschränkung, Geschlecht und Alter. In: Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) [Online-Datenbank]. Luxemburg: Europäische Kommission (https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-datasets/product?code=hlth_dhc080, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Eurostat (2015d). People at risk of poverty or social exclusion. In: European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [Online-Datenbank]. Luxemburg: Europäische Kommission (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Eurostat (2016). Modul 2012: Wohnbedingungen – Wohnung angenehm kühl im Sommer. In: Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) [Online-Datenbank]. Luxemburg: Europäische Kommission (<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/income-and-living-conditions/data/ad-hoc-modules>, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors (2012). Age-friendly workplaces: promoting older worker participation. Quebec: Government of Canada (<https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/older-worker-participation.html>, eingesehen am 7. Januar 2020).
- FERPA (2015). European Federation of Retired and Older Persons [Website]. Brüssel: European Federation of Retired and Older Persons (<http://www.ferpa.online/>, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Fiedler M (2007). Older people and public transport: challenges and chances of an ageing society. Paris: European Metropolitan Transport Authorities (http://www.emta.com/IMG/pdf/Final_Report_Older_People_protec.pdf, eingesehen am 7. Januar 2020).
- Findley A (2015). Low health literacy and older adults: meanings, problems, and recommendations for social work. *Soc Work Health Care*. 54(1):65–81. doi: 10.1080/00981389.2014.966882.
- Findsen B, Carvalho L (2007). Older adults' learning patterns: trajectories and changing identities. In Osborne M, Houston M, Toman N, editors. *The pedagogy of lifelong learning: understanding effective teaching and learning in diverse contexts*. Abingdon: Routledge: 54–66.
- Forrest R (2004). Who cares about neighbourhoods? Bristol: ESRC Centre for Neighbourhood Research (CNR paper no. 26). Fox A (2011). A new model for care and support: sharing lives and taking charge. *Working with older people*. 15(2):58–63.
- Franco MR, Tong A, Howard K, Sherrington C, Ferreira PH, Pinto RZ et al. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Br J Sports Med*. 49(19):1268–76. doi:10.1136/bjsports-2014-094015.

- Frazer H, Marlier E (2011). Bewertung der eingliederungs-politischen Entwicklungen in der EU 2011. Brüssel: EU-Netzwerk unabhängiger ExpertInnen im Bereich soziale Eingliederung (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=de&newsId=1401&furtherNews=yes>, eingesehen am 8. Januar 2020)
- Freund K, Vine J (2010). Aging, mobility, and the model T: approaches to smart community transportation. *Generation*. 34(3):76–82.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 56(3):M146–56.
- Friedli L (2009). Mental health, resilience and inequalities. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf, eingesehen am 8. Januar 2020)
- Garin N, Olaya B, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Power M, Bucciarelli P et al. (2014). Built environment and elderly population health: a comprehensive literature review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 10(1):103–15.
- Garrett H, Burris S (2015). Homes and ageing in England – briefing paper. Watford: Building Research Establishment Trust.
- Gehl J (2010). *Cities for people*. Washington DC: Island Press.
- Gehl J (2011). *Life between buildings: using public space*. Washington DC: Island Press.
- Geraedts H, Zijlstra A, Bulstra SK, Stevens M, Zijlstra W (2013). Effects of remote feedback in home-based physical activity interventions for older adults: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 91(1):14–24.
- Gibson G, Chalfont GE, Clarke PD, Torrington JM, Sixsmith AJ (2007). Housing and connection to nature for people with dementia. *J Hous Elderly*. 21(1–2):55–72.
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 9:CD007146. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Gilroy R (2008). Places that support human flourishing: lessons from later life. *Planning Theory & Practice*. 9(2):145–63.
- Golding B (2011). Older men's wellbeing through community participation in Australia. *Int J Mens Health*. 10(1):26–44.
- Golding B, Kimberley H, Foley A, Brown M (2008). Houses and sheds in Australia: an exploration of the genesis and growth of neighbourhood houses and men's sheds in community settings. *Aust J Adult Learn*. 48:237–262.
- Goodwin V, Abbott RA, Whear R, Bethel A, Ukoumunne OC, Thompson-Coon J et al. (2014). Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 14(15):1–8.
- Granbom M, Löfqvist C, Horstmann V, Haak M, Iwarsson S (2013). Relocation to ordinary or special housing in very old age: aspects of housing and health. *Eur J Ageing*. 11(1):55–65.
- Gray, A (2009). The social capital of older people. *Aging Soc*. 29(1):5–31.
- Green G (2013). Age-friendly cities of Europe. *J Urban Health*. 90(Suppl. 1):116–128.
- Green G, Tsouros A (2008). *City leadership for health: summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98257/E91886.pdf, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Haggarty M (2013). *Dementia friendly communities worldwide: a summary of web searches*. Thunder Bay: Centre for Education and Research on Aging and Health, Lakehead University.
- Hall K, Hardill I (2014). Retirement migration, the “other” story: caring for frail elderly British citizens in Spain. *Ageing Soc*. 36(3):562–85.
- Hallal PC, Andersen LB, Bull F, Guthold R, Haskell W, Ekelund U (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 380(9838):247–57. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60646-1.

- Hallgrimsdottir B, Svensson H, Ståhl A (2015). Long term effects of an intervention in the outdoor environment – a comparison of older people's perception in two residential areas, in one of which accessibility improvements were introduced. *J Transp Geogr.* 42:90–7.
- Hansen-Ketchum P, Marck P, Reutter L, Halpenny, E (2011). Strengthening access to restorative places: findings from a participatory study on engaging with nature in the promotion of health. *Health & Place*, 17(2):558–71.
- Hanson TR, Hildebrand ED (2011). Are age-based licensing restrictions a meaningful way to enhance rural older driver safety? The need for exposure considerations in policy development. *Traffic Inj Prev.* 12(1):24–30.
- Hartfree Y, Hirsch D, Sutton L. (2013). Minimum income standards and older pensioner's needs. York: Joseph Rowntree Foundation (<https://www.jrf.org.uk/report/minimum-income-standards-and-older-pensioners-needs>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Hatfield I (2015). Self-employment in Europe. London: Institute for Public Policy Research.
- Haustein S, Siren A (2015). Older people's mobility: segments, factors, trends. *Transp Rev.* 35(4):466–87.
- Heaven B, Brown LJ, White M, Errington L, Mathers JC, Moffatt S (2013). Supporting well-being in retirement through meaningful social roles: systematic review of intervention studies. *Milbank Q.* 91(2):222–87.
- HelpAge International (2015). Emergency guidelines [Website]. London: HelpAge International (<http://www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/>, eingesehen am 8. Januar 2020).
- HelpAge International (2016). Ageing and the city: making urban spaces work for older people. London: HelpAge International (<http://www.helpage.org/download/57fb5db5e475e>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Heylen L (2010). The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age. *Ageing Soc.* 30:1177–96.
- Hjorthol RJ, Levin L, Sirén A (2010). Mobility in different generations of older persons. *J Transp Geogr.* 18(5):624–33.
- Hogg A, Godfrey H (2007). Incontinence and older people: is there a link to social isolation? Project report. Bristol: University of the West of England (<http://eprints.uwe.ac.uk/5021/>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Holland C, Clark A, Katz J, Peace S (2007). Social interaction in urban public places. York: Joseph Rowntree Foundation (<https://www.jrf.org.uk/report/social-interactions-urban-public-places>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine* 7(7):e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.
- Horsens Healthy City (2016). Horsens Healthy City Shop [Website]. Horsens: Horsens Healthy City (<https://horsensundby.dk/English/English/HorsensHealthyCityShop>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Housing Europe (2015). The state of housing in the EU 2015. Brüssel: Housing Europe (<http://www.housingeurope.eu/event-447/the-state-of-housing-in-the-eu-2015>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Houtjes W, van Meijel B, van de Ven PM, Deeg D, van Tilburg T, Beekman A. (2014). The impact of an unfavourable depression course on network size and loneliness in older people: a longitudinal study in the community. *Int J Geriatr Psychiatry.* 29(10):1010–7. doi: 10.1002/gps.4091.
- Howden-Chapman PL, Chandola T, Stafford M, Marmot M (2011). The effect of housing on the mental health of older people: the impact of lifetime housing history in Whitehall II. *BMC Public Health.* 11:682. doi: 10.1186/1471-2458-11-682.
- Huber M, Stanciole A, Bremner J, Wahlbeck K (2008). HealthQuest. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services (2007-8). Brüssel: Europäische Kommission (<https://ehma.org/projects/past-projects/healthquest/>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Hutton D (2008). Older persons in emergencies: considerations for action and policy development. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/ageing/publications/emergencies_policy/en/, eingesehen am 9. Januar 2020).

- IASC (2015). Inter-Agency Standing Committee [Website]. Genf: Inter-Agency Standing Committee (<https://interagencystandingcommittee.org/>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Interreg IVC (2015). List of Interreg IIIc operations [Website]. Lille: Interreg Europe (<http://www.interreg4c.eu/list-of-interreg-iiic-operations/index.html>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- IROHLA (2015a). IROHLA policy brief for governments. Groningen: Intervention Research on Health Literacy among Ageing Population (http://healthliteracycentre.eu/wp-content/uploads/2015/11/Brochure_Policy.pdf, eingesehen am 9. Januar 2020).
- IROHLA (2015b). IROHLA policy brief for organizations. Groningen: Intervention Research on Health Literacy among Ageing Population (http://healthliteracycentre.eu/wp-content/uploads/2015/11/Brochure_Organisations.pdf, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Iwarsson S (2005). A long-term perspective on person-environment fit and ADL dependency among older Swedish adults. *Gerontologist*. 45(3):327–36.
- Iwarsson S, Horstmann V, Slaug B (2007). Housing matters in very old age – yet differently due to ADL dependence level differences. *Scand J Occup Ther*. 14(1). doi: 10.1080/11038120601094732.
- Jackisch J, Zamaro G, Green G, Huber M (2015a). Is a healthy city also an age-friendly city? *Health Promot Int*. 30(Suppl. 1):i108–i117. doi: 10.1093/heapro/dav039.
- Jackisch J, Sethi D, Mitis F, Szymański T, Arra I (2015b). European facts and the global status report on road safety 2015. Copenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293082/European-facts-Global-Status-Report-road-safety-en.pdf, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Jenkins A, Mostafa T (2012). Learning and wellbeing trajectories among older adults in England. London: Department for Business, Innovation and Skills (BIS research paper no. 92).
- Jenkinson CE, Dickens AP, Jones K, Thompson-Coon J, Taylor RS, Rogers M et al. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*. 13:773. doi: 10.1186/1471-2458-13-773.
- Kaplan S, Kaplan R. (2003). Health, supportive environments, and the reasonable person model. *Am J Public Health*. 93(9):1484–9.
- Kärnekull K (2011). *Bygga för seniorer [Bauen für Senioren]*. Stockholm: Svensk Byggtjänst (in schwedischer Sprache).
- Keady J, Campbell S, Barnes H, Ward R, Li X, Swarbrick C et al. (2012). Neighbourhoods and dementia in the health and social care context: a realist review of the literature. *Rev Clin Gerontol*. 22(2):150–63.
- Keating N, Eales J, Phillips JE (2013). Age-friendly rural communities: conceptualizing “best-fit”. *Can J Aging*. 32(4):319–32.
- Kendig H, Clemson L, Mackenzie L (2012). Older people: well-being, housing and neighbourhoods. In: Smith SJ, Elsinga M, OMahony LF, Eng OS, Wachter S, Wood G (Hrsg.). *International encyclopedia of housing and home*. Oxford: Elsevier:150–5.
- Kerr J, Rosenberg D, Frank L (2012). The role of the built environment in healthy aging: community design, physical activity, and health among older adults. *J Plan Lit*. 27(1):43–60.
- Killock J (2014). *Is cohousing a suitable housing typology for an ageing population within the UK?* London: RIBA Libraries.
- Koepsell T, McCloskey L, Wolf M, Moudon AV, Buchner D, Kraus J et al. (2002). Crosswalk markings and the risk of pedestrian-motor vehicle collisions in older pedestrians. *JAMA*. 288(17): 2136–43.
- Kovats RS, Ebi KL (2006). Heatwaves and public health in Europe. *Eur J Public Health*. 16(6):592–9.
- Krajic K, Cichocki M, Quehenberger V (2015). Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promot Int*. 30(3):769–81.
- Kubtschke L, Cullen K (2010). *ICT and ageing: European study on users, markets and technologies*. Brüssel: Europäische Kommission (<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ict-and-ageing-european-study-users-markets-and-technologies>, eingesehen am 9. Januar 2020).

- Kweon B, Sullivan WC, Wiley AR (1998). Green common spaces and the social integration of inner-city older adults. *Environ Behav.* 30(6):832–58.
- Lager D, van Hoven B, Huigan PP (2015). Understanding older adults' social capital in place: obstacles to and opportunities for social contacts in the neighbourhood. *Geoforum.* 59:87–97.
- Lager D, van Hoven B, Meijering L (2012). Places that matter: place attachment and wellbeing of older Antillean migrants in the Netherlands. *Eur Spatial Res Policy.* 19(1):81–94.
- Lehning AJ, Scharlach AE, Dal Santo TSD (2010). A Web-Based Approach for Helping Communities Become More "Aging Friendly". *J Appl Gerontol.* 29(4):415–33.
- Leichsenring K, Billings J, Nies H, editors. (2013). Long-term care in Europe: improving policy and practice. London: Palgrave Macmillan.
- Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med.* 71(12):2141–9. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041.
- Levitas R, Pantazis C, Fahmy E, Gordon D, Lloyd E, Patsios D (2007). The multi-dimensional analysis of social exclusion. Bristol: University of Bristol.
- LGBT Foundation (2015). The state of the city for Manchester's lesbian, gay and bisexual communities. Manchester: Manchester City Council.
- Li F, Fisher KJ, Bauman A, Ory MG, Chodzko-Zajko W, Harmer P et al. (2005). Neighborhood influences on physical activity in middle-aged and older adults: a multilevel perspective. *J Aging Phys Act.* 13(1):87–114.
- Li F, Fisher KJ, Brownson RC (2005). A multilevel analysis of change in neighborhood walking activity in older adults. *J Aging Phys Act.* 13(2):145–59.
- Liddle J, Scharf T, Bartlam B, Bernard M, Sim J (2014). Exploring the age-friendliness of purpose-built retirement communities: evidence from England. *Ageing Soc.* 34(09):1601–29.
- Local Government Association (2012). Developing dementia-friendly communities: learning and guidance for local authorities. London: Local Government Association (<https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/developing-dementia-frien-411.pdf>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Lucas K (2012). Transport and social exclusion: where are we now? *Transport Policy.* 20:105–113. doi:10.1016/j.tranpol.2012.01.013.
- Manchester City Council (2016). Living in Manchester – our age-friendly city. Manchester: Manchester City Council (http://www.manchester.gov.uk/downloads/download/6534/living_in_manchester_our_age-friendly_city, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Marmara Ambulans (2013). MARMARA MAYDAY [Website]. Istanbul: Marmara Ambulans (<http://www.maydaymobil.com/index.asp?w=kurumsal&hl=de>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Marioni RE, Valenzuela MJ, van den Hout A, Brayne C, Matthews FE, MRC Cognitive Function and Ageing Study (2012). Active cognitive lifestyle is associated with positive cognitive health transitions and compression of morbidity from age sixty-five. *PLoS One.* 7(12):e50940.
- Marmot M, Goldblatt P, Allen J et al. (2010). Fair society, healthy lives (The Marmot Review). London, The Marmot Review, 2008 (<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Marsden G, Jopson A, Cattam M, Woodward J (2007). Transport and older people: integrating transport planning tools with user needs. Leeds: University of Leeds & Leeds Metropolitan University.
- Mason M, Sinclair D, Berry C (2011). Nudge or compel? Can behavioural economics tackle the digital exclusion of older people? London: International Longevity Centre (<https://www.bl.uk/collection-items/nudge-or-compel-can-behavioural-economics-tackle-the-digital-exclusion-of-older-people>, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Matthews RJ, Smith LK, Hancock RM, Jagger C, Spiers NA (2005). Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over. *Soc Sci Med.* 61(7):1567–75.

- McCann E, Sharek D, Higgins A, Sheerin F, Glacken M (2013). Lesbian, gay, bisexual and transgender older people in Ireland: mental health issues. *Aging Ment Health*. 17(3):358–65. doi: 10.1080/13607863.2012.751583.
- McGregor GR, Bessemoulin P, Ebi K, Menne B (Hrsg.) (2015). Heatwaves and health: guidance on warning-system development. Genf: Weltorganisation für Meteorologie und Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/globalchange/publications/heatwaves-health-guidance/en/>, eingesehen am 8. Januar 2020).
- McNair S (2007). *Demography and adult learning: a thematic paper for the Inquiry into Lifelong Learning*. Leicester: National Institute of Adult Continuing Education.
- McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 17(3):567–80.
- Meggeneder O, Boukal C (Hrsg.) (2005). *Healthy work in an ageing Europe – a European collection of measure for promoting the health of ageing employees at the workplace*. Leuven: European Network for Workplace Health Promotion (https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/5th_initiative_enwhp_cd_buchkern.pdf, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Mehta V (2014). *The street: a quintessential social public space*. London: Earthscan.
- Mendes de Leon CF, Cagney KA, Bienias JL, Barnes LL, Skarupski KA, Scherr PA et al. (2009). Neighborhood social cohesion and disorder in relation to walking in community-dwelling older adults: a multilevel analysis. *J Aging Health*. 21:155–71.
- Menec V (2003). The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 58(2):S74–S82.
- Menec VH, Means R, Keating N, Parkhurst G and Eales J (2011). Conceptualizing age-friendly communities. *Can J Aging*. 30(3):479–93.
- Mercken C (2004). *Education in an ageing society: European trends in senior citizens' education – PEFETE*. Pan-European Forum for the Education of the Elderly. Baarn: Odyssee.
- Michael Y, Green MK, Farquhar S. (2006). Neighbourhood design and active aging. *Health Place*. 12:734–40.
- Milligan C, Dowrick C, Payne S, Hanratty B, Irwin P, Neary D et al. (2013). Men's sheds and other gendered interventions for older men: improving health and wellbeing through social activity – a systematic review and scoping of the evidence base. Lancaster: University Centre for Ageing Research.
- Milligan C, Gatrell A, Bingley A (2004). Cultivating health: therapeutic landscapes and older people in northern England. *Soc Sci Med*. 58(9):1781–93.
- Mitchell L, Burton E (2006). Neighbourhoods for life: designing dementia-friendly outdoor environments. *Qual Ageing Older Adults*. 7(1):26–33.
- Mitchell L, Burton E, Raman S (2004). Dementia-friendly cities: designing intelligible neighbourhoods for life. *J Urban Design*. 9(1):89–101.
- Moore GA (2005). On-line communities: helping "senior surfers" find health information on the web. *J Gerontol Nurs*. 31(11):42–8.
- Moran M, Van Cauwenberg J, Hercky-Linnewiel R, Cerin E, Deforche B, Plaut P (2014). Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review of qualitative studies. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 11(1):79.
- Morris JN, Donkin A J M, Wonderling D, Wilkinson P, Dowler E A (2000). A minimum income for healthy living. *J Epidemiol Community Health*. 54(12):885–9.
- Morschhäuser M, Sochert R (2006). *Healthy work in an ageing Europe von Strategie und den Instrumenten for promoting the health of ageing employees at the workplace*. Leuven: European Network for Workplace Health Promotion (https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/enwhp_ageing_europe.pdf, eingesehen am 9. Januar 2020).
- Moss N, Arrowsmith J (2003). *A review of what works for clients over 50*. Sheffield: Department for Work and Pensions.
- Naeyele G, Schnabel E, van de Maat JW, Kubicki P, Chiatti C, Rostgaard T (2011). *Measures for social inclusion of the elderly: the case of volunteering*. Dublin: Eurofound.

- Nagel CL, Carlson NE, Bosworth M, Michael YL (2008). The relation between neighborhood built environment and walking activity among older adults. *Am J Epidemiol*. 168(4):461–8.
- NDTI (2009). A guide to co-production with older people: personalization – don't just do it – co-produce it and live it. Bath: National Development Team for Inclusion (<http://www.ndti.org.uk/who-were-concerned-with/ageing-and-older-people/co-production-guide/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- NIACE (2010). Choice and opportunity: learning, well-being and quality of life for older people. Leicester: National Institute of Adult Continuing Education (<http://www.stephenmcnair.uk/wp-content/uploads/2015/07/2010-Choice-and-Opportunity-NIACE.pdf>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Nordbakke S, Schwanen T (2013). Well-being and mobility: a theoretical framework and literature review focusing on older people. *Mobilities*. 9(1):104–29.
- Nordenfelt L (2001). Health, science and ordinary language. Amsterdam/New York: Radopi.
- Norman CD, Skinner HA (2006). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res*. 8(2):e9 doi: 10.2196/jmir.8.2.e9.
- North MS, Fiske ST (2013). Act your (old) age: prescriptive, ageist biases over succession, consumption, and identity. *Pers Soc Psychol Bull*. 39(6):720–34.
- Nygren C, Oswald F, Iwarsson S, Fänge A, Sixsmith J, Schilling O et al. (2007). Relationships between objective and perceived housing in very old age. *Gerontologist*. 47(1):85–95/
- Nyman SR, Ballinger C, Phillips JE, Newton R (2013). Characteristics of outdoor falls among older people: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 13:125. doi: 10.1186/1471-2318-13-125.
- OECD (2001). Ageing and transport: mobility needs and safety issues. Paris: OECD Publishing (http://www.oecd-ilibrary.org/transport/ageing-and-transport_9789264195851-en, eingesehen am 10. Januar 2020).
- OECD (2006). Ageing and employment policies [website]. Paris: OECD Publishing (<http://www.oecd.org/employment/ageingandemploymentpolicies.htm>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- OECD (2011). A system of health accounts. Paris: OECD Publishing (<http://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-9789264116016-en.htm>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- OECD (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. Paris: OECD Publishing (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en, eingesehen am 10. Januar 2020).
- OECD (2015). Health at a Glance 2015. Paris: OECD Publishing (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en, eingesehen am 10. Januar 2020).
- OECD (2015). Addressing dementia: the OECD response. Paris: OECD Publishing (<http://www.oecd.org/health/addressing-dementia-9789264231726-en.htm>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Olanrewaju O, Kelly S, Cowan A, Brayne C, Lafortune L (2016). Physical activity in community dwelling older people: a systematic review of reviews of interventions and context. *PLoS One*. 11(12): e0168614.
- Oldfield SR, Dreher HM (2010). The concept of health literacy within the older adult population. *Holist Nurs Pract*. 24(4):204–12. doi: 10.1097/HNP.0b013e3181e90253.
- Ormsby J, Stanley M, Jaworski K (2010). Older men's participation in community-based men's sheds programmes. *Health Soc Care Community*. 18(6):607–13.
- Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C (2014). International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 33(12): 2247–55.
- Øvretveit J (2011) Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation (<http://www.health.org.uk/publication/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>, eingesehen am 10. Januar 2020).

- Oxley J, Corben B, Fildes B, O'Hare M, Rothengatter T (2004). Older vulnerable road users – measures to reduce crash and injury risk. Victoria: Monash University Accident Research Centre (Report no. 218; <http://www.monash.edu/muarc/research/reports/muarc218>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Oxley J, Whelan M (2008). It cannot be all about safety: the benefits of prolonged mobility. *Traffic Inj Prev.* 9(4):367–78.
- Pan American Health Organization (2012). Guidelines for mainstreaming the needs of older persons in disaster situations. Washington DC: Pan American Health Organization (https://www.who.int/hac/events/disaster_reduction/guide_for_older_persons_disasters_carib.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Pannell J, Aldridge H, Kenway P (2012). Market assessment of housing options for older people. London: New Policy Institute (<http://npi.org.uk/publications/housing-and-homelessness/market-assessment-housing-options-older-people/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Peel NM, Bartlett HP, McClure RJ (2007). Healthy aging as an intervention to minimize injury from falls among older people. *Ann N Y Acad Sci.* 1114:162–169. doi:10.1196/annals.1396.026.
- Percival J (2013). Return migration in later life. Bristol: Policy Press.
- Pettersson C, Löfqvist C, Fänge AM (2012). Clients' experiences of housing adaptations: a longitudinal mixed-methods study. *Disabil Rehabil.* 34(20):1706–15.
- Phillips J, Walford N, Hockey A (2011). How do unfamiliar environments convey meaning to older people? Urban dimensions of placelessness and attachment. *Int J Ageing & Later Life.* 6(2):73–102.
- Phillips J, Walford N, Hockey A, Foreman N, Lewis M (2013). Older people and outdoor environments: pedestrian anxieties and barriers in the use of familiar and unfamiliar spaces. *Geoforum.* 47:113–24.
- Phillipson C (2015). Global and local ties and the reconstruction of later life. In: Twigg J, Martin W. *Routledge handbook of cultural gerontology.* London: Routledge: 389–96.
- Piro FN, Noss Ø, Claussen B (2006). Physical activity among elderly people in a city population: the influence of neighbourhood level violence and self perceived safety. *J Epidemiol Community Health.* 60:626–32.
- Puhakka R, Poikolainen J, Karisto A (2015). Spatial practices and preferences of older and younger people: findings from the Finnish studies. *J Soc Work Pract.* 29(1):69–83.
- Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E et al. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age Ageing.* doi:10.1093/ageing/afw247.
- Rat der Europäischen Union (2012). Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012): the way forward. Brüssel: Rat der Europäischen Union (https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/council-declaration-european-year-active-ageing-and-solidarity-between-generations-2012-way_en, eingesehen am 6. Januar 2020).
- Rat der Europäischen Union (2013). Empfehlung des Rates vom 26. November 2013 zur sektorübergreifenden Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität. Amtsblatt der Europäischen Union C 354/01 ([https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013H1204\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013H1204(01)), eingesehen am 6. Januar 2020).
- Righi V, Sayago S, Blat J (2011). Towards understanding e-government with older people and designing an inclusive platform with them. *Int J Public Inf Syst.* 3:131–42.
- Rippon I, Kneale D, de Oliveira C, Demakakos P, Steptoe A. (2014). Perceived age discrimination in older adults. *Age Ageing.* 43(3):346–51.
- Ritsatakis A (Hrsg.) (2008). Demystifying the myths of ageing. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98277/E91885.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Robertson G (2012). Active ageing and solidarity between generations: the contribution of volunteering and civic engagement in Europe. London: Volonteurope (<http://volonteurope.eu/762/>, eingesehen am 10. Januar 2020).

- Rocco L, Suhrcke M (2012). Is social capital good for health? A European perspective. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0005/170078/Is-Social-Capital-good-for-your-health.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Rodrigues R, Huber M, Lamura G (Hrsg.) (2012). Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research (http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=2079, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Rosso AL, Auchincloss AH, Michael YL (2011). The urban built environment and mobility in older adults: a comprehensive review. *J Aging Res.* 2011: 816106. doi: 10.4061/2011/816106.
- Rowles G, Bernard M (2013). The meaning and significance of place in old age. In: *Environmental gerontology: making meaningful places in old age*. New York: Springer: 3–24.
- Rubenstein LZ (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing.* 35(Suppl. 2):ii37–ii41.
- Saelens BE, Handy SL (2008). Built environment correlates of walking: a review. *Med Sci Sports Exerc.* 40(Suppl. 7):S550–66.
- Sánchez M, García JM, Díaz P, Duaigües M (2011). Much more than accommodation in exchange for company: dimensions of solidarity in an intergenerational homeshare program in Spain. *J Intergener Relatsh.* 9(4):374–88.
- Scharf T, Bartlam B (2008). Ageing and social exclusion in rural communities. In Keating N, editor. *Rural ageing: a good place to grow old? Bristol: Policy Press: 97–108.*
- Scharf T, De Jong Gierveld J (2008). Loneliness in urban neighbourhoods: an Anglo-Dutch comparison. *Eur J Ageing.* 5(2):103–15.
- Scharf T, Phillipson C, Smith AE (2005a). Multiple exclusion and quality of life amongst excluded older people in disadvantaged neighbourhoods. London: ODPM and Social Exclusion Unit.
- Scharf T, Phillipson C, Smith AE (2005b). Social exclusion of older people in deprived urban communities of England. *Eur J Ageing.* 2(2):76–87.
- Scharlach AE, Davitt JK, AJ, Greenfield EA, Graham CL (2014). Does the village model help to foster age-friendly communities? *J Aging Soc Policy.* 26(1–2):181–96.
- SEKN (2008). Understanding and tackling social exclusion: final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network. Genf: Weltgesundheitsorganisation (https://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Iborra Marmolejo I et al. (Hrsg.) (2011). European report on preventing elder maltreatment. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Shnoor Y (2011). Employment programs for the elderly: survey findings. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute Research Report RR-582-11 (<http://brookdale.jdc.org.il/?CategoryID=192&ArticleID=232>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Shores KA, West ST, Theriault D, Davison EA (2009). Extra-individual correlates of physical activity attainment in rural older adults. *J Rural Health.* 25(2):211–18.
- Sidorenko A (2012). Participation of older persons in political and public life. Präsentation auf dem International Forum on the Rights of Older Persons, 26.–28. März 2012, Mexico City. Mexiko: Wirtschaftskommission für Lateinamerika und die Karibik (http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/18_alexandre_sidorenko.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Sidorenko A, Zaidi A. . Active ageing in CIS countries: semantics, challenges, and responses. *Curr Gerontol Geriatr Res.* doi: 2013; Artikel-ID 261819.
- Simoni M et al. (2015). Adverse effects of outdoor pollution in the elderly. *J Thorac Dis.*
- Slovenian Third Age University (2017). Slovenian Third Age University [Website]. Ljubljana: Slovenian Third Age University (<http://www.utzo.si/en/about-us/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Slowey M (2008). Age is just a number? Rethinking learning across the lifecycle. *Ageing Horizons.* 8:22–30.

- Smith AE (2009). Ageing in urban neighbourhoods. Bristol: Policy Press.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Euro J Public Health*. 25(6):1053–8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
- Stav W (2014). Updated systematic review of older adult community mobility and driver licensing policies. *Am J Occup Ther*. 68(6):681–9.
- Stolee P, Lim SN, Wilson L, Glenny C (2012). Inpatient versus home-based rehabilitation for older adults with musculoskeletal disorders: a systematic review. *Clin Rehabil*. 26(5):387–402. doi: 10.1177/0269215511423279.
- Strath S, Isaacs R, Greenwald MJ (2007). Operationalizing environmental indicators for physical activity in older adults. *J Aging Phys Act*. 15(4):412–24.
- Sugiyama T, Ward Thompson C (2007a). Older people's health, outdoor activity and supportiveness of neighbourhood environments. *Landscape Urban Plan*. 83(2–3):168–175.
- Sugiyama T, Ward Thompson C (2007b). Outdoor environments, activity and the well-being of older people: conceptualising environmental support. *Environment Plann A*. 39:1943–60.
- Sugiyama T, Ward Thompson C (2008). Associations between characteristics of neighbourhood open space and older people's walking. *Urban For Urban Gree*. 7(1):41–51.
- Swedish National Institute for Public Health (2006). Healthy ageing: a challenge for Europe. Stockholm: Swedish National Institute for Public Health.
- Teichgraber M (2015). European Union Labour force survey: annual results 2014. Luxembourg: Europäische Kommission ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Labour_market_and_Labour_force_survey_\(LFS\)_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Labour_market_and_Labour_force_survey_(LFS)_statistics), eingesehen am 10. Januar 2020).
- Temelová J, Slezáková A (2014). The changing environment and neighbourhood satisfaction in socialist high-rise panel housing estates: the time-comparative perceptions of elderly residents in Prague. *Cities*. 37:82–91.
- Terraneo M (2015). Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med*. 126:154–63.
- The Silver Line (2013). The Silver Line [Website]. London: The Silver Line (<https://www.thesilverline.org.uk/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Todd C, Skelton D (2004). What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf, eingesehen am 28. Dezember 2019).
- Tucker-Seeley RD, Subramanian SV, Li Y, Sorensen G (2009). Neighborhood safety, socioeconomic status, and physical activity in older adults. *Am J Prev Med*. 37(3):207–13.
- Turner S, Arthur G, Lyons RA, Weightman AL, Mann MK, Jones SJ et al. (2011). Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2:CD003600. doi: 10.1002/14651858.CD003600.pub3.
- UN DESA (2012). E-Government Survey 2012: E-Government for the People. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs (<https://www.un.org/development/desa/publications/connecting-governments-to-citizens.html>, eingesehen am 10. Februar 2020).
- UN DESA (2014). Our urbanizing world: population facts. New York: Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen (2014/3; https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2014-3.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).
- UN DESA (2015a). World population prospects: the 2015 revision – key findings and advance tables. New York: Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen (Working Paper ESA/P/WP.241; https://population.un.org/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).

- UN DESA (2015b). World population ageing 2015. New York: Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen (ST/ESA/SER.A/390; <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.shtml>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- UN DESA (2015c). World Urbanization Prospects: 2014 Revision. New York: Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen (<https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2014-Report.pdf>, eingesehen am 2. März 2020).
- UNDP (2010). A review of international best practice in accessible public transportation for persons with disabilities. Kuala Lumpur: Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (http://www.my.undp.org/content/malaysia/en/home/library/poverty/PubPovRed_PublicTransportation.html, eingesehen am 10. Januar 2020).
- UNECE (2012). Aktives Altern. Genf: Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE Kurzdossier zum Thema Altern Nr. 13, http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/German/Policy_Brief_13_GER.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).
- UNECE, Europäische Kommission (2015). 2014 Active Ageing Index [Website]. Genf: Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (<https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>, eingesehen am 2. Januar 2020).
- UN-Habitat (1996). Istanbul Declaration on Human Settlements. Nairobi: Programm der Vereinten Nationen für menschliche Siedlungen (<https://undocs.org/A/CONF.165/14>, eingesehen am 7. Februar 2020).
- UN-Habitat (2013). Planning and Design for Sustainable Urban Mobility: Global Report on Human Settlements 2013. Abingdon: Routledge (<http://unhabitat.org/planning-and-design-for-sustainable-urban-mobility-global-report-on-human-settlements-2013/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- Van Holle V et al. (2012). Relationship between the physical environment and different domains of physical activity in European adults: a systematic review BMC Public Health. 12:807.
- Victor C, Martin W, Zubair M (2012). Families and caring among older people in south Asian communities in the UK. Eur J Soc Work. 15:81–96.
- von Bonsdorff MB, Rantanen T (2011). Benefits of formal voluntary work among older people – a review. Aging Clin Exp Res. 23(3):162–9. doi: 10.3275/7200.
- Vullnetari J, King R (2008). “Does your granny eat grass?” On mass migration, care drain and the fate of older people in rural Albania. Glob Netw (Oxf). 8:139–71.
- W3C (2008). Web content accessibility guidelines (WCAG) 2.0 [Website]. Cambridge MA: World Wide Web Consortium (<http://www.w3.org/TR/WCAG20/>, eingesehen am 8. Januar 2020).
- Wahl HW, Fänge A, Oswald LG, Iwarsson S (2009). The home environment and disability-related outcomes in ageing individuals: what is the empirical evidence? Gerontologist. 49(3):355–67.
- Wahl HW, Iwarsson S, Oswald F (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. Gerontologist. 52(3):306–16.
- Walsh K, O’Shea E, Scharf T (2012). Social exclusion and ageing in diverse rural communities: findings from a cross-border study in Ireland and Northern Ireland. Galway: Irish Centre for Social Gerontology.
- Walsh K, O’Shea E, Scharf T, Shucksmith M (2014). Exploring the impact of informal practices on social exclusion and age-friendliness for older people in rural communities. J Community Appl Soc Psychol. 24(1):37–49.
- Ward Thompson C (2013). Activity, exercise and the planning and design of outdoor spaces. J Environ Psychol. 34:79–96.
- Watkins I, Xie B (2014). eHealth literacy interventions for older adults: a systematic review of the literature. J Med Internet Res. 16(11):e225. doi: 10.2196/jmir.3318.
- Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W et al. (2015). Health and climate change: policy responses to protect public health. Lancet. 386(10006):1861–1914. (<http://www.thelancet.com/article/S0140673615608546/fulltext>, eingesehen am 10. Januar 2020).

- WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Website]. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2002a). Missing voices: views of older persons on elder abuse. Genf: Weltgesundheitsorganisation (www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/missing_voices/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2002b). Active ageing: a policy framework. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2002c). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/ageing/publications/toronto_declaration/en/, eingesehen am 29. Dezember 2019).
- WHO (2006). Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2007a). Global age-friendly cities: a guide. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2007b). WHO global report on falls prevention in older age. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2007c). Women, ageing and health: a framework for action. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/9789241563529/en/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2008). Older persons in emergencies: an active ageing perspective. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/ageing/publications/emergencies/en/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2010). 2010 Global recommendations on physical activity for health. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2011). World report on disability. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2012a). Falls: fact sheet. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2012b). Dementia: a public health priority. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2013). Guidance note on disability and emergency risk management for health. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO (2014a). Estimates for 2000–2012. In: Health statistics and information systems [Online-Datenbank]. Genf: Weltgesundheitsorganisation (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_2012/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2014b). Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2014c). Global status report on violence prevention. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/1/9789241564793_eng.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2015a). Age-friendly World: Adding life to years [Website]. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2015b). World report on ageing and health. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>, eingesehen am 10. Januar 2020).
- WHO (2015c). The Common Principles of Universal Design. The City of Oslo. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2015/06/The-Common-Principles-of-Universal-design-City-of-Oslo.pdf>, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO (2015d). News release: governments commit to advancements in dementia research and care. In: WHO Media centre [Website]. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/action-on-dementia/en/>, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO (2015e). The MAPS toolkit: mHealth assessment and planning for scale. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/maps/en/>, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO (2016a). Ageing and life-course: The Global strategy and plan of action on ageing and health. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO (2016b) Physical activity: fact sheet. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO (2017a). Healthy life expectancy (HALE) at birth. In: WHO Global Health Observatory data [Website]. Genf: Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO (2017b). iSupport for dementia [Website]. Genf: Weltgesundheitsorganisation (<https://www.isupportfordementia.org/en>, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO European Healthy Cities Network and Network of European National Healthy Cities Networks (2014). A plan aimed at sociability and against loneliness (<https://casestudies.belfasthealthycities.com/abstract/13/plan-aimed-sociability-and-against-loneliness>, eingesehen am 17. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (1996). The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108545/E75205.pdf>, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (2010). Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/127525/e94499.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (2012a). Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region 2012–2020. Kopenhagen WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/176118/RC62wd10Rev1-Ger.pdf, eingesehen am 28. Oktober 2019).

WHO-Regionalbüro für Europa (2012b). Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/166136/UrbanDimensions.pdf, eingesehen am 19. Dezember 2019).

WHO-Regionalbüro für Europa (2012c). Environmental health inequalities in Europe: assessment report. Europäisches WHO-Zentrum für Umwelt und Gesundheit. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf, eingesehen am 10. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (2013a). Gesundheit 2020 – Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/215756/Health2020-Short-Ger.pdf, eingesehen am 11. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (2013b). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf, eingesehen am 11. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (2014). Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling. Methodology and user guide. Economic assessment of transport infrastructure and policies: 2014 update. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2014/health-economic-assessment-tools-heat-for-walking-and-for-cycling.-methodology-and-user-guide.-economic-assessment-of-transport-infrastructure-and-policies.-2014-update>, eingesehen am 27. Dezember 2019).

WHO-Regionalbüro für Europa (2015a). Die Erklärung von Minsk. Der Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/documentation/the-minsk-declaration>, eingesehen am 28. Oktober 2019).

WHO-Regionalbüro für Europa (2015b). Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc659-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>, eingesehen am 10. Dezember 2016.)

WHO-Regionalbüro für Europa (2015c). Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/290443/Engaging-patients-carers-communities-provision-coordinated-integrated-health-services.pdf, eingesehen am 11. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (2016a). Urban green spaces and health: a review of evidence. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/321971/Urban-green-spaces-and-health-review-evidence.pdf, eingesehen am 11. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (2016b). Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (EUR/RC66/15; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/316223/66wd15g_FFA_IHSD_160535.pdf, eingesehen am 11. Januar 2020).

WHO-Regionalbüro für Europa (2020a). Schaffung altersgerechter Umfelder in Europa. Ein Instrument für Kommunalpolitiker und Planer. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.

WHO-Regionalbüro für Europa (2020b). Altersgerechte Umfelder in Europa. Indikatoren, Monitoring und Bewertung. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.

Willemse BM, Downs M, Arnold L, Smit D, de Lange J, Pot AM (2015). Staff–resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging Ment Health*. 19(5):444–52.

Wilson NJ, Cordier R (2013). A narrative review of men's sheds literature: reducing social isolation and promoting men's health and well-being. *Health Soc Care Community*. 21(5):451–63.

Woodcock J, Tainio M, Cheshire J, O'Brien O, Goodman A (2014). Health effects of the London bicycle sharing system: health impact modelling study. *BMJ*. 348(13):g425.

Yen IH, Fandel Flood J, Thompson H, Anderson LA, Wong G (2014). How design of places promotes or inhibits mobility of older adults: realist synthesis of 20 years of research. *J Aging Health*. 26(8):1340–72.

Zaidi A, Gasior K, Hofmarcher MM, Lelkes O, Marin B, Rodrigues R et al. (2013). Active Ageing Index 2012: concept, methodology and final results. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Zamora H, Clingerman EM (2011). Health literacy among older adults: a systematic literature review. *J Gerontol Nurs*. 37(10):41–51. doi: 10.3928/00989134-20110503-02.

Zeitler E, Buys L, Aird R, Miller E (2012). Mobility and active ageing in suburban environments: findings from in-depth interviews and person-based GPS tracking. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012:257186. doi: 10.1155/2012/257186..

Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die 1948 mit der vorrangigen Verantwortlichkeit für internationale Gesundheitsfragen und Bevölkerungsgesundheit gegründet wurde. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die jeweils ihr eigenes, auf die besondere gesundheitliche Situation ihrer Mitgliedstaaten abgestimmtes Programm haben.

Mitgliedstaaten

Albanien
Andorra
Armenien
Aserbaidschan
Belarus
Belgien
Bosnien und Herzegowina
Bulgarien
Dänemark
Deutschland
Estland
Finnland
Frankreich
Georgien
Griechenland
Irland
Island
Israel
Italien
Kasachstan
Kirgisistan
Kroatien
Lettland
Litauen
Luxemburg
Malta
Monaco
Montenegro
Niederlande
Nordmazedonien
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Republik Moldau
Rumänien
Russische Föderation
San Marino
Schweden
Schweiz
Serbien
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tadschikistan
Tschechien
Türkei
Turkmenistan
Ukraine
Ungarn
Usbekistan
Vereinigtes Königreich
Zypern



Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01

E-Mail: eurocontact@who.int

Website: www.euro.who.int