

AK OBERÖSTERREICH

WISO

Nr. 3/24
Oktober 2024
47. Jahrgang

WIRTSCHAFTS- UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Schwerpunkt:

Sichere Pensionen und ein gutes Leben im Alter

Erik Türk: Das österreichische Pensionssystem: Wo stehen wir heute? • *Iris Woltran:* Vermeidung von Altersarmut – für eine bessere Arbeitsmarktintegration und ein armuts-sicheres Pensionssystem • *Gudrun Braunegger-Kallinger, Gert Lang, Daniela Ramelow, Petra Winkler:* Gesundheitsförderung in alternden und faireren Gesellschaften: Zeitgemäße Ansätze für Betriebe und Gemeinden

Außerhalb des Schwerpunkts

Bettina Stadler: Recht auf Nichterreichbarkeit: Aktuelle Entwicklungen und Situation in Österreich • *Thomas Pilgerstorfer, Heidemarie Staflinger, Dennis Tamesberger:* Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems als sozialstaatliche Aufgabe: Finanzierungsbedarfe und Lösungsansätze

WISO Praxisforum

Bernhard Mader: Kransteuerung aus dem Bürosessel

AK Wissenschaftspreis 2023 – Teil 2

Laura Plochberger: Die Fichten von Unten sehen: Ökologische Geschichten im Schatten der Westlichen Moderne

Gesundheitsförderung in alternden und faireren Gesellschaften: Zeitgemäße Ansätze für Betriebe und Gemeinden

1. Einleitung	52
2. Zum Konzept „Gesundheitsförderung“	52
3. Neue Bilder braucht das Alter(n)!	55
4. Die Gesundheit der älteren Belegschaften in Betrieben fördern	57
4.1 Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting	58
4.2 Altersfreundlichkeit am Arbeitsplatz	59
4.3 Betriebliches Übergangsmanagement als Teil der BGF	60
5. Die Gesundheit der älteren Bevölkerung in Städten, Gemeinden und Regionen fördern	61
5.1 Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ (Fonds Gesundes Österreich)	63
5.2 Caring Communities	64
5.3 Social Prescribing	65
5.4 Community Nurses	66
6. Abschließende Bemerkungen	66

Gudrun Braunegger-Kallinger, Gert Lang, Daniela Ramelow, Petra Winkler

Mag.^a Gudrun Braunegger-Kallinger ist Soziologin und beim Fonds Gesundes Österreich Stellvertretung der Geschäftsbereichsleitung sowie Leiterin der Österreichischen Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe.

Dr. Gert Lang ist promovierter Soziologe und arbeitet als Gesundheitsreferent für Betriebliche Gesundheitsförderung beim Fonds Gesundes Österreich.

Mag.^a Daniela Ramelow, MPH hat Soziologie und Public Health studiert und ist beim Fonds Gesundes Österreich Gesundheitsreferentin für ältere Menschen und kommunale Gesundheitsförderung.

Mag.^a Petra Winkler absolvierte das Studium der Raumplanung und -ordnung an der TU Wien und ist am ÖBIG an der Gesundheit Österreich GmbH tätig im Bereich der Gesundheitsberichterstattung tätig.

1. Einleitung

Gesundheit ist nicht nur Selbstverantwortung des Individuums, sondern gesellschaftliche Aufgabe

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Dass Gesundheit nicht nur in der Selbstverantwortung jeder einzelnen Person liegt, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe ist, an der alle Politikbereiche mitwirken können, ist seit Jahrzehnten in der Ottawa-Charta (WHO 1986) dargelegt. Auch ist es spätestens seit den Erfahrungen der COVID-19-Pandemie ins allgemeine Bewusstsein gerückt, dass sich Gesundheit oder auch fehlende Gesundheit auf viele Politik- und Gesellschaftsbereiche auswirkt.

Im folgenden Artikel wird das Konzept der Gesundheitsförderung erläutert. Mit Fokus auf ältere Bevölkerungsgruppen im und nach dem Erwerbsleben werden Möglichkeiten dargestellt, die einen Beitrag zur Gesundheit dieser Personengruppen leisten können.

2. Zum Konzept „Gesundheitsförderung“

Gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten der Menschen

Es soll für jede Person möglich sein, die Ressourcen, die ihr helfen gesund zu bleiben und sich wohlfühlen, zu nutzen und zu stärken sowie jene Belastungen, die krank machen, zu reduzieren. Dafür braucht es gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in allen Lebensbereichen. Grundgedanke moderner Gesundheitsförderung ist, die Lebenswelten der Menschen (z. B. Schule, Betrieb, Pflegeeinrichtung) so zu gestalten, dass Gesundheit gefördert und die Entscheidung für gesundheitsförderliches Verhalten die leichtere Entscheidung wird.

Die Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen, sind vielfältig und gehen weit über individuelles gesundes Verhalten hinaus. Das sogenannte „Regenbogenmodell der Gesundheitsförderung“ (vgl. Abbildung 1) stellt diese anschaulich dar. Sie reichen von

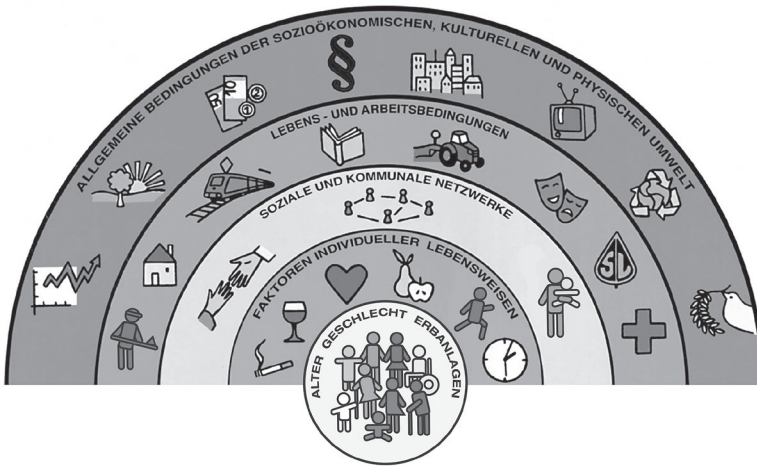
- allgemeinen *Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt* (z. B. Klima, Frieden, gesellschaftlicher Reichtum)
- über die *individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen*, die jemandem zur Verfügung stehen (z. B. Schichtarbeit, Bildungsmöglichkeiten, soziale Absicherung),

- über die *sozialen und kommunalen Netzwerke*, in die eine Person eingebunden ist (z. B. Freundeskreis, Familie)
- bis hin zu den *individuellen Lebensstilfaktoren* (wie Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum).

Viele dieser Faktoren sind von uns Menschen beeinflussbar. Daher muss ein Konzept der Gesundheitsförderung an mehreren Ebenen ansetzen, um Gesundheit bestmöglich für alle zu erhalten und zu fördern.

Abbildung 1

Determinantengrafik



Fonds Gesundes Österreich (2023) nach Dahlgren & Whitehead (1991)

Gesundheitsförderung setzt an zwei Hebeln an:

- Einerseits direkt bei den Menschen mit dem Ziel, diese zu befähigen, für ihre eigene Gesundheit zu sorgen. Dies geschieht vor allem durch die Verbesserung individueller Gesundheitskompetenz, d. h., gute und verständliche Gesundheitsinformation zur Verfügung zu stellen und zu motivieren, das eigene Gesundheitsverhalten zu verbessern.
- Andererseits auf institutioneller und politischer Ebene, um dazu beizutragen, die Verhältnisse, d. h. die Lebenswelten, in denen wir uns aufhalten (z. B. Arbeitsplatz, Gemeinde oder auch eine Gesundheitsversorgung), so zu gestalten, dass diese bestmöglich zu mehr Gesundheit beitragen.

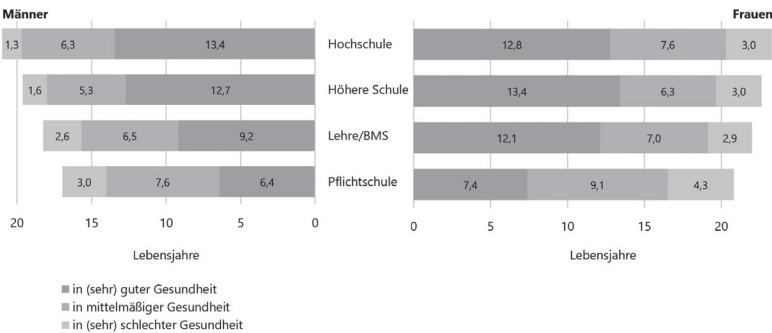
Gesundheit und Krankheit haben eine starke sozioökonomische Komponente

Gesundheit und Krankheit haben eine starke sozioökonomische Komponente, zumeist gemessen anhand von Bildungsabschlüssen, Einkommen oder beruflichem Status. Menschen, die sozioökonomisch

benachteiligt sind, haben ein größeres Risiko, früher zu versterben und außerdem mehr Lebensjahre in einem schlechteren Gesundheitszustand zu verbringen. Abbildung 2 zeigt beispielsweise, dass im Alter von 65 Jahren der formale Bildungsabschluss eine große Rolle spielt bei der Frage, wie viele weitere Lebensjahre ein Mensch noch erwarten kann. Besonders groß sind diese Unterschiede bei den noch zu erwartenden Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit.

Eine 65-jährige Frau mit einem Bildungsabschluss an einer höheren Schule oder an einer Hochschule kann noch mit weiteren rund 13 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen. Eine Frau in demselben Alter, die maximal einen Pflichtschulabschluss hat, kann nur mit 7,4 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen. Bei den Männern ist der Unterschied nach formalem Bildungsabschluss noch größer: 65-jährige Männer mit einem Hochschulabschluss können mit mehr als doppelt so vielen weiteren Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen als gleichaltrige Männer mit maximal Pflichtschulabschluss (13,4 vs. 6,4 Lebensjahre; vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2
Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht und Bildung, 2019



Quelle: Statistik Austria – Sterbetafel 2018 sowie Gesundheitsbefragung 2019; erstellt am 11.06.2021; Darstellung GÖG

Daher ist es ein Grundsatz der Gesundheitsförderung, zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beizutragen, indem vor allem jene Menschen unterstützt werden, die aus verschiedensten Gründen

benachteiligt sind. In der Praxis zeigt sich indes häufig, dass Angebote zur Gesundheitsförderung von jenen weniger angenommen werden, die sie besonders brauchen würden. Und wenn sich eine Maßnahme an alle Menschen gleichermaßen richtet, ist sie nicht unbedingt auch für jene geeignet, die sie am meisten brauchen würden. Daraus folgt, dass Maßnahmen gezielt dort umgesetzt werden sollen, wo besonderer Bedarf besteht, und an die Bedürfnisse jener Personengruppen angepasst sein sollten, die man damit erreichen will. Am besten ist es daher, die entsprechenden Personengruppen von Anfang an einzubeziehen (siehe dazu auch www.gesundheitsziele-oesterreich.at oder die Gesundheitsförderungsstrategie 2024 unter www.sozialministerium.at).

*Unterstützung
vor allem für jene
Menschen, die aus
verschiedensten
Gründen be-
nachteiligt sind*

Neben diesem Grundsatz beinhaltet das Konzept der Gesundheitsförderung noch weitere Qualitätskriterien (mehr dazu unter www.fgoe.org). Zu diesen zählen:

- Gesundheit ist als körperliche, psychische und soziale Gesundheit zu verstehen.
- Persönliche, soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Einflussfaktoren auf die Gesundheit müssen gleichermaßen betrachtet werden.
- Alle Politikfelder können zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen („Health in All Policies“), insbesondere Bildungspolitik, Arbeits- und Wirtschaftspolitik, Umwelt- und Verkehrspolitik oder Sozial- und Gesundheitspolitik.
- Jeder Mensch hat Ressourcen für mehr Gesundheit zur Verfügung, die durch Gesundheitsförderung gestärkt werden können. Der Blick ist daher stets auf die Verbesserung von Gesundheit und nicht auf die Vermeidung von Krankheit ausgerichtet.
- Die Menschen sind an den Strategien der Gesundheitsförderung immer zu beteiligen, da ihr Wissen und ihre Perspektive wesentliche Erfolgsfaktoren für Maßnahmen sind.
- Wichtig ist in der Gesundheitsförderung der Blick auf einen langfristigen Nutzen von Maßnahmen.

3. Neue Bilder braucht das Alter(n)!

Die gute Nachricht ist, dass viele von uns die Möglichkeit haben werden, alt zu werden. Aber was heißt „alt“ eigentlich? Diese Frage ist nur schwer zu beantworten. Wer beispielsweise vor fünfzig Jahren als „alt“ gegolten hat, würde es heute vielleicht nicht mehr. Auch ist der Blick

*Vorurteile über
Alter und Altern
wirken sich negativ
auf Gesundheit und
Lebensqualität aus*

auf das Alter kulturell unterschiedlich. Alter ist kontextabhängig und auch eine Frage der Fremd- und Selbstwahrnehmung.¹ Wir alle verbinden mit dem Älterwerden gewisse Vorstellungen. Dabei gibt es „die Alten“ nicht, denn egal, welches Lebensalter als Grenze herangezogen wird, diese Menschen sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe mit unterschiedlichen gesundheitlichen Voraussetzungen, Lebensstilen, mit vielfältigen Talenten, Einstellungen etc. Unsere Vorstellungen vom Altwerden und Altsein sind von Vorurteilen geprägt, die sich auch negativ auf unsere Gesundheit und Lebensqualität auswirken können. Das Älterwerden wird auf der Ebene des Individuums oft mit Abbau und Verlust assoziiert. Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene wiederum stehen Systembelastungen (des Gesundheits-, des Pensionssystems oder der Pflegebranche) im Vordergrund.

Diese Vorstellungen haben einen wesentlichen Einfluss darauf, wie ältere Menschen sich selbst sehen, aber auch wie wir uns älteren Menschen gegenüber verhalten. In den 1960er-Jahren wurde durch den amerikanischen Gerontologen und Psychiater Robert N. Butler der Begriff „Ageism“ geprägt. Dieser bezieht sich auf Stereotypen (wie wir denken), Vorurteile (wie wir fühlen) und Diskriminierung (wie wir handeln) gegenüber Menschen aufgrund ihres Alters, wobei sich diese Benachteiligung auch auf junge Menschen beziehen kann. Ageism hat negative Auswirkungen auf unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden und wird unter anderem mit einem schlechteren körperlichen Zustand, einer verringerten psychischen Gesundheit und einer niedrigeren Lebensqualität in Verbindung gebracht (WHO 2021).

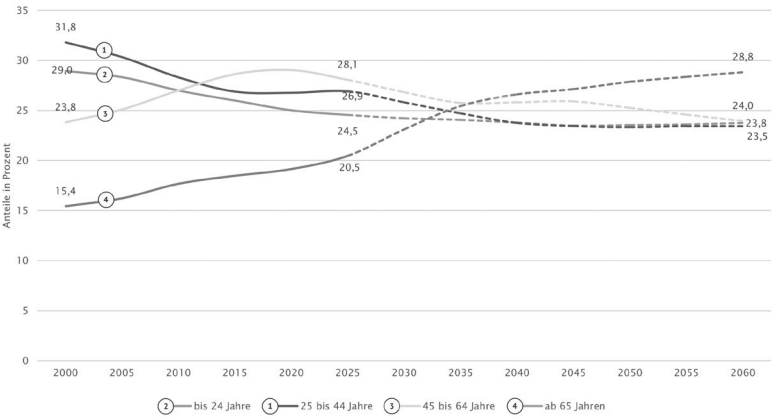
*Positive Sicht auf
das lange und
gesunde Leben
von besonderer
Bedeutung*

Darum ist eine positive Sicht auf das lange und gesunde Leben von besonderer Bedeutung. Der Leitfaden des „Dialogs gesund & aktiv altern“ kann dabei unterstützen, wertschätzend über das Alter(n) zu kommunizieren (https://fgoe.org/leitfaden_altersbilder).

Fakt ist, dass der Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung größer wird: Der Anteil der älteren Bevölkerung stieg bereits in den beiden letzten Jahrzehnten kontinuierlich an. Derzeit ist rund ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung 65 Jahre oder älter, im Jahr 2060 werden bereits rund 29 Prozent zu dieser Altersgruppe gehören. Sie wird damit die zahlenmäßig größte Gruppe der Altersgruppen in nachfolgender Abbildung sein (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3

Bevölkerungsprognose für Österreich bis 2060 nach Altersgruppen



Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes, erstellt am 28.05.2024; Bevölkerungsprognose 2023, Hauptvariante (gerundete Ergebnisse), erstellt am 22.11.2023; Darstellung: GÖG

4. Die Gesundheit der älteren Belegschaften in Betrieben fördern

Bedingt durch diesen demografischen Wandel verändern sich auch die Altersstrukturen in Unternehmen (Statistik Austria 2022). Dabei stellen sich Herausforderungen für sowohl Arbeitgeber:innen als auch Arbeitnehmer:innen. Auf Seiten der Betriebe stellen sich unterschiedliche Fragen bzgl. ihrer Mitarbeiter:innen, Fragen der Arbeitsorganisation und der Wirtschafts- und Konkurrenzfähigkeit. Auf Seiten der Beschäftigten hingegen Fragen der Beschäftigungs- und Arbeitsbewältigungsfähigkeit, der Arbeitsleistung und -motivation, aber auch Fragen von Gesundheit und Wohlbefinden.

Aus wissenschaftlichen Studien ist bekannt, dass ältere Beschäftigte von strukturellen Benachteiligungen besonders betroffen sind, wie bspw. Schwierigkeiten, bei Arbeitsplatzverlust einen neuen und passenden sowie adäquat bezahlten Job zu finden, oder geringeren Schulungsmöglichkeiten. Die Lebensqualität von älteren Erwerbstätigen hängt auch mit der Möglichkeit der (Weiter-)Entwicklung bzw. mit Aufstiegsmöglichkeiten und der Arbeitsplatzsicherheit/-kontrolle, aber auch mit angemessener sozialer Unterstützung und der Anerkennung ihrer Arbeit zusammen (Larsen 2014; Steiber 2023a).

Ältere Beschäftigte von strukturellen Benachteiligungen besonders betroffen

Späte Erwerbsphase im Speziellen und der Pensionsübergang sind durch soziale Ungleichheit geprägt

Gesundheit zählt generell zu einem zentralen Faktor für die (frühzeitige) Pensionierung, weil ältere Beschäftigte häufiger von arbeitsbedingten Gesundheitsschäden/-einschränkungen betroffen sind als jüngere. Dabei bestimmt die Qualität der Arbeitsbedingungen (Mascherini 2014) den Zeitpunkt des Pensionsantritts mit. Aber auch die gesundheitlichen Auswirkungen des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand hängen davon ab, wann und wie schnell der Übergang erfolgt bzw. inwieweit der oder die Einzelne Kontrolle über diesen Prozess hat (Steiber 2023b).

Bei der Phase des Übergangs in die Pension handelt es sich um eine kritische Lebensphase, insbesondere für Menschen mit geringem sozioökonomischen Status oder geringen sozialen Unterstützungsressourcen (z. B. Familie, Freund:innen), für chronisch Kranke (z. B. Personen mit Erwerbsminderung), aber auch für Personen, die unfreiwillig und unvorbereitet in Pension gehen (müssen), sowie für jene, die eine hohe Berufsbindung haben (Baier & Gruber 2021). Die Erwerbstätigkeit generell, aber auch die späte Erwerbsphase im Speziellen und der Pensionsübergang sind durch soziale Ungleichheit charakterisiert, d. h. der ungleichen Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen (z. B. zwischen Frauen und Männern), die einen Einfluss auf die individuelle Lebenschancen und Gesundheit haben (Mielck 2005).

4.1 Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting

Für das Interventionsfeld Arbeitsplatz hat sich der Ansatz der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) bewährt. Dabei handelt es sich um eine Unternehmensstrategie, die darauf abzielt, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, die Gesundheit der Beschäftigten und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu stärken (Blattner & Mayer 2018). Sie sollte bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt (Integration) und systematisch durchgeführt werden (Managementkreislauf). Dazu kann ganzheitlich, d. h. durch verbesserte Arbeitsorganisation und -bedingungen (Verhältnisorientierung), beigetragen werden, aber auch durch die Stärkung der persönlichen Kompetenzen (Verhaltensorientierung), jeweils unter Beteiligung der gesamten Belegschaft (Partizipation) (ENWHP 2007).

Ganzheitliche BGF: Fairen und gerechten Zugang zu Ressourcen für Gesundheit schaffen

Durch Maßnahmen der BGF lassen sich positive Effekte sowohl für Unternehmen (z. B. geringere Fluktuation, verbesserte Kommunikation, weniger Konflikte, Imagegewinn) als auch für Beschäftigte (z. B.

mehr Wohlbefinden und Gesundheit, höhere Gesundheitskompetenz, mehr Arbeitszufriedenheit) erzielen (Blattner & Mayer 2018). Diese sind dann erwartbar, wenn umfassende (d. h. multimodale, ganzheitliche) Gesundheitsförderung sowohl in Bezug auf Beschäftigte als auch auf das Arbeitsumfeld dauerhaft umgesetzt und in betriebliche Strukturen und Prozesse integriert wird (Daniels et al. 2022; Gerhardt et al. 2019; Pham et al. 2019).

Belegschaften sind nicht einheitlich, sondern von unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen bzw. -phasen, sozialen Statuslagen und daher Bedürfnissen geprägt. Chancengerechte Gesundheitsförderung bedeutet daher, einen gerechten und fairen Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit zu schaffen, damit alle die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung und Erhaltung ihrer Gesundheit haben (Weber et al. 2017). Beispielsweise kann einer niedrigeren Arbeitsfähigkeit mit zunehmendem (Erwerbs-)Alter durch die Verbindung von verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen entgegen- gewirkt werden (Uhle & Treier 2015). BGF-Maßnahmen sind auch dann effektiver, wenn sie sich speziell an weniger privilegierte sozioökonomische Gruppen richten und deren Beteiligung fördern (Sponselee et al. 2022; van de Ven et al. 2020).

*Alters- und altersfreundliche
Organisationskultur drückt sich vor allem in
Anerkennung und Respekt gegenüber älter
werdenden Arbeitnehmer:innen aus*

4.2 Altersfreundlichkeit am Arbeitsplatz

Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft bzw. von älter werdenden Beschäftigten bietet sich eine Schwerpunktsetzung auf Altersfreundlichkeit am Arbeitsplatz an. Dabei handelt es sich um ein auf Basis theoretischer Vorarbeiten erarbeitetes Konzept: „A workplace that is considered ‘age-friendly’ is a place that adopts and maintains an organizational culture and climate in which its older employees are able to know and feel that they are accepted and treated according to their competencies and needs“ (Eppler-Hattab et al. 2019).

Zu den Grundwerten einer altersfreundlichen Organisationskultur zählen Anerkennung und Respekt gegenüber älteren bzw. älter

werdenden Arbeitnehmer:innen, Fairness und Chancengleichheit in Personalprozessen sowie unterstützende Beziehungen. Die Etablierung einer alter(n)sfreundlichen Kultur erfolgt entlang von vier Umsetzungspraktiken (Ostroff et al. 2013; Schein 2010):

- durch Entwicklung (z. B. durch Nutzung von Kompetenzen, Karriereentwicklung, Bereicherung der Arbeit von älteren Mitarbeiter:innen),
- durch Erhaltung (z. B. durch Förderung von Gesundheit, Arbeitsplatzdesign, Fort- und Weiterbildung),
- durch Modifizierung (z. B. durch Neugestaltung des Arbeitsplatzes, Versetzung, selbstbestimmte Arbeitsgestaltung)
- oder durch Flexibilisierung (z. B. durch flexible Arbeit bzw. Arbeitszeit, geringeres Arbeitspensum).

4.3 Betriebliches Übergangsmanagement als Teil der BGF

Das Modell der Altersfreundlichkeit am Arbeitsplatz kann zu einer altersfreundlichen Organisationskultur bzw. einem dafür förderlichen Klima beitragen.

Fokus auf Planungen und Handlungen in späterer Berufsphase und darüber hinaus

Der Fonds Gesundes Österreich baut auf diesen Grundlagen auf und unterstützt österreichische Betriebe seit 2023 mit einem eigenen Förderschwerpunkt „BGF und Betriebliches Übergangsmanagement“ (BÜGM).² Letzteres verfolgt das Ziel, „[...] Übergänge in den späteren Berufsphasen und insbesondere den Übergang vom Erwerbsleben in die Pension mit den Beschäftigten, dem Betrieb und der Gesellschaft befriedigend meisterbar zu machen“ (Baier & Gruber 2021). Die praktische Umsetzung des BÜGM fokussiert dabei auf die Planungen und Handlungen in späteren Erwerbsphasen (berufliche Neuorientierung, Ausgleiten aus dem Beruf, Möglichkeiten nach der Pension). Dabei ist neben der aktiven Einbindung von Betroffenen und betrieblichen Entscheidungsträger:innen (z. B. Personalabteilung, Präventivdienste, Interessenvertretung, Führungskräfte) auch die Ableitung von jeweils unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten notwendig. Bedarfsorientierte Maßnahmen und laufendes Monitoring für Gesundheit und Arbeitsfähigkeit und eine Integration in bestehende Managementprozesse werden empfohlen. Eine arbeitsbiografische Reflexion mit Betroffenen, ein wertschätzender und -schöpfender Wissenstransfer (z. B. Tandem-Modelle, Mentoring-Programm, Wissenslandkarte/-baum), eine altersgerechte Laufbahngestaltung (z. B. Zukunftsgespräche, Silber-Karriere) und

Arbeitsgestaltung (z. B. Arbeitsfähigkeitscoaching) wie auch eine altersgerechte Führungs- und Organisationskultur (z. B. spezifische Kompetenzen zur Führung in Übergangsphasen, anerkennende Führungs-Mitarbeiter:innen-Gespräche) sollten eine wichtige Rolle einnehmen (Baier & Gruber 2021).

Durch die Ausrichtung auf Organisationsentwicklung bzw. -kultur hat der Ansatz auch eine generationenübergreifende Wirkung, z. B. dass der Übergang in die nachberufliche Phase als positives Unternehmens- und Lebensereignis empfunden wird (Baier & Gruber 2021). Die qualitätsgesicherte Umsetzung trägt sowohl zur Arbeitsplatz- und Beschäftigungsqualität (Mascherini 2014) von älteren Menschen wie auch zur Verringerung von Vulnerabilität und Steigerung von Chancengerechtigkeit beim kritischen Lebensereignis – d. h. dem Übergang in Pension bzw. in die nachberufliche Lebensphase – bei.

Ziel: Übergang in nachberufliche Phase als positives Unternehmens- und Lebensereignis empfinden

5. Die Gesundheit der älteren Bevölkerung in Städten, Gemeinden und Regionen fördern

Städte und Gemeinden gewinnen für ältere Menschen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eine zentrale Bedeutung. Je älter Menschen werden, desto mehr Zeit verbringen sie in der Regel zu Hause. Sie verlieren zunehmend an Mobilität und sind mehr und mehr darauf angewiesen, ihre Bedürfnisse in der Wohnumgebung befriedigen zu können. Deshalb kommt den Gemeinden eine besondere Verantwortung zu, wenn es um die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen geht (WHO 1999). Kommunen gelten als eine Art „Dachsetting“. Sie gestalten das Umfeld von älteren Menschen maßgeblich, sind diesen nahe und fungieren als wichtige Schnittstellen zu gesundheitsrelevanten Sektoren, Sozialräumen und lokalen Gesundheitsanbieter:innen (Quilling et al. 2022).

Wie bereits eingangs erwähnt, ist das Erreichen vulnerabler, also besonders gefährdeter oder benachteiligter Bevölkerungsgruppen ein wesentliches Anliegen der Gesundheitsförderung. Kommunale Gesundheitsförderung kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten. In Gemeinden und Städten können unterschiedliche Personengruppen mit Gesundheitsförderungsaktivitäten erreicht werden, wodurch eine Stigmatisierung von sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen vermieden werden kann (Sörensen et al. 2018),

Kommunen sind älteren Menschen nahe und gestalten deren Lebensumfeld wesentlich

da es keine spezifische Ansprache ausschließlich für diese Bevölkerungsgruppe benötigt. Durch lebensweltbezogene Maßnahmen in den Gemeinden und Städten können insbesondere auch jene Zielgruppen gut angesprochen werden, welche über andere Einrichtungen nicht oder nicht mehr erreicht werden können.

Die große Bedeutung des kommunalen Umfelds für ein gesundes und möglichst selbstbestimmtes Altern im eigenen Zuhause bzw. in vertrauter Umgebung („Ageing in place“) wird auch international in den Konzepten zu alter(n)sfreundlichen Gemeinden und Städten gesehen (vgl. WHO-Initiative zu „Age-friendly cities and communities“). Altersfreundliche Gemeinden schaffen günstige Bedingungen für ein gesundes Älterwerden und beteiligen ältere Menschen an der Gestaltung des gebauten und sozialen Lebensraumes. Die Entwicklung eines altersfreundlichen und damit gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes umspannt ein Bündel an Maßnahmen in unterschiedlichen Bereichen.

Es geht um

- die generationengerechte Gestaltung des öffentlichen Raumes,
- den Erhalt der Mobilität,
- neue Wohnformen,
- ein Miteinander der Generationen,
- Engagement und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- die Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung und vieles mehr.

*Angebote vernetzt,
niederschwellig
und bedarfsgerecht
zur Verfügung
stellen*

Gemeinden und Städte stehen aber auch vor der großen, demografisch bedingten Herausforderung, den steigenden Bedarf an Gesundheitsförderung und -versorgung, Pflege und Betreuung sowie am Management von chronischen Erkrankungen (wie z. B. Demenz) zu erfüllen. Tatsächlich gibt es viele Angebote, doch wichtig ist es, diese den Bewohner:innen vernetzt, niederschwellig und bedarfsgerecht zur Verfügung zu stellen. Insbesondere bildungsferne, ausgrenzungs- oder armutsgefährdete Menschen brauchen leicht zugängliche, diskriminierungsfreie Angebote und neue, vielfältige Möglichkeiten der Teilhabe.

Folgende beispielhafte Projekte/Programme bieten integrative Ansätze, um in Gemeinden, Städten und Regionen Gesundheitsförderung, Pflege und psychosoziale Versorgung (weiter) zu entwickeln.

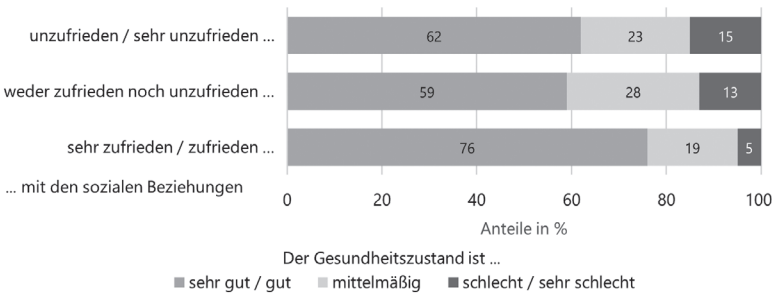
5.1 Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ (Fonds Gesundes Österreich)

Das unmittelbare Lebensumfeld älterer Menschen ist die Nachbarschaft. Viele ältere Menschen sind gut in das soziale Leben ihrer Nachbarschaft, ihrer Gemeinde oder ihres Stadtteils eingebunden. Gleichzeitig hat diese Altersgruppe ein größeres Risiko, von sozialer Isolation betroffen zu sein. Gesundheitliche Probleme, Einschränkungen der Mobilität und/oder der Verlust von Angehörigen und anderen Bezugspersonen können soziale Isolation und Einsamkeit befördern. Studien zeigen, dass Einsamkeit negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat. So konnte bei älteren Menschen ein Zusammenhang zwischen Einsamkeit und unter anderem erhöhter Sterblichkeit, Depressionen, Demenz und kognitiven Dysfunktionen beobachtet werden (Bao-Liang et al. 2017). Nachbarschaftliche Netzwerke können die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützen. Soziale Einbindung wiederum fördert die Gesundheit, insbesondere die psychische Gesundheit (Richter & Wächter 2009).

*Zusammenhang
zwischen Einsam-
keit einerseits und
erhöhter Sterblich-
keit, Depressionen
und Demenz
andererseits*

Die Wichtigkeit der sozialen Beziehungen für die Gesundheit zeigt auch die österreichische Gesundheitsbefragung: Der selbst berichtete allgemeine Gesundheitszustand ist deutlich besser, wenn die Befragten auch mit ihren persönlichen Beziehungen zufrieden sind. Im Jahr 2019 beurteilten 76 Prozent derjenigen, die mit ihren sozialen Beziehungen sehr zufrieden oder zufrieden waren, auch ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut und nur 5 Prozent von ihnen ging es gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht. Unter denjenigen, die mit ihren sozialen Kontakten sehr unzufrieden oder unzufrieden waren, war ein sehr guter oder guter Gesundheitszustand seltener (62 %) und ein schlechter oder sehr schlechter Gesundheitszustand deutlich häufiger (15 %, vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4
Allgemeiner Gesundheitszustand nach der Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen, 2019



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

In Österreich unterstützt der Fonds Gesundes Österreich im Rahmen der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ seit über zehn Jahren kommunale Gesundheitsförderungsprojekte im unmittelbaren Lebensumfeld, in der Phase IV (2021–2024) mit besonderem Schwerpunkt auf Caring Communities. Ziel ist, gemeinsam mit den Betroffenen Maßnahmen zu entwickeln. Beispielsweise werden Entlastungsangebote für betreuende Angehörige entwickelt, lokale Landkarten mit Versorgungsangeboten gezeichnet, lebendige Austauschformate wie Erzählcafés, Talente-Stammtische oder gemeinsame Mittagstische organisiert, ein Sorgetelefon oder Sorgegespräche angeboten, kurz: zahlreiche Aktivitäten, um den Zusammenhalt zu stärken und Vereinsamung vorzubeugen (siehe dazu unter www.gesunde-nachbarschaft.at).

5.2 Caring Communities

International sind vielfältige Bemühungen im Aufbau und der Förderung neuer sozialraum-, quartiers- und gemeindeorientierter Sorgemodelle und Hilfenetzwerke zu beobachten. Dazu zählt im deutschsprachigen Raum die Stärkung von Caring Communities (Heimerl 2018).

Eine Caring Community ist eine Gemeinde, in der die gegenseitige (Für-)Sorge großgeschrieben wird. Sie zeichnet sich durch eine ausgeprägte „Sorgekultur“ aus. In einer Caring Community gibt es nicht nur professionelle soziale Angebote, sondern auch privates Engagement und Nachbarschaftshilfe. Hier wird sozialer Zusammenhalt gelebt und die Bewohner:innen einer Gemeinde, eines Stadtteils oder eines Wohnumfelds bringen sich ein. Das Konzept stellt eine Möglichkeit dar, gesundheitliche Chancengerechtigkeit gezielt zu fördern. Eine Caring Community ist nicht nur soziales Netz und Möglichkeitsraum für Teilhabe, sondern hat auch das Potenzial, pflegende Angehörige und das institutionalisierte Unterstützungs- und Pflegesystem durch ein verbessertes Zusammenspiel zivilgesellschaftlicher Initiativen, Engagement interessierter Nachbarschaften und professionaler Angebote zu entlasten.

Caring Community zeichnet sich durch ausgeprägte „Sorgekultur“ aus

5.3 Social Prescribing

Eine andere Möglichkeit, Menschen in Gemeinden dabei zu unterstützen, die für sie relevanten kommunalen Angebote zu finden und zu nutzen, ist „Social Prescribing in der Primärversorgung“, eine Idee, die aus Großbritannien nach Österreich geholt wurde. Etwa jede fünfte Konsultation in der Primärversorgung erfolgt wegen gesundheitsrelevanter, aber nicht unbedingt medizinischer Anliegen. Diese können daher auch nicht in der Arztpraxis gelöst werden. Social Prescribing ist ein Interventionsansatz, bei dem psychosoziale und emotionale Bedürfnisse erkannt und auch angesprochen werden. In der Folge wird an eine Fachkraft mit sogenannter Link-Working-Funktion vermittelt (Polley et al. 2017), die entweder in der Einrichtung selbst oder in der Region tätig ist. Sie erfüllt eine Lotsenfunktion und identifiziert gemeinsam mit den Patient:innen mögliche Angebote zur Verbesserung ihres Wohlbefindens und vermittelt sie dorthin. Das Spektrum der dafür genutzten Angebote ist sehr breit, z. B. Bewegungsprogramme, Ernährungsberatung, Sozial-, Schuldner:innen- oder Wohnberatung bis zu Gemeinschaftsaktivitäten wie Senior:innenentanzes, Wandergruppen oder Nachbarschaftsnetzwerke (Rojatz et al. 2023). Aktuell werden – finanziert vom Bundesministerium für Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz – Einrichtungen beim Auf- und Ausbau von Social Prescribing begleitet (www.goeg.at/SocialPrescribing).

Durch Social Prescribing gezielt psychosoziale und emotionale Bedürfnisse erkennen und ansprechen

5.4 Community Nurses

*Community
Nurses haben
je nach Bedarf
unterschiedliche
Funktionen*

Auch die sogenannten Community Nurses (www.cn-oesterreich.at) haben das Ziel, die Gesundheit von einzelnen Personen, Familien und Gemeinschaften zu fördern und zu schützen und vor allem, Selbstständigkeit im Alter möglichst zu verlängern. Zusätzlich zu Prävention und Gesundheitsförderung wird hierbei das Wissen aus den Bereichen der Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaft und Public Health genutzt. Community Nurses gehören der Gesundheits- und Krankenpflege an und arbeiten bedarfsorientiert und bevölkerungsnah auf Gemeindeebene. Sie beraten und begleiten nicht nur ältere Menschen und ihre Angehörigen, sondern auch die Gemeinden bei gesundheitlichen Themen von der Vorsorge bis zur Pflege. Konkret sind sie eine Anlaufstelle für Fragen zu Gesundheit und Pflege, sie führen präventive Hausbesuche durch, informieren und beraten Betroffene und ihre Angehörigen über Angebote und Handlungsmöglichkeiten, sie erheben die aktuelle Versorgung und den Versorgungsbedarf und koordinieren und vermitteln an weitere Angebote. Gleichzeitig zeigen sie in der Gemeinde allfällige Lücken in der Versorgung auf. Damit erfüllen sie je nach Bedarf zugleich die Funktionen Netzwerker:innen, Gesundheitsberater:innen, Vernetzer:innen, Fürsprecher:innen und Koordinator:innen. Ziel der Arbeit der Community Nurses ist es, älteren Menschen den Verbleib im eigenen Zuhause möglichst lange und älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen ein gesünderes und möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (Rojatz et al. 2023).

6. Abschließende Bemerkungen

*Gesundheits-
förderung als ein
Instrument, den
Herausforderungen
demografischer
Veränderungen
positiv zu
begegnen*

Der Anteil der älteren Menschen in unserer Gesellschaft steigt, ebenso der Bedarf an guten Arbeitskräften. Aus Sicht der Gesundheitsförderung ist es daher von gesellschaftlicher Relevanz, die Gesundheit der älter werdenden Menschen bereits lange bevor sie in die Pension eintreten, aber auch während der Pension bis ins hohe Lebensalter zu erhalten. Gesundheitsförderung setzt dabei in den Lebenswelten an und sieht diese wichtige Aufgabe als Gemeinschaftsaufgabe, an der viele unterschiedliche Politik- und Gesellschaftsbereiche zusammenwirken sollten. Im Artikel wurde eine Auswahl von Möglichkeiten dargestellt, anhand derer die Lebensqualität der Menschen positiv beeinflusst werden kann. Vorrangig ist unser Ziel, ein möglichst gutes, selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu unterstützen und damit auch Angehörige sowie die öffentliche Versorgung zu entlasten. Wir

sehen Gesundheitsförderung als ein Instrument, den Herausforderungen demografischer Veränderungen positiv zu begegnen.

Anmerkungen:

- 1 Einen kurzen Einblick, wie unterschiedlich Altern gesehen wird, liefert das Kurzvideo „Altersbilder sind vielfältig“ (<https://www.youtube.com/watch?v=Ewwgeipu8mA>, abgerufen am 14.06.2024).
- 2 Vgl. Förderkategorien des Fonds Gesundes Österreich in der BGF (https://fgoe.org/projekte_bgf, abgerufen am 14.06.2024).

Literaturverzeichnis:

- » Baier, W. / Gruber, B. (2021): *Demografischer Wandel und betriebliches Übergangsmanagement: Arbeitsfähigkeit erhalten, Wissen sichern, Menschen begleiten*. Stuttgart: Schäffer/Poeschel.
- » Bao-Liang, Z. / Shu-Lin, C. / Xin, T. / Yeates, C. (2017): *Loneliness and Cognitive Function in Older Adults: Findings From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey*. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72/1, S. 120–128.
- » Blattner, A. / Mayer, M. (2018): *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Wien: Österreichisches Netzwerk BGF.
- » Daniels, K. / Tregaskis, O. / Nayani, R. / Watson, D. (2022): *Achieving sustainable workplace wellbeing*. Cham: Springer.
- » ENWHP (2007): *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung.
- » Eppler-Hattab, R. / Meshoulam, I. / Doron, I. (2019): *Conceptualizing age-friendliness in workplaces: Proposing a new multidimensional model*, in: *The Gerontologist* 60, S. 12–21.
- » Gerhardt, C. / Stocker, D. / Looser, D. / Holtforth, M. / Elfering, A. (2019): *Well-being and health-related interventions in small- and medium-sized enterprises: A meta-analytic review*, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 73, S. 285–294.
- » Heimerl, K. (2018): *Sorgende Gemeinden – Demenzfreundliche Kommunen. Ansätze für eine gemeinsame Gestaltung gerechter Lebensbedingungen im Alter*, in: Österrich, F. G. (Hrsg.): *Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen in Österreich*. Wien.
- » Larsen, M. (2014): *Work life and retirement planning*, in: Michalos, A. C. (Hrsg.): *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- » Mascherini, M. (2014): *Well-being at work*. In: Michalos, A. C. (Hrsg.): *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- » Mielck, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- » Ostroff, C. / Kinicki, A. J. / Muhammad, R. S. (2013): *Organizational culture and climate*, in: Weiner, I. B. / Schmitt, N. W. / Highhouse, S. (Hrsg.): *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*. 2. Aufl. New York: Wiley.
- » Pham, C. T. / Phung, D. / Nguyen, T. V. / Chu, C. (2019): *The effectiveness of workplace health promotion in low- and middle-income countries*, in: *Health Promotion International* 35, S. 1220–1229.

- » Polley, M./Fleming, J./Anfilogoff, T./Carpenter, A. (2017): *Making sense of Social Prescribing*. London: University of Westminster.
- » Quilling, E./Leimann, J./Tollmann, P. (2022): *Kommunale Gesundheitsförderung*, in: BZGA (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
- » Richter, A. / Wächter, M. (2009): *Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZGA.
- » Rojatz, D. / Haas, S. / Sackl, A. (2023): *Bevölkerungsorientierte Programme im Kontext von Public Health: Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nursing*. Factsheet. Wien: Gesundheit Österreich.
- » Schein, E. H. (2010): *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- » Sörensen, J. / Barthelmes, I. / Marschall, J. (2018): *Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review*. Berlin: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZGA).
- » Sponselee, H. C. S. / Kroeze, W. / Robroek, S. J. W. / Renders, C. M. / Steenhuis, I. H. M. (2022): *Perceptions of employees with a low and medium level of education towards workplace health promotion programmes: A mixed-methods study*, in: *BMC Public Health* 22, S. 1617.
- » Statistik Austria (2022): *Demografisches Jahrbuch*. Wien: Bundesanstalt Statistik Austria.
- » Steiber, N. (2023a): *Aging workers and the quality of life*, in: Maggino, F. (Hrsg.): *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Cham: Springer International Publishing.
- » Steiber, N. (2023b): *Retirement effects, quality of life*, in: Maggino, F. (Hrsg.): *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Cham: Springer International Publishing.
- » Uhle, T./Treier, M. (2015): *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- » van de Ven, D. / Robroek, S. J. W. / Burdorf, A. (2020): *Are workplace health promotion programmes effective for all socioeconomic groups? A systematic review*, in: *Occupational and Environmental Medicine* 77, S. 589–596.
- » Weber, F. / Reiter, A. / Roth, A. / Lang, G. / Rossmann-Freisling, I. / Braunegger-Kallinger, G. / Zeuschner, V. / Christ, R. / Winkler, P. (2017): *Faire Gesundheitsschancen im Betrieb. Praxisleitfaden für Betriebliche Gesundheitsförderung*. Wien: Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH.
- » WHO (1986): *Ottawa-Charter for Health Promotion*. Ottawa: International Conference On Health Promotion.
- » WHO (1999): *GESUNDHEIT21: das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa.
- » WHO (2021): *Global report on ageism: executive summary*.