

GESUNDHEIT KONPAKT BERICHTET



Ausgabe 07

Kernaussagen

Im Hinblick auf die Unterstützung durch das unmittelbare soziale Umfeld weisen 12 Prozent der über 60-jährigen OberösterreicherInnen Defizite auf.

SeniorInnen aus bildungsferneren Schichten können in geringerem Umfang auf die Unterstützung durch ihr persönliches Umfeld zurückgreifen.

Mit Verwandten, die außerhalb des eigenen Haushalts wohnen, trifft sich die Hälfte der über 60-Jährigen mindestens einmal pro Woche. Ebenso hoch ist die Kontakthäufigkeit zu Personen aus dem Freundeskreis.

Frauen über 60 Jahre haben häufiger Kontakt mit Verwandten als die Männer der gleichen Altersgruppe. Im Hinblick auf die Kontakthäufigkeit zu befreundeten Personen unterscheiden sich Männer und Frauen nicht wesentlich.

23 Prozent der SeniorInnen sind innerhalb einer Organisation freiwillig aktiv tätig, Männer (29%) etwas häufiger als Frauen (18%).

Ein Viertel der über 60-jährigen OberösterreicherInnen leistet informelle Freiwilligenarbeit (außerhalb einer Organisation).

Vier von zehn OberösterreicherInnen geben an, dass sie innerhalb von zwei Jahren in ihrem Umfeld die Benachteiligung von Menschen aufgrund eines zu hohen Alters (Altersdiskriminierung) beobachtet haben oder selbst davon betroffen gewesen waren.

Soziale Einbindung von SeniorInnen

Die Einbindung in soziale Netzwerke ist von erheblicher Bedeutung für die Gesundheit. Auch für das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit älterer Menschen sind positive soziale Beziehungen von zentraler Bedeutung. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Bevölkerung, die von Vereinsamung betroffen bzw. bedroht sind. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung, der zufolge in den kommenden Jahren der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunimmt, gewinnt diese Problematik an Bedeutung.

Im Rahmen der für den Zeitraum 2010 bis 2020 beschlossenen Gesundheitsziele stellt das Ziel 9 auf die Förderung der sozialen Einbindung älterer Menschen ab.

Gesundheitsziel 9 „Ältere Menschen aktiv einbeziehen“:

„Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung, verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Deswegen soll die aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben gefördert werden.“

„Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, die eine aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben fördern. Dabei sollen auch Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der eigenen Generation berücksichtigt werden. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.“

INHALT

1 Hintergrund	2
1.1. Soziale Einbindung und Gesundheit.....	2
1.2. Einflussfaktoren auf die soziale Einbindung älterer Menschen.....	4
2. Soziale Einbindung älterer Menschen in Oberösterreich	6
2.1. Soziale Unterstützung	6
2.2. Lebensverhältnisse	8
2.3. Familiäres Umfeld	8
2.4. Freundeskreis	9
2.5. Erwerbstätigkeit	9
2.6. Soziales Engagement und Freiwilligenarbeit	11
2.7. „Altersbilder“ und Altersdiskriminierung	11
3. Ziel 9 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele: Ältere Menschen aktiv einbeziehen	14

Psychosoziale Faktoren spielen eine wesentliche Rolle für die Gesundheit im Alter.

Positive soziale Beziehungen fördern Gesundheit und Wohlbefinden im Alter.

Sozial isolierte Menschen haben ein höheres Risiko für verschiedenste Erkrankungen.

1. Hintergrund

1.1. Soziale Einbindung und Gesundheit

Psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit stellen für Menschen in der zweiten Lebenshälfte eine Ressource dar, die gesellschaftliche Teilhabe fördert bzw. ermöglicht. Wesentliche Voraussetzungen für ein hohes Wohlbefinden sind ein guter Gesundheitszustand und eine gesicherte Lebenssituation.¹ Psychosoziale Faktoren spielen eine wesentliche Rolle für die Gesundheit im Alter. Sie beeinflussen nicht nur die Entstehung psychischer Erkrankungen, sondern sind auch hinsichtlich der Entwicklung körperlicher Krankheiten und Leiden von großer Bedeutung. Beispielsweise begünstigen negative Emotionen (Angst, Stress etc.) das Entstehen kardiovaskulärer Erkrankungen. Die Wirkungspfade sind teilweise direkt (über die dadurch bedingte Unterdrückung des Immunsystems) oder indirekt (z. B. über ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten).²

Eine wesentliche Voraussetzung für das psychosoziale Wohlbefinden stellt die Einbindung in soziale Netzwerke dar. Positive soziale Beziehungen fördern Gesundheit und Wohlbefinden im Alter und gehen auch mit einer geringeren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen einher.³ Die Teilnahme an gesellschaftlichen Freizeitaktivitäten sowie an sozialen, kulturellen und religiösen Aktivitäten in der Gemeinde und in der Familie kann psychosoziale Schutzfaktoren (Selbstwirksamkeitserwartung, Lebenszufriedenheit) fördern.⁴

Menschen sind von Natur aus soziale Wesen, die in ihrer Entwicklungsgeschichte auf das Zusammenleben in sozialen Gruppen angewiesen waren. Auch aus einer evolutionsbiologischen Perspektive sind Menschen daher auf verschiedenen Ebenen (Verhalten, neuronale, hormonelle Mechanismen bis hin zu zellulären und genetischen Prozessen) auf ein Leben in sozialen Beziehungen angelegt. Daher ist die soziale Isolation für Menschen nicht nur mit psychischen, sondern auch mit physischen Gesundheitsrisiken verbunden.⁵

Es gibt verschiedenste Belege für die Auswirkungen von Einsamkeit auf die Morbidität und die Mortalität: Die Geschwindigkeit des physiologischen Alterungsprozesses ist bei einsamen Menschen erhöht. Ebenso das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen, Übergewicht bzw. Adipositas, erhöhten Blutdruck und erhöhte Cholesterinwerte. Einsame Menschen weisen auch ein höheres Sterberisiko auf.⁶ Die Studienlage weist darauf hin, dass sozial isoliert lebende Menschen sowie Personen, die sich einsam fühlen, ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Alzheimerkrankheit aufweisen.⁷ Beispielsweise konnte in einer großangelegten Längsschnittstudie gezeigt werden, dass das subjektive Gefühl der Einsamkeit, unabhängig von anderen Einflussfaktoren, als ein bedeutsamer Risikofaktor für die Entstehung von Demenz angesehen werden muss. Der Studie zufolge weisen vereinsamte Menschen ein 1,6 Mal so hohes Risiko für Demenz auf.⁸ Einsamkeit bzw. soziale Isolation gehen auch mit einem höheren Risiko einher, im höheren Alter körperliche Gebrechlichkeit zu entwickeln.⁹

¹ Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 182

² Böhm et al. 2009, S. 16

³ Böhm et al. 2009, S. 16

⁴ Ammon 2010, S. 50

⁵ Cacioppo et al. 2011

⁶ Hawkey und Cacioppo 2010, S. 2

⁷ Hsiao et al. 2018

⁸ Holwerda et al. 2014

⁹ Gale et al. 2017

Als Sammelbegriff für die protektiven Faktoren, die aus der sozialen Einbindung in Netzwerke resultieren, hat sich die Bezeichnung „soziale Unterstützung“ etabliert.¹⁰

Soziale Unterstützung umfasst verschiedene gesundheitsrelevante Aspekte: Emotionale Unterstützung (Sympathie, Verständnis, Liebe), instrumentelle Unterstützung (Hilfestellung bei der Bewältigung von Aufgaben, Bereitstellung von Ressourcen), informationelle Unterstützung (Informationen, Ratschläge) sowie Unterstützung bei der Bewertung und Einschätzung von Sachverhalten (Beratung, Unterstützung bei Entscheidungen).¹¹

Es gibt verschiedene Erklärungsansätze für die Wirkungsweise der sozialen Unterstützung auf die Gesundheit, die sich gegenseitig ergänzen:

- Das Modell der direkten Effekte: Es wird davon ausgegangen, dass positive soziale Beziehungen, unabhängig von Belastungen und Stresserleben der Betroffenen, unmittelbar gesundheitsfördernd wirken (z. B. durch Selbstwertsteigerung, gesündere Verhaltensweisen).
- Das Puffer-Modell: Durch die soziale Unterstützung können Probleme und belastende Situationen besser bewältigt werden. Dadurch können die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit abgefedert werden (z. B. besserer Umgang mit Stresssituationen).
- Das Auslöser-Modell: Hier wird davon ausgegangen, dass soziale Unterstützung erst in Problem- und Belastungssituationen aktiviert wird, um diese besser bewältigen zu können.
- Das Schutzschild- und Präventions-Modell: Soziale Unterstützung verringert das Risiko für potenzielle und reale Belastungssituationen. Stärker in soziale Netzwerke eingebundene Personen sind in geringerem Ausmaß mit Problemen und gesundheitsriskanten Situationen konfrontiert.¹²

Die gesundheitsförderliche Wirkung sozialer Beziehungen ist nicht allein von der Größe des sozialen Netzwerkes abhängig, sondern auch von dessen Qualität. Ein optimales Unterstützungsnetzwerk besteht aus einer Vielzahl unterschiedlicher sozialer Beziehungen, die in ihrer Intensität und Nähe variieren (sehr intime als auch weniger nahe Beziehungen). Im Hinblick auf Gesundheitsindikatoren (z.B. Lebenserwartung) erweist sich allerdings, unabhängig von Alter, Geschlecht und Risikofaktoren, das Ausmaß und die Qualität enger und naher Beziehungen als bedeutsamster Einflussfaktor (Partnerschaft, Familie etc.).¹³

Die Einbettung in soziale Netzwerke kann u. U. auch mit Belastungen verbunden sein, die die positiven Effekte auf die Gesundheit mindern bzw. sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Beispiele dafür sind inadäquate Hilfestellung, Enttäuschung von Erwartungen, übertriebene Hilfestellung etc. Belastende soziale Beziehungen sind häufig an bestimmte Rollen geknüpft (z. B. nicht frei gewählte oder unausweichliche Beziehungen) und hängen oft mit Faktoren wie Machtungleichheit, Konflikten, Verpflichtungen oder Unausgewogenheit im Hinblick auf den subjektiven Nutzen (Geben und Nehmen) zusammen.¹⁴

Verschiedene Erklärungsansätze für die Wirkungsweise der sozialen Unterstützung auf die Gesundheit.

Die Einbettung in soziale Netzwerke kann u. U. auch mit Belastungen verbunden sein.

¹⁰ Franzkowiak 2010

¹¹ Robert Koch-Institut (RKI) 2016

¹² Franzkowiak 2010

¹³ Franzkowiak 2010

¹⁴ Franzkowiak 2010

Sozialkapital bezeichnet den sozialen Zusammenhalt auf Mikro- (z. B. Freunde, Familie), Meso- (z. B. Vereine) und Makroebene (z. B. gesellschaftliche Rahmenbedingungen).

Ein guter Gesundheitszustand und psychisches Wohlbefinden stellen auch einen wesentlichen Einflussfaktor für die Teilhabe älterer Menschen in sozialen Netzwerken dar.

Gesellschaftlicher Wandel und demografische Veränderungen beeinflussen die sozialen Beziehungen.

Für die Gesundheit der Bevölkerung sind nicht nur die unmittelbaren sozialen Beziehungen relevant (Mikroebene: Familie, Freundeskreis etc.), sondern auch der soziale Zusammenhalt (auch häufig soziale Kohäsion oder Sozialkapital bezeichnet) im Wohnumfeld und in weiteren sozialen Netzwerken (Mesoebene: Gemeinde, Vereinigungen und Organisationen etc.) sowie auf gesellschaftlicher Ebene (Makroebene: politische, ökonomische und kulturelle Rahmenbedingungen).¹⁵

Die gesundheitsfördernde Wirkung von Sozialkapital konnte belegt werden, wobei davon auszugehen ist, dass die konkreten Wirkmechanismen vielfältig und komplex sind. Bspw. darf angenommen werden, dass auf individueller Ebene psychosoziale Faktoren (Selbstwirksamkeit, Anerkennung) sowie gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zum Tragen kommen. Auf der Meso-Ebene (z. B. Nachbarschaften, Wohnviertel, Vereine, Organisationen) spielt u. a. der Zugang zu lokalen Angeboten und Versorgungsleistungen eine gewisse Rolle. Ein Beispiel für die Makroebene (Staat) stellt die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung dar.¹⁶

1.2. Einflussfaktoren auf die soziale Einbindung älterer Menschen

Ein guter Gesundheitszustand und psychisches Wohlbefinden werden nicht nur durch positive soziale Beziehungen gefördert. Sie stellen auch einen wesentlichen Einflussfaktor für die Teilhabe älterer Menschen in sozialen Netzwerken dar. Psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit stellen für Menschen in der zweiten Lebenshälfte eine Ressource dar, die gesellschaftliche Teilhabe fördert bzw. ermöglicht.¹⁷

Zum Beispiel sind Menschen im mittleren oder fortgeschrittenen Alter, die an chronischen Erkrankungen leiden, im Hinblick auf soziales Engagement im Familien- und Freundeskreis bzw. im Gemeinwesen häufiger mit Hürden konfrontiert (z. B. Krankenhausaufenthalte, Behinderungen, Arbeitslosigkeit, emotionale und physische Probleme). Damit geht auch höheres Risiko für soziale Isolation und in der Folge für den Verlust sozialer Rollen, die Verringerung des Selbstwertgefühles etc. einher. Daher sind verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen zur Förderung sozialer Aktivitäten für ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen besonders wichtig.¹⁸ Personen, die im höheren Alter unter körperlicher Gebrechlichkeit leiden, sind auch häufiger von sozialer Isolation betroffen.¹⁹

Aus dem langfristigen sozialen und demografischen Wandel ergeben sich verschiedene Veränderungen, die sich in unterschiedlicher Weise auf die soziale Einbindung älterer Menschen auswirken:²⁰

- **Bevölkerungsstruktur:** Infolge der Zunahme der Lebenserwartung und des Rückgangs der Geburtenrate nehmen ältere Menschen einen größeren Teil der Bevölkerung ein („Demografische Alterung“). Insbesondere das Nachrücken der stark besetzten „Babyboomer-Generation“ wird in den nächsten Jahren zu einem Zuwachs der Bevölkerung im fortgeschrittenen Alter führen. Nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die in Gesundheit verbrachte Lebenszeit ist im Steigen begriffen. Der Anteil der älteren Menschen mit gutem Gesundheitszustand nimmt zu.

¹⁵ Griebler et al. 2017, S. 127

¹⁶ Knesebeck 2016

¹⁷ Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 182

¹⁸ Meek et al. 2018, S. 9-11

¹⁹ Hoogendijk et al. 2016

²⁰ Engstler und Klaus 2017, S. 14-21

- Lebensformen: Die Familien- und Lebensformen sowie die Haushaltsstrukturen sind einem Wandel unterworfen und werden vielfältiger (Pluralisierung der Lebensformen). Dies äußert sich u. a. in Trends wie der Entkopplung von Elternschaft und Ehe, der Abnahme von Eheschließungen, höheren Scheidungsraten etc. Neue Lebensformen (Patchwork-Familien) gewinnen an Bedeutung, die Zahl der Einpersonenhaushalte nimmt zu. Auch wenn diese Pluralisierung der Lebensformen vorrangig in der jüngeren Generation vorzufinden ist, sind die höheren Altersgruppen dennoch zunehmend betroffen. Zudem sind auch die indirekten Auswirkungen veränderter Familienstrukturen auf die soziale Einbindung von Bedeutung (z. B. Lebensformen der Kinder und Enkelkinder).
- Arbeitswelt und soziale Sicherung: Berufs- und Erwerbschancen sind eine wesentliche Voraussetzung für die materielle Absicherung im Alter und somit auch für die Teilhabechancen älterer Menschen. Zudem bietet das Arbeitsumfeld Gelegenheit für soziale Kontakte, die auch im Ruhestand aufrecht erhalten werden können.
- Wohnverhältnisse: Wohnung und Wohnumfeld stellen im höheren Alter den zentralen Lebensort dar. Veränderungen im lokalen Kontext sind von großer Bedeutung für die soziale Einbindung von SeniorInnen (z. B. Infrastruktur, Abwanderungstendenzen in strukturschwachen Gebieten).
- Bildung: Durch die Bildungsexpansion ab den 1960er Jahren rücken zunehmend höher gebildete Kohorten ins höhere Alter vor. Höhere Bildung ist auch mit einer zunehmenden Individualisierung, dem kritischeren Umgang mit traditionellen Normen und der Pluralisierung der Werte verknüpft.²¹

Neben den Familienbeziehungen stellen Freundschaftsbeziehungen eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung dar. Befunde aus Deutschland deuten darauf hin, dass in den letzten beiden Jahrzehnten die engeren freundschaftlichen Netzwerke der Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte dichter geworden sind. Das heißt, dass Befragte dieser Bevölkerungsgruppe mehr Personen angeben, mit denen sie regelmäßig Kontakt haben, die sie um Rat oder Trost fragen können bzw. von denen sie emotionale Unterstützung erfahren können, als dies Mitte der 1990er Jahre der Fall war. Allerdings ist der Bedeutungsgewinn freundschaftlicher Netzwerke nicht in allen Altersgruppen gleich stark ausgeprägt und betrifft vor allem Menschen im mittleren Alter, während demgegenüber Menschen im höheren Alter nur in geringem Umfang von diesem Trend profitieren.²²

Die Häufigkeit von Freizeitaktivitäten im Freundeskreis hat in Deutschland in den letzten zwei Jahrzehnten insbesondere in den höheren Altersgruppen zugenommen. Die Unterschiede zwischen den Personen im mittleren und höheren Alter haben sich diesbezüglich verringert, wobei nach wie vor Jüngere mehr Freizeitaktivitäten im Freundeskreis aufweisen als Ältere. Vergrößert haben sich allerdings die Unterschiede zwischen den Bildungsschichten: Seit Mitte der 1990er Jahre haben die Aktivitäten im Freundeskreis bei Personen mit mittlerer und höherer Bildung deutlich stärker zugenommen als bei Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss.²³

Veränderte Familien- und Lebensformen, Arbeitswelt, Wohnverhältnisse und Bildungschancen sind für das Zusammenleben bedeutsam.

Die Bedeutung von Freundschaftsbeziehungen variiert im Zeitverlauf und zwischen den Altersgruppen.

²¹ Engstler und Klaus 2017, S. 14-21

²² Böger et al. 2017, S. 268

²³ Böger et al. 2017, S. 266

Sinnstiftende Tätigkeiten sind wichtig für das Wohlbefinden im Alter.

Vorurteile und Stereotypen können die soziale Einbindung erschweren.

Freizeitaktivitäten, aber auch ehrenamtliche Tätigkeiten und Betätigungen im Rahmen der Familie (Betreuung von Kindern/Enkelkindern, Hilfe im Haushalt etc.) spielen eine wesentliche Rolle für das Wohlbefinden älterer Menschen. Lebensaktivitäten steigern das Selbstwertgefühl und vermitteln das Gefühl körperlicher und geistiger Autonomie. Von großer Bedeutung sind auch Aktivitäten in der Gemeinde, z. B. im Rahmen von Vereinen, religiösen Gemeinschaften (Kirchengruppen) und gemeinnützigen Einrichtungen.²⁴

Von zentraler Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden im fortgeschrittenen Alter sind auch die kulturellen Zuschreibungen, die mit einem höheren Alter bzw. dem Älterwerden verbunden sind („Altersbilder“, „Altersstereotypen“). Gesellschaftlich vorherrschende Altersbilder beeinflussen die Sichtweise der Menschen auf das Älterwerden und somit auf die Selbstwahrnehmung. Eine positive Einstellung im Hinblick auf das Altern fördert nicht nur das körperliche und psychische Wohlbefinden, sondern auch die Chancen zur sozialen Teilhabe. Zudem können negative Altersstereotypen zu Benachteiligungen älterer Menschen führen (Altersdiskriminierung), z. B. im Bereich Arbeit und Beruf.²⁵

2. Soziale Einbindung älterer Menschen in Oberösterreich

2.1. Soziale Unterstützung

Ein standardisiertes Messinstrument zur Erfassung der sozialen Unterstützung stellt die „Oslo-3-Items-Support Scale“ dar (Oslo-3). Mittels drei Fragen²⁶ wird erhoben, auf wie viele Personen sich die Betroffenen bei Problemen verlassen können, in welchem Ausmaß andere Menschen Anteilnahme zeigen und wie leicht bzw. schwer es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Aus den Ergebnissen wird üblicherweise ein Indexwert ermittelt, der in die Kategorien „geringe soziale Unterstützung“, „mittlere soziale Unterstützung“ und „starke soziale Unterstützung“ eingeteilt werden kann.²⁷

Österreichweit beträgt der Anteil der Bevölkerung mit hoher sozialer Unterstützung etwas mehr als die Hälfte (54%). Knapp ein Zehntel der Bevölkerung (9%) weist nur geringe soziale Unterstützung auf. Männer und Frauen sind diesbezüglich gleichermaßen betroffen. Mit zunehmendem Alter nimmt die wahrgenommene soziale Unterstützung ab. Der Anteil mit geringer Unterstützung steigt bei den 60- bis 74-Jährigen auf 12 Prozent und bei über 75-Jährigen auf 17 Prozent.²⁸

In Oberösterreich verfügen 55 Prozent der Bevölkerung über eine starke und weitere 37 Prozent über eine mittelmäßige soziale Unterstützung. Der Anteil mit geringer sozialer Unterstützung beträgt 8 Prozent. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil mit geringer sozialer Unterstützung deutlich an. Während unter den 15- bis 19-Jährigen 3 Prozent geringe soziale Unterstützung aufweisen, beträgt der Anteil in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 12 Prozent.²⁹

²⁴ {xe "ESAW 2005_/ _ESAW: European Study of Adult Well-Being. Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter. 2002-2004." \f LiteRatReferenz}Weber et al. 2005, S. 146 ff.

²⁵ Motel-Klingebiel et al. 2010, 146 ff.

²⁶ „Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?“, „Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?“, „Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?“

²⁷ Robert Koch-Institut 2012, S. 1

²⁸ Klimont und Baldasz 2015, S. 55

²⁹ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

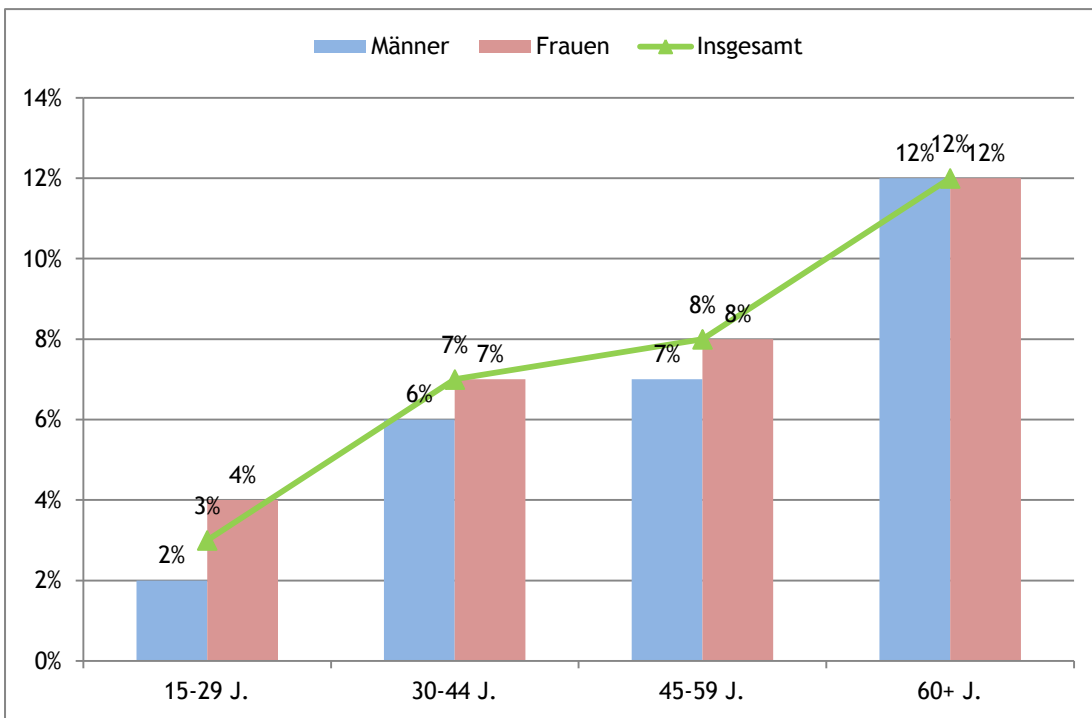


Abbildung 1: Geringe soziale Unterstützung nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre; Anteil mit geringer sozialer Unterstützung („Oslo-3-Items-Support Scale“ - Punktwert 3 bis 8 Punkte).

Hinsichtlich der sozialen Unterstützung älterer Menschen ist ein deutlicher Unterschied zwischen verschiedenen Bildungsgruppen zu beobachten. Unter den über 65-Jährigen aus bildungsferneren Schichten ist ein höherer Anteil mit geringer sozialer Unterstützung vorzufinden (13%) als in der Gruppe mit mittlerem Bildungsabschluss (11%) und höherem Abschluss (9%).

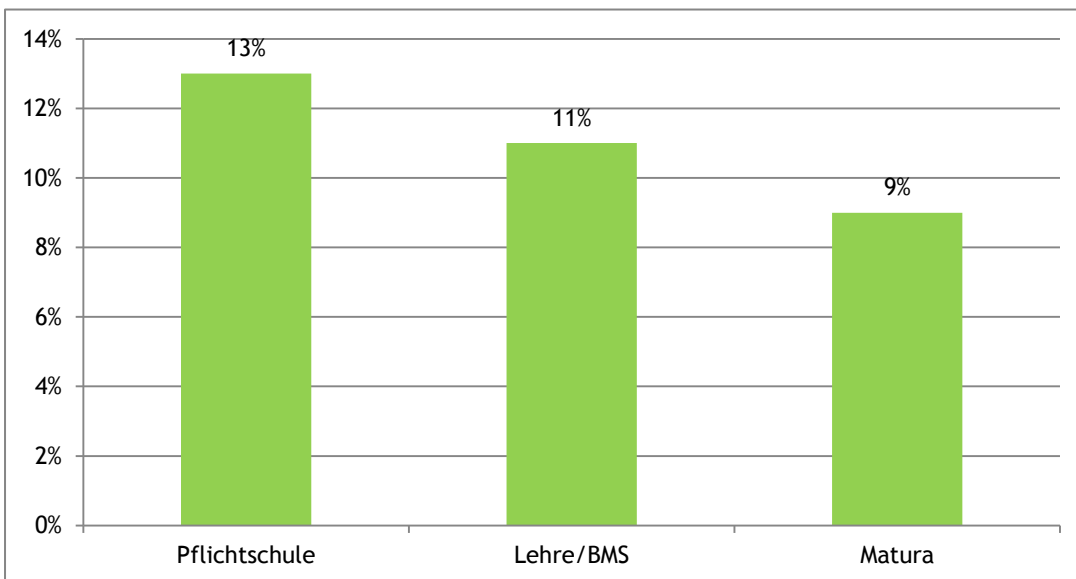


Abbildung 2: Geringe soziale Unterstützung nach Bildungsgrad in Oberösterreich

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 60 Jahre; Anteil mit geringer sozialer Unterstützung („Oslo-3-Items-Support Scale“ - Punktwert 3 bis 8 Punkte).

Ältere Menschen leben häufig alleine im Haushalt.

2.2. Lebensverhältnisse

Hinsichtlich der Lebensverhältnisse ist festzuhalten, dass vor allem ab dem 75. Lebensjahr der Anteil der alleine lebenden SeniorInnen deutlich ansteigt. Unter den 65- bis 74-jährigen OberösterreicherInnen lebt knapp ein Viertel (23%) alleine in einem Haushalt, etwas mehr als die Hälfte (56%) lebt mit einer zweiten Person und ein Fünftel (20%) mit zwei oder mehr Personen im Haushalt. Lediglich 1 Prozent lebt in einem Anstaltshaushalt (Alten- und Pflegeheim). Unter den 75- bis 84-Jährigen steigt der Anteil der alleine Lebenden auf ein Drittel (33%) und unter den über 85-Jährigen auf 45 Prozent. Ebenso nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil der SeniorInnen in Alten- und Pflegeheimen zu, insbesondere ab dem 85. Lebensjahr (75 bis 84 Jahre: 4%; über 85 Jahre: 20%). Entsprechend geht der Anteil der SeniorInnen, der mit einer oder mehreren Personen im Haushalt lebt, zurück.³⁰

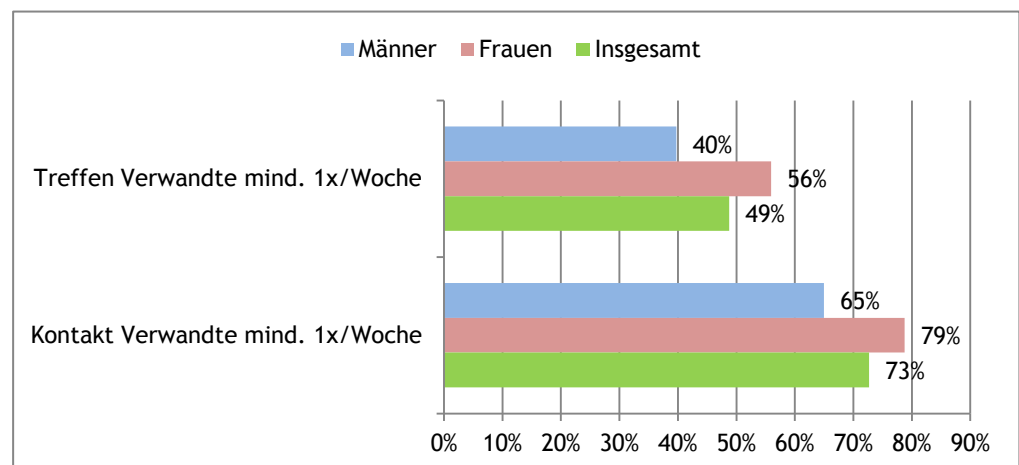
Insbesondere Frauen leben im höheren Alter meist alleine in einem Haushalt. 2015 leben in Oberösterreich 45 Prozent der 75- bis 84-jährigen und 52 Prozent der über 85-jährigen OberösterreicherInnen alleine. Unter den Männern betrifft dies 18 Prozent der 75- bis 84- Jährigen und 28 Prozent der über 85-Jährigen.³¹

2.3. Familiäres Umfeld

Familiäre Beziehungen sind im Hinblick auf die soziale Einbindung nach wie vor von wesentlicher Bedeutung. In Österreich stufen 79 Prozent der Bevölkerung die Familie als sehr wichtig ein.³² Neben der Kernfamilie spielen auch die weiteren verwandtschaftlichen Beziehungen (z. B. Neffen/Nichten, Cousins/Cousinen) eine wichtige Rolle als soziales Netzwerk.³³

Unter den über 60-jährigen OberösterreicherInnen geben 56 Prozent der Frauen und 40 Prozent der Männer an, dass sie mindestens ein Mal pro Woche direkten Kontakt (Besuch, Treffen) zu Verwandten haben, die nicht im selben Haushalt leben. Direkten oder indirekten Kontakt (z. B. telefonisch) zu Verwandten haben 79 Prozent der Frauen und 65 der Männer.

Abbildung 3: Direkte und indirekte Kontakte zu Familienangehörigen (mindestens ein Mal/Woche) nach Geschlecht und Alter



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2015 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 60 Jahre; nur Verwandte, die nicht im selben Haushalt leben. Direkter Kontakt: „Wie häufig treffen oder besuchen Sie Verwandte?“; indirekter Kontakt: „Wie häufig haben Sie sonstigen Kontakt zu Verwandten z. B. via Telefon, SMS, Brief, Fax, Internet?“; Mindestens wöchentliche Treffen (direkter Kontakt) bzw. Kontakt (direkter oder indirekter Kontakt).

³⁰ Lenzelbauer 2017, S. 13

³¹ Lenzelbauer 2017, S. 14

³² Polak 2011, S. 108

³³ Jakoby 2008; Fuchs 2017

2.4. Freundeskreis

In Oberösterreich treffen sich 52 Prozent der Männer und 50 Prozent der Frauen im Alter über 60 Jahre mindestens ein Mal pro Woche mit Personen aus dem Freundeskreis. 61 Prozent der Männer und 65 Prozent der Frauen haben mindestens ein Mal pro Woche Kontakt (Treffen oder indirekten Kontakt, z. B. telefonisch) zu befreundeten Personen.

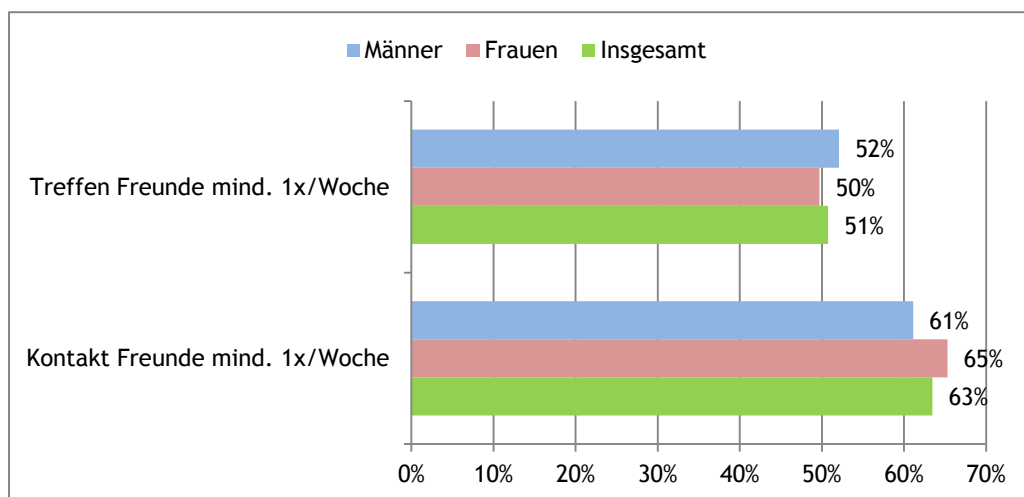


Abbildung 4: Direkte und indirekte Kontakte im Freundeskreis nach Geschlecht und Alter

Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2015 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 60 Jahre; direkter Kontakt: „Wie häufig treffen oder besuchen Sie Freunde?“; indirekter Kontakt: „Wie häufig haben Sie sonstigen Kontakt zu Freunden z. B. via Telefon, SMS, Brief, Fax, Internet?“; Mindestens wöchentliche Treffen (direkter Kontakt) bzw. Kontakt (direkter oder indirekter Kontakt).

2.5. Erwerbstätigkeit

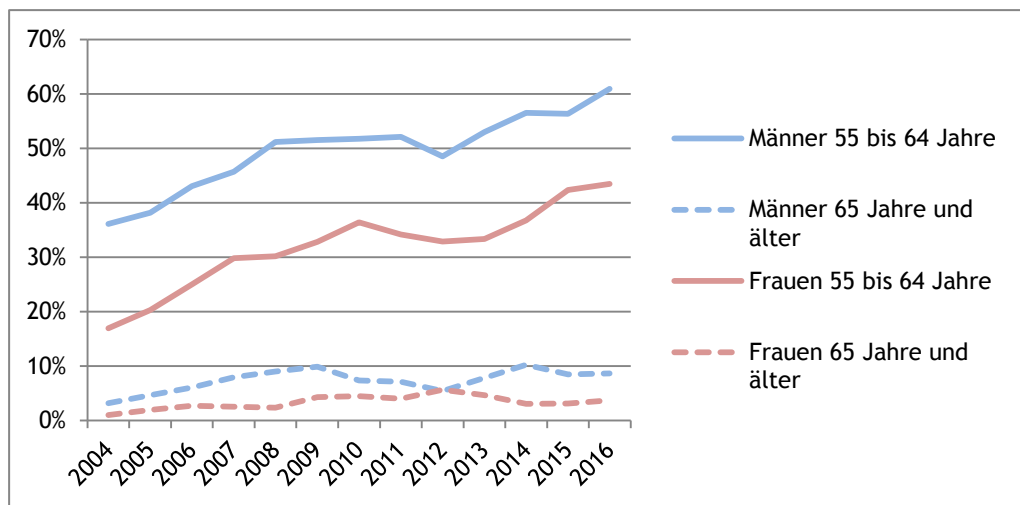
Die Erwerbschancen im späten Berufsleben stellen eine wesentliche Voraussetzung für einen geglückten Übergang in den Ruhestand dar. Aber auch nach der Pensionierung kann z. B. eine geringfügige Erwerbstätigkeit neben der Pension mitunter eine erfüllende Beschäftigung darstellen. Aus gesundheitlicher Sicht ist es wichtig, dass die Gestaltung des Erwerbslebens im fortgeschrittenen Alter den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht und von diesen mitbestimmt werden kann.

Allerdings wird die Erwerbsbeteiligung älterer Menschen in der Bevölkerung differenziert bewertet. Etwa ein Drittel (32%) der OberösterreicherInnen stimmen der Aussage zu, dass die Berufstätigkeit im fortgeschrittenen Alter sich positiv auf das Land auswirkt. Ein etwas größerer Anteil (39%) stimmt dieser Aussage nicht zu und 29 Prozent sind diesbezüglich unentschieden. Der Aussage, dass erwerbstätige ältere Menschen den Jüngeren Arbeitsplätze wegnehmen, stimmen 41 Prozent der OberösterreicherInnen zu, 29 Prozent lehnen diese Aussage ab und 30 Prozent äußern sich neutral.³⁴

In der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen hat die Erwerbsbeteiligung in den letzten Jahren deutlich zugenommen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. 2016 waren in Oberösterreich 61 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe erwerbstätig. 2004 waren dies noch 36 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen.

In der Altersgruppe über 65 Jahre sinkt die Erwerbsquote aufgrund der Pensionierungen deutlich. Aber auch in dieser Altersgruppe gingen 2016 noch 9 Prozent der Männer und 4 Prozent der Frauen zumindest einer geringfügigen Erwerbstätigkeit nach.

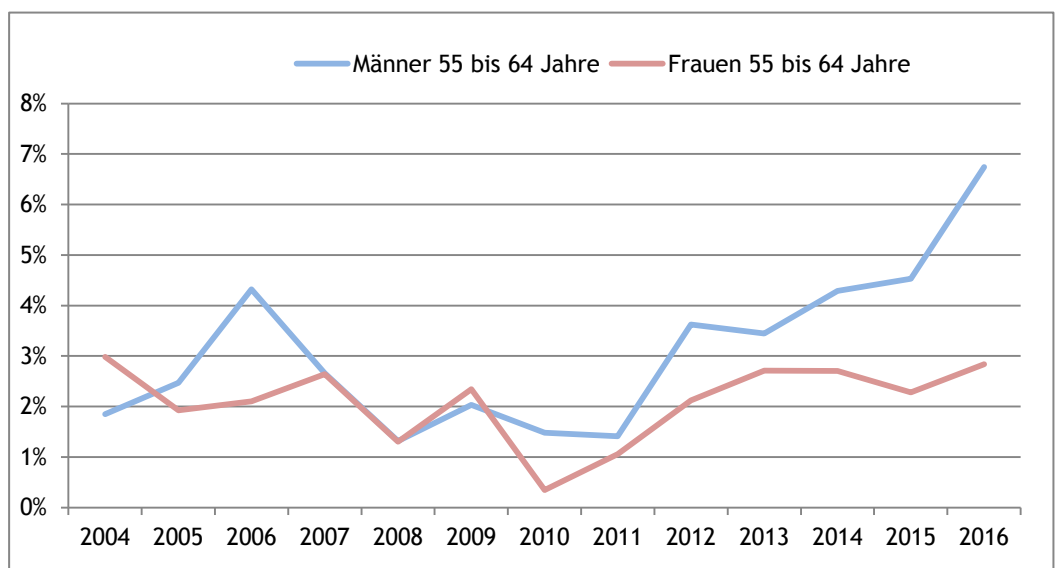
Abbildung 5: Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung



Quelle: STATcube - Statistische Datenbank von Statistik Austria: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Jahresdaten (IGP-Berechnungen). Erwerbstätige nach dem ILO-Konzept. Oberösterreichische Bevölkerung

In Oberösterreich lag die Arbeitslosenquote unter den 55- bis 64-jährigen Männern bei 7 Prozent und die der gleichaltrigen Frauen bei 3 Prozent. Insbesondere bei Männern ist ab 2011 ein starker Anstieg zu beobachten.

Abbildung 6: Arbeitslosigkeit



Quelle: STATcube - Statistische Datenbank von Statistik Austria: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Jahresdaten (IGP-Berechnungen). Anteil der Arbeitslosen an den Erwerbspersonen (Erwerbstätige + Arbeitslose). Arbeitslose und Erwerbstätige nach dem ILO-Konzept. Oberösterreichische Bevölkerung

2.6. Soziales Engagement und Freiwilligenarbeit

Soziales Engagement und Freiwilligenarbeit begünstigen die soziale Einbindung älterer Menschen und bieten zudem eine Gelegenheit für sinnstiftende Aktivitäten. Fast ein Viertel (23%) der oberösterreichischen Bevölkerung über 60 Jahre betätigt sich innerhalb und ein Viertel (25%) außerhalb von Organisationen freiwillig aktiv. Der Anteil ist bei den Männern speziell bei der formalen freiwilligen Tätigkeit etwas höher. Die Begründung dafür könnte darin liegen, dass Männer sich verstärkt Freiwilligentätigkeiten zuwenden, die ein höheres Sozialprestige haben.³⁵

In Oberösterreich geben 8 Prozent der Bevölkerung über 60 Jahren an, sich als BürgerInnen aktiv politisch zu engagieren, Männer deutlich häufiger (11%) als Frauen (6%).

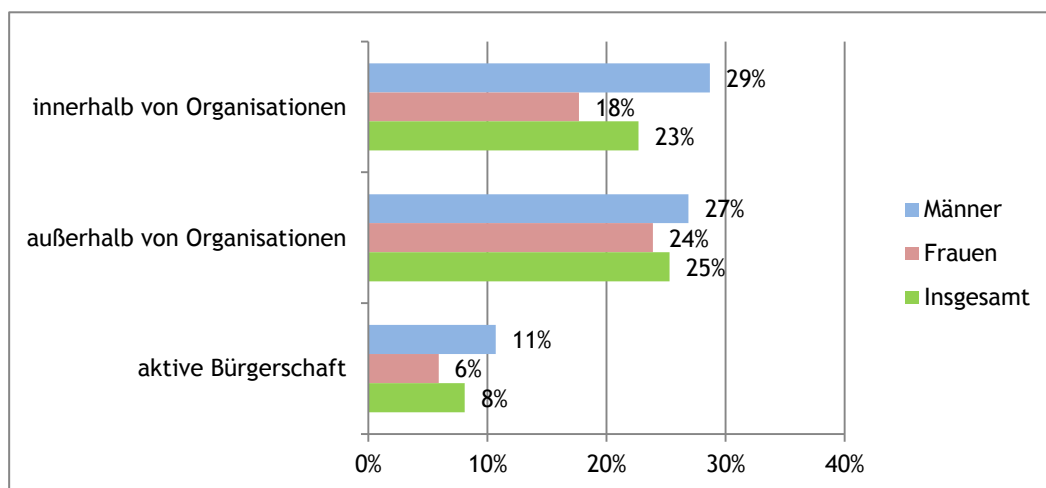


Abbildung 7: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Geschlecht

Quelle: EU-SILC 2015 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 60 Jahre. „Haben Sie in den letzten 12 Monaten Freiwilligenarbeit im Rahmen einer Organisation oder eines Vereins geleistet?“; „Haben Sie in den letzten 12 Monaten Freiwilligenarbeit außerhalb einer Organisation oder eines Vereins geleistet (z.B. Hilfe für Menschen und Tiere)?“; „Haben Sie in den letzten 12 Monaten an Aktivitäten einer politischen Partei oder eines Berufsverbands, an einer Demonstration oder an einem friedlichen Protest, z.B. Unterzeichnen einer Petition, teilgenommen?“

2.7. „Altersbilder“ und Altersdiskriminierung

Eine positive gesellschaftliche Bewertung des Alterungsprozesses bzw. positive „Altersbilder“ sind eine wesentliche Voraussetzung für die Gesundheit und das Wohlbefinden im fortgeschrittenen Lebensabschnitt.³⁶

Ein Drittel der österreichischen Bevölkerung zwischen 55 und 64 Jahren (34%) stuft sich als „alt“ ein, zwei Drittel (66%) sehen sich im „mittleren Alter“. In der Altersgruppe ab 65 sehen sich immerhin noch mehr als ein Fünftel (23%) im mittleren Alter, 76 Prozent geben an, dass sie sich als „alt“ einstufen.³⁷

³⁵ BMASK 2013, S 11 und BMASK 2015 S. 19

³⁶ Motel-Klingebiel et al. 2010, 147 ff

³⁷ Eurobarometer: Europäische Kommission 2014 (IGP-Berechnungen). Da die Stichprobengröße für diese Altersgruppen nicht für eine gesonderte Auswertung für die oberösterreichische Bevölkerung ausreicht, werden hier die Österreichweiten Werte angegeben. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass sich Oberösterreich diesbezüglich nicht wesentlich vom Bundesdurchschnitt unterscheidet.

Ab einem Alter von 66 Jahren wird man in Oberösterreich im Durchschnitt als „alt“ eingestuft.

Das Alter, ab dem man in Oberösterreich „nicht mehr als jung“ angesehen wird, liegt nach Meinung der oberösterreichischen Bevölkerung im Durchschnitt bei 32 Jahren. Ab einem Alter von 66 Jahren wird man in Oberösterreich im Durchschnitt als „alt“ eingestuft.³⁸

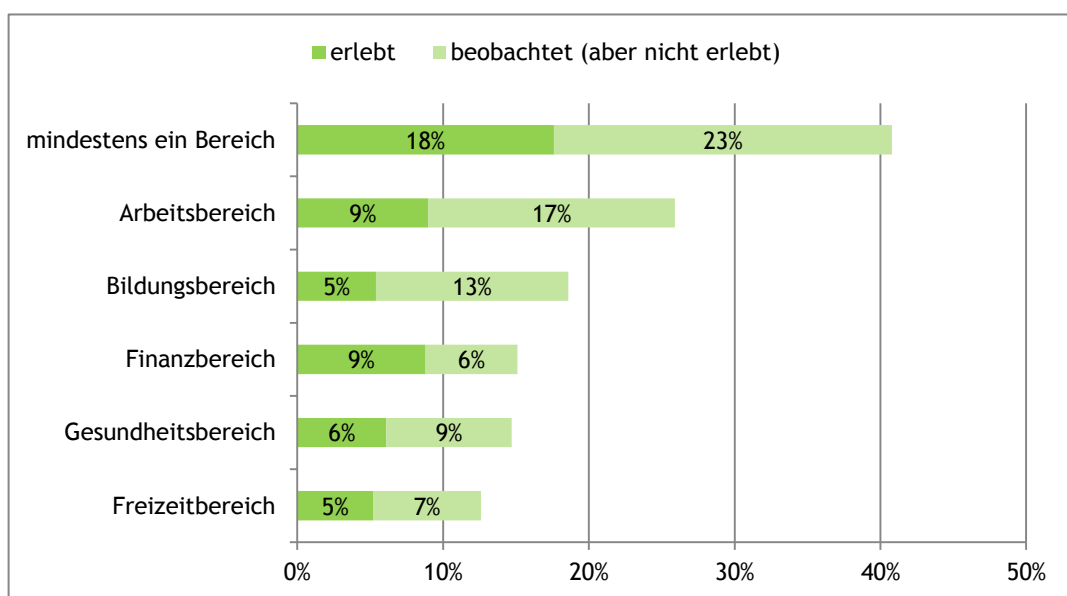
Das allgemeine Bild der Generation im Alter über 55 wird vom Großteil der Bevölkerung eher positiv bewertet (80%). 5 Prozent haben ein eher negatives Bild dieser Altersgruppe und 15 Prozent äußern sich diesbezüglich neutral.³⁹

Altersdiskriminierung

Im Zusammenhang mit der sozialen Einbindung älterer Menschen, aber auch im Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden, spielt Altersdiskriminierung eine wesentliche Rolle. Darunter versteht man Benachteiligungen von Menschen aufgrund ihres Alters bzw. der einer Altersgruppe zugeschriebenen Eigenschaften (Stereotype, Vorurteile).⁴⁰

In der Eurobarometererhebung 2011 wurde erhoben, in welchem Ausmaß von der Bevölkerung eine Diskriminierung wegen eines zu hohen Alters in verschiedenen Bereichen (Arbeit, Bildung, Finanzsektor, Gesundheit und Freizeit) beobachtet oder sogar erlebt wurde. Vier von zehn OberösterreichernInnen (41%) geben an, dass sie innerhalb von zwei Jahren zumindest in einem der fünf Bereiche eine Benachteiligung aufgrund eines zu hohen Alters wahrgenommen haben, 18 Prozent davon geben an, dass sie sogar selbst betroffen waren. Am häufigsten wird Altersdiskriminierung im Arbeitsbereich wahrgenommen (26%), gefolgt vom Bildungsbereich (18%), vom Finanzbereich (15%) sowie vom Gesundheits- (15%) und Freizeitbereich (12%).

Abbildung 8: Altersdiskriminierung



Quelle: Eurobarometer 2011 (Europäische Kommission 2014) (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre. „Altersdiskriminierung kann Menschen aller Altersgruppen betreffen. Für diese spezielle Frage möchte ich Sie jedoch bitten über Situationen nachzudenken, in denen Menschen diskriminiert wurden, weil sie als zu alt angesehen wurden. Sind Sie in den letzten zwei Jahren in einem der folgenden Bereichen selbst Opfer von Diskriminierung aufgrund ihres Alters geworden oder sind Sie Zeuge von Altersdiskriminierung gegenüber anderen Personen geworden?“.

³⁸ Eurobarometer: Europäische Kommission 2014 (IGP-Berechnungen)

³⁹ Eurobarometer: Europäische Kommission 2014 (IGP-Berechnungen)

⁴⁰ Eurobarometer: Europäische Kommission 2014 (IGP-Berechnungen)

3. Ziel 9 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele: Ältere Menschen aktiv einbeziehen

In Oberösterreich stellt das Ziel 9 der bis 2020 gültigen Gesundheitsziele auf die Förderung der sozialen Einbindung älterer Menschen bzw. auf die Verringerung des Risikos für Vereinsamung im fortgeschrittenen Alter ab. Im Rahmen des Gesundheitsziels sollen diesbezüglich geeignete Konzepte und Maßnahmen entwickelt bzw. erprobt werden. Die dadurch erlangten Erfahrungen und Kenntnisse sollen in der Folge dazu dienen, entsprechende Aktivitäten anzustoßen und bedarfsgerechte Maßnahmen zu implementieren. Nachfolgend wird ein Überblick über die bisherigen Schritte in der Umsetzung des Oberösterreichischen Gesundheitsziels 9 gegeben.

Als erster Schritt für die Maßnahmenentwicklung wurde Ende 2013 eine Arbeitsgruppe mit der Analyse der Ist-Situation und der Identifikation von möglichen Ansatzpunkten betraut. Inhaltlich orientierte sich die Bestandsaufnahme an den Zielsetzungen des Österreichischen Bundesseniorenplanes 2014, um die Kompatibilität etwaiger Aktivitäten sicherzustellen und mögliche Synergien zu nutzen. Die Beschreibung der aktuellen Situation erfolgte anhand verfügbarer Sekundärdaten. Zudem wurde das Ärztliche Qualitätszentrum der Ärztekammer OÖ vom IGP mit einer Umfrage unter SeniorInnen in Arztpraxen beauftragt. Anhand einer umfangreichen Recherche sowie der Erhebung einschlägiger Aktivitäten in den Vorstandsorganisationen des IGP wurden bereits bestehende Angebote für SeniorInnen ermittelt, um allfällige Angebotslücken zu identifizieren.

Aus der Bestandsaufnahme konnten Empfehlungen zu vier Handlungsfeldern abgeleitet werden, zu denen in weiterer Folge Modellprojekte gesichtet wurden.

Handlungsfelder zum Gesundheitsziel 9:

- Optimierung der Rahmenbedingungen für die Nutzung des bestehenden Angebotes bzw. für die Angebotsplanung
- Förderung von Nachbarschaftshilfe und informeller Hilfe und Unterstützung
- Gelegenheiten zur Begegnung in Alltag und Freizeit
- Angebote für spezielle Zielgruppen

Zu den Ergebnissen wurden Stellungnahmen von ExpertInnen aus relevanten Einrichtungen und Institutionen (z. B. Seniorenverbände) zu den vorgeschlagenen Maßnahmen eingeholt und in der Entwicklung des Konzeptes berücksichtigt. Die in weiterer Folge erarbeiteten Projektskizzen dienten der weiteren Präzisierung des Konzeptes. Im Herbst 2016 wurden für ausgewählte Projektskizzen („Gemeinsam Gehen“ und „Begleiteter Mittagstisch“) Detailkonzepte entwickelt und für die Umsetzung im Rahmen der Gesunden Gemeinden Oberösterreich zur Verfügung gestellt.

Themenbereiche der im Rahmen des Gesundheitszieles 9 ausgearbeiteten Projektskizzen:

- Temporäre Freiwilligentätigkeit
- Initiativen auf Nachbarschaftsebene
- Schulung von MultiplikatorInnen zur Entwicklung lokaler Strukturen („Nachbarschaftswerkstatt“)
- Befähigung zur eigenständigen Umsetzung von Projektideen durch SeniorInnen („SeniorInnenstipendien“)
- Offene Räume für kreative, handwerkliche und technische Tätigkeiten
- Treffpunkt: TANZ - Tanzangebote für Menschen ab der Lebensmitte
- Begegnungsbänke / Verweilbänke
- Gemeinsam Gehen
- Radeln ohne Alter
- Begleiteter Mittagstisch
- Aufsuchende Tätigkeiten

Im Rahmen des Pilotprojektes „Qualitätszertifikat^{plus}“ der Gesunden Gemeinden OÖ sind derzeit fünf Gemeinden dabei, Projekte zur besseren Einbindung älterer Menschen umzusetzen. Das IGP unterstützt diese Aktivitäten in Form einer begleitenden Evaluation, die zur Fortentwicklung des Vorhabens beitragen soll und Rückschlüsse über weitere Umsetzungsschritte ermöglicht.

Literatur

- Ammon, Anton (2010): Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten. Forschungsexpertise zu einem Bundesplan für SeniorInnen. Endbericht. Wien, zuletzt geprüft am 31.01.2018.
- Böger, Anne; Huxhold, Oliver; Wolff, Julia K. (2017): Wahlverwandtschaften: Sind Freundschaften für die soziale Integration wichtiger geworden? Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). In: Katharina Mahne, Julia Katharina Wolff und Julia Simonson (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 257-271. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8>.
- Böhm, Karin; Tesch-Römer; Clemens; Ziese, Thomas (Hg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch Institut. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), zuletzt geprüft am 15.01.2018.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des Freiwilligen Engagements in Österreich. 2. Freiwilligenbericht; Wien 2015
- Cacioppo, John T.; Hawkley, Louise C.; Norman, Greg J.; Berntson, Gary G. (2011): Social isolation. In: *Annals of the New York Academy of Sciences* 1231, S. 17-22. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x.
- Engstler, Heribert; Klaus, Daniela (2017): Auslaufmodell ‚traditionelle Ehe‘? Wandel der Lebensformen und der Arbeitsteilung von Paaren in der zweiten Lebenshälfte. In: Katharina Mahne, Julia Katharina Wolff und Julia Simonson (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 201-213.
- Europäische Kommission (2014): Eurobarometer 76.2 (2011). Unter Mitarbeit von European Commission, Brussels DG Communication, TNS Dimarso, Brussels, Belgium, TNS BBSS, Sofia, Bulgaria, TNS Aisa, Prague, Czech Republic, TNS GALLUP DK, Copenhagen, Denmark, TNS Infratest, Munich, Germany et al.: GESIS Data Archive, 2014.
- Gale, Catharine R.; Westbury, Leo; Cooper, Cyrus (2017): Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty. The English Longitudinal Study of Ageing. In: *Age and ageing*. DOI: 10.1093/ageing/afx188.
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika et al. (2017): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/15. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien, zuletzt geprüft am 31.01.2018.
- Hawkley, Louise C.; Cacioppo, John T. (2010): Loneliness matters. A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. In: *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine* 40 (2), S. 218-227. DOI: 10.1007/s12160-010-9210-8.
- Holwerda, Tjalling Jan; Deeg, Dorly J. H.; Beekman, Aartjan T. F.; van Tilburg, Theo G.; Stek, Max L.; Jonker, Cees; Schoevers, Robert A. (2014): Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset. Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). In: *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 85 (2), S. 135-142. DOI: 10.1136/jnnp-2012-302755.
- Hoogendijk, Emiel O.; Suanet, Bianca; Dent, Elsa; Deeg, Dorly J. H.; Aartsen, Marja J. (2016): Adverse effects of frailty on social functioning in older adults. Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *Maturitas* 83, S. 45-50. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.09.002.
- Hsiao, Ya-Hsin; Chang, Chih-Hua; Gean, Po-Wu (2018): Impact of social relationships on Alzheimer's memory impairment. Mechanistic studies. In: *Journal of biomedical science* 25 (1), S. 3. DOI: 10.1186/s12929-018-0404-x.
- ISSP Research Group (2017): International Social Survey Programme. Work Orientations IV - ISSP 2015. Unter Mitarbeit von Carton, AnnVlaamse Overheid, Studiedienst van de Vlaamse Regering, Brussels, Belgium, Vanderkelen, FrançoiseWalloon Institute of Assessment, Forecasting and Statistics, Namur, Belgium, Gonzales T., RicardoCentro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, Chile, Marinović Jerolimov, DinkalInstitute for Social Research, Zagreb, Croatia, Večerník, JiříInstitute of Sociology, Academy of Sciences of the Czech Republic, Praha, Czech Republic, Lund Clement, SanneDepartment of Political Science, Aalborg University, Denmark et al.
- Klimont, Jeannette; Baldasz, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien.
- Lenzelbauer, Werner (2017): Oberösterreich wird älter. Senioren in Oberösterreich - Situation und Herausforderungen, 13.12.2017. Online verfügbar unter https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/DokumenteAbt_Stat/OOE_wird_aelter_Vortrag.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2018.
- Meek, Kayla P.; Bergeron, Caroline D.; Towne, Samuel D.; Ahn, SangNam; Ory, Marcia G.; Smith, Matthew Lee (2018): Restricted Social Engagement among Adults Living with Chronic Conditions. In: *International journal of environmental research and public health* 15 (1). DOI: 10.3390/ijerph15010158.
- Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.) (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart.
- Polak, Regina (2011): Zukunft-Werte-Europa. Die Europäische Wertestudie 1990-2010: Österreich im Vergleich. Wien, Böhlau.
- Robert Koch-Institut (2012): Soziale Unterstützung. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI), Berlin.
- Weber, G. et al. (2005): ESAW: European Study of Adult Well-Being. Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter. 2002-2004. Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich. Wien.
- Wolff, Julia K.; Tesch-Römer, Clemens (2017): Glücklich bis ins hohe Alter? Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte. In: Katharina Mahne, Julia Katharina Wolff und Julia Simonson (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 171-183.

Impressum

Gesundheit Kompakt Berichtet

Herausgeber

Institut für Gesundheitsplanung

Weißewolfstraße 5/EG/1

4020 Linz

Tel.: 0732/784036

Mail: institut@gesundheitsplanung.at

Web: www.gesundheitsplanung.at

Autorin

MMag. Martin Reif, MPH

Ausgabe

7

Erscheinung

April 2018

ISSN: 2414-4096