

Mobilität und Teilhabe im Alter

**Über Zusammenhänge zwischen Mobilität, Gesundheit, Teilhabe und
Einsamkeit**

Prof. Dr. Anton Amann

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autor: Prof. Dr. Anton Amann

Druck: BMSGPK

Wien, 2021

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z.B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhalt

1. Ausgangslage	4
2. Allgemeine Befunde	8
3. Mobilitätsmuster und Verhaltensweisen	11
3.1. Verschiedene Formen	11
3.2 Ergebnisse aus multivariaten Analysen (Regressionsanalysen).....	12
3.3 Vom Autofahren im Alter	14
3.4 Höhere und spezielle Risiken im Straßenverkehr	16
4. Mobilität, Gesundheit und Teilhabe.....	20
4.1 Mobilität und Gesundheit	21
4.2 Mobilität, Einsamkeit und Isolation	23
4.3 Mobilitätstypen und Verkehrsmittel.....	25
5. Ausblick	28
Literaturverzeichnis	29

1. Ausgangslage

Es gibt die erstaunliche Möglichkeit, dass man einen Gegenstand mathematisch beherrschen kann, ohne den Witz der Sache wirklich erfasst zu haben. (Albert Einstein)

Mobilität (lat. mobilitas) heißt in der Grundbedeutung Beweglichkeit, mit ihr werden Selbständigkeit, Autonomie, Souveränität, Freiheit und Ungebundenheit in Zusammenhang gebracht. Mobilität ist eine der Grundvoraussetzungen für Teilhabe, sie ist wichtig für Wohlbefinden und Gesundheit, doch ihr Gelingen ist vom Zusammenspiel vieler Faktoren abhängig.

Älterwerden und soziale Einbindung sind ein vielschichtiges und sich in der Zeit wandelndes Gefüge, eindimensionale Ursache- und Wirkungsbeziehungen können allenfalls grobe Richtungen beschreiben oder Wahrscheinlichkeiten dartun. Oft wären weniger, dafür aber gescheiterte Zahlen vonnöten, um die Prozesse besser abzubilden (multum, non multa). Nichts ist wichtiger als klar zu sehen, dass die Zusammenhänge im Alternsprozess vieldimensional verbunden sind, dass die Altersveränderungen sich langfristig entwickeln und in einem komplexen Zusammenspiel vielfältiger Bedingungen stehen. Die soziale Herkunft, die Umwelt, das eigene Wollen und Tun, die Institutionen, alles spielt eine Rolle.

Deshalb ist die zentrale Bedeutung der Mobilität als notwendige Bedingung vieler Lebensaktivitäten unabweisbar. Eindeutig hat sich gezeigt, dass die Erhaltung einer bedürfnisgerechten und variablen Mobilität eine positive Entwicklung im Alter unterstützen und die Lebensqualität erhöhen kann. Eindeutig stellt sich eine wenig belastende Mobilitätsgestaltung als wichtiger Faktor für eine positive Entwicklung im Alter heraus. Fällt die Mobilitätsbewältigung hingegen schwer, so wird schnell auf Freizeittätigkeiten und Aktivitäten mit Verantwortung außer Haus verzichtet (viel schneller noch als auf Alltagserledigungen oder soziale Kontaktpflege). Der Verzicht auf solche Aktivitäten kann jedoch eine negative Entwicklung im Alter beschleunigen. So ergeben sich in Abhängigkeit auch von der Mobilitätsgestaltung unterschiedliche Alternsverläufe. Gewinnchancen haben die auch außer Haus aktiven Menschen, vergleichsweise große

Verluste diejenigen, die auf Mobilitätsprobleme eher mit Rückzug und dem Verzicht auf Aktivitäten reagieren (Schlag 2015: 239 ff.).

In Untersuchungen wird mitunter zwischen geistiger und physischer Mobilität unterschieden. Die physische Mobilität kennt Unterteilungen wie inner- und außerhäusliche Mobilität, mit und ohne technische Hilfsmittel, mit und ohne Unterstützung durch andere Personen. Erhebungen in verschiedenen europäischen Ländern (vgl. SIZE 2006) haben schon länger erwiesen, dass ganz allgemein für die Betrachtung von Teilhabe, aber auch für die Analyse von Störungen und Einschränkungen im täglichen Leben, die größtenteils mit dem Älterwerden einhergehen, aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive das Konzept der Mobilität geeignet ist, um Forschungsbefunde in einen systematischen Zusammenhang zu stellen.

Zuvorderst sind einige begriffliche Klärungen dienlich. Wenn von Mobilität gesprochen wird, ist der gedankliche Bezugspunkt meist eine Bewegung im Raum bzw. ein raumzeitlicher Vorgang. So lautet denn auch eine gängige Auffassung: Mobilität heißt die Bewegung von Personen und Gütern im Raum, um Distanzen zu überwinden. Diese an den Gedanken von Verkehr angelehnte Auffassung ist jedoch zu eng für unsere Fragestellung, denn der Begriff Mobilität wurde von allem Anfang an in psychischen und sozialen Kontexten gebraucht.

Neben diesen Auffassungen birgt der Begriff die Vorstellung eines kognitiven Vermögens im Sinne von Promptheit und Reagibilität des Denkens (*mobilitas animi*). Diese geistige Mobilität wurde seit jeher als Korrelat zur physischen Mobilität gesehen. Inzwischen ist es auch üblich geworden, zwischen sozialer und räumlicher Mobilität zu unterscheiden, wobei in erster Linie auf die Bereitschaft und tatsächliche Realisierung gezielt wird, den Wohnort sowie soziale Netzwerke und Bildungs- und Arbeitsumwelt zu wechseln. Es zeigt sich an diesen Beispielen, dass der Begriff Mobilität sehr verschieden gefasst werden kann. Für die vorliegende Fragestellung wird versucht, ihm einen spezifischen Zuschnitt zu geben, er liegt im methodischen Prinzip der Multidimensionalität.

Ein Individuum muss prinzipiell in der Lage sein, sich im Raum zu bewegen, besitzt es diese Fähigkeit nicht, ist Teilhabe am Leben ohne Unterstützung nicht möglich. Deshalb lässt sich auch sagen, dass Mobilität die Erfahrung und die Nutzung von Lebensraum konstituiert (Topp 2001). Deutlich belegen dies empirische Befunde, nach denen mit steigendem Alter den Menschen ihre Wohnung und engere Wohnumgebung zum zentralen Bereich ihrer Lebensvollzüge werden. Wiewohl diese Voraussetzung als

unabdingbar für die Teilhabe am Leben sich darstellt, gibt es erhebliche interindividuelle Grade oder Ausmaße an Mobilität, die für notwendig angesehen werden, und es gibt höchst unterschiedliche Ziele, in deren Dienst Mobilität gestellt wird.

In der Literatur wurde zielgerichtete Mobilität mit Bedürfnissen in Verbindung gebracht, deren Befriedigung mit den physischen und sozialen Mobilitätsbedingungen der Umwelt in Konflikt geraten können. Die Sozialgerontologie hat sich einen transaktionalen Mobilitätsbegriff zu eigen gemacht, der deutlich in der „Environmental Docility Hypothesis“ (Lawton 1990) zum Ausdruck kommt. Das Individuum und seine Umwelt sind wechselseitig miteinander verbunden. Wenn nun jemand älter wird und wenn zunehmend Verluste und Defizite auftauchen, wird die spezifische Ausgestaltung der Umwelt mehr und mehr bedeutsam für die Planung und Realisierung des Alltagslebens und vice versa, oder in anderen Worten: Die Bedingungen für Einbindung werden ohne Anpassung der Umwelt an die geänderten Bedürfnisse des Individuums und ohne Anpassung des Individuums an die Umwelt schwieriger (vgl. Amann 2019).

Schließlich ist noch anzumerken, dass in der Forschungsliteratur auch zwischen Mobilität als Mittel zur Erreichung eines Zieles und als Selbstzweck unterschieden wird, meist taucht diese Unterscheidung im Zusammenhang mit Fragen nach der Motivation für Mobilitätsverhalten auf. Dabei ist auf den besonderen Aspekt einzugehen, dass die Diskussion in den letzten Jahren zunehmend ideologisch und politisch durchsetzt worden ist, sie ist selbst normativ geworden. In der Gegenwartsgesellschaft hat Mobilität längst eine über-positive Konnotation angenommen; völlig abseits von individuellen Bedürfnissen und Absichten gilt sie als Synonym für aktiv, dynamisch, vital, flexibel, fleißig und anpassungsfähig. Damit schießt sie aber schnell übers Ziel, wie dies gegenwärtig mit dem modisch gewordenen Konzept der Resilienz der Fall ist,¹ das insinuiert, wenn die äußeren, schlechten Verhältnisse nicht zu ändern seien, müsse der Mensch sie positiv umdeuten und durch Anpassung an sie zu bewältigen suchen. Mobilität ist zu einem Synonym für ein gutes Leben geworden und damit zu einer Aufforderung für einen bestimmten Lebensstil. Diese Sichtweise überlagert manchmal den nüchternen Gedanken

¹ Der Begriff stammt aus der technischen Materialkunde und aus der Ökologieforschung. Resilienz bedeutet, dass ein Objekt sich unter schwierigen oder krisenhaften Bedingungen verändert und aus ihnen gestärkt hervorgeht, ohne an den Bedingungen etwas zu verändern. Dass sich dieser Begriff in den Altersdiskurs so gewichtig eingehängt hat, weist ihn als ein weiteres Beispiel der versuchten Entpolitisierung des Alters aus.

allzu sehr, dass Mobilität der Älteren auf der sozialen und politischen Agenda steht, weil von ihr zu Recht erhofft wird, dass sie Ausgrenzung verhindere und Gesundheit fördere.

2. Allgemeine Befunde

Mobilitätsumfang und Mobilitätshäufigkeit sinken mit steigendem Alter, sind aber höher als in früheren Altengenerationen. Trotz der heute höheren Gesamtmobilität älterer Menschen wirkt das steigende Durchschnittsalter der Gesellschaft dämpfend auf das gesamte Mobilitätsverhalten. Gleichzeitig werden die nötigen Randbedingungen für die Mobilität im Alter differenzierter und anspruchsvoller, Segmente wie der Freizeitverkehr erleben durch ältere Menschen, welche nicht mehr erwerbstätig sind, einen Wachstumsschub.

Der demographische Strukturwandel verändert die großen Muster der Mobilität, weil die Gruppe der Älteren größer und in sich immer heterogener wird. Verhaltensweisen und Lebenslagen beeinflussen das Mobilitätsverhalten; die eigene Gesundheit, alterskorrelierte Beeinträchtigungen, soziale Kontakte, die Einkommenssituation, das Wohnumfeld, die Verkehrsangebote, die Technologienutzung, Einstellungen und Wertorientierungen spielen eine Rolle.

Für 85 % der über 65-Jährigen ist körperliche Bewegung ein wichtiger Aspekt, trotzdem benutzen viele Ältere den Pkw für (auch kurze) Alltagswege (VCÖ 2015: 32). Da unter den gegenwärtig Älterwerdenden ein immer größerer Anteil einen Führerschein besitzt, werden die Schwierigkeiten der Beteiligung im Kfz-Verkehr als gering eingestuft, während der Öffentliche Verkehr, das Radfahren und Gehen subjektiv häufig als mit Barrieren behaftet wahrgenommen werden. Zudem unterschätzen ältere Menschen ebenso wie alle anderen Altersgruppen meist die Risiken beim Autofahren, während sie die Probleme mit anderen Verkehrsarten – zum Teil beträchtlich – überschätzen (Bakaba, Ortlepp 2010).

Vier von fünf Menschen unter 75 verlassen täglich ihre Wohnung, bei den 75- bis 79-Jährigen sind es etwa zwei Drittel, bei den 80- bis 84-Jährigen 60 %, aber nur noch etwas über die Hälfte derer, die 85 Jahre oder älter sind. Fast ein Drittel der über 65-Jährigen in der EU lebt alleine, davon sind zwei Drittel Frauen. In Österreich leben 29 % der 60- bis 69-jährigen Frauen alleine, bei den 70- bis 79-Jährigen sind es 41 %, bei den über 80-Jährigen sogar 58 %. Wer allein lebt, muss mobil sein, um soziale Kontakte pflegen zu können, einkaufen zu gehen, Behördenwege zu erledigen etc. Bis zu einem Viertel der über 75-Jährigen leidet an Vereinsamung. Die meisten von ihnen verfügen über ein eher geringes

Einkommen. Das erschwert die Nutzung kostspieliger Mobilitätsangebote wie eigenes Auto oder Taxi. Viele von ihnen haben auch Gesundheitsprobleme, sind körperlich weniger leistungsfähig, weniger mobil und haben somit auch Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung (VCÖ 2015: 33).

Ältere Menschen versuchen, ebenso wie andere Altersgruppen, ihre Mobilitätsstile beizubehalten, es ist dies Ausfluss der sogenannten „Macht der Gewohnheit“. Menschen, die aufgrund einer solchen Gewohnheit auf ein einziges Verkehrsmittel (beispielsweise Arbeitspendelnde auf den Pkw) fixiert sind, sind besonders gefährdet, immobil zu werden, wenn sie aus ökonomischen oder gesundheitlichen Gründen dieses Verkehrsmittel nicht mehr nutzen können (VCÖ 2015: 33). Hier spielen mit steigendem Alter eine ganze Reihe physischer und psychisch-geistiger Einschränkungen und Defizite eine Rolle (vgl. Amann 2019: Kap. 3). Sensorische, kognitive, psychische und organische Fähigkeiten können eingeschränkt werden, was unweigerlich zu Mobilitätsveränderungen führt, die ihrerseits wieder in einen Verlust von Lebensqualität und erhöhte Kostenbelastung münden können.

Zumindest seit drei Jahrzehnten (vgl. Amann 2011) können einige empirische Zusammenhänge sich wiederholend bestätigt werden. Der Vergleich von Mobilitätsparametern unter Älteren zeigt, dass in 50 % der Tage eines Jahres diese ihre Wohnung nicht verlassen (Übereinstimmung für Belgien, die Niederlande, das Vereinigte Königreich und die Schweiz, siehe SIZE 2006: 19). Der Prozentanteil hängt, unter anderen Faktoren, vom chronologischen Alter und dem Geschlecht ab. Für 75-Jährige und ältere lag der Wert insgesamt bei 60 %, bei Frauen dieses Alters bei 70 %. Die Ursachen sind verschieden; aus einigen Forschungen geht hervor, dass zwar die Zeit, welche Ältere im Vergleich zu Jüngeren außer Haus verbringen, erkennbar zurückgeht, nicht aber die Zahl der Außer-Haus-Aufenthalte (Hartenstein und Weich 1993). Zu den persönlich berichteten Motiven zählen nicht nur physische Einschränkungen, sondern auch Einstellungen und Emotionen, besonders die subjektiv erfahrene Rücksichtslosigkeit anderer Verkehrsbeteiligter oder die Furcht, Opfer von Übergriffen auf der Straße zu werden. Letzteres gilt für Frauen häufiger als für Männer.

In diesem Zusammenhang ist die aus der Psychologie längst bekannte Erkenntnis zu bedenken, dass ältere Menschen besorgter sind als jüngere und mehr Ängste verspüren (vgl. auch Hörl 2013). Dieser Umstand führt zu einer deutlich stärkeren Gewichtung von Sicherheitsbedürfnissen hinsichtlich der Freiheit von Kriminalität und Belästigungen (security) sowie Unfallgefahren (safety). Auch schränkt eine subjektiv erfahrene Verunsicherung (aus den verschiedensten Gründen) nicht nur in der Weise ein, dass

öffentliche Verkehrsmittel bei Dunkelheit häufig gemieden werden, sondern auch so, dass abends teilweise kaum noch aus dem Haus gegangen wird. Noch extremer kann sich eine starke Sturzangst auswirken. Sie kann dazu führen, dass Bewegung generell vermieden wird und dadurch körperliche Abbauprozesse beschleunigt werden (Schlag 2015: 239 ff.).

Die Gründe für das Zurücklegen bestimmter Wege verändern sich signifikant schon mit dem Pensionsantrittsalter. Während die Grundfunktion „Wohnen“ konstant im Zentrum bleibt, ja sich verstärkt, nimmt bei älteren Menschen die Bedeutung der Funktionen „Arbeiten“ und „Ausbildung“ erwartbar stark ab. Dafür gewinnen die Funktionen „Einkaufen“, „Freizeit/Erholen“ und „Erledigung“ klar an Bedeutung. Im Rahmen der österreichweiten Haushaltserhebung zum Bundesverkehrswegeplan wurde folgendes Datum vermerkt: Einkaufen dominiert mit mehr als 40 % aller Wege pro Tag, gefolgt von Freizeitwegen. Allein aus diesen Ergebnissen wird z. B. ersichtlich, dass ein funktional gut durchmischtes Wohnumfeld für die Gruppe der älteren Menschen besonders wichtig ist (vgl. die „Environmental Docility Hypothesis“). Nahversorgung, Freizeiteinrichtungen, aber auch gesundheitliche Versorgung sollten, wenn möglich, vor allem fußläufig erreichbar sein.

In Zukunft werden die Freizeitwege der alten Menschen weiter zunehmen. Die Zahlen der Patchwork Familien und der Nebenwohnsitze sind im Steigen begriffen, die Digitalisierung ermöglicht schnellere und variabelere Entscheidungen bei der Verkehrsmittelwahl, multilokal wohnende Familien sind hoch mobil, günstige Kurzreiseangebote nehmen zu. Diese Gründe und andere werden das Mobilitätsverhalten in der Freizeit verändern. Trotzdem: Die einmal gewählte Mobilitätsform in jüngeren Jahren wird voraussichtlich auch im Alter von vielen Menschen beibehalten werden. Es ist davon auszugehen, dass der Pkw weiterhin dominieren wird (Bundesministerium 2013: Kap. 3; Risser 2015). Ergänzend gilt auch der bekannte Befund, dass die Lebenszufriedenheit bei Älteren mit Mobilitätseinschränkungen abnimmt, während sie bei Personen ohne solche Einschränkungen nicht beeinträchtigt wird. Insgesamt bezeugen viele empirische Ergebnisse eindrücklich die hohe Bedeutung einer Mobilitätsgestaltung, welche die unterschiedlichen Bedürfnisse und Motive Älterer angemessen zu befriedigenden vermag (vgl. auch Schlag 2015: 239 ff.).

3. Mobilitätsmuster und Verhaltensweisen

Mobilität ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine autonome Lebensführung und wir haben davon auszugehen, dass aktive ältere Menschen gesünder sind als weniger aktive und wertvolle Beiträge für viele gesellschaftliche Belange leisten können. Die Häufigkeit, mit der Ältere sich außer Haus bewegen, korreliert eindeutig mit Wohlbefinden und Lebensqualität. Diese und viele andere Befunde legen nahe, dass die Unterstützung und Erleichterung von Mobilität im Alter auch von eminentem ökonomischem Nutzen ist. Je weniger in dieser Richtung investiert wird, sozusagen als wirtschaftliche Primärprävention, desto höher werden in einer alternden Gesellschaft die Kosten. Viele unterschiedliche Typen von Bewegung sind nötig, um ein autonomes Leben zu führen.

3.1. Verschiedene Formen

Gehen ist die wichtigste und häufigste Mobilitätsform, ihr folgt das Fahren mit dem Pkw, an dritter Stelle folgt die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel. 80 % der Älteren in Österreich sagen, dass sie mehrmals in der Woche zu Fuß unterwegs seien (Consol 2013: 39). Diese Reihung der Mobilitätsformen (modes of transportation) ist konsistent mit den Ergebnissen aus anderen Ländern, sie wird nur teilweise durchbrochen durch die Benützung von Auto und Fahrrad an erster und zweiter Stelle in den Niederlanden, oder die Benützung des Pkws an erster Stelle in Schweden, wo ein wesentlich geringerer Teil der Bevölkerung im städtischen Raum lebt als in Österreich und den Niederlanden. Allerdings gibt es Genderunterschiede. Frauen nennen das Gehen als bevorzugte Form der Fortbewegung häufiger als Männer, diese bevorzugen stärker das Auto. Das mag mit unterschiedlichen Rollenmodellen zusammenhängen, in denen Männer sich stärker mit dem Auto zu identifizieren scheinen. Doch allgemein gilt: Je älter Menschen werden, desto mehr rückt das Gehen in den Vordergrund und Autobenützung und Radfahren treten dementsprechend in ihrer Bedeutung zurück (CONSOL 2013: 39).

Eine seit Jahren wieder und wieder bestätigte Hypothese lautet, dass die Wohnung und die Wohnumgebung mit zunehmendem Alter zum zentralen Ort aller Lebensvollzüge werden. Doch dieses Ergebnis ist im Lichte folgender Differenzierung zu sehen. Die Häufigkeit, mit der das Zuhause täglich oder auch mehrmals täglich verlassen wird, nimmt mit steigendem Alter ab, aber nicht linear. Einige Male im Monat, seltener oder nie das Heim zu verlassen, spielt bis zu einem Alter von ca. 75 keine Rolle, dann aber scheint ein Bruch einzutreten, bei den 85-Jährigen und älteren sind es schon 10 %, auf die das zutrifft (CONSOL 2013: 41).

In der subjektiven Einschätzung verschiedener Mobilitätsoptionen nimmt vor allem das Radfahren mit steigendem Alter ab. Über 80 % der über 85-Jährigen sagen, dass ihre Fähigkeiten für das Radfahren schlecht seien. Für jüngere Menschen ist Radfahren eine vorrangige Mobilitätsart. 65 % auch der 60- bis 64-Jährigen beurteilen ihre diesbezüglichen Fähigkeiten noch als gut.

Eine Mitfahrgelegenheit zu bekommen, nimmt zwar mit dem Alter leicht ab, aber noch 72 % der 80- bis 84-Jährigen beurteilen diese Möglichkeit als gut, jenseits der 85 nimmt sie sogar zu. Das mag mit einer allgemein höheren Unterstützungsbedürftigkeit und der Abnahme der Benützung des Pkws zusammenhängen (CONSOL 2013: 103).

3.2 Ergebnisse aus multivariaten Analysen (Regressionsanalysen)

Auffällig sind folgende Befunde: Soziodemographische Merkmale wie Gender, Alter, Beschäftigung, Pensionierung und Gemeindegröße (städtisch/ländlich) erklären in befriedigender Weise die beobachtete Varianz in der Gesamtmobilität mit ca. 13 %, wenn jedoch (physische) Beeinträchtigungen in die Analyse eingeführt werden, steigt die erklärte Varianz auf 26 %, kommt noch die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit dazu, steigt der Koeffizient auf 33 %. Das zeigt mit aller Deutlichkeit den enormen Effekt dieser zwei Variablen und verweist darauf, dass sogenannte objektive Gesundheitsparameter nicht immer für befriedigende Erklärungen ausreichen mögen.

Gender hat einen nur leichten Effekt auf die Mobilität, Männer zeigen einen etwas höheren Mobilitätsgrad. Der Gendereinfluss verschwindet, wenn Beeinträchtigung und subjektiv wahrgenommener Gesundheitsstatus eingeführt werden. Alter hat, wie empirisch häufig nachgewiesen, keinen konsistenten Einfluss auf die Mobilität. Es scheint, dass bei den jüngeren Altersgruppen kein Effekt auf die Mobilität vorhanden ist, bei den

über 75-Jährigen aber sehr wohl. Allerdings sollte diese Marke nicht als scharfe Grenze angesehen werden. Auch die Pensionierung zeigt keinen merkbaren Einfluss, das ist etwas überraschend angesichts der häufig geäußerten Meinung, die Pensionierung bringe einen massiven Wandel mit sich - hier offensichtlich nicht. Es muss also angenommen werden, dass die Pensionierung keine Veränderung in der Gesamtmobilität mit sich bringt, dass aber einzelne Teilmuster wie Dauer oder Strecke bzw. Modalitätsform sich ändern (CONSOL 2013: 167). Dass Bildung im höheren Alter Mobilität fördert, ist lange bekannt, auch die körperliche Beeinträchtigung kann sie in ihrer Wirkung noch leicht verringern.

In einer groben Einordnung lassen sich anhand von bestimmten Merkmalen drei Typen herausheben, die mit Mobilität in engem Zusammenhang stehen und empirisch gut belegt sind:

Völlig mobile SeniorInnen²

- sind meist noch in irgendeiner Form beschäftigt
- sind meistens unter 70 Jahre alt
- haben den höchsten Anteil an FahrzeuglenkerInnen
- schätzen ihre Möglichkeiten, das Haus zu verlassen und ein Fahrzeug zu lenken, höher ein als alle anderen Altersgruppen
- haben den höchsten Anteil an SeniorInnen in Mehrpersonen-Haushalten
- verlassen ihr Zuhause häufiger als andere Altersgruppen

Mobil leicht beeinträchtigte SeniorInnen

- sind meistens pensioniert
- sind meistens in den höheren Altersgruppen
- zeigen eine hohe Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit
- zeigen wenige physische Beeinträchtigungen
- bevorzugen Gehen und Radfahren
- mehr als die Hälfte dieses Typus lebt in Mehrpersonen-Haushalten

Mobil stark beeinträchtigte SeniorInnen

- sind meistens über 70 Jahre alt
- sind meistens mit ihrer Gesundheit unzufrieden
- zeigen die höchste Rate an physischen Beeinträchtigungen

² Die ursprüngliche Terminologie wurde aus begriffslogischen Gründen etwas verändert.

- zeigen den höchsten Anteil an SeniorInnen, die öffentliche Verkehrsmittel oder spezielle Transportmöglichkeiten bevorzugen
- verlassen ihr Zuhause weniger häufig als andere Altersgruppen
- zeigen den höchsten Anteil an SeniorInnen, die in Einpersonen-Haushalten leben (vgl. CONSOL 2013: 173).

Die verschiedensten multivariaten Analysen zeigen immer wieder, dass der Zufriedenheitsgrad mit der eigenen Gesundheit alle anderen Bestimmungsgründe für Mobilität überwiegt und meistens noch wichtiger ist als physische Beeinträchtigung. Es ist davon auszugehen, dass dieser Faktor die wichtigste Ursache für einen Rückgang der Mobilität im höheren Alter ist und dass ältere Menschen ihre eigene Gesundheit relativ unabhängig vom eigenen Alter einschätzen.

3.3 Vom Autofahren im Alter

Ergebnisse der folgenden Art werden immer wieder in zahlreichen Studien aus den letzten zwanzig Jahren referiert. Mit zunehmendem Alter ab ca. 65 Jahren werde eine sichere Teilnahme am Straßenverkehr deutlich schwieriger. Das gelte nicht für alle Menschen, aber bei vielen fänden sich nachlassende Reaktions- und Wahrnehmungsfähigkeit als Ursachen. Dass sich körperliche und kognitive Einschränkungen (Hörfähigkeit, Sehfähigkeit, längere Reaktionszeiten, abnehmende Beweglichkeit der Wirbelsäule [Wenden des Kopfes]) durch längere Fahrpraxis ausgleichen ließen, könne empirisch nicht in ausreichendem Maße bestätigt werden (GDV 2015: 19).

Ab ca. 70 Jahren nehme die Häufigkeit an Unfallbeteiligung zu, wobei aber nicht Normverstöße im Vordergrund stünden, sondern Fehlverhalten, z. B. beim Abbiegen, das auch im Zusammenhang mit den erwähnten Beeinträchtigungen stehe. Bei der Gruppe der über 65-Jährigen seien in Deutschland im Jahr 2010 bei einem Unfall 66 % die Hauptverursacher gewesen, bei der Gruppe der über 75-Jährigen 76 % (Statistisches Bundesamt 2011). Ein bestimmtes Alter lasse sich für eine Beeinträchtigung der Fahrfähigkeit aber nicht festlegen. Allerdings verursachten Ältere mit einer hohen Fahrleistung doch weniger Unfälle als jene mit geringer Fahrleistung. Klarerweise hänge dies auch mit der bereits genannten unterschiedlichen Verteilung gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Alter zusammen (vgl. GDV 2015: 19).

Dies sind Ergebnisse, wie sie üblicherweise in den meisten Berichten zu lesen sind: Prozentwerte aus einfachen Häufigkeitsverteilungen, die in dieser Form sogar irreführend sein können. Zu einer mehrdimensionalen Betrachtung (vgl. den Abschnitt 1. Ausgangslage) gehört aber ein Mindestmaß an methodischem Raffinement.

Wird z. B. die Verteilung der Unfallbeteiligung über alle Altersklassen untersucht, stellt sich eine typische Kurve heraus: Die 18- bis 24-Jährigen haben eine extrem hohe Rate an Unfällen (immer fahrleistungsbezogen), dann sinkt sie aufgrund von steigender Fahrerfahrung und sinkender Risikobereitschaft auf ein niedriges Niveau und verbleibt auf ihm bis ca. zum 65. Lebensjahr. Dann beginnt sie wieder zu steigen, aber erst bei den über 75-Jährigen erreicht sie das Niveau der 30- bis 34-Jährigen, bei den über 85-Jährigen jenes der FahranfängerInnen. *„Bezogen auf die Autofahrer aller Altersgruppen sind also Senioren nicht häufiger als der Durchschnitt aller Autofahrer an Unfällen beteiligt“* (Fastenmeier 2019: 128). Wenn das Unfallrisiko über Unfalldaten ermittelt wird, kommt es wahrscheinlich zu erheblicher Überschätzung aus folgenden Gründen.

Beim selben Unfallereignis kommt es bei Älteren aufgrund der höheren Fragilität zu schwereren Verletzungen. Da amtliche Unfallstatistiken auf polizeilich gemeldeten Unfällen beruhen, deren Meldung aber mit der Schadenshöhe systematisch steigt, werden wahrscheinlich mehr Unfälle von älteren Menschen erfasst, weil es bei ihnen zu erheblicheren körperlichen Schädigungen kommt.

Menschen mit weniger Fahrkilometern (weniger als 3.000 km/Jahr) haben als Gruppe eine höhere Unfallrate, *unabhängig vom Alter*. Gerade unter den Älteren gibt es aber überproportional WenigfahrerInnen.

Diese WenigfahrerInnen haben schließlich auch eine *andere Art der Ausgesetztheit* (Exposition). VielfahrerInnen sind zu großen Teilen auf relativ sicheren Autobahnen und Schnellstraßen unterwegs, WenigfahrerInnen verbringen die meiste Fahrzeit in den gefährlicheren und schwierigeren Innerorts- und Landstraßensituationen (Fastenmeier 2019: 129).

„Die Unfallbeteiligung der älteren Fahrer ist nicht höher als der Durchschnitt. Sie sind auch nicht häufiger als der Durchschnitt der Autofahrer Verursacher von Unfällen mit Verunglückten (...), da ein hoher Anteil Hauptbeschuldigter fälschlicherweise mit einer hohen Anzahl verursachter Unfälle gleichgesetzt wird, ohne die geringe Unfallbasisrate älterer Fahrer zu berücksichtigen“ (Fastenmeier 2019: 129).

Eine Eigentümlichkeit der öffentlichen Diskussion besteht in dem notorisch erweckten Eindruck, die Älteren stellten eine erhöhte und besondere Gefahr im Straßenverkehr dar. Auch hier öffnet sich der Blick auf eine eigenartige Wahrnehmung. Unfälle, die meistens im ruhenden Parkverkehr stattfinden und im Allgemeinen nur Sachschaden nach sich ziehen, nehmen mit steigendem Alter tatsächlich zu, sie aber stehen im Zentrum der schiefen Argumentation. Die Rate liegt bei den 18- bis 25-Jährigen bei ca. 20 % und erreicht bei den 85-Jährigen etwa 45 %. Dagegen sinkt der Anteil der Unfälle mit Personenschaden mit dem Alter der VerursacherInnen auf unter 15 % bei den über 85-Jährigen (Fastenmeier 2019: 130); das Vorurteil aber hält sich hartnäckig.

3.4 Höhere und spezielle Risiken im Straßenverkehr

Entgegen dem verbreiteten Vorurteil über die Älteren als *GefährderInnen* im Straßenverkehr ist die Betonung auf *Gefährdete* zu legen. Das mit dem Alter zunehmende Verletzungsrisiko führt bei der Rate der Getöteten je Kilometer zu einem sehr deutlichen Anstieg. Dass die Älteren als FußgängerInnen und RadfahrerInnen ein höheres Risiko als alle anderen Altersgruppen haben, bei einem Unfall getötet zu werden, ist seit Jahrzehnten bekannt, die vorrangige Konzentration der öffentlichen Diskussion auf den Autoverkehr trifft das Problem ebenso wenig im Kern, wie die einseitige Hervorhebung altersbezogener Fähigkeitsverluste.

Aus Deutschland wird berichtet: Ältere FußgängerInnen sind häufiger in tödliche Unfälle verwickelt, das belegen Zahlen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2018. Demnach starben in der Altersgruppe 75 Jahre und älter 191 FußgängerInnen bei Verkehrsunfällen. In der Altersgruppe 65 bis 74 kamen 67 FußgängerInnen ums Leben. Das waren zusammen mehr als die Hälfte aller getöteten FußgängerInnen 2018 (Quelle: www.destatis.de). Die Zahl der getöteten ältesten VerkehrsteilnehmerInnen wird laut Unfallforschung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) durch die demografische Entwicklung noch weiter steigen. Ähnliche Relationen gelten auch für andere europäische Länder. In Österreich ist über die Hälfte aller im Straßenverkehr verletzten FußgängerInnen älter als 65 Jahre. Am 22. Mai 2019 wurde in der Tageszeitung „Der Standard“ eine Verkehrssicherheitsstudie des Allianz Zentrums für Technik vorgestellt. Mehr als eine halbe Million Menschen verlieren pro Jahr weltweit ihr Leben als FußgängerInnen im Straßenverkehr. Demnach stirbt im Schnitt jede Minute irgendwo auf

der Welt ein Fußgänger. In Österreich verunglückten allein 2018 fast 4.000 FußgängerInnen, davon 47 Personen tödlich. Besondere Gefahr bestehe für SeniorenInnen, hieß es in der Studie. Die Risiken erhöhen sich bei Dämmerung und in der Nacht, speziell in den lichtschwachen Wintermonaten. Eine erhebliche Rolle spielt bei (jüngeren) FußgängerInnen Ablenkung (z. B. durch das Smartphone), bei älteren sind es Wahrnehmungsschwierigkeiten und Probleme bei der Abschätzung von Entfernungen und Geschwindigkeiten (mit 80 % die häufigste Unfallursache bei den älteren FußgängerInnen ist falsches Verhalten beim Überqueren der Fahrbahn), bei den motorisierten TeilnehmerInnen erhöhte Geschwindigkeit und Rücksichtslosigkeit (unter ihnen besonders Lkws und Klein-Lkws, von denen 1/3 aller Unfälle mit FußgängerInnen verursacht wird) (Quelle: Vienna.at 15.1.2020).

Werden solche Ergebnisse im Kontext zusätzlicher Mobilitätsformen gesehen, ergibt sich ein bedrückendes Bild. Vor allem die sehr Alten, unter ihnen besonders die Frauen, leben in Einpersonen-Haushalten, haben wenig oder keinen Zugang zu einem Auto (gegenwärtig oft auch aufgrund eines fehlenden Führerscheins), berichten eine geringere Lebenszufriedenheit und zeigen generell ein niedrigeres Mobilitätsniveau. Sie sind vorrangig FußgängerInnen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass unter den Älteren sogenannte leisure activities, besser gesagt: die allgemeine Mobilität, mit sinkender Haushaltsgröße zunimmt bzw. zunehmen muss. Das aber heißt nichts anderes, als: Die Probleme werden mit zunehmendem Alter größer, abzulesen an der Tatsache, dass die außerhäusige Mobilität zurückgeht, einschneidend ab dem ca. 85. Lebensjahr.

Dabei hat das Alleinleben unterschiedliche Konsequenzen für Männer und Frauen. Frauen scheinen mit dem Alleinleben besser zurecht zu kommen, Männer zeigen eine höhere Abhängigkeit vom Auto, Frauen sind mehr zu Fuß unterwegs und sie benutzen häufiger öffentliche Verkehrsmittel (Risser 2015: 5). Zwar weisen einige Studien darauf hin, dass in Zukunft die Zahl der weiblichen Fahrzeuglenkerinnen zunehmen wird (erhöhte Zahl an Führerscheinbesitzerinnen), doch ist relativ unsicher, wie dieses Faktum sich auswirken wird, denn es ist genau die Gruppe der über 85-Jährigen, die demographisch bedingt am schnellsten wächst und in der auch die Zahl altersbezogener Beeinträchtigungen zunehmen wird.

Aus vielen Initiativen und gut gemeinten Unterweisungen, wie ältere FußgängerInnen sich im Interesse der eigenen Sicherheit verhalten sollen, wird folgendes Beispiel herausgegriffen:

- Nutzen Sie unbedingt die vorhandenen Fußgängerstreifen zum Überqueren der Strasse
- Überqueren Sie die Straße niemals, wenn die Ampel Rot zeigt
- Meiden Sie für Fußgänger ungeeignete Wege
- Achten Sie auf ausparkierende Fahrzeuge
- Greifen Sie auf helle Kleidung zurück – machen Sie sich sichtbar. (Quelle: terzStiftung)

Derartige Vorschläge sind sinnvoll und nützlich, ohne Zweifel, doch unterlaufen sie das Problem, das sie lösen wollen, weil sie die Verkehrsumwelt nicht berücksichtigen. Ein mouse click am 19.1.2021 in der Suchmaschine Google auf „Sicherheit für ältere Fußgänger“ bringt 11 1/2 Millionen Einträge in weniger als einer Sekunde. Eine subjektive Auswahl an Suchergebnissen (aus den ersten ca. 400, die nur von Institutionen stammen, jede zweite) bringt ein Resultat, das frappierend ist, aber ziemlich gut mit den ExpertInneneinschätzungen in der internationalen Literatur übereinstimmt: Fast zwei Drittel der Vorschläge wenden sich an nicht motorisierte VerkehrsteilnehmerInnen, der Rest betrifft vornehmlich technische und bauliche Veränderungen im Straßenverkehr, im eigentlichen Sinn Ingenieursfragen. Das sollte zu denken geben. Der VCÖ (Verkehrs Club Österreich) berichtete am 6. Dezember 2018: Noch nie sei in Österreich so viel Auto gefahren worden wie heute. In den vergangenen 30 Jahren habe sich der Autoverkehr verdoppelt, in den vergangenen 50 Jahren sogar verfünffacht, die Anzahl der Insassen pro Auto sei massiv gesunken, in 100 Pkws säßen heute im Schnitt nur noch 115 Personen. Es soll die bekannte Schiefelage der ganzen Diskussion über mögliche Veränderungen und Verbesserungen hier nicht wieder dargelegt werden, es reicht zu wissen, dass jene, die am meisten gefährdet sind, auch am wenigsten politische Macht und keine wirksame Interessenvertretung haben.

Eine abschließende Bemerkung ist noch angebracht. Unfalldaten, mit denen kritische Szenarien und Unfälle samt Folgen im Straßenverkehr in europäischen Staaten analysiert werden können, sind vorhanden und meist verfügbar. Allerdings ist die Datenqualität in Begriffen von Validität, Reliabilität, Stabilität und Repräsentativität sehr unterschiedlich und der Zugang zu Registerdaten in manchen Ländern mit erheblichen Hürden verbunden oder gar nicht möglich. Gerade spezielle Probleme älterer VerkehrsteilnehmerInnen können mit den vorhandenen Daten nicht sichtbar gemacht werden (deshalb das Motto von Einstein am Beginn). Um nur ein Beispiel zu nennen: Es werden Stürze Älterer im öffentlichen Raum und in öffentlichen Verkehrsmitteln (eine häufige Folge ruckartiger Fahrmanöver in Verbindung mit Mangel an Sitzplätzen) kaum dokumentiert und als

Verkehrsunfälle behandelt, also tauchen sie auch nicht in den Registern auf (vgl. auch Risser 2015: 8).

4. Mobilität, Gesundheit und Teilhabe

Die meisten SeniorInnen sind körperlich und geistig weitgehend fit und mobil. Rund ein Viertel der über 60-Jährigen geht mehrmals täglich und mehr als ein Drittel geht zumindest einmal am Tag außer Haus. Bei den über 75-Jährigen nimmt die Außer-Haus-Mobilität deutlich ab, denn etwa ab dem 75. Lebensjahr treten vermehrt Probleme hinsichtlich der Gesundheit und anderer Faktoren auf. Über ein Fünftel der alleine wohnenden über 75-Jährigen leidet an Vereinsamung. Bei ca. einem Fünftel der älteren Menschen ist kein Auto im Haushalt vorhanden, und von diesen älteren Menschen hat rund die Hälfte eine Mitfahrgelegenheit, um zum Arzt, zum Einkaufen, zur Bank etc. zu gelangen. Je kleiner die Gemeinde, desto schlechter ist die Versorgungssituation, desto schlechter ist auch die Erreichbarkeit wichtiger Einrichtungen zu Fuß (Bundesministerium...2013: 9/10).

Sinngemäß kann eine Feststellung, die vor einem Vierteljahrhundert getroffen wurde (Mollenkopf, Flaschenträger 1996) immer noch Gültigkeit in ihrer Zielrichtung beanspruchen. Mobilität, die über die Nutzung privater wie öffentlicher Transportsysteme vermittelt und ermöglicht wird, bildet sehr häufig eine wichtige Voraussetzung für die Sicherung der alltäglichen Versorgung, für den Erhalt von Sozialkontakten und für soziale Teilhabe. Dass im Verkehrswesen dies alles erschwert wird, hängt von verschiedenen Umständen ab, wie:

- einer dysfunktionalen und nicht barrierefreien Gestaltung von Wohnumfeld, öffentlichen Gebäuden und Versorgungseinrichtungen,
- einer mangelnden Verfügbarkeit angemessener Infrastruktur,
- der Geschwindigkeit und der Komplexität des Verkehrsgeschehens und
- der dysfunktionalen Gestaltung der Verkehrsmittel (Mollenkopf, Flaschenträger 1996: 3/4; SIZE 2006).

Dieser Themenbereich ist in Kap. 3 bereits angeklungen, es gilt aber noch andere Einflüsse zu berücksichtigen. Zu ihnen zählen nachlassende physische und kognitive Fähigkeiten und fehlende finanzielle Ressourcen, aber auch Einstellungen und Situationseinschätzungen. Sie alle schlagen sich in einer geringer werdenden Mobilität nieder. Nicht viel wissen wir

darüber, ob ein reduziertes Mobilitätsverhalten älterer Menschen gezwungenermaßen aufgrund äußerer Gegebenheiten oder gesundheitlicher Probleme erfolgt, ob und in welchem Umfang ein größerer Wunsch nach Mobilität außerhalb der Wohnung besteht und woran seine Verwirklichung im einzelnen scheitern kann. Bisherige Untersuchungen der Mobilitätsforschung beschränken sich weitgehend auf das tatsächlich realisierte Verkehrsverhalten, also Zahl der Wege, zurückgelegte Distanzen, Verkehrsmittelwahl und Fahrtzwecke verschiedener Altersgruppen oder auf Probleme und Anpassungsstrategien älterer Autofahrer und Autofahrerinnen (Mollenkopf, Flaschenträger 1996: 4). Aus diesem Geflecht an Zusammenhängen soll nun die Gesundheit herausgehoben werden.

4.1 Mobilität und Gesundheit

48 % der österreichischen Bevölkerung über 60 Jahre berichten von dauerhaften Einschränkungen in ihrer Mobilität aus gesundheitlichen Gründen (Bundesministerium ... 2011). Selbstauskünfte lassen ganz allgemein ab dem 75. Lebensjahr einen deutlichen Sprung in der Zunahme von Beeinträchtigungen erkennen, ab dem 80. Lebensjahr gelten Menschen nach der Definition der Europäischen GeriaterInnen aus dem Jahr 2008 als so vulnerabel, dass sie in die Zuständigkeit der Altersmedizin (Geriatric) fallen (Hardt 2019: 107). Wann altersbezogene gesundheitliche Beeinträchtigungen dauerhaft auftreten, ist von Person zu Person verschieden, als Tendenz aber gilt, dass sie mit steigendem Alter zunehmen und die Mobilität beeinträchtigen. Faktoren, die an diesen Veränderungen beteiligt sein können, sind wahrhaft vielfältig. Eine grobe Übersicht anhand einzelner Beispiele mag dies verdeutlichen (Amann 2000; Bundesministerium...2011: 24; Hardt, Fellgiebel 2019; Stewen, Böhm, Haferkamp et al. 2019; Hardt 2019).

Veränderungen des *Sehvermögens* treten auf als verminderte Sehschärfe, Altersweitsichtigkeit, erhöhter Lichtbedarf, schlechtere Kontrastwahrnehmung, verlangsamte Hell-Dunkel-Adaption, Einengung des Gesichtsfeldes etc. Die verschiedensten altersbedingten Veränderungen nehmen Menschen subjektiv jedoch sehr unterschiedlich wahr. Verschwommenes Sehen und Blendung hängen meist mit dem Katarakt (grauer Star) zusammen, eine Beeinträchtigung, die vor allem im Straßenverkehr eine bedeutende Rolle spielt, aber auch im Haushalt (z. B. beim nächtlichen Toilettengang, bei dem es häufig zu Stürzen kommt), oder bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel (wenn die verschiedensten Warn- und Orientierungssymbole nicht früh genug erkannt werden können). Grauer Star ist die weltweit häufigste Erblindungsursache, weil in vielen Ländern der Dritten Welt die entsprechenden Infrastrukturen für erfolgreiche

Operationen aus Geldmangel fehlen; in den Industrieländern scheint er aber in den Statistiken zur Erblindung gar nicht auf. Schwieriger zu erkennen und zu behandeln ist die altersabhängige Makuladegeneration. Bemerkbar wird meistens eine leichte Abnahme der Sehschärfe und ein wachsender schwarzer Fleck in der Mitte des Sehfeldes. Da ältere Menschen, die unter derartigen Beeinträchtigungen leiden, als Kompensationsstrategie ihre Mobilität verändern (bei Dunkelheit nicht außer Haus gehen, vornehmlich bekannte Wege wählen, die außerhäusigen Kontakte einschränken etc.), wird ihre Teilhabe reduziert, physisch und sozial.

Im Zusammenhang mit *Hörstörungen* sind es vor allem die Altersschwerhörigkeit, Beeinträchtigung der Sprachwahrnehmung und Probleme bei der Lokalisation von Geräuschquellen, denen erhöhte Bedeutung zukommt. Dass solche Beeinträchtigungen vor allem im Straßenverkehr sich gefährlich auswirken können, aber auch allgemein die Kommunikation und damit soziale Teilhabe erschweren und behindern, ist allgemein bekannt.

Weitaus zahlreicher und oft auch schwerer in ihren Wirkungen einzuschätzen sind *körperliche Veränderungen*. Es gibt erkennbar gewichtige Funktionseinschränkungen von Organen und des Bewegungsapparates. Gleichgewicht und Balance zu wahren, wird schwieriger, Feinmotorik, Beweglichkeit (auch der Gelenke) werden schlechter. Es gibt ganze Kataloge von Gefährdungen, die aus diesen Beeinträchtigungen erwachsen (z. B. Amann 2000; SIZE 2006; VCÖ 1015: 24), die wichtigsten beziehen sich auf die Bereiche Sturzgefahr, unpassende Reaktionen in (körperlich) belastenden Situationen und schwindende Bewältigung von Situationen mit notwendigem Krafteinsatz (z. B. schwergängige Türen oder lange Stehphasen, längere Fußwege oder merkliche Steigungen etc.).

Zusammenfassend gilt: Alle diese Veränderungen beeinträchtigen die notwendige und gewünschte Mobilität, die ihrerseits soziale Teilhabe erschwert und damit auch die Wahrscheinlichkeit erlebter Einsamkeit erhöht. Nicht zweckdienliche Infrastruktur, mangelnde Unterstützung durch die soziale Umwelt, Ängste und falsche Einstellungen können diesen Prozess beschleunigen und intensivieren.

4.2 Mobilität, Einsamkeit und Isolation

Hier ist eine Selbstverständlichkeit zu wiederholen, die oft übersehen wird. Die subjektiv erlebte Einsamkeit ist nicht gleichzusetzen mit sozialer Isolation und oft korrelieren sie nicht einmal miteinander. Doch das ist eine messtechnische Weisheit, oft reicht das Leben tiefer. Auch, wenn Einsamkeit nicht weit verbreitet erscheinen mag, für die Betroffenen ist sie belastend und auch gefährlich. Es gibt viele Möglichkeiten, Einsamkeit durch Selbstauskunft zu messen, eine gewisse Berühmtheit hat die *UCLA Loneliness Scale* (University of California, Los Angeles Einsamkeits Skala) erreicht. Aus dieser Skala mit 20 Fragen wurde 2004 eine reduzierte Form entwickelt (Hughes, Waite, Hawkey, Cacioppo 2004). Sie besteht aus drei Fragen: Es werden das Fehlen von Gesellschaft, das Gefühl, ausgeschlossen zu sein und das Gefühl der Isolation erhoben. Die Antwortmöglichkeiten sind „manchmal“, „häufig“, „selten oder nie“. Daraus ergibt sich eine Punktzahl von 3 (nie einsam) bis 9 (sehr einsam).

Mit dieser in der Forschung gut bewährten Skala sind folgende, auch international bestätigte Resultate erzielt worden, die jenen in Österreich entsprechen. So wurde beispielsweise klar, dass Menschen über ihr gesamtes Leben hinweg betrachtet in unterschiedlichem Ausmaß zum Erleben von Einsamkeit neigen, je nachdem, wie alt sie gerade sind. Einsamkeit wird vor allem von jüngeren und von älteren Menschen erlebt, Menschen im mittleren Alter zwischen etwa 25 und 55 Jahren sind eher davon verschont. Im Hinblick auf das Geschlecht gibt es eine Wechselwirkung mit dem Familienstand: Am einsamsten sind unverheiratete Männer, gefolgt von unverheirateten Frauen und, mit einem gewissen Abstand, verheirateten Frauen. Am wenigsten einsam fühlen sich verheiratete Männer (Spitzer 2018: 30).

Detaillierte Ergebnisse für Österreich ergaben, dass alle Altersgruppen sehr nahe am niedrigsten Wert von 3 (nie einsam) lagen. Der höchste Wert, welcher aber immer noch relativ niedrig war, der von 3,7, trat gleichzeitig bei der Gruppe 75+ und der Pflichtschulabsolventinnen auf. Es bestätigte sich, dass gesellschaftliche Einbindung zwar über sozioökonomische Merkmale mitgeformt wird, z. B. Hochaltrigkeit, Verwitwetsein und Kinderlosigkeit sich gegenseitig verstärken, diese Zusammenhänge auch auf spezielle Gruppen zutreffen, z. B. ein Viertel Vereinsame unter der Gruppe der über 75-jährigen Frauen, dass aber eben nur in der Gesamtschau das Niveau der erlebten Eingebundenheit Älterer relativ hoch ist bzw. dass die relativ niedrigen Werte ein generell geringeres Einsamkeitsempfinden anzeigen (Amann, Bischof, Findenig 2018: 119).

Trotz des relativ geringen Gesamtniveaus zeigte sich aber ein anderes wichtiges Ergebnis. Die Werte der einzelnen Gruppen des Indikators gleichen denen des Indikators der psychischen Gesundheit, die ebenso erhoben wurde. Es besteht ein sehr starker Zusammenhang zwischen diesen beiden Indikatoren auf Ebene der Vergleichskategorien Bildung, Geschlecht, Alter und Besiedlungsdichte. In der Gerontologie ist es außerdem ein vielfach bestätigter Zusammenhang, dass Gefühle der Einsamkeit und depressive Haltungen Hand in Hand gehen, wobei in diesem Fall Unterschiede zwischen Männern und Frauen nicht signifikant sind (Amann, Bischof, Findenig 2018: 120).

Einsamkeitserlebnisse sind einem Zustand der Anomie vergleichbar, in dem Norm- und Orientierungslosigkeit Gefühle der Verlassenheit, des Ausgeschlossenseins und der Macht- und Hilflosigkeit bewirken. Einsame haben ganz offenbar die Krisen einer Gesellschaft in ihrer eigenen sozialen Situation auszutragen, wenn rund um sie herum mangelnde Solidarität, Narzissmus und soziale Kälte herrschen. Vereinsamung trennt uns von anderen, sie macht uns schwach und zerstört die Möglichkeiten, uns selbst auszudrücken. Das Alleinsein und Alleinfühlen nehmen Mut und Kraft weg, doch der Bodensatz von allem ist die Angst, lächerlich zu werden. Einsame setzen sich unweigerlich der Lächerlichkeit aus, nur in der Literatur wird sie manchmal ins Heroische überhöht (A. Stifter: Der Hagestolz). Abweichen, Anderssein bedeutet Isolierung, und in den Augen der anderen, gesellschaftliche Regeln nicht verstanden zu haben; „aber das Schlimmste ist die emotionale Isolierung“ (Sölle 1981: 47).

Dass Einsamkeit nicht allein als innerpsychisches Erleben gesehen werden kann, sondern immer auch eine soziale Dimension hat, ist jüngst in einer österreichischen Studie zur Situation in 16 Pflegeheimen aus einer Stichprobe von 259 Personen unter Bedingungen der Pandemie wieder bestätigt worden. Es ist offensichtlich, dass regelmäßiger Kontakt mit Angehörigen die soziale Einsamkeit abschwächen kann. BewohnerInnen, die oft persönlichen oder telefonischen Kontakt zu Angehörigen haben, sind deutlich weniger sozial einsam als Personen, die wenig Kontakt haben. Personen mit höherer Bildung geben tendenziell weniger häufig an, einsam zu sein. Im Einsamkeitserleben finden sich in dieser Stichprobe keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen: Männer und Frauen, sowie jüngere und ältere Altersgruppen sind etwa gleich häufig einsam. (Rohner, Hartmann, Heidinger, Gallistl 2021: 21).

Dass soziale Isolation nicht gleich Einsamkeit ist, wurde bereits hervorgehoben. Nun können hier noch einige Befunde zur Isolation nachgetragen werden. Haben Menschen weder zu Freunden noch zu Verwandten oder Nachbarn regelmäßige Kontakte, gelten sie

als sozial isoliert. Tatsächlich nimmt der Anteil sozial isolierter Männer und Frauen mit steigendem Alter zu, doch in jeder Alterskohorte sind Männer häufiger betroffen als Frauen. Die weitere Verbreitung der Isolation im Pensionsalter ist dem Wegfall der Einbindung ins Berufsleben geschuldet. Bei den über 80-Jährigen sind 17 % der Frauen und 19 % der Männer isoliert (zusammen 55.000 Personen). „Insgesamt leben rund 103.000 Frauen und 111.000 Männer über 60 Jahren in sozialer Isolation“ (Eiffe et al. 2012: 117).

Wie steht es nun mit sogenannten Ausprägungsextremen? Zuallererst und am deutlichsten wird sichtbar, dass Armutsgefährdung von alleinlebenden Personen in der Altersgruppe der 60+ überwiegend weiblich ist. 84 % der Ein-Personen-Haushalte, die unterhalb der Armutsgefährdungsgrenze leben, sind Frauen. Weiter *leidet die Gruppe der Armutsgefährdeten häufiger als die Gesamtbevölkerung unter schlechter Gesundheit*. Nicht von Armut gefährdete Personen ab 60 berichten in 45 % einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand, unter den armutsgefährdeten Personen gleichen Alters sind es 23% (Eiffe et al. 2012: 167). Das Herausfallen aus sozialen Netzwerken, die Entbindung aus der Teilhabe, kann in diesem Kontext nicht stark genug betont werden. Mit ein wenig Aufwand könnte in der Alterspsychologie auch Wissenswertes über Resignation, Rückzug, Einsamkeitserleben, über misslingende Kontaktversuche und Sehnsucht nach einem volleren Leben bei diesen Menschen gefunden werden.

4.3 Mobilitätstypen und Verkehrsmittel

Alle Untersuchungen über Ursachen, Formen und Folgen von Mobilität zeigen eine bunte Vielfalt der Zusammenhänge. Ältere Menschen sind eben sehr unterschiedlich mobil, sie sind aber nicht grundsätzlich verschieden von jüngeren Menschen.

Mit Bezug auf eine Studie aus Deutschland (Haustein 2010; VCÖ 2015) lassen sich *vier Teilgruppen älterer Menschen* charakterisieren, deren Mobilitätsverhalten sich in etwas freier Interpretation (unter Rückgriff auch auf andere Studien) in der folgenden Weise darstellen lässt, wobei eine Anzahl der Typenelemente sich genauso auch bei Jüngeren finden ließen:

1. Es gibt die „Pkw-Fixierten“. Sie wohnen weniger zentral, haben geringe Möglichkeiten zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und des Fahrrads oder lehnen sie ab, fahren mit dem Auto auch aus Spaß und Unabhängigkeit. Die Abneigung gegen Fahrrad und

öffentliche Verkehrsmittel muss nicht einmal aus schlechter Erfahrung stammen, es ist eine Haltung, die dahinter steht, aber auch eine gewisse Unsicherheit. Wer immer nur den Pkw benützt, kennt oft nicht einmal die wichtigsten Verbindungswege von U-Bahn-, Straßenbahn- und Buslinien in einer Stadt, es bedürfte ausgedehnten Fahrplanstudiums, um sich an so ein Abenteuer zu wagen.

2. „Junge Wohlhabende“ stellen eine weitere Gruppe dar. Sie hat einen hohen Männeranteil, Bildung und Einkommen sind überdurchschnittlich, es sind relativ junge Ältere, sie wohnen eher am Stadtrand oder in den Vororten, haben eine hohe Pkw-Nutzung und ein subjektives Mobilitätsbedürfnis, oft sind sie noch berufstätig und in der Freizeit sehr aktiv. Ihre Gesundheit und ihre Mobilitätsfähigkeiten sind kaum beeinträchtigt, das soziale Netzwerk ist ausgedehnt, was an Infrastruktur in der Umgebung fehlt, wird durch Autofahrten kompensiert, schließlich herrscht eine Grundeinstellung vor, in der sich Autobenutzung und die Vorstellung von Unabhängigkeit innig verbinden.

3. Die „selbstbestimmt Mobilen“ sind eine dritte Gruppe. Von ihnen wird kein Verkehrsmittel ausgeschlossen, auch sind sie von keinem Verkehrsmittel abhängig. Sie folgen in ihren Entscheidungen einer gewissen Gelegenheitsrationalität, indem sie die Realisierung von Vorhaben und Zielen einfach von den vorhandenen Mobilitätsmöglichkeiten abhängig machen. In dieser Gruppe finden sich auch jene, denen das Fahren mit verschiedenen Verkehrsmitteln aus Gründen der Abwechslung Freude macht, sie beobachten z. B. ganz bewusst das Fahrerlebnis bei unterschiedlichen Geschwindigkeiten (Fahrrad, Zug, Auto).

4. „Zwangsnutzende des Öffentlichen Verkehrs“ stellen schließlich eine vierte Gruppe dar. Auf sie trifft die geringste Pkw-Verfügbarkeit und der niedrigste Anteil an Führerschein-Besitz zu, sie sehen die Nutzung des Öffentlichen Verkehrs positiv, wohnen aber eher in Innenstadtlagen und profitieren von einer guten öffentlichen Verkehrsanbindung. Unter ihnen ist sowohl die latente wie auch manifeste Abneigung gegen den privaten Autoverkehr relativ hoch, gleichzeitig sind sie jene, die z. B. in Projekten, die mit Fokus-Gruppen arbeiten, die konsensfähigsten Vorschläge für praktische Veränderungen im Straßenverkehr parat haben.

Diese Typologie ist ein schönes Beispiel für die empirische Unterlegbarkeit eines allgemeineren Gedankens: Mobilität ist ein Thema und eine Aufgabe, die uns ein Leben lang begleiten. Es beginnt schon bei gezielter Augenbewegung und Krabbeln beim

Kleinkind, lenkt bei Jugendlichen in den technischen oder motorisierten Bereich über, bei Erwachsenen kann ein schlechtes Gewissen über mangelnde körperliche Bewegung entstehen, wer sein Leben lang nicht mit der Bahn gefahren ist, tut sich vielleicht im höheren Alter schwer, damit anzufangen. Das macht klar, dass ältere Menschen allein als Zielgruppe herauszuheben, irreführend sein kann, dass Mobilität als Lebenslaufthema aufgefasst werden sollte und dass alle Altersgruppen mitzudenken, ihre Erfahrungen ernst zu nehmen und die sich im Lebensverlauf verändernden Bedürfnisse zu berücksichtigen sind (vgl. auch Bundesministerium... 2015: 70; Naegele 2010).

5. Ausblick

In allen Bereichen gesellschaftlichen Lebens etablieren sich Sichtweisen und Praktiken, die jeweils für eine bestimmte Zeit Vorrang genießen, dann aber durch den Wandel der Verhältnisse verändert und abgelöst werden (sollten). Das gilt für die Politik und die Wissenschaft ebenso wie für die Wirtschaft und die Kultur. Zum Thema Mobilität im Alter lassen sich die wesentlichen Sichtweisen und Praktiken in wenigen Stichworten zusammenfassen, sie sind in einer Zwar-aber-Logik gehalten, sodass mögliche Richtungen einer Änderung mit sichtbar werden können.

1. Mobilität im Alter wird hauptsächlich als eingegrenzte Zielgruppenfrage gesehen, die Einbeziehung des Lebenslaufs und der Charakteristika verschiedener Altersgruppen ist aber wenig gediehen.
2. Im Bereich motorisierter Mobilität dominiert eine technisch-ingenieurswissenschaftliche Sichtweise, obwohl für die meisten Fragestellungen in der Forschung von vornherein klar sein müsste, dass der sozialen Mitwelt eine ebenso wichtige Rolle gebührt.
3. Während in vielen Lebensbereichen der Menschen die Möglichkeiten und Entwicklungen der neuen Informationstechnologien ein fester Bestandteil der wissenschaftlichen Betrachtung sind, ist bei Mobilitätsfragen der Älteren ein Defizit im Bereich der Forschung festzustellen.
4. Der Einfluss des demographischen Wandels auf die gesellschaftliche Mobilität wird zwar ansatzweise diskutiert, doch eine methodisch anspruchsvolle Verknüpfung grundlegender Fragen mit demographischen Prognosen fehlt weithin.
5. In essayistischer Perspektive tauchen die „sehr Alten“ in den Mobilitätsuntersuchungen zwar auf, eine ausführliche und tiefenscharfe Analyse dieser am schnellsten wachsenden Altersgruppe steht aber bisher weitgehend aus.

Literaturverzeichnis

Amann, A., Umwelt, Mobilität und Kompetenz im Alter, in: Amann, A. (Hrsg.), Kurswechsel für das Alter. Wien-Köln-Weimar 2000, S. 105-119.

Amann, A., Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten. Forschungsexpertise zu einem Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. Wien 2011.
http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Seniorinnen_und_Senioren/Teilhabe_aelterer_Menschen/, 5.11. 2012.

Amann, A., Leben - Teilhaben - Älterwerden. Vermutungen und Gewissheiten. Wiesbaden 2019.

Amann, A., Bischof, C., Findenig, I. (unter Mitarbeit von A. Fassl), Teilhabe im Alter: Theoretische Konzeptionen, praktische Gegebenheiten. Forschungsbericht an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien 2018.

Bakaba J., Ortlepp J., Unfallforschung kompakt – Verbesserung der Verkehrssicherheit älterer Verkehrsteilnehmer. Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, Berlin 2010.

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (Hrsg.), Zu Fuß im höheren Alter – mobil bleiben: sicher, komfortabel, selbstbewusst. Leitfaden für PlanerInnen, EntscheidungsträgerInnen und MultiplikatorInnen. Wien, 2011.

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (Hrsg.), Mobilität im Alter. Ein Handbuch für PlanerInnen, EntscheidungsträgerInnen und InteressenvertreterInnen. Wien 2013.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), Unterwegs im Leben. Denkanstöße für eine alter(n)sgerechte Gestaltung des öffentlichen Raums. Ein Leitfaden. Wien 2015.

CONSOL: Concerns and Solutions - Road safety in the ageing societies. European Commission, Directorate-General for Mobility and Transport. Brussels 2013.

Eiffe, F., Till, M., Datler, G. et al., Soziale Lage älterer Menschen in Österreich. Sozialpolitische Schriftenreihe des BMASK, Bd. 11. Wien 2012.

Fastenmeier, W., Senioren im Straßenverkehr - Prävention von Verkehrsunfällen, in: Hardt, R., Junginger, Th., Seibert-Grafe, M. (Hrsg.), Prävention im Alter. Gesund und fit älter werden. Wiesbaden 2019, S. 127-140.

GDV: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., Mobilität im Alter. Forschungsbericht Nr. 35. Berlin 2015.

Hardt, R., Vorgehen bei Multimorbidität, in: Hardt, R., Junginger, Th., Seibert-Grafe, M. (Hrsg.), Prävention im Alter. Gesund und fit älter werden. Wiesbaden 2019, S. 107-109.

Hardt, R., Fellgiebel, A., Einführung - Charakteristik des Alters und der Demografie, in: Hardt, R., Junginger, Th., Seibert-Grafe, M. (Hrsg.), Prävention im Alter. Gesund und fit älter werden. Wiesbaden 2019, S. 1-19.

Hartenstein, W., Weich, G.-U., Mobilität und Verkehrsmittelwahl, in: Schlag, B. (Hrsg.), Bericht und Dokumentation zum Fachkongress „Verkehrssicherheit älterer Menschen.“ Bonn 1993.

Haustein, S., Mobilitätsverhalten von Seniorinnen und Senioren – zur Entwicklung zielgruppenspezifischer Mobilitätsangebote, in: ILS-Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung GmbH (Hrsg.), ILS-Trends 1/10. GmbH. Dortmund 2010.

Hörl, J., Einige Überlegungen zur Täter-Opfer-Frage in der gerontologischen Gewaltforschung, in: Kolland, F., Müller K. H. (Hrsg.), Alter und Gesellschaft im Umbruch- Festschrift für Anton Amann. Wien 2013, S. 108-119.

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T., A short scale for measuring loneliness in large surveys results from two population-based studies. *Research on Aging* (2004), 26/6, S. 655-672.

Lawton, M. P., Residential environment and self-directedness among older people, in: *American Psychologist* (1990) 45/5, S. 638-640.

Mollenkopf, H., Flaschenträger, P., Mobilität zur sozialen Teilhabe im Alter, WZB Discussion Paper, No. FS III 96-401, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin 1996.

Naegele, G. (Hrsg.), Soziale Lebenslaufpolitik. Wiesbaden 2010.

Risser, R., Traffic Safety of an ageing population. Discussion paper prepared for the roundtable on halving the number of road deaths in Korea: lessons from other countries, 11 December 2014. Vienna 2015.

Rohner, R., Hartmann, V., Heidinger, Th., Gallistl, V., Covid-19 Care: Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Langzeitpflege. Forschungsbericht der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Kompetenzzentrum für Gerontologie und Gesundheitsforschung. Krems 2021.

SIZE: Amann, A., Reiterer, B., Risser, R., Haindl, G., Life quality of senior citizens in relation to mobility preconditions. Final report of the EU-Project SIZE. Institute of Sociology of the University of Vienna and FACTUM Chaloupka & Risser OHG Vienna. Vienna 2006.

Schlag, B., Leistungsfähigkeit und Mobilität im Alter. Uploaded by Bernhard Schlag on 19 January 2015: <https://www.researchgate.net/publication/271072622>.

Sölle, D., Leicht und lächerlich. Über Erfahrungen mit der Einsamkeit, in: Schultz, H. J. (Hrsg.), Einsamkeit. Stuttgart-Berlin 1981, 44-55.

Spitzer, M., Einsamkeit, die unerkannte Krankheit. Schmerzhaft, ansteckend, tödlich. München 2018.

Statistisches Bundesamt Deutschland, Verkehrsunfälle. Unfälle von Senioren im Straßenverkehr. Wiesbaden 2011.

Stewen, K., Böhm, K., Haferkamp, A. et al., Prävention im Alter durch Risikovermeidung, Früherkennung und frühe Behandlung, in: Hardt, R., Junginger, Th., Seibert-Grafe, M. (Hrsg.), Prävention im Alter. Gesund und fit älter werden. Wiesbaden 2019, S. 73-106.

terzStiftung: <https://www.terzstiftung.ch/auch-im-alter-sicher-zu-fuss-unterwegs-5-tipps-fuer-aeltere-fussgaenger> (abgerufen am 19.12.2021).

Topp, H. H., Kürzere Wege, mehr Mobilität, weniger Verkehr, in: Koch, M. (Hrsg.), Ökologische Stadtentwicklung: Innovative Konzepte für Städtebau, Verkehr und Infrastruktur. Stuttgart 2001.

VCÖ (Hrsg.), Gesellschaftliche Entwicklungen verändern die Mobilität. VCÖ-Schriftenreihe „Mobilität mit Zukunft“ 4/2015. Wien 2015.



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)