

Theodora-Ruxandra Gheorghe



**BARRIEREFREIHEIT FÜR ÄLTERE PERSONEN,
DIE SICH MIT HILFE EINES ROLLATORS
IN WIEN FORTBEWEGEN -
VERBESSERUNGSASPEKTE IM UMGANG
MIT DEM ROLLATOR**



Dipl.-Ing. Theodora-Ruxandra Gheorghe

**BARRIEREFREIHEIT FÜR ÄLTERE PERSONEN,
DIE SICH MIT HILFE EINES ROLLATORS
IN WIEN FORTBEWEGEN -
VERBESSERUNGSASPEKTE IM UMGANG
MIT DEM ROLLATOR**



KfV-Diplomarbeitenreihe

Vom KfV (Kuratorium für Verkehrssicherheit) geförderte Diplomarbeit, ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades eines Diplom-Ingenieurs

Betreuung

Ass. Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Bardo Hörl
TU Wien - Forschungsbereich Verkehrssystemplanung IVS
Fakultät für Architektur und Raumplanung

Ansprechpartner KfV

Mag. Eva Aigner-Breuss, Dipl.-Ing. Florian Schneider, Dipl.-Ing. Veronika Zuser

Mai 2019

INHALTSVERZEICHNIS

KURZFASSUNG	3
ABSTRACT	4
1 EINLEITUNG	5
1.1 Einführung in die Thematik	5
1.1.1 Barrierefreiheit	5
1.1.2 Für wen wird barrierefrei geplant	5
1.1.3 Ältere Personen	6
1.1.4 Personen ab 65 Jahre in Wien	7
1.2 Forschungsfragen	7
2 METHODIK	8
2.1 Aufbau der Arbeit	8
2.2 Literaturanalyse	8
2.3 Erhebung von personenbezogenen Mobilitätsprofilen	9
2.3.1 Wegetagebücher	9
2.3.2 Qualitative Interviews	10
2.3.3 Gewählte Methode	10
3 MOBILITÄT VON PERSONEN MIT ROLLATOR	12
3.1 Selbstgestaltung des Lebens	12
3.1.1 Bevölkerungsstruktur in Wien und demografischer Wandel	12
3.1.2 Mobilität als Grundbedürfnis	15
3.1.3 Bedürfnisse älterer Personen	15
3.1.4 Bedingungen für Mobilität im Alter	17
3.1.5 Mobilitätsprofil älterer Personen	18
3.1.6 Charakteristik fußläufiger Wege älterer Personen	21
3.1.7 Besonderheiten älterer Personen mit Rollator	25
3.2 Einsatz von Rollatoren zur Unterstützung	25
3.2.1 Definition Rollator	26
3.2.2 Arten und Kosten von Rollatoren	26
3.2.3 Nutzung von Rollatoren	28
3.2.4 Finanzielle Unterstützung	28
3.2.5 Gehgeschwindigkeiten mit Rollator	28
3.2.6 Präventionsmaßnahme Rollator	31
3.2.7 „Fit mit Rollator“	32
3.2.8 Alternativen zu Rollatoren	32
3.3 Unfallstatistik von Personen ab 65 Jahre mit Rollator	34
3.3.1 Alter	35
3.3.2 Geschlecht	36
3.3.3 Lebensbereich	37
3.3.4 Unfallursache	38
3.4 Rechtliche Rahmenbedingungen	39
3.4.1 Gesetze	39
3.4.2 Normen und Richtlinien	40

4	PROBLEMFELDER UND AKTEURE	43
4.1	Probleme der Barrierefreiheit	43
4.2	Umgänglichkeit mit dem Rollator im halböffentlichen Raum	43
4.3	Umgänglichkeit mit dem Rollator im öffentlichen Raum	45
4.3.1	Straßenraum	45
4.3.2	Zugänglichkeit bei typischen Wegezwecken im öffentlichen Raum	47
4.3.3	ÖPNV	50
5	ANALYSE VON PROBLEMSITUATIONEN UND LÖSUNGEN IN DER PRAXIS MITTELS QUALITATIVER INTERVIEWS	53
5.1	Zwischenfazit	53
5.2	Vertiefende Analyse durch qualitative Interviews der RollatornutzerInnen	54
5.2.1	Erläuterung der Methode	54
5.2.2	Inhalt	55
5.2.3	Auswertung	55
5.2.3.1	Methode	55
5.2.3.2	Kategorien	56
5.2.3.3	Ergebnisse	56
5.3	Analyseergebnisse der Interviews mit ExpertInnen in Hinblick auf Lösungen	61
5.3.1	Erläuterung der Methode	61
5.3.2	Inhalt	61
5.3.3	Auswertung	62
5.3.3.1	Methode	62
5.3.3.2	Kategorien	62
5.3.3.3	Ergebnisse	63
5.4	Beantwortung der Forschungsfragen	69
5.4.1	Forschungsfrage 1	69
5.4.2	Forschungsfrage 2	69
5.4.3	Forschungsfrage 3	70
5.4.4	Forschungsfrage 4	71
6	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR REALISIERUNG DER BARRIEREFREIHEIT FÜR DIE ROLLATORNUTZUNG	72
6.1	Empfehlungen und Maßnahmen	73
6.1.1	Maßnahmenpakete und Akteure	73
6.2	Umsetzung der Maßnahmen	75
6.2.1	Community	75
6.2.2	GPS Tool	76
6.3	Good practice: Erleichterung im Umgang mit Rollator	81
7	SCHLUSSFOLGERUNG	84
	LITERATURVERZEICHNIS	86
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	90
	DIAGRAMMVERZEICHNIS	90
	TABELLENVERZEICHNIS	91
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	91
	ANHANG	92
	IMPRESSUM	97

KURZFASSUNG

Die Gestaltung des Straßenraumes leistet einen essenziellen Beitrag zur Verkehrssicherheit. Barrierefreiheit ist dabei in Anbetracht der Vielfalt an individuellen Mobilitätsbedürfnissen ein entscheidender Faktor. Deren bauliche Umsetzung im öffentlichen Raum ermöglicht es Menschen, die eine Einschränkung der Gehfähigkeit aufweisen, ihren Alltag weitestgehend selbst zu bewältigen.

Eine Gruppe dieser Menschen, deren Mobilitätsverhalten bislang noch nicht im Speziellen erforscht wurde, stellen die ab 65-jährigen RollatornutzerInnen dar. Die Analyse ihrer spezifischen alltäglichen Herausforderungen und in weiterer Folge die Konkretisierung des Handlungsbedarfs im Sinne älterer rollatornutzender Personen stehen im Fokus dieser Arbeit, um mögliche Empfehlungen zur Gewährleistung der sicheren und barrierefreien Gestaltung des (halb-)öffentlichen Raumes formulieren zu können.

Um Problembereiche bei der Nutzung von Rollatoren im Straßenverkehr zu identifizieren, wurde eine qualitative Befragung von Betroffenen durchgeführt. Zusätzlich wurden ExpertInnen aus dem Bereich der Pflege einerseits und des Mobilitätswesens andererseits befragt, um Lösungshorizonte abstecken zu können.

Darauf aufbauend wurde ein Maßnahmenpaket zusammengestellt, anhand dessen die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Straßenraumes lösungsorientiert und wirksam durchgeführt werden kann, um so die mobile Unabhängigkeit und die damit einhergehende Lebensqualität von Menschen, die mit dem Rollator unterwegs sind, zu erhalten.

ABSTRACT

The design of street space provides an essential contribution to road safety. Considering the diversity of individual mobility needs, accessibility is a crucial factor. Their constructional realization in public space enables people with limited ability to cope with their everyday life as far as possible themselves.

A group of these people, whose mobility behavior has not yet been specifically researched, represent the 65-year-old walker users. The intention of this study is to examine challenges and subsequently the need for action for older people using walking frames in order to derive recommendations for a secure barrier-free road design in (semi-)public space.

In order to identify problem areas in the use of walkers in road traffic, a qualitative survey with those affected was carried out. In addition, experts from the field of nursing on the one hand and mobility on the other hand were interviewed in order to define a solution horizon.

Based on this analysis, a package of measures has been put together to enable barrier-free design of public roads to be carried out in a solution-oriented and effective manner. Therefore, mobile independence and the associated quality of life for people traveling with the walker can be maintained.

1 EINLEITUNG

1.1 Einführung in die Thematik

*„Die Lebenslage und Lebensqualität im hohen Alter bestimmen sich vorrangig über die ökonomischen Bedingungen, über Gesundheit, **Mobilität**, Handlungsfähigkeit, soziale Netze und **die infrastrukturelle Umwelt**.“ (Amann, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, 2009, S. 204)*

Unabhängig vom Alter ist Mobilität ein wichtiger Bestandteil im Alltag der Menschen. Vor allem die selbstständige Mobilität hat einen großen Anteil an der Lebensqualität. Allerdings kann Mobilität für ältere Personen, die durch ihr Alter mit physischen Einschränkungen zu kämpfen haben, zu einer zentralen Herausforderung im Leben werden (Kasper, 11/2007, S. 1).

Aufgrund der breiten Fächerung der Themen „Mobilität“ und „SeniorInnen“ ist es notwendig, an dieser Stelle auf einige Definitionen näher einzugehen. Die vorliegende Diplomarbeit kann dadurch gezielt eingegrenzt werden.

1.1.1 Barrierefreiheit

Barrierefreiheit wird subjektiv wahrgenommen, da jede Person Barrieren aufgrund der jeweiligen körperlichen Einschränkung individuell erlebt. Barrierefreie Räume sollten daher so geplant beziehungsweise gestaltet sein, dass diese für möglichst viele Menschen nutzbar sind. Somit ist der Zugang auch für Menschen mit mobilen Einschränkungen weitestgehend ohne Hindernisse möglich (Grundner, 2013, S. 9). Zum Thema Barrierefreiheit wird in der Literatur aber meist nicht speziell auf die Nutzung von Rollatoren eingegangen.

1.1.2 Für wen wird barrierefrei geplant

Da Barrieren subjektiv wahrgenommen werden und die körperlichen Voraussetzungen der NutzerInnen unterschiedlich sind, gibt es eine sehr breite Zielgruppe, für die barrierefrei geplant wird und geplant werden muss. Einschränkungen im öffentlichen Raum - wie zum Beispiel Steigungen, Stufenhöhen, Bodenbelag und viele mehr - können unabhängig vom Alter ein Hindernis darstellen (Grundner, 2013, S. 15).

Personen, die auf Barrierefreiheit angewiesen sind, können den folgenden Kategorien zugeordnet werden:

- Menschen mit Lernschwierigkeiten (Orientierungsvermögen)
- Menschen mit Mobilitätsbehinderungen (Personen, die nur mit Hilfsmitteln mobil sind)
- Menschen mit Sehbehinderungen
- Menschen mit Hörbehinderungen
- Menschen im Alter (Grundner, 2013, S. 15-18)

Des Weiteren gibt es aber auch Individuen, die temporär auf eine barrierefreie Umgebung angewiesen sind. Damit sind Eltern gemeint, die sich mit Kinderwagen im öffentlichen Raum bewegen oder auch Menschen, die aufgrund einer Unfallverletzung nur temporär auf ein Hilfsmittel angewiesen sind (Austrian Standards Institute, 2012, S. 5).

Da das Älterwerden mit unterschiedlichen und zum Teil auch gemeinsam auftretenden gesundheitlichen Problemen (Seh- und Hörbehinderungen, Mobilitätseinschränkungen, ...) und einer reduzierten Reaktionsfähigkeit verbunden ist (Grundner, 2013, S. 18), wird sich diese Diplomarbeit vor allem mit der Überschneidung von zwei oben genannten Zielgruppen - Menschen mit Mobilitätsbehinderungen und Menschen im Alter - beschäftigen, mit einem Schwerpunkt auf der Rollatornutzung.

1.1.3 Ältere Personen

Aus gerontologischer Sicht werden ältere Personen in drei Gruppen unterteilt:

- „Junge Alte“ (60-74 Jahre)
- „Alte Alte“ (75-89 Jahre)
- „Hochbetagte“ (90+ Jahre)

Hierbei werden die „jungen Alten“ im Allgemeinen als gesund und leistungsfähig gesehen. Im Gegensatz dazu werden gesundheitliche Probleme und altersbedingte Einschränkungen bei den „alten Alten“ öfter beobachtet. Weil jede Person unterschiedlich altert und diese drei Gruppen verschiedene Charakteristika aufzeigen, kann bei älteren Menschen nicht von einer homogenen Gruppe ausgegangen werden (Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, 2013, S. 1).

Diese Arbeit konzentriert sich auf die Altersgruppe der ab 65-Jährigen, die sich mittels Rollator in Wien fortbewegen. Es wird versucht, auf allgemeine

Bedürfnisse einzugehen, die bedingt durch das Alter der Zielgruppe und die Rollatornutzung bestehen.

1.1.4 Personen ab 65 Jahre in Wien

In Wien leben derzeit 310.781 Personen in einem Alter ab 65 Jahren, der Anteil liegt derzeit bei 16,45 % - Stand 01.01.2018 (Statistik Austria, 2018).

Laut Prognose der Statistik Austria ist die Altersgruppe 65+ jene, die anteilmäßig am meisten wachsen wird. Der Anteil der unter 20-Jährigen wird leicht ansteigen - von 19,4 % auf 20,3 % bis 2040. Jedoch wird sich der Anteil der arbeitenden Bevölkerung - der 20- bis 65-Jährigen - stark reduzieren. Bis 2040 wird dieser von 64,2 % auf 59,3 % sinken. Der Anteil der über 65-Jährigen wird 2040 bei 20,4 % liegen - ein Anstieg von knapp 4 % (Statistik Austria, 2017).

Daher sollte schon jetzt verstärkt auf die Bedürfnisse dieser wachsenden Zielgruppe eingegangen werden, um in Zukunft einen menschengerechten Straßenraum gewährleisten zu können.

1.2 Forschungsfragen

Diese Diplomarbeit behandelt folgende Forschungsfragen:

1. Wie wird der öffentliche Raum von SeniorInnen, die mit Rollator unterwegs sind, empfunden? Was wird im öffentlichen Raum als (un)gefährlich/positiv/negativ erlebt? Gibt es unterschiedliche Herausforderungen aufgrund der Witterungsverhältnisse im Sommer und Winter?
2. Welcher Handlungsbedarf im Sinne älterer Menschen mit Rollator kann auf Basis der Interviews mit den Betroffenen mit Fokus auf dem (halb-)öffentlichen Raum sowie den Zugängen zu Gütern des täglichen Bedarfs und Praxen von ÄrztInnen für die Planung der Stadt Wien abgeleitet werden?
3. Welche Empfehlungen für die sichere und barrierefreie Gestaltung des Aktionsradius von älteren Menschen mit Rollator können auf Basis der Ergebnisse abgeleitet werden und welche Maßnahmen können gesetzt werden, um den Aktionsradius zu erweitern und den Umgang mit Rollatoren zu erleichtern?
4. Wird der Rollator bei Vorgaben zur Barrierefreiheit ausreichend berücksichtigt?

Im Zuge dieser Arbeit sollen der derzeitige Forschungsstand und die Herausforderungen in der Praxis aufgezeigt werden. Folgend werden Optimierungsmöglichkeiten erläutert, woraufhin abschließend konkrete Maßnahmen formuliert werden, um einen zukünftig verbesserten Umgang mit diesem Thema anzuregen.

2

METHODIK

Dieses Kapitel beschreibt den Aufbau dieser Arbeit und die wissenschaftlichen Methoden, die zur Beantwortung der Forschungsfragen eingesetzt wurden.

2.1 Aufbau der Arbeit

Diese Diplomarbeit setzt sich aus zwei grundlegenden Zugängen zusammen, einerseits aus einem theoretischen, andererseits aus einem praktischen.

Zu Beginn der Arbeit wird der derzeit in der Theorie verankerte wissenschaftliche Umgang mit der Thematik der Mobilität älterer Personen, die sich mit Hilfe eines Rollators fortbewegen, näher beleuchtet. Im theoretischen Teil der Arbeit werden, in Hinsicht auf die Bedürfnisse und Anforderungen älterer Menschen für ein selbstbestimmtes Leben, verschiedene Themen rund um den Rollator (Arten, Anschaffung etc.) und rechtliche Rahmenbedingungen untersucht. Daraus resultieren registrierte Probleme, die zu einer Aufstellung von Problemfeldern führen, die im öffentlichen und halböffentlichen Raum auftreten. Anschließend folgt der praktische Teil dieser wissenschaftlichen Arbeit. Ein Zwischenfazit dient als Herleitung für den praktischen Teil der Arbeit. Außerdem wird folgend auf die qualitativen Interviews, einerseits mit den RollatornutzerInnen, andererseits mit ExpertInnen, eingegangen. Die ExpertInnen werden in Hinblick auf mögliche Lösungen befragt. Aus diesen theoretischen und praktischen Grundlagen werden dann zum Schluss Ziele der verschiedenen AkteurInnen in puncto Barrierefreiheit behandelt und Handlungsempfehlungen und Maßnahmen für den (halb-)öffentlichen Raum abgeleitet. Abschließend wird im letzten Kapitel eine eigene kritische Reflexion über den Prozess der Diplomarbeit gegeben.

2.2 Literaturanalyse

Die Methodik der Literaturanalyse wurde eingesetzt, um bereits vorhandenes Wissen zum Thema Barrierefreiheit zu bündeln. Mit Hilfe von Fachliteratur, Richtlinien und Normen (RVS, ÖNorm, OIB)¹, Gesetzen (BGStG, BO Wien)², Publikationen und Studien wurden die Bedürfnisse, Anforderungen und Probleme älterer Personen analysiert, um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu gewinnen. Weitere Fachliteratur hat dazu beigetragen, Thematiken rund um den Rollator zu bearbeiten und besonde-

¹ RVS (Richtlinien und Vorschriften für das Straßenwesen), ÖNorm (Österreichische Normen), OIB (Österreichische Institut für Bautechnik)

² BGStG (Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz), BO Wien (Wiener Stadtentwicklungs-, Stadtplanungs- und Baugesetzbuch)

re Herausforderungen zu erkennen. Es ist notwendig, sich mit der Theorie auseinanderzusetzen, da diese die Grundlage für die qualitative Forschung bietet, um dann aus Problemfeldern Handlungsmaßnahmen für den (halb-) öffentlichen Raum abzuleiten.

Es wurde Fachliteratur in deutscher und englischer Sprache herangezogen, auf nationaler und internationaler Ebene. Das Thema ist sehr speziell, und daher musste viel auf Online-Quellen zurückgegriffen werden, da die Literaturrecherche nicht alle Themenbereiche (vor allem den Rollator betreffend) zur Beantwortung der Forschungsfragen abgedeckt hat.

2.3 Erhebung von personenbezogenen Mobilitätsprofilen

Im Folgenden handelt dieser Abschnitt von den zur Verfügung stehenden und schlussendlich gewählten Erhebungsmethoden.

2.3.1 Wegetagebücher

Denkanstoß für die Wegetagebücher war die Studie „Erhaltung von Mobilität im Alter“, in der die AutorInnen mit Hilfe von Mobilitätstagebüchern das Mobilitäts- und Verkehrsverhalten älterer Personen detaillierter nachvollziehen konnten (Mollenkopf & Flaschenträger, 2001, S. 100 - 118).

Um das Mobilitätsverhalten, die Wegeketten und die Wegezwecke von RollatornutzerInnen bestmöglich zu erfassen, war zunächst die Erfassung mit Hilfe der Methode der Wegetagebücher angedacht. Dabei dokumentieren TeilnehmerInnen ihre Wege innerhalb eines festgelegten Zeitfensters. Außerdem sollen die Barrierefreiheit dieser zurückgelegten Wege und die Barrierefreiheit der Zugänge am Ziel erfasst werden sowie Probleme und Schwierigkeiten, die den Befragten auf ihren Wegen begegnet sind. Die wichtigsten Ziele, Wege und Probleme sollen zum Schluss in einer Karte verortet werden.

Diese Methode wurde ausgewählt, da sie sehr detaillierte Einblicke in die täglichen Wege und Schwierigkeiten von RollatornutzerInnen geben kann. Außerdem können Probleme gezielt verortet werden, um so den Handlungsbedarf in Wien erfassen zu können. Ein weiterer Grund für diese Methodenwahl ist der Mangel an derartigen Informationen. Viele Studien, Normen etc. beziehen sich, wenn es um das Thema Barrierefreiheit geht, auf RollstuhlfahrerInnen, ältere Personen oder Personen mit schwerem Gepäck, jedoch nie speziell auf RollatornutzerInnen, die wiederum andere Bedürfnisse und Anforderungen an den öffentlichen Raum stellen.

2.3.2. Qualitative Interviews

- **Interviews mit RollatornutzerInnen**

Qualitative Interviews sollen einen tieferen Einblick in die Erfahrung der ProbandInnen mit Rollator im Straßenraum geben. Dabei kann im Detail auf das Mobilitätsverhalten und die damit zusammenhängenden Schwierigkeiten näher eingegangen werden.

Um dem Interview Struktur zu verleihen, wurde ein Interviewleitfaden mit den zu stellenden Fragen konzipiert, der sich aus sieben verschiedenen Themenblöcken (Alltägliche Wege und Freizeitaktivitäten, Rollator, Wohnumgebung/Aktionsradius, Wohnhaus, Verkehr, Gesundheit und Abschließende Fragen) zusammensetzt. Der Leitfaden ist im Anhang beigefügt, als Anhang 1.

- **Interviews mit ExpertInnen**

Die ExpertInneninterviews sollen Erkenntnisse aus der Praxis näher beleuchten und in einem weiteren Schritt dazu beitragen, praxisnahe Maßnahmenempfehlungen zu formulieren. Auch hierfür ist das Interview mittels eines Leitfadens geführt worden, der in drei Themenblöcke (Position, Status quo und Zukunft) geteilt war. Dieser Leitfaden ist ebenfalls im Anhang zu finden.

2.3.3 Gewählte Methode

Aus organisatorischen und zeitlichen Gründen konnten die Wegetagebücher nicht durchgeführt werden. Es wurde im ersten Schritt versucht, mit verschiedenen Institutionen und Organisationen in Kontakt zu treten, um bei der Vermittlung der Personen zu helfen. Dies blieb jedoch ohne Erfolg. Viele haben keine Rückmeldung gegeben, jene, die sich gemeldet hatten, wollten nicht Teil dieser Studie werden. Nach dem Versuch der Aufklärung, dass es nicht um die Institution gehe, sondern rein um die Vermittlung der Personen, wurde meistens gar nicht mehr geantwortet. Lediglich eine Institution sagte zunächst Unterstützung zu. Zwei Wochen nach dem Treffen und der Übergabe der Wegetagebücher wurde die Rückmeldung gegeben, dass die Personen nicht mehr teilnehmen wollten - ohne weitere Begründung.

Eine gemeinsame Studie der nast consulting und der TU Wien (Elias et al., 2016) führte ebenfalls „Wegetagebücher“ mit Hilfe von elektronischen Geräten (GPS) durch. Diese Studie zeigte auf, dass ebenso Problematiken bei der TeilnehmerInnensuche auftraten. Daher haben sich die AutorInnen an 28 verschiedene SeniorInneneinrichtungen gewandt und Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Von diesen Kontaktversuchen waren lediglich vier erfolgreich. Bei den meisten sei eine Kooperation nicht möglich gewe-

sen, von anderen gab es keinerlei Rückmeldung. Die ForscherInnen machten die Erfahrung, dass solche Projekte erfolgreicher verlaufen, wenn sie persönlich in Form einer Kurzpräsentation vorgestellt werden und es eine Aufwandsentschädigung für die TeilnehmerInnen gibt (Elias, et al., 2016, S. 12 ff).

Es wurde auch versucht, mögliche TeilnehmerInnen mittels Kontaktaufnahme auf der Straße zu gewinnen oder im Bekanntenkreis zu finden, darüber hinaus wurde eine Ausschreibung über das KfV gemacht. Es wurden auch zeitweise ProbandInnen gefunden, die teilnehmen wollten, diese wollten oder konnten dann aber aus gesundheitlichen Gründen doch nicht mehr teilnehmen.

Die erwähnten Schwierigkeiten waren der Grund für den Entschluss, auf die Wegetagebücher zu verzichten. Dafür sollten detailliertere Interviews den Wegfall der Tagebücher kompensieren.

3

MOBILITÄT VON PERSONEN MIT ROLLATOR

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Nutzung von Rollatoren im täglichen Leben älterer Personen. Hierbei wird vorwiegend darauf Bezug genommen, welche speziellen Bedürfnisse ältere Menschen hinsichtlich einer selbstständigen Mobilität und im Umgang mit einem Rollator haben. In diesem Zusammenhang werden folglich auch die unterschiedlichen Rollatorarten näher erläutert. Des Weiteren wird auf eine spezifische Unfallstatistik älterer Personen eingegangen, in deren Unfallgeschehen eine Gehhilfe involviert war. Im letzten Abschnitt werden zudem rechtliche Rahmenbedingungen für die Barrierefreiheit im (halb-)öffentlichen Raum behandelt.

3.1 Selbstgestaltung des Lebens

Dieses Unterkapitel behandelt den Alltag älterer Personen mit seinen täglichen Herausforderungen. Unter anderem werden die Bevölkerungsstruktur und -prognose analysiert. Die alltäglichen Mobilitätsbedürfnisse und Bedingungen zur Erfüllung vonseiten dieser Zielgruppe werden im folgenden Unterkapitel im Detail erläutert.

3.1.1 Bevölkerungsstruktur in Wien und demografischer Wandel

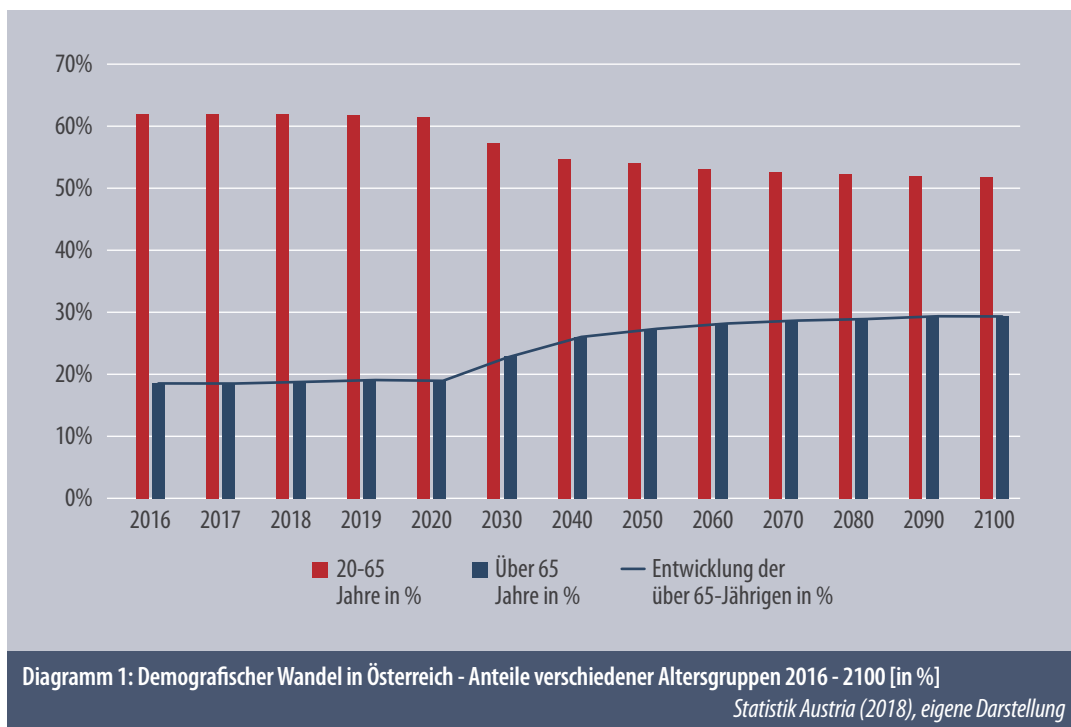
Für die Alterung der Gesellschaft gibt es verschiedene Gründe. Allgemeine Faktoren wären die bessere Gesundheitsversorgung, die zu einer steigenden Lebenserwartung führt, bei einer gleichzeitig sinkenden Geburtenrate (Kasper, 11/2007, S. 2). In Österreich tragen jedoch auch noch andere Faktoren zu der demografischen Entwicklung bei:

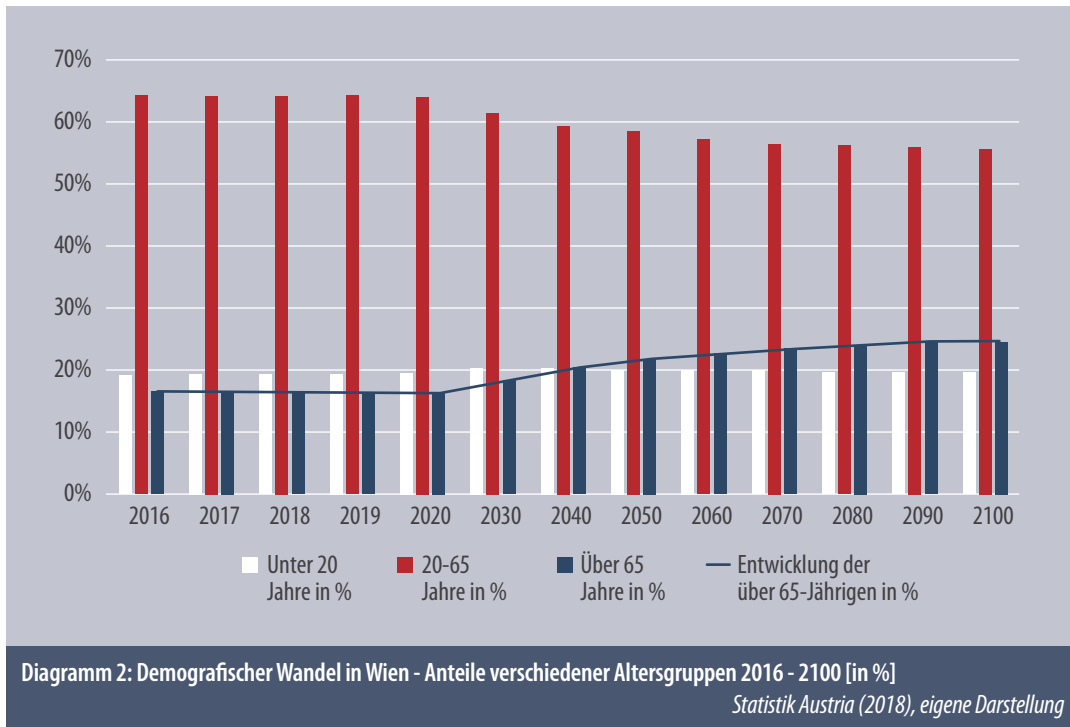
- Die gegenwärtige Bevölkerungsstruktur ist von der Baby-Boom-Generation geprägt. Die in den frühen 1960er-Jahren Geborenen werden im Jahr 2020 ihr Pensionsalter erreichen (Kytir, 2009, S. 44).
- Die rückläufige Geburtenrate, die ebenfalls eine starke Auswirkung auf die Bevölkerungsstruktur hat. Gemäß der Datenlage im Jahr 2004 bekam eine Frau im Laufe ihres Lebens durchschnittlich 1,4 Kinder (Kytir, 2009, S. 44). Diese Zahl liegt unter dem Reproduktionsniveau von 2,1³.
- Eine Bevölkerungszunahme durch internationale Migration (Kytir, 2009, S. 44).

³ Das Reproduktionsniveau beschreibt die Anzahl der Kinder pro Frau, die erforderlich wäre, um einen konstanten Bevölkerungsstand zu halten (Hoßmann, Lettow, & Münz, 2009).

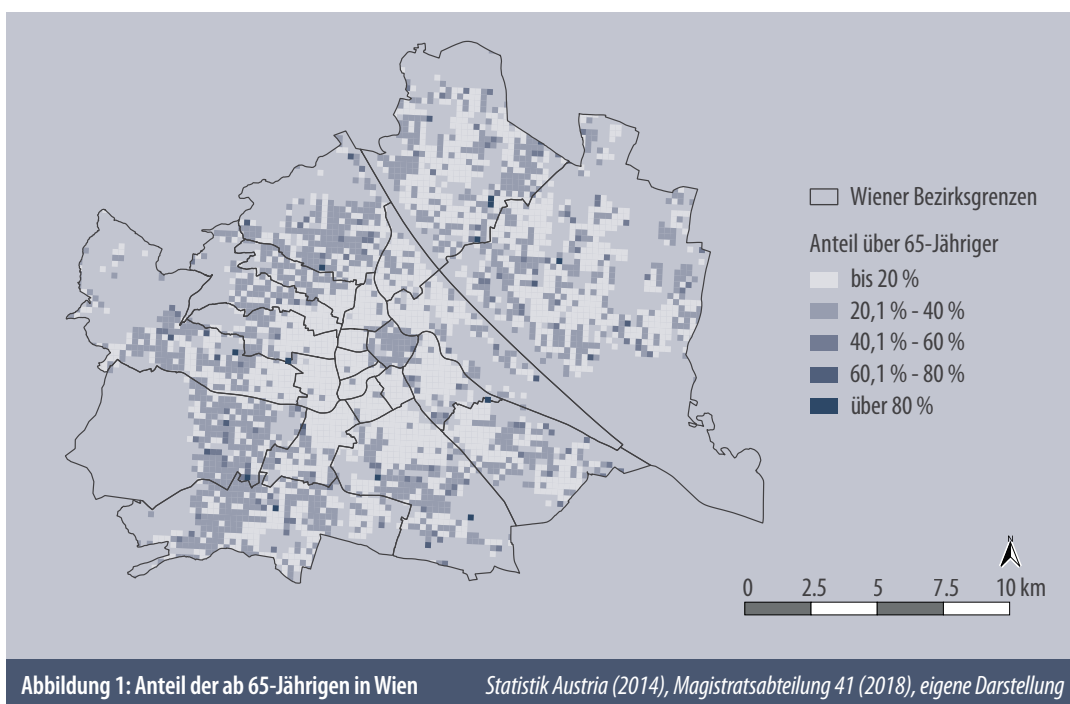
- Die gestiegene Lebenserwartung. Für Frauen liegt die derzeitige Lebenserwartung bei 82,2 Jahren und für Männer bei 76,6 Jahren. Prognosen bis 2050 besagen, dass die Lebenserwartung der Frauen auf 89 Jahre steigen wird. Ebenso werden Männer in Zukunft ein Durchschnittsalter von 84 Jahren erreichen (Kytir, 2009, S. 44 f).

Die Prognosen der Statistik Austria von 2017 zeigen denselben Trend der alternden Gesellschaft. Diese verdeutlichen, dass nicht nur österreichweit (Diagramm 1), sondern auch in Wien (Diagramm 2) der Anteil der älteren Personen stetig steigen wird. Wie aus beiden Diagrammen ersichtlich, geht die Bevölkerungsgruppe „20 - 65 Jahre“ zurück, österreichweit sowie auch in Wien. Der Anteil der bis 20-Jährigen stagniert hingegen. Die Zielgruppe der über 65-Jährigen steigt (prozentuell) am meisten. Auf Bundesebene wird ein größerer Anstieg der Zahlen der über 65-Jährigen erwartet (Statistik Austria, 2017).





In Abb. 1 ist ersichtlich, wie sich der Anteil der Personen der Altersgruppe 65+ über ganz Wien unterschiedlich verteilt. Jedoch weisen einige Bezirke eine Homogenität hinsichtlich der Anteile älterer Personen auf. Die inneren Wiener Gemeindebezirke sind sehr homogen in ihrer Struktur, mit einem geringen Anteil der über 65-Jährigen - bis 20%. Der erste Bezirk - Innere Stadt - zeigt einen höheren Anteil - mit 20 % - 40 % auf. In den äußeren Bezirken ist der Anteil der über 65-Jährigen eher heterogen. Ein höherer Anteil dieser Personengruppe ist lediglich am Stadtrand ersichtlich. Die äußeren Bezirke weisen in Stadtnähe wieder einen geringeren Anteil auf (Statistik Austria, 2014).



Bevölkerungsverteilung der über 65-Jährigen in Wien nach Geschlecht:

Das dominierende Geschlecht in Wien ab dem Alter von 65 Jahren - zum Stand von 2018 - war weiblich (58,57 %), der Anteil der Männer betrug 41,43 %, siehe Tabelle 1 (Statistik Austria, MA 23, 2018).

	Alter 65+ Jahre	Prozent
Frauen	182.024	58,57 %
Männer	128.757	41,43 %
Gesamt	310.781	100 %

Tabelle 1: Bevölkerungsverteilung der ab 65-Jährigen in Wien nach Geschlecht zum Stand 2018

Statistik Austria (2018), MA 23 (2018), eigene Darstellung

3.1.2 Mobilität als Grundbedürfnis

Für die Selbstgestaltung des täglichen Lebens - nicht nur im Alter - gilt Mobilität als eines der wertvollsten Grundbedürfnisse des Menschen. Es geht darum, alltägliche Wege, wie etwa Versorgungstätigkeiten (Einkaufen, Arztbesuch), den Weg zur Arbeit und zurück oder auch Freizeitaktivitäten, allein bewältigen zu können. Durch Mobilität beziehungsweise im Besonderen durch die dabei ausgeführte Bewegung kann die eigene Gesundheit positiv beeinflusst werden. Hat man diese Möglichkeiten nicht mehr, leidet nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern es kann auch zu psychischen Folgen wie Depression oder Vereinsamung kommen (Reiterer, 2009, S. 179).

3.1.3 Bedürfnisse älterer Personen

Das Forschungsprojekt FRAME - Freizeitmobilität älterer Menschen - hat mit Hilfe von Befragungen (4.500 ProbandInnen) und einer qualitativen Erhebung (30 ProbandInnen) eine differenzierte Charakterisierung älterer Menschen hinsichtlich ihrer Lebensbedingungen, ihrer Bedürfnisse sowie ihrer Mobilität erhoben. Dabei wurden verschiedene Ansätze verfolgt:

- Die Ressourcen (materielle Mittel sowie personenbezogene Merkmale)
- Die Verwendung oder Umsetzung der Ressourcen
- Das Motiv (Kasper, 11/2007, S. 3)

Aus diesem Konzept konnten sechs Profile erarbeitet werden:

1. Neuer Start

Dieses Profil beinhaltet Personen, die in den Ruhestand gehen und immer noch sehr aktiv sind. Im Ruhestand können verschiedene Hobbies ausgelebt beziehungsweise neue Hobbies gefunden werden. Das Reisen ist eine der

beliebtesten neuen Aktivitäten und auch teilweise das Leben in südlichen Ländern. Das heißt, dass diese Personen noch mobil sind. Diese Personen sind dennoch auf technische und organisatorische Unterstützung angewiesen (Kasper, 11/2007, S. 4).

2. Weiter so

Diese Personen sehen sich nicht als SeniorInnen. Sie wohnen in guter Lage, mit genug Möglichkeiten, um den täglichen Verpflichtungen und teilweise auch beruflichen Tätigkeiten nachgehen zu können. Die Verkehrsmittelwahl und die Aktivitäten haben sich nicht verändert, sie bleiben gleich (Kasper, 11/2007, S. 4).

3. Weniger ist mehr

Personen, die sich mit diesem Profil beschreiben lassen, haben keine täglichen Verpflichtungen mehr. Wegfallende Berufswege werden als Entlastung angesehen. Die jetzigen zurückgelegten Wege haben neue Auswirkungen auf ihr Leben. Es geht um das Knüpfen neuer Kontakte und um eine selbstbestimmte Alltagsgestaltung. Hier ist der Wunsch nach gut ausgebauter Verkehrsinfrastruktur groß, falls das Autofahren zum Problem wird (Kasper, 11/2007, S. 4 f).

4. Anders als gedacht

Die Charakteristik dieses Profils lässt sich folgendermaßen beschreiben: Aktivitäten können nicht mehr wie gewohnt erlebt werden, und die Verkehrsmittelwahl ist begrenzt. Gründe dafür können finanziellen, gesundheitlichen oder persönlichen Ursprungs sein. Daher ist diese Gruppe vor allem auf kurzen Wegen unterwegs. Zeitweise sind diese Personen auch auf Hilfe angewiesen (Kasper, 11/2007, S. 5).

5. Arrangieren möglich

Diese Gruppe hat ebenfalls mit den Einschränkungen zu kämpfen, wie die anderen Profile, jedoch ist die Aktivität davon nicht betroffen. Personen aus dieser Kategorie haben gelernt, dass sie sich durch tägliche Bewegung besser fühlen und diese ihnen hilft, weiterhin aktiv zu bleiben. Daher ist der Wohnstandort mit Bedacht ausgewählt, so dass die nötige Infrastruktur gegeben ist (Kasper, 11/2007, S. 5).

6. Hilfe unabdingbar

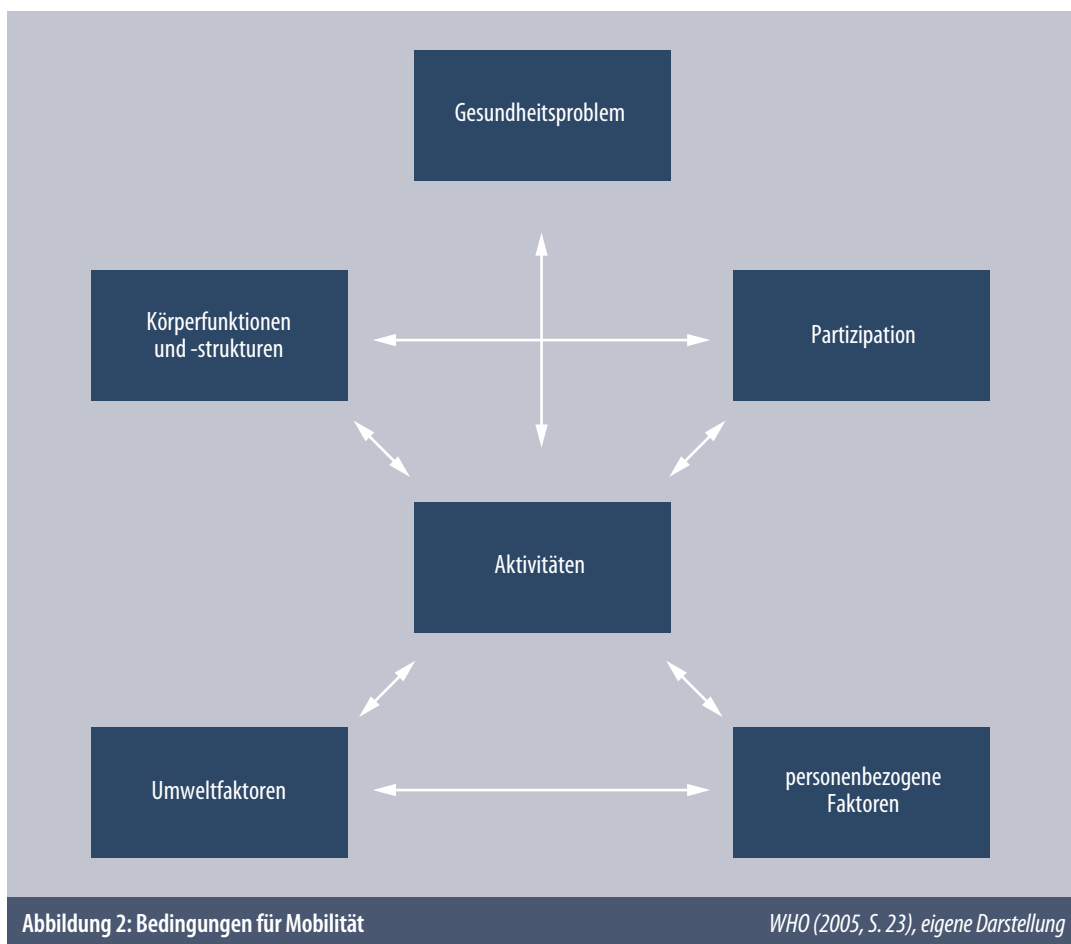
Bei dieser Gruppe sind die Aktivität sowie die Nutzung aller Verkehrsmittel merklich eingeschränkt. Diese Personen sind auf Hilfe angewiesen und können vielleicht nur noch kurze Wege mit Hilfsmitteln zurücklegen, wenn es in ihrer Wohnumgebung möglich ist (Kasper, 11/2007, S. 6).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ältere Menschen individuelle Bedürfnisse haben, wie auch sonst alle Menschen. Es sind jedoch einige

Stichwörter, wie gute Infrastruktur, Lage der Wohnung und Hilfe (auf verschiedenste Arten), wiederholt aus den erfassten Informationen herausgestochen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass für diese Zielgruppe eine zentrale Lage mit guter sozialer und technischer Infrastruktur von größter Bedeutung ist (Kasper, 11/2007, S. 3-6).

3.1.4 Bedingungen für Mobilität im Alter

Die Mobilität dieser Zielgruppe hängt von verschiedenen Faktoren ab. Darunter ist nicht nur die baulich errichtete Umwelt zu verstehen, sondern auch die individuelle soziale Struktur. Diese Faktoren haben auf die Aktivität Einfluss und stehen auch in Wechselwirkung untereinander, wie in Abb. 2 ersichtlich ist (Kasper, 11/2007, S. 7).



Mit dem Älterwerden sind physische und sensorische Fähigkeiten mehr und mehr eingeschränkt, und alltägliche Wege erfordern Planung. Ist die Umwelt jedoch barrierefrei, so werden diese Wege leichter bewerkstelligt, und Probleme verlieren an Bedeutung. Daher hängt die Mobilität einer älteren Person nicht nur von sich selbst (Individuum) ab, sondern liegt auch in der Verantwortung einer vorausdenkenden Gesellschaft, die sich mit der Planung der Stadt (Umwelt für das Individuum) auseinandersetzen sollte (Reiterer, 2009, S. 179 f).

Einer der Kernpunkte in der Raumplanung ist die Konzeption von Stadtentwicklungsplänen (STEP) (Stadt Wien, o. J.). Der STEP 2025 hat sich als Ziel die Erhaltung und Erweiterung des barrierefreien und qualitativ hochwertigen öffentlichen Raumes gesetzt. Dazu zählen vor allem die „kurzen Wege zu Versorgungseinrichtungen sowie ein barrierefreier Straßenraum“ (Magistratsabteilung 18, 2015, S. 48). „Urbane öffentliche Räume sollen hochwertig, barrierefrei, robust, alltagstauglich und flexibel nutzbar sein, sie müssen Angebote für unterschiedliche Nutzerinnen und Nutzer bieten, ohne andere Gruppen auszuschließen.“ (Magistratsabteilung 18, 2015, S. 115) Die Gestaltung barrierefreier öffentlicher Räume ist also eine wichtige Querschnittsmaterie der Raumplanung und liegt auch in deren Verantwortung.

3.1.5 Mobilitätsprofil älterer Personen

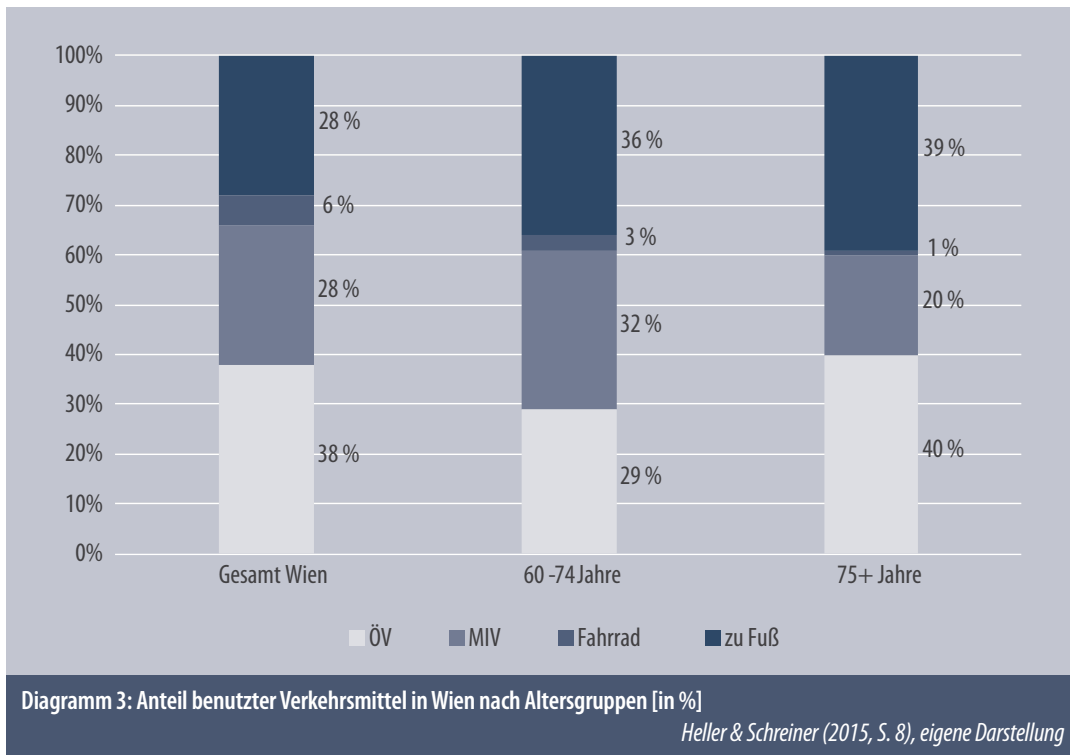
Eine Mobilitätsbefragung, durchgeführt von Omnitrend im Zeitraum von 2010 - 2014, hat für Wien den Modal Split⁴ erhoben (Heller & Schreiner, 2015). Bei dieser Studie wurden die NutzerInnen nach Geschlecht und Alter getrennt. Insgesamt haben 12.257 Personen an der Befragung teilgenommen. Die älteren Personen teilen sich in zwei Altersklassen auf: 60 - 74 Jahre (2.878 TeilnehmerInnen) und 75+ Jahre (894 TeilnehmerInnen) (Heller & Schreiner, 2015, S. 7 - 10).

In Diagramm 3 kann bei den zwei älteren Personengruppen erkannt werden, dass diese einen ungefähr gleich hohen Anteil an Wegen, die zu Fuß zurückgelegt werden, bestreiten. Jedoch ist der Zu-Fuß-Anteil der älteren Personen (36 % und 39 %) deutlich höher als der Wiener Durchschnitt (28 %). Auch der Radanteil (3 % und 1 %) ist in den zwei Altersgruppen annähernd gleich. Unterschiede zwischen den beiden genannten Altersgruppen gibt es bei der Pkw- und ÖV-Nutzung. Weiters ist ersichtlich, dass die Pkw-Nutzung in der jüngeren Altersgruppe höher als der Wiener Durchschnitt ist. Lediglich die Altersklasse 75+ Jahre weist einen geringeren Anteil auf. Ein weiterer Unterschied ergibt sich zwischen Frauen und Männern. Die Pkw-Nutzung als FahrerIn ist bei den Männern höher (31 %) als bei den Frauen (19 %). Die ÖV-Nutzung ist in der älteren Gruppe höher. Dies liegt vermutlich daran, dass die Pkw-Nutzung deutlich zurückgeht und die Wege mit alternativen Verkehrsmitteln zurückgelegt werden (Heller & Schreiner, 2015, S. 8).

Diagramm 3 zeigt, dass deutliche Unterschiede zwischen älteren Personen in Bezug auf die Nutzung der Verkehrsmittel gegeben sind. Aus diesem Grund kann, wie schon erwähnt, angenommen werden, dass es sich hierbei nicht um eine homogene Gruppe handelt. Somit können Individuen ab einem

⁴ Der Modal Split zeigt, mit welchen Verkehrsmitteln sich Personen fortbewegen und lässt auf das Mobilitätsverhalten der Menschen und das Verkehrsangebot Rückschlüsse ziehen (Magistratsabteilung 18 2015, S. 122).

Alter von ungefähr 60 Jahren nicht gleich behandelt werden und müssen mit dem Hintergrund der zuvor genannten Lebensumstände betrachtet werden (Heller & Schreiner, 2015, S. 8 f).

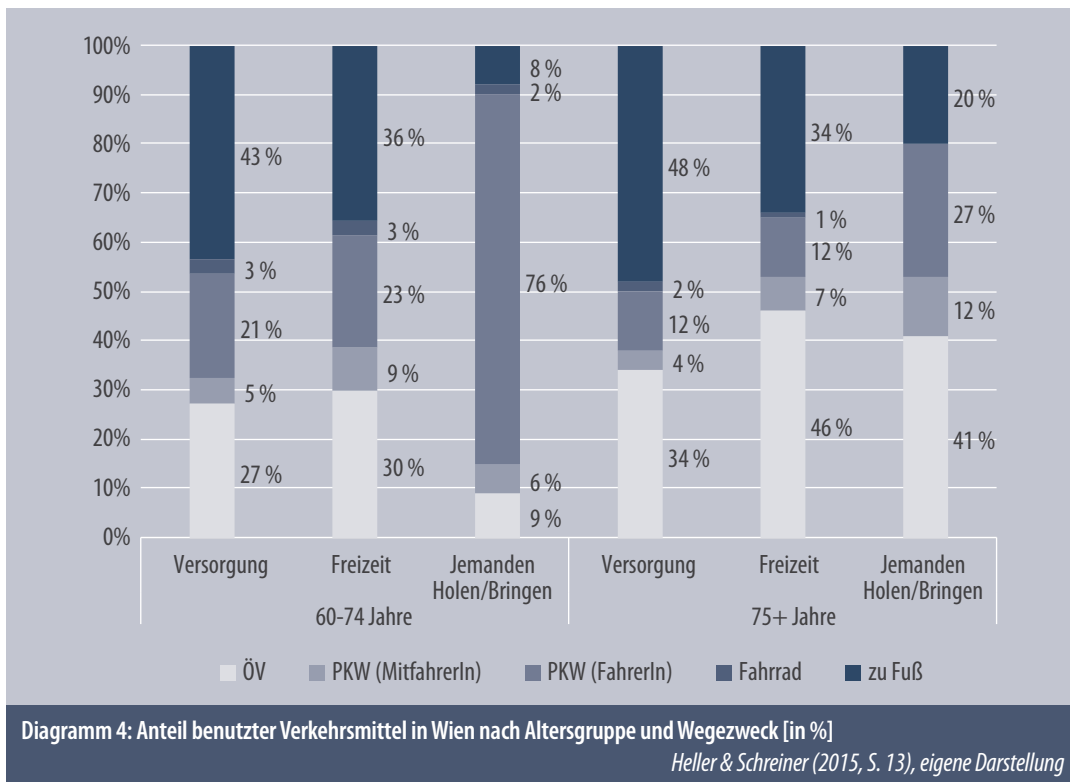


Bei Betrachtung der Anzahl der Wege (Person/Tag) wird ersichtlich, dass in Wien durchschnittlich 2,6 Wege pro Tag zurückgelegt werden, davon nur 0,7 zu Fuß. Ältere Personen weisen eine höhere Anzahl an Fußwegen auf. Bei der jüngeren Altersgruppe wurde eine geschlechterspezifische Unterscheidung vorgenommen. Hier zeigt sich, dass die Anzahl an Fußwegen pro Person und Tag bei den Frauen höher ist, siehe Tabelle 2. Daher kann interpretiert werden, dass ältere Menschen sich im öffentlichen Raum mehr zu Fuß bewegen und im Alter auf andere Verkehrsmittel verzichten (Heller & Schreiner, 2015, S. 10).

	Fußwege-Anteil	Wege Pers./Tag	Anzahl an Fußwegen Pers./Tag	Summe TeilnehmerInnen
Gesamt Wien	27,5%	2,6	0,7	12.257
Männer 60-74 Jahre	33,2%	2,7	0,9	1.252
Frauen 60-74 Jahre	38,9%	2,7	1,1	1.626
Über 75 Jahre	38,8%	2,3	0,9	894

Tabelle 2: Fußwegeanteil und Anzahl an Fußwegen pro Tag in Wien
Heller & Schreiner (2015, S. 10), eigene Darstellung

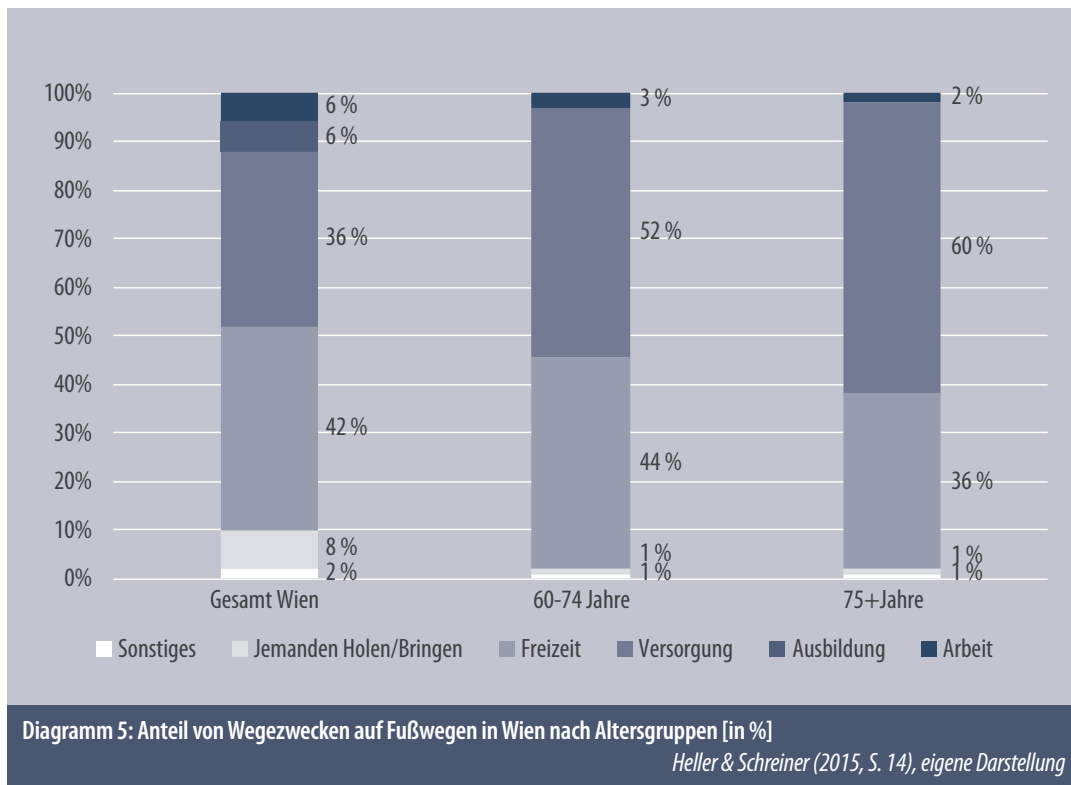
Bei älteren Personen fallen bestimmte Wegezwecke, wie Ausbildung oder Arbeit, weg. Daher kann der Fußwegeanteil in drei Kategorien unterteilt werden: Versorgung, Freizeit und Jemanden Holen/Bringen, siehe Diagramm 4. Bei den genutzten Verkehrsmitteln nach Wegezweck kann ebenso ein Unterschied zwischen den zwei Altersgruppen erkannt werden. Der ÖV-Anteil nimmt bei jeder Kategorie in der Altersklasse 75+ Jahre zu, während sich der Pkw-Anteil verringert. Der Pkw-Anteil bei der jüngeren Gruppe sticht in der Kategorie „Jemanden Holen/Bringen“ hervor (76%), während er bei der älteren Gruppe durch den Fußweg beziehungsweise den ÖV ersetzt wird (Heller & Schreiner, 2015, S. 13).



3.1.6 Charakteristik fußläufiger Wege älterer Personen

Wegezweck

Wenn in Bezug auf die Wegezwecke nur die Fußwege betrachtet werden, zeigt sich, dass in beiden Altersklassen sowie im Wiener Durchschnitt die größten Anteile die Versorgung und Freizeit einnehmen, siehe Diagramm 5 (Heller & Schreiner, 2015, S. 14).



Fußwegelängen und -dauer von älteren Menschen

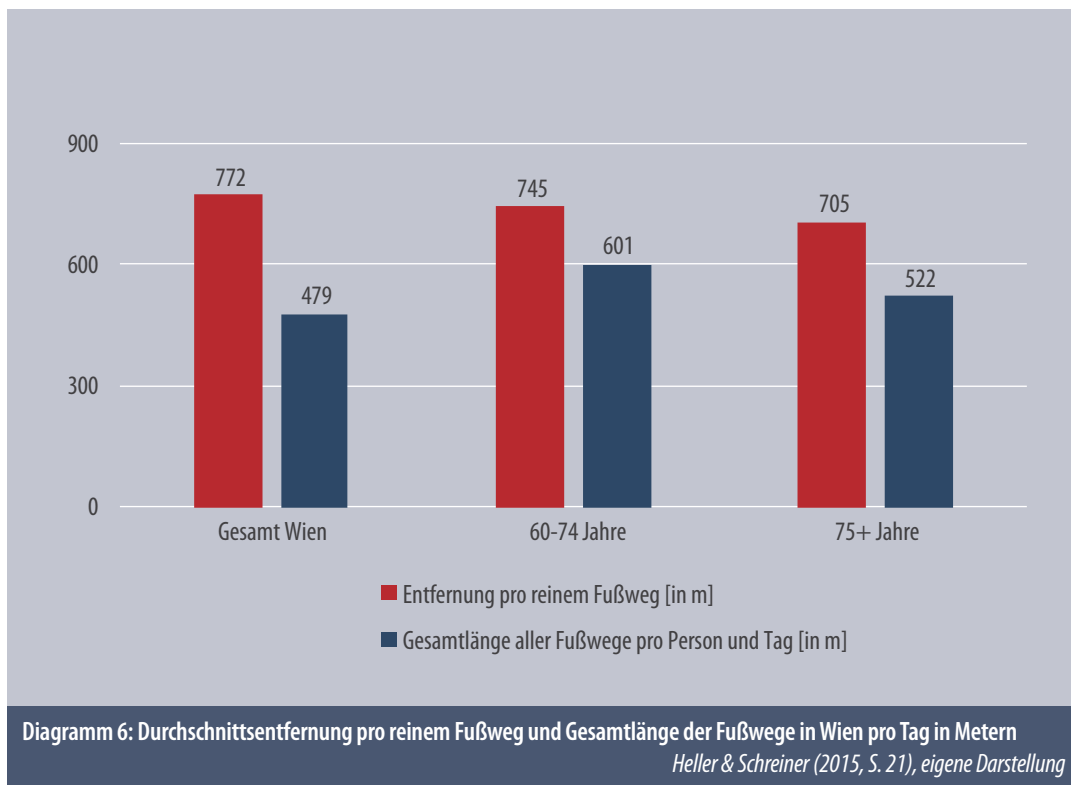
Die Daten der folgenden Diagramme (6 bis 9) beziehen sich rein auf die Fußwege. Die Gesamtlänge/-dauer bezieht sich auf einen Stichtag bei allen ProbandInnen. Wurden am Stichtag keine Fußwege zurückgelegt, dann beträgt die Gesamtlänge 0 Meter beziehungsweise Minuten (Heller & Schreiner, 2015, S. 21, 46).

In Diagramm 6 und Diagramm 7 werden Teilwege, wie Fußwege zum Auto, zur Haltestelle etc., nicht berücksichtigt. Diese Etappen werden in Diagramm 8 und Diagramm 9 berücksichtigt, wodurch höhere Ergebniswerte ersichtlich sind (Heller & Schreiner, 2015, S. 21).

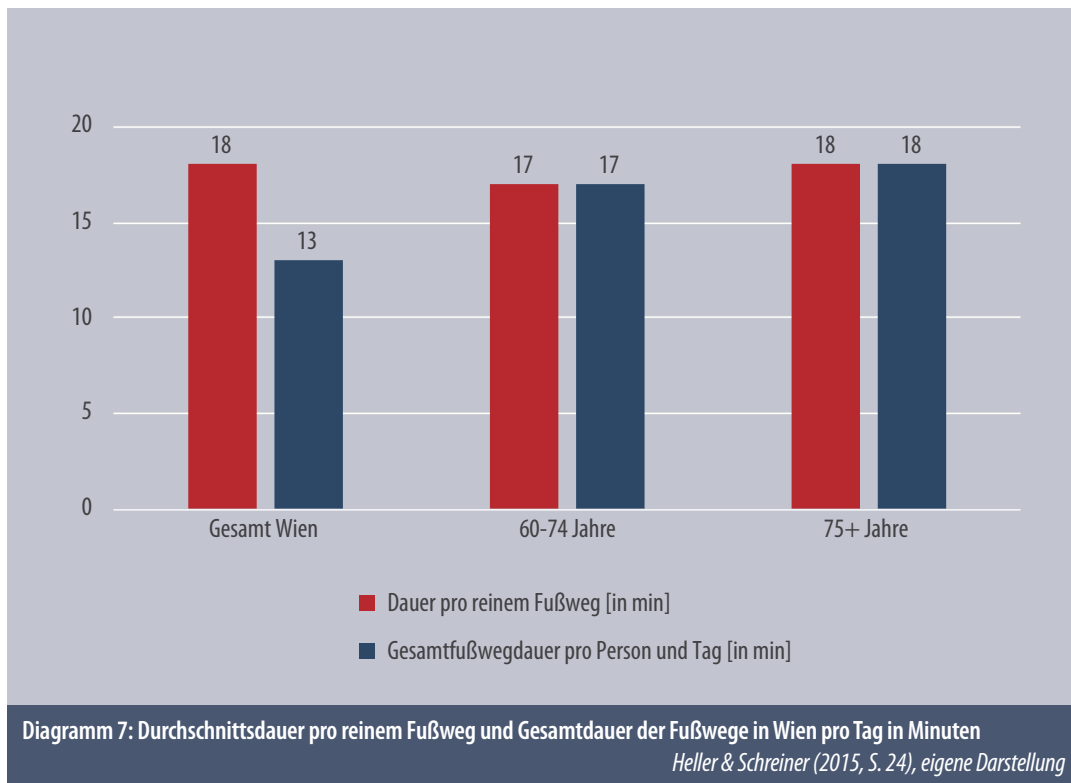
Die Etappen zu und von der nächsten Haltestelle sowie jene zu und vom Pkw wurden pauschal berechnet und pro Person und Tag aufsummiert. Es wurde eine Gehgeschwindigkeit von drei km/h angenommen und eine Distanz von 100 Metern bis zum Auto und 300 Metern bis zur nächsten

Haltestelle. Dies entspricht einer Dauer von zwei Minuten (Auto) und sechs Minuten (Haltestelle) (Heller & Schreiner, 2015, S. 46).

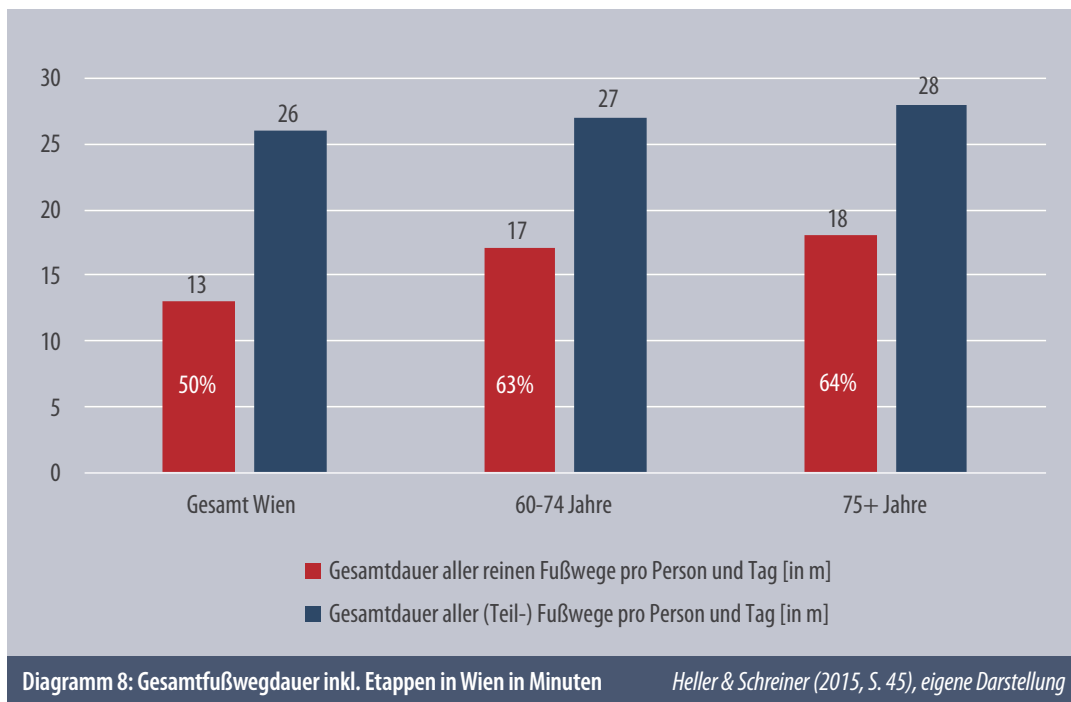
Was die Durchschnittslänge der täglichen Wege älterer Personen betrifft, so legen diese pro Fußweg durchschnittlich über 700 Meter zurück, was im Vergleich zur Wiener Bevölkerung (knapp 800 Meter), keinen großen Unterschied aufweist. Wird aber die Gesamtlänge aller reinen Fußwege pro Person und Tag betrachtet, so legen ältere Personen (etwa 600 beziehungsweise etwa 520 Meter) im Vergleich zum Wiener Durchschnitt (etwa 480 Meter) längere Wege zurück, siehe Diagramm 6 (Heller & Schreiner, 2015, S. 21).



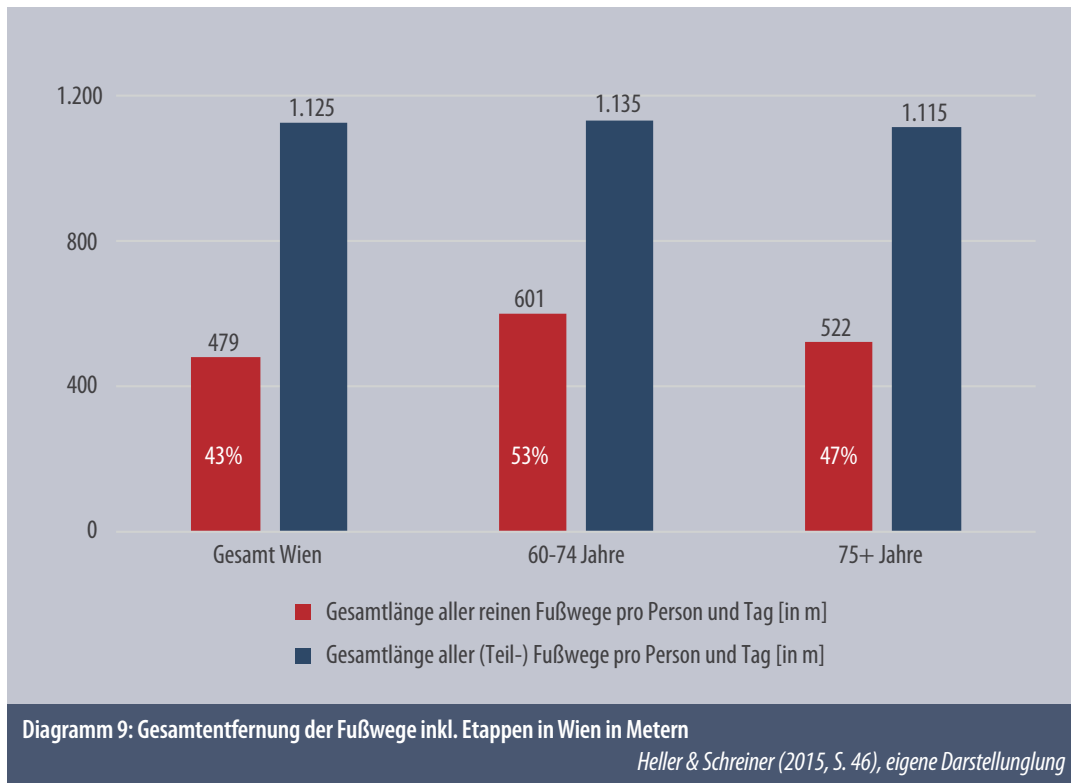
In Diagramm 7 ist ersichtlich, dass eine Person in Wien eine durchschnittliche Wegstrecke von etwa 13 Minuten pro Tag zu Fuß zurücklegt. Länger ist dabei die Dauer der von älteren Personen zu Fuß zurückgelegten Strecke mit 17 beziehungsweise 18 Minuten. Es kann angenommen werden, dass sich mit steigendem Alter ebenso die Fußwegedauer erhöht. Somit halten sich ältere Personen, bedingt durch die geringere Gehgeschwindigkeit, länger im öffentlichen Raum auf (Heller & Schreiner, 2015, S. 24).



Werden alle Teilwege berücksichtigt, dann geht die Wiener Bevölkerung (pro Person und Tag) durchschnittlich 26 Minuten, ältere Personen 27 bzw. 28 Minuten zu Fuß. Der Unterschied zwischen der Gesamtdauer der reinen Fußwege und der Gesamtdauer, in der die Teilwege berücksichtigt werden, beläuft sich auf mindestens zehn Minuten, siehe Diagramm 8. Die Gesamtdauer aller reinen Fußwege beträgt, bezogen auf ganz Wien, 13 Minuten. Daraus lässt sich ableiten, wie viele Fußwege verborgen bleiben, wenn bei der ÖV- oder Pkw-Nutzung keine Fußwege miteinberechnet werden. Dies macht die Wichtigkeit der Differenzierung deutlich (Heller & Schreiner, 2015, S. 45).



Nicht nur die Dauer ändert sich, sondern auch die Entfernung, siehe Diagramm 9. Ohne die Berücksichtigung der Teilwege beträgt die Entfernung (für die WienerInnen) knapp 500 Meter, mit den Etappen mehr als das Doppelte (1,1 km). Ein ähnliches Verhältnis zeigt sich bei den zurückgelegten Entfernungen älterer Personen. Der einzige Unterschied ist, dass die Gesamtlänge ohne die Teilwege höher ist als jene der Wiener Durchschnittsbevölkerung (Heller & Schreiner, 2015, S. 46).



3.1.7 Besonderheiten älterer Personen mit Rollator

In verschiedenen Önormen (Austrian Standards Institute, 2012, S. 5) oder RVS-Richtlinien (FSV, 2010, S. 3) werden spezielle Bedürfnisse mobilitätseingeschränkter Personen (RollatornutzerInnen) und temporär mobilitätseingeschränkter Personen in Bezug auf den Straßenverkehr gemeinsam betrachtet und gleichgestellt. Darunter fallen unter anderem auch Eltern mit Kinderwagen oder Personen, die Lasten tragen. Ältere Menschen und Kinder werden auch immer bei Vorgaben von Barrierefreiheit mitberücksichtigt (FSV, 2010, S. 3). Da die Gehgeschwindigkeit von Personen mit Rollator deutlich verringert ist und hohe Schwankungen bezüglich einer genauen zeitlichen Eingrenzung gegeben sind (siehe Kapitel 3.2.5 Gehgeschwindigkeiten mit Rollator), ist ein Vergleich mit anderen Personengruppen schwierig. Von daher sollte in Bezug auf RollatornutzerInnen immer bedacht werden, dass sie tendenziell halb so schnell sind wie andere FußgängerInnen (Bastek, 2015, S. 92).

3.2 Einsatz von Rollatoren zur Unterstützung

In diesem Unterkapitel werden verschiedene Inhalte zum Thema Rollator (geschätzte Anzahl, Anschaffung, Alternativen) behandelt.

3.2.1 Definition Rollator

Rollatoren sind in unterschiedlichen Ausführungen erhältlich. Die einfache Ausführung beinhaltet zwei starre Räder vorne und zwei Noppen hinten. Andererseits gibt es jene Ausführung, bei der vorne zwei bewegliche und hinten zwei starre Räder angebracht sind. Letztere verfügt über eine Handbremse und kann mit einer Sitzmöglichkeit und einem Korb versehen sein. Diese Ausführung bietet speziell für Menschen, die nicht zur Gänze auf eine selbstständige Mobilität verzichten möchten und sich noch eigenständig abstützen können, Halt beim Gehen (Lakatha, 2014, S. 14).

Aus technischer Sicht ist ein Rollator „nur“ eine Gehhilfe für Personen mit Mobilitätseinschränkungen. Die Funktion eines Rollators geht aber weit über diese Definition hinaus. Er trägt immens zum Wohlbefinden der NutzerInnen bei und hilft ihnen dabei, unabhängig zu bleiben. Diese Unabhängigkeit zeigt sich darin, dass die NutzerInnen, trotz eingeschränkter Mobilität, ihre Wege (Versorgung, Arzt etc.) eigenständig erledigen können. Eine Gehhilfe hat große Auswirkungen auf die Mobilität älterer Menschen und in weiterer Folge auch auf ihre Lebensqualität und allgemeine Zufriedenheit. In einer österreichischen Studie zur Hochaltrigkeit konnte festgestellt werden, dass einem Rollator zur Lebensbestreitung ein hoher Wichtigkeitsfaktor zugemessen werden kann und zu diesem wertvollen Hilfsmittel auch ein emotionaler Bezug aufgebaut wird. Im Zuge der Interviewauswertung zeigte sich, dass viele der Befragten wieder mehr außer Haus gehen, seitdem sie einen Rollator benutzen. Wie eine 85-jährige Frau über ihren Rollator sagt *„... das ist mein bester Freund. Wenn ich den nicht hätte, ich glaub, dann würde ich depressiv.“* Dies beschreibt den emotionalen Bezug, der zu einem Rollator entstehen kann (ÖPIA, 2015, S. 168 f).

3.2.2 Arten und Kosten von Rollatoren

Es gibt viele verschiedene Modelle von Rollatoren. Diese unterscheiden sich in Indoor-Rollatoren, diese sind nur für die Wohnung gedacht, und Outdoor-Rollatoren, die außerhalb der Wohnung genutzt werden können. Der bautechnische Unterschied liegt vor allem an den Rädern (Größe und Material) und Bremsen. Zudem haben Outdoor-Rollatoren eine Sitzgelegenheit, einige sind sogar klappbar. Außerdem ist die Größe bei einem Rollator relevant. Bei manchen Modellen ist diese verstellbar, oder das Modell ist in verschiedenen Größen verfügbar. Ein weiterer essenzieller Punkt ist das Gewicht. Beginnend bei 4,9 kg (Leichtgewichtrollator, Carbon), bis zu 21 kg (Rollator mit elektrischem Antrieb). Das Durchschnittsgewicht liegt jedoch bei ca. 6-7 kg (Tingelhoff, 2018).

Bild	Typ	Eigenschaften
 <p>Abb. 3: Outdoor-Rollator (Tingelhoff, 2017, S. 5)</p>	Outdoor-Rollator	Möglichkeit der Sonderausstattung, zum Beispiel Sitzmöglichkeit
 <p>Abb. 4: Indoor-Rollator (Tingelhoff, 2017, S. 9)</p>	Indoor-Rollator	Nur für die Wohnung, kleinere Räder, Material der Räder für glatte Böden, flexibler und schmaler
 <p>Abb. 5: Rollator klappbar (Medicounter GmbH, o. J.)</p>	Klappbarer Rollator	Meist Outdoor Rollatoren, leicht verstaubar, vorteilhaft auf Reisen
 <p>Abb. 6: Arthritisrollator (Tingelhoff, o.J.)</p>	Arthritisrollator	Spezielle Ausrüstung für stark eingeschränkte Bewegungsfähigkeit / Griffkraft (z.B. Unterarmauflagen)
*	Leichtgewichtrollator	Sehr geringes Gewicht
*	Rollator für große Menschen	Bis zu einer Körpergröße von 200 cm
*	Rollator für schwere Menschen	Hohe Belastbarkeit bis zu 200 kg
*5	Rollator mit Einhandbremse	Eine Bremse für beide Räder
Tabelle 3: Arten von Rollatoren		<i>Trinker (o. J.), eigene Darstellung</i>

5 Für die mit einem * versehenen Rollatortypen wurden keine Bilder verwendet, da sich diese optisch von „normalen“ Rollatoren nicht unterscheiden.

Die Anschaffungskosten für einen guten Rollator belaufen sich auf ungefähr EUR 200 und mehr (Amazon, o. J.). Diese Liste wurde von Dr. Trinker erstellt und verweist auf hochqualitative „Bestseller“-Rollatoren, die über das Online-Verkaufsportal Amazon von verschiedenen Händlern angeboten werden (Trinker, o. J.). In gebrauchtem Zustand kann ein Rollator um ungefähr EUR 50 auf Portalen wie beispielsweise „Willhaben“ erworben werden (Willhaben, o. J.).

3.2.3 Nutzung von Rollatoren

Einer Auskunft der WGKK - Wiener Gebietskrankenkasse - zufolge wurden in den Jahren 2012 - 2016 die Kosten von durchschnittlich 500 Rollatoren teilweise oder gesamt übernommen. Diese Zahlen wurden nach Kalenderjahr ausgewertet (kein Bezug auf temporäre Nutzung, Todesfälle und Gebrauchsdauer). Somit ist eine aussagekräftige Darlegung über eine Gesamtzahl der nutzenden Personen nicht möglich (Hornof, 2018). Die NutzerInnenzahl wird jedoch viel höher sein, da davon ausgegangen werden kann, dass viele Personen ihren Rollator privat erwerben.

Im Vergleich dazu gab es in Deutschland im Jahr 2015 schätzungsweise zwei Millionen Personen, die einen Rollator benutzt haben. Damals wurde geschätzt, dass pro Jahr 500.000 neue Rollatoren gekauft werden (Bastek, 2015, S. 90). Wenn diese Anzahl prozentuell auf die Einwohnerzahl Österreichs heruntergerechnet wird, dann gäbe es zu diesem Zeitpunkt schätzungsweise 350.000 RollatornutzerInnen in Österreich.

3.2.4 Finanzielle Unterstützung

Ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung der WGKK besteht, wenn Betroffene aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr zur Befriedigung essenzieller Bedürfnisse ohne Hilfsmittel (z.B. Rollstühle, Körperersatzstücke) fähig sind. Diese müssen von einem Arzt oder einer Ärztin verordnet werden, jedoch brauchen Rollatoren keine Bewilligung der WGKK und können innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung bezogen werden. Der Rollator muss aber von einer Vertragsfirma (Partnerfirma der WGKK) erworben werden. Die Höhe des eigenen Kostenanteils beträgt 10 % des Tarifes, jedoch mindestens EUR 34,20 (Stand 2018). Die Kosten werden nur dann übernommen, wenn die Mindestsumme überschritten wird. Die Krankenkasse übernimmt für Hilfsmittel einen Betrag von maximal (netto) EUR 513 (Stand 2018) (WGKK, 2018).

3.2.5 Gehgeschwindigkeiten mit Rollator

Da die Anzahl der RollatornutzerInnen in Deutschland stetig steigt (schätzungsweise 500.000 mehr pro Jahr) und somit auch die Verkehrsunfälle mit dieser Zielgruppe zunehmen, wurde eine Studie, „Gehgeschwindigkei-

ten und Laufverhalten älterer oder gehbehinderter Verkehrsteilnehmer mit Rollatoren“, zur Gehgeschwindigkeit von RollatornutzerInnen durchgeführt. Ursprung dieser Studie war ein Unfallereignis eines Rollatornutzers, der von einem Transporter im Straßenraum angefahren wurde. Um eine Unfallanalyse durchzuführen und Vermeidbarkeitsstrategien zu entwickeln, ist die Betrachtung der Gehgeschwindigkeit von großer Bedeutung. An dieser Studie nahmen 20 ProbandInnen teil (19 Frauen und 1 Mann). Bei jeder Person wurden das Alter (60 - 101 Jahre) und die Notwendigkeit des Rollators (14-mal altersbedingt, 6-mal konkreter Grund) notiert (Bastek, 2015, S. 90 ff).

Um die Geschwindigkeit messen zu können, musste eine Messapparatur entwickelt werden. Deren Hauptbestandteil war ein Nabendynamo, der an einem Laufrad befestigt wurde. Dieses Laufrad wurde an den jeweiligen eigenen Rollator der ProbandInnen montiert. Der Nabendynamo erzeugte pro Umdrehung 28 Impulse, die aufgezeichnet wurden - mittels einer speziellen Software konnte auf diese Weise die Gehgeschwindigkeit berechnet werden. Die TeilnehmerInnen mussten eine Strecke von 25 m zurücklegen, wobei 20 m davon zusätzlich mit einer Stoppuhr gemessen wurden (Bastek, 2015, S. 90 ff).

In Abb. 7 wird das Ergebnis einer Person herangezogen, wobei die anderen TeilnehmerInnen ähnliche Geschwindigkeiten und Auffälligkeiten aufweisen. In Rot wird die berechnete Durchschnittsgeschwindigkeit dargestellt. Die schwarze Linie zeigt die tatsächliche Gehgeschwindigkeit auf der vorgegebenen Strecke. Es ist ersichtlich, dass diese Gehgeschwindigkeit nicht eingehalten werden kann und große Schwankungen aufweist. Bereits auf kurzen Strecken entstehen Schwankungen, und aus diesem Grund ist es für andere VerkehrsteilnehmerInnen schwierig, die Geschwindigkeit einzuschätzen. Weiters auffällig ist die Zeit, die benötigt wird, um die Durchschnittsgeschwindigkeit zu erreichen. In diesem Fall sind es 3,3 Sekunden (Bastek, 2015, S. 90 f).

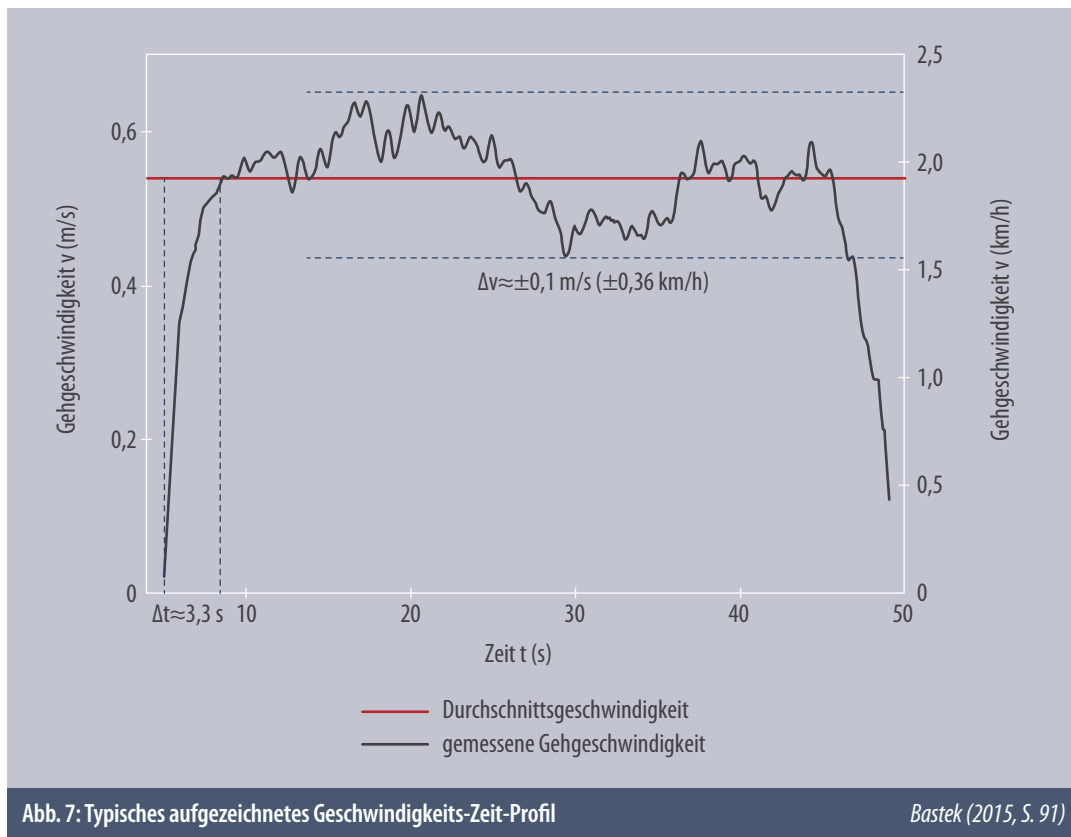
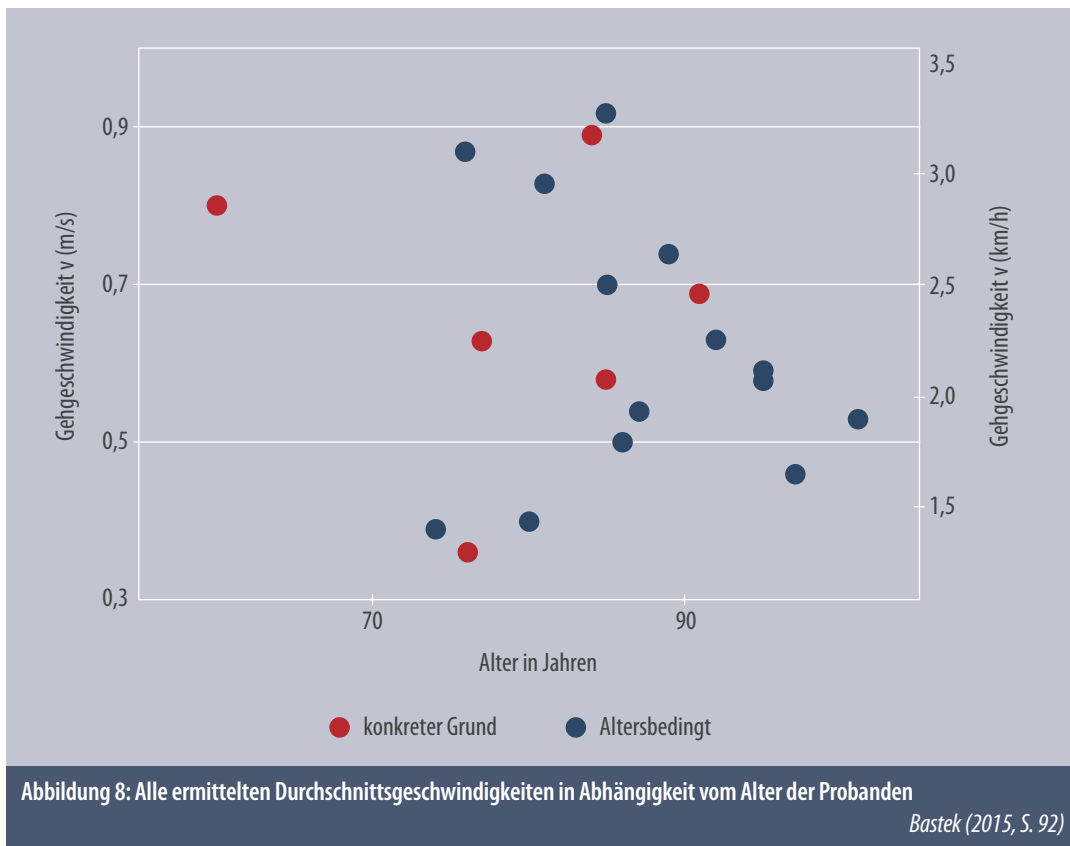


Abb. 7: Typisches aufgezeichnetes Geschwindigkeits-Zeit-Profil

Bastek (2015, S. 91)

In Abb. 8 sind die Durchschnittsgeschwindigkeiten aller ProbandInnen abgebildet. Es können keinerlei Tendenzen herausgelesen und somit keine eindeutigen Angaben über eine durchschnittliche Gehgeschwindigkeit gemacht werden (Bastek, 2015, S. 92).



Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Durchschnittsgeschwindigkeit der ProbandInnen bei 0,59 m/s lag und alle TeilnehmerInnen eine Anlaufzeit von durchschnittlich 2,7 Sekunden benötigten, um auf die mittlere Gehgeschwindigkeit zu kommen. Außerdem wurden relativ große Geschwindigkeitsschwankungen beobachtet. Die **maximale** Gehgeschwindigkeit beträgt in etwa **3 km/h**, was deutlich unter der durchschnittlichen Gehgeschwindigkeit einer Person (von **5 km/h**) liegt (Bastek, 2015, S. 92).

3.2.6 Präventionsmaßnahme Rollator

Bedingt durch physische Einschränkungen und andere Ursachen stürzen rund 40% der ab 65-jährigen Personen mindestens einmal im Jahr. Die Folgen eines Sturzes können bei älteren Personen schwerwiegende Probleme nach sich ziehen und mit einer Verminderung der Lebensqualität einhergehen. Daher ist es wichtig, Stürze gezielt zu vermeiden (Trinker, o. J.).

Stürze ereignen sich nicht nur wegen Stolperfallen oder eingeschränkter Körperkraft und Beweglichkeit, sondern können auch aufgrund von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen in Folge von eingenommenen Medikamenten auftreten. Ein Rollator kann Stürze verhindern und Halt sowie Stabilität bieten (Trinker, o. J.).

3.2.7 „Fit mit Rollator“

„Fit mit Rollator“ ist eine Pilotstudie zur Machbarkeit eines Mobilitätstrainings für RollatornutzerInnen (Pflaum, Lang, & Freiberger, 2016, S. 366). Es ist ein speziell für ältere Personen, die einen Rollator benutzen, entwickeltes Training. Ziel hierbei ist die Verbesserung der Mobilität mit besonderem Fokus auf physischen, kognitiven und psychosozialen Aspekten. Außerdem wird auf die richtige Nutzung des Rollators und Schulungen zur Sturzprävention Wert gelegt, um so die Rollatornutzung zu optimieren (Pflaum, Lang & Freiberger, 2015, S. 4 f).

Das Training findet zweimal pro Woche statt, insgesamt zu je 20 Übungseinheiten, für jeweils 90 Minuten. Eine Trainingseinheit besteht aus mehreren Modulen. Zwei Module bestehen aus 30 Minuten physischen Trainings (Kraft und Gleichgewicht). Weitere Module schließen Erwärmung, Rollatorschulung, Sturzprävention und Entspannung ein. Für sportliche Betätigung zwischen den Übungseinheiten ist das Modul „Blitzlicht und Heimaufgabe“ angedacht. Es soll dafür sorgen, dass die TeilnehmerInnen regelmäßig in Bewegung bleiben und spazieren gehen. Ein Ausflug mit den öffentlichen Verkehrsmitteln ist ebenfalls für eine Trainingsstunde angedacht (Pflaum, Lang & Freiberger, 2015, S. 4 ff).

Nach dem Training konnten bei den TeilnehmerInnen aller Module mittlere bis starke Effekte (hohe Akzeptanz der Übungen und deren Anwendung im Alltagsleben) erkannt werden. Daher werden die Machbarkeit und die Effektivität eines solchen Trainings von den StudienautorInnen positiv bewertet. Jedoch ist für die regelmäßige Teilnahme an den Trainings eine einfache örtliche Erreichbarkeit erforderlich. Aufgrund der wenigen und überwiegend weiblichen TeilnehmerInnen ist diese Studie nicht generalisierbar. Da die Anzahl der RollatornutzerInnen aber stetig steigt und vergleichbare Forschungsarbeiten fehlen, besteht hier weiterer Forschungsbedarf (Pflaum, Lang & Freiberger, 2016, S. 368 f).

3.2.8 Alternativen zu Rollatoren

Alternativen für den Rollator sind wichtig, da manche andere Hilfsmittel leichter, kleiner und einfacher zu handhaben sind. Es gibt keine generell optimale Gehhilfe, da dieses Kriterium stets individuell von der jeweiligen Person und ihren Problemen abhängt. Jedoch kann auch ein Gehstock manchen Betroffenen bereits genügend Sicherheit bieten und Stürze vermeiden (Trinker, o. J.). Für mobilitätseingeschränkte Personen, die trotzdem noch sehr aktiv sind, gibt es auch stabilere und geländegängige Rollatormodelle (Kuikka, trionic, o. J.).

Bilder	Typ	Eigenschaften
 <p>Abb. 9: Gehgestell (Raab, o. J.)</p>	Gehgestell	Keine Räder; muss immer angehoben oder geschoben werden; erfordert Kraft; nur für die Wohnung (Steigenberger, o.J.)
 <p>Abb. 10: Gehwagen (Amazon, o. J.)</p>	Gehwagen	Vereinfachte Version eines Rollators; vorne zwei Räder; nicht wendig; nur für die Wohnung (Steigenberger, o.J.)
 <p>Abb. 11: Unterarmgehstützen und Krücken (Raab, o. J.)</p>	Unterarmgehstützen/ Krücken	Entlasten das Bein beim Gehen oder Stehen; eher als Rehabilitationsmaßnahme (Steigenberger, o.J.)
 <p>Abb. 12: Gehstock (Raab, o. J.)</p>	Gehstock	Wenig Unterstützung; gibt ein sicheres Gefühl; Rehabilitationsmaßnahme (Steigenberger, o.J.)
 <p>Abb. 13: Vierpunktstock (Raab, o. J.)</p>	Vierpunktstock	Erweiterte Version des Gehstocks; mehr Stabilität; höheres Gewicht; schwieriger im Umgang; kann Veränderung im Gangbild verursachen (Lakatha, 2014, S. 14)

 <p>Abb. 14: Wheelator (Tukimet Oy, o.J., S. 1)</p>	Wheelator	Kombination aus Rollstuhl und Rollator; sehr wendig; höhenverstellbar, hohes Gewicht (16 kg); Anwendergröße von 1,50 - 2 m und bis zu 150 kg (Tukimet Oy, o.J., S. 2 ff)
 <p>Abb. 15: Veloped (Kuikka, trionic, o. J.)</p>	Veloped	Erweiterung des Rollators; 2 normale Räder und ein „Kletterrad“; Hindernisse leichter überwindbar; geländegängig; klappbar; Fahr- und Parkbremse (Kuikka, trionic, o. J.)
<p>Tabelle 4: Gehhilfen und Rollatoralternativen <i>Steigenberger (o.J.), Lakatha (2014, S. 14), Tukimet Oy (o.J.), Kuikka, trionic (o. J.), eigene Darstellung</i></p>		

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Alternative für einen Rollator immer individuell ausgesucht werden sollte. Welche konkrete Alternative jeweils in Frage kommt, hängt sehr stark von der physischen und psychischen Verfassung der Nutzenden ab.

Auch die persönliche finanzielle Lage spielt eine Rolle. Der „Wheelator“ und das „Veloped“ sind teurer als normale Rollatoren. Der „Wheelator“ hat einen Preis von EUR 1.199 (Medishop, o. J.) und das „Veloped“ zwischen EUR 980 und EUR 1.135, je nach Modell und Ausstattung (Kuikka, o. J.).

Im Vergleich zu seinen Alternativen ist ein Rollator aber viel stabiler und bietet wesentlich mehr Halt als beispielsweise ein Gehstock oder Krücken. Zudem liegt er preislich noch deutlich unter einem „Wheelator“ oder „Veloped“. Um Stürze zu vermeiden und sich sicher durch den öffentlichen Raum zu bewegen, sind Rollatoren daher anderen Gehhilfen vorzuziehen.

3.3 Unfallstatistik von Personen ab 65 Jahre mit Rollator

2012 waren in Österreich 26 % der Frauen und 15 % der Männer in der Altersgruppe der über 74-Jährigen auf eine Gehhilfe angewiesen, um eine Wegstrecke von 500 Metern zurücklegen zu können. Anderen aus dieser Gruppe (18 % der Frauen und 13 % der Männer) gelingt dies trotzdem

nicht oder sie besitzen keine Gehhilfe (Winkler et al., 2012, S. XI).

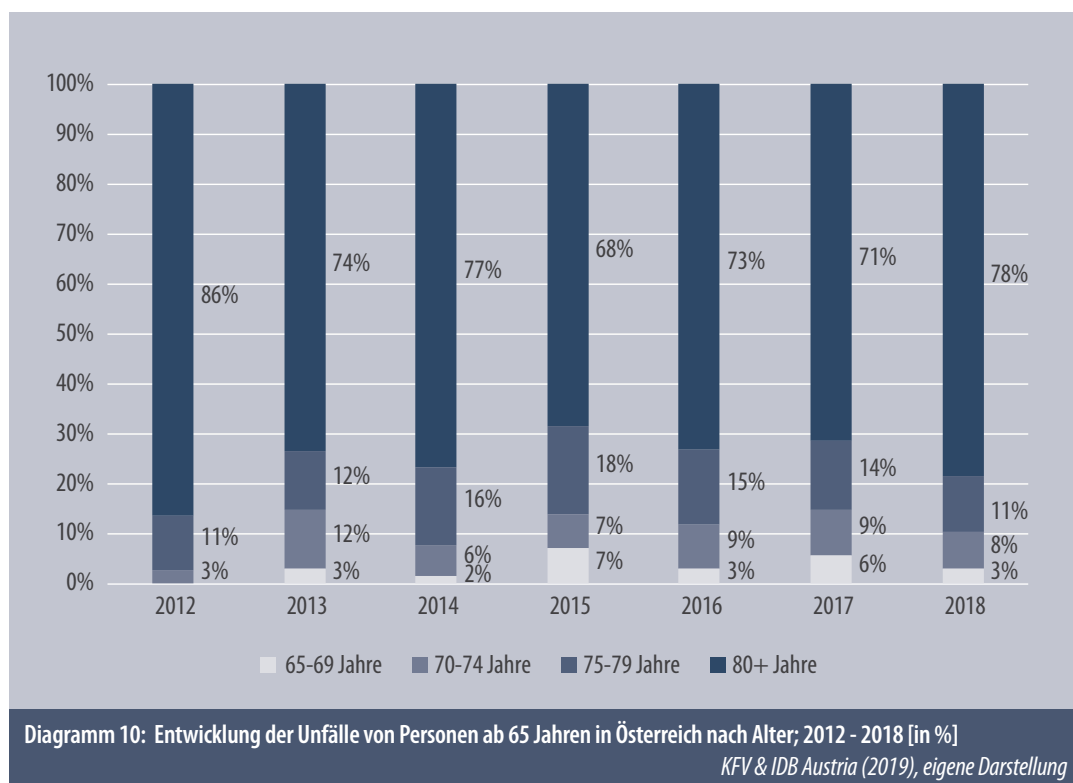
Eine interviewbasierte Studie des KFV und der IDB (INJURY DATABASE) befasst sich mit spitalsbehandelten Verletzungen aus den Jahren 2012-2018 in Österreich. Eingeschränkt wurden die Daten einerseits auf Unfälle von Personen über 65 Jahren und andererseits auf Unfälle, in die eine Gehhilfe (Gehstock, Gehstütze, Rollator) involviert war (KFV & IDB Austria, 2019).

Für die Analyse der Unfälle waren folgende Eigenschaften von Relevanz:

- Alter
- Geschlecht
- Lebensbereich
- Unfallursache

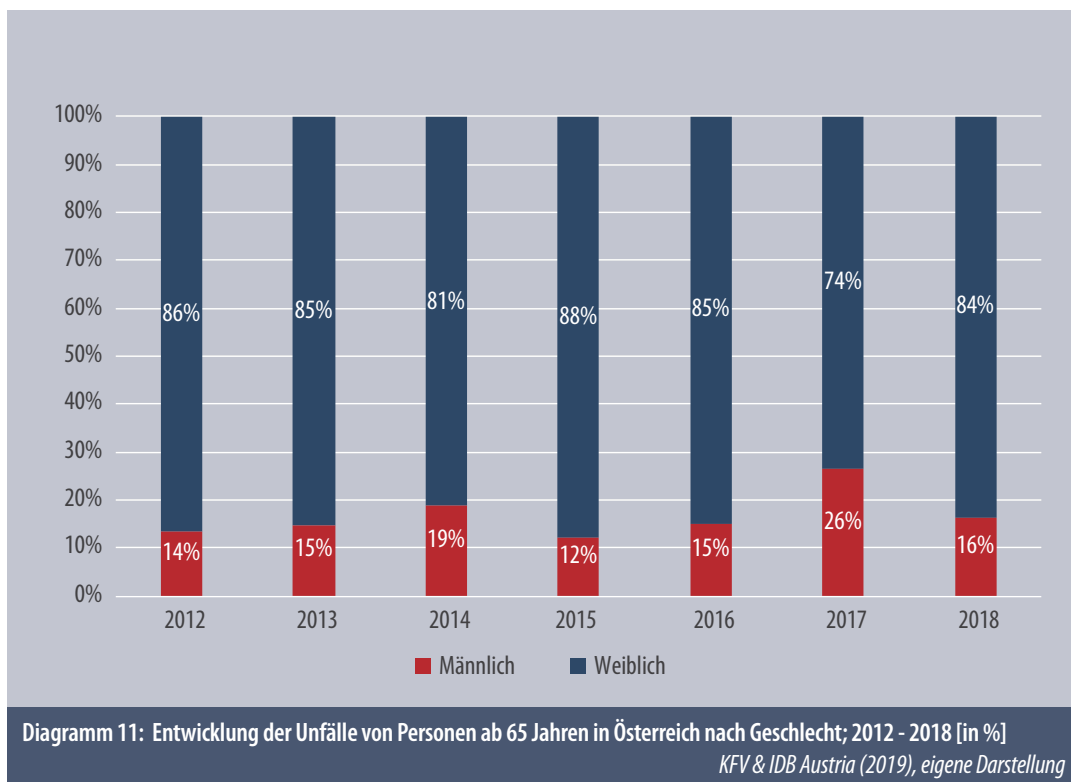
3.3.1 Alter

Im hohen Alter nehmen Mobilitätseinschränkungen zu, vor allem bei den über 74-Jährigen (Winkler et al. 2012, S. XI). Dies spiegelt sich in Diagramm 10 wider. Es ist ersichtlich, dass die Altersgruppe 80+ häufiger von Unfällen betroffen ist, nach denen eine Behandlung im Spital notwendig ist. In den betrachteten sieben Jahren ist eine Umverteilung der Unfalldaten in allen Altersgruppen zu erkennen. Dadurch stieg der Anteil der 65- bis 69-Jährigen und der 70- bis 74-Jährigen an (KFV & IDB Austria, 2019).



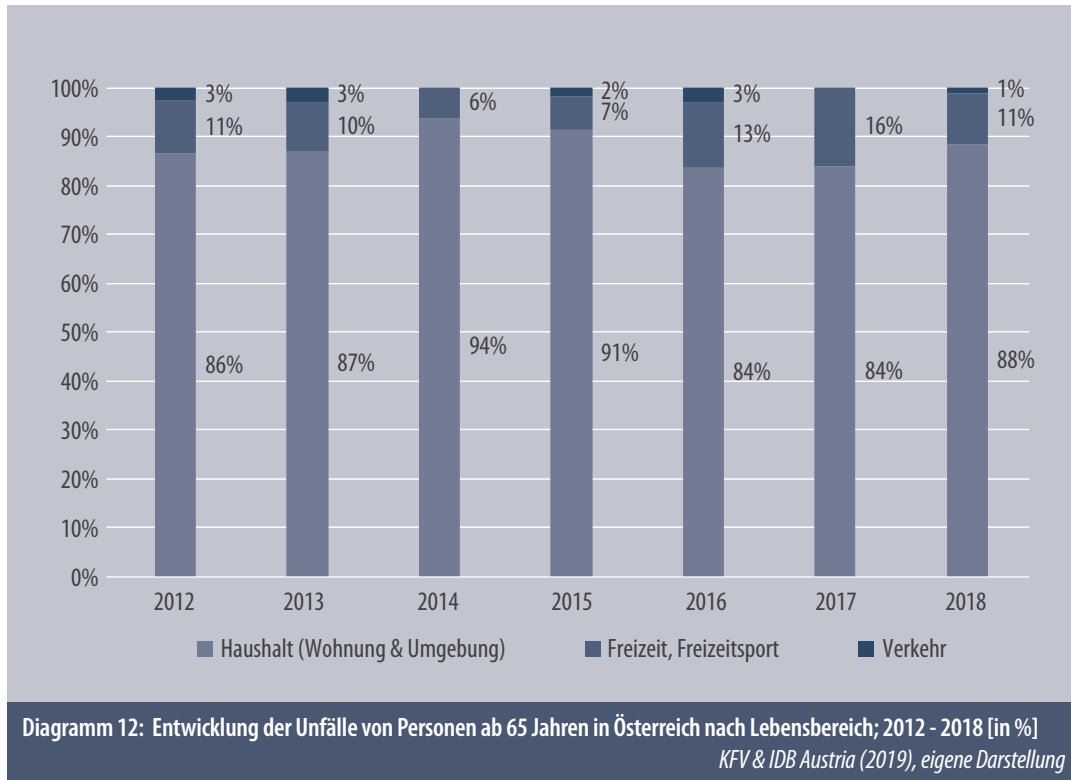
3.3.2 Geschlecht

Dass Frauen häufiger stürzen als Männer (Winkler et al. 2012, S. VII), zeigt sich in Diagramm 11 (KFV & IDB Austria, 2019). Die Geschlechterverteilung bei Unfällen zeigt deutlich, dass Frauen öfter stürzen und im Spital nachbehandelt werden müssen. Von 2012 - 2018 haben durchschnittlich etwa 83 % der Frauen Unfälle erlitten, bei denen eine Nachbehandlung im Spital notwendig war. Männer lediglich zu 17 % (KFV & IDB Austria, 2019). Ein Grund dafür könnte beispielsweise sein, dass ein Viertel der Frauen im Alter von 65 - 74 Jahren an Osteoporose leiden (Winkler et al. 2012, S. VIII).



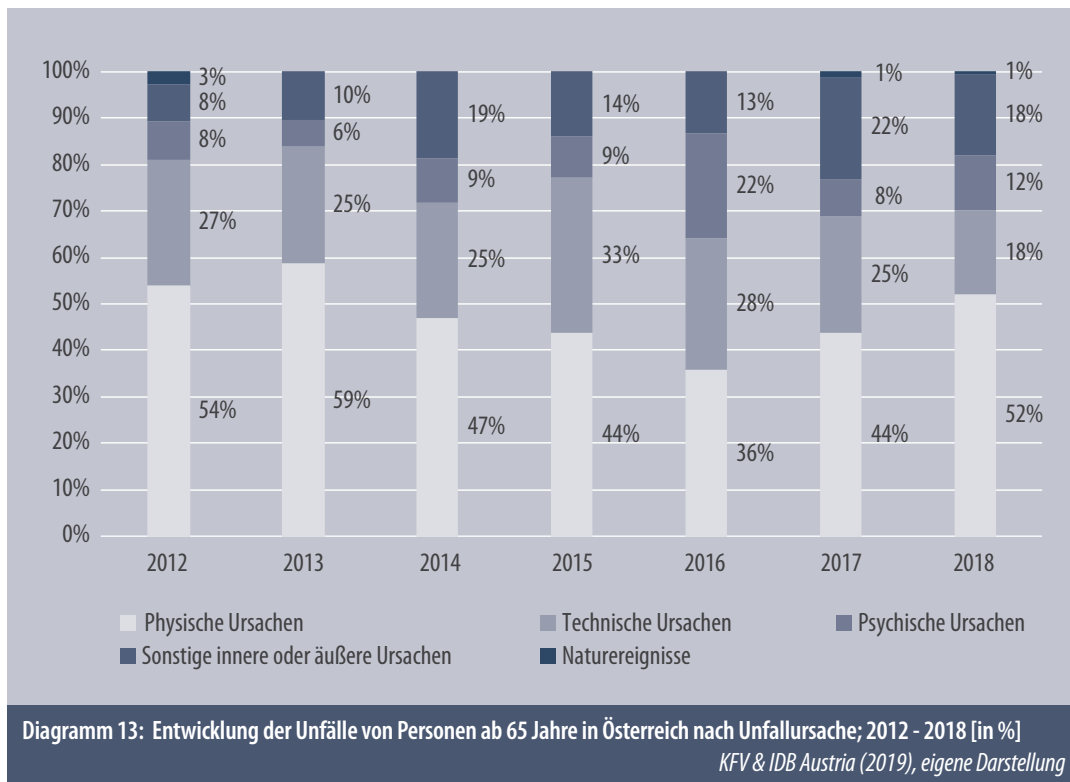
3.3.3 Lebensbereich

Da sich ältere Personen hauptsächlich in ihren Wohnungen aufhalten (Köther, 2011, S. 853), können auch dort die meisten Unfälle (etwa 87 %) verzeichnet werden. Wie in Diagramm 12 ersichtlich ist, hat sich dies auch im Laufe der letzten Jahre nicht verändert. Diese Unfälle werden zumeist durch Stürze hervorgerufen (KFV & IDB Austria, 2019).



3.3.4 Unfallursache

In Diagramm 13 ist ersichtlich, dass die Hauptursache von Unfällen einen physischen Hintergrund hat. Dies kann an der körperlichen Verfassung oder einer Krankheit liegen. Der zweithäufigste Grund sind technische Ursachen, wie zum Beispiel ungeeignetes Schuhwerk, Gehhilfen oder die Art des Bodenbelags. Seltener werden „sonstige innere oder äußere“ Ursachen (medizinische Ursachen wie Hitze, Kreislauf oder - seltener - Fremdverschulden) oder psychische Ursachen (wie zum Beispiel Unachtsamkeit, Überforderung oder Fehleinschätzungen) als Unfallursachen verzeichnet. Das Schlusslicht bilden die Naturereignisse (Schnee, Eis, Matsch etc.).



Die im vorhergehenden Unterkapitel betrachteten Werte wurden vom KfV ebenfalls in Form einer Hochrechnung für ganz Österreich errechnet. Ein Interview steht dabei für 50 - 150 Verletzte, je nach Alter und Geschlecht. Jedoch muss erwähnt werden, dass sich die Hochrechnung, prozentuell gesehen, nicht wesentlich auf die Ergebnisse auswirkt (Umverteilung von 1 % - 5 %). Lediglich beim Alter gibt es eine stärkere prozentuelle Umverteilung von 1 % - 15 % (KfV & IDB Austria, 2019). Da Hochrechnungen eine Schätzung über eine Gesamtheit sind (Kamps, o. J.), wurde in dieser Arbeit mit den realen Zahlen der Interviews und nicht mit dem vom KfV ermittelten Faktor (zwischen 50 und 150) gerechnet.

3.4 Rechtliche Rahmenbedingungen

Im folgenden Unterkapitel werden Gesetze, Normen und dergleichen behandelt, die zum Abbau von Barrieren führen. Es werden nur jene angeführt, die für ältere Personen, die sich im (halb-)öffentlichen Raum mit einem Rollator bewegen, relevant sind. Unter den halböffentlichen Raum fallen das Stiegenhaus, die Eingangstüren und allgemein zugängliche Nutzräume wie z.B. der Müllraum.

3.4.1 Gesetze

Das Behindertengleichstellungspaket

Ursprung des österreichischen Behindertengleichstellungsgesetzes war die Umsetzung der EU-Rahmenrichtlinie 2000/78/EG für Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf. Diese gilt nicht nur für Menschen mit Behinderung, sondern auch für den sie umgebenden Personenkreis, zum Beispiel deren Angehörige (WKO, 2006). Im Jahr 2006 ist in Österreich das Behindertengleichstellungspaket in Kraft getreten, welches folgendes enthält:

- Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz- BGStG - BGBl. Nr. 82/2005 - Erstfassung
- Novelle des Behinderteneinstellungsgesetzes - BEinstG - BGBl. Nr. 721/1988 - Erstfassung
- Novelle des Bundesbehindertengesetzes - BBG - BGBl. Nr. 283/1990 - Erstfassung

Im Folgenden wird auf das Ziel, den Geltungsbereich und die Rechtsfolgen des BGStG (Änderung BGBl. I Nr. 32/2018) eingegangen.

„Ziel dieses Bundesgesetzes ist es, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen oder zu verhindern und damit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen“ (BGStG, 2005, § 1).

Die Kompetenz der Gesetzgebung liegt beim Bund, die Länder haben in der Arbeitswelt, im BEinstG geregelt, den Diskriminierungsschutz verankert. Das Verbot von Diskriminierung gilt nicht nur in der Arbeitswelt, sondern ist auf das alltägliche Leben ausgelegt (Schulwesen, Zugang zu öffentlichen Gütern des täglichen Bedarfs, andere Dienstleistungen und dergleichen) (BGStG, 2005, § 2). Durch das BGStG fallen nicht nur Menschen mit Behinderung (physisch, geistig, psychisch oder Sinnesbehinderung) unter Schutz (BGStG, 2005, § 3), sondern auch deren Angehörige (BGStG, 2005, § 4 Abs. 2). Die Diskriminierung gilt nicht nur für förmlich festgestellte Behinderungen, es reicht ein (un-)mittelbarer Grund, der auf eine Behinderung zurückzuführen ist (BGStG, 2005, § 4 Abs. 1). Um solch einen Grund zu beurteilen, muss

eine Zumutbarkeitsprüfung stattfinden (BGStG, 2005, § 6 Abs. 3). Materiel-ler und immaterieller Schadensersatz können die Rechtsfolgen von Diskrimi-nierung sein, dies wird jedoch individuell betrachtet (BGStG, 2005, § 9 Abs. 2). Im ersten Schritt gibt es ein Schlichtungsverfahren zwischen Verur-sachern und Betroffenen (BGStG, 2005, § 14). Im zweiten Schritt kann es zu einer Klage vor Gericht kommen (BGStG, 2005, § 10 Abs. 2).

Bauordnung Wien - Wiener Stadtentwicklungs-, Stadtplanungs- und Baugesetzbuch

In der Fassung LGBL. 37/2018 der Wiener Bauordnung ist neben dem Stad-entwicklungs- und Stadtplanungsbuch auch das Baugesetzbuch verankert. Letzteres baut auf Grundlage der OIB-Richtlinien (siehe 3.4.2 Normen und Richtlinien) und ist ein verbindliches Instrument der Raumplanung (Wr BauO, 1930). Teil 9 definiert die bautechnischen Vorschriften, Abschnitt 5 zum Thema Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit (Wr BauO, 1930, Teil 9 Absch. 5). In den § 109 - § 115 sind allgemeine Anforderungen zur barriere-freien Erschaffung von Bauwerken geregelt (Wr BauO, 1930, § 109 - § 115).

3.4.2 Normen und Richtlinien

Die Anwendung von Normen und Richtlinien ist grundsätzlich freiwillig. Jedoch können Önormen vom Gesetzgeber für verbindlich erklärt werden. Dadurch werden sie zu Gesetzen und müssen eingehalten werden. Wenn Normen vertraglich vereinbart werden, müssen diese dann auch angewandt werden. Durch die Tatsache, dass Normen den „Stand der Technik“ reprä-sentieren und konsequent aktualisiert werden, erhalten sie hohe Relevanz (WKO, 2018).

OIB - Österreichisches Institut für Bautechnik

Die OIB-Richtlinien helfen, bautechnische Vorschriften anzugleichen. Nach Beschluss in der Generalversammlung werden sie vom OIB herausgegeben. Danach stehen sie den Ländern zur Verfügung, und diese können sie in der Bauordnung für verbindlich erklären - österreichweit hat jedes Bundesland die OIB-Richtlinien in die Bauordnung aufgenommen. Nur wenn vom Bau-erber bewiesen wird, dass das Schutzniveau den Richtlinien entspricht, kann die Bauordnung einen Unterschied zu den Richtlinien aufweisen. Die OIB-Richtlinie 4 - Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit - ist seit dem 2. Oktober 2015 in Wien in den landesrechtlichen Bestimmungen für verbind-lich erklärt worden (OIB, 2015).

Önormen

Önormen gelten als nationale Normen und sind freiwillige Standards, die in „Normungsgremien“ von Austrian Standards entwickelt werden. Normen können durch österreichische Gesetze oder Verordnungen als verbindlich erklärt werden (Austrian Standards International).

Relevante Normen für RollatornutzerInnen, die in den Önormen zur Her-

stellung von Barrierefreiheit (zur Erschließung von Gebäuden und in Gebäuden) behandelt werden, sind:

- Erschließung von Gebäuden
- Haus- und Wohnungstür, Türschwellen
- Verbindungswege (horizontal und vertikal) und Handläufe
- Personenaufzüge
- Flucht- und Rettungswege
- Allgemein zugängliche Nutzräume (Müllraum, Keller, Waschküche etc.)
- Bewegungsflächen und Durchgangsbreiten
- Rampen
- Breiten und Gefälle (Rampen, Türen, Erschließung Verbindungswege etc.)
- Bodenbeläge / rutschhemmende Oberfläche

Folgende Önormen mit Relevanz in puncto Barrierefreiheit von RollatornutzerInnen gibt es:

- Die Önorm B 1600 - Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen - legt Standards für Planungsgrundsätze fest, die sich auf bauliche Maßnahmen, Einrichtungen und Ausstattungen beziehen. Außerdem ist sie als Grundlage für andere Önormen (B 1601 - 1603) heranzuziehen. Diese Maßnahmen sollen (temporär) mobilitätseingeschränkten oder behinderten Menschen die Nutzung von Anlagen (außen und innen) und Gebäuden ermöglichen. Diese Umsetzungen sollen auch Menschen mit Kinderwagen oder Lasten, Kindern und älteren Personen einen barrierefreien Zugang bieten. Diese Önorm definiert Mindestmaße für verschiedenste Bereiche im öffentlichen, halböffentlichen und privaten Raum. Diese gelten für Neu-, Zu- und Umbauten, um Barrierefreiheit zu ermöglichen (Austrian Standards Institute, 2012, S. 5 f).
- Die Önorm B 1601 - Planungsgrundsätze bezüglich spezieller Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen - formuliert die Planungsgrundlage für Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Ordinationen, Gesundheitspraxen, Seniorenwohnhäuser und dergleichen). Sie dient zur barrierefreien Planung von öffentlichen Einrichtungen, die von der Zielgruppe tendenziell öfter besucht werden (Hirner, 2017).
- Die Önorm B 1602 widmet sich der Barrierefreiheit von Bildungseinrichtungen und ist daher für diese Diplomarbeit nicht relevant, wird aber der Vollständigkeit halber angeführt (Hirner, 2017).

- Außerdem gibt es noch die Önorm B 1603 - Planungsgrundlagen für barrierefreie Tourismuseinrichtungen. Diese beinhaltet, neben den Anforderungen an touristische Einrichtungen, auch jene an beispielweise Gastronomiebetriebe, Kultur- und Freizeiteinrichtungen (Hirner, 2017).

RVS - Richtlinien und Vorschriften für das Straßenwesen

Die Richtlinien der RVS können bei Planung, Bau und Betrieb von Verkehrsinfrastruktur von den jeweils beteiligten Parteien eingesetzt werden. Die RVS garantieren den NutzerInnen ein einheitliches Qualitätsniveau in der Planungsphase und ein Sicherheits- und Qualitätsniveau in der Ausführungsphase. Dank der stetigen Mitarbeit von Arbeitsausschüssen, die von ExpertInnen betreut werden, sind die RVS immer aktualisiert und auf dem letzten Stand (FSV, o. J.).

Folgende RVS werden als relevant für diese Arbeit betrachtet:

- Die RVS 03.02.12 „Fußgängerverkehr“ formuliert Richtlinien für die Planung der Fußgängerinfrastruktur, mit Rücksichtnahme auf Barrierefreiheit für mobilitätseingeschränkte Personen. Es werden Bereiche wie Verkehrssicherheit, Fußwegenetz, Entwurfsgrundlagen und dergleichen behandelt (FSV, 2015, S. 1 f).
- Die RVS 02.02.36 „Alltagsgerechter barrierefreier Straßenraum“ ist bei Planung, Neu- und Umbau vom BMVIT zur Anwendung empfohlen. Sie dient der Sicherheit, Leichtigkeit und Flüssigkeit des Fußgängerverkehrs auf öffentlichen Straßen, Wegen und Plätzen. Dabei werden mobilitäts- und sinnesingeschränkte Personen berücksichtigt. Außerdem wird auch auf andere Personen, die nur temporär mobilitätseingeschränkt sind, und auf Kinder Rücksicht genommen (FSV, 2010, S. 2 f).
- Ebenfalls vom BMVIT zur Anwendung empfohlen ist die RVS 02.03.12 „Behindertengerechte Ausgestaltung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)“. Diese legt großen Wert auf die Rücksichtnahme auf behinderte Menschen beim Neu-, Zu- oder Umbau des öffentlichen Verkehrs. Sie beinhaltet Maßnahmen zu Themen wie Einstiege in Fahrzeuge, Haltestellenanlagen zur Überwindung von Höhenunterschieden und dergleichen (FSV, 2001, S. 1).

4

PROBLEMFELDER UND AKTEURE

4.1 Probleme der Barrierefreiheit

Die selbstständige Versorgung ist für ältere Personen und deren alltägliche Wege unerlässlich. Ältere Personen legen derartige Wege meist zu Fuß zurück (siehe Kapitel 3.1.5). In Österreich haben sich die Angebots- und Nachfrageseite sehr geändert, da eine Verringerung der Lebensmittelgeschäfte und ein Anstieg von Supermärkten zu verzeichnen war. Dies führt zu längeren Wegen und erschwert älteren Personen die Selbstversorgung. In Wien entwickeln sich jedoch in Stadtteilen mit einem hohen Anteil an ausländischen EinwohnerInnen neue Strukturen. Dabei handelt es sich um kleine Lebensmittelgeschäfte oder Bäckereien, die meistens auch längere Öffnungszeiten haben, was dazu beiträgt, dass Wege kürzer werden. Das kann als großer Vorteil für ältere Personen (mit Rollator) gesehen werden (Krajasits, 2009, S. 94).

Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz gibt vor, dass der Zugang zu Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs barrierefrei sein muss (BGStG, 2005, § 2, Abs. 2). Unter baulichen Barrieren sind „Stufen, Türschwelle, zu enge Türbreiten, fehlende Haltegriffe, zu hoch oder zu tief angeordnete Bedienelemente, fehlende Beleuchtung etc.“, zu verstehen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, o. J., S. 2).

Schwierigkeiten, die von RollstuhlfahrerInnen empfunden werden, können auch von mobilitätseingeschränkten Personen, also von jenen Menschen, die sich mit einem Rollator fortbewegen, gleichartig aufgefasst werden – meistens jedoch in geringerer Intensität. Daher kann angenommen werden, dass wenn RollstuhlfahrerInnen Barrierefreiheit empfinden, RollatornutzerInnen diese ebenfalls wahrnehmen (nast consulting ZT GmbH; TU Wien IVS-Verkehrssystemplanung, 2012, S. 18).

4.2 Umgänglichkeit mit dem Rollator im halböffentlichen Raum

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit Barrieren im halböffentlichen Raum. Darunter fallen beispielsweise das Stiegenhaus, Haustüren oder der Müllraum, da diese Durchgänge oder Zugänge für Menschen mit Rollatoren aufgrund einer nicht angepassten Durchgangsbreite oder Schwelle mit erheblichen mobilen Einschränkungen verbunden sein können.

Die Önorm B 1600 behandelt unter anderem Normen zur Herstellung von Barrierefreiheit in Gebäuden - deren Eingänge und Türen, Verbindungs-

wege (horizontal und vertikal) sowie Personenaufzüge, Flucht- und Rettungswege. Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass alle Haupteingänge und Personenaufzüge barrierefrei begehbar sein müssen. Allgemein zugängliche Nutzräume (Müllraum, Gemeinschaftsraum, Abstellräume, Waschküchen, Kellerabteil etc.) müssen stufenlos oder über Rampen oder Aufzüge erreichbar sein. Des Weiteren ist auch auf die jeweils erforderlichen Bewegungsflächen und Durchgangsbreiten zu achten sowie auf die Vorgabe, dass Türen nach außen aufgehen sollten. Mindestbreiten, -höhen und -tiefen sind wichtig, damit Barrierefreiheit garantiert werden kann (Austrian Standards Institute, 2012, S. 12 - 22).

Zu den für RollatornutzerInnen relevanten Elementen im halböffentlichen Raum zählen:

- Eingangs- und Wohnungstür
- Stiegenhaus
- Lift
- Allgemein zugängliche Nutzräume (Müllraum, Keller, Waschküche etc.)
- Abstellplatz für den Rollator

Im Jahr 2009 war die Barrierefreiheit im halböffentlichen Raum noch eher mangelhaft beschaffen. Bei vielen Häusern, auch bei Neubauten, war der Zugang zum Haus nicht barrierefrei und oft auch unbeleuchtet. Bei den Haustüren waren Türschwellen als Barriere vorgefunden worden. Außerdem waren immer noch viele Türen schwergängig. Die Stiegen stellten immer noch die größten Barrieren dar. Einseitige oder ungeeignete Handläufe (unpassende Form - zu kurz oder zu dünn -, um einen guten Halt zu geben), stellten nach wie vor ein großes Problem dar. Außerdem gab es einzelne Stufen, bei denen der Handlauf gänzlich fehlte. Weitere Barrieren waren „defekte, stark ausgetretene oder rutschige Stufen“. Des Weiteren waren fehlende Markierungen von Anfangs-, End- und Einzelstufen ein Problem. In Stiegenhäusern konnte auch eine ungenügende Beleuchtung (Dauer des geschalteten Lichts zu kurz) ein Hindernis darstellen. Zudem waren verstellte Gehwege für ältere rollatornutzende Personen problematisch. Vorhandene Lifte, auch bei Neubauten, waren meistens nicht barrierefrei zugänglich (Kisser, 2009, S. 167).

Ein weiteres Problem stellen nicht barrierefrei zugängliche Wohnungen im Obergeschoß dar, denn das Hinauftragen eines Rollators über mehrere Stufen ist undenkbar. Das Abstellen des Rollators im Stiegenhaus ist aus Brandschutzgründen nicht erlaubt und verstellt die Gehwege (Wiener Wohnen, o. J.).

Wie wichtig die Barrierefreiheit von Stiegenhäusern ist, zeigt die Unfallstatistik von 2017. Nach dem Stolpern und Ausrutschen ist der Sturz auf der Treppe die dritthäufigste Unfallart bei Personen über 65 Jahre (KFV, 2018, S. 61). Daher herrscht bei der Barrierefreiheit von Stufen immer noch großer Handlungsbedarf.

4.3 Umgänglichkeit mit dem Rollator im öffentlichen Raum

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit den Barrieren und Anforderungen von älteren Personen im öffentlichen Raum, in den Zugängen zu öffentlichen Gütern und in den öffentlichen Verkehrsmitteln.

4.3.1 Straßenraum

Wie in Kapitel 3.1.5 Mobilitätsprofil älterer Personen ersichtlich, ist die Hauptfortbewegungsart älterer Menschen das Zufußgehen, weshalb die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum eine große Rolle spielt. Selbst wenn auf andere Fortbewegungsmittel (zum Beispiel öffentliche Verkehrsmittel) gewechselt wird, muss zuerst zu Fuß dorthin gelangt werden. Des Weiteren werden Freizeitaktivitäten in dieser Altersgruppe oftmals zu Fuß erlebt, wie etwa das Wandern oder Spaziergehen. Barrieren im öffentlichen Raum können in den verschiedensten Formen auftreten, seien es physische, psychologische oder soziale (Reiterer, 2009, S. 187).

Physische Barrieren

Zu physischen Barrieren für RollatornutzerInnen zählen:

- Fahrzeuge auf dem Gehsteig
- Mitmenschen
- Verhalten anderer
- Mangelhafte Querungshilfen
- Gehsteigbreite und -höhe
- Qualität / Zustand des Bodenbelags

Im öffentlichen Raum sind viele physische Barrieren vorzufinden, wie zum Beispiel Fahrzeuge auf Gehsteigen. Mitmenschen, die sich mit dem Skateboard, Fahrrad oder ähnlichem fortbewegen, werden ebenfalls als Barriere betrachtet (Reiterer, 2009, S. 187). Allgemein wird das problematische Verkehrsverhalten anderer VerkehrsteilnehmerInnen als großes Problem älterer Personen bewertet (Elias et al., 2016). In einer Studie wurden als größte Mobilitätsprobleme älterer Personen im Straßenverkehr das „zunehmend dichter und aggressiver werdende Verkehrsgeschehen“ und die

anderen VerkehrsteilnehmerInnen, die als undiszipliniert und aggressiv empfunden werden, genannt (Mollenkopf & Flaschenträger, 2001, S. 183 ff). Mangelhafte Querungshilfen bei Kreisverkehren und zu wenige beziehungsweise fehlende Ampeln in der Stadt können die Mobilität auch sehr stark eingrenzen und als sehr störend empfunden werden (Reiterer, 2009, S. 187 f), ebenso wie die zu kurze Grünphase einer Ampel (Elias et al., 2016, S. 21). Im öffentlichen Raum werden auch eine geringe Gehsteigbreite, Stufen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, o. J., S. 2), hohe Niveauunterschiede sowie Hindernisse (Plakatständer, Verkehrszeichen etc.) auf Gehsteigen als Barrieren empfunden (nast consulting ZT GmbH; TU Wien IVS-Verkehrssystemplanung, 2012, S. 17). Als weitere Probleme werden Spurrinnen beziehungsweise Straßenunebenheiten sowie ein „problematischer Bodenbelag (Kopfsteinpflaster)“ gesehen (Elias et al., 2016, S. 21). Außerdem wird auch der Mangel an öffentlichen Toiletten als negativ erachtet und trägt dazu bei, sich nicht so lange wie gewünscht im öffentlichen Raum aufzuhalten (Reiterer, 2009, S. 187).

Psychologische Barrieren

Psychologische Barrieren, also Ängste, können auf ältere Personen und deren Mobilitätsverhalten eine sehr starke Auswirkung haben. Ihre Außer-Haus-Aktivitäten können dadurch drastisch reduziert werden. Ängste können aus eigenen leidvollen Erfahrungen entstehen oder aufgrund von negativen Erfahrungen anderer Personen übernommen werden (Amann, Reiterer, Rissler & Haindl, 2006, S. 54 ff). Diese Ängste teilen sich in zwei Kategorien auf: Einerseits beziehen sie sich auf individuelle Schwächen wie Benommenheit, Verwirrtheit, mögliche Stürze und Verletzungen, andererseits auf das mögliche negative Verhalten anderer Mitmenschen und somit auf das Risiko, Opfer von Überfällen oder Diebstählen zu werden bzw. angefahren oder gestoßen zu werden (Reiterer, 2009, S. 189).

Soziale Barrieren

Soziale Barrieren spielen ebenfalls eine große Rolle für die Mobilität älterer Menschen und können als eine Kombination aus psychologischen und physischen Barrieren gesehen werden. Viele ältere Personen haben Angst davor, anderen Mitmenschen, auch aus dem engeren sozialen Umfeld, beziehungsweise anderen VerkehrsteilnehmerInnen zu vertrauen. Dieses Misstrauen wirkt sich auf das Mobilitätsverhalten der Zielgruppe bremsend aus. Je besser das soziale Klima der Umgebung ist, desto eher sind ältere Menschen dazu bereit, ihre Wohnung zu verlassen (Reiterer, 2009, S. 190 f).

„Eine aufmerksame und unterstützende Umwelt kann für Kompetenzeinbußen im Alter kompensatorische Wirkung haben.“ (Reiterer, 2009, S. 190)

4.3.2 Zugänglichkeit bei typischen Wegezwecken im öffentlichen Raum

Die mangelnde Zugänglichkeit zu öffentlichen Gebäuden (nast consulting ZT GmbH; TU Wien IVS-Verkehrssystemplanung, 2012, S. 18) sowie Stufen bei Praxen von ÄrztInnen und Apotheken sind als mobilitätstechnische Herausforderungen für ältere Personen anzusehen (Kisser, 2009, S. 168). Die Wiener Studie „Barrierefreiheit im Einzelhandel“ veröffentlichte im Jahr 2017 ihre Ergebnisse. Im Rahmen dieser Studie wurde die Qualität der Zugänge zu Betrieben in den Stadtteilen mit den höchsten Umsätzen erhoben. Einkaufszentren wurden dabei jedoch ausgeschlossen. Es handelte sich um folgende Stadtteile:

- Kärntner Straße
- weitere umsatzstarke Straßen im 1. Bezirk
- Innere Mariahilfer Straße
- Äußere Mariahilfer Straße
- Landstraßer Hauptstraße
- Favoriten Zentralbereich
- Meidling Zentralbereich

Neben den höchsten Umsatzzahlen wiesen diese Gebiete auch die höchsten „Passantenfrequenzen“ auf. Insgesamt wurden 1.802 Betriebe von Februar 2015 bis Juli 2016 analysiert (Schweidler & Pázmándy, 2017, S. 5 ff).

Die Ergebnisse dieser Studie wurden differenziert aufgezeigt: einerseits nach der Art des baulichen Zugangs und andererseits danach, ob die Zugänge tatsächlich (nicht) barrierefrei waren. Wie im Folgenden näher erläutert, sind alle Arten von baulichen Zugängen für RollatornutzerInnen als relevant zu erachten (Schweidler & Pázmándy, 2017, S. 12):

Art des baulichen Zugangs

Die verschiedenen Arten baulicher Zugänge werden hier isoliert bewertet und ermöglichen daher keine endgültige Aussage darüber, ob dieser Zugang jeweils barrierefrei ist oder nicht. Sie definieren sich folgendermaßen (Schweidler & Pázmándy, 2017, S. 12):

- **Stufenanzahl der Haupteingänge**

Gebiet	Zugang stufenlos		Zugang nicht stufenlos	
	Total	Prozent	Total	Prozent
Alle evaluierten Gebiete	743	41,23 %	1.059	58,77 %

Tabelle 5: (Nicht) stufenloser Zugang

Schweidler & Pázmándy (2017, S. 11), eigene Darstellung

Von den 58,77 % der Zugänge mit Stufen weisen 41,18 % eine Stufe, 11,32 % zwei Stufen, 3,50 % drei Stufen und 2,77 % mehr als drei Stufen auf. Meistens ist eine Stufe zu überwinden, siehe Tabelle 5 (Schweidler & Pázmány, 2017, S. 11).

- **Bauliche Rampen und deren normgerechte Ausführung**

Gebiet	Bauliche Rampe nicht vorhanden		Bauliche Rampe vorhanden		davon			
	Total	Prozent	Total	Prozent	normgerecht		nicht normgerecht	
					Total	Prozent	Total	Prozent
Alle evaluierten Gebiete	1.580	87,68 %	221	12,26 %	152	68,78 %	69	31,22 %

Tabelle 6: Bauliche Rampen und deren normgerechte Ausführung Schweidler & Pázmány (2017, S. 12), eigene Darstellung

Tabelle 6 zeigt, dass die wenigsten Zugänge (nur 12 %) über eine Rampe erreichbar sind. Kritisch anzusehen ist, dass knapp ein Drittel dieser Rampen bezüglich der Breite oder des Gefälles nicht normgerecht ausgeführt sind (Schweidler & Pázmány, 2017, S. 12).

- **Lifttechnik**

Gebiet	Lifttechnik nicht vorhanden		Lifttechnik normgerecht vorhanden	
	Total	Prozent	Total	Prozent
Alle evaluierten Gebiete	1.795	99,61 %	7	0,39 %

Tabelle 7: Vorhandensein von normgerechter Lifttechnik Schweidler & Pázmány (2017, S. 12), eigene Darstellung

In Tabelle 7 wird verdeutlicht, dass Personenaufzüge in den untersuchten Branchen sehr selten zum Einsatz kommen (Schweidler & Pázmány, 2017, S. 12).

- **Einsatz von mobilen Rampen**

Gebiet	Mobile Rampe/Glocke nicht vorhanden		Mobile Rampe/Glocke vorhanden	
	Total	Prozent	Total	Prozent
Alle evaluierten Gebiete	1.793	99,50 %	9	0,50 %

Tabelle 8: Einsatz von mobilen Rampen Schweidler & Pázmány (2017, S. 13), eigene Darstellung

Sollte aus verschiedenen Gründen die bauliche Maßnahme der Barrierefreiheit nicht möglich sein, gibt es die Möglichkeit, eine mobile Rampe zur Verfügung zu stellen. In den seltensten Fällen (0,5 %) sind jedoch mobile Rampen verfügbar, siehe Tabelle 8 (Schweidler & Pázmány, 2017, S. 13).

- **Barrierefreier Nebeneingang**

Gebiet	Barrierefreier Nebeneingang vorhanden		Barrierefreier Nebeneingang gekennzeichnet	
	Total	Prozent	Total	Prozent
Alle evaluierten Gebiete	15	0,83 %	6	0,33 %

Tabelle 9: Barrierefreie Nebeneingänge

Schweidler & Pázmándy (2017, S. 13), eigene Darstellung

Des Weiteren gibt es für Unternehmen die Möglichkeit barrierefreier Nebeneingänge, um einen ungehinderten Zugang zum Betrieb gewährleisten zu können. Allerdings wird auch diese Methode sehr selten benutzt. In lediglich 15 Betrieben ist ein Nebeneingang vorhanden, in nur sechs Betrieben wird dieser auch am Haupteingang gekennzeichnet, wie in Tabelle 9 ersichtlich (Schweidler & Pázmándy, 2017, S. 13).

Barrierefreie Zugänge

In Tabelle 10 sind die tatsächlichen (nicht) barrierefreien Zugänge ersichtlich. Als barrierefrei gilt ein Betrieb, wenn der Zugang schwellenlos ist oder eine der oben genannten baulichen Zugangsarten normgerecht vorhanden ist (Schweidler & Pázmándy, 2017, S. 14).

Gebiet	Anzahl an Betrieben	Zugang barrierefrei		Zugang nicht barrierefrei	
		Total	Prozent	Total	Prozent
Meidlinger Hauptstraße	150	82	54,67 %	68	45,33 %
Kärntnerstraße	112	65	58,04 %	47	41,96 %
I. Mariahilfer Straße	302	171	56,62 %	131	43,38 %
Landstraßer Hauptstraße	283	105	37,10 %	178	62,90 %
Favoritenstraße	272	97	35,66 %	175	64,34 %
Restlicher 1. Bezirk	522	138	26,44 %	384	73,56 %
Ä. Mariahilfer Straße	161	28	17,39 %	133	82,61 %
Alle evaluierten Gebiete	1.802	686	38,07 %	1.116	61,93 %

Tabelle 10: (Nicht) barrierefreie Zugänge

Schweidler & Pázmándy (2017, S. 14), eigene Darstellung

In den untersuchten Wiener Einkaufsstraßen kann erkannt werden, dass immer noch sehr viele Betriebe nicht barrierefrei sind und sich die Einkaufsstraßen untereinander stark unterscheiden. In Tabelle 10 wurden all jene Ergebnisse grau hervorgehoben, die einen Anteil von über 50 % an nicht barrierefreien Zugängen aufweisen. Bei gemeinsamer Betrachtung aller Gebiete waren in den Jahren 2015 / 2016 über 60 % der Betriebe nicht barrierefrei zugänglich. Ein großer Unterschied ist auch zwischen den einzelnen Gebieten zu erkennen - die Kärntnerstraße hatte, prozentuell gesehen, die meisten barrierefreien Zugänge (58,04 %), in der Äußeren Mariahilfer

Straße hingegen waren nur 17,39 % der untersuchten Betriebe barrierefrei (Schweidler & Pázmándy, 2017, S. 14 ff).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass immer noch knapp 60 % der untersuchten Betriebe Stufen aufweisen und zudem knapp ein Drittel der Rampen nicht normgerecht gestaltet sind. Des Weiteren auffällig war, dass, falls ein Nebeneingang vorhanden war, dieser oft nicht gekennzeichnet war (Schweidler & Pázmándy, 2017, S. 11 ff).

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass in Wien immer noch ein sehr großer Handlungsbedarf besteht, was die barrierefreie Zugänglichkeit von Unternehmen betrifft. Für RollatornutzerInnen ist ein barrierefreier Zugang unerlässlich, denn auch nur Einzelstufen können eine Barriere darstellen und oftmals nicht allein bewältigt werden. Nicht barrierefreie Zugänge vermindern die Lebensqualität, da rollatornutzende Personen in ihrer selbstständigen Mobilität eingeschränkt werden und auf fremde Hilfe angewiesen sind.

4.3.3 ÖPNV

Zu den relevanten Anforderungen der RollatornutzerInnen zählen:

- Niederflurfahrzeuge
- Gute Erreichbarkeit
- Sichere Verwendung
- Gefühl der Sicherheit

29 % der 60- bis 74-Jährigen und 40 % der ab 75-Jährigen nutzen die öffentlichen Verkehrsmittel in Wien (Heller & Schreiner, 2015, S. 8). Um größere Anteile zu erzielen, müssen Barrieren reduziert und Verkehrsmittel an die Bedürfnisse älterer Fahrgäste angepasst werden. Niederflurfahrzeuge (Żakowska & Monerde i Bort, 2003, S. 42), gute Erreichbarkeit (nast consulting ZT GmbH; TU Wien IVS-Verkehrssystemplanung, 2012, S. 17) und die sichere Verwendung beziehungsweise das Gefühl der Sicherheit sind für ältere Personen wichtige Voraussetzungen, um diese zu benutzen (Reiterer, 2009, S. 183). Jedoch empfinden nicht alle älteren Personen Barrieren gleich. Menschen, die in früheren Jahren sehr viel mit dem eigenen Pkw gefahren sind und erst im hohen Alter auf öffentliche Verkehrsmittel umsteigen müssen oder wollen, haben es schwerer als Personen, die immer schon die öffentlichen Verkehrsmittel nutzten (Żakowska & Monerde i Bort, 2003, S. 41). Der „Neuzugang“ empfindet die Automatisierung als problematisch, vor allem wegen fehlender Ansprechpersonen - wie zum Beispiel bei der Bedienung des Fahrkartenautomaten (Reiterer, 2009, S. 183). Zu den weiteren Herausforderungen zählen Umsteigeknotenpunkte (Verfügbarkeit von Aufzügen, Rolltreppen, Leitsysteme) (nast consulting ZT GmbH; TU

Wien IVS-Verkehrssystemplanung, 2012, S. 20) und das Zurechtfinden an neuen Orten (Żakowska & Monerde i Bort, 2003, S. 41). In der SIZE-Studie wurden ältere Personen zu ihrem Mobilitätsverhalten befragt. Dabei wurde erwähnt, dass BusfahrerInnen oft nicht mit angepasster Geschwindigkeit fahren und somit keine Rücksicht auf die Passagiere genommen wird (Żakowska & Monerde i Bort, 2003, S. 41 f). Weitere Problembereiche bei der Nutzung des öffentlichen Verkehrs waren nicht ausreichend ausgestattete Verkehrsmittel. Die Zielgruppe sieht Sitzmöglichkeiten mit leichtem Zugang und einer ausreichenden Stellfläche für den Rollator als Grundvoraussetzung an (nast consulting ZT GmbH; TU Wien IVS-Verkehrssystemplanung, 2012, S. 17).

Barrieren bei der Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel (Antwortkategorien „eher schon“ und „ja“) Stellen folgende Situationen oder Gegebenheiten einen Hinderungsgrund für Ihre Mobilität dar?				
65 - 74 Jahre	75 - 84 Jahre	85 Jahre und älter	Gesamt	Rollator- relevant
Streckenführung und Frequenz der Verkehrsmittel				
30,8 %	27,1 %	46,5 %	31,3 %	
Überfüllte Fahrzeuge				
19,6 %	22,4 %	51,1 %	24,2 %	JA
Zu wenig Zeit zum Einsteigen und Verlassen der Fahrzeuge				
20,1 %	27,1 %	41,3 %	25,0 %	JA
Kein Personal, das man fragen kann				
24,3 %	30,5 %	40,9 %	28,3 %	
Zu kleine Schrift				
54,9 %	69,8 %	66, %	61,2 %	

Tabelle 11: Barrieren bei der Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel
Amann, Reiterer, Rissler & Haindl (2006), Reiterer (2009, S. 186), eigene Darstellung

In Tabelle 11 ist ein Teil der Ergebnisse der SIZE-Studie zum Thema „Barrieren bei der Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel“ dargestellt. Ältere Personen wurden nach Barrieren befragt, die bei der Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel wahrgenommen werden. Interessant ist, dass hochalt-rige Personen andere Bedürfnisse haben als etwa die Gruppe der „Jungen Alten“. Die Altersgruppe der ab 85-Jährigen nimmt Probleme viel stärker und intensiver wahr, und deren Anforderungen an öffentliche Verkehrsmittel unterscheiden sich deutlich von jenen der jüngeren Altersgruppen. Das bestätigt, wie in der Theorie schon angenommen, dass ältere Personen nicht als eine homogene Gruppe betrachtet werden können. Das Gesamtergebnis vermittelt jedoch ein positives Empfinden gegenüber öffentlichen Verkehrsmitteln. Für RollatornutzerInnen sind vor allem zwei der fünf Fragen

relevant: einerseits die überfüllten Fahrzeuge (RollatornutzerInnen haben einen erhöhten Platzbedarf) und andererseits die Zeit, die zum Ein- oder Aussteigen zur Verfügung steht (Reiterer, 2009, S. 185).

Die Wiener Linien arbeiten stark an der Barrierefreiheit ihrer Fahrzeuge und sehen sich als europaweiter Pionier, da U-Bahnen und Busse bereits ausnahmslos barrierefrei gestaltet sind (Wiener Linien, 2016, S. 5 ff). 2017 waren schon über 65 % (332 Gelenkwagen) aller Straßenbahnen Niederflur-Straßenbahnen (Wiener Linien, 2017, S. 4). Im Dezember 2018 wurde die „Flexity“-Straßenbahn eingeführt, die die Hochflur-Straßenbahnen kontinuierlich - zwischen 15 und 23 Fahrzeuge pro Jahr - ersetzen werden. „Mit einer Einstiegshöhe von 215 Millimetern wird Wien auch in Zukunft die weltweit niedrigste Einstiegshöhe bei Straßenbahnen bieten.“ (Wiener Linien, 2018)

Dass die Wiener Linien als europäischer Pionier angesehen werden können, wird auch in der Studie „SIZE - life quality of senior citizens in relation to mobility conditions“ bestätigt. Aus dieser Studie geht hervor, dass Österreich und Tschechien, was die Zufriedenheit älterer Personen mit öffentlichen Verkehrsmitteln angeht, im Vergleich zu Deutschland, Irland, Italien und Schweden positiv abgeschnitten haben (Amann, Reiterer, Risser & Haindl, 2006, S. 96). Trotzdem besteht noch Handlungsbedarf, um eine möglichst hohe Anzahl aller Alters- und NutzerInnengruppen zufriedenzustellen (Reiterer, 2009, S. 184).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Situation in Wien, was die Zufriedenheit der NutzerInnen und die Barrierefreiheit des ÖPNV betrifft, als sehr positiv aufgefasst wird. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Zufriedenheit auch für RollatornutzerInnen besteht.

5

ANALYSE VON PROBLEMSITUATIONEN UND LÖSUNGEN IN DER PRAXIS MITTELS QUALITATIVER INTERVIEWS

Dieser Abschnitt der Diplomarbeit beinhaltet ein Zwischenfazit, das auch als Herleitung für den praktischen Teil der Arbeit dienen soll. Im Anschluss wird auf die Ergebnisse der qualitativen Interviews - einerseits mit den RollatornutzerInnen, andererseits mit den ExpertInnen - eingegangen.

5.1 Zwischenfazit

Die vorhergehenden Kapitel haben sich verstärkt mit der Theorie auseinandergesetzt und dienen als Basis für die gewählte Methodik. Es wurden Mobilitätsprofile und Unfallstatistiken älterer Personen analysiert und die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen erläutert. Außerdem wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen, die für die Thematik relevant sind, behandelt. Mit Hilfe des aktuellen Forschungsstandes wurden Problemfelder für den halböffentlichen und öffentlichen Raum definiert.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass es **wenig bis gar keine Literatur zu RollatornutzerInnen** gibt. Mobilitätseingeschränkte Personen, also ältere Personen, die auf einen Rollator angewiesen sind, werden meistens mit temporär mobilitätseingeschränkten Personen (Personen, die Lasten tragen, Eltern mit Kinderwagen etc.), gleichgestellt (FSV, 2010, S. 3). Da ältere Personen nicht als homogene Gruppe gesehen werden können und es innerhalb dieser Zielgruppe unterschiedliche Bedürfnisse, Anforderungen und Problemauffassungen gibt (Reiterer, 2009, S. 185), kann nicht davon ausgegangen werden, dass RollatornutzerInnen und temporär mobilitätseingeschränkte Personen idente Anforderungen an den öffentlichen Raum stellen.

Die Auswertung der analysierten Mobilitätsprofile von älteren Personen zeigt, dass diese mehr Fußwege zurücklegen und sich somit länger und öfter im öffentlichen Raum aufhalten. Auffallend ist die geringe Barrierefreiheit bei Wohnbauten (Kisser, 2009, S. 167) und öffentlichen Zugängen (Schweidler & Pázmándy, 2017). Das zeigt deutlich, dass immer noch sehr viel Handlungsbedarf besteht. Die öffentlichen Verkehrsmittel sind jedoch, im europaweiten Vergleich, positiv aufgefallen (Reiterer, 2009, S. 185).

Des Weiteren kann angenommen werden, dass Barrieren, die von Roll-

stuhlfahrerInnen als solche empfunden werden, auch von mobilitätseingeschränkten Personen als Problem aufgefasst werden (nast consulting ZT GmbH; TU Wien IVS-Verkehrssystemplanung, 2012, S. 18). Ob RollstuhlfahrerInnen in ihrer Mobilität mehr eingeschränkt sind als RollatornutzerInnen, lässt sich im Allgemeinen nicht beantworten, da eine eingeschränkte Mobilität immer individuell betrachtet werden muss und von vielen Faktoren (Alter, gesundheitliche Verfassung etc.) abhängig ist.

Zudem werden in dieser Forschungsarbeit ausschließlich Menschen im Alter von ab 65 Jahren herangezogen. Daher kann angenommen werden, dass diese Altersgruppe nicht mit RollstuhlfahrerInnen jeglichen Alters verglichen werden kann, da womöglich Unterschiede bezüglich der gesundheitlichen Verfassung gegeben sind. Um festzustellen, ob Barrieren für RollatornutzerInnen auch von RollstuhlfahrerInnen ident empfunden werden, bedarf es weiterer Forschung.

Das nächste Unterkapitel beschreibt den Vorgang der methodischen Vorgehensweise. Hierbei wurde die Zielgruppe (ab 65-jährige Personen), die sich mit Hilfe eines Rollators im öffentlichen Raum fortbewegt, befragt. Diese Ergebnisse sollen mit den Ergebnissen aus der Theorie verglichen werden und den praktischen Aspekt aus der Sicht der RollatornutzerInnen darlegen.

5.2 Vertiefende Analyse durch qualitative Interviews der RollatornutzerInnen

Dieses Unterkapitel behandelt die Sichtweise rollatornutzender Personen und bietet daher Einsicht in die alltäglichen Wege der Betroffenen sowie einen Einblick in ihre Bedürfnisse im öffentlichen Raum und den Umgang mit dem Rollator im öffentlichen Raum.

5.2.1 Erläuterung der Methode

Ziel ist es, viele Informationen über die täglichen Wege und die damit verbundenen Schwierigkeiten älterer Personen herauszufinden. Daher wurde die Methode des qualitativen Interviews zur Erhebung herangezogen. Das Interview wurde mit Hilfe eines Leitfadens geführt, siehe Anhang 1. Es wurde in sieben Themenblöcke mit möglichen Nachfragen gegliedert. In den Leitfaden sind Aspekte der Wegetagebücher eingeflossen.

„Verständnis- und Verständigungsprobleme sind zentrale Elemente der qualitativen Forschung mit alten Menschen.“ (Kühn & Porst, 1999, S. 19). Daher sind bei Befragungen von älteren Personen die direkte, persönliche Kommunikation zwischen befragter Person und InterviewerIn sowie die Verwendung eines ähnlichen Vokabulars entscheidende Faktoren. Am besten eignet sich die bekannte Umgebung der RollatornutzerInnen als Ort der Befragung. Damit erhöht sich die Gesprächigkeit älterer Personen, und

mögliche Missverständnisse können umgehend beseitigt werden. Diese Herausforderungen können auch, aufgrund der unüblichen und aufwendigen Situation, einen ermüdenden Effekt auf den Interviewenden haben (Kühn & Porst, 1999, S. 19).

5.2.2 Inhalt

Es werden Fragen gestellt zu alltäglichen Wegen, zum Rollator, zur eigenen Wohnumgebung und dem Aktionsradius. In weiterer Folge wird auf die Wohnung und das Wohnhaus eingegangen. Außerdem werden noch Fragen zum Verkehr und zur eigenen Gesundheit, in Bezug auf die Mobilität, gestellt. Das letzte Thema befasst sich mit abschließenden Fragen, die sich in keine Kategorien einordnen ließen und mit sonstigen Wünschen oder Bedürfnissen, die zuvor noch nicht erwähnt wurden.

Insgesamt wurden fünf ProbandInnen (drei Frauen und zwei Männer) zu ihrer Mobilität befragt. Alle TeilnehmerInnen sind ab 65 Jahre alt und befinden sich schon im Ruhestand. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass nicht alle auf einen Rollator angewiesen sind, jedoch alle einen benutzen. Jene, die nicht auf ihn angewiesen sind, benutzen ihn zur Sturzprävention und als Stütze. Die ProbandInnen legen alle Wege, die per Rollator begehbar sind, mit dem Rollator zurück.

Die Interviews wurden in Form von Einzelgesprächen und an einem für die Befragten gewohnten Ort geführt. Die Dauer der Befragung lag zwischen 15 und 35 Minuten. Auffällig war, dass die Länge des Interviews keine Aussage über die Qualität der Ergebnisse liefert. Alle Gespräche wurden, nach Zustimmung der ProbandInnen, aufgenommen und in einem nächsten Schritt transkribiert, um für die Analyse und Auswertung das bestmögliche Material zur Verfügung zu haben. Im Folgenden werden die ProbandInnen P1 - P5 genannt.

5.2.3 Auswertung

Dieser Abschnitt geht auf die Auswertung und die Ergebnisse der Interviews mit den ProbandInnen ein.

5.2.3.1 Methode

Zur Auswertung der Forschungsfragen wurde die qualitative Inhaltsanalyse herangezogen. Deren Ziel ist es, die Perspektive der Befragten herauszuarbeiten und zu interpretieren (Bortz & Döring, 2006, S. 329). Um das sprachliche Material verwerten zu können, ist es zweckmäßig, die empirische Analyse und die Bildung von Kategorien, die in Kapitel 5.2.3.2 genauer erläutert werden, zu implizieren (Mayring, 2015, S. 49). Dabei muss das Material systematisch zusammengefasst werden, paraphrasiert (einheitliche Sprachebene), generalisiert (Verallgemeinerung) und im letzten Schritt re-

duziert (Kategorienbildung) werden (Mayring, 2015, S. 71), um es in einem zweiten Durchgang erneut reduzieren zu können (Mayring, 2015, S. 83).

5.2.3.2 Kategorien

Bei der Definition der Kategorien wurde auf eine Mischform zurückgegriffen. Zunächst wurden Kategorien deduktiv bestimmt und nach der Analyse induktiv verfeinert (Bortz & Döring, 2006, S. 330). Es gibt vier Kategorien mit jeweils drei bis vier Unterkategorien, wie in Tabelle 12 ersichtlich ist.

Kategorie	Unterkategorien
Öffentlicher Raum	<ul style="list-style-type: none"> • Straßenraum (Gehsteigbreite und -absenkung, Ampelphase und Bodenbelag - Winter / Sommer) • ÖV • Zugang Güter des täglichen Bedarfs (Lebensmittelgeschäfte, Ärzte und Apotheken)
Halböffentlicher Raum	<ul style="list-style-type: none"> • Stiegenhaus • Zugang zum Stiegenhaus • Zugang allgemeine Räumlichkeiten
Rollator	<ul style="list-style-type: none"> • Rollator und andere Gehhilfen • Umgang mit dem Rollator • Fit mit Rollator
ABEDL - Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens ⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivität bzw. Mobilität • Bedürfnisse • Erfahrungen • Empfindungen

Tabelle 12: Kategorieraster RollatornutzerInnen eigene Darstellung

5.2.3.3 Ergebnisse

In diesem Abschnitt der Arbeit werden die Ergebnisse der Interviews mit den RollatornutzerInnen behandelt. Diese wurden anhand der in 5.2.3.1 erklärten Methode und des in Tabelle 12 veranschaulichten Kategorierasters analysiert und ausgewertet. Folgend strukturiert sich die Auswertung in den Kategorien und Unterkategorien:

Öffentlicher Raum

In der Kategorie „Öffentlicher Raum“ wird ein Einblick bezüglich des Umgangs von RollatornutzerInnen bei verschiedenen Zugängen zur Versorgung sowie im Straßenraum und mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gegeben.

⁶ Diese Kategorie ist am konzeptuellen Modell nach Krohwinkel angelehnt. ABEDL ist ein Begriff aus der Pflege, dessen Ansatz sich auf die Bedürfnisse, „Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens“ bezieht. Die folgende Auswertung leitet sich aus sechs der eigentlich 13 Kategorien ab (Müller 2011, S. 54, 64ff).

- **Straßenraum**

Der Straßenraum wird von allen ProbandInnen unterschiedlich wahrgenommen. Beispielsweise wird die Gehsteigabsenkung von drei Zentimetern als „schwer überwindbar“ (P5) oder einfach „als zu hoch“ (P4) empfunden. Die Breite wird nicht als Problem gesehen, und wenn es Engpässe gibt, dann wird dies auch nicht als problematisch erachtet. Zwei TeilnehmerInnen erwähnten, dass es in ihrer Umgebung zu wenige Schutzwege gebe und daher ein Angstgefühl beim Überqueren der Straße entstehe (P1, P4). Was allen ProbandInnen negativ auffällt, ist die zu kurze Ampelphase, was wiederum zu Angst und Stress beim Überqueren der Fahrbahn führt. Zudem wird die Qualität der Bodenbeläge als mangelhaft empfunden, da der Rollator sehr empfindlich ist und sobald über Unebenheiten (Schienen, Risse im Asphalt, Kopfsteinpflaster) gefahren wird, diese gespürt werden. Auch im Winter ist der Bodenbelag allen sehr negativ aufgefallen. Sowohl der Streusplitt als auch nicht geräumte Wege führen zu Problemen für die RollatornutzerInnen. Das veränderte Verkehrsgeschehen wird von manchen als Einschränkung empfunden (P5), andere sehen gar keine Veränderung (P4) und wiederum andere sehen, dass der Verkehr zugenommen hat und empfinden es nicht als störend (P1, P3). Zwei der interviewten Personen berichteten von Problemen mit RadfahrerInnen (P4, P5). Alle TeilnehmerInnen würden aufgrund von Barrieren Umwege in Kauf nehmen, manche würden den Rollator sogar zu Hause lassen und in Begleitung ausgehen (P1, P3).

- **ÖV**

Die öffentlichen Verkehrsmittel werden von vier der befragten TeilnehmerInnen benutzt. Diese sehen eine Verbesserung in den letzten Jahren und sind mit der Anbindung und den Haltestellen zufrieden. Was allen RollatornutzerInnen sehr wichtig ist, ist der funktionsfähige Aufzug bei den U-Bahn-Haltestellen. Jedoch wird die U-Bahn eher gemieden (P1, P2), aufgrund der weiteren Entfernung und der Abhängigkeit vom Aufzug. Ein/e ProbandIn greift dann auf den Bus zurück: „Na, die Busse san gut ausgestattet. Die Nischen, wo’st rein kannst. Der Chauffeur kommt und kippt ... die Rampe. Also des funktioniert tadellos.“ (P1). Außerdem ist die Benutzung der Niederflurstraßenbahnen für RollatornutzerInnen unumgänglich: „Ich fahre oft mit der Straßenbahn, weil es für mich ein etwas besserer Weg ist als mit der U-Bahn zu fahren, weil da weiß man nicht, ob der Aufzug funktioniert oder nicht. Also da bin ich immer am besten unterwegs mit dieser neuen Form von Straßenbahn ... Aber die alte Straßenbahn, da steige ich nie ein. Da warte ich, bis die nächste ... kommt. Oder die übernächste.“ (P3). Durch die Tatsache, dass es auch noch Hochflurstraßenbahnen gibt, könnten längere Wartezeiten entstehen, die ebenfalls negativ aufgefallen sind.

- **Zugang Güter des täglichen Bedarfs**

Unter den Gütern des täglichen Bedarfs der befragten Zielgruppe versteht sich der Zugang zu Lebensmittelgeschäften, Praxen von ÄrztInnen und Apotheken. Der Zugang zu den Lebensmittelgeschäften wird von allen TeilnehmerInnen sehr gut bewertet. Auch Einkaufszentren oder größere Lebensmittelgeschäfte werden als barrierefrei empfunden. Ein/e Befragte/r gab an, dass der Zugang zu Apotheken zumeist auch als gut überwindbar empfunden werde (E2). Negativ aufgefallen ist der Zugang zu Ordinationen von ÄrztInnen. Lediglich zwei der TeilnehmerInnen gaben an, einen barrierefreien Zugang zu HausärztInnen zu haben (P1, P3). Durch diesen Umstand entsteht die Angst, den/die ÄrztIn mit zunehmendem Alter gar nicht mehr aufsuchen zu können (P1).

Halböffentlicher Raum

Die Kategorie „halböffentlicher Raum“ behandelt den Umgang rollatornutzender Personen in ihrem Wohnhaus.

- **Stiegenhaus**

Alle TeilnehmerInnen wohnen in einem Wohnhaus mit Aufzug. Jedoch ist der Aufzug von zwei der ProbandInnen nur über Stufen erreichbar. Bei einer Person sind auch Stufen vom Aufzug zur Wohnung vorhanden, was mit einem Rollator nur sehr schwer zu bewältigen ist und als sehr gefährlich empfunden wird (P5). Bei den restlichen Befragten war der Zugang zum Aufzug und zur Wohnung barrierefrei.

- **Zugang zum Stiegenhaus**

Zum Stiegenhaus haben nur zwei der fünf TeilnehmerInnen einen barrierefreien Zugang, die anderen müssen über Stufen zum Stiegenhaus gelangen. Ein/e Befragte/r ließ für drei Stufen einen Handlauf anbringen, meinte jedoch, dass eine Rampe trotzdem hilfreicher wäre: „... diese drei Stiegen, wenn eine Möglichkeit wäre, diese Stiegen irgendwie ... eine Rampe oder in der Richtung“ (P4). Andere wiederum können mit Hilfe eines Handlaufs einige Stufen mit dem Rollator steigen: „Nimm erm aufi und halt mi am G'lander an. Dass i ja ned stolper oder dass i über die Stufen a hinunter rutsch'.“ (P5).

- **Zugang allgemeine Räumlichkeiten**

Die Zugänge zum Müllraum, Keller etc. sind wie in der gesamten Kategorie sehr unterschiedlich. Lediglich ein/e Befragte/r hat den Müllraum im selben Wohnhaus. Dieser ist jedoch nicht barrierefrei zugänglich, weshalb die Person auf stetige Hilfe angewiesen ist. Der Zugang zum Keller erfolgt jedoch barrierefrei. Bei allen anderen befindet sich der Müllraum außerhalb des

Wohnhauses. Was wiederum bedeutet: Wenn der Zugang zum Stiegenhaus nicht barrierefrei ist, dann ist er es auch zum Müllraum nicht. Daher haben zwei der ProbandInnen einen barrierefreien und die anderen zwei keinen barrierefreien Zugang. Mit dem Keller verhält es sich ident: Jene Befragten mit einem barrierefreien Zugang zum Müllraum finden auch im Zugang zum Keller keine Barrieren vor.

Rollator

In diesem Abschnitt werden Erfahrungen mit dem Rollator und mit anderen Gehhilfen sowie die persönliche Meinung zum Mobilitätsprogramm „Fit mit Rollator“ aus der Sicht von RollatornutzerInnen beschrieben.

- **Rollatoren und andere Gehhilfen**

Der Rollator wird von allen interviewten Personen als die einzige in Frage kommende Gehhilfe gesehen. Jedoch haben manche trotz allem einen sehr negativen Bezug zu ihrem Rollator. Sie sehen ihn als unausweichliche Behinderung an (P3) oder als Behinderung in manchen Situationen (P1, P5). Was aber alle befragten Personen als große Hilfe angeben, ist, dass der Rollator eine gute Stütze ist, dass er bei einem Gefälle hilft - da gebremst werden kann - und die Sitzmöglichkeit bei Erschöpfung. Zwei der TeilnehmerInnen benutzen den Rollator auch in der Wohnung (P2, P4), andere schaffen es in der Wohnung ohne Hilfe oder stützen sich an Möbelstücken ab (P5). Außerdem zeigen die Forschungsergebnisse, dass für gute, qualitativ hochwertige Rollatoren eine große Sitzfläche sehr wichtig ist und dass diese Geräte dann aber auch sehr teuer sind.

- **Umgang mit dem Rollator**

Auffallend war die Tatsache, dass den TeilnehmerInnen niemand den Umgang mit dem Rollator erklärt oder ihn richtig eingestellt hat, falls er höhenverstellbar ist. „Dass des a Einstellungssache is', dass es von niemandem erklärt wird, wie des Ganze funktioniert ... Ober wenn'st den Rollator kriegst, den holst da vom Bständig oder sunst wo und baba.“ (P1). Daher haben die meisten der Befragten das Mobilitätsprogramm „Fit mit Rollator“ (siehe unten) als sehr hilfreich empfunden. Der Umgang mit dem Rollator im öffentlichen Raum wird großteils positiv gesehen, dies hängt jedoch stark von der körperlichen Verfassung, der Qualität des Rollators und der jeweils vorhandenen Barrierefreiheit ab.

- **Fit mit Rollator**

Das Mobilitätsprogramm „Fit mit Rollator“, siehe Kapitel 3.2.7, war ebenfalls Bestandteil des Interviews. Vier der fünf TeilnehmerInnen reagierten sehr positiv und würden auch an so einem Programm teilnehmen. „Des wär sehr gut. Ja. Na, i find jede Unterstützung, also wo man mobiler wird

... oder mit'n Gerät besser umgeh'n. Des wär sehr gut. ... I würde des sofort moch'n.“ (P1) Ein/e ProbandIn würde nicht daran teilnehmen und sagt: „I mein, i hab no so vü, ähm, Ideen und wos, was man no selber sich ausmachen kann, ned. Wie gesagt, des möchte i daweil no lassen. Is' amal no schlechter, ... dann muss man sowieso irgendwas no machen, ned.“ (P5).

ABEDL

Die Kategorie „ABEDL“ beschäftigt sich mit persönlichen Erfahrungen und der körperlichen Verfassung sowie Bedürfnissen und Empfindungen der ProbandInnen.

- **Aktivität bzw. Mobilität**

Für alle Befragten hat Mobilität eine sehr hohe Bedeutung, um noch selbstständig in ihrer Fortbewegung zu sein. Die ProbandInnen wurden auch zu den Hoffnungen und Sorgen bezüglich ihrer Mobilität befragt. Bei allen ist die Angst gegeben, nicht mehr mobil sein zu können, die Angst vor Stürzen und auf andere Menschen angewiesen zu sein. Vier von fünf Befragte haben sich stark auf ihre Sorgen fokussiert, jedoch ist ein/e ProbandIn mit dem Wunsch nach mehr Mobilität - wieder eigenständig gehen zu können - aufgefallen (P2). Alle ProbandInnen gehen verschiedensten Aktivitäten nach, um mobil zu bleiben. Vier von fünf machen selbst kleinere Übungen und Gymnastik zu Hause oder gehen spazieren, die einzige Ausnahme ist der Besuch eines physiotherapeutischen Zentrums (P2). Bei zwei der TeilnehmerInnen (P2, P4) war ein konkreter Grund (Unfall oder Sturz) der ausschlaggebende Anlass, um einen Rollator zu verwenden. Den übrigen TeilnehmerInnen dient der Rollator als Vorsichtsmaßnahme aufgrund ihrer aktuellen körperlichen Verfassung (Osteoporose, Hüftschmerzen oder Erschöpfung).

- **Bedürfnisse**

Die Bedürfnisse der ProbandInnen spiegeln sich in allen Kategorien wider. Was am häufigsten erwähnt wurde, ist, dass auch einzelne Stufen als Barriere empfunden werden. Dies kann auf den Wunsch der TeilnehmerInnen zurückzuführen sein, dass alles begehbar und barrierefrei sein soll. Ebenfalls wurde kritisiert, dass niemand ihnen den Umgang mit dem Rollator erklärt oder ihn gar auf die richtige Höhe eingestellt hat. Außerdem wurden von jedem und jeder einzelnen die zu kurze Dauer der Ampelphase und die mangelhafte Qualität des Bodenbelags kritisiert.

- **Erfahrungen**

80 % der TeilnehmerInnen haben bereits schlechte Erfahrungen mit Mitmenschen gemacht. Jedoch waren dies eher Ausnahmesituationen, und die meisten Menschen nahmen dann doch Rücksicht und halfen über einzel-

ne Stufen oder hielten die Tür auf. Ein/e ProbandIn hat besonders viele schlechte Erfahrungen gemacht und meidet deswegen die U-Bahn: „Am schlimmsten is' halt, wannst in die U-Bahn einsteigst, ... Die Leut', die drücken di eine. Oder beim Aussteigen wieder dasselbe a. Haben ka Geduld, ned. Schau'n ned. Überrennen di fast.“ (P5).

- **Empfindungen**

Die meisten Empfindungen sind mit der Angst verbunden, nicht mehr mobil sein zu können, oder mit der Angst vor Stürzen oder auch davor, überfahren zu werden. Auffallend war, dass jene ProbandInnen (P2, P4), die zu 100 % auf den Rollator angewiesen sind, einen sehr positiven Bezug zum Rollator haben. Die übrigen Personen (P1, P3, P5), die den Rollator als Stütze beziehungsweise Vorsichtsmaßnahme benutzen, gaben an, sich mit dem Rollator zwar sicherer zu fühlen und hätten durch ihn auch weniger Angst vor Stürzen, sehen ihn jedoch manchmal auch als Behinderung oder Hindernis an. Viele empfinden den Winter als besonders gefährlich, vor allem wegen des Streusplitts und der nicht geräumten Wege. Aufgefallen ist auch, dass die meisten trotzdem noch gerne spazieren gehen und dies auch als wichtig empfinden, um weiterhin mobil bleiben zu können. Das kann zum Beispiel im Park sein oder mit dem Hund beim Gassi-Gehen. Ein/e ProbandIn meidet jedoch bereits Wege nach draußen, außer jene, die unbedingt erledigt werden müssen, und ist manchmal auch schon deprimiert deswegen (P1).

5.3 Analyseergebnisse der Interviews mit ExpertInnen in Hinblick auf Lösungen

Dieses Unterkapitel präsentiert eine Sichtweise aus der Praxis der ExpertInnen und ermöglicht somit einen Einblick in zukünftige Projekte, Maßnahmen und Möglichkeiten im Umgang mit der Barrierefreiheit mit dem Fokus auf Rollatornutzung im öffentlichen Raum.

5.3.1 Erläuterung der Methode

Ziel ist es, die Meinung von ExpertInnen aus verschiedenen fachlichen Bereichen zum Thema Barrierefreiheit und Umgang mit dem Rollator im öffentlichen Raum einzuholen. Daher wurde die Methode des qualitativen Interviews gewählt, das jeweils mit Hilfe eines Leitfadens geführt wurde. Dieser ist in drei Themenblöcke, mit möglichen Nachfragen, strukturiert und als Anhang 2 angefügt.

5.3.2 Inhalt

Es werden Fragen zur beruflichen Position im jeweiligen Unternehmen gestellt sowie zu ausgeführten Tätigkeiten beziehungsweise Projekten. Weiters wird nach den Fortschritten der letzten Jahre, bezogen auf die Barrierefreiheit, gefragt. Im zweiten Themenblock wird die derzeitige Situation in Wien

näher beleuchtet, bezogen auf die Barrierefreiheit in verschiedenen Bereichen. Außerdem wird auf verschiedene rechtliche Rahmenbedingungen und auf die Frage, ob der Rollator ausreichend berücksichtigt wird, Bezug genommen. Der letzte Themenblock umfasst den künftigen Handlungsbedarf und Maßnahmen.

Es wurden ExpertInnen aus verschiedenen Aufgabenbereichen befragt, um alle Themen der Diplomarbeit abzudecken und um die Beantwortung der Forschungsfragen zu garantieren. Somit wurden mit drei ExpertInnen Interviews geführt. Diese dauerten zwischen 20 und 50 Minuten. Zwei dieser Gespräche wurden nach Zustimmung der ExpertInnen aufgenommen, beim dritten Interview wurde eine Mitschrift geführt.

Die Interviews wurden mit folgenden ExpertInnen durchgeführt:

- Ing. Maria Grundner (Mobilitätsagentur Wien - Infrastruktur und Barrierefreiheit): E3
- Daniel Jovanovic (Lebenshilfe und Wiener Sozialdienste - Behindertenbetreuung und Heimhilfe): E1
- Dipl.-Ing. Ines König (Wiener Linien - Referatsleiterin U-Bahnbetrieb): E2

5.3.3 Auswertung

Im folgenden Abschnitt der Arbeit werden die Auswertung und die Ergebnisse der ExpertInneninterviews dargelegt.

5.3.3.1 Methode

Um die ExpertInneninterviews auszuwerten, wurde auf die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse zurückgegriffen. Dabei wurden dem Text, in diesem Fall dem Transkript, Daten entnommen. Diese wurden mittels eines Suchrasters aus dem Text extrahiert. Diese Extraktionsergebnisse konnten dann analysiert und interpretiert werden. Um die extrahierten Texte zu ordnen zu können, wurde vorab, aufbauend auf dem theoretischen Hintergrund, ein Kategorieraster erstellt (Gläser & Laudel, 2009, S. 199 ff).

5.3.3.2 Kategorien

Die definierten Kategorien, siehe Tabelle 13, basieren auf den theoretischen Überlegungen und sollen dabei helfen, die Forschungsfragen zu beantworten. Das Categoriesystem ist aber flexibel, da es während der Extraktion verändert werden kann. Dadurch kann auf alte Kategorien verzichtet werden oder neue können hinzugefügt werden, um somit besser auf den Inhalt der Interviews eingehen zu können (Gläser & Laudel, 2009, S. 201).

Kategorie	Unterkategorien
Fortschritte zur Barrierefreiheit	
Derzeitige Situation	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlicher Raum • ÖV • Zugang Güter des täglichen Bedarfs (Lebensmittelgeschäfte, Ärzte und Apotheken) • Halböffentlicher Raum • Was hat Priorität beim Umbau?
Önormen und Richtlinien: Rücksichtnahme auf RollatornutzerInnen bei Vorgaben	
Zukunft	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlicher Raum • ÖV • Zugang Güter des täglichen Bedarfs (Lebensmittelgeschäfte, Ärzte und Apotheken) • Halböffentlicher Raum • Fit mit Rollator • Rollator(nutzerInnen)

Tabelle 13: Kategorieraster ExpertInnen eigene Darstellung

5.3.3.3 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Interviews mit den ExpertInnen behandelt. Diese wurden anhand der in Kapitel 5.3.3.1 erklärten Methode und des in Tabelle 13 veranschaulichten Kategorierasters analysiert und ausgewertet. Folgend strukturiert sich die Auswertung in den Kategorien und Unterkategorien:

Fortschritte in Sachen Barrierefreiheit

Diese Kategorie behandelt die allgemeinen Fortschritte, die in den letzten Jahren in Bezug auf Barrierefreiheit von den befragten ExpertInnen wahrgenommen wurden.

Der letzte große politische Fortschritt in Sachen Barrierefreiheit wurde 2003 verzeichnet, und es ist nun wieder an der Zeit, dass ein „Schub“ kommt, um sich weiterentwickeln zu können (E3). Trotzdem ist in den letzten Jahren viel passiert, wenn man die Bewusstseinsbildung und diverse bauliche Umsetzungen betrachtet (E2). Weitere Fortschritte waren im kommerziellen Bereich, also in Supermärkten, zu beobachten (E1).

Derzeitige Situation

Die Kategorie „Derzeitige Situation“ erläutert den aktuellen Stand der Barrierefreiheit aus der Sicht der ExpertInnen in verschiedenen Bereichen.

- **Öffentlicher Raum**

Der öffentliche Raum wird von den ExpertInnen als größtenteils barrierefrei angesehen (E1, E3). Jedoch sollte eine Weiterentwicklung stattfinden, denn je höher die Ansprüche von Personen sind, desto mehr muss gemacht und umgesetzt werden (E3). Das zeigt sich zum Beispiel an den abgesenkten Bordsteinkanten, die sehr oft zu Problemen führen können oder an Kanalabdeckungen, die nicht eben gestaltet sind und somit ein Hängenbleiben mit dem Rollator verursachen können. Ein weiteres Problem stellt im Winter der Streusplitt dar (E1).

- **ÖV**

Der öffentliche Verkehr in Wien ist aufgrund des ausgebauten Verkehrsnetzes der Wiener Linien sehr gut konzipiert (E1, E2, E3), sogar in internationaler Hinsicht (E2, E3). Es wird auf die Bedürfnisse möglichst vieler verschiedener Personengruppen (Sehbehinderte, Hörbehinderte, Gehbehinderte, Personen mit psychischen Erkrankungen) Rücksicht genommen (E2, E3). Hervorzuheben ist, dass alle Stationen barrierefrei zugänglich sind, auch jene der gesamten U-Bahn-Anlage und Bus-Flotte. Die Straßenbahnflotte ist bereits zu über 50 % mit Niederflurfahrzeugen ausgestattet, und durch die neuen Straßenbahnen, die Flexity-Züge, werden die Hochflurstraßenbahnen nach und nach ersetzt (E2). Daher besteht im Straßenbahn-Netz noch Optimierungsbedarf, da RollatornutzerInnen Hochflurstraßenbahnen auslassen müssen. Ein weiteres Problem stellen U-Bahn-Haltestellen mit nur einem Aufzug dar, da, wenn dieser nicht funktionsfähig ist, die U-Bahn von älteren Personen mit Rollator nicht benutzt werden kann (E1). International betrachtet muss aber erwähnt werden, dass ein Aufzug pro Haltestelle bereits einen enormen Fortschritt hinsichtlich der Barrierefreiheit darstellt (E3).

- **Zugang Güter des täglichen Bedarfs**

Wie bereits erwähnt, sind die kommerziellen Bereiche (Einkaufszentren, Supermärkte) sehr gut zugänglich gestaltet (E1, E3). Die Apotheken haben sich ihrer „Stammkundschaft“ und deren Bedürfnissen angepasst (E1, E3), jedoch ist hier auch noch Optimierungsbedarf vorhanden (E3). Das größte Problem betrifft die barrierefreie Zugänglichkeit zu Praxen von ÄrztInnen (E1, E3), vor allem zu HausärztInnen, deren Ordinationen sich in Wohnbauten befinden (E1). ÄrztInnen werden als sehr beratungsresistent gesehen. Die medizinischen Versorger behandeln am liebsten „0815-Menschen“, da diese weniger Zeit in Anspruch nehmen (E3).

- **Halböffentlicher Raum**

Durch die gesetzliche Verankerung der Wiener Bauordnung kann bei Neubauten erwartet werden, dass die allgemein genutzten Räume für die gesamte Hausgemeinschaft barrierefrei zur Verfügung stehen. Probleme gibt es beim Altbestand (E3). Ältere Personen wollen ihre gewohnte Umgebung nicht verlassen. Daher ist der Altbestand ein großes Problem, da es selten einen Aufzug gibt und falls es ihn gibt, dann ist dieser meistens nicht barrierefrei zugänglich (E1). Außerdem können Stufen, zum oder aus dem Gebäude, für RollatornutzerInnen mobilitätseinschränkende Folgen haben. Für manche ältere Personen ist das ein Grund, die Wohnung nicht zu verlassen (E1, E3).

- **Priorität für mehr Barrierefreiheit**

Oberste Priorität hat immer noch die Überzeugungsarbeit, um Barrieren im Kopf anderer Menschen zu überwinden. Es besteht auch immer noch Bedarf an Änderungen von Gesetzeslagen, um Barrierefreiheit zu fördern, denn obwohl Neubauten barrierefrei sein müssen, fehlt es trotzdem an der Umsetzung (E3). Als weiterer wesentlicher Punkt kann der halböffentliche Raum gesehen werden. Wenn die Betroffenen beim Verlassen der Wohnung oder beim Nach-Hause-Kommen Barrieren empfinden, dann wird die Wohnung nur noch dann verlassen, wenn es unbedingt sein muss, was wiederum auch zu Depressionen führen kann (E1). Was den öffentlichen Verkehr betrifft, sind die Haltestellen räumlich zu knapp bemessen. Durch die steigenden Fahrgastzahlen und diverse Möblierungsgegenstände wird dieser Raum noch enger. „Oft ist die Platzsituation als Problem zu sehen beziehungsweise andere Zwangspunkte (Bauwerke, Radweg, ...) sowie unterschiedliche Interessen, die untergebracht werden müssen.“ (E2).

Önormen und Richtlinien: Rücksichtnahme auf RollatornutzerInnen bei Vorgaben

In dieser Kategorie wird die Rücksichtnahme auf RollatornutzerInnen in verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen behandelt.

Allgemein ist zu sagen, dass es sehr wichtig ist, die Gruppe der RollatornutzerInnen in rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Im öffentlichen Verkehr zählen rollatornutzende Personen zu permanent mobilitätseingeschränkten Personen und werden daher im Sinne der Barrierefreiheit im Allgemeinen berücksichtigt. Hinsichtlich des demografischen Wandels ist es aber wichtig, diese Zielgruppe vermehrt zu berücksichtigen (E2). Aus der Sicht der Pflege ist Barrierefreiheit im Allgemeinen für alle mobilitätseingeschränkten Personen wichtig, egal mit welchem Hilfsmittel (Rollator, Gehstock, Rollstuhl) sie sich fortbewegen (E1). Des Weiteren ist zu erwähnen, dass durch die Einführung des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes schon viel erreicht wurde. Eine Expertin meint, dass die

Gruppe „viel, viel, viel zu unterrepräsentiert“ ist. Dies könnte damit zusammenhängen, dass es für diese Menschengruppe (RollatornutzerInnen oder gehbehinderte Menschen) keine Community gibt, obwohl sie faktisch eine große Gruppe sind und einzelne Personen sich in derartigen rechtlichen Angelegenheiten dennoch immer selbst vertreten müssen. Dadurch werden sie kaum gehört. Planer versuchen zwar, die Bedürfnisse solcher Gruppen auch zu berücksichtigen, jedoch ist das ein „bissi aus zweiter Hand“ (E3).

Zukunft

Die letzte Kategorie setzt sich mit Zukunftsthematiken in Hinblick auf Lösungsmaßnahmen in verschiedenen Bereichen auseinander.

Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass noch viel über Gesetze geregelt werden kann. Es ist zwar schon einiges geregelt, aber die Konsequenzen oder Sanktionen, wenn nicht gesetzeskonform gehandelt wird, sind einfach zu schwach. Hoffnung birgt die kurz vor der Veröffentlichung stehende EU-Norm zur Barrierefreiheit, die einen politischen Schub bringen kann. Die EU-Norm wird viele Bereiche abdecken, vom öffentlichen Raum und öffentlichen Verkehr über Hotels und Wohnbau bis zu barrierefreien Fluchtwegen (was in Österreich überhaupt nicht bedacht wird) und hat eine verpflichtende Wirkung auf die Mitgliedsstaaten (E3).

- **Öffentlicher Raum**

Im öffentlichen Raum kann noch viel verändert werden, um Barrierefreiheit bestmöglich umsetzen zu können. Angefangen bei den Ampelphasen oder der Qualität beziehungsweise Berollbarkeit von Bodenbelägen. Stufenlosigkeit, leicht aufgehende Türen und Sitzmöglichkeiten in regelmäßigen Abständen wären Maßnahmen, die die Mobilität älterer Personen mit Rollator steigern würden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Platzbedarf, da RollatornutzerInnen nur sehr ungern rückwärtsgehen. Zu lange Rampen ohne Zwischenpodeste sollten vermieden werden (E3). Handlungsbedarf besteht auch bei den Gehsteigkanten (E1, E3), da durch fehlendes Gleichgewicht Probleme auftreten können und bei den Kanaldeckeln, da hier RollatornutzerInnen hängen bleiben können (die Kanalabdeckungen sollten eben sein) (E1). Außerdem ist bei der Planung neuer Straßen die barrierefreie Umsetzung noch Neuland (E3). Dieser Aspekt sollte künftig mehr an Bedeutung gewinnen.

- **ÖV**

Auch wenn die bestehende Infrastruktur, was die Barrierefreiheit betrifft, schon sehr gut ist, gibt es trotzdem auch immer Optimierungspotenzial (E2). Dadurch, dass sich das Netz der öffentlichen Verkehrsmittel stetig erweitert und neue Systeme und Techniken (zum Beispiel die fahrerlose U-Bahn U5)

entstehen, haben die Wiener Linien immer mit neuen Herausforderungen zu kämpfen. Gerade bei der fahrerlosen U-Bahn muss überlegt werden, wie man diese für möglichst viele Personengruppen (Hörbehinderung, Sehbehinderung, Gehbehinderung - vor allem, was die Zeit zum Aus- und Einsteigen betrifft) barrierefrei gestaltet (E3). Ein weiterer Schritt ist die Verdichtung der Intervalle von Niederflurstraßenbahnen (E1, E2), vor allem auch durch die Senkung der Anzahl der Hochflurstraßenbahnen mit Hilfe der neuen „Flexity-Straßenbahn“. Dieser neue Straßenbahntyp weist eine optimierte Innenraumgestaltung auf, die mehr Stellplatz für Rollstühle, Kinderwagen etc. bietet und zudem auch bei der zweiten Tür eine Rampe hat, um Personen mit rollenden Gehhilfen einen leichteren Einstieg zu ermöglichen (E2). Dem Problem nicht funktionierender Aufzüge in U-Bahn-Stationen (E1, E3) könnte durch Installation eines jeweils zweiten Aufzugs entgegen gewirkt werden (E3).

- **Zugang Güter des täglichen Bedarfs**

Der Zugang zu Lebensmittelgeschäften stellt im Alltag mobilitätseingeschränkter Personen zumeist keine Herausforderung mehr dar, jedoch gibt es immer noch Geschäfte, deren Zugang nicht barrierefrei ist. Bauliche Maßnahmen wären hier die Lösung, um jedes Geschäft barrierefrei zu gestalten. Ein weiteres Problem stellen die Ordinationen der HausärztInnen dar, da viele RollatornutzerInnen den/die ÄrztIn wechseln müssen, wenn kein barrierefreier Zugang gewährleistet werden kann (E1). Hier könnte mit erhöhten Sanktionen Barrierefreiheit erzielt werden (E3).

- **Halböffentlicher Raum**

Eigentlich haben GebäudeinhaberInnen von Altbauten dafür zu sorgen, dass allgemein zugängliche Nutzräume auch barrierefrei zugänglich sind. Jedoch ist es gesetzlich nicht geregelt, ob sie das müssen oder nicht. Solange dies nicht geklärt wird, wird auch nicht investiert. Meistens wird ein Kompromiss zwischen GebäudeinhaberIn und Betroffenen/r eingegangen, bei dem beide Seiten einen Teilbetrag zahlen. Allgemein stellt es eine große Herausforderung dar, in einem Wohnbau, der an sich nicht barrierefrei ist, Barrierefreiheit zu gewährleisten (E3). Ein Handlauf (E3) oder Führungsschienen können bei einer geringen Anzahl an Stufen eine Hilfe sein und somit die Mobilität älterer Personen steigern (E1, E3). Da ältere Personen ungern die Wohnumgebung wechseln (E1), könnte beim „letzten“ Umzug, der von den meisten etwa mit 65 Jahren absolviert wird, schon vorausschauend überlegt und beraten werden, um eine barrierefreie Wohnung in Betracht zu ziehen (E3).

- **Fit mit Rollator**

Die befragten ExpertInnen könnten sich ein solches Mobilitätsprogramm auch in Wien vorstellen und sind der Ansicht, dass es mobilitätssteigernd wirken kann (E1, E2, E3). Jedoch ist die Akzeptanz derartiger Programme stark von verschiedenen Faktoren abhängig. Einerseits ist sie personenabhängig, das bedeutet, wer immer schon gerne spazieren gegangen ist und generell aktiver war, wird eher Interesse daran haben. Außerdem ist es auch eine finanzielle Frage, da bei vielen Personen die Pension sehr gering ausfällt. Sollte das Programm gefördert werden, ist die Chance der Teilnahme größer (E1). Ein weiterer sehr wichtiger Punkt ist die Art und Weise, wie man Mobilitätsprogramme ausführt. Es ist sehr wichtig, persönlich auf die Leute zuzugehen. Man könnte das Interesse möglicher TeilnehmerInnen auch durch gezielte praxisbezogene Übungen zur Bewältigung von Situationen, in denen generell Schwierigkeiten im Umgang mit dem Rollator gegeben sind, wecken. Ein Beispiel dafür wären gemeinsame U-Bahn-Fahrten (E3).

- **Rollator(nutzerInnen)**

Zum Rollator wäre zuerst zu sagen, dass er eine „neue“ Methode der Gehhilfe ist. Vor etwa 15 Jahren noch wurden sehr selten Rollatoren benutzt. Damals war es „modischer“, einen Spazierstock zu verwenden. Vermutlich wurde durch neue Designs der Rollator dann bei älteren Personen modern. Da der Rollator extrem mobilitätssteigernd ist, durch seine vielfältigen Funktionsmöglichkeiten (zum Beispiel mit einem Korb, um Sachen zu transportieren oder mit einer eigenen Sitzgelegenheit), stellt er eine sehr gute Entwicklung in puncto Gehhilfe dar (E3). Jedoch sollte RollatornutzerInnen eine Einschulung im Umgang mit dem Rollator geboten werden. Wie er zum Beispiel richtig bedient wird oder wie sich der/die NutzerIn richtig umdreht oder hinsetzt. Die meisten RollatornutzerInnen werden sich selbst überlassen und müssen sich allein zurechtfinden (E1, E3). Weitere Hilfe könnten RollatornutzerInnen bei der Wegwahl erhalten. Es wäre empfehlenswert, älteren Personen anhand einer Einschulung den richtigen Umgang mit dem Rollator im Straßenverkehr näher zu bringen (E3). Ein weiteres Problem ist die mangelhafte Funktionsfähigkeit der Rollatoren, die von der Krankenkassa zur Verfügung gestellt werden. Diese zeigen häufig Mängel hinsichtlich der Bremsen oder Reifen (sie sind oft locker und müssen selbst festgezogen werden) oder es wird den Personen ein in Bezug auf Körpergröße beziehungsweise Rollatorhöhe falsches Gerät übergeben (E1, E3). Inzwischen gibt es auch schon viele verschiedene Arten von Rollatoren. Zum Beispiel gibt es einen Rollator, dessen Sitzfläche an der Rückseite angebracht ist. Das würde dabei helfen, dass sich die NutzerInnen gleich hinsetzen könnten und sich nicht erst um die eigene Achse drehen müssten (E1). Abschließend bleibt noch zu erwähnen, dass Versicherungen die Kosten für einen Rollstuhl übernehmen, für einen Rollator, der ebenfalls ein wichtiges Hilfsmittel im Alltag ist, aber nicht (E3).

5.4 Beantwortung der Forschungsfragen

Der theoretische und der praktische Teil dieser Arbeit haben zur Beantwortung der aufgestellten Forschungsfragen geführt, die in diesem Unterkapitel abgeklärt werden.

5.4.1 Forschungsfrage 1

Wie wird der öffentliche Raum von SeniorInnen, die mit Rollator unterwegs sind, empfunden? Was wird im öffentlichen Raum als (un)gefährlich/positiv/negativ erlebt? Gibt es unterschiedliche Herausforderungen aufgrund der Witterungsverhältnisse im Sommer und Winter?

Der öffentliche Raum wird sehr unterschiedlich wahrgenommen, jedoch wird er meist positiv erlebt. Die Wahrnehmung hängt von verschiedensten Faktoren ab, wie zum Beispiel der körperlichen Verfassung und den bisher erlebten Erfahrungen. Viele ältere Menschen kämpfen mit der Angst vor Stürzen und damit, eines Tages nicht mehr mobil zu sein, was sich wiederum auf ihre derzeitige Mobilität auswirkt. Grundsätzlich ist zu sagen, dass der Rollator im Rahmen der täglichen Mobilität, solange der Weg barrierefrei ist, als Stütze und große Hilfe empfunden wird. Es wurde auch erwähnt, dass es manchmal zu Konflikten mit Mitmenschen kommen kann. Meistens sind die Menschen aber hilfsbereit und machen Platz oder helfen über einzelne Stufen.

Die Witterungsverhältnisse im Winter werden als problematisch empfunden. Vor allem der Streusplitt sorgt für Probleme, da der Rollator die Vibrationen an die NutzerInnen weitergibt und somit für ein unangenehmes Gefühl verantwortlich ist. Nicht geräumte Wege im Winter werden auch immer als negativ empfunden, da der Rollator sehr leicht rutschen kann, vor allem, sobald ein Gefälle vorhanden ist.

5.4.2 Forschungsfrage 2

Welcher Handlungsbedarf im Sinne älterer Menschen mit Rollator kann auf Basis der Interviews mit den Betroffenen mit Fokus auf dem (halb-)öffentlichen Raum sowie den Zugängen zu Gütern des täglichen Bedarfs und Praxen von ÄrztInnen für die Planung der Stadt Wien abgeleitet werden?

Handlungs- und Optimierungsbedarf gibt es in allen Bereichen. Der halböffentliche Raum, vor allem im Altbau, weist viele Barrieren auf, da auch einzelne Stufen als Barrieren empfunden werden. Falls ein Aufzug vorhanden ist, so ist dieser auch häufig nur über Stufen zu erreichen. Ein barrierefreier Zugang zum Wohnhaus ist ebenso unerlässlich für die persönliche Mobilität, da manche älteren Personen sich andernfalls gezwungen fühlen, zu Hause zu bleiben, was wiederum zu Depressionen führen kann.

Im öffentlichen Raum gibt es bei der Gestaltung von Gehsteigkanten und absenkungen Nachbesserungsbedarf. Fehlende Schutzwege und zu kurz geschaltete Ampelphasen, meist wird von SeniorInnen in der vorgegebenen Zeitspanne nur die halbe Fahrbahn überquert, werden als sehr gefährlich empfunden und führen zu Angstsituationen. Ebenfalls besteht auch bei der Qualität von Bodenbelägen Handlungsbedarf. Was den problemlosen Zugang zu Ordinationen von ÄrztInnen betrifft, ist noch sehr viel Optimierungspotenzial gegeben. Die wenigsten medizinischen Versorgungseinrichtungen verfügen über einen barrierefreien Zugang. Die Nutzungsmöglichkeiten der öffentlichen Verkehrsmittel werden als sehr gut empfunden, jedoch werden die zu großen Intervalle der Niederflurstraßenbahnen und nicht funktionierende Aufzüge in U-Bahn-Stationen kritisiert.

Es besteht zwar immer noch viel Handlungsbedarf, den man aus baulicher Sicht beseitigen könnte, jedoch besteht auch sehr viel Handlungsbedarf aufseiten der RollatornutzerInnen im Umgang mit dem Rollator und bei der Gestaltung des Rollators selbst. Dieser Aspekt darf nicht vernachlässigt werden. Aus den Gesprächen ist erkennbar, dass keinerlei Einschulung bezüglich der Funktionalität und Nutzungsweise des Rollators geboten wird und dass der Rollator nicht individuell eingestellt wird. Ein weiterer sehr wichtiger Punkt ist die Funktionalität der von der Krankenkassa zur Verfügung gestellten Rollatoren, die sehr oft mangelhaft ist.

5.4.3 Forschungsfrage 3

Welche Empfehlungen für die sichere und barrierefreie Gestaltung des Aktionsradius von älteren Menschen mit Rollator können auf Basis der Ergebnisse abgeleitet werden und welche Maßnahmen können gesetzt werden, um den Aktionsradius zu erweitern und den Umgang mit Rollatoren zu erleichtern?

Barrierefreie Infrastruktur ist der erste Schritt, um den Umgang mit Rollatoren zu erleichtern. Dies fängt in erster Linie im halböffentlichen Raum an, beim barrierefreien Zugang zum und aus dem Wohnhaus. Weitere Maßnahmen im öffentlichen Raum sind Stufenlosigkeit, die schon oft erwähnte Ampelschaltung und die Berollbarkeit von Bodenbelägen. Beim öffentlichen Verkehr ist vor allem auf funktionierende Aufzüge und ausreichende Intervalle der Niederflurstraßenbahnen zu achten. Ein zweiter Aufzug pro Station könnte einen barrierefreien Zugang zu jeder Zeit gewährleisten. Mit dem neuen Straßenbahntyp „Flexity“ sollen die Hochflurstraßenbahnen konsequent ersetzt werden. Des Weiteren gefragt sind mehr Platz zum Umkehren (bei Aufzügen im Stiegenhaus sowie in öffentlichen Räumen) und mehrere Abstellmöglichkeiten für Rollatoren in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Der Aktionsradius ist aber von Person zu Person sehr unterschiedlich und hängt auch sehr stark mit der jeweiligen körperlichen Verfassung zusammen. Das heißt, egal wie barrierefrei die Wohnumgebung auch ist, es kommt irgendwann der Zeitpunkt, an dem Personen höheren Alters ihre Wohnung nur noch zur Erfüllung absoluter Notwendigkeiten verlassen.

Auch in den Gesprächen mit den ExpertInnen sind der Umgang mit dem Rollator und das fehlende Wissen der RollatornutzerInnen wesentliche Themen. Kurze Einschulungen und Erklärungen, wie der Rollator richtig verwendet und gelenkt wird oder wie sich die NutzerInnen richtig hinsetzen, wären sehr hilfreich. Außerdem sollte diesen Personen auch erklärt werden, wie sie mit dem Rollator in öffentliche Verkehrsmittel einsteigen und wie Wege bestmöglich gewählt werden, wenn sie sich mit einer rollenden Gehhilfe im öffentlichen Raum fortbewegen.

5.4.4 Forschungsfrage 4

Wird der Rollator bei Vorgaben zur Barrierefreiheit ausreichend berücksichtigt?

Die ExpertInnen sind, was diesen Punkt betrifft, unterschiedlicher Meinung. Im Sinne der Barrierefreiheit im Allgemeinen werden auch RollatornutzerInnen berücksichtigt. Eine Expertin ist aber der Meinung, dass sobald die Ansprüche einer Person steigen, die Barrierefreiheit dann teilweise nicht mehr gegeben ist. Ältere Personen, die sich mit rollenden Gehhilfen fortbewegen, sind in diesem Fall nicht nur mobilitätseingeschränkt, sondern haben meist auch mit anderen Auswirkungen des Alters zu kämpfen. Ein weiterer Nachteil ist, dass es bislang noch keine offizielle Community von RollatornutzerInnen gibt, und daher ist diese Gruppe in der Öffentlichkeit stark unterrepräsentiert. Die Planer versuchen zwar, ihr fachliches Wissen einzubringen, dies basiert in dieser Hinsicht jedoch zumeist auf Vermutungen und ist daher wieder im Sinne der allgemeinen Barrierefreiheit zu betrachten.

6

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR REALISIERUNG DER BARRIEREFREIHEIT FÜR DIE ROLLATORNUTZUNG

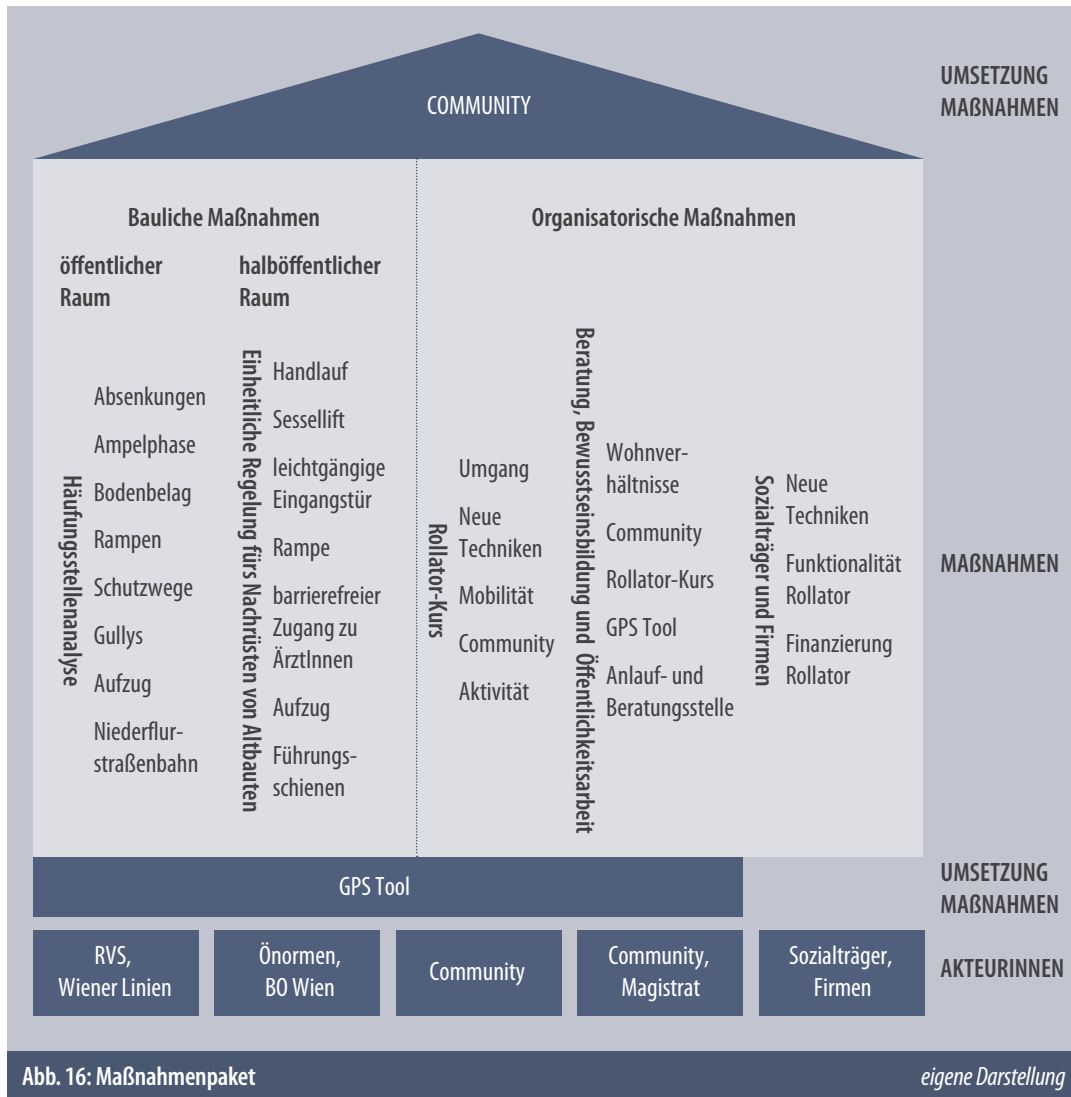
Abschließend werden in diesem Kapitel Maßnahmen und Empfehlungen behandelt, die die Barrierefreiheit im (halb-)öffentlichen Raum für RollatornutzerInnen optimieren sollen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen ergeben sich aus den Problemfeldern in der Literatur, den Befragungen der RollatornutzerInnen und der Fachexpertise.

Diese Maßnahmen dienen in erster Linie zur Verbesserung der selbstständigen Mobilität von rollatornutzenden Personen. Sie sollen den Umgang mit dem Rollator im (halb-)öffentlichen Raum erleichtern und die barrierefreie Zugänglichkeit zu Wohnhäusern und zu Institutionen der täglichen Versorgung ermöglichen. Außerdem sollen diese Maßnahmen verstärkte Bewusstseinsbildung schaffen. Insgesamt soll dadurch die Lebensqualität älterer Personen, die sich mit einem Rollator fortbewegen, erhöht werden.

6.1 Empfehlungen und Maßnahmen

6.1.1 Maßnahmenpakete und Akteure

Die empfohlenen Maßnahmen sind nachstehend als Grafik aufbereitet und in Abb. 16 dargestellt.



Das Dach, das über allem steht, ist die Community. Als Fundament dazu soll ein GPS Tool entwickelt werden. Neben diesen beiden großen Maßnahmen lassen sich die einzelnen Empfehlungen in fünf Säulen gliedern. Diese sollen zur Lösung von verschiedenen Problembereichen beitragen. Jedoch kann es zur Bewältigung eines Problems mehrere Maßnahmen geben. Somit können diese übergreifend wirken und zu schnelleren Problemerkennnissen und Lösungen führen.

Folgende bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Lösung von Problemen sind angedacht:

Bauliche Maßnahmen

- **Öffentlicher Raum**

Zu den wesentlichen erforderlichen Maßnahmen zählt unter anderem die Gehsteigabsenkung, um die Barrierefreiheit an Querungsstellen sicherzustellen. Zudem sollen Schutzwege im Straßenraum implementiert und gegebenenfalls mit Ampeln nachgerüstet werden. Die Grünphasen der Ampeln sollen außerdem an die Gehgeschwindigkeit der RollatornutzerInnen angepasst werden. Des Weiteren gilt es die Berollbarkeit der Bodenbeläge zu gewährleisten und Kanalabdeckungen ebenerdig zu gestalten. Weitere Maßnahmen betreffen die öffentlichen Verkehrsmittel. Alle Straßenbahnen sollen auf Niederflurstraßenbahnen umgerüstet werden. U-Bahn-Haltestellen sollten mit einem zweiten Aufzug nachgerüstet werden, und bei neu geplanten Stationen sollte bereits in der Planung auf die Implementierung mehrerer Aufzüge geachtet werden.

Die Größe des Innenraumes von Aufzügen ist ebenso von Relevanz, da eine geräumige Gestaltung das als schwierig empfundene Rückwärtsgehen von Personen mit Rollatoren vermeiden kann.

Um diese Herausforderungen von RollatornutzerInnen im öffentlichen Raum zu erkennen, bedarf es einer Analyse von Häufungsstellen, die mittels GPS Tool verortet werden können. RollatornutzerInnen können diese mit Hilfe des Tools lokalisieren.

Die baulichen Maßnahmen im öffentlichen Raum sollen mit Hilfe einer Überarbeitung der RVS geregelt werden. Die Wiener Linien sind für die öffentlichen Verkehrsmittel verantwortlich und setzen bereits Maßnahmen in puncto Niederflurstraßenbahn-Angebot um.

- **Halböffentlicher Raum**

Eine einheitliche Regelung für das Nachrüsten von Altbauten sollte dazu beitragen, Problematiken im halböffentlichen Raum zu lösen. Einfache Maßnahmen, wie eine leichtgängige Eingangstür, ein Handlauf oder Führungsschienen, können schon zu einer erhöhten Mobilität beitragen. Zu weiteren Maßnahmen zählen Sessellifte, Rampen und Aufzüge. Bei bereits bestehenden Aufzügen soll ein barrierefreier Zugang garantiert werden. Der barrierefreie Zugang zu Ordinationen von ÄrztInnen, die sich in Altbauten befinden, kann über die obig genannten Maßnahmen gewährleistet werden.

Eine Aktualisierung der Önormen und der Bauordnung Wien kann dazu beitragen, Altbauten barrierefrei umzugestalten. Barrierefreie Zugänge zu Praxen von ÄrztInnen können zusätzlich über gesetzliche Regelungen und höhere Sanktionen geregelt werden.

Organisatorische Maßnahmen

- **Rollator-Kurs**

Die Durchführung von Rollator-Kursen verschafft einen besseren Umgang mit dem Rollator, eine Steigerung der Mobilität und Aktivität und kann dabei auch die Community stärken. Außerdem können im Zuge des Kurses neue Techniken und Arten von Rollatoren getestet werden.

Der Rollator-Kurs kann von Personen aus der Community geleitet werden, da diese die Herausforderungen im Umgang mit dem Rollator am besten kennen. Außerdem könnten auch noch ÄrztInnen sowie PhysiotherapeutInnen zu Rate gezogen werden.

- **Beratung, Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit**

Generell sollten mehr Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung betrieben werden. Über eine Anlauf- und Beratungsstelle kann Kontakt zur Community aufgenommen werden, und es können Informationen über Rollator-Kurse sowie das GPS Tool eingeholt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt wäre, die Menschen über Umzugsmöglichkeiten in eine barrierefreie Wohnung zu informieren und sie bei Umzügen zu unterstützen.

Auch diese Service-Stellen könnten mit Hilfe der Community personell besetzt werden. Außerdem können Magistrate die Örtlichkeiten zur Verfügung stellen und bei der Realisierung helfen.

- **Sozialträger und Firmen**

Sozialträger und Firmen sollten bei der Übergabe eines Rollators auf dessen Funktionalität achten. Des Weiteren sollen die Kosten für einen Rollator übernommen werden und nicht nur jene eines Rollstuhls. Außerdem sollten Firmen an neuen Techniken zur einfacheren Handhabung der rollenden Gehhilfe arbeiten.

Sozialträger und Firmen können nach Absprache mit der Community und mit Hilfe der Rollator-Kurse zu neuen Lösungen kommen.

6.2 Umsetzung der Maßnahmen

6.2.1 Community

Die Schaffung einer Community von RollatornutzerInnen ist eine sehr wichtige Maßnahme, da derzeit noch keine entsprechenden Vertretungen vorhanden sind. In vielen Bereichen der barrierefreien Planung wird mit einer Community Rücksprache gehalten. Auch bei der Schaffung rechtlicher

Rahmenbedingungen wird öfter auf das Wissen der Community zurückgegriffen. Daher ist es sehr wichtig, in erster Linie eine Gemeinschaft mobilitätseingeschränkter Personen zu gründen.

Dieses Netzwerk kann vielerlei Vorteile mit sich bringen. Nicht nur, dass dieser Personengruppe dadurch mehr Gehör verschafft wird, sondern auch, dass diese Personen untereinander Erfahrungen austauschen und Fragen stellen können. Aufgrund der Tatsache, dass der Rollator eine relativ neue und gewöhnungsbedürftige Gerätschaft ist, sehen ihn viele RollatornutzerInnen noch als Behinderung statt als effektive mobilitätssteigernde Gehhilfe an (E3).

Die Community kann außerdem auch auf die Kurse aufmerksam machen, die die Mobilität und Aktivität stark steigern und Unfälle und Stürze vermeiden können. Das aufgebaute Netzwerk kann dann zur Häufungsstellenanalyse viel beisteuern, wenn die empfundenen Probleme anhand der gewonnenen Daten erfasst werden und sich daraus Lösungen hinsichtlich einer Adaptierung entwickeln. Bei der Einführung beziehungsweise Planung neuer Technik (zum Beispiel im Bereich der öffentlichen Verkehrsmittel) kann die Unterstützung einer solchen Interessensvertretung von großer Bedeutung sein.

6.2.2 GPSTool

Um die Häufungsstellen so genau wie möglich analysieren zu können, ist ein GPS Tool angedacht. Diese Idee sollte verfolgt, von ExpertInnen aus dem Informatikbereich programmiert und in weiterer Folge einem „usability-Test“ mit Betroffenen der Community unterzogen werden. Der folgende Abschnitt dieser Arbeit veranschaulicht, wie dieses Tool funktionieren könnte.

Das GPS Tool soll wie ein Navigationssystem funktionieren, das am Rollator selbst befestigt wird. Mit Hilfe der ausgewerteten Daten und Bilder des „Wien gibt Raum“-Projekts kann, angesichts der von den RollatornutzerInnen genannten Probleme, der Straßenraum bewertet werden. Als Basis dient ein Wiener Stadtplan, auf dem ersichtlich sein soll, wo es Schutzwege gibt, wo es keine Gehsteigabsenkungen gibt beziehungsweise wie hoch diese sind etc. Außerdem dient das Tool zur Analyse der Häufungsstellen, die von den NutzerInnen verortet werden sollen. Diese können dann weitere Probleme anmerken und platzieren, wie beispielsweise die Qualität des Bodenbelags oder die Dauer der Grünphasen bei Ampeln.

Weiters soll die Software den Weg mit den wenigsten Hindernissen empfehlen. Wenn beispielsweise ein Gehsteig nicht auf drei Zentimeter abgesenkt ist, dann soll dies gekennzeichnet werden. Ist die Qualität des Bodenbelags

rissig, dann soll das von den NutzerInnen auch angemerkt werden. Nach einer Überprüfung, die mittels der Bilder einfach durchzuführen sein sollte, kann die Information dann freigegeben und für alle BenutzerInnen ersichtlich gemacht werden. Anhand der gesammelten Daten kann die Stadt Wien gezielt Problematiken erkennen.

Es wurde bewusst auf die Implementierung einer App verzichtet, da nicht alle Personen der Zielgruppe über ein Smartphone verfügen. In einigen Jahren könnte ein Umstieg auf eine App angedacht werden.

Die folgenden Abbildungen zeigen, wie der Prototyp eines GPS Tools aussehen könnte. Bei der Erstellung wurde darauf geachtet, dass die Nutzung so simpel wie möglich ist. Außerdem wurde auf die Größe der Schrift geachtet. Ziel war es, so viel Information wie nötig und so wenig wie möglich darzustellen, um eine einfache Handhabung zu garantieren.



Abbildung 17: GPS Tool - Routenauswahl

TomTom (o. J.), ViennaGIS (o. J.), eigene Darstellung

Es wurde eine Route aus dem 15. Wiener Gemeindebezirk (Witzelsberggasse - Reithofferplatz) gewählt. Abb. 17 zeigt zwei mögliche Strecken mit der jeweiligen Dauer und den Charakteristiken des jeweiligen Weges. Für negative bauliche Gegebenheiten werden rote Ausrufezeichen verwendet, für positive wiederum gelbe Sterne. Es wurde darauf geachtet, dass diese sehr kontrastreich dargestellt werden. In der linken unteren Ecke kann, nachdem die Route ausgewählt wurde, der Navigationsvorgang gestartet werden. In der rechten unteren Ecke gibt es die Möglichkeit, die Karte zu vergrößern oder zu verkleinern. Außerdem besteht die Möglichkeit, in das Menü zu gelangen, das in weiterer Folge näher beschrieben wird.

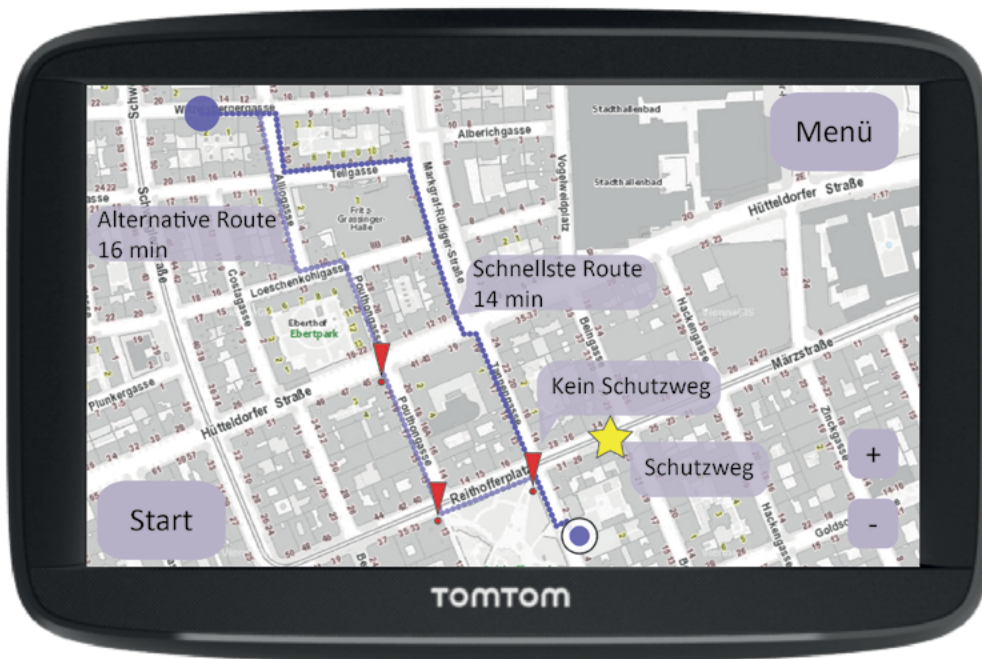


Abbildung 18: GPS Tool - Erweiterte Funktionen

TomTom (o. J.), ViennaGIS (o. J.), eigene Darstellung

In Abb. 18 kann erkannt werden, dass diese Charakteristiken ausgewählt werden können und sich anschließend eine Infobox („Kein Schutzweg“) öffnet. Diese Boxen sollen Informationen zu den baulichen Ansprüchen (Schutzweg, Gehsteigabsenkung, Ampelphase etc.) von RollatornutzerInnen enthalten.

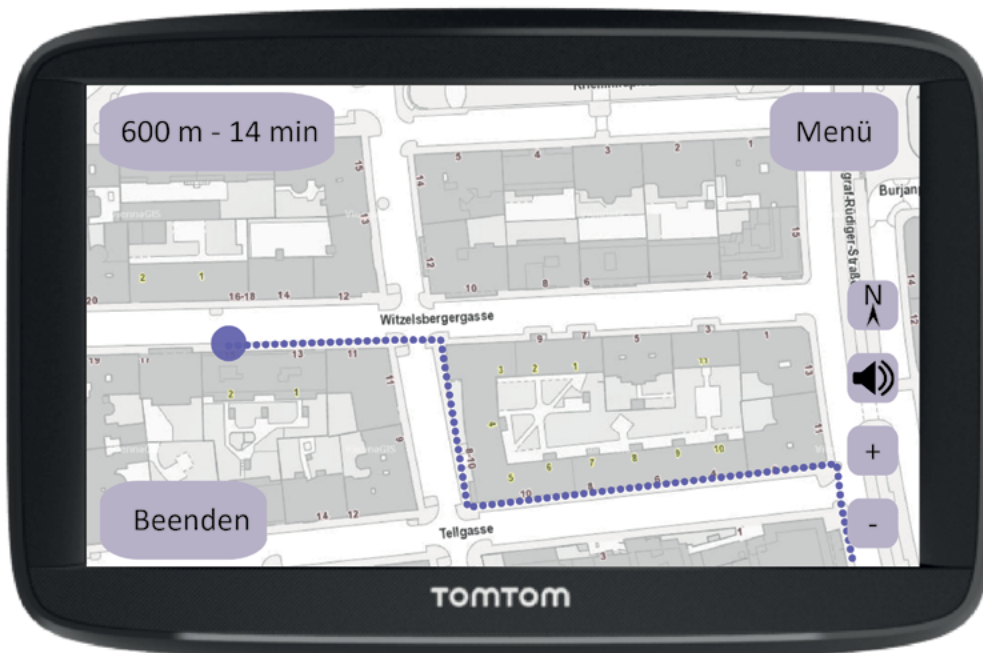


Abbildung 19: GPS Tool - Navigation

TomTom (o. J.), ViennaGIS (o. J.), eigene Darstellung

In Abb. 19 ist ersichtlich, dass das System die Navigation gestartet hat. Dies ist an der Änderung der Kartendarstellung (Zoom) und der Benutzeroberfläche zu erkennen. In der linken oberen Ecke wird die Distanz in Metern und Minuten angezeigt. Für die Dauer wurde mit 0,6 m/s die durchschnittliche Gehgeschwindigkeit kalkuliert (Bastek, 2015, S. 92). Ein wichtiger Vorteil dieser Software ist, dass sie den Weg mit den wenigsten Hindernissen erkennt. In diesem Fall wurde die Route so gewählt, dass die NutzerInnen nicht die Witzelsbergergasse weitergehen, da der Gehsteig nicht geradlinig verläuft. Das System soll außerdem auch das Gefälle berücksichtigen. Weiters kann die Navigation in der linken unteren Ecke beendet werden. Im rechten Bereich des Bildschirms sind zwei neue Icons erschienen - die Nordausrichtung und die Sprachausgabefunktion, die beide (de-)aktiviert werden können.



Abbildung 20: GPS Tool - Menü

TomTom (o. J.), ViennaGIS (o. J.), eigene Darstellung

Abb. 20 stellt das Menü vor, mit Fokus auf der Häufungsstellenanalyse. Hierbei wird dann das bauliche Problem ausgewählt, und Unterpunkte können erscheinen. Wird der Menüunterpunkt „Absenkung“ gewählt, wird dann nach der Höhe gefragt (bis fünf Zentimeter oder höher). Bei der Auswahlmöglichkeit der „Ampelphase“ könnte nach der Dauer oder der zurückgelegten Distanz bis zum Beginn der Rotphase (bis zur Hälfte, dreiviertel) gefragt werden. Über den Punkt „Bodenbelag“ könnten Risse oder ähnliches verortet werden. Weitere Menüpunkte wären das „Ziel“ beziehungsweise die Zieländerung, die „Heimatadresse“, die „Beratungsstelle“, der „Rollator-Kurs“ und „Beenden“. Ein weiterer Menüpunkt sind die Systemeinstellungen, die jederzeit geändert werden können (Sprache, Helligkeit etc.).



Abbildung 21: GPS Tool - Navigation

TomTom (o. J.), ViennaGIS (o. J.), eigene Darstellung

Abb. 21 und Abb. 22 zeigen den weiteren Verlauf der zurückgelegten Strecke sowie weitere Informationen zu den baulichen Gegebenheiten.



Abbildung 22: GPS Tool - Ziel

TomTom (o. J.), ViennaGIS (o. J.), eigene Darstellung

Zusammenfassend beschrieben, soll das Tool sowohl als Navigationshilfe als auch als Instrument zur Häufungsstellenanalyse dienen. Es ist für ältere Personen, die sich mit einer rollenden Gehhilfe fortbewegen, gedacht, um ihre Wege zu erleichtern. Außerdem soll es der Stadt Wien helfen, schneller an die maßgeblichen Daten zu gelangen und somit auch schneller Lösungen anbieten zu können und diese auch umzusetzen.

6.3 Good practice: Erleichterung im Umgang mit Rollator

„Der Schlüssel bei der Barrierefreiheit ist immer auch, dass man stets dran ist. Dass man stets umsetzt, was möglich ist. Und dann wird man über die Jahre gut.“ (E3).

Das folgende Unterkapitel erläutert bereits umgesetzte Maßnahmen aus Österreich und Deutschland, die erweitert werden beziehungsweise in Wien implementiert werden sollen.

- **Rollator**

Sozialträger und Firmen sollen neue Techniken andenken. Der hier dargestellte Rollator ist ein gutes Beispiel dafür, dass Rollatoren noch geändert werden können. In Abb. 23 ist eine neue Art von Rollator, der „ergoPrimo“, ersichtlich. Prinzipiell kann er alles, was ein anderer Rollator auch kann. Das Besondere an diesem Modell ist, dass sich die NutzerInnen in Laufrichtung hinsetzen können, ohne sich erst um die eigene Achse drehen zu müssen. Beim Hinsetzen, aber auch beim Aufstehen, spart diese neue Gestaltungsweise Kraft und kann Stürze vermeiden (Merzendorfer, o. J.).



Abbildung 23: Rollatorsitzfläche hinten - ergoPrimo

Merzendorfer (o. J.)

- **Rollatorführerschein**

In Deutschland gibt es verschiedene Mobilitätsprogramme zum Umgang mit dem Rollator, wie in Kapitel 3.2.7 „Fit mit Rollator“ bereits erläutert. Des Weiteren kann der „Rollatorführerschein“ erworben werden. Dieses Training ist sowohl für RollatornutzerInnen als auch für jene Personen, die einen Rollator Kauf in Erwägung ziehen, konzipiert (Brodeßer, o. J.). Derartige Programme könnten problemlos in Rollator-Kurse (siehe Kapitel 6.1 Empfehlungen und Maßnahmen) implementiert werden.

Dieser Kurs sorgt mit theoretischen Einführungen und Trainings (wie zum Beispiel Nutzung des öffentlichen Verkehrs) für einen sicheren Umgang mit dem Rollator im Straßenverkehr. Ziel dieses Kurses ist es, die einfache Handhabung sicherzustellen, um Herausforderungen zu bewältigen und die eigene Mobilität und Sicherheit zu steigern (Brodeßer, o. J.).

Die Schulung findet in Senioren-Clubs und dergleichen statt und wird in Form von Gruppen absolviert. Zu Beginn wird jeder Rollator überprüft und, wenn notwendig, individuell auf die jeweilige Person eingestellt. Nach dem Abschluss des Trainings erhalten die TeilnehmerInnen den Rollatorführerschein (Brodeßer, o. J.).

Außerdem werden Aus- und Fortbildungen für TrainerInnen angeboten sowie eine Ausbildung zum/r Rollator-KursleiterIn (Brodeßer, o. J.).

- **Einkaufen mit Rollator: Barrierefreie Lebensmittelgeschäfte am Beispiel „Billa ohne Grenzen“ in Simmering**

In der Fuchsröhrenstraße in Simmering, 11. Wiener Gemeindebezirk, wurde mit zahlreichen Betroffenen, InteressensvertreterInnen, ExpertInnen etc. im April 2016 eine Prototyp-Filiale „Billa ohne Grenzen“ eröffnet. Diese Filiale hat erweiterte Maßnahmen bezüglich der Barrierefreiheit für seh- und hörbehinderte sowie mobilitätseingeschränkte KundInnen angestrebt und umgesetzt (Media REWE, 2016).

Die Filiale hat vieles realisiert, jedoch werden nur jene Maßnahmen erwähnt, die für RollatornutzerInnen relevant sind. Im Eingangsbereich dieser Filiale befindet sich am „Info-Point“ ein barrierefreier 3D-Lageplan. Dort sind auch ein Leih-Rollstuhl und ein Leih-Rollator verfügbar. Des Weiteren kann mittels einer Taste das Personal zur Assistenz gerufen werden, das in Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse der NutzerInnengruppe und die spezifische Hilfeleistung geschult wurde (Media REWE, 2016).

Solche Projekte sollten keine Einzelfälle bleiben, sondern auf ganz Wien erweitert werden.

- **Wiener Wohnen: „Rollatoren-Parkplatz“**

In den Wiener Gemeindebauten leben derzeit rund 80.000 Menschen ab 65 Jahre. Viele dieser BewohnerInnen sind auf einen Rollator angewiesen. Es wird daher von einem erhöhten Bedarf an Rollatoren-Parkplätzen in den nächsten Jahren ausgegangen (ORF, 2017). Dieser Bedarf basiert auf geltenden Brandschutzbestimmungen, die das Abstellen des Rollators im Stiegenhaus nicht erlauben, da Fluchtwege dadurch blockiert würden. Viele Wohnungen haben keinen stufenlosen Zugang, daher wurden in der Vergangenheit viele Gehhilfen im Stiegenhaus abgestellt. Dieses Problem hat Wiener Wohnen seit Jänner 2017 durch die Schaffung von Rollatoren-Parkplätzen gelöst. Betroffene Personen können eine gebührenfreie Abstellgenehmigung beantragen. Dann wird gemeinsam mit den MieterInnen ein geeigneter Abstellplatz gesucht (Wiener Wohnen, o. J.). Der Parkplatz wird mittels eines Nummernschildes einer einzelnen Person zugeordnet und verfügt über eine Halterung sowie ein Schloss, um ein Wegrollen und Blockieren von Fluchtwegen zu verhindern und um den Rollator abzusperren. Sollte im Stiegenhaus kein feuerpolizeilich genehmigter Platz (unter Postkästen, Nischen hinter Aufzügen im Halbstock) gefunden werden, können alternativ im nahen Umfeld Rollatorboxen aufgestellt werden (ORF, 2017).

Bereits nach zwei Monaten wurden 150 Rollatoren-Parkplätze vergeben - weitere Anträge wurden bearbeitet (ORF, 2017). Nach Anfrage bei Wiener Wohnen wurden bis heute - 05.11.2018 - insgesamt 669 Parkplätze vergeben. In Tabelle 14 kann erkannt werden, wie sich die Rollatoren-Parkplätze auf Bezirksebene verteilen (Billeth, 2018).

Rollatoren-Parkplätze könnten nach diesem Vorbild auf ganz Wien und auch auf private Wohnhäuser erweitert werden.

Bezirk	Anzahl Rollatoren-Parkplätze	Bezirk	Anzahl Rollatoren-Parkplätze
2	7	13	3
3	12	14	26
4	1	15	13
5	11	16	23
6	1	17	8
7	1	18	2
8	2	19	29
9	3	20	36
10	96	21	128
11	57	22	146
12	38	23	26

Tabelle 14: Anzahl Rollatoren-Parkplätze Wiener Wohnen

Billeth (2018), eigene Darstellung

7

SCHLUSSFOLGERUNG

Dieses Kapitel behandelt die kritische Reflexion der eigenen Arbeit und gibt einen Überblick über die aufgetretenen Herausforderungen. Des Weiteren wird auf das Ziel dieser Arbeit eingegangen und aufgezeigt, wo noch Forschungsbedarf besteht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Bedürfnisse und Anforderungen von über 65-jährigen RollatornutzerInnen an den (halb-)öffentlichen Raum wenig bis gar nicht erforscht sind. Das könnte daran liegen, dass dies ein sehr spezielles Thema ist und es noch eher wenige Menschen betrifft. Zukünftig wird eine Zunahme der Verwendung des Rollators im Straßenverkehr erwartet. Dies ist einerseits durch den demografischen Wandel und andererseits durch die zunehmende Bekanntheit des Rollators bedingt. Die Erkenntnisse aus der Theorie und den qualitativen Befragungen der Fokusgruppe und der ExpertInnen zeigen auf, dass noch Optimierungsbedarf in den untersuchten Räumen besteht.

Es ist festzuhalten, dass im theoretischen Teil dieser Arbeit alle Anforderungen und Barrieren, die für RollatornutzerInnen als relevant erachtet wurden, aus dem derzeitigen Wissensstand zu mobilitätseingeschränkten und älteren Personen recherchiert wurden. Die besondere Problematik dabei war, dass ältere Menschen nicht als homogene Gruppe gesehen werden können, da sie Barrieren und Herausforderungen aufgrund ihrer jeweiligen physischen und psychischen Verfassung unterschiedlich wahrnehmen. Durch die persönlichen Gespräche mit den Betroffenen konnten die wichtigsten Bedürfnisse bezüglich des (halb-)öffentlichen Raumes erforscht werden. Neben baulichen Maßnahmen ist auch eine Einschulung im Umgang mit dem Rollator von hoher Bedeutung.

Neben der Erforschung von Bedürfnissen und Anforderungen war ein weiteres Ziel dieser Diplomarbeit, den Handlungsbedarf im (halb-)öffentlichen Raum aufzuzeigen und in weiterer Folge Maßnahmen zu definieren. Wien nimmt bezogen auf die Barrierefreiheit der öffentlichen Verkehrsmittel national eine Vorreiterrolle ein. Dennoch konnte auf Basis der Interviews (NutzerInnen und ExpertInnen) noch Potenzial für weitere Verbesserungen erkannt werden.

Da kaum empirisches Datenmaterial zu dieser Thematik vorhanden ist, besteht weiterhin Forschungsbedarf. Um ein genaues Mobilitätsprofil von RollatornutzerInnen erhalten zu können, wäre der Einsatz von Wegetage-

büchern in zukünftigen Studien zu empfehlen. Das GPS Tool, das in dieser Diplomarbeit vorgestellt wurde, könnte als elektronische Version eines Wegetagebuchs verwendet werden. Damit könnten Bedürfnisse und Anforderungen der NutzerInnen viel effizienter erkannt werden, und die Stadt Wien könnte bauliche Maßnahmen schneller definieren. Wichtig ist auch der Aufbau einer Community, um in maßgeblichen Angelegenheiten gehört zu werden und in verschiedene Planungen miteinbezogen zu werden.

Die größte Herausforderung während der Erstellung dieser Diplomarbeit war es, TeilnehmerInnen (RollatornutzerInnen ab 65 Jahre) für die Studie zu finden. Geplant war ursprünglich, ein Wegetagebuch einzusetzen. Da trotz Ansprache verschiedener Institutionen und Kanäle keine Teilnehmenden akquiriert werden konnten, die bereit waren, ein Wegetagebuch zu führen, wurde stattdessen nur die Methode der qualitativen Interviews eingesetzt. Diese Ursachen haben dazu beigetragen, dass sich das Verfassen dieser Arbeit erschwert hat.

Dennoch war diese Forschungsarbeit eine interessante Herausforderung, da die Ergebnisse aus den Interviews, sowohl mit den ProbandInnen als auch mit den ExpertInnen, spannende Einblicke in die Bedürfnisse und Anforderungen von RollatornutzerInnen eröffnet haben.

LITERATURVERZEICHNIS

- Amann, A. (2009). Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. In F. K. Josef Hörl, & S. u. Bundesministerium für Arbeit (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich* (2. Ausg., S. 532). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Amann, A., Reiterer, B., Risser, R., & Haindl, G. (2006). *SIZE Final Report*. Forschungsbericht, Wien.
- Amazon. (o. J.). Abgerufen am 20. 10. 2018 von https://www.amazon.de/s/ref=as_li_ss_tl?_encoding=UTF8&keywords=Rollator&qid=1413658526&rh=n:64187031,n:2860102031,n:2860209031,n:2860237031,n:2860239031,k:Rollator,p_36:115026031,p_72:184750031&rnid=184728031&site-redirect=de&linkCode=sl2&tag=rollaundgehhi-21&linkId=34bf456ac91e0ee90b60c5441d2a8a2d
- Amazon. (o. J.). Abgerufen am 30. 11. 2018 von <https://www.amazon.de/GIMA-27723-GiMa-27723-Rollator-2-Rollen/dp/B00F37G8EC>
- Austrian Standards Institute. (2012). *Ö Norm B 1600 Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen*. Wien.
- Austrian Standards International. (o. J.). *Austrian Standards*. Abgerufen am 12. 11. 2018 von <https://www.austrian-standards.at/infopedia-themencenter/infopedia-artikel/oenorm/>
- Bastek, J. (2015). Gehgeschwindigkeiten und Laufverhalten älterer oder gehbehinderter Verkehrsteilnehmer mit Rollatoren – erste Studien. In: *VKU Verkehrsunfall und Fahrzeugtechnik*(3), 90-92.
- BGStG. (2005). *Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz BGBl. I Nr. 82/2005 idF 32/2018*. Rechtsvorschrift.
- Billeth, R. (2018). *E-Mail-Verkehr vom 05.11.2018*. Wien: Wiener Wohnen.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Ausg.). Springer.
- Brodeßer, C. (o. J.). *60 + Sicher mobil*. Abgerufen am 04. 03 2019 von <https://www.60plus-sicher-mobil.de/rollatortraining/rollatortraining.htm>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (o. J.). *Häufig gestellte Fragen zu Barrierefreiheit*. Broschüre, Wien.
- Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. (2013). *Mobilität im Alter*. Wien.
- Elias, D., Nadler, B., Nadler, F., Stehno, J., Berkowitsch, C., Hauger, G., et al. (2016). *Senior Steps*. Forschungsarbeit, Wien.
- FSV. (2001). RVS 02.03.12 *Behindertengerechte Ausgestaltung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)*. Ausgabe vom Juni 2001, Wien.
- FSV. (2010). RVS 02.02.36 *Alltagsgerechter barrierefreier Straßenraum*. Ausgabe vom 1. September 2010, Wien.
- FSV. (2015). RVS 03.02.12 *Fußgängerverkehr*. Ausgabe vom 1. Oktober 2015, Wien.
- FSV. (o. J.). *Forschungsgesellschaft Straße - Schiene - Verkehr*. Abgerufen am 12. 11. 2018 von <http://www.fsv.at/cms/default.aspx?ID=9815dd09-f5a8-41a8-9fb5-b1197ffb1cd2>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (3. Ausg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Grundner, M. R. (2013). *Barrierefreies Planen und Bauen in Österreich* (1. Auflage Ausg.). Wien: Austrian Standards plus GmbH.
- Heller, J., & Schreiner, R. (2015). *Zu Fuß gehen in Wien*. Wien.
- Hirner, H. (04 2017). *Austrian Standard International*. Abgerufen am 12. 11. 2018 von <https://www.austrian-standards.at/infopedia-themencenter/infopedia-artikel/barrierefeies-bauen/>
- Hornof, T. (18. 01 2018). *E-Mail-Verkehr vom 18.01.2018*. Wien: WGKK.
- Hoßmann, I., Lettow, M., & Münz, R. (2009). *Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Glossar*. Abgerufen am 10. 10 2018 von <https://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/glossar.html#c2371>
- Kamps, U. (o. J.). *Wirtschaftslexikon Gabler*. Abgerufen am 07. 02 2019 von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/hochrechnung-35801>
- Kasper, B. (11/2007). *HKV - Handbuch der kommunalen Verkehrsplanung* (Loseblattwerk Ausg.). (B. T. u.a., Hrsg.) Wichmann.
- KFV. (2018). *Injury Database Austria - Jahresbericht 2017*. Wien: KFV.
- KFV, & IDB Austria. (2019). *Verletzungsursachen in Österreich*. Excel Tabelle, Wien.
- Kisser, R. (2009). Sicherheit im hohen Alter. In J. Hörl, F. Kolland, & G. Majce, *Hochaltrigkeit in Österreich* (S. 159-178). Wien.
- Köther, I. (2011). *Altenpflege* (3 Ausg.). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Krajasits, C. (2009). Ökologie im Alter - Der Zugang zur (sozialen) Infrastruktur der Wohnumgebung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Unterschiede und Besonderheiten. In F. K. Josef Hörl, *Hochaltrigkeit in Österreich* (S. 89-102). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Kühn, K., & Porst, R. (1999). *Befragung alter und sehr alter Menschen: Besonderheiten, Schwierigkeiten und methodische Konsequenzen ; ein Literaturbericht*. ZUMA-Arbeitsbericht, Mannheim.
- Kuikka, J. (o. J.). *trionic*. Abgerufen am 29. 10 2018 von <https://www.trionic.at/de/veloped-die-alternative-zum-rollator-i-18>
- Kuikka, J. (o. J.). *Trionic*. Abgerufen am 30. 11 2018 von <https://www.trionic.de/de/veloped-tour-c-9/>
- Kytir, J. (2009). Demografische Entwicklung. In F. K. Josef Hörl, *Hochaltrigkeit in Österreich* (2 Ausg., S. 43-70). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Lakatha, S. (2014). Sicher auf den Beinen. (B. u. Erzdiözese, Hrsg.) *Caritas. Von Haus zu Haus*, 42, S. 14-15.
- Magistratsabteilung 18. (2015). *STEP 2025 Fachkonzept Mobilität*. Wien.
- Magistratsabteilung 41. (09. 07. 2018). *Data.gv*. Abgerufen am 09. 10. 2018 von <https://www.data.gv.at/katalog/dataset/2ee6b8bf-6292-413c-bb8b-bd-22dbb2ad4b>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken* (12 Ausg.). BELTZ.
- Media REWE. (05. 04 2016). *REWE*. Abgerufen am 29. 10 2018 von <https://www.rewe-group.at/de/newsroom/pressemitteilungen/billa-1602-barrierefreies-einkaufen>

- Medicounter GmbH. (o. J.). *Medi Counter*. Abgerufen am 30. 11 2018 von [https://www.medicounter.de/alu-rollator-deluxe-xl-\(gehwagen---gehhilfe\).html](https://www.medicounter.de/alu-rollator-deluxe-xl-(gehwagen---gehhilfe).html)
- Medishop. (o. J.). *Medi Shop*. Abgerufen am 30. 11 2018 von <http://www.medishop-gmbh.eu/Shop/Hilfsmittel-zur-Mobilitaet/Rollatoren/Spezial-Rollatoren/WHEELLATOR-2in1-Rollstuhl-und-Rollator.html>
- Merzendorfer, J. (o. J.). *Rollator Exklusiv*. Abgerufen am 27. 02 2019 von <https://www.rollator-exklusiv.de/rollatoren-muenchen/rollator-ergoprimo/>
- Mollenkopf, H., & Flaschenträger, P. (2001). *Erhaltung von Mobilität im Alter*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Müller, H. (18. 04 2011). *Arbeitsorganisation in der Altenpflege* (4. Ausg.). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- nast consulting ZT GmbH; TU Wien IVS-Verkehrssystemplanung. (2012). *Gruppenspezifisches Verhaltens- und Simulationsmodell auf der Grundlage von Telematikerhebungen*. Studie, Wien.
- OIB. (26. 03 2015). *Österreichisches Institut für Bautechnik*. Abgerufen am 12. 11 2018 von <https://www.oib.or.at/de/oib-richtlinien>
- ÖPIA. (2015). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie*. Wien.
- ÖPIA. (2015). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie*. Wien.
- ORF. (15. 01 2017). *Wien ORF*. Abgerufen am 29. 10 2018 von <https://wien.orf.at/news/stories/2820032/>
- ORF. (29. 03 2017). *Wien ORF*. Abgerufen am 30. 10 2018 von <https://wien.orf.at/news/stories/2833658/>
- Pflaum, M., Lang, F. R., & Freiberger, E. (2015). *Fit mit Rollator - Mobilitätstraining für Rollatornutzer Manual*. (I. f. Psychogerontologie, Hrsg.) Nürnberg.
- Pflaum, M., Lang, F. R., & Freiberger, E. (Juli 2016). Fit mit Rollator - Pilotstudie zur Machbarkeit eines Mobilitätstrainings für Rollatornutzer. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(5), S. 366 - 371.
- Raab, K. (o. J.). *Sanitätshaus Raab*. Abgerufen am 30. 11 2018 von <http://www.sanitaets-haus-raab.de/rollatoren-gehhilfen/>
- Reiterer, B. (2009). Mobilität im Alter. In F. K. Josef Hörl, *Hochaltrigkeit in Österreich* (2. Ausg., S. 179-198). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Schweidler, G., & Pázmándy, J. (2017). *Barrierefreiheit im Einzelhandel*. Wien.
- Stadt Wien. (o. J.). *Stadt Wien*. Abgerufen am 24. 01 2019 von <https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/strategien/step/>
- Statistik Austria. (26. 06 2014). *Personendaten - Altersgruppen und Geschlecht - 01.01.2014*. Statistik Austria.
- Statistik Austria. (17. 11. 2017). *Statistik Austria*. Abgerufen am 12. 07. 2018 von Bevölkerungsprognosen: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html
- Statistik Austria. (17. 05. 2018). *Statistik des Bevölkerungsstandes*. Abgerufen am 10. 06. 2018 von https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html

- Statistik Austria, MA 23. (2018). *Stadt Wien*. Abgerufen am 07. 02. 2019 von <https://www.wien.gv.at/statistik/bevoelkerung/tabellen/bevoelkerung-alter-geschl-bez.html>
- Steigenberger, E. (o.J.). *Carbon Rollator*. Abgerufen am 29. 10. 2018 von <https://carbon-rollator.de/rollator-gehhilfen/>
- Tingelhoff. (2017). *Rollatoren und Zubehör*. Produktinformationen, Dortmund.
- Tingelhoff. (17. 09. 2018). *Shop Tingelhoff*. Abgerufen am 18. 10. 2018 von <https://shop.tingelhoff.de/media/wysiwyg/rollatorinfo/rollatortabelle.pdf>
- Tingelhoff. (o.J.). *Shop Tingelhoff*. Abgerufen am 30. 11. 2018 von <https://shop.tingelhoff.de/leichtgewichtrollator-gemino-30-walker.html>
- TomTom. (o. J.). *TomTom*. Abgerufen am 04. 03. 2019 von https://www.tomtom.com/de_at/drive/car/products/start-52/
- Trinker, D. M. (o. J.). *Rollator und Gehhilfen*. Abgerufen am 19. 10. 2018 von <https://rollator-gehhilfen.com/rollatoren/rollator-kaufen-aber-welchen/#more-1222>
- Tukimet Oy. (o.J.). *Wheelator*. Produktbeschreibung, Rauma.
- ViennaGIS. (o. J.). *Stadt Wien*. Abgerufen am 04. 03. 2019 von <https://www.wien.gv.at/stadtplan/>
- WGKK. (01. 01. 2018). *WGKK*. Abgerufen am 26. 11. 2018 von <https://www.wgkk.at/cdscontent/?contentid=10007.758085&portal=wgkkversportal&viewmode=content>
- WHO. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. (D. W.-K. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Hrsg.) Genf.
- Wiener Linien. (2016). *Barrierefreiheit*. Folder, Wien.
- Wiener Linien. (2017). *Zahlen Daten Fakten*. Folder, Wien.
- Wiener Linien. (06. 12. 2018). *Wiener Linien*. Abgerufen am 18. 01. 2019 von <https://www.wienerlinien.at/eportal3/ep/bvContentView.do?contentTypeid=1001&contentid=4202660&programId=74577&channelId=-47186>
- Wiener Wohnen. (o. J.). *Wiener Wohnen*. Abgerufen am 29. 10. 2018 von https://www.wienerwohnen.at/Neues-aus-dem-Gemeindebau/news_84_rollator.html
- Willhaben. (o. J.). *Willhaben*. Abgerufen am 20. 10. 2018 von <https://www.willhaben.at/iad/kaufen-und-verkaufen/l/rollator>
- Winkler, P., Pochobradsky, E., Wirl, C., Griebler, R., Rappold, E., Arrouas, M., et al. (2012). *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- WKO. (2006). *Bidok*. Abgerufen am 27. 11. 2018 von <http://bidok.uibk.ac.at/library/wko-einstellung.html>
- WKO. (26. 02 2018). Abgerufen am 12. 11. 2018 von <https://www.wko.at/service/innovation-technologie-digitalisierung/grundlagen-der-normung-in-oesterreich.html>
- Wr BauO. (1930). *Wiener Bauordnung*, LGBL. 11/1930 idF 37/2018. Rechtsvorschrift.
- Żakowska, L., & Monterde i Bort, H. (2003). *results of focus-group interviews and in-depth interviews with senior citizens and experts*. Studie, Krakau, Valencia.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anteil der über 65-Jährigen in Wien	19
Abbildung 2: Bedingungen für Mobilität	22
Abbildung 3: Outdoor-Rollator	33
Abbildung 4: Indoor-Rollator	33
Abbildung 5: Rollator klappbar	33
Abbildung 6: Arthritisrollator	33
Abbildung 7: Typisches aufgezeichnetes Geschwindigkeits-Zeit-Profil	36
Abbildung 8: Alle ermittelten Durchschnittsgeschwindigkeiten in Abhängigkeit vom Alter der Probanden	37
Abbildung 9: Gehgestell	39
Abbildung 10: Gehwagen	39
Abbildung 11: Unterarmgehstützen und Krücken	39
Abbildung 12: Gehstock	40
Abbildung 13: Vierpunktstock	40
Abbildung 14: Wheelator	40
Abbildung 15: Veloped	40
Abbildung 16: Maßnahmenpaket	87
Abbildung 17: GPS Tool - Routenauswahl	92
Abbildung 18: GPS Tool - Erweiterte Funktionen	93
Abbildung 19: GPS Tool - Navigation	93
Abbildung 20: GPS Tool - Menü	94
Abbildung 21: GPS Tool - Navigation	95
Abbildung 22: GPS Tool - Ziel	95
Abbildung 23: Rollatorsitzfläche hinten - ergoPrimo	96

DIAGRAMMVERZEICHNIS

Diagramm 1: Demografischer Wandel in Österreich - Anteile verschiedener Altersgruppen 2016 - 2100 [in %]	17
Diagramm 2: Demografischer Wandel in Wien - Anteile verschiedener Altersgruppen 2016 - 2100 [in %]	18
Diagramm 3: Anteil benutzter Verkehrsmittel in Wien nach Altersgruppen [in %]	25
Diagramm 4: Anteil benutzter Verkehrsmittel in Wien nach Altersgruppe und Wegezweck [in %]	26
Diagramm 5: Anteil von Wegezwecken auf Fußwegen in Wien nach Altersgruppen [in %]	27
Diagramm 6: Durchschnittsentfernung pro reinem Fußweg und Gesamtlänge der Fußwege in Wien pro Tag in Metern	28
Diagramm 7: Durchschnittsdauer pro reinem Fußweg und Gesamtdauer der Fußwege in Wien pro Tag in Minuten	29
Diagramm 8: Gesamtfußwegdauer inkl. Etappen in Wien in Minuten	30
Diagramm 9: Gesamtentfernung der Fußwege inkl. Etappen in Wien in Metern	31
Diagramm 10: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahren in Österreich nach Alter; 2012 - 2018 [in %]	42
Diagramm 11: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahren in Österreich nach Geschlecht; 2012 - 2018 [in %]	43
Diagramm 12: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahren in Österreich nach Lebensbereich; 2012 - 2018 [in %]	44
Diagramm 13: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahre in Österreich nach Unfallursache; 2012 - 2018 [in %]	45

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Bevölkerungsverteilung der über 65-Jährigen in Wien nach Geschlecht zum Stand 2018	19
Tabelle 2: Fußwegeanteil und Anzahl an Fußwegen pro Tag in Wien	26
Tabelle 3: Arten von Rollatoren	34
Tabelle 4: Gehhilfen und Rollatoralternativen	40
Tabelle 5: (Nicht) stufenloser Zugang	56
Tabelle 6: Bauliche Rampen und deren normgerechte Ausführung	57
Tabelle 7: Vorhandensein von normgerechter Lifttechnik	57
Tabelle 8: Einsatz von mobilen Rampen	57
Tabelle 9: Barrierefreie Nebeneingänge	58
Tabelle 10: (Nicht) barrierefreie Zugänge	58
Tabelle 11: Barrieren bei der Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel	61
Tabelle 12: Kategorieraster RollatornutzerInnen	67
Tabelle 13: Kategorieraster ExpertInnen	75
Tabelle 14: Anzahl Rollatoren-Parkplätze Wiener Wohnen	99

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABEDL	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens
BGStG	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz
MIV	Motorisierter Individualverkehr
OIB	Österreichisches Institut für Bautechnik
Önorm	Österreichische Norm
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
ÖV	Öffentlicher Verkehr
Pkw	Personenkraftwagen
RVS	Richtlinien und Vorschriften für das Straßenwesen

ANHANG

Anhang 1: Interview Leitfaden SeniorInnen

Geburtsjahr:
männlich/weiblich

Thema 1: Alltägliche Wege & Freizeitaktivitäten

1. Mich interessieren Ihre alltäglichen Wege und Ihre Erfahrungen mit dem Rollator. Erzählen Sie mir von Ihrem Alltag mit dem Rollator. Für welche Wege benutzen Sie den Rollator? Was sehen Sie als Erleichterung, was als Barriere? Nachfragen:

- Welche Wege unternehmen Sie eher allein, welche in Begleitung?
- Haben (Hatten) Sie „Lieblingswege“, also solche, die Sie besonders gerne gehen oder fahren und hat sich das mit dem Rollator verändert?
- Gibt (Gab) es auch Wege, die Sie vermeiden, obwohl diese zeitlich oder von der Länge her kürzer wären? Ist das erst seit der Nutzung des Rollators so? Nehmen Sie Umwege in Kauf?
- Hat die Wettersituation oder die Jahreszeit einen Einfluss auf Ihre Wege?
- Welche Hindernisse/Probleme/Barrieren nehmen Sie bei Ihrer täglichen Mobilität wahr und wie beeinflussen sie Ihre Wege- bzw. Verkehrsmittelwahl?
 - Ampelphase/Gehsteigbreite/Gehsteigabsenkung/Streusplitt
 - Gehsteigbreite: Gibt es manchmal „Engpässe“ zu bestimmten Uhrzeiten? Werden diese Uhrzeiten dann gemieden?
 - Schutzwege: Gibt es Ihrer Meinung nach genügend Schutzwege? Sind die Bordsteinkanten abgesenkt? Haben Sie trotz abgesenkter Gehsteige Probleme?
- Wie empfinden Sie die Zugänge zu Ihren Zielen (Arzt etc.)?
- Wie umgehen oder lösen Sie diese Probleme? Wer oder was hilft Ihnen in solchen Situationen? Persönliche Hilfe/technische oder infrastrukturelle Verbesserung?

Thema 2: Rollator

1. Was war der ausschlaggebende Punkt, um einen Rollator zu verwenden?

Nachfragen:

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Rollator? Wie hilft er Ihnen und welche

Auswirkungen hat er auf Ihre Aktivität außer Haus und auf Ihr Mobilitätsverhalten?

- Haben sich Ihre Alltagswege, seit Sie den Rollator verwenden, verändert? Wenn ja, wie?

Thema 3: Wohnung/Wohnhaus

1. Wie zufrieden sind Sie mit der Wohnumgebung und was ist Ihrer Meinung nach wichtig, um sich in Ihrer Umgebung wohl zu fühlen? Was würde dazu beitragen, dass Ihnen Wege erleichtert werden und Sie mehr gehen?

Thema 4: Wohnumgebung /Aktionsradius

1. Würden Sie mir über den Umgang mit dem Rollator in Ihrem Wohnhaus erzählen?

Nachfragen:

- Kommt der Rollator auch in der Wohnung zum Einsatz?
- Können Sie ohne fremde Hilfe alle Räumlichkeiten (Müllraum, Waschküche, Keller, ...) und den Lift, falls verfügbar, in Ihrem Wohnhaus nutzen?
- Wo haben Sie den Rollator erhalten? Wo stellen Sie Ihren Rollator ab? Wohnung/Stiegenhaus

Thema 5: Verkehr

1. Wie erleben Sie den Verkehr und wie hat sich das Verkehrsgeschehen Ihrer Meinung nach in den letzten Jahren verändert? Empfinden Sie das als Erleichterung oder als Einschränkung?
2. Was sind Ihre Erfahrungen im Umgang mit dem Rollator in Hinsicht auf den ÖPNV?

Nachfragen:

- Haben sich dadurch Ihre Angewohnheiten im Verkehr verändert oder gab es bestimmte Erfahrungen, Bedingungen oder Erzählungen, die Ihr Verhalten im Verkehr beeinflussen?
- Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln in Wien?
- Was würden Sie verbessern, damit die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angenehmer ist?
- Wie empfinden Sie die Einführung neuer Fahrzeuge oder anderer neuer Technik?

- Sind Sie früher Auto gefahren? Seit wann und warum fahren Sie nicht mehr? (Rollator?)
- Welche Bedeutung hat das Auto für Sie (gehabt)? Wie empfanden Sie den Verzicht auf das Auto?
- Wie war der Umstieg auf andere Verkehrsmittel (ÖPNV) für Sie?
- Haben Sie als Beifahrer Schwierigkeiten/Wünsche/Ängste bei der Benutzung eines Pkw?

Thema 6: Gesundheit

1. Wie mobil würden Sie sich einschätzen und was tun Sie, um mobil zu bleiben?
2. Was für eine Bedeutung hat Mobilität für Sie? Was sind Ihre Hoffnungen/Wünsche oder Sorgen/Befürchtungen in Zukunft?

Nachfragen:

- Wie wichtig ist es Ihnen, noch mobil zu bleiben? Hat sich Ihre Meinung dazu vor/mit dem Rollator geändert?

Thema 7: Abschließende Fragen

1. Würde Sie auch eine andere Art von Gehhilfe interessieren? Oder sind Sie mit dem Rollator zufrieden bzw. auf ihn angewiesen?
2. In Deutschland gibt es verschiedene Programme zum Umgang mit dem Rollator. Hätten Sie an solchen Mobilitätsprogrammen Interesse?
3. Gibt es Ihrer Meinung nach noch etwas hinzuzufügen, was für das Thema Mobilität von Bedeutung ist? Haben Sie sonstige Bedürfnisse/Wünsche, die bis jetzt nicht erwähnt wurden und die Ihre Mobilität außer Haus unterstützen würden?

Anhang 2: Interview Leitfaden ExpertInnen

Name:

Position:

Thema 1: Position

1. Seit wann befassen Sie sich mit dem Thema Barrierefreiheit/ältere Personen/Rollator?
2. In welchen Bereichen setzen Sie sich für Barrierefreiheit ein? Welche Projekte/Tätigkeiten zum Thema Barrierefreiheit bzw. Rollator führen Sie durch?

Nachfrage:

- Was meinen Sie, was waren in den letzten Jahren beim Thema Barrierefreiheit die größten Fortschritte?

Thema 2: Status quo

1. Wie sehen Sie die derzeitige Situation der Barrierefreiheit in Wien?
 - Zugang Güter des täglichen Bedarfs und deren Umfeld (Infrastruktur)
 - Öffentlicher Raum
 - ÖV
 - Halböffentlicher Raum
2. Wo sehen Sie einen barrierefreien Umbau am dringendsten? Was hat Ihrer Meinung nach Priorität?
3. Waren/Sind Mehrkosten ein Hindernis, dass die Barrierefreiheit bei öffentlichen Zugängen noch immer nicht gegeben ist?
4. Welcher zusätzliche Nutzen kann bei der Schaffung von Barrierefreiheit entstehen?
5. In verschiedenen Önormen und Richtlinien werden Rollatornutzer mit temporär mobilitätseingeschränkten Personen gleichgestellt. Was ist Ihre Meinung dazu?

Nachfrage:

- Wird der Rollator bei Vorgaben zur Barrierefreiheit ausreichend berücksichtigt?

Thema 3: Zukunft

1. Sehen Sie künftig mehr Handlungsbedarf/Verbesserungsbedarf für Barrierefreiheit (bezüglich Rollatoren) bei(m)
 - Zugang zu Gütern des täglichen Bedarfs und deren Umfeld (Infrastruktur)
 - öffentlichen Raum
 - ÖV
 - Halböffentlichen Raum?
2. Welche noch in der Planung befindlichen Maßnahmen sind Ihnen schon bekannt beziehungsweise gibt es bestimmte Ziele?
3. Was kann im Umgang mit dem Rollator verbessert werden?
4. Wie kann Ihrer Meinung nach der Aktionsradius älterer Personen mit Rollator vergrößert werden?
5. Was halten Sie von Programmen wie „Fit mit Rollator“ und glauben Sie, dass diese in Wien angenommen werden würden? Welche Auswirkungen haben solche Kurse auf den Umgang mit Rollatoren?

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber

KFV (Kuratorium für Verkehrssicherheit)
Schleiergasse 18
1100 Wien
Tel: +43 (0)5 77 0 77-1919
Fax: +43 (0)5 77 0 77-8000
kfv@kfv.at
www.kfv.at

Vereinszweck und Richtung

Der Verein ist eine Einrichtung für alle Vorhaben der Unfallverhütung und eine Koordinierungsstelle für Maßnahmen, die der Sicherheit im Verkehr sowie in sonstigen Bereichen des täglichen Lebens dienen. Er gliedert sich in die Bereiche Verkehr und Mobilität, Heim, Freizeit, Sport, Eigentum und Feuer sowie weitere Bereiche der Sicherheitsarbeit.

Geschäftsführung

Dr. Othmar Thann, Dr. Louis Norman-Audenhove

ZVR-Zahl

801 397 500

Grundlegende Richtung

Die „KFV-Diplomarbeitsreihe“ dient der Veröffentlichung universitärer Abschlussarbeiten aus dem Themenbereich Verkehrssicherheit.

Autor

Dipl.-Ing. Theodora-Ruxandra Gheorghe

Herzlichen Dank für die Unterstützung

bei den befragten ProbandInnen und ExpertInnen
meiner Familie
meinen Freunden

Redaktion

KFV (Kuratorium für Verkehrssicherheit)
Schleiergasse 18
1100 Wien

Verlagsort

Wien, 2019

Grafik

Catharina Ballan .com

ISBN

pdf-Version: 978-3-7070-0159-4

Zitiervorschlag

KFV-Diplomarbeitsreihe. Gheorghe. Barrierefreiheit für ältere Personen, die sich mit Hilfe eines Rollators in Wien fortbewegen - Verbesserungsaspekte im Umgang mit dem Rollator. Wien, 2019

Copyright

© KFV (Kuratorium für Verkehrssicherheit), Wien, 2019
Alle Rechte vorbehalten. Stand: Mai 2019.

Haftungsausschluss

Sämtliche Angaben in dieser Veröffentlichung erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung des Autors oder des KFV ist ausgeschlossen.

Aufgrund von Rundungen kann es bei der Summenbildung zur Über- bzw. Unterschreitung des 100%-Wertes kommen.
Offenlegung gemäß § 25 Mediengesetz und Informationspflicht nach § 5 ECG abrufbar unter www.kfv.at/footer-links/impressum/

