



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN
Vienna | Austria

DIPLOMARBEIT

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

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades einer Diplom-
Ingenieurin

unter der Leitung von

Ass. Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Bardo Hörl

E 280-05

Forschungsbereich Verkehrssystemplanung IVS

eingereicht an der der Technischen Universität Wien

Fakultät für Architektur und Raumplanung

von

Theodora-Ruxandra Gheorghe

01129205

Wien, am

Kurzfassung

Die Gestaltung des Straßenraumes leistet einen essentiellen Beitrag zur Verkehrssicherheit. Die Barrierefreiheit ist dabei in Anbetracht der Unterschiedlichkeit 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 nicht im speziellen erforscht wurde, stellen die 65-Jährigen RollatornutzerInnen dar. Das Untersuchen von Herausforderungen und in weiterer Folge dem Handlungsbedarf für ältere rollatornutzende 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.

Danksagung

Ich möchte mich für die fachliche und persönliche Unterstützung bei der Erstellung meiner Diplomarbeit bei meinem Betreuer Ass. Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Bardo Hörl bedanken. Ebenso bedanke ich mich beim Kuratorium für Verkehrssicherheit, besonders bei meinen Kollegen Mag. Eva Aigner-Breuss, Dipl.-Ing. Florian Schneider und Dipl.-Ing. Veronika Zuser. Sie standen stets für Fragen bereit und haben mir statistische Daten zur Verfügung gestellt. Gleichmaßen möchte ich mich bei den befragten ProbandInnen und ExpertInnen bedanken, da die Interviews ein sehr wichtiger Teil der Arbeit sind. Abschließend bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden, die mich stets im Laufe meines Studiums unterstützt und ermutigt haben.

Inhaltsverzeichnis

KURZFASSUNG	2
ABSTRACT	3
DANKSAGUNG.....	4
1. EINLEITUNG	8
1.1. EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK	8
1.1.1. <i>Barrierefreiheit</i>	8
1.1.2. <i>Für wen wird barrierefrei geplant.....</i>	8
1.1.3. <i>Ältere Personen</i>	9
1.1.4. <i>Personen über 65 Jahre in Wien</i>	10
1.2. FORSCHUNGSFRAGEN	10
2. METHODIK	12
2.1. AUFBAU DER ARBEIT	12
2.2. LITERATURANALYSE.....	12
2.3. ERHEBUNG VON PERSONENBEZOGENEN MOBILITÄTSPROFILIEN	13
2.3.1. <i>Wegetagebücher</i>	13
2.3.2. <i>Qualitative Interviews.....</i>	14
2.3.3. <i>Gewählte Methode</i>	15
3. MOBILITÄT VON PERSONEN MIT ROLLATOR.....	16
3.1. SELBSTGESTALTUNG DES LEBENS	16
3.1.1. <i>Bevölkerungsstruktur in Wien und demografischer Wandel.....</i>	16
3.1.2. <i>Mobilität als Grundbedürfnis.....</i>	20
3.1.3. <i>Bedürfnisse älterer Personen.....</i>	20
3.1.4. <i>Bedingungen für Mobilität im Alter.....</i>	22
3.1.5. <i>Mobilitätsprofil von älteren Personen</i>	23
3.1.6. <i>Charakteristik fußläufiger Wege älterer Personen</i>	26
3.1.7. <i>Besonderheiten von älteren Personen mit Rollator</i>	31
3.2. EINSATZ VON ROLLATOREN ZUR UNTERSTÜTZUNG.....	32
3.2.1. <i>Definition Rollator</i>	32
3.2.2. <i>Arten von Rollatoren und die damit verbundenen Kosten.....</i>	32
3.2.3. <i>Nutzung von Rollatoren.....</i>	34
3.2.4. <i>Finanzielle Unterstützung.....</i>	35
3.2.5. <i>Gehgeschwindigkeiten mit Rollator.....</i>	35

3.2.6. Präventionsmaßnahme Rollator.....	37
3.2.7. „Fit mit Rollator“	38
3.2.8. Alternativen zu Rollatoren.....	39
3.3. UNFALLSTATISTIK VON PERSONEN ÜBER 65 JAHRE MIT ROLLATOR	41
3.3.1. Alter	42
3.3.2. Geschlecht	43
3.3.3. Lebensbereich.....	44
3.3.4. Unfallursache.....	45
3.4. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	46
3.4.1. Gesetze	46
3.4.2. Normen und Richtlinien	47
4. PROBLEMFELDER UND AKTEURE	51
4.1. PROBLEME DER BARRIEREFREIHEIT.....	51
4.2. UMGÄNGLICHKEIT MIT DEM ROLLATOR IM HALBÖFFENTLICHEN RAUM.....	51
4.3. UMGÄNGLICHKEIT MIT DEM ROLLATOR IM ÖFFENTLICHEN RAUM.....	53
4.3.1. Straßenraum.....	53
4.3.2. Zugänglichkeit bei typischen Wegezwecken im öffentlichen Raum	55
4.3.3. ÖPNV	60
5. ANALYSE VON PROBLEMSITUATIONEN UND LÖSUNGEN IN DER PRAXIS MITTELS QUALITATIVER INTERVIEWS	63
5.1. ZWISCHENFAZIT.....	63
5.2. VERTIEFENDE ANALYSE DURCH QUALITATIVE INTERVIEWS DER ROLLATORNUTZERINNEN	65
5.2.1. Erläuterung der Methode	65
5.2.2. Inhalt	65
5.2.3. Auswertung	66
5.2.3.1. Methode	66
5.2.3.2. Kategorien	66
5.2.3.3. Ergebnisse	67
5.3. ANALYSEERGEBNISSE DER INTERVIEWS MIT EXPERTEN IN HINBLICK AUF LÖSUNGEN.....	73
5.3.1. Erläuterung der Methode	73
5.3.2. Inhalt	73
5.3.3. Auswertung	74
5.3.3.1. Methode.....	74
5.3.3.2. Kategorien	74
5.3.3.3. Ergebnisse	75

5.4.	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	81
5.4.1.	<i>Forschungsfrage 1</i>	81
5.4.2.	<i>Forschungsfrage 2</i>	82
5.4.3.	<i>Forschungsfrage 3</i>	83
5.4.4.	<i>Forschungsfrage 4</i>	84
6.	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR BARRIEREFREIHEIT FÜR DIE ROLLATORBENUTZUNG.....	85
6.1.	EMPFEHLUNGEN UND MAßNAHMEN.....	85
6.1.1.	<i>Maßnahmenpakete und Akteure</i>	85
6.2.	UMSETZUNG DER MAßNAHMEN	89
6.2.1.	<i>Community</i>	89
6.2.2.	<i>GPS Tool</i>	90
6.3.	GOOD PRACTICE: ERLEICHTERUNG IM UMGANG MIT ROLLATOR	95
7.	SCHLUSSFOLGERUNG	99
	LITERATURVERZEICHNIS	101
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	106
	DIAGRAMMVERZEICHNIS	107
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	108
	ANHANG	109

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. Jedoch 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 Diplomarbeit kann dadurch gezielt eingegrenzt werden.

1.1.1. Barrierefreiheit

Barrierefreiheit wird subjektiv wahrgenommen, da jede Person Barrieren aufgrund der 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 ist (Grundner 2013, S. 9). Zum Thema Barrierefreiheit wird in der Literatur 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 Hilfsmittel 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, welche sich mit Kinderwagen im öffentlichen Raum bewegen oder auch Menschen, die aufgrund eines Unfalls 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 die Rollatornutzung.

1.1.3. Ältere Personen

Aus gerontologischer Sicht werden ältere Personen in drei Gruppen unterteilt.

- „Junge Alte“ (60–75 Jahre)
- „Alte Alte“ (75–90 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 2013, S. 1).

Diese Arbeit konzentriert sich auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen, die sich mittels Rollator in Wien fortbewegen. Es wird versucht auf allgemeine Bedürfnisse einzugehen, welche durch das Alter der Zielgruppe und die Rollatornutzung bestehen.

1.1.4. Personen über 65 Jahre in Wien

In Wien leben derzeit 310.781 Personen mit einem Alter über 65 Jahre, 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 Zielgruppe eingegangen werden, um in Zukunft einen gerechten Straßenraum gewährleisten zu können.

1.2. Forschungsfragen

Diese Diplomarbeit behandelt folgende Forschungsfragen:

1. Wie wird der öffentliche Raum von SeniorInnen mit Rollator empfunden? Was wird als (un)gefährlich/positiv/negativ im öffentlichen Raum erlebt? Gibt es unterschiedliche Herausforderungen auf Grund der Witterungsverhältnisse im Sommer und Winter?
2. Welcher Handlungsbedarf für ältere Menschen mit Rollator kann auf Basis der Interviews mit den Betroffenen mit dem Fokus auf den (halb-) öffentlichen Raum, sowie den Zugängen zu Gütern des täglichen Bedarfs, sowie 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 soll der momentane Forschungsstand, sowie die Herausforderungen in der Praxis aufgezeigt werden. Folgend werden Optimierungsmöglichkeiten erläutert, woraufhin abschließend konkrete Maßnahmen formuliert werden, um einen zukünftigen 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 gültige wissenschaftliche Umgang mit der Thematik der Mobilität von älteren Personen, die sich mit Hilfe eines Rollators fortbewegen, beleuchtet. Im theoretischen Teil der Arbeit werden in Hinsicht auf die Bedürfnisse und Anforderungen von älteren Menschen für ein selbstbestimmtes Leben, verschiedene Themen zum Rollator (Arten, Anschaffung etc.) und rechtlichen Rahmenbedingungen untersucht. Daraus resultieren Probleme, die dann zu einer Aufstellung von Problemfeldern führen, welche im öffentlichen und halböffentlichen Raum auftreten. Anschließend folgt der praktische Teil. Ein Zwischenfazit dient als Herleitung für den praktischen Teil der Arbeit. Außerdem wird dann auf die qualitativen Interviews, einerseits mit den RollatornutzerInnen, andererseits mit ExpertInnen, eingegangen. Die ExpertInnen werden, in Hinblick auf Lösungen, befragt. Aus diesen theoretischen und praktischen Grundlagen werden dann zum Schluss Ziele der verschiedenen AkteurInnen zur 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 geben.

2.2. Literaturanalyse

Die Methodik der Literaturanalyse wurde eingesetzt, um bereits vorhandenes Wissen zum Thema Barrierefreiheit zu erhalten. Mit Hilfe von Fachliteratur, Richtlinien und Normen (RVS,

ÖNorm, OIB)¹, Gesetze (BGStG, BO Wien)², Publikationen und Studien wurden die Bedürfnisse, Anforderungen und Probleme von älteren Personen analysiert um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu gewinnen. Weitere Fachliteratur hat dazu beigetragen, Thematiken rund um den Rollator zu bearbeiten und 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 zu 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 von älteren Personen detaillierter nachvollziehen konnten (Mollenkopf und Flaschenträger 2001, S. 100 - 118).

Um das Mobilitätsverhalten, die Wegekette 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 soll die Barrierefreiheit dieser zurückgelegten Wege

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)

und der Barrierefreiheit der Zugänge am Ziel erfasst werden, sowie Probleme und Schwierigkeiten, welche ihnen auf den Wegen aufgefallen sind. Die wichtigsten Ziele, Wege und Probleme sollen zum Schluss in einer Karte verortet werden.

Diese Methode wurde ausgewählt, da sie sehr detaillierte Einblicke über 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 ist der Mangel an solchen 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, welche 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, welcher 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 beleuchten und sollen im weiteren Schritt beitragen praxisnahe Maßnahmenempfehlungen zu formulieren. Auch hierfür ist das Interview mittels Leitfaden geführt worden, welcher in drei Themenblöcke (Position, Status quo und Zukunft) geteilt ist. Dieser Leitfaden ist ebenfalls im Anhang angehängt.

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 zur 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. Nach dem Treffen und der Übergabe der Wegetagebücher wurde zwei Wochen später die Rückmeldung gegeben, dass die Personen nicht mehr teilnehmen wollten - ohne weitere Begründung.

Eine Studie der nast consulting und TU Wien (Elias, et al. 2016) hat ebenfalls „Wegetagebücher“ mit Hilfe von elektronischen Geräten (GPS) durchgeführt. Diese zeigte auf, dass ebenso Problematiken bei der TeilnehmerInnensuche auftraten. Daher haben sich die AutorInnen an 28 verschiedenste SeniorInneneinrichtungen gewandt und haben ihnen Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Von diesen Kontaktversuchen waren lediglich 4 erfolgreich. Bei den meisten sei es nicht möglich gewesen, bei anderen gab es keine 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, im Bekanntenkreis zu finden und zudem eine Ausschreibung über das KfV gemacht. Es wurden auch zeitweise ProbandInnen gefunden, welche teilnehmen wollen, diese haben dann aber aus gesundheitlichen Gründen doch nicht mehr teilnehmen wollen beziehungsweise können.

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

3. Mobilität von Personen mit Rollator

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

3.1. Selbstgestaltung des Lebens

Dieses Unterkapitel behandelt das alltägliche Leben von älteren Personen mit seinen täglichen Herausforderungen. Unter anderem werden die Bevölkerungsstruktur sowie -prognose, analysiert. Die alltäglichen Mobilitätsbedürfnisse und Bedingungen zur Erfüllung 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, welche 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 1960er-Jahren Geborenen werden im Jahr 2020 ihr Pensionsalter erreichen (Kytir 2009, S. 44).
- Die rückläufige Geburtenrate, welche ebenfalls eine starke Auswirkung auf die Bevölkerungsstruktur hat. Im Jahr 2004 bekam eine Frau im Laufe ihres Lebens 1,4 Kinder (Kytir 2009, S. 44). Diese Zahl liegt unter dem Reproduktionsniveau von 2,1³.

³ Das Reproduktionsniveau beschreibt die Zahl der Kinder pro Frau, welche erforderlich wären um einen konstanten Bevölkerungsstand zu halten (Hoßmann, Lettow und Münz 2009).

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

Die Prognosen der Statistik Austria von 2017 zeigen den selben 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 in 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 über 65-Jährigen erwartet (Statistik Austria 2017).

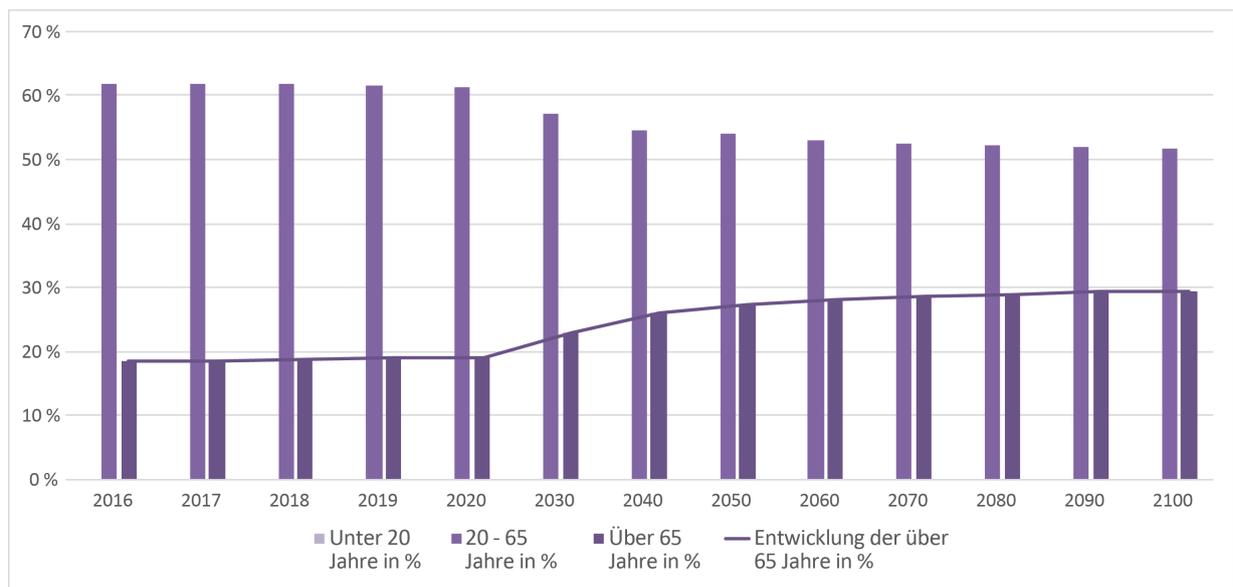


Diagramm 1: Demografischer Wandel in Österreich- Anteile verschiedener Altersgruppen 2016 - 2100
[in %] (Statistik Austria 2018), eigene Darstellung

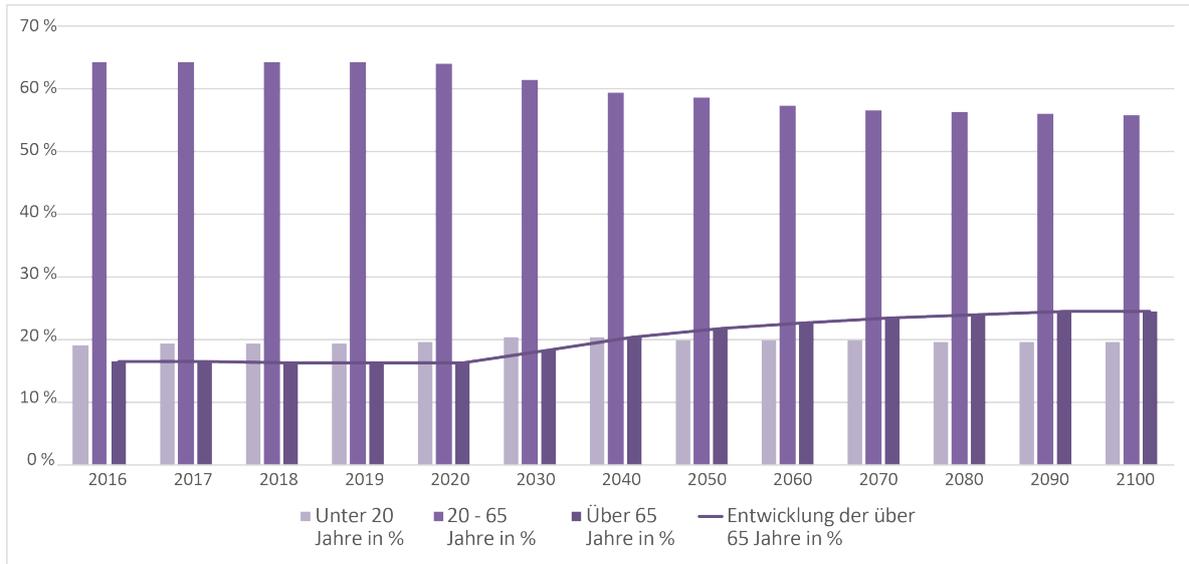


Diagramm 2: Demografischer Wandel in Wien - Anteile verschiedener Altersgruppen 2016 - 2100 [in %]
 (Statistik Austria 2018), eigene Darstellung

Bevölkerungsverteilung der über 65-Jährigen in Wien:

In Abb. 1 ist ersichtlich, wie sich der Anteil der 65+ Personen 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).

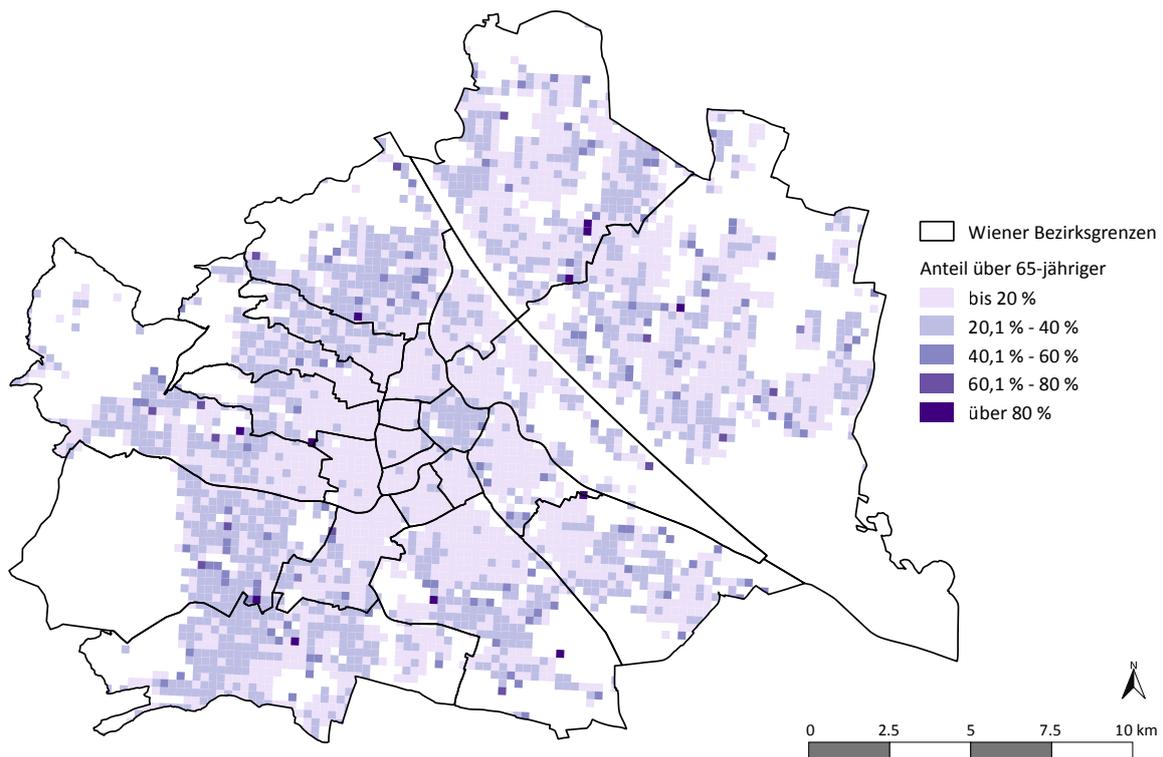


Abb. 1: Anteil der Über-65-Jährigen in Wien (Statistik Austria 2014) (Magistratsabteilung 41 2018),
eigene Darstellung

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	Prozentuell
Frauen	182.024	58,57 %
Männer	128.757	41,43 %
Gesamt	310.781	100 %

Tabelle 1: Bevölkerungsverteilung der über 65-Jährigen in Wien nach Geschlecht zum Stand 2018
(Statistik Austria, MA 23 2018); eigene Darstellung

3.1.2. Mobilität als Grundbedürfnis

Für die Selbstgestaltung des alltäglichen Lebens - nicht nur im Alter - zählt Mobilität als eines der wertvollsten Grundbedürfnisse des Menschen. Es geht darum, alltägliche Wege, wie Versorgungstätigkeiten (Einkaufen, Arztbesuch), den beruflichen Weg oder auch Freizeitaktivitäten alleine 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 folglich auch zu psychische 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 (4500 ProbandInnen) und einer qualitativen Erhebung (30 ProbandInnen) eine differenzierte Charakterisierung älterer Menschen hinsichtlich ihrer Lebensbedingungen, ihren Bedürfnissen sowie ihrer Mobilität erhoben. Dabei werden 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, welche in den Ruhestand gehen und immer noch sehr aktiv sind. Durch den Ruhestand können verschiedene Hobbies ausgelebt werden beziehungsweise es werden neue Hobbies gefunden. 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 berufliche Tätigkeiten nachgehen zu können. Die Verkehrsmittelwahl und die Aktivitäten haben sich nicht verändert und bleiben gleich (Kasper 11/2007, S. 4).

3. Weniger ist mehr

Personen, die sich mit diesem Profil beschreiben lassen, haben keine täglichen Verpflichtungen mehr. Berufswege die wegfallen 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 kurze Wege angewiesen. 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 ist die Aktivität, sowie die Nutzung aller Verkehrsmittel merklich eingeschränkt. Diese Personen sind auf Hilfe angewiesen und können vielleicht nur noch kurze Wege mit Hilfsmittel 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), öfter herausgestochen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass für diese Zielgruppe eine zentrale Lage mit guter sozialer und technischer Infrastruktur von größter Bedeutung sind (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 gebaute 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).

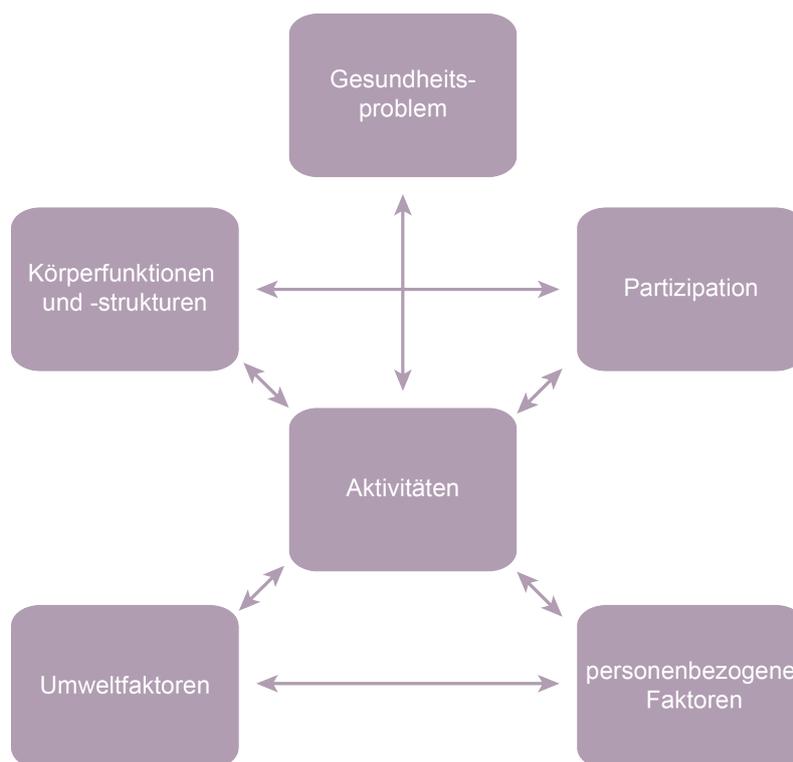


Abb. 2: Bedingungen für Mobilität (WHO 2005, S. 23), eigene Darstellung

Mit dem Älterwerden sind physische und sensorische Fähigkeiten 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 Entwicklung 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 von älteren Personen

Eine Mobilitätsbefragung, durchgeführt von Omnitrend im Zeitraum von 2010 - 2014, hat für Wien den Modal Split⁴ erhoben (Heller und Schreiner 2015). Bei dieser Studie wurden die NutzerInnen nach Geschlecht und Alter getrennt. Insgesamt haben 12257 Personen an der Befragung teilgenommen. Die älteren Personen teilen sich in zwei Altersklassen auf: 60 - 74 Jahre (2878 TeilnehmerInnen) und 75+ Jahre (894 TeilnehmerInnen) (Heller und 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 zwei 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

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

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 und Schreiner 2015, S. 8).

Diagramm 3 verdeutlicht, 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 Alter von ungefähr 60 Jahren nicht gleich behandelt werden und müssen mit dem Hintergrund der zuvor genannten Lebensumständen betrachtet werden (Heller und Schreiner 2015, S. 8 f).

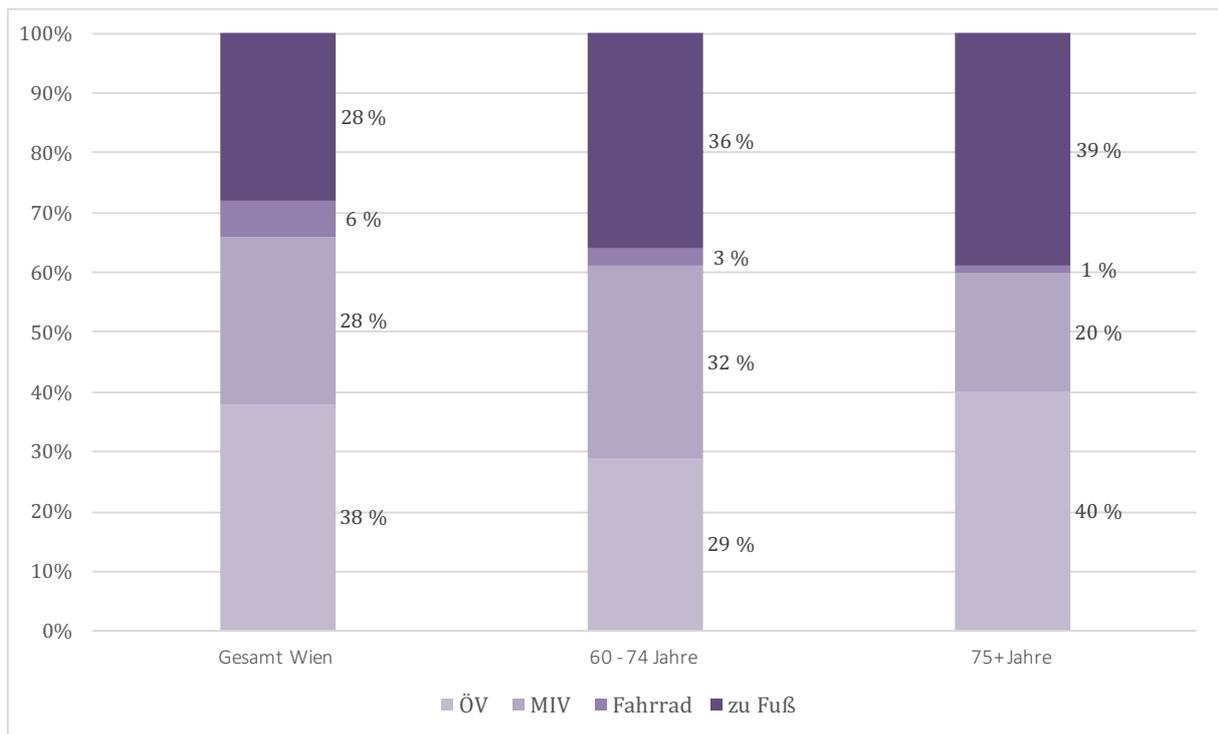


Diagramm 3: Anteil benutzter Verkehrsmittel in Wien nach Altersgruppen [in %] (Heller und Schreiner 2015, S. 8), eigene Darstellung

Wenn die Anzahl der Wege (Person/Tag) betrachtet wird, ist 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 und Schreiner 2015, S. 10).

	Fußwege- Anteil	Wege Pers./Tag	Anzahl an Fußwegen Pers./Tag	Summe TeilnehmerInnen
Gesamt Wien	27,5%	2,6	0,7	12257
Männer 60-74 Jahre	33,2%	2,7	0,9	1252
Frauen 60-74 Jahre	38,9%	2,7	1,1	1626
Über 75 Jahre	38,8%	2,3	0,9	894

*Tabelle 2: Fußwegeanteil und Anzahl an Fußwegen pro Tag in Wien (Heller und 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 bei der Kategorie „Jemanden Holen/Bringen“ hervor (76%), während er bei der älteren Gruppe durch den Fußweg beziehungsweise den ÖV ersetzt wird (Heller und Schreiner 2015, S. 13).

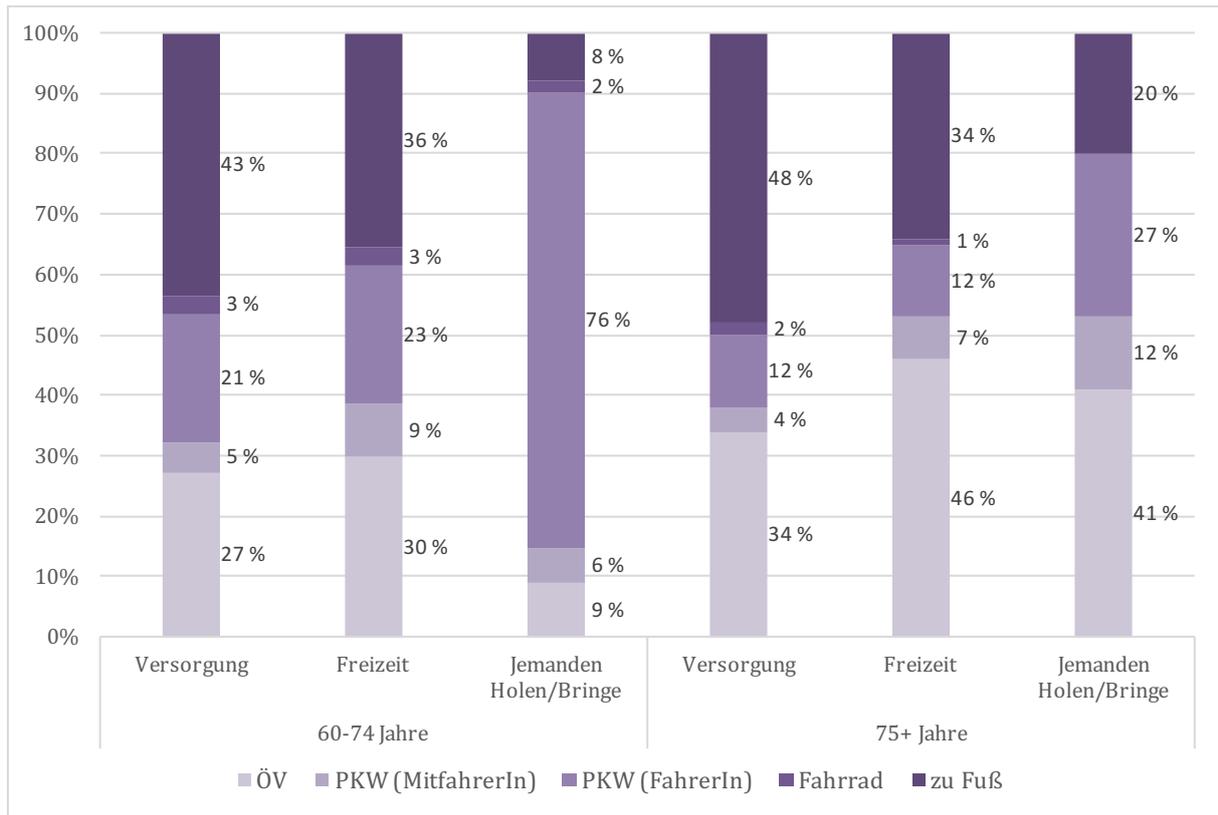


Diagramm 4: Anteil benutzter Verkehrsmittel in Wien nach Altersgruppe und Wegezweck [in %] (Heller und Schreiner 2015, S. 13), eigene Darstellung

3.1.6. Charakteristik fußläufiger Wege älterer Personen

- Wegezweck

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

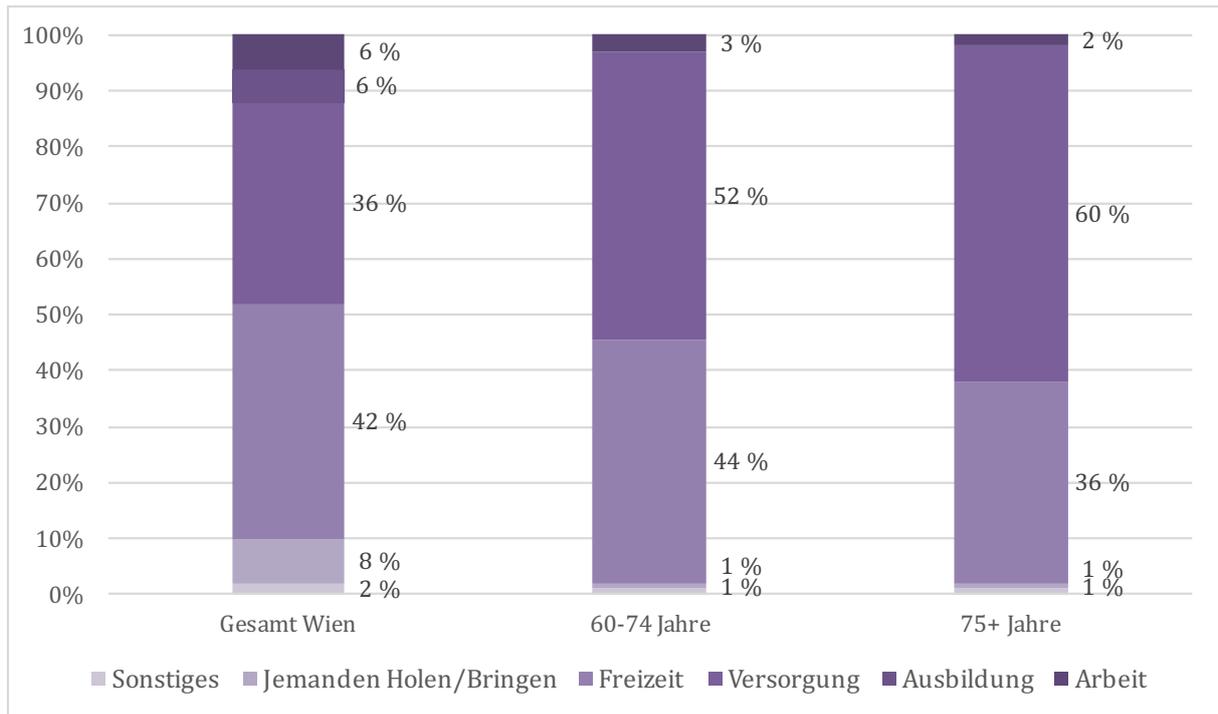


Diagramm 5: Anteil von Wegezwecke auf Fußwegen in Wien nach Altersgruppen [in %] (Heller und Schreiner 2015, S. 14), eigene Darstellung

- **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 und Schreiner 2015, S. 21, 46).

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

Die Etappen zu und von der nächsten Haltestelle, sowie die 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 Meter bis zum Auto und 300 Meter bis zur nächsten Haltestelle. Dies entspricht einer Dauer von zwei Minuten (Auto) und sechs Minuten (Haltestelle) (Heller und Schreiner 2015, S. 46).

Was die Durchschnittsentfernung älterer Personen betrifft, 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 und Schreiner 2015, S. 21).

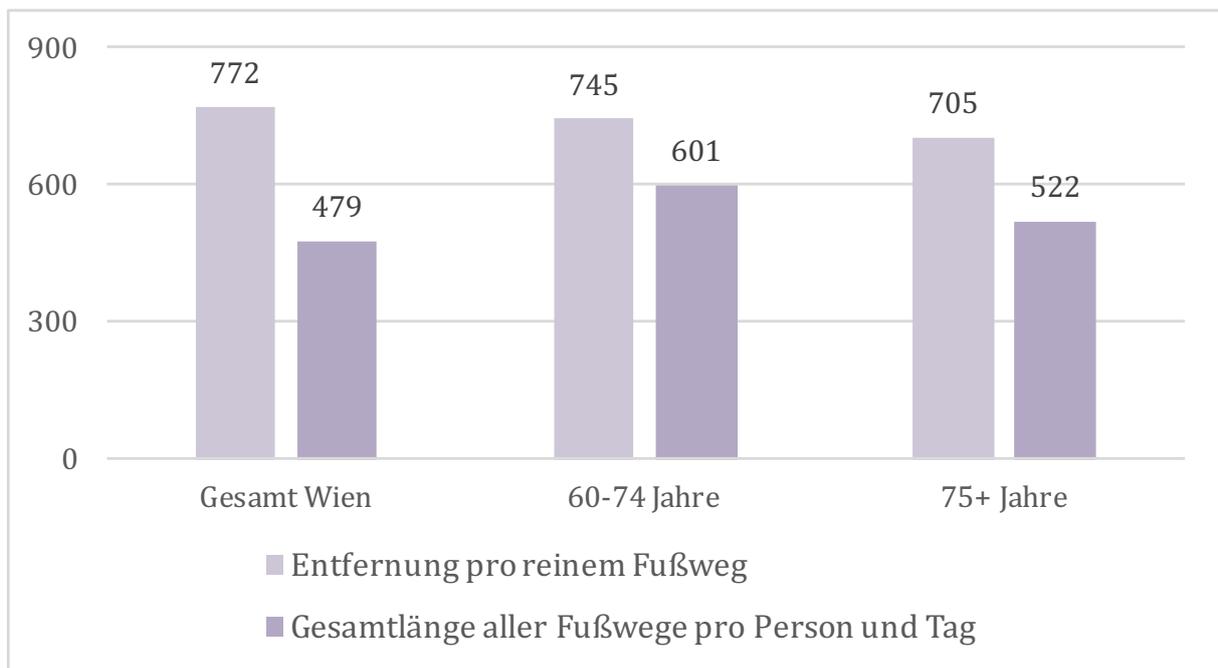


Diagramm 6: Durchschnittsentfernung pro reinem Fußweg und Gesamtlänge der Fußwege in Wien pro Tag in Meter (Heller und Schreiner 2015, S. 21), eigene Darstellung

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

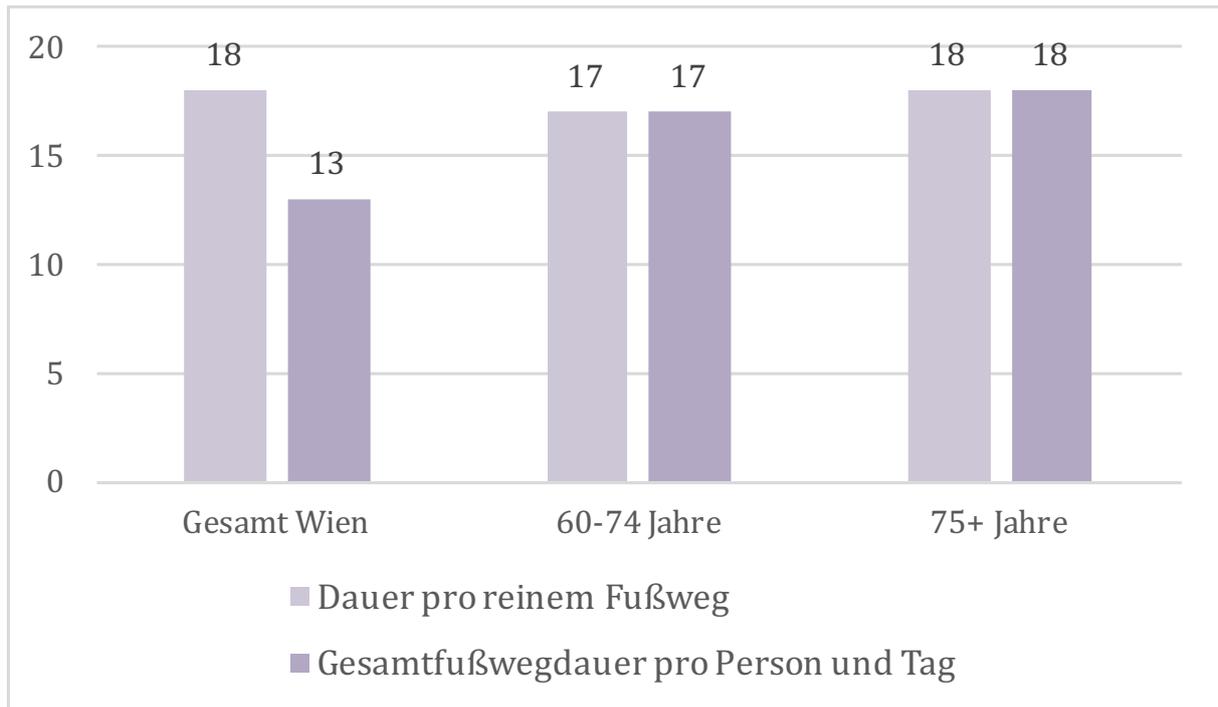


Diagramm 7: Durchschnittsdauer pro reinem Fußweg und Gesamtdauer der Fußwege in Wien pro Tag in Minuten (Heller und Schreiner 2015, S. 24), eigene Darstellung

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, ist 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 einberechnet werden. Dies macht die Wichtigkeit der Differenzierung deutlich (Heller und Schreiner 2015, S. 45).

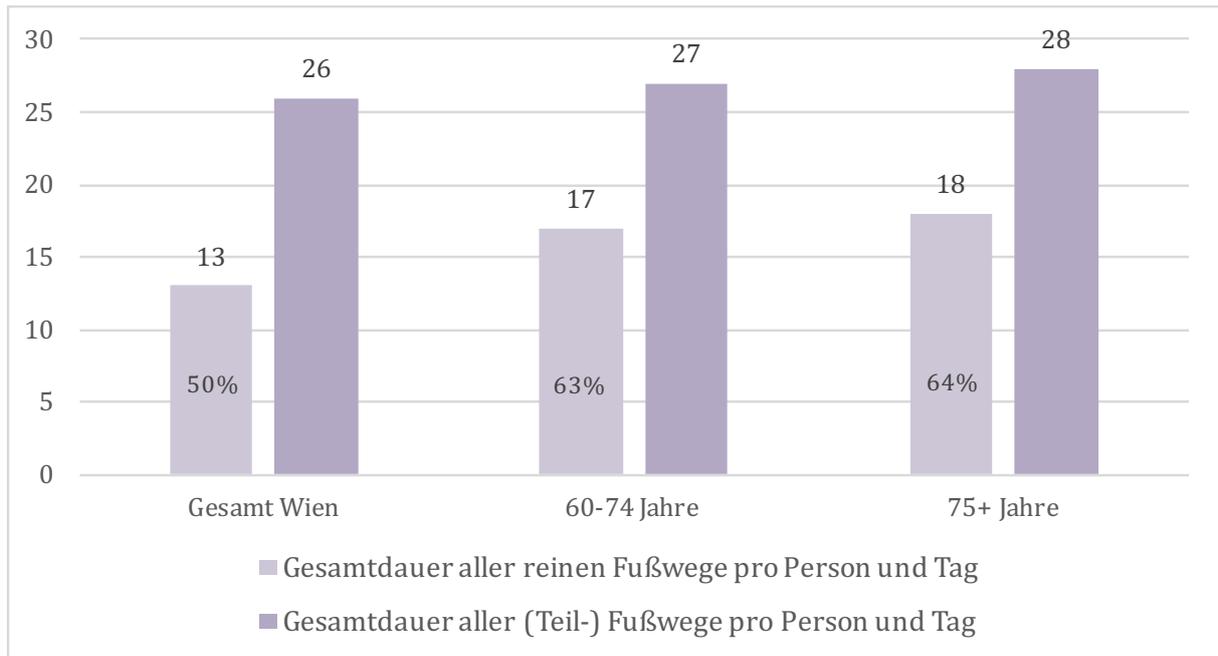


Diagramm 8: Gesamtfußwegdauer inkl. Etappen in Wien in Minuten (Heller und Schreiner 2015, S. 45),
eigene Darstellung

Nicht nur die Dauer ändert sich, sondern auch die Entfernung, siehe Diagramm 9. Ohne die 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 Entfernungen der älteren Personen. Der einzige Unterschied ist, dass die Gesamtlänge ohne die Teilwege höher ist als die der Wiener Durchschnittsbevölkerung (Heller und Schreiner 2015, S. 46).

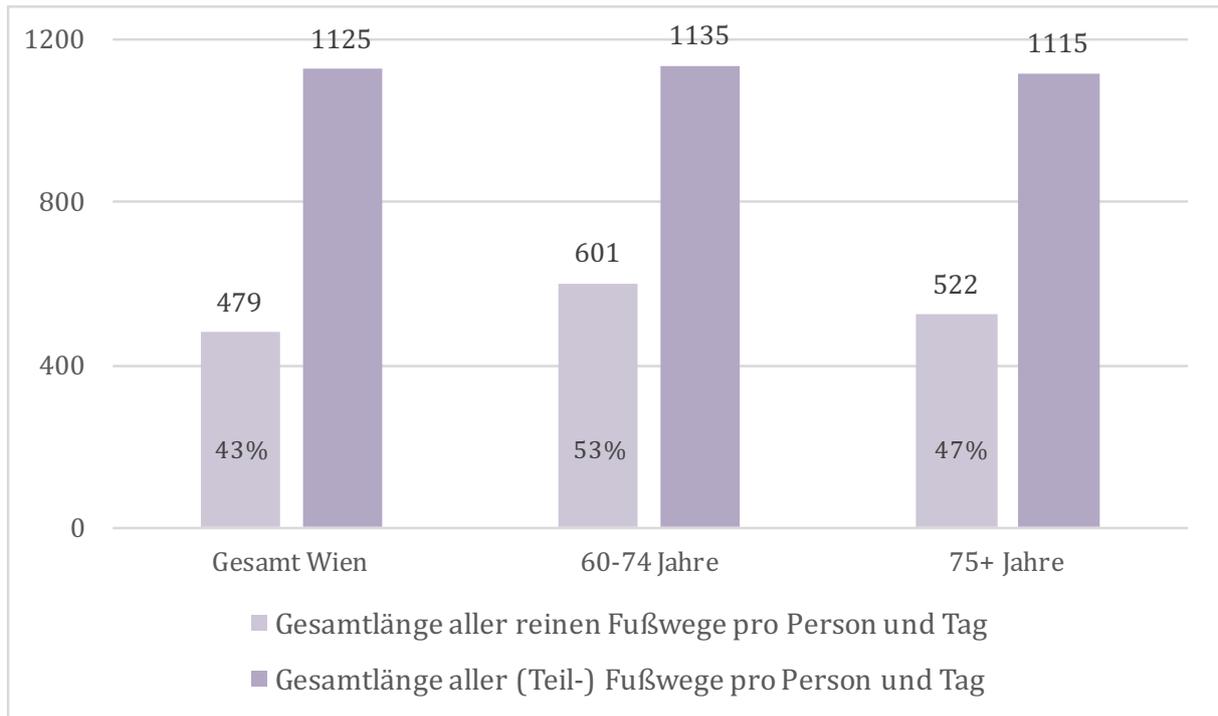


Diagramm 9: Gesamtentfernung der Fußwege inkl. Etappen in Wien in Metern (Heller und Schreiner 2015, S. 46), eigene Darstellung

3.1.7. Besonderheiten von älteren Personen mit Rollator

In verschiedenen ÖNormen (Austrian Standards Institute 2012, S. 5) oder RVS-Richtlinien (FSV 2010, S. 3) werden spezielle Bedürfnisse von mobilitätseingeschränkten Personen (RollatornutzerInnen) und temporär mobilitätseingeschränkten Personen in Bezug auf den Straßenverkehr, gemeinsam betrachtet und gleichgestellt. Darunter fallen unter anderem auch Eltern mit Kinderwagen oder jene 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 verschiedenste 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 die Ausführung bei der vorne zwei bewegliche und hinten zwei starre Räder angebracht sind. Letzterer 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 Definition eines Rollators geht aber darüber hinaus. Er trägt immens zum Wohlbefinden dieser Personen bei und hilft 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 auch ein emotionaler Bezug aufgebaut wird. Im Zuge der Interviewauswertung zeigt 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, welcher zu einem Rollator entstehen kann (ÖPIA 2015, S. 168 f).

3.2.2. Arten von Rollatoren und die damit verbundenen Kosten

Es gibt viele Modelle von Rollatoren. Diese unterscheiden sich einerseits in Indoor-Rollatoren, diese sind nur für die Wohnung gedacht, und Outdoor-Rollatoren, welche außerhalb der Wohnung genutzt werden. Der 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 essentieller 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><i>Abb. 3: Outdoor Rollator (Tingelhoff 2017, S. 5)</i></p>	Outdoor Rollator	Möglichkeit zur Sonderausstattung, wie zum Beispiel: Sitzmöglichkeit
 <p><i>Abb. 4: Indoor Rollator (Tingelhoff 2017, S. 9)</i></p>	Indoor Rollator	Nur für die Wohnung, kleinere Räder, Material der Räder für glatte Böden, flexibler und schmaler
 <p><i>Abb. 5: Rollator klappbar (Medicounter GmbH, o. J.)</i></p>	Klappbarer Rollator	Meist Outdoor Rollatoren, leicht verstaubar, Vorteilhaft auf Reisen
 <p><i>Abb. 6: Arthritisrollator (Tingelhoff, o.J.)</i></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 (Trinker , o. J.), Eigene Darstellung

Die Anschaffungskosten für einen guten Rollator belaufen sich auf ungefähr € 200 und mehr (Amazon , o. J.). Diese Liste wurde von Dr. Trinker erstellt und verweist auf gute „Bestseller“ Rollatoren, welche über das Online-Verkaufsportal Amazon von verschiedenen Händlern angeboten werden (Trinker , o. J.). Gebraucht kann ein Rollator um ungefähr € 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 die Kosten in den Jahren 2012 - 2016 von durchschnittlich 500 Rollatoren teilweise oder gesamt übernommen. Diese Zahlen wurden nach Kalenderjahr ausgewertet (kein Bezug auf temporäre Nutzung, Todesfälle und Gebrauchsdauer). Dadurch ist eine aussagekräftige Darlegung über eine Gesamtzahl der 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 runtergerechnet wird, dann gäbe es zu diesem Zeitpunkt schätzungsweise 350.000 RollatornutzerInnen in Österreich.

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

3.2.4. Finanzielle Unterstützung

Ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung der WGKK besteht, wenn Betroffene aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr zur Befriedigung essentieller Bedürfnisse ohne Hilfsmittel (z.B. Rollstühle, Körperersatzstücke etc.) 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 € 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) € 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, „Gehgeschwindigkeiten und Laufverhalten älterer oder gehbehinderter Verkehrsteilnehmer mit Rollatoren“, zur Gehgeschwindigkeit von RollatornutzerInnen durchgeführt. Ursprung dieser Studie war ein Unfallereignis eines Rollatornutzers, welcher von einem Transporter im Straßenraum angefahren wurde. Um eine Unfallanalyse durchzuführen und Vermeidbarkeitsstrategien zu entwickeln, ist die Gehgeschwindigkeit von großer Bedeutung. An dieser Studie nahmen 20 ProbandInnen teil (19 Frauen und 1 Mann). Bei jeder Person wurde das Alter (60 - 101 Jahre) und die Notwendigkeit (14 altersbedingt oder 6 konkreter Grund) des Rollators notiert (Bastek 2015, S. 90 ff).

Um die Geschwindigkeit messen zu können, musste eine Messapparatur entwickelt werden. Der Hauptbestandteil ist ein Nabendynamo, welcher an ein Laufrad befestigt wurde. Dieses Laufrad wurde an den eigenen Rollator der ProbandInnen montiert. Der Nabendynamo erzeugt pro Umdrehung 28 Impulse, welche aufgezeichnet werden - mittels einer Software kann so 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 erkannt 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 auf die Durchschnittsgeschwindigkeit zu kommen. 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 von allen ProbandInnen abgebildet. Es können keine Tendenzen rausgelesen und somit keine eindeutigen Angaben über eine durchschnittliche Gehgeschwindigkeit gemacht werden (Bastek 2015, S.92).

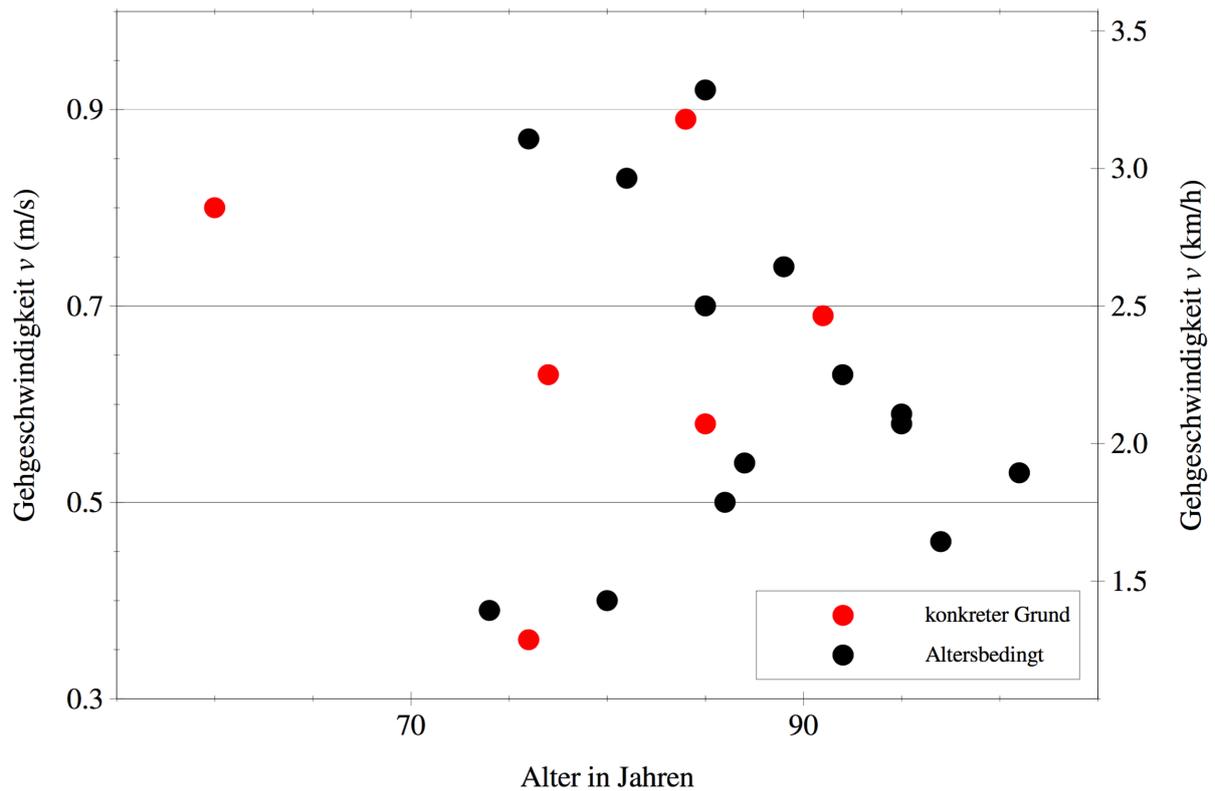


Abb. 8: Alle ermittelten Durchschnittsgeschwindigkeiten in Abhängigkeit vom Alter der Probanden
(Bastek 2015, S. 92)

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 benötigen, um auf die mittlere Gehgeschwindigkeit zu kommen. Außerdem wurden immer relativ große Geschwindigkeitsschwankungen beobachtet. Die **maximale** Gehgeschwindigkeit beträgt in etwa **drei km/h**, was deutlich unter der durchschnittlichen Gehgeschwindigkeit einer Person (von **fünf km/h**) liegt (Bastek 2015, S. 92).

3.2.6. Präventionsmaßnahme Rollator

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

Stürze passieren nicht nur durch Stolperfallen, eingeschränkte 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 und Freiberger 2016, S. 366). Es ist ein speziell für ältere Personen, die ein Rollator benutzen, entwickeltes Training. Ziel hierbei ist die Verbesserung der Mobilität mit Fokus auf physische, kognitive und psychosoziale Aspekte. Außerdem wird auf eine richtige Nutzung des Rollators und Schulungen zur Sturzprävention Wert gelegt, um so die Rollatornutzung zu optimieren (Pflaum, Lang und Freiberger 2015, S. 4 f).

Das Training findet zwei Mal in der 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 und 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 und Freiberger 2015, S. 4 ff).

Nach dem Training konnten bei den TeilnehmerInnen in allen Modulen mittlere bis starke Effekte (hohe Akzeptanz von den Übungen und Anwendung derer im Alltagsleben), von den AutorInnen erkannt werden. Daher werden die Machbarkeit und die Effektivität eines solchen Trainings von ihnen als positiv gesehen. Jedoch ist für die regelmäßige Teilnahme eine einfache Erreichbarkeit erforderlich. Durch die wenigen und überwiegend weiblichen TeilnehmerInnen, ist diese Studie nicht generalisierbar. Da die Anzahl an RollatornutzerInnen stetig steigt und vergleichbare Forschungen fehlen, besteht hier weiterer Forschungsbedarf (Pflaum, Lang und Freiberger 2016, S. 368 f).

3.2.8. Alternativen zu Rollatoren

Alternativen für den Rollator sind wichtig, da manches leichter, kleiner und einfacher zu handhaben ist. Es gibt keine richtige Gehhilfe, da es individuell von der Person und ihren Problemen abhängt. Jedoch kann ein Gehstock manchen Betroffenen genügend Sicherheit bieten und Stürze vermeiden (Trinker, o. J.). Für mobileingeschränkte Personen, welche 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>	<p>Vierpunktstock</p>	<p>Erweiterte Version des Gehstocks; mehr Stabilität; höheres Gewicht; schwieriger im Umgang; kann Veränderung im Gangbild verursachen (Lakatha 2014, S. 14)</p>
 <p>Abb. 14: Wheelator (Tukimet Oy , o.J., S. 1)</p>	<p>Wheelator</p>	<p>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>
 <p>Abb. 15: Veloped (Kuikka, trionic , o.J.)</p>	<p>Veloped</p>	<p>Erweiterung vom Rollator; 2 normale und ein „Kletterrad“; Hindernisse leichter überwindbar; geländegängig; Klappbar; Fahr und Parkbremse (Kuikka, trionic , o.J.)</p>

Tabelle 4: Gehhilfen und Rollatoralternativen (Steigenberger , o.J.), (Lakatha 2014, S. 14), (Tukimet Oy , o.J.), (Kuikka, trionic , o.J.), Eigene Darstellung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Alternative immer individuell für jede Person ausgesucht werden soll. Welche in Frage kommt, hängt sehr stark von der physischen und psychischen Verfassung ab.

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

Im Vergleich zu den Alternativen ist ein Rollator viel stabiler und bietet mehr Halt als beispielsweise ein Gehstock oder Krücken. Zudem liegt er mit dem Preis noch deutlich unter

einem „Wheelator“ oder „Veloped“. Um Stürze zu vermeiden und sich sicher durch den öffentlichen Raum zu bewegen, sind Rollatoren vorzuziehen.

3.3. Unfallstatistik von Personen über 65 Jahre mit Rollator

2012 waren in Österreich 26 % der Frauen und 15 % der Männer der über 74-Jährigen auf eine Gehhilfe angewiesen, um 500 Meter zurücklegen zu können. Anderen (18 % Frauen und 13 % Männer) gelingt dies trotzdem nicht oder sie haben keine Gehhilfe (Winkler, et al. 2012, S. XI).

Eine interviewbasierte Studie vom KFV und der IDB 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, bei denen eine Gehhilfe (Gehstock, Gehstütze, Rollator) involviert war (KFV und IDB Austria 2019).

Für die analysierten Unfälle waren folgende Eigenschaften von Relevanz:

- Alter
- Geschlecht
- Lebensbereich
- Unfallursache

3.3.1. Alter

Bei Personen im hohen Alter nehmen Mobilitätseinschränkungen zu, vor allem bei über 74-Jährigen (Winkler, et al. 2012, S. XI). Dies spiegelt sich in Diagramm 10 wieder. Es ist ersichtlich, dass die Altersgruppe 80+ häufiger von Unfällen betroffen ist, bei denen die Betroffenen im Spital behandelt werden müssen. In diesen sechs Jahren ist eine Umverteilung bei allen Altersgruppen zu erkennen. Dadurch stieg der Anteil der 65 - 69 - jährigen und 70 - 74 - jährigen an (KFV und IDB Austria 2019).

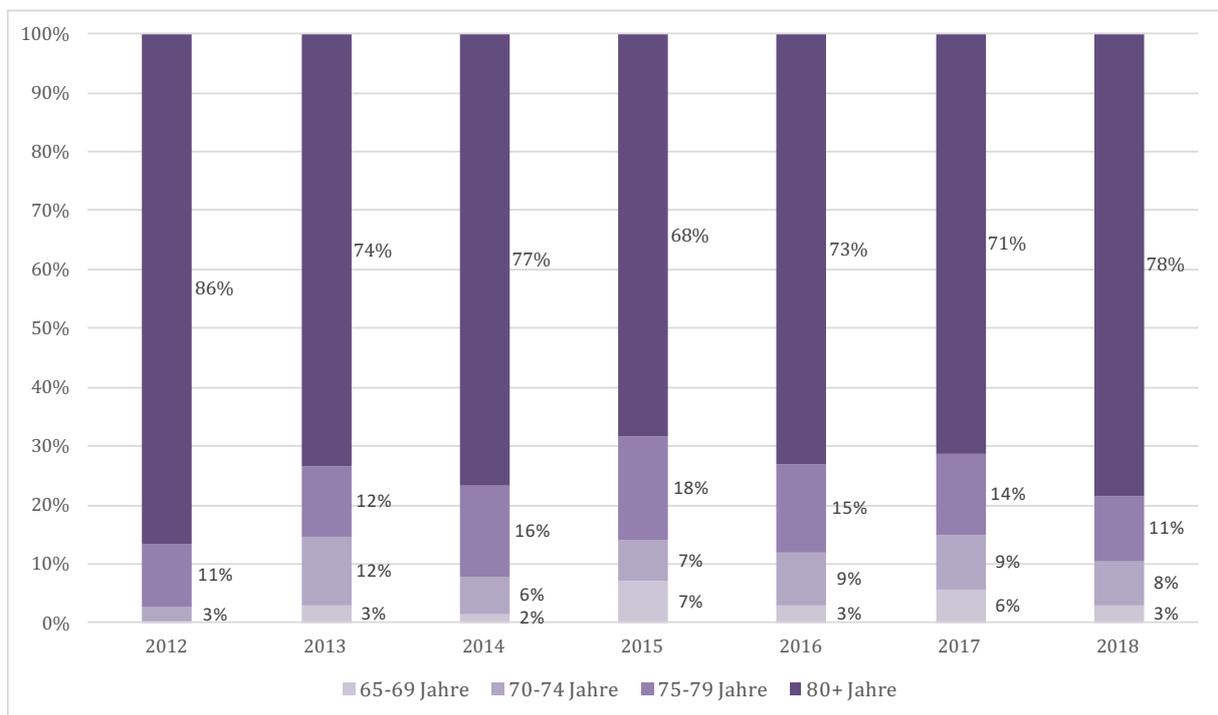


Diagramm 10: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahre in Österreich nach Alter; 2012 - 2018 [in %] (KFV und IDB Austria 2019), eigene Darstellung

3.3.2. Geschlecht

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

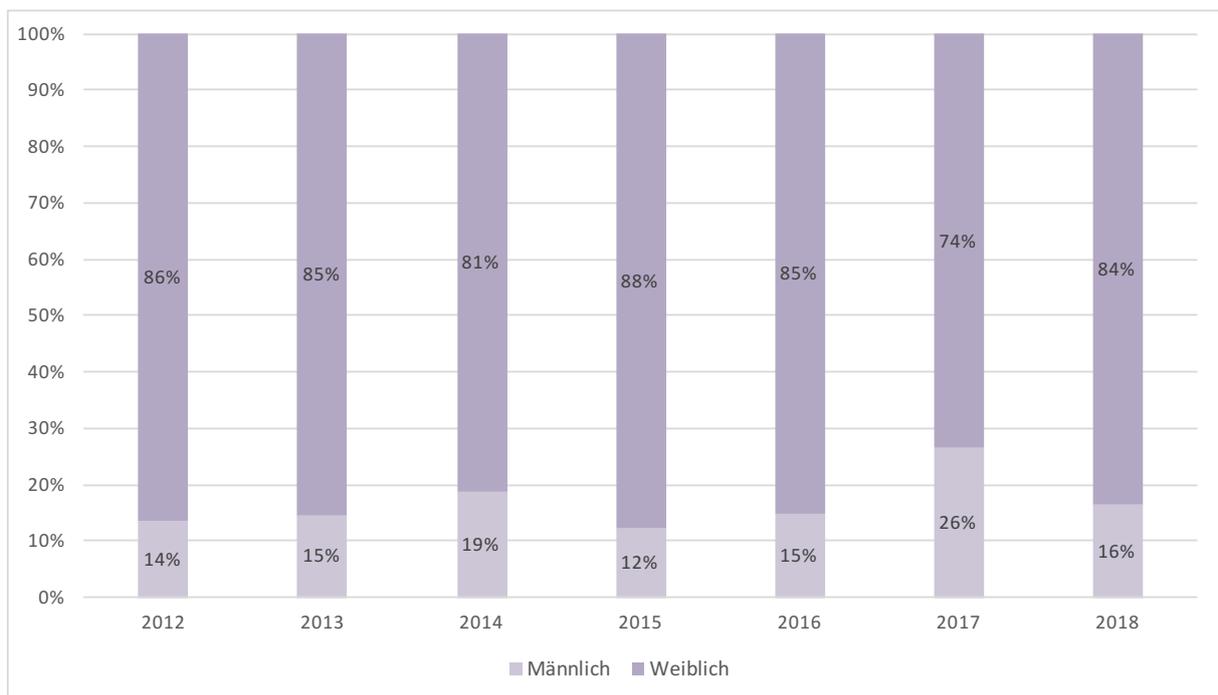


Diagramm 11: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahre in Österreich nach Geschlecht; 2012 - 2018 [in %] (KFV und IDB Austria 2019), eigene Darstellung

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 und IDB Austria 2019).

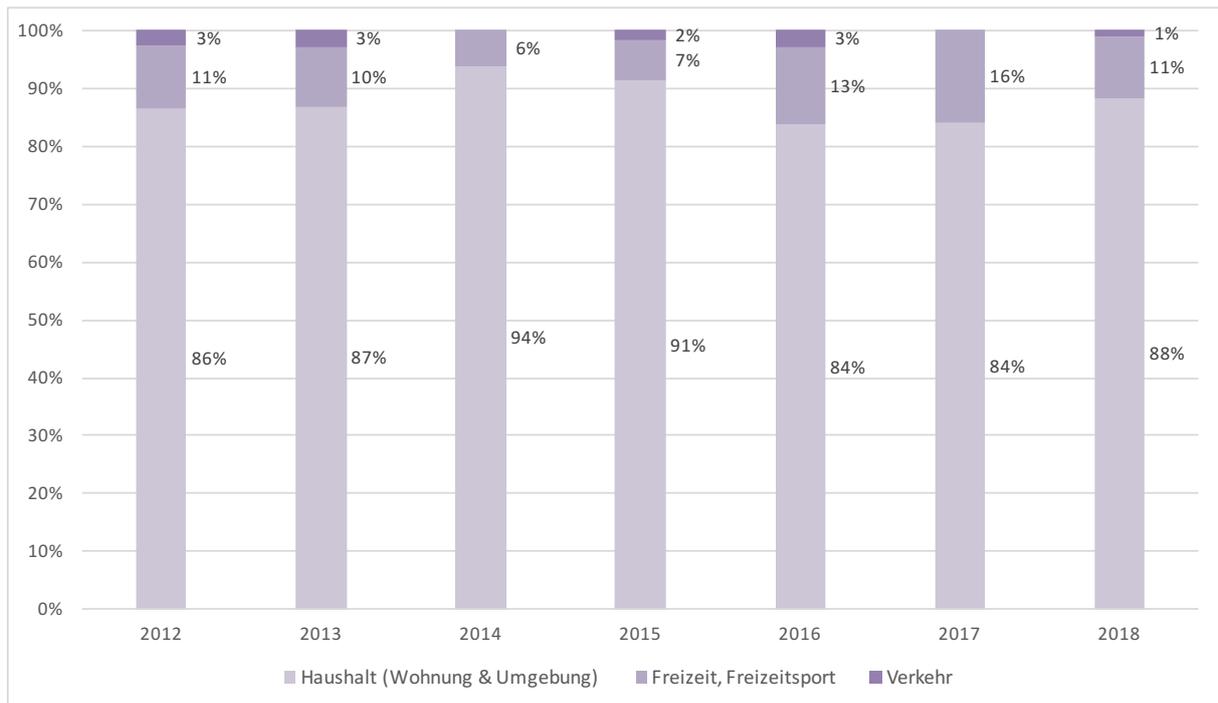


Diagramm 12: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahre in Österreich nach Lebensbereich; 2012 - 2018 [in %] (KFV und IDB Austria 2019), eigene Darstellung

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 sind „sonstige innere oder äußere“ Ursachen (medizinische Ursachen wie Hitze, Kreislauf oder - seltener - Fremdverschulden) oder psychische Ursachen (wie zum Beispiel Unachtsamkeit, Überforderung oder Fehleinschätzungen) als Unfallursache. Das Schlusslicht bilden die Naturereignisse (Schnee, Eis, Gatsch etc.).

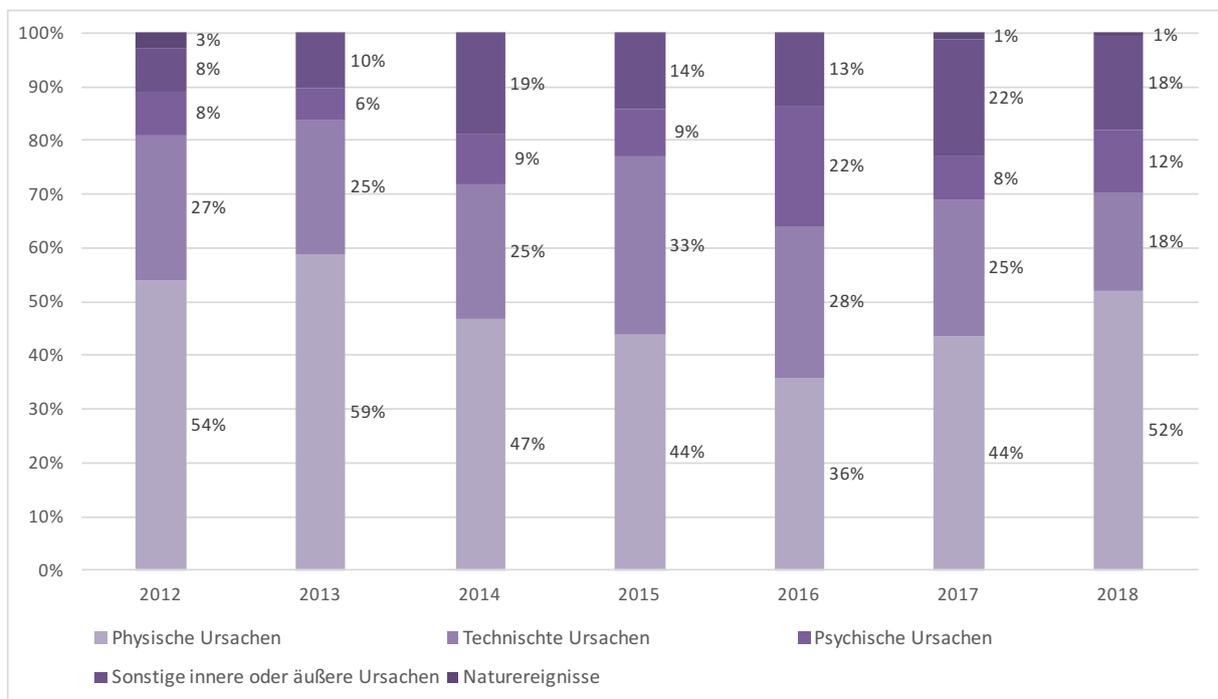


Diagramm 13: Entwicklung der Unfälle von Personen über 65 Jahre in Österreich nach Unfallursache; 2012 - 2018 [in %] (KFV und IDB Austria 2019), eigene Darstellung

Die in dem vergangenen 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 viel auf die Ergebnisse auswirkt (Umverteilung von 1 % - 5 %). Lediglich beim Alter gibt es eine stärkere prozentuelle Umverteilung von 1 % - 15 % (KFV und 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 KVF 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, welche sich im (halb-) öffentlichen Raum mit einem Rollator bewegen, relevant sind. Unter dem halböffentlichen Raum fällt das Stiegenhaus, sowie die Eingangstüren und allgemein zugängliche Nutzräume wie z.B. der Müllraum.

3.4.1. Gesetze

Das Behindertengleichstellungspaket

Ursprung des Österreichischen Behindertengleichstellungsrechts 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 ihren Personenkreis, zum Beispiel deren Angehörige (WKO 2006). Ab 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). Beim BGStG fallen nicht nur Menschen mit Behinderung (physisch, geistig, psychische 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, welcher 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). Materieller und immaterieller Schadensersatz können die Rechtsfolgen von Diskriminierung sein, dies wird jedoch individuell betrachtet (BGStG 2005, § 9 Abs. 2). Im ersten Schritt gibt es ein Schlichtungsverfahren zwischen Verursachern 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 LGBI. 37/2018 der Wiener Bauordnung, ist neben dem Stadtentwicklungs- und Stadtplanungsbuch auch das Baugesetzbuch verankert. Letzteres baut auf Grundlage der OIB-Richtlinien (siehe 3.4.2) 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 barrierefreien 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. Dadurch das Normen den „Stand der Technik“ repräsentieren und immer 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 Bauwerber 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 verbindlich erklärt worden (OIB 2015).

ÖNormen

ÖNormen gelten als nationale Norm und sind freiwillige Standards, welche 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, welche in den ÖNormen zur Herstellung 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 zur 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. Sie 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 wegen der Vollständigkeit angeführt (Hirner 2017).
- Außerdem gibt es noch die ÖNorm B 1603 - Planungsgrundlagen für barrierefreie Tourismuseinrichtungen. Diese beinhaltet, neben den Anforderungen für touristische Einrichtungen, auch solche wie Gastronomiebetriebe, Kultur- und Freizeiteinrichtungen (Hirner 2017).

RVS - Richtlinien und Vorschriften für das Straßenwesen

Die Richtlinien des RVS können bei Planung, Bau und Betrieb von Verkehrsinfrastruktur von den jeweils beteiligten Parteien eingesetzt werden. Die RVS garantiert den NutzerInnen ein einheitliches Qualitätsniveau in der Planungsphase und ebenfalls ein Sicherheits- und Qualitätsniveau in der Ausführungsphase. Durch die Mitarbeit von Arbeitsausschüssen, welche stets von ExpertInnen betreut werden, wird die RVS immer aktualisiert und am letzten Stand sein (FSV o. J.).

Folgende RVS werden als relevant für diese Arbeit gesehen:

- 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 zur Sicherheit, Leichtigkeit und Flüssigkeit des Fußgängerverkehrs auf öffentlichen Straßen, Wegen und Plätzen. Dabei werden mobilitäts- und sinneseingeschränkte Personen berücksichtigt. Außerdem wird auch auf andere Personen, welche nur temporär mobilitätseingeschränkt sind oder 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 behinderten 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 alltäglichen Wege unerlässlich. Ältere Personen legen solche Wege meist zu Fuß zurück, siehe Kapitel 3.1.5. In Österreich hat 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 Einwohnern 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-Behindertengleichstellungsrecht gibt vor, dass der Zugang zu Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs barrierefrei sein muss (BGStG 2005, § 2, Abs. 2). Unter bauliche Barrieren sind „Stufen, Türschwellen, 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, welche von RollstuhlfahrerInnen empfunden werden, können auch von mobilitätseingeschränkten Personen, also jene welche sich mit einem Rollator fortbewegen, gleichartig aufgefasst werden. Meistens jedoch in einer geringeren Dimension. Daher kann angenommen werden, dass wenn RollstuhlfahrerInnen Barrierefreiheit empfinden, RollatornutzerInnen es ebenfalls so 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 aber auch 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, Verbindungswege (horizontal und vertikal), sowie für 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 dass die 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 relevanten Elementen für RollatornutzerInnen 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 eher mangelhaft. 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 - kurz oder dünn - um einen guten Halt zu geben), stellten nach wie vor ein großes Problem dar. Außerdem gab es einzelne Stufen, bei denen der Handlauf ganz fehlte. Weitere Barrieren waren „defekte, stark ausgetretene oder rutschige Stufen“. Des Weiteren waren fehlende Markierungen von Anfangs-, End- und Einzelstufen ein Problem. In Stiegenhäusern kann auch eine ungenügende Beleuchtung (Dauer des geschalteten Lichts zu kurz), ein Hindernis darstellen. Verstellte

Gehwege sind für ältere rollatornutzende Personen zudem 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 (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, bei den Zugängen zu öffentlichen Gütern und in den öffentlichen Verkehrsmitteln.

4.3.1. Straßenraum

Wie in Kapitel 3.1.5 Mobilitätsprofil von älteren ersichtlich, ist die Hauptfortbewegungsart älterer Menschen das Zu-Fußgehen, 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

- Querungshilfen
- Gehsteigbreite und Höhe
- Qualität / Zustand des Bodenbelags

Im öffentlichen Raum sind viele physische Barrieren vorzufinden, wie zum Beispiel Fahrzeuge auf Gehsteigen. Mitmenschen, welche 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 ein großes Problem von älteren Personen bewertet (Elias, et al. 2016). In einer Studie wurde als größtes Problem von älteren Personen das „zunehmend dichter und aggressiv werdende Verkehrsgeschehen“ und die anderen VerkehrsteilnehmerInnen, welche als undiszipliniert und aggressiv empfunden werden, genannt (Mollenkopf und Flaschenträger 2001, S. 183 ff). 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), sowie 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 von 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 auf ein Vielfaches reduziert werden. Ängste können aus eigenen Erfahrungen entstehen oder können von den Personen aufgrund von allgemeinen Erfahrungen anderer angenommen werden (Amann, Reiterer, et al. 2006, S. 54 ff). Die Ängste teilen sich in zwei Gruppen auf. Einerseits beziehen sich diese auf individuelle Schwächen wie Benommenheit, Sturz und Verletzung und Verwirrtheit, und andererseits auf die Angst vor negativem Verhalten anderer

Mitmenschen (wie Opfer von Überfällen/Diebstahl), 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 zwischen den psychologischen und den physischen Barrieren gesehen werden. Viele ältere Personen haben Ängste, anderen Mitmenschen, auch aus dem engeren sozialen Umfeld, beziehungsweise Verkehrsteilnehmern zu vertrauen. Dieses Misstrauen wirkt sich auf das Mobilitätsverhalten der Zielgruppe bremsend aus. Je besser das soziale Klima in der Umgebung ist, desto eher sind ältere Menschen 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 ÄrztInnen und Apotheken sind gegenwärtig als eine Herausforderung für ältere Personen anzusehen (Kisser 2009, S. 168). Die Studie „Barrierefreiheit im Einzelhandel“ hat im Jahr 2017 ihre Ergebnisse veröffentlicht. Dabei wurde die Qualität der Zugänge zu Betrieben in Stadtteilen mit den höchsten Umsätzen erhoben. Einkaufszentren werden dabei jedoch ausgeschlossen. Es handelt 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 dem Umsatz haben diese Gebiete auch die höchsten „Passantenfrequenzen“ aufgewiesen. Insgesamt wurden 1.802 Betriebe von Februar 2015 bis Juli 2016 analysiert (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 5 ff).

Die Ergebnisse der Studie wurden differenziert aufgezeigt. Einerseits nach der Art des baulichen Zugangs und andererseits danach, ob die Zugänge tatsächlich (nicht) barrierefrei sind. Im Folgenden sind alle Arten eines baulichen Zugangs für RollatornutzerInnen als relevant zu erachten (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 12):

Art des baulichen Zugangs:

Die verschiedenen Arten eines baulichen Zugangs werden hier isoliert bewertet und haben deswegen keine endgültige Aussage darüber, ob dieser barrierefrei ist oder nicht. Sie definieren sich folgendermaßen (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 12):

- Stufenanzahl der Haupteingänge

Gebiet	Zugang stufenlos		Zugang nicht stufenlos	
	Total	Prozent	Total	Prozent
Alle evaluierten Gebiete	743	41,23 %	1059	58,77 %

Tabelle 5: (Nicht) stufenloser Zugang (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 11), eigene Darstellung

Von den 58,77 % der Zugänge mit Stufen haben 41,18 % 1 Stufe, 11,32 % 2 Stufen, 3,50 % 3 Stufen und 2,77 % mehr als 3 Stufen. Meistens ist eine Stufe zu überwinden, siehe Tabelle 5 (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 11).

- Bauliche Rampen und deren normgerechte Ausführung

Gebiet	Bauliche Rampe nicht vorhanden		Bauliche Rampe vorhanden		davon			
					normgerecht		Nicht normgerecht	
	Total	Prozent	Total	Prozent	Total	Prozent	Total	Prozent
Alle evaluierten Gebiete	1580	87,68 %	221	12,26 %	152	68,78 %	69	31,22 %

Tabelle 6: Bauliche Rampen und deren normgerechten Ausführung (Schweidler und Pázmándy 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 dem Gefälle nicht normgerecht ausgeführt sind (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 12).

- Lifttechnik

Gebiet	Lifttechnik nicht vorhanden		Lifttechnik normgerecht vorhanden	
	Total	Prozent	Total	Prozent
Alle evaluierten Gebiete	1795	99,61 %	7	0,39 %

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

In Tabelle 7 wird verdeutlicht, dass Personenaufzüge sehr selten bei den untersuchten Branchen zum Einsatz kommen (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 12).

- Einsatz von mobilen Rampen

Gebiet	Mobile Rampe/Glocke nicht vorhanden		Mobile Rampe/Glocke vorhanden	
	Total	Prozent	Total	Prozent
Alle evaluierten Gebiete	1793	99,50 %	9	0,50 %

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

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

Des Weiteren gibt es für Unternehmen die Möglichkeit von barrierefreien Nebeneingängen, um den Zugang barrierefrei gewährleisten zu können. Jedoch wird auch diese Methode sehr selten benutzt. In lediglich 15 Betrieben ist ein Nebeneingang vorhanden, jedoch wird in nur **sechs** Betrieben dieser auch am Haupteingang gekennzeichnet, wie in Tabelle 9 ersichtlich (Schweidler und 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 Arten normgerecht vorhanden ist (Schweidler und 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 %
Weiterer 1. Bezirk	522	138	26,44 %	384	73,56 %
Ä. Mariahilfer Straße	161	28	17,39 %	133	82,61 %
Alle evaluierten Gebiete	1802	686	38,07 %	1116	61,93 %

Tabelle 10: (Nicht) barrierefreie Zugänge (Schweidler und 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 die Ergebnisse grau hervorgehoben, die einen Anteil von über 50 % an nicht barrierefreien Zugängen aufweisen. Wenn alle Gebiete gemeinsam betrachtet werden, sind im Jahr 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 und 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 sind. Des Weiteren auffällig war, dass, falls ein Nebeneingang vorhanden ist, dieser nicht gekennzeichnet ist (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 11 ff).

Die Ergebnisse lassen den Entschluss 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 können oftmals nicht alleine bewältigt werden. Nicht barrierefreie Zugänge vermindern die Lebensqualität, da rollatornutzende Personen in ihrer selbstständigen Mobilität gehindert werden und auf fremde Hilfe angewiesen sind.

4.3.3. ÖPNV

Zu relevanten Anforderungen der RollatornutzerInnen zählen:

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

29 % der 60-74-Jährigen und 40 % der über 75-Jährigen nutzen die öffentlichen Verkehrsmittel in Wien (Heller und Schreiner 2015, S. 8). Um größere Anteile zu erzielen, müssen Barrieren reduziert und Verkehrsmittel an die Bedürfnisse älterer Fahrgäste angepasst werden. Niederflurfahrzeuge (Żakowska und 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 ist für ältere Personen eine wichtige Voraussetzung um diese zu benutzen (Reiterer 2009, S. 183). Jedoch empfinden nicht alle älteren Personen Barrieren gleich. Menschen, die vorher sehr viel mit dem eigenen PKW gefahren sind und im hohen Alter auf öffentliche Verkehrsmittel umsteigen müssen oder wollen haben es schwerer, als Personen, die immer schon die öffentlichen Verkehrsmittel nutzten (Żakowska und 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). Als weitere 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 und Monerde i Bort 2003, S. 41). In der SIZE Studie wurden ältere Personen zu ihrem Mobilitätsverhalten befragt. Dabei wurde erwähnt, dass BusfahrerInnen in keiner angepassten Geschwindigkeit fahren und somit keine Rücksicht

auf die Passagiere genommen wird (Żakowska und Monterde i Bort 2003, S. 41 f). Weitere Problembereiche bei der Nutzung des öffentlichen Verkehrs waren nicht ausreichend ausgestattete Verkehrsmittel. Diese Zielgruppe sieht Sitzmöglichkeiten mit leichtem Zugang und einer ausreichenden Stellfläche für den Rollator als Grundvoraussetzung (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 - Jährige	75 - 84 - Jährige	85 - Jährige und älter	Gesamt	Rollator Relevant
Streckenführung und wie oft die Verkehrsmittel fahren				
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, et al. 2006); (Reiterer 2009, S. 186), eigene Darstellung

In der Tabelle 11 ist ein Teil der Ergebnisse der SIZE-Studie zum Thema „Barrieren bei der Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel“ dargestellt. Ältere Personen wurden nach Barrieren gefragt, welche bei der Verwendung von öffentlichen Verkehrsmitteln wahrgenommen werden. Interessant ist, dass hochaltrige Personen andere Bedürfnisse haben als etwa die Gruppe der „Jungen Alten“. Die Altersgruppe der über 85-Jährigen nimmt Probleme viel stärker und intensiver wahr und deren Anforderungen an öffentliche Verkehrsmittel unterscheidet sich deutlich gegenüber den 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 Verkehrsmittel. 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 schon ausnahmslos barrierefrei sind (Wiener Linien 2016, S. 5 ff). 2017 waren schon über 65 % (332 Gelenkwagen) aller Straßenbahnen bereits Niederflur-Straßenbahnen (Wiener Linien 2017, S. 4). Seit Dezember 2018 wurde die „Flexity“-Straßenbahn eingeführt, welche 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 „SIZE - life quality of senior citizens in relation to mobility conditions“ Studie bestätigt. Aus der Studie geht hervor, dass Österreich und Tschechien, was die Zufriedenheit von älteren Personen mit öffentlichen Verkehrsmitteln angeht, positiv abgeschnitten haben im Vergleich zu Deutschland, Irland, Italien und Schweden (Amann, Reiterer, et al. 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 und 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, welches 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 letzten Kapitel haben sich verstärkt mit der Theorie auseinandergesetzt und dienen als Basis für die ausgesuchte Methodik. Es wurden Mobilitätsprofile und Unfallstatistiken von älteren Personen analysiert und die Bedürfnisse und Anforderungen erläutert. Außerdem wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen, welche 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, welche auf einen Rollator angewiesen sind, werden meistens mit temporär mobilitätseingeschränkten Personen (Personen, die Lasten tragen, Eltern mit Kinderwagen, etc.), gleichgestellt (FSV 2010, S. 3). Dadurch, dass ältere Personen nicht als eine 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 haben.

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 den öffentlichen Zugängen (Schweidler und Pázmány 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 RollstuhlfahrerInnen 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 mit über 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 für RollstuhlfahrerInnen ident empfunden werden, bedarf es einer weiteren Forschung.

Das nächste Unterkapitel beschreibt den Vorgang der methodischen Vorgehensweise. Hierbei wurde die Zielgruppe (über 65-Jährigen 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 von rollatornutzenden Personen und bietet daher Einsicht in die alltäglichen Wege von den Betroffenen, sowie einen Einblick ihrer Bedürfnisse an den 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 den Schwierigkeiten von älteren Personen herauszufinden. Daher wurde die Methode des qualitativen Interviews zur Erhebung herangezogen. Das Interview wird mit Hilfe eines Leitfadens geführt, siehe Anhang 1. Dieses wurde in sieben Themenblöcke mit möglichen Nachfragen gegliedert. Im Leitfaden sind Aspekte der Wegetagebücher eingeflossen.

„Verständnis- und Verständigungsprobleme sind zentrale Elemente der qualitativen Forschung mit alten Menschen.“ (Kühn und Porst 1999, S. 19). Daher ist bei Befragungen von älteren Personen ein entscheidender Faktor die direkte, persönliche Kommunikation zwischen befragter Person und InterviewerIn, sowie die Verwendung eines ähnlichen Vokabulars. Am besten eignet sich die bekannte Umgebung der RollatornutzerInnen als Ort der Befragung. Damit erhöht sich die Gesprächigkeit älterer Personen und mögliche Irrtümer können umgehend beseitigt werden. Diese Herausforderungen können auch, durch die unübliche und aufwendige Situation einen ermüdenden Effekt auf den Interviewenden haben (Kühn und 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 der eigenen Gesundheit, in Bezug auf die Mobilität, gestellt. Das letzte Thema befasst sich mit abschließenden Fragen, die sich in keine Kategorien zuordnen ließen und sonstigen Wünschen oder Bedürfnissen, welche nicht erwähnt wurden.

Insgesamt wurden fünf ProbandInnen (drei Frauen und zwei Männer) zu ihrer Mobilität befragt. Alle TeilnehmerInnen sind über 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 als Sturzprävention und als Stütze. Die ProbandInnen legen alle Wege, welche mit dem 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 hat. Alle Gespräche wurden, nach Zustimmung der ProbandInnen, aufgenommen und im nächsten Schritt transkribiert um für die Analyse und Auswertung das bestmögliche Material zur Verfügung zu haben. Im Folgenden wurden die ProbandInnen als P1 - P5 genannt.

5.2.3. Auswertung

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

5.2.3.1. Methode

Zur Auswertung der Forschungsfragen wurde die qualitative Inhaltsanalyse herangezogen. Ziel dieser ist es, die Perspektive der Befragten herauszuarbeiten und zu interpretieren (Bortz und 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 reduziert (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 und Döring 2006, S. 330). Es gibt 4 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

5.2.3.3. Ergebnisse

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

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

Öffentlichen Raum

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

- Straßenraum

Der Straßenraum wird von allen ProbandInnen unterschiedlich wahrgenommen. Beispielsweise wird die Gehsteigabsenkung von drei Zentimetern von zwei TeilnehmerInnen 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 gibt und daher ein Angstgefühl beim Überqueren der Straße entsteht (P1, P4). Was allen ProbandInnen negativ auffällt ist die zu kurze Ampelphase, was wiederum zu Angst und Stress beim Überqueren 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 haben von Problemen mit RadfahrerInnen erzählt (P4, P5). Alle TeilnehmerInnen würden auf Grund von Barrieren Umwege in Kauf nehmen, manche würden den Rollator sogar zu Hause lassen und in Begleitung gehen (P1, P3).

- ÖV

Die öffentlichen Verkehrsmittel werden von vier 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), auf Grund der weiteren Entfernung und der Abhängigkeit vom Aufzug. Ein/e ProbandIn greift dann auf 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 von den Niederflurstraßenbahnen für RollatornutzerInnen unumgänglich: „Ich fahre oft mit Straßenbahn, weil es für mich etwas besserer Weg ist als mit U-Bahn zu fahren, weil da weiß man nicht, ob Aufzug funktioniert oder nicht. Also da bin ich immer am besten unterwegs mit neuer Form von Straßenbahn.... Aber die alte Straßenbahn, da steige ich nie ein. Da warte ich, bis die nächste ... kommt. Oder Übernächste.“ (P3). Dadurch, dass es noch die Hochflurstraßenbahnen gibt, könnten längere Wartezeiten entstehen, welche ebenfalls negativ aufgefallen sind.

- Zugang Güter des täglichen Bedarfs

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

Halböffentlicher Raum

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

- Stiegenhaus

Alle TeilnehmerInnen wohnen in einem Wohnhaus mit Aufzug. Jedoch ist der Aufzug bei zwei von den 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 Stiege, wenn eine Möglichkeit wäre, diese Stiege 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. Das 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 zum Müllraum auch nicht. Daher haben zwei der ProbandInnen einen barrierefreien, und die anderen zwei keinen barrierefreien Zugang. Mit dem Keller verhält es sich ident, dieselben Befragten, mit einem barrierefreien Zugang zum Müllraum haben auch zum Keller keine Barrieren.

Rollator

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

- Rollatoren und andere Gehhilfen

Der Rollator wird von allen interviewenden 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 zudem, dass für gute, qualitativ hochwertige Rollatoren, eine große Sitzfläche sehr wichtig ist, und dass diese dann aber auch sehr teuer sind.

- Umgang mit dem Rollator

Auffallend war, dass den TeilnehmerInnen niemand den Umgang mit dem Rollator erklärt oder ihn richtig eingestellt hat, falls er höhenverstellbar ist. „Das des a Einstellungssache is', dass es von niemanden 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 das Mobilitätsprogramm „Fit mit Rollator“ (siehe unten) als sehr hilfreich gesehen. Der Umgang im öffentlichen Raum mit dem Rollator wird größtenteils positiv gesehen, dies hängt jedoch stark von der körperlichen Verfassung, der Qualität des Rollators und der 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 ehm Ideen und wos was man no selber sich ausmachen kann, ned. Wie gesagt, des möchte i daweil no lassen. Isa mal nu 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 von den ProbandInnen.

- Aktivität bzw. Mobilität

Für alle Befragten hat Mobilität eine sehr hohe Bedeutung, um noch selbständig in ihrer Bewegung 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 Befragten haben

sich stark auf ihre Sorgen fokussiert, jedoch ist ein/e ProbandIn aufgefallen mit dem Wunsch nach mehr Mobilität - wieder selber gehen zu können (P2). Alle ProbandInnen gehen verschiedensten Aktivitäten nach, um mobil zu bleiben. Vier von fünf machen selber 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 Punkt um einen Rollator zu verwenden. Bei den restlichen TeilnehmerInnen, dient der Rollator als Vorsichtsmaßnahme auf Grund der körperlichen Verfassung (Osteoporose, Hüftschmerzen oder Erschöpfung).

- Bedürfnisse

Die Bedürfnisse der ProbandInnen spiegeln sich in allen Kategorien wieder. Was am häufigsten erwähnt wurde ist, dass einzelne Stufen auch 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 wurde von jedem und jeder einzelnen die Ampelphase und die Qualität des Bodenbelags kritisiert.

- Erfahrungen

80 % der TeilnehmerInnen haben irgendeine schlechte Erfahrung mit Mitmenschen gemacht. Jedoch waren es eher Ausnahmen und die meisten Menschen nehmen dann doch Rücksicht und helfen über einzelne Stufen oder halten 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 das selbe 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 die Angst vor Stürzen oder auch überfahren zu werden. Auffallend war, das jene ProbandInnen (P2, P4), die zu 100 % auf den Rollator angewiesen sind, einen sehr positiven Bezug zum Rollator haben. Die übrigen (P1, P3, P5), welche 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 dem Streusplitt und den nicht geräumten Wegen. Aufgefallen ist auch, dass die meisten trotzdem noch gerne spazieren gehen und dies auch als wichtig empfinden, um weiterhin noch mobil bleiben zu können. Das kann zum Beispiel im Park sein oder mit dem Hund beim Gassi-Gehen. Ein/e ProbandIn meidet jedoch schon Wege nach draußen, außer jene die erledigt werden müssen und ist manchmal auch schon deprimiert deswegen (P1).

5.3. Analyseergebnisse der Interviews mit Experten in Hinblick auf Lösungen

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

5.3.1. Erläuterung der Methode

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

5.3.2. Inhalt

Es werden Fragen zu der Position im Unternehmen gestellt, sowie zu ausgeführten Tätigkeiten beziehungsweise Projekten. Weiters wird nach den Fortschritten der letzten Jahre, bezogen auf die Barrierefreiheit, eingegangen. Im zweiten Themenblock wird die derzeitige Situation in Wien erfragt, bezogen auf die Barrierefreiheit in verschiedenen Bereichen. Außerdem wird auf verschiedene rechtliche Rahmenbedingungen und 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, bei dem dritten wurde eine Mitschrift geführt.

Die Interviews wurden mit folgenden ExpertInnen durchgeführt:

- Ing. Maria Grundner (Mobilitätagentur 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 zuordnen zu können, wurde vorab, aufbauend auf den theoretischen Hintergrund, ein Kategorieraster erstellt (Gläser und 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 können auf alte Kategorien verzichtet oder neue hinzugefügt werden, um somit besser auf den Inhalt der Interviews eingehen zu können (Gläser und 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 bei Vorgaben auf RollatornutzerInnen	
Zukunft	<ul style="list-style-type: none"> - Zugang Güter des täglichen Bedarfs (Lebensmittelgeschäfte, Ärzte und Apotheken) - Öffentlicher Raum - ÖV - Halböffentlicher Raum - Fit mit Rollator - Rollator(nutzerInnen)

Tabelle 13: Kategorieraster ExpertInnen

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 in Tabelle 13 veranschaulichten Kategorierasters analysiert und ausgewertet. Folgend strukturiert sich die Auswertung in den Kategorien und Unterkategorien:

Fortschritte zur 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, bezugnehmend auf die Barrierefreiheit, war 2003 und es ist 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 Supermärkten, zu beobachten (E1).

Derzeitige Situation

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

- Öffentlicher Raum

Der öffentliche Raum wird von den Experten als größtenteils barrierefrei gesehen (E1, E3). Jedoch sollte eine Weiterentwicklung stattfinden, da, je höher die Ansprüche einer Person sind, desto mehr muss gemacht und umgesetzt werden (E3). Das zeigt sich zum Beispiel in den abgesenkten Bordsteinkanten, die sehr oft zu Problemen führen können oder Gullys, welche nicht ebenerdig 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 (E1, E2, E3), sogar in internationaler Hinsicht (E2, E3). Es wird auf die Bedürfnisse von möglichst vielen verschiedenen Personengruppen (Sehbehinderte, Hörbehinderte, Gehbehinderte, Personen mit psychischen Erkrankungen) Rücksicht genommen (E2, E3). Hervorzuheben ist, dass alle Stationen barrierefrei zugänglich sind, sowie die gesamte U-Bahn und Bus-Flotte. Die Straßenbahnflotte ist bereits zu über 50 % mit Niederflurfahrzeugen belegt und mit der neuen Straßenbahn, die Flexity-Züge, werden die Hochflurstraßenbahnen ersetzt (E2). Daher besteht noch im Straßenbahn-Netz Optimierungsbedarf, da RollatornutzerInnen Hochflurstraßenbahnen auslassen müssen. Ein weiteres Problem stellen U-Bahnhaltestellen 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 gesehen muss aber erwähnt werden, dass ein Aufzug pro Haltestelle schon 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“ angepasst und sich ihren Bedingungen angepasst (E1, E3), jedoch ist hier auch noch Optimierungsbedarf vorhanden (E3). Das größte Problem betrifft die barrierefreie Zugänglichkeit bei ÄrztInnen (E1, E3), vor allem bei den HausärztInnen, welche sich in Wohnbauten befinden (E1). ÄrztInnen werden als sehr beratungsresistent gesehen. Die medizinischen Versorger behandeln am liebsten „den 0815 Mensch“, 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

Die größte Priorität ist, dass man immer noch Überzeugungsarbeit leisten muss um Barrieren im Kopf von anderen Personen zu brechen. 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 Punkt kann der halböffentliche Raum gesehen werden. Wenn die Betroffenen beim Verlassen der Wohnung oder Nachhause kommen Barrieren empfinden, dann wird die Wohnung nur noch dann verlassen, wenn es sein muss, was wiederum auch zu Depressionen führen kann (E1). Was den öffentlichen Verkehr betrifft, sind die Haltestellen im Raum zu knapp bemessen. Durch die steigenden Fahrgastzahlen und Möblierungsgegenstände wird dieser Raum noch enger. „Oft ist die Platzsituation als Problem zu sehen beziehungsweise andere Zwangspunkte (Bauwerke, Radweg, ...) sowie unterschiedliche Interessen, welche untergebracht werden müssen.“ (E2).

ÖNormen und Richtlinien: Rücksichtnahme bei Vorgaben auf RollatornutzerInnen

In dieser Kategorie wird die Rücksichtnahme von 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 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 sich bei solchen rechtlichen Angelegenheiten Menschen immer selbst vertreten müssen. Dadurch werden sie kaum gehört. Planer versuchen zwar die Bedürfnisse solcher Gruppen auch zu berücksichtigen, jedoch ist das „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, öffentlichen Verkehr, Hotels und Wohnbau, bis zu barrierefreiem Fluchten (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 der Ampelphase oder der Qualität beziehungsweise Barrierefreiheit von Bodenbelägen. Stufenlosigkeit, leicht aufgehende Türen und Sitzmöglichkeiten in regelmäßigen Abständen wären Maßnahmen, welche die Mobilität älterer Personen mit Rollator steigern würden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Platzbedarf, da RollatornutzerInnen extrem 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 Gullys, da hier RollatornutzerInnen hängen bleiben können (sollten ebenerdig sein) (E1). Außerdem ist bei der Planung neuer Straßen die barrierefreie Umsetzung noch neues Gebiet (E3). Das 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 „Felxity-Straßenbahn“. Der neue Straßenbahntyp hat eine optimierte Innenraumgestaltung, welche mehr Stellplatz für Rollstühle, Kinderwagen etc. aufweist und zudem auch bei der zweiten Tür eine Rampe hat, um mit rollenden Gehhilfen leichter einsteigen zu können (E2). Nicht funktionierende Aufzüge bei U-Bahn-Stationen (E1, E3), könnte man durch einen zweiten Aufzug entgegenwirken (E3).

- Zugang Güter des täglichen Bedarfs

Der Zugang zu Lebensmittelgeschäften stellt im Alltag von mobilitätseingeschränkten Personen zumeist keine Herausforderung mehr dar, jedoch gibt es immer noch welche bei denen der

Zugang nicht barrierefrei ist. Bauliche Maßnahmen wären hier die Lösung, um jedes Geschäft barrierefrei zu gestalten. Ein weiteres Problem stellen die 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 das nicht geklärt wird, wird auch nicht investiert. Meistens wird ein Kompromiss zwischen GebäudeInhaberIn und BetroffeneR eingegangen, bei dem beide einen Teil zahlen. Allgemein stellt es eine große Herausforderung dar in einem Wohnbau, der 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, welcher etwa mit 65 Jahren passiert, schon vorausschauend überlegt und beraten werden, um eine barrierefreie Wohnung in Betracht zu ziehen (E3).

- Fit mit Rollator

Die befragten ExpertInnen könnten sich so ein Mobilitätsprogramm auch in Wien vorstellen und dass es mobilitätssteigernd wirken kann (E1, E2, E3). Jedoch ist Akzeptanz bei solchen Programmen stark von verschiedenen Faktoren abhängig. Einerseits ist es 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 es 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 auf die Leute zuzugehen. Man könnte das Interesse von möglichen TeilnehmerInnen auch durch gezielte Übungen, bei denen generell Schwierigkeiten im Umgang mit dem Rollator gegeben sind, wecken. Ein Beispiel dafür wären U-Bahnfahrten (E3).

- Rollator(nutzerInnen)

Zum Rollator wäre zuerst zu sagen, dass er eine „neue“ Methode der Gehhilfen ist. Vor etwa 15 Jahren 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 er extrem mobilitätssteigernd ist - durch seine vielfältigen Funktionsmöglichkeiten (Korb um Sachen zu transportieren oder eine eigene Sitzgelegenheit), ist es eine sehr gute Entwicklung für Gehhilfen (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 alleine zurechtfinden (E1, E3). Weitere Hilfe könnten RollatornutzerInnen bei der Wegwahl erhalten. Es wäre empfehlenswert älteren Personen, anhand einer Einschulung, den Richtigen Umgang im Straßenverkehr näher zu bringen (E3). Ein weiteres Problem ist die Funktionsfähigkeit der Rollatoren, welche von der Krankenkassa zur Verfügung gestellt werden. Diese haben häufig Mängel hinsichtlich der Bremsen oder Reifen (sind oft locker und müssen selbst festgezogen werden) oder es wird den Personen ein falscher Rollator in Bezug auf die Größe beziehungsweise Höhe des Rollators gegeben (E1, E3). Inzwischen gibt es auch schon viele verschiedene Rollatoren. Zum Beispiel gibt es einen Rollator, welcher die Sitzfläche hinten hat. Das würde dabei helfen, dass sich die NutzerInnen gleich hinsetzen könnten und nicht erst um die eigene Achse drehen müssten (E1). Abschließend ist noch zu erwähnen, dass Versicherungen die Kosten für einen Rollstuhl übernehmen, für einen Rollator, welches ebenfalls ein wichtiges Hilfsmittel im Alltag ist, aber nicht (E3).

5.4. Beantwortung der Forschungsfragen

Der theoretische und der praktische Teil der Arbeit haben zu der Beantwortung der aufgestellten Forschungsfragen geführt, welche in diesem Unterkapitel abgeklärt werden.

5.4.1. Forschungsfrage 1

Wie wird der öffentliche Raum von SeniorInnen mit Rollator empfunden? Was wird als (un)gefährlich/positiv/negativ im öffentlichen Raum erlebt? Gibt es unterschiedliche Herausforderungen auf Grund 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 der erlebten Erfahrungen. Viele 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 bei der 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 für ältere Menschen mit Rollator kann auf Basis der Interviews mit den Betroffenen mit dem Fokus auf den (halb-) öffentlichen Raum, sowie den Zugängen zu Gütern des täglichen Bedarfs sowie 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. Des Öfteren, falls ein Aufzug vorhanden ist, ist dieser auch nur über Stufen zu erreichen. Ein barrierefreier Zugang zum Wohnhaus ist außerdem unerlässlich für die Mobilität, da manche ältere Personen sich dann gezwungen fühlen zu Hause zu bleiben, was wiederum zu Depressionen führen kann.

Im öffentlichen Raum gibt es ebenfalls bei Gehsteigkanten und -absenkungen Nachbesserungsbedarf. Fehlende Schutzwege und zu kurze Ampelphasen, meist wird nur die halbe Fahrbahn überquert, werden als sehr gefährlich empfunden und führen zu Angstsituationen. Ebenfalls besteht auch bei der Qualität von Bodenbelägen Handlungsbedarf.

Bei vielen ÄrztInnen ist noch sehr viel Optimierungspotenzial gegeben. Die wenigsten medizinischen Versorgungseinrichtungen verfügen über einen barrierefreien Zugang. Die öffentlichen Verkehrsmittel werden als sehr gut empfunden, jedoch werden die Intervalle der Niederflurstraßenbahnen und nicht funktionierende Aufzüge bei U-Bahnstationen kritisiert.

Es besteht zwar immer noch viel Handlungsbedarf, welchen man aus baulicher Sicht beseitigen könnte, jedoch besteht auch sehr viel Handlungsbedarf bei den RollatornutzerInnen im Umgang mit dem Rollator und beim Rollator selbst. Dieser Aspekt darf nicht vernachlässigt werden. Aus den Gesprächen ist erkennbar, dass keine Einschulung, bezüglich der Funktionalität und Benutzbarkeit des Rollators gegeben wird und dass der Rollator nicht richtig eingestellt wird. Ein weiterer sehr wichtiger Punkt ist die Funktionalität von den, von der Krankenkassa zur Verfügung gestellten, Rollatoren, welche 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. Das 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 die Intervalle der Niederflurstraßenbahnen zu achten. Ein zweiter Aufzug könnte einen barrierefreien Zugang zu jeder Zeit gewährleisten. Mit dem neuen Straßenbahntyp „Flexity“ sollen die Hochflurstraßenbahnen konstant ersetzt werden. Des Weiteren ist mehr Platz zum Umkehren (bei Aufzügen im Stiegenhaus sowie in öffentlichen Räumen) und mehrere Abstellmöglichkeiten in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Der Aktionsradius ist aber auch von Person zur Person sehr unterschiedlich und hängt auch sehr stark mit der körperlichen Verfassung zusammen. Das heißt, egal wie barrierefrei die

Wohnumgebung auch ist, es kommt der Punkt, an dem Personen die Wohnung nur noch für die Notwendigkeiten verlassen.

Auch bei den Gesprächen mit den ExpertInnen ist der Umgang mit dem Rollator und das fehlende Wissen der RollatornutzerInnen ein großes Thema. Kurze Einschulungen und Erklärungen, wie der Rollator richtig verwendet und gelenkt wird, oder sich die NutzerInnen richtig hinsetzen, wären sehr hilfreich. Außerdem sollte diesen Personen auch erklärt werden, wie sie richtig in öffentliche Verkehrsmittel einsteigen und wie Wege richtig 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 auch mit anderen Auswirkungen des Alters zu kämpfen. Ein weiterer Grund ist, dass es keine Community gibt und daher ist diese Gruppe viel zu unterrepräsentiert. Die Planer versuchen ihr Wissen einzubringen, dies basiert jedoch auf Vermutungen und ist daher wieder im Sinne der allgemeinen Barrierefreiheit zu betrachten.

6. Handlungsempfehlungen zur Barrierefreiheit für die Rollatorbenutzung

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

Diese Maßnahmen dienen in erster Linie zur Verbesserung der selbständigen Mobilität von rollatornutzenden Personen. Sie sollen den Umgang und die Benutzung mit dem Rollator im (halb-) öffentlichen Raum erleichtern und die barrierefreie Zugänglichkeit zu Wohnhäusern und zur Versorgung ermöglichen. Außerdem sollen die Maßnahmen mehr Bewusstseinsbildung verschaffen. Insgesamt soll dadurch die Lebensqualität von älteren Personen, welche 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.

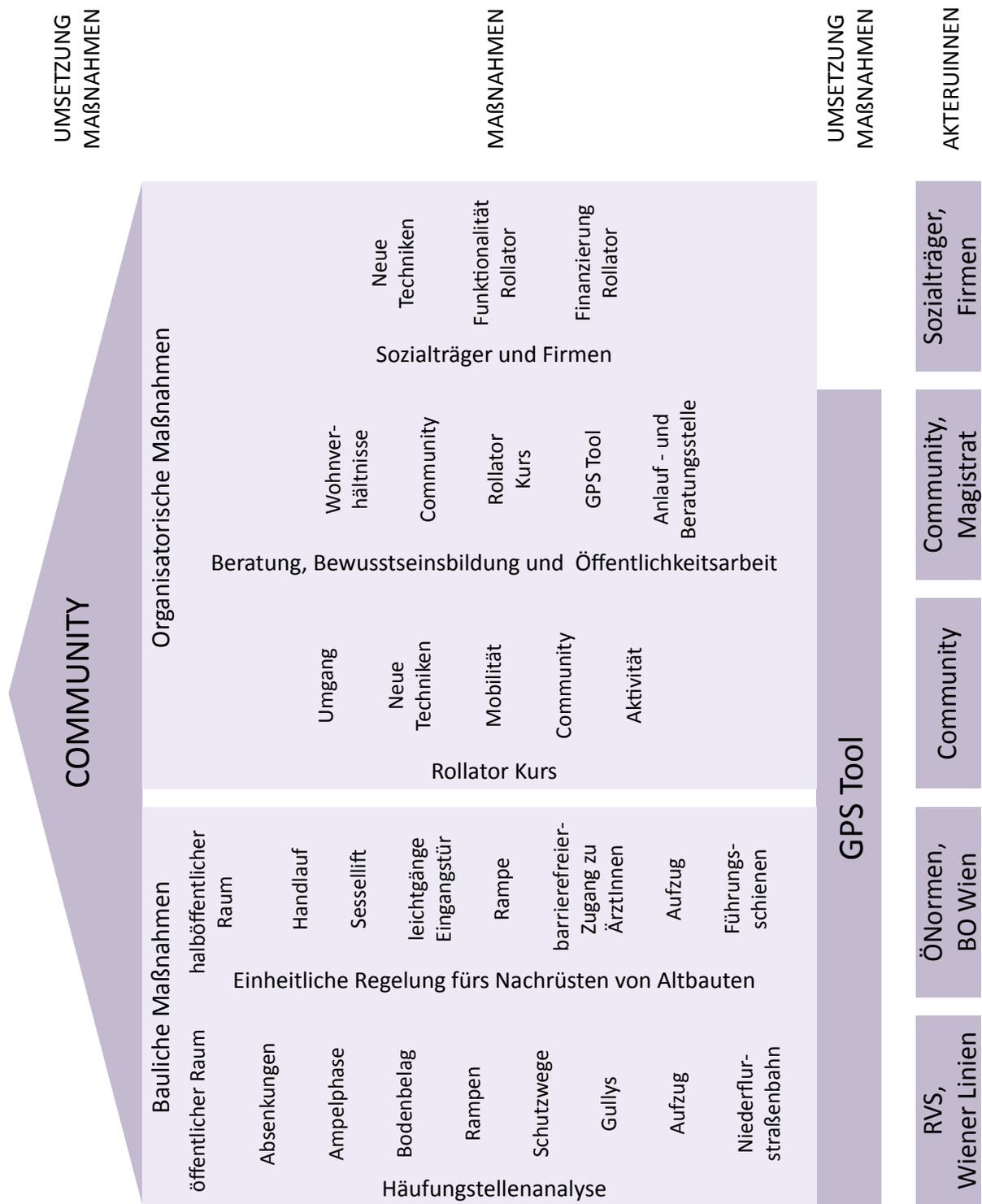


Abb. 16: Maßnahmenpaket, eigene Darstellung

Als Dach, welches über alles 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 für ein Problem 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

- Im öffentlichen Raum

Zu den 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 Grünphase der Ampeln sollen außerdem an die Gehgeschwindigkeit der RollatornutzerInnen angepasst werden. Des Weiteren gilt es die Barrierefreiheit der Bodenbeläge zu gewährleisten und Gullys 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 eines Aufzuges ist ebenso von Relevanz, da eine geräumige Gestaltung das Rückwärtsgehen von Personen vermeidet.

Um diese Herausforderungen von RollatornutzerInnen im öffentlichen Raum zu erkennen, bedarf es einer Häufungsstellenanalyse, welche mittels GPS Tool verortet werden können. RollatornutzerInnen können mit Hilfe des Tools diese 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 schon Maßnahmen bezüglich der Niederflurstraßenbahn-Problematik 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 sowie Aufzüge. Bei bereits bestehenden Aufzügen soll ein barrierefreier Zugang garantiert werden. Der barrierefreie Zugang zu ÄrztInnen, welche sich in Altbauten befinden, kann über die obigen genannten Maßnahmen gewährleistet werden.

Eine Aktualisierung der ÖNormen und der Bauordnung Wien kann dazu beitragen, Altbauten barrierefrei umzugestalten. Die Zugänge zu 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 sollte 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 dem GPS Tool eingeholt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt wäre, die Menschen über Umzugsmöglichkeiten in eine barrierefreie Wohnung, beispielsweise bei ihrem letzten Umzug (meist in eine kleinere Wohnung) zu unterstützen.

Auch diese Stellen könnten mit Hilfe der Community belegt 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 vom Rollstuhl. Außerdem sollten Firmen an neue Techniken zur einfachen 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 Community der RollatornutzerInnen ist deshalb eine sehr wichtige Maßnahme, da derzeit keine entsprechenden Vertretungen vorhanden sind. In vielen Bereichen der barrierefreien Planung wird mit einer Community Rücksprache gehalten. Auch bei der Bildung von rechtlichen Rahmenbedingungen wird öfter auf das Wissen der Community zurückgegriffen. Daher ist es sehr wichtig in erster Linie eine Gemeinschaft von mobilitätseingeschränkten Personen zu gründen.

Dieses Netzwerk kann vielerlei Vorteile aufweisen. Nicht nur, dass diese Personengruppe dadurch mehr Gehör verschafft bekommt, sondern auch, dass diese Personen untereinander Erfahrungen austauschen und Fragen stellen können. Dadurch, dass der Rollator noch eine moderne Gehhilfe ist, sehen ihn viele RollatornutzerInnen immer noch als Behinderung an, anstatt einer effektiven mobilitätssteigernden Gehhilfe (E3).

Die Community kann außerdem auch auf die Kurse aufmerksam machen, welche die Mobilität und Aktivität sehr 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 von neuer Technik (zum Beispiel die Einführung von neuer Technik bei den öffentlichen Verkehrsmitteln), kann die Unterstützung einer solchen Interessensvertretung von großer Bedeutung sein.

6.2.2. GPS Tool

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, welcher am Rollator selbst befestigt wird. Mit Hilfe der ausgewerteten Daten und Bildern 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, welche von den NutzerInnen verortet werden sollen. Diese können dann weitere Probleme anmerken und platzieren, wie beispielsweise die Qualität des Bodenbelags oder die Dauer der Ampelphase.

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, welche mittels der Bilder einfach durchzuführen sein sollte, kann es dann freigegeben und für alle BenutzerInnen ersichtlich gemacht werden. Durch die 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.

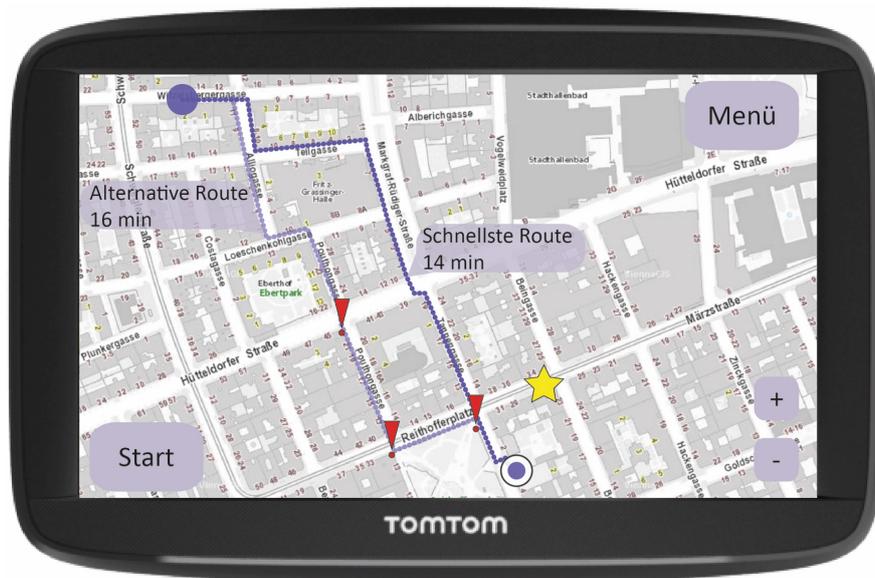


Abb. 17: GPS Tool - Routenauswahl, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung

Es wurde eine Route aus dem 15. Wiener Gemeindebezirk (Witzelsberggasse - Reithofferplatz) gewählt. Abb. 17 zeigt zwei mögliche Strecken, mit der jeweiligen Dauer und den Vorkommnissen auf dem Weg. 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 unteren linken 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 gibt es noch die Möglichkeit in das Menü zu kommen, welches in weiterer Folge noch näher beschrieben wird..

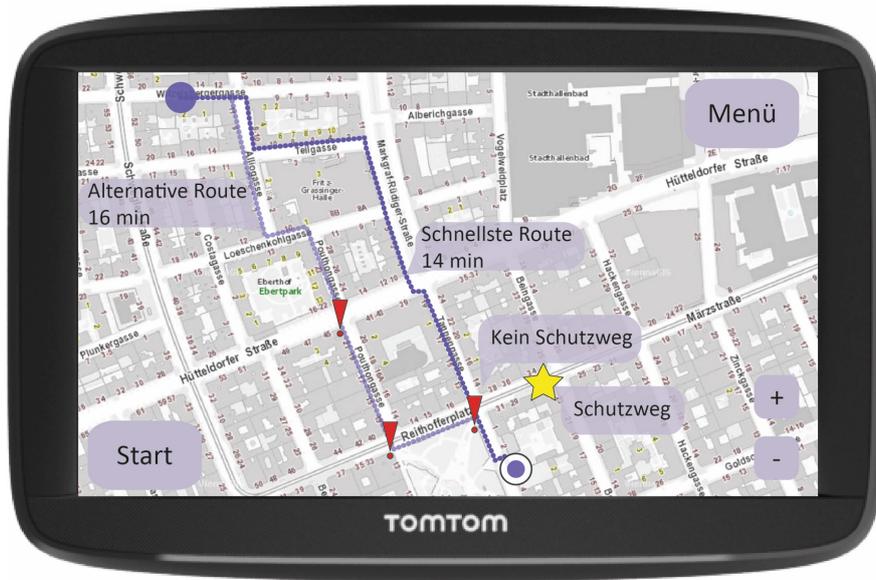


Abb. 18: GPS Tool - Erweiterte Funktionen, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung

In Abb. 18 kann erkannt werden, dass diese Vorkommnisse 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.

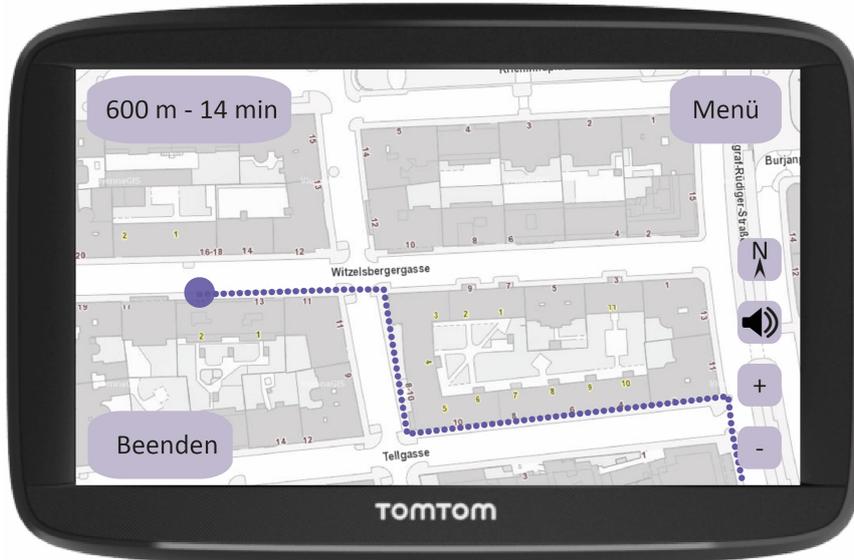


Abb. 19: GPS Tool - Navigation, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung

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 Meter und Minuten angezeigt. Für die Dauer wurde mit 0,6 m/s die durchschnittliche Gehgeschwindigkeit gerechnet (Bastek 2015, S. 92). Ein wichtiger Punkt bei 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, welche (de-)aktiviert werden können.



Abb. 20: GPS Tool - Menü, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung

Abb. 20 stellt das Menü vor, mit Fokus auf die 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 beim Rotwerden (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, welche jederzeit geändert werden können (Sprache, Helligkeit etc.).

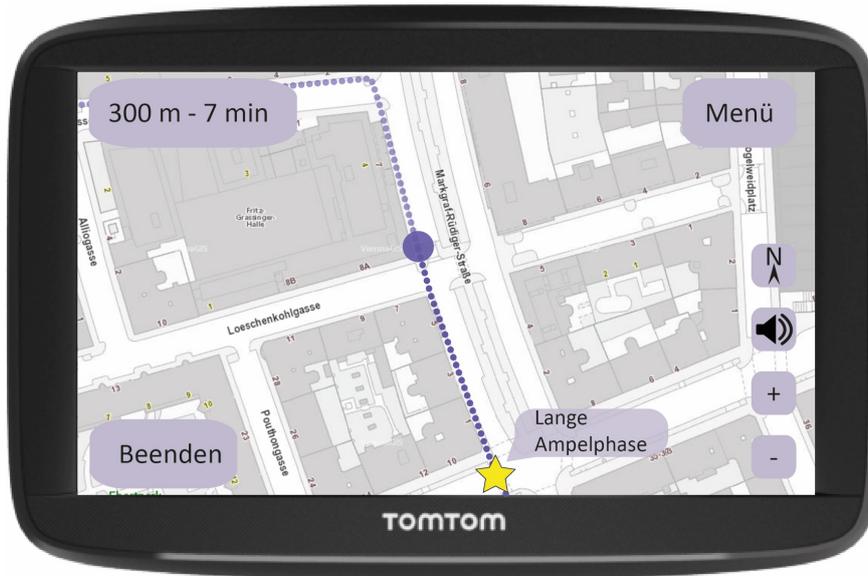


Abb. 21: GPS Tool - Navigation, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung

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

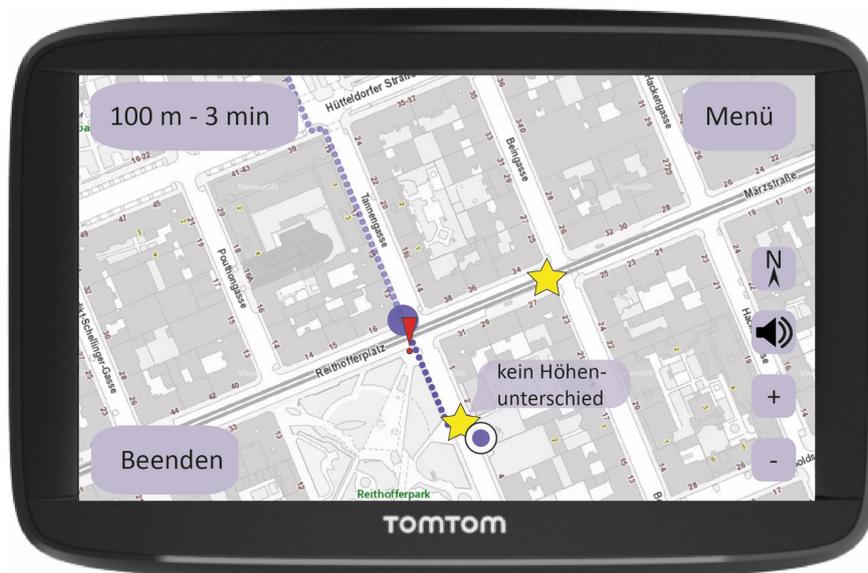


Abb. 22: GPS Tool - Ziel, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung

Zusammenfassend soll das Tool sowohl als Navigationshilfe, als auch als Instrument zur Häufungsstellenanalyse dienen. Es ist für ältere Personen, welche sich mit einer rollenden Gehhilfe fortbewegen gedacht, um ihre Wege zu erleichtern. Außerdem soll es der Stadt Wien

helfen, schneller an die 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, welche erweitert werden sollten beziehungsweise in Wien implementiert werden sollen.

- Rollator

Sozialträger und Firmen sollen neue Techniken andenken. Dieser Rollator ist ein gutes Beispiel dafür, dass Rollatoren noch geändert werden können. In Abb. 23 ist eine neue Art eines Rollators, der „ergoPrimo“, ersichtlich. Prinzipiell kann er alles, was ein anderer Rollator auch kann. Das besondere bei 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 es Kraft und kann Stürze vermeiden (Merzendorfer o. J.).



Abb. 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“ gemacht werden. Dieses Training ist sowohl für RollatornutzerInnen, als auch für jene die es in Erwägung ziehen, einen Rollator zu kaufen (Brodeßer o. J.). Solche Programme könnten einfach in den Rollator Kurs (siehe Kapitel 6.1 Empfehlungen und Maßnahmen) implementiert werden.

Dieser Kurs sorgt mit theoretischen Einführungen und Trainings (wie zum Beispiel die 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 Person eingestellt. Nachdem das Training abgeschlossen wurde, erhalten die TeilnehmerInnen den Rollatorführerschein (Brodeßer o. J.).

Außerdem werden Aus- und Fortbildungen für TrainerInnen angeboten, sowie eine Ausbildung zum 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. in April 2016 eine Prototyp-Filiale, „Billa ohne Grenzen“ eröffnet. Diese Filiale hat erweiterte Maßnahmen bezüglich der Barrierefreiheit für Seh- und Hörbehinderte und mobilitätseingeschränkte KundInnen angestrebt und umgesetzt (Media REWE 2016).

Die Filiale hat vieles realisiert, jedoch werden nur die Maßnahmen erwähnt, welche 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, welches auf die besonderen Bedürfnisse der Nutzergruppe 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 über 65 Jahre. Einige dieser BewohnerInnen sind auf einen Rollator angewiesen. Es wird von einem erhöhten Bedarf an Rollatoren-Parkplätzen in den nächsten Jahren ausgegangen (ORF 2017). Dieser Bedarf basiert auf geltende Brandschutzbestimmungen, welche das Abstellen des Rollators im Stiegenhaus nicht erlauben, da Fluchtwege dadurch blockiert werden. Viele Wohnungen haben keinen stufenlosen Zugang zur Wohnung und deshalb wurden in der Vergangenheit viele der Gehhilfen im Stiegenhaus abgestellt. Dieses Problem hat Wiener Wohnen seit Jänner 2017 durch Rollatoren-Parkplätze gelöst. Betroffene Personen können eine gebührenfreie Abstellgenehmigung beantragen. Dann wird ein geeigneter Abstellplatz gemeinsam mit den MieterInnen gesucht (Wiener Wohnen o. J.). Der Parkplatz wird mittels eines Nummernschildes einer einzigen 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, dann 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 zeigt auf, 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 in dem theoretischen Teil der Arbeit alle Anforderungen und Barrieren, welche als relevant für RollatornutzerInnen erachtet wurden, aus dem derzeitigen Wissensstand zu mobilitätseingeschränkten und älteren Personen ausgewählt wurden. Die Herausforderung dabei war, dass ältere Menschen nicht als homogene Gruppe gesehen werden können, da sie Barrieren und Herausforderungen aufgrund der 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 Einschränkungen ist auch eine Einschulung im Umgang mit dem Rollator von wichtigster 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 Potential für 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 Wegetagebüchern in zukünftigen Studien zu empfehlen. Das GPS Tool, welches in der Diplomarbeit angeführt wurde, könnte als elektronische Version eines Wegetagebuchs gesehen werden. Dadurch können Bedürfnisse und Anforderungen der NutzerInnen viel effizienter erkannt werden und die Stadt Wien kann bauliche Maßnahmen schneller definieren. Wichtig ist auch der Aufbau einer Community, um in wichtigen Angelegenheiten gehört zu werden, sowie auch bei verschiedenen Planungen miteinbezogen zu werden.

Die größte Herausforderung während der Bearbeitung der Diplomarbeit war TeilnehmerInnen (RollatornutzerIn; über 65 Jahre) für die Studie zu finden. Geplant war ein Wegetagebuch, einzusetzen. Da trotz Ansprache verschiedener Institutionen und Kanäle keine Teilnehmenden akquitiert 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 die Verfassung dieser Arbeit erschwert hat.

Dennoch war es 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 RollatornutzInnen gegeben haben.

Literaturverzeichnis

- Żakowska, Linda, und Hector Monterde i Bort. 2003. „results of focus-group interviews and in-depth interviews with senior citizens and experts.“ Studie, Krakau, Valencia.
- ÖPIA. 2015. *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie*. Wien.
- . 2015. *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie*. Wien.
- Amann, Anton. 2009. „Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.“ In *Hochaltrigkeit in Österreich*, von Franz Kolland, Gerhard Majce Josef Hörl, Herausgeber: Soziales und Konsumentenschutz Bundesministerium für Arbeit, 532. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Amann, Anton, Barbara Reiterer, Ralf Risser, und Gudrun Haindl. 2006. „SIZE Final Report.“ Forschungsbericht, Wien.
- Amazon. , o. J. *Amazon*. Zugriff am 20. 10 2018. 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.
- . , o. J. *Amazon*. Zugriff am 30. 11 2018. <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. kein Datum. *Austrian Standards*. Zugriff am 12. 11 2018. <https://www.austrian-standards.at/infopedia-themencenter/infopedia-artikel/oenorm/>.
- Bastek, Jens. 2015. „Gehgeschwindigkeiten und Laufverhalten älterer oder gehbehinderter Verkehrsteilnehmer mit Rollatoren – erste Studien.“ *VKU Verkehrsunfall und Fahrzeugtechnik* (3): 90-92.
- BGStG. 2005. „Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz BGBl. I Nr. 82/2005 idF 32/2018.“ Rechtsvorschrift. Zugriff am 12. 11 2018. <http://bidok.uibk.ac.at/library/wko-einstellung.html#idp14586720>.
- Billeth, Renate . 2018. *Emailverkehr vom 05.11.2018*. Wien: Wiener Wohnen.

- Bortz , Jürgen, und Nicola Döring. 2006. *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. Springer.
- Brodeßer, Cornelia. o. J. *60 + Sicher mobil*. Zugriff am 04. 03 2019. <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*. Herausgeber: Innovation und Technologie Bundesministerium für Verkehr. Wien.
- Elias, Daniel, Birgit Nadler, Friedrich Nadler, Johannes Stehno, Claudia Berkowitsch, Georg Hauger, Matthias Nagler, und Monika Wanjek. 2016. „Senior Steps.“ Forschungsarbeit, Wien.
- FSV. o. J. *Forschungsgesellschaft Straße - Schiene - Verkehr*. Zugriff am 12. 11 2018. <http://www.fsv.at/cms/default.aspx?ID=9815dd09-f5a8-41a8-9fb5-b1197ffb1cd2>.
- FSV. 2010. „RVS 02.02.36 Alltagsgerechter barrierefreier Straßenraum.“ Ausgabe 1. September 2010, Wien.
- FSV. 2001. „RVS 02.03.12 Behindertengerechte Ausgestaltung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV).“ Ausgabe von Juni 2001, Wien.
- FSV. 2015. „RVS 03.02.12 Fußgängerverkehr.“ Ausgabe von 1. Oktober 2015, Wien.
- Gläser, Jochen, und Grit Laudel. 2009. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 3. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Grundner, Maria R. 2013. *Barrierefreies Planen und Bauen in Österreich*. 1. Auflage. Wien: Austrian Standards plus GmbH.
- Heller, Jochen, und Regina Schreiner. 2015. „Zu Fuß gehen in Wien.“ Wien.
- Hirner, Herbert. 2017. *Austrian Standard International*. 04. Zugriff am 12. 11 2018. <https://www.austrian-standards.at/infopedia-themencenter/infopedia-artikel/barrierefeies-bauen/>.
- Hoßmann, Iris, Mareike Lettow, und Reiner Münz. 2009. *Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Glossar*. Zugriff am 10. 10 2018. <https://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/glossar.html#c2371>.
- Hornof, Thomas. 2018. *Emailverkehr vom 18.01.2018*. Wien: WGKK.
- Köther, Ilka. 2011. *Altenpflege*. 3. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

- Kühn, Konstanze, und Rolf Porst. 1999. „Befragung alter und sehr alter Menschen: Besonderheiten, Schwierigkeiten und methodische Konsequenzen ; ein Literaturbericht.“ ZUMA-Arbeitsbericht, Mannheim.
- Kamps, Udo. o. J. *Wirtschaftslexikon Gabler*. Zugriff am 07. 02 2019. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/hochrechnung-35801>.
- Kasper, Birgit. 11/2007. *HKV - Handbuch der kommunalen Verkehrsplanung*. Loseblattwerk. Herausgeber: Branchen T. u.a. Wichmann.
- KFV. 2018. *Injury Database Austria - Jahresbericht 2017*. Bericht, Wien: KFV.
- KFV, und IDB Austria. 2019. „Verletzungsursachen in Österreich.“ Excel Tabelle, Wien.
- Kisser, Rupert. 2009. „Sicherheit im hohen Alter.“ In *Hochaltrigkeit in Österreich*, von Josef Hörl, Franz Kolland und Gerhard Majce, 159-178. Wien.
- Krajsits, Cornelia. 2009. „Ökologie im Alter - Der Zugang zur (sozialen) Infrastruktur der Wohnumgebung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Unterschiede und Besonderheiten.“ In *Hochaltrigkeit in Österreich*, von Franz Kolland, Gerhard Majce Josef Hörl, Herausgeber: Soziales und Konsumentenschutz Bundesministerium für Arbeit, 89-102. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Kuikka, Johan. , o.J. *trionic*. Zugriff am 29. 10 2018. <https://www.trionic.at/de/veloped-die-alternative-zum-rollator-i-18>.
- , o. J. *Trionic*. Zugriff am 30. 11 2018. <https://www.trionic.de/de/veloped-tour-c-9/>.
- Kytir, Josef. 2009. „Demografische Entwicklung.“ In *Hochaltrigkeit in Österreich*, von Franz Kolland, Gerhard Majce Josef Hörl, Herausgeber: Soziales und Konsumentenschutz Bundesministerium für Arbeit, 43-70. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Lakatha, Sabine . 2014. „Sicher auf den Beinen.“ *Caritas. Von Haus zu Haus*, 14-15.
- Müller, Herbert. 2011. *Arbeitsorganisation in der Altenpflege*. 4. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Zugriff am 20. 02 2019. <https://www.aedl.de/>.
- Magistratsabteilung 18. 2015. *STEP 2025 Fachkonzept Mobilität*. Wien.
- Magistratsabteilung 41. 2018. „Data.gv.“ *Bezirksgrenzen Wien*. 09. 07. Zugriff am 09. 10 2018. <https://www.data.gv.at/katalog/dataset/2ee6b8bf-6292-413c-bb8b-bd22dbb2ad4b>.
- Mayring, Philipp. 2015. *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. 12. BELTZ.
- Media REWE. 2016. *REWE*. 05. 04. Zugriff am 29. 10 2018. <https://www.rewe-group.at/de/newsroom/pressemitteilungen/billa-1602-barrierefreies-einkaufen>.

- Medicounter GmbH, o. J. *Medi Counter*. Zugriff am 30. 11 2018. [https://www.medicounter.de/alu-rollator-deluxe-xl-\(gehwagen---gehilfe\).html](https://www.medicounter.de/alu-rollator-deluxe-xl-(gehwagen---gehilfe).html).
- Medishop, o. J. *Medi Shop*. Zugriff am 30. 11 2018. <http://www.medishop-gmbh.eu/Shop/Hilfsmittel-zur-Mobilitaet/Rollatoren/Spezial-Rollatoren/WHEELLATOR-2in1-Rollstuhl-und-Rollator.html>.
- Merzendorfer, John. o. J. *Rollator Exklusiv*. Zugriff am 27. 02 2019. <https://www.rollator-exklusiv.de/rollatoren-muenchen/rollator-ergoprimo/>.
- Mollenkopf, Heidrun, und Pia Flaschenträger. 2001. *Erhaltung von Mobilität im Alter*. Schriftenreihe, Stuttgart: W. Kohlhammer.
- nast consulting ZT GmbH; TU Wien IVS-Verkehrssystemplanung. 2012. „Gruppenspezifisches Verhaltens- und Simulationsmodell auf der Grundlage von Telematikerhebungen.“ Studie, Wien.
- OIB. 2015. *Österreichisches Institut für Bautechnik*. 26. 03. Zugriff am 12. 11 2018. <https://www.oib.or.at/de/oib-richtlinien>.
- ORF. 2017. *Wien ORF*. 15. 01. Zugriff am 29. 10 2018. <https://wien.orf.at/news/stories/2820032/>.
- . 2017. *Wien ORF*. 29. 03. Zugriff am 30. 10 2018. <https://wien.orf.at/news/stories/2833658/>.
- Pflaum, M., F. R. Lang, und E. Freiberger. 2015. *Fit mit Rollator - Mobilitätstraining für Rollatornutzer Manual*. Herausgeber: Institut für Psychogerontologie. Nürnberg.
- . 2016. „Fit mit Rollator - Pilotstudie zur Machbarkeit eines Mobilitätstrainings für Rollatornutzer.“ *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Juli: 366 - 371.
- Raab, Klaus, o. J. *Sanitätshaus Raab*. Zugriff am 30. 11 2018. <http://www.sanitaetshaus-raab.de/rollatoren-gehilfen/>.
- Reiterer, Barbara. 2009. „Mobilität im Alter.“ In *Hochaltrigkeit in Österreich*, von Franz Kolland, Gerhard Majce Josef Hörl, Herausgeber: Soziales und Konsumentenschutz Bundesministerium für Arbeit, 179-198. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Schweidler, Gerald, und Jonathan Pázmándy. 2017. „Barrierefreiheit im Einzelhandel.“ Wien. Stadt Wien. o. J. *Stadt Wien*. Zugriff am 24. 01 2019. <https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/strategien/step/>.
- Statistik Austria. 2014. *Personendaten - Altersgruppen und Geschlecht - 01.01.2014*. Tabelle, Statistik Austria. Zugriff am 10. 10 2018. <https://www.statistik.at>.

- , 2017. „Statistik Austria.“ *Bevölkerungsprognosen*. 17. 11. Zugriff am 12. 07 2018. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html.
- , 2018. „Statistik des Bevölkerungsstandes.“ 17. 05. Zugriff am 10. 06 2018. 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*. Zugriff am 07. 02 2019. <https://www.wien.gv.at/statistik/bevoelkerung/tabellen/bevoelkerung-alter-geschl-bez.html>.
- Steigenberger, Evelyn. , o.J. *Carbon Rollator*. Zugriff am 29. 10 2018. <https://carbon-rollator.de/rollator-gehilfen/>.
- Tingelhoff. 2017. „Rollatoren und Zubehör.“ Produktinformationen, Dortmund.
- , 2018. *Shop Tingelhoff*. 17. 09. Zugriff am 18. 10 2018. <https://shop.tingelhoff.de/media/wysiwyg/rollatorinfo/rollatortabelle.pdf>.
- , , o.J. *Shop Tingelhoff*. Zugriff am 30. 11 2018. <https://shop.tingelhoff.de/leichtgewichtrollator-gemino-30-walker.html>.
- TomTom. o. J. *TomTom*. Zugriff am 04. 03 2019. https://www.tomtom.com/de_at/drive/car/products/start-52/.
- Trinker, Dr. Martin. , o. J. *Rollator und Gehhilfen*. Zugriff am 19. 10 2018. <https://rollator-gehilfen.com/rollatoren/rollator-kaufen-aber-welchen/#more-1222>.
- Tukimet Oy. , o.J. „Wheelator.“ Produktbeschreibung, Rauma.
- ViennaGIS. o. J. *Stadt Wien*. Zugriff am 04. 03 2019. <https://www.wien.gv.at/stadtplan/>.
- WGKK. 2018. *WGKK*. 01. 01. Zugriff am 26. 11 2018. <https://www.wgkk.at/cdscontent/?contentid=10007.758085&portal=wgkkversportal&viewmode=content>.
- WHO. 2005. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Herausgeber: DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Genf.
- Wiener Linien. 2016. „Barrierefreiheit.“ Folder, Wien.

—. 2018. *Wiener Linien*. 06. 12. Zugriff am 18. 01 2019. <https://www.wienerlinien.at/eportal3/ep/bvContentView.do?contentType=1001&contentId=4202660&programId=74577&channelId=-47186>.

Wiener Linien. 2017. „Zahlen Daten Fakten.“ Folder, Wien.

Wiener Wohnen. o. J. *Wiener Wohnen*. Zugriff am 29. 10 2018. https://www.wienerwohnen.at/Neues-aus-dem-Gemeindebau/news_84_rollator.html.

Willhaben. , o. J. *Willhaben*. Zugriff am 20. 10 2018. <https://www.willhaben.at/iad/kaufen-und-verkaufen/l/rollator>.

Winkler, Petra, Elisabeth Pochobradsky, Charlotte Wirl, Robert Griebler, Elisabeth Rappold, Magdalena Arrouas, und Alexandra Mayerhofer. 2012. *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Bericht, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

WKO. 2018. 26. 02. Zugriff am 12. 11 2018. <https://www.wko.at/service/innovation-technologie-digitalisierung/grundlagen-der-normung-in-oesterreich.html>.

—. 2006. *Bidok*. Zugriff am 27. 11 2018. <http://bidok.uibk.ac.at/library/wko-einstellung.html>.

Wr BauO. 1930. „Wiener Bauordnung, LGBI. 11/1930 idF 37/2018.“ Rechtsvorschrift.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1: Anteil der Über-65-Jährigen in Wien (Statistik Austria 2014) (Magistratsabteilung 41 2018), eigene Darstellung</i>	19
<i>Abb. 2: Bedingungen für Mobilität (WHO 2005, S. 23), eigene Darstellung</i>	22
<i>Abb. 3: Outdoor Rollator (Tingelhoff 2017, S. 5)</i>	33
<i>Abb. 4: Indoor Rollator (Tingelhoff 2017, S. 9)</i>	33
<i>Abb. 5: Rollator klappbar (Medicounter GmbH , o. J.)</i>	33
<i>Abb. 6: Arthritisrollator (Tingelhoff , o.J.)</i>	33
<i>Abb. 7: Typisches aufgezeichnetes Geschwindigkeits-Zeit-Profil (Bastek 2015, S. 91)</i>	36
<i>Abb. 8: Alle ermittelten Durchschnittsgeschwindigkeiten in Abhängigkeit vom Alter der Probanden (Bastek 2015, S. 92)</i>	37
<i>Abb. 9: Gehgestell (Raab , o. J.)</i>	39
<i>Abb. 10: Gehwagen (Amazon , o. J.)</i>	39
<i>Abb. 11: Unterarmgehstützen und Krücken (Raab , o. J.)</i>	39
<i>Abb. 12: Gehstock (Raab , o. J.)</i>	39
<i>Abb. 13: Vierpunktstock (Raab , o. J.)</i>	40
<i>Abb. 14: Wheelator (Tukimet Oy , o.J., S. 1)</i>	40

Abb. 15: Veloped (Kuikka, trionic , o.J.)	40
Abb. 16: Maßnahmenpaket, eigene Darstellung.....	86
Abb. 17: GPS Tool - Routenauswahl, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung.....	91
Abb. 18: GPS Tool - Erweiterte Funktionen, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung	92
Abb. 19: GPS Tool - Navigation, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung	92
Abb. 20: GPS Tool - Menü, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung	93
Abb. 21: GPS Tool - Navigation, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung	94
Abb. 22: GPS Tool - Ziel, (TomTom o. J.), (ViennaGIS o. J.), eigene Darstellung	94
Abb. 23: Rollatorsitzfläche hinten - ergoPrimo (Merzendorfer o. J.)	95

Diagrammverzeichnis

Diagramm 1: Demografischer Wandel in Österreich- Anteile verschiedener Altersgruppen 2016 - 2100 [in %] (Statistik Austria 2018), eigene Darstellung.....	17
Diagramm 2: Demografischer Wandel in Wien - Anteile verschiedener Altersgruppen 2016 - 2100 [in %] (Statistik Austria 2018), eigene Darstellung	18
Diagramm 3: Anteil benutzter Verkehrsmittel in Wien nach Altersgruppen [in %] (Heller und Schreiner 2015, S. 8), eigene Darstellung	24
Diagramm 4: Anteil benutzter Verkehrsmittel in Wien nach Altersgruppe und Wegezweck [in %] (Heller und Schreiner 2015, S. 13), eigene Darstellung.....	26
Diagramm 5: Anteil von Wegezwecke auf Fußwegen in Wien nach Altersgruppen [in %] (Heller und Schreiner 2015, S. 14), eigene Darstellung.....	27
Diagramm 6: Durchschnittsentfernung pro reinem Fußweg und Gesamtlänge der Fußwege in Wien pro Tag in Meter (Heller und Schreiner 2015, S. 21), eigene Darstellung.....	28
Diagramm 7: Durchschnittsdauer pro reinem Fußweg und Gesamtdauer der Fußwege in Wien pro Tag in Minuten (Heller und Schreiner 2015, S. 24), eigene Darstellung	29
Diagramm 8: Gesamtfußwegdauer inkl. Etappen in Wien in Minuten (Heller und Schreiner 2015, S. 45), eigene Darstellung	30
Diagramm 9: Gesamtentfernung der Fußwege inkl. Etappen in Wien in Metern (Heller und Schreiner 2015, S. 46), eigene Darstellung	31
Diagramm 10: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahre in Österreich nach Alter; 2012 - 2018 [in %] (KFV und IDB Austria 2019), eigene Darstellung	42
Diagramm 11: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahre in Österreich nach Geschlecht; 2012 - 2018 [in %] (KFV und IDB Austria 2019), eigene Darstellung	43
Diagramm 12: Entwicklung der Unfälle von Personen ab 65 Jahre in Österreich nach Lebensbereich; 2012 - 2018 [in %] (KFV und IDB Austria 2019), eigene Darstellung	44
Diagramm 13: Entwicklung der Unfälle von Personen über 65 Jahre in Österreich nach Unfallursache; 2012 - 2018 [in %] (KFV und IDB Austria 2019), eigene Darstellung	45

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Bevölkerungsverteilung der über 65-Jährigen in Wien nach Geschlecht zum Stand 2018 (Statistik Austria, MA 23 2018); eigene Darstellung</i>	19
<i>Tabelle 2: Fußwegeanteil und Anzahl an Fußwegen pro Tag in Wien (Heller und Schreiner 2015, S. 10), eigene Darstellung</i>	25
<i>Tabelle 3: Arten von Rollatoren (Trinker , o. J.), Eigene Darstellung</i>	34
<i>Tabelle 4: Gehhilfen und Rollatoralternativen (Steigenberger , o.J.), (Lakatha 2014, S. 14), (Tukimet Oy , o.J.), (Kuikka, trionic , o.J.), Eigene Darstellung</i>	40
<i>Tabelle 5: (Nicht) stufenloser Zugang (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 11), eigene Darstellung</i>	56
<i>Tabelle 6: Bauliche Rampen und deren normgerechten Ausführung (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 12), eigene Darstellung</i>	57
<i>Tabelle 7: Vorhandensein von normgerechter Lifttechnik (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 12), eigene Darstellung</i>	57
<i>Tabelle 8: Einsatz von mobilen Rampen (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 13), eigene Darstellung</i>	57
<i>Tabelle 9: Barrierefreie Nebeneingänge (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 13), eigene Darstellung</i>	58
<i>Tabelle 10: (Nicht) barrierefreie Zugänge (Schweidler und Pázmándy 2017, S. 14), eigene Darstellung</i>	59
<i>Tabelle 11: Barrieren bei der Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel (Amann, Reiterer, et al. 2006); (Reiterer 2009, S. 186), eigene Darstellung</i>	61
<i>Tabelle 12: Kategorieraster RollatornutzerInnen</i>	67
<i>Tabelle 13: Kategorieraster ExpertInnen</i>	75
<i>Tabelle 14: Anzahl Rollatoren-Parkplätze Wiener Wohnen (Billeth 2018), eigene Darstellung</i>	98

Abkürzungsverzeichnis

ABEDL	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens
BGStG	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz
MIV	Motorisierter Individualverkehr
OIB	Österreichische Institut für Bautechnik
ÖNorm	Österreichische Normen
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
ÖV	Öffentlicher Verkehr
PKW	Personen Kraft Wagen
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 nach 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 abgesenkten Gehsteig 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 verwendet? 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 fremder 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 das 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 von neuen Fahrzeugen 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/nach dem Rollator geändert?

Thema 7: Abschließende Fragen

1. Würde für Sie auch eine andere Art von Gehilfe interessieren? Oder sind Sie mit dem Rollator zufrieden bzw. auf ihn angewiesen?
2. In Deutschland gibt es verschiedene Programme zum Umgang mit 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 Ihrer Mobilität außer Haus helfen würde?

Name:

Position:

Thema 1: Position

1. Seit wann befassen sie sich mit dem Thema Barrierefreiheit / älteren 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 Entstehung 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 Güter des täglichen Bedarfs und deren Umfeld (Infrastruktur)
 - öffentlichen Raum
 - ÖV
 - Halböffentlichen Raum
2. Welche Maßnahmen sind Ihnen schon bekannt, welche sich noch in der Planung befinden? Beziehungsweise gibt es bestimmte Ziele?
 3. Was kann im Umgang mit dem Rollator verbessert werden?
 4. Wie kann, Ihrer Meinung nach, der Aktionsradius von älteren Personen mit Rollator vergrößert werden?
 5. Was halten Sie von Programme wie „Fit mit Rollator“ und glauben Sie, dass diese in Wien angenommen werden würden. Welche Auswirkung haben solche Kurse auf den Umgang?