ÖPIA

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE II
2015-2018

1. Erhebung, Niederösterreich

Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung im hohen Alter in urbanen und ruralen Kontexten

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz

NIEDERÖSTERREICH

ÖPIA

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE II
2015-2018

1. Erhebung, Niederösterreich

Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung im hohen Alter in urbanen und ruralen Kontexten Niederösterreichs

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz

NIEDERÖSTERREICH

Eine Studie der

Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen (ÖPIA)

Projektpartner und Finanzierung

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Soziales

Impressum

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen (ÖPIA)
Laudongasse 21/10, 1080 Wien, E-Mail: office@oepia.at, Internet: www.oepia.at

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe im Fernsehen und Hörfunk sowie der Verarbeitung und Einspeicherung in elektronischen Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Copyright: Wien 2018

Projektleitung

Dr. med. Georg Ruppe, MA *(Projektleiter)*
Andreas Stückler, MA *(stv. Projektleiter)*

Berichterstellung und Statistik

Mag.ª Sophie Psihoda, MA

Mitarbeit

Mag.ª Justyna Zgud *(Layout)*
Herbert Gluske *(Aufbereitung Rohdaten)*
Mag.ª Dr.in Birgit Böhmdorfer, aHPh *(Analyse der Medikamenteninhaltsstoffe)*

Mitwirkende in beratender Funktion

Prof. Dr. Thomas Frühwald
Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse
Doz.in Dr.in Sabine Pleschberger, MPH

KURZFASSUNG

Zielsetzung

Dieser Bericht stellt die Ergebnisse der Ersterhebung der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie in Niederösterreich (ÖIHS-NÖ), die 2016 im Rahmen der zweiten Welle der ÖIHS stattgefunden hat.

Methode und Stichprobe

Es wurden 181 Personen in Privathaushalten und 22 Personen in Pflegeheimen, insgesamt also 203 Personen, im Alter von 80 bis 85 Jahren mittels persönlichem Interview (PAPI) befragt. Die Stichprobe setzt sich aus 45,8% Frauen und 54,2% Männer zusammen. Die Hälfte der Studienteilnehmer/innen wohnt in urbanen Gebieten, ein Drittel wohnt in städtischen Einflussgebieten oder regionalen Zentren und ein Fünftel im ländlichen Raum. Die Hochaltrigen der niederösterreichischen Stichprobe verfügen über eine überdurchschnittlich hohe Bildung. So haben 17,7% einen Universitäts- oder Hochschulabschluss, weitere 16,8% haben einen Schulabschluss mit Matura.

Wesentliche Erkenntnisse

Wohnsituation und Bewegungsradius

Die **Wohnsituation** ist für viele der befragten Hochaltrigen sehr vorteilhaft.

- **57,5% der Studienteilnehmer/innen wohnen in Wohneigentum**, mehr als ein Drittel (36,3%) wohnt mietfrei und 6,2% wohnen in Mietverhältnissen.
- Für **Wohnkosten** in Eigentum, mitfreien oder Mietverhältnissen geben die niederösterreichischen Hochaltrigen nicht mehr als 600 Euro aus.
- Der **größte Wunsch** besteht darin, **so lange wie möglich im Eigenheim** zu bleiben. 53,3% können sich nicht vorstellen, in einer anderen Wohnform zu wohnen.

Der **Bewegungsradius** der Studienteilnehmer/innen ist sehr groß.

- 72,3% der Befragten geben an, sich innerhalb der gesamten Stadt/des gesamten Ortes **„überall" selbstständig fortbewegen** zu können.
- Knapp zwei Drittel der Hochaltrigen in **Niederösterreich verlassen zumindest einmal täglich das Haus** bzw. die Wohnung.

Sozioökonomische Verhältnisse

Frauen und Hochaltrige am Land verfügen über einen geringeren Bildungsabschluss und über ein dementsprechend geringeres Haushaltseinkommen, vor allem wenn die Frauen verwitwet sind.

- Zwei Drittel der Hochaltrigen mit einem **niedrigen sozioökonomischen Status sind alleinstehende Frauen**.
- Drei Viertel der Hochaltrigen mit einem **hohen sozioökonomischen Status sind Männer mit hohem Bildungsabschluss**.

Die sozioökonomischen Verhältnisse stehen in signifikanten Zusammenhang mit der **gesundheitlichen Situation** der Studienteilnehmer/innen.

- Studienteilnehmer/innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status verfügen über einen schlechteren Gesundheitszustand. Dies betrifft vor allem Hochaltrige mit einem niedrigen Bildungsabschluss und Frauen.

Gesundheitszustand und subjektive Gesundheit

Fast zwei Drittel der niederösterreichischen Hochaltrigen verfügen über einen guten Gesundheitszustand ohne ausgeprägte funktionale Einschränkungen. Der subjektive Gesundheitszustand erweist sich als Gradmesser des objektiven Gesundheitszustands.

- 31% weisen einen relativ labilen körperlichen Allgemeinzustand mit fortschreitenden funktionalen Einschränkungen und etwa 10% weisen gravierende gesundheitliche und funktionale Einschränkungen auf.
- Zu den **Risikogruppen eines schlechten Gesundheitszustands** im Alter zählen **Frauen, Pflegeheimbewohner/innen**, Studienteilnehmer/innen mit einem **niedrigen sozioökonomischen Status** und einem **niedrigen Bildungsabschluss**.
- Im Vergleich zu den Männern ist der Gesundheitszustand bei drei Mal so vielen Frauen als frail und bei doppelt so vielen Frauen als pre-frail zu bezeichnen. Dennoch **schätzt ein Drittel der Frauen ihren Gesundheitszustand besser ein** als er sich nach dem Assessment darstellt.

Funktionale Gesundheit

Mit Blick auf die funktionale Gesundheit hochaltriger Menschen zeigt sich einerseits, dass kognitive Einschränkungen und Operationen zur Überwindung funktionaler Einschränkungen in der Sehfähigkeit relativ weit verbreitet sind. Andererseits zeigt sich jedoch, dass die Studienteilnehmer/innen über einen hohen Grad an Selbsthilfefähigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und über ein gutes Gehvermögen verfügen.

- **Aktivitäten des täglichen Lebens:** Über 80% der Studienteilnehmer/innen können sich selbst anziehen und ohne Unterstützung eine Stiege mit 10 Stufen steigen. Drei Viertel der Teilnehmer/innen erledigen ihre Einkäufe selbst.
- Bei 46% besteht der Verdacht auf eine ausgeprägte **kognitive Verletzlichkeit**.
- Das **Gehvermögen** der Teilnehmer/innen stellt sich als relativ gut dar; 81% haben den Gangtest mit einer normalen Gehgeschwindigkeit bewältigt.
- 15,4% der Hochaltrigen erlitten in den letzten 3 Monaten einen **Sturz**.
- 50% der Befragten wurden bereits wegen **Grauem Star** operiert; 20% geben an, **Hörprobleme** zu haben.

Körperliche Gesundheit

Bei der körperlichen Gesundheit ist ein Großteil der Studienteilnehmer/innen von Einschränkungen betroffen. 85% der befragten Hochaltrigen leiden an zumindest einer chronischen Krankheit. Dies geht mit einem häufigen Empfinden von Schmerz und einer hohen Rate von Polypharmazie, also der Einnahme von mehr als fünf verschreibungspflichtigen Medikamenten, einher. Auch der Ernährungsstatus ist bei 44,6% als ungünstig zu beschreiben.

- Nach den weit verbreiteten **kardiovaskulären Krankheiten** – 49% leiden an Bluthochdruck, 27% leiden an einer Herzkrankheit – folgt **Harninkontinenz** an dritter Stelle (24%).
- **Polypharmazie** betrifft 47% der niederösterreichischen Hochaltrigen.
- 48,5% der Hochaltrigen empfinden häufig **Schmerzen**.
- 13% weisen das Risiko oder bereits eine Prävalenz von **Mangelernährung** auf, 31,6% sind von Übergewicht betroffen.

Frailty

Eine ausgeprägte Frailty zeigt sich bei etwa 10% der Studienteilnehmer/innen. Sie ist durch multiple funktionale und körperliche Einschränkungen definiert. Multimorbidität, Polypharmazie, starke Einschränkungen der Mobilität, eine verminderte Selbsthilfefähigkeit und eine hohe Hospitalisierungs- und Pflegeheimrate stehen in Zusammenhang mit einer ausgeprägten Frailty. Die Pre-Frailty erweist sich durch weniger stark ausgeprägte Einschränkungen als eine Vorstufe zur Frailty und betrifft 31% der Studienteilnehmer/innen.

- Studienteilnehmer/innen mit ausgeprägter *Frailty* leiden im Durchschnitt an vier verschiedenen **chronischen Krankheiten gleichzeitig**. Studienteilnehmer/innen, die als *pre-frail* einzustufen sind, leiden im Durchschnitt an 2 bis 3 verschiedenen chronischen Krankheiten gleichzeitig.
- *Frail:* 77,8% leiden an **Harninkontinenz** und 33,3% leiden an **Stuhlinkontinenz**.
  Pre-Frail: 31,7% leiden an Harninkontinenz und 3,2% leiden an Stuhlinkontinenz.
- *Frail:* 44,4% haben den **Gangtest** bewältigt.
  Pre-Frail: Fast alle Personen haben den Gangtest bewältigt.
- *Frail:* 22,4% sind in der Lage den **kognitiven Test** positiv zu absolvieren.
  Pre-Frail: 31,6% sind in der Lage den kognitiven Test positiv zu absolvieren.
- *Frail:* 44,4% waren innerhalb der letzten drei Monate zumindest einmal **stationär in einem Krankenhaus**.
  Pre-Frail: 21,6% waren innerhalb der letzten drei Monate zumindest einmal stationär in einem Krankenhaus.

Psychische Gesundheit und seelisches Befinden

Bei den in Niederösterreich lebenden Hochaltrigen zeigt sich generell ein sehr positives Bild ihres seelischen Befindens. 86,5% der Studienteilnehmer/innen sind mit ihrer Lebenssituation insgesamt sehr oder eher zufrieden. Eine hohe Bildung und ein hoher sozioökonomischer Status sind für eine bessere Gesundheit und eine höhere Lebenszufriedenheit im Alter verantwortlich.

- **Männer** empfinden aufgrund ihres besseren Gesundheitszustands ein höheres **Lebensglück** im Alter.
- **Frauen** fühlen sich hingegen aufgrund von Verwitwung und Pflegeheimaufenthalt häufiger **einsam oder traurig**.
- Die höchste Zufriedenheit besteht mit den Familienbeziehungen; 72,7% sind hier sehr zufrieden. Die geringste Zufriedenheit besteht mit dem Gesundheitszustand; nur 24,3% sind hier sehr zufrieden.

Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten

Die Studienteilnehmer/innen weisen ein sehr hohes Gesundheitsverhalten und -bewusstsein auf. Dies zeigt sich beim Nachgehen von gesundheitsförderlichen Aktivitäten ebenso wie beim Nikotin- und Alkoholkonsum.

- 54% machen täglich zwischen 1-3 Stunden **körperliche Bewegung**.
- 93% der Hochaltrigen in Niederösterreich sind **Nichtraucher/innen**. Davon haben 71,6% nie geraucht.
- 57% der Studienteilnehmer/innen trinken 3 Mal im Monat oder seltener **Alkohol**.

Freizeit- und Alltagsgestaltung

Die Freizeit- und Alltagsgestaltung von hochaltrigen Menschen ist sehr vielfältig. Einflussfaktoren in der Ausübung von Aktivitäten sind der Gesundheitszustand, der sozioökonomische Status, Geschlechterrollen sowie die Angebotsstruktur der Wohngemeinden. Die Ausübung eines Ehrenamts ist nicht so häufig verbreitet.

- Im Durchschnitt gehen die Studienteilnehmer/innen zwischen 9 und 10 Aktivitäten nach.
- Zu den **fünf am häufigsten** genannten Aktivitäten der Alltagsgestaltung zählen Fernsehen (96%), Lesen (89,6%), Freunde, Bekannte, Familie besuchen (74,4%), Spazieren gehen (60,1%) und Gartenarbeiten (60,1%).
- Personen mit **stark eingeschränktem physischen und/oder kognitiven Zustand** gehen durchschnittlich nur etwas 5 Aktivitäten nach.
- Personen mit einem **hohen sozioökonomischen Status** gehen durchschnittlich 8 Aktivitäten; Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status gehen durchschnittlich 10 Aktivitäten nach.
- 12,9% der niederösterreichischen Hochaltrigen sind in einem Verein **ehrenamtlich tätig.**

Familiäre und außerfamiliäre soziale Beziehungen

Ehe und Kinder haben einen hohen Stellenwert. Verwitwung hat für die Frauen eine hohe Bedeutung, vor allem wenn sie in der Stadt wohnen. Die Größe des familiären Netzes ist von dem Gesundheitszustand abhängig, die Kontakthäufigkeit von dem Wohnort der Verwandten. Bei der Größe des Freundes- und Bekanntenkreises zeigt sich, dass Männer über mehr Kontakte verfügen. Die Kontakthäufigkeit ist ebenfalls vom Wohnort sowie auch von dem Gesundheitszustand abhängig. Die Studienteilnehmer/innen zeigen sich etwas zufriedener mit dem familiären Netz als mit dem Freundes- und Bekanntenkreis.

- 51,9% der befragten Frauen, aber nur 23,3% der Männer in Privathaushalten sind **alleinlebend**.
- 68,2% der Frauen in städtischen Gemeinden und 40% der Frauen in ländlichen Gemeinden sind **verwitwet**.
- 83,7% haben mit zumindest 3 Personen aus der **Familie regelmäßigen Kontakt**. 73,5% haben zumindest mit 3 **Freunden oder Bekannten** regelmäßigen Kontakt.

- 73,7% sind mit der **Beziehung zur Familie** sehr zufrieden; mit dem Verhältnis zu Freunden/Bekannten sind nur 51% sehr zufrieden.

Verwitwung, Kinderlosigkeit und Heimaufenthalt

Verwitwung, Kinderlosigkeit und Heimaufenthalt führen im Alter zu geringeren familiären und außerfamiliären Kontakten und leisten sozialer Isolation und Vereinsamung tendenziell Vorschub. Kinderlose Hochaltrige sind vor allem mit den Beziehungen zur Familie unzufriedener als Hochaltrige mit Kindern. Verwitwete Hochaltrige und Pflegeheimbewohner/innen sind vor allem mit dem Verhältnis zu Freunden unzufriedener als verheiratete Hochaltrige und Hochaltrige in Privathaushalten.

- 68% der Studienteilnehmer/innen mit Kindern haben zu mindestens **fünf Familienmitgliedern regelmäßig Kontakt**; bei kinderlosen Studienteilnehmer/innen sind es nur 26%.
- 70% der verheirateten Studienteilnehmer/innen haben zu mindestens **fünf Freunden/Bekannten regelmäßigen Kontakt**; bei den verwitweten sind es nur 45%.
- 61,5% der Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten haben zu mindestens fünf Freunden/Bekannten regelmäßigen Kontakt; bei den Pflegeheimbewohner/innen sind es nur 14,3%.

Das Gefühl der Einsamkeit

Einsamkeit hängt stark von den außerfamiliären Kontakten ab. Hochaltrige ohne Freunde und einer geringeren Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu Freunden fühlen sich öfter einsam. Verwitwete Studienteilnehmer/innen und Pflegeheim-bewohner/innen sind daher besonders dem Risiko, sich einsam zu fühlen ausgesetzt. Oftmals handelt es sich dabei um Frauen mit einem reduzierten Gesundheitsstatus.

- 16,7% der **Studienteilnehmer/innen ohne Freunde** fühlen sich immer oder oft einsam. Bei Studienteilnehmer/innen mit fünf Freunden oder mehr sind es nur 6,2%.
- 24% der **Verwitweten** und 27,3% der **Pflegeheimbewohner/innen** fühlen sich oft oder immer einsam.

Sexualität und Zärtlichkeit

Sexualität im Alter ist bis heute weitgehend tabuisiert. Dennoch spielt Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität für etwa 46% ein große oder eher große Rolle. Ausschlaggebend dafür ist vor allem der Familienstand – der Geschlechterunterschied, demnach Männer Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine höhere Bedeutung beimessen als Frauen, löst sich auf, wenn der Familienstand berücksichtigt wird.

- 65,3% der **verheirateten**, aber nur 21,9% der **verwitweten** Befragten messen Sexualität und Zärtlichkeit eine (eher) große Rolle bei.
- Kein Unterschied besteht zwischen verheirateten Frauen und Männern.
- 27,6% der Studienteilnehmer/innen geben an, sexuelle Kontakte zu haben.

Pflege und Betreuung

Die weitgehend noch sehr hohe Funktionalität bei der Bewältigung alltäglicher Verrichtungen, spiegelt sich in einem vergleichsweise geringen Ausmaß an regelmäßiger Unterstützungs- bzw. Pflegebedürftigkeit wider. Studienteilnehmer/innen in ländlichen Gemeinden weisen einen höheren Unterstützungsbedarf auf, Studienteilnehmer/innen in städtischen Gemeinden sind hingegen häufiger auf pflegebezogene Hilfe angewiesen.

- 27,2% der niederösterreichischen Hochaltrigen in Privathaushalten sind **regelmäßig auf Unterstützung** oder Hilfe angewiesen. Davon leben 61,2% in ländlichen und 38,8% in städtischen Gemeinden.
- 8,8% sind **regelmäßig auf pflegebezogene Hilfe** angewiesen. Davon leben 62,5% in städtischen und 37,5% in ländlichen Gemeinden.
- 45,3% der niederösterreichischen Hochaltrigen benötigen **gar keine Form der Unterstützung**, Betreuung oder Pflege.

Pflegevorsorge

Aspekte der persönlichen Vorbereitung und Vorsorge in Form von technischen Assistenzsystemen, baulichen Maßnahmen oder schriftlichen Vollmachten und Verfügungen spielen für die niederösterreichischen Hochaltrigen keine besonders große Rolle.

- 19,3% der niederösterreichischen Hochaltrigen nehmen ein **technisches Hilfsmittel** oder eine technische Dienstleistung in Anspruch.
- 28,2% der Hochaltrigen haben **bauliche Maßnahmen** zur alters- oder pflegegerechten Adaptierung ihres Privathaushalts getroffen**.**
- 25% besitzen eine schriftliche **Vollmacht oder Verfügung** im Sinne der persönlichen Pflegevorsorge.

Das Leben im Pflegeheim

Bei Pflegeheimbewohner/innen handelt es sich überwiegend um Frauen mit geringer Bildung, mittlerem sozioökonomischen Status und schlechtem Gesundheitszustand. Trotz erheblicher funktionaler und körperlicher Defizite sind 50% der Pflegeheim-bewohner/innen mit ihrer Lebenssituation insgesamt sehr oder eher zufrieden.

- 95,5% der Pflegeheimbewohner/innen sind von **Frailty oder Pre-Frailty** betroffen.
- 63,3% benötigen zumindest gelegentlich eine **Gehhilfe**, 45,5% sogar regelmäßig.
- Mehr als 80% zeigen erhebliche **kognitive Defizite**.
- Über 80% sind mit ihrem **Pflegeheim zufrieden** und würden es weiterempfehlen.

Zentrale Schlussfolgerungen

Das Alter ist heterogen – Die Heterogenität des Alters ist aber nicht zufällig bedingt
Die Ergebnisse der ÖIHS-NÖ zeigen, dass das hohe Lebensalter von einer Vielschichtigkeit und Heterogenität geprägt ist. Die Heterogenität ergibt sich jedoch nicht zufällig, sondern entsteht durch das komplexe Zusammenspiel von sozialen und regionalen Unterschiedlichkeiten, die durch das Geschlecht, die Bildung, den sozioökonomischen Status, das Einkommen und den Wohnort der Studienteilnehmer/innen bedingt sind.

Kein Patentrezept – Interventionen für hochaltrige Menschen müssen ihren städtischen oder ländlichen Lebenskontext berücksichtigen
Das Leben hochaltriger Menschen findet in einem räumlichen Kontext statt, der abhängig von seinem Urbanisierungsgrad unterschiedliche Herausforderungen der Lebensgestaltung im Alter mit sich bringt.

Mehrfachbenachteiligung im Alter betrifft vor allem Frauen
Frauen finden sich im Alter meist in einer benachteiligten sozialen Lage wieder. Sie verfügen über eine geringe Bildung, die mit einem geringen Einkommen und einem niedrigen sozioökonomischen Status einhergeht, der wiederum in Zusammenhang mit einer schlechteren Gesundheit steht.

Frauen schätzen ihre Gesundheit trotz reduziertem Gesundheitszustand subjektiv besser ein
Während Frauen tendenziell über einen schlechteren Gesundheitszustand als Männer verfügen, schätzen sie ihre Gesundheit subjektiv jedoch nicht schlechter ein. Ein Erklärungsansatz dafür kann in der Resilienz im Alter gesehen werden, die vor allem bei Frauen einen wesentlichen Effekt hat.

Kognitive Verletzlichkeit im hohen Alter ist weit verbreitet
Bei etwa 45% der Hochaltrigen der Stichprobe der ÖIHS-NÖ besteht der Verdacht auf eine ausgeprägte kognitive Verletzlichkeit. Die Ergebnisse des kognitiven Tests zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit des Erhalts kognitiver Fähigkeiten im Alter linear mit jedem weiteren Bildungsabschluss zunimmt.

Vorteilhafte sozioökonomische Voraussetzungen erlauben mehr Möglichkeiten in der Freizeit- und Alltagsgestaltung
Ein höherer sozioökonomischer Status ist mit einer höheren Bildung und einer besseren körperlichen Gesundheit positiv assoziiert. Beides ermöglicht ein wesentlich breiteres Spektrum der Freizeitgestaltung, das auch Aktivitäten, die eine gute körperliche und kognitive Verfassung voraussetzen, einschließt.

Nur ein Drittel aller Hochaltrigen ist alleinlebend – die Wahrscheinlichkeit im Alter nicht alleine zu leben, hängt jedoch von Geschlecht und Wohnort ab
Nur jeder vierte Mann, aber jede zweite Frau ist alleinlebend. Dies betrifft vor allem Frauen in städtischen Gemeinden, wo 60% alleinlebend sind, während dies hingegen nur ein Drittel der Frauen in ländlichen Gemeinden betrifft.

Kinder nehmen einen zentralen Stellenwert für Hochaltrige ein
Die dichteste Kontakthäufigkeit zeigt sich mit den Kindern. Hochaltrige, die ihre Kinder oft sehen bewerten die Beziehung zur Familie positiv und fühlen sich seltener einsam. Kinder übernehmen zudem eine zentrale Rolle mit Blick auf die Unterstützungsbedürftigkeit.

Einsamkeit im Alter ist ein gängiges Vorurteil – allerdings fühlen sich nur 12,3% oft oder immer einsam
Die 12,3% der Studienteilnehmer/innen, die sich oft oder immer einsam fühlen, sind zwar nicht außer Acht zu lassen. Dennoch fühlen sich immerhin drei Viertel der Studienteilnehmer/innen nur selten oder sogar nie einsam. Das Gefühl der Einsamkeit tritt vor allem dann ein, wenn bestimmte Lebenskonstellationen auftreten, die für die Ausprägung der sozialen Kontakte hinderlich sind, wie Verwitwung oder Heimaufenthalt.

Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität haben auch im hohen Alter eine große Bedeutung
Etwa die Hälfte der Studienteilnehmer/innen messen Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine große oder eher große Rolle bei. Dies ist vor allem von dem Familienstand abhängig. Trotz dieser Befunde ist Sexualität im Alter nach wie vor ein Tabuthema.

Höherer Unterstützungsbedarf am Land, höhere Pflegebedarf in der Stadt
Unabhängig von ihrem Gesundheitszustand geben Studienteilnehmer/innen in ländlichen Gemeinden häufiger einen Unterstützungsbedarf an, der sich vermutlich auf die schlechter ausgebaute Infrastruktur in ländlichen Gemeinden zurückführen lässt. Studienteilnehmer/innen in städtischen Gemeinden geben hingegen wesentlich häufiger einen Bedarf an pflegebezogener Hilfe an, was auf die geringere soziale Integration in der Stadt zurückgeführt werden kann.

Vorsorge und Verfügungen – kein bewusstes Thema bei der gesunden Bevölkerung
Wohnraumadaptierungen oder verschiedene Formen der Pflegevorsorge, sei es in Form von Vollmachten oder Verfügungen, werden erst bei einem sich verschlechternden Gesundheitszustand thematisiert.

ABSTRACT

Against the background of demographic aging, the number of oldest old is rapidly increasing. In 2018, 5% of Austria's population is 80+ years old. Since the turn of the century, this percentage has increased by 1% (Statistik Austria, 2018). In 2013, the Austrian Interdisciplinary Study on the Oldest Old (OEIHS) was the first study in Austria that generated more knowledge about the population group of the oldest old on which so far only limited information existed. This report is part of the second wave of the OEIHS (2016-2018) and provides a detailed analysis on the health, living conditions and care situation of the sample in the county of Lower Austria. Data was collected in 2016 from 203 study participants, 181 living in a private household and 22 living in a residential care home for the elderly.

For about 60% of the study participants the overall health condition can be described as very or relatively good. Especially in terms of their functional health, study participants have a high degree of self-help capacity that allows more than 80% to fulfil (instrumental) activities of daily living. Consequently, less than 30% are regularly dependent on care. Notwithstanding the good health condition of the majority of the study population, 40% of the study participants display a pre-frail or frail health condition. Cognitive vulnerability, multimorbidity often including high blood pressure and urinary incontinence, polypharmacy, feelings of moderate to severe pain and a high hospitalization rate are some indicators describing the less positive outlook of people with a pre-frail or frail health condition. Amongst the risk groups of a pre-frail or frail health condition in old age are women, low educated, people with a low socio-economic background and people in a residential home for elderly care. Despite diverging health conditions according to their socio-demographics, more than 80% are very or relatively satisfied with their overall life situation and are in a positive psychological condition.

Apart from the health condition this report also includes analyses of the social relationships like the role of widowhood and children, e.g., daily and leisure activities and the care and support situation of oldest old in Lower Austria. With its interdisciplinary focus it provides insights on relationships between the quantity and quality of social contacts and daily activities on the one hand and the health and care situation of the study participants on the other hand. Throughout the report the results are discussed in the context of social stratification according to the gender, socio-economic status and education level of the study participants additionally taking into account the regional stratification of more or less developed communities in Lower Austria.

INHALTSVERZEICHNIS

KURZFASSUNG **5**
ABSTRACT **13**
ABBILDUNGSVERZEICHNIS **18**
TABELLENVERZEICHNIS **21**
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS **21**
VORWORT **27**
EINLEITUNG **32**
1 METHODIK UND STUDIENPOPULATION **38**
1.1 Studiendesign der Hochaltrigenstudie in Niederösterreich 39
1.2 Internationale Vergleichbarkeit der Erhebungsinstrumente der ÖIHS 40
1.3 Stichprobenziehung und Teilnahmeebenen 41
1.4 Die Stichprobe der niederösterreichischen Hochaltrigenstudie 44
2 DER LEBENSRAUM NIEDERÖSTERREICH **52**
2.1 Urbanität neben Ruralität als topografisches Merkmal 53
2.2 Stagnierende Bevölkerungsentwicklung 56
2.3 Wirtschaftsleistung und Einkommensverteilung im Ost-West-Gefälle 60
2.5 Strukturschwache und strukturstarke Regionen in Niederösterreich 65
3 LEBENSWELTEN HOCHALTRIGER MENSCHEN IN NIEDERÖSTERREICH **68**
3.1 Die Lebensumgebung hochaltriger Menschen 68
3.1.1 Wohnsituation 68
3.1.2 Wohnumgebung 72
3.1.3 Bewegungsradius und Fortbewegungsmittel 73
3.2 Sozioökonomische Verhältnisse hochaltriger Menschen 75
3.2.1 Bildung 75
3.2.2 Finanzielles Auskommen 77
3.2.3 Frühere Berufstätigkeit 80
3.2.4 Sozioökonomischer Status 81
4 GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND WOHLBEFINDEN **86**
4.1 Gesundheit im hohen Alter 86
4.1.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit 87
4.1.2 Der Gesundheitszustand 90
4.2 Funktionale Gesundheit 96
4.2.1 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) / Activities of Daily Living (ADL) 96
4.2.2 Kognitiver Status 98

4.2.3 Seh- und Hörvermögen 103
4.2.4 Gehvermögen und Sturzgefahr 104
4.2.5 Frailty 106
4.3 Körperliche Gesundheit 112
4.3.1 Chronische Krankheiten 112
4.3.2 Medikamente und Polypharmazie 114
4.3.3 Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte 116
4.3.4 Schmerzen 117
4.3.5 Tabuthema Harninkontinenz 119
4.3.6 Zahnstatus und Ernährungsstatus 123
4.4 Psychische Gesundheit und seelisches Befinden im Alter 126
4.4.1 Stimmungslagen im Alter 126
4.4.2 Lebenszufriedenheit 130
4.5 Gesundheitsbewusstsein und -verhalten 133
4.5.1 Gesundheitsverhalten 134
4.5.2 Gesundheitsförderliche Aktivitäten 135
4.5.3 Rauchen und Alkoholkonsum 136
4.5.4 Angebote der Gesundheitsförderung 139
5 AKTIVITÄT UND SOZIALE BEZIEHUNGEN 142
5.1 Freizeit- und Alltagsgestaltung 142
5.1.1 Alltagsgestaltung, Hobbys und Interessen 142
5.1.2 Vereinstätigkeit und Ehrenamt 150
5.1.3 Religiosität 151
5.2 Soziale Beziehungen hochaltriger Menschen in Niederösterreich 152
5.2.1 Partnerschaft und Familie 153
5.2.2 Freunde und Bekannte 159
5.2.3 Verwitwung, Kinderlosigkeit und Heimaufenthalt 162
5.2.4 Soziale Kontakte und das Gefühl der Einsamkeit 166
5.2.5 Sexualität und Zärtlichkeit 169
6 PFLEGE UND BETREUUNG 174
6.1 Pflege und Unterstützung zu Hause 174
6.1.1 Pflegebezogener Unterstützungsbedarf im hohen Alter 175
6.1.2 Formen von Unterstützungs- und Betreuungsleistungen im hohen Alter 177
6.1.3 Technische Assistenzsysteme und Wohnraumadaptierungen 182

6.2 Leben im Pflegeheim 184
6.2.1 Soziale und ökonomische Verhältnisse von Pflegeheimbewohner/innen 184
6.2.2 Gesundheit und seelisches Befinden von Pflegeheimbewohner/innen ... 186
6.2.3 Wohnsituation und Alltagsgestaltung im Pflegeheim 188
6.3 Pflegevorsorge: Vollmachten und Verfügungen 190
7 SCHLUSSFOLGERUNGEN 194
8 ANHANG 203
8.1 Erläuterungen zum imputierten Haushaltsnettoeinkommen 203
8.2 Erläuterungen zur Berechnung des sozioökonomischen Status 203
8.3 Erläuterungen zur Berechnung des kognitiven Tests 204
8.4 Erläuterungen zum Index der Strukturschwäche der Erhebungsgemeinden 206
LITERATUR 210

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Stichprobenbeschreibung nach der Urban-Rural-Typologie. 48
Abbildung 2: Hauptregionen in Niederösterreich (Quelle: http://www.raumordnung-noe.at/fileadmin/root_raumordnung/region/Hauptregionsstrategien2024/01a_NOE_Hauptregionen_mit_Namen.pdf). 53
Abbildung 3: Urban-Rural-Typologie, Ausschnitt Niederösterreich (Statistik Austria, 2016c, S. 13). 55
Abbildung 4: Wanderungen der Verwaltungsbezirke 2006-2015 nach Alter (Hemetsberger, 2016, S. 138). 57
Abbildung 5: Bevölkerungsanteile nach Altersgruppen und Bundesländern (Statistik Austria, 2016g). 58
Abbildung 6: Alters- und Gesamtquotienten nach Bundesländern 2016. 59
Abbildung 7: Bezieher/innen von Altersrenten und Pflegegeld nach Bundesländern. 60
Abbildung 8: Bruttoregionalprodukt 2014 nach Bundesländern. 60
Abbildung 9: Aktive Betriebsstandorte 2015 nach Sparten und Verwaltungsbezirken (Hemetsberger, 2016, S. 225). 61
Abbildung 10: Offene Stellen nach AMS-Bezirken, Juli 2016 (Hemetsberger, 2016, S. 245). 62
Abbildung 11: Arbeitslosenquote nach AMS-Bezirken, Juli 2016 (Hemetsberger, 2016, S. 245). 63
Abbildung 12: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner/in im Jahr 2014 nach Bundesländern (Hemetsberger, 2016, S. 195). 63
Abbildung 13: Brutto-Jahresbezüge (Median) nach Verwaltungsbezirken 2014 (Hemetsberger, 2016, S. 311). 64
Abbildung 14: Wohnverhältnisse nach regionaler Differenzierung, Privathauhalte (n=179) 70
Abbildung 15: Ausstattung der Wohnungen (n=180) 71
Abbildung 16: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung. 72
Abbildung 17: Bewegungsradius (n=202). 74
Abbildung 18: Mobilität und Urbanisierungsgrad 74
Abbildung 19: Höchster Bildungsabschluss (n=203). 76
Abbildung 20: Bildungsabschluss nach Geschlecht und Urbanisierungsgrad (n=203). 77
Abbildung 21: Verfügbares Nettohaushaltseinkommen (n=202). 78
Abbildung 22: Nettohaushalteinkommen nach Urbanisierungsgrad (n=202). 80
Abbildung 23: Sozioökonomischer Status und Urbanisierungsgrad (n=202) 83
Abbildung 24: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands (n=203) 88
Abbildung 25: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands nach Bildungsabschluss (n=202). 88
Abbildung 26: Gesundheitszustand nach sozioökonomischen Status (n=202). 94
Abbildung 27: Gesundheitszustand nach Geschlecht (n=203). 95
Abbildung 28: Gesundheitszustand nach Bildung (n=202). 95
Abbildung 29: Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL/ADL) und Gesundheitszustand (n=203) 97
Abbildung 30: Kognitive Tests einzeln – Uhren- und Merktest 100
Abbildung 31: Drei-Wörter-Uhrentests (n=192). 101

Abbildung 32: Bildungsunterschiede in den kognitiven Fähigkeiten (n=189). 102
Abbildung 33: Gesundheitszustand und kognitive Fähigkeiten (n=192). 103
Abbildung 34: Frailty versus Pre-Frailty: Medikamenteneinnahme und Inkontinenz (n=81). 108
Abbildung 35: Pre-Frailty versus Gut – Medikamenteneinnahme und Inkontinenz (n=185). 110
Abbildung 36: Anzahl chronischer Erkrankungen (n=203). 113
Abbildung 37: Häufigkeit von chronischen Erkrankungen (Mehrfachnennungen). 114
Abbildung 38: Anzahl verschreibungspflichtiger Medikamente und Polypharmazie (n=200). 115
Abbildung 39: Arztbesuche in den letzten drei Monaten (n=201). 116
Abbildung 40: Angaben zum Empfinden von häufigen Schmerzen (n=202). 117
Abbildung 41: Intensität der Schmerzen (n=96). 118
Abbildung 42: Stärke der Schmerzen nach Gesundheitszustand und Geschlecht (n=96). 119
Abbildung 43: Harninkontinenz nach Geschlecht, Gesundheitszustand, Wohnform (n=49). 120
Abbildung 44: Häufigkeit unwillkürlichen Harnabgangs (n=41). 121
Abbildung 45: Beeinträchtigung des Wohlbefindens nach Geschlecht (n=41). 122
Abbildung 46: Zahnstatus und Art des Zahnersatzes (*n*=203). 124
Abbildung 47: Body Mass Index (BMI) (n=193). 126
Abbildung 48: Seelisches Befinden und Stimmungslage in den letzten zwei Wochen. 128
Abbildung 49: Lebensglück und Gesundheitszustand – frail vs. rüstig (n=47). 129
Abbildung 50: Körperliche Überforderung und Gesundheitszustand – frail vs. rüstig (n=47). 130
Abbildung 51: Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer/innen. 131
Abbildung 52: Gesundheitsbewusstsein (n=200). 134
Abbildung 53: Gesundheitsförderliche Aktivitäten (n=203). 136
Abbildung 54: Alkoholkonsum nach Geschlecht (n=201). 138
Abbildung 55: Gesundheitszustand und Tätigkeiten der Alltagsgestaltung (Mehrfachnennungen). 144
Abbildung 56: Tätigkeiten der Alltagsgestaltung (Mehrfachnennungen). 146
Abbildung 57: Religiosität der niederösterreichischen Hochaltrigen (n=200). 151
Abbildung 58: Familienstand nach Geschlecht (n=203). 153
Abbildung 59: Soziales Netz und Kontakthäufigkeit innerhalb der Familie. 157
Abbildung 60: Regelmäßiger Kontakt mit min. 5 Personen aus der Familie bzw. aus dem Freundes- und Bekanntenkreis. 163
Abbildung 61: Zufriedenheit mit Beziehungen zur Familie bzw. Verhältnis zum Freundes- und Bekanntenkreis. 165
Abbildung 62: Gefühl der Einsamkeit und Anzahl der Freunde und Bekannte (n=200). 166
Abbildung 63: Gefühl der Einsamkeit und Zufriedenheit mit Verhältnis zu Freunden (n=194). 167
Abbildung 64: Gefühl der Einsamkeit und Verwitwung, Pflegeheim und Kinderlosigkeit. 169
Abbildung 65: Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität (n=190). 170
Abbildung 66: Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität nach Geschlecht und Familienstand 171

Abbildung 67: Unterstützungsbedarf, pflegebezogene Hilfe und Pflegegeld, Stadt/Land. 176
Abbildung 68: Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeformen (Mehrfachnennungen). 178
Abbildung 69: Informelle Unterstützung aus dem Familien- und Freundeskreis (Mehrfachnennungen)....180
Abbildung 70: Andere Wohnformen vorstellbar (Mehrfachnennungen). 183
Abbildung 71: Zufriedenheit der Pflegeheimbewohner/innen mit dem Pflegeheim. 189
Abbildung 72: Vollmachten und Verfügungen (Mehrfachnennungen). 190
Abbildung 73: Drei-Wörter-Uhrentests (n=192). 206

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Stichprobenerstellung. 43
Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung (n=203). 47
Tabelle 3: Gesundheitsbezogene Stichprobenselektivität 50
Tabelle 4: Sozioökonomischer Status im Geschlechtervergleich (n=202) 82
Tabelle 5: Gefühltes Alter (n=201). 89
Tabelle 6: Gefühltes Alter und Gesundheitszustand (n=188). 89
Tabelle 7: Der Gesundheitszustand (n=203). 91
Tabelle 8: Gesundheitszustand und subjektive Einschätzung der Gesundheit (n=203). . 92
Tabelle 9: Frail versus Pre-frail – Aktivitäten des täglichen Lebens (n=81). 109
Tabelle 10: Pre-frail versus Gut – Aktivitäten des täglichen Lebens (n=185). 111
Tabelle 11: Gewichtsverlust und Mangelernährung (n=203). 125
Tabelle 12: Tätigkeiten der Alltagsgestaltung: Stadt/Land Unterschiede (Mehrfachnennung) 148
Tabelle 13: Verheiratete und Verwitwete in städtischen/ländlichen Gemeinden nach Geschlecht (n=181) 154
Tabelle 14: Größe des familiären Netzwerks (n=202). 155
Tabelle 15: Größe des Freundes- und Bekanntenkreises (n=200). 160
Tabelle 16: Bewertung der Beziehung zur Familie vs. zu Freunden/Bekannten 161
Tabelle 17: Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie vs. zu Freunden/Bekannten. 162
Tabelle 18: Gesundheitszustand nach Wohnform (n=203). 186
Tabelle 19: Haushaltsnettoeinkommen und imputiertes Haushaltsnettoeinkommen ... 203
Tabelle 20: Kognitive Tests kombiniert (Kamenski u. a., 2009). 205
Tabelle 21: Farbschema des Drei-Wörter-Uhrentests (eigene Darstellung). 206
Tabelle 22: Strukturschwache und strukturstarke Gemeinden der Stichprobe 209

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

DSR	Dauersiedlungsraum
DEAS	Deutsche Alterssurvey
EHIS	European Health Interview Survey (Europäische Gesundheitsumfrage
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms
ÖIHS	Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie
ÖIHS-NÖ	Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie - Niederösterreich
ÖPIA	Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen
PAPI	Paper and Pencil Interviews – persönliche Interviews mit Papier und Stift

Foto: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Österreich befindet sich mitten in einem demografischen Wandel und gesellschaftlichen Veränderungen. Mit dieser zweiten Erhebung der Hochaltrigenstudie konnten wir aktuelle und wichtige Einblicke in die Zielgruppe der Hochaltrigen gewinnen. Positiv ist, dass 50% der in der Zweitbefragung eingeschlossenen Personen ihren Alltag noch ohne fremde Hilfe meistern können.

Der Schwerpunkt der zweiten Erhebung liegt auf den individuellen Potenzialen hochaltriger Menschen zur Lebens- wie auch Selbstgestaltung. Diese Potentiale sind für ältere Menschen eine wichtige Grundlage für ein erfülltes Leben. Hohe Bildung und hohes Einkommen waren die größten positiven Einflussfaktoren auf die Entwicklung zwischen Erst- und Zweitbefragung. Soziale Eingebundenheit, psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit sind weitere Einflussgrößen.

Die vorliegende Studie trägt dazu bei, Einflussfaktoren auf die Gesundheit von hochaltrigen Personen zu verstehen. Es konnten auch Ansatzpunkte erkannt werden, wie Ressourcen gestärkt werden können. Wir dürfen jedoch die Wünsche seitens der älteren Bevölkerung nach menschlicher Zuwendung nicht vergessen. Diese Zuwendungen sind wichtig für ein gutes Leben im Alter.

Die Sozialversicherung setzt sich „für ein längeres selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit“ ein. Unser Ziel ist es, die Gesundheit der Menschen über die gesamte Lebensspanne zu fördern und die Gesundheitspotentiale zu stärken. Im Rahmen der „Gesundheitsziele Österreich“ engagieren wir uns unter anderem seit mehreren Jahren zur Stärkung der Gesundheit auch im hohen Alter. Nicht nur die persönlichen Ressourcen von Personen müssen dabei gestärkt werden. Es geht auch darum, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Denn diese Rahmenbedingungen sind Voraussetzung für die Stärkung von persönlichen Ressourcen.

Dr. Alexander Biach
Vorstandsvorsitzender, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Foto: sozialministerium

Hochaltrigkeit wird immer mehr ein fester Bestandteil unserer Gesellschaft und ist eine der zentralen Errungenschaften und Herausforderungen unserer Zeit. Einerseits wollen wir alle immer älter werden, andererseits dynamisch, jung und gesund bleiben. Diesen Widerspruch müssen wir überwinden, indem wir Hochaltrige wieder in die Mitte unserer Gesellschaft holen, ihnen wertschätzend begegnen und uns vergegenwärtigen, dass auch wir selbst Hochaltrige werden können.

Die über 80-Jährigen sind dank hoher sozialer und gesundheitlicher Standards in Österreich bereits heute die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe. Die Gruppe der Hochaltrigen mit ihren Potenzialen und Bedürfnissen ist damit nicht nur demographisch, sondern auch sozial- und gesundheitspolitisch von enormer Bedeutung. Gleichzeitig ist der Wissensstand über Hochbetagte noch dürftig und oftmals widersprüchlich.

Umso wichtiger ist es mir als Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, die genaue Betrachtung und Erforschung dieser Bevölkerungsgruppe aktiv voranzutreiben. Nur so kann die notwendige Grundlage für gesundheits- und sozialpolitische Strategien und Interventionen gelegt werden.

Bereits in der 2015 veröffentlichten Pilotstudie wurde die außerordentliche Heterogenität dieser Altersgruppe deutlich. Die längsschnittliche Ausrichtung der Studie erlaubt mit der nun vorliegenden zweiten Phase der Studie eine für Österreich bisher einzigartige Betrachtung der Hochaltrigkeit und ihrer Auswirkung auf die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Gesellschaft.

Ich wünsche mir, dass die Studienergebnisse als Basis für notwendige zukunftsorientierte Entscheidungen breite Anwendung finden und in eine vorausschauende Gesundheits- und Sozialplanung aller Bundesländer einfließen. Der Erkenntnisgewinn daraus kommt damit uns allen zugute und unterstützt die individuelle Lebensqualität bis ins hohe Alter.

Mag.ª Beate Hartinger-Klein
Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Foto: Philipp Monihart

Unsere Lebenserwartung steigt und ebenso der Anteil der über 80-Jährigen in unserer Gesellschaft. Was bedeutet das für die strategische Planung der Unterstützung älterer Menschen für ein „gutes Leben im Alter“? Die vorliegende Studie erhebt erstmals systematisch Daten und Informationen für die Altersgruppe über 80. Dabei kommen die hochaltrigen Menschen selbst zu Wort, beschreiben ihre Lebenssituationen und Bedürfnisse. Durch die wissenschaftliche Auswertung der Befragungen und Erhebungen wird es möglich, entscheidungsrelevante Schlüsse zu ziehen.

Die Studienergebnisse zeigen ein heterogenes Bild dieser Altersgruppe mit einer Vielfalt von Lebensrealitäten. Besonders erfreulich ist aber die hohe Zufriedenheit dieser Altersgruppe mit ihrer Lebenssituation und ihrer Alltagsgestaltung. Die Studie zeigt, dass mit dem Altern nicht in erster Linie sinkende Lebensqualität aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und eingeschränkten Möglichkeiten vorherrscht. Sie ermöglicht einen neuen Blick auf das hohe Alter, der durchwegs positiv ist.

Für das Land Niederösterreich ist die von der ÖPIA vorgelegte Studie besonders wertvoll. Wir werden die Ergebnisse und Erkenntnisse in unsere strategischen Planungen aufnehmen. Sie ist eine hervorragende Grundlage, um unsere vielfältigen Unterstützungsleistungen weiter zu entwickeln.

Mag.ª Christiane Teschl-Hofmeister
Landesrätin, Amt der NÖ Landesregierung

VORWORT

Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS) ist die einzige Studie ihrer Art in Österreich. Sie bildet die Lebenssituation ebenso wie die gesundheitliche und die soziale Situation von über 80-jährigen Frauen und Männern in Österreich ab und zeigt dabei zugleich Risiken im Hinblick auf Autonomie und Teilhabe sowie Ressourcen und Potenziale für eine selbstständige und sinnerfüllte Lebensführung auf. Die ÖIHS hat Frauen und Männer in Privathaushalten, in betreuten Wohneinrichtungen und in Pflegeheimen untersucht: Auch damit wird sie ihrem Anspruch gerecht, zu einem möglichst repräsentativen Bild alter Menschen in Österreich beizutragen sowie Einblick in den gesundheitlichen und sozialen Versorgungsbedarf dieser Bevölkerungsgruppe zu geben.

Dies ist insofern von großer Bedeutung, als die Gruppe der alten Menschen schon heute, vor allem aber in naher Zukunft eine der bedeutendsten sozial- und gesundheitspolitischen Zielgruppen bildet bzw. bilden wird, nehmen doch die durchschnittliche Lebenserwartung und damit die Anzahl der Frauen und Männer in den **höchsten Lebensjahrzehnten** kontinuierlich zu.

Dabei ist zu bedenken: Die gesellschaftliche, kulturelle und politische Ansprache alter Menschen muss **hochdifferenziert** erfolgen. Eine einseitige Betonung der Risiken und Verletzlichkeiten wird der Lebenssituation und dem Selbstverständnis dieser Altersgruppe genauso wenig gerecht wie eine übertriebene Darstellung von Stärken und Kräften in dieser Lebensphase. Vielmehr lässt sich bei Mitgliedern dieser Altersgruppe beides beobachten: Körperliche (zum Teil auch kognitive) Verletzlichkeit einerseits, seelisch-geistige und sozialkommunikative Stärken und Kräfte andererseits. Dabei können diese Stärken und Kräfte auch dazu beitragen, die Verletzlichkeit innerlich (psychisch) zu verarbeiten, wenn nicht sogar zu überwinden. In dem Maße, in dem es gelingt, zu einer differenzierten Ansprache alter Menschen zu gelangen, fühlen sich diese gesellschaftlich, kulturell und politisch wirklich verstanden, fühlen sie sich motiviert, Gesellschaft, Kultur und Politik mitzugestalten, erkennen sie auch selbst Möglichkeiten, ihren Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Und dieser potenzielle Beitrag alter Menschen ist erheblich, wird allerdings vielfach unterschätzt. Auch hier möchte die ÖIHS Anregungen geben: Wie können und sollen die **Gelegenheitsstrukturen zum Engagement** im hohen Alter beschaffen sein?

Die differenzierte Darstellung von Risiken, Verletzlichkeiten, Ressourcen und Potenzialen ist auch mit Blick auf Entscheidungen und Planungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens unerlässlich. Erst auf der Grundlage umfassender Kenntnisse über die Lebensbedingungen wie auch über die Lebensqualität im hohen Alter ist es möglich, **Versorgungsbedarfe** abzuleiten, differenzierte Entscheidungen über Versorgungsangebote zu treffen und derartige Angebote weiterzuentwickeln. Gerade diese **Weiterentwicklung von Angeboten** kann von dem in der ÖIHS verwirklichten, längsschnittlichen Untersuchungsdesign profitieren. Denn nur mit einem solchen Design können Veränderungsprozesse abgebildet werden, die ihrerseits entsprechende Antworten der Gesundheits- und Sozialplanung wie auch der Gesundheits- und

Sozialpolitik überhaupt erfordern. Dabei darf nicht über das hohe Alter vorschnell generalisiert werden. Vielmehr ist ausdrücklich zu berücksichtigen, dass sich die Gesamtgruppe der alten Menschen durch eine stark ausgeprägte Variabilität (Heterogenität) auszeichnet; auf diese muss entsprechend differenziert geantwortet werden.

Mit der zweiten Erhebungswelle, die im vorliegenden Bericht im Zentrum steht, konnte die ÖIHS zum ersten Mal im Längsschnitt fortgeführt und gleichzeitig, mit der Erweiterung auf das Bundesland Niederösterreich, auch regional ausgeweitet werden. Zwar ist mit der Erhebung in drei von neun österreichischen Bundesländern das mittelfristig angestrebte Ziel einer österreichweiten Erhebung noch nicht erreicht, ungeachtet dessen bietet die ÖIHS Welle II – mit einer erstmaligen Querschnittserhebung im Bundesland Niederösterreich, einer Panelerhebung (also der Weiterverfolgung der Stichprobe der ÖIHS Welle I) in der Steiermark und Wien und einer qualitativen Fokusstudie – umfassende Studienergebnisse von großer regionaler wie nationaler Relevanz.

Dies wird nicht zuletzt durch einige Charakteristika und Alleinstellungsmerkmale der ÖIHS ermöglicht, die auch international bereits Anerkennung gefunden haben. Insbesondere die **interdisziplinäre** Konzeption und Analyse der umfassenden ÖIHS-Fragebögen in Kombination mit ausführlichen face-to-face Interviews, die beispielsweise auch geriatrische Assessments oder eine vollständige Erhebung der tatsächlichen Medikamenteneinnahmen einschließen, geben den ÖIHS-Daten eine beachtliche Breite und Tiefe.

Die Weiterverfolgung der StudienteilnehmerInnen der Ersterhebungswelle (2013/14) und die damit verbundene **längsschnittliche Beobachtung** ermöglichen Rückschlüsse auf die Relevanz und Gewichtung möglicher Einflüsse auf Gesundheit, Lebensqualität, soziale Beziehungen und die Entwicklung von Unterstützungs- und Betreuungsbedarf im hohen Alter. Gleichzeitig kann ein besseres Verständnis des Zusammenwirkens von Risikofaktoren und Verletzlichkeiten sowie von Stärken und Kräften erzielt werden: So ist auch eine Antwort auf die Frage möglich, wie es Menschen gelingt, sich mit Risikofaktoren und Verletzlichkeiten effektiv auseinanderzusetzen. Und aus diesen Erkenntnissen lässt sich eine Aussage darüber ableiten, welche Formen gesundheitlicher und sozialer Unterstützung notwendig sind, um diesen Prozess innerer und äußerer Auseinandersetzung gezielt zu fördern. Gerade die Frage nach Potenzialen und Ressourcen ist dabei auch Thema der qualitativen Fokusstudie der ÖIHS Welle II.

Die vorliegenden Berichte der ÖIHS Welle II basieren auf Erhebungen in den Jahren 2016/17. Die Teilnehmenden in der Ersterhebung in Niederösterreich waren dabei zwischen 80 und 85 Jahre alt, in der Panelerhebung in der Steiermark und in Wien zwischen 82 und 89 Jahre alt. Die ÖIHS zielte von Anfang an darauf, ihre Stichprobe entsprechend der tatsächlichen Wohnortverteilung in dieser Altersgruppe der Bevölkerung zusammenzustellen, wodurch sich der größte Anteil der ÖIHS-StudienteilnehmerInnen unter den zu Hause lebenden Menschen findet und nur ein relativ geringer Anteil in betreuten Wohneinrichtungen oder in Pflegeheimen.

Unausweichlich ist in empirischen Studien wie der ÖIHS eine gewisse Verzerrung zugunsten von sozial und gesundheitlich besser gestellten Personen. Dies ist nicht zuletzt durch den häufigeren Ausfall von sehr kranken, pflegebedürftigen und kognitiv stark beeinträchtigten Personen bedingt. Im Rahmen der ÖIHS-Erhebung ist es gelungen, diesen Effekt durch ergänzende telefonische Kurzinterviews oder durch die Beteiligung von nahestehenden Personen an den persönlichen Interviews erkennbar zu verringern. Jedenfalls wurden aber in allen Auswertungen, Dateninterpretationen und Berichten potenzielle Verzerrungen ausdrücklich und umfassend berücksichtigt.

Unsere Erkenntnisse über das Leben im hohen Alter sind immer noch sehr unvollständig. Ein Großteil der empirischen Studien zum Thema Altern und Alter konzentriert sich auf die Gruppe der 60-80jährigen Frauen und Männer. Dies ist in zweifacher Hinsicht problematisch: Zum einen lässt sich auf dieser empirischen Grundlage nur ein unvollständiges Bild des Lebens im Alter zeichnen, zum anderen bleiben zentrale gesundheitliche und soziale Versorgungsbedarfe, aber auch Bildungs- und Teilhabebedarfe unberücksichtigt. In der Erweiterung der Erkenntnisse über das Alter – und hier speziell über das hohe Alter – wie auch in der Beschreibung der genannten Bedarfe sieht die ÖIHS ihre besondere Aufgabe, zugleich ihr besonderes Potenzial. Dabei möchte sie dafür sensibilisieren, dass ein persönlich sinnerfülltes und stimmiges Leben im hohen Alter nicht allein von persönlichen Ressourcen und Potenzialen abhängig ist, sondern auch in hohem Maße Umwelteinflüssen unterliegt. Nicht allein die Gestaltung der sozialen und der räumlichen Umwelt ist hier wichtig, auch die Gestaltung der infrastrukturellen Umwelt besitzt großes Gewicht. Dies zeigen die Befunde der ÖIHS sehr deutlich.

Dr. Georg Ruppe
Projektleiter der ÖIHS, Wissenschaftlicher Leiter und Geschäftsführer der ÖPIA

Prof. Dr. Andreas Kruse
Wissenschaftlicher Berater der ÖIHS, Vorstandsvorsitzender der ÖPIA, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg

EINLEITUNG

EINLEITUNG

In diesem Bericht werden die Ergebnisse der Erhebung der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie in Niederösterreich (ÖIHS-NÖ) im Rahmen der zweiten Welle der ÖIHS dargestellt. Es handelt sich dabei um eine Ersterhebung, die im Jahr 2016 in Niederösterreich durchgeführt wurde. Die Zielgruppe besteht – wie auch bei der Ersterhebung in Wien und der Steiermark im Rahmen der ersten Welle der ÖIHS – aus Personen zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr. Geschulte Interviewerinnen und Interviewer führten mit insgesamt 203 Personen persönliche Interviews (PAPI), die auch geriatrische Assessments zur Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität der Betroffenen beinhalteten. Ergänzend wurden mit einer Sub-Stichprobe von 10 der 203 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern vertiefende Interviews zu individuellen und sozialen Potenzialen für ein „gutes Leben" im hohen Alter geführt. Die Ergebnisse sind im Bericht zur qualitativen Fokusstudie veröffentlicht (ÖPIA, 2018). Die Ausweitung der ÖIHS auf ein weiteres Bundesland und die Fortführung im Rahmen einer zweiten Welle entspricht der Zielsetzung einer langfristigen und sich sukzessive auf alle Bundesländer ausweitendenden Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie.

Das Ziel der in diesem Bericht dargestellten Erhebung in Niederösterreich besteht darin, in möglichst umfassender Weise die Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen in Niederösterreich zu erfassen. Es werden verschiedene Dimensionen der Gesundheit, funktionale, körperliche, psychische Gesundheit bis hin zum Gesundheitsbewusstsein, ebenso wie Aspekte der Pflege und Betreuung analysiert. In sozialer Hinsicht geht der Bericht auch auf die Lebensumgebung, die sozioökonomischen Verhältnisse, die sozialen Beziehungen und die Alltagsgestaltung von hochaltrigen Menschen ein.

Ein wesentlicher Aspekt des vorliegenden Berichts besteht in der Herausarbeitung von regionalen Unterschieden zwischen urbanen und strukturstarken sowie ruralen und strukturschwächeren Gemeinden dar. Bereits in dem Bericht zur 1. Erhebung der ÖIHS in Wien und der Steiermark (ÖPIA, 2015) zeigte sich, dass strukturelle und regionale Unterschiede einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit, Lebensgestaltung und Pflegebetreuung hochaltriger Menschen haben. Aufgrund der in dem Bundesland Niederösterreich strukturell sehr unterschiedlichen Regionen (z.B. Abwanderungsgebiet Waldviertel vs. wirtschaftsstarkes Industrieviertel) ist anzunehmen, dass diese Erkenntnisse für das Bundesland Niederösterreich in noch größerem Ausmaß bestimmend sein werden. Aus diesem Grund wurde vor der eigentlichen Ergebnisdarstellung ein Kapitel zum Lebensraum in Niederösterreich verfasst, in dem auf die strukturelle und regionale Heterogenität als eine Spezifität des Bundeslandes Niederösterreich eingegangen wird.

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich dabei an forschungsleitenden Fragestellungen, wie z.B.: Wie gestaltet sich die funktionale, körperliche und psychische Gesundheit von hochaltrigen Menschen in Niederösterreich in Hinblick auf Einschränkungen und Potenziale? Welche Zusammenhänge lassen sich hier in Bezug auf das Geschlecht, den sozioökonomischen Status oder die Bildung der Studienteilnehmer/innen feststellen? Welchen Formen der Alltags- und

Freizeitgestaltung gehen Hochaltrige nach? Inwiefern werden Sie hier von äußeren Faktoren, wie dem regionalen Angebot von Gemeinden, von Geschlechterrollen oder über den Lebensverlauf akkumulierten kulturellem Kapital beeinflusst? Welchen Unterstützungs- und Pflegebedarf weisen Menschen in Niederösterreich zwischen 80 und 85 Jahren auf?

Das Zusammenwirken zwischen gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Aspekten wird an mehreren Stellen über den Bericht hinweg sowie letztlich in kompakter Form in den Schlussfolgerungen beschrieben. Dabei geht es vor allem darum, komplexe und besonders gesellschaftsrelevante Aspekte des Alterns zu beschreiben. Diese beziehen sich etwa auf die Mehrfachbenachteiligung im Alter, die vor allem Frauen betrifft, die Heterogenität des Alters, die von einigen Determinanten wesentlich bestimmt wird, über den Lebensverlauf kumulierte Ungleichheiten im Alter, Resilienz und protektive Faktoren der Gesundheit im hohen Alter, den Stellenwert von Kindern und Verwitwung bei älteren Menschen, die Bedeutung von Zärtlichkeit und Sexualität, sowie die Prokrastination von Pflegevorsorge.

Mit den gewonnenen praxis- sowie entscheidungsnahen Daten der ÖIHS-NÖ sollen Bund, Länder und Gemeinden sowie Dienstleister auch aus dem Bereich der Wirtschaft unterstützt werden. Neben dem Anspruch einer politik- und praxisrelevanten Studie, erfüllt der vorliegende Bericht die Erfordernisse einer wissenschaftlichen Aufbereitung der Ergebnisse. Aus diesem Grund wurden bei besonders relevanten Zusammenhängen Zusammenhangs- und Stärkemaße in Klammern angegeben. Ihre Bedeutung ist in der nachfolgenden Legende kurz erklärt, um die Relevanz der Ergebnisse auch für nicht-wissenschaftliche Leserinnen und Leser verständlich zu machen.

Der inhaltlichen Ergebnisdarstellung sind drei einführende Kapitel vorangestellt. Der Einleitung folgen ein Kapitel zur Methodik und Studienpopulation und ein Kapitel zum Lebensraum Niederösterreich, in dem auf die strukturelle und regionale Heterogenität Niederösterreichs eingegangen wird. Die Darstellung der Ergebnisse der Befragung erfolgt anschließend in vier inhaltlichen Teilen. Kapitel 4 setzt sich mit den Lebenswelten hochaltriger Menschen in Niederösterreich auseinander und beschreibt dabei die Lebensumgebung im Sinne der Wohnumgebung und des Bewegungsradius sowie die sozioökonomischen Verhältnisse der Studienteilnehmer/innen. Die Gesundheit, Krankheit und das Wohlbefinden älterer Menschen werden in Unterkapiteln zur funktionalen, körperlichen, psychischen Gesundheit und dem seelischen Befinden im Alter sowie zum Gesundheitsbewusstsein und -verhalten in Kapitel 5 beschrieben. Kapitel 6 setzt sich mit der Freizeit- und Alltagsgestaltung sowie mit den sozialen Beziehung hochaltriger Menschen auseinander und Kapitel 7 beschreibt Ausmaß, Bedarf und Formen der Pflege und Betreuung. Die wesentlichsten Erkenntnisse werden in den Schlussfolgerungen zusammengefasst. Erläuterungen zu dem methodischen Vorgehen und komplexeren Variablen sind im Anhang zu finden und auf die verwendete Literatur kann im letzten Kapitel referiert werden.

LEGENDE

Um die Verständlichkeit des Berichts zu erhöhen, sind einige wesentliche statistischen Ausdrücke in den nachfolgenden Absätzen kurz erklärt.

Zufälligkeit von Zusammenhängen

Bei der Beschreibung von Zusammenhängen zwischen zwei oder mehreren Merkmalen geht es – neben der rein deskriptiven Beschreibung – auch darum zu überprüfen, ob diese zufällig durch die Stichprobenziehung entstanden sind oder nicht. Die Wahrscheinlichkeit ein zufälliges Ergebnis zu erhalten wird durch eine Irrtumswahrscheinlichkeit definiert. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% geht man davon aus, dass der Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen in 95% der Fälle in der Stichprobe nicht zufällig auftritt. Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 1% bzw. 1‰ weist darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen bei 99% bzw. 99,9% in der Stichprobe nicht zufällig auftritt. Bei der Überprüfung des zufälligen Auftretens von Zusammenhängen geht man von zwei Annahmen aus: erstens, es besteht grundsätzlich kein Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen in der Grundgesamtheit („Nullhypothese“) und zweitens, die Stichprobe wurde zufällig gezogen, es handelt sich also um eine so genannte Zufallsstichprobe. Die Grundgesamtheit bezieht sich in dieser Studie auf die hochaltrige Bevölkerung in Niederösterreich.

Signifikanz und p-Wert

Verschiedene statistische Testverfahren beschreiben anhand des p-Wertes, wie wahrscheinlich der Zusammenhang[1] durch Zufall entstanden ist. Der p-Wert ist dabei eine statistische Maßzahl für die Irrtumswahrscheinlichkeit, mit der ein Zusammenhang als signifikant, also nicht zufällig, interpretiert wird. Ein p-Wert von $p<0.05$ bedeutet, dass der Zusammenhang mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 5% signifikant ist. Ein p-Wert von $p<0.01$ bzw. $p<0.001$ bedeutet, dass der Zusammenhang mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 1% bzw. 1‰ signifikant ist.

Stärke von Zusammenhängen

Die Signifikanz eines Zusammenhangs ist von der Stärke des Zusammenhangs zu unterscheiden. Ein signifikanter Zusammenhang kann stark oder schwach sein. Gleichzeitig bedeutet ein starker Zusammenhang nicht, dass er auch signifikant ist. Die Stärke der in diesem Bericht verwendeten Zusammenhänge wird durch ein Spektrum von 0 bis 1 ausgedrückt. Dabei erreicht ein schwacher Zusammenhang einen Wert bis 0.2, ein mittlerer Zusammenhang einen Wert bis 0.4 und ein starker Zusammenhang einen Wert ab 0.4. In diesem Bericht wurde die Stärke des Zusammenhangs nur dann angegeben, wenn es sich um einen Wert größer 0.4 handelt.

Indexierung

Um ein soziales oder gesundheitliches Konstrukt (wie z.B. den sozioökonomischen Status oder den Gesundheitszustand) zu analysieren, muss es durch mehrere Dimensionen abgefragt werden. Aus den unterschiedlichen Dimensionen wird bei der Auswertung ein Index gebildet, indem beispielsweise die Antwortkategorien der einzelnen abgefragten

[1] Basierend auf bestimmten Grundannahmen der Nullhypothese

Dimensionen zusammengezählt werden. Aus diesem Vorgehen entsteht eine metrische Skala, auf der das soziale Konstrukt letztlich verortet werden kann. Um die Verständlichkeit der metrischen Skala zu erhöhen, wurden die metrischen Variablen danach wieder in Kategorien eingeteilt (z.B. niedrig, mittel, hoch oder sehr gut, gut, pre-frail, frail).

METHODIK
UND
STUDIENPOPULATION

1 METHODIK UND STUDIENPOPULATION

In der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie wird Hochaltrigkeit als signifikantes Überschreiten der durchschnittlichen Lebenserwartung definiert. Zielpersonen der ÖIHS sind in diesem Sinne **Personen ab 80 Jahren**.[2] Berücksichtigt werden in der ÖIHS sowohl hochaltrige Personen in **Privathaushalten**, als auch Personen, die in **Pflegeheimen** leben. Bei der in diesem Bericht dargestellten Untersuchung handelt es sich um die zweite Erhebungswelle der Österreichischen Hochaltrigenstudie, in dessen Rahmen eine Zweiterhebung in Wien und der Steiermark und eine Ersterhebung in Niederösterreich stattgefunden hat. Mittelfristig ist angestrebt, die Studie von den derzeit teilnehmenden Bundesländern Wien, Steiermark und Niederösterreich auf ganz Österreich auszuweiten und sukzessive zu einer nationalen Hochaltrigenstudie auszubauen.

Methodik der Hochaltrigenstudie auf einen Blick:

- Die quantitative Befragung erfolgte durch persönliche, fragebogengestützte Interviews (PAPI) in Privathaushalten und Pflegeheimen.
- Die Verbindung eines quantitativen und qualitativen Forschungszugangs stellt ein Alleinstellungsmerkmal der ÖIHS dar („Mixed-Methods-Design").
- Die Erhebungsinstrumente der ÖIHS sind international vergleichbar.
- Neben vollwertigen Teilnahmen *(Ebene 1)* wurden bei Ablehnungen auch telefonische Kurzinterviews *(Ebene 2)* durchgeführt, um mögliche Verzerrungen aufgrund einer Stichprobenselektivität zu berücksichtigen.

Stichprobe der Hochaltrigenstudie auf einen Blick:

- Die Stichprobe setzt sich aus 45,8% Frauen und 54,2% Männer im Alter zwischen 80 und 85 Jahren zusammen.
- Die Hälfte der Studienteilnehmer/innen wohnen in urbanen Gebieten; ein Drittel wohnt in städtischen Einflussgebieten oder regionalen Zentren und ein Fünftel im ländlichen Raum.
- Hochaltrige der niederösterreichischen Stichprobe verfügen über eine überdurchschnittlich hohe Bildung: 17,7% haben einen Universitäts- oder Hochschulabschluss, weitere 16,8% haben einen Schulabschluss mit Matura.
- Eine Selektivität der Stichprobe ergibt sich (1) auf einer regionalen Ebene aufgrund nicht in die Erhebung einbezogener Gemeinden, (2) auf einer sozioökonomischen Ebene aufgrund einer Überrepräsentation von Frauen und höher Gebildeten, und (3) auf einer gesundheitlichen Ebene, die zu einer Überschätzung des Gesundheitszustands der Stichprobe führt.

[2] Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug in Österreich zum Studienzeitpunkt knapp 79 Jahre für Männer und knapp 84 Jahre für Frauen (Statistik Austria, 2016a). Damit trifft die hier verwendete Definition von Hochaltrigkeit vor allem für Männer, jedoch nur bedingt für Frauen zu. Angesichts der Tatsache, dass der Frauenanteil im Segment der über 80-Jährigen bei 65% liegt (Statistik Austria, 2016e), sind Männer hier also schon von vornherein tendenziell unterrepräsentiert. Deshalb erscheint es zweckmäßig, sich bei der Definition eher an der Lebenserwartung von Männern zu orientieren und so auch eine stärkere Berücksichtigung von Männern zu gewährleisten. Aus diesem Grund wurde als Kriterium für die Definition von Hochaltrigkeit das Überschreiten des 80. Lebensjahres bestimmt.

1.1 Studiendesign der Hochaltrigenstudie in Niederösterreich

Die Befragung der niederösterreichischen Hochaltrigenstudie erfolgte durch **persönliche, fragebogengestützte Interviews (PAPI)**, in denen Frauen und Männer im Alter von 80 bis 85 Jahren zu gesundheitlichen, sozialen und sozioökonomischen Fragen sowie zu Aspekten der Pflege und Betreuung befragt wurden. Zudem wurde eine Auswahl an einfach durchzuführenden **geriatrischen Assessments** angewandt, um die gesundheitliche Situation und den Betreuungsbedarf einer Person möglichst genau einschätzen zu können. Um eine möglichst hohe internationale Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, wurden für die Befragung bevorzugt vorhandene und erprobte, standardisierte und teilstandardisierte Erhebungs- und Assessmentinstrumente verwendet. Die Erhebung erfolgte ausschließlich durch entsprechend geschulte Interviewer/innen. Die erhobenen Daten wurden statistisch mit großteils bivariaten und einigen multivariaten Analyseverfahren ausgewertet.

Ergänzend sieht das Design der ÖIHS auch einen **qualitativen Forschungszugang** vor, der es erlaubt, subjektive Sichtweisen und Deutungen zu erfassen und vertiefende Einblicke in die Gesundheits- und Lebenssituation von hochaltrigen Frauen und Männern zu gewinnen. Die Integration eines qualitativen Studienteils in das Studiendesign der ÖIHS ist motiviert durch drei Überlegungen: Einerseits ermöglicht der **explorative Charakter der qualitativen Methodik** einen höheren Grad an Offenheit in qualitativen Erhebungen, wodurch die subjektive Perspektive der Studienteilnehmer/innen stärker erfasst werden kann. Auf diese Weise können dann Themen, die bislang weniger im wissenschaftlichen Fokus waren, in ihrer Bedeutung für die betroffenen Menschen sichtbar gemacht und in die weitere Forschung aufgenommen werden. Andererseits gilt der qualitative Forschungszugang gleichsam als **„Königsweg" in der Forschung zu sensiblen Themen**, wie z.B. Erfahrungen und Umgang mit Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie Sterben, Tod und Trauer, unter Einhaltung hoher ethischer Standards. Letztlich stellt die Verbindung eines quantitativen und qualitativen Forschungszugangs auch ein relatives **Alleinstellungsmerkmal der ÖIHS** dar, da Hochaltrigenstudien bislang lediglich in seltenen Ausnahmen (Institut für Gerontologie, 2014; Lumme-Sandt, Hervonen, & Jylhä, 2000) einen qualitativen Forschungszugang vorgesehen haben.

Die qualitativen Interviews wurden bei den Teilnehmer/innen zu Hause bzw. in ihrem Wohnbereich durchgeführt. Hinsichtlich der Interviewführung wurden die qualitativen Interviews möglichst **offen und narrativ**, d.h. wenig strukturiert, angelegt, um die Studienteilnehmer/innen in einen Erzählfluss zu bringen. Trotz des narrativen Charakters der Interviews wurde aber ein zumindest grob strukturierter Gesprächsleitfaden verwendet, um sicherzustellen, dass alle interessierenden Themenfelder während des Interviews angesprochen werden. Von den 40 Interviews wurden 10 in Niederösterreich geführt, die restlichen 30 wurden in Wien und der Steiermark geführt. Diese wurden anschließend transkribiert und unter Verwendung von qualitativen Kodierverfahren computer-unterstützt ausgewertet. Für den vorliegenden Bericht wurden qualitative Zitate aus allen 40 Interviews unterstützend für die Aufbereitung der quantitativen Erhebung in Niederösterreich verwendet.

Die ÖIHS ist grundsätzlich als eine **Längsschnittstudie** konzipiert, d.h. sie sieht die Durchführung mehrerer Erhebungswellen in regelmäßigen zeitlichen Intervallen vor. Vorgesehen ist dabei eine **Kombination aus Panel- und Trenddesign**: Bei Panelstudien

handelt es sich um personenidentische Mehrfachbefragungen, d.h. es findet im Prinzip dieselbe Befragung in regelmäßigen Abständen in der gleichen Stichprobe, also mit ein- und denselben Personen, statt. Mithilfe eines Paneldesigns kann die langfristige Entwicklung (z.B. der Gesundheitssituation der Teilnehmenden) auf Individualdatenniveau beobachtet und so auf Kausalbeziehungen zwischen verschiedenen im Panel erhobenen Variablen geschlossen werden. Trenderhebungen dagegen sehen für jede Untersuchung die Ziehung einer neuen Stichprobe vor. Auf diese Weise kann das Verhalten sukzessiver Kohorten über mehrere Messzeitpunkte hinweg untersucht werden. Die Kombination aus Panel- und Trenddesign im Rahmen einer Hochaltrigenstudie ermöglicht daher **sowohl Vergleiche auf Individualdatenniveau als auch die Analyse von Kohortenunterschieden**. Für längsschnittliche Folgeerhebungen ist derzeit ein **Intervall von drei Jahren** geplant. Je nach Aufwand und Interessenslage, können auch zusätzliche und neue Fragestellungen – beispielsweise besonders aktuelle und gesundheitspolitisch relevante Fragen oder auch spezifische biologische Marker aus der Grundlagenforschung – in die Studie aufgenommen werden. Besonders der qualitative Studienteil bietet sich für die ergänzende Durchführung spezieller, thematisch fokussierter Schwerpunktstudien an.

1.2 Internationale Vergleichbarkeit der Erhebungsinstrumente der ÖIHS

Die ÖIHS verwendete im Interesse einer möglichst hohen internationalen Vergleichbarkeit nach Möglichkeit bereits vorhandene und erprobte standardisierte und teilstandardisierte Erhebungs- und Assessmentinstrumente. Sie griff hier vor allem auf Erhebungsinstrumente anderer Altersstudien, wie z.B. dem Deutschen Alterssurvey (DEAS), zurück. Mit Blick auf gesundheitliche Fragestellungen wurden in dieser Pilotstudie teilweise auch Instrumente aus verschiedenen nationalen und internationalen Gesundheitsbefragungen (insbesondere der Europäischen Gesundheitsumfrage – EHIS) verwendet. Einige spezielle Erhebungsinstrumente, insbesondere im Rahmen der ÖIHS angewandte geriatrische Assessments, werden hier genauer vorgestellt:

Geriatrisches Screening nach Lachs

Die **Erhebung des Gesundheitszustands** hochaltriger Menschen im Rahmen der ÖIHS basiert in seiner grundlegenden Struktur auf dem geriatrischen Screening nach Lachs (Lachs u. a., 1990). Dabei handelt es sich um ein Screening-Instrument aus der Geriatrie zur Identifikation von geriatrischen Patient/innen. Der Vorteil dieses Instruments ist, dass es eine ganze Reihe wichtiger Indikatoren für altersbedingte funktionelle Einschränkungen und geriatrische Risikofaktoren enthält (z.B. hinsichtlich sensorischer Fähigkeiten, Mobilität oder einer Auswahl zentraler Activities of Daily Living) und zugleich äußerst kompakt und mit geringem Zeitaufwand durchführbar ist. Da die Belastung der Studienteilnehmer/innen auf diese Weise gering gehalten werden kann, wurde dieses Screeningverfahren als Ausgangsbasis für das geriatrische Assessment im Rahmen der ÖIHS gewählt. Zusätzlich wurden einzelne alternative bzw. das Assessment ergänzende Screeningverfahren angewandt.

Gangtest

Zur **Einschätzung der Mobilität** der Teilnehmer/innen wurde auch ein Gangtest durchgeführt. Dabei wurden die Teilnehmer/innen gebeten, von ihrem Stuhl aufzustehen, ein paar Schritte zu gehen (ggf. unter Verwendung einer Gehhilfe) und sich anschließend wieder hinzusetzen. Im Gegensatz zum weit verbreiteten, sogenannten „Timed Get-Up-and-Go-Test“ (Podsiadlo & Richardson, 1991) wurde beim hier durchgeführten Gangtest zur Vereinfachung auf eine Zeitmessung verzichtet. Stattdessen schätzten die

Interviewer/innen die Gehgeschwindigkeit ein – d.h. ob die Person den Test mit einer als normal einzuschätzenden Geschwindigkeit absolviert oder ob ihr Gang auffällig langsam und schwerfällig erscheint. Die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung des Gangtests mit „normaler" oder auffällig langsamer Geschwindigkeit dient als Indikator für Einschränkungen in der Mobilität und in weiterer Folge der Selbsthilfefähigkeit im hohen Alter.

Kognitiver Test (Drei-Wörter-Uhrentest)

Aufgrund der besonderen Relevanz im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit ist im Rahmen der ÖIHS auch die Untersuchung der **kognitiven Funktionen** der Teilnehmer/innen vorgesehen. Zum Einsatz kam dabei mit dem sogenannten Drei-Wörter-Uhrentest (Strotzka, Psota, & Sepandj, 2003) ein möglichst kurzes und kompaktes Screeningverfahren, das einerseits die Belastung für die Teilnehmer/innen so niedrig wie möglich halten, andererseits aber zumindest einige grundsätzliche und dabei auch verlässliche Einschätzungen und Aussagen über die kognitiven Kapazitäten der Teilnehmer/innen erlauben sollte.[3] Dieser Test zeichnet sich durch eine doppelte Aufgabenstellung aus: Zum einen sollten sich die Teilnehmer/innen drei Begriffe (Ball – Fahne – Baum) merken und zum anderen auf einem Blatt Papier ein Uhrenziffernblatt mit allen Ziffern zeichnen und anschließend auf diesem Ziffernblatt die Uhrzeit 11:10 („zehn nach elf") eintragen. Die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung dieser Aufgaben gibt Aufschluss über den kognitiven Status der Teilnehmer/innen und über potentiell bestehende bzw. beginnende Demenzerkrankungen.

Harninkontinenz

Ein Schwerpunkt der Gesundheitserhebung im Rahmen der ÖIHS widmet sich dem bislang nur wenig untersuchten Thema der Harninkontinenz. Hierfür ist eine Auswahl zentraler Fragen zu Häufigkeit, Ausmaß und Beeinträchtigung durch den Harnverlust vorgesehen, basierend auf einer deutschen Version des Bristol LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) Questionnaire (Schatzl u. a., 2001).

1.3 Stichprobenziehung und Teilnahmeebenen

Die für die Stichprobenziehung vorgenommene Eingrenzung des Alters der Studienteilnehmer/innen auf 80-85 Jahre erfolgte einerseits aus theoretischen und andererseits aus forschungspragmatischen Erwägungen. Forschungspragmatisch war diese Definition durch die Erfahrung geleitet, dass mit zunehmendem Alter die Erreichbarkeit von Menschen für wissenschaftliche Studien sukzessive abnimmt. Bereits 80-Jährige sind deutlich schwerer zur Teilnahme an Studien zu motivieren als lediglich 10 Jahre jüngere Menschen.[4] Als stärker theoretisch geleitete Überlegung war ausschlaggebend, dass gerade der Bereich 80-85 Jahre gewissermaßen den Übergang in die Hochaltrigkeit markiert. In diesen Altersbereich fällt auch das durchschnittliche Alter

[3] Der für die Einschätzung des kognitiven Status im gerontologischen Kontext wesentlich gebräuchlichere Test namens Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) ist im Vergleich zum hier verwendeten Instrument ungleich umfangreicher und länger und erfasst daher auch kognitive Beeinträchtigungen in deutlich mehr verschiedenen Domänen (Sprache, Rechenfähigkeit etc.). In einer prospektiven Studie von (2009) erwies sich der Drei-Wörter-Uhrentest jedoch als ähnlich genau wie der MMSE und insofern besonders gut geeignet für eine erste und unkomplizierte Demenzerkennung.

[4] Die Berliner Altersstudie (BASE) beispielsweise erreichte bei einer multidisziplinären Ersterhebung, die mit dem Umfang der ÖIHS vergleichbar ist, eine Ausschöpfungsrate von 49% bei einer Referenzpopulation 70+ (Lindenberger, Smith, Mayer, & Baltes, 1999). Für die Pilotstudie der ÖIHS liegt diese Ausschöpfungsrate deutlich niedriger (siehe unten).

des Ersteintritts in ein Pflegeheim.[5] Zwischen 80 und 85 scheinen sich also wesentliche, für das Verständnis der Hochaltrigkeit hoch relevante Selektionsprozesse zu vollziehen. Für die Ziehung neuer Stichproben im Rahmen einer longitudinalen Fortsetzung der ÖIHS wird es zweckmäßig sein, diese Stichprobendefinition beizubehalten und das noch höhere Alter vor allem über die Weiterverfolgung im Panel zu erreichen.

Die Auswahl der Studienteilnehmer/innen erfolgte vorwiegend auf dem Weg eines **telefonischen Screenings**. Dabei wurden niederösterreichische Haushalte nach dem Zufallsprinzip telefonisch kontaktiert und es wurde festgestellt, ob sich in dem Haushalt eine Person befand, die dem Teilnehmer/innenprofil der Studie entsprach. In einem positiven Fall wurde sie zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Dieses Vorgehen erfüllt die Kriterien einer Zufallsstichprobe. Das telefonische Screening wurde vom Institut für empirische Sozialforschung (IFES) im Auftrag der ÖPIA durchgeführt. Bei einer Zusage im Rahmen des telefonischen Erstkontakts wurden die Kontaktdaten des/der jeweiligen Teilnehmer/in aufgenommen und anschließend an die ÖPIA weitergeleitet, die dann die Durchführung des Interviews in die Wege leitete. Die Kontaktdaten wurden unter Einhaltung strenger Datenschutzrichtlinien zentral bei der ÖPIA und ausschließlich zu Projekt-Verwaltungszwecken gespeichert. Bei einer Ablehnung der Teilnahme wurde versucht, die betreffende Person zumindest für eine telefonische Kurzbefragung zu gewinnen (eine Kurzform des Interviews mit ca. 20 Fragen). Dies diente besonders auch der Kontrolle einer potentiellen Stichprobenselektivität, d.h. ob und in welchem Ausmaß die Auswahl der Studienteilnehmer/innen zugunsten bestimmter Faktoren, die eine Teilnahme an der Studie begünstigen oder erschweren, verzerrt ist (siehe folgender Abschnitt: *Stichprobenselektivität der ÖIHS*).

Insgesamt sollten 200 Personen für die Teilnahme an der niederösterreichischen Studie gewonnen werden. Durch das telefonische Screening sollten **180 selbständig in Privathaushalten lebende Personen** (inkl. Seniorenresidenzen und betreute Wohnformen) erreicht werden. Um für die Studie, wie im Studiendesign vorgesehen, auch in Pflegeheimen lebende Personen berücksichtigen zu können, wurde in freundlicher Kooperation mit verschiedenen Pflegeeinrichtungen in Niederösterreich von der ÖPIA ein **zusätzliches Sample von rund 20 Personen in Pflegeheimen** (ohne telefonischen Screening) erstellt. Letztendlich konnten 181 Interviews in Privathaushalten und 22 Interviews in Pflegeheimen realisiert werden.

Um das Ziel zu erreichen und 180 in Privathaushalten lebende Personen für ein Interview zu gewinnen, wurden ca. 1.250 Personen (also fast 7mal so viele Personen) im Rahmen des Screenings telefonisch kontaktiert. Diese Zahlen verdeutlichen die durchaus zu erwartende schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe der 80-85-Jährigen für wissenschaftliche Studien. Unter Berücksichtigung von Pflegeheim-Kontakten, welche nicht im Umfang der Kontakte aus dem telefonischen Screening enthalten sind, und gemessen an der Anzahl aller realisierten Interviews, ergibt sich eine **Ausschöpfungsrate von ca. 16%** (realisierte Interviews ÷ Gesamtkontakte (Privathaushalte + Pflegeheim) = 203 ÷ 1.271). Im Vergleich zur Ausschöpfungsrate der ersten Erhebungswelle in Wien und der Steiermark von ca. 21% (ÖPIA, 2015) fällt die Ausschöpfungsrate von Niederösterreich um 5%-Punkte deutlich geringer aus. Erklärungsgründe dafür können mitunter in der ländlichen Struktur Niederösterreichs

[5] Das durchschnittliche Heimeintrittsalter liegt in Österreich derzeit bei etwa 82 Jahren (BMSK, 2008, S. 82).

gesehen werden, wo von einer erschwerten Erreichbarkeit von Personen mit Wohnsitz in ländlichen Gebieten ausgegangen werden kann.

Von den 1.247 telefonisch kontaktierten hochaltrigen Personen haben beim telefonischen Erstkontakt im Rahmen des einleitenden Interview-Screenings 779 Personen eine Teilnahme aufgrund mangelnden Interesses (663) oder aufgrund der allgemeinen Gesundheit (116) abgelehnt. Einige potenzielle Teilnehmer/innen wurden auch aufgrund fortgeschrittener Demenz (23) für die Teilnahme an der Studie nicht weiter berücksichtigt. Insgesamt nahmen damit 802 Erstkontakte nicht an der Studie Teil (vgl. „Ablehnungen" in Tabelle 1). Mit weiteren 200 Personen konnte nach einem negativen Screening zur Teilnahme zumindest ein telefonisches Kurzinterview geführt werden, um ein Vergleichssample zur Hauptstudie zu generieren. Dies wurde vor allem deswegen unternommen, um nachvollziehen zu können, ob die kontaktierten Personen aufgrund eines bestimmten Merkmals, wie etwa dem Gesundheitszustand, systematisch absagten und es so zu einer Verzerrung der Stichprobe der Hauptstudie kam (vgl. Kapitel 1.4). Von jenen 200 Personen liegen also grundlegende Daten zur Gesundheits- und Lebenssituation vor, die in die Auswertung miteinbezogen werden können (insbesondere auch zum Vergleich mit den Daten aus den vollwertigen Interviews zum Zweck einer Selektivitätskontrolle). Mit 245 Personen wurde eine komplette Befragung durchgeführt; davon sagten aber 64 Personen nach bereits erfolgter telefonischer Zusage noch einmal kurzfristig ab.

1.247 Telefonkontakte (Screening)		
802 Ablehnungen	245 Zusagen	200 tel. Kurzinterviews
181 realisierte Interviews + 22 Pflegeheiminterviews		
203 Interviews (persönliche Befragungen)		

Tabelle 1: Stichprobenerstellung.

Teilnahmeebenen der ÖIHS

Hochaltrigenstudien stehen, wie viele andere wissenschaftliche Studien, vor dem grundsätzlichen Problem, dass Einwilligung wie Ablehnung der Studienteilnahme an Faktoren gebunden sein können, die im Interesse der Studie stehen und gewissermaßen Teil des Forschungsgegenstandes sind. Mit Blick auf Hochaltrigkeit betrifft das vor allem den Gesundheitszustand (insbesondere bei fortgeschrittener Demenz), aber auch andere Faktoren wie Bildungsgrad, Wohnsituation (Heim vs. Wohnung) etc. Die Stichprobe wäre dann also bis zu einem gewissen Grad zugunsten bestimmter Faktoren, die eine Teilnahme begünstigen, oder zuungunsten anderer Faktoren, die eine Teilnahme erschweren, verzerrt. In der Statistik spricht man in diesem Zusammenhang von **Stichprobenselektivität**. Es ist daher auch für die ÖIHS wesentlich, diese Selektivität so gut wie möglich zu kontrollieren. Bei manchen Faktoren (wie z.B. Bildung) kann zur Kontrolle einer Stichprobenselektivität auf vorhandene statistische Daten wie etwa Mikrozensusdaten zurückgegriffen und diese mit den eigenen Daten abgeglichen werden. Schwieriger ist dies bei anderen Einflussgrößen wie der Gesundheit, wo ein weitergehendes Vorgehen notwendig war.

Zu diesem Zweck wurden für die ÖIHS **unterschiedliche Teilnahmeebenen** mit unterschiedlicher Intensität der Teilnahme und folglich verschiedenen Niveaus erhobener Daten definiert. Die hier definierten Teilnahmeebenen korrespondieren mit unterschiedlichen Graden der Teilnahmefähigkeit und Teilnahmebereitschaft. Am Ende können die auf unterschiedlichen Ebenen erhobenen Daten miteinander verglichen werden, um festzustellen, ob und in welchem Ausmaß die Studienteilnahme auf unterschiedlichen Ebenen in Zusammenhang mit bestimmten interessierenden Variablen steht, ob also Stichprobenselektivität vorliegt und, wenn ja, in welchem Ausmaß (vgl. Kapitel 1.4).

Ebene 1: Telefonische Kurzbefragung

Die erste Teilnahmeebene besteht aus einer **Kurzform der Befragung** (ca. 20 Fragen), die mit möglichst vielen Personen (ggf. auch deren Proxys), die an der Studie nicht in vollem Umfang teilnehmen wollten oder konnten, durchgeführt wurde. Auf diese Weise konnten zumindest einige grundsätzliche Daten zur Lebens- und Gesundheitssituation eingeholt werden. Eine Teilnahme auf *Ebene 1* war dann verwirklicht, wenn eine Teilnahme an der vollständigen Erhebung abgelehnt wurde, aber die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer für eine telefonische Kurzbefragung gewonnen werden konnte. Sie war auch verwirklicht, wenn eine Teilnahme aufgrund schwerer physischer und kognitiver Einschränkungen nicht möglich war, aber ein Proxy (z.B. ein/e Angehörige/r) erklärte sich bereit und kompetent, eine entsprechende Kurzbefragung zur Gesundheits- und Lebenssituation der hochaltrigen Person zu absolvieren. Im Rahmen der ÖIHS-Pilotstudie wurde diese Kurzbefragung telefonisch im Zuge des zur Stichprobenerstellung vorgesehenen Screenings durchgeführt.

Ebene 2: „Vollwertige" Teilnahme

Die zweite Teilnahmeebene definiert sich durch eine vollständige Teilnahme an der Studie. Die Studienteilnehmerin bzw. der Studienteilnehmer stimmten einer Teilnahme zu, und auch aus gesundheitlicher und ethischer Sicht konnte eine Teilnahme befürwortet werden. Eine vollwertige Teilnahme der *Ebene 2* bedeutet also, dass die für die Stichprobe ausgewählte Person gewillt und gesundheitlich/kognitiv in der Lage war, die vollständige Erhebung zu absolvieren

1.4 Die Stichprobe der niederösterreichischen Hochaltrigenstudie

Insgesamt wurden im Rahmen der Erhebung der ÖIHS in Niederösterreich **203 Interviews** mit **Frauen und Männern im Alter zwischen 80 und 85 Jahren** geführt. Nahezu alle Befragten sind österreichische Staatsbürger/innen (99%). Dieser sehr hohe Schnitt liegt zum einen darin begründet, dass Migrant/innen für wissenschaftliche Studien wesentlich schwerer zu erreichen sind. Zum anderen setzt sich die Studienpopulation aus Teilnehmer/innen zusammen, die lange vor den größeren Einwanderungswellen ab den 1960er Jahren geboren wurden und überwiegend noch einer etwas früheren Generation als jener der Einwander/innen angehören. Überhaupt wurden nur lediglich 8,9% der Teilnehmer/innen in einem anderen Land als Österreich geboren, darunter Deutschland, die ehemalige Tschechoslowakei, Ungarn, Rumänien oder ein Staat des ehemaligen Jugoslawien. Fast 90% leben bereits seit über 50 Jahren in Österreich.

Hinsichtlich der **Geschlechterverteilung** setzt sich die niederösterreichische Stichprobe aus 45,8% Frauen und 54,2% Männer zusammen. Gemessen an der

Geschlechterverteilung der 80-85-Jährigen in Niederösterreich bedeutet das eine leichte Überrepräsentation von ca. +6% Männern im Sample. Laut Statistik Austria lag der Frauenanteil in der Gruppe der 80-85-Jährigen zu Jahresbeginn am 1.1.2016 in Niederösterreich bei 60,1%; der Männeranteil lag bei 39,9% (Statistik Austria, 2017b). Da aufgrund des allgemein ohnehin deutlich geringeren Männeranteils im Segment der Hochaltrigen tendenziell mit einer noch niedrigeren Repräsentation von Männern zu rechnen war, ist dieser etwas höhere Anteil von Männern im Sample, insbesondere im Hinblick auf Gendervergleiche im Rahmen der Auswertung, durchaus erfreulich und positiv zu betrachten.

Mit Blick auf das Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen ist festzuhalten, dass die Hochaltrigen der niederösterreichischen Stichprobe über eine **überdurchschnittlich hohe Bildung** verfügen. 17,7% der Befragten verfügen über einen Universitäts- oder Hochschulabschluss. Weitere 16,8% haben zumindest einen Schulabschluss mit Matura und 17,7% haben einen Abschluss an einer mittleren Schule ohne Matura. Demnach haben in dieser Stichprobenzusammensetzung mit 52,2% fast die Hälfte der Teilnehmer/innen eine vergleichsweise hohe Schulbildung. Dieser Wert liegt deutlich über dem Bildungsniveau, das aus der abgestimmten Erwerbstatistik 2015 für 80-84-Jähringe in Niederösterreich abzulesen ist: So beträgt der Anteil der Personen mit einem Abschluss an einer Hochschule oder Universität lediglich 3,3% und jener Personen mit einem Abschluss an einer mittleren oder höheren Schule 18,3%. Die überwiegende Mehrheit der Hochaltrigen in Niederösterreich verfügt über einen Pflichtschulabschluss (51,1%) oder einen Lehrabschluss (27,4%) (Statistik Austria, 2015a).

Bei dem **Wohnort** wurden die **62 Gemeinden** und **77 Orte**, in denen Daten zur Situation der 80-85-Jährigen in Niederösterreich erhoben wurden, basierend auf der **Urban-Rural-Typologie** der Statistik Austria in drei verschiedene Kategorien der städtischen bzw. ländlichen Ausdifferenzierung eingeteilt (vgl. Kapitel 0). Etwa die Hälfte der befragten Personen leben in Gemeinden, die in den Kernraum eines urbanen Zentrums fallen. Diese Regionen sind von einer starken Verdichtung und einem hohen Bevölkerungspotential[6] gekennzeichnet. Etwas weniger als ein Drittel der Befragten (31,1%) leben in regionalen Zentren (6,4%) oder im ländlichen Raum eines städtischen Einflussbereichs (24,7%). Diese Regionen sind von einer erkennbaren Verdichtung und grundlegenden Infrastruktur sowie von starken funktionalen Verflechtungen mit einem urbanen oder regionalen Zentrum gekennzeichnet. Eine städtische Kernzone sollte in weniger als 30 Minuten und ein regionales Zentrum in weniger als 20 Minuten erreichbar sein. Etwas weniger als ein Fünftel der Befragten (18,2%) lebt im ländlichen Raum, der von schwachen funktionalen Verflechtungen mit urbanen bzw. regionalen Zentren und einer dementsprechend höheren Dauer der Erreichbarkeit gekennzeichnet ist (Statistik Austria, 2016c).

Auf der Ebene der **Verwaltungsbezirke und Statutarstädte** setzt sich die Stichprobe mit Baden (5%), Mödling (30,5%), Wiener Neustadt (1%) und Wiener Neustadt-Land

[6] Hier wird zwischen Urbanen Großzentren mit 100.000 oder mehr Einwohner/innen, urbanen Mittelzentren mit weniger als 100.000, aber zumindest 30.000 Einwohner/innen und urbanen Kleinzentren mit weniger als 30.000 Einwohner/innen unterschieden.

(12,3%) zu knapp 50% aus Befragten aus dem süd-östlichen Industrieviertel zusammen. Die restlichen 50% teilen sich auf die Bezirke Amstetten (13,3%) im südwestlichen Mostviertel, Tulln (5,4%), St. Pölten (4,4%) und St. Pölten-Land (16,7%) in der Hauptregion Niederösterreich-Mitte sowie den Bezirk Zwettl (11,3%) im westlichen Weinviertel. Nicht in der Stichprobe abgebildet ist das nord-östliche Weinviertel.

22 Interviews wurden in Pflegeheimen durchgeführt. Der Anteil von 10,8% liegt dabei deutlich über dem tatsächlichen Anteil an Pflegeheimbewohner/innen in der Altersgruppe 80-85 Jahre.[7] Die Überrepräsentation von Pflegeheimbewohner/innen ergibt sich aus der gesonderten Sampleerstellung für Privathaushalte und Pflegeheime und wurde bewusst herbeigeführt. Andernfalls wären die Fallzahlen für verlässliche Aussagen über die Pflegeheimpopulation zu gering gewesen. Die übrigen 89,2% entfallen auf Personen in Privathaushalten, wovon 2% in Seniorenresidenzen und betreuten Wohneinrichtungen wohnen. Wie sich während der Erhebung deutlich herausgestellt hat, führen Personen in Seniorenresidenzen und betreuten Wohneinrichtungen, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind, noch ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben ohne besonderen Betreuungs- oder Pflegebedarf. Zwar sind in Seniorenresidenzen und betreuten Wohneinrichtungen in der Regel einige basale Betreuungsleistungen (insbesondere haushaltsbezogene Dienstleistungen) inkludiert, die in einem gewöhnlichen Privathaushalt erst zusätzlich von außen erworben werden müssten, dennoch ist diese Wohnform eher einem Privathaushalt zuzuordnen als einem Pflegeheim. Daher wird sie in der folgenden Ergebnisdarstellung unter dem Begriff des Privathaushalts subsummiert; zumal auch die Fallzahl für Seniorenwohnheime (n=4) zu klein ist, um sie in den nachfolgenden Analysen als alleinstehende Kategorie zu betrachten.

Geschlecht	
weiblich	45,8%
männlich	54,2%
Höchste abgeschlossene Ausbildung	
Keine Pflichtschule	0,5%
Pflicht- & Hauptschulabschluss	31,0%
Lehre	16,3%
Fachschule ohne Matura (BMS)	17,7%
Matura (AHS, BHS)	16,8%
Hochschule, Universität	17,7%

[7] Der tatsächliche Anteil an Pflegeheimbewohner/innen in der Studienpopulation wird auf ungefähr 5% geschätzt. Diese Schätzung beruht auf Angaben der Statistik Austria von 2014, die den Anteil von 80-84-Jährigen Personen in Heil- und Pflegeanstalten und in Pensionisten- bzw. Altersheimen an allen Personen dieser Altersgruppe österreichweit mit 5,5% berechnet (Statistik Austria, 2016d).

Stadt/Land (Urban-Rural-Typologie)	
Urbane Zentren – Stadtregionen	50,7%
Ländlicher Raum in Form von regionalen Zentren oder im städtischen Einflussbereich	31,1%
Ländlicher Raum	18,2%
Verwaltungsbezirke und Statutarstädte	
Amstetten	13,3%
Baden	5,0%
Mödling	30,5%
St. Pölten	4,4%
St. Pölten-Land	16,8%
Tulln	5,4%
Wiener Neustadt	1,0%
Wiener Neustadt-Land	12,3%
Zwettl	11,3%
Wohnform	
Privathaushalt	87,7%
Seniorenheim	2,0%
Pflegeheim	10,3%

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung (n=203).

Regionale Stichprobenselektivität

Die Beschreibung der Stichprobe zeigt – wie bei jeder Befragung, deren Teilnahme nicht gesetzlich verpflichtend ist – eine gewisse Selektivität in der Zusammensetzung der befragten Personen. Bei dem zweistufigen Studiendesign der vorliegenden Studie sind zwei Ebenen der Selektivität zu unterscheiden. Die **erste Ebene der regionalen Selektivität** ergibt sich aufgrund der Bezirke und Gemeinden Niederösterreichs, in denen (keine) Daten erhoben wurden. Abseits dessen, dass bestimmte Regionen nicht in der Studie vertreten sind (z.B. Weinviertel), weicht die vorhandene Stichprobe geringfügig von der tatsächlichen Wohnortverteilung in Niederösterreich ab. So teilte sich Niederösterreichs Bevölkerung im Jahr 2015, auf dessen Zahlen die Einteilung der Urban-Rural-Typologie aus dem Jahr 2016 beruht, hinsichtlich des Wohnorts relativ gleichmäßig zu je einem Drittel in die Kategorien urbane Zentren, ländlicher Raum im städtischen Einflussgebiet, und ländlicher Raum auf. Während die Stichprobe relativ repräsentativ für den ländlichen Raum in Form von regionalen Zentren oder im städtischen Einflussbereich ist, sind Befragte aus urbanen Zentren überrepräsentiert und Befragte aus dem ländlichen Raum unterrepräsentiert.

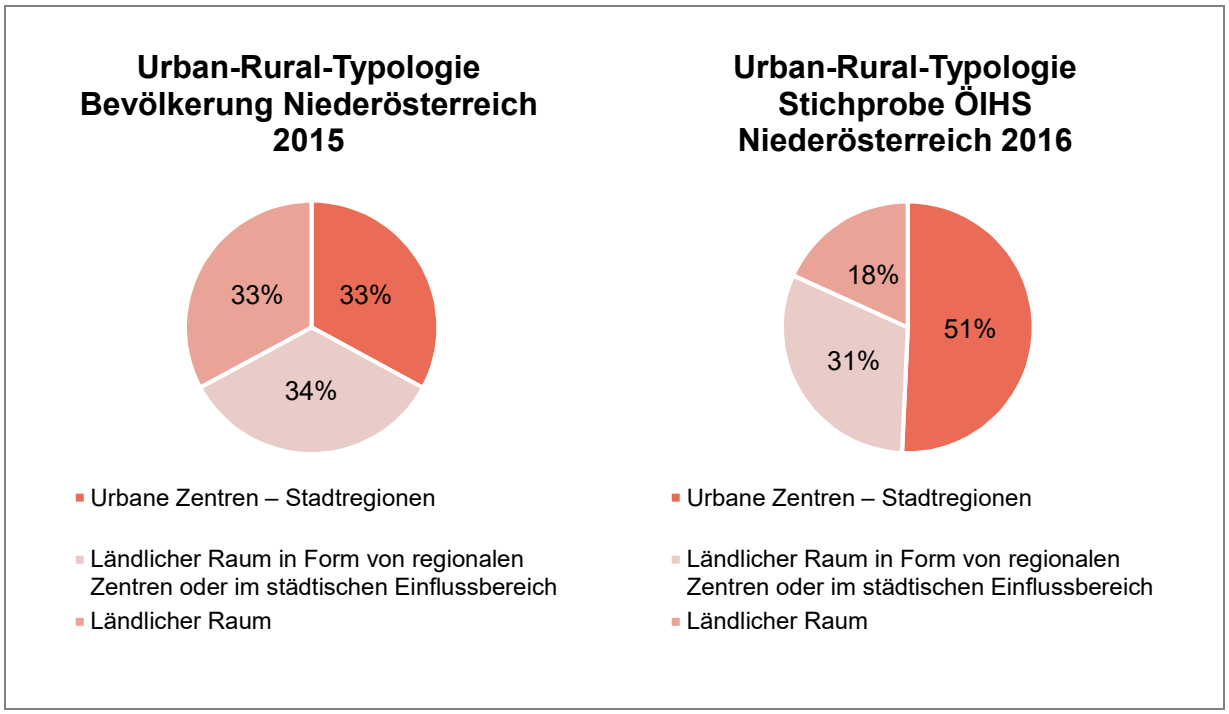


Abbildung 1: Stichprobenbeschreibung nach der Urban-Rural-Typologie.

Männer leicht und höher Gebildete stark überrepräsentiert

Andererseits ergibt sich durch Personen, die telefonisch kontaktiert wurden, jedoch nicht an der Befragung teilnehmen wollten, eine **zweite Ebene der sozioökonomischen Selektivität**. Um zu überprüfen, ob die Absagen an der Befragung in systematischer Weise erfolgten, wurde eine Vergleichsstichprobe von 200 Personen, die die Teilnahme an der Hauptbefragung absagten, in einem telefonischen Kurzinterview befragt. Die Kurzbefragungen dienen als zusätzliche, niederschwellige Teilnahmeebene, die ein Vergleichssample liefern, das abzuschätzen erlaubt, wie selektiv sich das Sample der Hauptstichprobe tatsächlich darstellt. Dabei zeigt sich, dass die Geschlechterverteilung (60,5% Frauen; 39,5% Männer) in der Vergleichsstichprobe eher jener der tatsächlichen Verteilung entspricht. Das bedeutet für die Stichprobe der vorliegenden Studie, dass **Frauen weniger leicht zur Teilnahme** an der Befragung motiviert werden konnten als Männer.

Mit Blick auf die Bildung zeigt sich, dass der Anteil der Befragten mit einem Abschluss an einer Hochschule oder Universität in der Hauptstichprobe mehr als doppelt so hoch ist als jener in der Vergleichsstichprobe. Verglichen mit den Zahlen der abgestimmten Erwerbsstatistik sind jedoch auch bei der Vergleichsstichprobe 80-85-Jährige mit einem Pflichtschulabschluss (31%) deutlich unterrepräsentiert und jene Personen mit einem Abschluss an einer mittleren oder höheren Schule (37%), ähnlich wie in der Hauptstichprobe, deutlich überrepräsentiert. Damit sind also **höher gebildete Hochaltrige** sowohl in der Haupt-, als auch in der Vergleichsstichprobe der ÖIHS deutlich überrepräsentiert. Die höhere Beteiligung von Menschen mit höherem Bildungsgrad bzw. die Unterrepräsentation von Personen mit niedrigerem Bildungsgrad ist ein grundsätzliches Problem empirischer sozialwissenschaftlicher Studien (Koch, 1998). Dies lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass die Studienteilnahme und das Bildungsniveau positiv miteinander korrelieren, d.h. Personen mit höherer Bildung

erklären sich eher zur Teilnahme an einer Studie bereit als Personen mit niedriger Bildung („Bildungsbias"). Dies macht es erforderlich, die Überrepräsentation höher gebildeter Personen bei der Interpretation der Studienergebnisse entsprechend zu berücksichtigen.

Gesundheit als besondere Herausforderung des Selektionsmechanismus

Eine besondere Herausforderung, die sich mit Blick auf die Sampleerstellung speziell für Hochaltrigenstudien ergibt, besteht schließlich darin, dass die Teilnahme an einer Studie in besonderer Weise auch durch den **Gesundheitszustand** beeinflusst wird. Dabei ergibt sich durch Personen, die im Rahmen des telefonischen Erstkontakts ihre Teilnahme wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen ablehnten, eine **dritte Ebene der gesundheitlichen Selektivität**. So sind Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ungleich schwerer zur Teilnahme an einer Studie zu motivieren als solche mit einem relativ guten Gesundheitszustand (sofern man an gesundheitlich sehr stark eingeschränkte Personen überhaupt herankommt).

Ein Selektionseffekt, basierend auf dem Gesundheitszustand, führt letztlich zu einer Überschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands der Gesamtstichprobe. Dies gilt vor allem für Personen in Privathaushalten, die bei einem schlechteren Gesundheitszustand nochmals wesentlich schwerer zu erreichen sind als etwa Personen in Pflegeheimen. Hinzu kommt allgemein, dass die Teilnahme an der Studie ihre **Grenze bei ausgeprägten und manifesten Demenzerkrankungen** findet. Wenn auch im Hinblick auf das Phänomen der Hochaltrigkeit eigentlich von allerhöchster Relevanz, so muss das Vorliegen einer Demenz bereits aufgrund unzureichender Teilnahmefähigkeit bzw. Einwilligungsfähigkeit hinsichtlich der Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview notwendigerweise von vornherein ein Ausschlusskriterium darstellen. Das bedeutet aber letztlich auch eine Unterrepräsentanz von Personen mit manifester Demenz und eine entsprechende Selektivität der Stichprobe.

Zumindest teilweise dürfte sich eine gesundheitsbezogene Selektivität auch aus dem vorhin angesprochenen Bildungsbias ergeben, zumal generell eine **Korrelation zwischen guter Gesundheit und einem aus einer höheren Bildung** abzuleitenden höheren soziökonomischem Status besteht (Lampert, Kroll, von der Lippe, Müters, & Stolzenberg, 2013). Demgemäß sind Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen tendenziell auch gesünder als Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen. Für Hochaltrigenstudien, die zu einem wesentlichen Teil in einer möglichst umfassenden Einschätzung des Gesundheitszustandes der Teilnehmer/innen bestehen, ergibt sich daraus die Notwendigkeit, mit dieser gesundheitsbezogenen Stichprobenselektivität umzugehen und diese so gut wie möglich zu kontrollieren.

Ein Vergleich der Ergebnisse der Kurzbefragung mit denen der Hauptstudie bestätigt die Annahme einer gesundheitsbezogenen Stichprobenselektivität. Zurückgegriffen wurde für die telefonische Kurzbefragung insbesondere auf das Mittel der **subjektiven Gesundheitseinschätzung**, d.h. der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes durch die Studienteilnehmer/innen. Die subjektive Einschätzung der Gesundheit ist wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsbefragungen, die vor allem im

fortgeschrittenem Lebensalter als wesentliche ergänzende Gesundheitsinformation angesehen wird.

Die Auswertung zeigt, dass in der Kurzbefragung, im Vergleich zur Hauptstudie[8], weniger positive und dafür mehr negative Gesundheitseinschätzungen gemacht wurden. Die Differenz beträgt immerhin 12% bei positiven (sehr gut/gut) und etwa 5% bei negativen Einschätzungen (sehr schlecht/schlecht). Ausgehend von den subjektiven Beurteilungen der Teilnehmer/innen erhärtet sich also der Verdacht, dass in der Hauptstudie eine gewisse **Überrepräsentation von Personen mit sehr gutem und gutem Gesundheitszustand** gegeben ist. Dies bedeutet, dass sich der Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen in der Hauptstudie im Allgemeinen etwas besser darstellt, als es der Gesamtheit aller 80-85-Jährigen in Niederösterreich entspricht.

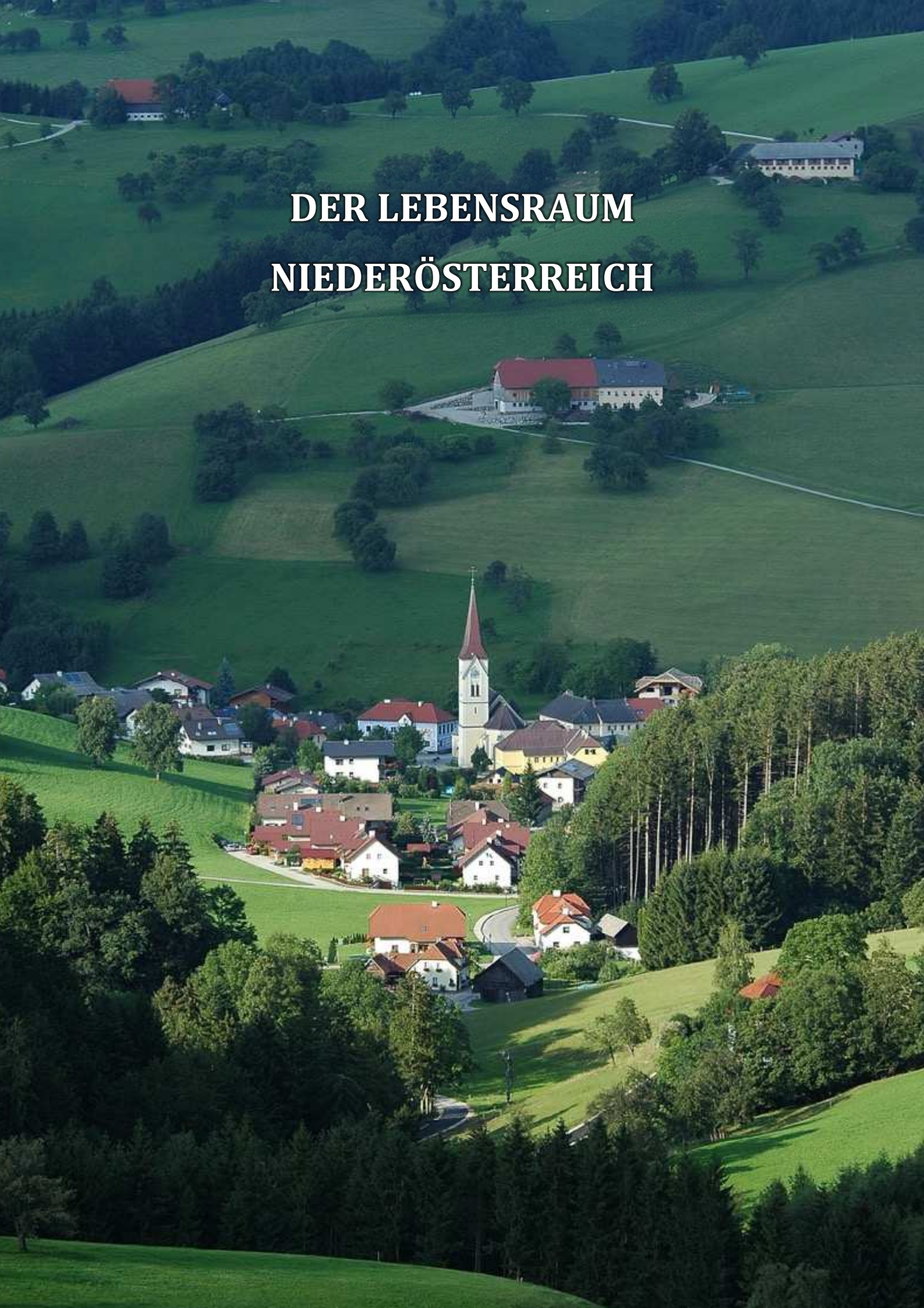
Subjektive Gesundheit	Kurzbefragung (n=200)	Hauptstudie (n=203)
(Sehr) gut	45,0%	57,1%
Mittelmäßig	37,5%	30,0%
(Sehr) schlecht	17,5%	12,9%
Gesamt	100%	100%

Tabelle 3: Gesundheitsbezogene Stichprobenselektivität.

Dies wird ebenfalls durch einen direkten Vergleich der Zahlen zum **Unterstützungs- und Pflegebedarf** der Teilnehmer/innen bestätigt. Im Rahmen der telefonischen Kurzbefragung wurde, analog zur Befragung in der Hauptstudie, auch erhoben, ob die Teilnehmer/innen aufgrund ihres Alters bzw. aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen auf regelmäßige Hilfe und Unterstützung im Alltag angewiesen sind. Im Hinblick auf die allgemeine Häufigkeit von Unterstützungsbedarf unter den Befragten sind die Werte in der Kurzbefragung (26%) und Hauptstudie (24%) zunächst sehr ähnlich. Das heißt, Personen aus der Kurzbefragung sind nicht häufiger unterstützungsbedürftig als Teilnehmer/innen der Hauptstudie. Allerdings gibt es durchaus deutliche Unterschiede hinsichtlich eines allfälligen Pflegegeldbezugs. Der Vergleich zwischen Kurzbefragung (36%) und Hauptstudie (17%) zeigt recht deutlich, dass Teilnehmer/innen der Kurzbefragung, sofern sie einen Unterstützungsbedarf angegeben haben, mehr als doppelt so häufig Pflegegeld beziehen als Teilnehmer/innen der Hauptstudie. Daraus lässt sich schließen, dass Teilnehmer/innen der Kurzbefragung zwar insgesamt nicht häufiger, aber doch in höherem Ausmaß hilfs- und pflegebedürftig sind als Teilnehmer/innen der Hauptstudie. Dies lässt wiederum auf stärkere körperliche bzw. gesundheitliche Einschränkungen in der Vergleichsgruppe schließen.

[8] Der Vergleich beschränkt sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (inkl. Seniorenheime), da die telefonische Kurzbefragung ebenfalls nur in Privathaushalten lebende Hochaltrige berücksichtigt.

DER LEBENSRAUM NIEDERÖSTERREICH



2 DER LEBENSRAUM NIEDERÖSTERREICH

In diesem einleitenden Kapitel werden die wesentlichen Rahmenbedingungen für ein Leben in Hochaltrigkeit in Niederösterreich dargestellt. Dafür wurden die Urbanität und Ruralität als topografisches Merkmal, die Bevölkerungsentwicklung, und die Wirtschaftsleistung des Bundeslands Niederösterreich im Vergleich zu anderen Bundesländern sowie zwischen den einzelnen Verwaltungsbezirken und regionalen Hauptregionen innerhalb Niederösterreichs herausgearbeitet. Diese drei Definitionsmerkmale strukturstarker bzw. -schwacher Räume werden in den nachfolgenden Unterkapiteln 1.1-1.3 für das Bundesland Niederösterreich beschrieben. Die Darstellung zielt letztlich auf eine Unterscheidung zwischen strukturstärkeren und strukturschwächeren sowie zwischen urbanen und ruralen Lebensräumen von hochaltrigen Menschen in Niederösterreich ab, die in dem Unterkapitel 1.4 beschrieben wird. Dadurch soll die Vielfältigkeit des Lebensraums Niederösterreich bestmöglich wiedergegeben werden und der Lebensraum Niederösterreich als wesentlicher Einflussfaktor in den Analysen und Auswertungen zur Gesundheit, Lebensgestaltung und Pflegebetreuung hochaltriger Menschen in Niederösterreich berücksichtigt werden.

Wesentliches über den Lebensraum Niederösterreich auf einen Blick:

- Mit einer Fläche von 19.186km^2 ist Niederösterreich das größte Bundesland.
- Niederösterreichs Topografie kann anhand der von der Statistik Austria entwickelten Urban-Rural-Typologie in eher städtisch geprägte Regionen im Osten und eher ländlich geprägten Regionen im Westen unterschieden werden.
- Niederösterreichs Bevölkerungsentwicklung ist derzeit stagnierend.
- Das altersgruppenspezifische Wanderungsverhalten weist ein Ost-West-Gefälle auf: jüngere Personen wandern in den Osten, älteren in den Westen.
- Die wirtschaftliche und sozialpolitische Belastung ist im Vergleich mit anderen Bundesländern in Niederösterreich am höchsten. Dies spiegelt sich in den hohen Ausgaben für Sozialleistungen für Seniorinnen und Senioren wider.
- Niederösterreich liegt mit Blick auf seine Wirtschaftsleistung im Vergleich mit anderen Bundesländern in vielen Bereichen im vordersten Drittel.
- Die Struktur von Arbeitskräfteangebot und -nachfrage ebenso wie die Verteilung der verfügbaren Einkommen der Verwaltungsbezirke unterliegen einem ausgeprägtem Ost-West-Gefälle.
- Die Strukturschwäche von geografischen Räumen wird durch eine stagnierende Bevölkerungsentwicklung, eine geringe Wirtschaftsleistung, eine schlechte Erreichbarkeit und geringfügig ausgebaute Infrastruktur beschrieben.
- Bei den Erhebungsgemeinden der ÖIHS-NÖ zeigt sich ein Ost-West-Gefälle mit strukturschwachen Gemeinden im Westen und strukturstarken Gemeinden im Osten Niederösterreichs.

2.1 Urbanität neben Ruralität als topografisches Merkmal

Niederösterreich stellt **mit einer Fläche von 19.186km² das größte Bundesland Österreichs** dar. Von der Gesamtfläche sind 60,5% als Dauersiedlungsraum (DSR) und in dem Sinne als ein potentiell von Menschen besiedelbarer Raum definiert. Davon werden 48,7% des DSR landwirtschaftlich genutzt und 39,6% sind als bewaldete Flächen definiert. Die administrative Einteilung Niederösterreichs besteht aus **24 Verwaltungsbezirken**, die in 20 Landbezirke und 4 Städte mit eigenen Statut unterteilt sind. Sie umfassen insgesamt **573 Gemeinden und 3.880 Ortschaften** in Niederösterreich. Diese werden in der in Bezug auf ihre landschaftliche und landwirtschaftliche Prägung in fünf Hauptregionen eingeteilt:

- das **nord-östliche Weinviertel** mit den Verwaltungsbezirken Hollabrunn, Mistelbach, Korneuburg, Gänserndorf;
- das **nord-westliche Waldviertel** mit den Verwaltungsbezirken Gmünd, Waidhofen an der Thaya, Horn, Zwettl, Teilen von Krems;
- das **süd-westliche Mostviertel** mit den Verwaltungsbezirken Amstetten, Waidhofen an der Ybbs, Scheibbs, den Großteil von Melk;
- das **süd-östliche Industrieviertel** mit den Verwaltungsbezirken Mödling, Baden, Wiener Neustadt-Land, Wiener Neustadt-Stadt, Neunkirchen, Bruck a. d. Leitha;
- die **Hauptregion Niederösterreich-Mitte** mit den Verwaltungsbezirken Lilienfeld, St. Pölten-Land, St. Pölten-Stadt, Tulln, Teilen Krems, drei Gemeinden von Melk

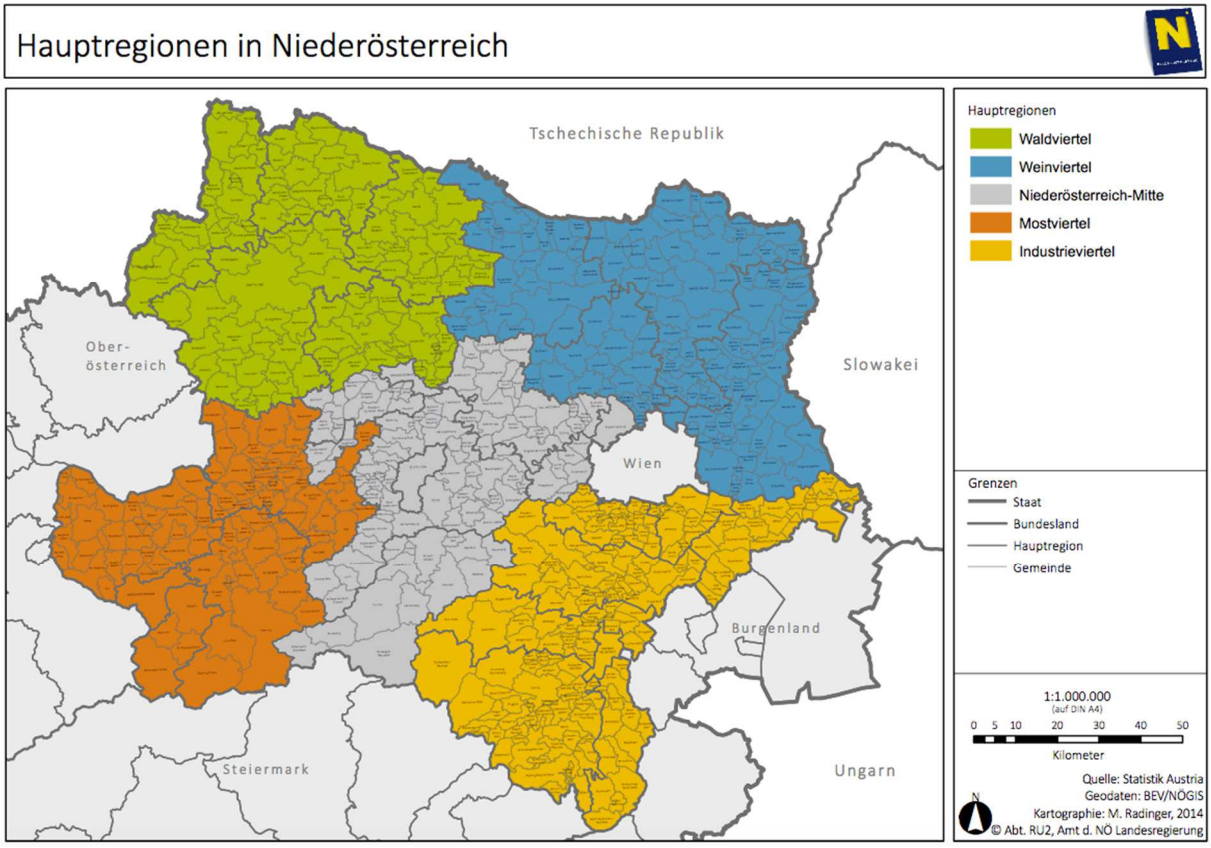


Abbildung 2: Hauptregionen in Niederösterreich (Quelle: http://www.raumordnung-noe.at/fileadmin/root_raumordnung/region/Hauptregionsstrategien2024/01a_NOE_Hauptregionen_mit_Namen.pdf).

Die Urban-Rural-Typologie Niederösterreichs

Eine andere Möglichkeit der Darstellung der Topografie des Lebensraums Niederösterreich besteht darin, die Verteilung der Bevölkerung und den Ausbau der Infrastruktur verschiedener Regionen und Gemeinden als Kriterien für eine Klassifizierung als vorwiegend städtischen oder ländlichen Raum zu berücksichtigen. Dies wurde in der 2016 von der Statistik Austria entwickelten „Urban-Rural-Typologie" unternommen (Statistik Austria, 2016c), die auch in diesem Bericht für eine Unterscheidung von Regionen mit unterschiedlichem Urbanisierungsgrad herangezogen wird.

Bei der Entwicklung der Urban-Rural-Typologie wurde durch ein zweistufiges Verfahren eine Klassifizierung in die vier Kategorien *100 Urbane Zentren – Stadtregionen, 200 Regionale Zentren, 300 Ländlicher Raum im Umland von Zentren*, und *400 Ländlicher Raum* unternommen. Als *städtisch* werden dabei die Gemeinden der Kategorie 100 beschrieben. Alle anderen Gemeinden der Kategorien 200, 300 und 400 werden als *ländlich* beschrieben (Statistik Austria, 2016c). Im ersten Schritt wurde dafür basierend auf einer rasterbasierten Abgrenzung von verdichteten Siedlungsstrukturen eine Einteilung in **Kernzonen und Nicht-Kernzonen** vorgenommen.[9] In einem zweiten Schritt wurden die rasterbasierten Abgrenzungen in Kernzonen und Nicht-Kernzonen auf Gemeindeebene umgelegt. Liegt das Bevölkerungspotential[10] einer Gemeinde zum Beispiel zu über 50% in der rasterbasierten Kernzone eines urbanen Zentrums, wird sie der Kategorie ***100 Urbanes Zentrum*** zugeordnet.[11] Liegt das Bevölkerungspotential einer Gemeinde zu über 50% in der rasterbasierten Kernzone eines regionalen Zentrums (RZ) und kann die Infrastruktur dieser Kernzone durch zumindest zwei der vier Kriterien a) Verwaltungszentrum (Sitz der Bezirkshauptmannschaft), b) Schulisches Zentrum (maturaführende Schulen), c) Arbeitszentrum (Pendlersaldoindex ≤95), c) Medizinische Zentrum (Basisversorgung durch Krankenanstalt) beschrieben werden, so wird die Gemeinde der Kategorie ***200 Regionales Zentrum*** zugeordnet.[12]

Die Gemeinden, deren Bevölkerungspotential in eine Nicht-Kernzone fällt, werden in ***300 Ländlicher Raum im Umland von Zentren*** eingeteilt, wenn der Anteil der Erwerbspendler/innen (min. 50 Pendler/innen) in dem Kernraum größer ist als der Anteil der Personen, die am Wohnort arbeiten, und der Anteil der Pendler/innen im Kernraum größer als 30% ist. Trifft das Kriterium der Erwerbspendler/innen nicht zu,

[9] Zur Ermittlung dessen wurden zusammenhängende 500m Rasterzellen des regionalstatistischen Rasters mit einem Bevölkerungspotential von mindestens 300 Einwohner/innen pro km² und einem Gesamtpotential von 25.000 Einwohner/innen selektiert. Das Gebiet der Kernzone wird als **urbanes Zentrum** beschrieben, wenn auf einem Gebiet von 2 km² (8 Rasterzellen) mindestens 2.750 Einwohner/innen pro km² leben, und als **regionales Zentrum**, wenn auf einem Gebiet von 1 km² (4 Rasterzellen) mindestens 2.750 Einwohner/innen pro km² leben (Statistik Austria, 2016c).

[10] Bevölkerungspotential = Hauptwohnsitz + (Nebenwohnsitz*0,14) + Tagesbevölkerung (Beschäftigte ohne Hauptwohnsitz in Ö, Bildungspendler/innen, erwerbstätige Einpendler/innen, kein/nicht Pendler/innen)

[11] Unterkategorien: 101 Urbanes Großzentrum (min. 100.000 Einwohner/innen im Kernraum), 102 Urbanes Mittelzentrum (<100.000 und ≥ 30.000 Einwohner/innen im Kernraum) und 103 Urbanes Kleinzentrum (<30.000 Einwohner/innen im Kernraum).

[12] Unterkategorien: 201 RZ, zentral (Erreichbarkeit eines städtischen Kernraums durch motorisierten Individualverkehr in unter 30 Minuten), 203 RZ, intermediär (Erreichbarkeit eines städtischen Kernraums durch motorisierten Individualverkehr in über 30 Minuten).

werden die Gemeinden in die Kategorie ***400 Ländlicher Raum*** eingeteilt.[13] Gemäß der Einteilung der Urban-Rural-Typologie kann in Niederösterreich ein **Ost-West-Gefälle** beobachtet werden, demnach urbanere Gebiete eher im Osten (v.a. um Wien) und regionalere Gebiete eher im Westen (Ausnahmen stellen die Bezirke Zwettl und Amstetten dar) zu finden sind.

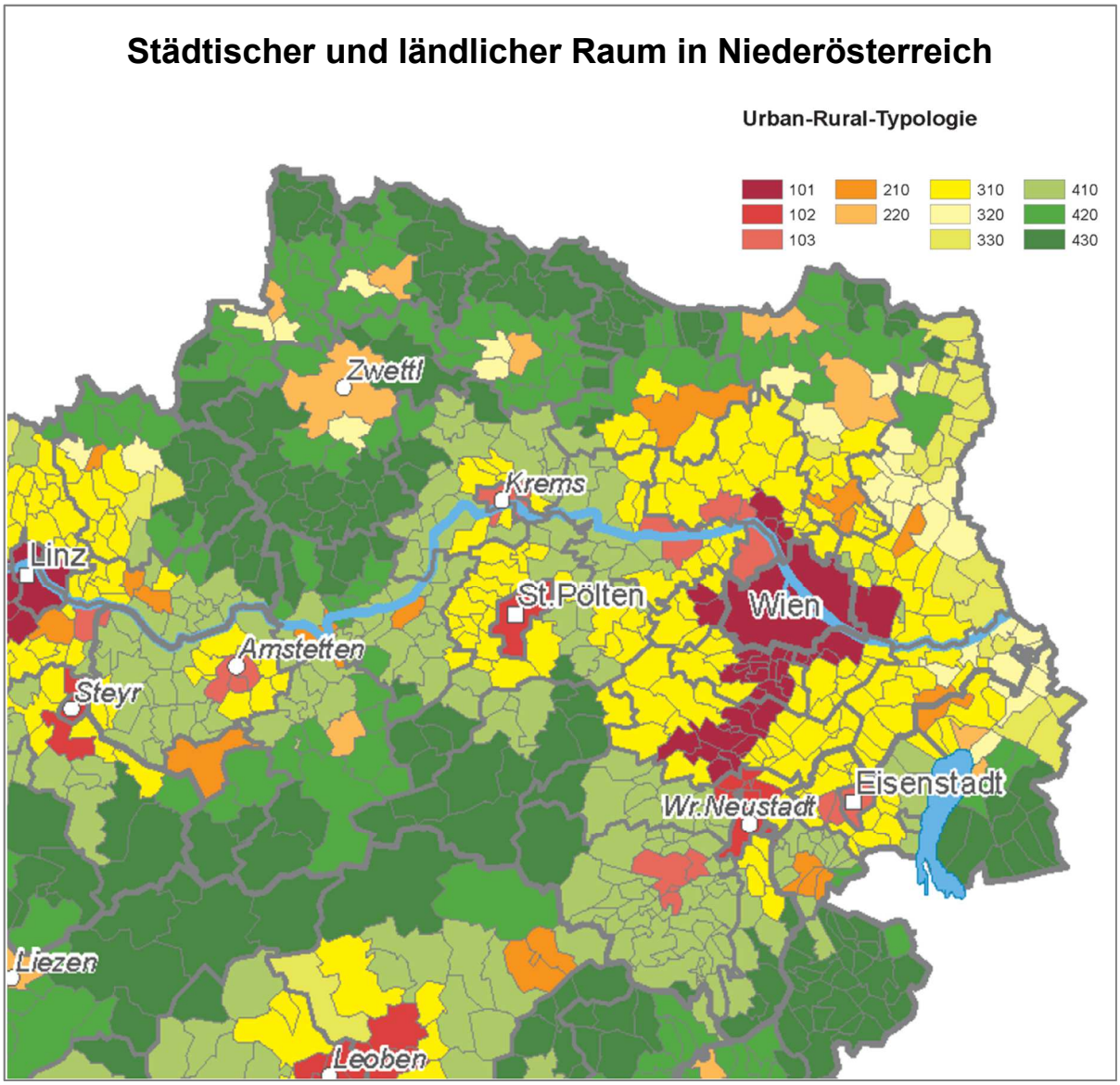


Abbildung 3: Urban-Rural-Typologie, Ausschnitt Niederösterreich (Statistik Austria, 2016c, S. 13).

[13] Unterkategorien für 300 & 400: 301/401 zentral (städtische Kernzone in <30 Minuten mit motorisierten Individualverkehr erreichbar), 302/402 intermediär (städtische Kernzone in >30 Minuten und RZ in <20 Minuten mit motorisierten Individualverkehr erreichbar), 303/403 peripher (städtische Kernzone in >30 Minuten und RZ in >20 Minuten mit motorisierten Individualverkehr erreichbar)

2.2 Stagnierende Bevölkerungsentwicklung

Zum Jahresanfang am 1.1.2016 leben insgesamt **1.653.691 Menschen in Niederösterreich**, wovon etwa 9% nicht österreichische Staatsbürger/innen sind. Der am intensivsten besiedelte Verwaltungsbezirk ist Wiener Neustadt-Stadt mit 983 Einwohner/innen pro km² (DSR). Die geringste Bevölkerungsdichte weisen die Verwaltungsbezirke Horn, Waidhofen an der Thaya und Zwettl mit 56 Einwohner/innen pro km² (DSR) auf (Hemetsberger, 2016, S. 49f). Mit Blick auf die Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich wird vor allem eine Zunahme des Anteils älterer Personen stattfinden.

Bevölkerungsentwicklung und demografische Alterung

Laut Prognosen der Österreichischen Raumordnungskonferenz wird der Anteil an Personen über 65 Jahren in Österreich insgesamt bis zum Jahr 2030 um mehr als ein Drittel auf über zwei Millionen Österreicher/innen ansteigen (ÖROK, 2014). Diese Entwicklung wird auch laut Statistik Austria für das Bundesland Niederösterreich prognostiziert. So wird der Anteil von Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren von 327.428 im Jahr 2016 auf 439.342 Personen im Jahr 2030 ansteigen (Statistik Austria, 2016f). Dies bedeutet ebenfalls einen Anstieg um 5 Prozentpunkte von 19,7% auf 24,3% Niederösterreicher/innen im Alter von 65 oder mehr Jahren. Gleichzeitig wird für den Anteil der Personen im Alter von unter 20 Jahren für den selben Zeitraum eine Abnahme von 0,2 Prozentpunkten prognostiziert. Bis zum Jahr 2080 wird sich die die Zahl der über 65-Jährigen in Niederösterreich nahezu verdoppeln (Statistik Austria, 2017). Für die **demografische Alterung Niederösterreichs** sind drei Faktoren von zentraler Bedeutung: ein sinkendes Geburtenniveau, eine steigende Lebenserwartung und eine negative Wanderungsbilanz.

- Die **Geburtenbilanz** Niederösterreichs, also die Differenz aus Sterbefällen und Geburten, ist seit Mitte der 1970er Jahre **negativ**. Die Fertilitätsrate entsprach zuletzt 1973 dem demographischen Bestanderhaltungsniveau von 2,01. Seitdem ist sie rückläufig und lag im Jahr 2015 bei 1,53. Mit -2.659 Personen verzeichnet Niederösterreich im Vergleich zu allen anderen Bundesländern den höchsten Geburtenabgang. Besonders hoch sind die negativen Geburtensaldi in den Bezirken Wien-Umgebung, Mödling, Mistelbach und Neunkirchen. Positive Geburtensaldi sind in den Bezirken Amstetten, Scheibbs und Wr. Neustadt (Stadt) zu verzeichnen.
- Die **Lebenserwartung** von in Niederösterreich im Jahr 2015 geborenen Personen liegt bei den Männern bei 78,5 Jahren und bei den Frauen bei 83,2 Jahren. Im Vergleich zum Jahr 1973 ist die Lebenserwartung bei Männern um 11,6 Jahre und bei Frauen um 8,7 Jahre **gestiegen** (Hemetsberger, 2016). Die Zahlen der Lebenserwartung von in Niederösterreich geborenen Personen können im Durchschnitt der Lebenserwartung in Österreich eingeordnet werden (Männer: 78,6 Jahre; Frauen: 83,6 Jahre) (Statistik Austria, 2016g).
- Bei der **Wanderungsbilanz**, die sich aus der Differenz der Zuwanderungen minus der Abwanderungen errechnet, zeigt sich, dass vor allem die östlichen Verwaltungsbezirke des sogenannten „Speckgürtels“ um Wien im südlichen Industrieviertel und östlichen Weinviertel wie Wien-Umgebung, Baden, Tulln,

Gänserndorf oder Mödling die höchsten Wanderungssaldi aufweisen. Bezirke des westlichen Most- und Waldviertels wie Zwettl, Waidhofen an der Ybbs, Scheibbs oder Lilienfeld verzeichnen hingegen die geringsten Wanderungssaldi. Betrachtet man die Wanderungsbilanz in altersdifferenzierter Sichtweise über einem Zeitraum von 2006 bis 2015, dann zeigt sich, dass in den südöstlichen Bezirken die Zuwanderung der 0-19-Jährigen am höchsten ist. Bei den westlichen Bezirken weist hingegen die Altersgruppe der 65- und mehr-Jährigen den höchsten Anteil auf (Abbildung 4).

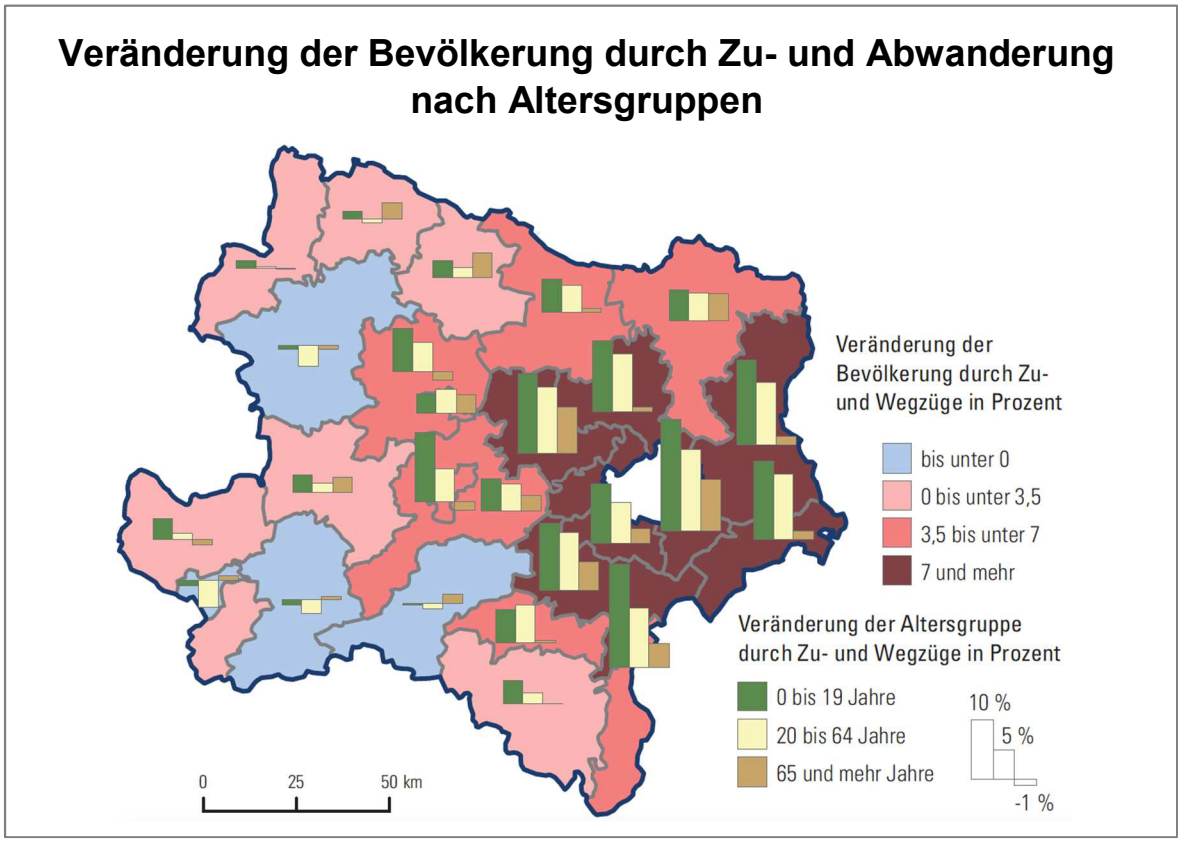


Abbildung 4: Wanderungen der Verwaltungsbezirke 2006-2015 nach Alter (Hemetsberger, 2016, S. 138).

Alle drei Faktoren weisen demnach Vorzeichen auf, die auf einen **steigenden Anteil von Personen über 65 Jahren** in Niederösterreich schließen lassen. Aufgrund der in den letzten Jahren höheren Zuwanderung aus dem Ausland ist der Anteil der über 65-Jährigen derzeit allerdings noch gleich groß mit jenem der unter 20-Jährigen. Die Altersstruktur der mehr als 1,6 Millionen Niederösterreicher/innen bestand im Jahr 2016 zu 20% aus Personen der Altersgruppe 0-19 Jahre, zu 60% aus Personen der Altersgruppe 20-64 Jahre und zu weiteren 20% aus Personen der Altersgruppe 65 Jahre und älter. Damit liegt der Anteil der über 64-Jährigen in Niederösterreich 2% über dem gesamtösterreichischen Anteil von 18%.

Unterschreitet der Anteil der unter 20-Jährigen den Anteil der über 65-Jährigen, spricht man von einer *alternden Gesellschaft*. Dies ist gegenwertig der Fall für die Bundesländer Burgenland, Kärnten und Steiermark. Der gleich große Anteil an unter 20-Jährigen und über 64-Jährigen war für das Jahr 2016 im Vergleich zu den anderen Bundesländern nur in Niederösterreich zu finden. Für das Jahr 2016 kann demnach **Niederösterreichs Bevölkerung als stagnierend beschrieben** werden. In allen anderen Bundesländern sowie im gesamtösterreichischen Schnitt war der Anteil der unter 20-Jährigen im Jahr 2016 hingegen noch größer als der Anteil der über 65-Jährigen.

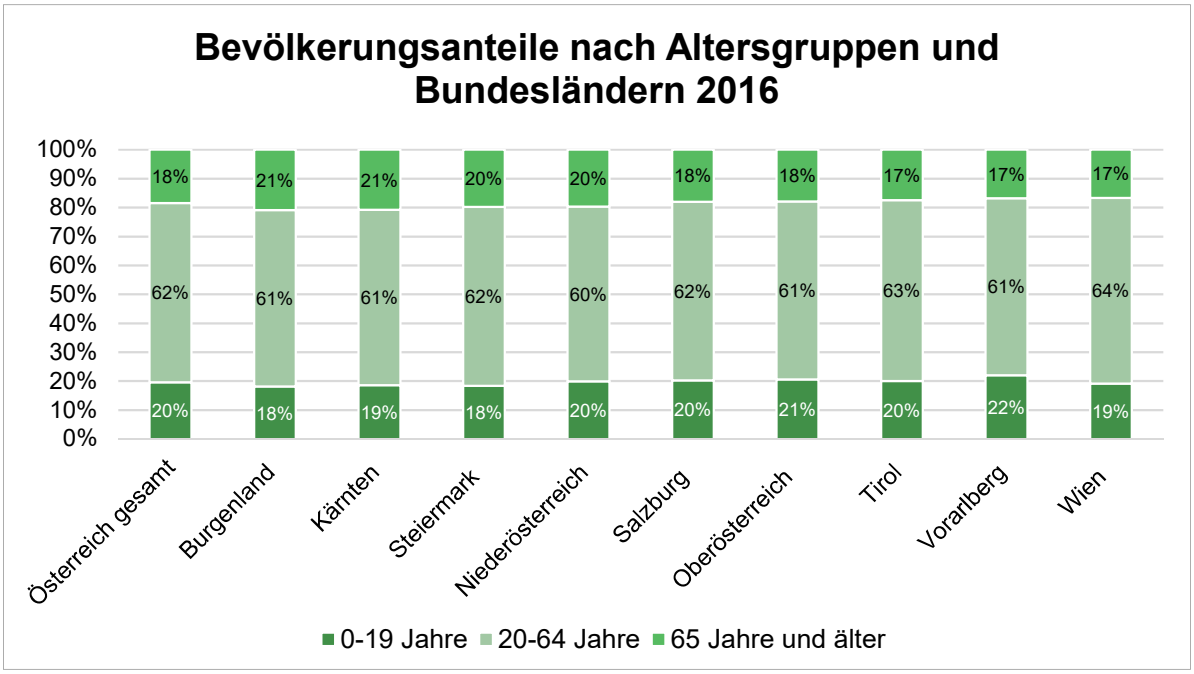


Abbildung 5: Bevölkerungsanteile nach Altersgruppen und Bundesländern (Statistik Austria, 2016g).

Wirtschaftliche und sozialpolitische Belastung in Niederösterreich am höchsten

Anhand der anteilsmäßigen Verteilung der Altersgruppen der 0-19-, 20-64- und 65- und Mehrjährigen lassen sich verschiedene demografische Maßzahlen berechnen, die das Verhältnis des wirtschaftlich abhängigen zum potentiell erwerbstätigen Teil einer Bevölkerung beschreiben. Der Altersquotient beschreibt das Verhältnis von zum Großteil nicht mehr erwerbstätigen Personen im Alter von 65 Jahren oder älter zur potentiellen Erwerbsbevölkerung im Alter von 20-64 Jahren. Mit 32,6 Personen im Alter von 65 Jahren oder älter, die auf 100 Personen der 20-64-Jährigen kommen, weist Niederösterreich im Vergleich mit den anderen Bundesländern im Jahr 2016 den **dritthöchsten Altersquotienten** auf. Nur Burgenland und Kärnten weisen einen höheren Altersquotienten auf. Der gesamtösterreichische Altersquotient liegt bei 29,8.

Der demografische Gesamtquotient beschreibt das Verhältnis des wirtschaftlich abhängigen und meist noch bzw. nicht mehr erwerbstätigen Teils der Personen im Alter von unter 20 Jahren bzw. über 64 Jahren zur potentiellen Erwerbsbevölkerung im Alter von 20-64 Jahren. Im Jahr 2016 ist der **demografische Gesamtquotient** und die dadurch ausgedrückte **wirtschaftliche und sozialpolitische Belastung der erwerbstätigen**

Bevölkerung Niederösterreichs in Österreich am höchsten[14]: Auf 100 Personen im Alter von 20-64 Jahren kommen 65,5 Personen, die jünger als 20 Jahre und älter als 64 Jahre alt sind. Der gesamtösterreichische Altersquotient liegt bei 61,5 (Statistik Austria, 2017b). Für 2030 wird ein Anstieg des Gesamtquotienten auf 78,4 erwartet. Entsprach das Verhältnis der erwerbstätigen Bevölkerung zur nicht erwerbstätigen Bevölkerung demnach im Jahr 2016 1:1,5 Personen, wird sich dieses bis zum Jahr 2030 auf 1:1,27 Personen reduzieren (Statistik Austria, 2016f).

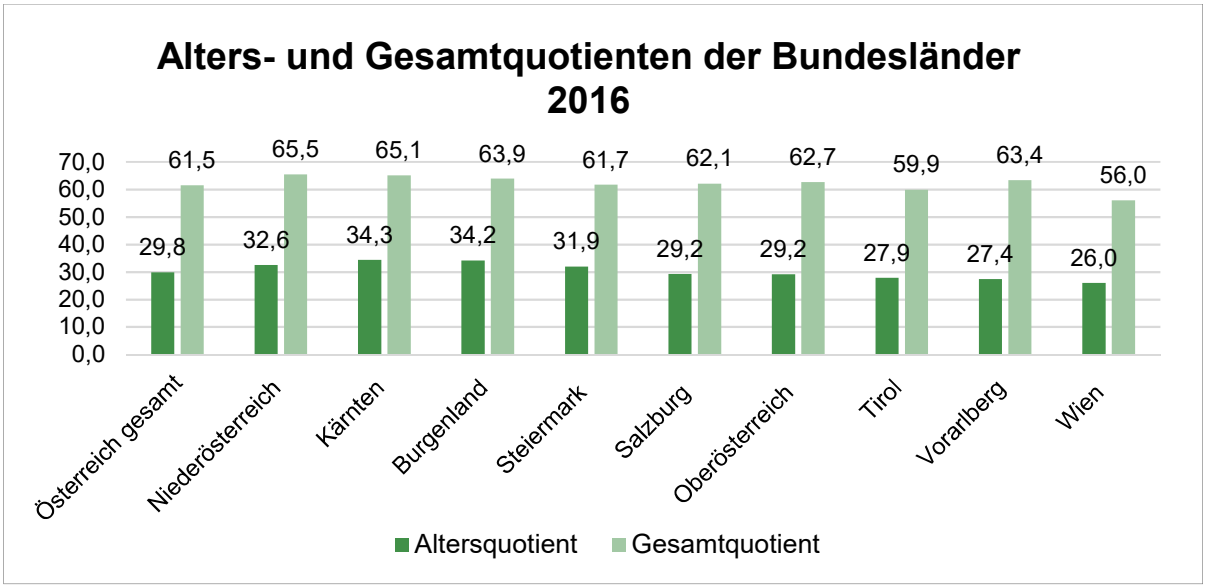


Abbildung 6: Alters- und Gesamtquotienten nach Bundesländern 2016.

Die hohen Werte des Alters- und Gesamtquotienten Niederösterreichs spiegeln sich in den **hohen Ausgaben für Sozialleistungen für Seniorinnen und Senioren** wider. So ist der größte Anteil der 1.439.664 Österreicherinnen und Österreicher, die im Jahr 2015 eine Altersrente bezogen haben, in Niederösterreich wohnhaft (20,9%). Wien (19,2%) und Oberösterreich (17%) folgen an zweiter und dritter Stelle (Abbildung 7). Auch hinsichtlich der Bundespflegegeldbeziehenden ist Niederösterreich seit dem Jahr 2011 führend vor Wien und Oberösterreich (Statistik Austria, 2017a). Von den 89.738 Personen, die im Jahr 2015 in Niederösterreich Pflegegeld bezogen, sind 51,8% über 80 Jahre alt ist und 74,1% sind Frauen (Hemetsberger, 2016). Diese Zusammensetzung der Pflegegeldbezieher/innen zeigt sich auch in der Hochaltrigenstudie und wird in Kapitel 6 noch weiter ausgeführt.

[14] Wenngleich der demografische Gesamtquotient als Indikator für die wirtschaftliche und sozialpolitische Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung verwendet wird, ist auch kritisch anzumerken, dass dabei nur die Produzentenseite berücksichtigt wird; die Konsumentenseite wird vernachlässigt (Höpflinger, 2012).

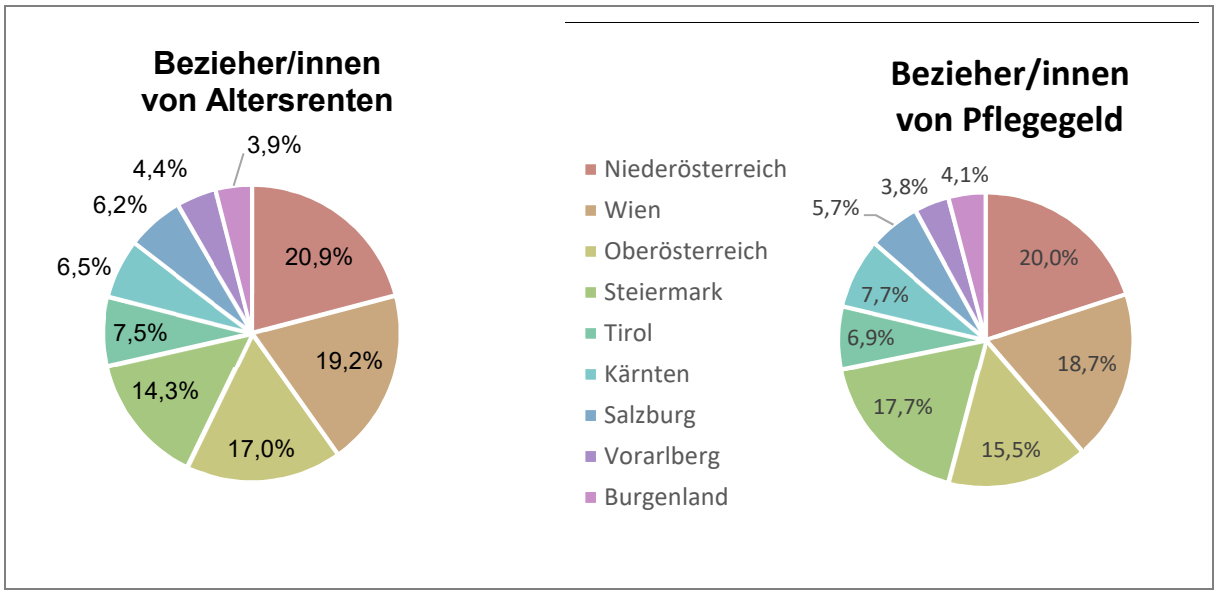


Abbildung 7: Bezieher/innen von Altersrenten und Pflegegeld nach Bundesländern.

2.3 Wirtschaftsleistung und Einkommensverteilung im Ost-West-Gefälle

Neben den Dimensionen der Bevölkerungsentwicklung und der regionalen sowie infrastrukturellen Ausdifferenzierung im urbanen und ländlichen Raum wird die Wirtschaftsleistung und die verfügbaren Einkommen als weitere Dimensionen zur Beschreibung des Lebensraums älterer und hochaltriger Menschen in Niederösterreich hinzugezogen. Als ein Indikator zur Beschreibung der Wirtschaftsleistung kann das Bruttoregionalprodukt herangezogen werden. Im Vergleich mit anderen Bundesländern zeigt sich dabei, dass das Land Niederösterreich gemessen an seinem Anteil am **Bruttoregionalprodukt** mit 51.180 Millionen Euro (15,5% der Gesamtsumme von 329.297 Millionen Euro) an dritter Stelle hinter Wien (25,6%) und Oberösterreich (17,1%) liegt. Die Bruttowertschöpfung erfolgte dabei zu etwa 3% aus dem primären Sektor, zu etwa 30% aus dem sekundären Sektor und zu etwa zwei Drittel aus dem tertiären Sektor.

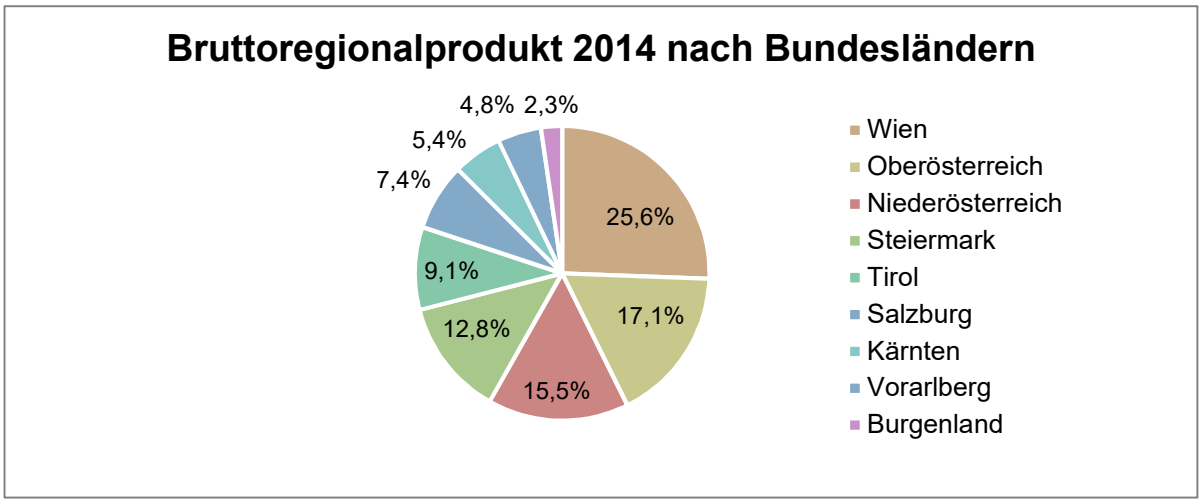


Abbildung 8: Bruttoregionalprodukt 2014 nach Bundesländern.

Zieht man den Indikator des **Betriebsstandorts** zur Beschreibung der Wirtschaftsleistung heran, so liegt Niederösterreich **mit insgesamt 109.049 aktiven Betriebsstandorten** im Jahr 2015 – wie auch schon in den Jahren zuvor – **an zweiter Stelle** hinter der Bundeshauptstadt Wien. In der Verteilung der Betriebsstandorte zeigt sich ein ausgeprägtes Ost-West-Gefälle. Die meisten der Betriebsstandorte sind in Mödling (10.446) und Baden (9.494) zu verorten. Besonders gering ist die Dichte hingegen in Waidhofen an der Thaya (1.466) und Lilienfeld (1.676). Abbildung 9 zeigt ein detaillierteres Bild der Betriebe nach Sparte, Größe und Veränderung vom Jahr 2014 auf das Jahr 2015. Während kaum Unterschiede in der Aufteilung nach Sparte bestehen, zeigt die Größe des Kreises vor allem sehr deutlich, dass die Mehrheit der Betriebe im westlichen Industrieviertel und Niederösterreich-Mitte zu finden ist. Die kleineren Kreise im Waldviertel verbildlichen hingegen eine wesentlich geringere Betriebsdichte.

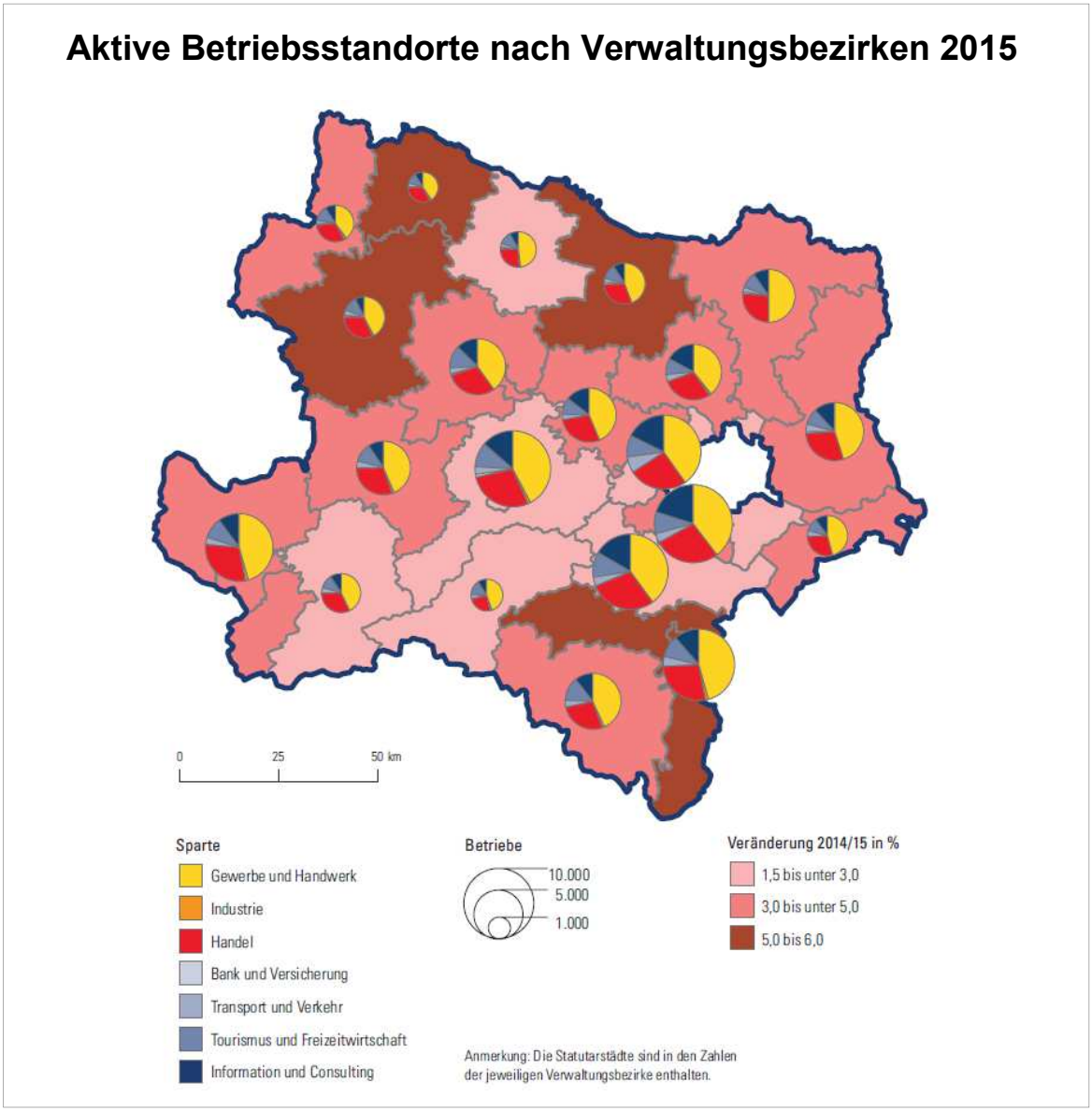


Abbildung 9: Aktive Betriebsstandorte 2015 nach Sparten und Verwaltungsbezirken (Hemetsberger, 2016, S. 225).

Als Indikatoren zur Beschreibung der wirtschaftlichen Situation auf der Seite des Arbeitskräfteangebots werden die Anzahl der offenen Stellen und die Arbeitslosenquote herangezogen. Mit **608.904 Beschäftigten im Juli 2016** liegt Niederösterreich an dritter Stelle hinter Oberösterreich und der Bundeshauptstadt Wien. Hinsichtlich der Beschäftigungsmöglichkeiten wies **Niederösterreich im Juli 2016 insgesamt 5.347 offene Stellen** auf. Die höchste Anzahl weist dabei der AMS-Bezirk St. Pölten aufgrund der Landeshauptstadt auf (703 offene Stellen). Danach folgen die AMS-Bezirke Mödling (600 offene Stellen), Wiener Neustadt (469 offene Stellen) und Baden (463 offene Stellen). Besonders geringe Beschäftigungsmöglichkeiten zeigen sich in den Bezirken Waidhofen an der Thaya, Horn und Hollabrunn (jeweils weniger als 50 offene Stellen). Auch hier zeigt sich also wiederum ein Ost-West-Gefälle, das sich aus der Dichte der aktiven Betriebsstandorte ableiten lässt.

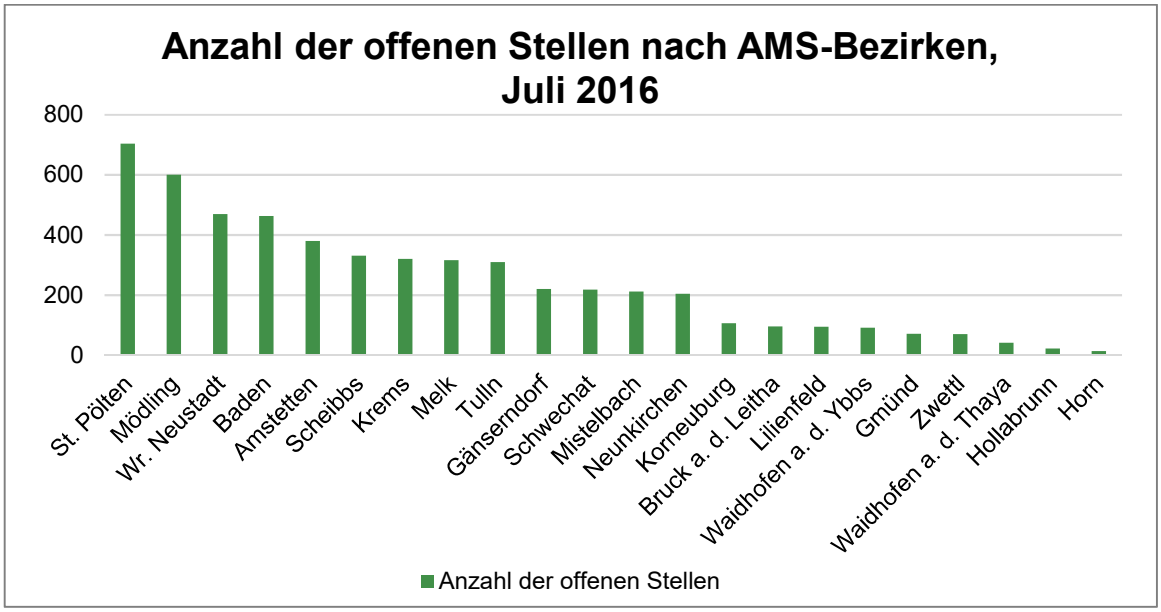


Abbildung 10: Offene Stellen nach AMS-Bezirken, Juli 2016 (Hemetsberger, 2016, S. 245).

Neben einer der höchsten Anzahl der Beschäftigten weist der AMS-Bezirk Baden mit 10,1% aber auch eine der höchsten **Arbeitslosenquoten** im Juli 2016 auf. Noch höher ist sie nur im AMS-Bezirk Wiener Neustadt (10,6%). Beide Bezirke liegen fast 2% über der Gesamtarbeitslosenquote des Landes Niederösterreich, die im Juli 2016 bei 8,4% lag (Abbildung 11). Eher gering ist die Arbeitslosenquote in den westlichen Bezirken des Mostviertels Scheibbs, Melk, Waidhofen an der Ybbs, Amstetten, aber auch im Bezirk Zwettl im Waldviertel. Dies kann mitunter auf die Abwanderungsbewegung von erwerbsfähigen Personen von den westlichen Bezirken in die östlichen Bezirke erklärt werden, wodurch das Arbeitskräfteangebot im Osten höher ist als im Westen Niederösterreichs.

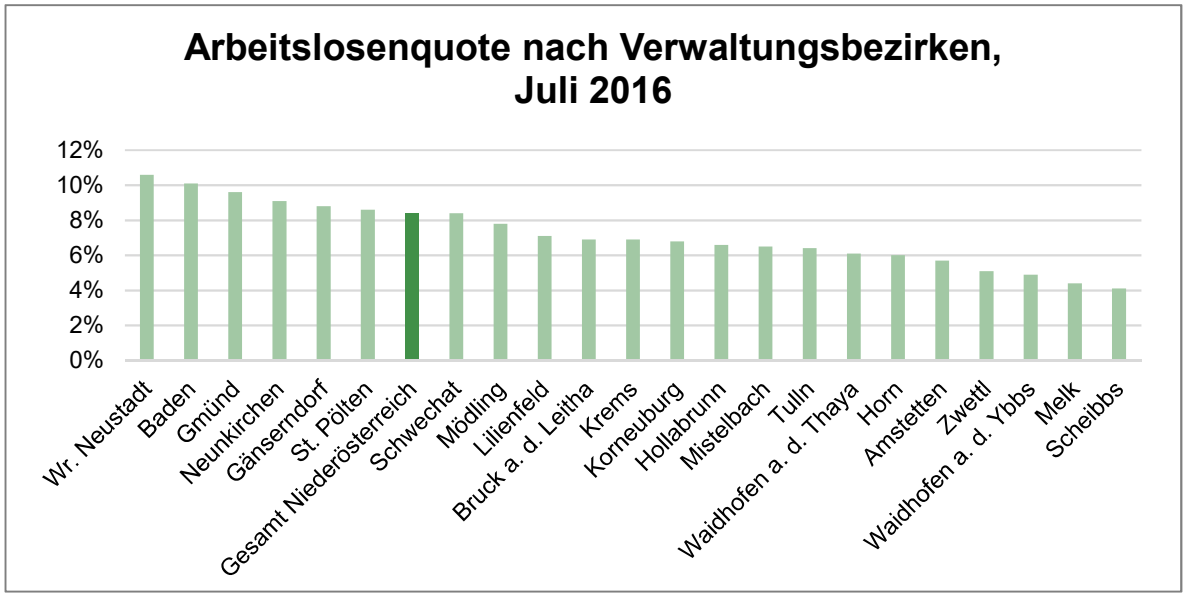


Abbildung 11: Arbeitslosenquote nach AMS-Bezirken, Juli 2016 (Hemetsberger, 2016, S. 245).

Einkommen der Niederösterreicher/innen im Ost-West-Gefälle

Die im Vergleich zu anderen Bundesländern starke Wirtschaftsleistung Niederösterreichs – so liegt Niederösterreich bei den oben beschriebenen Indikatoren immer im ersten Drittel – spiegelt sich auch im **verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte** der Niederösterreicher/innen wieder. So lag Niederösterreich von 2007 bis 2013 ganz vorne an der Spitze. Auch wenn die Niederösterreicher/innen im Jahr 2014 von den Haushalten in Vorarlberg überholt wurden, verfügten sie mit 23.200 Euro je Einwohner/in immer noch über eines der höchsten verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner/in (Abbildung 12) (Hemetsberger, 2016).

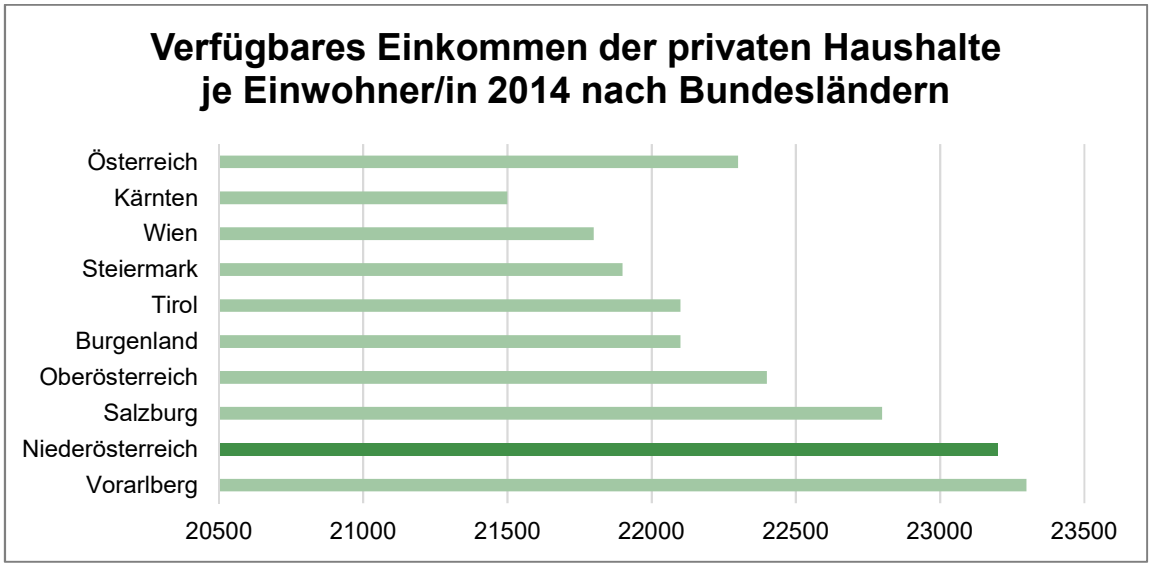


Abbildung 12: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner/in im Jahr 2014 nach Bundesländern (Hemetsberger, 2016, S. 195).

Sieht man sich die **Gesamtbruttobezüge** aller Lehrlinge, Arbeiter/innen, Angestellten, Beamte und Beamtinnen, Vertragsbediensteten und Rentner/innen im Jahr 2014 für das Land Niederösterreich an, so betrugen sie insgesamt 35.599 Millionen Euro. Die Verwaltungsbezirke mit den höchsten Gesamtbruttobezügen waren Baden (3.179 Mio. Euro) und Mödling (3.138 Mio. Euro) im westlichen Industrieviertel. Jene Verwaltungsbezirke mit den niedrigsten Bruttobezügen waren Waidhofen an der Ybbs (229 Mio. Euro) und Waidhofen an der Thaya (491 Mio. Euro) im östlichen Mostviertel (Hemetsberger, 2016). Die höchsten **durchschnittlichen Brutto-Jahresbezüge (Median)** im Jahr 2014 entfallen auf die westlichen Verwaltungsbezirke Baden (32.450 Euro), Wien-Umgebung (31.240 Euro) und Korneuburg (30.414 Euro). Personen in den östlichen Verwaltungsbezirken, wie Zwettl (22.664 Euro) und Gmünd (23.533 Euro), weisen hingegen die geringsten Brutto-Jahresbezüge auf. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Betrachtung der **finanziellen Situation der Rentner/innen**: Während die Brutto-Jahresbezüge in Mödling (26.476 Euro), Wien-Umgebung (24.867 Euro) und Korneuburg (23.520 Euro) 2014 am höchsten waren, fielen sie in Zwettl (15.304 Euro), Gmünd (17.150) und Waidhofen an der Thaya (16.629 Euro) am geringsten aus. Das oben beschriebene Ost-West-Gefälle der Wirtschaftsleistung der Bezirke Niederösterreichs spielgelt sich, wie Abbildung 13 dies deutlich veranschaulicht, demnach auch in der finanziellen Lage der Niederösterreicher/innen wider.

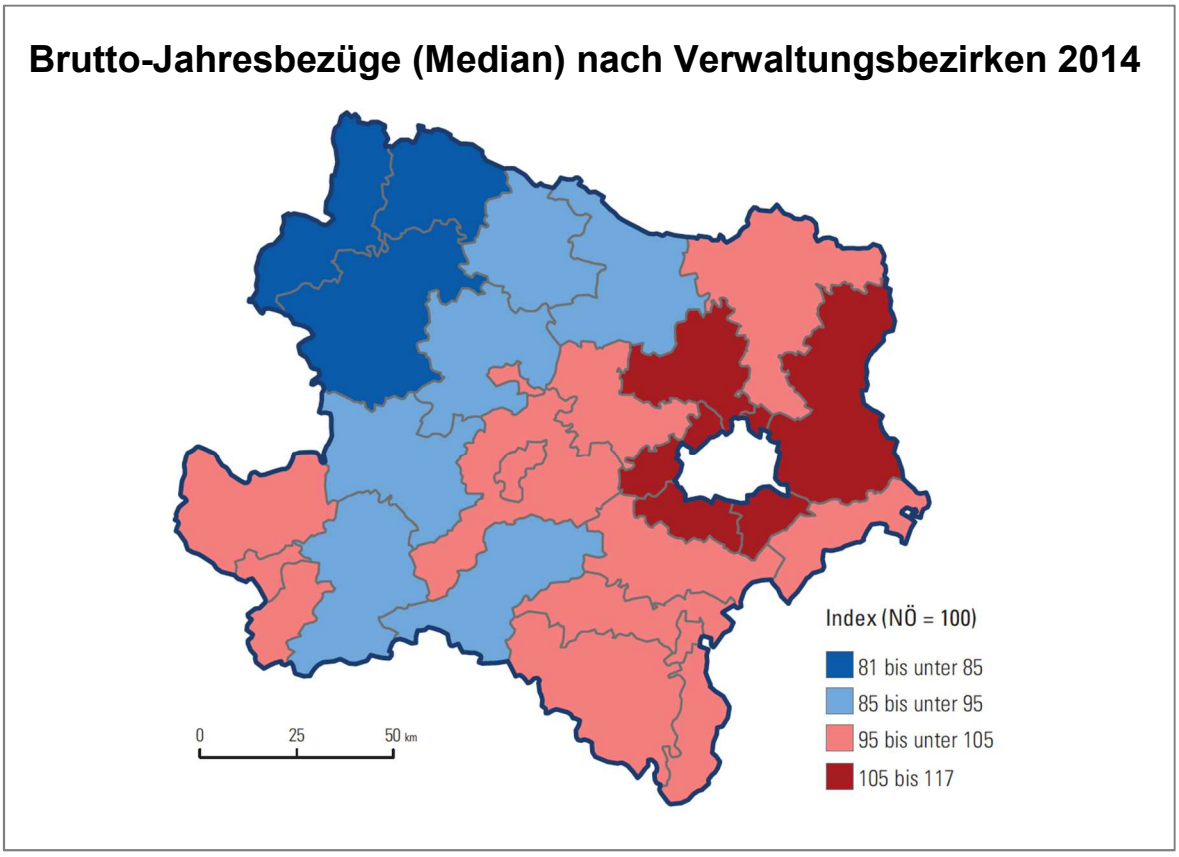


Abbildung 13: Brutto-Jahresbezüge (Median) nach Verwaltungsbezirken 2014 (Hemetsberger, 2016, S. 311).

2.5 Strukturschwache und strukturstarke Regionen in Niederösterreich

Die Strukturschwäche von geografischen Räumen wird durch eine stagnierende Bevölkerungsentwicklung, eine geringe Wirtschaftskraft, eine schlechte Erreichbarkeit und geringfügig ausgebaute Infrastruktur beschrieben. Die **infrastrukturelle Herausforderung** des Landes Niederösterreichs ergibt sich vor allem durch die unterschiedlichen Grade von **Urbanität und Ruralität** der einzelnen Verwaltungsbezirke. Während städtische Gemeinden wie St. Pölten, Krems, Amstetten und Wiener Neustadt oder kleinere Gemeinden im Speckgürtel von Wien über eine ausgebaute Infrastruktur und gute Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz verfügen, sind vor allem periphere und ländliche Gemeinden von einer geringfügig ausgebauten Infrastruktur und schlechten Erreichbarkeit betroffen. So sind es vor allem die Gemeinden des westlichen Most- und Waldviertels, die in der Urban-Rural-Typologie der Statistik Austria als ländlich beschrieben werden und demnach auch über eine schlechter ausgebaute Infrastruktur und geringere Erreichbarkeit geprägt sind.

Eine **stagnierende Bevölkerungsentwicklung** wird durch ein stagnierendes oder rückläufiges Bevölkerungswachstum sowie durch die Abwanderung von vorwiegend jungen Bevölkerungsgruppen beschrieben. Während die natürliche Bevölkerungsentwicklung (Geburtenbilanz) in fast allen Verwaltungsbezirken Niederösterreichs negativ ist, ergibt sich aufgrund des positiven Wanderungssaldos in allen Bezirken ein positiver demografischer Gesamtsaldo. Die Ausnahme stellt hier der Bezirk Zwettl dar, wo der demografische Gesamtsaldo negativ ist. Aufgrund der Binnenwanderungsbewegungen junger und erwerbsfähiger Bevölkerungsgruppen von den östlichen in die westlichen Bezirke (Abbildung 4), zeigt sich in den östlichen Bezirken Niederösterreichs (mit der Ausnahme von Amstetten) ein unterdurchschnittlicher demografischer Gesamtsaldo.

Die **Wirtschaftsleistung** der einzelnen Verwaltungsbezirke kann, wie auch die demografische Entwicklung und der Ausbau der Infrastruktur, durch ein **Ost-West-Gefälle** beschrieben werden. Während die süd-östlichen Bezirke des Industrieviertels über eine hohe Anzahl an aktiven Betriebsstandorten und offenen Stellen verfügen, fällt beides in den westlichen Bezirken des Wald- und Mostviertels hingegen weitaus geringer aus. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Einkommensverteilung der Niederösterreicher/innen. Sowohl die Brutto-Jahresbezüge (Median) als auch die finanziellen Bezüge der Rentner/innen fallen in den westlichen Gemeinden Niederösterreichs im Durchschnitt geringer aus als in den östlichen Gemeinden.

Erhebungsgemeinden der Stichprobe der ÖIHS-NÖ

Für die Differenzierung der Gemeinden der Stichprobe der Hochaltrigenstudie in strukturschwache und strukturstarke Gemeinden wurde ein Index mit 9 Ausprägungen gebildet. Er setzt sich aus der Urban-Rural-Typologie der Statistik Austria und des Ausbaus des öffentlichen Verkehrs auf Gemeindeebene sowie aus Merkmalen der Bevölkerungsentwicklung und der Wirtschaftsleistung auf Bezirksebene zusammen (vgl. Kapitel 8.4 zur detaillierten Erläuterung). Die 9 Ausprägungen des Index wurden letztlich in drei Gruppen zusammengefasst. Die Einteilung der Gemeinden der Verwaltungsbezirke in die unten beschriebenen drei Gruppen zeigt, wie schon in den vorhergehenden Seiten

bereits mehrmals beschrieben, ein gewisses **Ost-West-Gefälle mit strukturschwachen Gemeinden im Westen und strukturstarken Gemeinden im Osten Niederösterreichs**. Ausnahmen stellen größere Gemeinden wie Amstetten im südöstlichen Mostviertel dar.

- **Strukturschwache Gemeinden** sind vor allem im ländlichen Raum verortet und schneiden in allen Kriterien schlecht ab. In diese Gruppe fallen vor allem Gemeinden des Verwaltungsbezirks Zwettl.
- **Strukturschwächere Gemeinden** sind im ländlichen Raum oder im Umland von regionalen Zentren zu verorten. Sie schneiden bei den berücksichtigten Kriterien besser ab als strukturschwache Gemeinden. So ist etwa der öffentliche Verkehr vergleichsweise wesentlich besser ausgebaut. In diese Gruppe fallen Gemeinden der Verwaltungsbezirke Wr. Neustadt-Land, St. Pölten-Land, Amstetten und Tulln.
- **Strukturstarke Gemeinden** sind Gemeinden, die als städtisch im Raum eines urbanen Zentrums eingestuft werden. Der öffentliche Verkehr dieser Erhebungsgemeinden ist vergleichsweise sehr gut ausgebaut und sie schneiden bei den Kriterien der Bevölkerungsentwicklung und der Wirtschaftsleistung gut ab. In diese Gruppe fallen vor allem Gemeinden der Verwaltungsbezirke Mödling und Baden sowie größere Gemeinden wie Wr. Neustadt, St. Pölten, Amstetten, Tulln sowie einige Gemeinden im Umland dieser urbanen Zentren.

LEBENSWELTEN HOCHALTRIGER MENSCHEN IN NIEDERÖSTERREICH

3 LEBENSWELTEN HOCHALTRIGER MENSCHEN IN NIEDERÖSTERREICH

Kontextfaktoren stellen in der vorliegenden Studie in gewisser Hinsicht die Rahmung für die weitere Ergebnisdarstellung dar. Denn die Gesundheit, Lebensgestaltung und Pflege von hochaltrigen Personen in Niederösterreich werden ganz wesentlich von den aktuellen und früheren Kontexten ihrer Lebenswelten beeinflusst. Dabei wird zwischen der Lebensumgebung hochaltriger Menschen in Niederösterreich (Kapitel 3.1) und ihrer sozialen und ökonomischen Verhältnisse (Kapitel 3.2) unterschieden. Die Lebensumgebung und die sozialen und ökonomischen Verhältnisse hochaltriger Menschen beeinflussen sich dabei oft wechselseitig, wenn z.B. das Einkommen von Personen in wechselseitiger Beziehung mit ihrer Wohnsituation steht.

3.1 Die Lebensumgebung hochaltriger Menschen

Für die Lebensumgebung hochaltriger Menschen spielt einerseits die eigene Wohnsituation in Form des Eigenheims eine wesentliche Rolle. Die meisten der befragten Niederösterreicher/innen in der Stichprobe verfügen über eine sehr gute Wohnsituation mit relativ geringen Wohnkosten und einer weitgehend guten Ausstattung der Wohnungen bzw. Häuser. Andererseits spielt auch die nähere Wohnumgebung und die Möglichkeiten, sich in dieser fortzubewegen eine zentrale Rolle für die niederösterreichischen Hochaltrigen. Die meisten Studienteilnehmer/innen sind mit vielen Bereichen ihrer Wohnumgebung sehr zufrieden. Unterschiede zeigen sich jedoch zwischen strukturstärkeren städtischen und strukturschwächeren ländlichen Gemeinden bei den Themen ärztliche Versorgung, öffentlicher Verkehr, Sicherheit und öffentliche Parkplatzsituation. Der regional unterschiedliche Ausbau des öffentlichen Verkehrs in den Erhebungsgemeinden zeigt sich auch im Mobilitätsverhalten der Studienteilnehmer/innen im städtischen und ländlichen Raum.

3.1.1 Wohnsituation

- **51,9% der befragten Frauen wohnen alleine im Privathaushalt: Bei den Männern sind es nur 23,3%.**
- **57,5% der Befragten wohnen in Wohneigentum, mehr als ein Drittel (36,3%) wohnt mietfrei und 6,2% wohnen in Mietverhältnissen.**
- **Für Wohnkosten in Eigentum, mietfreien oder Mietverhältnissen geben die niederösterreichischen Hochaltrigen nicht mehr als 600 Euro aus.**

Der Großteil der befragten Hochaltrigen in der Stichprobe lebt nach wie vor in der privaten Wohnung bzw. dem privaten Haus (87,2%). 10,8% leben in einem Pflegeheim und 2% leben in einer Seniorenresidenz oder einer betreuten Wohneinrichtung. Aufgrund der Tatsache, dass Personen in solchen speziellen, auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnittenen Wohneinrichtungen noch ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben ohne besonderen Betreuungs- oder Pflegebedarf führen, werden sie in der folgenden Ergebnisdarstellung unter der Wohnform des Privathaushalts

subsumiert; zumal die Fallzahl für Seniorresidenzen bzw. betreuten Wohneinrichtung (n=4) zu klein ist, um sie als eigenständige Kategorie in die nachfolgenden Analysen einzubeziehen. Allein bei den Wohnkosten werden die Angaben von Personen in Seniorenresidenzen bzw. betreuten Wohneinrichtungen separat angeführt. Jene 10,8% der Befragten, die ein Pflegeheim bewohnen, werden in den folgenden Ausführungen zur Wohnsituation nicht berücksichtigt, da sich die Fragen überwiegend auf die Wohnverhältnisse in Privathaushalten (d.h. in der privaten Wohnung/dem privaten Haus bzw. in einer (betreuten) Senior/innenwohnung) beziehen. Dem Leben im Pflegeheim ist mit Kapitel 6.2 ein eigenständiges Kapitel gewidmet.

Etwas mehr als ein Drittel der Befragten in Privathaushalten (35,6%) lebt alleine. Dies betrifft vor allem Frauen: **51,9% aller befragten Frauen sind alleinlebend**, während dies nur 23,3% aller befragten Männer sind. Im Vergleich dazu leben zwei Drittel aller Männer zu zweit in einem Privathaushalt, während nur mehr ein Drittel aller Frauen ihren Lebensalltag zu zweit im Privathaushalt verbringt. Der hohe Anteil alleinlebender Frauen ist auf die höhere Verwitwungsrate bei hochaltrigen Frauen zurückzuführen. So sind knapp 90% aller alleinlebenden Frauen verwitwet ($p<0.001$; Kendall-Tau-b = 0.740).

Des Weiteren lassen sich auch Stadt/Land-Unterschiede in der Wohnsituation der hochaltrigen Frauen finden. Während im **städtischen Raum 60,5% aller befragten Frauen alleine leben**, sind es im Umland von regionalen Zentren 50% und im ländlichen Raum nur 33,3%. Weniger große Unterschiede gibt es bei den befragten Männern: Hier sind es im städtischen Raum 23,9%, im Umland von regionalen Zentren 25% und im ländlichen Raum 19% aller Männer, die alleine leben. Der höhere Anteil an alleinlebenden Frauen in den Städten ist vor allem auf die **höhere Verwitwungsrate von Frauen in den Städten** zurückzuführen. So sind in den Städten 63%, im städtischen Einflussgebiet 52% und im ländlichen Raum nur 40% der befragten Frauen verwitwet.[15]

Viele Hochaltrige leben bereits sehr lange in ihrer aktuellen Wohnung. 44,1% leben bereits mehr als 50 Jahre in derselben Wohnung bzw. demselben Haus. Länger als 20 Jahre in derselben Wohnung bzw. demselben Haus lebt fast die Gänze der Stichprobe (91,3%). Bei 57,5% der Häuser und Wohnungen handelt es sich um Wohneigentum, mehr als ein Drittel (36,3%) der Befragten wohnt mietfrei (z.B. durch ein Wohnrecht) und nur 6,1% leben in Mietverhältnissen (Genossenschaftswohnung, Privatwohnung). Während im städtischen Raum die Mehrheit der Befragten (69%) in Eigentumshaushalten lebt, lebt im ländlichen Raum die Mehrheit der Befragten (52,8%) in mietfreien Wohnverhältnissen. In den überwiegenden Fällen handelt es sich hier um früheres Eigentum, das bereits an jemanden, etwa an ein Kind, ein Enkelkind oder einen sonstigen Angehörigen überschrieben wurde. Dabei dürfte es sich in den meisten Fällen um landwirtschaftliche Gebäude oder Mehrfamilienhäuser handeln, die bereits an die nachfolgende Generation übergeben wurden.

[15] Hier wurden nur verheiratete und verwitwete Frauen gegenübergestellt, da die Fallzahlen anderer Lebensformen (geschieden, getrennt, ledig) für einen validen Vergleich zu gering sind.

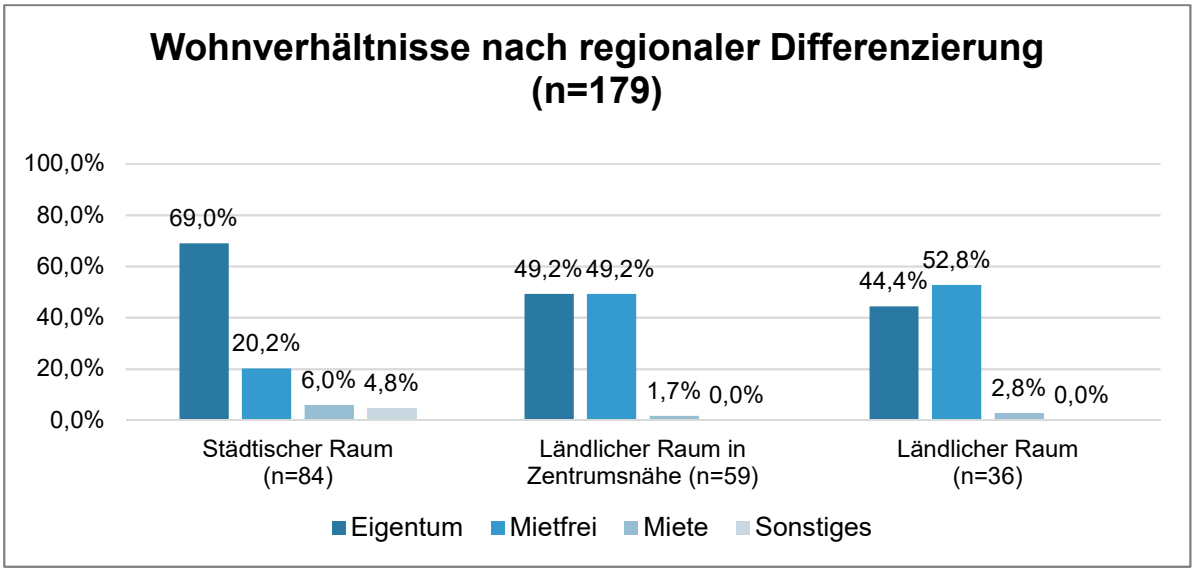


Abbildung 14: Wohnverhältnisse nach regionaler Differenzierung, Privathauhalte (n=179).

Relativ geringe Wohnkosten und guter Zustand der Wohnungen

Die **Wohnkosten**, die die befragten Hochaltrigen zu bewältigen haben, hängen kaum mit der Wohnform bzw. dem Wohnverhältnis (Eigentum, mietfrei, Miete) zusammen. Bei den Mietverhältnissen belaufen sich die monatlichen Kosten für die Miete einschließlich aller Nebenkosten (Strom, Gas, Wasser, Heizung, Müllabfuhr etc.) auf durchschnittlich 431 Euro[16]. Bei mietfreien und Eigentumswohnverhältnissen belaufen sich die monatlichen Wohnkosten (d.h. allfällige Rücklagen bzw. Betriebskosten einschließlich aller Nebenkosten) auf durchschnittlich 378 Euro[17]. Für 90% der Befragten, die über ihre Wohnkosten Bescheid wissen, betragen die Wohnkosten nicht mehr als 600 Euro. Die Ausnahme stellen Seniorenresidenzen bzw. betreute Wohnformen dar, wo sich die Kosten für die Miete auf 800-2.520 Euro belaufen. 36% der Befragten in mietfreien und 46% der Befragten in Eigentumswohnungen wissen jedoch über ihre monatlichen Wohnkosten nicht Bescheid. Vergleicht man die Mittelwerte bzw. Mediane der Wohnkosten der Studienteilnehmer/innen in Mietwohnungen (exklusive der 3 Personen in Seniorenresidenzen bzw. betreuten Wohnformen) und jene der Studienteilnehmer/innen, die mietfrei oder in Eigentum wohnen so sind hier die Unterschiede als eher gering einzuschätzen.

Mit Blick auf die **Wohnungsausstattung** und den Zustand der Wohnungen der Befragten kann weitestgehend ein recht guter Zustand konstatiert werden. Es finden sich – jedenfalls in der hier untersuchten Stichprobe – kaum Substandard-Wohnungen. Praktisch alle in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen verfügen über eine eigene Toilette und ein eigenes Bad bzw. Dusche innerhalb der Wohnung. Die meisten Wohnungen sind auch mit einer Waschmaschine (96,1%) und einer Zentralheizung (94,4%) ausgestattet. Alle Befragten besitzen entweder ein Festnetz oder ein Mobiltelefon und zwei Drittel der Befragten (67,5%) besitzen sogar beides. Einen Fernseher besitzen 96,1% aller Befragten. Immerhin 44,4% haben einen Computer und 42,2% verfügen auch über einen Internetanschluss (zur Internetnutzung im hohen Alter siehe Kapitel 5.1.1).

[16] Mittelwert: €431, Standardabweichung: €122; Median: €380, Standardabweichung: €131.
[17] Mittelwert: €378, Standardabweichung: €44; Median: €400, Standardabweichung: €212.

90% verfügen schließlich auch über einen Garten und 69,4% über einen Balkon oder eine Terrasse. Der hohe Anteil der Verfügbarkeit eines Gartens hängt mit dem Haustyp zusammen: 83,5% der befragten wohnen in einem Einzel- oder Reihenhaus, von denen fast alle mit einem Garten ausgestattet sind. Nur 11% wohnen in einer Wohnung und 5,5% wohnen in einem landwirtschaftlichen Wohngebäude.

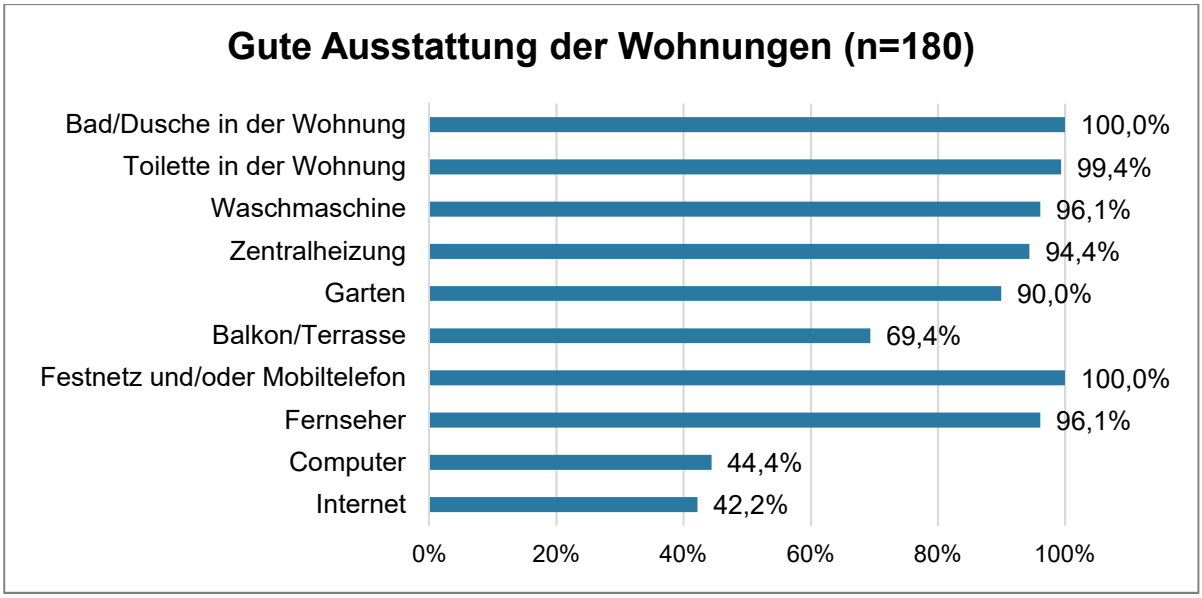


Abbildung 15: Ausstattung der Wohnungen (n=180).

Was den allgemeinen **Zustand der Wohnungen bzw. des Wohnhauses** betrifft, wurde dieser in 89,8% der Fälle von den Interviewer/innen, die die Teilnehmer/innen zu Hause besucht haben, als gut eingeschätzt. 10,2% der Wohnungen bzw. der Wohnhäuser wurden als teilweise renovierungsbedürftig beurteilt. 25% der in Privathaushalten lebenden Personen gaben auch an, bauliche Maßnahmen ergriffen zu haben, um ihre Wohnung altersgerecht zu machen, z.B. durch Installation von Haltestangen in der Toilette, eines rollstuhltauglichen Bads oder ähnlichem (siehe Kapitel 6.1.3).

Größter Wunsch: So lange wie möglich im Eigenheim bleiben

Was persönliche **Präferenzen und Wünsche** bezüglich der eigenen Wohnsituation betrifft, so zeigt sich, dass hochaltrige Menschen ihre Wohnsituation bewahren möchten, und keine Veränderungen vornehmen wollen. Lediglich 5,4% der Befragten in Privathaushalten haben den Wunsch, die eigene Wohnung aufzugeben und in eine Wohnanlage zu ziehen, die Betreutes Wohnen anbietet, oder zu den Kindern zu ziehen. 53,3% können sich nicht vorstellen, in einer anderen Wohnform außer zuhause zu wohnen. Nur ein Drittel (33,7%) kann sich vorstellen, in einer Wohnform des Betreuten Wohnens zu wohnen und nur 14,1% kann sich vorstellen, in einem Wohnheim zu wohnen. Sollte es aufgrund des Pflege- und Betreuungsbedarfs gar nicht mehr anders möglich sein, wollen zwei Drittel (66,3%) eine 24-Stunden-Betreuung engagieren und nur ein Drittel (37%) wären bereit in ein Pflegeheim zu ziehen. Die Ergebnisse bestätigen einmal mehr, dass alte Menschen, auch bei bereits bestehenden gesundheitlichen und körperlichen Beeinträchtigungen, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus bleiben wollen. Vor allem ein Umzug ins Pflegeheim scheint für die überwiegende Mehrheit nicht in Frage zu kommen.

3.1.2 Wohnumgebung

- **90% der Hochaltrigen sind in ihre Wohnumgebung gut eingebunden.**
- **In strukturschwächeren Gemeinden zeigen sich die Befragten mit dem Ausbau des öffentlichen Verkehrs und der ärztlichen Versorgung weniger zufrieden.**
- **In strukturstärkeren Gemeinden werden Sorgen rund um die Sicherheit und die öffentliche Parkplatzsituation geäußert.**

Die Mehrheit der befragten Personen (88,2%) ist in ihre Wohnumgebung gut eingebunden und hat in Gehdistanz Verwandte oder Bekannte bzw. Nachbar/innen, die sie um Gefälligkeiten ersuchen können. Auch die Zufriedenheit mit ihrer Wohnumgebung hinsichtlich der verfügbaren Infrastruktur ist bei den befragten Personen sehr hoch. Über 90% sind mit den Grünanlagen, der Sicherheit sowie der Erreichbarkeit von Apotheken und ärztlicher Versorgung sehr oder eher zufrieden. Das öffentliche Parkplatzangebot, die vorhandenen Einkaufsmöglichkeiten und die Sicherheit für Fußgänger erfüllen die Zufriedenheit sehr oder eher von über 80% der Befragten. Etwas weniger zufrieden zeigen sich die Befragten mit dem Ausbau von öffentlichen Verkehrsmitteln und der Erreichbarkeit von öffentlichen Toiletten (Abbildung 16).

In einigen der abgefragten Bereiche unterscheiden sich BewohnerInnen ländlicher und strukturschwächerer Regionen von BewohnerInnen städtischer und strukturstärkeren Regionen. So sind der öffentliche Verkehr und die ärztliche Versorgung Themen, die für Befragte in **strukturschwächeren Gemeinden im ländlichen Raum** eine Rolle spielen. Hier zeigen sich vor allem Befragte der Bezirke Zwettl, Wr. Neustadt Land, St. Pölten Land und Amstetten zu einem höheren Anteil unzufrieden. Für die **städtischen und strukturstärkeren Gemeinden** sind hingegen die Themen Sicherheit in der Wohnumgebung und öffentliche Parkplatzsituation von Relevanz. Hier zeigen sich vor allem Befragte der einwohnerstärkeren Städte St. Pölten und Wr. Neustadt unzufrieden.

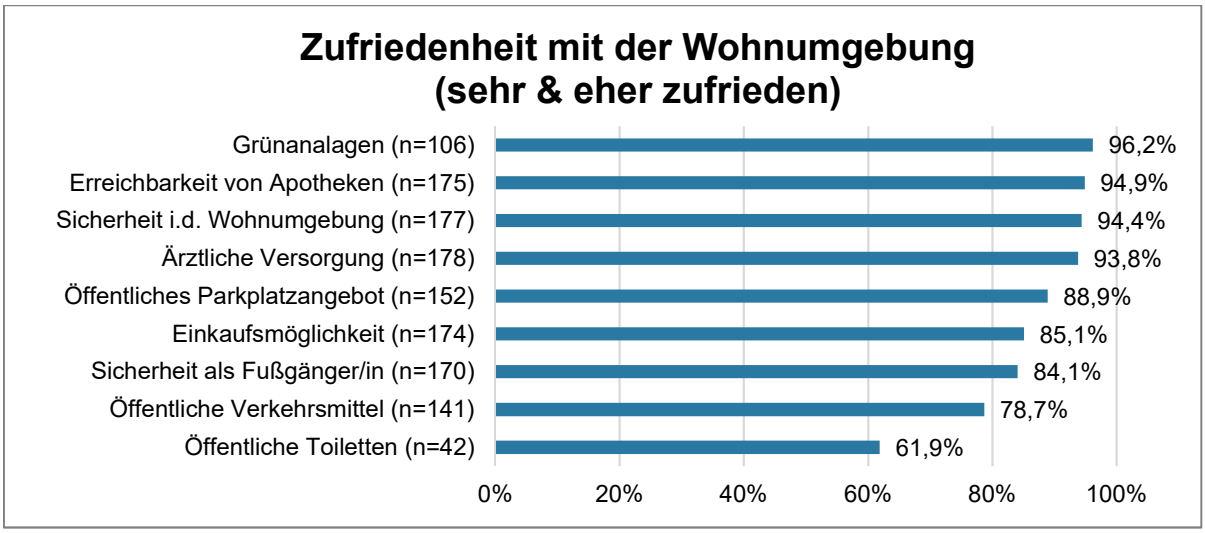


Abbildung 16: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung.

3.1.3 Bewegungsradius und Fortbewegungsmittel

- **Knapp zwei Drittel der Hochaltrigen in Niederösterreich verlassen zumindest einmal täglich das Haus bzw. die Wohnung.**
- **80% der Befragten in ländlichen Gemeinden bewegen sich vor allem mit dem Auto fort; öffentliche Verkehrsmittel spielen kaum eine Rolle.**
- **In den städtischen Gemeinden verwenden nur 57% vorrangig das Auto, während 25% den öffentlichen Verkehr nutzen.**

Auf die Frage nach der Reichweite der selbständigen Fortbewegung in der Wohnumgebung geben 72,3% der Befragten an, sich innerhalb der gesamten Stadt/des gesamten Ortes „überall" selbstständig fortbewegen zu können, ggf. auch mit dem Auto oder unter Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel. 16,8% geben an, sich zumindest im Umkreis bzw. der näheren Umgebung der Wohneinheit (Wohnung oder Haus) bewegen zu können. Nur 8,4% geben an sich nur mehr im Haus (3,0%), im Stock (5,4%) oder im Zimmer (2,0%) fortbewegen zu können. 2,5% geben schließlich auch an, sich gar nicht mehr selbstständig fortbewegen zu können.

Gefragt wie oft die Studienteilnehmer/innen das Haus bzw. die Wohnung verlassen, geben 62,1% an dies täglich zu tun. 31,5% tun dies sogar mehrmals täglich und 27,1% gehen zumindest 1-2 Mal vor die Tür. Allerdings geben auch 10,9% an, ihr Haus bzw. ihre Wohnung weniger als 1 Mal pro Woche oder nie zu verlassen. Davon würden knapp zwei Drittel (63,6%) das Haus bzw. die Wohnung häufiger verlassen wollen. Als Hinderungsgründe nicht öfter außer Haus gehen zu können werden von diesen Personen vor allem die nicht entsprechende körperliche Verfassung, das Fehlen einer Begleitperson, oder Unsicherheit und Ängstlichkeit genannt. Sofern es den Studienteilnehmer/innen möglich ist, das Haus bzw. die Wohnung zu verlassen, geben zwei Drittel (67%) an, dies alleine tun zu können. 14,3% benötigen ein Hilfsmittel und 18,2 können dies nur mit Begleitung. Zu den häufigsten Gründen, das Haus oder die Wohnung zu verlassen, zählen einkaufen zu gehen (78,8%), der Gang zum Arzt oder zur Apotheke (75,9%) sowie der Behördengang (69%) oder Freunde zu treffen (65,5%).

Bei Personen mit geringem Bewegungsradius handelt es sich vor allem um Personen der Stichprobe, die fast ausschließlich in Pflegeheimen anzutreffen sind. So geben etwa 19% der Pflegeheimbewohner/innen an, sich gar nicht mehr selbständig fortbewegen zu können; ein weiteres Drittel (33,4%) gibt an, sich nur mehr im Zimmer und Stockwerk fortbewegen zu können. Nur 23,8% geben an, sich „überall" hin fortbewegen zu können. So leben von jenen 10,9% der Personen, die angeben, ihr Haus bzw. ihre Wohnung weniger als 1 Mal pro Woche oder seltener zu verlassen, auch 72,5% in Pflegeheimen. Unterschiede im Bewegungsverhalten zwischen Männern und Frauen sind zwar vorhanden, jedoch nur geringfügig. So können sich 76,9% aller Männer uneingeschränkt fortbewegen, während dies bei den Frauen nur 67% sind. Nur in der eigenen Wohneinheit bewegen sich 9,6% der befragten Frauen, während dies nur 7,4% der Männer sind. Dies hängt mit dem im Vergleich zu jenem der Männer reduzierteren Gesundheitszustand der befragten Frauen in Pflegeheimen zusammen.

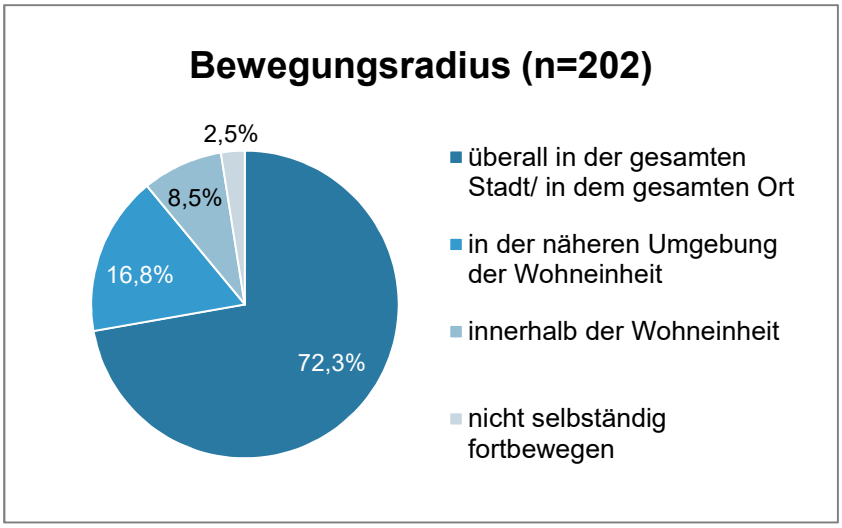


Abbildung 17: Bewegungsradius (n=202).

Auto als vorrangiges Verkehrsmittel im ländlichen Raum

Ist eine weitläufigere Fortbewegung in der Wohnumgebung noch möglich, so nutzen etwa 70% der befragten Personen das Auto als das vorrangige Verkehrsmittel im Alltag. Über drei Viertel der Befragten (78,6%) fahren ihr Auto auch noch selbst. Öffentliche Verkehrsmittel werden von 12% der Befragten als vorrangige Verkehrsmittel im Alltag verwendet, 13% sind vorwiegend zu Fuß und 3,3% mit dem Fahrrad unterwegs. Des Weiteren konnte ein Zusammenhang zwischen der **Art der präferierten Fortbewegung und dem Grad der Urbanisierung** gefunden werden. Während die befragten Personen im ländlichen Raum zu über 80% das Auto als das vorrangige Fortbewegungsmittel nutzen, sind es unter den Bewohner/innen im städtischen Raum hingegen nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Personen (57%) ($p<0.05$). Ein Viertel der Befragten nutzen vorrangig öffentliche Verkehrsmittel oder erledigen ihre Wege zu Fuß. Neben dem Stadt-Land-Unterschied gibt es auch einen **Geschlechterunterschied**: Während die öffentlichen Verkehrsmittel vor allem von den weiblichen Befragten (62,5%) verwendet werden, wird das Auto vor allem von männlichen Befragten genutzt (64,7%) ($p<0.05$).

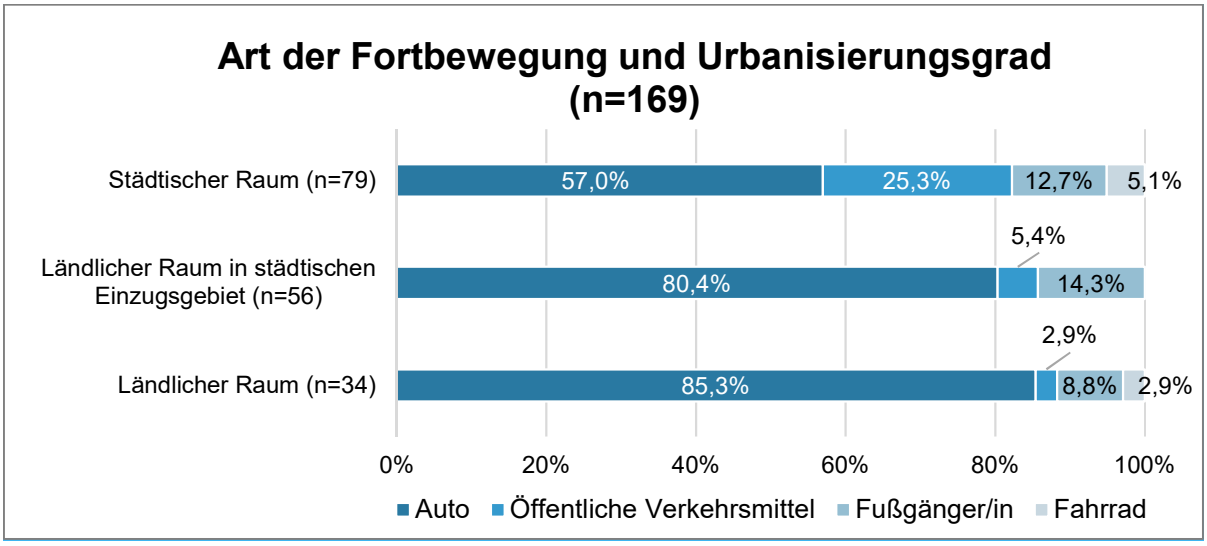


Abbildung 18: Mobilität und Urbanisierungsgrad.

3.2 Sozioökonomische Verhältnisse hochaltriger Menschen

Die Beschreibung der sozioökonomischen Verhältnisse dient der Darstellung der Lebensumstände hochaltriger Menschen in Niederösterreich. Dazu zählt die Beschreibung der Bildung, der finanziellen Situation, der früheren Berufstätigkeit und des sozioökonomischen Status der Studienteilnehmer/innen. Die Bildung erweist sich in besonderer Hinsicht als Selektionsmechanismus beim Erreichen der Hochaltrigkeit. Bei allen beschriebenen Merkmalen zeigen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Bewohner/innen städtischer und ländlicher Wohnräume. So verfügen Frauen und Hochaltrige in ländlichen Gemeinden überproportional häufiger über eine geringere Bildung, ein geringeres Einkommen und über einen niedrigeren sozioökonomischen Status.

3.2.1 Bildung

- **Vor allem Personen mit hoher Bildung erreichen die Hochaltrigkeit.**
- **Bildungsbenachteiligung betrifft vor allem Frauen und Hochaltrige am Land.**

Die befragten Hochaltrigen in der niederösterreichischen Stichprobe der ÖIHS weisen insgesamt ein **überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau** auf. 17,7% der Befragten verfügen über einen Universitäts- oder Hochschulabschluss und weitere 16,8% über einen Schulabschluss mit Matura. Damit hat mit 34,5% fast ein Drittel der Befragten eine – vor allem für die hier untersuchte Alterskohorte – vergleichsweise hohe Schulbildung. 34% haben eine Lehre oder eine andere berufliche Fachausbildung ohne Matura absolviert. 31,5% haben lediglich einen Pflichtschulabschluss. Im Vergleich zu den Zahlen aus der abgestimmten Erwerbstatistik aus dem Jahr 2015 (Statistik Austria, 2015a) liegt das Bildungsniveau der im Jahr 2016 erhobenen Stichprobe der Hochaltrigenstudie deutlich über dem Bildungsniveau der 80-84-Jährigen in Niederösterreich.[18] Für die vorliegende Studie bedeutet dies einerseits, dass es sich um die Studienergebnisse von Personen mit einem sehr hohen Bildungsniveau handelt. Andererseits deutet dies auf einen gewissen Selektionsmechanismus hin, demnach vor allem **Personen mit hoher Bildung die Hochaltrigkeit erreichen**.

[18] Zum Vergleich: Aus der abgestimmten Erwerbstatistik 2015 ist für die Gruppe der 80-84-Jährigen in Niederösterreich abzulesen, dass 3,4% über einen Abschluss an einer Hochschule oder Universität, 18,3% über einen Abschluss an einer mittleren oder höheren Schule, 27,4% über einen Lehrabschluss und die überwiegende Mehrheit von 51,1% nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen (Statistik Austria, 2015a).

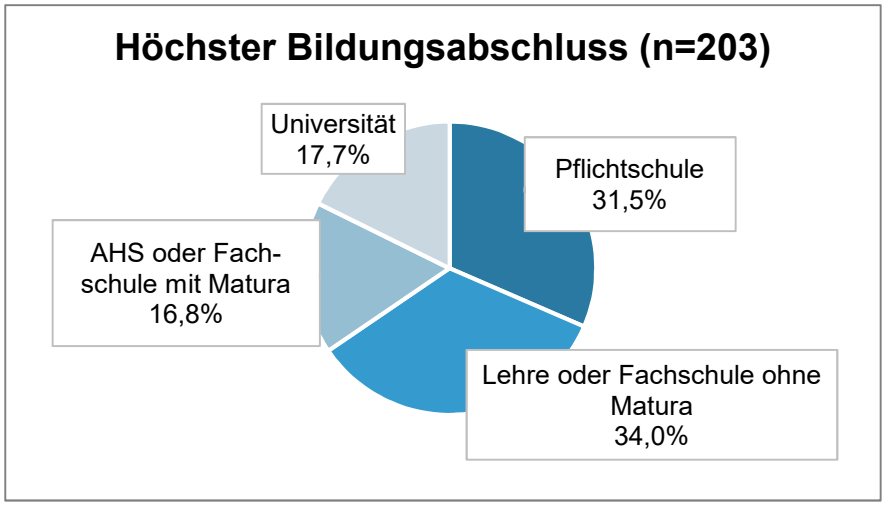


Abbildung 19: Höchster Bildungsabschluss (n=203).

Bildungsbenachteiligung von Frauen und Hochaltrigen im ländlichen Raum

Männer haben erwartungsgemäß – aufgrund der damals noch wesentlich stärker bestehenden sozialen Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und der höheren **Bildungsbenachteiligung von Frauen** in dieser Generation – einen überwiegend höheren Bildungsabschluss als Frauen. Während 43,6% der befragten Frauen lediglich einen Pflichtschulabschluss haben, sind dies bei den Männern nur 20,4%. Etwa ein Drittel beider Geschlechter haben einen Lehrschulabschluss. Bei Maturabschlüssen liegen Frauen und Männer zwar nahezu gleichauf (16% vs. 17,6%), dafür haben aber drei Mal so viele Männer einen Universitätsabschluss als Frauen (25,9% vs. 8,5%) ($p<0.001$).

Neben dem Geschlechterunterschied steht auch der Grad der Urbanisierung in einem ebenfalls signifikanten Zusammenhang mit dem Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen ($p<0.001$). Während ein Viertel der befragten Hochaltrigen im städtischen Wohngebiet einen Universitätsabschluss haben (24,5%), sind dies im ländlichen Wohngebiet nur 2,7%. Umgekehrt haben fast 60% der befragten Hochaltrigen im ländlichen Gebiet einen Pflichtschulabschluss, während dies im städtischen Wohngebiet nur knapp 20% sind. Dies ist vor allem auf die **Verfügbarkeit von Bildungseinrichtungen im städtischen Raum** bzw. die Nichtverfügbarkeit im ländlichen Raum zurückzuführen. Die Verfügbarkeit von Bildungseinrichtungen spielt ebenso eine Rolle für den Geschlechterunterschied. So verfügen **Frauen** vor allem in den städtischeren und strukturstärkeren Bezirken **Baden, Mödling und Wiener Neustadt über eine Matura oder einen Universitätsabschluss**.

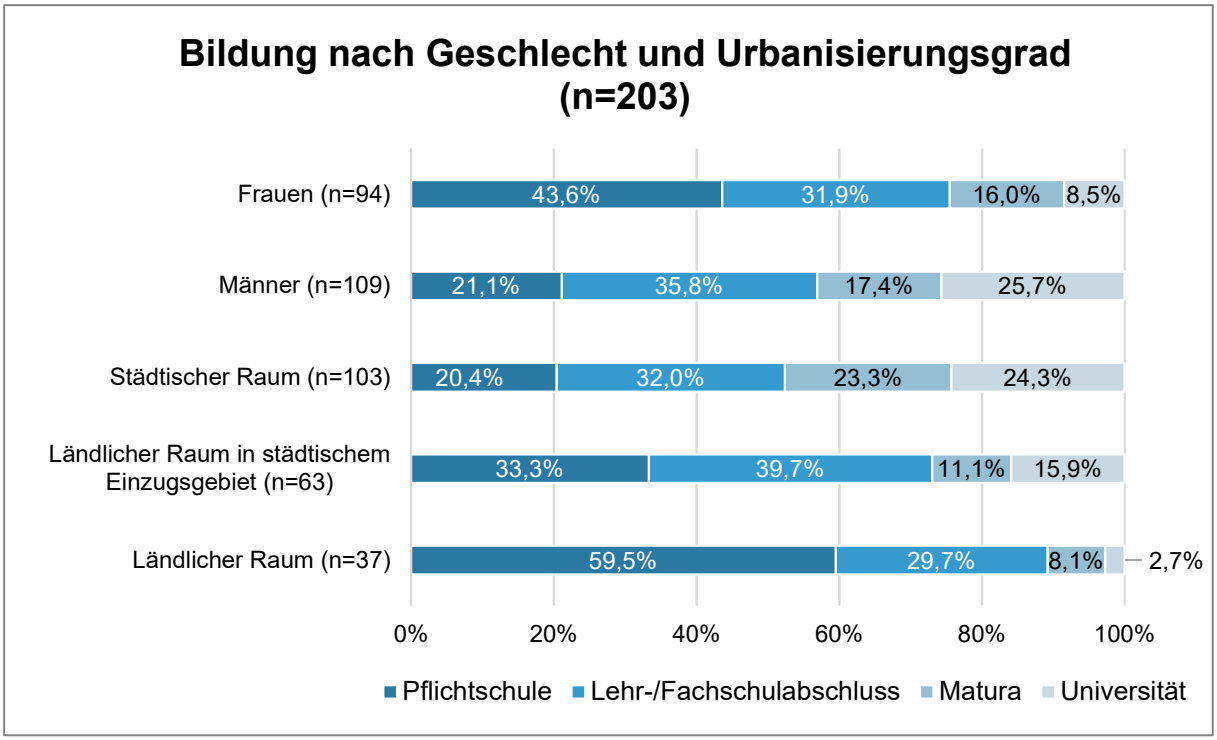


Abbildung 20: Bildungsabschluss nach Geschlecht und Urbanisierungsgrad (n=203).

3.2.2 Finanzielles Auskommen

- **Etwa die Hälfte der befragten Hochaltrigen verfügt über ein Haushaltsnettoeinkommen von 2.000 Euro oder mehr.**
- **56,2% der Hochaltrigen in der Stadt, aber nur 30,3% der Hochaltrigen in den ländlichen Gemeinden verfügen über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von über 2.000 Euro.**
- **93,3% geben an, finanziell eher oder sehr gut zurechtzukommen.**

Die **finanzielle Situation der Hochaltrigen in der hier untersuchten Stichprobe stellt sich als insgesamt gut dar**. Nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge sowie Zuzug von öffentlichen Beihilfen und Einkommen aus Vermietung oder Verpachtung müssen 7,9% der befragten Hochaltrigen mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 1.000€ auskommen. 41,6% verfügen über ein Haushaltsnettoeinkommen zwischen 1.000€ und 1.999€. Etwa ein Drittel der Befragten (35,1%) verfügt über ein Haushaltsnettoeinkommen zwischen 2.000€ und 3.000€ und 15,3% haben sogar ein Haushaltsnettoeinkommen zur Verfügung, das jenseits von 3.000€ liegt. Diese und die nachfolgenden Zahlen beziehen sich auf das imputierte Haushaltsnettoeinkommen.[19]

[19] Wie in vielen quantitativen Umfragen, liegen bei etwa einem Viertel bis Drittel der Studienteilnehmer/innen keine Angaben zum Einkommen vor, da sie entweder eine Antwort auf die Einkommensfrage ablehnen oder die Höhe ihres monatlichen Einkommens nicht wissen. Um jene 27,1% der befragten Hochaltrigen, die keine Angabe zu ihrem Haushaltsnettoeinkommen machen wollten/konnten, in den nachfolgenden Analysen nicht zu verlieren, wurde das Haushaltsnettoeinkommen

Entsprechend der weitgehend guten finanziellen Situation der Befragten, geben **93,3% der befragten Hochaltrigen an, finanziell eher gut oder sogar sehr gut zurechtzukommen**. Das heißt, sie haben für ihr alltägliches Leben und ihre Bedürfnisse ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung oder empfinden diese jedenfalls als ausreichend. Schlechter kommen Frauen (11,5% vs. 2,8% Männer) und Personen mit einem Pflichtschulabschluss (10,7%) oder Lehrabschluss (7,4%) zurecht. Am häufigsten finden sich jedoch schlechte Einschätzungen des finanziellen Auskommens bei Vorliegen besonders fortgeschrittener körperlicher und gesundheitlicher Einschränkungen (Frailty). So gibt fast ein Drittel der Befragten mit einem reduzierten Gesundheitszustand (31,3%) an, mit dem verfügbaren Haushaltsnettoeinkommen eher schlecht zurecht zu kommen. Hier dürften sich höhere finanzielle Belastungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit niederschlagen.

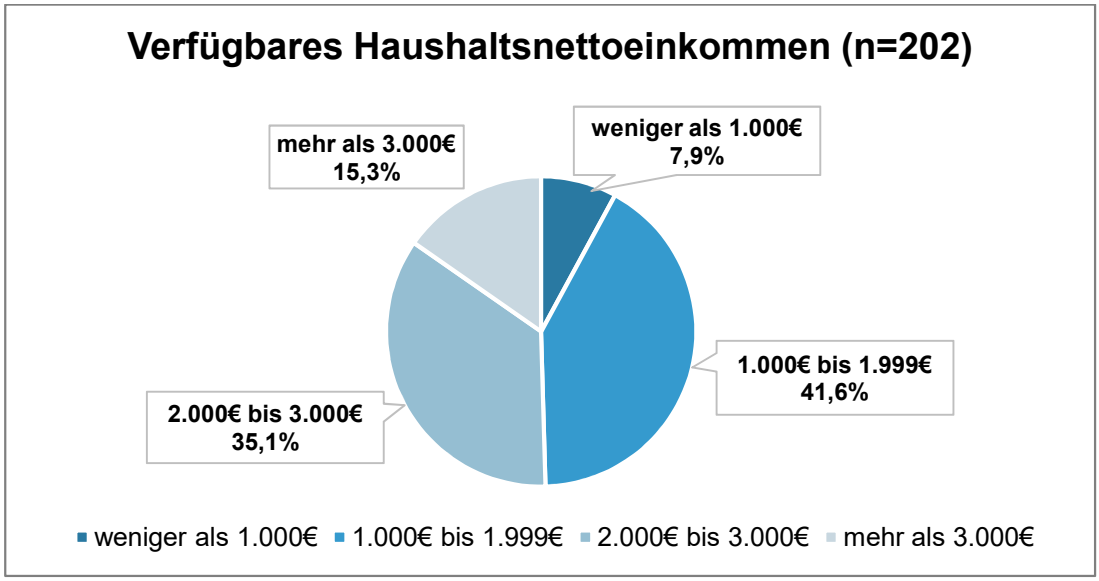


Abbildung 21: Verfügbares Nettohaushaltseinkommen (n=202).

Prekäre finanzielle Situation betrifft Frauen und gering Gebildete

Wenig überraschend haben Frauen ein niedrigeres Haushaltsnettoeinkommen als Männer. Bei 13,9% der befragten Frauen liegt das monatlich verfügbare Haushaltsnettoeinkommen unter 1.000€. Bei den Männern betrifft dies nur 2,8%. Die höheren Haushaltsnettoeinkommen sind hingegen bei Männern zu finden. Während 61% der Männer mehr als 2.000€ und 23,1% sogar mehr als 3.000€ zur Verfügung haben, sind es bei den Frauen nur 38,4%, die mehr als 2.000€ zur Verfügung haben. Mehr als 3.000€ haben sogar nur 6,4% der befragten Frauen zur Verfügung. Besonders alleinstehende Frauen (verwitwet, geschieden, ledig) befinden sich in einer schlechteren Einkommenssituation. Es bestätigt sich – wie auch zahlreiche andere Studien belegen (z.B. Hauser, 2008) –, dass eine **prekäre finanzielle Situation im Alter** bzw. Altersarmut ein Problem ist, das **in erster Linie Frauen** betrifft.[20]

mit der Hot Deck Methode (Roth, 1994; Sande, 1983) imputiert. Eine Erklärung dazu sowie ein Vergleich von erhobenen und imputierten Haushaltsnettoeinkommen findet sich im Anhang unter Kapitel 8.1.

[20] Allerdings ist hier auch festzuhalten, dass es auf der anderen Seite der Verteilung auch einen nicht unbeträchtlichen Anteil alleinstehender Frauen im hohen Einkommenssegment gibt, die entweder selbst einen hochqualifizierten Beruf ausgeübt haben oder aber hohe Einkünfte aus einer Witwenpension

Deutlich sichtbar wird auch, **dass Einkommen stark vom Bildungsgrad abhängig ist**. So verfügen 95% der Hochschulabsolvent/innen über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.000€ und 44,4% über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 3.000€. Demgegenüber verfügen nur 17,5% der Personen mit Pflichtschulabschluss über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.000€. Über 80% müssen hingegen mit weniger auskommen, 17,5% der Pflichtschulabsolvent/innen müssen sogar mit weniger als 1.000€ auskommen. Grundsätzlich ist bei der Interpretation der Einkommensverteilungen zu bedenken, dass aufgrund des Bildungs-Bias im Sample verhältnismäßig wenige Niedrigeinkommen in der Stichprobe enthalten sind. Das heißt, die Einkommenssituation stellt sich vermutlich in der Stichprobe insgesamt etwas besser dar als sie in der Realität sein dürfte. Es ist in der hier behandelten Studienpopulation wohl von einem wesentlich höheren Anteil an Niedrigeinkommen und insofern auch von einem höheren Anteil von Altersarmut betroffenen bzw. armutsgefährdeten Personen auszugehen, als dies in den Ergebnissen der ÖIHS abgebildet ist.

Höhe des Haushaltsnettoeinkommens steigt mit dem Grad der Verstädterung

Neben dem Geschlecht und der Bildung der befragten Hochaltrigen ist das Einkommen auch zwischen Stadt und Land sehr ungleich verteilt. Hier kann der Trend beobachtet werden, dass **die Höhe des Haushaltsnettoeinkommens mit dem Grad der Verstädterung zunimmt**. Befragte mit einem geringen Nettohaushaltseinkommen (weniger als 1.000€) und mittelmäßigen Haushaltsnettoeinkommen (1.000€ - 1.999€) sind vor allem in ländlichen Gemeinden wohnhaft. Befragte mit einem etwas höheren Haushaltsnettoeinkommen (2.000€ - 3.000€) sind im ländlichen Raum im städtischen Einzugsgebiet oder regionalen Zentren wohnhaft und Befragte mit einem besonders hohen Haushaltsnettoeinkommen (mehr als 3.000€) sind in städtischen Gemeinden wohnhaft (vgl. Abbildung 22: Nettohaushalteinkommen nach Urbanisierungsgrad (n=202). Es zeigt sich zudem eine **signifikante Korrelation zwischen der Strukturstärke der Erhebungsgemeinden** und dem Haushaltsnettoeinkommen der befragten Hochaltrigen ($p<0.01$). So sind Hochaltrige mit einem Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 3.000€ sind vor allem in den strukturstarken Bezirken Mödling, St. Pölten und Tulln zu finden. Der Zusammenhang zwischen dem Grad der Urbanisierung und der Höhe des Haushaltseinkommens lässt sich vor allem durch die Bildungsverteilung zwischen ländlichen und städtischen Gemeinden erklären. So verfügen Hochaltrige in städtischen Gemeinden häufiger über eine höhere Bildung und damit auch über ein höheres Einkommen als Personen in ländlichen Gemeinden.

beziehen. Altersarmut ist also in diesem Lichte kein oder jedenfalls nicht ausschließlich ein geschlechtsspezifisches, sondern vor allem ein schichtspezifisches Problem, das allerdings Frauen in besonderer Weise betrifft.

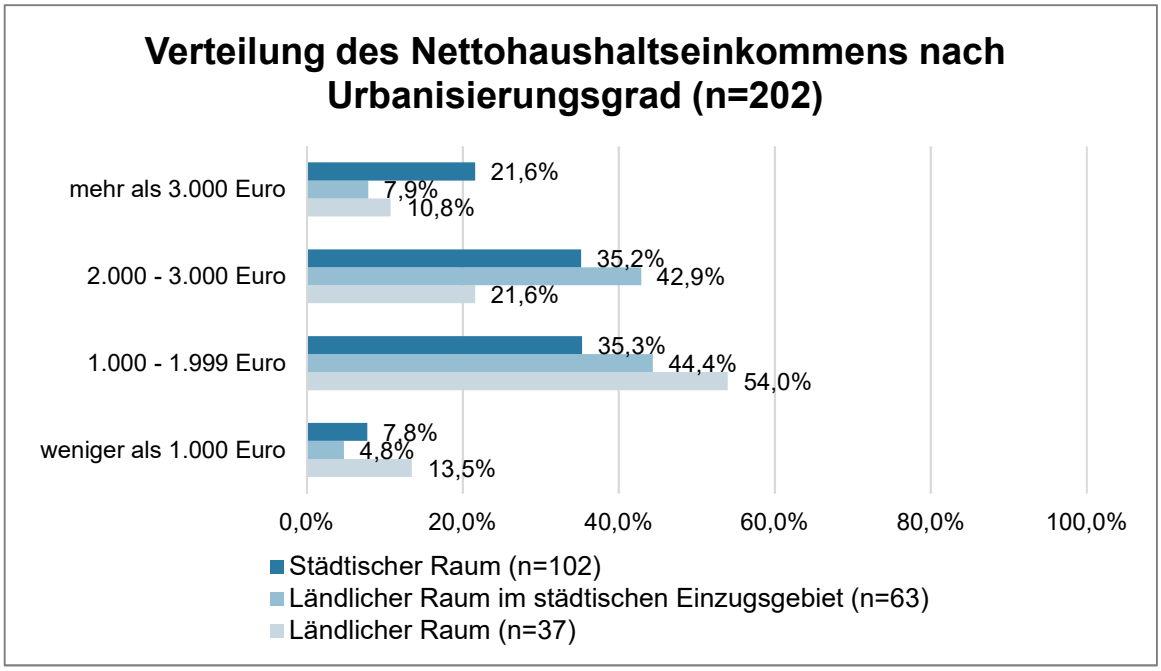


Abbildung 22: Nettohaushalteinkommen nach Urbanisierungsgrad (n=202).

3.2.3 Frühere Berufstätigkeit

- **Etwa die Hälfte der Hochaltrigen war früher als Angestellte tätig.**
- **Geschlechterunterschiede gibt es bei der Stellung im Beruf keine, allerdings in der Ausübung einer Führungsposition (76,1% Männer vs. 23% Frauen).**

Der Großteil der Befragten in der Stichprobe war früher hauptberuflich erwerbstätig (93,1%). Das gilt auch für Frauen: 86,2% der Frauen geben an, hauptberuflich gearbeitet zu haben. Nur 9,6% von ihnen waren überwiegend Hausfrauen. Etwa die Hälfte der Studienteilnehmer/innen (51%) war überwiegend in einem Angestelltenverhältnis tätig. Etwas weniger als ein Fünftel (18%) waren überwiegend als Arbeiter/innen, 15% als Selbständige und 16% als Beamte beruflich tätig. In der Ausübung der früheren Erwerbstätigkeit zeigen sich **kaum Geschlechterunterschiede**. So waren zwar etwas mehr Frauen als Männer als Angestellte tätig (55,8% vs. 47,2%) und etwas mehr Männer als Frauen selbständig (18% vs. 10,5%). Allerdings sind die prozentuellen Unterschiede eher gering. In der beruflichen Stellung als Arbeiter/in oder Beamt/in waren etwa gleich viele Frauen wie Männer erwerbstätig. Ein **wesentlicher Unterschied zeigt sich jedoch hinsichtlich der Leitungsfunktion**. Während drei Viertel der Männer eine Leitungsfunktion inne hatten (76,1%), waren nicht einmal ein Viertel der Frauen mit einer Führungsfunktion betraut (23,9%) ($p<0.001$).

Signifikante Unterschiede zeigen sich auch im **Stadt/Land-Vergleich** ($p<0.01$). So waren 60,6% der Studienteilnehmer/innen in städtischen Gemeinden in ihrer früheren Berufstätigkeit als Angestellte tätig. Teilnehmer/innen in Gemeinden im städtischen Einflussraum bzw. Umland von regionalen Zentren waren ebenso am häufigsten als

Angestellte tätig (45,8%), allerdings war ein Viertel auch als Beamte (23,7%) tätig. Im ländlichen Raum war hingegen nur ein Drittel als Angestellte (33,3%), mehr als ein Viertel waren als Arbeiter/innen oder Beamte (je 27,8%) tätig.

Aufgrund ihrer früheren Berufstätigkeit sind praktisch alle Befragten krankenversichert. Lediglich 6% der Befragten sind mitversichert, wobei dies fast ausschließlich Frauen betrifft. 17,1% der Studienteilnehmer/innen haben überdies eine private Zusatzversicherung (Sonderklassenversicherung); Männer etwas häufiger als Frauen (54,5% vs. 45,5%). Dabei handelt es sich vor allem um Studienteilnehmer/innen in städtischen Gemeinden (60,6%) mit einem Universitätsabschluss (39,4%) oder mit Matura (21,3%) und einem Einkommen von mehr als 2.500€ (58,3%).

3.2.4 Sozioökonomischer Status

- **Etwa die Hälfte der Hochaltrigen in der Stichprobe verfügt über einen mittleren sozioökonomischen Status.**
- **Zwei Drittel der Hochaltrigen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind alleinstehende Frauen.**
- **Drei Viertel der Hochaltrigen mit einem hohen sozioökonomischen Status sind Männer mit hohem Bildungsabschluss.**
- **Hochaltrige im ländlichen Raum weisen häufiger einen niedrigen sozioökonomischen Status auf.**

Zur Ermittlung des sozioökonomischen Status der Studienteilnehmer/innen wurde ein Indikator aus den drei sozioökonomischen Variablen des früheren beruflichen Status, der Bildung und des imputierten Haushaltsnettoeinkommens gebildet. Dabei wurden zunächst für jeden Indikator Schwellenwerte definiert, ab denen unter sozioökonomischer Hinsicht von einer Benachteiligung bzw. Besserstellung gesprochen werden kann. Die Schwellenwerte beim Haushaltsnettoeinkommen wurden in Abhängigkeit von einem Ein- oder Mehrpersonenhaushalt (höher für Mehrpersonen- und niedriger für Einpersonenhaushalte) unterschiedlich festgelegt.[21] Die Berechnung des sozioökonomischen Status ist im Anhang unter Kapitel 8.2 genauer aufgeschlüsselt. Je nach Höhe des jeweiligen Schwellenwertes ergibt sich ein höherer oder niedrigerer Punktewert auf der so errechneten Sozioökonomie-Skala. Es ergibt sich letztlich ein Index mit 8 Ausprägungen, die zu den drei Ausprägungen „niedriger sozioökonomischer Status“ (1-2 Punkte), „mittlerer sozioökonomischer Status“ (3-5 Punkte) und „hoher sozioökonomischer Status“ (6-8 Punkte) zusammengefasst wurde. Für die Stichprobe der ÖIHS-NÖ ergibt sich dabei die nachfolgende Verteilung des sozioökonomischen Status.

[21] Dies wurde unternommen, da in Mehrpersonenhaushalten oftmals mehrere Einkommen in das Haushaltseinkommen eingehen, aber gleichzeitig natürlich auch der finanzielle Aufwand größer ist als in Einpersonenhaushalten (z.B. für eine entsprechend größere Wohnung, für Güter des täglichen Bedarfs etc.), was für die Einschätzung der finanziellen Situation eines Haushalts von nicht unerheblicher Bedeutung ist. Die Frauen in dem Sample der ÖIHS-NÖ waren alle zum Großteil vollberufstätig. Aus diesem Grund kann in den meisten Fällen davon ausgegangen werden, dass bei den Mehrpersonenhaushalten in der vorliegenden Stichprobe auch mehrere Einkommen eingingen.

Sozökon. Status X Geschlecht	Gesamt	davon Männer	davon Frauen
Niedriger sozioökonom. Status	19,3%	30,8%	69,2%
Mittlerer sozioökonom. Status	51,0%	50,5%	49,5%
Höherer sozioökonom. Status	29,7%	73,3%	26,7%

Tabelle 4: Sozioökonomischer Status im Geschlechtervergleich (n=202).

19,3% der Studienteilnehmer/innen verfügen über einen niedrigen sozioökonomischen Status. Über zwei Drittel dieser Personen sind alleinstehende Frauen aus dem unteren Bildungssegment mit einem Pflichtschulabschluss ($p<0.001$). Ihr Haushaltsnettoeinkommen beläuft sich meist auf weniger als 1.600 Euro, die Hälfte verfügt über weniger als 1.300 Euro. Etwa die **Hälfte der Studienteilnehmer/innen verfügt über einen mittleren sozioökonomischen Status**, der meist mit einer mittleren Bildung (Lehre, Fachschule ohne Matura) und einem mittleren Einkommen von in der Regel 1.600 bis 2.500 Euro einhergeht. In dieser Gruppe kann die Geschlechterdisparität als ausgeglichen beschrieben werden (50,5% Männer vs. 49,5% Frauen). Etwas weniger als **ein Drittel der Befragten (29,7%) weist einen hohen sozioökonomischen Status** auf. Diese Gruppe besteht zu knapp drei Viertel aus männlichen Hochaltrigen mit einem hohen Bildungsabschluss und einem vergleichsweise hohen Einkommen ($p<0.001$). So haben 85% zumindest eine Matura und weitere 60% einen Universitätsabschluss; 50% haben ein Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 3.000 Euro zur Verfügung. Hinsichtlich der Geschlechterdisparität veranschaulicht Tabelle 12 sehr deutlich, dass die Verteilung von Geschlecht und sozioökonomischem Status diametral beschrieben werden kann.

Verwitwete und Hochaltrige im ländlichen Raum weisen häufiger einen niedrigen sozioökonomischen Status auf

Fast **die Hälfte der Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ist bereits verwitwet** – bei den Befragten mit einem höheren sozioökonomischen Status ist nur ein Viertel bereits verwitwet. Etwas mehr als 50% der befragten Hochaltrigen mit einem mittleren und etwas mehr als 60% der befragten Hochaltrigen mit einem höheren sozioökonomischen Status sind verheiratet und leben zu zweit im Haushalt. Bei den Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind es hingegen nur etwas weniger als 40% der Befragten, die noch verheiratet und zu zweit im Haushalt leben. Der höhere Anteil an verwitweten Personen in der Gruppe der Befragten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status lässt demnach auf eine geringere Lebenserwartung dieser Personen schließen.

Bei der Betrachtung von Stadt/Land-Unterschieden zeigt sich eine **beträchtliche Ungleichheit in Bezug auf den Urbanisierungsgrad des Wohngebiets** der befragten Hochaltrigen. So verfügen 40,5% der Personen mit Wohnsitz im ländlichen Raum über einen niedrigen sozioökonomischen Status, während es im städtischen Einzugsgebiet nur ein Fünftel und im städtischen Raum sogar nur 10,8% sind. Weitere 45,9% der Personen im ländlichen Raum verfügen über einen mittleren sozioökonomischen Status, während es im städtischen Einzugsgebiet und im städtischen Raum mehr als die Hälfte der Personen sind. Über einen hohen sozioökonomischen Status verfügen im städtische Raum fast 40% und im städtischen Einzugsgebiet etwa 25%, während es im ländlichen Raum nur 13,5% sind.

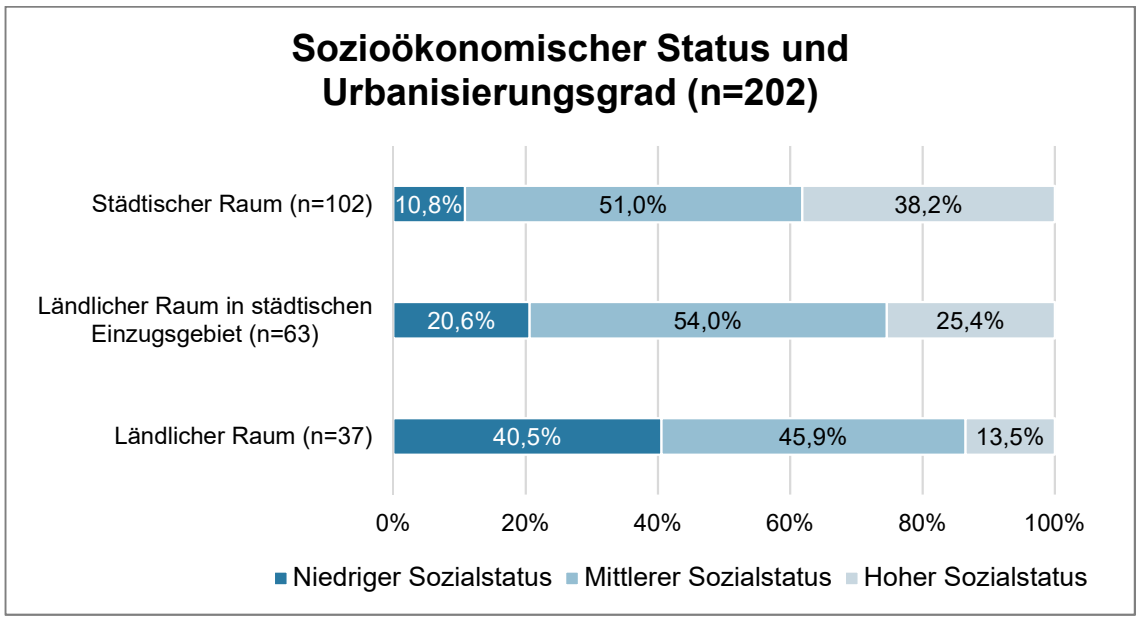


Abbildung 23: Sozioökonomischer Status und Urbanisierungsgrad (n=202).

GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND WOHLBEFINDEN

4 GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND WOHLBEFINDEN

Die Gesundheit nimmt in der Auseinandersetzung mit Hochaltrigkeit eine zentrale, vielleicht sogar die zentralste Stellung ein. So nimmt die Wahrscheinlichkeit, an Krankheiten und funktionalen Einschränkungen zu leiden, mit höherem Alter zu. Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden im Alter stehen daher nicht nur im Fokus zahlreicher wissenschaftlicher Hochaltrigenstudien. Angesichts des gegenwärtigen demographischen Wandels und der sich daraus ergebenden Herausforderungen für staatliche Gesundheits- und Sozialsysteme rücken diese Themenbereiche auch zunehmend in den Blick der Gesundheits- und Sozialpolitik (Böhm, Tesch-Römer, & Ziese, 2009; Winkler, Pochobradsky, & Wirl, 2012). Der rasant ansteigende Anteil hochaltriger Menschen in der Bevölkerung Niederösterreichs bringt einen Bedarf an wissenschaftlich fundiertem Wissen über den Gesundheitszustand in der Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen, ihre funktionalen Kapazitäten bzw. Einschränkungen sowie über das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit. Daraus gilt es Grundlagen für gesundheits- und sozialpolitisches Handeln abzuleiten, sowohl mit Blick auf notwendige Anpassungen von Gesundheits- und Pflegestrukturen als auch hinsichtlich möglicher präventiver Potenziale.

Dies stellt schließlich den gesellschaftspolitischen Hintergrund dar, vor dem die ÖIHS-NÖ als eine explizit politikrelevante Studie stattfindet. Es liegt daher in der Natur der Sache, dass die Gesundheitssituation hochaltriger Menschen, als ein wesentlicher Bestandteil der Lebenssituation im hohen Alter, auch und gerade in der ÖIHS und damit auch im vorliegenden Bericht einen entsprechend großen Raum einnimmt. Neben der funktionalen und körperlichen Gesundheit wird dabei auch das seelische Wohlbefinden sowie das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der Hochaltrigen in Niederösterreich dargestellt.

4.1 Gesundheit im hohen Alter

Die Definition von Gesundheit bei Hochaltrigen

Bevor auf den nachfolgenden Seiten die Gesundheit der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen in Niederösterreich beschrieben wird, bedarf es zunächst einer zentralen Klarstellung: Wenn im Folgenden im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit die Rede von „Gesundheit“ ist, so ist damit nicht ein Zustand der vollkommenen Freiheit von Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden gemeint. Würde unserer Studie eine solche Definition von Gesundheit zugrunde liegen, so käme diese zu dem klaren Ergebnis, dass es im Prinzip keine gesunden Hochaltrigen gibt. Wie noch zu zeigen sein wird, findet sich im gesamten Sample kaum jemand, der/die nicht zumindest an einer chronischen Krankheit, wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes, rheumatische Erkrankungen oder an anderen mehr oder weniger stark ausgeprägten altersbedingten gesundheitlichen Beschwerden leidet. Was es jedoch gibt – und zwar in gar nicht geringer Zahl – sind hochaltrige Menschen, die in der Lage sind, trotz einiger gesundheitlicher Einschränkungen ein weitgehend selbstbestimmtes und autonomes Leben ohne nennenswerten Unterstützungs- oder Pflegebedarf zu führen.

Diese **Auffassung von Gesundheit als „Selbständigkeit"** bzw. „anderen nicht zur Last zu fallen" findet sich auch neben „Wohlbefinden/Zufriedenheit/Lebensqualität" unter den häufigsten Nennungen auf die Frage was Gesundheit für die Studienteilnehmer/innen bedeutet. Weitere Nennungen beziehen sich auf die Auffassung von Gesundheit als „Aktivität", „Beweglichkeit" und „mehr Sozialkontakte", aber auch auf die „Freiheit von Schmerzen" oder „nicht zum Arzt zu müssen". Gesundheit im hohen Alter ist also **relativ im Ausmaß von gesundheitlichen Einschränkungen**, die sich entsprechend mehr oder weniger auf die Autonomie und die Selbsthilfefähigkeit hochaltriger Menschen auswirken, zu verstehen. Dementsprechend sind Hochaltrige hinsichtlich ihres **Gesundheitszustandes** auch **ausgesprochen heterogen**.

Dies spiegelt sich auch in unserer Studie wider: So finden sich sowohl Personen mit einem relativ guten als auch solche mit einem eher schlechten Gesundheitszustand in der Stichprobe. Über die gesamte Stichprobe hinweg betrachtet, kann sogar konstatiert werden, dass der Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen – entgegen dem verbreiteten eher negativen Altersbild, in dem das hohe Alter vorwiegend mit Krankheit, körperlichem Verfall und Pflegebedürftigkeit assoziiert wird (Rosenmayr, 1978) – als weitgehend gut beschrieben werden kann. Dies hängt jedoch mitunter auch mit der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung der Hochaltrigen in Niederösterreich überproportional hohen Bildung der Studienteilnehmer/innen zusammen.

4.1.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit

- **Mehr als die Hälfte der Befragten (57,1%) schätzt ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut ein.**
- **Mehr als zwei Drittel der Hochaltrigen (69,8%) fühlen sich jünger, ein Fünftel davon fühlt sich jünger als 70 Jahre.**

Die subjektive Einschätzung der Gesundheit steht in der Regel in Relation mit dem objektiven Gesundheitszustand. Dementsprechend kann aus der niederschwelligen Frage nach der persönlichen Einschätzung der Gesundheit bereits ein erster Eindruck der gesundheitlichen Situation der Studienteilnehmer/innen gewonnen werden. In den Auswertungen zeigt sich, dass die befragten hochaltrigen Menschen der Stichprobe in Niederösterreich ihren Gesundheitszustand insgesamt weitestgehend als gut einschätzen. **Mehr als die Hälfte der Befragten (57,1%) schätzt ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut ein**. Ein weiteres knappes Drittel (30,1%) betrachtet den eigenen Gesundheitszustand immerhin noch als mittelprächtig. 12,8% schätzen ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein.

Ähnliche Werte ergeben sich bei der **subjektiven Einschätzung der körperlichen Verfassung**. Mit der Frage nach der körperlichen Verfassung wurde beabsichtigt die subjektive Sicht der Befragten in Hinblick auf ihre Funktionalität und körperliche Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Bewältigung alltäglicher Verrichtungen stärker zu erfassen. Dabei schätzen 11,8% ihre körperliche Verfassung als sehr gut und 45,3% als gut ein. Weitere 31% sagen, sie sei mittelmäßig, und 12,3% beschreiben sie als schlecht

oder sehr schlecht. Dass die Werte nahezu ident mit jenen zur allgemeinen Gesundheit sind, lässt darauf schließen, dass die eigene Gesundheit besonders stark an der körperlichen Verfassung bzw. deren Wahrnehmung festgemacht wird.

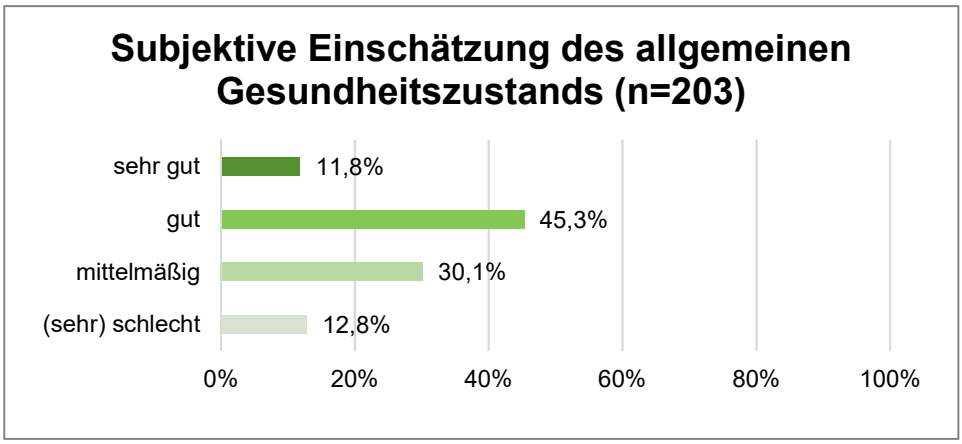


Abbildung 24: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands (n=203).

Das positive Ergebnis einer weitgehend sehr guten bzw. guten Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands sowie der körperlichen Verfassung dürfte auch die Tatsache widerspiegeln, dass Personen mit einem relativ guten Allgemeinzustand in der Studie etwas stärker vertreten sind. Nicht unerheblich ist dabei, dass die Stichprobe im Vergleich zur Bevölkerung Niederösterreichs in diesem Alterssegment ein etwas höheres Bildungsniveau aufweist (vgl. Kapitel 1.4). Schließlich erweist sich die **Bildung der Studienteilnehmer/innen als wesentlicher Einflussfaktor** der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustands. So schätzen etwa zwei Drittel der Personen mit einer Matura oder einem Hochschulabschluss ihren Gesundheitszustand als sehr gut ein. Bei Befragten mit einem Lehrschulabschluss sind es immerhin noch 58%, bei befragten Hochaltrigen mit einem Pflichtschulabschluss sind es nur 43%. Keine Unterschiede zeigen sich hingegen bei der Einschätzung der subjektiven Gesundheit zwischen Männern und Frauen.

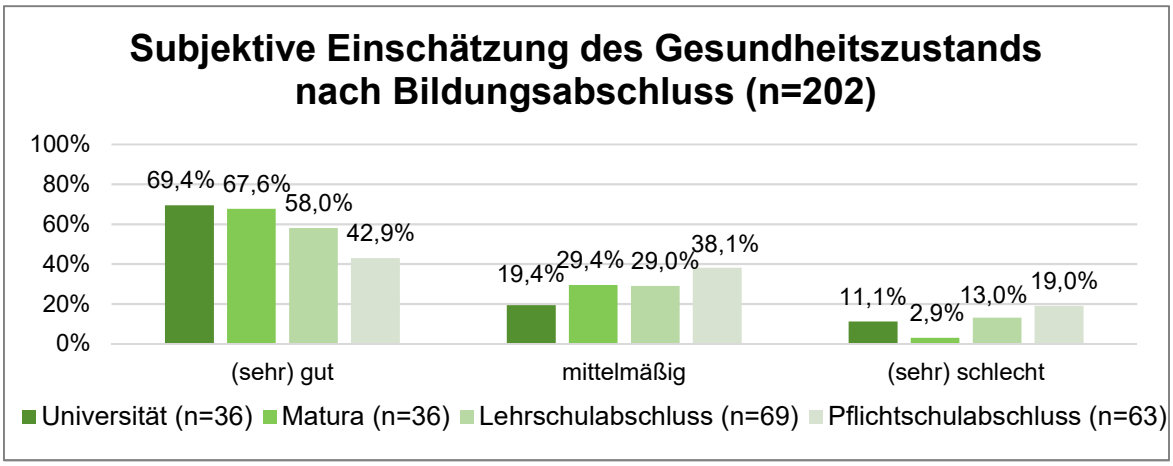


Abbildung 25: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands nach Bildungsabschluss (n=202).

Gefühltes Alter: Umso jünger, je besser der Gesundheitszustand

Zusätzlich zur subjektiven Gesundheitseinschätzung wurden die Teilnehmer/innen auch um die Angabe ihres „gefühlten Alters" gebeten, d.h. um eine Aussage darüber, wie alt sie sich ungeachtet ihres tatsächlichen, kalendarischen Alters fühlen. Dabei zeigt sich, dass sich **mehr als zwei Drittel der Befragten jünger fühlen** (69,8%). Mit 51,6% wird am häufigsten ein Alter zwischen 70 und 79 Jahren angegeben; 18,2% fühlen sich ihrer Aussage nach sogar jünger als 70 Jahre. 28,7% der Befragten geben ein Alter an, das sich im Bereich ihres tatsächlichen Alters zwischen 80 und 85 Jahren bewegt und 1,5% geben an, sich älter als 85 Jahre zu fühlen, also älter als sie in Wirklichkeit sind.

Gefühltes Alter (n=201)	Prozent
Fühle mich jünger als 70 Jahre alt	18,2%
Fühle mich zwischen 70 und 79 Jahre alt	51,6%
Fühle mich zwischen 80 und 85 Jahre alt	28,7%
Fühle mich älter als 85 Jahre alt	1,5%
Gesamt	100%

Tabelle 5: Gefühltes Alter (n=201).

Das gefühlte Alter wurde vor allem vor dem Hintergrund erhoben, dass es in einem **Bedingungsverhältnis mit dem objektiven Gesundheitszustand** steht. Dabei wurde von der Annahme ausgegangen, dass sich Menschen umso älter bzw. eher ihrem tatsächlichen Alter entsprechend fühlen, je schlechter sich ihr gesundheitlicher Allgemeinzustand darstellt, während sich Personen mit besserem Gesundheitszustand tendenziell jünger fühlen. In der Auswertung wird der angenommene Zusammenhang zwischen gefühltem Alter und objektivem Gesundheitszustand bestätigt ($p<0.001$). So nennen Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand (pre-frail und frail) häufiger ein Alter, das auch ihrem tatsächlichen Alter entspricht oder sogar darüber hinausgeht (44,2%), als Personen mit einem sehr guten (14,8%) bzw. guten Gesundheitszustand (22,6%). Im Gegensatz dazu fühlen sich 85,1% der Personen mit sehr gutem bzw. 77,4% der Personen mit gutem Gesundheitszustand jünger als sie sind, während dies auf nur 55,9% der Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand (pre-frail/frail) zutrifft.

Gefühltes Alter X Gesundheit (n=188)	rüstig/sehr gut (n=27)	fit/gut (n=84)	pre-frail/frail (n=76)
Fühle mich jünger als 70 Jahre alt	37,0%	17,9%	11,7%
Fühle mich 70 – 79 Jahre alt	48,1%	59,5%	44,2%
Fühle mich 80 – 85 Jahre alt	14,8%	22,6%	40,3%
Fühle mich älter als 85 Jahre alt	0,0%	0,0%	3,9%
Gesamt	100%	100%	100%

Tabelle 6: Gefühltes Alter und Gesundheitszustand (n=188).

4.1.2 Der Gesundheitszustand

- **60,1% der niederösterreichischen Hochaltrigen haben einen guten Gesundheitszustand ohne ausgeprägte funktionale Einschränkungen.**
- **Wer sich subjektiv bei guter Gesundheit einschätzt, verfügt meist auch objektiv über einen relativ guten Gesundheitszustand.**
- **Neben geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden erweist sich der sozioökonomischen Status als wesentlicher Einflussfaktor.**
- **Hochaltrige städtischer Gemeinden verfügen im Wesentlichen aufgrund ihres höheren sozioökonomischen Status über einen guten Gesundheitszustand.**

Um den Gesundheitszustand der Studienteilnehmer/innen möglichst gut abzubilden, wurde ein umfassender Index entwickelt, der mehrere Variablen der funktionalen Gesundheit (Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), Seh-, Hör-, Gehvermögen, Sturzhäufigkeit, Mobilität der Arme und Beine, kognitiver Status) und der körperlichen Gesundheit (Medikamenteneinnahme, Schmerzen, Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche, Ernährungsstatus, Harn- und Stuhlinkontinenz) berücksichtigt. Des Weiteren fließen das seelische Wohlbefinden (in Form von depressiven Verstimmungen) und der Grad an Unterstützungs- und Pflegebedarf in die Berechnung des Index ein. Die Einzelergebnisse der Teildimensionen des Gesundheitszustands werden in den nachfolgenden Kapiteln *4.2 Funktionale Gesundheit*, *4.3 Körperliche Gesundheit* und *4.4 Psychische Gesundheit und seelisches Befinden im Alter* genauer beschrieben.

Die hier konstruierte Frailty-Skala ist angelehnt, aber nicht identisch mit einer Reihe verschiedener internationaler Indices zum funktionalen Status älterer Menschen. Sie ist daher auch in ihren Ergebnissen nicht unmittelbar damit vergleichbar. Wie viele verschiedene Frailty-Indices in den letzten 20 Jahren aus Forschungsarbeiten hervorgingen, zeigt der umfassende Literaturüberblick von de Vries et al. (2011). Während die physiologische Dimension in den meisten Indices abgebildet wird, berücksichtigen nur etwa die Hälfte der entwickelten Instrumente auch die psychologische Dimension. Einige wenige Instrumente bilden zusätzlich auch die soziale Dimension (soziale Kontakte und Unterstützung) ab. Die unterschiedliche Schwerpunktsetzung der Dimensionen ist unter anderem auch durch das jeweilige Forschungsinteresse bestimmt. Aus diesem Grund erwies es sich auch für die ÖIHS-NÖ als zweckdienlich ein eigenes, mit den Erkenntnissen der internationalen Literatur abgestimmtes Frailty-Instrument zu entwickeln. Dieses ist an den renommierten Index nach Rockwood angelehnt, wenngleich dabei die soziale Dimension keine Berücksichtigung fand (Rockwood, Andrew, & Mitnitski, 2007; Searle, Mitnitski, Gahbauer, Gill, & Rockwood, 2008). Es besteht aus den zuvor genannten 16 Variablen, mit denen eine Skala von 0-18 Punkten gebildet wurde. Für eine schlechtere Bewertung des funktionalen, körperlichen oder psychischen Zustands der Studienteilnehmer/innen wurde bei jeder Frage ein Punkt gezählt. Bei zwei Fragen (kognitiver Status und Unterstützungs-/Pflegebedürftigkeit) wurde eine Abstufung durch zwei Punkte unternommen. Demnach ergibt es sich, dass eine niedrige Gesamtpunkteanzahl mit einem

guten funktionalen Status und eine hohe Gesamtpunkteanzahl mit einem schlechten funktionalen Status einhergehen.

Die 18-Punkte Skala wurde anschließend in vier Ausprägungen des Gesundheitszustands zusammengefasst. So bedeuten 0-2 Punkte einen sehr guten Zustand im Sinne hoher Funktionalität ohne nennenswerte Einschränkungen („rüstig"). Im Bereich von 3-5 Punkten ist der funktionale Status immer noch als vergleichsweise gut einzuschätzen („fit"). Zwischen 6 und 9 Punkten sind bereits einige Einschränkungen gegeben und der körperliche Zustand ist schon einigermaßen labil („pre-frail"). Ab 10 Punkten kann bereits von einem relativ schlechten funktionalen Zustand bis hin zur „Gebrechlichkeit" („frail") gesprochen werden. Die vier Kategorien des Gesundheitszustands sind im nachfolgenden Kapitel 4.2.5 ausführlicher beschrieben. Die folgende Tabelle zeigt den Gesundheitszustand der Studienteilnehmer/innen der Hochaltrigenstudie in Niederösterreich:

Gut *- „rüstig"/sehr gut* *- „fit"/gut*	60,1% *14,3%* *45,8%*
Pre-frail (relativ labiler körperlicher Allgemeinzustand mit fortschreitenden funktionalen Einschränkungen)	31,0%
Frail (gravierende gesundheitliche und funktionale Einschränkungen)	8,9%
Gesamt	100%

Tabelle 7: Der Gesundheitszustand (n=203).

Dabei zeigt sich, dass immerhin mehr als **die Hälfte der Befragten (60,1%) einen vergleichsweise guten Gesundheitszustand** ohne besonders ausgeprägte funktionale Einschränkungen aufweisen. Davon können 14,3% als außerordentlich „rüstig" bezeichnet werden. Personen mit gutem Gesundheitszustand sind grundsätzlich in der Lage, ihren Alltag vollkommen selbstständig zu bewältigen und insofern noch ein nahezu unabhängiges Leben zu führen. Lediglich 8,9% sind von so gravierenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen, dass sich daraus ein wesentlich erhöhter Bedarf an Unterstützung und/oder Pflege ergibt. Für diese Personen kann gelten, was in der Geriatrie als **Frailty** bezeichnet wird. Dieser Begriff hat sich in den letzten Jahren in der Geriatrie zur Bezeichnung eines Syndroms etabliert, für das in der deutschen Alltagssprache der etwas unpräzise Begriff der „Gebrechlichkeit" in Verwendung ist. Das Konzept bezieht sich damit auf den progredienten Verlust physischer, psychischer wie auch sozialer Funktionen, der zu einem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf führt, sowie mit einem fortschreitenden Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einhergeht (Frühwald, 2008).

Es ist allerdings zusätzlich eine weitere, wesentlich größere Gruppe von Teilnehmer/innen (31%) zu differenzieren, die als **pre-frail** bezeichnet werden. Der

Gesundheitszustand dieser Personen ist zwar nicht als frail, im Sinne eines fortgeschrittenen und die Selbsthilfefähigkeit massiv beeinträchtigenden Funktionsverlustes, zu betrachten. Dennoch sind diese Personen bereits mit so manchen Einschränkungen funktionaler Natur konfrontiert und ihr körperlicher Zustand erweist sich, insbesondere im Vergleich zu den „Rüstigen", als relativ labil. Häufig sind diese Einschränkungen (noch) nicht so gravierend, dass die Betroffenen auf Pflege angewiesen sind. Sie befinden sich gewissermaßen in einem Vorstadium der Frailty, weshalb der Begriff Pre-Frailty Verwendung fand. Zusammengenommen ergibt sich, dass der Gesundheitszustand von **39,9% der Studienteilnehmer/innen als frail oder pre-frail** eingestuft werden kann. Das ist ein in der Studienpopulation nicht zu vernachlässigender Anteil von Personen, deren gesundheitlicher und funktionaler Zustand als schlecht einzustufen ist. Besonders hoch ist der Anteil der Befragten mit frailen oder pre-frailen Gesundheitszustand unter den Bewohner/innen von **Pflegeheimen** (vgl. Kapitel 6.2.2). Über 95% geben an, über einen schlechten Gesundheitszustand zu verfügen. Insgesamt betrachtet dürfen neben den doch recht vielen fitten und rüstigen Teilnehmer/innen Personen mit frailen und pre-frailen Gesundheitszustand keinesfalls übersehen werden, weshalb der Frailty im vorliegenden Bericht auch ein eigenes Kapitel gewidmet ist (Kapitel 4.2.5).

Subjektive Gesundheit als Gradmesser des objektiven Gesundheitszustands

Betrachtet man den oben dargestellten Gesundheitszustand auf der Frailty-Skala mit der in Kapitel 4.1.1 beschriebenen subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands, zeigt sich, dass ein **guter Gesundheitszustand in der Regel mit einer entsprechend guten subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit** einhergeht. So schätzen knapp 57% der Studienteilnehmer/innen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein und ein ähnlicher Prozentsatz (60%) verfügt auch über einen (sehr) guten Gesundheitszustand. Etwas detaillierter aufgeschlüsselt veranschaulicht Tabelle 8, dass der Gesundheitszustand von etwa 80%, die ihre Gesundheit subjektiv als sehr gut oder gut einschätzen, auch objektiv als sehr gut oder gut bewertet werden kann. Der Zusammenhang ist nicht nur signifikant ($p<0.001$), sondern erweist sich auch hinsichtlich seiner Stärke als bedeutend (Kendall-Tau-b = 0.429).

Subjektive Einschätzung X objektive Gesundheit	rüstig / sehr gut (n=29)	fit/gut (n=93)	pre-frail (n=63)	frail (n=18)	Gesamt (n=203)
(sehr) gut	20,7%	58,6%	16,4%	4,3%	100%
mittelmäßig	8,2%	34,4%	49,2%	8,2%	100%
(sehr) schlecht	0,0%	15,4%	53,8%	30,8%	100%
Gesamt	14,3%	45,8%	31,0%	8,9%	100%

Tabelle 8: Gesundheitszustand und subjektive Einschätzung der Gesundheit (n=203).

Allerdings zeigt sich auch – in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Hochaltrigenstudien (Collerton u. a., 2009) – dass dem nicht notwendiger Weise so ist. Mitunter kann die subjektive Einschätzung der Gesundheit auch besser ausfallen als sich

der Gesundheitszustand objektiv darstellt. Denn auch wenn sich der objektive Gesundheitszustand mit steigendem Alter oftmals merklich verschlechtert, so trifft dies für den subjektiven Gesundheitszustand zwar auch, aber oftmals nicht in demselben Ausmaß zu (Wurm, Lampert, & Menning, 2009). Auch in der Studienpopulation der ÖIHS-NÖ schätzt ein nicht so geringer Anteil der Teilnehmer/innen ihre Gesundheit trotz bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen als relativ gut ein. So bewerten etwa immer noch 20,7% der Teilnehmer/innen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, wenngleich sie beim objektiven Assessment einen reduzierten Gesundheitszustand („pre-frai" oder „frail") aufweisen. Dabei handelt es sich beinahe doppelt so häufig um Frauen. So schätzen 29,9% der Frauen, aber nur 14,1% der Männer ihre Gesundheit subjektiv besser ein als sie sich beim objektiven Assessment erweist. Dies zeigt sich auch in der Diskrepanz zwischen unten diskutierten Geschlechterunterschieden des Gesundheitszustands, die sich jedoch nicht in der subjektiven Einschätzung der Gesundheit finden lassen. Mögliche Erklärungsansätze könnten darin liegen, dass Frauen ihre Gesundheit entweder überschätzen oder vorhandene Gesundheitseinschränkungen besser kompensieren können. Aktuelle Studien (Gulbrandsen & Walsh, 2015; Lakomý & Kafková, 2017) weisen in dieser Hinsicht darauf hin, dass **Frauen im Alter über ein großes Ausmaß an Resilienz verfügen** und dieses etwa im Vergleich zu Männern einen größeren Einfluss auf ihre Langlebigkeit hat.

Es ist aber auch anzunehmen, dass es sich hier um Personen handelt, die von einer noch etwas leichteren Form der Frailty betroffen sind, durch die sie zwar durchaus nicht unerheblich, aber zumindest noch nicht völlig in der Bewältigung ihres Alltags und ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt sind.[22] Sobald eine Kompensation jedoch nicht mehr in ausreichendem Maße möglich ist und körperliche Einschränkungen den Alltag zunehmend bestimmen, liegt die subjektive Einschätzung auf einem ähnlichen Niveau wie der objektive Gesundheitszustand. Dies trifft auf die 84,6% der Personen zu, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht einschätzen und deren Gesundheitszustand als pre-frail oder frail zu bewerten ist. Deshalb sollten die an und für sich niedrigen negativen Werte bei der subjektiven Gesundheitseinschätzung auch nicht unterschätzt werden.

Sozioökonomischer Status als entscheidende Erklärungsgröße

Der **sozioökonomische Status** erweist sich in der Erklärung der Unterschiede des Gesundheitszustands der Studienteilnehmer/innen als eine besonders aussagekräftige Einflussgröße. Der starke Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit wird bereits seit mehr als 30 Jahren untersucht. Lag der Fokus zunächst auf von Armut betroffenen Menschen, erkannte man Mitte der 1980er Jahre einen **„Statusgradienten"** bei der Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und sozioökonomischen Status (Adler & Ostrove, 1999; Lampert u. a., 2013). Damit wird eine Verbesserung der Gesundheit und Abnahme der Mortalität mit jeder höheren

[22] Hier ist zu beachten, dass in der Stichprobe der Studie – aus Gründen der Studienorganisation und der immanenten Dynamik und Logik der Sampleerstellung – schwer pflegebedürftige Personen mit einer besonders stark ausgeprägten Frailty kaum enthalten sind. Stark gesundheitlich beeinträchtigte Personen sind einerseits aufgrund ihres Zustandes zur Teilnahme schwer zu motivieren. Andererseits erscheint ihre Teilnahme bei manifesten Demenzerkrankungen weder sinnvoll noch ethisch vertretbar. Die verhältnismäßig vielen positiven subjektiven Gesundheitseinschätzungen von Personen mit Frailty dürften in diesem Lichte, jedenfalls teilweise, ein Effekt dieses Sachverhalts darstellen.

Statusgruppe beschrieben. Das bedeutet, höhere Statusgruppen haben nicht nur eine bessere Gesundheit als niedrigere, sondern auch eine bessere als mittlere Statusgruppen, die ihrerseits wieder eine bessere Gesundheit als niedrige Statusgruppen aufweisen. Dieser lineare Zusammenhang lässt sich auch für die Hochaltrigenstudie beschreiben. Aus Abbildung 26 geht deutlich hervor, dass der Anteil von Personen mit einer (sehr) guten Gesundheit bei Studienteilnehmer/innen mit einem hohen sozioökonomischen Status am höchsten ist und im Vergleich zu Studienteilnehmer/innen mit mittleren und niedrigeren Status graduell und signifikant abnimmt ($p<0.01$).

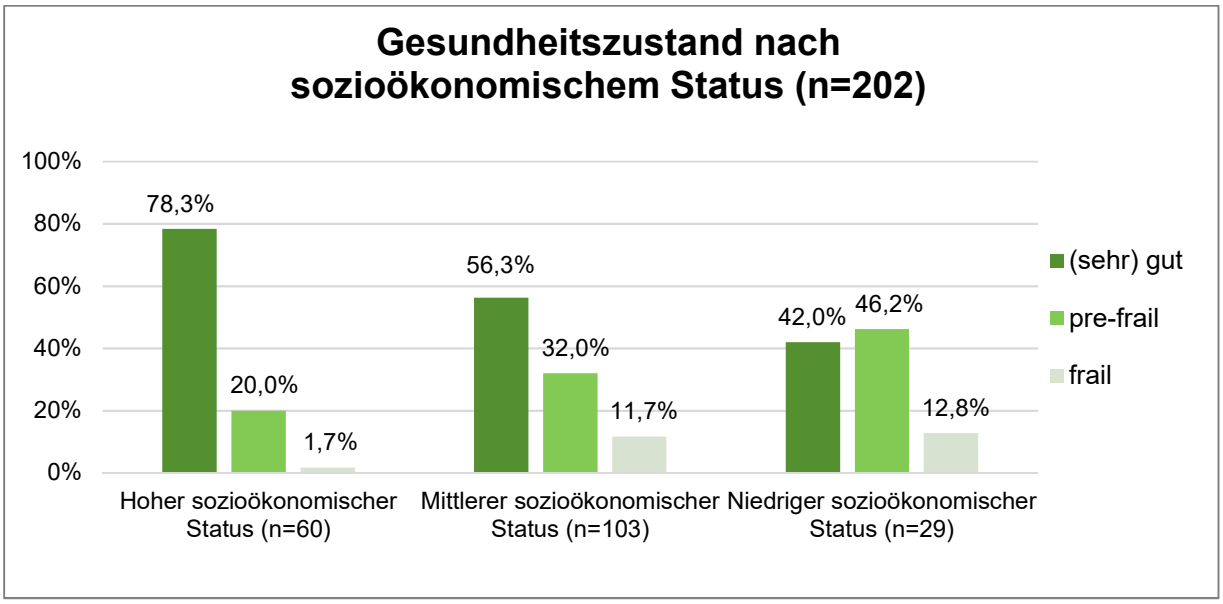


Abbildung 26: Gesundheitszustand nach sozioökonomischen Status (n=202).

Frauen sind gesundheitlich benachteiligt

Bei Betrachtung des Gesundheitszustands verschiedener Gruppen innerhalb der Stichprobe, zeigt sich, dass **Frauen über einen schlechteren Gesundheitsstatus** verfügen als Männer. So sind etwa drei Mal so viele Frauen als frail und doppelt so viele Frauen als pre-frail zu bezeichnen. Zusammengefasst sind damit fast die Hälfte der Frauen (47,8%), aber nur ein Drittel der Männer (33%) mit Frailty oder Pre-Frailty konfrontiert. Entgegen einiger Studien, die sich vor allem mit dem Einfluss von Geschlecht und sozioökonomischem Status auf die Gesundheit und auf unterschiedliche Statusgradienten der Gesundheit bei Frauen und Männer in Abhängigkeit ihrer sozioökonomischen Position hinwiesen (z.B. MacIntyre & Hunt, 1997), konnte in dieser Stichprobe kein Zusammenhang zwischen der Gesundheit und dem Geschlecht gefunden werden. Dies mag mitunter aber auch der ungünstigen Verteilung des sozioökonomischen Status innerhalb von Frauen und Männern in dieser Stichprobe geschuldet sein, die sich in einer sehr geringen Anzahl von Frauen mit hohem sozioökonomischen Status und einer ebenso geringen Anzahl von Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status ausdrückt (in beiden Fällen weniger als 20 Personen). Weiters zeigt sich, dass sich **der Gesundheitszustand mit zunehmenden Alter verschlechtert**. Ist der Gesundheitszustand bei 60% der 85-Jährigen als pre-frail oder frail zu bezeichnen, trifft dies auf nur 43,8% der 80-Jährigen zu.

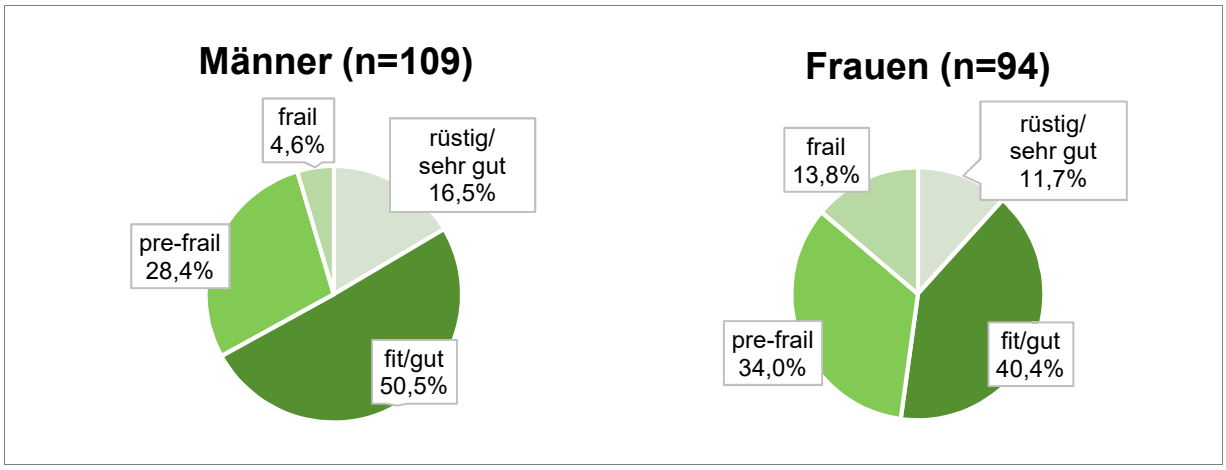


Abbildung 27: Gesundheitszustand nach Geschlecht (n=203).

Keine Frailty bei Akademiker/innen – 12% bei Pflicht- und Lehrschulabschluss
Mit Blick auf die Bildung der Studienteilnehmer/innen zeigt sich, dass **die Hälfte der Personen mit einem Pflichtschulabschluss und knapp 40% der Personen mit einem Lehrschulabschluss hinsichtlich ihres Gesundheitszustands als pre-frail oder frail** zu bezeichnen sind ($p<0.05$). Im Vergleich dazu ist nur ein Fünftel (22,2%) der Hochaltrigen mit einem Universitätsabschluss als pre-frail zu bezeichnen. Frailty kommt in dieser Bildungsgruppe hingegen gar nicht vor, während dies 12,1% der Hochaltrigen mit einem Pflicht- und Lehrschulabschluss betrifft. Umgekehrt verfügt ein Viertel der Hochaltrigen mit einem sekundären oder tertiären Bildungsabschluss über einen sehr guten Gesundheitszustand, während dies auf nur etwas mehr als 10% der Hochaltrigen mit einem Lehrschulabschluss und auf weniger als 5% der Hochaltrigen mit einem Pflichtschulabschluss zutrifft ($p<0.05$).

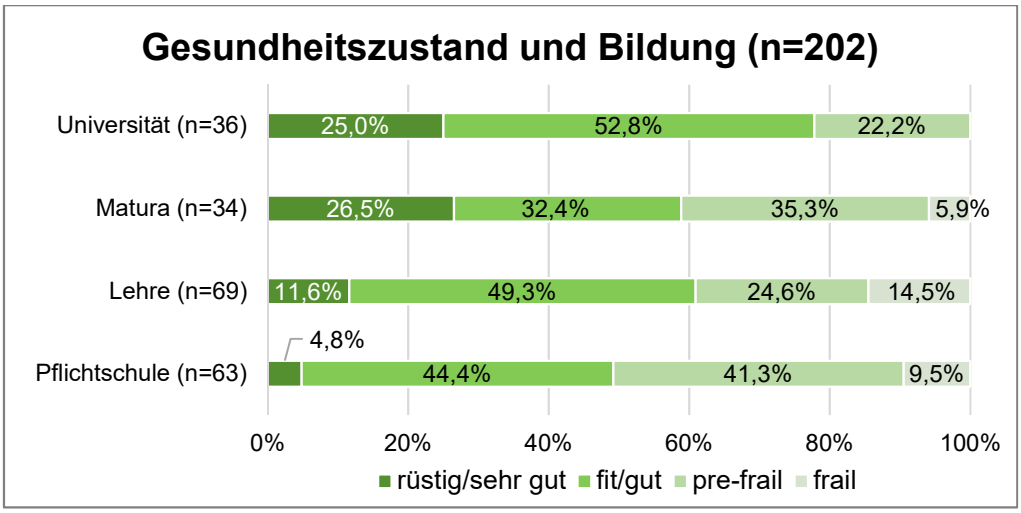


Abbildung 28: Gesundheitszustand nach Bildung (n=202).

Der sozioökonomische Status ist auch als dahinterliegender Erklärungsgrund für die **strukturelle Ungleichheit des Gesundheitszustands zwischen städtischen und ländlichen Gemeinden** zu verstehen. So zeigt sich, dass Hochaltrige in

Privathaushalten[23] in urbanen Gemeinden mit einem höheren sozioökonomischen Status um 10% seltener von Pre-Frailty oder Frailty betroffen sind als Hochaltrige in Privathaushalten in ländlicheren Gemeinden mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status.

4.2 Funktionale Gesundheit

Ein zentraler Bestandteil der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands hochaltriger Menschen betrifft das **Vorhandensein bzw. die Einschränkung von funktionalen Kapazitäten** – also die funktionale Gesundheit. Relevant für die Beurteilung der funktionalen Gesundheit hochaltriger Menschen sind in diesem Sinne z.B. kognitive Fähigkeiten oder sensorische Fähigkeiten wie Sehen, Hören und körperliche Mobilität. Die funktionale Gesundheit ist der wichtigste Grundbegriff der von der World Health Organization (WHO) im Jahr 2001 verabschiedeten International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Eine Person gilt nach ICF als funktional gesund, wenn sie in der Lage ist, Alltagsanforderungen selbstständig zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren (WHO, 2001). Der zentrale Stellenwert der funktionalen Gesundheit von hochaltrigen Menschen ergibt sich somit durch ihre Aussage über die **Bewältigung des täglichen Lebens und alltäglicher Verrichtungen** hochaltriger Personen. In der Altenpflege wird zur Einschätzung der Bewältigung von alltäglichen Aktivitäten von älteren Menschen auf die Messinstrumente der *Activities of Daily Living (ADL)* bzw. *Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)* zurückgegriffen.

4.2.1 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) / Activities of Daily Living (ADL)

- **Insgesamt verfügen die niederösterreichischen Hochaltrigen über einen hohen Grad an Selbsthilfefähigkeit bei alltäglichen Verrichtungen.**
- **Aufgrund ihres schlechteren Gesundheitszustands verfügen Frauen, gering Gebildete und Pflegeheimbewohner/innen jedoch über eine geringere Selbsthilfefähigkeit.**

Das Konzept der *Activities of Daily Living (ADL)* bzw. *Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)* fand bereits Ende der 1950er Jahre namhaft durch Katz und seine Mitarbeiter/innen Eingang in die Forschung (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963; The Staff of the Benjamin Rose Hospital, 1959) und wurde später von vielen anderen Forschenden weiterentwickelt (Noelker & Browdie, 2014). Eine Erweiterung des ADL-Konzepts stellt das Konzept der *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)* dar. *IADLs* weisen eine höhere Komplexität auf als ADLs und erfordern eine Interaktion mit der Umwelt oder den Mitmenschen. Beispielhaft können hier u.a. einkaufen, kochen oder Haushalt führen, angeführt werden (Lawton & Brody, 1969).

[23] In Hinblick auf Stadt/Land-Unterschiede wurden Hochaltrige in Pflegeheimen nicht in die Analyse einbezogen, da sich Pflegeheime meist in städtischen Gebieten befinden und daher verzerrend wirken würden.

Die Befragung im Rahmen der ÖIHS sah daher auch eine Auswahl an ADLs und IADLs vor. Gefragt wurde, ob sich die Teilnehmer/innen selbst anziehen können, ob sie eine Stiege mit mindestens 10 Stufen steigen können und ob sie selbst einkaufen gehen können. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen zur Mobilität ergibt sich, insgesamt betrachtet, ein **vergleichsweise hoher Grad an Selbsthilfefähigkeit** bei alltägliche Verrichtungen unter den hochaltrigen Personen in der Stichprobe. So geben 87,7% an, sich selbst anziehen zu können und 87,1% sagen, sie können ohne Unterstützung eine Stiege mit zumindest 10 Stufen steigen. Etwa drei Viertel der Befragten (76,8%) können ihre Einkäufe selbst erledigen.

Der Grad der Selbsthilfefähigkeit in Bezug auf die drei erhobenen Activities of Daily Living steht dabei in einem **starken und hochsignifikanten Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand** der Befragten ($p<0.001$; Phi>0,630). Während weniger als ein Viertel der Befragten mit einem reduzierten Gesundheitszustand in der Lage ist, sich selbständig anzuziehen, Stiegen zu steigen oder einkaufen zu gehen, sind bei den Befragten mit sehr gutem und gutem Gesundheitszustand mehr als 90% dazu in der Lage (siehe dazu auch Kapitel 4.2.5 Frailty). Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht, die Bildung oder den sozioökonomischen Status der Befragten, die sich in den bivariaten Auswertungen in Form einer geringeren Selbsthilfefähigkeit bei Frauen, gering Gebildeten und Personen mit niedrigen sozioökonomischen Status, werden – wie sich in den multiplen logistischen Analyseverfahren zeigt – über den Gesundheitszustand dieser drei Personengruppen vermittelt.

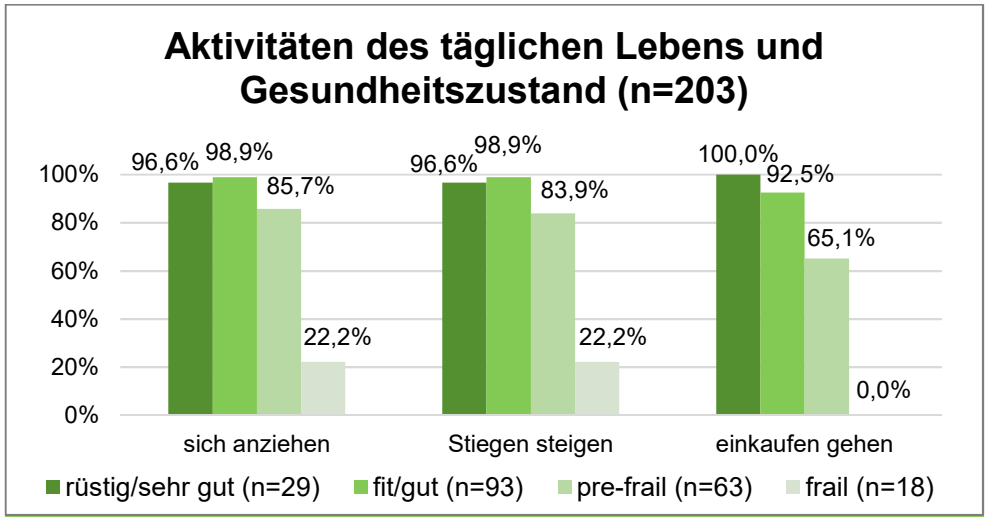


Abbildung 29: Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL/ADL) und Gesundheitszustand (n=203).

Aufgrund ihres deutlich schlechteren Gesundheitszustands verfügen **Hochaltrige in Pflegeheimen über eine deutlich geringere Selbsthilfefähigkeit**. Nur etwas mehr als die Hälfte (59,1%) der Befragten im Pflegeheim können sich noch selbst anziehen, etwa ein Drittel (36,4%) ist noch in der Lage selbständig Stiegen zu steigen, und etwas mehr als ein Viertel (27,3%) kann noch einkaufen gehen. Im Vergleich dazu sind es bei den Befragten in Privathaushalten mehr als 90%, die sich noch selbständig anziehen können und Stiegen steigen können und mehr als 80% können ihre Einkäufe noch selbständig erledigen. Inwieweit die deutlich geringere Selbsthilfefähigkeit von Menschen in

Pflegeheimen primär ein Grund oder aber teilweise auch eine Konsequenz des Pflegeheimaufenthalts ist, lässt sich anhand der erhobenen Daten schwer beurteilen.

4.2.2 Kognitiver Status

- **Kognitive Einschränkungen sind im hohen Alter relativ weit verbreitet.**
  - **Nur 17,2% absolvieren einen fehlerfreien Drei-Wörter-Uhrentest.**
  - **Bei 46,4% besteht der Verdacht auf eine ausgeprägte kognitive Verletzlichkeit.**
- **Gesundheitszustand, die Bildung und das Alter üben den stärksten Einfluss auf den kognitiven Status aus.**

In einem engen Zusammenhang mit der allgemeinen Funktionalität und der Selbsthilfefähigkeit im hohen Alter stehen kognitive Kapazitäten. Ähnlich wie physische Fähigkeiten und Funktionen (z.B. Gehvermögen, sensorische Fähigkeiten etc.) nehmen auch kognitive Funktionen mit zunehmendem Alter ab. Dabei gehen Einschränkungen kognitiver Natur häufig mit allgemeinen funktionalen Einschränkungen einher bzw. begünstigen deren Zunahme (Infurna, Gerstorf, Ryan, & Smith, 2011). Ebenso steigt im Alter das Risiko demenzieller Erkrankungen, wie z.B. Alzheimer (Marksteiner, 2008). Eine ganze Reihe von Alters- und Hochaltrigenstudien widmet sich vor diesem Hintergrund bevorzugt der Untersuchung von Prävalenz und Risikofaktoren von Demenz wie auch der Präventionsforschung im Bereich demenzieller Erkrankungen (Fischer u. a., 2002; Fratiglioni, Winblad, & von Strauss, 2007; Luck u. a., 2010). Laut den Ergebnissen der bekanntesten österreichischen Studie zum Thema Demenz, der VITA-Studie, gibt es sogar wesentlich mehr neurodegenerative Krankheiten, die für die Entwicklung einer Demenz im Alter verantwortlich sind, als bisher angenommen (Kovacs u. a., 2013). Mit der fortschreitenden Veränderung der gesellschaftlichen Altersstruktur und dem zunehmenden Auftreten von Hochaltrigkeit in der Bevölkerung wird die Problematik **demenzieller Erkrankungen in Zukunft weiter an Bedeutung** gewinnen.

Der Drei-Wörter-Uhrentest als kompaktes Screeningverfahren

Aufgrund der besonderen Relevanz im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit und im Interesse einer möglichst umfassenden Gesundheits- und Funktionalitätseinschätzung war daher im Rahmen der ÖIHS-NÖ auch eine Untersuchung der kognitiven Funktionen der Teilnehmer/innen vorgesehen. Zum Einsatz kam dabei der sogenannten **Drei-Wörter-Uhrentest** (Strotzka u.a., 2003), der ein möglichst kurzes und kompaktes Screeningverfahren darstellt. Er ermöglicht einerseits die Belastung für die Teilnehmer/innen so niedrig wie möglich zu halten und andererseits aber zumindest einige grundsätzliche und dabei auch verlässliche Aussagen über die kognitiven Kapazitäten der Teilnehmer/innen zu treffen. Der Drei-Wörter-Uhrentest zeichnet sich durch eine doppelte Aufgabenstellung in drei Erhebungsschritten aus: Zuerst werden den Studienteilnehmer/innen drei Begriffe (Ball – Fahne – Baum) vorgesagt, die sie wiederholen und sich merken sollen. Danach werden sie aufgefordert, ein Uhrenziffernblatt mit allen Ziffern auf einem Blatt Papier zu zeichnen und in diesem Ziffernblatt die Uhrzeit 11:10 („zehn nach elf“) einzutragen. Anschließend werden die

Teilnehmer/innen gebeten, die drei zuvor genannten Begriffe (Ball – Fahne – Baum) aus dem Gedächtnis wiederzugeben.
Der aus diesen drei Aufgaben von Strotzka et al. (2003) zusammengeführte Test besteht somit aus einer Kombination des Uhrentests nach Sunderland et al. (1989) und des von Borson et al. (2000) entwickelten Mini-Cog Tests. Während die Memorierung der drei Begriffe auf die Merkfähigkeit der Studienteilnehmer/innen abzielt, geht es bei dem Uhrentest um ihr Abstraktionsniveau. Die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung dieser Aufgaben soll Aufschluss über den kognitiven Status, geringfügige kognitive Einschränkungen („mild cognitive impairment", (Smith & Bondi, 2013)) sowie über potentiell bestehende bzw. beginnende „kognitive Verletzlichkeit" (Kruse, 2017) der Teilnehmer/innen geben.

Schlechtes Abschneiden beim Abstraktionsniveau

Die Auswertung der kognitiven Tests ergibt ein ausgesprochen auffälliges Bild: Der **Uhrentest** zeigt, dass nur die Hälfte der Personen (48,4%) diesen vollkommen richtig ausführen konnten. 26% machten leichte Fehler und bei einem Viertel der Teilnehmer/innen (25,6%) zeigten sich schwere Fehler in der Ausführung[24]. Bei der anschließenden Frage nach den drei memorierten Begriffen des **Merktests** zeigte sich, dass alle drei Begriffe lediglich von 29,6% der Teilnehmer/innen erinnert und wiedergegeben werden konnten. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmer/innen (70,4%) haben zumindest einen der drei Begriffe vergessen, wovon 12,5% gar keinen Begriff wiedergeben konnten. 41,6% konnten immerhin 2 Begriffe wiedergeben.

Die Ergebnisse des Merktests stehen dabei in einem relativ **starken Kontrast zu der subjektiven Einschätzung der Merkfähigkeit** der Studienteilnehmer/innen. So schätzen beinahe zwei Drittel die eigene Merkfähigkeit als sehr gut (14,4%) oder gut (50%) ein. Immer noch 28,7% bewerten ihre Gedächtnisleistung als mittelmäßig und lediglich 6,9% schätzen ihr Gedächtnis als schlecht oder sehr schlecht ein. Dabei gilt zu bedenken, dass bei den Fragen zur Kognition und subjektiven Einschätzung der Gedächtnisleistung der Studienteilnehmer/innen auch ein Stück weit – zumindest in der Wahrnehmung der Teilnehmer/innen und insbesondere in der konkreten Interviewsituation – die eigene Zurechnungsfähigkeit bzw. die Verlässlichkeit der erteilten Auskünfte berührt werden. Die im Vergleich zur tatsächlich erhobenen Merkfähigkeit auffällig guten Werte der subjektiv eingeschätzten Gedächtnisleistung könnten also zum Teil auch damit zusammenhängen, dass die Teilnehmer/innen sich veranlasst sehen, sich als kompetente Interviewpartner/innen auszuweisen.

[24] Korrekt gezeichnet war ein Ziffernblatt dann, wenn alle Ziffern an der richtigen Stelle im Ziffernblatt platziert waren, wenn die eingezeichneten Uhrzeiger die korrekte Zeit anzeigten und wenn auch das Verhältnis von Stunden- und Minutenzeiger einigermaßen stimmig dargestellt war (d.h. längerer Minutenzeiger, kürzerer Stundenzeiger). Als leichter Fehler wurde z.B. gewertet, wenn die Ziffern nicht oder nicht vollständig eingetragen waren oder wenn die Uhrzeiger nicht genau die korrekte Zeit anzeigten. Schwere Fehler lagen vor, wenn z.B. gar keine Zeiger vorhanden waren oder – wie es ebenfalls gelegentlich vorkam – nicht einmal das Ziffernblatt an sich einigermaßen vollständig gezeichnet werden konnte.

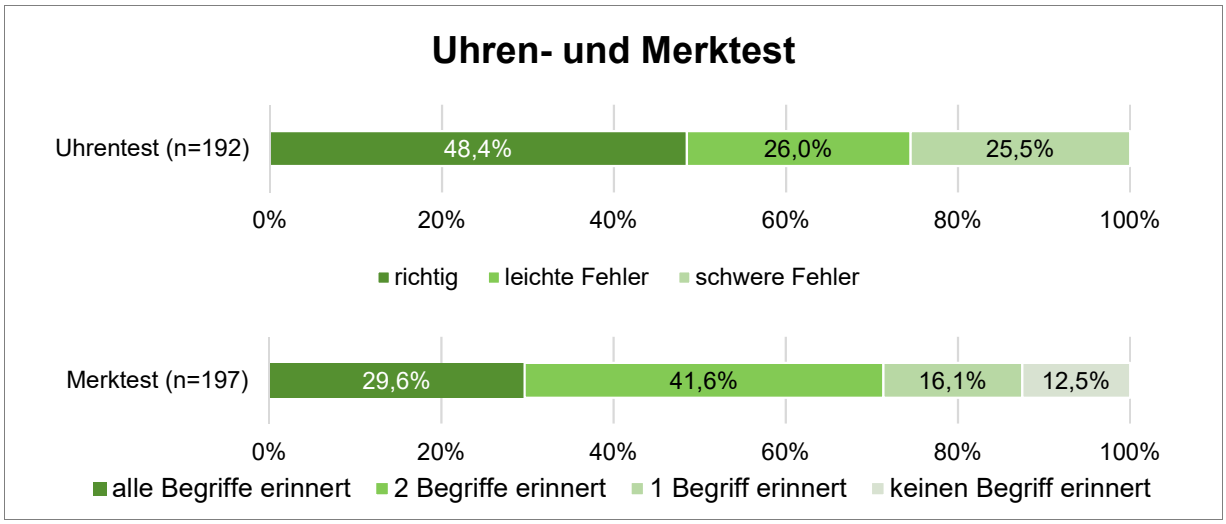


Abbildung 30: Kognitive Tests einzeln – Uhren- und Merktest.

Relativ weit verbreitete kognitive Einschränkungen

Um den Drei-Wörter-Uhrentest in seiner Gesamtheit zu betrachten, wurden die Ergebnisse des Merktests und Uhrentests zu einem Index von 0-5 Punkten zusammengezählt, wobei beim Uhrentest 0-2 Punkte und beim Merktest 0-3 Punkte erreicht werden konnten. Laut Kamenski et al. (2009) ist ein Testergebnis von 4 oder 5 Punkten als unauffällig in Bezug auf einen möglichen Demenzverdacht einzustufen. Ein Testergebnis von 3 oder weniger Punkten deutet hingegen auf einen Verdacht von Demenz hin. Während die beim Merktest getestete Merkfähigkeit der Studienteilnehmer/innen durch die psychische Verfassung zum Interviewzeitpunkt (Unaufmerksamkeit, Müdigkeit, Nervosität, Trauer, Depression etc.) beeinflusst sein kann, erweist sich eine Beeinflussung der beim Uhrentest getesteten Abstraktionsleistung in Bezug auf einen möglichen Demenzverdacht als wesentlich aussagekräftiger. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, den Uhrentest etwas stärker zu gewichten und zusätzlich zur Punkteanzahl auch die Farbtypologie des Drei-Wörter-Uhrentest in die Auswertung einzubeziehen (Kamenski u. a., 2009; Strotzka u. a., 2003). Eine detailliertere Berechnung des Punktesystems und der Farbtypologie des in der ÖIHS-NÖ verwendeten kognitiven Testinstruments ist im Anhang in Kapitel 8.3 zu finden.

Der Index wurde letztlich im Rahmen der Auswertungen der Hochaltrigenstudie in die 4 Kategorien eines fehlerfreien Tests, eines Tests mit leichten Defiziten, eines auffälligen und eines sehr auffälligen Tests eingeteilt. Insgesamt deuten die Testergebnisse der befragten hochaltrigen Niederösterreicher/innen auf **in der Studienpopulation relativ weit verbreitete zumindest beginnende kognitive Einschränkungen** hin. Von allen Studienteilnehmer/innen haben **lediglich 17,2% den gesamten Test komplett fehlerfrei** und weitere 36,4% mit leichten Defiziten absolviert. **Bei 46,4% der Studienteilnehmer/innen ist von einem substanziellen Verdacht auf eine ausgeprägte kognitive Verletzlichkeit auszugehen.** Davon weisen 21,4% der Studienteilnehmer/innen ein sehr auffälliges Testergebnis auf.

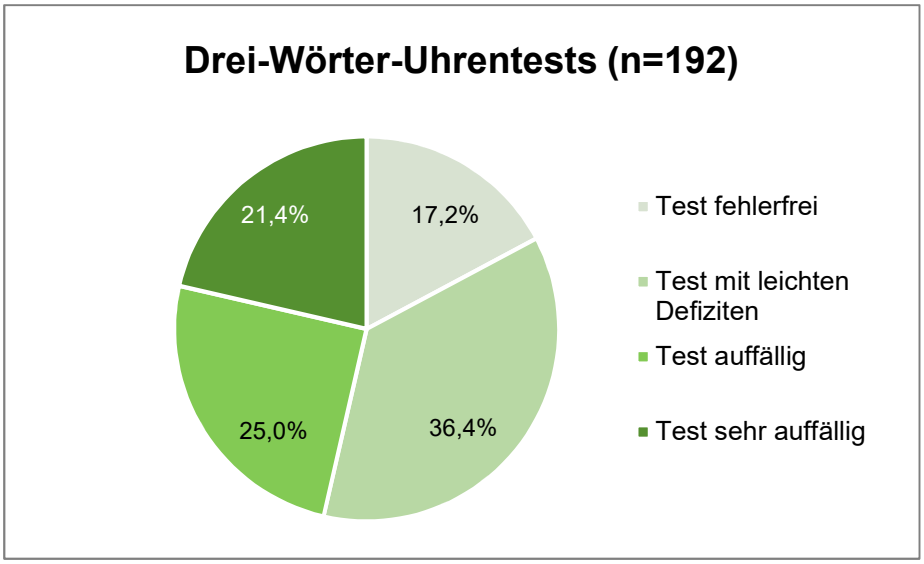


Abbildung 31: Drei-Wörter-Uhrentests (n=192).

Die Ergebnisse über den kognitiven Status der Studienteilnehmer/innen der zweiten Welle der Hochaltrigenstudie in Niederösterreich sind **mit den Ergebnissen der Studienteilnehmer/innen aus der 1. Welle in Wien und Steiermark annähernd vergleichbar**. Auch in der ersten Welle wiesen etwas mehr als 40% der Studienteilnehmer/innen ein auffälliges oder sehr auffälliges Testergebnis und einen Verdacht auf eine ausgeprägte kognitive Verletzlichkeit auf. Allerdings zeichnet sich die Erhebung des kognitiven Status der befragten Hochaltrigen in der zweiten Welle der ÖIHS durch eine methodische Erweiterung aus, da der Merktest nun differenzierter erhoben und in der Auswertung berücksichtigt werden kann. So wurde beim Merktest der 1. Welle nur zwischen den beiden Kategorien „alle drei Wörter erinnert“ oder „mindestens ein Wort vergessen“ unterschieden. Dadurch ergab sich ein Index von 0-3 Punkten und eine dementsprechend geringere Differenzierung. Der damals gesetzten Definition wurde ein Testergebnis mit 0 Punkten als sehr auffällig und eines mit 1 Punkt als auffällig beschrieben. Ein Testergebnis mit 2 Punkten wurde mit leichten kognitiven Defiziten und ein Testergebnis mit 3 Punkten als fehlerfrei beschrieben. Der erweiterte Summenindex von 0 bis 5 Punkten und die Berücksichtigung des Farbschemas ermöglicht für die zweite Welle eine etwas differenziertere Auswertung. Eine genaue Aufschlüsselung der 4 Ausprägungen des Testinstruments der 2. Welle ist im Anhang unter Kapitel 8.3 Erläuterungen zur Berechnung des kognitiven Test zu finden.

Entscheidend sind die Gesundheit, die Bildung und das Alter

Bei der Erklärung des unterschiedlichen Abschneidens bei dem kognitiven Test und damit des kognitiven Status der Studienteilnehmer/innen erweisen sich das Alter ($p<0.01$), die höchste abgeschlossene Ausbildung ($p<0.05$) sowie der Gesundheitszustand ($p<0.001$) der Studienteilnehmer/innen als signifikante Einflussfaktoren. Unter zusätzlicher und gleichzeitiger Berücksichtigung des Geschlechts, der Wohnform (Pflegeheim/Privathaushalt) und des sozioökonomischen Status in einem multivariaten Analysemodell bleiben das Alter, die Bildung und der Gesundheitszustand signifikant. Das bedeutet, dass ein **positives Abschneiden beim kognitiven Test sowohl auf biologische Faktoren**

(Alter), physische Faktoren (Gesundheit), als auch auf soziale Faktoren (Bildung) zurückzuführen ist.

Mit Blick auf das Alter zeigt sich eine **Verschlechterung der kognitiven Funktionen mit fortschreitendem Alter.** Haben von den untersuchten 80-Jährigen immerhin noch 29% den Drei-Wörter-Uhrentest fehlerfrei absolviert, waren es bei den 85-Jährigen nur noch 12%. Umgekehrt weisen mehr als die Hälfte der 85-Jährigen (56%) ein auffälliges oder sehr auffälliges Testergebnis auf, während es bei den 80-Jährigen nur 42% sind. In Bezug auf den Bildungsstand der Befragten zeigt sich, dass **die Wahrscheinlichkeit in der Hochaltrigkeit eine kognitive Verletzlichkeit in Sinne eines Verdachts auf Demenz zu entwickeln mit steigenden Bildungsgrad sinkt** (vgl. Abbildung 32). Während 22,2% der Personen mit einem Universitätsabschluss das Ergebnis eines fehlerfreien Drei-Wörter-Uhrentests erzielen, sind es bei den Personen mit einem Pflichtschulabschluss nur 10,7%. Umgekehrt zeigt sich bei nur 19,5% der Personen mit einem Universitätsabschluss ein (sehr) auffälliges Testergebnis. Im Vergleich dazu weisen 60,7% der Personen mit Pflichtschulabschluss ein (sehr) auffälliges Testergebnis auf. Bei Personen mit einem Lehrschulabschluss sind es immer noch mehr als die Hälfte (51,5%) und bei Personen mit einer Matura sind es 40,7%, die den kognitiven Test mit einem auffälligen Testergebnis absolvieren.

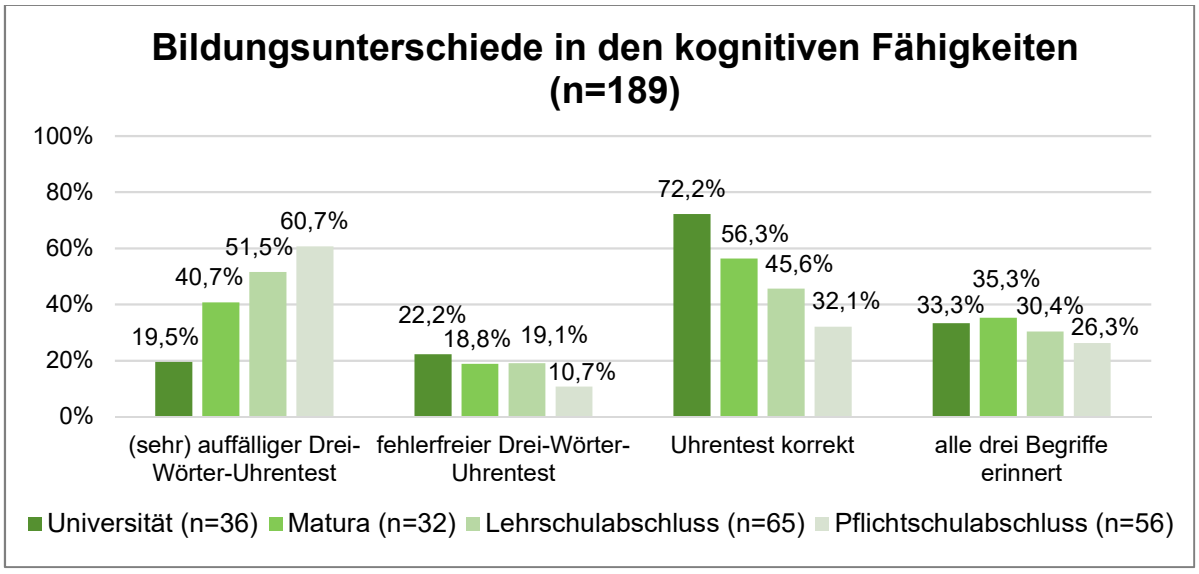


Abbildung 32: Bildungsunterschiede in den kognitiven Fähigkeiten (n=189).

Als besonders eklatant erweisen sich die Unterschiede des kognitiven Tests bei der Betrachtung des Gesundheitszustands. So weisen mehr als **drei Viertel der Personen mit Frailty und zwei Drittel der Personen mit Pre-frailty ein sehr auffälliges oder auffälliges Testergebnis** auf. Umgekehrt absolvieren fast die Hälfte aller Personen (48,3%) mit einem sehr guten Gesundheitszustand einen fehlerfreien Drei-Wörter-Uhrentest, während es bei Personen mit einem guten Gesundheitszustand nur 12,5% sind. Die Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand erweisen sich dabei sowohl mit dem Drei-Wörter-Uhrentest ($p<0.001$) als auch jeweils separat beim Uhrentest ($p<0.001$) und Merktest ($p<0.001$) als hochsignifikant.

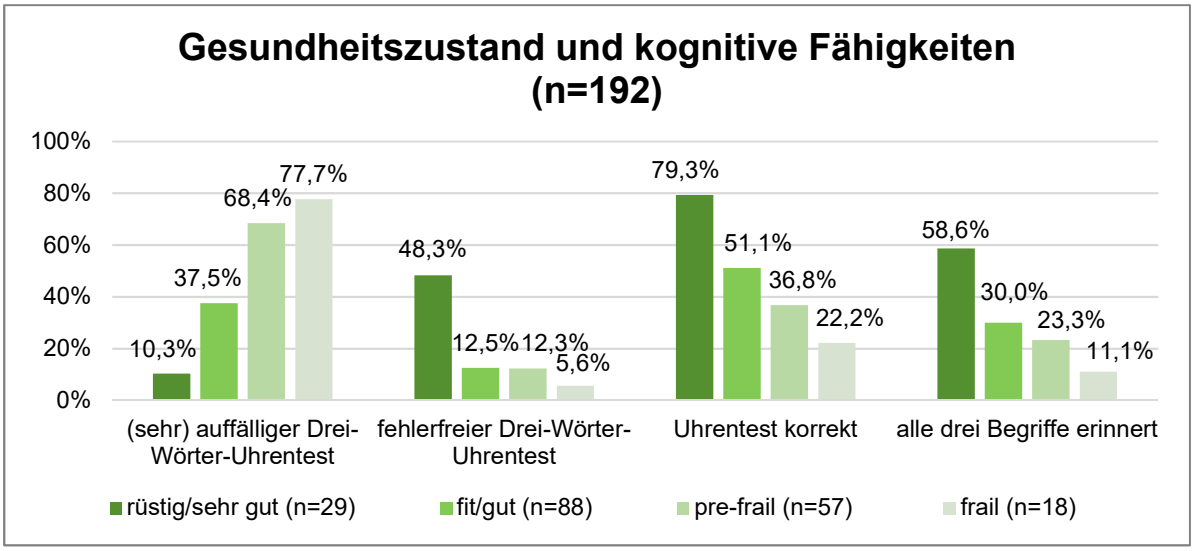


Abbildung 33: Gesundheitszustand und kognitive Fähigkeiten (n=192).

Unterschiede in den kognitiven Testergebnissen, die sich in Bezug auf das Geschlecht und den Wohnort (Pflegeheim vs. Privathaushalt) in den bivariaten Analysen zeigen, erweisen sich nicht als eigenständige Einflussgrößen, sondern werden durch die Bildung und den Gesundheitszustand der Studienteilnehmer/innen vermittelt. Während diese Ergebnisse also in wissenschaftlicher Hinsicht nicht besonders überraschend sind, weisen sie in sozialpolitischer Hinsicht jedoch auf einen Handlungsbedarf hin. So zeigt sich etwa, dass **83,3% der Drei-Wörter-Uhrentests von Pflegeheimbewohner/innen als auffällig oder sehr auffällig** einzustufen sind. Mehr als die Hälfte der **Frauen (56,8%) absolvieren den Drei-Wörter-Uhrentest mit einem (sehr) auffälligen Testergebnis.** Bei den befragten Männern sind es hingegen nur 37,5%. Der Geschlechterunterschied ergibt sich vor allem aufgrund des unterschiedlichen Abschneidens von Frauen und Männern beim Uhrentest, während sich beim Merktest kaum nennenswerte Unterschiede zeigen.

4.2.3 Seh- und Hörvermögen

- **Die Operation des Grauen Stars tritt bei Frauen etwas häufiger auf als bei Männern (52,7% vs. 46,3%).**
- **Ein Hörgerät tragen hingegen mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen (31,2% vs. 12,8%).**

Gerade im Alter werden die Sinneswahrnehmungen wesentlich für die Teilhabe an der Gesellschaft. Beeinträchtigungen des **Seh- und Hörvermögens** wirken sich in der Regel nicht nur negativ auf die Lebensqualität von Menschen aus, sondern gehen auch mit einem erhöhten Risiko für Unfälle und dergleichen einher. Fast alle Personen in der Stichprobe (96,6%) benötigen laut Selbstauskunft eine Sehhilfe. Von diesen geben zudem 21,5% an, Schwierigkeiten beim Sehen zu haben, auch wenn sie ihre Sehhilfe verwenden. Einschränkungen im Sehvermögen betreffen dabei Frauen und Männer in der untersuchten Studienpopulation gleichermaßen. Beeinträchtigungen des Sehvermögens entstehen mitunter auch durch degenerative Augenerkrankungen. Eine weit verbreitete

Augenerkrankung im hohen Alter ist der sogenannte **Graue Star**, also eine Trübung der Augenlinse. 49,3% der Befragten geben an, bereits einmal wegen Grauem Star operiert worden zu sein. Frauen sind hiervon etwas häufiger betroffen als Männer (52,7% vs. 46,3%).

Beim Hörvermögen geben 19,7% der Befragten an, Hörprobleme zu haben, d.h. sie haben Schwierigkeiten zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem ansonsten ruhigen Raum gesagt wird. 22,7% tragen aus diesem Grund ein Hörgerät; etwa ein Drittel dieser (31,1%) haben trotz des Hörgeräts Schwierigkeiten beim Hören. Während etwa gleich viele Frauen wie Männer angeben, Hörprobleme zu haben (18,3% vs. 21,3%), tragen mehr als **doppelt so viele Männer ein Hörgerät** (31,2% vs. 12,8%). Werden die Personen mit Hörgerät gefragt, ob sie Hörschwierigkeiten haben, so geben ebenfalls mehr als doppelt so viele Männer an, Hörprobleme zu haben (36,4% vs. 16,6%).

4.2.4 Gehvermögen und Sturzgefahr

- **Das Gehvermögen der Teilnehmer/innen stellt sich als relativ gut dar.**
- **15,4% der Hochaltrigen sind in den letzten 3 Monaten gestürzt.**
- **Ein Drittel der Gestürzten erlitt dabei Knochenbrüche oder schwere Verletzungen**.
- **Frauen zogen sie sich bei Stürzen häufiger schwere Verletzungen zu.**

Ein weiterer wesentlicher Indikator für die funktionale Gesundheit einer Person ist ihr Gehvermögen und ihre Sturzanfälligkeit. In diesem Kapitel wird das Gehvermögen der Personen mit dem geriatrischen Begriff der Mobilität gleichgesetzt. Entsprechend der insgesamt verhältnismäßig guten Gesundheitssituation in der Stichprobe, stellt sich auch das **Gehvermögen der Teilnehmer/innen als relativ gut heraus**. Die gute Mobilität wird insbesondere durch den im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Gangtest belegt. Dabei wurden die Teilnehmer/innen gebeten, von ihrem Stuhl aufzustehen, ein paar Schritte zu gehen (ggf. unter Verwendung einer Gehhilfe) und sich anschließend wieder hinzusetzen[25]: 93,6% der Teilnehmer/innen haben diesen Gangtest bewältigt. Von diesen haben wiederum 81% den Test mit einer Gehgeschwindigkeit absolviert, die von den Interviewer/innen als „normal“, d.h. unauffällig, eingeschätzt wurde. Bei 19% erschien der Gang als auffällig langsam und schwerfällig. Bei den Personen, die den Gangtest nicht bewältigt haben, handelt es sich vor allem um Pflegeheimbewohner/innen. Sofern diese den Gangtest bewältigt haben, wies auch ein deutlich höherer Anteil (69,2%) eine langsame Gehgeschwindigkeit auf.

Knapp ein **Drittel der Teilnehmer/innen (32%) gibt an, bereits einen Gelenksersatz** (Knie, Hüfte etc.) zu haben. Von diesen weisen 27,1% bei dem Gangtest eine langsame

[25] Im Gegensatz zum weit verbreiteten, sogenannten „Timed Get-Up-and-Go-Test“ (Podsiadlo & Richardson, 1991) wurde beim hier durchgeführten Gangtest, zur Vereinfachung des Tests, auf eine Zeitmessung verzichtet. Stattdessen wurde eine Einschätzung der Gehgeschwindigkeit vorgenommen, d.h. ob die Person den Test mit einer als normal einzuschätzenden Geschwindigkeit absolviert, oder ob ihr Gang auffällig langsam und schwerfällig erscheint.

Gehgeschwindigkeit auf, während es bei Personen ohne Gelenksersatz nur 15,4% sind. Knapp ein **Fünftel der Teilnehmer/innen (19,2%) verwenden regelmäßig eine Gehhilfe** (Stock, Krücken, Rollator etc.); 12,3% geben an, zumindest gelegentlich eine Gehhilfe zu verwenden. Einen Rollstuhl verwenden 5,9% der Befragten regelmäßig und 2,5% gelegentlich. Die Angewiesenheit auf eine Gehhilfe ging in der Regel auch mit einem signifikant schlechteren Abschneiden beim Gangtest einher.

Wenngleich die Geschlechterunterschiede zwischen den Studienteilnehmer/innen nicht besonders relevant sind, so weisen **Männer tendenziell ein geringfügig besseres Gehvermögen** auf als Frauen. So haben die befragten Frauen zu einem etwas größeren Anteil einen Gelenksersatz (35,1% vs. 29,4%), benötigen etwas häufiger regelmäßig eine Gehhilfe (24,5% vs. 14,7%) oder einen Rollstuhl (8,5% vs. 3,7%). Dementsprechend ist auch der Anteil der Frauen, deren Gehgeschwindigkeit als langsam eingestuft worden ist (22,4%) etwas höher als der Anteil der Männer mit langsamer Gehgeschwindigkeit (16,3%). Diese Zahlen lassen auf eine etwas stärkere Beeinträchtigung des Gelenks- und Stützapparates und damit einhergehende Einschränkungen im Gehvermögen bei den befragten Frauen schließen.

Negative Auswirkungen auf die Selbsthilfefähigkeit und die Bewältigung alltäglicher Anforderungen können neben dem Gehvermögen auch bei Einschränkungen der Mobilität der Arme und Hände auftreten. Aus diesem Grund wurde neben dem Gehvermögen auch ein **Mobilitätstest der Arme und Hände** durchgeführt. Im Rahmen der Tests wurden die Teilnehmer/innen einerseits gebeten, ihre Arme hinter den Kopf zu legen, andererseits einen Kugelschreiber vom Tisch (bei Bettlägerigen vom Bett) aufzuheben. Der Greiftest wurde von allen Personen bewältigt. 92,6% waren ebenfalls in der Lage, ohne größere Probleme ihre Hände hinter den Kopf zu legen.

Verletzungsgefahr bei Stürzen für Frauen wesentlich höher

Aufgrund zunehmender Einschränkungen in den funktionalen Kapazitäten steigt mit dem Alter auch das Risiko für Stürze und sturzassoziierte Verletzungen (Schäfer, 2008). Etwa die Hälfte der über 80-Jährigen stürzt statistisch gesehen mindestens einmal im Jahr. 10-20% dieser Stürze führen zu Verletzungen und bei ca. 5% sogar zu Knochenbrüchen (Winkler u. a., 2012, S. 19). Die Erhebung von Stürzen ist daher integraler Bestandteil geriatrischer Assessments, da häufige Stürze auf entsprechende Einschränkungen in der Mobilität hindeuten und die Verletzungsfolgen bei Stürzen im höheren Lebensalter (Immobilisierung, Hospitalisierung, sekundäre Komplikationen etwa durch Operationen etc.) häufig lebensbedrohlich sein können.

Im Rahmen der ÖIHS-NÖ wurde gefragt, ob die Teilnehmer/innen innerhalb der vergangenen 3 Monate gestürzt sind und ob sie sich dabei verletzt haben. Hier sind die Zahlen aufgrund der überwiegend guten Werte bei der Mobilität relativ niedrig: Lediglich 15,4% der Befragten geben an, in den letzten 3 Monaten gestürzt zu sein. Allerdings haben sich dabei 43,3% ihrer Aussage nach zumindest leicht verletzt (Hautabschürfungen, blaue Flecken etc.). Ein **Drittel (33,3%) hat sich Knochenbrüche oder ähnlich schwere Verletzungen** zugezogen. Dies veranschaulicht, vor allem im Vergleich zu den oben zitierten Zahlen, das erhöhte Verletzungsrisiko bei Stürzen im hohen Alter.

Trotz des Zusammenhangs von Mobilität und Sturzwahrscheinlichkeit finden sich keine nennenswerten Geschlechterunterschiede in der Sturzhäufigkeit. Das hat wahrscheinlich damit zu tun, dass auch Frauen in der Stichprobe im Allgemeinen, trotz einer tendenziell niedrigeren Mobilität als Männer, eine relativ hohe Funktionalität aufweisen. Das Risiko für Stürze ist daher auch für Frauen im Vergleich zu Männern nicht übermäßig erhöht. Wenn **Frauen** allerdings stürzen, ist das **Risiko einer schweren Verletzung** wesentlich höher als bei den befragten Männern. So zogen sich 40% der gestürzten Frauen eine schwere Verletzung zu, während dies bei nur 26,7% der gestürzten Männer der Fall war.

4.2.5 Frailty

- **Das Ausmaß der Frailty steht in einem hochsignifikanten Zusammenhang mit dem Ausmaß an Multimorbidität und Polypharmazie.**
- **Drei Viertel der Hochaltrigen mit Frailty leiden an Harninkontinenz und ein Drittel an Stuhlinkontinenz.**
- **Hochaltrige mit geringer Bildung, v.a. Frauen, sind wesentlich häufiger von Frailty betroffen.**

Altersbedingte Pflegebedürftigkeit ist das Resultat eines fortschreitenden Verlusts physischer, psychischer (kognitiver) und sozialer Funktionen. Die Geriatrie spricht in diesem Zusammenhang von Frailty, was sich im Deutschen nicht ganz präzise als „Gebrechlichkeit“ übersetzen lässt. Frailty geht mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einher. In ihrer ausgeprägten Form ist sie irreversibel und gilt daher in der Geriatrie als Vorbote des Todes (Frühwald, 2008). Weniger stark ausgeprägte Formen werden als Pre-Frailty bezeichnet. Hier sind funktionale Einschränkungen noch nicht so gravierend wie bei einer voll entwickelten Frailty. Häufig sind Betroffene auch noch nicht auf regelmäßige Pflege angewiesen. Pre-Frailty ist in diesem Sinne eine Vorstufe der Frailty, die sich mit der Zeit progredient zu einer Frailty entwickeln wird.

Zur Bestimmung der Prävalenz der Frailty in der Studienpopulation wurden mehrere gesundheits- und funktionalitätsbezogenen Variablen erhoben und im Rahmen der Auswertungen statistisch zusammengefasst (siehe Kapitel 4.1.2). Auf diese Weise können die Teilnehmer/innen nach ihrem Gesundheitszustand und nach Graden der Funktionsfähigkeit und Selbsthilfefähigkeit differenziert werden, wobei hierfür vier Gruppen gebildet wurden: „rüstig“ (keine nennenswerten Funktionseinschränkungen), „fit“ (höchstens leichte Einschränkungen ohne Auswirkungen auf die Selbsthilfefähigkeit), „pre-frail“ (relativ fortgeschrittene Funktionsverluste) und „frail“ (starke Funktionsverluste mit stark eingeschränkter Selbsthilfefähigkeit).

Frailty – multiple funktionale und körperliche Einschränkungen

8,9% der Studienteilnehmer/innen können entlang der hier vorgenommenen Kategorisierung als frail eingestuft werden. Von Frailty betroffene Personen sind in hohem Maße multimorbide Personen, die signifikant häufiger an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig leiden ($p<0.001$). Im Durchschnitt leiden fraile Personen an

4 verschiedenen chronischen Krankheiten gleichzeitig. Besonders **häufig sind sie von Inkontinenz** betroffen: 77,8% leiden an einer Harninkontinenz und 33,3% an einer Stuhlinkontinenz (vgl. Abbildung 34).

Weiters sind Personen mit einem frailen Gesundheitszustand auch **stark in ihrer Mobilität eingeschränkt**: Nur 44,4% haben den durchgeführten Gangtest bewältigt, davon wiederum nur ein Viertel (25%) in einer Geschwindigkeit, die von den Interviewer/innen als „normal" eingestuft werden konnte. 44,4% benötigen zur Fortbewegung regelmäßig einen Stock oder eine andere Gehhilfe und 55,6% sind regelmäßig (auch) auf einen Rollstuhl angewiesen. In der Bewegungsfreiheit ihrer Arme sind darüber hinaus 77,8% massiv eingeschränkt. Alle diese Mobilitätseinschränkungen gehen einher mit einer beträchtlichen **Verminderung der Selbsthilfefähigkeit** im Alltag: Nur 22,2% der Personen mit Frailty geben an, sich noch selbst anziehen zu können oder ohne Hilfe eine Stiege steigen zu können (vgl. Tabelle 9).

Der hochgradig labile Allgemeinzustand dieser Personen spiegelt sich überdies in einer **hohen Hospitalisierungs- und Pflegeheimrate** wider: 44,4% der Betroffenen geben an, innerhalb der letzten drei Monate zumindest einmal stationär in einem Krankenhaus gewesen zu sein. Die Hälfte der Betroffenen wohnt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit bereits in einem Pflegeheim. Erhebliche Defizite zeigen sich zudem in den **kognitiven Fähigkeiten**. Nur 22,4% der Personen mit Frailty sind in der Lage, den durchgeführten kognitiven Test positiv zu absolvieren.

Sieht man sich die Zusammensetzung der Studienteilnehmer/innen mit einem als frail zu bezeichnenden Gesundheitszustand an, so zeigt sich, dass **fast drei Mal so viele Frauen wie Männer** (13,8% vs. 4,6%) und **doppelt so viele Befragte mit Pflichtschul- oder Lehrabschluss wie Personen mit Matura** (12,1% vs. 5,9%) von Frailty betroffen sind. Die Prävalenz von Frailty ist zudem höher bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und steigt mit zunehmenden Alter. Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass Frailty häufiger bei Personen in urbanen Gebieten anzutreffen ist. Dies hängt allerdings mit der höheren Rate von Pflegeheimbewohner/innen in urbanen Gebieten zusammen, die vermehrt als frail zu bezeichnen sind.

Pre-Frailty im Vergleich zur Frailty – geringere Einschränkungen

Weitere 31% der Stichprobe sind als pre-frail einzustufen. Diese Personen sind ebenfalls bereits von recht beträchtlichen Einschränkungen in ihren physischen und kognitiven Funktionen betroffen, allerdings in einem weitaus geringeren Ausmaß als Personen mit ausgeprägter Frailty. Im direkten Vergleich zwischen Personen mit Frailty und Pre-Frailty zeigt sich, dass Frailty besonders häufig mit Inkontinenz und Polypharmazie einhergeht. Es zeigt sich dabei, mit welch gravierendem Abbau funktionaler Natur die Frailty verbunden ist.

Betrachtet man das **Auftreten von Inkontinenz** so zeigt sich, dass insbesondere Personen im Stadium der Pre-Frailty noch nicht so häufig betroffen sind: Weniger als ein Drittel (31,7%) leidet unter einer Harninkontinenz. Im Vergleich zu Personen mit Frailty (77,8%) ist der Anteil der Personen mit Harninkontinenz demnach nicht einmal halb so hoch. Auch sind sie von nicht ganz so starken Ausprägungen der Harninkontinenz

betroffen: Nur 31,6% der Personen mit Pre-Frailty verlieren deutlich mehr Harn als nur ein paar Tropfen, während dies bei Personen mit Frailty 80% sind. Auch kommt Stuhlinkontinenz im Stadium der Pre-Frailty wesentlich seltener vor (3,2% vs. 33,3%).

Ein weiterer wesentlicher Unterschied lässt sich auch an der Anzahl der chronischen Krankheiten und den unterschiedlichen Medikationsraten ablesen. Während Personen mit Frailty bereits durchschnittlich an vier verschiedenen chronischen Krankheiten leiden, zählen Personen mit Pre-Frailty durchschnittlich „nur" **2,6 verschiedene chronischen Krankheiten** auf, an denen sie gleichzeitig leiden ($p<0.001$). Wesentliche und signifikante Unterschiede ergeben sich auch bei den je nach Gesundheitszustand unterschiedlichen Medikationsraten und des Auftretens von **Polypharmazie**[26] ($p<0.001$). Während alle **Personen mit Frailty regelmäßig zumindest 6 und im Durchschnitt 9,7 Medikamente verschrieben** bekommen, nehmen Personen mit Pre-Frailty durchschnittlich um 2 verschriebene Medikamente weniger ein. Doch auch Personen mit Pre-Frailty sind zu einem hohen Prozentsatz (77,8%) von Polypharmazie betroffen. Allerdings nimmt nur ein Fünftel der Personen mit Pre-Frailty regelmäßig mehr als 10 ärztlich verschriebene Medikamente zu sich, während dies doch die Hälfte der Personen, die als frail einzustufen sind, betrifft.

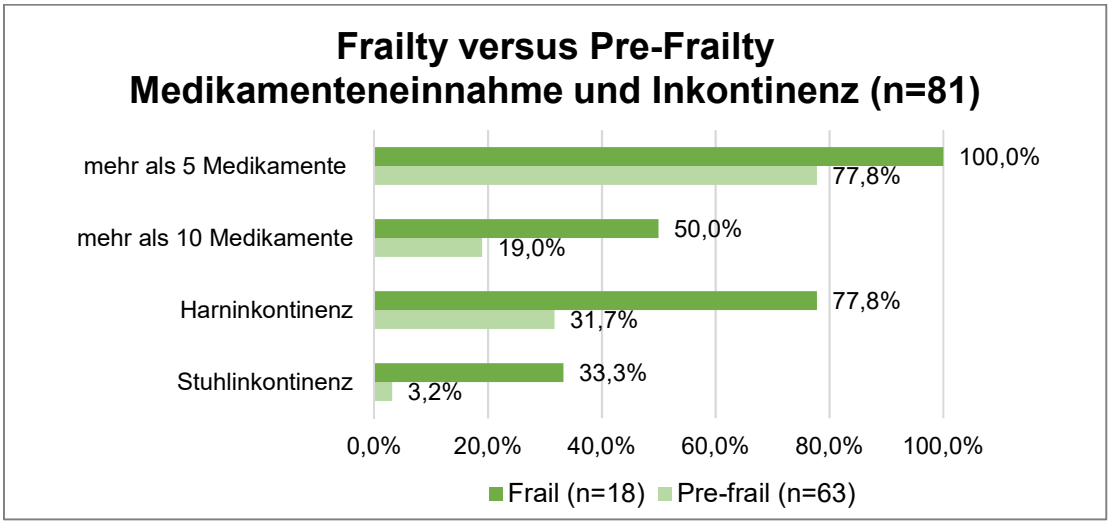


Abbildung 34: Frailty versus Pre-Frailty: Medikamenteneinnahme und Inkontinenz (n=81).

Erhebliche und signifikante Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen ergeben sich besonders auch mit Blick auf die **Mobilität**. So haben fast alle Personen den Gangtest bewältigt und fast drei Viertel (72%) in einer „normalen" Gehgeschwindigkeit. 37,3% benötigen zur Fortbewegung zwar regelmäßig einen Stock oder eine andere Gehhilfe, aber niemand ist regelmäßig auf einen Rollstuhl angewiesen. Dies wirkt sich vor allem auf die **Selbsthilfefähigkeit im Alltag** sehr positiv aus: Während im Stadium der Pre-Frailty immerhin noch über 80% der Betroffenen ohne Hilfe eine Stiege steigen oder sich selbständig anziehen können, sind es bei Personen im Stadium der Frailty nur noch 22,2%. Selbständig einkaufen gehen können immerhin noch knapp zwei Drittel der Personen mit Pre-Frailty, während dies für Personen mit Frailty unmöglich ist (Tabelle 9).

[26] Polypharmazie liegt vor, wenn mehr als fünf Medikamente verschrieben werden (Fincke u.a., 2005).

Zudem ist die **Hospitalisierungs- und Pflegeheimrate** bei den Befragten mit Pre-Frailty wesentlich geringer. Nur 21,6% und damit die Hälfte der Befragten mit Frailty waren innerhalb der letzten drei Monate zumindest einmal stationär in einem Krankenhaus. Weiters wohnen nur 19% im Pflegeheim und immer noch 81% zu Hause im Privathaushalt. Bei den **kognitiven Funktionen** unterscheiden sich Personen mit Pre-Frailty von jenen mit Frailty jedoch nur geringfügig: 68,4% der Personen mit Pre-Frailty absolvieren den Drei-Wörter-Uhrentest mit einem (sehr) auffälligen Testergebnis; bei den Personen mit Frailty sind es um etwa 10% mehr (vgl. Kapitel 4.2.2).

Aktivitäten des täglichen Lebens	Frail (n=18)	Pre-frail (n=63)
Kann ohne Hilfe Stiege steigen	22,2%	83,9%
Kann mich ohne Unterstützung vollständig ankleiden	22,2%	85,7%
Kann meine Einkäufe selbst erledigen	0,0%	65,1%

Tabelle 9: Frail versus Pre-frail – Aktivitäten des täglichen Lebens (n=81).

Bei Betrachtung der Gruppe der Studienteilnehmer/innen mit Pre-Frailty, zeigt sich, dass der Geschlechterunterschied (Frauen: 34%; Männer: 28,4%) und der Bildungsunterschied (Pflichtschul- und Lehrabschluss: 32,6% vs. Matura: 35,3%) wesentlich geringer sind. Deutlicher als bei den Personen mit Frailty erweist sich bei den Personen mit Pre-Frailty hingegen der **Alters- und Statusunterschied**: Während die Differenz zwischen dem Anteil der 80-Jährigen mit Frailty und den 85-Jährigen mit Frailty sich „nur" auf 6,6% beläuft, beträgt die Differenz des Anteils der Personen mit Pre-Frailty zwischen den 80- und 85-Jährigen hingegen 10,4%. Betrachtet man den sozioökonomischen Status, so sind Befragte mit niedrigem sozioökonomischen Status mehr als doppelt so häufig von Pre-Frailty betroffen als Befragte mit hohem sozioökonomischen Status (46,2% vs. 20%).

Im regionalen Vergleich zeigt sich bei einer alleinigen Analyse von Befragten in Privathaushalten ein **höherer Prozentsatz von Personen mit Pre-Frailty in ländlichen Gemeinden (37,8%) als in urbanen Gemeinden (26,2%)**. Dieser Unterschied nivelliert sich jedoch, wenn Pflegeheimbewohner/innen und Befragte in Privathaushalten zusammen analysiert werden, was auf die höhere Prävalenzrate von Pre-Frailty unter Pflegeheimbewohner/innen sowie darauf, dass Pflegeheime vorwiegend in urbanen Gemeinden vorzufinden sind, zurückzuführen ist.

(Sehr) guter Gesundheitszustand im Vergleich zu Pre-frailty

Zugleich erweisen sich aber auch die funktionalen Kapazitäten von Personen im Stadium der Pre-Frailty nochmals als ungleich niedriger und eingeschränkter, wenn man diese mit dem gesundheitlichen und funktionalen Status von vergleichsweise fitten und rüstigen Hochaltrigen mit gutem Gesundheitszustand vergleicht.[27] So leiden Personen mit einem guten Gesundheitszustand im Durchschnitt „nur" an 1,5 verschiedenen chronischen Krankheiten gleichzeitig. **11,8% geben zudem an, an überhaupt keiner chronischen**

[27] Bei diesem Vergleich werden „Fitte" und „Rüstige" in einer Kategorie zusammen analysiert und mit den Personen mit Pre-Frailty verglichen.

Krankheit zu leiden. Harninkontinenz tritt bei 10,7% und Stuhlinkontinenz bei 1,6% der „Fitten“ und „Rüstigen“ auf (p<0.001). Im Vergleich dazu sind von den Personen mit Pre-Frailty bereits 31,7% von Harninkontinenz und 3,2% von Stuhlinkontinenz betroffen. Auch bei der Polypharmazie zeigen sich wesentliche Unterschiede: So ist mit 22,7% nur ein Fünftel der Personen mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand von **Polypharmazie** betroffen; bei Personen mit Pre-Frailty ist es mit über 75% ein wesentlich höherer Anteil an Personen. Mehr als 10 Medikamente bekommen ohnehin weniger als 1% der Personen mit einem guten Gesundheitszustand verschrieben. Mehr als **10% der „Fitten“ und „Rüstigen“ nehmen sogar gar keine Medikamente ein**, die ärztlich verschrieben sind; bei Personen mit Pre-Frailty sind dies nur 1,6%.

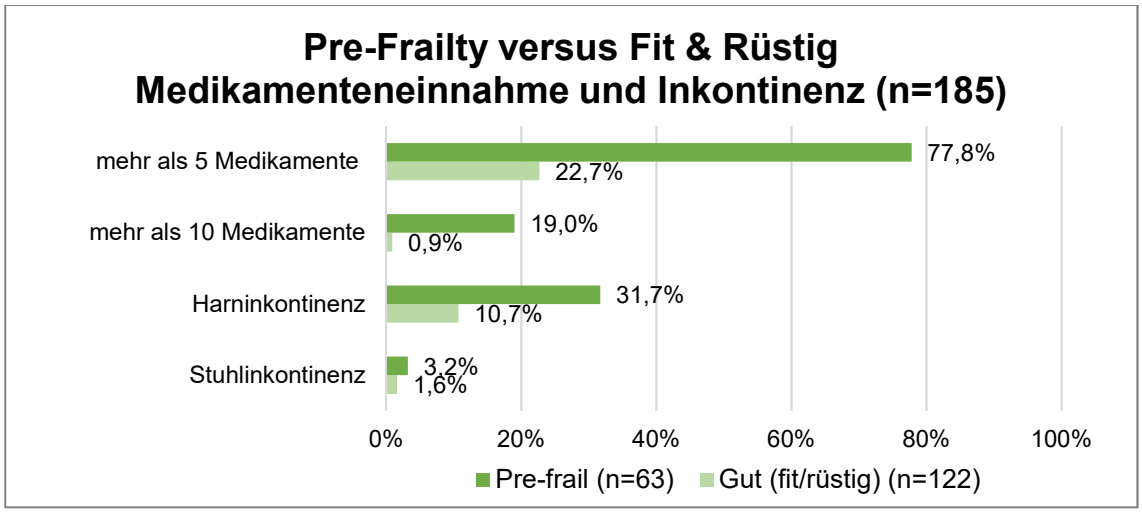


Abbildung 35: Pre-Frailty versus Gut – Medikamenteneinnahme und Inkontinenz (n=185).

Während sich hinsichtlich der **kognitiven Funktionen** zwischen den Personen mit Frailty und Pre-Frailty keine nennenswerten Unterschiede zeigen, stellt sich der **kognitive Status als wesentlicher Unterschied** zu der Gruppe mit gutem Gesundheitszustand dar. So absolvieren fast 47,9% der „Fitten“ und „Rüstigen“ einen kognitiven Test mit nur leichten Fehlern und 21,4% sogar einen fehlerfreien kognitiven Test, während bei den Personen mit Pre-Frailty weniger als halb so viele Personen (12,3%) einen fehlerfreien Test absolvieren (p<0.001). Ein sehr auffälliges Testergebnis weisen weniger als 15% der „Fitten“ und „Rüstigen“ auf; bei den Personen mit Pre-Frailty sind es hingegen mit knapp 30% doppelt so viele.

Mit Blick auf die Mobilität bewältigen über 95% den Gehtest in einer normalen Geschwindigkeit. Gehhilfen werden nur von 6,5% regelmäßig benötigt und auch die Mobilität der Hände und Arme zeigt bei über 95% keine Einschränkungen. Die hier beschriebenen Unterschiede in den funktionalen Kapazitäten schlagen sich schließlich auch in den Werten zur **Selbsthilfefähigkeit** (Aktivitäten des täglichen Lebens) nieder (p<0.001): Über 95% der Personen mit einem guten Gesundheitszustand geben an, ohne Hilfe eine Stiege zu steigen, sich selbst anziehen zu können sowie selbständig Einkäufe zu erledigen. Während bei Personen mit Pre-Frailty immerhin noch über 83,9% ohne Hilfe Stiegen steigen und sich selbst anziehen können, vermögen nur mehr 65,1% auch ohne

Unterstützung selbst einkaufen zu gehen (Tabelle 10: Pre-frail versus Gut – Aktivitäten des täglichen Lebens (n=185).Tabelle 10).

Aktivitäten des täglichen Lebens	Pre-frail (n=63)	Gut (fit/rüstig) (n=122)
Kann ohne Hilfe Stiege steigen	83,9%	98,4%
Kann mich ohne Unterstützung vollständig ankleiden	85,7%	98,4%
Kann meine Einkäufe selbst erledigen	65,1%	94,3%

Tabelle 10: Pre-frail versus Gut – Aktivitäten des täglichen Lebens (n=185).

Eine genauere Betrachtung der etwa 60% der Studienteilnehmer/innen mit sehr gutem und gutem Gesundheitszustand zeigt, dass sie zu einem etwas **größeren Anteil aus Männern** bestehen (67%), während nur etwa die Hälfte der Frauen zu dieser Gruppe hinzugezählt werden kann (52,1%). Die Altersunterschiede in der Prävalenz eines guten Gesundheitszustands sind eher uneinheitlich und keinem linearen Trend folgend. Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen sind ebenso wie bei der Pre-Frailty vorhanden, allerdings ist das Verhältnis zwischen Personen mit einem guten Gesundheitszustand und einem Pflichtschul- oder Lehrabschluss (55,3%) und jenen mit einer Matura (58,9%) nicht so groß. Eine größere Differenz zeigt sich hingegen im Vergleich zu Personen mit einem Universitätsabschluss (77,8%).

Ebenfalls **große Unterschiede bestehen weiterhin beim sozioökonomischen Status** – nur 41% mit niedrigem sozioökonomischen Status haben einen guten Gesundheitszustand, während dies auf beinahe doppelt so viele Befragte mit einem höheren sozioökonomischen Status (78,3%) zutrifft. Im **regionalen Vergleich** zeigt sich, dass bei der separaten Analyse von Personen in Privathaushalten der Anteil jener mit einem guten Gesundheitszustand in den urbanen Gemeinden etwas höher ist als in den ländlichen (70% vs. 66,7% bzw. 59,5%).

Multidimensionaler Charakter der Frailty

Die hier dargestellten Ergebnisse vermögen durchaus, den **multidimensionalen Charakter der Frailty** als ein geriatrisches Syndrom zu verdeutlichen. Sie ist gekennzeichnet durch einen umfassenden Verlust physischer, psychischer und sozialer Funktionen. **Multimorbidität** ebenso wie gravierende **Mobilitätseinschränkungen** und **kognitive Defizite** führen zu **massiven Einschränkungen in der Autonomie und der Selbsthilfefähigkeit** der Betroffenen und in weiterer Folge zu Pflegebedürftigkeit. Der Vergleich zwischen den verschiedenen, entlang des Gesundheitszustandes und des funktionalen Status definierten Personengruppen zeigt dabei auch sehr deutlich den progredienten Verlauf der Frailty: So sind etwa Personen, die mit Blick auf ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand als „pre-frail“ definiert wurden, von ungleich geringeren Einschränkungen in der Bewältigung ihres Alltages betroffen als Personen mit ausgeprägter Frailty. Viele von ihnen können zumindest großteils ein noch einigermaßen selbstbestimmtes Leben führen, ohne dabei auf Pflege im engeren Sinne angewiesen zu sein. Gleichwohl sind funktionale Einschränkungen und Defizite im Stadium der Pre-Frailty bereits alles andere als unerheblich. Besonders im Vergleich zu Hochaltrigen mit

einem guten Gesundheitsstatus erweisen sich die gesundheitlichen Einschränkungen bei Pre-Frailty als durchaus einschneidend und die individuelle Autonomie und Selbstbestimmung als zunehmend bedroht. Hochaltrige mit demgegenüber vergleichsweise gutem Gesundheitszustand sind hingegen in der Regel von keinen nennenswerten funktionalen Einschränkungen betroffen.

Im Großen und Ganzen kann also gesagt werden, dass sich der gesundheitliche und körperliche Allgemeinzustand offenbar bei einigen Menschen besonders zwischen 80 und 85 Jahren merkbar verschlechtert. Insofern bestätigt sich die der Definition der Studienpopulation zugrundeliegende Annahme, dass dies ein Altersbereich ist, in dem der Alterungsprozess in eine entscheidende Phase eintritt – in dem also einige Personen ihren guten körperlichen und geistigen Zustand zu erhalten vermögen, während bei anderen ein körperlicher und geistiger Abbauprozess einsetzt bzw. sich merkbar beschleunigt. Nicht zufällig fällt das durchschnittliche Heimeintrittsalter in diesen Zeitraum. Die Analyse der erhobenen Frailty-Werte zeigt aber auch, dass sich zwischen 80 und 85 nicht unbedingt eine wesentlich höhere „Gebrechlichkeit" und damit Pflegebedürftigkeit einstellen *muss*. Die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht sich jedoch, und dies bei bestimmten Personengruppen stärker als bei anderen. Bestimmte Faktoren – insbesondere der sozioökonomische Status und die Bildung – begünstigen altersbedingte physische und kognitive Verluste, die letztlich in die Frailty münden.

4.3 Körperliche Gesundheit

Bei der Erhebung der Dimensionen der körperlichen Gesundheit stehen die Prävalenz von chronischen Krankheiten, die damit verbundene Medikamenteneinnahme und Häufigkeit von Arztbesuchen im Vordergrund. Hier zeigt sich eine in der Stichprobe weit verbreitete Polypharmazie, die 47% der Studienteilnehmer/innen betrifft, die mehr als fünf Medikamente gleichzeitig einnehmen. Weitere thematisierte Aspekte der körperlichen Gesundheit stellen die Prävalenz und die Intensität von Schmerzen sowie den Ernährungs- und Zahnstatus der niederösterreichischen Hochaltrigen dar. Dem Tabuthema Harninkontinenz ist zudem aufgrund seiner Häufigkeit des Auftretens und seiner gesellschaftlichen Relevanz ein eigenes Kapitel gewidmet.

4.3.1 Chronische Krankheiten

- **Durchschnittlich leiden die niederösterreichischen Hochaltrigen an 2,3 chronischen Krankheiten gleichzeitig.**
- **Frauen leiden signifikant häufiger an Osteoporose, Blasen- und Darmschwäche.**

Gesundheit im hohen Alter ist vor allem im Sinne einer vergleichsweise hohen Funktionalität im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen zu sehen. Weniger zielführend ist hingegen die Definition als eine völlige Freiheit von körperlichen Beschwerden. Dies wird besonders bei den chronischen Krankheiten ersichtlich. So zeigen die Ergebnisse der ÖIHS-NÖ, dass der Großteil (85,2%) der befragten Hochaltrigen an mindestens einer chronischen Erkrankung leidet. 61,6% leiden an zumindest zwei chronischen

Erkrankungen. **Durchschnittlich leiden die Befragten an 2,3 chronischen Krankheiten**. Wenngleich der Prozentsatz der Personen mit zunehmender Anzahl chronischer Erkrankungen abnimmt, leidet immerhin noch fast ein Viertel der Teilnehmer/innen (22,7%) an mindestens vier oder mehr unterschiedlichen chronischen Erkrankungen.

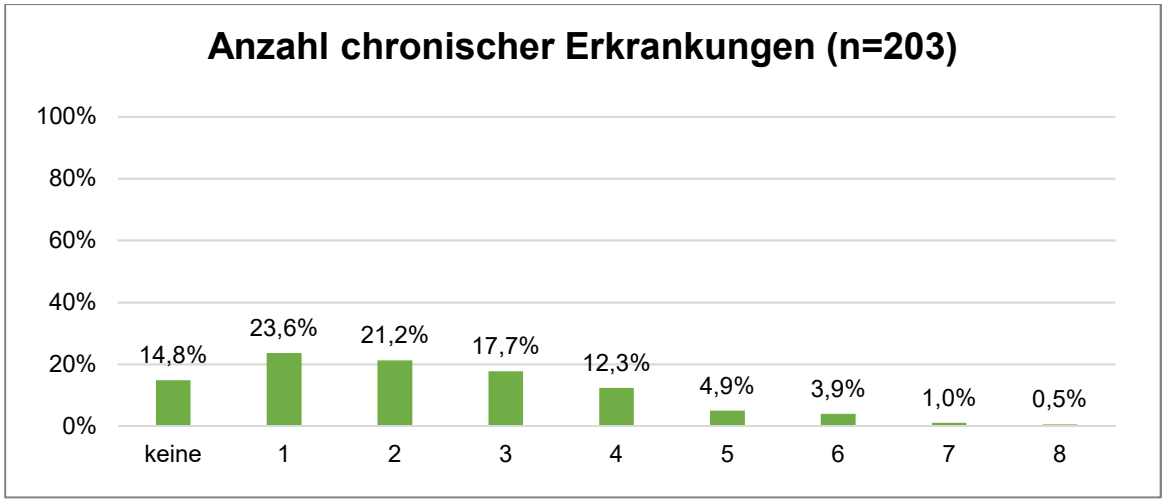


Abbildung 36: Anzahl chronischer Erkrankungen (n=203).

Mit Abstand als die häufigste chronische Erkrankung wird von beinahe der Hälfte aller teilnehmenden Hochaltrigen der **Bluthochdruck** (49%) angegeben. Des Weiteren leidet etwas mehr als ein Viertel der Stichprobe an verschiedenen **Erkrankungen des Herzens** (27,1%), gefolgt von befragten Personen, die **Blasenschwäche** (24,1%), **Osteoporose** (22,2%), **Rheuma** (21,7%) und **Diabetes** (19,2%) angeben. 14,3% der Studienteilnehmer/innen berichten über **Erkrankungen der Atemwege** und 9,9% teilten mit, dass sie aktuell oder früher einmal eine **Krebserkrankung** (gehabt) haben. An einer **Depression** leiden den Ergebnissen zufolge 8,9% aller Teilnehmer/innen. Laut der Selbstauskunft haben 7% der Befragten eine Alzheimer-Demenz oder eine andere Form der **Demenz**, wobei bei drei Personen der insgesamt 14 Personen eine Diagnose vom Hausarzt vorliegt und bei sechs Personen die Demenzerkrankung von einem Facharzt diagnostiziert wurde. Am seltensten wird von den Studienteilnehmer/innen mitgeteilt, an **Epilepsie** (1,5%), **Darmschwäche** (4,9%) oder **Parkinson** (5,4%) zu leiden (Abbildung 37). 13,3% der befragten Hochaltrigen leiden an anderen chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise Arthrose, Polyneuropathie oder Makuladegeneration.

Darüber hinaus, geben 14,8% der Personen an, bereits mindestens einen **Schlaganfall** erlitten zu haben und 8,4% der Personen geben an, mindestens einen **Herzinfarkt** überlebt zu haben. Neben dem Bluthochdruck, stellt der **Graue Star** ein weit verbreitetes Leiden im hohen Alter dar und betrifft, gemessen an der relativen Häufigkeit operativer Eingriffe in die Stichprobe 49,3% der Teilnehmer/innen. Weiters geben 32% der befragten Personen an, einen **Gelenkersatz** (z.B. künstliche Hüfte oder Knie) eingesetzt bekommen zu haben.

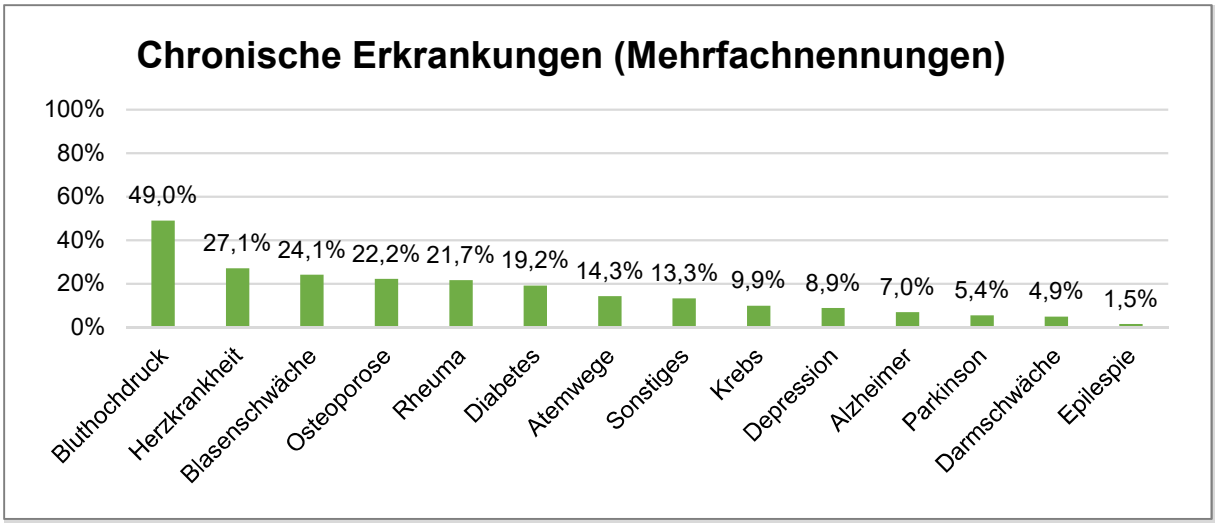


Abbildung 37: Häufigkeit von chronischen Erkrankungen (Mehrfachnennungen).

Wie in mehreren Studien hochaltriger Menschen festgestellt wurde, z.B. von Andersen-Randberg, Petersen, Robine und Christensen (2005) mit den Daten des Share Projekts[28], zeigt sich bei Frauen eine höhere Morbidität. Betrachtet man **geschlechtsspezifische Unterschiede** in der ÖIHS-NÖ, so zeigt sich das Überwiegen einer höheren Morbidität bei Frauen nicht daran, dass Frauen generell an mehr chronischen Krankheiten leiden. Allerdings leiden sie an speziellen Krankheiten signifikant häufiger. So leiden etwa doppelt so viele Frauen als Männer an Blasenschwäche (34% vs. 15,6%, $p<0.01$), dreimal so viele Frauen als Männer an Osteoporose (35,1% vs. 11%, $p<0.001$) und fast fünf Mal so viele Frauen als Männer an Darmschwäche (8,5% vs. 1,8%, $p<0.05$). Studienteilnehmer/innen in urbanen Gemeinden zeigen eine etwas höhere Prävalenz des Erleidens eines Schlaganfalls sowie von bösartigen Neubildungen, wie Krebs, während Studienteilnehmer/innen ländlicher Gemeinden eine etwas höhere Prävalenz bei Rheuma und Osteoporose aufweisen.

4.3.2 Medikamente und Polypharmazie

- **Polypharmazie betrifft 47% der niederösterreichischen Hochaltrigen.**
- **Das Ausmaß der Polypharmazie steht in signifikantem Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand:**
  - **Guter Gesundheitszustand: Ø 4,3 Medikamente**
  - **Pre-Frailty: Ø 6,8 Medikamente**
  - **Frailty: Ø 8,4 Medikamente**

Mit der steigenden Anzahl der chronischen Erkrankungen steigt auch die Anzahl der Medikamente, die ältere und hochaltrige Menschen zu sich nehmen. Werden mehr als fünf verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen, spricht man von **Polypharmazie** (Fincke u.a., 2005). Davon betroffen ist fast die Hälfte der niederösterreichischen

[28] Siehe Website: http://www.share-project.org/

Hochaltrigen (47%). 36% der von Polypharmazie betroffenen Befragten geben an, 6-10 verschreibungspflichtige Medikamente zu erhalten, und 11% erhalten sogar mehr als 10. Etwa ein Drittel der Befragten (30%) nehmen 3-5 und 15,5% 1-2 verschiedene verschreibungspflichtige Medikamente zu sich. Nur 7,5% der Hochaltrigen geben an, keine verschreibungspflichtigen Medikamente einzunehmen (Abbildung 38). Durchschnittlich werden etwa fünf Medikamente verschrieben.

Innerhalb der Stichprobe konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Geschlecht oder dem Bildungsstand und der Anzahl verschreibungspflichtiger Medikamente festgestellt werden. Wenig überraschend kann jedoch festgehalten werden, dass es **signifikante Unterschiede beim Gesundheitszustand** und der Anzahl der von einem Arzt verschriebenen Medikamente gibt: Personen, die einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand haben, unterscheiden sich mit einem Mittelwert von 3,5 bzw. 4,3 verschriebenen Medikamenten signifikant in der Anzahl verschriebener Medikamente von Personen mit einem reduzierten Gesundheitszustand, die durchschnittlich 6,8 Medikament (pre-frail) bzw. 8,4 Medikamente (frail) verschrieben bekommen ($p<0.001$).

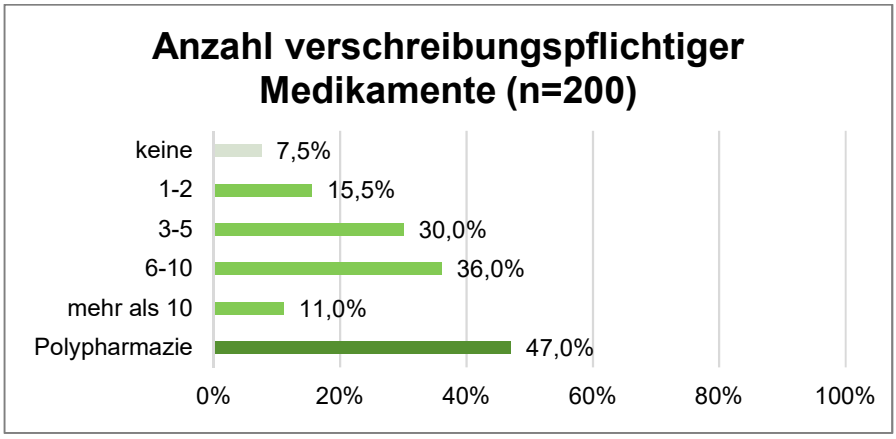


Abbildung 38: Anzahl verschreibungspflichtiger Medikamente und Polypharmazie (n=200).

Im Rahmen des Interviews wurden auch die Namen sowohl verschreibungspflichtiger als auch nicht verschreibungspflichtiger Medikamente, die von den Studienteilnehmer/innen auch tatsächlich eingenommen werden, erhoben. Die Analyse der Wirkstoffe ergibt, dass **Präparate mit antithrombotischer Wirkung** (51,2%) und **Präparate, die auf das Renin-Angiotensin-System** wirken (49,3%), zu den am häufigsten verschriebenen Medikamenten zählen. Letztere finden eine Entsprechung mit der am häufigsten erhobenen chronischen Krankheit des Bluthochdrucks (Kapitel 4.3.1). Auch **Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten** (31%), **Diuretika** (18,2%), **Calciumkanalblocker** (14,3%) spiegeln zusammen mit anderen Medikamenten zur „Herztherapie“ (13,8%) die Häufigkeit von chronischen Herzkreislauferkrankungen unter den Studienteilnehmer/innen wider.

Des Weiteren nimmt etwa ein Viertel der Studienteilnehmer/innen (25,6%) **Präparate gegen säurebedingte Erkrankungen**, wie z.B. Gastritis, Reflux-Krankheit, oder als Magenschutz in Kombination mit anderen verordneten Medikamenten, ein. 17,7% nehmen **Urologika** ein, was der Blasenschwäche als der dritthäufigsten erhobenen

chronischen Krankheit entspricht. Eine hohe Verordnungshäufigkeit findet sich auch bei **Psychopharmaka**. So geben 40% der Studienteilnehmer/innen an, entweder Psycholeptika (13,3%) oder Psychoanaleptika (26,6%) zu nehmen. Die Einnahme von Psychopharmaka ist vor allem unter Pflegeheimbewohner/innen (60-70%) weit verbreitet, während dies auf weniger als 20% der Hochaltrigen in niederösterreichischen Privathaushalten zutrifft. Über die verschreibungspflichtigen Medikamente hinaus, nehmen 27,9% der befragten Personen auch **rezeptfreie Medikamente** ein, wie z.B. Schmerztabletten oder Nahrungsergänzungsmittel.

4.3.3 Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte

- **Bei 84,6% lag der letzte Arztbesuch weniger als 3 Monate zurück.**
- **15,3% gaben einen stationären Krankenhausaufenthalt in den letzten 3 Monaten an.**

Neben der Anzahl der chronischen Krankheiten und verschreibungspflichtigen Medikamente stellen die Anzahl der Arztbesuche und Krankenhausaufenthalten zwei weitere Indikatoren für die grundsätzlich recht hohe Morbidität in der Stichprobe der Hochaltrigen dar. Der Großteil der Teilnehmer/innen der ÖIHS-Studie **(81,8%) gibt an, vor weniger als drei Monaten einen Arzt aufgesucht** zu haben, bzw. dass ein Arzt/eine Ärztin bei ihnen war. Bei nur 17,2% der Befragten ist die letzte Konsultation eines Arztes/einer Ärztin länger als drei Monate her. Innerhalb der letzten drei Monate haben 35,8% einen Arzt/eine Ärztin 1-2 Mal und 31,5% 3-4 Mal aufgesucht. Ein Viertel (25,5%) hat einen Arzt/eine Ärztin in den letzten drei Monaten sogar mehr als 5 Mal aufgesucht (Abbildung 39).

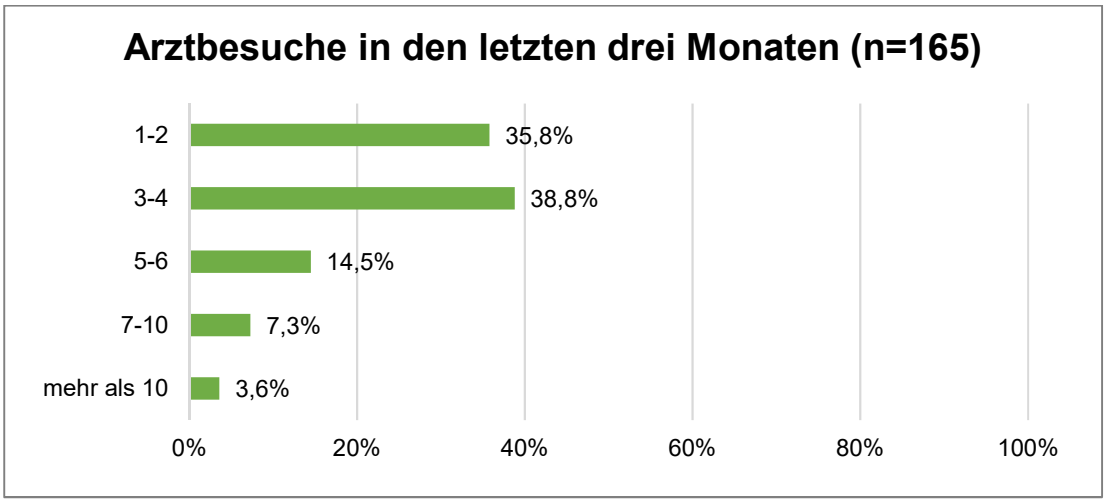


Abbildung 39: Arztbesuche in den letzten drei Monaten (n=201).

Ein mittelhoher signifikanter Zusammenhang konnte zwischen dem Gesundheitszustand und dem letzten Arztbesuch gefunden werden ($p<0.001$; Phi=0,329). So geben Personen mit einem reduzierten Gesundheitszustand häufiger an, den Arzt vor weniger als 3 Monaten besucht zu haben (ca. 95%). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage nach dem letzten Krankenhausaufenthalt. Bei allen Personen, die einen sehr guten

Gesundheitszustand haben, liegt der **letzte stationäre Aufenthalt im Krankenhaus** länger als drei Monate her ($p<0.001$). Im Vergleich dazu liegt der letzte Krankenhausaufenthalt nur bei ca. drei Viertel der Personen mit Pre-Frailty (77,8%) und bei knapp der Hälfte der Personen mit Frailty (55,6%) länger als drei Monate zurück ($p<0.01$). Allerdings sind stationäre Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten drei Monate in der Stichprobe insgesamt relativ selten. So geben nur 15,3% der befragten Personen an, innerhalb der letzten drei Monate einen stationären Krankenhausaufenthalt gehabt zu haben, während dieser bei mehr als drei Viertel der Befragten (83,7%) länger als drei Monate zurückliegt.

4.3.4 Schmerzen

- **48,5% der Hochaltrigen empfinden häufig Schmerzen.**
- **Mehr als die Hälfte berichten dabei über mittlere bis starke Schmerzen, wobei Frauen häufiger betroffen sind (68,1% vs. 42,8%).**

Laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung gaben im Jahr 2014 3,6 Millionen Befragte an, in den letzten vier Wochen an Schmerzen gelitten zu haben. Dabei steigt mit zunehmendem Alter die Intensität der Schmerzen. Während weniger als 10% der Frauen und etwa 5% der Männer im Alter von 15 bis 29 Jahren an mäßigen Schmerzen litten, war „jeder fünfte Mann und jede vierte Frau“ ab einem Alter von 75 Jahren von mäßigen Schmerzen betroffen. Die Prävalenz von (sehr) starken Schmerzen war bei Frauen ab 75 Jahren am stärksten (Statistik Austria, 2015b, S. 24). In der Österreichischen Hochaltrigenstudie wurden die Teilnehmer/innen gefragt, ob sie häufig unter Schmerzen leiden und wie stark sie ihre Schmerzen einstufen. Beinahe die Hälfte aller Teilnehmer/innen berichten über das Empfinden von häufigen Schmerzen (48,5%), wobei diese am seltensten in Ruhe auftreten (8,9%). Doppelt so häufig werden die Schmerzen empfundenen während sich die Person bewegt (18,3%) und bei 21,3% treten die Schmerzen sowohl in Bewegung, als auch in Ruhe auf (Abbildung 40).

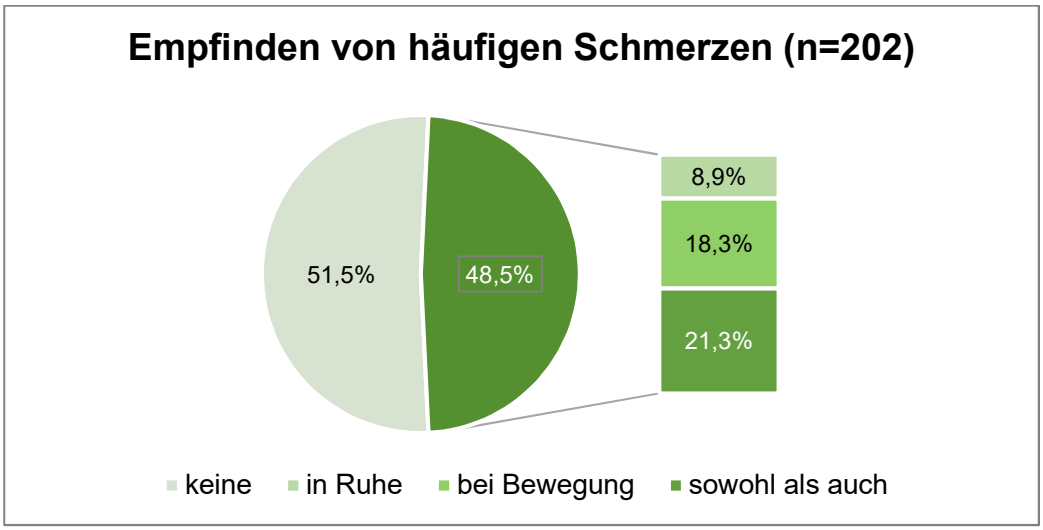


Abbildung 40: Angaben zum Empfinden von häufigen Schmerzen (n=202).

Bei der Erhebung von Schmerzen ist es darüber hinaus wichtig, auch ihre Stärke, sprich die **Schmerzintensität**, zu erfassen. Dafür haben die Teilnehmer/innen ihre empfundenen Schmerzen anhand der häufig angewandten numerischen Rangskala (Numerische Schmerzskala) bewertet, die ein Spektrum an Einschätzungen von „1 = ein sehr leichter Schmerz" bis „10 = stärkster vorstellbarer Schmerz" erlaubt (Hjermstad u. a., 2011). Die Daten wurden entsprechend in der Wissenschaft häufig angewandter Cut-Off-Werte zu folgenden Kategorien zusammengeführt (K. K. Li, Harris, Hadi, & Chow, 2007; RC Serlin, Mendoza, Nakamura, Edwards, & Cleeland, 1995; Schmitter, List, & Wirz, 2013): 1-4 „leichte Schmerzen", 5-6 „mittlere Schmerzen" und 7-10 „starke Schmerzen". Von jenen knapp 48,5% der Befragten, die angeben, häufig unter Schmerzen zu leiden, berichten 44,8% der befragten Hochaltrigen über leichte Schmerzen, 34,4% über mittlere Schmerzen und **20,8% über starke Schmerzen**. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Studienteilnehmer/innen durchschnittlich 4,8 auf der Schmerzensskala angeben.

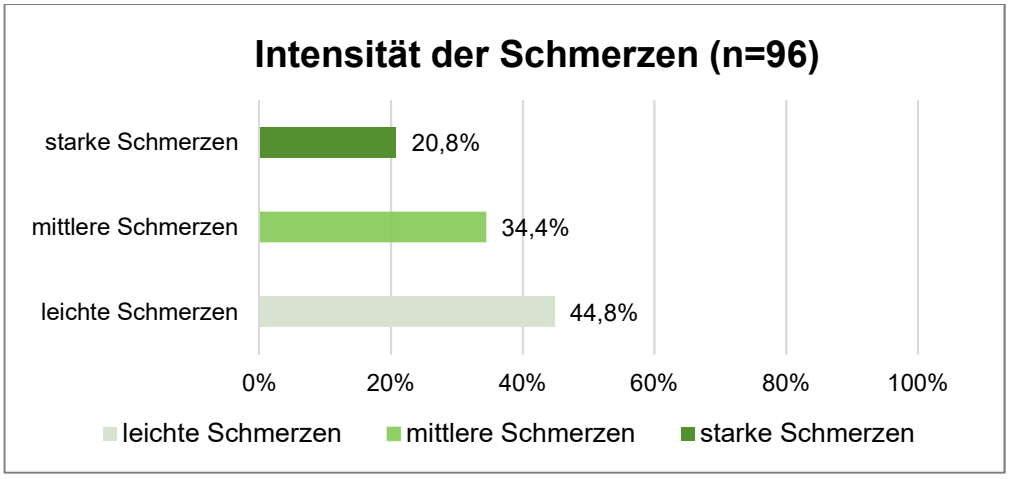


Abbildung 41: Intensität der Schmerzen (n=96).

Gesundheitlich Benachteiligte und Frauen berichten über stärkere Schmerzen

Die statistische Untersuchung der Daten zeigt zudem, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Vorhandensein bzw. der Art der Schmerzen besteht ($p<0.05$). Personen, die einen sehr guten und guten Gesundheitszustand haben, berichten mit einem Mittelwert von 4,2 über eher leichte Schmerzen, während Personen mit einem reduzierten Gesundheitszustand mit einem Mittelwert von 5,2 (pre-frail) bzw. 5,8 (frail) über mittlere Schmerzen berichten. **Bereits die Hälfte der Befragten, die von Frailty betroffen sind, berichtet über starke Schmerzen**, während dies auf weniger als 10% der Personen mit sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand zutrifft. Frauen berichten häufiger von stärkeren Schmerzen, was auf ihren reduzierteren Gesundheitszustand zurückzuführen ist. Während die Mehrheit der Männer an leichten Schmerzen leiden und nur 42,8% an mittleren bis starken Schmerzen, sind es bei den Frauen mehr als zwei Drittel (68,1%), die an mittleren bis starken Schmerzen leiden ($p<0.05$).

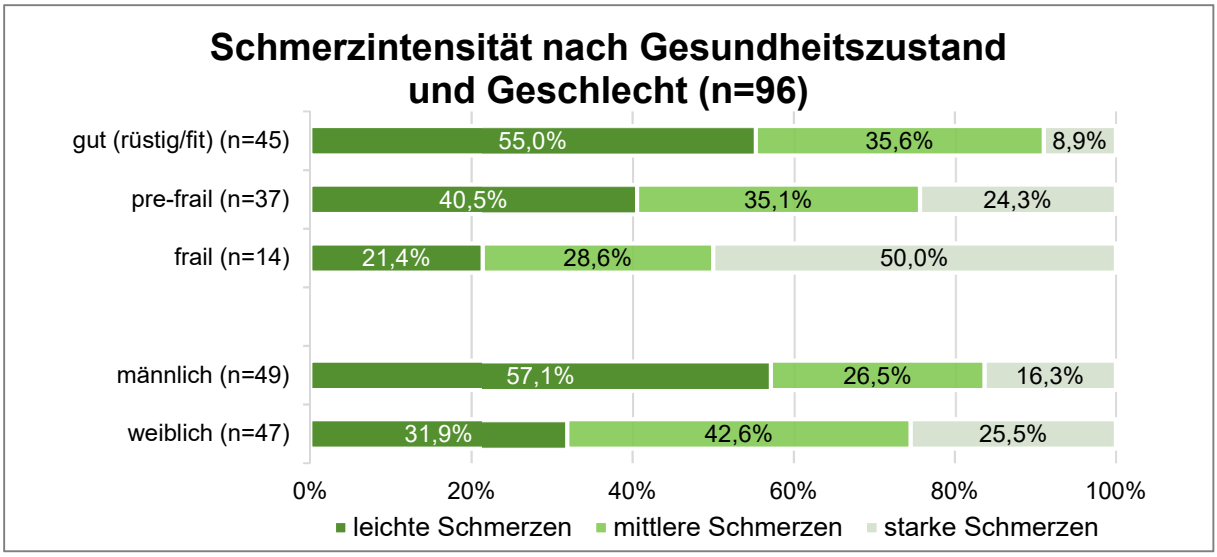


Abbildung 42: Stärke der Schmerzen nach Gesundheitszustand und Geschlecht (n=96).

Chronische Schmerzen kommen häufig in der Altersgruppe der über 65-Jährigen vor und werden immer wieder assoziiert mit **erhöhten depressiven Symptomen** (Polenick, Brooks, & Birditt, 2017). Einen ähnlichen Befund zeigen die Ergebnisse der Hochaltrigenstudie, insofern als Personen, die über Schmerzen berichten – sei es in Ruhe, in Bewegung oder sowohl als auch – signifikant häufiger immer, oft oder zumindest manchmal in den letzten zwei Wochen deprimiert waren (43,4% vs. 22,1%; $p<0.05$). Weitere signifikante Zusammenhänge zeigen sich auch bei der empfundenen Anstrengung im Alltag ($p<0.001$) und dem Gefühl sich nicht aufraffen zu können ($p<0.05$). Beides wird von Personen, die über Schmerzen berichten, häufiger genannt. Während bei allen drei Zusammenhängen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Intensität der Schmerzen zu erkennen sind, spielt die **Schmerzintensität vor allem bei der Qualität des Schlafes** der befragten Teilnehmer/innen eine Rolle. So zeigt sich, dass Befragte mit starken Schmerzen in den letzten zwei Wochen signifikant häufiger unruhig schliefen als Personen mit leichten Schmerzen (60% vs. 34,8%; $p<0.01$).

4.3.5 Tabuthema Harninkontinenz

- **Ein Viertel der Hochaltrigen in Niederösterreich leidet an Harninkontinenz – Frauen doppelt so häufig wie Männer (34% vs. 15,6%).**
- **60% leiden bereits seit über 2 Jahre an einer Harninkontinenz.**

Laut der Definition der International Continence Society (ICS) wird unter Harninkontinenz, wie in Perabo (2009, S. 7) zitiert, jeder unwillkürliche Harnabgang verstanden. Die Prävalenz der Harninkontinenz liegt Schätzungen zufolge zwischen 5% und 10%. Abgesehen von einer „wet" oder „dry overactive bladder" (OAB) wird in der Literatur zwischen Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz oder Mischformen unterschieden (Perabo, 2009). Unabhängig von der Schwere der Harninkontinenz finden Wissenschaftler/innen evidenzbasierter Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen einem höheren Alter und einer hohen Prävalenz von Blasenschwäche (Perabo,

2009, S. 1–5). Harninkontinenz stellt dabei ein Krankheitsbild dar, von dem weithin angenommen wird, dass es „eine unabänderliche Folge des Alterns darstelle“ (Talasz, 2014, S. 58), ohne dass diese Annahmen bisher durch hinreichend fundierte und zuverlässige statistische Zahlen gestützt würden. Geschätzt wird, dass unter den über 70-Jährigen zu Hause lebenden Personen etwa 30% von Harninkontinenz betroffen sind und in Pflegeheimen zwischen 50% und 70% der Bewohner/innen (Wiedemann & Füsgen, 2008).

Den Ergebnissen der ÖIHS-NÖ zufolge geben 24,1% der 203 Teilnehmer/innen an, zum Zeitpunkt der Befragung an Blasenschwäche zu leiden, wobei **Frauen doppelt so häufig** betroffen sind wie Männer (34% vs. 15,6%). Den Ergebnissen von Wiedemann und Füsgen (2008) entsprechend, sind **54,5% aller Pflegeheimbewohner/innen** von Harninkontinenz betroffen, während nur ein Fünftel der Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten (20,4%) betroffen ist. Des Weiteren sind vor allem Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand von Harninkontinenz betroffen. So leiden etwa im Vergleich zu Personen mit einem guten Gesundheitszustand (10,7%) fast acht Mal so viele Personen mit **Frailty** (77,8%) und mehr als drei Mal so viele Personen mit **Pre-Frailty** (34,9%) unter Harninkontinenz. Alle drei Merkmale (Geschlecht, Wohnform und Gesundheitszustand) erweisen sich in ihren Zusammenhängen mit Harninkontinenz als hochsignifikant ($p<0.01$).

Bei diesem Ergebnis ist zu berücksichtigen, dass die in der Studie befragten Frauen sich gesundheitlich schlechter darstellen und deshalb häufiger von einer chronischen Krankheit, wie Harninkontinenz, betroffen sind. Bei gleichzeitiger Betrachtung des Geschlechts, des Gesundheitszustands und der Wohnform, bleibt das Geschlecht neben dem Gesundheitszustand als Einflussfaktor weiterhin signifikant. Die Wohnform verliert hingegen ihren signifikanten Einfluss, da er sich hauptsächlich aus Geschlecht und Gesundheitszustand ergibt – mehr Frauen und Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand wohnen in Pflegeheimen.

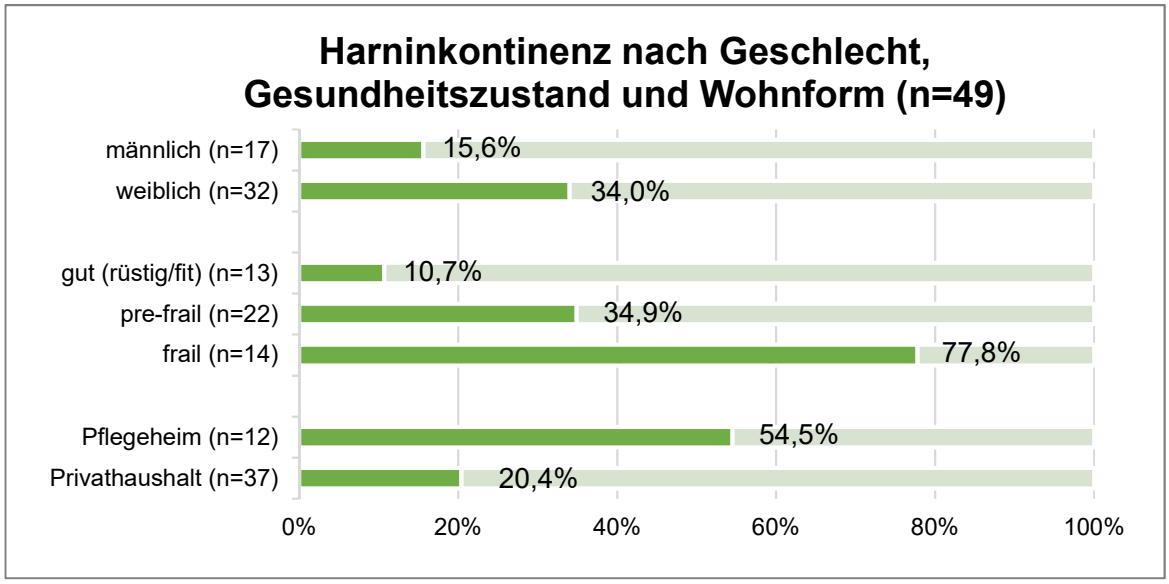


Abbildung 43: Harninkontinenz nach Geschlecht, Gesundheitszustand, Wohnform (n=49).

Insgesamt betrachtet ist der Anteil der Personen, die an Blasenschwäche leiden, in der Stichprobe der Hochaltrigenstudie in Niederösterreich kleiner als in der ersten Welle der Hochaltrigenstudie, bei der 34,1% der Teilnehmer/innen in Wien und der Steiermark Harninkontinenz als zweithäufigste chronische Krankheit nach Bluthochdruck genannt haben. Dennoch wird Harninkontinenz von den niederösterreichischen Hochaltrigen nach Bluthochdruck und Herzkrankheit als die **dritthäufigste chronische Krankheit** genannt. Aufgrund der Sensibilität und öffentlichen Tabuisierung des Themas wurden die Teilnehmer/innen zuvor gefragt, ob sie bereit wären, weiterführenden Fragen zu ihrer Harninkontinenz zu beantworten. Von jenem knappen Viertel der Niederösterreicher/innen, die an Blasenschwäche leiden, haben sich 87,2% dazu bereit erklärt, weiterführende Fragen zu beantworten. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich daher nur auf jene 41 Personen (20,2% der Gesamtstichprobe).

Häufigkeit und Ausmaß des Harnverlusts

Befragte Studienteilnehmer/innen, die bereit waren, weiterführende Fragen zu beantworten, berichtete mehr als die Hälfte mehrmals täglich Harn zu verlieren; 12,2% davon sogar dauernd. Dabei handelt es sich bei drei Viertel der Befragten um mehr als nur ein paar Tropfen. 17,1% der Befragten verlieren täglich Harn, 7,3% ein- bis mehrmals wöchentlich und knapp ein Viertel (24,4%) verliert seltener Harn. Bei Studienteilnehmer/innen, die von einer geringeren Häufigkeit des unwillkürlichen Harnabgangs berichten, handelt es sich zumeist auch nur um ein paar Tropfen. Das bedeutet, dass mehr als zwei Drittel der Befragten (68,9%) jeden Tag mit unwillkürlichen Harnverlust konfrontiert sind. Auf die Frage, seit wann die Betroffenen an Harninkontinenz leiden, geben 60% an, bereits über 2 Jahre daran zu leiden.

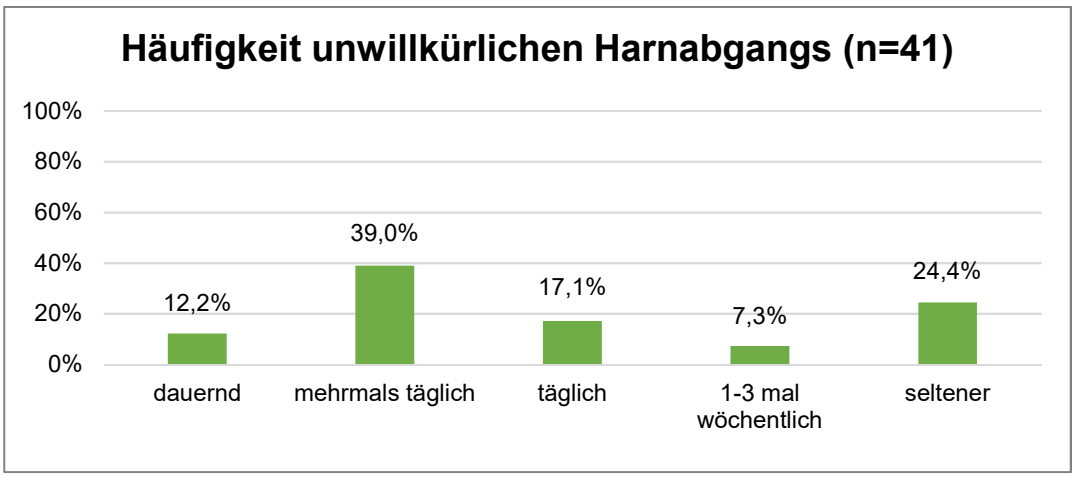


Abbildung 44: Häufigkeit unwillkürlichen Harnabgangs (n=41).

Hinsichtlich **geschlechtsspezifischer Ausprägungen** der Harninkontinenz zeigt sich, dass Frauen häufiger und größere Mengen an Harn verlieren: 61,6% der Frauen verlieren mehrmals täglich Harn, während dies nur 33,4% der Männer betrifft. Mehr als nur ein paar Tropfen verlieren 48% der Frauen, während es bei den Männern nur 35,7% sind. Allerdings zeigt sich, dass 73,3% der Männer bereits seit über 2 Jahren an Harninkontinenz leiden, während es bei den Frauen die Mehrheit (52%) kürzer als 2 Jahre an Harninkontinenz leiden.

Behandlung von und Beeinträchtigung durch Harninkontinenz

Gegen unfreiwilligen Harnverlust schützen sich die Befragten durch Inkontinenzeinlagen (39%), Slipeinlagen (29,3%), Toilettenpapier (2,4%) oder andere Hilfsmittel (19,5%). 17,1% geben jedoch an, ihre Harninkontinenz einfach nicht zu beachten. Während Frauen sich mehrheitlich durch Einlagen oder andere Hilfsmittel schützen, ziehen Männer es vor, ihre Harninkontinenz eher nicht zu beachten oder gegebenenfalls nur Toilettenpapier zu verwenden. 46,3% der Befragten befinden sich in **ärztlicher Behandlung** bei einem Urologen oder bei einem praktischen Arzt. In beiden Fällen sind mehr Männer als Frauen in Behandlung, was mit ihrer durchschnittlich längeren Dauer des Inkontinenzleidens zusammenhängen könnte. Mehr als die Hälfte jener zwei Drittel der Personen in ärztlicher Behandlung, die bereits seit über 2 Jahren an Harninkontinenz leiden sind Männer. Die relativ geringe Behandlungsrate in der Stichprobe (weniger als die Hälfte der Betroffenen ist in ärztlicher Behandlung) könnte u.a. auch darauf hindeuten, dass Harninkontinenz eben nach wie vor ein tabuisiertes Thema ist, über das Betroffene nur ungern reden, auch nicht mit einem Arzt oder einer Ärztin. Eine andere mögliche Überlegung wäre dahingehend, dass Harninkontinenz das Wohlbefinden der Betroffenen weniger beeinträchtigt als man zunächst vermuten würde und von diesen deshalb nicht notwendigerweise als ein behandlungsbedürftiges Leiden betrachtet wird.

So zeigt sich etwa, dass wenn auch mitunter mehr als zwei Drittel der betroffenen Personen jeden Tag mit unwillkürlichen Harnverlust betroffen sind, dennoch 26,8% mitteilen, dass ihr **Wohlbefinden** gar nicht bzw. nur wenig (34,1%) davon beeinträchtigt ist. Bei 39% der Personen ist das Wohlbefinden durch die Harninkontinenz ziemlich (26,8%) oder sogar sehr (12,2%) beeinträchtigt. Wenig überraschend sind es vor allem Befragte, die länger als 3 Jahre an Harninkontinenz leiden, häufiger und größere Mengen an Harn verlieren, deren Wohlbefinden sehr stark von Harninkontinenz beeinträchtig ist. Obwohl Frauen häufiger und mehr Harn verlieren, fühlen sich Männer stärker in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt (46,7% vs. 34,6%). Das kann mitunter mit der Dauer der Erkrankung zusammenhängen. Hier geben die befragten Männer an, wie oben beschrieben, länger an der Krankheit zu leiden als die befragten Frauen.

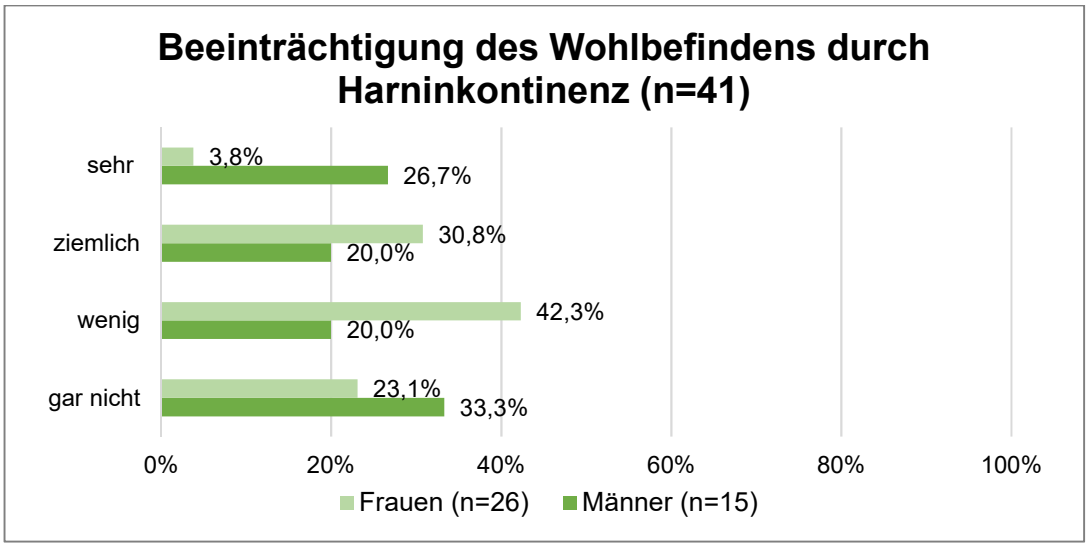


Abbildung 45: Beeinträchtigung des Wohlbefindens nach Geschlecht (n=41).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Harninkontinenz als die **dritthäufigste chronische Krankheit** als ein **verbreitetes Phänomen im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit** erweist. Etwa ein Viertel der Teilnehmer/innen ist von diesem Krankheitsbild betroffen, Frauen dabei deutlich häufiger als Männer. Im Wesentlichen ist die Harninkontinenz mit einem allgemein schlechteren Gesundheitszustand verbunden, weshalb sie auch häufiger in Pflegeheimen anzutreffen ist. Grundsätzlich bedeutet eine Harninkontinenz auch eine **erhebliche Beeinträchtigung des Wohlbefindens von Betroffenen** – wie stark, hängt allerdings maßgeblich von der Schwere der Erkrankung, d.h. von Häufigkeit und Ausmaß des Harnverlustes, sowie von der Dauer, wie lange die Befragten bereits an der Krankheit leiden, ab. Leichtere Fälle, in denen sich eine Harninkontinenz noch einigermaßen kompensieren lässt, gehen häufig nicht mit einer nennenswerten Einschränkung des Wohlbefindens einher. In schwereren Fällen müssen die durch die Harninkontinenz verursachten Einschränkungen hingegen durchaus als einschneidend betrachtet werden.

4.3.6 Zahnstatus und Ernährungsstatus

- **Über die Hälfte der Hochaltrigen hat nicht mehr alle eigenen Zähne.**
- **In der Stichprobe der Hochaltrigen in Niederösterreich zeigt ich bei 6,2% eine Prävalenz und bei 6,7% das Risiko einer Mangelernährung.**
- **Etwa ein Drittel der Hochaltrigen ist von Übergewicht betroffen.**

Als letztes Teilkapitel der körperlichen Gesundheit wird auch auf den Ernährungsstatus und den Zahnstatus der befragten Hochaltrigen eingegangen. Beide stellen wesentliche Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustands im Alter dar. Der Zahnstatus erweist sich des Weiteren auch als Distinktionsmerkmal sozialer Ungleichheit im Alter. Knapp über die **Hälfte der Stichprobe hat nicht mehr alle ihre eigenen Zähne** (56,2%), fast ein Drittel hat gar keine eigenen Zähne mehr (29,6%) und nur 14,3% der befragten Hochaltrigen haben noch alle ihre eigenen Zähne. Von den 56,2%, die nicht mehr alle ihre eigenen Zähne haben, haben 43,8% der Befragten eine Teilprothese und 32% eine Vollprothese in Form eines herausnehmbaren Zahnersatzes (zu unterscheiden von nicht herausnehmbarem Zahnersatz, wie etwa einem Zahn-Implantat). 9,9% haben ihren Angaben zur Folge keinen **Zahnersatz**.

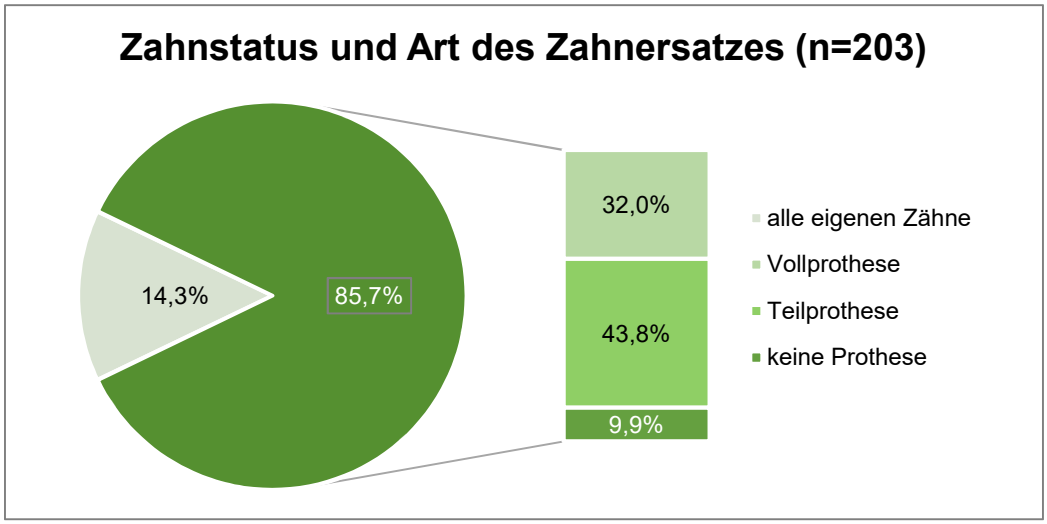


Abbildung 46: Zahnstatus und Art des Zahnersatzes (*n*=203).

Während sich den Ergebnissen zufolge keine Geschlechterunterschiede zeigen, können Unterschiede beim **Gesundheitszustand** und beim sozioökonomischen Status der Befragten festgestellt werden. So tragen 66,7% der Personen, die von Frailty betroffen sind, eine Vollprothese. Im Vergleich dazu tragen nur 41,7% der Personen mit einem sehr guten Gesundheitszustand eine Vollprothese und 20,7% verfügen sogar noch über alle ihre eigenen Zähne. Mit Blick auf den **sozioökonomischen Status** als spezifisches Distinktionsmerkmal sozialer Ungleichheit im Alter zeigt sich, dass fast die Hälfte (48,7%) der Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status eine Vollprothese trägt, während dies nur 30,6% der Personen mit hohem sozioökonomischen Status sind. Etwa ein Fünftel (21,7%) der Personen mit hohem sozioökonomischen Status hat noch alle ihre Zähne.

Mangelernährung und Body Mass Index

Menschen höheren Alters sind im Gegensatz zu jüngeren Personen anfälliger für Dehydration und Mangelernährung. Die unzureichende Ernährung tritt im Alter aufgrund von ernährungsrelevanten Altersveränderungen, wie beispielweise veränderter Hunger- und Sättigungsregulation (Altersanorexie), Abnahme der Muskelmasse (bei Überschreitung der normalen Maße auch bekannt als Sarkopenie) oder weiterer sich auf die Ernährung auswirkender Altersveränderungen (Schluckstörungen, Gastritis, Vitamin-D-Mangel, etc.) auf. Als Risikofaktoren für Mangelernährung werden physiologische Altersveränderungen (z.B. Anorexie), körperliche Beeinträchtigungen (z.B. Immobilität), die geistige und psychische Verfassung (z.B. Demenz), die soziale und finanzielle Situation (z.B. einschneidende biografische Ereignisse), der Gesundheitszustand (z.B. chronische Erkrankungen), direkte Ernährungsfaktoren sowie ungünstige Gewohnheiten (z.B. einseitige Ernährung) gesehen. Die Prävalenz für das Auftreten einer unzureichenden Nahrungsaufnahme im Alter ist bei Heimbewohner/innen und geriatrischen Patient/innen höher als bei Menschen in Privathaushalten (Volkert & Sieber, 2011).

Eine Abklärung des Ernährungsstatus ist daher fester Bestandteil eines geriatrischen Assessments. Im Rahmen der ÖIHS wurde hierfür ein kurzes, kompaktes Erhebungsinstrument eingesetzt (Short Nutritional Assessment Questionnaire – SNAQ), das nach ungewollten Gewichtsverlusten von mehr als 6 Kilogramm in den letzten 6

Monaten (3 Punkte) bzw. 3 Kilogramm im letzten Monat (2 Punkte), dem Appetit (1 Punkt) und speziellen Ernährungshilfen wie Trinknahrung oder Ernährungssonde (1 Punkt) fragt (ÖGGG, 2011, S. 29). Erreichen die Befragten durch alle Fragen insgesamt 2 Punkte oder mehr, so besteht das **Risiko für Mangelernährung**. Dies ist in der Studienpopulation der ÖIHS-NÖ bei 9 Personen (4,4%) der Fall. Ebenso gering ist der Anteil an Personen, die über einen **Gewichtsverlust** von mehr als 3 Kilogramm im letzten Monat (1%) bzw. mehr als 6 Kilogramm im letzten halben Jahr (3,5%) berichten. 12,8% der Studienteilnehmer/innen geben an, sie hätten im letzten Monat **wenig Appetit** gehabt (Tabelle 11). Keine/r der Befragten gab hingegen an, im letzten Monat Trinknahrung zu sich genommen zu haben oder wurde mit einer Ernährungssonde ernährt.

Risiko für Mangelernährung	4,4%
Wenig Appetit im letzten Monat	12,8%
Signifikanter Gewichtsverlust in den vergangenen Monaten *- 3 kg im letzten Monat* *- mehr als 6 kg in den letzten 6 Monaten*	4,5% *3,5%* *1,0%*

Tabelle 11: Gewichtsverlust und Mangelernährung (n=203).

Ein wichtiger und häufig herangezogener Indikator für den Ernährungsstatus ist der **Body Mass Index (BMI)**, der aus dem Verhältnis von Gewicht und Größe einer Person errechnet wird (kg/m²). Während die internationale BMI-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2017) für Erwachsene ab 20 Jahren erstellt wurde, wird der dort gemeinhin verwendete Grenzwert (18,5 kg/m²) für alte Menschen seitens der Geriatrie als zu niedrig eingeschätzt. Zur Bestimmung einer Mangelernährung bei älteren Menschen wird daher ein etwas höherer Grenzwert von 20 kg/m² verwendet. Des Weiteren wird ein Wert unter 22 kg/m², der nach der WHO Klassifikation als Normalgewicht eingestuft wird, für ältere Menschen als Risiko für eine Mangelernährung betrachtet (Sieber, 2008).

Die Auswertung der BMI-Werte der Studienteilnehmer/innen zeigt, dass mit 6,2% der Studienteilnehmer/innen eine **geringe Prävalenz der Mangelernährung** in der untersuchten Stichprobe besteht. Bei weiteren 6,7% der Befragten besteht, ausgehend von ihrem BMI, ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung. Insgesamt sind also 12,9% unterernährt, wobei dies signifikant mehr Frauen als Männer betrifft (19,6% vs. 7%, $p<0.05$). Auch Pflegeheimbewohner/innen sind im Vergleich zu Befragten in Privathaushalten häufiger von Mangelernährung oder dem Risiko einer Mangelernährung betroffen (26,3% vs. 11,5%). Etwa die Hälfte der Befragten (55,4%) ist als normalgewichtig einzustufen. Hinweise auf eine Fehlernährung bis hin zum **Übergewicht** ergeben sich bei etwa einem Drittel der Befragten (31,6%). So fallen 15% der Teilnehmer/innen unter die Kategorie Übergewicht (BMI > 27 kg/m²) und weitere 16,6% in die Klassifikation adipös (BMI > 30 kg/m²). Zum Übergewicht neigen dabei Frauen und Männer annähernd gleichermaßen: 28,8% der Männer und 34,8% der Frauen erreichen einen BMI von mehr als 27.

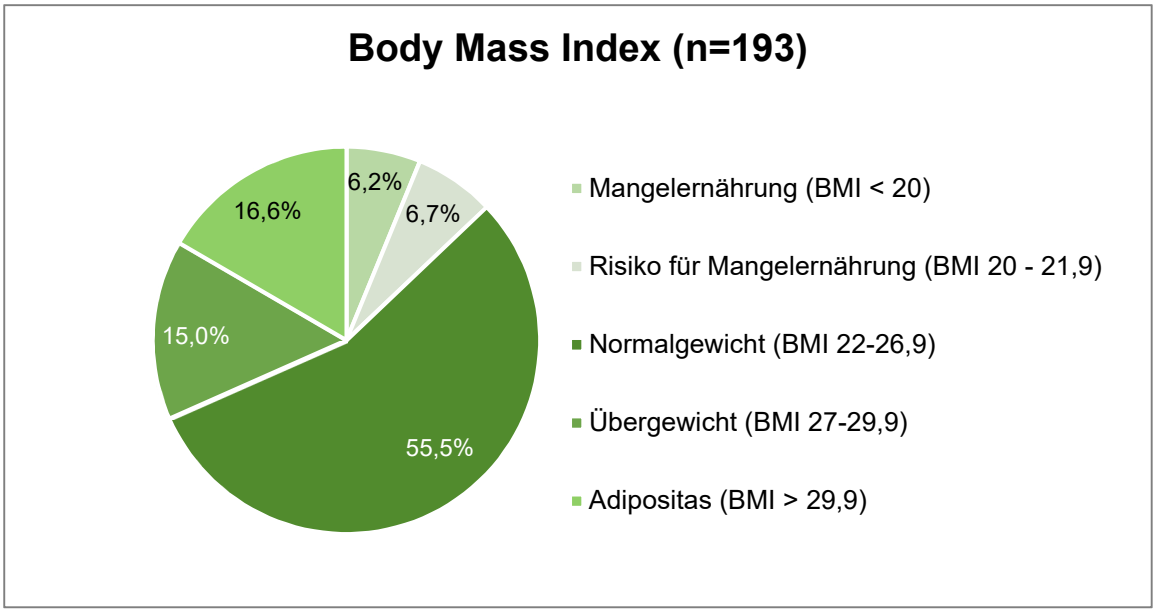


Abbildung 47: Body Mass Index (BMI) (n=193).

4.4 Psychische Gesundheit und seelisches Befinden im Alter

Bislang wurde im vorliegenden Bericht die Gesundheit hochaltriger Menschen in Niederösterreich im Zusammenhang mit ihrem körperlichen und funktionalen Zustand thematisiert. Die psychische Gesundheit wurde dabei in Hinblick auf die Untersuchung kognitiver Beeinträchtigungen und die Einschätzung der Prävalenz (beginnender) demenzieller Erkrankungen bisher nur kurz und vor allem unter funktionellen Gesichtspunkten gestreift. Im Folgenden soll daher nun der psychischen Gesundheit in einem engeren Sinne nachgegangen und das seelische Befinden der Teilnehmer/innen näher betrachtet werden. Ein weiterer Punkt stellt in diesem Zusammenhang auch die Erfassung der Lebenszufriedenheit der befragten Hochaltrigen dar.

4.4.1 Stimmungslagen im Alter

- **Bei den in Niederösterreich lebenden Hochaltrigen zeigt sich generell ein sehr positives Bild ihres seelischen Befindens.**
- **Männer empfinden aufgrund ihres besseren Gesundheitszustands ein höheres Lebensglück im Alter.**
- **Frauen fühlen sich hingegen aufgrund von Verwitwung und Pflegeheimaufenthalt häufiger einsam oder traurig.**

Um das seelische Befinden der Studienteilnehmer/innen zu erfassen, wurden sie gebeten, ihre Stimmungslage während der letzten zwei Wochen zum Zeitpunkt der Befragung einzuschätzen. Dabei zeigt sich ein durchaus **sehr positives Bild der Stimmungslagen** der in Niederösterreich lebenden über 80-Jährigen. Die überwiegende Mehrheit der Befragten gab an, in den letzten zwei Wochen vor dem Interview das Leben immer oder oft genossen zu haben (63,2%) und immer oder oft glücklich gewesen zu sein (58%). Auf

der anderen Seite waren mehr als zwei Drittel der Befragten nur selten oder sogar nie traurig (67,5%), einsam (74,9%) oder deprimiert (67,4%). Sich zu nichts aufraffen zu können oder alles als zu anstrengend zu empfinden wurde in den letzten zwei Wochen nur von etwa 10% als oft oder immer so empfunden. Auch hier gab die überwiegende Mehrheit von 77,8% bzw. 63,3% an, dass dies nur selten bis nie der Fall war. Allerdings zeigt sich, dass die befragten Hochaltrigen trotz ihrer generellen positiven Stimmungslage nicht gut schlafen. Fast ein Viertel der Befragten (23,2%) gibt an in den letzten zwei Wochen unruhig geschlafen zu haben; für ein Fünftel (20,3%) war dies immerhin manchmal der Fall. Nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten (56,4%) erfreuten sich in den letzten zwei Wochen eines ruhigen Schlafes (Abbildung 48).

Hinter dem in Abbildung 48 dargestellten Variablenset zur Erhebung der Stimmungslagen der niederösterreichischen Hochaltrigen können drei dahinterliegende Dimensionen verortet werden.[29] Eine Dimension erfasst das „Lebensglück" der Studienteilnehmer/innen und bezieht sich auf das Gefühl, das Leben zu genießen, glücklich zu sein und im Gegenzug kaum deprimiert zu sein. Eine zweite Dimension erfasst die „Einsamkeit" der Studienteilnehmer/innen und bezieht sich auf das Gefühl, traurig zu sein und sich einsam zu fühlen. Eine dritte Dimension erfasst „körperliche Gefühlslagen" und bezieht sich auf das Gefühl alles als zu anstrengend zu empfinden, sich zu nichts aufraffen zu können und unruhig zu schlafen. Basierend auf der Faktorenanalyse wurden für jede Dimension die Variablen zu einem Index zusammengefasst.[30] Dabei bedeutet ein höherer Indexwert eine negativere Stimmungslage, während ein niedrigerer Indexwert eine positivere Stimmungslage bedeutet. Wer empfindet nun im Alter ein größeres Ausmaß an Lebensglück, Einsamkeit oder körperlicher Überforderung?

[29] Das Antwortverhalten der Studienteilnehmer/innen auf das Variablenset der Stimmungslagen (Abbildung 48) weist in sich eine interne Konsistenz und zufriedenstellende Reliabilität auf, ohne dass eine der acht Unterfragen ausgeschlossen werden musste (Cronbach's α = .757). Die Faktorenanalyse weist eine vertretbare Strukturabbildung auf (KMO = .781). Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung; Erklärte Gesamtvarianz: 64,3%.

[30] Während die Indices „Lebensglück" (Cronbach's α = .744) und „Einsamkeit" (Cronbach's α = .639) durchaus eine gute interne Konsistenz und zufriedenstellende Reliabilität aufweisen, ist dies für den Index „körperliche Gefühlslagen" weniger der Fall (Cronbach's α = .482). Die Ergebnisse hinsichtlich dieses Index sind daher unter der wenig zufriedenstellenden Reliabilität zu lesen.

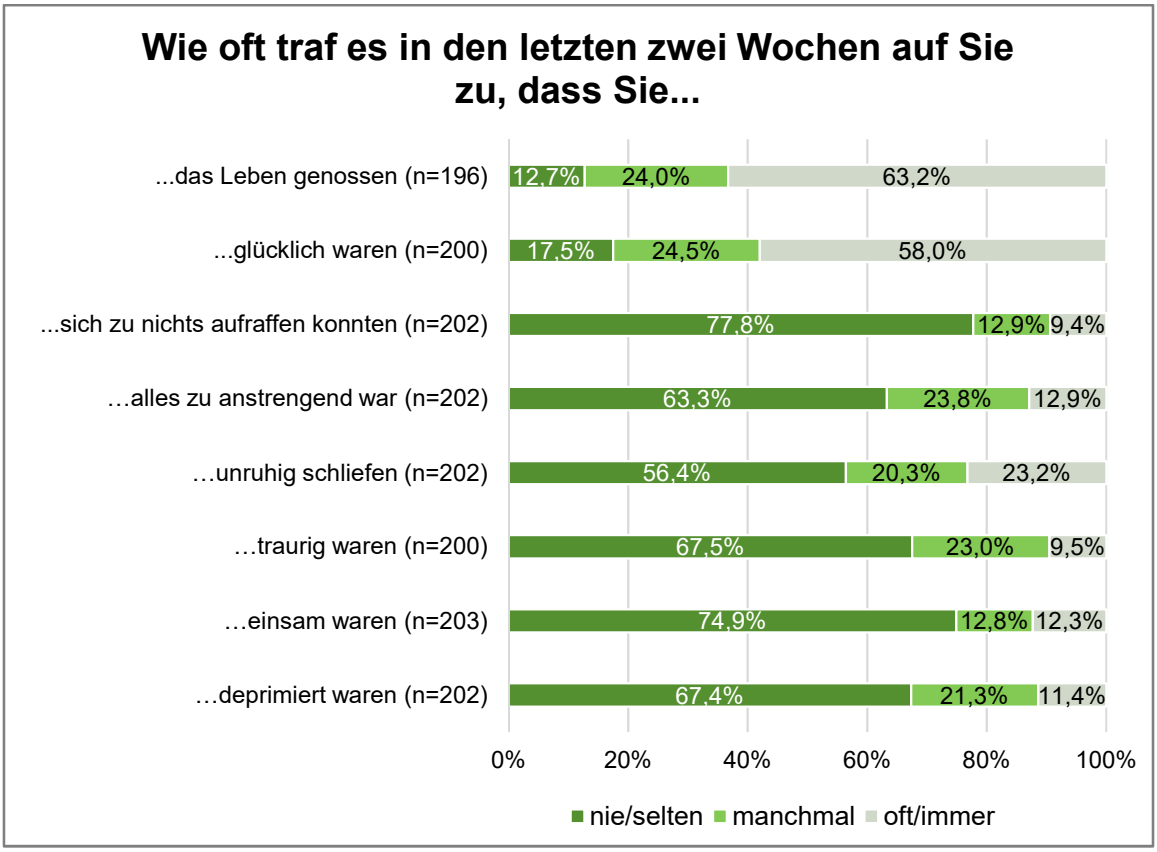


Abbildung 48: Seelisches Befinden und Stimmungslage in den letzten zwei Wochen.

Häufigeres Empfinden von Lebensglück mit einer besseren Gesundheit

Das Lebensglück der Studienteilnehmer/innen kann durch die Häufigkeit beschrieben werden, sich glücklich zu fühlen und das Leben zu genießen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei aber auch die Häufigkeit, sich deprimiert und niedergeschlagen zu fühlen, und das Gefühl zu haben, sich zu nichts aufraffen zu können. Das Ausmaß des Lebensglücks kann dann als groß beschrieben werden, wenn sich die Befragten häufig glücklich fühlen und das Leben genießen und seltener bis nie deprimiert und niedergeschlagen fühlen. Wer empfindet nun im Alter ein größeres Ausmaß an Lebensglück? Bei der Beantwortung dieser Frage zeigt sich, dass der **Gesundheitszustand eine signifikante Rolle** spielt. So weisen Studienteilnehmer/innen, die sich im Alter eines sehr guten Gesundheitszustands erfreuen, einen niedrigeren Indexwert auf als Studienteilnehmer/innen mit einem reduzierten Gesundheitszustand ($p<0.001$). Knapp drei Viertel geben an, oft oder immer das Leben zu genießen, glücklich zu sein und selten oder nie deprimiert zu sein. Nur ein Drittel der Studienteilnehmer/innen mit einem schlechten Gesundheitszustand gibt dies hingegen in einem ähnlichen Ausmaß an; sie erreichen auch einen wesentlich höheren Indexwert. Während sich in der bivariaten Analyse auch signifikante Geschlechter- und Bildungsunterschiede finden, zeigt sich im multivariaten Analysemodell, dass diese über den Gesundheitszustand der Befragten vermittelt werden. Das heißt, Frauen und gering Gebildete empfinden demnach aufgrund ihres reduzierteren Gesundheitszustands im geringeren Ausmaß Lebensglück im hohen Alter.

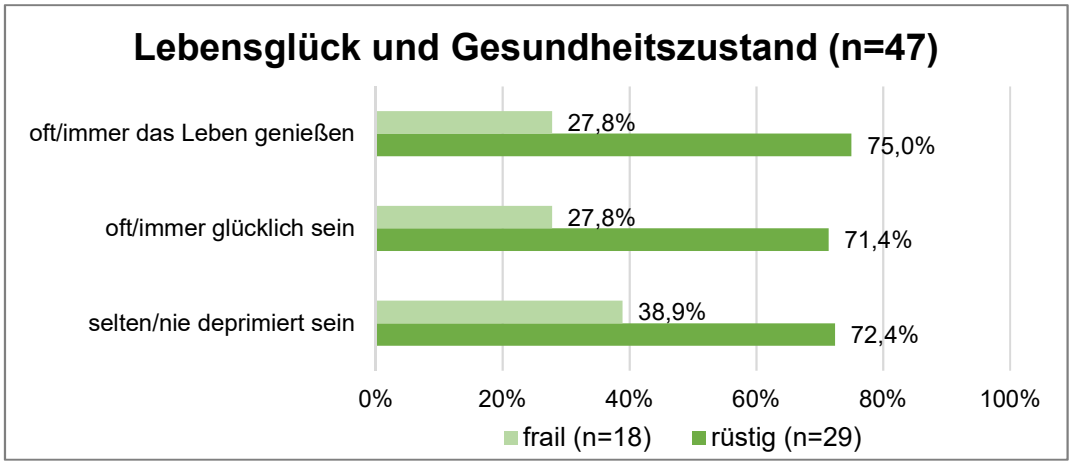


Abbildung 49: Lebensglück und Gesundheitszustand – frail vs. rüstig (n=47).

Einsamkeit und Trauer betrifft vor allem Frauen

Insgesamt betrachtet fühlt sich ein **nicht außer Acht zu lassender Teil von etwa 10% der Studienteilnehmer/innen oft oder immer einsam oder traurig**. Sich einsam zu fühlen steht dabei in einem starken Zusammenhang mit dem Gefühl traurig zu sein. So fühlen sich 43,5% der Studienteilnehmer/innen, die angeben sich oft oder immer einsam zu fühlen, auch oft oder immer traurig. Wie bereits in der 1. Welle der ÖIHS (ÖPIA, 2015) hingewiesen wurde, steht das Gefühl der Einsamkeit auch in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Gefühl deprimiert zu sein. Allerdings zeigt sich in den Daten der 2. Welle der ÖIHS, dass der Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Einsamkeit und der Trauer stärker ist.[31]

Wie die Ergebnisse zeigen, weisen **Frauen** einen höheren Indexwert auf und fühlen sich demnach signifikant **häufiger einsam oder traurig** ($p<0.05$). Das Gefühl der Einsamkeit lässt sich dabei vor allem auf ein geringeres Ausmaß an sozialen Kontakten zurückführen. Wie in Kapitel 5.2.3 noch ausführlicher thematisiert wird, sind es vor allem verwitwete Personen und Pflegeheimbewohner/innen, die über weniger soziale Kontakte verfügen und sich aufgrund dessen häufiger einsam oder traurig fühlen. Gleichzeitig sind zwei Drittel der verwitweten Personen und drei Viertel der Pflegeheimbewohner/innen der niederösterreichischen Stichprobe Frauen. Aufgrund dieser Verteilung zeigt sich hier – anders als bei anderen Gefühlslagen – ein recht deutlicher Geschlechterunterschied.

Körperliche Überforderung betrifft Hochaltrige mit schlechter Gesundheit

Das Gefühl der körperlichen Überforderung, die sich etwa darin ausdrückt, dass die Studienteilnehmer/innen alles als zu anstrengend empfinden oder sich zu nichts aufraffen können, werden ebenfalls **stark vom Gesundheitszustand** der befragten Hochaltrigen beeinflusst. Dies gilt auch für die Qualität des Schlafes. Da sich der Index zu

[31] Im Rahmen des angewendeten strukturüberprüfenden Verfahrens der Faktorenanalyse lud das Gefühl in den letzten zwei Wochen deprimiert gewesen zu sein auf einen Faktor mit dem Gefühl glücklich gewesen zu sein und das Leben genossen zu haben. Im Vergleich zum Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Trauer zeigt sich beim Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Depression zudem, dass „nur" 28% der Studienteilnehmer/innen, die angeben, sich oft oder immer einsam zu fühlen, auch oft oder immer deprimiert sind. Deshalb wurde das Gefühl deprimiert zu sein bei der Dimension des Lebensglücks thematisiert.

dieser Dimension der Stimmungslage als nicht besonders reliabel erwies, werden hier die einzelnen Variablen stärker beschrieben. So gibt etwa die Hälfte aller Befragten (44,4%), die als frail eingestuft werden können, an, oft oder immer alles als zu anstrengend zu empfinden; mehr als ein Viertel gibt an, sich oft oder immer zu nichts aufraffen zu können ($p<0.05$). Im Vergleich dazu geben weniger als 10% mit sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand an, sich oft oder immer zu nichts aufraffen zu können. Innerhalb der letzten zwei Wochen unruhig geschlafen zu haben, geben auch doppelt so viele Personen mit schlechtem Gesundheitszustand wie Personen mit gutem Gesundheitszustand an (22,2% vs. 10,3%).

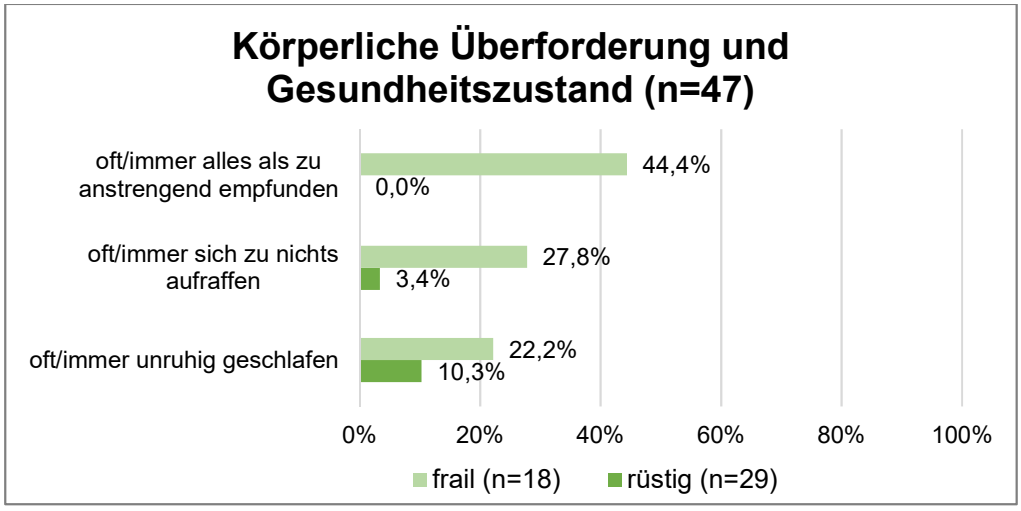


Abbildung 50: Körperliche Überforderung und Gesundheitszustand – frail vs. rüstig (n=47).

4.4.2 Lebenszufriedenheit

- **86,5% der Studienteilnehmer/innen sind mit ihrer Lebenssituation insgesamt sehr oder eher zufrieden.**
- **Männer mit hoher Bildung, hohem sozioökonomischen Status und guter Gesundheit sind in praktisch allen Lebensbereichen zufriedener.**

Die Lebenszufriedenheit stellt im Rahmen der ÖIHS-NÖ einen wesentlichen Bestandteil zur Erfassung der psychischen Gesundheit und des seelischen Befindens der Hochaltrigen in Niederösterreich dar. Zur Beurteilung der Lebenssituation von Menschen, insbesondere auch mit Blick auf ihre Lebensqualität, erweist sich die Lebenszufriedenheit als zentraler Indikator. Generell zeigt sich bei den befragten Hochaltrigen in Niederösterreich eine **relativ hohe Lebenszufriedenheit**. So sind etwa 41,8% der Studienteilnehmer/innen mit Ihrer Lebenssituation insgesamt sehr und 44,7% eher zufrieden. Männer und Frauen sind ungefähr gleichermaßen zufrieden mit ihrer Lebenssituation, wenngleich Männer etwas häufiger angeben sehr zufrieden zu sein (48,6% vs. 33,7%). Zufriedener zeigen sich auch Studienteilnehmer/innen mit höherem Bildungsabschluss und damit einhergehenden höheren sozioökonomischen Status ($p<0.05$): 62,9% aller Akademiker/innen (vs. 36,1% mit Pflichtschulabschluss) und

57,6% mit einem höheren sozioökonomischen Status (vs. 34,2% mit niedrigen sozioökonomischen Status) sind mit ihrer Lebenssituation sehr zufrieden.

Als besonders entscheidend für die Zufriedenheit mit der Lebenssituation erweist sich zudem der **Gesundheitszustand** ($p<0.001$): Nur etwa 16,7% aller Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand sind mit ihrem Leben sehr oder eher zufrieden, während dies auf alle Studienteilnehmer/innen mit einem guten Gesundheitszustand zutrifft. Dies ist vor allem für Pflegeheimbewohner/innen relevant, die generell über einen schlechteren Gesundheitszustand verfügen: Nur 10% sind mit ihrer Lebenssituation sehr zufrieden. Im Vergleich dazu sind dies 45,3% aller Studienteilnemer/innen in Privathaushalten ($p<0.001$). Abseits der allgemeinen Lebenssituation wurden die Studienteilnehmer/innen auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen wie ihre Beziehung zur Familie, zu Freunden oder Bekannten sowie hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit Aktivitäten und Hobbies, ihrer finanziellen Situation und ihrem Gesundheitszustand befragt.

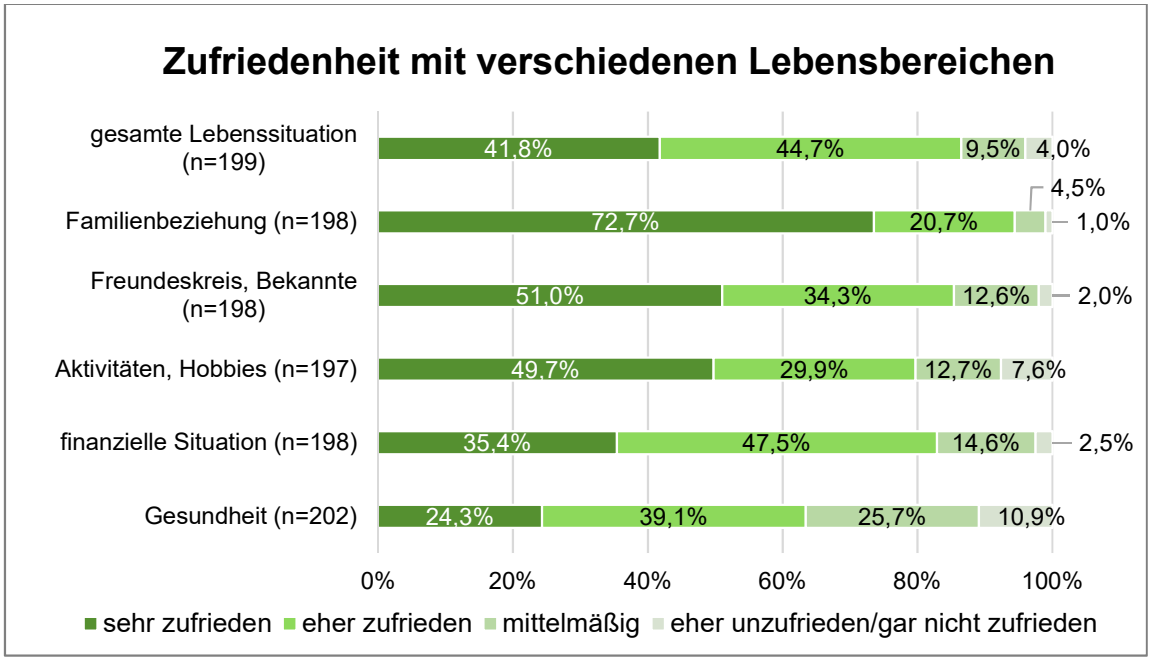


Abbildung 51: Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer/innen.

Besonders hohe Werte zeigen sich bei der Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie. Fast **drei Viertel (72,7%) aller niederösterreichischen Hochaltrigen sind mit der Beziehung zur Familie sehr zufrieden**. Dabei gibt es so gut wie keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen, unterschiedlichen Bildungsgruppen oder sozioökonomischen Gruppen. Auch beim Gesundheitszustand der Befragten oder in der Gegenüberstellung zwischen Pflegeheimbewohner/innen und Personen in Privathaushalten zeigen sich kaum Unterschiede. Wenngleich dies ein sehr positives Ergebnis ist, darf jedoch eine gewisse soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten der Studienteilnehmer/innen bei dieser Frage nicht außer Acht gelassen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass nur ein geringer Teil der Befragten die eigene Familie vor einer fremden Interviewperson ins schlechte Licht rücken würde.

Ebenfalls sehr positiv bewerten die befragten Hochaltrigen ihre **Zufriedenheit mit dem Freundeskreis und den Bekannten** sowie ihre **Zufriedenheit mit ihren Aktivitäten und Hobbies**. Etwa die Hälfte zeigt sich in diesen beiden Bereichen sehr zufrieden und etwa ein Drittel zumindest eher zufrieden. Ausschlaggebend für die hohe Zufriedenheit mit beiden Lebensbereichen ist ein **guter Gesundheitszustand** ($p<0.001$). Dies ist wenig überraschend, da beide Lebensbereiche, Freunde/Bekannte zu sehen bzw. Aktivitäten/Hobbies nachzugehen, ein gewisses Maß an Mobilität und einen damit einhergehenden guten Gesundheitszustand bedürfen. Während sich knapp zwei Drittel (65,5%) der Studienteilnehmer/innen mit einem sehr guten Gesundheitszustand mit beiden Lebensbereichen sehr zufrieden zeigen, sind nur 17,6% der Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand mit ihren Sozialkontakten außerhalb der Familie und nur 27,8% mit ihren Aktivitäten und Hobbies sehr zufrieden. Über den Gesundheitszustand vermittelt zeigen sich dabei in beiden Lebensbereichen große Unterschiede zwischen Pflegeheimbewohner/innen und Hochaltrigen in Privathaushalten.

Während sich bei der Zufriedenheit mit den Aktivitäten nur geringe Geschlechterunterschiede zeigen, weisen **Männer eine signifikant höhere Zufriedenheit mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis** auf als Frauen (58,9% vs. 41,8% „sehr zufrieden“; $p<0.05$). Dies lässt sich neben dem besseren Gesundheitszustand der befragten Männer auch darauf zurückführen, dass Männer über einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis verfügen als Frauen (vgl. Kapitel 5.2.2). Ebenfalls entscheidend für die Zufriedenheit mit den Sozialkontakten außerhalb der Familie ist das Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen: 77,8% der Personen mit Universitätsabschluss, aber nur 51,7% der Personen mit Pflichtschulabschluss zeigen sich hier sehr zufrieden ($p<0.01$).

Etwas **weniger zufrieden sind die Befragten mit ihrer finanziellen Situation** – nur 35,4% sind hier sehr und 47,5% eher zufrieden. Vor allem Frauen, Studienteilnehmer/innen mit geringer Bildung, niedrigen **sozioökonomischen Status** und einem damit einhergehenden geringeren Haushaltseinkommen zeigen sich hier weniger zufrieden. Etwa drei Mal so viele Personen mit Pflichtschulabschluss sind im Vergleich zu Personen mit einem Universitätsabschluss mit ihrer finanziellen Situation nur mittelmäßig zufrieden (8,3% vs. 24,2%; $p<0.01$). Noch gravierender zeigt sich der Unterschied beim sozioökonomischen Status: Mehr als vier Mal so viele Personen mit niedrigen sozioökonomischen Status sind im Vergleich zu Personen mit hohem sozioökonomischen Status mittelmäßig zufrieden (28,9% vs. 6,7%; $p<0.01$). Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich auch mit dem Gesundheitszustand, der mit der Bildung und dem sozioökonomischen Status der Befragten einhergeht ($p<0.001$).

Am wenigsten zufrieden sind die Studienteilnehmer/innen mit ihrer Gesundheit. Nur knapp ein Viertel (24,3%) zeigt sich sehr zufrieden und 39,1% zeigen sich eher zufrieden. 25,7% sind nur mittelmäßig zufrieden mit ihrer Gesundheit und immerhin knapp 11% zeigen sich eher unzufrieden oder gar nicht zufrieden. Wesentlichstes Einflusskriterium bei der Zufriedenheit mit der Gesundheit ist wenig überraschend der eigene Zustand der Gesundheit. So zeigen sich 44,4% aller Personen, die als frail eingestuft werden können, mit ihrem Gesundheitszustand eher unzufrieden bzw. gar nicht zufrieden ($p<0.001$). Obwohl Frauen tendenziell einen schlechteren

Gesundheitszustand aufweisen (vgl. Kapitel 4.1.2), zeigen sie sich nur geringfügig unzufriedener als Männer (13,8% vs. 8,3%). Während sich beim objektiven Gesundheitszustand signifikante Unterschiede in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Studienteilnehmer/innen zeigen, erweisen sich diese bei der Zufriedenheit mit der Gesundheit jedoch als weniger bedeutend.

Zusammenfassend können die niederösterreichischen Studienteilnehmer/innen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit den einzelnen Lebensbereichen in drei Gruppen eingeteilt werden.

1. Eine Gruppe von etwa **45% der Hochaltrigen, die über eine sehr hohe Zufriedenheit** mit ihren Lebensbereichen berichtet. Über 80% der Personen sind mit ihrer Lebenssituation insgesamt und mit fast allen Einzelbereichen sehr zufrieden. Nur bei der Gesundheit (49,4%) und der finanziellen Situation (62,4%) ist der Anteil, der sehr zufriedenen Personen geringer. In diese Gruppen fallen vor allem Männer mit einem hohen Bildungsabschluss und einem hohen sozioökonomischen Status, die sich eines sehr guten Gesundheitszustands erfreuen.

2. Eine zweite Gruppe in derselben Größe von etwa **45% der Hochaltrigen**, die über eine **nicht ganz so hohe Zufriedenheit** mit ihren Lebensbereichen berichtet. Sehr zufrieden ist die Mehrheit der Personen (60,8%) nur mit der Beziehung zur Familie. Mit den anderen Lebensbereichen ist die Mehrheit der Personen (60-75%) hingegen nur eher zufrieden. In diese Gruppe fallen gleich viele Männer wie Frauen, etwa gleich viele Personen mit gutem und schlechtem Gesundheitszustand und etwas mehr Personen mit einem niedrigen Bildungsstand.

3. Die dritte Gruppe stellt nur **10% der Hochaltrigen** dar und zeigt sich mit ihrer Lebenssituation insgesamt sowie mit ihrer Gesundheit, ihren Aktivitäten und ihren Sozialkontakten **nur mittelmäßig zufrieden**. Allerdings zeigt sich immer noch eine relative Mehrheit von etwas mehr als 40% dieser Gruppe mit der Beziehung zur Familie sehr zufrieden und mehr als 60% zeigen sich mit ihrer finanziellen Situation zumindest eher zufrieden. In diese Gruppe fallen etwas mehr Frauen als Männer, Personen mit einem geringen Bildungslevel und schlechteren Gesundheitszustand.

4.5 Gesundheitsbewusstsein und -verhalten

Abschließend wird in diesem Kapitel noch auf das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten der Studienteilnehmer/innen eingegangen. Diese wurden im Rahmen der Befragung gefragt, ob sie besonders auf ihre Gesundheit achten und ob sie etwas Bestimmtes für ihre Gesundheit tun. Ein Schwerpunkt der Befragung lag dabei auch auf dem Alkoholkonsum und den Rauchgewohnheiten der Teilnehmer/innen als besonders gesundheitsrelevante Aspekte des individuellen Lebensstils. Bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse gilt es zu berücksichtigen, dass Fragen nach dem Gesundheitsbewusstsein und dem individuellen Gesundheitsverhalten immer mit einer gewissen sozialen Erwünschtheit verbunden sind: Gesundheit nimmt in unserer Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert ein. Wer nicht auf seine Gesundheit achtet oder

der Gesundheit sogar offenkundig schadet, gerät sehr schnell in den Verdacht der Unvernunft. Die im Folgenden diskutierten und statistisch zusammengefassten Angaben sollten also möglichst als das betrachtet werden, was sie sind – nämlich nicht Angaben über das tatsächliche gesundheitsförderliche Verhalten der Teilnehmer/innen, sondern subjektive Einstellungen zu gesellschaftlich äußerst relevant bewerteten Bereichen des individuellen Verhaltens.

4.5.1 Gesundheitsverhalten

- **47,0% der Hochaltrigen in Niederösterreich geben an, sehr auf ihre Gesundheit zu achten.**
- **Weitere 42,5% geben an, ziemlich auf ihre Gesundheit zu achten.**

Zur Erhebung des Gesundheitsbewusstseins wurde den Teilnehmer/innen zunächst die Frage gestellt, ob sie besonders auf ihre Gesundheit achten. Angesichts des hohen gesellschaftlichen Stellenwertes von Gesundheit und Gesundheitsförderung ergibt sich wenig überraschend ein relativ hohes Gesundheitsbewusstsein unter den befragten Hochaltrigen in Niederösterreich: **47,0% geben an, sehr auf ihre Gesundheit zu achten**. Weitere 42,5% geben an, zumindest ziemlich auf ihre Gesundheit zu achten. Nur 10,5% sagen, dass sie wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit achten. Dieses hohe Gesundheitsbewusstsein zeigt sich in der gesamten Stichprobe hinweg. So gibt es einerseits keinen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsbewusstsein und dem objektiven Gesundheitszustand. Personen im pre-frailen und frailen Zustand geben mit über 80% eine ähnlich hohe Gesundheitsorientierung an als Personen, die als rüstig oder fit bezeichnet werden können (über 90%). Andererseits zeigen sich auch keine signifikanten Unterschiede bei dem Geschlecht oder Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen oder dem Urbanisierungsgrad der Erhebungsgemeinden.

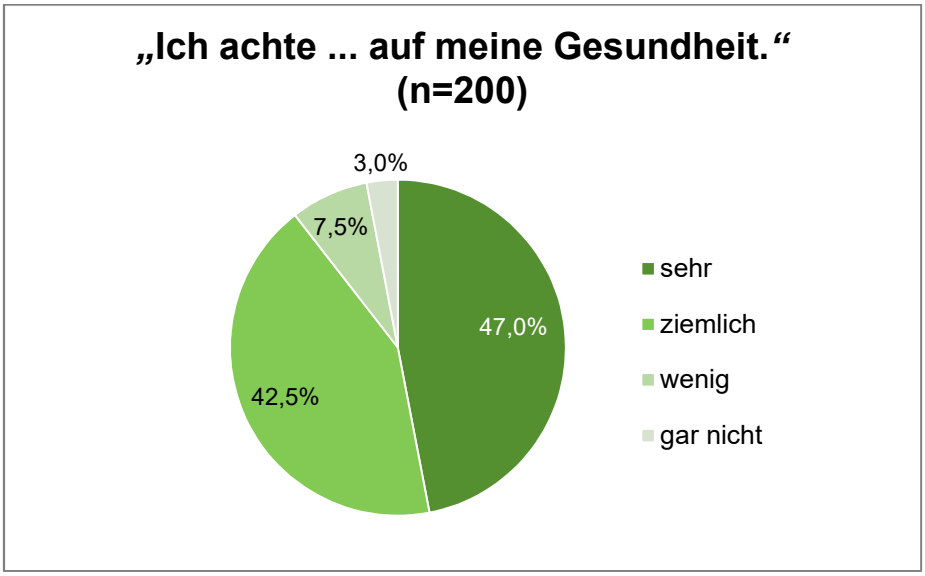


Abbildung 52: Gesundheitsbewusstsein (n=200).

4.5.2 Gesundheitsförderliche Aktivitäten

- **Im Durchschnitt gehen die Hochaltrigen in Niederösterreich sechs gesundheitsförderlichen Aktivitäten nach.**
- **Am häufigsten werden die Pflege der Sozialkontakte, ausreichender Schlaf und körperliche Aktivität genannt.**
- **Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer/innen (53,8%) macht täglich zwischen 1-3 Stunden körperliche Bewegung.**

Die Ergebnisse zum Gesundheitsbewusstsein decken sich weitestgehend mit jenen zum Gesundheitsverhalten. Hier wurden die Teilnehmer/innen gefragt, ob und was sie bewusst in Form von konkreten gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Verhaltensweisen für ihre Gesundheit tun. Dabei sagen **88,1%, dass sie etwas für ihre Gesundheit tun**. Lediglich 10,9% geben an, nichts oder zumindest nichts Bestimmtes zu tun. Die Ergebnisse sind also noch etwas deutlicher als bei der Frage nach dem Gesundheitsbewusstsein. Auch hier zeigen sich weder signifikante Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustands, noch bei dem Geschlecht oder dem Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen.

Im Durchschnitt geben die Studienteilnehmer/innen an, sechs konkreten Aktivitäten nachzugehen. Mit **knapp 80% geht der Großteil der Befragten mehr als vier gesundheitsförderlichen Aktivitäten** nach. Bei den konkreten Aktivitäten, um gesund zu bleiben oder die Gesundheit zu verbessern, wird **am häufigsten die Pflege der Sozialkontakte** genannt, der über 80% der Studienteilnehmer/innen nachgehen. Darauffolgend werden ausreichender Schlaf (74,9%), körperliche Aktivität (74,4%), gesunde Ernährung (72,4%) und der Verzicht auf Zigarettenkonsum (70%) genannt. Zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen (57,6%) oder Stress zu vermeiden (56,2%) wird nur von etwas mehr als der Hälfte der Befragten genannt. Keinen Alkohol zu trinken (32,5%) oder weniger zu essen (30,5%) wird nur von etwas weniger als einem Drittel genannt.

Während bei der durchschnittlichen Anzahl der gesundheitsförderlichen Aktivtäten keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Gesundheit, das Geschlecht oder Bildung der Studienteilnehmer/innen zu beobachten sind, zeigen sich bei einigen konkreten Aktivitäten **vereinzelt Geschlechter- und Gesundheitsunterschiede**. So verzichten etwa doppelt so viele Frauen wie Männer auf **Alkohol** (45,7% vs. 21,1%; $p<0.001$) und Frauen geben signifikant häufiger als Männer an, sich **gesund zu ernähren** (84% vs. 69,9%; $p<0.05$). Gesunde Ernährung und **körperliche Aktivität** stehen zudem in signifikanten Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Befragten. Personen mit besserer Gesundheit gehen beiden Aktivitäten signifikant häufiger nach ($p<0.01$). Während der Zusammenhang mit der körperlichen Aktivität wenig überraschend ist, ergibt sich der Zusammenhang mit der gesunden Ernährung nur, wenn Pflegeheimbewohner/innen nicht einbezogen werden. Hier zeigt sich, das gesundheitsförderliche Aktivitäten auch im Rahmen der Möglichkeiten, diesen nachzugehen, zu betrachten sind.

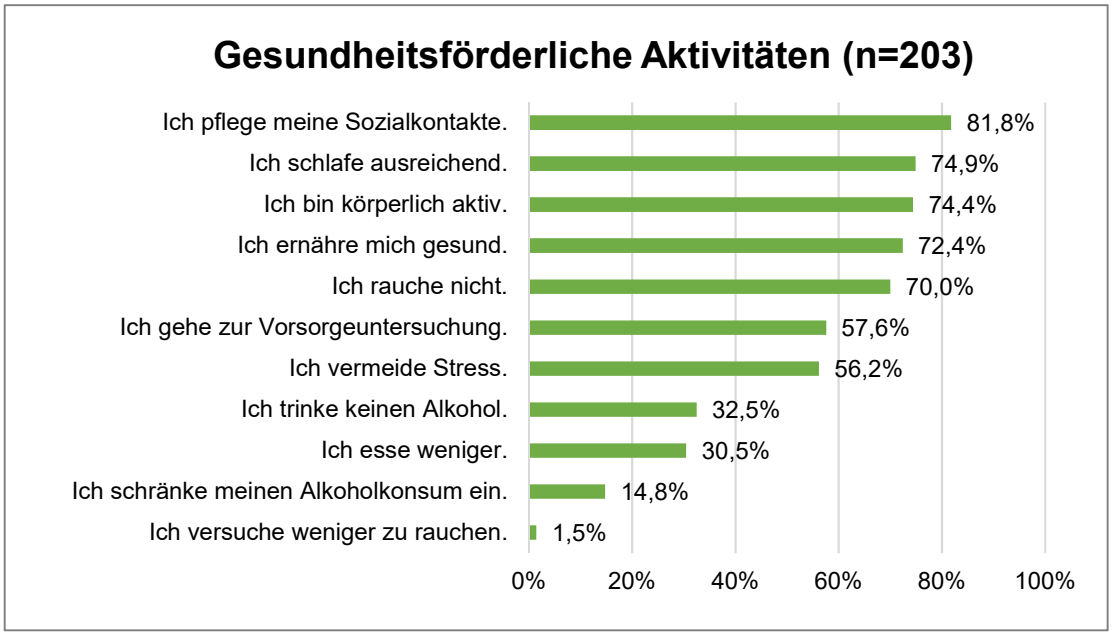


Abbildung 53: Gesundheitsförderliche Aktivitäten (n=203).

Im Rahmen ihres Gesundheitsverhalten wurden die Studienteilnehmer/innen auch zu ihrer körperlichen Bewegung befragt, wie oft sie etwa spazieren gehen, Gymnastik und Sport betreiben oder der Gartenarbeit nachgehen. **Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer/innen (53,8%) macht täglich zwischen 1-3 Stunden körperliche Bewegung**. Weitere 8,8% bewegen sich sogar mehr als 3 Stunden täglich. Etwa 20% gehen zumindest mehrmals in der Woche 1-3 Stunden pro Tag körperlicher Bewegung nach. Nur 11% geben an, seltener oder nie körperliche Bewegung zu machen. Auch hier zeigen sich kaum Geschlechter- oder Bildungsunterschiede. Allerdings zeigen sich deutlich signifikante Unterschiede zwischen Befragten mit guter und schlechter Gesundheit ($p<0.001$). So geben knapp drei Viertel (74,1%) der Hochaltrigen mit sehr gutem und zwei Drittel (67,9%) der Hochaltrigen mit gutem Gesundheitszustand an, täglich 1 bis 3 Stunden körperliche Bewegung zu betreiben. Im Vergleich dazu geht nur die Hälfte der Hochaltrigen mit Frailty, selten oder nie körperlicher Bewegung nach.

4.5.3 Rauchen und Alkoholkonsum

- **93,1% der Hochaltrigen in Niederösterreich sind Nichtraucher/innen.**
- **42,8% geben an, regelmäßig Alkohol zu trinken.**
- **57% der hochaltrigen Männer, aber nur 26,6% der hochaltrigen Frauen trinken zumindest 1-3 Mal in der Woche Alkohol.**

Sehr geringe Prävalenz des Rauchens von Tabakwaren

Zwei weitere wesentliche Aspekte im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten sind das Rauchen und der Alkoholkonsum. Aufgrund seiner erwiesenen Gesundheitsschädlichkeit wird **Rauchen** inzwischen in der Regel als ein Indikator für eine eher niedrige Gesundheitsorientierung gewertet. Die oben dargestellten, sehr positiven Ergebnisse zum Gesundheitsbewusstsein und zum Gesundheitsverhalten

werden durch die erhobenen Rauchgewohnheiten der Teilnehmer/innen insofern bekräftigt, als sich in der Stichprobe nur wenige Raucher/innen befinden: **93,1% der Teilnehmer/innen geben an, Nichtraucher/innen zu sein**. Davon geben wiederum 71,6% an, nie in ihrem Leben geraucht zu haben. Raucher/innen stellen also in der hier untersuchten Stichprobe die Ausnahme dar.

Nur etwas mehr als ein Viertel der Befragten (27,6%) gab an, früher geraucht zu haben, wovon nur etwas mehr als die Hälfte der Personen (57,4%) mehr als 20 Jahre ihres Lebens rauchte. Durchschnittlich rauchten die Personen 20 Zigaretten pro Tag und etwa zwei Drittel dieser Personen hörten vor mehr als 20 Jahren auf zu rauchen. Ehemaliges Rauchverhalten trifft in der Stichprobe vermehrt auf Männer (41,3%) als auf Frauen (11,6%) zu ($p<0.001$). Während ehemaliges Rauchverhalten eher bei Frauen mit einem Universitätsabschluss anzutreffen ist, sind es bei Männer eher Befragte mit einem Lehrschulabschluss oder einer Matura. Bei Männern zeigt sich zudem ein Zusammenhang mit ihrer früheren Berufstätigkeit, da Rauchen vor allem von Arbeitern und Angestellten nachgegangen wurde. Bei Frauen zeigt sich hier kein Unterschied.

Die **niedrige Raucher/innenquote** deckt sich auch mit Ergebnissen anderer Hochaltrigenstudien, die ebenfalls festgestellt haben, dass sich die Population der Hochaltrigen überwiegend aus Menschen zusammensetzt, die ihr Leben lang nicht oder jedenfalls nur in geringem Ausmaß geraucht haben (Y. Li u.a., 2014; Rizzuto, Orsini, Qiu, Wang, & Fratiglioni, 2012; The University of Georgia, 2005). Es lässt sich daraus schließen, dass Nichtrauchen als ein wesentlicher Bestandteil eines gesunden Lebensstils maßgeblich zur Erhaltung der Gesundheit bis ins hohe Alter bzw. zur Langlebigkeit beiträgt – zumindest aber, dass Raucher/innen seltener die Hochaltrigkeit erreichen als Nichtraucher/innen.

Regelmäßiger Alkoholkonsum vor allem bei Männern verbreitet

Anders als das Rauchen spielt der **Alkoholkonsum** in der hier untersuchten Stichprobe hochaltriger Niederösterreicher/innen eine wesentlich größere Rolle. 42,8% der Befragten geben an, regelmäßig Alkohol zu trinken: 19,4% trinken täglich, 13,4% zumindest zwei bis drei Mal pro Woche und weitere 10% trinken zumindest einmal in der Woche alkoholische Getränke. Regelmäßiger Alkoholgenuss ist unter den befragten Hochaltrigen also durchaus verbreitet. Dennoch trinkt die Mehrheit der Studienteilnehmer/innen (57,2%) nur maximal 3 Mal im Monat oder seltener Alkohol, davon trinken 32,8% überhaupt gar keinen Alkohol.

Beim regelmäßigen Konsum von Alkohol zeigen sich Unterschiede bei der **Bildung** und dem **sozioökonomischen Status** der Studienteilnehmer/innen. So trinken Personen mit einem Universitätsabschluss im Vergleich zu Personen mit einem Pflichtschulabschluss drei Mal und im Vergleich zu Personen mit einer Matura zwei Mal so häufig täglich Alkohol. Umgekehrt sind unter jenen Studienteilnehmer/innen, die gar keinen Alkohol trinken, die höchsten Anteile bei Personen mit einem Pflichtschul- (43,5%) oder Lehrschulabschluss (31,9%) zu finden. Nur ein Fünftel der Personen mit einem Universitätsabschluss gibt an, gar keinen Alkohol zu trinken. Ähnliche Unterschiede zeigen sich beim sozioökonomischen Status: Personen mit hohem sozioökonomischen

Status trinken im Vergleich zu Personen mit mittlerem oder niedrigerem sozioökonomischen Status doppelt so oft täglich Alkohol (32,2% vs. 13,7% bzw. 15,4%).

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich allerdings, dass die Unterschiede im regelmäßigen Konsum von Alkohol **vor allem auf das Geschlecht der Befragten** zurückzuführen sind. Zwar zeigen sich in den anteilsmäßigen Verteilungen bildungs- und schichtspezifische Unterschiede, allerdings weisen diese Unterschiede keine Signifikanz mehr auf, sobald das Geschlecht der Befragten in ein Analysemodell der gleichzeitigen Berücksichtigung mehrerer Faktoren aufgenommen wird. Demnach zeigt sich der Geschlechterunterschied im Konsum von Alkohol als einziger signifikanter Unterschied ($p<0.01$). **Männer trinken doppelt so häufig regelmäßig** Alkohol, während die Zahlen derjenigen, die gar keinen Alkohol trinken, hingegen bei den Frauen doppelt so hoch sind (vgl. Abbildung 54).

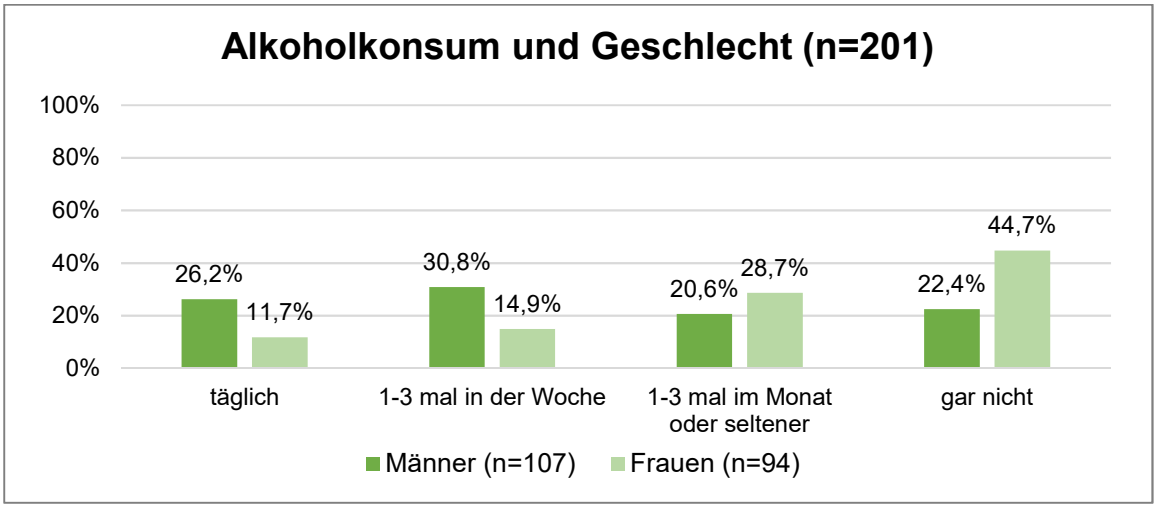


Abbildung 54: Alkoholkonsum nach Geschlecht (n=201).

Diese Befunde stehen durchaus im Einklang mit Ergebnissen anderer Studien über Alkoholkonsum in älteren Studienpopulationen. So weisen auch Agahi, Kelfve, Lennartsson & Kareholt (2016) in ihrer Studie über Alkoholkonsum bei 76-100-Jährigen in Schweden darauf hin, dass Alkohol vor allem von **Männern mit höherer Bildung** konsumiert wird. Ebenso weisen Anderson & Baumberg (2008) darauf hin, dass europaweit eines der beständigsten Muster in der Konsumation von Alkohol darin besteht, dass Personen mit niedrigeren sozioökonomischen Status eher Personen sind, die keinen Alkohol zu sich nehmen. Agahi et al. (2008) erklären den Zusammenhang von niedrigen sozioökonomischen Status und geringen Alkoholkonsum vor allem damit, dass Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status auch einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und deswegen keinen Alkohol zu sich nehmen.

Während sich der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Gesundheitszustand (vgl. Kapitel 4.1.2) zwar auch in der ÖIHS-NÖ belegen lässt, konnte **kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Alkoholkonsum** gefunden werden. Da der zunächst gefundene Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und Alkoholkonsum unter der Berücksichtigung von Geschlecht nicht aufrecht erhalten bleibt, kann der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status, Gesundheit und Alkoholkonsum für die vorliegende Studie

der ÖIHS-NÖ nicht bestätigt werden. Vielmehr ist zeigt es sich in unserer Stichprobe, dass der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Alkoholkonsum über den Zusammenhang von Geschlecht und Alkoholkonsum vermittelt wird.[32] Der Einfluss von Geschlecht wird – wie auch in der ÖIHS-NÖ beschrieben – in beiden Studien ebenso als beständiger Erklärungsgrund für den Alkoholkonsum bei älteren Studienpopulationen gesehen (Agahi u. a., 2016; Anderson & Baumberg, 2008).

Nicht außer Acht gelassen werden darf in diesem Zusammenhang allerdings der Selektionsprozess als Ergebnis eines schichtspezifischen Alkoholkonsums, der in dieser Form in der ÖIHS-NÖ nicht aufgezeigt werden kann. Denn Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status trinken zwar häufiger Alkohol, allerdings trinken Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status, sofern sie Alkohol trinken, weitaus größere und gesundheitsbeeinträchtigende Mengen von Alkohol (Yarnell u. a., 2005). Ein solcher Alkoholkonsum, der im Alkoholmissbrauch und Alkoholismus enden kann, führt in der Folge zu einer geringeren Lebenserwartung und dem Nicht-Erreichen der Hochaltrigkeit (Agahi u. a., 2016; Uhl, Puhm, Beiglböck, & Preinsperger, 2009). Für die Ergebnisse der Hochaltrigenstudie bedeutet dies, dass sich der Alkoholkonsum der Studienteilnehmer/innen (mit höherem sozioökonomischen Status) höchst wahrscheinlich auf eher geringere Mengen belaufen dürfte und als moderat und unproblematisch einzustufen sein dürfte, da ihnen sonst aller Voraussicht nach das Erreichen der Hochaltrigkeit verwehrt geblieben wäre.

4.5.4 Angebote der Gesundheitsförderung

- **27% nehmen an Angeboten zur Verbesserung der Gesundheit und Erleichterung des Alltags teil; weitere 16,2% wären daran interessiert.**

Zur Vorbeugung eventuell eintretende Krankheiten und Förderung der Gesundheit bieten mehrere Stellen, wie z.B. Volkshochschulen, Tageseinrichtung, u.ä., verschiedene Angebote zur Gesundheitsförderung an. Im Rahmen der Hochaltrigenstudie wurden die Studienteilnehmer/innen auch darüber befragt, ob sie solche Angebote der Gesundheitsförderung wahrnehmen bzw. wahrnehmen würden. Hier zeigt sich, dass lediglich etwas mehr als ein Viertel der Befragten (27%) an Angeboten zur Verbesserung der Gesundheit und Erleichterung des Alltags, wie z.B. Vorträge über Ernährung und Bewegung, Gedächtnistrainings, gemeinsame Bewegung in der Gruppe, teilnehmen.

Über die Möglichkeit an solchen Angeboten teilzunehmen haben jene 27% entweder über das persönliche Netzwerk wie Familie oder Freunde, eine Briefzustellung oder ein Email erfahren. Von jenen Studienteilnehmer/innen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht an Angeboten der Gesundheitsförderung teilnahmen, wären 16,2% interessiert darüber

[32] Wie bei der Besprechung des Einflusses von sozioökonomischem Status und Geschlecht auf den Gesundheitszustand sei auch hier auf die ungünstige Verteilung des sozioökonomischem Status innerhalb von Frauen und Männern in dieser Stichprobe verwiesen, die sich in einer sehr geringen Anzahl von Frauen mit hohem sozioökonomischen Status und einer ebenso geringen Anzahl von Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status ausdrückt (in beiden Fällen weniger als 20 Personen).

mehr zu erfahren. Am ehesten wollen diese Personen über die Briefzustellung erreicht werden. An einem Angebot der Gesundheitsförderung würden Sie teilnehmen, wenn das Angebot im Ort und am Nachtmittag stattfinden würde. Es sollte regelmäßig 1-2 Mal pro Monat stattfinden und zumindest 1 Stunde dauern.

Wenngleich fast 90% der Studienteilnehmer/innen angeben, etwas für die Gesundheit zu tun, so will doch nur ein recht überschaubarerer Anteil von etwas mehr als einem Drittel externe Angebote in Anspruch nehmen. Unter den Personen, die an Angeboten der Gesundheitsförderung teilnehmen oder daran Interesse hätten, sind Frauen häufiger zu finden als Männern. Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich auch bei dem Bildungsstand der Befragten. So zeigen sich Personen mit einer Matura oder einem Lehrabschluss eher an Angeboten der Gesundheitsförderung interessiert. Unter den Personen mit Pflichtschulabschluss ist es nur ein Drittel und unter den Personen mit einem Hochschulabschluss nur ein Fünftel der Befragten, die Interesse an den Angeboten der Gesundheitsförderung zeigen. Es dürfte also schwieriger sein, Männer und Personen mit sehr hoher oder sehr geringer Bildung zu erreichen. Bezüglich des Gesundheitszustands der Personen zeigen sich keine Unterschiede.

AKTIVITÄT
UND
SOZIALE BEZIEHUNGEN

5 AKTIVITÄT UND SOZIALE BEZIEHUNGEN

Neben der Gesundheit stellt die Einbettung hochaltriger Menschen in die Gesellschaft in Form einer sinnvoll erlebten Alltagsgestaltung sowie durch familiäre und außerfamiliäre soziale Beziehungen wichtige Ressourcen in der Bewältigung von Beeinträchtigungen im hohen Alter und letztlich für ein erfolgreiches Altern dar. Fragen der Alltagsgestaltung im hohen Alter sind vor allem deshalb von besonderer Relevanz, da sich Menschen durch ihre Aktivitäten in der Regel sehr stark selbst definieren und in gewisser Weise auch Lebenssinn aus ihnen beziehen. Interessen und Hobbies oder ehrenamtliches Engagement können neben der Sinnstiftung auch zur sozialen Integration von älteren Menschen beitragen und „in einer Veränderung familiärer und außerfamiliärer Netzwerke“ münden (Iller & Wienberg, 2012). Sozialen Beziehungen von hochaltrigen Menschen sind dabei sowohl in quantitativer Hinsicht, z.B. durch die Anzahl familiärer und außerfamiliärer Kontakte, sowie in qualitativer Hinsicht, z.B. in Form der Bewertung und Zufriedenheit mit diesen Kontakten, anzusehen. Ein aufrechtes soziales Netzwerk stellt eine wesentliche Ressource im Umgang mit gesundheitlichen Verschlechterungen und der Entwicklung von Handlungskompetenz im hohen Alter dar (ebd.).

5.1 Freizeit- und Alltagsgestaltung

In der Gestaltung von Alltag und Freizeit stellen Aktivität und ein tätiges Leben sehr positiv besetzte und wirkmächtige gesellschaftliche Werte dar, die auch ins höhere Alter hineinreichen und als solche auch sehr sinnstiftend wirken. Wie „sinnvoll“ konkrete Aktivitäten im Einzelnen sind, ist dabei oft gar nicht primär von Bedeutung, sondern entscheidend ist vielmehr – wie auch Befunde aus der Sozialgerontologie bereits Mitte der 1980er Jahre nahelegten (Ekerdt, 1986) –, dass sich Menschen selbst als aktiv erleben und auch nach außen entsprechend darstellen können. Sinnstiftend sind Aktivitäten daher mitunter als Aktivität per se, d.h. etwa dadurch, dass sie beschäftigen, den Tag strukturieren oder auch einfach nur die Zeit vertreiben. Solange das der Fall ist – und sofern diese Aktivitäten auch selbstbestimmt gewählt und ausgeübt werden können –, wird der Alltag in der Regel als sinnvoll erfahren, zumindest aber nicht als Quelle von Unzufriedenheit wahrgenommen. Dieser Abschnitt widmet sich in drei Unterkapitel der Alltagsgestaltung, den Hobbys und Interessen hochaltriger Menschen. Kurz eingegangen wird zudem auf bürgerschaftliches Engagement (ehrenamtliche Tätigkeiten) und Religiosität im hohen Alter.

5.1.1 Alltagsgestaltung, Hobbys und Interessen

- **80% aller Befragten sind mit ihrer Alltagsgestaltung zufrieden.**
- **Die Alltagsgestaltung im Alter ist stark von der Gesundheit bestimmt.**
- **Geschlechterrollen durchziehen die Alltagsgestaltung: Frauen im Haushalt, Männer am Sportplatz oder vor dem Computer.**
- **Hochaltrige in ländlichen Gemeinden besuchen häufiger Friedhöfe, Kulturveranstaltungen werden vor allem von Städter/innen besucht.**

Die hochaltrigen Niederösterreicher/innen in dieser Stichprobe verbringen ihren Alltag auf sehr unterschiedliche Weise und gehen trotz ihres hohen Alters einer Vielzahl an Aktivitäten und einem breiten Spektrum an Interessen nach. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen besteht der wesentlichste Unterschied vor allem darin, dass die **Alltagsgestaltung im Alter wesentlich stärker als in anderen Lebensphasen von der gesundheitlichen Konstitution der Befragten bestimmt** wird. Ähnlichkeiten zu jüngeren Altersphasen zeigen sich darin, dass die Aktivitäten, denen Personen im höheren Alter nachgehen, abseits des Gesundheitszustands ebenso durch die sozialdemografischen und sozioökonomischen Merkmale der Befragten, wie dem Geschlecht, der Bildung, dem Einkommen oder dem sozioökonomischen Status, bestimmt sind.

Im Rahmen der Erhebung wurde ein umfangreiches Set an Alltagsaktivitäten und Hobbys abgefragt. Im **Durschnitt nannten die Studienteilnehmer/innen 9,4 Aktivitäten** von insgesamt 21 vorgelesenen. Diese können nach der Häufigkeit der Nennungen gruppiert werden:

- Zu den **fünf am häufigsten** genannten Aktivitäten der Alltagsgestaltung zählen Fernsehen (96%), Lesen (89,6%), Freunde, Bekannte, Familie besuchen (74,4%), Spazieren gehen (60,1%) und Gartenarbeiten (60,1%). Die Mehrheit (54,5%) der Studienteilnehmer/innen sieht bis zu 3 Stunden fern, weitere 28,7% mehr als 3 Stunden und die restlichen 16,8% sehen nur 1 Stunde oder seltener bis gar nicht fern.
- Ebenfalls häufig genannt werden Friedhofsbesuche (70,5%) und der Kirchgang bzw. Besuch von Gottesdiensten (58,1%), wobei wöchentlich nur 35% in die Kirche bzw. 24,2% auf den Friedhof gehen.
- Für **mehr als die Hälfte** der Personen zählen Haushaltsarbeiten oder Kochen zu den Aktivitäten ihrer Alltagsgestaltung. Etwas weniger häufig werden Denksportaufgaben (44,3%), der Besuch von Kulturveranstaltungen (40,9%), Basteln, Heimwerken, Handwerken (37,9%) oder Spiele spielen (32,5%) genannt.
- Immerhin mehr als ein Viertel (26,1%) beschäftigt sich mit dem Computer oder dem Internet. Davon schreiben 78% auch Emails und 90% nutzen das Internet, davon 62,7% sogar täglich.
- **Weniger häufig** genannt werden die Betreuung von Kindern (23,6%), die Beschäftigung mit Haustieren (21,6%), der Besuch von Vorträgen (20,7%), künstlerische Aktivitäten (14,8%), der Besuch von Sportveranstaltungen (10,9%) oder die Betreuung/Pflege von unterstützungsbedürftigen Personen (4,9%).

Gesundheit als wesentlichster Einflussfaktor der Alltagsgestaltung

Die Alltagsgestaltung im Alter wird von mehreren Einflussfaktoren in Form von sozioökonomischen Determinanten bedingt, wie das im Übrigen auch bei Personen jüngeren Alters der Fall ist. Mehr als bei anderen Altersgruppen beeinflusst der **allgemeine Gesundheitszustand** die Alltagsgestaltung von hochaltrigen Menschen maßgeblich. Viele Aktivitäten können je nach physischer und kognitiver Beeinträchtigung nicht mehr ausgeübt werden, wodurch die Möglichkeiten einer vielseitigen Alltagsgestaltung dementsprechend eingeschränkt sind. So zeigt die Auswertung sehr deutlich, dass die Zahl und die Vielfalt von ausgeübten (oder jedenfalls von den Teilnehmer/innen als solche genannten) Alltagsaktivitäten sehr stark vom

Gesundheitszustand abhängen: Im Durchschnitt werden von den Teilnehmer/innen der Hochaltrigenstudie 9,4 Aktivitäten, Interessen, Hobbys genannt. Bei Personen mit stark eingeschränktem physischen und/oder kognitiven Zustand sind es durchschnittlich hingegen nur 5,2 Aktivitäten, während Personen mit vergleichsweise sehr guter oder guter Gesundheit durchschnittlich 10,6 Alltagsaktivitäten angeben.

Vor allem bei **Aktivitäten, die eine gute körperliche Verfassung voraussetzen**, ist der Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand hochsignifikant ($p<0.001$). Dies betrifft etwa die **Gartenarbeit**, **sportliche Aktivitäten** oder **Haushaltsarbeiten**, denen über 60% der Befragten mit sehr guter Gesundheit nachgehen können, jedoch nur weniger als ein Fünftel der Personen mit eingeschränktem Gesundheitszustand. Nur etwas mehr als ein Fünftel der Personen mit schlechtem Gesundheitszustand besuchen den Friedhof und nur etwa ein Drittel gehen noch spazieren, während über 60% bzw. drei Viertel der Befragten mit sehr gutem Gesundheitszustand diesen beiden Aktivitäten nachgehen. Aber auch **Aktivitäten, die eine gute kognitive Verfassung voraussetzen**, können bei schlechtem Gesundheitszustand nur mehr eingeschränkt wahrgenommen werden. So beschäftigen sich knapp die Hälfte der Befragten mit einer sehr guten Gesundheit mit dem Computer bzw. dem Internet, während dies nur 12,7% der Personen sind, deren Gesundheitszustand als pre-frail eingestuft wurde. Befragte, deren Gesundheitszustand als frail eingestuft wurde, gehen dieser Aktivität überhaupt nicht mehr nach.

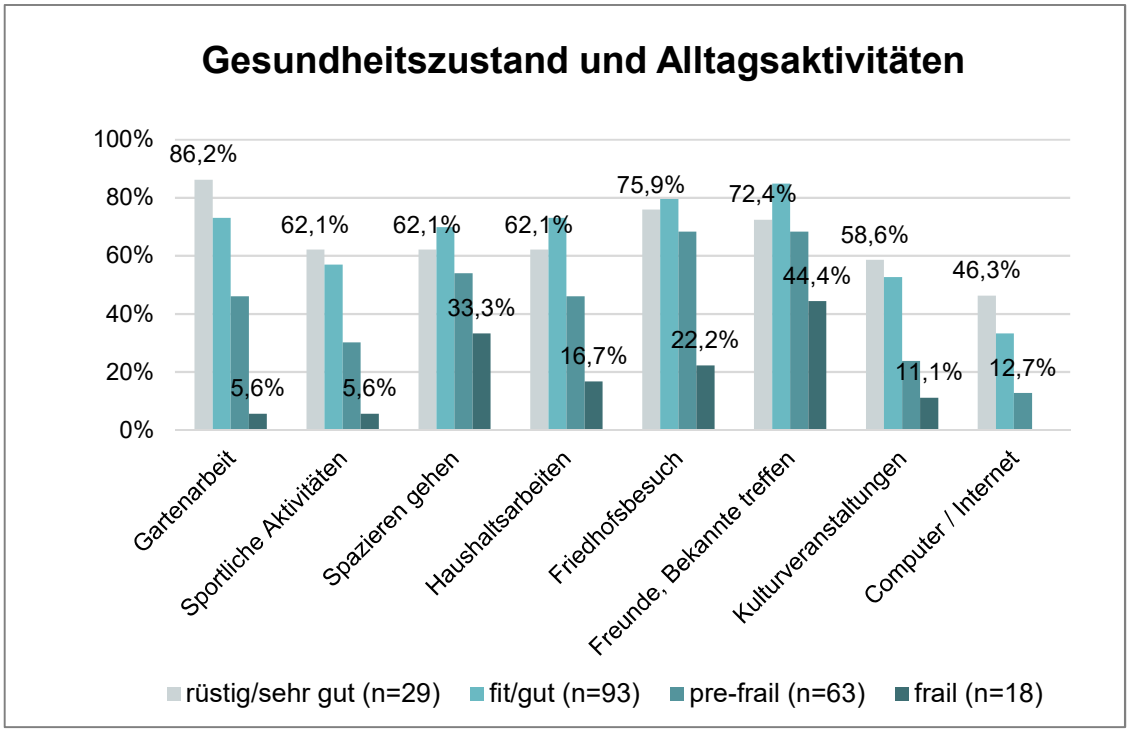


Abbildung 55: Gesundheitszustand und Tätigkeiten der Alltagsgestaltung (Mehrfachnennungen).

Aktivitäten nehmen mit zunehmenden Alter ab

In soziodemografischer Hinsicht stellen sich das Alter und das Geschlecht der Studienteilnehmer/innen als weitere Einflussfaktoren in der Alltagsgestaltung dar. **Ältere Studienteilnehmer/innen gehen signifikant weniger Aktivitäten in ihrer Alltagsgestaltung nach**. Während befragte Studienteilnehmer/innen im Alter von 80 Jahren im Durchschnitt noch 10 Aktivitäten nachgehen, gehen 85-jährige Personen der Stichprobe im Durchschnitt nur mehr 8,5 Aktivitäten nach ($p<0.05$). Die geringere Anzahl an Aktivitäten bei älteren Studienteilnehmer/innen lässt sich darauf zurückführen, dass sich mit zunehmenden Alter der Gesundheitszustand verschlechtert (vgl. Kapitel 4.1.2). Dadurch können Alltagsaktivitäten, die eine gute körperliche Verfassung voraussetzen, nicht mehr nachgegangen werden. Beispiele dafür sind etwa das **Betreiben von Sport** (z.B. Wandern, Schwimmen, Gymnastik etc.), das immerhin noch von 53,1% der 80-Jährigen, aber nur mehr von 36% der 85-Jährigen genannt wird, das Verrichten von **Haushaltsarbeiten** (68,8% vs. 40%) oder **Gartenarbeiten** (71,9% vs. 40%). Aber auch der **Besuch von Kulturveranstaltungen** wird mit zunehmenden Alter schwieriger, da dieser das Verlassen des Hauses bzw. der Wohnung voraussetzt. Hier zeigt sich, dass 59,4% der 80-Jährigen das Haus bzw. die Wohnung einmal oder mehrmals täglich verlassen, während dies nur mehr weniger als die Hälfte (48%) der 85-Jährigen tun. In umgekehrter Folge kann mit zunehmenden Alter ein Anstieg des Prozentsatzes von Studienteilnehmer/innen beobachtet werden, die in ihrer Freizeit dem **Lesen** nachgehen. Nur geringe Altersunterschiede zeigen sich hingegen beim Kochen, bei künstlerischen Tätigkeiten, Denksport, Fernsehen oder der Beschäftigung mit dem Computer.

Geschlechterrollen durchziehen die Alltagsgestaltung

Männliche und weibliche Befragte unterscheiden sich bei den Aktivitäten ihrer Freizeit- und Alltagsgestaltung **nur geringfügig**. Beide gehen durchschnittlich gleich vielen Aktivitäten nach und auch bei den einzelnen Aktivitäten gibt es kaum Unterschiede. Ausnahmen stellen einerseits **Haushaltstätigkeiten und Kochen** dar, denen Frauen signifikant öfter nachgehen ($p<0.001$). Während ca. drei Viertel der befragten Frauen angeben, Haushaltsarbeiten und Kochen nachzugehen, betätigen sich nur 45,9% der befragten Männer im Haushalt und nur 33,9% kochen. Dieser Geschlechterunterschied dürfte ebenso wie der Unterschied in dem Besuch von **Sportveranstaltungen** (Männer: 17,4% vs. Frauen: 3,2%) aus dem in dieser Altersgruppe noch sehr stark verbreiteten Geschlechterbild herrühren. Des Weiteren machen Frauen häufiger **Denksportaufgaben** (52,1% vs. 37,6%), während Männer sich fast doppelt so häufig mit dem **Computer und dem Internet** beschäftigen (33,9% vs. 17%). Der in der Abbildung 56 als signifikant ausgewiesene bivariate Zusammenhang zwischen Männern und Frauen und der Beschäftigung mit dem Computer/Internet ist letztlich jedoch auf den sozioökonomischen Status der Befragten zurückzuführen. Der beachtliche Unterschied zwischen Männern und Frauen ergibt sich vor allem dadurch, dass in dieser Stichprobe wesentlich mehr Männer über einen hohen sozioökonomischen Status verfügen als Frauen. Die in Abbildung 56: Tätigkeiten der Alltagsgestaltung (Mehrfachnennungen). dargestellten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten wurden nach der Häufigkeit der Nennungen in Bezug zur Grundgesamtheit der 203 Studienteilnehmer/innen (Prozentzahlen in Klammer) gereiht.

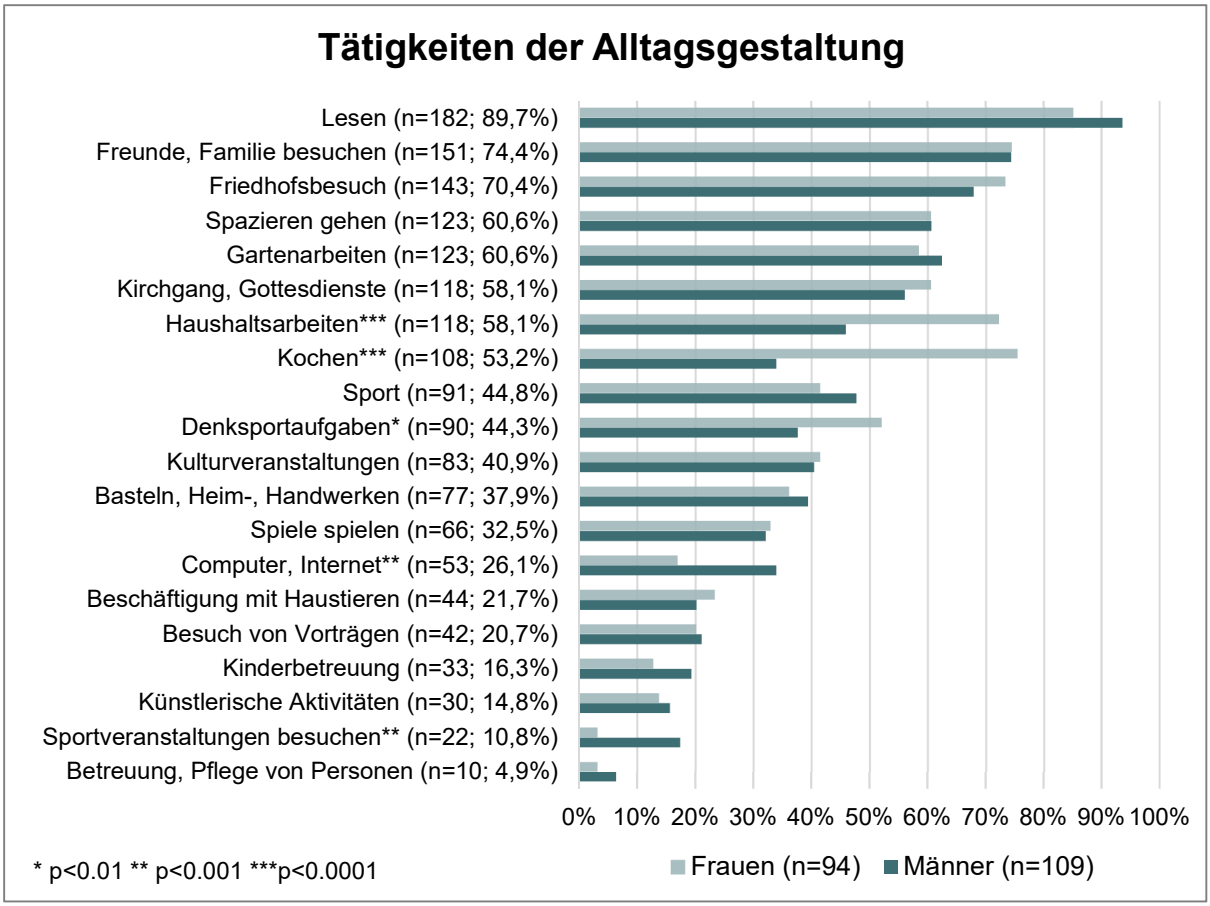


Abbildung 56: Tätigkeiten der Alltagsgestaltung (Mehrfachnennungen).

Sozioökonomischer Status: Digital Divide und Pflege sozialer Kontakte im Alter

Im Durchschnitt gehen Befragte mit hohem sozioökonomischen Status zwei Aktivitäten mehr nach als Befragte mit niedrigem sozioökonomischen Status (10 vs. 8 Aktivitäten; $p<0.01$). Abgesehen von der Anzahl der Aktivitäten zeigen sich aber auch bei den einigen einzelnen Aktivitäten signifikante Unterschiede zwischen Studienteilnehmer/innen mit hohem und niedrigem sozioökonomischen Status. So ist vor allem der Unterschied im **sozioökonomischen Status** bei der **Beschäftigung mit dem Computer und dem Internet** zwischen Studienteilnehmer/innen etwa als besonders markant hervorzuheben: Während mehr als die Hälfte der Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status sich mit dem Computer oder Internet beschäftigen, sind es nur 15,8% der Personen mit einem mittleren sozioökonomischen Status. Dieser Zusammenhang erweist sich nicht nur als hochsignifikant, sondern auch als vergleichsweise stark ($p<0.001$; Phi=0,503). In der Definition des sozioökonomischen Status sind vor allem das Bildungsniveau und das Haushaltseinkommen von Relevanz. Während sich nahezu zwei Drittel (63,9%) der Personen mit einem Universitätsabschluss mit dem Computer/Internet beschäftigen, tun dies nicht einmal 10% der Personen mit einem Pflichtschulabschluss (9,5%). Erst Personen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen von mehr als 1.000 Euro nennen diese Alltagsaktivität ($p<0.001$; Phi=0,498). Der geringere Zugang von bestimmten Personengruppen (mit geringen finanziellen Mitteln und geringerer Bildung) zur Beschäftigung mit Computer/Internet wird in der Literatur auch als „digital divide“ beschrieben, was von Kubicek und Welling

(2000) mit „digitale Kluft“ übersetzt wird. Dieses Phänomen ist bei älteren Menschen wesentlich häufiger anzutreffen als bei jüngeren.

Ein weiterer signifikanter Unterschied zwischen Studienteilnehmer/innen mit einem höheren und einem niedrigeren sozioökonomischen Status zeigt sich beim **Besuch bzw. Einladen von Freunden, Bekannten oder Familie**. So geben etwas mehr als 80% der Befragten mit hohem sozioökonomischen Status an, Freunde, Bekannte oder Familie zu treffen, während dies nur etwa 60,5% der Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status nennen ($p<0.05$). Hier liegt die Annahme nahe, dass Personen mit geringen finanziellen Mitteln es sich nicht in demselben Ausmaß leisten können, Freunde, Bekannte oder Familie zu sich einzuladen wie Personen mit einem höheren Einkommen. Andererseits hängt der persönliche Kontakt zu Freunden, Bekannten und der Familie auch davon ab, inwiefern soziale Kontakte (noch) vorhanden sind. Hochaltrige die eine höhere Anzahl an Freunden und Familienmitgliedern angeben, zu denen regelmäßig Kontakt besteht, nennen auch häufiger, Freunde und Familie zu besuchen bzw. sie einzuladen ($p<0.001$). Gleichzeitig sind es Hochaltrige mit einem höheren sozioökonomischen Status, die über einen größeren Freundeskreis verfügen ($p<0.001$). In dieser Hinsicht zeigt ebenso sich, dass Hochaltrige mit einem besseren Gesundheitszustand, der ja wesentlich von dem sozioökonomischen Status bestimmt wir, signifikant häufiger Kontakt zu Freunden haben als jene mit eingeschränkter Gesundheit ($p<0.01$).

Hinsichtlich der **Bildung** der befragten Studienteilnehmer/innen zeigen sich bei drei weiteren Alltagsaktivitäten signifikante Unterschiede. Befragte Hochaltrige mit Universitätsabschluss gehen im Vergleich zu Personen mit Pflichtschulabschluss signifikant häufiger **künstlerischen Aktivitäten** nach (30,6% vs. 4,8%; $p<0.01$) und besuchen häufiger **Kulturveranstaltungen** (63,9% vs. 22,2%; $p<0.001$). In der Anzahl der Aktivitäten zwischen Hochaltrigen mit unterschiedlichen Bildungsniveaus zeigen sich keine Unterschiede.

Kulturveranstaltung vs. Friedhofsbesuche – Angebotsstruktur niederösterreichischer Gemeinden

Unterschiede in der Alltagsgestaltung bestehen auch zwischen Hochaltrigen, die in ländlicheren Gemeinden, und jenen, die in städtischeren Gemeinden wohnhaft sind. Diese begründen sich auf der einen Seite aufgrund des unterschiedlichen **Gesundheitszustands und Bildungsniveaus** von Studienteilnehmer/innen in der Stadt im Vergleich zu jenen am Land. So verfügen Hochaltrige in städtischen Gemeinden über einen besseren körperlichen und funktionalen Gesundheitszustand und nennen daher eher Aktivitäten, die eine gute körperliche Verfassung voraussetzen (z.B. Spazieren gehen, Sport treiben, Freunde oder Kulturveranstaltungen besuchen) als Befragte im ländlichen Raum. Ebenso ermöglicht der bessere Gesundheitszustand ihnen auch eher das Haus zu verlassen, um z.B. eine Kulturveranstaltung zu besuchen. Der Besuch von Kulturveranstaltungen ist jedoch auch von dem höheren Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen in städtischeren Gemeinden und dem damit einhergehenden Interesse für solche Aktivitäten beeinflusst. Das höhere Bildungsniveau ist auch ausschlaggebend für die Unterschiede in der Verwendung des Computers und im Ausüben von künstlerischen Tätigkeiten – ebenfalls Aktivitäten, denen Befragte in

urbanen Zentren im Vergleich zu jenen im ländlichen Raum doppelt bis drei Mal so häufig nachgehen.

Auf der anderen Seite werden die Unterschiede in der Alltagsgestaltung von Hochaltrigen in städtischen und ländlichen Gemeinden aber auch von der **Angebotsstruktur** und den **Möglichkeiten der Freizeitgestaltung** beeinflusst. So lässt sich der häufigere Besuch von Kulturveranstaltungen von Studienteilnehmer/innen in urbanen Gemeinden auch durch das größere Angebot an Kulturveranstaltungen in städtischen Gebieten erklären. Der von Studienteilnehmer/innen in ländlichen Gebieten häufiger genannte Besuch des Friedhofs hängt einerseits damit zusammen, dass sich Hochaltrige in ländlichen Gemeinden eher als religiös bezeichnen, was vor allem mit dem geringeren Bildungsniveau zusammenhängt. Andererseits könnte der häufigere Besuch von Friedhöfen hingegen auch auf die bessere Erreichbarkeit zurückgeführt werden. Während Bewohner/innen in Städten häufig längere Wegzeiten in Kauf nehmen müssen, um zu einem Friedhof zu gelangen, ist der Friedhof am Dorfrand für Befragte im ländlichen Gemeinden oftmals leichter zu erreichen. Die Wohnumgebung kann letztlich auch ausschlaggebend für die Beschäftigung mit Haustieren gesehen werden, da in ländlichen Wohngegenden leichter Haustiere gehalten werden können als in den Stadtwohnungen.

Da über 85% der Pflegeheimbewohner/innen aufgrund der Lage der Pflegeheime in urbanen Zentren leben, sind, um Verzerrungen zu vermeiden, bei der nachfolgenden Tabelle nur Befragte in Privathaushalten dargestellt.

Tätigkeiten der Alltagsgestaltung	Urbane Zentren (n=103)	Ländlicher Raum im Umland von urbanen Zentren (n=63)	Ländlicher Raum (n=37)
Spazieren gehen	64,3%	61,7%	56,8%
Sport	50,0%	45,0%	43,2%
Freunde, Bekannte, Familie besuchen	84,5%	78,3%	73,0%
Kulturveranstaltungen	51,2%	46,7%	27,0%
Künstlerische Tätigkeit	22,6%	10,0%	5,4%
Computer	39,3%	23,3%	13,5%
Kochen	54,8%	60,0%	62,2%
Kirchgang	54,8%	61,7%	73,0%
Friedhofsbesuche	73,8%	70,0%	91,9%
Haustiere	22,6%	21,7%	32,4%

Tabelle 12: Tätigkeiten der Alltagsgestaltung: Stadt/Land Unterschiede (Mehrfachnennung).

Einschränkungen durch Gesundheit und räumliche Umgebung im Pflegeheim

Eine gesondert zu betrachtende Situation hinsichtlich der Alltagsgestaltung im Alter zeigt sich bei Pflegeheimbewohner/innen, da diese besonders stark von der Gesundheit einerseits und der räumlichen Umgebung bzw. Wohnsituation andererseits beeinflusst werden. Der Vergleich zeigt, dass Pflegeheimbewohner/innen im Durchschnitt fast

doppelt so wenigen Aktivitäten nachgehen wie Hochaltrige in Privathaushalten. Während Personen in Privathaushalten durchschnittlich 9,6 Aktivitäten nachgehen, **nennen Personen im Pflegeheim im Durchschnitt nur 5,4 Aktivitäten** ($p<0.001$; Phi=0,576). Dies resultiert einerseits aus dem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand von Pflegeheimbewohner/innen – 40,9% sind von Frailty betroffen (vgl. Kapitel 6.2.2) –, der es ihnen letztlich nicht ermöglicht, Aktivitäten nachzugehen, die eine gute körperliche Verfassung voraussetzen (z. B. Gartenarbeit, Sport, Besuch von Veranstaltungen, etc.). Andererseits ist dies aber auch auf die räumliche Umgebung des Pflegeheims, die die Aktivitäten der Alltagsgestaltung ihrer Bewohnerinnen einschränkt, zurückzuführen (z.B. Vorhandensein eines Gartens, einer Kochgelegenheit, etc.). Unabhängig von ihrem Gesundheitszustand nennen Pflegeheimbewohner/innen etwa Freunde, Bekannte, Familie besuchen oder einladen, Friedhofsbesuche oder Kochen signifikant seltener als Befragte in Privathaushalten ($p<0.001$).[33]

Generell große Zufriedenheit mit der Alltagsgestaltung

Generell kann die Zufriedenheit mit den eigenen Aktivitäten und der Alltagsgestaltung unter den befragten Hochaltrigen in Privathaushalten als relativ hoch beschrieben werden. Über **80% aller Befragten sind mit ihrer Alltagsgestaltung zufrieden**, davon sogar 53,4% sehr zufrieden. Knapp 12% sind nur mittelmäßig zufrieden und nur 6,3% sind eher unzufrieden oder gar nicht zufrieden. Bei Berücksichtigung des Gesundheitszustands zeigt sich allerdings, dass nur ein Drittel der Personen mit sehr schlechter oder schlechter Gesundheit mit den Aktivitäten der Alltagsgestaltung sehr zufrieden ist. Im Gegenteil dazu geben fast zwei Drittel der Befragten mit (sehr) guter Gesundheit an, mit den Aktivitäten ihrer Alltagsgestaltung sehr zufrieden zu sein ($p<0.001$). Auch Bewohner/innen von Pflegeheimen äußern sich überwiegend als signifikant weniger zufrieden mit ihrer Alltagsgestaltung als Personen in Privathaushalten ($p<0.05$). Dennoch zeigen sich „nur“ 38,1% der Pflegeheimbewohner/innen als mittelmäßig bis gar nicht zufrieden.[34] Die **Zufriedenheit mit der Alltagsgestaltung korreliert zudem signifikant mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit** ($p<0.001$), d.h. wer mit seinem Alltag zufrieden ist, schätzt auch seine Lebenssituation insgesamt positiver ein. Wer im Gegenteil seinem Alltag nichts Positives abgewinnen kann, der ist auch mit seinem Leben insgesamt weniger zufrieden.

[33] Die Zusammenhänge sind auch bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Gesundheitszustands der befragten Pflegeheimbewohner/innen signifikant.

[34] Die mit 61,9% an sich immer noch relativ hohen Zufriedenheitswerte (sehr und eher zufrieden) im Pflegeheim verdeutlichen aber auch, dass selbst bei vergleichsweise eingeschränkten Möglichkeiten einer aktiven Alltags- und Lebensgestaltung ein als sinnvoll empfundener Alltag möglich ist. Umgekehrt verweist die doch sehr große Differenz zwischen den Zufriedenheitswerten im Heim und jenen in Privathaushalten aber möglicherweise auch darauf, dass Freizeit- und Aktivitätsprogramme, wie sie etwa in Pflegeheimen häufig angeboten werden, den Verlust selbstbestimmter Alltagsgestaltung nur in sehr begrenztem Ausmaß kompensieren können. Die hohe Bedeutung des „Beschäftigtseins“, wie sie hochaltrige Menschen zum Ausdruck bringen, ist daher nicht als Aufforderung zu einer möglichst umfassenden und organisierten „Beschäftigungstherapie“ für alte Menschen bzw. Pflegeheimbewohner/innen (miss) zu verstehen. Entscheidend ist letztlich, dass Aktivitäten ebenso wie der Grad an Aktivität von den Menschen selbstbestimmt gewählt werden können.

5.1.2 Vereinstätigkeit und Ehrenamt

- **12,9% der niederösterreichischen Hochaltrigen sind in einem Verein ehrenamtlich tätig.**
- **49,3% besuchen regelmäßig Veranstaltungen von Vereinen oder Klubs.**

Als weitere Möglichkeit der Alltags- und Freizeitgestaltung wurden die Studienteilnehmer/innen auch gefragt, ob sie regelmäßig Veranstaltungen bzw. Treffen innerhalb von Vereinen oder Klubs besuchen. Dies trifft auf knapp die Hälfte der Befragten (49,3%) zu, wobei diese Gruppe meist über eine höhere Bildung, einen höheren sozioökonomischen Status und vor allem eine bessere Gesundheit ($p<0.001$) verfügt. Am häufigsten, und zwar von beiden Geschlechtern gleichermaßen, werden Treffen und Veranstaltungen des Pensionistenvereins (20,2%) und der Kirchengruppe (14,3%) genannt. An dritter und vierter Stelle werden Veranstaltungen von Sportvereinen (9,9%) und Kulturvereinen (8,9%) genannt, wobei Männer häufiger Sportvereine und Frauen häufiger Kulturvereine nennen.

In einem Verein selbst ehrenamtlich tätig sind zudem 12,9%. Weitere 46,4% sind heute zwar nicht mehr ehrenamtlich tätig, geben aber an früher ein Ehrenamt bekleidet zu haben. Verglichen mit der 1. Welle der ÖIHS ist der Anteil der früher ehrenamtlich engagierten Hochaltrigen damit fast doppelt so hoch wie in Wien und der Steiermark (23,9%). Das dürfte mitunter mit der Ausgestaltung des Lebens in ländlichen Gebieten zusammenhängen, in denen viele Initiativen und Einrichtungen oft vom ehrenamtlichen Engagement der Einwohner/innen – etwa in Vereinen – leben. Im Gegensatz dazu werden Aktivitäten und Freizeitangebote in den Städten wie Wien und Graz eher von öffentlichen und privaten Dienstleistern erbracht.

Wenngleich mehr Männer als Frauen ehrenamtlich engagiert sind (15,7% vs. 9,6%), so ist dies weniger auf einen Geschlechterunterschied per se zurückzuführen, sondern auf die bessere Gesundheit[35], höhere Bildung und höheren sozioökonomischen Status von Männern. Da bürgerschaftliches Engagement bekanntlich nicht unwesentlich eine Frage der Bildung ist und da in dieser Generation noch eine stärkere Bildungsbenachteiligung von Frauen vorherrschte, liegt hier wahrscheinlich ein Kohorteneffekt vor. Eine genauere Analyse der Einflussfaktoren auf die Ausübung des Ehrenamts ist jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich.

[35] Frauen weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf und machen den Großteil der Pflegeheimbewohner/innen aus, wo Möglichkeiten der Ausübung eines Ehrenamts sehr beschränkt sind.

5.1.3 Religiosität

- **73% der Hochaltrigen bezeichnen sich als zumindest eher religiös.**
- **Bestimmend für die Religiosität der niederösterreichischen Hochaltrigen ist ihr sozioökonomischer Status und ihre Bildung.**

Eine vergleichsweise große Rolle spielen in der hier untersuchten Studienpopulation auch noch Religion und Religiosität. Immerhin **54,5% der befragten Hochaltrigen geben an, religiös zu sein**, weitere 18,5% bezeichnen sich zumindest als „eher religiös". Nur 12% bezeichnen sich als eher nicht religiös und 15% als gar nicht religiös (Abbildung 57). Wenig überraschend gehen Personen, die sich als religiös bezeichnen auch häufiger zum Gottesdienst; mehr als 56% tun dies wöchentlich. Relativ häufig ist in dieser Alterskohorte auch noch die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft. **87,7% der Hochaltrigen sind Mitglied einer Kirche oder Religionsgemeinschaft**, wobei es sich hier zu 79,8% um Angehörige der römisch-katholischen Kirche handelt. 12,3% geben an, gar keiner Glaubensgemeinschaft anzugehören oder aus der Kirche ausgetreten zu sein.

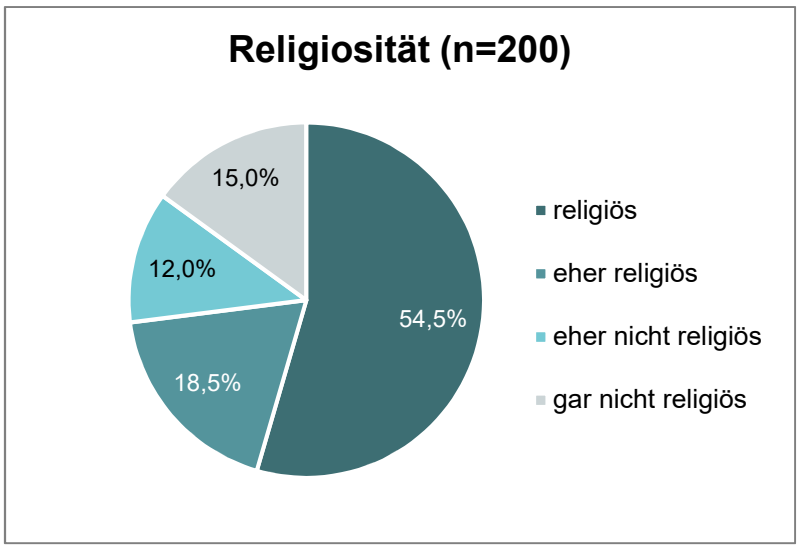


Abbildung 57: Religiosität der niederösterreichischen Hochaltrigen (n=200).

Religiosität und Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft sind in ländlichen Gemeinden Niederösterreichs verbreiteter als in urbanen Zentren. Während sich mehr als 85% der Befragten im ländlichen Raum als zumindest eher religiös bezeichnen, trifft dies auf etwa 70% der Studienteilnehmer/innen in den urbanen Zentren zu. Auch geben doppelt so viele Befragte in der Stadt an, keiner Religionsgemeinschaft zugehörig zu sein als dies Befragte im ländlichen Raum tun (11,8% vs. 5,4%). Der Stadt/Land-Unterschied in der Religiosität zeigt sich auch im Vergleich mit den Ergebnissen der 1. Welle der Hochaltrigenstudie, in der Wien einen starken Anteil hatte. Hier gaben nur etwa zwei Drittel (66,3%) der Hochaltrigen in Wien und der Steiermark an religiös zu sein, während dies auf knapp drei Viertel (73%) der Hochaltrigen in Niederösterreich zutrifft.

Des Weiteren zeigt sich, dass Frauen religiöser sind als Männer (78,2% vs. 67,9%). Sie gehören auch häufiger einer Religionsgemeinschaft an als Männer (86,0% vs. 75,9%).

Während die Unterschiede in der Religiosität zwischen Stadt und Land sowie Frauen und Männern zwar beobachtet und beschrieben werden können, erweisen sich letztlich das **Bildungsniveau** ($p<0.05$) und der **sozioökonomische Status** ($p<0.01$) als die dahinterliegenden signifikanten Einflussfaktoren. Etwa 90% der Befragten mit niedrigem sozioökonomischen Status bezeichnen sich als (eher) religiös. Bei Befragten mit mittleren und höherem sozioökonomischen Status tun dies nur etwa 70% – was immer noch ein vergleichsweise hoher Prozentsatz ist. Im Vergleich der Bildungsgruppen zeigen die Befragten mit einem Pflichtschulabschluss die höchsten Anteile der sich als (eher) religiös bezeichnenden Hochaltrigen (82%).

Ein Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Befragten und ihrer Religiosität im Sinne des Gedankens, dass sich die Menschen bei fortschreitenden gesundheitlichen Einschränkungen und mit Blick auf das Lebensende (wieder) verstärkt der Religion oder religiösen Sinnfragen zuwenden, kann anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht bestätigt werden. So beträgt der Anteil der sich als religiös bezeichnenden Befragten über alle vier Ausprägungen der gesundheitlichen Verfassung (rüstig, fit, pre-frail, frail) konstant zwischen 72% und 74%.

5.2 Soziale Beziehungen hochaltriger Menschen in Niederösterreich

Vereinsamung und soziale Isolation sind Phänomene, die häufig mit dem hohen Alter assoziiert werden. Im Zusammenhang mit dem seelischen Befinden der Studienteilnehmer/innen wurde bereits an früherer Stelle das subjektive Empfinden von Einsamkeit erörtert (Kapitel 4.4.1). Im Folgenden widmen wir uns nun der objektiven Seite dieses Phänomens, nämlich den sozialen Beziehungen hochaltriger Menschen, d.h. der Frage, ob und in welchem Ausmaß sie Sozialbeziehungen unterhalten. Dabei wird es auch sinnvoll sein, die Befunde zur Einsamkeit nochmals aufzugreifen und vor dem Hintergrund der erhobenen sozialen Beziehungen zu beleuchten bzw. zu vertiefen.

Bei den sozialen Beziehungen ist zunächst zwischen familiären bzw. verwandtschaftlichen und außerfamiliären bzw. nicht-verwandtschaftlichen Beziehungen zu unterscheiden. Innerhalb der familiären Beziehungen werden vor allem die Ehe- und Lebenspartnerschaften sowie die Beziehungen zu Kindern und Geschwistern im Vordergrund stehen. Bei den außerfamiliären Beziehungen geht es in erster Linie um Freundschaften und soziale Kontakte im näheren Bekanntenkreis. Neben der Quantität sozialer Kontakte, dargestellt durch die Größe des sozialen Netzwerks, spielt auch die Qualität der sozialen Kontakte hochaltriger Menschen eine wesentliche Rolle. Zusätzlich werden weitere Faktoren wie etwa Geschlecht oder der sozioökonomische Status berücksichtigt, zumal einige Studien zeigen, dass Personen aus höheren sozialen Schichten in der Regel über ein größeres soziales Netzwerk verfügen, wodurch sie ein geringeres Risiko für soziale Isolation und Vereinsamung tragen als Personen aus niedrigeren sozialen Schichten, da sie etwa Lebensereignisse wie Verwitwung besser zu kompensieren vermögen (Wenger, Richard, Shahtahmasebi, & Scott, 1996).

5.2.1 Partnerschaft und Familie

- **Niederösterreichische Hochaltrige verfügen über ein relativ großes familiäres Netz – 83,7% haben mit zumindest 3 Personen regelmäßigen Kontakt.**
- **Drei Viertel der Hochaltrige in Niederösterreich sind mit ihrer Beziehung zur Familie sehr zufrieden.**
- **Ehe und Kinder haben einen hohen Stellenwert: 88,2% sind bereits über 50 Jahre verheiratet; 9,5% haben keine Kinder.**
- **Kinder erweisen sich als Dreh- und Angelpunkt der familiären Beziehungen im hohen Alter.**
- **Die Kontakthäufigkeit wird vor allem vom Wohnort beeinflusst.**

Ehe und Kinder als Norm des Familienlebens Hochaltriger in Niederösterreich

Betrachtet man zunächst den Familienstand der 80- bis 85-jährigen Niederösterreicher/innen, so muss zwischen weiblichen und männlichen Studienteilnehmer/innen unterschieden werden. Dies ist notwendig, da die Lebensformen von hochaltrigen Menschen auch maßgeblich von der eigenen Lebenserwartung bzw. jener des Partners/der Partnerin beeinflusst werden und diese ist zwischen Männern und Frauen unterschiedlich verteilt (Geppert, 2006). Die Tatsache, dass Frauen länger leben als Männer, erklärt, warum 69,7% der Männer in der Studienpopulation noch verheiratet und nur 21,1% verwitwet sind, während von den befragten Frauen nur noch 36,2% verheiratet und bereits 51,1% verwitwet sind. Die längere Lebenserwartung von Frauen erklärt auch die Geschlechterunterschiede in der Dauer der Verwitwung: Etwas mehr als die Hälfte der Männer (56,6%) gibt an 10 Jahre oder länger verwitwet zu sein, bei den Frauen sind es 64,6%. **Die Verwitwung hat also vor allem für die Frauen eine hohe Bedeutung.** Von den übrigen Befragten leben 3,7% der Männer und 5,3% der Frauen geschieden, 4,6% der Männer und 7,4% der Frauen sind ledig und 0,9% der Männer leben getrennt. Von allen Alleinlebenden (geschieden, ledig, getrennt) gibt ein äußerst geringer Prozentsatz von 2,5% an, in einer Lebensgemeinschaft zu leben.

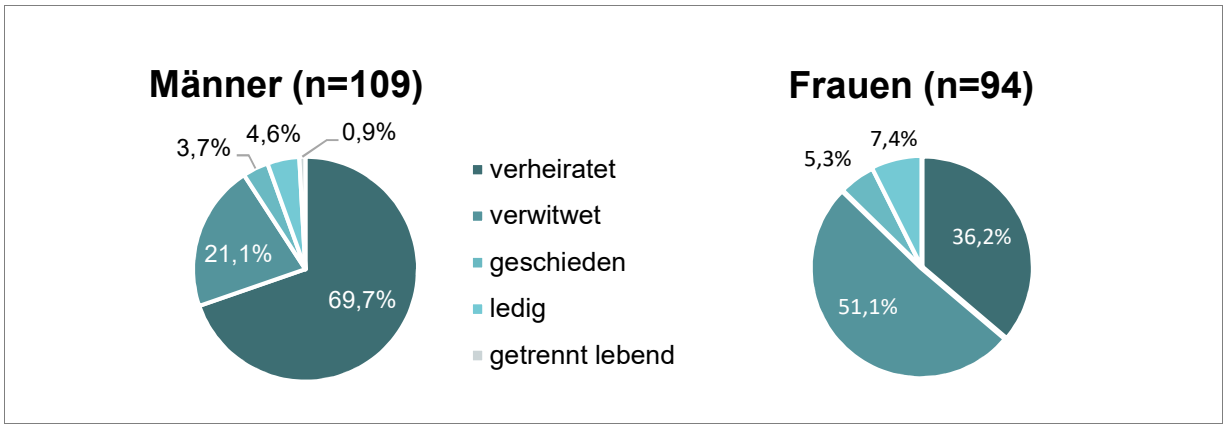


Abbildung 58: Familienstand nach Geschlecht (n=203).

Sieht man sich nur verheiratete und verwitwete Studienteilnehmer/innen nach städtischen und ländlichen Gemeinden an (Tabelle 13), so zeigt sich eine **höhere Verwitwungsrate bei Städter/innen** (43,7%). Im Vergleich dazu sind mehr als zwei Drittel (68,6%) der Teilnehmer/innen in ländlichen Gebieten (noch) verheiratet. Die Unterschiede im Familienstand zwischen Teilnehmer/innen in städtischen und ländlichen Gemeinden kommen besonders bei weiblichen Studienteilnehmer/innen eklatant zum Vorschein. Während 68,2% der Frauen im städtischen Raum verwitwet sind, trifft dies auf nur 40% der Frauen im ländlichen Raum zu. Bei den Männern zeigen sich die Unterschiede im Familienstand einerseits im geringeren Ausmaß und andererseits in umgekehrter Richtung: Männer in städtischen Gemeinden sind häufiger verheiratet und Männern in ländlichen Gemeinden sind häufiger verwitwet. Die Unterschiede im Familienstand zwischen Männern und Frauen in Anbetracht ihres Wohnorts lassen sich vermutlich auf die geringere Lebenserwartung speziell von Männern in städtischen Gebieten erklären (Klimont, 2010).

	Männer (n=99)			Frauen (n=82)		
	verheiratet	verwitwet	Gesamt	verheiratet	verwitwet	Gesamt
Urbane Zentren M: n=43; F: n=44	81,4%	18,6%	100%	31,8%	68,2%	100%
Regionale Zentren M: n=36; F: n=23	72,2%	27,8%	100%	47,8%	52,2%	100%
Ländlicher Raum M: n=20; F: n=15	75,0%	25,0%	100%	60,0%	40,0%	100%
Gesamt	76,8%	23,2%	100%	41,5%	58,5%	100%

Tabelle 13: Verheiratete und Verwitwete in städtischen/ländlichen Gemeinden nach Geschlecht (n=181).

Für beide Geschlechter kann festgestellt werden, dass die **Ehe einen hohen Stellenwert** hat und die **Kinderlosigkeit eine eher geringe Rolle spielt**. Sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen in Ehe lebende Studienteilnehmer/innen geben **88,2% an, bereits über 50 Jahre verheiratet** zu sein. Des Weiteren geben nur 9,5% der Studienteilnehmer/innen an, keine Kinder zu haben. Ebenfalls eher selten sind Einzelkinder (18,4%). Mehr als die Hälfte der Befragten (55,2%) haben zwei bis drei Kinder, 16,9% haben sogar vier bis sechs Kinder. Mehrkinderfamilien sind dabei stärker auf dem Land zu finden, während Kinderlosigkeit eher ein Phänomen der Stadt ist. Der überwiegende Teil der befragten Hochaltrigen (88,9%) hat zumindest ein heute noch lebendes Kind. Allerdings geben auch 11,6% der Befragten an, dass ein Kind oder mehrere Kinder bereits vor ihnen verstorben ist bzw. sind. 90,1% der Teilnehmer/innen haben auch **Enkelkinder** und 30,5% sind bereits auch **Urgroßeltern**. Ebenfalls einen wesentlichen Bestandteil der familiären Beziehungen alter Menschen stellen **Geschwister** dar. 81,7% aller Studienteilnehmer/innen geben an, mit einem Bruder oder

einer Schwester aufgewachsen zu sein. Davon haben 72,3% der Befragten mindestens einen (noch lebenden) Bruder oder eine (noch lebende) Schwester.

Niederösterreichische Hochaltrige verfügen über ein großes familiäres Netz

Wirft man nun einen Blick auf die sozialen Kontakte innerhalb der Familie, insbesondere hinsichtlich ihrer Häufigkeit und der Größe des familiären Netzwerks, so kann in vielen Fällen ein weitgehend großes Netz an familiären Beziehungen festgestellt werden. Nicht berücksichtigt bei den Kontakten innerhalb der Familie wurden Personen, die mit Studienteilnehmer/innen im selben Haushalt leben, d.h. Kontakte mit dem/der Ehepartner/in oder mit im selben Haus lebenden Kind/Enkelkind wurden nicht berücksichtigt. Dies wurde getan, da es in erster Linie um das soziale Netzwerk jenseits des eigenen Haushalts geht. 43,6% der Befragten geben an, mit mehr als sechs Personen aus der Familie regelmäßigen Kontakt zu pflegen. Weitere 40,1% geben an, immerhin mit drei bis sechs Personen regelmäßig Kontakt zu haben. Knapp 10% geben an, mit ein bis zwei Personen regelmäßig Kontakt zu haben und nur 6,4% sagen, sie hätten mit niemandem aus der Familie Kontakt – sei es, dass keine Familie vorhanden bzw. keine Verwandten mehr am Leben sind, oder dass aus anderen Gründen kein Kontakt zu Familienmitgliedern besteht.

Während die befragten Frauen und Männer über ein in etwa gleich großes familiäres Netzwerk verfügen, erweist sich der **Gesundheitszustand** der Studienteilnehmer/innen als signifikanter Einflussfaktor ($p<0.05$). Befragte mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand haben mit mehr Personen regelmäßigen Kontakt als Befragte mit einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand. Dieser Zusammenhang lässt sich dadurch erklären, dass Menschen mit schlechteren Gesundheitszustand nicht mehr so mobil sind, um für Treffen außer Haus zu gehen oder an Familienfeiern und -ereignissen teilzunehmen.

Größe des familiären Netzwerks (n=202)	
Mit > 6 Personen regelmäßig Kontakt	43,6%
Mit 3 bis 6 Personen regelmäßig Kontakt	40,1%
Mit 1 bis 2 Personen regelmäßig Kontakt	9,9%
Mit niemandem Kontakt (keine Familie/Verwandten mehr oder kein Kontakt)	6,4%
Gesamt	100%

Tabelle 14: Größe des familiären Netzwerks (n=202).

Je näher Familienmitglieder wohnen, desto häufiger der Kontakt mit ihnen

Bei der Analyse der Kontakthäufigkeit wurde nicht nur der persönliche Kontakt durch Besuche, sondern auch der Kontakt durch Telefonate, E-Mails oder andere Kommunikationsmedien berücksichtigt. Die **höchste Kontakthäufigkeit** in den sozialen Beziehungen im hohen Alter besteht bei der Beziehung **zwischen Eltern und deren Kindern**: Von den 78,3%, die angeben regelmäßig Kontakt mit ihren Kindern zu haben, geben 86,8% der Befragten an, mit ihren Kindern zumindest wöchentlich Kontakt zu

haben. Davon beschreiben 26,4% der Studienteilnehmer/innen die Kontakthäufigkeit zu ihren Kindern sogar mit mehrmals pro Woche und 37,1% mit so gut wie täglich (vgl. Abbildung 59). Vergleicht man männliche und weibliche Studienteilnehmer/innen, so zeigt sich, dass der Anteil der Personen, die mit ihren Kindern zumindest einmal pro Woche Kontakt haben, bei Frauen in der Stichprobe etwas höher ist als bei Männern (91,7% vs. 82,8%).

Bestimmend für die Kontakthäufigkeit ist aber vor allem die **Nähe des Wohnorts der Kinder** zu dem Wohnort der Befragten: Zwei Drittel der Befragten (68,1%), die angeben, dass ihre Kinder in der Nachbarschaft wohnen, haben auch täglich Kontakt mit ihnen ($p<0,001$). Im Vergleich dazu haben nur 17,5% der Befragten, die angeben, dass ihre Kinder in einem innerhalb einer Stunde erreichbaren Nachbarort wohnen, auch täglich Kontakt mit ihren Kindern. Da vor allem Studienteilnehmer/innen im ländlichen Raum häufiger Kinder haben, die in unmittelbarer Nähe zum eigenen Wohnort leben, geben sie im Vergleich zu Stadtbewohner/innen auch eine höhere Kontaktfrequenz an.

Häufig genannt werden auch **Kontakte mit den Enkelkindern**. 62,6% der Studienteilnehmer/innen, geben an, regelmäßigen Kontakt zu ihren Enkelkindern zu haben. Davon haben 21,3% der Befragten täglich und 44% mehrmals pro Woche oder zumindest einmal wöchentlich Kontakt mit ihren Enkelkindern (vgl. Abbildung 59). Während hier kaum Geschlechterunterschiede zu beobachten sind, zeigt sich wiederum ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Nähe des Wohnorts der Enkelkinder und der Kontakthäufigkeit ($p<0.001$). So haben etwa 38,2% der Befragten, die angeben, dass ihre Enkelkinder in der Nachbarschaft wohnen, mehrmals in der Woche und 47,1% täglich Kontakt mit ihren Enkelkindern. Im Vergleich dazu haben nur 21,8% der Befragten, die angeben, dass ihre Enkelkinder in einem innerhalb einer Stunde erreichbaren Ort wohnen, auch mehrmals in der Woche und nur 10,9% täglich Kontakt mit ihren Enkelkindern. Des Weiteren ist ein **Zusammenhang zwischen der Kontakthäufigkeit der Kinder und der Enkelkinder** zu beobachten: Studienteilnehmer/innen, die täglichen Kontakt mit ihren Kindern haben, geben auch zu einem hohen Prozentsatz an, täglichen Kontakt mit ihren Enkelkindern zu haben ($p<0.001$).

Deutlich **weniger dicht stellt sich die Kontakthäufigkeit zwischen den Geschwistern** dar. Nur 35,5% der Studienteilnehmer/innen geben an, regelmäßigen Kontakt zu ihren Geschwistern zu haben. Davon haben 11,1% täglich, 34,8% mehrmals pro Woche oder zumindest einmal pro Woche Kontakt zu ihren Geschwistern (vgl. Abbildung 59). Mehr als die Hälfte der Befragten (54,3%) haben hingegen seltener Kontakt mit ihren Geschwistern. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit dem hierarchischen Modell von Verwandtschaftsverhältnissen, demnach erwachsene Menschen ihren Partner/innen, Kindern und Eltern in Bezug auf familiäre Verbindlichkeiten Vorrang gegenüber ihren Geschwistern einräumen (Lu, 2007).

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Kontakthäufigkeit und der **Nähe des Wohnorts der Geschwister** zeigt sich aber auch bei sozialen Beziehungen zwischen Geschwistern ($p<0.001$). So haben 60% der Studienteilnehmer/innen, die angeben, dass ihre Geschwister in der Nachbarschaft wohnen, zumindest einmal in der Woche Kontakt

mit ihren Geschwistern. Im Vergleich dazu haben nur halb so viele Studienteilnehmer/innen (32,4%), die angeben, dass ihre Geschwister in einem innerhalb einer Stunde erreichbaren Ort wohnen, zumindest einmal in der Woche Kontakt mit ihren Geschwistern. Zudem zeigt sich – anders als bei dem Kontakt mit den Kindern und Enkelkindern – bei der Kontakthäufigkeit der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen mit ihren Geschwistern **ein signifikanter Geschlechterunterschied** mittlerer Stärke ($p<0.05$; Phi= 0,430). Während 64,5% der Frauen zumindest einmal pro Woche mit ihren männlichen oder weiblichen Geschwistern Kontakt haben, sind dies bei den Männern nur 31,7%. Der Geschlechterunterschied bleibt auch signifikant, wenn gleichzeitig die Nähe des Wohnorts der Geschwister sowie noch lebende Kinder der Befragten berücksichtigt wird. Diese Geschlechterspezifität lässt sich vor allem dadurch erklären, dass Frauen in westlichen Gesellschaften die Aufgabe des Zusammenhalt der Verwandtschaft zugesprochen wird und diese dadurch eher den Kontakt zu Familienmitgliedern wie Geschwistern aufrecht halten (Lu, 2007).

44,3% der Studienteilnehmer/innen geben an, regelmäßigen **Kontakt mit anderen Verwandten** zu haben – in diese Kategorie fallen insbesondere Schwiegerkinder, aber auch Urenkel und Cousins/Cousinen. Davon haben 18,9% täglich und 45,5% mehrmals oder zumindest einmal die Woche Kontakt zu anderen Verwandten (vgl. Abbildung 59). Die Kontakthäufigkeit ist in etwa mit jener der Enkelkinder zu vergleichen und ist fast doppelt so hoch wie jene zu den Geschwistern. Hier kann angenommen werden, dass Schwiegerkinder den Kontakt zu Studienteilnehmer/innen eventuell in ähnlicher Weise aufrecht halten wie die eigenen Kinder und daher der Kontakt zu ihnen immer noch vorrangig gegenüber jenem mit den Geschwistern bewertet wird. Im Gegensatz zu den anderen drei beschriebenen familiären Kontakten zeigen sich bei der Kontakthäufigkeit zu anderen Verwandten keine signifikanten Zusammenhänge mit der Nähe des Wohnorts der Verwandten, des Geschlechts oder noch lebender Kinder der Studienteilnehmer/innen.

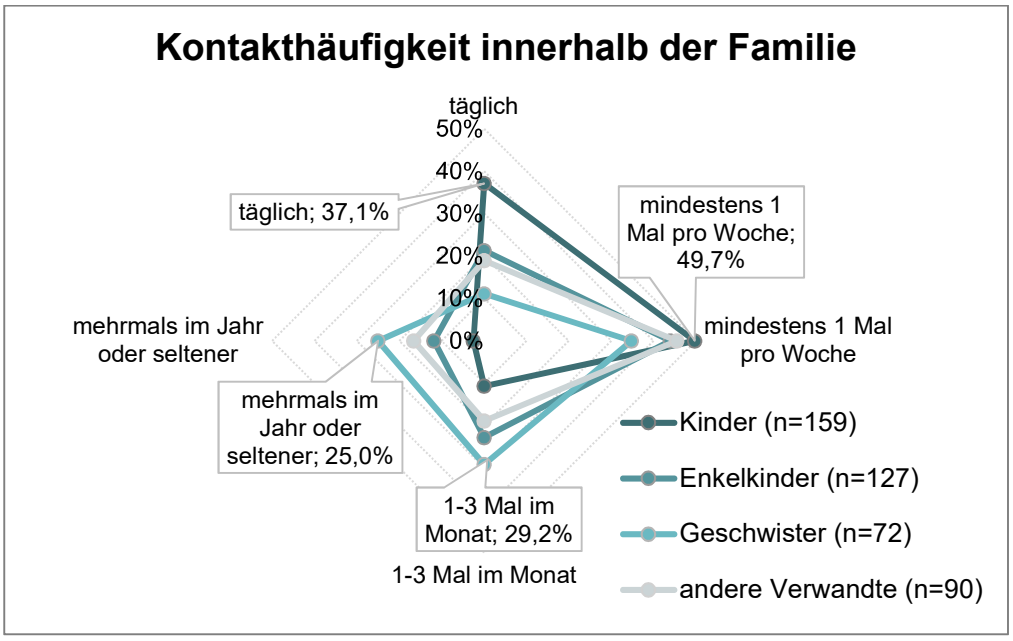


Abbildung 59: Soziales Netz und Kontakthäufigkeit innerhalb der Familie.

Hohe Werte in der Zufriedenheit mit familiären Beziehungen

Neben den oben beschriebenen quantitativen Aspekten der Größe des familiären Netzwerks und der Kontakthäufigkeit mit Familienmitgliedern, können soziale Kontakte in der Familie auch durch qualitative Aspekte beschrieben werden. Die **Qualität von sozialen Beziehungen** kann zum Beispiel durch Intimität bzw. Verbundenheit, Aufgeschlossenheit, Gegenseitigkeit, Zugänglichkeit, Kontinuität und Zugehörigkeit beschrieben werden (Mehndiratta, 1987). Zwar wurde die Qualität von sozialen Kontakten in der Familie durch diese Dimensionen in der ÖIHS-NÖ nicht im Detail erhoben. Allerdings kann durch die Frage nach der Zufriedenheit mit und der Bewertung der familiären Beziehungen durch die Studienteilnehmer/innen eine allgemeine Aussage über die Qualität der sozialen Kontakte in der Familie getroffen werden. Denn es ist anzunehmen, dass die Studienteilnehmer/innen in die Bewertung und Aussagen zu ihrer Zufriedenheit mit ihren derzeitigen Beziehungen zu ihrer Familie nicht nur die Quantität der sozialen Kontakte, sondern auch die Qualität mit einbeziehen. Gleichzeitig ist aber auch darauf hinzuweisen, dass das Antwortverhalten bei den Fragen nach der Bewertung und Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen einer sozialen Erwünschtheit unterliegt. Denn nur wenige Personen werden vor einer/einem fremden Interviewer/in eine negative Aussage über ihre Familie tätigen. In Hinblick auf die Fortführung und den Ausbau der Hochaltrigenstudie in ganz Österreich sowie über weitere Zeitepisoden hinaus wäre es daher in jedem Fall wünschenswert, ein detaillierteres Verständnis über die Qualität der sozialen Beziehungen im hohen Alter zu erlangen.

Etwa zwei Drittel der Studienteilnehmer/innen (68%) bewerten ihre derzeitige Beziehung zu ihrer Familie als sehr gut, weitere 26,9% als gut. Nur 4,1% der Studienteilnehmer/innen bewerten ihre derzeitige Beziehung zu ihrer Familie als mittelmäßig und 1% als (sehr) schlecht. Ähnlich positiv wie die **Bewertung der Beziehung zu der Familie** fallen auch die Aussagen der Studienteilnehmer/innen über die **Zufriedenheit mit der Beziehung zu ihrer Familie** aus. Hier geben fast drei Viertel der Befragten (73,7%) an, sehr zufrieden zu sein, weitere 20,7% sind eher zufrieden. Nur 4,5% sagen, sie wären mittelmäßig zufrieden und 1% ist eher unzufrieden bzw. gar nicht zufrieden (vgl. Tabelle 16 und Tabelle 17, S. 162).

Des Weiteren zeigt sich, dass die Bewertung und die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen in der Familie mit der **Anzahl der Familienmitglieder,** zu denen regelmäßiger Kontakt besteht, in signifikantem Zusammenhang steht ($p<0.001$). Fast 80% der Studienteilnehmer/innen, die mit mehr als 6 Personen regelmäßigen Kontakt haben, bewerten ihre Familienbeziehung als sehr gut. Im Vergleich bewerten nur 45,2% der Studienteilnehmer/innen, die mit 3-4 Familienmitgliedern regelmäßigen Kontakt haben, als sehr gut. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich für die Zufriedenheit mit den Familienbeziehungen.

Betrachtet man die **Kontakthäufigkeit** zeigt sich nur **bei den Kindern** der Befragten ein signifikanter Zusammenhang mit ihrer Bewertung und Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten ($p<0.05$). Dies unterstreicht einmal mehr den Stellenwert, der Kindern als wichtigste Bezugspersonen im hohen Alter zukommt. Des Weiteren kann daraus ein Zusammenhang zwischen der Quantität der sozialen Beziehungen zur Familie, gemessen an der Größe des familiären Netzwerks und der Kontakthäufigkeit mit den Kindern, und

ihrer Qualität, gemessen an der Bewertung und Zufriedenheit, abgeleitet werden. Zusammenhänge in Bezug auf das Geschlecht, Alter, die Bildung oder den Wohnort konnten bei der Bewertung und Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nicht gefunden werden.

5.2.2 Freunde und Bekannte

- **Verglichen mit den familiären Beziehungen sind Hochaltrige mit ihren außerfamiliären Sozialkontakten weniger zufrieden.**
- **73,5% der niederösterreichischen Hochaltrigen haben zumindest mit 3 Freunden oder Bekannten regelmäßigen Kontakt.**
- **Männer verfügen über einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis; Frauen berichten über eine höhere Kontakthäufigkeit.**
- **Die Nähe des Wohnorts und der Gesundheitszustand sind ausschlaggebend für die Kontakthäufigkeit mit Freunden.**

Männer verfügen über einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis

Neben den sozialen Beziehungen innerhalb der Familie pflegen hochaltrige Menschen oft auch Kontakte zu Nicht-Verwandten wie z.B. Freunden, Bekannten oder Nachbarn. 88% geben an, zumindest einen Freund oder Bekannten zu haben, mit dem ein regelmäßiger Kontakt besteht. In 42% der Fälle werden sogar mehr als 6 Personen genannt, zu denen regelmäßiger Kontakt besteht. Weitere 31,5% geben an, immerhin mit 3 bis 6 Personen regelmäßig Kontakt zu haben. 14,5% geben an, mit 1 bis 2 Personen regelmäßig Kontakt zu haben, und nur 12% sagen, sie hätten mit keinem Freund oder Bekannten regelmäßig Kontakt. Die **Größe des Freundes- und Bekanntenkreises** wird maßgeblich von dem **Geschlecht der Befragten** beeinflusst ($p<0.01$). So geben 65,1% der männlichen Befragten an, mit 5 oder mehr Personen regelmäßig Kontakt zu haben, während es bei den Frauen nur 46,8% sind. Allerdings geben Männer auch häufiger an, keine Freunde oder Bekannte zu haben (Männer: 14,2% vs. Frauen: 9,6%).

Es zeigt sich weiteres, dass Studienteilnehmer/innen mit einer höheren Bildung und einem höheren sozioökonomischen Status angeben, mit mehr Personen regelmäßigen Kontakt zu haben, als Personen mit einer niedrigeren Bildung und einem niedrigeren sozioökonomischen Status. Das höhere soziale Kapital von gut situierten und hochgebildeten Personen lässt sich unter anderem auch dadurch erklären, dass beide Merkmale in engem Zusammenhang mit einem besseren Gesundheitszustand stehen und dieser wiederum dafür ausschlaggebend ist, ob die Personen außer Haus gehen können bzw. Besuch empfangen können. Denn wie auch bei der Größe des familiären Netzes geben Befragte mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand an, mit mehr Freunden und Bekannten regelmäßigen Kontakt zu unterhalten, als Personen mit einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand. Zwei Drittel der Studienteilnehmer/innen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand haben mit 5 oder mehr Freunden oder Bekannten regelmäßig Kontakt, während dies nur ein Drittel der Studienteilnehmer/innen mit reduziertem Gesundheitszustand und ausgeprägter Frailty sind. Regelmäßiger Kontakt mit 5 oder

mehr Personen wird auch vermehrt von Personen in urbanen Zentren (61,8%) und im ländlichen Raum (54,1%) angegeben, während ein vergleichsweise hoher Anteil von Befragten im Umland von regionalen Zentren angibt, mit niemanden Kontakt zu haben (23%). Interessant ist allerdings, dass bei gleichzeitiger Kontrolle aller Zusammenhänge mit der Größe des Freundes- und Bekanntenkreises **letztlich nur das Geschlecht der Studienteilnehmer/innen als Einflussfaktor signifikant** bleibt.

Größe des Freundes- und Bekanntenkreises (n=200)	
Mit > 6 Personen regelmäßig Kontakt	42,0%
Mit 3 bis 6 Personen regelmäßig Kontakt	31,5%
Mit 1 bis 2 Personen regelmäßig Kontakt	14,5%
Mit niemandem Kontakt (keine Familie/Verwandten mehr oder kein Kontakt)	12,0%
Gesamt	100%

Tabelle 15: Größe des Freundes- und Bekanntenkreises (n=200).

Kontakthäufigkeit: Räumliche Nähe und Gesundheitszustand ausschlaggebend

Betrachtet man die **Kontakthäufigkeit** zu Freunden oder Bekannten, so zeigt sich, dass hier ein besonders hoher Prozentsatz von 87,2% angeben, mit Freunden oder Bekannten in regelmäßigem Kontakt zu stehen. Davon gaben zwar nur 9,6% an, ihre Freunde oder Bekannten täglich zu sehen, aber immerhin 58,8% sehen sie zumindest einmal bis mehrmals pro Woche. Ein Viertel der Studienteilnehmer/innen sieht ihre Freunde und Bekannten immerhin 1-3 Mal im Monat. Ähnlich wie beim familiären Netz, ist die Kontakthäufigkeit auch beim Freundes- und Bekanntenkreis vor allem von der **Nähe des Wohnorts** abhängig ($p<0.05$). So haben 83,7% der Studienteilnehmer/innen, die angeben, dass ihre Freunde oder Bekannte in der Nachbarschaft wohnen, mit diesen zumindest einmal in der Woche Kontakt; davon 48,8% mehrmals pro Woche und 16,3% sogar täglich. Im Vergleich dazu haben nur 56,1% der Studienteilnehmer/innen, die angeben, Freunde oder Bekannte in einem innerhalb einer Stunde erreichbaren Ort zu haben, mit diesen zumindest einmal in der Woche Kontakt. Nur knapp ein Viertel (26,4%) hat mehrmals die Woche und nur 6,6% haben täglich Kontakt mit Freunden oder Bekannten aus einem anderen Ort.

Es zeigt sich zudem, dass Frauen zwar angeben, über einen kleineren Bekannten- und Freundeskreis zu verfügen, dafür diese Personen aber häufiger sehen als Männer. Während fast die Hälfte der weiblichen Studienteilnehmer/innen (47%) ihre Freunde und Bekannten täglich oder zumindest mehrmals in der Woche sehen, tun dies nur 36,9% der männlichen Befragten. Der Geschlechterunterschied ist allerdings nur beobachtbar, jedoch nicht signifikant. Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich hingegen – anders als bei der Kontakthäufigkeit mit Familienmitgliedern, wo dieser Zusammenhang nicht gefunden werden konnte – bei dem **Gesundheitszustand** der Studienteilnehmer/innen. Fast drei Viertel (73,9%) aller Hochaltrigen mit guter Gesundheit sehen ihre Freunde und Bekannten zumindest 1 Mal in der Woche. Bei den befragten Hochaltrigen mit schlechter Gesundheit (Pre-Frailty bzw. Frailty) sind dies hingegen nur 60% ($p<0.001$). Dieses

Ergebnis ist wenig überraschend, da es wiederum mit der eingeschränkten Mobilität zu erklären ist, die es Studienteilnehmer/innen mit reduziertem Gesundheitszustand nicht ermöglicht außer Haus zu gehen, um Freunde und Bekannte zu treffen.

Geringere Werte in der Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu Freunden

Die Beschreibung der **Qualität der sozialen Kontakte zu Freunden und Bekannten** stützen sich – wie bei der Beschreibung der Qualität der sozialen Kontakte in der Familie – auf die Kriterien der **Bewertung** und der Zufriedenheit. Aussagen über ein detaillierteres Verständnis über die Qualität zu den Beziehungen zu Freunden und Bekannten können hier aber ebenfalls nicht unternommen werden. Das Verhältnis zu den Freunden und Bekannten wird nicht ganz so positiv bewertet wie die Beziehungen zu der Familie. Im Vergleich zu den zwei Drittel der Studienteilnehmer/innen, die die Beziehung zur Familie als sehr gut bewerten, bewerten nur 58,4% das Verhältnis zu Freunden und Bekannten als sehr gut. Ein Drittel (35,2%) bewertet das Verhältnis zu Freunden und Bekannten als gut und 3,4% als mittelmäßig (Tabelle 16).

Bewertung	Familie (n=197)	Freunde / Bekannte (n=178)
sehr gut	68,0%	58,4%
gut	26,9%	38,2%
mittelmäßig	4,1%	3,4%
(sehr) schlecht	1,0%	0,0%
Gesamt	100%	100%

Tabelle 16: Bewertung der Beziehung zur Familie vs. zu Freunden/Bekannten.

Auch die **Zufriedenheit** mit dem Verhältnis zum Freundes- und Bekanntenkreis fällt weniger positiv aus als bei den Familienbeziehungen. Nur knapp die Hälfte der Studienteilnehmer/innen (51%) ist mit dem Verhältnis zu Freunden und Bekannten sehr zufrieden. Im Vergleich dazu sind knapp drei Viertel (73,7%) der Befragten mit den Beziehungen zur Familie sehr zufrieden. 34,3% der Befragten sind mit dem Verhältnis zu Freunden/Bekannten eher zufrieden und 12,6% beschreiben es als mittelmäßig (Tabelle 17). Angesichts des weniger positiv bewerteten Verhältnisses zu Freunden und Bekannten könnte angenommen werden, dass die soziale Erwünschtheit weniger zum Tragen kommt als bei der Bewertung der Beziehungen zur Familie.

Zufriedenheit	Familie (n=198)	Freunde / Bekannte (n=198)
sehr zufrieden	73,7%	51,0%
eher zufrieden	20,7%	34,3%
mittelmäßig	4,5%	12,6%
eher unzufrieden / gar nicht zufrieden	1,0%	2,0%
Gesamt	100%	100%

Tabelle 17: Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie vs. zu Freunden/Bekannten.

Wie bei der Qualität der Beziehungen zur Familie zeigt sich auch bei dem Verhältnis zu Freunden und Bekannten, dass Studienteilnehmer/innen, die **häufiger und mit mehr Freunden/Bekannten regelmäßigen Kontakt haben, ihr Verhältnis besser** bewerten als Studienteilnehmer/innen, die seltener und mit weniger Freunden/Bekannten regelmäßigen Kontakt haben ($p<0.001$). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bei der Zufriedenheit der Studienteilnehmer/innen mit ihrem Verhältnis zum Freundes- und Bekanntenkreis ($p<0.05$). Des Weiteren kann beobachtet werden, dass Männer und Studienteilnehmer/innen mit einer höheren Bildung und einem höheren sozioökonomischen Status zufriedener mit ihrem Verhältnis zum Freundes- und Bekanntenkreis sind als Frauen und Studienteilnehmer/innen mit einer niedrigeren Bildung und einem niedrigeren sozioökonomischen Status ($p<0.05$). Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich auch bei der Gesundheit der Studienteilnehmer/innen. Befragte mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand sind mit ihren sozialen Kontakten zu Freunden und Bekannten signifikant häufiger sehr zufrieden als Befragte mit einem pre-frailen oder frailen Gesundheitszustand ($p<0.001$).

5.2.3 Verwitwung, Kinderlosigkeit und Heimaufenthalt

- **Verwitwung, Kinderlosigkeit und Heimaufenthalt führen im Alter zu geringeren familiären und außerfamiliären Kontakten.**
- **Kinderlose Hochaltrige sind vor allem mit den Beziehungen zur Familie unzufriedener als Hochaltrige mit Kindern.**
- **Verwitwete Hochaltrige und Pflegeheimbewohner/innen sind vor allem mit dem Verhältnis zu Freunden unzufriedener.**

Bei (Wagner, Schütze, & Lang, 2010) werden drei Faktoren hervorgehoben, die sich besonders stark auf die sozialen Beziehungen alter Menschen auswirken und sozialer Isolation und Vereinsamung tendenziell Vorschub leisten: *Verwitwung, Kinderlosigkeit* und *Heimaufenthalt*. So bedeutet etwa **Verwitwung** nicht nur den Verlust einer wie auch immer befriedigenden oder unbefriedigenden, emotional aber jedenfalls hoch besetzten Beziehung; sie kann auch mit einer Verringerung des Freundeskreises einhergehen, zumal wenn dieser mit dem Ehepartner geteilt wurde. Umgekehrt können aber Verwitwete gerade auch Freundschaften neu aufbauen oder den Kontakt zu den

Verwandten verstärken. **Kinderlosigkeit** wiederum führt generell eher zu einem sozial isolierteren Leben im Vergleich zu dem von Eltern, da diese nicht nur ein dichteres Netz an familiären Sozialbeziehungen haben als Kinderlose, sondern tendenziell auch mehr Freunde und freundschaftliche Beziehungen zu Nachbarn. Speziell alleinlebende Kinderlose weichen verstärkt auf andere Rollenbeziehungen, wie etwa Geschwister, aus. Kinderlosigkeit ist mit Blick auf die sozialen Beziehungen vor allem dann folgenschwer, wenn sie mit anderen Faktoren wie Verwitwung zusammenfällt. Ein **Heimaufenthalt** schließlich ist allgemein mit sozialer Vereinsamung konnotiert, wobei allerdings noch relativ wenig darüber bekannt ist, ob und in welchem Ausmaß nicht auch im Heim soziale Netzwerke bestehen.

Verwitwete – mit außerfamiliären Kontakten weniger zufrieden

Mit einem Menschen in einer Ehe oder einer Partnerschaft zu leben ermöglicht den Zugang zu einem größeren sozialen Netzwerk an familiären und freundschaftlichen Kontakten (Heylen, 2010). Durch den Tod des/der Partner/in kann es zum Wegfall von familiären und außerfamiliären Sozialkontakten des/der Partner/in kommen, wodurch sich das Netzwerk von Verwitweten verkleinert. Dies kann auch in den Auswertungen der ÖIHS-NÖ beobachtet werden. Im Vergleich zu den verheirateten Befragten verfügen **verwitwete Hochaltrige tendenziell über ein kleineres soziales Netzwerk**; sowohl in verwandtschaftlicher ($p<0.05$) als auch in nicht-verwandtschaftlicher ($p<0.01$) Hinsicht. Geben von den Verheirateten 74,5% an, zu mindestens 5 Personen aus der Familie regelmäßige Kontakte zu unterhalten, sind es unter den Verwitweten nur 52,8%. Ganz ähnlich verhält es sich mit nicht-verwandtschaftlichen Kontakten (70% vs. 44,9%) (vgl. Abbildung 60). Verwitwung bedeutet also nicht nur den Verlust des Partners/der Partnerin als der für gewöhnlich engsten Bezugsperson, sondern geht offenbar auch mit einer allgemeinen (zumindest quantitativen) Verringerung sozialer Beziehungen einher. Davon sind – aufgrund der höheren Verwitwungsrate – **insbesondere Frauen betroffen**.

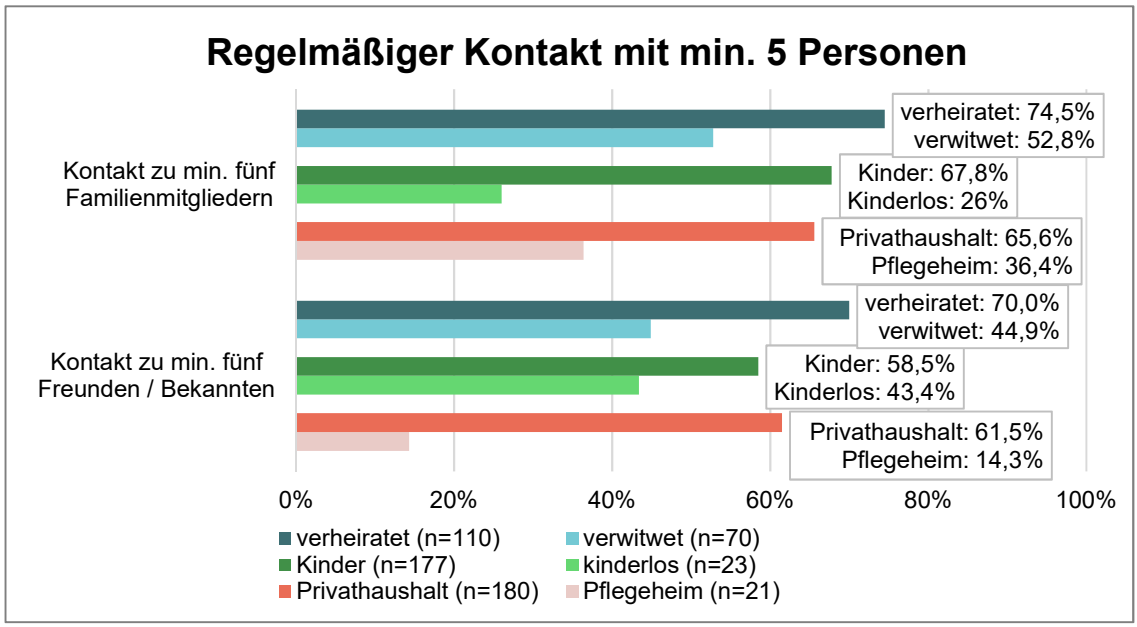


Abbildung 60: Regelmäßiger Kontakt mit min. 5 Personen aus der Familie bzw. aus dem Freundes- und Bekanntenkreis.

Des Weiteren sind verheiratete Personen im Vergleich zu verwitweten Personen signifikant häufiger der Meinung, insgesamt betrachtet ausreichend Kontakte zu haben (87,3% vs. 75,7%; $p<0.05$). Sie sind zudem mit ihren familiären als auch außerfamiliären Kontakten signifikant häufiger zufrieden ($p<0.05$) (vgl. Abbildung 61). Bei der Bewertung der familiären und außerfamiliären Kontakte zeigen sich hingegen keine Unterschiede zwischen verwitweten und verheirateten Personen, demnach hat die Größe des Netzwerks keinen Ausschlag auf die Bewertung.

Kinderlose Hochaltrige – unzufriedener mit den Beziehungen zur Familie

Kindern wird im Kontext der sozialen Beziehung ihrer Eltern eine integrative Funktion zugewiesen, da auch durch sie das Netzwerk an sozialen Kontakten der Eltern größer wird. Kinderlosigkeit führt hingegen zu geringeren familiären Kontakten. Zudem verfügen Kinderlose aber auch über ein wesentlich kleineres nicht-verwandtschaftliches soziales Netzwerk, d.h. sie haben überwiegend auch weniger Freunde und Bekannte als Personen mit Kindern. In den Daten der ÖIHS-NÖ zeigt sich dies ebenso. **Kinderlose Hochaltrige** verfügen häufiger über ein kleineres Netz an familiären und außerfamiliären sozialen Kontakten. So hat zum Beispiel nur ein Viertel (26%) zu 5 oder mehr Personen aus der Familie regelmäßigen Kontakt, während dies für etwa zwei Drittel (67,8%) der Studienteilnehmer/innen mit lebenden Kindern der Fall ist. Geringere Unterschiede zeigten sich bei den außerfamiliären Sozialkontakten. Während nur 43,4% der kinderlosen Hochaltrigen zu 5 oder mehr Freunden und Bekannten regelmäßigen Kontakt haben, nennen 58,5% der Hochaltrigen mit Kindern regelmäßigen Kontakt mit 5 oder mehr Freunden und Bekannten (vgl. Abbildung 60).[36]

Wenngleich sich für die vorliegende Studienpopulation der ÖIHS-NÖ also Unterschiede in der Größe des familiären und außerfamiliären Netzwerks zeigen, geben bei beiden Gruppen, Hochaltrige mit und ohne Kinder, über 80% der Befragten an, ausreichende Kontakte zu haben. Allerdings bewerten kinderlose Hochaltrige die Beziehungen zur Familie etwas seltener als sehr gut (52,6% vs. 70,9%) und sind mit den Beziehungen zur Familie auch seltener sehr zufrieden (55% vs. 77,1%) (vgl. Abbildung 61). Keine Unterschiede zeigen sich hingegen bei der Bewertung des Verhältnisses oder bei der Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu Freunden und Bekannten. Die nicht zu beobachtenden Unterschiede sind unter Berücksichtigung der geringen Anzahl an kinderlosen Personen in der Studienpopulation zu verstehen. Allerdings zeigen andere Studien auch, dass sich soziale Beziehungen zwischen Personen mit und ohne Kinder kaum unterscheiden (Heylen, 2010) und dass Kinderlosigkeit nicht notwendigerweise Einsamkeit hervorrufen muss (Koropeckyj-Cox, 1998).

Pflegeheimbewohner/innen als besondere Risikogruppe geringer Kontakte

Als dritte Risikogruppe, der soziale Isolation im Alter widerfahren kann, sind **Pflegeheimbewohner/innen** zu nennen. Während 65,5% der Hochaltrigen in Privathaushalten angeben, mit 5 oder mehr Personen aus der Familie regelmäßigen Kontakt zu haben, sind es bei Pflegeheimbewohner/innen nur 36,3%. Ähnliche

[36] Die Ergebnisse sind allerdings unter Bedachtnahme dessen zu verstehen, dass die Gruppe der Studienteilnehmer/innen ohne lebende Kinder relativ klein ist. Nur 24 Personen, also 11,8%, haben keine lebenden Kinder (mehr). Aus diesem Grund wurden die zuvor beschriebenen Unterschiede auch nur deskriptiv und ohne Prüfung der Signifikanz beschrieben.

Ergebnisse zwischen Befragten in Privathaushalten und in Pflegeheimen zeigen sich für die Größe des Freundes- und Bekanntenkreises. Nur 14,3% der Pflegeheimbewohner/innen haben regelmäßigen Kontakt zu 5 oder mehr Freunden. Bei Befragten in Privathaushalten sind es hingegen 61,5% (vgl. Abbildung 60). Dennoch zeigen sich kaum Unterschiede bei der Frage, ob die Studienteilnehmer/innen der Meinung sind ausreichend Kontakte zu haben (81,8% vs. 76,2%). Auch in der Bewertung zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede, allerdings zeigen sich Personen in Privathaushalten häufiger sehr zufrieden mit dem Verhältnis zu Freunden und Bekannten als Personen im Pflegeheim (56% vs. 15,8%) (vgl. Abbildung 61). Bei der Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie zeigen sich hingegen keine Unterschiede. Auch hier reichen – ähnlich wie bei der Diskussion der Kinderlosigkeit – die geringen Fallzahlen für eine detailliertere Analyse nicht aus.

Das vergleichsweise kleine soziale Netz von Pflegeheimbewohner/innen lässt sich freilich in den meisten Fällen durch die Pflegeheimsituation selbst erklären, da der Umzug in ein Pflegeheim häufig das Verlassen der gewohnten Umgebung bedeutet. Dies wirkt sich in der Regel nachteilig auf die bisher unterhaltenen sozialen Beziehungen aus (so z.B. zu Nachbarn oder Freunden in der näheren Umgebung). Zum Teil dürfte es aber auch so sein, dass ein bereits erodiertes soziales Netz den Umzug ins Pflegeheim bereits ganz maßgeblich begünstigt hat, insofern der geringere soziale Rückhalt bei beginnender Pflegebedürftigkeit die Wahl informeller Lösungen (z.B. Pflege durch Kinder oder andere Verwandte) und damit den längeren Verbleib in den eigenen vier Wänden unwahrscheinlicher macht.

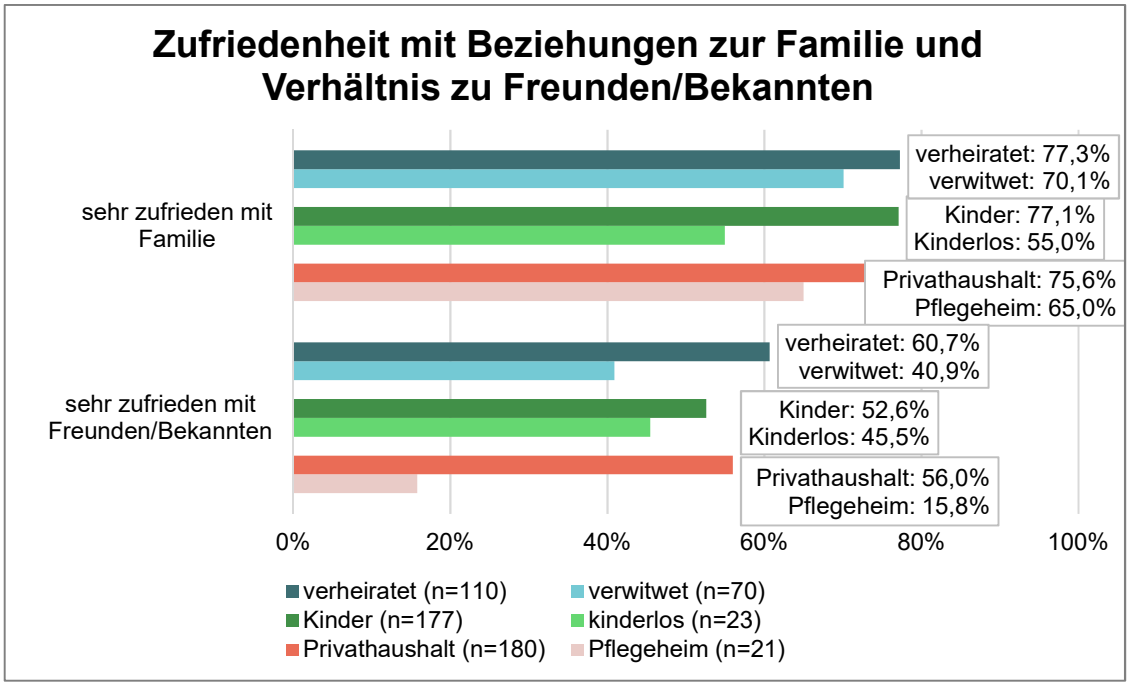


Abbildung 61: Zufriedenheit mit Beziehungen zur Familie bzw. Verhältnis zum Freundes- und Bekanntenkreis.

5.2.4 Soziale Kontakte und das Gefühl der Einsamkeit

- **Einsamkeit hängt stark von den außerfamiliären Kontakten ab – Hochaltrige ohne Freunde und einer geringeren Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu Freunden fühlen sich öfter einsam.**
- **24% der Verwitweten und 27,3% der Pflegeheimbewohner/innen fühlen sich oft oder immer einsam.**
- **Einsamkeit im Alter betrifft vor allem Frauen mit einem geringen sozioökonomischen Status und schlechtem Gesundheitszustand.**

Die Ausgestaltung von sozialen Kontakten kann einen maßgeblichen Einfluss darauf haben, ob sich Personen im höheren Alter einsam fühlen oder nicht. Mehrere Studien zeigen (Heylen, 2010; Wenger u. a., 1996), dass bestimmte Lebenskonstellationen für die Ausprägung der sozialen Kontakte hinderlich sind und soziale Isolation oder das Gefühl von Einsamkeit begünstigen können. In der ÖIHS-NÖ zeigen sich in dieser Hinsicht signifikante Zusammenhänge sowohl mit der Größe des sozialen Netzwerks als auch mit der Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen der Studienteilnehmer/innen. Es erscheint wenig überraschend, dass sich Hochaltrige, die auf ein größeres soziales Netz zurückgreifen können, seltener einsam fühlen. Allerdings steht nur **die Anzahl der Freunde und Bekannte**, mit denen regelmäßiger Kontakt besteht, nicht jedoch die Anzahl der Familienmitglieder, in signifikantem Zusammenhang mit dem Gefühl der Einsamkeit. So geben über 80% der Hochaltrigen mit 5 oder mehr Freunden an, sich selten oder nie einsam zu fühlen, während sich nur 58,3% der Hochaltrigen, die angeben, keine Freunde zu haben, sich selten oder nie einsam fühlen ($p<0.05$).

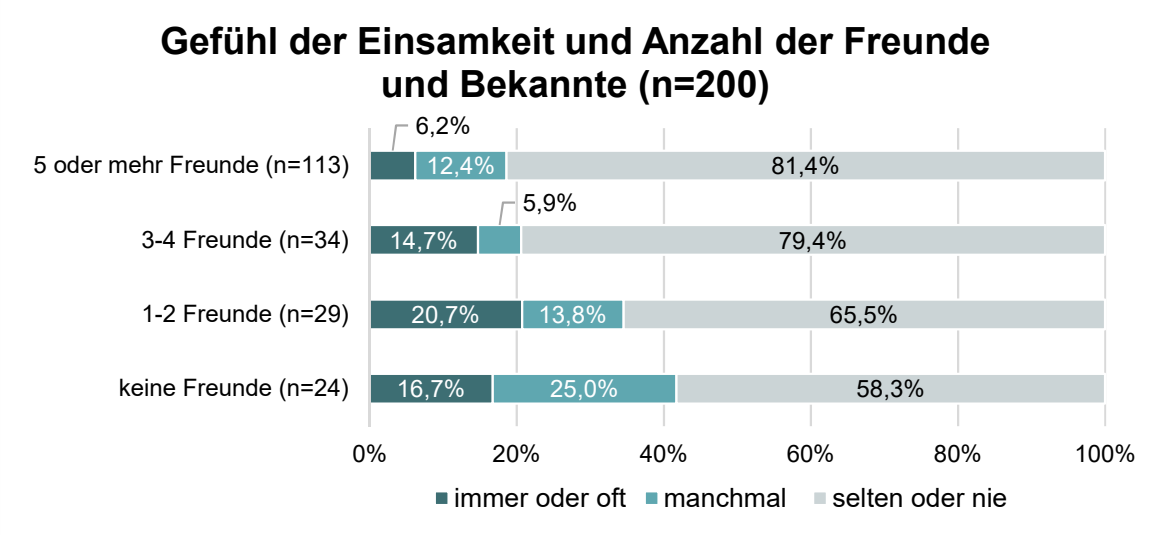


Abbildung 62: Gefühl der Einsamkeit und Anzahl der Freunde und Bekannte (n=200).

Kein signifikanter Zusammenhang zeigt sich hingegen bei der Kontakthäufigkeit und dem Gefühl der Einsamkeit – weder zu Familienmitgliedern, noch zu Freunden und Bekannten. Ausschlaggebender ist hingegen die **Zufriedenheit der Befragten mit ihren sozialen Beziehungen**. Sie nimmt einen zentralen Stellenwert ein, da Menschen, die mit ihren

sozialen Beziehungen zufrieden sind, sozial integriert sind und sich in der Folge seltener einsam fühlen (Tesch-Römer, 2010, S. 107). So zeigt sich, dass nur etwa 9% der Studienteilnehmer/innen, die mit ihrem Verhältnis zu Freunden und Bekannten sehr bzw. eher zufrieden sind, sich oft oder immer einsam fühlen ($p<0.01$). Im Vergleich dazu fühlt sich ein Viertel der Studienteilnehmer/innen (24%), die mit ihrem Verhältnis zu Freunden und Bekannten nur mittelmäßig zufrieden sind, oft oder immer einsam. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den sozialen Beziehungen zur Familie ($p<0.05$).

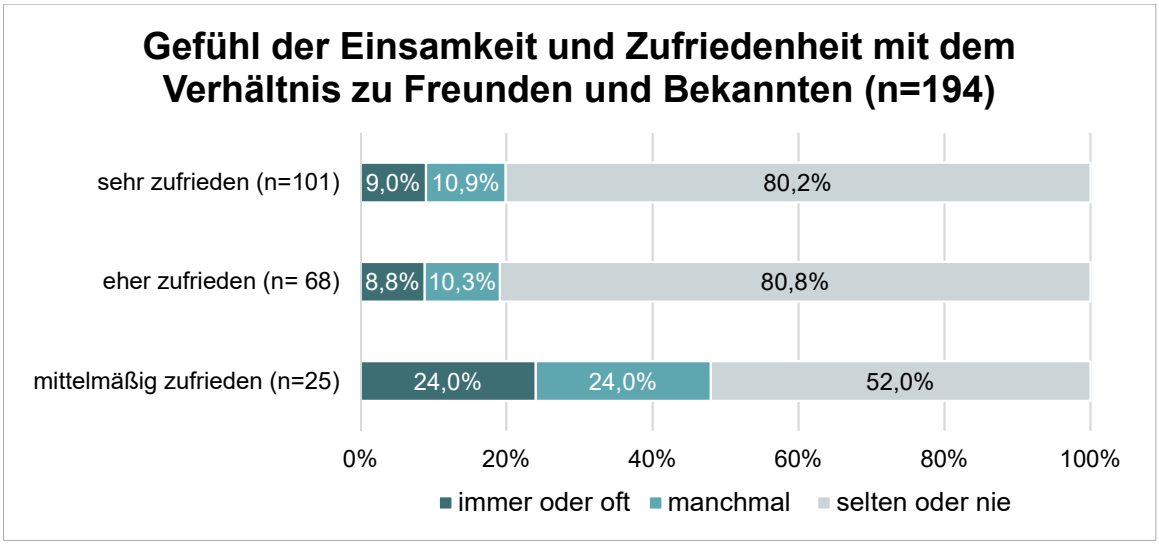


Abbildung 63: Gefühl der Einsamkeit und Zufriedenheit mit Verhältnis zu Freunden (n=194).

Verwitwete und Pflegeheimbewohner/innen fühlen sich häufiger einsam

Wie bereits in Kapitel 5.2.3 beschrieben, unterscheiden sich verwitwete und kinderlose Hochaltrige sowie Pflegeheimbewohner/innen in der Größe und Zufriedenheit mit ihren sozialen Kontakten von den anderen Befragten in der Studienpopulation. Daher ist anzunehmen, dass diese Personengruppen auch einem höheren Einsamkeitsrisiko ausgesetzt sind. Diese Annahme zeigt sich bei verwitweten Hochaltrigen in besonderer Weise bestätigt. Der Zusammenhang zwischen **Verwitwung und Einsamkeit** ist nicht nur hoch signifikant ($p<0.001$), er erweist sich auch von hoher Stärke (Phi=0,419). 23,9% und damit fast ein Viertel der verwitweten Hochaltrigen geben an, sich oft oder immer einsam zu fühlen. Im Vergleich trifft dies auf nur 3,6% (!) der verheirateten Hochaltrigen zu (vgl. Abbildung 64).[37] Damit haben verwitwete verglichen mit verheirateten Personen ein mehr als 6-mal so hohes Risiko, sich im Alter einsam zu fühlen. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass es durch den Tod des/der Partner/in auch zu einem Wegfall von familiären und außerfamiliären Sozialkontakten des/der Partner/in kommen kann. Verwitwung erweist sich vor allem dann als besonders negativ, wenn kein hinreichend dichtes soziales Netz vorhanden ist, durch das der Verlust zumindest ansatzweise kompensiert werden könnte, z.B. durch eine Intensivierung von Kontakten mit Verwandten oder Freunden. Aufgrund der ungleich höheren Verwitwungsrate von Frauen im Vergleich zu Männern sind hiervon vor allem Frauen betroffen.

[37] Der Zusammenhang weist dasselbe Signifikanzniveau ($p<0.001$) auf, wenn nur Personen in Privathaushalten und nur Personen mit lebenden Kindern betrachtet werden. Die Stärke des Zusammenhangs verringert sich allerdings etwas (Phi=0,345) und das Einsamkeitsrisiko ist „nur“ mehr knapp 5-mal so hoch als bei verheirateten im Privathaushalt lebenden Hochaltrigen mit lebenden Kindern.

Besonders stark betroffen von Einsamkeitsgefühlen sind auch Bewohner/innen von **Pflegeheimen.** Während nur 10,5% der in Privathaushalten lebenden Personen angeben, sich oft oder immer einsam zu fühlen, trifft dies auf 27,3% der Personen in Pflegeheimen zu ($p<0.01$) (vgl. Abbildung 64). Damit ist das Einsamkeitsrisiko im Vergleich zu im Privathaushalt lebenden Befragten 3-mal so hoch. Zudem ist der Anteil der Personen in Pflegeheimen, die sich immer oder oft einsam fühlen, auch größer als der Anteil der verwitweten Personen, die sich immer oder oft einsam fühlen (27,3% vs. 23,9%) (vgl. Abbildung 64). Daher gilt es diesen Ergebnissen mit Blick auf zukünftige Nachfrage nach Pflegeheimplätzen besondere Aufmerksamkeit zu widmen.[38] Diese sehr hohen Einsamkeitsraten lassen sich im Wesentlichen auf die stark reduzierten Sozialbeziehungen von Heimbewohner/innen zurückführen. Diese dürften maßgeblich durch den Umzug ins Pflegeheim und dem damit verbundenen Verlassen des gewohnten Wohn- und Lebensumfelds bedingt sein. Wie die Befragung der Heimbewohner/innen nahelegt, kommt es innerhalb von Pflegeheimen in der Regel offenbar nicht oder nur selten zum Aufbau von neuen Sozialbeziehungen.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Einsamkeit und der **Kinderlosigkeit** kann in der vorliegenden Studienpopulation nicht gefunden werden.[39] Sowohl bei Hochaltrigen mit lebenden Kindern (11,3%), also auch bei Hochaltrigen ohne lebende Kindern (16,7%) fällt der Prozentsatz derjenigen, die sich oft oder immer einsam fühlen, wesentlich geringer aus als bei verwitweten Hochaltrigen oder Pflegeheimbewohner/innen (vgl. Abbildung 64). Wie bereits in Kapitel 5.2.3 beschrieben, weisen kinderlose Hochaltrige zwar ein kleineres soziales Netzwerk auf, da sich familiären Beziehungen, infolge der Kinderlosigkeit, auf ihre eigene Generation beschränken. Dennoch muss Kinderlosigkeit nicht notwendigerweise Einsamkeit hervorrufen (Koropeckyj-Cox, 1998). So zeigt sich in der vorliegenden Studienpopulation zwar, dass kinderlose Studienteilnehmer/innen auch zu weniger Freunden und Bekannten regelmäßigen Kontakt unterhalten als Studienteilnehmer/innen mit Kindern (43,4% vs. 58,5%), allerdings sind sie mit dem Verhältnis zu Freunden und Bekannten nur geringfügig weniger zufrieden. Zudem kommen etwa Wenger (2009) und Dykstra und Hagestad (2007) in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass kinderlose Frauen mehr Freundschaften haben als andere Frauen. Hier wäre es wünschenswert, diesen Zusammenhang in weiteren Wellen der Hochaltrigenstudie genauer zu untersuchen.

[38] Eine Berücksichtigung der Kriterien Familienstand und Kinderlosigkeit und damit eine weitere Aufsplittung der Personengruppe ist leider aufgrund der geringen Fallzahlen der Pflegeheimbewohner/innen (n=22) nicht möglich.

[39] Auch an dieser Stelle sei noch einmal auf die geringe Fallzahl der kinderlosen Hochaltrigen (n=24) verwiesen. So kann bei einer größeren Stichprobe nicht ausgeschlossen werden, dass doch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Kinderlosigkeit und Einsamkeitsgefühl besteht. Aus demselben Grund können die Kriterien von Familienstand und Pflegeheim keine weitere Berücksichtigung finden.

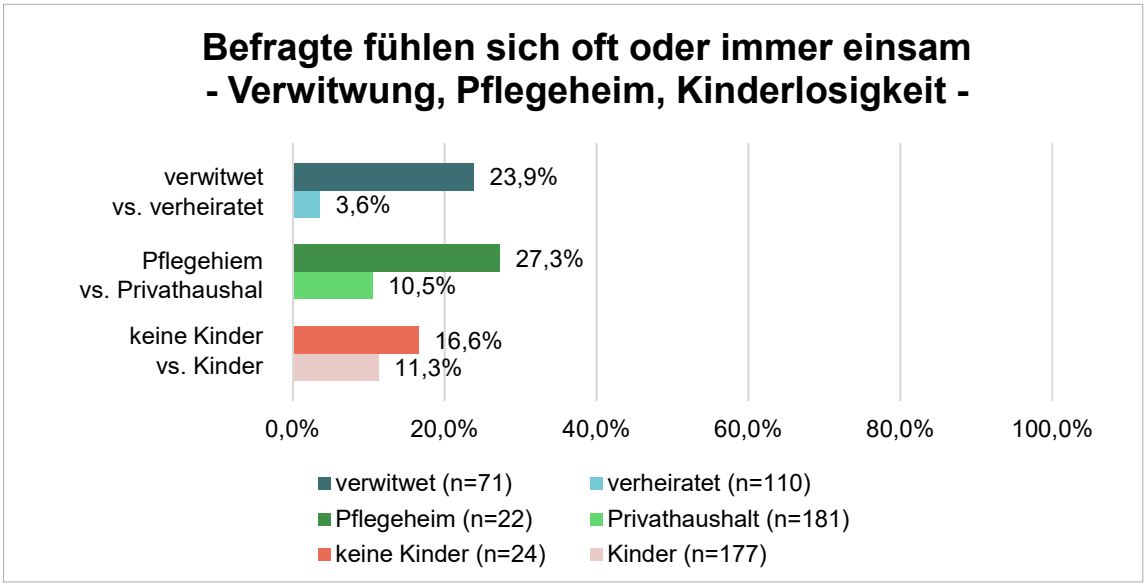


Abbildung 64: Gefühl der Einsamkeit und Verwitwung, Pflegeheim und Kinderlosigkeit.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anzahl der Freunde und Bekannte und die Zufriedenheit mit familiären und außerfamiliären Kontakten einerseits sowie Verwitwung und Pflegeheimaufenthalt andererseits die wesentlichen Einflussgrößen darstellen, ob sich Menschen im Alter häufig einsam fühlen. Es sind vor allem Frauen, die von Verwitwung betroffen sind, was in einem kleineren Freundes- und Bekanntenkreis resultiert. Sie sind zudem auch häufiger unzufrieden mit ihren außerfamiliären Kontakten, was nicht zuletzt auf ihren schlechteren Gesundheitszustand zurückzuführen ist, der wiederum Grund für einen Pflegeheimaufenthalt ist.

5.2.5 Sexualität und Zärtlichkeit

- **Für 46,4% der Hochaltrigen in Niederösterreich spielt Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine große oder eher große Rolle.**
- **Ausschlaggebend ist vor allem der Familienstand – 65,3% der verheirateten, aber nur 21,9% der verwitweten Befragten messen Sexualität und Zärtlichkeit eine (eher) große Rolle bei.**
- **Kein Unterschied besteht zwischen verheirateten Frauen und Männern.**

Sexualität im Alter ist bis heute weitgehend tabuisiert (Bach & Böhmer, 2011). Schon um dieser Tabuisierung zu begegnen, wurde eine Thematisierung der Sexualität im hohen Alter im Rahmen der ÖIHS vorgesehen. Aufgrund seiner gesellschaftlichen Tabuisierung war es daher allerdings erforderlich, dieses Thema für die Teilnehmer/innen möglichst behutsam anzusprechen. So wurde der Sexualitäts-Teil, anschließend an den Fragenblock zur Lebenszufriedenheit, folgendermaßen eingeleitet: *„Zu einem glücklichen und zufriedenen Leben gehört ja auch Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität. Welche Rolle spielen diese Dinge in Ihrem Leben?“* Hingewiesen wurden die Teilnehmer/innen explizit auch darauf, dass es ihnen völlig freisteht, diese Frage nicht zu beantworten, wenn ihnen dies unangenehm ist.

Da am Ende nur 6,4% eine Antwort auf diese Frage abgelehnt haben, kann davon ausgegangen werden, dass die gewählte Form der Thematisierung hinreichend geeignet war, um auf eine Art und Weise zum Thema hinzuführen, ohne die Teilnehmer/innen peinlich zu berühren und damit zu überfordern. Es spricht aber auch dafür, dass es ganz allgemein gelungen sein dürfte, in den Interviews eine einigermaßen angenehme und vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Betrachtet man jene 93,6% der Studienteilnehmer/innen, die auf diese Frage geantwortet haben, dann spielt **Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität** für ein Viertel der Befragten (25,3%) eine große Rolle und für ein Fünftel der Befragten (21,1%) eine eher große Rolle. Für 17,9% spielen diese Themen eher keine Rolle und für 35,8% gar keine Rolle (mehr).

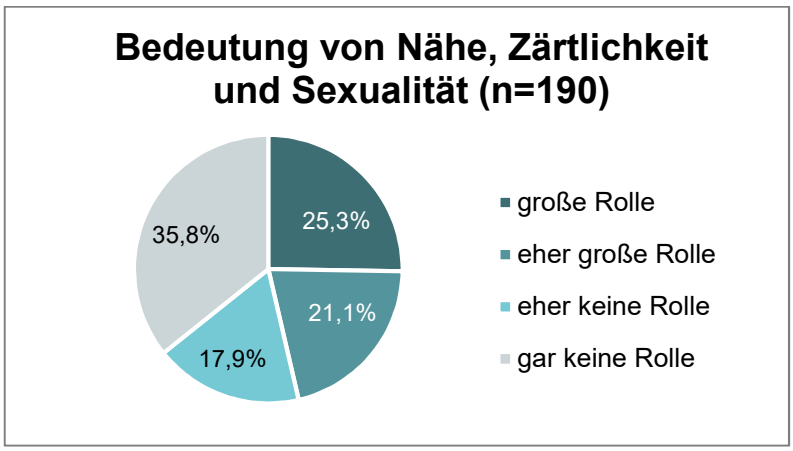


Abbildung 65: Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität (n=190).

Die Frage nach Zärtlichkeit und Sexualität ist freilich relativ weit gefasst. Hier können verschiedene Formen von sexuellen Aktivitäten eine Rolle spielen. Die bewusst sehr weite Konstruktion dieser Frage ist nicht nur dadurch motiviert, um möglichst schonend und behutsam das **Tabuthema der Alterssexualität** anzusprechen. Sie entspricht auch einem breiteren Verständnis von Sexualität, das gerade im Hinblick auf die Zielgruppe der Studie nicht einfach auf Geschlechtsverkehr reduziert werden sollte. Um aber auch diesen Aspekt zumindest ansatzweise zu erfassen, wurde in einem zweiten Schritt ganz explizit auch nach „sexuellen Kontakten“ gefragt. Von den Studienteilnehmer/innen, die auf die Frage geantwortet haben, geben 27,6% an, sexuelle Kontakte zu haben. 72,4% geben an, dass dies für sie nicht mehr zutrifft. Die Frage abgelehnt haben nur 5,4%, was einen ähnlich geringen Prozentsatz wie bei der Frage nach der Rolle von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität darstellt.

Sexualität im hohen Alter ist vor allem vom Familienstand abhängig

Auffällig – wenn auch nicht unbedingt überraschend – ist, dass Männer Sexualität und Zärtlichkeit auf den ersten Blick ungleich mehr Bedeutung beimessen als Frauen: Mehr als die Hälfte der Männer (57,4%) sagen, Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität spielen in ihrem Leben eine große oder eher große Rolle; davon messen 31,7% diesen Themen eine große Rolle bei. Bei den Frauen sind es hingegen nur 33,7%, die sagen, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität in ihrem Leben eine Rolle spielen; davon messen 18% diesen Themen eine große Rolle bei (vgl. Abbildung 66). Männer geben zudem deutlich häufiger als Frauen an, sexuelle Kontakte zu haben (35% vs. 19,1%). Betrachtet man allerdings nur

Studienteilnehmer/innen, die ihren Familienstand als verheiratet angeben, ist kaum noch ein Geschlechterunterschied zu beobachten. Die Prozentsätze zwischen verheirateten Frauen und verheirateten Männern, die Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine (eher) große Rolle beimessen sind annähernd gleich groß (Frauen: 63,7% vs. Männer: 66,2%) (vgl. Abbildung 66). Ebenso zeigt sich kaum ein Geschlechterunterschied zwischen verheirateten Frauen und verheirateten Männern bei der Frage, ob diese sexuelle Kontakte haben. Hier zeigt sich sogar, dass verheiratete Frauen zu einem größeren Anteil angeben, sexuelle Kontakte zu haben (50% vs. 46,5%).

Der Geschlechterunterschied, der sich auf den ersten Blick hier zeigt, ist also vor allem darauf zurückzuführen, dass ein beträchtlicher Teil der hochaltrigen Männer in der Stichprobe in (ehelichen) Beziehungen lebt, während Frauen überwiegend verwitwet bzw. alleinstehend sind. Wird dieser Umstand allerdings berücksichtigt, dann zeigt sich, dass **der Stellenwert, den die Studienteilnehmer/innen Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität in ihrem Leben beimessen, weniger von ihrem Geschlecht, sondern vielmehr von ihrem Familienstand abhängt**. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität und dem Familienstand so erweist sich dieser hochsignifikant ($p<0.001$) und von mittlerer Stärke (Kendall-Tau-b=0.430). Zwei Drittel (65,3%) der verheirateten Hochaltrigen messen Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine (eher) große Rolle in ihrem Leben bei, während dies nur ein Fünftel (21,9%) der verwitweten Hochaltrigen tut.

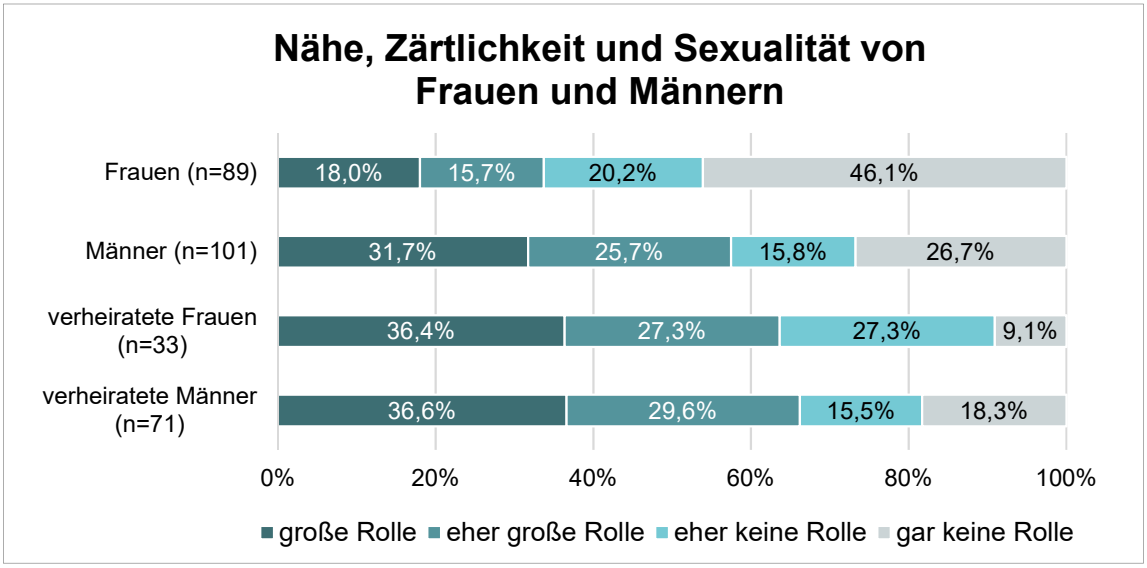


Abbildung 66: Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität nach Geschlecht und Familienstand.

Es sollte weiters überlegt werden, inwieweit der **Gesundheitszustand** der Studienteilnehmer/innen eine Rolle spielt. Hier zeigt sich zwar, dass der Prozentsatz der Studienteilnehmer/innen, für die Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine (eher) große Rolle spielt, mit schlechterem Gesundheitszustand abnimmt. Ein signifikanter Unterschied ist jedoch nur hinsichtlich der Frage nach aufrechten sexuellen Kontakten zu beobachten: So geben die 63% der Gruppe der „Rüstigen“, d.h. der immer noch relativ gesunden und in ihrer Funktionalität noch weitestgehend unbeeinträchtigten

Hochaltrigen an, sexuelle Kontakte zu haben, während es bei den Hochaltrigen mit bereits (stark) eingeschränkter Gesundheit (Pre-Frailty und Frailty) nur 14,1% sind ($p<0.001$).

Funktionelle Einschränkungen sind vor allem auch bei **Pflegeheimbewohner/innen** vorherrschend. Hier zeigt sich, dass nur 3 von 22 Pflegeheimbewohner/innen angeben, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine eher große Rolle in ihrem Leben spielen. Über sexuelle Kontakte berichtet keine der befragten Personen in Pflegeheimen. Doch auch hier ist zu berücksichtigen, dass über 90% der Pflegeheimbewohner/innen verwitwet, geschieden oder ledig sind und dieser Zusammenhang auch wiederum über den Familienstand vermittelt wird. Berücksichtigt man nämlich den Einfluss des Geschlechts, des Familienstands (verheiratet vs. verwitwet)[40], des Gesundheitszustands und der Wohnsituation (Privathaushalt vs. Pflegeheim)[41] auf die Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität gleichzeitig, so bleibt nur der Familienstand signifikant ($p<0.05$). Dasselbe Ergebnis zeigt sich bei gleichzeitiger Berücksichtigung der zuvor genannten Variablen in der Beantwortung, ob sexuelle Kontakte bestehen – auch hier ist nur der Familienstand signifikant ($p<0.001$). Es lässt sich also resümieren, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität vor allem dann eine Rolle im Leben von hochaltrigen Menschen spielen, wenn es einen Menschen im Leben gibt, mit dem Intimität gelebt werden kann.

[40] Die Berücksichtigung der anderen Ausprägungen des Familienstands (geschieden, getrennt lebend, ledig) war leider aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich.
[41] Hier muss allerdings angemerkt werden, dass die Fallzahlen von Pflegeheimbewohner/innen sehr klein sind ($n<25$).

PFLEGE UND BETREUUNG

6 PFLEGE UND BETREUUNG

Pflege und Betreuung stellen in Folge der sich verschlechternden Gesundheit hochaltriger Menschen zwei besonders relevante Themenbereiche der Hochaltrigenstudie dar. So steigt mit zunehmendem Alter nicht nur die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, auch stellen hochaltrige Menschen den größten Anteil an allen gepflegten Menschen dar. Betrachtet man den Pflegebedarf in Niederösterreich, so lässt sich folgendes festhalten: „Ca. zwei Drittel der Gepflegten sind 80 Jahre oder älter“ (Kolland, Bittner, Gutschik, Müller, & Wurzer, 2016). Aufgrund der in Zukunft weiterhin wachsenden Anzahl an hochaltrigen Menschen bedarf es eines wissenschaftlich fundierten Wissens zum Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und den Formen von Unterstützungs- und Pflegeleistungen im hohen Alter. Vor dem Hintergrund der ÖIHS-NÖ als eine explizit politikrelevante Studie, gilt es daraus Grundlagen für gesundheits- und sozialpolitisches Handeln für notwendige Anpassungen von Pflegestrukturen als auch hinsichtlich möglicher präventiver Potenziale, z.B. in Form einer Pflegevorsorge, abzuleiten.

In der Beschäftigung mit Fragen zur Pflege und Betreuung ist es wesentlich, Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten von Studienteilnehmer/innen in Pflegeheimen zu unterscheiden. Einerseits ergibt sich aus der Pflegebedürftigkeit als notwendige Voraussetzung für einen Heimaufenthalt, eine von Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten grundsätzlich zu unterscheidende gesundheitliche und sozioökonomische Konstitution der Pflegeheimbewohner/innen. Andererseits muss auch die Alltagsgestaltung und Wohnsituation von Studienteilnehmer/innen in Pflegeheimen von jenen in Privathaushalten unterschieden werden, da Pflegeheimbewohner/innen andere (oftmals auch eingeschränktere) Möglichkeiten haben, den Tag selbst zu gestalten. Aus diesen Gründen bezieht sich das Kapitel 6.1 Pflege und Unterstützung zu Hause nur auf jene 181 Niederösterreicher/innen, die in Privathaushalten leben. Den 22 Studienteilnehmer/innen in Pflegeheimen ist mit dem Kapitel 6.2 Leben im Pflegeheim ein eigenes Kapitel gewidmet.

6.1 Pflege und Unterstützung zu Hause

Der überwiegend recht gute Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen, wie er sich insgesamt, d.h. über das gesamte Sample gesehen, aus der Untersuchung ergibt, insbesondere die weitgehend noch sehr hohe Funktionalität im Hinblick auf die selbstständige Bewältigung alltäglicher Verrichtungen, spiegelt sich auch in einem vergleichsweise **geringen Ausmaß an regelmäßiger Unterstützungs- bzw. Pflegebedürftigkeit** wider. Ein großer Teil der Befragten ist noch so mobil und vom allgemeinen körperlichen, kognitiven und gesundheitlichen Zustand her so weit fit, dass Funktionalitätseinschränkungen bei vielen nur sehr gering ausgeprägt sind und in vielen Fällen daher kein oder nur ein geringer Unterstützungsbedarf vorliegt.

6.1.1 Pflegebezogener Unterstützungsbedarf im hohen Alter

- **27,2% der niederösterreichischen Hochaltrigen in Privathaushalten sind aufgrund ihres Alters oder ihrer Gesundheit regelmäßig auf Unterstützung oder Hilfe angewiesen.**
- **Regelmäßig auf pflegebezogene Hilfe angewiesen sind nur 8,8%.**
- **Frauen und Hochaltrige im ländlichen Raum sind häufiger auf Unterstützung oder Hilfe angewiesen.**

Lediglich 27,2% der 181 Teilnehmer/innen in Privathaushalten[42] geben an, im Alltag aufgrund ihres Alters oder aufgrund ihres Gesundheitszustands regelmäßig auf Unterstützung angewiesen zu sein. Dieser Prozentsatz ist in etwa vergleichbar mit der 1. Welle der ÖIHS in Wien und der Steiermark, bei der 30% der Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten angaben, aufgrund ihres Alters auf Unterstützung angewiesen zu sein. Bei einer genaueren Definition der Angewiesenheit auf regelmäßige Unterstützung wird von beinahe allen Personen Hilfe im Haushalt genannt (93,9%). 63,3% geben an, auch auf Betreuung bzw. Begleitung angewiesen zu sein, und 42,6% geben an, auf sonstige Hilfe (wie z.B. Hilfe bei der Gartenarbeit, Essen auf Rädern, etc.) zurückzugreifen. Nur etwa ein Drittel der Unterstützungsbedürftigen (32,7%) gibt an, auf pflegebezogene Hilfe angewiesen zu sein. Die überwiegende Mehrheit der Unterstützungsbedürftigen (80%) nimmt mehrere Unterstützungsleistungen gleichzeitig in Anspruch. Auf alle 181 in Privathaushalten lebenden Studienteilnehmer/innen hochgerechnet, geben 25,4% Hilfe im Haushalt, 17,1% Betreuung oder Begleitung, 8,8% pflegebezogene Hilfe und 11% sonstige Hilfe an.

Bei der Mehrheit der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist ein **Bedarf nach pflegebezogener Hilfe erst im Laufe der letzten 5 Jahre** entstanden. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Eintritt in eine Lebensphase der Pflegebedürftigkeit insbesondere rund um das 80. Lebensjahr deutlich zunimmt. Ein großer Teil der zu Hause lebenden Hochaltrigen kommt also noch weitestgehend ohne Pflege aus. Die relativ geringe Pflegebedürftigkeit in der Stichprobe zeigt sich auch an der **Verteilung der Pflegestufen**: So geben nur 20% der Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten an, Pflegegeld zu beziehen. Davon sind 62,5% in der Pflegestufe 1 oder 2 eingestuft. 21,9% sind in der Pflegestufe 3 und 15,6% sind in der Pflegestufe 4 und 5 eingestuft. In Pflegeheimen sieht diese Verteilung selbstverständlich anders aus (vgl. Kapitel 6.2.2).

[42] Bei einer Berücksichtigung der 22 Pflegeheimbewohner/innen würde sich der Anteil der auf Unterstützung angewiesenen Personen in der Stichprobe von 27,2% auf 38,2% erhöhen. Pflegebedürftigkeit stellt eine notwendige Voraussetzung für einen Heimaufenthalt dar, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass Pflegeheimbewohner/innen auf pflegebezogene Hilfe angewiesen sind. Zudem sind Pflegeheimbewohner/innen in diesem Sample (bewusst) überrepräsentiert. Aus diesen beiden Gründen werden bei dieser und folgenden in diesem Unterkapitel behandelten Fragen zu Pflegebedarf und Betreuung nur die 181 Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten berücksichtigt.

Häufigere Unterstützung im ländlichen Raum, intensivere Form der Unterstützung im städtischen Raum

Sieht man sich die Studienteilnehmer/innen, die angeben, regelmäßig auf Hilfe und Unterstützungen angewiesen zu sein, genauer an, so zeigt sich, dass Hochaltrige, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, häufiger im ländlichen Raum wohnen (61,2% vs. 38,8%). Sieht man sich jedoch den Bedarf an pflegebezogener Hilfe innerhalb der Gruppe der Unterstützungsbedürftigen an, zeigt sich, dass dieser bei Hochaltrigen in städtischen Gemeinden höher ist als bei Hochaltrigen in ländlichen Gemeinden (62,5% vs. 37,5%). Ein weiterer Unterschied zeigt sich im Bezug von Pflegegeld. Teilnehmer/innen ländlicher Gemeinden beziehen häufiger Pflegegeld, allerdings sind sie meist in den niedrigeren Pflegegeldstufen 1 und 2 eingestuft. Hier liegt also die Schlussfolgerung nahe, dass Studienteilnehmer/innen aus ländlichen Gemeinden häufiger, aber weniger intensive Unterstützung benötigen. Studienteilnehmer/innen in städtischen Gemeinden benötigen hingegen seltener Unterstützung, wenn sie aber eine benötigen, handelt es sich häufiger um pflegebezogene Hilfe.

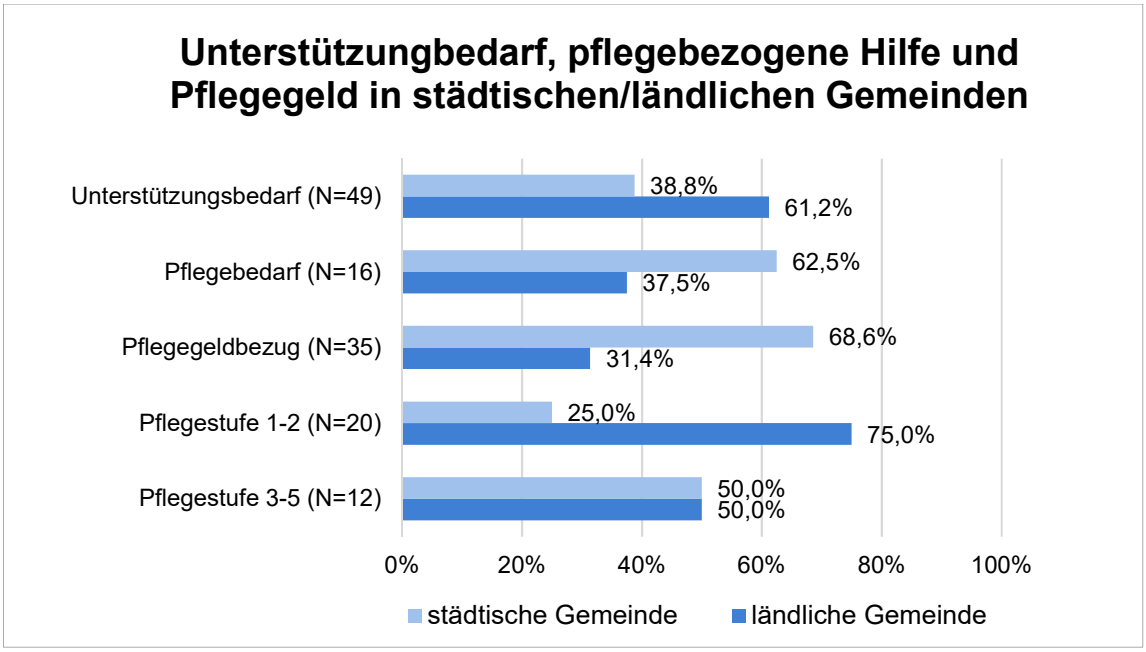


Abbildung 67: Unterstützungsbedarf, pflegebezogene Hilfe und Pflegegeld, Stadt/Land.

Sieht man sich die Unterstützungsbedürftigkeit nach Bezirken an, so sind es vor allem Studienteilnehmer/innen aus den Bezirken **Amstetten** (30,4%), **St. Pölten-Land** (33,3%) und **Zwettl** (35%), die etwas häufiger angeben, unterstützungsbedürftig zu sein. Dieser Befund findet sich auch in den im Altersalmanach 2016 ausgewiesenen Ergebnissen zur Nutzung von Pflegeformen in Niederösterreich wieder: So zählen die Erhebungsbezirke der ÖIHS-NÖ Amstetten und St. Pölten-Land neben Baden, Mistelbach und Neunkirchen zu den fünf Bezirken Niederösterreichs mit den höchsten Gesamtzahlen an gepflegten Personen zum Stichtag 31.12.2014 (Kolland u. a., 2016, S. 80). Zwettl folgt an elfter Stelle der insgesamt 25 ausgewiesenen niederösterreichischen Bezirke.

Angewiesenheit auf Unterstützung: weniger Ressourcen und Verwitwung

Bei der Angewiesenheit auf Unterstützung zeigen sich **signifikante Unterschiede in Bezug auf den sozioökonomischen Status** ($p<0.05$). Während nur 13,8% der Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status Unterstützung in Anspruch nehmen, trifft dies auf drei Mal so viele Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status zu (38,7%). Diese Unterschiede in den sozioökonomischen Ressourcen spiegeln sich aufgrund der signifikanten Korrelation zwischen Gesundheit und sozioökonomischem Status ($p<0.001$) ebenso in den gesundheitlichen Ressourcen wieder: So zeigt sich wenig überraschend, dass Personen, die angeben, regelmäßig auf Hilfe und Unterstützung angewiesen zu sein, über einen **signifikant schlechteren Gesundheitszustand** verfügen ($p<0.001$). Während alle Personen, die als frail eingestuft werden können, und 60% der Personen, die als pre-frail eingestuft werden können, auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, trifft dies auf nur 11% der Personen mit einem guten Gesundheitszustand („fit“) und auf keine Person mit einem sehr guten Gesundheitszustand („rüstig“) zu.

Eine weitere Ressource, die einen Einfluss auf eine eventuell auftretende Angewiesenheit auf Unterstützung ausübt, liegt darin, ob es nahestehende Personen gibt, die durch informelle Pflegeleistungen einspringen können. So ist das Ergebnis, dass **Frauen etwas häufiger auf Unterstützungsleistungen angewiesen** sind als Männer (32,5% vs. 23,3%) auf den etwas schlechteren Gesundheitszustand der Frauen zurückzuführen. Abseits des Geschlechts weist Jerábek (2008, S. 150) auch auf die Rolle des **Familienstands** hin. Die geringere Angewiesenheit auf Unterstützungsleistungen bei Männern ist dadurch bedingt, dass der Unterstützungsbedürftigkeit von Männern oft durch die informelle Pflege von ihren Ehepartnerinnen nachgekommen wird. Die höhere Angewiesenheit von Unterstützungsleistungen bei Frauen ist hingegen darauf zurückzuführen, dass viele im Alter verwitwet sind und bei auftretender Pflegebedürftigkeit oft kein (Ehe-)Partner mehr da ist, der die informelle Pflege übernehmen könnte. Sieht man sich die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen nach Familienstand bei den niederösterreichischen Hochaltrigen an, so zeigt sich in Übereinstimmung mit der Literatur, dass diese bei verwitweten Personen größer ist als bei verheirateten (35% vs. 23,1%). Wie in Kapitel 5.2.1 ausgeführt, ist mehr als die Hälfte der befragten Frauen verwitwet, während mehr als zwei Drittel der Männer noch verheiratet sind, was mitunter auch die höhere Angewiesenheit auf Unterstützungsleistungen von Frauen begründet.

6.1.2 Formen von Unterstützungs- und Betreuungsleistungen im hohen Alter

- **45,3% der niederösterreichischen Hochaltrigen benötigen gar keine Form der Unterstützung, Betreuung oder Pflege.**
- **Die häufigste Form der Unterstützung erfolgt durch informelle Hilfe – 49,7% geben an, von Personen aus dem Familien- oder Freundeskreis Hilfe zu erhalten.**

Formen von Pflege- und Unterstützungsleistungen werden teilweise in Form von sozialen Diensten erbracht. Diese können dabei das Ausmaß einer mobilen Pflege in Form von Heimhilfen oder Hauskrankenpflege haben, sich auf Besuchs- und Fahrtendienste oder auf Reinigungs- und Wäschepflegedienste und Essenszustelldienste beschränken. Am häufigsten nehmen die Studienteilnehmer/innen Heimhilfe und Essenszustelldienste in Anspruch. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass mehr als 80% keine Unterstützungsleistungen von sozialen Diensten in Anspruch nehmen. Soziale Dienste werden vor allem dann angegeben, wenn eine Angewiesenheit auf regelmäßige Hilfe oder Unterstützung besteht. Wesentlich häufiger wird Unterstützung hingegen auf informelle Weise aus dem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis in Anspruch genommen.

Rechnet man den Unterstützungsbedarf auf alle 181 in Privathaushalten lebenden Personen hoch und unterscheidet nach Unterstützungs- und Betreuungsformen, dann ergibt sich, dass **knapp die Hälfte der Studienteilnehmer/innen (49,7%) auf informelle Unterstützung** zurückgreifen. 27,6% geben dabei an, informelle Unterstützung zu erhalten, sehen sich aber nicht regelmäßig auf Hilfe oder Unterstützung angewiesen. Hier dürfte es sich also eher um sporadische Unterstützungsleistungen aus dem Familien- und Freundeskreis handeln, die in jeder Altersgruppe zu finden sind. 6,1% nehmen eine mobile Betreuung in Form einer Heimhilfe oder einer Hauskrankenpflege in Anspruch und 2,9% haben eine 24-Stunden-Betreuung. Immerhin **45,3% der Hochaltrigen geben an, gar keine Form der Unterstützung, Betreuung oder Pflege zu benötigen**. Abseits der befragten Hochaltrigen in Privathauhalten befinden sich 10,8% der Gesamtstichprobe der 203 befragten Niederösterreicher/innen in stationärer Pflege (vgl. Kapitel 6.2 Leben im Pflegeheim).

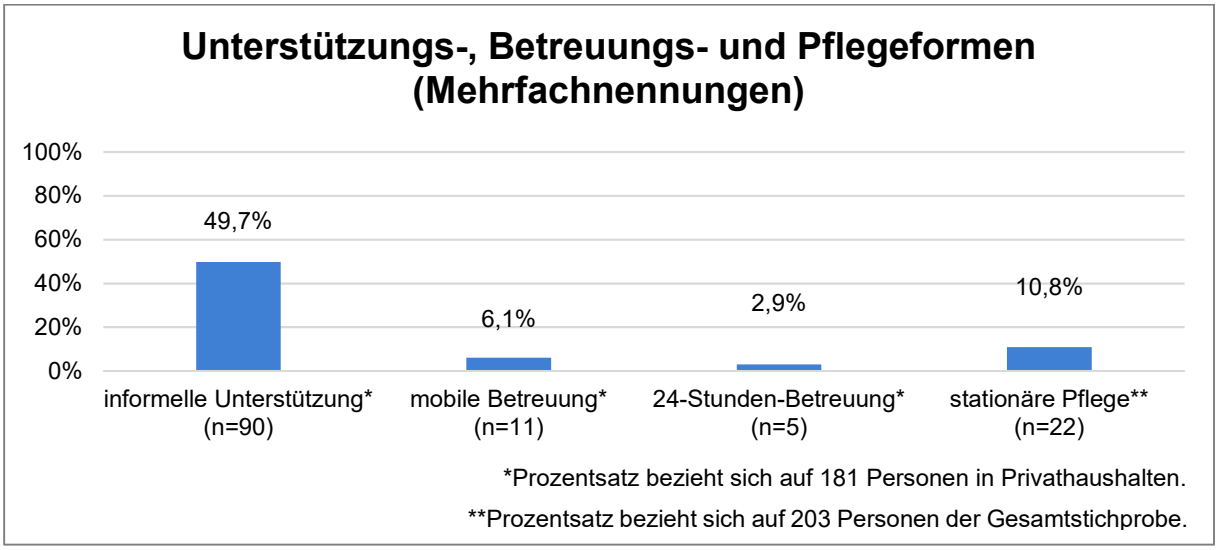


Abbildung 68: Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeformen (Mehrfachnennungen).

Einen **finanziellen Aufwand für Unterstützungs- und Pflegeleistungen** geben 25% der Studienteilnehmer/innen an. Davon machen 15,5% eine Angabe über den Betrag, den sie monatlich für Unterstützungs- und Pflegedienstleistungen von sozialen Diensten, für technische Hilfsmittel (vgl. Kapitel 6.1.3) oder ähnliches ausgeben. Zwei Drittel (67,9%) geben weniger als 100 Euro monatlich aus, 21,5% geben zwischen 100 und 1000 Euro aus und 10,7% geben bedeutend mehr als 1000 Euro pro Monat für Pflege- und

Unterstützungsleistungen aus. Die geringen Beträge an finanziellem Aufwand sind einerseits auf die generell geringe Pflegebedürftigkeit der niederösterreichischen Hochaltrigen dieser Studienpopulation zurückzuführen. Andererseits wird der höchste Anteil an Unterstützung durch informelle Hilfe aus dem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 68). Betrachtet man den finanziellen Aufwand im Zusammenhang mit dem Pflegegeldbezug, zeigt sich, dass jene Studienteilnehmer/innen, die mehr als 100 Euro monatlich an finanziellen Mitteln aufwenden, fast alle Pflegegeld beziehen. Bei jenen Studienteilnehmer/innen, die weniger als 100 Euro aufwenden, beziehen hingegen nur 40% ein Pflegegeld.

Informelle Unterstützung: Tochter und Sohn als zentrale Bezugspersonen

Fast die Hälfte der Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten gibt an, Unterstützung oder Betreuung von anderen Personen auf informelle Art und Weise zu erhalten. Das **wöchentliche Zeitausmaß** der informellen Unterstützung oder Betreuung variiert zwischen dem Minimalwert von einer Viertelstunde und einem Maximalwert von 24 Stunden. Der Mittelwert liegt bei 5,6 Stunden, der **Median bei 3 Stunden**. Etwa 60% der Befragten erhalten dabei informelle Unterstützung oder Betreuung von mehr als einer Person gleichzeitig. Innerhalb der Stichprobe gibt es aber auch 11 Personen, die angeben, selbst Hilfs- oder Pflegeleistungen für unterstützungsbedürftige Personen, wie den/die Partner/in, Geschwister, andere Verwandte oder Freunde, zu leisten. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Hilfe im Haushalt und Betreuung oder Begleitung. Drei Personen leisten aber auch pflegebezogene Hilfe.

Ein Fünftel der niederösterreichischen Hochaltrigen erhält von irgendeiner Person Unterstützung oder Betreuung. Am **häufigsten wird Unterstützung von der Tochter (23,2%) oder dem Sohn (22,1%)** in Anspruch genommen. Dies spiegelt sich in den in Kapitel 5.2 beschriebenen sozialen Beziehungen der hochaltrigen Niederösterreicher/innen wider, da die höchste Kontakthäufigkeit zu den Kindern besteht und diese die Rolle der zentralen Bezugsperson ihrer hochaltrigen Eltern übernehmen. Erst 7%-Punkte danach wird der/die Partner/in an dritter Stelle genannt. Ebenfalls bedeutend erscheinen die Schwiegertochter und die Enkelkinder – immerhin mehr als 12% geben an, von ihnen Unterstützung oder Betreuung zu erhalten. Wenig überraschend geben nur knapp halb so viele Befragte an, von dem Schwiegersohn Unterstützung oder Betreuung zu erhalten. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der weiblichen Sorgekultur (Lu, 2007) und den von Frauen geprägten intergenerationalen Pflegebeziehungen (Tesch-Römer, 2010, S. 141) westlicher Kulturkreise. Frauen kümmern sich eher um ältere Verwandte innerhalb wie auch außerhalb der eigenen Kernfamilie. Kritisch muss hier allerdings auch angemerkt werden, dass (unbezahlte) Pflegetätigkeiten vor allem in westlichen Kulturkreisen oft auch auf Frauen „abgewälzt“ werden. Immerhin knapp 10% erhalten von dem/der Nachbar/in Unterstützung – hier ist allerdings zu vermuten, dass dies abhängig vom Wohnort ist. So zeigt sich etwa, dass Befragte im ländlichen Raum Unterstützung von der/dem Nachbar/in drei Mal so häufig nennen wie Befragte urbaner Zentren (18,9% vs. 6%). An letzter Stelle – und auch dies deckt sich mit den Ergebnissen zu den in Kapitel 5.2 beschriebenen sozialen Beziehungen der hochaltrigen Niederösterreicher/innen – werden die Geschwister genannt.

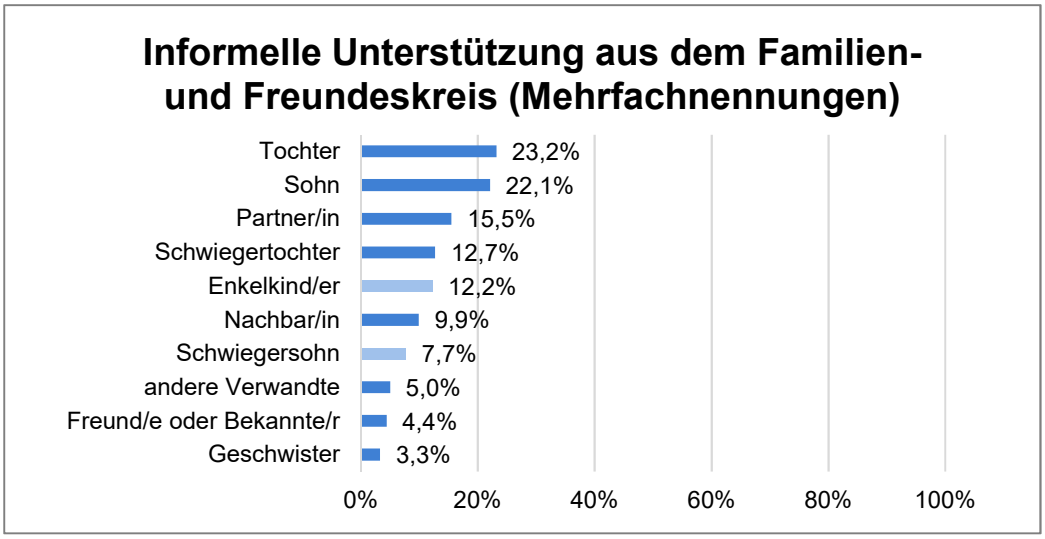


Abbildung 69: Informelle Unterstützung aus dem Familien- und Freundeskreis (Mehrfachnennungen).

Sieht man sich die Inanspruchnahme von informeller Unterstützung oder Betreuung etwas genauer an, so zeigen sich einige **Geschlechterunterschiede**. Signifikant ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen aber nur bei der Inanspruchnahme von informeller Unterstützung bei dem/der Partner/in. So geben Männer doppelt so häufig an, informelle Unterstützung von ihrer Partnerin zu erhalten (20,4% vs. 9%; $p<0.05$) – ein wenig überraschendes Ergebnis, das mit der höheren Verwitwungsrate der weiblichen Studienteilnehmer/innen zusammenhängt. Etwa im gleichen Ausmaß gibt je ein Viertel der männlichen und weiblichen Studienteilnehmer/innen an, von der Tochter Unterstützung zu erhalten. Hinsichtlich der Unterstützung von dem Sohn geben hingegen weibliche Studienteilnehmerinnen etwas häufiger an, Unterstützung zu erhalten (25,6% vs. 19,4%). Frauen erhalten zudem häufiger Unterstützung von den Enkelkindern (16,7% vs. 8,7%), anderen Verwandten (7,7% vs. 2,9%) und Freund/innen (7,7% vs. 1,9%).

Abseits der Geschlechterunterschiede zeigt sich ein **Stadt/Land-Unterschied**, da informelle Unterstützung von Studienteilnehmer/innen mit Wohnort in einem ländlichen Gebiet etwas häufiger genannt wird als von Studienteilnehmer/innen, die in einem städtischen Gebiet wohnen. Dies zeigt sich sowohl bei den einzelnen Personen, von denen informelle Unterstützung angenommen wird, als auch bei dem Summenindex. Während Befragte im städtischen Gebiet im Durchschnitt 0,9 Nennungen machen, sind es bei Befragten im ländlichen Raum 1,5 Nennungen. Aufgrund der geringen Mittelwerte und der innerhalb der Skala von 0-10 nicht allzu großen Differenz, ist der Unterschied jedoch nicht bedeutend. Die meisten Nennungen informeller Hilfe wurden im Bezirk Amstetten gemacht, gefolgt von Zwettl und Wiener Neustadt-Land. Abgesehen von dem Geschlechterunterschied und dem Stadt/Land-Unterschied zeigt sich zudem wenig überraschend auch, dass Personen mit einem schlechteren **Gesundheitszustand** signifikant häufiger informelle Unterstützung oder Betreuung in Anspruch nehmen ($p<0.05$).

Mobile Pflege: Große Zufriedenheit mit den Betreuungspersonen

Mobile Pflegedienste in Form einer Heimhilfe oder einer Hauskrankenpflege werden von **Frauen und Studienteilnehmer/innen im ländlichen Raum**, vor allem Amstetten, St. Pölten-Land und Mödling[43], häufiger in Anspruch genommen. Das Ausmaß an Stunden, in dem die Studienteilnehmer/innen eine Heimhilfe oder eine Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen, variiert dabei zwischen 0,5 und 20 Stunden pro Woche. Der **Medianwert liegt bei 3,5 Stunden pro Woche**. Meist erfuhren die Befragten über die Möglichkeit eine Heimhilfe oder Hauskrankenpflege in Anspruch zu nehmen über die Familie. Einige erfuhren dies auch über einen Arzt, im Krankenhaus oder über die Zeitung.

In der **Bewertung der Betreuung** besteht bei allen 10 Befragten, die eine mobile Pflege in Form einer Heimhilfe oder einer Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen, große Zufriedenheit mit der Organisation des Wechsels der Betreuungspersonen, der telefonischen Erreichbarkeit des Pflege- und Betreuungsunternehmens, dem Einhalten der vereinbarten Zeiten und der Sauberkeit und Ordentlichkeit der Betreuungspersonen. Immerhin 7-8 Befragte sind auch mit der Verbesserung der eigenen Selbständigkeit und des eigenen Wohlbefindens durch die Betreuung, der Umsetzung der eigenen Änderungswünsche und der Ermöglichung des eigenen Weiterlebens in ihrer gewohnten Umgebung sehr zufrieden. Weniger zufrieden sind die Befragten hingegen bei der Einbindung von Angehörigen oder Bekannten in die Planung und Betreuung, bei der Linderung der Beschwerden und bei der Vermeidung von mehrtägigen Krankenhausaufenthalten.

Die **Beurteilung der Betreuungspersonen** fällt bei fast allen Befragten sehr positiv aus. Zumindest 9 von 10 Personen geben an, dass die Betreuungspersonen stets freundlich und fachlich kompetent sind, respektvoll mit den Klient/innen umgehen, sich ausreichend Zeit nehmen und auf die persönlichen Bedürfnisse eingehen. Gründe zur Beschwerde wurden von keiner der Personen genannt. Insgesamt sind 8 von 10 Personen sehr und 2 Personen eher zufrieden mit ihrer Betreuung. 8 Personen würden ihr Pflege- und Betreuungsunternehmen einer guten Freundin oder einem guten Freund auch weiterempfehlen.

24-Stunden-Betreuung: Weiterleben in der gewohnten Umgebung und gesteigertes Wohlbefinden

Die Inanspruchnahme einer 24-Stunden-Betreuung betrifft 5 Personen und bestimmt sich vor allem durch den (schlechteren) Gesundheitszustand der Studienteilnehmer/innen. Über die Möglichkeit eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch zu nehmen, erfuhren die Befragten entweder über die Familie oder den Arzt. Ähnlich wie bei der mobilen Pflege werden organisatorische Belange wie der Wechsel der Betreuungspersonen und die Sauberkeit und Ordentlichkeit von allen Befragten mit großer Zufriedenheit bewertet. Ebenfalls positiv bewertet wird von den Betreuten, dass **durch die 24-Stunden-Betreuung ein Weiterleben in einer gewohnten Umgebung ermöglicht wird und sich das eigene Wohlbefinden durch die Betreuung verbessert** hat. Geringere

[43] Ähnliche Ergebnisse sind auch im Altersalmanach 2016 (Kolland, Bittner, Gutschik, Müller, & Wurzer, 2016) zu finden, in dem für Amstetten der höchste und für St. Pölten-Land der zweithöchste Anteil an mobil Betreuten ausgewiesen werden.

Zustimmung besteht hingegen darin, dass durch die 24-Stunden-Betreuung die Beschwerden gelindert oder die Selbstständigkeit verbessert werden konnte. Die Beurteilung der Betreuungspersonen selbst fällt in fast allen Bereichen sehr positiv aus. Die Pfleger/innen werden von fast allen Befragten als freundlich und respektvoll wahrgenommen, die sich ausreichend Zeit für die Betreuten nehmen und auf ihre persönlichen Bedürfnisse eingehen. Allein die fachliche Kompetenz wird nicht von allen Befragten als bestmöglich bewertet. Insgesamt sind alle 5 Befragte aber mit ihrer 24-Stunden-Betreuung sehr zufrieden und würden diese auch weiterempfehlen.

6.1.3 Technische Assistenzsysteme und Wohnraumadaptierungen

- **28,2% der Hochaltrigen haben bauliche Maßnahmen zur alters- oder pflegegerechten Adaptierung ihres Privathaushalts getroffen.**
- **60,8% der befragten Hochaltrigen können sich keine andere Wohnform außer zuhause vorstellen.**
- **Sollte es nicht mehr gehen, wollen 45,3% eine 24-Stunden-Betreuung.**

Weitere Möglichkeiten trotz einer eventuell eintretenden Reduzierung des funktionalen und gesundheitlichen Status ein intaktes Alltagsleben aufrecht zu erhalten, können auch darin liegen, den Wohnraum zu adaptieren oder auf die Unterstützung von technischen Assistenzsystemen zurückzugreifen. **Bei den derzeitigen Hochaltrigen spielen technische Hilfsmittel oder Assistenzsysteme jedoch noch eine geringe Rolle**. Weniger als ein Fünftel der Befragten (19,3%) gibt an, ein technisches Hilfsmittel oder eine technische Dienstleistung in Anspruch zu nehmen. Am ehesten wird dabei noch das Seniorenhandy (16%) verwendet, wobei dies von Frauen und Bewohner/innen von urbanen Regionen etwas häufiger angegeben wird. Abseits davon geben 5,5% an, ein Notrufarmband zu verwenden.

Andere komplexere technikgestützte Hilfsmittel wie z.B. Sturz- oder Kochsensoren, die zu dem Bereich der Monitoringsysteme zählen, werden hingegen gar nicht genannt. Ein Grund dafür liegt sicher in dem geringen Bekanntheitsgrad von technischen Assistenzsystemen. Angesichts des wachsenden Anteils an älteren und hochaltrigen Menschen in Österreich und des stetig wachsenden Bedarfs an Pfleger/innen, der nicht gedeckt werden kann, besteht in der Erhöhung des Bekanntheitsgrades von technischen Unterstützungssystemen in jedem Fall Handlungsbedarf.

Wohnraumadaptierungen und alternative Wohnformen

Innerhalb der Stichprobe der niederösterreichischen Hochaltrigen wurden in der Vergangenheit von 28,2% der Teilnehmer/innen in Privathaushalten bauliche Maßnahmen zur alters- oder pflegegerechten Wohnraumadaptierung, z.B. in Form von rollstuhltauglichen Bädern, Haltestangen auf der Toilette, Treppenliften oder niedrigere Lichtschalter, gesetzt. Als ausschlaggebend für die **Wohnraumadaptierungen** erweist sich vor allem der gesundheitliche bzw. funktionale Zustand der Studienteilnehmer/innen ($p<0.01$): Während 87,5% der Teilnehmer/innen mit

ausgeprägter Frailty angeben, bauliche Maßnahmen ergriffen zu haben, trifft dies auf nur 21,4% der Personen mit einem „sehr guten“ Gesundheitszustand zu.

Abgesehen von baulichen Maßnahmen im eigenen Haus bzw. in der eigenen Wohnung besteht eine weitere Möglichkeit der Änderung der Wohnsituation darin umzuziehen. So geben 2,2% an, bewusst in eine altersgerechte Wohnung umgezogen zu sein. Den **Wunsch in eine andere Wohnform** (Senior/innenresidenz, Pflegeheim, Betreutes Wohnen oder zu den Kindern zu ziehen) nennen jedoch nur 4,6% der Studienteilnehmer/innen. Weitere 1,1% geben den Wunsch einer baulichen Veränderung an, sind diesem aber noch nicht nachgekommen. Die überwiegende Mehrheit von 94,4% gibt hingegen an, keine Pläne bzw. Wünsche der Veränderung der Wohnsituation – sei es durch bauliche Maßnahmen oder durch Umzug – zu haben.

Weniger als ein Drittel der Studienteilnehmer/innen (31,5%) kann sich, z.B. aufgrund von Pflegebedürftigkeit, grundsätzlich eine andere Wohnform (außer zuhause) vorstellen, auch wenn es nicht den Wünschen entspricht. Mit Abstand am häufigsten genannt wird dabei die Wohnform des betreuten Wohnens (24,3%), gefolgt von einem privaten Wohnheim (10,5%). Weitaus seltener werden neue Wohnformen wie Mehrgenerationenwohnen oder Wohngemeinschaften (3,3%) oder Wohnen bei Angehörigen und Freund/innen (2,8%) genannt. **60,8% der befragten Hochaltrigen können sich jedoch keine andere Wohnform außer zuhause vorstellen** und 6,6% wissen nicht, ob sie sich eine andere Wohnform vorstellen können. Sollte es aufgrund von Pflegebedürftigkeit nicht mehr anders gehen und eine drastische Änderung der Wohnsituation notwendig sein, wollen 45,3% eine 24-Stunden-Betreuung in das Haus/die Wohnung holen, 12,7% wollen in ein Pflegeheim gehen und 16% können sich beide Möglichkeiten vorstellen. 16,5% können sich keine der beiden Möglichkeiten vorstellen und 10% sind unentschlossen.

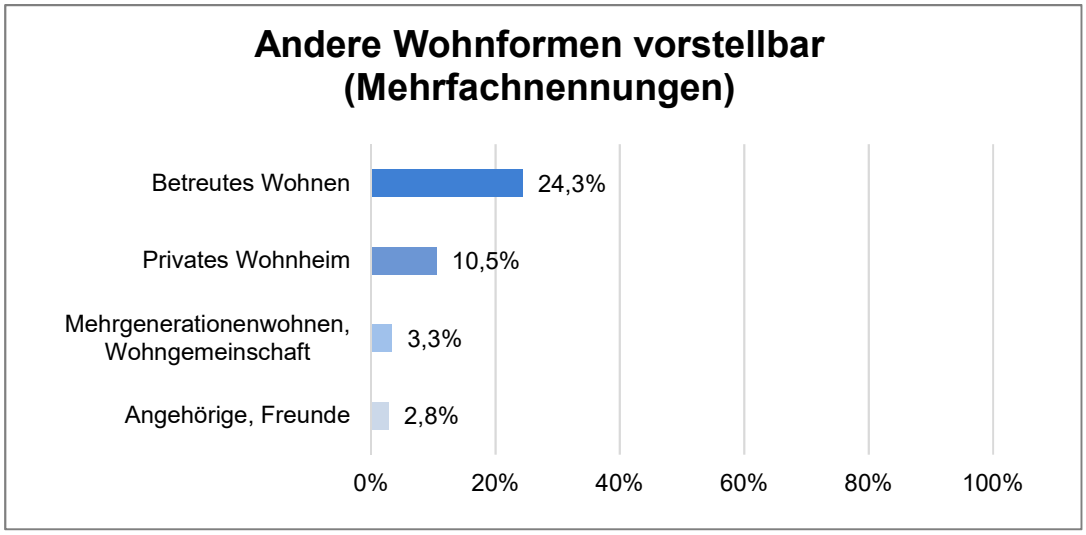


Abbildung 70: Andere Wohnformen vorstellbar (Mehrfachnennungen).

6.2 Leben im Pflegeheim

Im vorliegenden Bericht wurde bislang eine ganze Reihe von sozialen sowie gesundheits- und pflegebezogenen Aspekten der Hochaltrigkeit vorrangig mit Blick auf ihre Ausprägungen und ihre allgemeine Verteilung in der gesamten Stichprobe behandelt. Dabei wurde auch gelegentlich, soweit sich aus der Analyse bedeutsame Unterschiede hinsichtlich eines bestimmten Aspekts ergeben haben, auf Besonderheiten der Pflegeheimpopulation hingewiesen. In diesem Kapitel soll nun die Lebenssituation hochaltriger Menschen im Pflegeheim etwas genauer betrachtet werden. Im Zuge der Befragung der niederösterreichischen Hochaltrigen wurden auch 22 Personen befragt, die in Pflegeheimen in den Bezirken Amstetten, Mödling, St. Pölten-Land und Zwettl wohnen. Gemessen an der Urban-Rural-Typologie der Statistik Austria befinden sich die Pflegeheime in Gemeinden, die als urbane Zentren oder ländlicher Raum im Umland von urbanen bzw. regionalen Zentren bezeichnet werden können (vgl. Kapitel 0).

Der **Standort von Pflegeheimen in strukturstärkeren, städtischen Gebieten** macht für die Bereitstellung der Infrastruktur für das Pflegeheim durchaus Sinn, bedeutet aber gleichzeitig, dass Zusammenhänge mit dem Wohnort von Pflegeheimbewohner/innen vor allem von der Standortwahl des Pflegeheims und nicht auf die Individuen selbst zurückzuführen sind, wie dies bei Personen in Privathaushalten beispielsweise in Bezug auf den Gesundheitszustand untersucht wurde. Denn, wie schon öfters in diesem Bericht beschrieben, haben Pflegeheimbewohner/innen einen schlechteren Gesundheitszustand, leben aber eher in städtischen Gebieten. Eine unzureichende Berücksichtigung dieser Tatsache würde in einem verzerrten Zusammenhang von schlechter Gesundheit und städtischen Wohnraum resultieren.

6.2.1 Soziale und ökonomische Verhältnisse von Pflegeheimbewohner/innen

- **Drei Viertel aller Pflegeheimbewohner/innen sind Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss und schlechtem Gesundheitszustand.**

In der Stichprobe der ÖIHS-NÖ beträgt der Anteil der Pflegeheimbewohner/innen 10,8%. Dabei handelt es sich überwiegend um **Frauen mit geringer Bildung, mittlerem sozioökonomischen Status und schlechtem Gesundheitszustand**. **72,7% der Studienteilnehmer/innen im Pflegeheim sind weiblich**. Der außerordentlich große Frauenanteil in Pflegeheimen rührt zum einen daher, dass Frauen generell häufiger als Männer ein hohes Alter erreichen, zum anderen aber auch daher, dass hochaltrige Frauen tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als hochaltrige Männer. Hinzu kommt, dass Frauen im hohen Alter wesentlich öfter alleinstehend bzw. verwitwet sind als Männer und daher in der Regel über ein weniger dichtes soziales Netz verfügen (vgl. Kapitel 5.2.3). Dementsprechend können sie bei Pflegebedürftigkeit auf eine geringere soziale Unterstützung zurückgreifen.

Altersmäßig rangieren Pflegeheimbewohner/innen in der Stichprobe eher am **oberen Ende der Altersverteilung**: 27,2% sind zwischen 80 und 82 Jahren alt und 72,8% sind zwischen 83 und 85 Jahren alt; davon hat ein Drittel (36,4%) ein Alter von 85 Jahren.

Damit liegt das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohner/innen ein Jahr über dem Durchschnittalter der Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten (83,3 vs. 82,3 Jahre). Es bestätigt sich dadurch zweierlei: Zum einen wird deutlich sichtbar, dass die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter sukzessive ansteigt. Zum anderen erweist sich gerade der für die Stichprobenziehung gewählte Altersbereich (80-85 Jahre) als besonders bedeutsam. Die relativen Unterschiede in der Altersverteilung der Pflegeheim-Population verdeutlichen, dass gerade in diesem Zeitraum zwischen 80 und 85 Jahren Fragen der Pflege besonders an Relevanz gewinnen.

Pflegeheimbewohner/innen weisen auch eine **geringere Bildung** auf als Hochaltrige in Privathaushalten. So verfügen 47,6% über einen Pflichtschulabschluss und weitere 23,8% über einen Lehrschulabschluss. 23,8% haben eine Matura und nur ein männlicher Pflegeheimbewohner hat einen Universitätsabschluss. Im Vergleich dazu haben fast ein Fünftel (19,3%) der Hochaltrigen in Privathaushalten einen Universitätsabschluss und weitere 16% eine Matura. Das geringe Bildungsniveau der Pflegeheimbewohner/innen ist einerseits darauf zurückzuführen, dass Befragte mit einem schlechten Gesundheitszustand (und höherer Pflegebedürftigkeit) überwiegend Personen mit geringer Bildung sind. Andererseits ist es auch auf die Geschlechterverteilung in Pflegeheimen und die geringen Chancen von Frauen dieser Generation in ihrem Lebensverlauf ein höheres Bildungsniveau zu erreichen zurückzuführen.

Zieht man neben der Bildung auch das Einkommen und die frühere berufliche Stellung als Merkmale des **sozioökonomischen Status** hinzu, so zeigt sich, dass die Mehrheit der Pflegeheimbewohner/innen (57,1%) über einen mittleren sozioökonomischen Status verfügt; ein Drittel (33,3%) verfügt über einen niedrigen sozioökonomischen Status. Nur bei einem Pflegeheimbewohner zeigt sich ein hoher sozioökonomischer Status. Im Vergleich dazu weist ein Drittel der Hochaltrigen in Privathaushalten einen hohen sozioökonomischen Status auf; nur etwa 17,7% haben einen niedrigen und etwa 50% einen mittleren sozioökonomischen Status. Daraus lässt sich folglich schließen, dass Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status einerseits über einen besseren Gesundheitszustand (vgl. Kapitel 4.1.2) verfügen und dadurch seltener pflegebedürftig sind als Studienteilnehmer/innen aus niedrigeren sozialen Schichten. Andererseits haben Studienteilnehmer/innen mit einem höheren sozioökonomischen Status bei Eintreten der Pflegebedürftigkeit aufgrund der besseren finanziellen Ausstattung und der dichteren sozialen Netzwerke eine größere Vielfalt an Optionen zur Lösung von Fragen der Pflege und Betreuung innerhalb des gewohnten Wohnumfelds (altersgerechter Aus- bzw. Umbau der Wohnung, informelle Pflege durch Angehörige, 24-Stunden-Betreuung etc.).

6.2.2 Gesundheit und seelisches Befinden von Pflegeheimbewohner/innen

- **95,5% der Pflegeheimbewohner/innen sind von Frailty oder Pre-Frailty betroffen.**
- **63,3% benötigen zumindest gelegentlich eine Gehhilfe, 45,5% davon regelmäßig.**
- **Über 80% zeigen erhebliche Defizite in den kognitiven Fähigkeiten.**
- **Ein Drittel (33,3%) der Personen im Pflegeheim fühlt sich oft oder immer einsam.**

In Pflegeheimen lebende Personen sind überwiegend von gravierenden Gesundheits- und Funktionseinschränkungen betroffen. Während **nahezu alle Personen in Pflegeheimen von mehr oder weniger ausgeprägten Formen der Frailty** – inklusive Pre-Frailty als Vorstufe der Frailty – betroffen sind (95,5%), trifft dies in Privathaushalten nur auf 38,8% der Studienteilnehmer/innen zu (vgl. Tabelle 18). Im eigentlichen Sinne frail sind überhaupt lediglich 5,0% der Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten. In Pflegeheimen beträgt die Frailty-Rate hingegen bereits 40,9%.[44] Diese Häufigkeiten sind in etwa mit jenen der 1. Welle der Hochaltrigenstudie in Wien und der Steiermark vergleichbar. Dementsprechend wenige Personen, nämlich nur ein Viertel (25%) schätzen ihren Gesundheitszustand subjektiv als (sehr) gut ein. Besonders schlecht schätzen ihn hingegen nur 16,7% ein, immerhin 58,3% schätzen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig ein. Aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustands ist die **Mehrheit der Pflegeheimbewohner/innen auch schon seit bis zu 5 Jahren pflegebedürftig**. Von jenen zwei Drittel der Pflegeheimbewohner/innen, die über ihre Pflegestufe Bescheid wissen, geben **mehr als 80% an, in der Pflegestufe 3 oder höher** eingestuft zu sein. Die Mehrheit der Personen bezieht auch schon länger als 2 Jahre Pflegegeld.

Gesundheitszustand	Privathaushalt (n=181)	Pflegeheim (n=22)
Gut	66,8%	4,5%
- „rüstig"/sehr gut	*16,0%*	-
- „fit"/gut	*50,8%*	*4,5%*
Pre-frail	28,2%	54,5%
Frail	5,0%	40,9%
Gesamt	100%	100%

Tabelle 18: Gesundheitszustand nach Wohnform (n=203).

[44] Hier ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der ÖIHS-NÖ die Frailty-Werte im Pflegeheim aus Gründen der Stichprobenerstellung sogar eher noch unterschätzen dürften, da die konsequente Integration schwerst pflegebedürftiger und dementer Personen, die einen beträchtlichen Teil der Pflegeheim-Population ausmachen, weder ethisch vertretbar, noch mit Blick auf die Qualität der zu erhebenden Daten sinnvoll wäre. Das heißt, für eine repräsentative Erhebung des Gesundheitszustandes im Pflegeheim sind die Teilnehmer/innen im Pflegeheim-Sample der ÖIHS-NÖ wahrscheinlich etwas „zu fit".

Erhebliche funktionale Defizite

Einschränkungen der funktionalen Gesundheit betreffen aber auch den kognitiven Status, das Gehvermögen und damit in Zusammenhang stehende Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens. So zeigen sich bei über 80% der Pflegeheimbewohner/innen **erhebliche Defizite bei den kognitiven Fähigkeiten**, insofern als sie den Drei-Wörter-Uhrentest mit einem auffälligen oder sehr auffälligen Testergebnis abschließen. Demgegenüber weist nur ein Drittel (33,2%) der Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten ein auffälliges oder sehr auffälliges Testergebnis auf. Mit Blick auf das Gehvermögen kann die Mehrheit der Pflegeheimbewohner/innen (59,1%) den Gehtest zwar bewältigen, fast 70% tun dies jedoch nur in langsamer Geschwindigkeit. **Gehhilfen verwenden 63,6% zumindest gelegentlich**; 45,5% davon regelmäßig. Ein Drittel der Pflegeheimbewohner/innen (36,4%) verwenden zudem regelmäßig einen Rollstuhl und weitere 18,2% zumindest gelegentlich. Die Einschränkungen im Gehvermögen wirken sich auch auf den Bewegungsradius der Befragten aus. Während sich 23,8% noch überall hinbewegen können, kann sich ein Drittel (33,4%) nur mehr im eigenen Stockwerk fortbewegen; 4,8% davon nur mehr im eigenen Zimmer. 19% sind bereits bettlägerig. Alle diese Mobilitätseinschränkungen gehen einher mit einer beträchtlichen Verminderung der Selbsthilfefähigkeit im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen einher: Nur 59,1% der Teilnehmer/innen im Pflegeheim geben an, sich noch selbst anziehen zu können. Ohne Hilfe eine Stiege steigen können nur noch 36,4% und selbständig einkaufen gehen ist nur mehr für 27,3% der Pflegeheimbewohner/innen möglich.

Abseits der Einschränkungen ihrer funktionalen Gesundheit, weisen Pflegeheimbewohner/innen aber auch einen wesentlich schlechteren Zustand ihrer körperlichen Gesundheit auf. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass sie im Vergleich zu in Privathaushalten lebenden Hochaltrigen **signifikant häufiger multimorbide** sind. So leiden mehr als 80% der Pflegeheimbewohner/innen an mehr als einer chronischen Krankheit gleichzeitig. Zudem leiden Pflegeheimbewohner/innen auch durchschnittlich an 1,5 Krankheiten mehr als Hochaltrige im Privathaushalt (3,5 vs. 2,1; $p<0.01$). Damit in Zusammenhang stehen auch die **höheren Medikationsraten** bei Pflegeheimbewohner/innen, die alle mehr als drei Medikamente gleichzeitig nehmen. Mehr als 80% ist von Polypharmazie (mehr als fünf Medikamente) betroffen. Im Durchschnitt nehmen Pflegeheimbewohner/innen damit 2 Medikamente mehr ein als in Privathaushalten lebende Hochaltrige.

Seltener Ausdruck positiver Gefühlslagen und geringe Lebenszufriedenheit

Mit Blick auf das **seelische Befinden der Pflegeheimbewohner/innen** erweisen sich Einsamkeit und Trauer als die zwei relevanten Themen. So geben Pflegeheimbewohner/innen im Vergleich zu Hochaltrigen in Privathaushalten wesentlich häufiger an, dass sie sich in den letzten zwei Wochen traurig und einsam gefühlt haben. **Mehr als ein Viertel (27,2%) der Personen im Pflegeheim fühlen sich oft oder immer einsam**. Im Vergleich dazu trifft dies auf nur etwa 10% der Personen in Privathaushalten zu. Die hohen Einsamkeits-Werte im Pflegeheim können auf die in Kapitel 5.2.3 thematisierte überdurchschnittlich hohe soziale Isolation von Pflegeheimbewohner/innen zurückgeführt werden. Einerseits bedeutet der Umzug ins Pflegeheim in der Regel den Verlust der vertrauten Umgebung und damit zumindest auch

eine Einschränkung von früher gepflegten sozialen Beziehungen. Andererseits verfügen Pflegeheimbewohner/innen generell über ein recht kleines soziales Netz. Zumeist sind sie verwitwet bzw. alleinstehend (dies betrifft vor allem Frauen) und familiäre sowie außerfamiliäre soziale Beziehungen sind nur noch vergleichsweise gering ausgebildet. Das Gefühl der Einsamkeit steht dabei oft in Zusammenhang mit dem Gefühl der Trauer (vgl. Kapitel 5.2.4). Etwa ein Viertel der Pflegeheimbewohner/innen geben an, dass sie sich in den letzten zwei Wochen oft oder immer traurig fühlten. Im Vergleich zu den Personen in Privathaushalten sind das drei Mal so viele (23,8% vs. 7,8%).

Wenig überraschend steht der häufigere Ausdruck von Einsamkeit und Trauer in Zusammenhang mit dem **selteneren Äußerung positiver Gefühle**. Nur 42,9% der befragten Pflegeheimbewohner/innen geben an, sich in den letzten zwei Wochen oft oder immer glücklich gefühlt zu haben und nur 38,1% geben an, das Leben oft oder immer genossen zu haben. Im Vergleich dazu fühlten sich 59,8% der Personen in Privathaushalten in den letzten zwei Wochen oft oder immer glücklich und 64,3% haben oft oder immer das Leben genossen. Dies wirkt sich erwartungsgemäß auf die Lebenszufriedenheit der Pflegeheimbewohner/innen aus: **Weniger als 10% sind mit ihrer Lebenssituation insgesamt sehr zufrieden** und nur 40% sind mit ihrer Lebenssituation eher zufrieden. Unter den Personen in Privathaushalten sind hingegen mehr als 90% mit ihrer Lebenssituation insgesamt sehr oder eher zufrieden. Auch in den anderen Lebensbereichen, wie Familienbeziehungen, Sozialkontakte, Aktivitäten, Gesundheit oder Finanzen, schneiden die Pflegeheimbewohner/innen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit deutlich schlechter ab als Studienteilnehmer/innen in Privathaushalten.

6.2.3 Wohnsituation und Alltagsgestaltung im Pflegeheim

- **90% der Pflegeheimbewohner/innen sind mit dem Pflegeheim insgesamt sehr oder eher zufrieden.**
- **86,4% der Pflegeheimbewohner/innen würden ihr Pflegeheim weiterempfehlen.**

Die Studienteilnehmer/innen im Pflegeheim-Sample leben unterschiedlich lange im Pflegeheim. Etwa ein Drittel lebt seit weniger als einem Jahr, ein weiteres Drittel seit 1 bis 2 Jahren und etwas mehr als 40% leben bereits seit 3 bis 5 Jahren im Pflegeheim. 60% der Befragten in Pflegeheimen wohnen alleine in einem Zimmer oder einer Wohnung; 40% teilen ein Zimmer mit einer weiteren Person. Alle 22 Pflegeheimbewohner/innen geben an, über eine Toilette und alle bis auf eine Person geben an, über ein Bad im eigenen Zimmer bzw. der eigenen Wohnung zu verfügen. Auch ein Fernseher ist für fast alle Befragten (bis auf eine Person) in der Ausstattung des Zimmers inkludiert. Über ein Festnetztelefon verfügen nur 4 Personen, über ein Mobiltelefon immerhin 12. Nicht persönlich über Festnetz- oder Mobiltelefon erreichbar sind 5 Personen.

Über die **finanziellen Kosten** für das Pflegeheim können die befragten Bewohner/innen nur geringfügig Aussagen machen. Als Vollzahler/innen, d.h. dass die Personen ihren Heimaufenthalt komplett selbst zahlen, bezeichnen sich 3 Personen. 9 Personen zahlen

den Heimaufenthalt nicht selbst und können als sogenannte Teilzahler/innen bezeichnet werden – sie bekommen Unterstützung von der öffentlichen Hand. Die restlichen 10 Personen konnten darüber keine Angaben tätigen. Über die definitiven Kosten konnten nur 2 Personen eine Aussage machen. In beiden Fällen belaufen sich die Kosten über 3.000 Euro im Monat. Dementsprechend konnte auch nur ein Drittel der Befragten eine Aussage darüber machen, ob der monatliche Kostenbeitrag fair und angemessen ist.

Die **Bewertung des Pflegeheims** lässt auf eine besonders große Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal schließen, 71,4% sind hier sehr zufrieden, sowie mit der Lage und Ausstattung des Heims, 61,9% zeigen sich hier sehr zufrieden. Mit der Pflege und Betreuung im Heim sowie den Möglichkeiten den Tag selbst zu gestalten zeigt sich auch immerhin etwa die Hälfte der Befragten sehr zufrieden und 80% bzw. 90% zumindest eher zufrieden. Bescheidener fällt hingegen die Zufriedenheit mit dem Essen im Pflegeheim aus – nur 27,3% zeigen sich hier sehr zufrieden und nur zwei Drittel (68,2%) zeigen sich eher zufrieden. Auch mit den Möglichkeiten, das Haus zu verlassen, zeigt sich mehr als ein Drittel der Pflegeheimbewohner/innen (36,8%) weniger zufrieden. Alles in allem fällt bei dem überwiegenden Großteil der Befragten die Bewertung des Pflegeheims insgesamt sehr positiv aus: Fast die Hälfte der Studienteilnehmer/innen (47,6%) ist mit dem Pflegeheim insgesamt sehr zufrieden; weitere 42,9% sind eher zufrieden. 86,4% würden ihr Pflegeheim weiterempfehlen; nur 2 Personen denken manchmal oder selten daran, in ein anderes Pflegeheim zu übersiedeln.

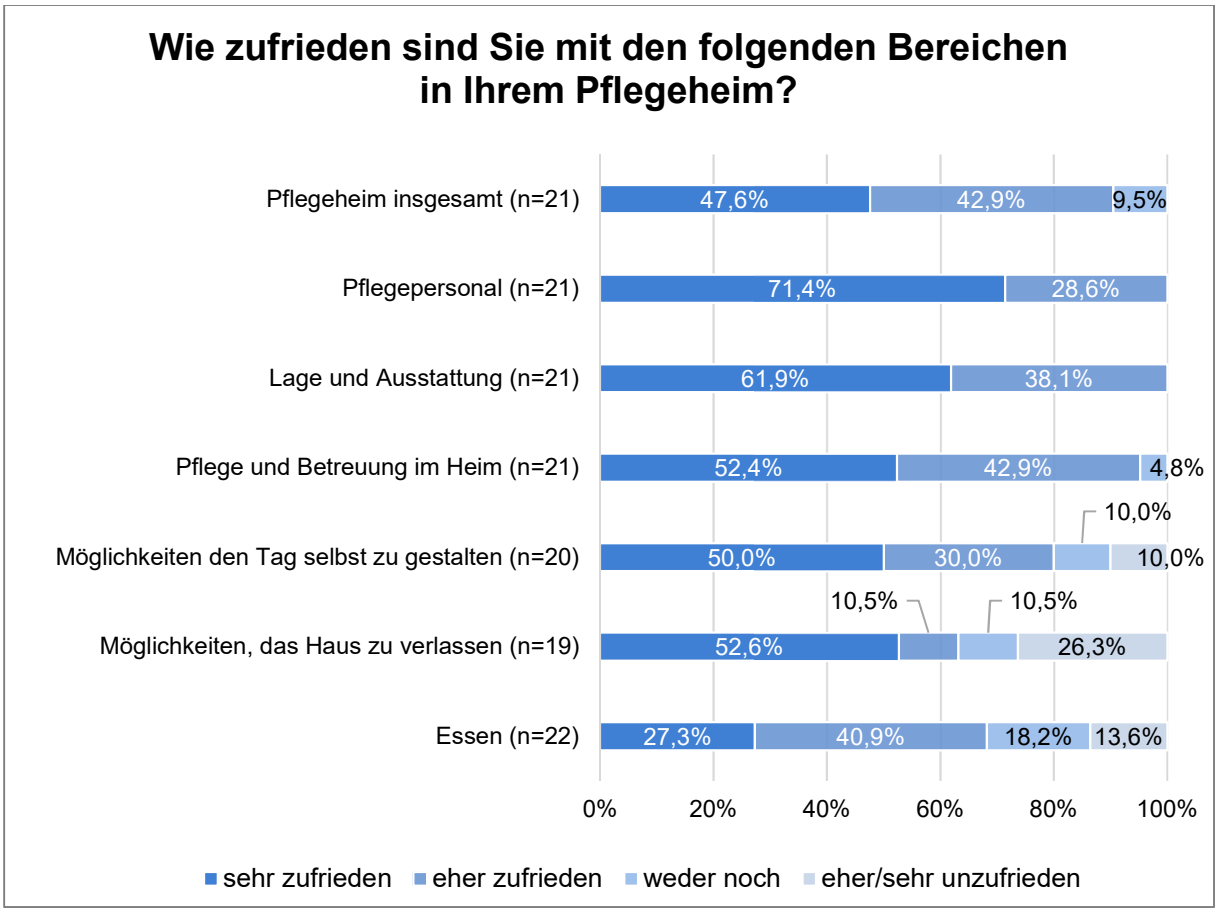


Abbildung 71: Zufriedenheit der Pflegeheimbewohner/innen mit dem Pflegeheim.

6.3 Pflegevorsorge: Vollmachten und Verfügungen

- **Nur ein Viertel der niederösterreichischen Hochaltrigen hat eine Vollmacht oder Verfügung erteilt.**
- **Frauen und Hochaltrige mit reduziertem Gesundheitszustand treffen häufiger eine Vorsorge.**

Wie die Ergebnisse der ÖIHS-NÖ zeigen, spielen Aspekte der persönlichen Vorbereitung und Vorsorge in Form von schriftlichen Vollmachten und Verfügungen für die niederösterreichischen Hochaltrigen keine besonders große Rolle. So geben 24,6% und damit nur knapp ein Viertel der befragten Hochaltrigen an, zumindest irgendeine Form der schriftlichen Vollmacht oder Verfügung im Sinne der persönlichen Pflegevorsorge zu besitzen. Mit Blick auf einzelne Arten der Vollmacht und deren Verteilung in der Stichprobe erscheint die Möglichkeit der individuellen Vorsorge unter den befragten 80-85-Jährigen in Niederösterreich noch geringfügiger genützt. Lediglich 15,5% haben eine **Vorsorgevollmacht**, 17,4% haben eine **Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger** (oft als Teil der Vorsorgevollmacht), 9,2% haben eine **Patientenverfügung** abgeschlossen, wovon 6,7% eine sogenannte „verbindliche" Patient/innenverfügung mit höheren formalen Anforderungen, aber auch einer höheren Verbindlichkeit haben. 6,1% der Befragten besitzen eine **Sachwalterverfügung**. Im Vergleich zu den Hochaltrigen in Wien und der Steiermark der 1. Welle der Hochaltrigenstudie geben die befragten Niederösterreicher/innen die Erteilung einer Vorsorgevollmacht oder einer Vertretungsbefugnis etwas häufiger und den Abschluss einer Patientenverfügung hingegen etwas seltener an. Gründe für das geringe Ausmaß der Erteilung einer Vollmacht oder Verfügung können in einem Mange an Information über Möglichkeiten der Pflegevorsorge gesehen werden. Aber auch die Tatsache, dass man sich mit solchen eher „unangenehmen" Themen nicht auseinandersetzten will und dies eher von sich wegschiebt, mag hier eine Rolle spielen.

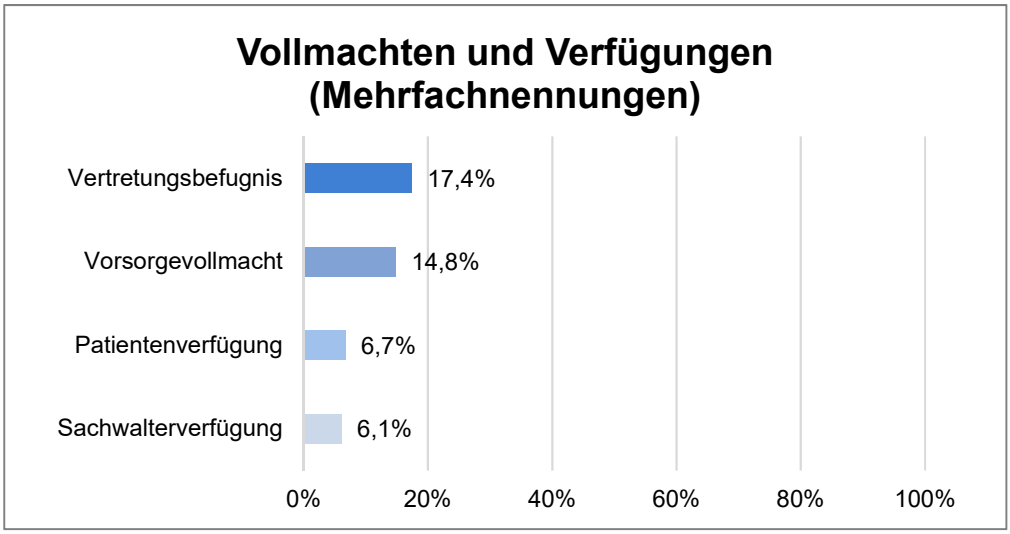


Abbildung 72: Vollmachten und Verfügungen (Mehrfachnennungen).

Feststellbar ist, dass **Frauen tendenziell häufiger eine Vollmacht oder Verfügung** erstellt haben als Männer (30,9% vs. 19,3%). Signifikante Unterschiede zeigen sich zudem in Hinblick auf den **Gesundheitszustand** der Studienteilnehmer/innen ($p<0.05$). Während fast 40% der Hochaltrigen mit einem stark reduzierten funktionalen Gesundheitsstatus („frail“) und ein Drittel (33,3%) jener mit einem reduzierten funktionalen Gesundheitsstatus („pre-frail“) zumindest eine der oben dargestellten Vollmachten und Verfügungen abgeschlossen hat, haben dies nur etwa 10% der Hochaltrigen mit einem sehr guten Gesundheitszustand getan. Mit Blick auf die Bildung und die sozioökonomische Stellung der befragten Hochaltrigen zeigt sich hier, dass bei allen vier oben dargestellten Vollmachten und Verfügungen Befragte mit einem Maturaabschluss und einem mittleren sozioökomischen Status die Vorreiterrolle übernehmen. Das dürfte wohl damit zusammenhängen, dass bei dieser Personengruppe eine ausreichende Informiertheit und die notwendigen finanziellen Mittel für die anfallenden Kosten zur Verfügung stehen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

7 SCHLUSSFOLGERUNGEN

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Ergebnisse der Erhebung der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie in Niederösterreich (ÖIHS-NÖ) sehr ausführlich und differenziert dargestellt. Zum Abschluss des vorliegenden Berichts sollen nun einige wesentliche Schlussfolgerungen aus den Erkenntnissen der Studie gezogen werden.

Niederösterreich ist mit dem raschen Zuwachs der hochaltrigen Bevölkerung mehrfach herausgefordert

Das Land Niederösterreich steht in mehrfacher Hinsicht vor der demografischen Herausforderung einer alternden Gesellschaft. Im Jahr 2016 waren 20% der niederösterreichischen Bevölkerung älter als 64 Jahre. Für den Altersquotienten Niederösterreichs bedeutet das, dass 32,6 Personen im Alter von 65 Jahren oder älter auf 100 Personen in der Bevölkerungsgruppe der 20-64-Jährigen kommen. Nur das Burgenland und Kärnten weisen einen höheren Altersquotienten auf. Zudem weist Niederösterreich mit nur 60% österreichweit den geringsten Anteil der 20-64-Jährigen und damit den höchsten demografischen Gesamtquotienten (als das Verhältnis der potentiell erwerbstätigen zur potentiell nicht erwerbstätigen Bevölkerung) auf. Dies resultiert letztlich in einer besonders hohen wirtschaftlichen und sozialpolitischen Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung in Niederösterreich.

Mit dem demografischen Wandel Hand in Hand geht eine finanzielle Herausforderung: der Anteil der Bezieher/innen einer Altersrente und der Anteil von Pflegegeldbezieher/innen sind im Bundesländervergleich in Niederösterreich am höchsten. In räumlicher Hinsicht ist Niederösterreich durch die Verteilung von je einem Drittel urbaner, halburbaner und ländlicher Gemeinden charakterisiert. Die mit dem Urbanisierungsgrad einhergehenden Unterschiede in der Strukturstärke von Regionen schaffen dabei zusätzliche sozialpolitische Herausforderungen, die vor dem Hintergrund eines rasch anwachsenden hochaltrigen Bevölkerungsanteils bedacht werden müssen.

Das Alter ist heterogen – Die Heterogenität des Alters ist aber nicht zufällig bedingt

„Die Alten“ gibt es nicht. Verallgemeinernde Sichtweisen zu den Lebensumständen, den gesundheitlichen Verhältnissen oder Bedürfnissen hochaltriger Menschen erweisen sich vor dem Hintergrund der Studie als irreführend. Vielmehr zeigen die Ergebnisse der ÖIHS-NÖ, dass das hohe Lebensalter von einer Vielschichtigkeit und Heterogenität geprägt ist. Die Heterogenität ist jedoch nicht zufällig innerhalb der Gruppe hochaltriger Menschen verteilt, sondern entsteht durch das komplexe Zusammenspiel von sozialen und regionalen Unterschiedlichkeiten, die durch das Geschlecht, die Bildung, den sozioökonomischen Status, das Einkommen und den Wohnort bedingt sind. Je nach Kontext und Interaktion stellen diese Merkmale einflussreiche Faktoren für eine gute oder reduzierte Gesundheit, eine mehr oder weniger erfüllte Lebensgestaltung oder das Auftreten eines Pflegebedarfs unter den Studienteilnehmer/innen dar.

Kein Patentrezept: Interventionen für hochaltrige Menschen müssen insbesondere den städtischen und ländlichen Lebenskontext berücksichtigen

Das Leben hochaltriger Menschen findet in einem räumlichen Kontext statt, der abhängig von seinem Urbanisierungsgrad unterschiedliche Herausforderungen der Lebensgestaltung im Alter mit sich bringt. So ist etwa die Zugehörigkeit zu einer geringen Bildungsschicht in der Stadt nachteiliger als am Land. Denn es zeigt sich, dass der Zusammenhang von geringer Bildung und schlechter Gesundheit im hohen Alter bei Studienteilnehmer/innen mit Wohnsitz in ländlichen Gemeinden weniger stark ausgeprägt ist als bei Studienteilnehmer/innen mit Wohnsitz in städtischen Gemeinden. Gleichzeitig ist die Zugehörigkeit zu einer höheren Bildungsschicht sowohl bei Frauen als auch bei Männern in der Stadt häufiger anzutreffen. Das bedeutet, dass im Vergleich zu ländlichen Gemeinden in städtischen Gemeinden eine höhere Heterogenität und gesundheitsbezogene Ungleichheit im Alter anzutreffen ist. Interventionen erfordern daher nicht nur differenzierte Zugänge bezüglich des Wohnsitzes, sondern müssen, insbesondere in städtischen Regionen, etwa auch den Bildungsgrad berücksichtigen.

Mehrfachbenachteiligung im Alter betrifft vor allem Frauen

Soziale Benachteiligungen im Alter finden auf mehreren Ebenen statt: Vertikale Ungleichheiten sind etwa bei der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Bildungs- und Einkommensschichten zu finden, horizontale Ungleichheiten etwa zwischen Männern und Frauen oder zwischen ländlichen und städtischen Gemeinden. Eine besonders vorteilhafte soziale Lebenslage im Alter finden Männer mit guter Bildung und hohem Einkommen vor. Sie verfügen über einen hohen soziökonomischen Status und gute Chancen auf einen damit einhergehenden sehr guten Gesundheitszustand. Sofern sie eine gesundheitliche Beeinträchtigung ereilt, verfügen sie immer noch über ausreichend finanzielle Mittel, um entstehende Bedürfnisse, wie etwa Pflege- und Hilfsdienste, zu finanzieren und Verluste leichter kompensieren zu können. Demgegenüber finden sich Frauen im Alter meist in einer benachteiligten sozialen Lage. Sie verfügen über eine geringe Bildung, die mit einem geringen Einkommen und einem niedrigen sozioökonomischen Status einhergeht, der wiederum in Zusammenhang mit einer schlechteren Gesundheit steht. Da sich die Risikofaktoren sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung bedingen, sind Frauen im Alter oft mit Mehrfachbenachteiligungen konfrontiert. Räumliche Kontexte können die Mehrfachbenachteiligung zusätzlich beeinflussen, indem Frauen in der Stadt oft verwitwet und alleinlebend sind und dadurch soziale Isolation erleben.

Insbesondere Frauen stehen in der Stadt und am Land vor unterschiedlichen Herausforderungen

Wie die Ergebnisse der Hochaltrigenstudie zeigen, erfahren Frauen im Alter in mehreren Hinsichten Benachteiligungen. Es zeigt sich aber auch, dass dabei der räumliche Kontext nicht außer Acht gelassen werden darf, da Frauen in der Stadt und am Land vor unterschiedlichen Herausforderungen stehen. Hochbetagte Frauen in der Stadt sind wesentlich häufiger von Verwitwung betroffen, leben in der Folge häufiger alleine und sind meist häufiger auf externe Pflegeleistungen angewiesen. Im Vergleich dazu sind Frauen in ländlichen Gemeinden seltener von Verwitwung und ihren negativen Folgen auf die Gesundheit betroffen. Auch sind sie seltener als Frauen in der Stadt auf pflegebezogene Hilfe angewiesen. Bedingt durch eine meist bessere soziale Integration

im ländlichen Raum, kann ein Betreuungsbedarf relativ lange Zeit durch informelle Netzwerke abgefedert werden. Allerdings stehen sie häufiger vor der Herausforderung sich ohne gut ausgebautem öffentlichen Verkehr selbständig fortzubewegen. Während Männer im Alter auf das Auto als das vorrangige Verkehrsmittel zurückgreifen, bewegen sich Frauen im Alter häufiger mit den öffentlichen Verkehrsmitteln fort. Ein schlecht ausgebauter öffentlicher Verkehr schränkt daher vor allem das Mobilitätsverhalten von Frauen im ländlichen Raum ein. Noch größer sind die Einbußen im Mobilitätsverhalten von Frauen in ländlichen Gemeinden, wenn sie nicht auf die Mobilität mit dem Auto durch den Mann oder Kinder ausweichen können.

Ungleichheiten im Alter sind das Ergebnis von über den Lebenslauf kumulierten Benachteiligungen

Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten im Alter dürfen nicht isoliert auf die Lebensphase des Alters bezogen werden, sondern müssen im Kontext des gesamten Lebensverlaufs von Menschen gesehen werden. So sind ein früh erworbenes hohes Bildungsniveau und damit in Verbindung stehendes höheres Einkommen ursächlich für einen hohen sozioökonomischen Status in der Hochaltrigkeit. Gleichzeitig kumulieren Benachteiligungen im Alter, wenn aufgrund eines geringen Bildungsniveaus einer körperlich belastenden Erwerbsarbeit nachgegangen wird und ein nicht gesundheitsförderlicher Lebensstil vorherrscht. Als Folgen kommt es oft bereits während der Erwerbsphase zu gesundheitlichen Einschränkungen, die sich – in Kombination mit geringen finanziellen Reserven – im Alter besonders nachteilig zeigen.

In ähnlicher Weise sind bestimmte Krankheitsbilder im Alter als Resultat des über den Lebenslauf hinweg geführten Lebensstils zu verstehen. So weisen Hochaltrige in städtischen Gemeinden, die in dieser Stichprobe zu einem überwiegenden Teil in ihrer früheren Berufstätigkeit Angestellte waren, etwa eine höhere Prävalenz für die chronischen Krankheiten Krebs und Bluthochdruck auf, was auf die höhere Umweltbelastung und das tendenziell stressigere und bewegungsärmere Leben in den Städten zurückzuführen ist. Im Gegensatz dazu weisen Hochaltrige in ländlichen Gemeinden eine höhere Prävalenz für Erkrankungen wie Rheuma auf, was sich etwa auf einen höheren Anteil an handwerklich Erwerbstätigen zurückführen lässt.

Ein reduzierter Gesundheitszustand im hohen Alter hängt von unterschiedlich gelagerten und sich beeinflussenden Risikofaktoren ab

Ein geringer sozioökonomischer Status, eine geringe Bildung und ein mit beiden einhergehendes geringes Einkommen können in sozialer Hinsicht als eindeutige Risikofaktoren eines reduzierten Gesundheitszustands im hohen Alter identifiziert werden. Unabhängig davon müssen aus biologischer Sicht noch mehr oder weniger begünstigende genetische Voraussetzungen hinzugezählt werden. Dabei betreffen alle drei sozial bedingten Risikofaktoren Frauen in weitaus größerem Ausmaß als Männer und tragen somit zur Erklärung eines häufig reduzierteren Gesundheitszustands bei hochaltrigen Frauen bei. Als weiterer Risikofaktor, der vor allem Frauen betrifft, ist die Verwitwung zu nennen. Die damit verbundenen geringeren sozialen Kontakte und das größere Risiko von Einsamkeit wirken sich vor allem negativ auf die Gesundheit hochbetagter Frauen aus.

Unterschiedliche protektive Faktoren der Gesundheit von niederösterreichischen Frauen im Alter in der Stadt und am Land

Die Verteilung eines geringen sozioökonomischen Status und einer geringen Bildung einerseits und andererseits einer Verwitwung als Risikofaktoren einer schlechten Gesundheit im Alter sind innerhalb der Stichprobe der niederösterreichischen Hochaltrigen durch den Wohnort bedingt. Erstere sind vor allem in ländlicheren Gemeinden anzutreffen, während Verwitwung aufgrund der kürzeren Lebenserwartung von Männern in der Stadt wesentlich häufiger Frauen mit Wohnsitz in städtischen Gemeinden betrifft. Die höhere Bildung und der damit einhergehende höhere sozioökonomische Status von Frauen in der Stadt schützt jedoch in gewisser Weise vor den negativen Auswirkungen der Verwitwung auf den Gesundheitszustand. Umgekehrt kann ein aufrechter Ehestand die negativen Gesundheitseinflüsse von geringerer Bildung und geringerem sozioökonomischen Status bei Frauen in ländlichen Gemeinden offenbar weitgehend kompensieren. Aufgrund der unterschiedlich wirkenden Faktoren auf die Gesundheit von Frauen in städtischen und ländlichen Gemeinden zeigen sich zwischen diesen beiden Gruppen letztendlich kaum Unterschiede in der Gesundheit.

Frauen schätzen ihre Gesundheit trotz reduziertem Gesundheitszustand subjektiv besser ein

Wie in vielen anderen Studien kann auch in der ÖIHS-NÖ die subjektive Gesundheit als Gradmesser des objektiven Gesundheitszustands beschrieben werden. Sieht man sich jedoch Geschlechterunterschiede an, so zeigt sich, dass Frauen über einen objektiv schlechteren Gesundheitszustand verfügen. In der subjektiven Einschätzung der Gesundheit zeigen sich jedoch keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Mögliche Erklärungsansätze dafür könnten darin liegen, dass Frauen ihre Gesundheit entweder überschätzen oder vorhandene Gesundheitseinschränkungen besser kompensieren können. Einen Erklärungsansatz bieten Studien, die in dieser Hinsicht auf ein höheres Potential von Resilienz bei Frauen im Alter hinweisen.

Kognitive Verletzlichkeit im hohen Alter ist in Niederösterreich weit verbreitet

Bei etwa 45% der Hochaltrigen der Stichprobe der ÖIHS-NÖ besteht der Verdacht auf eine ausgeprägte kognitive Verletzlichkeit. Die Ergebnisse des kognitiven Tests zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit des Erhalts kognitiver Fähigkeiten im Alter linear mit jedem weiteren Bildungsabschluss korreliert. So ist die kognitive Verletzlichkeit bei Hochaltrigen mit Pflichtschulabschluss am höchsten, etwas geringer bei Hochaltrigen mit Lehrabschluss und Matura und am geringsten bei Hochaltrigen mit einem Universitätsabschluss. Des Weiteren zeigt sich auch ein Zusammenhang von schlechter Gesundheit und geringen kognitiven Fähigkeiten. Daraus lässt sich schließen, dass die kognitive Verletzlichkeit im hohen Alter einerseits durch körperliche Verluste, andererseits aber auch durch soziale Faktoren, wie Bildung, bedingt ist.

Die Lebenszufriedenheit im Alter ist vor allem von dem Gesundheitszustand beeinflusst

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass ein Großteil der Hochaltrigen in der Stichprobe der ÖIHS-NÖ mit ihrer Lebenssituation insgesamt sehr oder eher zufrieden ist. Dabei fällt auf, dass Frauen und Hochaltrige mit niedrigerer Bildung in einem geringeren Ausmaß „Lebensglück“ im hohen Alter empfinden. Bei genauerer Analyse zeigt sich allerdings,

dass diese Unterschiede über den Gesundheitszustand vermittelt werden. Der tendenziell schlechtere Gesundheitszustand der hochaltrigen Frauen spielt etwa bei der geringeren Zufriedenheit mit der Gesundheit eine wesentliche Rolle. Frauen sind aber auch häufiger mit ihrer finanziellen Situation unzufriedener, was auf ihre geringeren finanziellen Ressourcen im Alter zurückzuführen ist. Dennoch zeigen sie sich mit ihrer Lebenssituation insgesamt aber nur geringfügig unzufriedener als Männer. Auch dieses Ergebnis könnte im Sinne einer höheren Resilienz von Frauen interpretiert werden, die ihnen trotz mehrfachen Benachteiligungen eine relativ hohe Lebenszufriedenheit im Alter ermöglicht.

Vorteilhafte sozioökonomische Voraussetzungen erlauben mehr Möglichkeiten in der Freizeit- und Alltagsgestaltung

Das größere Spektrum an Möglichkeiten der Freizeit- und Alltagsgestaltung drückt sich etwa darin aus, dass Hochaltrige mit einem hohen sozioökonomischen Status im Durchschnitt zwei Aktivitäten mehr nachgehen als Hochaltrige mit einem geringen sozioökonomischen Status. Dies lässt sich einerseits durch den besseren Gesundheitszustand, der mit einem höheren sozioökonomischen Status einhergeht, erklären. Ein guter Gesundheitszustand ist im Alter vor allem bei der Ausübung von Aktivitäten, die eine gute körperliche Verfassung voraussetzen, unerlässlich. Andererseits lässt sich dies aber auch durch die bessere kognitive Verfassung erklären, die ebenfalls mit einem höheren sozioökonomischen Status einhergeht. So sind etwa kreative und künstlerische Tätigkeiten oder die Beschäftigung mit dem Computer von dem Erhalt kognitiver Fähigkeiten im Alter abhängig. Hochaltrige mit einem höheren sozioökonomischen Status geben aber auch häufiger an, Freunde, Bekannte oder Familie zu sich einzuladen. Erklärungsgründe dafür können in dem größeren Freundeskreis und in den verfügbaren finanziellen Mitteln von Hochaltrigen mit einem höheren sozioökonomischen Status gesehen werden.

Nur ein Drittel aller Hochaltrigen ist alleinlebend – die Wahrscheinlichkeit im Alter nicht alleine zu leben, hängt jedoch von Geschlecht und Wohnort ab

Die Haushaltsverteilung in der Stichprobe der ÖIHS-NÖ zeigt, dass zwei Drittel der Hochaltrigen zu zweit oder zu mehrt in Haushalten wohnen. Im hohen Alter alleinlebend zu sein ist demnach zwar gegenwärtig, jedoch hängt die Verbreitung stark von dem Geschlecht und dem Wohnort der Hochaltrigen ab. So ist nur jeder vierte Mann, aber jede zweite Frau alleinlebend. Dies betrifft vor allem Frauen in städtischen Gemeinden, wo 60% alleine leben, während es hingegen nur ein Drittel der Frauen in ländlichen Gemeinden betrifft. Bei Männern spielt der Wohnort hingegen kaum eine Rolle; sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gemeinden sind nur etwa ein Fünftel oder Viertel alleinlebend. Die höhere Rate an alleinlebenden hochaltrigen Frauen, vor allem in städtischen Gemeinden, ist einerseits durch die generell höhere Lebenserwartung von Frauen und andererseits durch die frühere Sterblichkeit von Männern in städtischen Gemeinden bedingt.

Kinder nehmen einen zentralen Stellenwert für Hochaltrige ein

Kinder nehmen im Alter eine besonders wichtige Rolle in den sozialen Beziehungen, aber auch mit Blick auf die Unterstützungsbedürftigkeit von hochaltrigen Menschen ein. Kontakt mit Verwandten oder Freunden wirkt dem Gefühl von Einsamkeit entgegen und

hat einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit und die Gesundheit. Kinder nehmen in dieser Hinsicht in mehrfacher Weise einen positiven Einfluss. Während die Kontakthäufigkeit der Studienteilnehmer/innen mit Verwandten und Freunden vor allem von der Nähe des Wohnorts abhängt, zeigt sich ungeachtet dieses Zusammenhangs die dichteste Kontakthäufigkeit mit den Kindern. Eine hohe Kontakthäufigkeit mit den Kindern korreliert zudem meist mit einer hohen Kontakthäufigkeit mit den Enkelkindern, was zu einem größeren und dichteren Netz an sozialen Beziehungen führt. Ebenso zeigt sich, dass die Bewertung der Beziehung zur Familie stark mit der Kontakthäufigkeit mit den Kindern zusammenhängt, was sich nicht für die Kontakthäufigkeit mit anderen Verwandten zeigen lässt. Abseits der sozialen Beziehungen hochaltriger Menschen, nehmen Kinder auch eine zentrale Rolle in Bezug auf Unterstützungsbedürftigkeit ein. So wird die informelle Unterstützung in erster Linie von den Kindern zur Verfügung gestellt. Der/die Partner/in werden erst an zweiter Stelle genannt.

Einsamkeit im Alter ist ein gängiges Vorurteil – allerdings fühlen sich nur 12,3% oft oder immer einsam

Die Ergebnisse der ÖIHS-NÖ können das gängige Vorurteil, dass Einsamkeit im Alter weit verbreitet ist, nicht belegen. Die 12,3% der Studienteilnehmer/innen, die sich oft oder immer, bzw. die 12,8%, die sich manchmal einsam fühlen, sind zwar nicht außer Acht zu lassen. Dennoch fühlen sich immerhin drei Viertel der Studienteilnehmer/innen nur selten oder sogar nie einsam. Das Gefühl der Einsamkeit tritt vor allem dann ein, wenn bestimmte Lebenskonstellationen auftreten, die für die Ausprägung der sozialen Kontakte hinderlich sind und soziale Isolation mit sich bringen. Dazu zählen einerseits die Verwitwung und andererseits der Pflegeheimaufenthalt; beides ist bei weiblichen Studienteilnehmer/innen häufiger anzutreffen und bedingt, dass sie sich häufiger einsam fühlen. In beiden Fällen verfügen die Personen über ein kleineres soziales Netzwerk sowohl an familiären als auch an verwandtschaftlichen Kontakten. Die damit einhergehende geringere Zufriedenheit mit familiären und außerfamiliären Kontakten sowie die geringere Anzahl der Freunde und Bekannte erweisen sich als wesentliche Einflussgrößen des Gefühls der Einsamkeit. Während bei verwitweten Hochaltrigen durch den Tod des/der Partner/in ein Teil des Freundeskreises wegbricht, lässt sich die geringere soziale Integration von Pflegeheimbewohner/innen durch das Verlassen der gewohnten Umgebung und dem damit verbundenen sozialen Kontext erklären. Zum Teil dürfte es aber auch so sein, dass das soziale Netz aufgrund des reduzierten Gesundheitszustands und eingeschränkten Bewegungsradius von Pflegeheim-bewohner/innen schon vor dem Umzug erodiert ist. Es zeigt sich zudem, dass Hochaltrige in ländlichen Gemeinden im Vergleich zu Hochaltrigen in städtischen Gemeinden eine höhere Kontakthäufigkeit zu Familienmitgliedern und Freunden/Bekannten angeben.

Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität haben im hohen Alter für Männer und Frauen eine große Bedeutung

Etwa die Hälfte der Studienteilnehmer/innen messen Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine große oder eher große Rolle bei. Dass Intimität und das Ausleben dessen im Alter von geringer Bedeutung sei, kann demnach widerlegt werden. Dies dürfte eher darauf zurückzuführen sein, dass Sexualität im Alter nach wie vor ein Tabuthema ist. Auch die oftmals vermeintlich größere Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität für Männer kann – unter Berücksichtigung des Familienstandes – mit den Befunden der

Hochaltrigenstudie nicht bestätigt werden. Ohne Berücksichtigung des Familienstands zeigt sich zwar, dass männliche Studienteilnehmer/innen Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine höhere Rolle beimessen; dies dürfte aber darauf zurückzuführen sein, dass 70% der Männer in der Studienpopulation verheiratet sind. Damit gibt es für den Großteil der befragten Männer einen Menschen in ihrem Leben, mit dem Intimität gelebt werden kann. Dies trifft hingegen nur auf 36% der befragten Frauen zu. Werden nur verheiratete Hochaltrige ins Blickfeld genommen, sind die Anteile der Frauen und Männer, für die Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine große oder eher große Rolle spielen gleich groß.

Pflege und Betreuung im Alter ist in Niederösterreich vorwiegend ein weibliches Thema

Pflege und Betreuung ist in mehrfacher Hinsicht ein Thema, das vor allem Frauen betrifft. Einerseits sind Pflegebeziehungen in den westlichen Kulturkreisen von Frauen geprägt, was darin resultiert, dass es vor allem die Ehepartnerinnen und die Töchter sind, die bei älteren Angehörigen Unterstützung und pflegebezogene Hilfe leisten. Aufgrund der höheren Verwitwungsrate sind Frauen andererseits häufiger auf sich selbst gestellt oder auf externe Dienste angewiesen, wenn sie selbst pflegebedürftig werden. So ist der Umzug in das Pflegeheim nicht selten durch die nicht vorhandene informelle Hilfeleistung begründet. Die Finanzierbarkeit von externen stationären oder mobilen Pflegediensten erweist sich im Zusammenhang mit der vor allem Frauen betreffenden Altersarmut und der gleichzeitigen Angewiesenheit auf externe Dienste als eine sozialpolitische Konstellation, die das Sozialsystem zukünftig vor eine Herausforderung stellen wird.

Höherer Unterstützungsbedarf am Land, höherer Pflegebedarf in der Stadt

Die Befunde der ÖIHS-NÖ zeigen, dass die Formen und das Ausmaß der benötigten Unterstützungsleistungen zwischen Studienteilnehmer/innen in städtischen und ländlichen Gemeinden unterschiedlich sind. So geben Studienteilnehmer/innen in ländlichen Gemeinden häufiger einen Unterstützungsbedarf an, der sich vermutlich auf die schlechter ausgebaute Infrastruktur in ländlichen Gemeinden zurückführen lässt; so können z.B. Einschränkungen des Bewegungsradius oder beim Einkaufen weniger gut durch einen gut ausgebauten öffentlichen Verkehr oder ein nahes Lebensmittelgeschäft ausgeglichen werden. Allerdings wird im ländlichen Raum seltener Bedarf an pflegebezogener Hilfe angegeben. Dies dürfte auf die größere Inanspruchnahme und Verfügbarkeit von informeller Hilfe zurückzuführen sein, durch die ein geringer Pflegebedarf abgedeckt werden kann. Eine gute soziale Integration in ländlichen Gemeinden kann demnach einen Pflegebedarf länger abfedern, bevor er auffällig wird. Studienteilnehmer/innen in städtischen Gemeinden geben hingegen seltener einen Bedarf an Unterstützung, jedoch wesentlich häufiger einen Bedarf an pflegebezogener Hilfe an. Aufgrund der besser ausgebauten Infrastruktur (wie Nahversorgung, öffentlicher Verkehr u.a.) entsteht längere Zeit kein auffallender Bedarf an Unterstützung. Wenn Studienteilnehmer/innen in städtischen Gemeinden allerdings pflegebedürftig werden, wird dies aufgrund der geringeren Verfügbarkeit informeller Hilfe schneller auffällig.

Vorsorge und Verfügungen – kein bewusstes Thema bei der gesunden Bevölkerung in Niederösterreich

Wohnraumadaptierungen oder Pflegevorsorge in Form von Vollmachten oder Verfügungen, werden zumeist erst bei einem sich verschlechternden Gesundheitszustand thematisiert. Studienteilnehmer/innen, die über eine gute Gesundheit verfügen, schieben Überlegungen zu Vorsorgevorkehrungen im Alter hingegen auf. Grundsätzlich zeigt sich, dass Frauen häufiger Verfügungen oder Vollmachten abschließen als Männer. Dies lässt sich einerseits auf den generell schlechteren Gesundheitszustand von Frauen in der Stichprobe der ÖIHS-NÖ zurückführen. Andererseits sind Frauen auch schon länger mit einem reduzierten Gesundheitszustand konfrontiert. Beides dürfte die Neigung zum Abschluss einer persönlichen Vollmacht oder Verfügung erhöhen.

8 ANHANG

8.1 Erläuterungen zum imputierten Haushaltsnettoeinkommen

Die fehlenden Werte des Haushaltsnettoeinkommens, die aufgrund von Verweigerung[45] zustande kamen, wurden theoriegeleitet unter Berücksichtigung der Verteilung des Geschlechts und der Bildung in der Stichprobe der ÖIHS-NÖ mit der Hot Deck Methode imputiert. Dabei wird ein fehlender Wert durch Ziehung von beobachteten vorhandenen Werten aus der vorliegenden Stichprobenverteilung unter Berücksichtigung von Ähnlichkeiten zwischen dem fehlenden und dem vorhandenen Datensatz durch ein statistische Verfahren ersetzt. Wenngleich dadurch der exakte Wert des fehlenden Einkommens nicht reproduziert werden kann, so kann der Wert innerhalb einer Bandbreite für diese Stichprobe geltenden Werte relativ gut reproduziert werden. Die Methode der Hot-Deck Imputation stellt dabei ein leicht anwendbares und gängiges Verfahren dar, um mit fehlenden Werten umzugehen (Roth, 1994; Sande, 1983). Ein Vergleich des Nettohaushaltseinkommens der vorhandenen Angaben mit dem imputierten Haushaltsnettoeinkommen aller Studienteilnehmer/innen zeigt nur geringe Unterschiede. Es kann demnach von einer Validität des imputierten Haushaltseinkommens ausgegangen werden.

	Haushaltsnettoeinkommen (n=148)	Imputiertes Haushaltsnetto-einkommen (n=202)
weniger als 1.000 Euro	8,8%	7,9%
1.000 – 1.999 Euro	41,9%	41,6%
2.000 – 3.000 Euro	33,1%	35,1%
mehr als 3.000 Euro	16,2%	15,3%
Gesamt	100%	100%

Tabelle 19: Haushaltsnettoeinkommen und imputiertes Haushaltsnettoeinkommen.

8.2 Erläuterungen zur Berechnung des sozioökonomischen Status

Zur Berechnung des sozioökonomischen Status der Studienteilnehmer/innen wurde ein Indikator aus den drei sozioökonomischen Variablen des früheren beruflichen Status, der Bildung und des imputierten Haushaltsnettoeinkommens gebildet. Für jeden Indikator wurden Schwellenwerte definiert, ab denen unter sozioökonomischer Hinsicht von einer Benachteiligung bzw. Besserstellung gesprochen werden kann.

- Bei dem **beruflichen Status** bedeutet es einen Nachteil früher Arbeiter/in gewesen zu sein (0 Punkte) und einen Vorteil Angestellte/r, Beamter/Beamtin oder selbständig gewesen zu sein (1 Punkt).
- Bei der **höchsten abgeschlossenen Ausbildung** wurde kein Pflichtschulabschluss mit 0 Punkten und einer dementsprechenden sozioökonomischen Benachteiligung gewertet. Je höher der erreichte

[45] Das Einkommen gehört zu jenen Lebensbereichen, bei denen von Studienteilnehmer/innen besonders häufig die Auskunft verweigert wird. In der Stichprobe der ÖIHS-NÖ beträgt der Anteil an solchen Ablehnungen ohne Angabe des Haushaltsnettoeinkommens 27,1%.

Bildungsabschluss, desto vorteilhafter wurde die sozioökonomische Situation der befragten Personen eingeschätzt. Ein Haupt- oder Pflichtschulabschluss wurde mit 1 Punkt, ein Lehr- und Fachschulabschluss ohne Matura mit 2 Punkten, ein sekundärer Bildungsabschluss mit Matura mit 3 Punkten und ein tertiärer Bildungsabschluss mit 4 Punkten gewertet.

- Die Schwellenwerte beim imputierten **Haushaltsnettoeinkommen** wurden in Abhängigkeit von einem Ein- oder Mehrpersonenhaushalt (höher für Mehrpersonen- und niedriger für Einpersonenhaushalte) unterschiedlich festgelegt.[46] So wurde bei **Einpersonenhaushalten** der Schwellenwert der Benachteiligung, bei dem 0 Punkte gezählt werden, mit einem Haushaltnettoeinkommen von weniger als 1.000 Euro festgelegt. Bei einem Haushaltsnettoeinkommen zwischen 1.000 und geringer als 2.000 Euro wurde 1 Punkt, zwischen 2.000 und geringer als 3.000 Euro 2 Punkte und bei einem Haushaltnettoeinkommen von über 3.000 Euro wurden 3 Punkte gezählt. Bei einem **Mehrpersonenhaushalten** wurde der Schwellenwert der Benachteiligung, bei dem 0 Punkte gezählt werden, mit einem Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 1.600 Euro festgelegt. Dieser Schwellenwert wurde nach der EU-Skala der Armutsgefährdungsschwelle und ihrer Anpassung für Mehrpersonenhaushalte festgelegt (Statistik Austria, 2016b).[47] Bei einem Haushaltsnettoeinkommen zwischen 1.600 und geringer als 2.500 Euro wurde 1 Punkt, zwischen 2.500 und geringer als 3.000 Euro 2 Punkte und bei einem Haushaltnettoeinkommen von über 3.000 Euro wurden 3 Punkte gezählt.

8.3 Erläuterungen zur Berechnung des kognitiven Tests

Um den Drei-Wörter-Uhrentest in seiner Gesamtheit zu betrachten, wurden die Ergebnisse des Merktests und Uhrentests zu einem Index von 0-5 Punkten zusammengezählt. In Anlehnung an Strotzka et al. (2003) und konnten bei dem Uhrentest insgesamt 0-2 Punkte in den drei Abstufungen einer perfekt und richtig gezeichneten Uhr (2 Punkte), einer mit leichten Fehlern gezeichneten Uhr (1 Punkt) und einer mit schweren Fehlern gezeichneten Uhr (0 Punkte) erreicht werden.[48] Bei dem Merktest wurde in Anlehnung an den von Borson et al. (2000) entwickelten Mini-Cog Test jeweils 1 Punkt

[46] Dies wurde unternommen, da in Mehrpersonenhaushalten oftmals mehrere Einkommen in das Haushaltseinkommen eingehen, aber gleichzeitig natürlich auch der finanzielle Aufwand größer ist als in Einpersonenhaushalten (z.B. für eine entsprechend größere Wohnung, für Güter des täglichen Bedarfs etc.), was für die Einschätzung der finanziellen Situation eines Haushalts von nicht unerheblicher Bedeutung ist. Die Frauen in dem Sample der ÖIHS-NÖ waren alle zum Großteil vollberufstätig. Aus diesem Grund kann in den meisten Fällen davon ausgegangen werden, dass bei den Mehrpersonenhaushalten in der vorliegenden Stichprobe auch mehrere Einkommen eingingen.

[47] Hierbei wird die erste Person in einem Haushalt mit einem Konsumäquivalent von 1 gerechnet, jeder weitere Erwachsene wird mit einem Konsumäquivalent von 0,5 gerechnet. Damit erhöht sich die Armutsgefährdungsschwelle (= 60% des Medianeinkommens) um etwa 500-600 Euro (Statistik Austria, 2016b).

[48] Korrekt gezeichnet war ein Ziffernblatt dann, wenn alle Ziffern an der richtigen Stelle im Ziffernblatt platziert waren, wenn die eingezeichneten Uhrzeiger die korrekte Zeit anzeigten und wenn auch das Verhältnis von Stunden- und Minutenzeiger einigermaßen stimmig dargestellt war (d.h. längerer Minutenzeiger, kürzerer Stundenzeiger). Als leichter Fehler wurde z.B. gewertet, wenn die Ziffern nicht oder nicht vollständig eingetragen waren oder wenn die Uhrzeiger nicht genau die korrekte Zeit anzeigten. Schwere Fehler lagen vor, wenn z.B. gar keine Zeiger vorhanden waren oder – wie es ebenfalls gelegentlich vorkam – nicht einmal das Ziffernblatt an sich einigermaßen vollständig gezeichnet werden konnte.

für jeden erinnerten Begriff gezählt (bei keinem erinnerten Begriff wurden 0 Punkte gezählt), wodurch 0-3 Punkte erreicht werden konnten. Der aus den beiden Einzeltests errechnete Summenindex besteht somit aus 0 bis 5 Punkten.

Uhrentest / Merktest	richtig (2)	leichte Fehler (1)	schwere Fehler (0)
alle Begriffe (3)	5 Punkte	4 Punkte	3 Punkte
2 Begriff (2)	4 Punkte	3 Punkte	2 Punkte
1 Begriff (1)	3 Punkte	2 Punkte	1 Punkt
keinen Begriff (0)	2 Punkte	1 Punkt	0 Punkte

Tabelle 20: Kognitive Tests kombiniert (Kamenski u. a., 2009).

Da die beiden Tests unterschiedliche kognitive Fähigkeiten der Studienteilnehmer/innen ansprechen (Merkfähigkeit vs. Abstraktionsniveau) und die Merkfähigkeit durch die psychische Verfassung zum Interviewzeitpunkt beeinflusst sein kann, wurde die Farbtypologie des Drei-Wörter-Uhrentest in die Auswertung einbezogen (Kamenski u. a., 2009; Strotzka u. a., 2003). Mit der Farbtypologie wird eine stärkere Gewichtung des Uhrentests verfolgt. Dem Ampelprinzip folgend wird ein richtiger Uhrentest als grün, ein Uhrentest mit leichten Fehlern als gelb, und ein Uhrentest mit schweren Fehlern als rot bewertet. Bei dem Merktest werden alle erinnerten Wörter als grün, 1 bis 2 erinnerte Wörter als gelb, und kein erinnertes Wort als rot gewertet. Bei der Bezeichnung der Testergebnisse nach dem Farbschema wird die Farbe der Uhr (aufgrund der stärkeren Gewichtung des Uhrentests) immer zuerst genannt (vgl. Tabelle 21: Farbschema des Drei-Wörter-Uhrentests (eigene Darstellung).).

Wie auch bei dem 5 Punktesystem ist ein „grün-grünes“ Testergebnis mit einer korrekt gezeichneten Uhr und allen erinnerten Wörtern als fehlerfrei und bedenkenlos einzustufen. Ein solches Testergebnis wird im Erhebungsinstrument der kognitiven Fähigkeiten in der ÖIHS-NÖ mit der Ausprägung „Test fehlerfrei“ bezeichnet (17,2%). Sobald jedoch die Farbe Gelb hinzukommt, weist der Test leichte Defizite auf. Der kognitive Status der Teilnehmer/innen wird in diesem Fall auch mit der Bezeichnung „mild cognitive impairment“ beschrieben. Dabei ist ein „gelb-grünes“ Testergebnis (Uhr mit leichten Fehlern und alle Begriffe erinnert) als etwas beunruhigender einzustufen als ein „grün-gelbes“ Testergebnis (richtige Uhr und 1-2 Begriffe erinnert) – auch wenn nur 3 Punkte erreicht werden. Beide Farbkombinationen befinden sich jedoch noch im „grünen Bereich“ und weisen noch keine Indizien auf ausgeprägte kognitive Verletzlichkeiten auf. Ein solches Testergebnis wird im Erhebungsinstrument der kognitiven Fähigkeiten in der ÖIHS-NÖ mit der Ausprägung „Test mit leichten Defiziten“ bezeichnet (36,5%).

„Gelb-gelbe“ und „gelb-rote“ Testergebnisse (Uhr mit leichten Fehlern und 2-0 Wörter erinnert) sind hingegen als auffällig einzustufen und weisen auf einen kognitiven Status mit wesentlich stärker ausgeprägten kognitiven Verletzlichkeiten hin. Dieser Gruppe sind auch „grün-rote“ (richtiger Uhrentest und kein Begriff erinnert) und „rot-grüne“

Testergebnisse (schwere Fehler beim Uhrentest und alle Begriffe erinnert) zuzuordnen. Die Abklärung eines möglichen Demenzverdachts bei diesen Studienteilnehmer/innen ist durchaus ratsam. Ein solches Testergebnis wird im Erhebungsinstrument der kognitiven Fähigkeiten in der ÖIHS-NÖ mit der Ausprägung „Test auffällig" bezeichnet (25%). Als sehr auffällig sind „rot-gelbe" und „rot-rote" Testergebnisse einzustufen, die durch schwere Fehler bei dem Uhrentest und 0-2 erinnerten Wörtern zustande kommen. Bei jenen Studienteilnehmer/innen ist die kognitive Verletzlichkeit bereits sehr stark ausgeprägt und eine eventuell beginnende oder fortgeschrittene Demenz unbedingt abzuklären (Kamenski u. a., 2009; Strotzka u. a., 2003). Ein solches Testergebnis wird im Erhebungsinstrument der kognitiven Fähigkeiten in der ÖIHS-NÖ mit der Ausprägung „Test sehr auffällig" bezeichnet (21,4%).

Uhrentest/ Merktest	richtig (2)	leichte Fehler (1)	schwere Fehler (0)
alle Wörter (3)	**17,2%**	**8,3%**	**4,2%**
2 Wörter (2)	**20,8%**	**9,9%**	**10,9%**
1 Wort (1)	**7,4%**	**5,7%**	**3,2%**
kein Wort (0)	**3,1%**	**2,1%**	**7,3%**

Tabelle 21: Farbschema des Drei-Wörter-Uhrentests (eigene Darstellung).

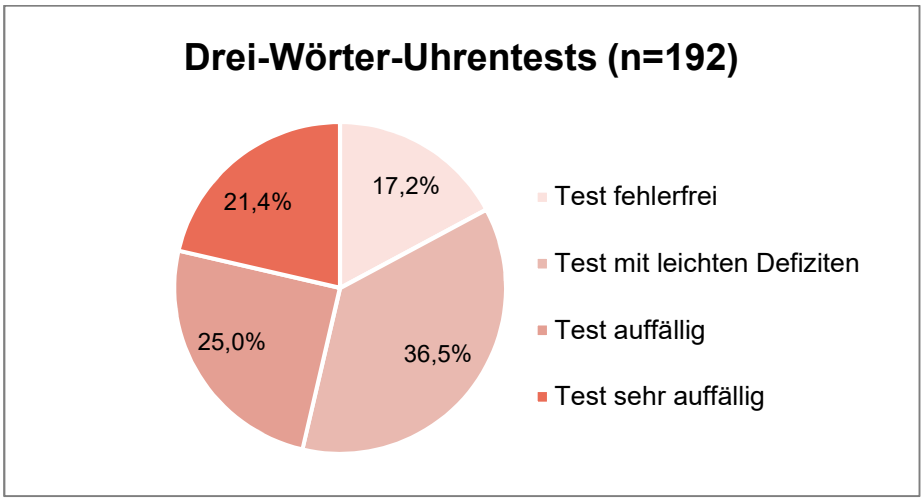


Abbildung 73: Drei-Wörter-Uhrentests (n=192).

8.4 Erläuterungen zum Index der Strukturschwäche der Erhebungsgemeinden

Für die Differenzierung der Gemeinden der Stichprobe der Hochaltrigenstudie in strukturschwache und strukturstarke Gemeinden wurde ein Index mit 9 Ausprägungen gebildet. Den Ausgangspunkt stellt dabei die Urban-Rural-Typologie zur Beschreibung der **Infrastruktur und Urbanität** dar. Je urbaner die Gemeinde typologisiert wurde, desto mehr Punkte wurden gezählt. Des Weiteren wurde die Zuganbindung von Gemeinden als ein Kriterium für den Ausbau des öffentlichen Verkehrts berücksichtigt, da die Infrastruktur der Mobilität in der Urban-Rural-Typologie nur durch den motorisierten Individualverkehr abgebildet ist. Dies wurde als wichtig erachtet, da gerade

hochaltrige Personen meist auf den öffentlichen Verkehr als Fortbewegungsmittel angewiesen sind.

Während die Urban-Rural-Typologie und die Zuganbindung auf Gemeindeebene in dem Index berücksichtigt wurden, war eine Berücksichtigung von je zwei Merkmalen der Bevölkerungsentwicklung und der Wirtschaftsleistung nur auf der Ebene der Verwaltungsbezirke möglich. Zur Beschreibung der **Bevölkerungsentwicklung** wurde die Bevölkerungsbewegung durch den Gesamtsaldo auf Bezirksebene sowie die Wanderungsbewegung durch Zu- und Abwanderung zwischen den einzelnen Bezirken in den Jahren 2006 und 2015 herangezogen. Zur Beschreibung der **Wirtschaftsleistung** wurden die Anzahl der offenen Stellen (als Prozentsatz aller offenen Stellen in Niederösterreich, AMS-Bezirke) im Jahr 2016 und die Brutto-Jahresbezüge der Verwaltungsbezirke im Jahr 2014 herangezogen.[49] Lagen die Werte der Merkmale der Bevölkerungsentwicklung und der Wirtschaftsleistung der Bezirke über dem Durchschnittswert aller niederösterreichischen Bezirke wurde jeweils 1 Punkt gezählt, andernfalls wurde kein Punkt gezählt.

Daraus ergab sich letztlich ein Index mit 9 Ausprägungen. 1-4 Punkte wurden durch die Urban-Rural-Typologie errechnet, weitere 0-5 Punkte durch die weiteren berücksichtigten Kriterien des Ausbaus des öffentlichen Verkehrs in Form einer Zuganbindung, der Bevölkerungsentwicklung und der Wirtschaftsleistung errechnet. Die 9 Ausprägungen des Index wurden letztlich in drei Gruppen zusammengefasst. Die Einteilung der Gemeinden der Verwaltungsbezirke in die unten beschriebenen drei Gruppen zeigt ein gewisses **Ost-West-Gefälle mit strukturschwachen Gemeinden im Westen und strukturstarken Gemeinden im Osten Niederösterreichs**. Ausnahmen stellen größere Gemeinden wie Amstetten im süd-östlichen Mostviertel dar.

- **Strukturschwache Gemeinden** erreichten einen Indexwerte zwischen 1 und 3 Punkten. Sie sind vor allem im ländlichen Raum verortet und schneiden bei den allen Kriterien schlecht ab. In diese Gruppe fallen vor allem Gemeinden des Verwaltungsbezirks Zwettl.
- **Strukturschwächere Gemeinden** erreichten einen Indexwert zwischen 4 und 6 Punkten. Sie sind auch eher im ländlichen Raum oder im Umland von regionalen Zentren zu verorten. Sie schneiden bei den berücksichtigten Kriterien besser ab als strukturschwache Gemeinden. So verfügt etwa die Hälfte der Gemeinden dieser Kategorie über eine Zuganbindung. In diese Gruppe fallen Gemeinden der Verwaltungsbezirke Wr. Neustadt-Land, St. Pölten-Land, Amstetten und Tulln.
- **Strukturstarke Gemeinden** erreichten einen Indexwert zwischen 7 und 9 Punkten. Dabei handelt es sich um Gemeinden, die als städtisch im Raum eines urbanen Zentrums eingestuft wurden. Alle Gemeinden verfügen über eine Zuganbindung und schneiden bei den weiters berücksichtigten Kriterien der Bevölkerungsentwicklung und Wirtschaftsleistung gut ab. In diese Gruppe fallen

[49] Hier wurden auch die Arbeitslosenquote und die Anzahl aktiver Betriebsstandorte auf (AMS-) Bezirksebene in alternativen Berechnungen des Index herangezogen. Allerdings ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede zu der letztlich gewählten Berechnung mit den Indikatoren der Anzahl der offenen Stellen und der Brutto-Jahresbezüge.

vor allem Gemeinden der Verwaltungsbezirke Mödling und Baden sowie größere Gemeinden wie Wr. Neustadt, St. Pölten, Amstetten, Tulln sowie einige Gemeinden im Umland dieser urbanen Zentren.

Einschränkend sei hier angemerkt, dass die Berechnung des Index mit im Rahmen der Autorin verfügbaren Mitteln unternommen wurde. Die Auswahl der Maßzahlen erfolgte auf Grundlage des Statistischen Handbuchs des Landes Niederösterreichs (Hemetsberger, 2016). Während ein Zugang zu detaillierterem Datenmaterial sicherlich wünschenswert gewesen wäre, kann doch angenommen werden, dass der Indikator die strukturellen Gegebenheiten der Erhebungsgemeinden in Niederösterreich relativ gut abbildet.

Strukturstarke Gemeinden in Amstetten, Baden, Mödling, St.Pölten-Stadt, St. Pölten-Land, Tulln, Wr. Neustadt-Stadt & Wr. Neustadt Land (29 Gemeinden; n=123)	**Strukturschwächere Gemeinden** in Amstetten, Mödling St. Pölten-Land, Tulln, Wr. Neustadt-Stadt & Wr. Neustadt Land (24 Gemeinden; n=57)	**Strukturschwache Gemeinden** in Zwettl (9 Gemeinden; n=23)
• Amstetten • Baden • Biedermannsdorf • Böheimkirchen • Breitenfurt bei Wien • Brunn am Gebirge • Eggendorf • Eichgragen • Felixdof • Gablitz • Gießhübl • Gumpoldskirchen • Guntramsdorf • Hinterbrühl • Kaltenleutgeben • Kottingbrunn • Laab im Walde • Laxenburg • Maria Enzersdorf • Matzendorf-Hölles • Mödling • Münchendorf • Perchtoldsdorf • Purkersdorf • St. Pölten • Theresienfeld • Traiskirchen • Tulln • Wr. Neustadt	• Aschbach-Markt • Bad Erlach • Bad Fischau-Brunn • Brand-Laaben • Bromberg • Euratsfeld • Hollenthon • Karlstetten • Kasten bei Böheimkirchen • Katzelsdorf • Kematen an der Ybbs • Kirchstetten • Krumbach • Lichtenwörth • Michelbach • Neuhofen an der Ybbs • Neulengbach • Perschling • Pressbaum • Sieghartskirchen • Sonntagberg • Tulbing • Tullnerbach • Winzendorf-Muthmannsdorf	• Allentsteig • Grafenschlag • Großgöttfritz • Gutenbrunn • Ottenschlag • Rappottenstein • Schweiggers • Winklarn • Zwettl-Niederösterreich

Tabelle 22: Strukturschwache und strukturstarke Gemeinden der Stichprobe.

LITERATUR

Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *896*(1), 3–15. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x

Agahi, N., Kelfve, S., Lennartsson, C., & Kåreholt, I. (2016). Alcohol consumption in very old age and its association with survival: A matter of health and physical function. *Drug and Alcohol Dependence*, *159*, 240–245. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.022

Andersen-Ranberg, K., Petersen, I., Robine, J.-M., & Christensen, K. (2005). Who are the Oldest Old? In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Hrsg.), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.* (S. 35–40). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Anderson, P., & Baumberg, B. (2008). *Alcohol in europe: a public health perspective, a report for the European commission.* London: Institute of alcohol studies.

Bach, D., & Böhmer, F. (Hrsg.). (2011). *Intimität, Sexualität, Tabusierung im Alter.* Wien: Böhlau.

BMSK. (2008). *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme.* Wien.

Böhm, K., Tesch-Römer, C., & Ziese, T. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin: Robert Koch-Institut. Abgerufen von http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?lang=ger&id=255

Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The Mini-Cog: a cognitive'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, *15*(11), 1021–1027.

Collerton, J., Davies, K., Jagger, C., Kingston, A., Bond, J., Eccles, M. P., … Kirkwood, T. B. L. (2009). Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ*, *339*(dec22 1), b4904–b4904. https://doi.org/10.1136/bmj.b4904

de Vries, N. M., Staal, J. B., van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Olde Rikkert, M. G. M., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2011). Outcome instruments to measure frailty: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, *10*(1), 104–114. https://doi.org/10.1016/j.arr.2010.09.001

Dykstra, P. A., & Hagestad, G. O. (2007). Childlessness and Parenthood in Two Centuries: Different Roads—Different Maps? *Journal of Family Issues*, *28*(11), 1518–1532. https://doi.org/10.1177/0192513X07303881

Ekerdt, D. J. (1986). The busy ethic: moral continuity between work and retirement. *The Gerontologist*, *26*(3), 239–244.

Fincke, B. G., Snyder, K., Cantillon, C., Gaehde, S., Standring, P., Fiore, L., … Gagnon, D. R. (2005). Three complementary definitions of polypharmacy: methods, application and comparison of findings in a large prescription database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, *14*(2), 121–128. https://doi.org/10.1002/pds.966

Fischer, P., Jungwirth, S., Krampla, W., Weissgram, S., Kirchmeyr, W., Schreiber, W., … Tragl, K. (2002). Vienna Transdanube Aging „VITA": study design, recruitment strategies and level of participation. *Journal of Neural Transmission. Supplementa*, *62*, 105–116. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6139-5_11

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, *12*(3), 189–198.

Fratiglioni, L., Winblad, B., & von Strauss, E. (2007). Prevention of Alzheimer's disease and dementia. Major findings from the Kungsholmen Project. *Physiology & Behavior*, *92*(1–2), 98–104. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.05.059

Frühwald, T. (2008). Frailty. In *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* (S. 575–583). Wien: Böhlau.

Geppert, J. (Hrsg.). (2006). *Gender und Lebenserwartung.* Bielefeld: Kleine-Verlag.

Gulbrandsen, C., & Walsh, C. (2015). Aging and Resilience: Older Women's Responses to Change and Adversity. *Societies*, *5*(4), 760–777. https://doi.org/10.3390/soc5040760

Hauser, R. (2008). Altersarmut in der Europäischen Union. *WSI Mitteilungen*, (3), 125–132.

Hemetsberger, M. (2016). *Statistisches Handbuch des Landes Niederösterreich - 40. Jahrgang 2016.* Wien.

Heylen, L. (2010). The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age. *Ageing and Society*, *30*(07), 1177–1196. https://doi.org/10.1017/S0144686X10000292

Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., … Kaasa, S. (2011). Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *41*(6), 1073–1093. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016

Höpflinger, F. (2012). *Bevölkerungssoziologie. Einführung in demographische Prozesse und bevölkerungssoziologische Ansätze*. Weinheim: Beltz Juventa.

Iller, C., & Wienberg, J. (2012). Riskante Leben? Geschlechterordnungen in der Reflexiven Modern. In V. Moser & B. Rendtorff (Hrsg.) (S. 83–91). Berlin: Barbara Budrich, Opladen.

Infurna, F. J., Gerstorf, D., Ryan, L. H., & Smith, J. (2011). Dynamic links between memory and functional limitations in old age: Longitudinal evidence for age-based structural dynamics from the ahead study. *Psychology and Aging*, *26*(3), 546–558. https://doi.org/10.1037/a0023023

Institut für Gerontologie. (2014). *Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Eine Erhebung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds.* Heidelberg: Generali.

Jerábek, H. (2008). Familiäre Altenpflege als Beispiel des sozialen Zusammenhalts. In A. Amann & F. Kolland (Hrsg.), *Das erzwungende Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Geontologie.* (S. 137–162). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kamenski, G., Dorner, T., Lawrence, K., Psota, G., Rieder, A., Schwarz, F., … Strotzka, S. (2009). Detection of dementia in primary care: comparison of the original and a modified Mini-Cog Assessment with the Mini-Mental State Examination. *Mental health in family medicine*, *6*(4), 209.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, *185*(12), 914–919.

Klimont, J. (2010). Regionale Unterschiede in der Sterblichkeit in Österreich. *Austrian Journal of Statistics*, *39*(1), 8.

Koch, A. (1998). Wenn" mehr" nicht gleichbedeutend mit" besser" ist: Ausschöpfungsquoten und Stichprobenverzerrungen in allgemeinen Bevölkerungsumfragen. *Zuma Nachrichten*, *22*(42), 66–90.

Kolland, F., Bittner, M., Gutschik, R., Müller, G., & Wurzer, M. (2016). *Alt werden in Niederösterreich. Altersalmanach 2016.* Wien: Büro für Sozialgerontologie und Evaluationsforschung (BSE).

Koropeckyj-Cox, T. (1998). Loneliness and Depression in Middle and Old Age: Are the Childless More Vulnerable? *The Journals of Gerontology: Series B*, *53B*(6), S303–S312. https://doi.org/10.1093/geronb/53B.6.S303

Kovacs, G. G., Milenkovic, I., Wöhrer, A., Höftberger, R., Gelpi, E., Haberler, C., … Budka, H. (2013). Non-Alzheimer neurodegenerative pathologies and their combinations are more frequent than commonly believed in the elderly brain: a community-based autopsy series. *126*, *Acta Neuropathologica*, 365–384. https://doi.org/10.1007/s00401-013-1157-y

Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife.* Deutschland: Springer-Verlag GmbH.

Kubicek, H., & Welling, S. (2000). Vor einer digitalen Spaltung in Deutschland? Annäherung an ein verdecktes Problem von wirtwirtschafts- und gesellschaftspolitischer Brisanz. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, *48*(4), 497–517. https://doi.org/10.5771/1615-634x-2000-4-497

Lachs, M. S., Feinstein, A. R., Cooney, L. M., Drickamer, M. A., Marottoli, R. A., Pannill, F. C., & Tinetti, M. E. (1990). A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med*, *112*(9), 699–706.

Lakomý, M., & Kafková, M. P. (2017). Resilience as a Factor of Longevity and Gender Differences in Its Effects. *Czech Sociological Review*, *53*(3), 369. https://doi.org/10.13060/00380288.2017.53.3.336

Lampert, T., Kroll, L. E., von der Lippe, E., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *56*(5–6), 814–821. https://doi.org/10.1007/s00103-013-1695-4

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living1. *The Gerontologist*, *9*(3_Part_1), 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179

Li, K. K., Harris, K., Hadi, S., & Chow, E. (2007). What Should be the Optimal Cut Points for Mild, Moderate, and Severe Pain? *Journal of Palliative Medicine*, *10*(6), 1338–1346. https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0087

Li, Y., Bai, Y., Tao, Q.-L., Zeng, H., Han, L.-L., Luo, M.-Y., … Zhao, Y. (2014). Lifestyle of Chinese centenarians and their key beneficial factors in Chongqing, China. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, *23*(2), 309–314.

Lindenberger, U., Smith, J., Mayer, K. U., & Baltes, P. B. (Hrsg.). (1999). *Die Berliner Altersstudie: ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften* (2., korrigierte Aufl). Berlin: Akad.-Verl.

Lu, P.-C. (2007). Sibling Relationships in Adulthood and Old Age: A Case Study of Taiwan. *Current Sociology*, *55*(4), 621–637. https://doi.org/10.1177/0011392107077646

Luck, T., Luppa, M., Briel, S., Matschinger, H., König, H.-H., Bleich, S., … Riedel-Heller, S. G. (2010). Mild Cognitive Impairment: Incidence and Risk Factors: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged: MCI: INCIDENCE AND RISK FACTORS. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*(10), 1903–1910. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03066.x

Lumme-Sandt, K., Hervonen, A., & Jylhä, M. (2000). Interpretative repertoires of medication among the oldest-old. *Social Science & Medicine*, *50*(12), 1843–1850. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00421-9

MacIntyre, S., & Hunt, K. (1997). Socio-economic Position, Gender and Health: How Do They Interact? *Journal of Health Psychology*, *2*(3), 315–334. https://doi.org/10.1177/135910539700200304

Marksteiner, J. (2008). Demenzielle Erkrankungen. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hrsg.), *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau.

Mehndiratta, S. (1987). *A theoretical model of quantity and quality in social relations and self-conception of old people in Malmö*. Malmö: Dep. of Educational and Psychological Research. Abgerufen von http://ubdata.univie.ac.at/AC06743674

Noelker, L. S., & Browdie, R. (2014). Sidney Katz, MD: A New Paradigm for Chronic Illness and Long-Term Care. *The Gerontologist*, *54*(1), 13–20. https://doi.org/10.1093/geront/gnt086

ÖGGG. (2011). *Österreichisches Geriatrisches Basisassessment.* Wien: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie.

ÖPIA. (2015). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung*. Wien: ÖPIA.

ÖPIA. (2018). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Welle II. Qualitative Fokusstudie: Individuelle und soziale Potenziale für ein „gutes Leben" im hohen Alter*. Wien: ÖPIA.

ÖROK. (2014). *ÖROK-Regionalprognosen 2014 - Bevölkerung. Kurzfassung.* Wien. Abgerufen von http://www.oerok.gv.at/fileadmin/Bilder/2.Reiter-Raum_u._Region/2.Daten_und_Grundlagen/Bevoelkerungsprognosen/Prognose_2014/%C3%96ROK-Bev%C3%B6lkerungsprognose_Kurzfassung_final.pdf

Perabo, F. (2009). Wie häufig ist Inkontinenz? In F. Perabo & S. C. Müller (Hrsg.), *Inkontinenz. Fragen und Antworten.* (S. 7–17). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. Abgerufen von https://www.amazon.de/Inkontinenz-Fragen-Antworten-Frank-Perabo/dp/3769112520

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The Timed "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, *39*(2), 142–148. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x

Polenick, C. A., Brooks, J. M., & Birditt, K. S. (2017). Own and partner pain intensity in older couples: longitudinal effects on depressive symptoms. *PAIN*, *158*(8), 1546–1553. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000949

RC Serlin, Mendoza, T., Nakamura, Y., Edwards, K., & Cleeland, C. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, *61*(2), 277–284. https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00178-H

Rizzuto, D., Orsini, N., Qiu, C., Wang, H.-X., & Fratiglioni, L. (2012). Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. *The BMJ*, *345*, e5568. https://doi.org/10.1136/bmj.e5568

Rockwood, K., Andrew, M., & Mitnitski, A. (2007). A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People. *The Journals of Gerontology: Series A*, *62*(7), 738–743. https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.738

Rosenmayr, L. (1978). Die menschlichen Lebensalter in Deutungsversuchen der europäischen Kulturgeschichte. In *Diemenschlichen Lebensalter. Kontinuität und Krisen.* (S. 23–79). München: Piper.

Roth, P. L. (1994). Missing Data: A Conceptual Review for Applied Psychologists. *Personnel Psychology*, *47*(3), 537–560.

Sande, I. G. (1983). Hot-deck imputation procedures. *Incomplete Data in Sample Surveys*, *3*, 339–349.

Schäfer, U. (2008). Gangstörung und Stürze. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hrsg.), *Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten* (S. 153–159). Wien: Böhlau.

Schatzl, G., Temml, C., Waldmüller, J., Thürridl, T., Haidinger, G., & Madersbacher, S. (2001). A comparative cross-sectional study of lower urinary tract symptoms in both sexes. *European Urology*, *40*(2), 213–219.

Schmitter, M., List, T., & Wirz, S. (2013). Erfassung der Schmerzintensität mit eindimensionalen Skalen, *107*(4–5), 279–284. http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2013.05.008

Searle, S. D., Mitnitski, A., Gahbauer, E. A., Gill, T. M., & Rockwood, K. (2008). A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics*, *8*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-24

Sieber, C. C. (2008). Ernährung. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hrsg.), *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* (S. 551–563). Wien: Böhlau.

Smith, G. E., & Bondi, M. W. (2013). *Mild Cognitive Impairment and Dementia: Definitions, Diagnosis, and Treatment.* Oxford University Press, USA.

Statistik Austria. (2015a). Alter in Jahren der Haushaltsreferenzperson (Ebene +2) nach Höchste abgeschlossene Ausbildung der Haushaltsreferenzperson (Ebene +1) nach Wohnort (Ebene +2). Abgerufen 12. Februar 2018, von http://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml#

Statistik Austria. (2015b). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 - Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation* (S. 245). Wien: Statistik Austria. Abgerufen von https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi_7p71wPTTAhVIbFAKHchdCgIQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fbmgis02.bmg.gv.at%2FBDBExtern%2FBrochureDownload.ashx%3Fsel%3Da3hQVk80YlFKNWV1VkZSckxYU290QT090&usg=AFQjCNEFu1HRGYQvIKpg3DiVq6RbbCG1sw&sig2=w0AmdZ8QvW_oonKGndDetg

Statistik Austria. (2016a). *Demographisches Jahrbuch.* Wien.

Statistik Austria. (2016b). *Tabellenband EU-SILC 2015. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen.* Wien.

Statistik Austria. (2016c, Februar 6). Urban-Rural-Typologie. Abgerufen von http://statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/stadt_land/index.html

Statistik Austria. (2016d, Mai 10). Lebensformen. Abgerufen 7. März 2017, von http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/index.html

Statistik Austria. (2016e, Juni 14). Statistik des Bevölkerungsstandes. Abgerufen 1. März 2016, von http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/023468.html

Statistik Austria. (2016f, November 22). Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Niederösterreich 2015-2100 laut Hauptszenario. Abgerufen 24. April 2017, von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027311.html

Statistik Austria. (2016g, Dezember 22). Ausgewählte demographische Indikatoren für die Jahre 2005 bis 2015. Abgerufen 27. März 2017, von http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/023572.html

Statistik Austria. (2017a, März 27). Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher nach Bundesländern 2006-2016. Abgerufen 29. März 2017, von

http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html

Statistik Austria. (2017b, Juli 2). Bevölkerung nach Alter und Geschlecht. Abgerufen 7. März 2017, von http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html

Statistik Austria. (2018). Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2018 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht. Abgerufen von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html

Strotzka, S., Psota, G., & Sepandj, A. (2003). Uhrentest in der Demenzdiagnostik – Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. *Psychopraxis*, *4*, 16–24.

Sunderland, T., Hill, J. L., Mellow, A. M., Lawlor, B. A., Gundersheimer, J., Newhouse, P. A., & Grafman, J. H. (1989). Clock Drawing in Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, *37*(8), 725–729. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1989.tb02233.x

Talasz, H. (2014). Harninkontinenz geriatrischer Patientinnen: Screening und Abklärung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *47*(1), 57–68. https://doi.org/10.1007/s00391-013-0588-3

Tesch-Römer, C., 1957- [VerfasserIn]. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer. Abgerufen von http://ubdata.univie.ac.at/ AC08146495

The Staff of the Benjamin Rose Hospital. (1959). Multidisciplinary studies of illness in aged persons. *Journal of Chronic Diseases*, *9*(1), 55–62. https://doi.org/10.1016/0021-9681(59)90137-7

The University of Georgia. (2005). *The Georgia Centenarian Study. A Study of Longevity and Survival of the Oldest Old.* Athens, Georgia: University of Georgia.

Uhl, A., Puhm, A., Beiglböck, W., & Preinsperger, W. (2009). *Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends* (3., überarb. u. erg. Aufl). Wien: Bundesmin. für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Volkert, D., & Sieber, C. C. (2011). Mangelernährung in der Geriatrie. *Aktuel Ernahrungsmed*, *36*(3), 175–190. https://doi.org/10.1055/s-0033-1344203

Wagner, M., Schütze, Y., & Lang, F. R. (2010). Soziale Beziehungen alter Menschen. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer, & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie.* (3. Aufl., S. 325–343). Berlin: Akademie Verlag.

Wenger, G. C. (2009). Childlessness at the end of life: evidence from rural Wales. *Ageing and Society*, *29*(08), 1243–1259. https://doi.org/10.1017/S0144686X09008381

Wenger, G. C., Richard, D., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: Review and mode. *Ageing and Society*, *16*, 333–358.

WHO. (2001). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.* Genf.

WHO. (2017). Body mass index - BMI. Abgerufen 8. November 2017, von http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi

Wiedemann, A., & Füsgen, I. (2008). Harninkontinenz. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hrsg.), *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* (S. 167–173). Wien: Böhlau.

Winkler, P., Pochobradsky, E., & Wirl, C. (2012). *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich.* (No. Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich.). Wien: BMG.

Wurm, S., Lampert, T., & Menning, S. (2009). Subjektive Gesundheit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer, & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter.* Berlin: Robert Koch-Institut.

Yarnell, J., Yu, S., McCrum, E., Arveiler, D., Hass, B., Dallongeville, J., … Ducimetire, P. (2005). Education, socioeconomic and lifestyle factors, and risk of coronary heart disease: the PRIME Study. *International Journal of Epidemiology*, *34*(2), 268–275.